

23. Tagung KLK-Tagung – Teil 1

Spannend und gut besucht – Tief »Egon« blieb ohne ernsthafte Auswirkungen

Tief »Egon« sorgte am 13. Januar in Norddeutschland für erhebliche Verkehrsprobleme. Bedingt durch den plötzlichen Wintereinbruch konnten nicht alle Teilnehmer zur 23. Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen anreisen, die am 13. und 14. Januar 2017 wie gewohnt in der Handelskammer Hamburg stattfand. Gleichwohl, das Programm begann pünktlich mit den Grußworten von Hans-Joachim Meyer für BDC und DGCH sowie Dietmar Lorenz für die DGAV. Schwerpunkte der Grußworte waren die GOÄ mit den bekannten Problemen bei der Vertreterregelung sowie die Umstrukturierungen und Inhalte der Weiterbildungsordnung. Diese werden weiter kontrovers diskutiert. Daran wurde die Frage der Zukunft der Allgemein Chirurgie angeknüpft. In mehr als 70 Prozent der Kliniken ist mittlerweile die Trennung zwischen der Allgemein- und der Unfallchirurgie in fachlicher Hinsicht vollzogen. Die Unfallchirurgen versuchen durchzusetzen, dass für ihr Fachgebiet eine spezifische Erfahrung in der Behandlung von Patienten erforderlich ist, die durch

die Allgemeine Chirurgie nicht mehr abgedeckt ist. Ein weiterer Schwerpunkt war die Studienreform. Es wird diskutiert, das praktische Jahr in vier Quartale aufzuteilen. Ein neues Pflichtquartal wäre dann die ambulante Medizin. Weiterhin wurde auf die zunehmende problematische Stellung des leitenden Arztes hingewiesen. Die Fachgesellschaften und Berufsverbände stellen hier umfangliche Beratung zur Verfügung.

Studierende: Die negative Wahrnehmung der Chirurgie beruht im Wesentlichen auf der sozialen Unverträglichkeit des Berufes

Rüdiger Jakob (Trier) berichtete von den Ergebnissen des Berufs-Monitorings für Medizin-Studierende 2016. Vorgestellt wurde eine Online-Befragung der medizinischen Fakultäten aus den Jahren 2010 und 2014. Es wurden 10000 Studierende befragt, zwei Drittel waren weiblichen Geschlechts. Mehr als zwei Drittel strebten eine Tätigkeit in Anstellung als Facharzt, in einem MVZ oder zu 80 Prozent im

Krankenhaus an. Die neuen Bundesländer und das Saarland sind als Arbeitsort unpopulär (30%), 60 Prozent streben eine Anstellung in den südlichen Bundesländern, Berlin, Hamburg oder Nordrhein-Westfalen an. Attraktiv sind mittelgroße Städte und Großstädte, eine Tätigkeit auf dem Land wurde durchgängig als unattraktiv bewertet. Nur 25 Prozent der Befragten konnten sich eine Tätigkeit in der Chirurgie vorstellen, über den Lauf des Studiums verschlechterte sich die positive Zielbewertung des Faches Chirurgie deutlich. Die negative Wahrnehmung beruht im Wesentlichen auf der sozialen Unverträglichkeit des Berufes; besonders Frauen können sich eine Tätigkeit in der Chirurgie nur selten vorstellen. Positiv wird dagegen die öffentliche Wahrnehmung in der Bevölkerung für das Fach Chirurgie gewertet. Michael Stumpf, Pforzheim, stellt die Tätigkeit eines ärztlichen Assistenten bei den Bundeswehrkliniken vor. Der Studiengang des »Physician Assistant« ist an der dualen Hochschule Baden-Württemberg in Karlsruhe seit 2010 in Kooperation mit dem Klinikum Pforzheim etabliert. Die duale

