

LANDESKONGRESS — GESUNDHEIT — BADEN-WÜRTTEMBERG

7. FEBRUAR 2020
MESSE STUTTGART



Landesärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts

BEZIRKSÄRZTEKAMMER
NÖRDWÜRTTEMBERG

BWKG

Krankenhaus
Reha
Pflege

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



AOK
Die Gesundheitskasse
ADK Baden-Württemberg



BKK
Landesverband
Süd

KZV BW

DAK
Gesundheit



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg



LANDESAPOTHEKERKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG



TK
Die Techniker

BARMER

IKK classic



LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

**deutsche apotheker-
und ärztebank**

PVS BW

5. Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg „Zukunftssicherung Gesundheit“

– *Beteiligungen und Forenergebnisse* –

www.lk-gesundheit.de

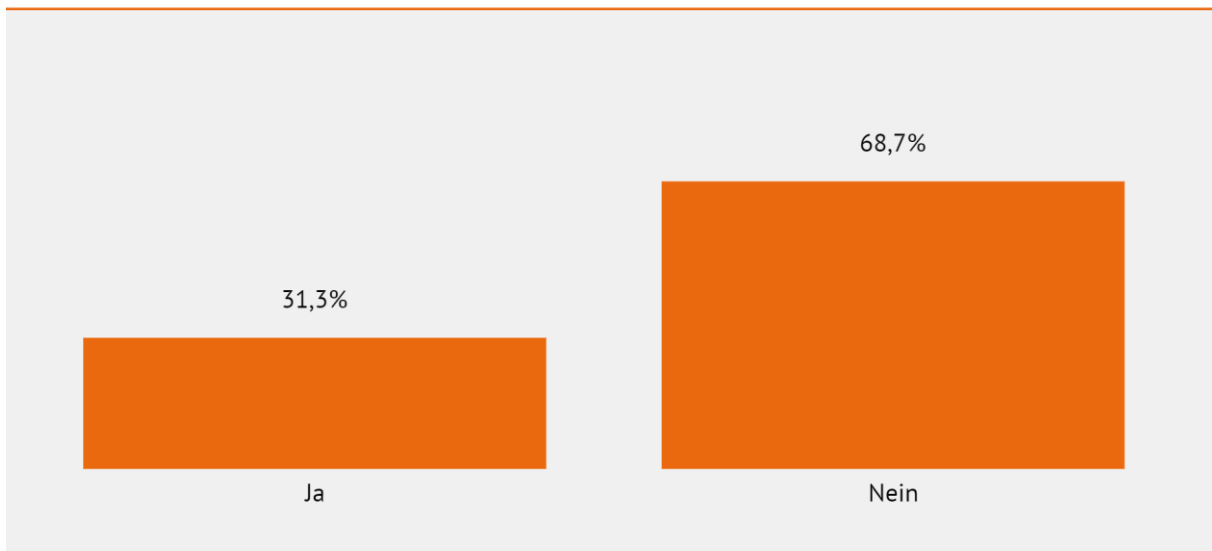
Inhalt

Eingangsfrage	3
Fragen und Kommentare an Dr. med. Norbert Metke	4
Fragen und Kommentare an Sozialminister Manfred Lucha MdL.....	5
Fragen und Kommentare an Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH	6
Fragen und Kommentare an Prof. Dr. rer. Pol. Boris Augurzky	8
Fragen und Kommentare an Prof. Dr. med. Karl Lauterbach MdB	9
Fragen und Kommentare an das Podium	11
World Café Foren – Forum 1	12
World Café Foren – Forum 2	15
World Café Foren – Forum 3	18
World Café Foren – Forum 4	23
World Café Foren – Forum 5	27
World Café Foren – Forum 6	31
World Café Foren – Forum 7	35
World Café Foren – Forum 8	37

Eingangsfrage

„Haben die bisherigen Reformen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg verbessert?“

Haben die bisherigen Reformen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg verbessert?



