



Dokumentation

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2024

Kooperationen im Kontext der Krankenhausreform
Gesundheitsversorgung in neuen Formen

Mittwoch, 06. November 2024

von 09:00 – 17:30 Uhr

Haus der Wirtschaft, Am Schillertheater 2, 10625 Berlin

Die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung bringt seit 2014 Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung der Hauptstadtregion zusammen, um Themen von aktueller Relevanz zu diskutieren und dabei neue Ideen und Impulse zu generieren. Ziel der Dialogplattform ist es, über Sektorengrenzen hinweg einen fachlichen Austausch der Beteiligten in Berlin und Brandenburg zu ermöglichen. Denn neue Lösungsansätze für die medizinische Versorgung der Zukunft können nur im Dialog entstehen. Und es geht um viel: um eine bedarfsgerechte, eine moderne und innovative, und um eine qualitätsorientierte gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger beider Länder. Das Themenfeld ist groß und die Herausforderungen sind riesig.

Die Zukunftswerkstatt entfaltet dabei ihr kreatives Potential gerade dadurch, dass Expertinnen und Experten der direkten Versorgung – also aus den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Professionen – mit Vertreterinnen und Vertretern der Selbstverwaltung, der Kostenträger und der Gesundheitspolitik zusammentreffen. Dies kann als eine einzigartige Chance gesehen werden. Und durch den Austausch und den systematischen Blick über den eigenen Tellerrand vermag die Zukunftswerkstatt Motor zu sein – für neue Lösungen und innovative Projekte, die unsere Gesundheitsversorgung in die Zukunft tragen.

Das Thema 2024: Kooperationen im Kontext der Krankenhausreform. Gesundheitsversorgung in neuen Formen

In der 11. Zukunftswerkstatt des Clusters Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg HealthCapital steht die Krankenhausreform mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) im Fokus.

Die Umsetzung der Reform wird alle Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens vor vielfältige und komplexe Herausforderungen stellen. Kooperationen werden dabei eine elementare Rolle spielen: Denn es müssen nicht nur die Kooperationslinien zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor neu ausgelotet werden, es gilt auch, in Kooperation eine gute und sichere gesundheitliche Versorgung sowohl in der Stadt als auch auf dem Land zu gewährleisten. Die Zukunftswerkstatt 2024 nimmt daher besonders die Kooperationen in den Blick und fragt zugleich, welchen Beitrag eine bessere digitale Infrastruktur leisten kann.

Inhalt

Die Zukunftswerkstatt innovative Versorgung: Aufgaben und Ziele	Seite 2
Thema 2024, Intro der Moderation	
Eröffnung und Einführung	Seite 4
Dr. Ina Czyborra, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege des Landes Berlin, Ursula Nonnemacher, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg	
Prof. Dr. Rajan Somasundaram, Charité – Universitätsmedizin Berlin	Seite 5
Stationäre Versorgung in Berlin und Brandenburg: Sicht der Krankenhausgesellschaften	Seite 6
Dr. Christian Friese, Berliner Krankenhausgesellschaft, Dr. Detlef Troppens, Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg	
Ambulante Versorgung in Berlin und Brandenburg: Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen	Seite 8
Dr. Christiane Wessel, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Catrin Steiniger, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	
Stimmen der Krankenhäuser	Seite 10
Dr. Johannes Danckert, Nils Alwardt, Vivantes Netzwerk für Gesundheit	
Dr. Karin Hochbaum, Ernst von Bergmann Gruppe	Seite 11
Andreas Mogwitz, Krankenhaus am Naëmi-Wilke-Stift	Seite 12
Workshop 1 – ambulant-stationäre Versorgung	Seite 15
Intro und Moderatoren - Daniela Teichert, AOK Nordost und Steffen Kruhl, KV Berlin	
Einführungsvortrag Thomas Czihal, ZI Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung	Seite 16
Einführungsvortrag Steffen Bohm, Agenon	Seite 17
Zusammenfassung Workshop 1	Seite 18
Workshop 2 – Kooperation und Koordination in der Region	Seite 19
Intro und Moderatoren – Dr. Steffi Miroslau, Kliniken Beelitz und Dr. Andreas Edel, Charité – Universitätsmedizin Berlin	
Einführungsvortrag Dr. Steffi Miroslau, Kliniken Beelitz	Seite 20
Einführungsvortrag Dr. Andreas Edel, Charité – Universitätsmedizin Berlin	
Zusammenfassung Workshop 2	Seite 21
Workshop 3 – Diagnostik, Prävention und Therapie mit Hilfe digitaler Tools	Seite 22
Intro und Moderatoren – Dr. Martin Spielhagen, Kliniken Beelitz und Prof. Heinz Völler, Klinik am See	
Einführungsvorträge Prof. Dr. Rona Reibis, Kardiologische Gemeinschaftspraxis Potsdam, Dr. Boris Schmitz, Klinik Königsfeld	Seite 23
Zusammenfassung Workshop 3	Seite 24
Stimmen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Seite 25
Anhang: Dokumentation der Flipcharts	Seite 26
Kontakt, Impressum	Seite 28

Begrüßung und Einführung



Dr. Ina Czyborra, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege des Landes Berlin und Ursula Nonnemacher, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg eröffnen gemeinsam die Zukunftswerkstatt.

Positionen

In der Gesamtschau zeigen sich erschwerte Rahmenbedingungen, wenn es darum geht, eine qualitativ hochwertige und flächendeckende medizinische Versorgung für die Menschen in Berlin und Brandenburg zu sichern.

Die Herausforderungen für alle Beteiligten sind groß: Während die Versorger finanziell und wirtschaftlich oft bereits mit dem Rücken zur Wand stehen, müssen sie weiterhin eine qualitative Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie eine qualitative Ausbildung ihres Nachwuchses sicherstellen. Der Fachkräftemangel und die Konkurrenz um Arbeitskräfte sind weitere Problemfelder. Die immer älter werdende Bevölkerung steigert den Versorgungsbedarf, ohne dass die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen aus dem Blick verloren werden darf.

Im Vergleich der Länder Berlin und Brandenburg zeigt sich für Brandenburg als teilweise dünn besiedeltem Flächenland mit einer drohenden Unterversorgung eine signifikant andere Problemstellung. Daher sind für Brandenburg die im Rahmen der Beratungen zum KHVVG durchgesetzten Veränderungen sehr wichtig, insbesondere die folgenden Punkte:

- Der Sicherstellungsstatus eines Krankenhauses ist von der Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung unabhängig
- Fachkliniken dürfen nun uneingeschränkt für alle Leistungsgruppen von den Mindestkriterien abweichen, sofern Kooperationen für verwandte Leistungsgruppen bestehen.
- Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level 1i-Häuser) sowie Sicherstellungskrankenhäuser dürfen zur haus- und fachärztlichen Versorgung ermächtigt werden, falls eine Unterversorgung festgestellt und solange dies erforderlich ist

Die sektorübergreifende, auf Kooperation angelegte, Versorgungsplanung ist in beiden Bundesländern der Schlüssel zu einer zukunftsfähigen medizinischen Versorgung. Auch digitale Technologien leisten einen wichtigen Beitrag zur Informationsübermittlung und Zusammenarbeit; Digitalisierung und KI-Technologien sind für das Gesundheitswesen unverzichtbar, um die knapper werdenden Ressourcen effizienter einzusetzen. Sie müssen nicht nur administrativ, sondern auch bei Diagnose, Therapie und Pflege unterstützen und für Entlastung sorgen.

Die Versorgungslandschaft braucht schnellstmöglich Klarheit und Planungssicherheit, um die notwendigen Veränderungsprozesse jetzt zu beginnen.

Prof. Dr. Rajan Somasundaram, Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausreform, ärztlicher Leiter der Notaufnahme am CBF der Charité – Universitätsmedizin Berlin



„Krankenhausreform – wo wollen wir hin? Bei allem, was wir tun, müssen wir den Blick auf die Patientensicht lenken. Patienten sind der kleinste gemeinsame Nenner aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Alle Beteiligten arbeiten für die Patienten, und alle Akteure im Gesundheitswesen sind ebenfalls Patienten.“

Herausforderungen wie demographischer Wandel und limitierte Ressourcen lassen sich nur durch Synergien der Krankenhäuser mit dem ambulanten Sektor lösen. Aus Patientensicht sind transparente Versorgungswege, eine wohnortnahe Versorgung und eine hohe Behandlungsqualität von entscheidender Bedeutung. Sektorenübergreifendes und landesübergreifendes Denken sind wichtig, Berlin und

Brandenburg haben ein gutes Potenzial.