Ausbildung geht über sechs Semester, es wechseln Theorie- und Praxisphasen an den jeweiligen medizinischen Einrichtungen ca. dreimonatlich ab. Ein Semester umfasst 30 Studierende, Bewerbungen kommen direkt über die Partnerkliniken. Der Abschluss ist der Bachelor of Science (B.sc.). Bewerber kommen überwiegend aus der Pflege. Ziel ist die Entlastung von arztfremden Tätigkeiten für das ärztliche Personal im klinischen Alltag. Nach Vorstellung des Ausbildungskonzeptes wird der Vortrag sehr kontrovers diskutiert. Kritisch gesehen wurden vor allen die Definitionen der Tätigkeiten und das Fehlen der Möglichkeit, Tätigkeiten im Bereitschaftsdienst auszuführen, da rechtlich keine eigenverantwortliche Tätigkeit bei der Patientenbehandlung möglich ist. Die Umwandlung von ärztlichen Vollstellen ist Verhandlungssache, entsprechend ist die Einstellung der ärztlichen Assistenten auch in der Wahrnehmung des Vortragenden kritisch. Eine Abgrenzung zu Weiterbildungsinhalten bzw. zu Assistenzärzten ist kaum möglich. Die Frage, wo die ärztliche Tätigkeit aufhört und die Unterstützung beginnt, wur-

de im Vortrag nicht geklärt.

Stegner definierte die unterschiedlichen Versorgungsniveaus der GKV und PKV als Zwei-Klassen-Medizin

Aufgrund der schwierigen Wetersituation begann der mit Spannung erwartete Vortrag von Ralf Stegner, SPD-Landesvorsitzender von Schleswig-Holstein, zum Thema „Bürgerversicherung – was kann 2017 folgen?“ erst verspätet. Der durch Stegner gewohnt hohes Engagement und rhetorische Ausdrucksstärke geprägte Vortrag definierte die Bürgerversicherung zunächst in einem schwierigen Umfeld für Reformen durch sehr vielschichtige Interessensvertreter und -lagen. Stegner betrachtete die Bürgerversicherung als SPD-Kernforderung: Sie soll für alle gleich sein. Er stellte heraus, dass er keine Chance auf eine Regierungsteilnahme sieht, wenn diese Kernforderung nach der Wahl im kommenden September nicht umgesetzt wird. Sein Ziel ist mehr Gerechtigkeit: 90 Prozent der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Das Solidarprinzip spare hohe Einkommen aus, die Kostenentwicklung erfordere jedoch zunehmend Einschnitte bei den Leistungen. Davon sei die private Krankenversicherung ausgenommen, da sie nicht adäquat an den Kostensteigerungen beteiligt wird. Weiterhin sieht Steger keine gleiche Versorgung für die Patienten mehr. Der medizinische Fortschritt müsse jedoch allen Bürgern in gleichem Maße zur Verfügung stehen. Darüber hinaus betonte Stegner die Verantwortung der Arbeitgeber für die Krankenversicherung: Sogenannte krankmachende Faktoren der Arbeit betreffen beson-

ders die gesetzlich versicherten Arbeitnehmer. Er fordert eine gerechte und nachhaltige Finanzierung mit einer dritten Säule neben Arbeitnehmern und Arbeitgebern: Ein Steueranteil in Form eines Gesundheitsfonds solle die Finanzierung der zukünftigen Kosten der Gesundheitsversorgung sicherstellen. Dies sollte auch für Beamte gelten – er räumte jedoch Probleme mit der verfassungsrechtlichen Konformität der Forderung ein. Eine solche Regelung könne nur für neu ihren Beruf aufnehmende Beamte gelten, für die Übrigen gelte Besitzstandswahrung gemäß den gesetzlichen Vorgaben. Stegner definierte die aus seiner Sicht unterschiedlichen Versorgungsniveaus der GKV und PKV als nicht mehr zeitgemäße Zwei-Klassen-Medizin, er sieht in der Zukunft eine weiter zunehmende Kluft zwischen beiden Systemen. Die PKV ist in seinen Augen als Zusatzversicherung zu betrachten. Notwendig sei weiterhin auch die klare Definition des medizinisch Notwendigen. Die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung müssten in der Bürgerversicherung neu definiert und optimiert werden. Die Finanzierung ambulanter und stationärer Medizin solle dual abgebildet werden. Er schloss mit einem Aufruf: „Wenn wir nicht handeln, wird die Versorgung in der Breite und Fläche nicht mehr sichergestellt sein“. Erwartungsgemäß wurde der Vortrag kontrovers diskutiert.