Fragen und Kommentare an Dr. med. Norbert Metke

(Eröffnungsrede – Vorsitzender des Vorstands der KVBW)

1. Wollen wir weiterhin eine zuhörende Medizin? Was muss dafür geschehen?

Fragen und Kommentare an Sozialminister Manfred Lucha MdL

(Grußwort der Landesregierung – Minister für Soziales und Integration Baden-Württemberg)

1. Was sagen Sie zur Planung der Integrierten Notfallzentren (INZs)? Lässt sich das Land von der KV die Zuordnung der Notfallzentren aus der Hand nehmen? Wo bleibt der diesbezügliche Protest gegen den Referentenentwurf zur Notfallversorgung?
2. Durch die im Referentenentwurf von Spahn zur Notfallversorgung vorgesehenen INZ werden die kleinen Klinikstandorte, die für die wohnortnahe Notfallversorgung immens wichtig sind, gefährdet! Was gedenken Sie, Herr Lucha, dagegen zu tun?
3. Durch die Notfallreform mit den INZ werden zukünftig die Standorte mit INZ überlaufen, während die kleinen Häuser mangels Patienten ein Problem bekommen. Das sorgt für einen Verlegungstourismus und nebenbei für eine längere Bindung der Rettungsmittel mit allen Konsequenzen. Das Problem muss gelöst werden, indem die kleinen Standorte weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen dürfen. Wie stehen Sie dazu, Herr Lucha?
4. Herr Minister, Sie reden über Digitalisierung. Wo kommt das Geld für die Digitalisierung der Krankenhäuser her? Die laufenden Erlöse der DRGs reichen dafür nicht aus.
5. Wie wird denn die Sektorengrenze zwischen den SGBs abgebaut? Gibt es dazu Pläne?

Fragen und Kommentare an Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

(Impulsvortrag – Vorsitzender Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)

1. Die Geister, die sie riefen...Wie sagen wir den asymptomatischen Herzpatienten, dass sie jetzt nicht mehr regelmäßig zum Kardiologen sollen?
2. Das System ist gut für die kranken Gesunden und schlecht für die kranken Kranken.
3. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes (Grunddaten der Krankenhäuser) gab es im Jahr 2017 602 Krankenhausbetten je 100.00 Einwohner. In BW nur 508. Woher kommt die genannte Zahl: 800 Krankenhausbetten?
4. Kann die geringe Zahl an Ärzten und Pflegekräften in den Krankenhäusern nicht auch daran liegen, dass wir mehr Teilzeitkräfte haben? Anders ausgedrückt: Haben wir einen Mangel an Arztzeit?
5. Worin liegt Ihr Problem, was die Verteilung der Ärzte angeht? Die Patienten sind so mobil, wie nie zuvor, sie fahren eben dort hin, wo der Arzt sitzt.
6. Trotz HzV gehen die Patienten in BW häufiger zum Facharzt als in den anderen Bundesländern. Die Steuerung funktioniert nicht.
7. Herr Gerlach, wo kommt das Geld für die Digitalisierung der Krankenhäuser her? Die DRGs sind dafür nicht auskömmlich.
8. Wie soll nach Ihrer Ansicht der Abbau der Überversorgung konkret erfolgen mit Blick auf die Krankenhäuser?
9. Die Gesundheitspolitik in Deutschland. Mein Rückblick: zunehmende Anzahl der Regionen mit (haus-) ärztlicher Mangelversorgung, dafür Mehrarbeit für Ärzte für weniger Geld. Mehr Bürokratie und Reglementierung. Neben dem Stressanstieg bei Ärzten auch Verlust von Autonomie und Kontrolle. Frage nach der Sinnhaftigkeit (nicht-) ärztlicher Arbeit, die auf Ärzte abgewälzt wird. Dadurch Anstieg von Burnout-Syndromen und daraus folgend psychische Erkrankungen bei Ärzten. "Flattrite-Mentalität" bei Patienten, Medizinalisierung nicht-medizinischer Probleme, dadurch unnötige Arztkontakte. Kaum Vorsorgemedizin, stattdessen Verschwendung der immer weniger werdenden Ressourcen für immer teurere "Reparaturmedizin". Die Folgen sind u.a. die auf uns rollende Adipositaswelle. Anstieg der Zivilisationskrankheiten. Anstieg der Anzahl der multimorbiden Patienten usw. Anstieg der Kosten. Eine der Ursachen: fehlende Kompetenz / Fachkenntnis und Weitsicht der ständig wechselnden Entscheidungsträger in der Politik. Ein strukturelles Problem.