Angesichts der Zunahme multimorbider geriatrischer Patienten, für die ein Großteil der Gesundheitsausgaben aufgewendet wird, muss diese Gruppe in den Fokus gerückt werden. Wir müssen in Prävention investieren, und genau das passiert bisher zu wenig. Im Innovationsfondsprojekt Projekt Stay@home, Treat@home wird gerade ein solcher Weg sektor- und berufsgruppenübergreifend entwickelt, um ambulante Pflegeempfangende besser zu versorgen und unnötige Notfalleinsätze und Krankenhausaufnahmen zu vermeiden.

Digitalisierung ist nicht allein die Lösung aller Probleme. Wir brauchen Sicherungsqualität und Wirtschaftlichkeit, außerdem gesetzliche Vorgaben. Um ans Ziel zu kommen, müssen wir bereit sein, den Kurs laufend anzupassen. Wenn wir mit einem der besten und finanzstärksten Gesundheitssysteme der Welt das nicht schaffen, wer dann?“

Stationäre Versorgung in Berlin und Brandenburg: Sicht der Landeskrankengesellschaften



Dr. Christian Friese, Mitglied des Vorstands der Berliner Krankengesellschaft, und Dr. Detlef Troppens, Vorsitzender des Vorstands der Landeskrankengesellschaft Brandenburg, verdeutlichen die Positionen der Krankengesellschaften zum neuen KHVVG.

Einordnung der Krankenhausreform

Die geplante Krankenhausreform ist, anders als es Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach sieht, keine „Revolution“, da sie zu keinem grundlegenden und nachhaltigen strukturellen Wandel des Systems führen wird. Alle Veränderungen erfolgen im bestehenden System, das die Ziele der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung nicht erreicht.

Eine Revolution wäre das Gesetz, wenn die Sektoren überwunden würden. Sie beschränkt sich aber auf den stationären Sektor und erfüllt selbst in diesem beschränkten Anwendungsbereich ihre Ziele nicht. Es findet keine Entökonomisierung statt, es wird weiterhin die Vergütung nach Leistungsmengen geben.

Da die Dokumentationspflicht ausgeweitet wird, tritt auch keine Entbürokratisierung ein.

Die Veränderung von Versorgungsstrukturen kostet viel Geld, deshalb wäre eine ausreichende Finanzierung der Betriebskosten so wichtig, um eine zukunftsfähige stationäre Versorgung zu erreichen. Auch in diesem Punkt bleibt das KHVVG hinter den Versprechungen zurück.

Die undifferenzierte Herangehensweise des Gesetzes gleicht unpassenden Werkzeugen, die für das jeweilige Problem ungeeignet sind. So ist die Reduzierung von Standorten zwar sinnvoll, muss aber planvoll erfolgen und mit Geld flankiert werden. Die Krankenhausversorgung im ländlichen Raum muss insgesamt flexibler sein und an lokale Gegebenheiten angepasst werden, ohne dass übermäßig akademische Qualitätsmaßstäbe angelegt werden.

Die Zugänglichkeit des Gesundheitswesens für alle Klassen und Schichten ist ein hohes Gut, über das auch die Länder wachen. Eine Entmachtung der Länder und ein Trend zur Privatisierung der Krankenhausstruktur sollte vermieden werden. Die Krankenhäuser brauchen eine uneingeschränkte Öffnung zum ambulanten Sektor. Die Versorgung in der Fläche muss sich am Machbaren orientieren und nicht an universitär gesetzten Qualitätskriterien. Was es braucht, ist ein Zielbild und nicht nur eine Wegbeschreibung.

Rolle von Kooperation

Die Zusammenarbeit zwischen Trägern, zwischen Sektoren, zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern und zwischen Krankenhäusern und Krankenhausplanung ist der Weg der Zukunft.

Schon heute gibt es viele positive Beispiele für Kooperationen. Indem die Vergütung von Leistungen z. B. daran geknüpft würde, dass diese Leistungen in Kooperation erbracht wurden, könnte die Kooperationsbereitschaft weiter stimuliert werden.

Kooperationen müssen als etwas im Rahmen des Machbaren Erweiterndes gesehen und nicht als Qualitätsrisiko diskreditiert werden. Das neue Gesetz wird bestehende Kooperationen bedrohen, indem es eine Konzentration von Leistungen in wenigen Einrichtungen forciert. Das ist besonders für viele ländliche Regionen kein geeigneter Weg.

In einem „Berlin-Brandenburger Weg“ könnten Krankenhäuser besser vernetzt und strukturell gestärkt werden. Dabei sollte auch die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem ambulanten Sektor und der Krankenhausplanung sowie zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gefördert und intensiviert werden. Wir müssen uns darauf zurückbesinnen, dass wir die Herausforderungen nur gemeinsam bewältigen. Und wir müssen systemisch denken und brauchen mutige Entscheidungen.

Positionen Dr. Friese

- Die Reform ist weiterhin an Leistungsmengen gebunden, daher bringt sie keine entscheidende strukturelle Verbesserung für die sektorenübergreifende Versorgung.
- Die Bürokratisierung wird sich verschärfen, das Vertrauen und die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern bleibt belastet.
- Kooperationen sollten auch finanziell gefördert werden, um langfristig eine patientenzentrierte und effiziente Versorgung zu gewährleisten.
- In einem „Berlin-Brandenburger Weg“ könnten Krankenhäuser besser vernetzt und strukturell gestärkt werden. Dabei sollte auch die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem ambulanten Sektor und der Krankenhausplanung sowie zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gefördert und intensiviert werden.
- Positiv zu bewerten sind Kooperationen und gemeinsame Anstrengungen zur Verbesserung des Gesundheitssystems.

Positionen Dr. Troppens

- Die Krankenhausreform berücksichtigt die ungleichen Versorgungsbedürfnisse zwischen urbanen und ländlichen Gebieten nicht.
- Ein Hauptproblem ist die finanzielle Unterfinanzierung und die damit verbundene Abhängigkeit der Länder.
- Kooperationen zwischen verschiedenen Versorgern müssen deutlich ausgeweitet und unterstützt werden, anstatt als Risiko gesehen zu werden.
- Es braucht mutigere, langfristig orientierte Reformen und mehr Ehrlichkeit in der Kommunikation mit der Bevölkerung über die realistischen Auswirkungen der geplanten Strukturveränderungen.

Ambulante Versorgung in Berlin und Brandenburg: Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen



Dr. Christiane Wessel, stellv. Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, und Catrin Steiniger, Vorsitzende des Vorstands Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, ordnen die Reformen aus Sicht der ambulanten Medizin ein.

Sachverständigenrat, Bertelsmann Stiftung und andere empfehlen seit langem eine Reduktion der Krankenhauszahl, weil die Bildung von

Versorgungsschwerpunkten die Qualität der Behandlungen steigern wird, weil viele OPs auch ambulant erbracht werden können und weil zu viele Selbsteinweisungen in die Notaufnahmen stattfinden. Der unnötige Ressourceneinsatz kostet viel Geld, erhöht die Sozialversicherungsbeiträge und bindet Personalressourcen – dieser Zustand muss dringend geändert werden. Der Bundesgesetzgeber reformiert aus diesem Grund die Krankenhausversorgung, die Akut- und Notfallversorgung und führt die sektorengleiche Vergütung ein (Hybrid-DRG).

Situation in Berlin

In Berlin sind 2025 laut Krankenhausplan 51 Krankenhäuser mit 23.500 Betten zugelassen. 2022 gab es in Berliner Krankenhäusern 754.000 vollstationäre Behandlungsfälle. Nach Krankenhausplan müssen für 3,8 Millionen Berlinerinnen und Berliner 37 Notaufnahmen 24 Stunden, sieben Tage die Woche vorgehalten werden. Im Jahr 2023 haben aber insgesamt 13 Notaufnahmen jeweils weniger als 9.000 Fälle versorgt, also weniger als einen Fall pro Stunde. In drei großen Notaufnahmen wurden in 2023 dagegen jeweils mehr als 32.000 Fälle behandelt – das sind ungefähr vier Fälle pro Stunde. Eine konsequentere Patientensteuerung z. B. durch die 116 117 und die Entlastung der Notaufnahmen durch KV-Notdienstpraxen wären hier sinnvoll.