Generation Y: Regelmäßiges Feedback zur Arbeitsleistung, hoher Lebensstandard, strebt Zufriedenheit im Arbeitsalltag an

Im Anschluss wurde die Führung

der Generation Y noch einmal von Margit Geiger (Bochum) aufgearbeitet. Jede Generation sagt der Folgenden den Untergang voraus, der dann doch ausbleibt. Die Generation Y erwarte ein regelmäßiges und umfangreiches Feedback für ihre Arbeitsleistung, sie sei hervorragend vernetzt und informiert. Sie sei einen sehr hohen Lebensstandard gewohnt und strebe Zufriedenheit und Harmonie im Arbeitsalltag an. Geld spielt für die Generation Y keine so große Rolle mehr und werde auf hohem Niveau für die ausgeübte Tätigkeit eingefordert. Wichtiger sei eine stabile Work-Life-Balance, Vorgesetzte werden als Vorbilder wahrgenommen und unter den entsprechenden Erwartungsdruck gestellt.

Dann thematisierte Tancred Lasch (Jena) die qualifikationsgerechte Tätigkeitsverteilung in der Krankenversorgung: Während eine Delegation die Anordnungs- und Letzt-Verantwortung für das Arbeitsergebnis beim Delegierten belässt, ist die Substitution die vollständige Übertragung der Verantwortung für das Arbeitsergebnis auf denjenigen, der die Aufgabe übernimmt. Für die Sicherstellung der Verantwortung müssen diese Prozesse in einer komplexen Matrix geregelt werden. Hier sind korrekte Definitionen und vor allen Dingen entsprechende Schulungen sowie Dokumentationen zwingend erforderlich.

Bei drohender Kündigung ist der oberste Grundsatz, alles zu unterlassen, was zu einer Verschärfung des Konfliktes beitragen könnte

Der zweite Block beschäftigte sich mit den Schwierigkeiten, denen sich der Chefarzt im Rahmen seiner Leitungstätigkeit im klini-

schen- und Arbeitsumfeld stellen muss. RA Ulrich Baur stellt noch einmal die Verhaltensregeln bei Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber/Klinikträger und drohender Entlassung vor. Beim Kündigungsgrund muss unterschieden werden zwischen der personenbedingten Kündigung, der betriebsbedingten Kündigung (Stilllegung der Abteilung) sowie der verhaltensbedingten Kündigung. Hinzu kommt die außerordentliche/fristlose Kündigung aus wichtigem Grund. Hier ist eine Ausschlussfrist hervorzuheben, die Kündigung kann in diesen Fällen nur innerhalb von zwei Wochen nach Erlangung der Kenntnis von dem für die Kündigung maßgebenden Tatsachen erfolgen. Bei drohender Kündigung ist der oberste Grundsatz, alles zu unterlassen, was zu einer Verschärfung des Konfliktes oder Verhältnisses zwischen Krankenhaus und Chefarzt beitragen könnte. Der Chefarzt sollte nur dann mit dem Geschäftsführer allein reden, wenn ein Vier-Augen-Gespräch sichergestellt ist. Sollten neben der Geschäftsführung noch weitere Vertreter des Trägers an dem Gespräch teilnehmen, sollte sich der Chefarzt dem Gespräch entziehen und anwaltliche Unterstützung herbeiführen. Für alle weiteren Gespräche sollte sich der Chefarzt fachkundige Unterstützung hinzuziehen. Konvent wie auch Berufsverbände bieten dies an, der Konvent hat auf seiner Homepage jetzt auch im Mitgliederbereich eine Telefonliste etabliert, in der Ansprechpartner genannt werden, um kritische Situationen mit erfahrenen Kollegen in einem vertraulichen Gespräch besprechen zu können. Neben der primär deeskalierenden Kommunikation sollte umgehend ein Anwalt eingeschaltet werden, der Gang an