Meine Aussicht: aus Ärztemangelregionen werden ärztefreie Zonen, aus der Adipositaswelle wird ein Adipositas-Tsunami. Weiterer massiver Anstieg der Zivilisationskrankheiten. Eine Kostenexplosion wird folgen. Die Lebenserwartung geht zurück. Mein Appell: Wir Ärzte müssen endlich laut werden! Kein Kuschelkurs mit der Politik. Nur Fachleute sollten die Entscheidungsträger sein und nur so kann man klug entscheiden! Vorsorge beginnt schon bei der Planung einer Schwangerschaft. Meine Konsequenz: ich werde das kranke GKV-System verlassen, bevor mich meine Gesundheit verlässt. Und ich werde dann zu meiner Kernkompetenz zurückkehren und mein ganzes Wissen und meine Erfahrung den Patienten widmen, die mich wirklich brauchen....

10. Zu viele Krankenhäuser in Deutschland! Wo?

11. Wie lange wollen wir uns die doppelte Facharztschiene zu Ungunsten der Hausarztversorgung noch leisten?

Fragen und Kommentare an Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky

(Impulsvortrag – Leiter Kompetenzbereich „Gesundheit“ am RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung)

1. Die Regulierung schafft Schonräume, in denen gut verdient wird und im Ergebnis, die Ressourcen verzehrt werden. Ihre Vorschläge sind appellativ. Wie kommen wir konkret weiter?
2. In Bezug auf regionale Versorgungs-Pilote (Folie 9/10). Glauben Sie, dass das BVA regionale Verantwortung zulässt?
3. Wie könnten die regionalen Gesundheitsbudgets definiert werden?

Fragen und Kommentare an Prof. Dr. med. Karl Lauterbach MdB

(Keynote – Gesundheitspolitiker der SPD)

1. 5000 Studenten= nicht 5000 Ärzte Wo bleibt der Rest? Anreize? Steuerung?
2. Altenpflege: Finanzierung über die Arbeitgeber bereits während des Berufslebens möglich? Das System sollte als Daseinsvorsorge in ein staatliches soziales System überführt werden. Diesen Luxus sollten wir uns leisten
3. Die doppelte Facharztschiene bei Gynäkologen trifft nicht zu. Der niedergelassene Gynäkologe ist eigentlich Primärarzt, der Klinikarzt ist Spezialist. Das ist eine ideale Ergänzung!
4. Sollte nicht auch der ärztliche Dienst aus dem DRG herausgenommen werden?
5. Wo sollen die Patienten hin, wenn wir weniger Krankenhäuser haben? Unser Problem ist die fehlende Nachsorgestruktur!
6. Krankenhäuser: Wenn Sie sich für mehr Zentralisierung aussprechen, wie decken Sie eine wohnortnahe Versorgung in der Fläche?
7. 20 Gesetze in 20 Monaten: Die Umsetzung und Flut der Regulierungen bringen alle Beteiligten an ihre Grenzen und vermindern insbesondere bei denen, die die Gesundheit und die Versorgung sicherstellen, drastisch die Akzeptanz. Damit einhergehende Bürokratie fehlt an der Behandlungszeit. Wäre nicht weniger, dafür aber eine durchdachtere Gesetzgebung, mehr?
8. Medizinischer Fortschritt greift ja global, insofern wäre auch der zusätzliche Bedarf an Medizinern kein deutsches Problem. Im Vergleich zu anderen Ländern bleibt die Frage, warum wir deutlich bei relevanten Kennzahlen auf den hinteren Rängen liegen.
9. Wahrscheinlich sind Sie ziemlich alleine mit Ihrer Analyse einer langfristig soliden Finanzierung unserer Sozialsysteme einschließlich des Gesundheitssystems. Sind Sie der "Geisterfahrer" oder die vielen anderen, die Ihnen entgegenkommen
10. Zusammenfassend haben Sie sehr viel gemacht und sehr viel erreicht. Akustisch ist das zumindest angekommen. Wieso ist das Ergebnis dann so schlecht?! Wieso sind wir nur Durchschnitt? Porsche zahlen und VW fahren? Andere Länder in Europa machen das genau anders herum. Sitzen da etwa klügere und kompetentere Köpfe in der Politik? Das Gesundheitssystem in Deutschland ist für die Patienten akzeptabel und für die Ärzte/Pflegepersonal immer weniger hinnehmbar. Prognose weiter schlecht.... Es ist schön von einer besseren Zukunft zu träumen, wir müssen aber jetzt die

Voraussetzungen dafür schaffen und alte Strukturen komplett erneuern. Dies erfordert Mut, Weitsicht und Fachkompetenz. Rare Eigenschaften in der Politik. Es wurde viel verschlafen bzw. aus machtpolitischen Gründen ausgeblendet!