Laut einer Studie der TU Berlin liegt das Ambulantisierungspotenzial für Berlin insgesamt etwas über dem Bundesdurchschnitt. In den Gebieten Gynäkologie, innere Medizin und Chirurgie ist das Potenzial höher, in den Gebieten Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Kieferchirurgie geringer. Im Bereich der Frauenheilkunde würde eine Ambulantisierung vollstationärer Fälle pro niedergelassenen Arzt einen Zuwachs von 10 Fällen pro Jahr bedeuten, im HNO-Bereich wären es 20 Fälle – dies erscheint als machbare Situation.

Situation in Brandenburg

In Brandenburg nehmen rund 4.000 Ärztinnen und Ärzte an der ambulanten Versorgung teil, sie haben im vergangenen Jahr 18 Mio. Behandlungsfälle erbracht. Ärztinnen und Ärzte führten 2023 rund 600.000 Haus- und Heimbefuche durch. Außerhalb der üblichen Sprechzeiten gab es rund 121.000 Arzt-Patienten-Kontakte in ärztlichen Bereitschaftspraxen.

Für die Versorgungslage in Brandenburg stehen die Notfallversorgung und die Ambulantisierung als Herausforderungen im Mittelpunkt. Die Notfallreform, die eine 24/7-Versorgung mit Videodiensten sowie Haus- und Heimbefuchen vorsieht, ist für Brandenburg aufgrund des Ärztemangels völlig realitätsfern. Auch die Finanzierung ist ungeklärt.

Das KHVVG wird zu ungleichen Wettbewerbsbedingungen für den ambulanten und den stationären Sektor führen; denn während der stationäre Sektor Finanzierungsmöglichkeiten aus dem Transformationsfonds nutzen kann, ist dies im ambulanten Sektor nicht der Fall. Es besteht trotz Ambulantisierungsbedarf weiterhin eine Budgetierung ärztlicher Leistungen im ambulanten Sektor.



Wenn Krankenhäuser geschlossen und stationäre Kapazitäten abgebaut werden, wird es an zentralen Orten der Versorgung als gut erreichbare Anlaufstelle für die Patienten fehlen.

Ärztliche Netzwerke und zentrale Orte mit größeren ärztlichen Teams sind erforderlich, die interprofessionell mit anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten.

Ideal wäre eine gestufte Versorgung, in deren Zentrum neben Praxen und Krankenhäusern **Regionale Versorgungszentren (RVZ)** stehen, die rund um die Uhr verfügbar sind und sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erbringen.

Positionen Dr. Christiane Wessel

- Der ambulante Sektor in Berlin kann die Fälle aus dem Ambulantisierungspotenzial der stationären Versorgung mühelos übernehmen.
- Eine Entlastung der Notaufnahmen kann durch die KV-Notfallpraxen erfolgen.
- Es bedarf aber einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen.
- Es braucht auch eine wirkliche sektorengleiche Vergütung.
- In der Zusammenarbeit braucht es sektoren verbindende Strukturen und Netzwerke zwischen den Sektoren.
- Erforderlich ist insgesamt eine konsequente Patientensteuerung, u. a. durch den Patienten-Service 116 117 und digitale Tools.

Positionen Catrin Steininger

- Ambulant vor stationär: beim Abbau stationärer Leistungen müssen vorab ambulante Strukturen aufgebaut werden.
- Die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant muss extrabudgetär vergütet werden.
- Es bedarf einer gemeinsamen Planung der Versorgung zu sektorenübergreifenden Strukturen.
- Die Nutzung ärztlicher Netzwerke und das Einrichten zentraler, gut erreichbarer regionaler Versorgungszentren ist erforderlich.
- Es braucht eine Ausbildungsfinanzierung für nichtärztliche Professionen wie MFA, PA und CHN, Agneszwei sowie die Förderung des ärztlichen Nachwuchses und die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung.
- Die Versorgung kann durch bessere Patientensteuerung, durch professionelles Beratungs- und Case Management optimiert werden.

Stimmen der Krankenhäuser

Krankenhausreform, Kooperationspotenziale und Digitalisierung aus der Sicht eines Klinik Konzerns



Dr. Johannes Danckert, Vorsitzender der Geschäftsführung der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, sieht eine dringende Notwendigkeit darin, Krankenhausstrukturen zu überdenken und zu zentralisieren, um eine effizientere Versorgung zu gewährleisten. Die intersektorale Zusammenarbeit und die Digitalisierung sind wichtige Schlüssel zum Erfolg. Schon heute gibt es viele Beispiele der digitalen Vernetzung, die den Austausch von Patientendaten erleichtern. Solche Ansätze werden die Effizienz und Qualität der Versorgung verbessern, indem Prozesse wie Rettungsdienst-Einsätze und Behandlungsabfolgen optimiert werden.

Wir müssen Krankenhausstrukturen überdenken und zentralisieren, um eine effizientere Versorgung zu gewährleisten. Auch eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen genauso wie die Kooperation von Kliniken mit Pflegeeinrichtungen und Nachsorgeeinrichtungen tragen zu einer besseren Versorgungsqualität sowie einer höheren Effizienz bei. Man muss aber unterscheiden zwischen planbarer und zeitkritischer Versorgung. Schaut man sich zum Beispiel das Wettbewerbsumfeld und die Erreichbarkeit von Einrichtungen im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin und Brandenburg an, erkennt man sehr schnell das Potenzial für Zentralisierungen. Anders sieht es aber bei den zeitkritischen Versorgungsstrukturen aus, die sehr heterogen sind. Hier müssen wir in regionalen Versorgungsräumen denken. Und die gehen auch über Ländergrenzen hinaus. Konkrete Projekte gibt es bereits, zum Beispiel das Stroke-Mobil, das von Vivantes und der Charité initiiert wurde; dabei sollte aber solch ein Stroke-Mobil eher nicht in Mitte, sondern in den peripheren Ausläufergebieten stehen.

Digitale Lösungen und Plattformen zum Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern und Klinikträgern können die Optimierung der Versorgungsstrukturen sinnvoll unterstützen. Digitalisierung ist sicherlich nicht die Lösung für alles - wichtig ist immer zunächst ein guter Prozess, ein guter Ansatz, und dann können wir diesen digitalisieren.



Nils Alwardt, Ressortleiter IT und Digitalisierung, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit, sieht in der Digitalisierung großes Potenzial, um Prozesse und Kooperationen im Gesundheitswesen zu unterstützen.

Zwei Beispiele verdeutlichen dies. Erstens: die Vernetzung zwischen Rettungsdienst und Kliniken, z. B., indem Daten aus Rettungswagen, wie EKGs, in Echtzeit an Kliniken übermittelt werden, sodass sie bei der Ankunft direkt verfügbar sind. In Berlin wurde dieses System mit der Feuerwehr erfolgreich umgesetzt und wird nun auf Brandenburger Rettungsdienste ausgeweitet. Es optimiert Abläufe und unterstützt die Feuerwehr durch Rückmeldung klinischer Daten, um Triage-Algorithmen zu verbessern.

Das andere Beispiel sind intersektorale Plattformen für Krankenhäuser: Hier haben Vivantes und Charité z. B. eine Plattform entwickelt, über die Patientendaten nach Zustimmung ausgetauscht werden. Dieses Modell wird aktuell durch eine Berliner Klinik-Kooperation erweitert, um einen breiteren Datenaustausch zu ermöglichen. Ziel ist es, unnötige Untersuchungen zu vermeiden und die Krankenhauszusammenarbeit zu stärken. Beide Projekte zeigen, wie Digitalisierung träger- und sektorübergreifend Mehrwert schaffen kann, ohne mit bestehenden Lösungen wie der elektronischen Patientenakte (ePA) in Konkurrenz zu treten.



Dr. Karin Hochbaum, Medizinische Geschäftsführerin der Ernst von Bergmann Gruppe, will digitale Strukturen und sektorenübergreifende Zentren stärker nutzen, um eine effizientere und vernetzte Versorgung sicherzustellen.

Die Ernst von Bergmann Gruppe (EVB) ist ein zentraler Akteur in der medizinischen Versorgung Brandenburgs. An 40 Standorten, darunter Potsdam, Brandenburg, Bad Belzig und weiteren Städten, versorgt das EVB 300.000 Patienten pro Jahr, sowohl ambulant als auch stationär. Angesichts der bevorstehenden Krankenhausstrukturreform hat die Gruppe ihre Leistungsbereiche analysiert und festgestellt, dass ihre Häuser 52 von 65 möglichen Leistungsgruppen abdeckt - was eine gute Aufstellung für die Zukunft bedeutet. Enge Kooperationen bestehen zudem bereits in spezialisierten Bereichen wie Geriatrie, Kinderorthopädie und Strahlentherapie.