die Öffentlichkeit muss zwingend unterbleiben, gleiches gilt für die Presse. Eine rechtliche Prüfung der erhobenen Vorwürfe kann nur von fachkundiger Hand erfolgen. Eine Kündigung vorausgehen muss immer eine Abmahnung – eine Ausnahme ist nur möglich, wenn erkennbar ist, dass eine Verhaltensänderung des Chefarztes nicht zu erwarten ist. Baur stellt heraus, dass es immer primäres Ziel sein muss, den Arbeitsplatz des Chefarztes zu erhalten. Ist dieses Ziel nicht erreichbar, sollte eine möglichst hohe Abfindung erreicht werden. Auch hier steht wieder Kommunikation im Vordergrund, allerdings nur zwischen den direkten Verhandlungspartnern und nicht über die Öffentlichkeit. Ein Aufhebungsvertrag sollte nicht zu früh geschlossen werden, bei Problemen können sich die betroffenen Kollegen jederzeit an die genannten Stellen wenden.

Je länger die praktische Erfahrung andauert, desto eher verlassen Ärzte Standards, halten sich weniger an Leitlinien, nutzen alte oder veraltete Therapieformen

Carsten Krones (Aachen) stellte die Grenzen des Chirurgen im Alter vor: DeBakey hat noch mit 91 Jahren aktiv operiert. Der Trend zur alternden Gesellschaft und zur verzögerten Pensionierung führe dazu, dass in Australien 20 Prozent der praktizierenden Ärzte über 65 Jahre alt sind, in den USA praktizieren noch mehr als 20000 Kollegen, die älter als 70 Jahre sind. Ein Beleg, dass Alltagserfahrung auch ein Vorteil bei klinischen Ergebnissen ist, konnte bisher nicht erbracht werden. Im Gegenteil, je länger die praktische Erfahrung andauert, desto eher verlassen Ärzte Standards,

halten sich weniger an Leitlinien, nutzen alte oder veraltete Therapieformen und verlassen sich auf die vielleicht manchmal trügerische „Lebens“-Erfahrung ihrer beruflichen Tätigkeit. Ob es wirklich eine Aufgabe für die Fach- und Berufsverbände ist, ein Assessment-Programm für „Senior“-Chirurgen aufzulegen, muss weiter diskutiert werden. Der Vortrag schließt mit der Aufforderung zur realistischen Selbsteinschätzung der eigenen Physiologie, Mut zur Transparenz und vor allen Dingen dem Aufruf, Vorbild zu bleiben und „Lernen“ Platz zu geben. Holm Friebe (Berlin) schlägt die Stein-Strategie vor: In der Krise einfach mal nichts tun. Er weist auf den hektischen Alltag, die zunehmende Informationsdichte und die Gewöhnung des Menschen, immer schneller und immer mehr zu machen. Dem setzt er die Kunst entgegen, einmal nicht zu handeln. Er stellt dieses in sehr kommunikativen und nachhaltigen Situationen vor. Er schlägt vor darüber nachzudenken, auch einmal Bewährtes zu bewahren. Nicht jeder Trend ist es wert, ihm hinterher zu laufen, die Gesellschaft habe eine „Neomanie“ befallen. Dem setzt er die Nachhaltigkeit des Bewährten und Erprobten entgegen. „Der frühe Vogel frisst den Wurm, die zweite Maus bekommt den Käse“ beschreibt diesen Konflikt sehr nachhaltig. Von den vielen beeindruckenden Bildern bleibt, dass die Konzentration auf das Wesentliche, die Fokussierung auf relevante Punkte häufig viel besser ist als die hektische Reaktionsfähigkeit unserer heutigen Gesellschaft.