11. Wieso macht es Sinn, die Umstrukturierung der Kliniklandschaft dem freien Spiel der personellen und wirtschaftlichen Ressourcen zu überlassen? Wäre es nicht ressourcenschonender mit klaren Vorgaben z. B. durch Mindestgrößen von Standorten und spezifischen Mindestfallzahlen für Klarheit zu sorgen?

Fragen und Kommentare an das Podium

(Podiumsdiskussion mit Prof. Dr. med. Karl Lauterbach MdB, Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, und Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky)

1. Managed Care hat schon vor Jahren die Systeme des Gatekeeping, Spezialisierung, MVZ'en etc. als notwendig angesehen, da wollte es keiner hören. Wir wären 10 bis 20 Jahre weiter.
2. Die Notfallkapazitäten reichen heute schon nicht aus.
3. Werden die Krankenhäuser beim Weiterschicken aus der Haftung entlassen?
4. Und was ist, wenn das INZ überfüllt ist?
5. 16 Gesetze in zwei Jahren sind definitiv zu viel. Wir brauchen Ruhe in den Praxen und keine neuen Gesetze und Verordnungen!
6. Weniger Konjunktive, mehr Taten!
7. Prof. Gerlach, müsste man statt zentraler Vorgaben und hinkenden Vergleichen mit dem Ausland nicht besser auf die Strukturen in den Ländern abheben, d.h. mehr dort steuern, wo es mehr Rückständigkeit gibt?
8. Wir diskutieren viel über Steuerung der Inanspruchnahme. Wäre es nicht angemessen auch die Angebote in den Blick zu nehmen, die Versorgung besser strukturieren können (Videosprechstunde, Telemedizin, etc.). All das wird von Patienten gefordert, kommt aber nur schleppend ins System.

World Café Foren – Forum 1

(Neue Wege in der ärztlichen Versorgung)

Tisch 1

Thema	Mehr Termine oder auch mehr Service? Erfahrungen mit dem Terminservicegesetz
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Gesetz ist unnötig, wie ein Kropf • Eine Stunde pro Tag wird als offene Sprechstunde angeboten, bisher hat keine Patientin das Angebot genutzt • Das Gesetz hat uns nichts gebracht, nur Bürokratie • Bisher gab es noch keinen Termin, der über die Terminservicestelle in Anspruch genommen wurde • Die unterschiedliche Behandlung von Privat- und Kassenpatienten wird durch das TSVG nicht gelöst • Die 24/7-Öffnung der TSS ist ein Luxusproblem und damit nicht notwendig • Die Vermittlung von Terminen durch die Krankenkassen spielt in der Praxis keine Rolle, ein Patient in den letzten 25 Jahren • Die Politik hat die Aufgabe, eine Steuerung der Patienten vorzunehmen • Das TSVG ist kein Beitrag, um den Beruf des Arztes attraktiver zu machen • Dieses Gesetz ist für die Ärzte ein Einstieg in die Entbudgetierung • Die Patienten werden auch bei einer offenen Sprechstunde ebenso schnell behandelt wie bisher auch • Ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten, die ihren Termin über die TSS vermittelt bekommen haben, haben den Termin nicht wahrgenommen • Das TSVG fördert nicht die Eigenverantwortung der Patienten • Das TSVG könnte ein Einstieg sein, um im Rahmen der 116 117 die Patienten zu steuern • Eine finanzielle Beteiligung der Patienten an Besuchen in den (Notfall-)Praxen wird befürwortet • Wichtiger als Regelungen wie im TSVG wäre eine bessere Information und Gesundheitsbildung der Patienten schon von klein auf • Viel Aufwand für wenig Ertrag • Hausarzttermine sind über die Terminservicestelle nicht vermittelt / in Anspruch genommen worden • Der Terminmangel ist eher gefühlt als real • Auch bei den MFA ist es im Augenblick eher ruhig in Bezug auf das Thema • Psychotherapeutische Erstberatung wird angeboten, die Hälfte der Termine wird von den Patienten nicht wahrgenommen
Fazit	<p>Viel Aufwand, wenig Ertrag. Das TSVG erfüllt nicht die Ziele. Patientensteuerung ist gut, dafür sind aber andere Instrumente erforderlich. TSS 24/7 ist ein Luxusangebot.</p>