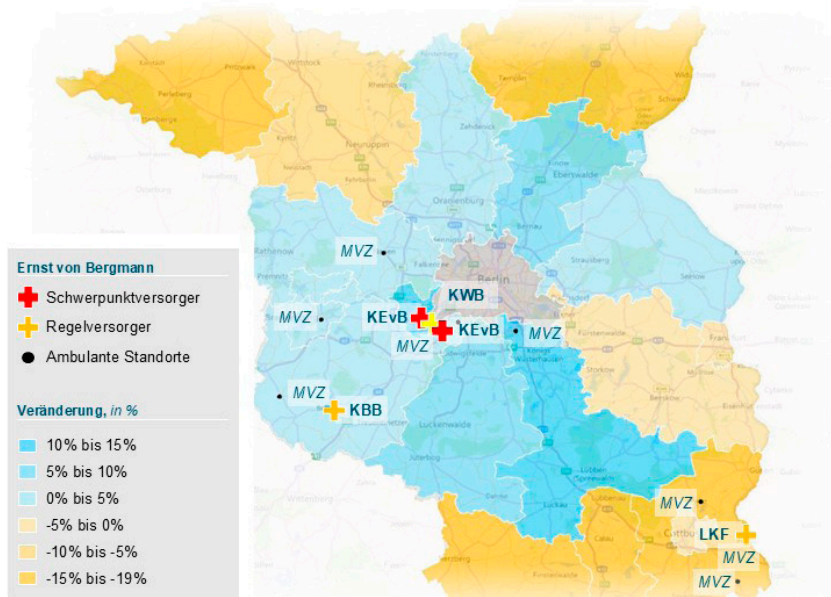
Für die Planung hat die EVB sich die Bevölkerungsprognosen angesehen. Brandenburg ist nach Krankenhausplanung in insgesamt fünf Versorgungsgebiete gegliedert. Um Berlin herum sieht man eine mittlere Wachstumsprognose, in den eher gelben Arealen eine Bevölkerungsabnahme, aber in den blauen Arealen eine Bevölkerungszunahme. In Versorgungsgebiet 3, in dem es aktuell eine hohe Bevölkerungszahl und wenig Krankenhausbetten gibt, steht Wachstum bevor; dies geht einher mit einem erhöhten Behandlungsbedarf. Und das betrifft im Grunde ganz Westbrandenburg.

Um den Ambulantisierungseffekt einordnen zu können, wurde analysiert, in welchem Altersraum sich das Bevölkerungswachstum abspielen wird, da das Alter einen Einfluss auf die Hospitalisierungsquote hat. Zu beobachten ist ein Shift in die Altersgruppe über 65, was zu einem Mehrbedarf an Betten führen wird. Die Ambulantisierung bleibt damit problematisch, zumal aufgrund von Fachkräftemangel die Besetzung von Kassenarztsitzen in der Peripherie schwierig ist.

Angesichts der demografischen Entwicklung und der bevorstehenden Krankenhausstrukturreform wird die EVB-Gruppe ihre Netzwerke weiter stärken und ausbauen. Digitale Strukturen und sektorenübergreifende Zentren sollen stärker genutzt werden, um eine effizientere Versorgung sicherzustellen. Vielfältige Kooperationen, von Tumorkonferenzen bis hin zu gemeinsamen Behandlungsleistungen und Telemedizin, bestehen bereits.

Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg nach Landkreisen und Kreisfreien Städten

Veränderung in % und in Tsd. Einwohner, 2035 gegenüber 2020



Quelle: Land Brandenburg Bevölkerungsvorausschätzung; Ernst von Bergmann



Andreas Mogwitz, Verwaltungsdirektor, Krankenhaus am Naemi Wilke Stift Guben, berichtet wie sein traditionelles Krankenhaus in Guben, in einer strukturschwachen Region nahe der deutsch-polnischen Grenze, der stetigen Abwärtsentwicklung aktiv begegnete.

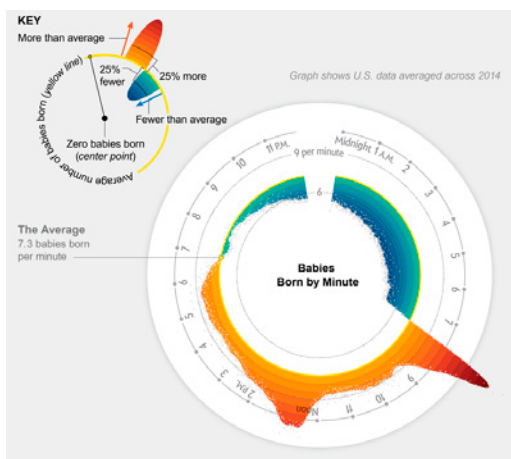
Das Krankenhaus litt unter sinkender Leistung und Profilierung. Gestiegene Kosten bei gleichzeitig sinkender Komplexität und Anzahl der Behandlungen führten zu wirtschaftlicher Untragbarkeit. Im Jahr 2020/21 wurde daher ein radikaler Umbau beschlossen, über eine Planinsolvenz erfolgte die Umwandlung in eine GmbH. Ziel war es, das Krankenhaus mit der medizinischen Grundversorgung zu erhalten, und das nicht nur mit ambulanten Strukturen. In der Neuorganisation wurde der Fokus

auf den Bewegungsapparat gesetzt, was zur fünffachen Erhöhung der Behandlungsintensität führte. Die Einführung telemedizinischer Lösungen und die Reduktion des Nacht- und Notfallbetriebs steigerte die Effizienz.

Aufgrund der Hypothese, dass die ambulante der stationären Versorgung in Effizienz und Wirtschaftlichkeit deutlich überlegen ist, wurde auf ein hybrides Arztmodell gesetzt:

- Der Arzt wird nur für ärztliche Tätigkeiten eingesetzt (alle Prozesse arbeiten zu)
- Der Arzt wird nur zu preiswerten Zeiten eingesetzt (werktags, Kernarbeitszeit)
- Die 24/7 Bereitschaft wird als Hintergrunddienst abgebildet
- Diagnostik und Behandlung finden möglichst im ambulanten Bereich statt
- Die Patientensteuerung zielt auf die Kernarbeitszeit des Arztes

Wenn wir ärztliche Tätigkeiten bündeln und auch ambulante Versorgung einbeziehen, wird dies langfristig Versorgungslücken schließen. Wir werden trotzdem 90 Prozent der Patienten versorgen können, es wird den Patienten nicht schlechter gehen – eher sogar besser, weil sie am Tag von Fachärzten versorgt werden und nicht nachts von einem Assistenzarzt.



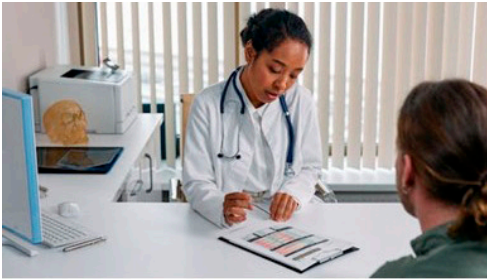
Beispiel Patientensteuerung

Gewisse akute Verläufe können auch heutzutage medizinisch beeinflusst werden. Das zeigen die Zahlen zur Vorhersagbarkeit der Geburtszeit. Morgens früh erfolgen die meisten Geburten, danach gibt es einen Peak um 13 Uhr. Die Forscher haben dafür nur eine einzige Begründung gefunden, nämlich die Lunchtime. Wenn die Nacht anfängt, sinkt die Geburtenzahl rapide ab. So ein Effekt verrät eine gewisse Steuerung, ebenso wie die Tatsache, dass am Wochenende auch viel weniger Babys geboren werden.

Im Dialog



Workshop 1: Ambulant-Stationäre Versorgung



Workshop 1: Ambulant-Stationäre Versorgung

Herzlich Willkommen!

Ziel der Krankenhausreform ist es, die Behandlungsqualität in Kliniken zu verbessern und die flächendeckende medizinische Versorgung für Patientinnen und Patienten auch im ländlichen Raum zu sichern. Die Reform legt großes Gewicht auf die Ambulantisierung, also auf die verstärkt ambulante Erbringung bisher stationär erbrachter ärztlicher Leistungen. Die organisatorischen und budgetären Herausforderungen für beide Sektoren sind hoch.