Hubertus Wenisch (Potsdam) setzt sich in seinem Vortrag mit der Frage auseinander, ob wir Headhunter heute wirklich noch brauchen. Die Top Ten der Head-

hunter setzten in Deutschland 2015 mehr als 250 Millionen Euro um! Die relevanten Anforderungen an einen Chefarzt können in sechs Punkte zusammengefasst werden: Medizinische Qualifikation, Forschung, Personalmanagement, Social Skills (Kommunikation), betriebswirtschaftliche Kenntnisse und strategische Kompetenz. Personalberatungen arbeiten hier an Kriterien, dieses messbar und transparent zu machen. Für einen erheblichen finanziellen Aufwand können Personalberater den Träger bei der Auswahl eines geeigneten Chefarztes unterstützen.

Teil 2 folgt im nächsten Heft.

Priv.-Doz. Dr. med. Kay Kolhaw, Borna

23. Tagung KLK-Tagung – Teil 2

Spannend und gut besucht – Tief »Egon« blieb ohne ernsthafte Auswirkungen

Der dritte Block der 23. Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen, die am 13. und 14. Januar 2017 wie gewohnt in der Handelskammer Hamburg stattfand, beschäftigte sich mit der Qualitätsoffensive. Guido Lerzynski, Hamburg, stellt die Qualitätssicherung anhand von Routinedaten aus Sicht der kirchlichen Krankenhäuser vor (QKK e.V., Zusammenschluss rund 80 kirchlicher Krankenhäuser bundesweit). Die Qualitätsindikatoren aus den Routinedaten werden den §21-Daten auf dem Boden des G-IQI-(German Inpatient Quality Indicators) Datensatzes aus dem KIS entnommen. Bei Auffälligkeiten werden vor Ort sogenannte Peer-Reviews – interdisziplinäre retrospektive Fallbesprechungen anhand der Patientenakte mit speziell geschulten Reviewern (Peers) – analog der Vorgehensweise bei IQM (Initiative Qualitätsmedizin) gemäß vorher festgelegten Kriterien durchgeführt. Ziel ist ausschließlich, eine Verbesserung vor Ort auszulösen. Weiterhin werden Strukturen und Prozesse bei auffälligen Kriterien analysiert, zum Beispiel eine erhöhte Mor-

talität bei Pneumonie. Aus Sicht der kirchlichen Krankenhäuser sind diese Qualitätsindikatoren keine perfekte Abbildung der klinischen Realität. Sie sind auch keine wissenschaftliche Aussage, sie beinhalten eine Unschärfe und vor allem ein Benchmarking von einzelnen Abteilungen/Einrichtungen ist ausdrücklich nicht möglich. Trotzdem zeigen sie statistische Auffälligkeiten, die näher untersucht werden müssen und können. Mit relativ geringem Aufwand kann Verbesserungspotential identifiziert werden, das dann intern zu Maßnahmen und Verbesserungen in der Patientenversorgung führen kann. Wichtig ist in kirchlichen Häusern auch die Abbildung kirchlicher Schwerpunkte, beispielsweise die Palliativversorgung.

Zertifizierte Darmkrebszentren: Kritische Betrachtung der vorgegebenen Mindestmengen beim kolorektalen Karzinom

Hans-Rudolf Raab (Oldenburg) setzte sich kritisch mit der Frage auseinander, ob die Chirurgie des kolorektalen Karzinoms nur noch in Darmkrebszentren erfol-

gen soll. Die Zentrenbildung hat immer auch einen hohen Trigger auf Marketing-Aspekten und bildet nicht immer reale Tatsachen ab. Kritisch wurden auch die von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) vorgegebenen Mindestfallzahlen betrachtet, für die es nach Studienlage keine echte Evidenz gibt. Die Grundlage für die Einführung von Mindestfallzahlen in Form von Studien fehle. Die Bürokratisierung des Zertifizierungsprozesses erbringe keinen nachgewiesenen Nutzen.