Tisch 2

Thema	docdirekt: Praxis und Perspektiven von Online-Sprechstunden
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Online-Patienten werden dann angenommen, wenn ein Behandlungszimmer frei ist und zeitlich in den Praxis Ablauf passen • Offene Sprechstunden werden genutzt, da können telemedizinische Patienten problemlos eingebaut werden • Es ist eine Möglichkeit, Patienten bei akuten Beschwerden und Problemen, aber auch chronische Patienten zu versorgen. Patienten fragen oft auch einfach nur zur Medikation nach (Ältere, Schwangere) • Alternative zur Behandlungssteuerung • Verknüpfung mit dem eRezept Gerda hervorragend zur Ergänzung der Fernbehandlung • Diskussion auch über die Zukunft von DocDirekt, wegen Wechsel des technischen Dienstleisters • Die Dauer der Behandlung der Patienten in der Fernbehandlung ist identisch zum klassischen Patienten • KV will die Fernbehandlung an 116 117 ankoppeln • Teilweise melden sich auch schon Patienten aus dem Urlaub • Technisch gibt es einen abgeschotteten Rechner, die MFA der Teleärzte sind in die Fernbehandlungsfälle kaum eingebunden • KV macht 3 Tage nach der Fernbehandlung eine Qualitätssicherung mit Nach-Anrufen • Das System sollte weiter ausgebaut und entwickelt werden, auch für Fachärzte • Auch in einer großen Praxis lässt sich dieses Modell organisatorisch unterbringen • 60-70 % der Patienten lassen sich abschließend per Fernbehandlung behandeln • Die Diagnostik läuft halt ausschließlich über Befragungen • Es lohnt sich organisatorisch und betriebswirtschaftlich nicht, spezielle Zeiträume, wie z.B. Mittwoch-Nachmittag in der Praxis freizuhalten • Patienten sparen Wege, Telearzt spart keine Zeit durch Telemedizin, Notfallambulanzen, aber auch zahlreiche niedergelassene Ärzte sind skeptisch • Klassisch tauchen die gleichen Diagnosen auf wie in der Notfallpraxis oder -Ambulanz
Fazit	Das Projekt ist gut und sinnvoll, sollte ausgebaut werden. Es ist innovativ und wird an Bedeutung gewinnen. Lieber mit KV entwickeln als Fremdanbieter zulassen.

Tisch 3

Thema	Integrierte Notfallzentren: ist der Staat der bessere Organisator für Notfallversorgung?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Pro 400.000 Einwohner ist ein INZ geplant • INZ ist 24/7 Notfallpraxis, Notfallpraxen sollen kein Ausweichort für die Regelversorgung werden

	<ul style="list-style-type: none"> • Nummer 116117 ist bei der Bevölkerung unbekannt • Können die 120 bestehenden NFP bestehen bleiben oder gibt es neue Strukturen? • Ist es politisch klug gewesen, die Krankenhäuser BWKG bei der Planung der INZ außen vor zu lassen? • Krankenhäuser möchten gerne, dass die KV-Notfallpraxen Mittwoch und Freitag-Nachmittag geöffnet sind und abends länger als 19 bzw. 22 h • Muss es nicht doch eine Steuerung durch Finanz. Beteiligung geben? • Ärzte am Tisch meinen, es fehlt an der Steuerung der Patienten, weil Patienten die bestehenden Strukturen umgehen (wollen nicht warten, meinen sie werden im KH besser versorgt etc.) • TSV hätte noch etwas mehr Zeit gebraucht, um herauszufinden, ob 116117 als Patientenservice nicht ausreichend wäre für die Patientensteuerung • Entscheidend ist die Kompetenz des med. Personals bei der Ersteinschätzung • Welche Qualifikation soll der diensthabende Arzt am INZ haben? Gewünscht: Hausarzt / Internist • Sinnvoll wären Seminare/Weiterbildung zur Notfallmedizin verpflichtend für alle Fachgruppen • Ohne finanzielle Beteiligung geht es nicht • Krankenhäuser möchten werktags von den „Bagatelle-Fällen“ entlastet werden. Aber: Ist der INZ-Arzt ausgelastet?
Fazit	<p>Kooperation Klinik und niedergelassene Ärzte ist sinnvoll. Patientensteuerung mit Ersteinschätzung ist hilfreich, Kostenbeteiligung kontrovers diskutiert. BW hat mit 120 Notfallpraxen eine gute Struktur. INZ-Bedarf 24/7 fraglich</p>

World Café Foren – Forum 2

(Neue Wege zur ärztlichen Nachwuchssicherung)