Damit die ambulant-stationäre Versorgung aber sinnvoll ausgestaltet werden kann, muss zunächst das Ambulantisierungspotenzial ermittelt werden. Es muss geklärt werden, inwieweit der ambulante Sektor die zusätzlichen ambulanten Fälle aufnehmen kann. Dabei müssen die strukturellen Unterschiede zwischen den Regionen berücksichtigt werden.

Der Workshop fragt: Was ist Ambulantisierung und was kann sie wie erreichen? Was können wir aus der Versorgungsbedarfsanalyse Brandenburg lernen, auch für Berlin? (Während Brandenburg eine Versorgungsbedarfsanalyse in Auftrag gegeben hat, ist dies in Berlin noch nicht erfolgt.) Wie kann eine Zielvision für die ambulant-stationäre Versorgung im Jahr 2035 in der Hauptstadtregion aussehen? Welche Transformationsschritte in Richtung dieser Zielvision wären erforderlich?

Welche Strukturveränderungen und Kooperationen sind im Kontext der Ambulantisierung möglich?



Moderation: Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, und Steffen Kruhl, KV Berlin



Workshop 1: Einführungsvorträge

Thomas Czihal, stv. Vorstand des ZI Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, plädiert für ein einheitliches Vergütungssystem für Krankenhäuser und Vertragsärzte, um Rosinenpickerei zu vermeiden und Arbeitsteilung möglichst zu machen.

Nach KHVVG liegt das Ambulantisierungspotential vollstationärer Fälle zwischen 10 und 20 %. Der Regelungsvorschlag sieht vor, dass ab dem Jahr 2026 mindestens eine Million vollstationäre Krankenhausfälle in den §115 f überführt, also sektorengleich vergütet werden sollen, ab 2028 1,5 Millionen und ab 2030 zwei Millionen.

Gesetzgeber und Selbstverwaltung haben als notwendige Voraussetzung der Ambulantisierung eine Gleichpreisigkeit im Rahmen der sektorengleichen Vergütung geregelt, was ganz offensichtlich notwendig war. Denn wenn man sich ansieht, welche Leistungen aus dem AOP-Katalog jeweils ambulant und stationär vergütet werden, zeigt sich ein deutlicher Preisunterschied. Für Krankenhausmanager ist der Anreiz sehr hoch, diese Fälle stationär zu behandeln. Der ökonomische Anreiz muss also unbedingt in ein Gleichgewicht gebracht werden.

Positionen

- Kostenträger: Einheitliches Vergütungssystem für Krankenhäuser und Vertragsärzte, das ausreichend differenziert ist, um Rosinenpickerei zu vermeiden und Arbeitsteilung zu ermöglichen
- Staat: Verzerrende Subventionen und Beihilfeverstöße (insb. Investitionsfinanzierung) vermeiden: wenn Förderung, dann ohne Privilegierung von Krankenhäusern vs. Praxen

Workshop 1: Einführungsvorträge

Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH, stellt das Projekt Versorgungsbedarfsanalyse Brandenburg und das Projekt Prospektive sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung (ProReVers) im ländlichen Raum vor.

Zur Vorbereitung der Krankenhausplanung wird im Auftrag der Wirtschaftsförderung Brandenburg (WFBB) für das MSGIV im Projekt Versorgungsbedarfsanalyse Brandenburg von Oktober 2023 bis Dezember 2024 die Entwicklung des ambulanten und stationären Versorgungsbedarfs in den Gesundheitsregionen in Brandenburg über eine demografische Fortschreibung bis zum Jahr 2030 untersucht. Daraus werden notwendige Versorgungskapazitäten abgeleitet. Regionale Ideen und Projektansätze der Akteure vor Ort werden aufgenommen und aufbauend auf eine bundesweite Recherche zu innovativen Projektansätzen weiterentwickelt. Im Rahmen des Projekts werden regionale Dialogforen und Arbeitsgruppen angeboten und Interviews mit den Akteuren vor Ort geführt.

Bisherige Erkenntnisse:

- Die Bevölkerung im Land Brandenburg bleibt bis 2030 praktisch unverändert, wobei es ein starkes Auseinanderfallen zwischen den an Berlin angrenzenden Landkreisen mit Bevölkerungszunahmen und den Berlin-fernen Landkreisen mit deutlichen Rückgängen gibt.
- Als Ambulantisierungspotenzial wurden Anteilswerte zwischen 25 und 29% dedektiert.
- Hürden für Ambulantisierung bilden eine mangelhafte bzw. unklare Versorgungssituation im häuslichen Umfeld, weite Entfernungen, unzureichende bis fehlende Transporte für Patienten und eine Unterdeckung der Kosten bei Nutzung der Krankenhausressourcen für die ambulante Versorgung. Für Investitionen in den Aufbau ambulanter Strukturen ist aus Krankenhaussicht zudem eine hinreichend verlässliche Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung erforderlich. Soweit nicht extrabudgetär möglich, muss eine praktikable Lösung für die Umschichtung von Finanzmitteln aus stationären Budgets in den ambulanten Bereich gefunden werden.

Zusammenfassung Workshop 1

Im Panel diskutierten Daniela Teichert und Steffen Kruhl gemeinsam mit den Teilnehmenden über die Ambulantisierung im Gesundheitswesen und deren strukturelle Herausforderungen.

Die Moderatoren betonten, wie wichtig es sei, eine sachliche Diskussion zu führen und die Ambulantisierung aus der Perspektive der Patienten sowie der Versorgungsbedarfe zu betrachten. Ziel der Diskussion sei es, ein gemeinsames Verständnis und eine Zielvision für die Ambulantisierung bis 2035 zu entwickeln und konkrete Transformationsschritte festzulegen. Daniela Teichert schlug vor, die Ergebnisse des Workshops in bestehende Unterarbeitsgruppen für Strukturmigration zu integrieren.

Präsentation der Workshop-Ergebnisse durch die Moderatoren

Das waren die Impulse der Teilnehmenden:

Mögliche Instrumente für die Patientensteuerung

- Ambulante Versorgungsangebote und Handelnde vor Ort vernetzen
- Unterschiedliche Versorgungsebenen beachten und synchronisieren
- Selbsteinweisungen durch Terminvergabe reduzieren

Suffiziente ambulante Versorgungsstruktur

- Solide Bedarfsplanung für den ambulanten und stationären Bereich
- Niedergelassene Ärzte stärker einbinden und bestehende ambulante Angebote weiterentwickeln

Flexible Konzepte

- Regionale, modulare Baukästen entwickeln, dabei spezifische Gegebenheiten der Regionen berücksichtigen; flexible Handlungsspielräume eröffnen

Professionelle Kommunikation mit der Bevölkerung

- Strategisch und ehrlich informieren, Transparenz über Gründe und Ziele der Ambulantisierung schaffen und so Verständnis und Akzeptanz ermöglichen

Gemeinsame Versorgungsregion

- Versorgungsbedarfsanalyse auch für Berlin erarbeiten
- Länderübergreifende Patientenströme berücksichtigen und für beide Regionen gemeinsam planen

Zielvision 2035

Regionale Gesundheitsversorgung

- Regionale Versorgungsplanung und flexible, regionale Budgets
- Attraktive Arbeitsbedingungen

Reduktion der Komplexität

- Weniger kleinteilige gesetzliche Vorgaben, erweiterte Handlungsspielräume
- Regionale Case Manager

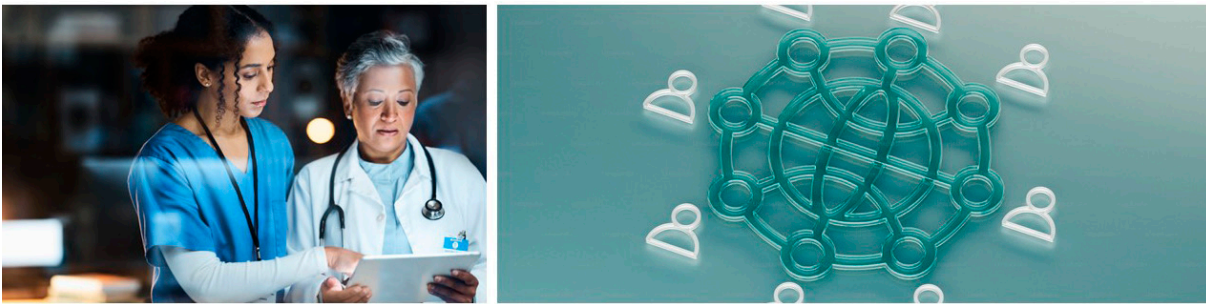
Akzeptanz in der Bevölkerung

- Breite gesellschaftliche Debatte, Offenheit für notwendige Veränderungen, Zielkonflikte werden kommuniziert

Schnelles Handeln

- Gemeinsame Kapazitätsplanung Berlin und Brandenburg
- Interprofessionelle Versorgungsperspektive
- Konkrete Meilensteine

Workshop 2: Koordination und Kooperation in der Region



Workshop 2: Kooperation und Koordination in der Region

Herzlich Willkommen!