Daten aus den USA weisen viel höhere Fallzahlen für eine mögliche Qualitätsverbesserung nach, als sie bei den Darmkrebszentren gefordert werden. Auch ist der Beleg, dass in zertifizierten Zentren eine statistisch messbare Verbesserung der Versorgungsqualität erzielt werden kann, für viele Entitäten und Krankheitsbilder nicht erbracht, insbesondere nicht für das kolorektale Karzinom. Dennoch ist die Bildung von Netzwerken und die Kompetenzabstufung im Rahmen des Zentrenmodells der DKG positiv zu bewerten und entwicklungs-fähig. Als Beispiel führte Raab die DGU-Traumanetzwerke mit ihrer Organisationsstruktur an.

Die Zentrumsbildung berühre nicht nur medizinische Belange, sondern auch die Interessen von Politik, Ökonomie, Beratungs- und Zertifizierungsindustrie. Die Kriterien und Verfahren von Zertifizierungen seien schlecht validiert. Der faktische Fortschritt durch die Organzentren müsse besser dokumentiert, sichtbar gemacht und weiterentwickelt werden.

Ösophaguskarzinom: Die Mortalitätswahrscheinlichkeit halbiert sich ab einer Fallzahl von 50 Eingriffen

Wolfgang Schröder (Köln) stellte am Beispiel des Ösophagus eine Analyse für die Evidenz in der Zertifizierung vor. Das Universitätsklinikum Köln ist als Exzellenzzentrum „Speiseröhre/Magen“ mit seit 2014 mehr als 170 onkologischen Resektionen pro Jahr zertifiziert. Die Vorgaben der DGAV für das Leistungsspektrum bei Diagnostik und Therapie werde nur von wenigen deutschen Kliniken erreicht. Die Verbesserung in der Ergebnisqualität sei signifikant in der Literatur klar belegt. Ins-

besondere sei die Fallzahl des einzelnen Chirurgen wichtiger als die Fallzahl des Krankenhauses. Die Mortalitätswahrscheinlichkeit halbiere sich ab einer Fallzahl von 50 Eingriffen, sie halbiere sich ein weiteres Mal ab einer Fallzahl von etwa 180 Eingriffen. Die minimal-invasiven Resektionsverfahren nehmen deutlich zu. Schröder stellte die besseren Ergebnisse in sogenannten „High-Volume“-Zentren eindrucksvoll dar. Dennoch sind die Anforderungen an ein Kompetenzzentrum derzeit nicht leitliniengerecht, Exzellenzcharakter besitzen momentan nur die Universitätsklinik.

Im vierten Block „Aktuelle Stunde“ stellt Joachim Jähne, Hannover, die neue Open-Access-Zeitschrift der DGCH Innovative Surgical Sciences vor. Die DGCH möchte sich ihren Mitgliedern attraktiver präsentieren und eine eigene, einfach erreichbare wissenschaftliche Zeitschrift zur Verfügung stellen. Die ersten beiden Ausgaben sind zur Kontexttagung online. Der Review-Prozess ist transparent, die Medline-Indexierung erfolgt. Alle sind herzlich eingeladen, durch eigene Beiträge zum Gelingen des Projektes beizutragen.

„Choosing wisely“ ist bei korrekter und nachhaltiger Anwendung etablierter Tools in der Chirurgie schon heute gut abgebildet

Hans-Joachim Meyer thematisiert die zunächst aus der inneren Medizin generierte Diskussion „Choosing wisely“ für die Chirurgie. Im Vordergrund steht die Vermeidung von Unter- oder Überversorgung bzw. die nicht korrekte Indikation bei Patienten im höheren Lebensalter oder bei kritischen Erkrankungen.

Ursachen dafür sind mangelnde Grundkenntnisse der Leitlinien, insbesondere aber die Fehlanreize des Finanzierungssystems unseres Gesundheitswesens sowie eine falsche, überzogene oder durch schlechte Beratung induzierte Patientenerwartung in einen möglichen Heilungs- oder Therapieverlauf.

Eine Befragung von Mitgliedern der DGIM zum Kriterium einer möglichen Überversorgung ergab eine Bejahung in zirka 26 Prozent für die Tage 1–10 des stationären Aufenthaltes, eine Zustimmung von 45 Prozent für nichtkonforme Versorgung für einzelne Behandlungsschritte mehrfach die Woche. Meyer stellt heraus, dass die S3-Leitlinien in Kurz- und Langform transparent die medizinischen Vorgaben regeln bzw. abbilden. In der Umfrage wird auch deutlich, dass in mehr als 40 Prozent eine Unkenntnis der Leitlinien konstatiert werden musste.