Tisch 1

Thema	Mehr personenbezogene Flexibilität bei der Weiterbildung
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Anbindung der Weiterbildung an ambulanten Sektor fördern da im ambulanten Bereich mehr Ärzte gebraucht werden. • Sektorenübergreifende Weiterbildung. • Jeder Arzt muss einen Weiterbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin ableisten. • Theoretische Abschnitte in die Weiterbildung einbauen. • Weiterbildung wird z.B. staatlich gefördert. Weiterbildungsassistent ist immer on Top auf den Stellenplan einer Klinik. • Wo bleiben die Hausärzte? Förderung der hausärztlichen Nachwuchssicherung sollte oberste Priorität haben. In BW v. a. Hausarztmangel demographisch bedingt. • Einerseits Wunsch nach Steuerung der Weiterbildungsplätze andererseits Wunsch nach Flexibilität. • Evtl. Verkürzung der Weiterbildungszeit für den Allgemeinmediziner. • Inhomogene Gruppe insgesamt wird die Weiterbildung als relativ flexibel angesehen. • Wichtig bei Verbundweiterbildung Flexibilität im Denken. Schwierigkeiten bei der Schaffung von Verbänden zwischen den Sektoren. Sektorenübergreifende Weiterbildung muss praktikabler werden. Z. B. auch Flexibilität in der Rotation stationär/ambulant wichtig. Z. B.: Beginn der Weiterbildung im ambulanten Bereich nach Schwangerschaft. Mehr Verständnis für den anderen Sektor. • Flexible Arbeitszeiten für Weiterbildungsassistenten
Fazit	Schwerpunkt Nachwuchsmangel Landärzte. Möglichst hohe Flexibilität bei der Verbundweiterbildung - Flexibilität im Kopf der Weiterbilder in beiden Sektoren erforderlich. Arbeitszeiten für Assistenten möglichst flexibel gestalten. Früher Kontakt mit Landärzten nötig.

Tisch 2

Thema	Mehr sektorenübergreifendes Miteinander zum Erhalt von Landarztpraxen
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Neugründung der KV Regiopraxis. Transsektorale Zusammenarbeit mit dem kommunalen Krankenhaus und Landratsamt über Gesundheitskonferenz. Ziel Weiterbildungsverbund mit Kooperationspraxen und Krankenhaus, Wechsel auch für Teilzeit. Alle ambulanten Abschnitte werden kv-gefördert. Zertifizierung über BÄK NB. Ursprünglich HD Modell Verbund plus. Wie kommen die Ärzte dorthin: 1) Förderung von Student*innen im PJ 400 € zusätzlich Kost & Logis über den Landkreis. 2) Nach dem Physikum 4 Stellen pro Jahr 500 € pro Monat bis

	<p>Studierende. Studis müssen die Zeit des Erhalts des Stipendiums im Landkreis Freudenstadt tätig bleiben. Nebeneffekte meist med. Partner auch im Zuzug. 3) Famulaturen und allg. med. Blockpraktika werden mit dem Projekt Land-plus ebenfalls gefördert, gemeinsam mit Calw, 300 €. Wird jetzt mit bundesweiten Student*innen durchgeführt. Muss jetzt keine Werbung mehr machen, allein 35 Student*innen im letzten Jahr. Praxisgemeinschaften aus mehreren Gemeinschaftspraxen mit mehreren Inhabern, angestellte Ärzte, zudem MVZ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung auf Hebammen • Ausbildung auch Physician Assistant • Wie bekommt man die Studenten aufs Land. Boni: Schwarzwald-plus Karte; frühes Abholen mit Geld, WB-Absicherung, Freizeitwert, Kollegen/Team, Begleitumstände, Anstellung; Runder Tisch, Landratsamt, Krankenhaus, Bürgermeister; nach der Anstellung kommt die Niederlassung; Studenten kommen überwiegend aus der Region, aber auch überregional; überall anwendbar, da Gesundheitskonferenzen; Zuschlag erfolgt auch über die Kassen; hinter dem Modell müssen aktive Mitglieder sein. (Anlasser- und 40 Mio. Förderung durch KV und GKV); Gewichte zwischen Kliniken und Praxen ungleich; Gefahr, dass WBassistenten in der Klinik bleiben; Facebook und Twitter. Erstkontakt Famulaturbörse; Regiopraxis gehört 2 BAGs, gemeinsame Anstellung der Ärzte in WB. Medi-MVZ 49% Ärzte, 51 Medi- Böblingen; ärztliches Unternehmertum erforderlich • Erfolgsfaktoren: persönliche Erfahrungen, bestehendes System; im Vorfeld entwickelte Curricula; Wochenpraktika BOGIs; Behinderung durch rechtliche Rahmenbedingungen. Z. B. Gemeinsame WB Befugnis"
Fazit	<p>Mit Engagement/Kooperation funktioniert die Zusammenarbeit verschiedener Sektoren (Krankenhaus, Praxen, Kommune, Universität) zur Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs für Landarztpraxen, wesentlich ist die frühe - auch finanzielle - Förderung von Student*innen.</p>