Die Krankenhausreform zielt auf eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und auf eine engere Zusammenarbeit der Anbieter im stationären und ambulanten Bereich ab. Angesichts des demografischen Wandels und der regionalen Unterschiede in der Region Berlin-Brandenburg – von urbanen Zentren bis hin zu ländlichen Gebieten – ist eine eng abgestimmte und zwischen den Akteuren koordinierte Gesundheitsversorgung besonders wichtig.

Ein zentraler Baustein dazu ist die Digitalisierung. Denn telemedizinische Umsetzungen wie Videosprechstunden, digitale Tumorkonferenzen, digitale Überwachung von Intensivpatienten und chronisch Kranken sowie Televisiten fördern die Behandlungsqualität, entlasten die Versorgung und ermöglichen eine frühzeitige Intervention.

Es gibt bereits zahlreiche innovative Modelle für Kooperation und Vernetzung, die aber durch regulatorische Unsicherheiten und bürokratische Hürden behindert werden. Wie kann die Zukunft der Kooperation und der telemedizinischen Vernetzung aussehen? Welche Koordinationsaufgaben sollten an wen übertragen werden? Wo liegen die Grenzen telemedizinischer Kooperationsmodelle?

Fokus:

Telemedizinische Netzwerke, Übertragung von Koordinationsaufgaben an Maximalversorger



Moderation: Dr. Steffi Miroslau, GLG
Werner Forßmann Klinikum Eberswalde; Dr. Andreas Edel, Charité –
Universitätsmedizin Berlin



Workshop 2: Einführungsvorträge

Dr. Andreas Edel, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin (CCM/CVK): Verbesserung der Prozessqualität durch Telemedizin in der Intensivmedizin

Andreas Edel ist überzeugt, dass die Prozess- und Behandlungsqualität in der Intensivmedizin durch Telemedizin verbessert werden kann. Dazu erläutert er zunächst den Begriff der Tele-Intensivmedizin: Dieser umfasst die Nutzung telemedizinischer Technologien zur Unterstützung der Intensivpflege, einschließlich virtueller Visiten und der Remote-Datenübertragung. Man unterscheidet zentralisierte und dezentralisierte Modelle, meist auf Bedarf („Schedule“) basierend, mit punktuelltem Zugriff auf Patienteninformationen. Roboter und AV-Technologien ermöglichen virtuelle Visiten und den Austausch mit Kollegen und Angehörigen.

Eine Meta-Analyse legt nahe, dass Telemedizin die Mortalität und die Intensiv-Verweildauer reduzieren kann, wenn Telemediziner aktiv an Entscheidungen beteiligt sind. Die sogenannte ERIC-Studie zeigte eine verbesserte Behandlungsqualität, basierend auf messbaren Indikatoren.

Ein Praxisbeispiel, das Mut macht: Bei SAVE-Berlin ermöglichte Telemedizin während der COVID19-Pandemie die zentrale Koordination von Intensivbetten und Behandlungsstrategien. Patienten wurden effizient verlegt, um Ressourcen bestmöglich zu nutzen.

Zusammenfassend wird betont, dass Telemedizin Potenzial für eine effizientere und qualitativ hochwertige Intensivversorgung bietet. Sie erfordert zwar fortlaufende Investitionen in Infrastruktur und Schulung, kann aber durch Anwendungsschwerpunkte wie Konsile, Verlegungsmanagement, Nachsorge und interdisziplinären Austausch zur Steigerung der Effizienz und Qualität der Patientenversorgung beitragen.

Dr. Steffi Miroslau, medizinische Geschäftsführerin GLG Klinikum Eberswalde

Dr. Miroslau stellt den GLG-Verbund vor, der Kliniken mit unterschiedlichen Versorgungsstufen umfasst, darunter Grundversorgung, Rehabilitation und spezialisierte Fachkrankenhäuser. Kooperation spielt in dem Verbund bereits heute eine große Rolle: nämlich in der Abstimmung zwischen den Krankenhäusern und in der Übertragung von Koordinationsaufgaben an Maximalversorger. Auch die Telemedizin wird bereits genutzt, z. B. in Form von Televisiten, Tumorkonferenzen und Videosprechstunden.

Eine Zukunftsvision sieht Dr. Miroslau im größeren Einsatz telemedizinischer Anwendungen. Dazu zählen z. B. Aufklärungen zu Hause, Videosprechstunden zur Befundbesprechung, kontinuierliches Monitoring zu Hause, die Unterstützung vorzeitiger Entlassungen durch telemedizinische Begleitung sowie Tele-Reha zu Hause.

Allerdings behindern bürokratische Hürden und regulatorische Unsicherheiten aktuell in Deutschland innovative Modelle und Projekte. Der Vergleich mit Ländern wie der Schweiz zeigt, wie dort Telemedizin und digitalisierte Prozesse erfolgreich in die Versorgung integriert werden. Trotz vielversprechender Modellprojekte, etwa in der Pflege oder Telepathologie, fehlt es in Deutschland oft an langfristiger Planung und rechtlicher Unterstützung.

Als zentrales Ziel der Krankenhausreform wird die Verbesserung der Patientenversorgung durch eine stärkere Vernetzung und durch Nutzung digitaler Technologien gesehen. Den Maximalversorgern kommen dabei besondere Aufgaben und Verpflichtungen zu, da sie die Koordination komplexer medizinischer Aufgaben übernehmen sollen.

Zusammenfassung Workshop 2

Im Panel 2 diskutierten Dr. Steffi Miroslau und Dr. Andreas Edel gemeinsam mit den Teilnehmenden über die Koordination und die Potenziale von Telemedizin in der Region.

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass Telemedizin ein wertvolles Werkzeug sei und dass Kooperationen wichtig seien, wobei jedoch Unsicherheiten in der rechtlichen Ausgestaltung solcher Kooperationen bestünden.

Es wurden Fragen zur Definition und praktischen Umsetzung von Telemedizin, zur Einbindung von Pflegeberufen und zu Weiterbildungsangeboten besprochen. Trotz aller Herausforderungen wurde betont, dass Telemedizin die Zukunft der Medizin darstelle und sehr schnell an Bedeutung gewinnen werde.

Es besteht der Wunsch nach regionalen Entscheidungsträgern, die Klarheit und Unterstützung bieten.

Präsentation der Workshop-Ergebnisse durch die Moderatoren

Das waren die Impulse der Teilnehmenden:

Voraussetzung für die Nutzung von Telemedizin

- Definition des Begriffs Telemedizin
- Rechtssicherheit für Kooperationsverträge
- Abbau von Bürokratie
- Sektorengleiche Vergütung
- Sektorengrenzen überwinden

Einsatzgebiete der Telemedizin

- Delegierbare Leistungen
- Nachsorge
- Pflege
- Weiterbildung

Telemedizinische Kooperationen

- Festschreiben von Aufgaben der Kooperationspartner

Erforderliche Koordination

- Klare Zuordnung der Koordinationsaufgaben
- Regionale Entscheidungsgremien

Workshop 3: Diagnostik, Therapie und Prävention mit Hilfe digitaler Tools



Diagnostik, Therapie und Prävention mit Hilfe digitaler Tools

Workshop 3 – Herzlich Willkommen!

In strukturschwachen Regionen herrscht ein immer größer werdender Ärztemangel. Dies erschwert für Patienten den Zugang zu Diagnostik und Therapie. Wie können digitale Tools hier helfen und wie kann die Patientensteuerung verbessert werden?

Im Kontext des demografischen Wandels ist besonders die Prävention von großer Bedeutung. Wenn Patienten mit Vorerkrankungen auf einen gesunden Lebensstil achten oder wenn bei chronisch Kranken „kritische“ Vitalwerte überwacht werden sollen, können Telemedizin und Telemonitoring unterstützen? Und wie können Präventionsprogramme in der (Regel-)Versorgung etabliert werden?