Meyer betont, dass wir unsere bekannten Tools wie Leitlinien, Tumorboards und Studien entsprechend nutzen und kommunizieren müssen. Bei relativen Indikationen unterstreicht er, dass diese breit aufgestellt und gut dokumentiert sein sollten. Meyer sieht bei korrekter und nachhaltiger Anwendung unserer etablierten Tools in der klinischen Medizin das „Choosing wisely“ in der Chirurgie schon heute gut abgebildet.

Der IT-Sicherheit in der Medizin kommt immer größere Bedeutung zu

Der fünfte Block beschäftigte sich mit der Medizin 4.0. Der IT-Sicherheit in der Medizin kommt immer größere Bedeutung zu. Florian Grunow (Heidelberg) berichtete über die „Cyberattack

News“: Die sogenannte Ransomware interagiert mit den Schnittstellen zur Informationsübertragung von Geräten und dem KIS des Krankenhauses. Schnittstellen für die Fremdwartung von Geräten bzw. Fernabfragen von Daten sind in den neuen Geräten sehr weit verbreitet. Die IT-Security steht noch auf dem Stand der 1980er oder 1990er Jahre. Die Krankenhaus-IT ist in der Regel personell komplett überfordert.

Mittlerweile verpflichtet die FDA die Hersteller auf die Einhaltung fester Regeln zur IT-Security, wenn die Geräte eine Zulassung in den USA erhalten sollen. Als Beispiel wird eine Körperanalyse-Waage dargestellt: die Daten werden in der Cloud gespeichert, es gibt keinerlei Datenschutz, von außen sind die Daten komplett einsehbar. Dazu wird noch das Passwort des WLAN übertragen. Dieses ist dann nicht mehr geschützt und Manipulationen von außen ausgesetzt. Weitere Beispiele sind zum Beispiel Schnittstellen für ein MRT, so konnte ein Hacker über eine nicht gestützte Schnittstelle das MRT einfach abschalten, mitten im Betrieb.

Bei Patienten-Monitoren können Alarm-Grenzen manipuliert oder sogar ausgeschaltet werden, auch Narkosegeräte können einfach von außen manipuliert werden. Es ergibt sich das Dilemma, dass Hardware und Software mindestens 20 bis 30 Jahre betriebswirtschaftlich laufen müssen, die zwischenzeitliche Wartung und Weiterentwicklung aber vernachlässigt wird. Um Zukunftssicherheit zu erreichen, müssen die Strukturen der Software angepasst oder auch die anspruchsvollen Prüfungen regelmäßig durchgeführt werden.

Die höchsten Kosten im Krankenhaus entstehen ab dem 80.

Lebensjahr, insgesamt steigen die Krankenkosten schneller als die Inflation

Rüdiger Lohmann (Berlin) stellt heraus, dass bei der Digitalisierung in der Chirurgie nicht alles Machbare auch sinnvoll erscheint. Die höchsten Kosten im Krankenhaus entstehen ab dem 80. Lebensjahr, insgesamt steigen die Krankenkosten schneller als die Inflation. Die relevanten digitalen Technologien sind:

- 1. Big Data: Krankenhäuser beginnen ihre Daten in der Cloud zu speichern (elektronische Patientenakte) und ermöglichen intensivere Formen der Kommunikation.
 - 2. Augmented Reality: Unterstützung in der Visualisierung, zum Beispiel für Lehre, OP Planung, 3D-Visualisierung mittels Hologrammen von CT- und MRT-Bildern.
 - 3. Verbesserte Sensorik: Etwa autonomes Fahren, Messung von Blutzucker über Kontaktlinsen, RFID-Chips.
 - 4. New Devices: Elektronische Krankenakte, Konzentration der Informationen auf einem iPad/Tablet-PC online in der Kitteltasche, optimierter Informationstransfer (Konnektivität).
 - 5. Internet of Things: Einbindung der Geräte in eine digitale Prozesslandschaft, vernetzte Steuerung, Interaktion und Bewertung der gewonnenen Informationen, Aufbereitung der Informationen für die Behandler (Ärzte, Pflege).
 - 6. 3D Printing, beispielsweise für Implantate.
- Die möglichen Innovationen stellen die Gesundheitsversorgung vor ein finanzielles Dilemma, denn viele der Innovationen erscheinen jetzt kaum finanzierbar. Die steigende Inanspruchnahme von Leistungen durch die Babyboomer bis zirka zum Jahr 2050