Tisch 3

Thema	<p>Verbesserungsmöglichkeiten der Rahmenbedingungen im ambulanten und stationären Bereich</p>
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch den Beruf zu ergreifen ist ungebrochen hoch, Medizinstudium ist nach wie vor begehrt. • Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit ist hoch, 20% der Krankenhausärzte denken über Berufswechsel nach. • Rahmenbedingungen: Gesellschaftliche veränderte Bedingungen (24/7-Inanspruchnahme, Respektlosigkeit, Gefahr im Notdienst, Generation Y); Kommerzialisierung; Vergütungssysteme, DRG-System, EBM/ GOÄ; Bürokratie; Personalmangel; Digitalisierung • Sicherung der ambulanten hausärztlichen Versorgung: Bedürfnis nach sicheren Arbeitszeiten, attraktivere Arbeitsbedingungen (Angestelltenverhältnis statt Selbstständigkeit), Koordinierungsstelle im Klinikum, Arbeiten in Teilzeit, Kommunalpolitiker (Bürgermeister) mit ins Boot nehmen, damit geeignete Standorte z.B. MVZ für mehrere Gemeinden gut zu erreichbar etabliert werden können.

	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale Lösungen z.B. Videosprechstunde etablieren, auch in Pflegeeinrichtungen • Weiterbildungsverbände gerade für Allgemeinmediziner sind eine gute Chance • Weiche Faktoren (Kinderbetreuung, Stellenbörse für Partner) • Anerkennungsverfahren für ausländische Ärzte erleichtern (Trainee-Programme, Sprachkurse, Hilfe bei Wohnungssuche) • "Landpartie" als Kennenlernmöglichkeit von medizinischer Tätigkeit auf dem Land (in Nordrhein von KV geförderte Hospitationen) • Dienstbelastung im Krankenhaus ist hoch und „verleidet“ die Tätigkeit im Krankenhaus, hier ist ein MVZ eine gute Alternative zur Tätigkeit im ambulanten Bereich ohne die Risiken der Selbstständigkeit in freier Praxis. MVZ's in kommunaler Trägerschaft sind z.T. Defizitär, können aber die hausärztliche Versorgung sichern helfen. • Sektorenübergreifende Versorgung kann auch Zusammenarbeit von MVZ mit Pflegeheim Kurzzeitpflege, ambulantem Pflegedienst und bspw. Sozialarbeiter gedacht werden. Rahmenbedingungen sollten dies erleichtern und nicht verhindern! • Campuseffekt mit Möglichkeit zum Austausch bei multiprofessionellen Zentren ist vorteilhaft. • Kommunale Versorgungsstrukturen mit MVZs und Zweigpraxen in ländlichen Regionen sind attraktiv für Bevölkerung und angestellte Ärzte. • Kommunale Anreize setzen, Mietminderung • Verschiedenen Arten der Berufsausübung sind gleichwertig möglich, eigene Praxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ mit/ohne Zweigstelle. Auf dem Land ist die Versorgung in der Fläche aber eher über Einzel-/ Gemeinschaftspraxen möglich. • Autonomie und Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist am leichtesten in der ärztlichen Selbstständigkeit. • Selbstständigkeit wird zu sehr reglementiert, Abrechnung über Punktwert ist unattraktiv, Angst vor Regressen verleidet die Selbstständigkeit. Es muss Zeit für gute Medizin geben. • Bedarfsplanung hemmt selbstständige Berufsausübung. • Vorschlag: 1 KV hebt Bedarfsplanung für 10 Jahre auf und man schaut, was daraus wird.
Fazit	<p>Attraktiv müssen nicht nur die Arbeitsbedingungen sein, sondern auch das Umfeld, auch für den Partner und die Kinderbetreuung. Alles (MVZ/Einzelpraxis etc.) kann richtig sein, hängt von Ort und Arztpersönlichkeit ab.</p>

World Café Foren – Forum 3

(Wachsen oder weichen? Stationäre Versorgung am Scheideweg)