Fokus: Nutzung von KI und Monitoring zur Unterstützung von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation



Moderation: Dr. Martin Spielhagen, Kliniken Beelitz; Prof. Dr. Heinz Völler, Klinik am See / Universität Potsdam

Workshop 3: Einführungsvorträge

Prof. Dr. Rona Reibis, Kardiologische Gemeinschaftspraxis Potsdam, berichtet, dass ihre kardiologische Gemeinschaftspraxis bereits seit vielen Jahren Telemedizin für die Nachsorge herzinsuffizienter Patienten nutzt. Dabei werden Patienten, die eine Herzinsuffizienz mit einer eingeschränkten Pumpleistung haben, bereits jetzt von der Praxis überregional versorgt. Ein Teil der Patienten hat implantierte Defibrillatoren, die per Telemonitoring überwacht werden müssen, damit bei bösartigen Herzrhythmusstörungen oder Aggregatfehlfunktionen unmittelbar eingegriffen werden kann.

In den letzten Dekaden ist die Anzahl der implantierten Defibrillatoren aufgrund der immer besseren Herzinsuffizienz-Pharmakotherapie rückläufig. Patienten, die einen Defibrillator erhalten, kommen oftmals aus dem Umland, was die Telemedizin besonders interessant macht. Für das Home Monitoring erhalten sie einen sogenannten Cardio Messenger, der die Daten des Defibrillators regelmäßig an das Servicecenter überträgt. Die Internetanbindung ist inzwischen im Land Brandenburg großflächig gesichert. Über ein webbasiertes Portal wertet eine Study Nurse die Daten nach einem Ampelsystem aus und informiert den primär behandelnden Arzt bei Handlungsbedarf. Die Kosten für die telemedizinische Implantatnachsorge trägt die GKV.

Das Home Monitoring ist bereits Teil der Regelversorgung. Allerdings können nur Patienten mit eingeschränkter Pumpleistung, die leitlinienkonform behandelt werden, teilnehmen. Zudem müssen sie Träger eines kardialen Rhythmusimplantates oder in den vergangenen zwölf Monaten aufgrund einer kardialen Dekompensation einmal stationär aufgenommen worden sein. Für die tägliche Datenerfassung erhalten sie ein Tablet, eine Waage, ein Blutdrucküberwachungssystem, ein mobiles EKG und zum Teil einen Pulsoximeter. Dem Home Monitoring liegt gemäß G-BA-Beschluss eine feste Weisungskette zugrunde. Eine klinische Kontrolle der Patienten im Abstand von mehreren Monaten ist aber trotz des Monitorings unabdingbar. Vergütet wird die telemedizinische Nachsorge extrabudgetär.



PD Dr. Boris Schmitz arbeitet als leitender Wissenschaftler an der Klinik Königsfeld, einem Zentrum für medizinische Rehabilitation. Er stellt im Workshop die patientenzentrierte Plattform „Timely“ vor, die für Patienten mit koronarer Herzkrankheit entwickelt wurde. Die kardiologische Rehabilitation umfasst sehr viele Komponenten, mit Timely sollen all diese mit auf den weiteren Weg gegeben werden – Stichwort „Continuum of Care“.

Über die Timely-App lassen sich verschiedene Bereiche monitoren, EKG, Blutdruck, Dietary Assistance, Stressmanagement und Sport. Timely besteht aus einer App und einer Plattform, beide wurden mit Patienten in Deutschland und Spanien entwickelt. Das involvierte Fachpersonal besteht aus einem Fallmanager, Klinikern und Therapeuten aus den verschiedenen Abteilungen, sowie einem Arzt, der für den Patienten zuständig ist und weitere Spezialisten hinzuziehen kann.

In Bereichen wie Aktivität und Gewichtsmanagement können Patient und Fallmanager individuelle Ziele definieren, die App analysiert den Zielerreichungsgrad. Mit Fragebögen sind kleine Abfragen bei den Patienten möglich, um in verschiedenen Teilbereichen mehr über das Patientenverhalten herauszufiltern: Was bewegt den Patienten eher dazu, z. B. körperlich aktiv zu sein oder das eher nicht zu tun oder auch Mood Changes vorherzusagen, sodass man dann später mit diesen Daten z. B. mit KI arbeiten kann.

Für jeden Patienten wird eine Historie abgespeichert, nach der auch abgerechnet werden kann. Jeder Patient stellt sich nach einem Zeitraum von sechs Monaten und dann nach zwölf Monaten wieder vor, um den Verlauf zu kontrollieren.

Zusammenfassung Workshop 3

Im Panel 3 diskutierten Dr. Martin Spielhagen und Prof. Dr. Heinz Völler den Einsatz digitaler Technologien und KI in der Gesundheitsversorgung, speziell in Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge.

Die Einführungsvorträge zeigen an Beispielen wie der telemedizinischen Betreuung von Defibrillator-Patienten sowie Rehabilitationsteilnehmern, dass mit den neuen Technologien bessere Behandlungsergebnisse und eine erhöhte Patientenzufriedenheit erreicht werden können. Zudem sind diese Telemedizinanbindungen schon jetzt vorhanden und zertifiziert. Damit bieten sie die Grundlage für ein Rollout auf weitere Telemedizinlösungen.

Künstliche Intelligenz wird in Zukunft zu einer immer stärker personalisierten Medizin, zur besseren Früherkennung von Krankheiten und zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen führen. Sie ist in der Lage, die auflaufenden Daten in der telemedizinischen Versorgung zu strukturieren und prioritär zu filtern. Das führt zur Möglichkeit, dass Mediziner deutlich mehr Patienten in die Versorgung einschließen können, um dann die gefilterten problematischen Befunde gezielt zu bearbeiten. Dies sichert die Versorgung bei knappen personellen Ressourcen in der Fläche. Dafür braucht es unter anderem mehr Interprofessionalität, sauber etablierte Prozesse mit klaren Strukturen und Verantwortlichkeiten sowie konsequente Entscheidungen auf Basis von Daten und Fakten.

Die Teilnehmer betonen die Bedeutung der Telemedizin und KI für den Zugang zur Versorgung in ländlichen Regionen und sehen Potenzial zur Optimierung der Kapazitätsnutzung im Gesundheitssystem.

Präsentation der Workshop-Ergebnisse durch die Moderatoren

Das waren die Impulse der Teilnehmenden:

KI als Tool in der Diagnostik

- KI ist ein Entscheidungs-Unterstützungs-System
- Diagnosen werden sicherer und zuverlässiger
- Die Fehlerquote in der Diagnostik reduziert sich

Telemedizin stützt die Therapieadhärenz

- Digitale Systeme binden den Patienten
- Therapie-Monitoring und Therapie-Optimierung werden erleichtert
- Geringe Drop-Out-Rate
- Outcome verbessert sich

Digitale Tools helfen bei Primärprävention

- Kontinuität der Nachsorge wird optimiert

Steigerung der Effizienz

- Arzt-/Patientenkontakte verringern sich
- Digitales Monitoring hoher Patientenzahlen durch telemedizinische Zentren
- Personaleinsatz reduziert sich; die Kapazitäten können für schwere Fälle genutzt werden

Bessere Versorgung in der Fläche

- Patienten erhalten besseren Zugang zur Versorgung

Datenschutz als Voraussetzung

- Verknüpfung der Daten für ein lernendes System
- Integration der Versichertennummer

Stimmen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

„Welcher Arzt möchte in ein Level 1i Haus? Als Facharzt habe ich sehr viel gelernt, was ich dort nicht anwenden kann. Wenn wir das nicht gelöst bekommen, steht das 1i Haus nur auf dem Papier.“

„Wir können in manchen Regionen in Brandenburg keine Video-Sprechstunde anbinden, denn wir haben keinen Handy-Empfang.“

„Dem Patient ist es egal, wo er behandelt wird, ambulant, stationär oder digital. Hauptsache, ihm wird geholfen! Und ihm ist auch egal, ob ein Arzt oder eine Schwester kommt.“

„Es fehlt die ambulante Vernetzung, deshalb geht der Patient in die ZNA ins Krankenhaus. Im Krankenhaus gibt es alles aus einer Hand.“

„In fünf bis zehn Jahren wird Telemedizin Pflicht sein. Ich denke, man muss jetzt einfach machen.“