wird diesen Effekt noch verstärken. Trotzdem ist nicht zu erwarten, dass die Innovation aufgehalten werden kann.

Gerade für den komplexen Prozess der Behandlung einer morbidem Adipositas haben sich Zertifizierungsstrukturen als unabdingbar erwiesen

Im sechsten und letzten Block wurden Wege und Irrwege von Krankenhausstrukturen diskutiert. Christine Stroh (Gera) setzte sich mit der integrierten Versorgung in der Adipositaschirurgie in Thüringen auseinander. In Gera besteht seit dem Jahr 2014 ein integrierter Versorgungsvertrag mit den Kostenträgern für die Adipositaschirurgie. Für die Etablierung des Zentrums waren umfangreiche Vorarbeiten zum Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes nötig, dieses umschließt ganz Thüringen. Die strukturellen Vorgaben konnten mit einer Ausweitung der personellen Ressourcen erfüllt werden. Die Versorgungsqualität konnte nachweislich verbessert werden, eine Steigerung der Zahl der versorgten Patienten wurde nicht erreicht. Der Organisationsaufwand für die chirurgische Klinik bringt diese an ihre Grenzen, trotzdem wurde ein positives Fazit für die Kosten-Nutzen-Relation gezogen. Gerade für den komplexen Prozess der Behandlung einer morbidem Adipositas, insbesondere für die Indikationsstellung und Patientennachsorge, haben sich die Zertifizierungsstrukturen als nützlich und unabdingbar erwiesen.

Die Kooperation sollte bilateral, ehrlich und zum gegenseitigen Nutzen erfolgen

Die Kooperation zwischen Universitätskliniken und Versorgungskrankenhäusern wurde von Michael Ghadimi (Göttingen) und Kay Kohlhaw (Borna) thematisiert. Das Spannungsfeld besteht aus den Feldern Kooperation, Ausbildung/Lehre, aber auch Kooperation in der Patientenversorgung. Die Kooperation sollte bilateral, ehrlich und zum gegenseitigen Nutzen erfolgen. Abgestufte bzw. abgesprochene medizinische Prozesse und Leistungskonzepte müssen nicht zwingend in einem Verdrängungswettbewerb münden. Der lokale Versorgungsauftrag eines Versorgungskrankenhauses kann durch Kooperation für spezielle und seltene Erkrankungen und die Diagnostik mit einem Universitätsklinikum durchaus zum gegenseitigen Vorteil reichen. Dieses kann auch in der Ausbildung genutzt werden, wenn Mitarbeiter aus beiden Kliniken in einem gemeinsamen Ausbildungskonzept beide Versorgungsstufen kennenlernen können. Für die Ausbildung können Lehrkrankenhäuser für die Universitäten den Studierenden wichtige Einblicke abseits eines Maximalversorgers bieten. Am Ende kommt es immer auf die persönliche Beziehungsebene zwischen den Leitungs- und Verantwortungsträgern an. Je besser die Kommunikation, desto größer wird auch der Nutzen für alle Beteiligten bei einer Kooperation zwischen einem Universitätsklinikum und einem Versorgungskrankenhaus sein.

Teil 1 finden Sie in Ausgabe #
Priv.-Doz. Dr. med. Kay Kohlhaw, Borna

Die 24. Tagung des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen findet am 12. und 13. Januar 2018 wie gewohnt in der Handelskammer Hamburg statt