„Wir brauchen regionale Versorgungslösungen. Dafür möchte ich Sektorengrenzen überwinden dürfen, sektorenübergreifend denken dürfen.“

„Wir gehen davon aus, dass ein Patient, der über Telemedizin gut gemonitort ist, seine Erkrankung gut managen kann und seltener Arzttermine wahrnehmen muss.“

Workshop Flipcharts

Workshop 1

Ambulantisierung			
Instrumente für Patientensteuerung entwickeln	Ambulante Vernetzung verbessern	Terminvergabe zur Reduktion von Selbsteinweisung	Vernetzung der handelnden Akteure vor Ort
Ausreichende ambulante Versorgungsstruktur	Bedarfsplanung (weiter-) entwickeln	Unterschiedliche Versorgungsebenen beachten und synchronisieren	Strukturen schaffen, in die ambulantisiert werden kann
Verständliche professionelle Kommunikation mit Bevölkerung	Das „Warum“ der Ambulantisierung besser erklären	Das notwendige ambulante Versorgungsangebot schaffen. Beispiel Augen OP.	
Analyse und Planung des ambulanten und stationären Strukturbedarfs	Pflicht zur Prüfung, ob stationär notwendig	Wie kommunizieren wir strategisch mit der Bevölkerung	
Aufwand für Nach-OP-Phase beachten und gleich vergüten	Ausreichende Vergütung in beide Richtungen	Digitale Unterstützung notwendig	
Lebensumstände sind regional unterschiedlich -> regionale Infrastruktur beachten		Ambulante Weiterbildung stärken	Ambulante Versorgung von Patienten im Pflegebetreuung
Keine Blaupause für alles möglich - regionale Baukästen ermöglichen		Und seit 116 117 stärken und bekannt machen	Verzicht auf Pflegebudget sinnvoll/machbar, wenn Finanzen im ambulanten Bereich steigen

Versorgungsbedarfsanalyse		
Man muss die Menschen mitnehmen und dies auch in der Methodik der Analyse beachten	Auch in Berlin wäre eine VBA wünschenswert, um darauf aufbauend Versorgung zu organisieren	VBA schafft ein qualitatives und quantitatives Problemverständnis
Wechselseitiges Verständnis unter dem „Sektoren-Experten“ schaffen	Für Lösungsansätze über den Tellerrand hinausschauen	In Konzepten muss Versorgungsqualität beachtet werden
Ergebnisse von VBA müssen mit vorhandenen synchronisiert / abgeglichen werden	Die multimorbiden Patienten nehmen zu, und darunter „bricht es weg“	VBA-Ergebnisse nicht nur für KH-Planung, sondern auch für Ausbildung beachten
VBA hebt Daten, die wir so bislang nicht haben	Prüfen, wo man wie die Inanspruchnahme vermeiden kann	Zukünftige VBA aktive Suche nach Entlastung von Strukturen (AU-Verordnung o. ä.)
VBA muss von Planungsbehörde beachtet werden, damit Angebotsträger planen und kalkulieren können	Regional verfügbare Kapazitäten herausfinden und analysieren (Datengrundlage)	Muss die Versorgung bestimmter Regionen zwingend aus der Region kommen?
Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten beachten		
Professionalisierung der Pflege		

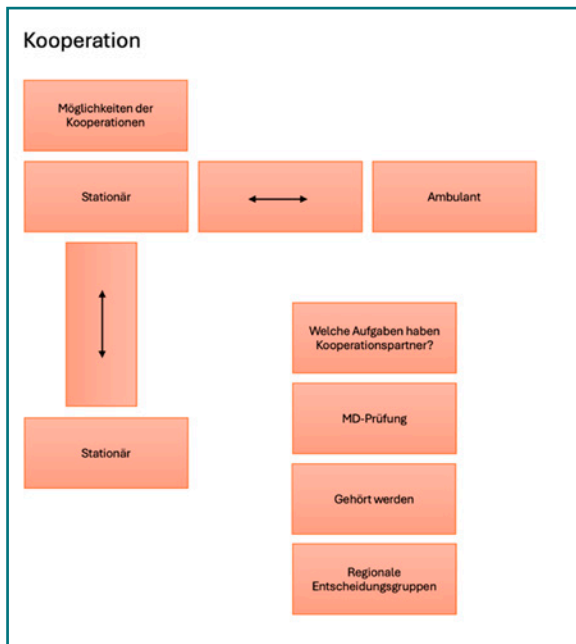
Zielvision 2035

Regionale Budgets und regionale Versorgung planen	Selbstgebaute Schranken hinterfragen (apothekepflichtige AM?)	Bedarfsgerechte, regionale Gesundheitsversorgung	Steuerung von Patienten auch durch Zuzahlung denken
Komplexität reduzieren und Handlungsspielräume erweitern	Delegation von ärztlichen Leistungen ausbauen	Künstliche Intelligenz beachten/nutzen	Low Hanging Fruits identifizieren -> 116117
Deutlich kommunizieren, dass sich etwas ändern wird	Einbeziehung der Patienten, gesellschaftliche Erarbeitung / Debatte	Stärkere Gesundheitskompetenz und Beachtung von Gesundheitswissen	Verteilungskämpfe/ Konflikte reduzieren
Weg von „Rundum“, dafür adäquate Versorgung im richtigen Sektor	Regionale Case Manager, die bedarfsorientiert steuern	Niedrigschwellige Beratung, bedarfsgerechter Zugang zu Angeboten der Behandlung	Medizinisch-technischen Fortschritt beachten
Digitaler Zugang zur Versorgungsangeboten	Zielkonflikte offen legen/ realitätsnahe Konzepte	Präventionsangebote ausbauen	
Gute hausarztzentrierte Versorgung mit entsprechenden Incentives	Sektorenübergreifende Verhandlungen zur med. regionalen Versorgung	Attraktive Zustände für Fachkräfte schaffen	
Gesundheitszentren (egal ob ambulant/stationär)	Vision muss dauerhaft bezahlbar sein -> Effizienz heben	Doppelte Facharztschiene hinterfragen	

Transformationsschritte > 2035

Schnell mit Transformation beginnen	Regionale Rahmenkonzepte entwickeln, möglichst schnell starten/erarbeiten	Dialogkonferenzen in den Regionen durchführen
Zielbild auch für Berlin-Brandenburg denken -> gemeinsame Kapazitätsplanung beginnen	Kapazitäten für die Transformation schaffen/bereitstellen	Regionale Umfeldfaktoren bei der Transformation beachten
Adressatengerechte und ehrliche Kommunikation mit Patienten/Versicherten	Nachwuchs entwickeln/ausbilden	
Realistische sinnvolle Meilensteine bei der Umsetzungsplanung		

Workshop 2



Workshop 3

KI / Telemedizin				
Primärprävention	Diagnostik	Therapieadhärenz	Therapiemonitoring chronische Erkrankungen	Sekundärprävention (Nachsorge)
Continuum of Care Nutzung der Infrastruktur ePa, Gematik, Telemonitor Center	KI als DIGA-Lösung	Primärprävention	KI als Entscheidungs- unterstützer (Wo ist der Risikopatient?)	
Unterstützung Orphan Disease	Versorgung der Fläche			
Reduktion der Patientenkontakte	Primärprävention: Bonuslösungen der Kostenträger für App- Nutzer	Einsparpotenzial: weniger Arztkontakte, gesündere Patienten	Datenschutz: Nutzung der Versicherungsnummer?	

Kontakt

Berlin Partner Wirtschaft und Technologie GmbH
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Ansprechpartnerin:
Ulrike Braeter
Ulrike.Braeter@berlin-partner.de
www.berlin-partner.de

Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH (WFBB)
Babelsberger Straße 21, 14473 Potsdam
Ansprechpartnerin:
Claudia Lyhs
Claudia.Lyhs@wfbb.de
www.wfbb.de



Herausgeber



Berlin Partner Wirtschaft und Technologie GmbH
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin

Redaktion: we care communications GmbH, Hamburg
Bildnachweise:

Fotos: Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, Coverfotos: AdobeStock_Studio Romantic & Freepik/freepik, Cover Workshop 1: pexels.com/cottonbro Studio & Pixabay/ar130405, Cover Workshop 2: AdobeStock_C Malambopeopleimages.com & Unsplash/Alex Shuper, Cover Workshop 3: Pixabay/mcmurryjulie & Freepik/creativeart

© Alle Rechte vorbehalten, Januar 2025