Tisch 1

Thema	Zukunftsfähige Versorgung im ländlichen Raum – wie soll das gehen?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Tischtitel besser ... wie kann das gut gelingen oder welches sind die Voraussetzungen dafür, dass dies gut gelingen kann. • Herausforderung > vom Bedürfnis der Patienten ausgehen. Was ist Aufgabe des Krankenhauses im ländlichen Raum. Was ändert sich durch Notfallreform. • Ansatz> Volkskrankheiten, zeitkritische Erkrankungen, Unfälle. Versorgung muss auch im ländlichen Raum sichergestellt sein. • Digitalisierung / Vernetzung mit Zentrum. Telemedizin ermöglicht Versorgung von Patienten, die sonst versorgt werden müssten. • Notfallversorgung ist ein Muss, auch BG, Geburtshilfe / Mittelstand, Handwerk erfordert dies, zunehmend weniger Niedergelassene Ärzte. Daher auch immer mehr MVZ vom KH. Notfallstrukturen, Rettungswesen ausbauen > in Dänemark kann CT im Rettungswachen gemacht werden. • Ländlicher Raum häufig ältere Patienten, anders als Städte. • Herausforderung Komplikationsmanagement > komplizierte Falle gehören in Zentren. • Auch Mitarbeiterorientierung • Hürden an den Sektorengrenzen abbauen. • Digitalisierung (wie bringe ich Hochleistungsmedizin aufs Land - Telemedizin) • Wichtig = Nachsorge! Es mangelt an ambulanter Versorgung (Allgemeinmediziner); Kurz- und Langzeitpflege; ambulante Angebote am KH? Rettungsdienst muss funktionieren. • Frage ist nicht, wie dem kleinen Haus geholfen werden kann, sondern Bevölkerungsbezug (was braucht der Patienten)! • Niedergelassene Versorgung gerade im ländlichen. Bereich insuffizient. • Patientensteuerung! Gatekeeper-Funktion. • Haben die Kleinstkrankenhäuser eine Zukunft. • Weg von Modelldenken, KH mit Betätigung im ambulanten Bereich längst die Regel. Dennoch: eher nicht nur durch das KH, sondern ambulante Versorgung mit dem KH. • Skepsis, dass Sektorengrenzen aufgelöst werden! Durchlässigkeit muss aber verbessert werden. Wenn man auf den Gesetzgeber wartet, wartet man. • Muss man Mut aufbringen, Regeln zu brechen? Ohne Refinanzierung eher nicht. • ASV ist ein Beispiel für gut gemeint, aber zu kompliziert gemacht. Vereinfachungen zwingend. • Hybrid-Vergütungen als Beispiel für sektorenübergreifende Versorgungs-Vergütung wären auch aus Patientensicht sinnvoll. Der Patient versteht nicht, warum ab einem bestimmten Punkt ein anderer Sektor = Behandler

	<p>zuständig ist. Häufig bereits innerhalb des jeweiligen Sektors kein ganzheitliches Denken.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist das Problem an den Sektorengrenzen der Sektor oder die Grenze? • Imageproblem des ländlichen Raums? Es geht gar nicht um den Verdienst, sondern um Bedürfnisse der Familien. • Es braucht ein Schengen-Abkommen zwischen den Sektoren und Abbau der Komplexität. • Modell der Facharzt-Selektivverträge auf KH übertragen. KH brauchen eine adäquate Vergütung für „ambulante“ Leistungen.
Fazit	<p>Nicht Wer sondern Wie, nur gemeinsam! Keine Reißbrettplanung in Berlin. Gemeinsam vor Ort. Sektorengrenzen auflösen! Patientensicht/Bedürfnisse! Digitalisierung zwingend - Finanzierung! Deregulierung! Fachkräftemangel besorgniserregend.</p>

Tisch 2

Thema	Das digitale Krankenhaus – Patientenversorgung 4.0?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisierung und Auswirkung auf die Mitarbeiter aus Sicht KH und Unternehmensberatung • Eigentlich ist alles schon digitalisiert, es geht um die Ausprägung und die Gestaltung der Prozesse. Es gibt keine gute Lösung, die man im Alltag gut nutzen kann. • Nicht nur anstatt Schreibmaschine den Computer nutzen, sondern den Prozess betrachten und danach einen idealen digitalen Prozessablauf generieren. • Informationen dann abrufbar und für vorgegebene Zwecke nutzbar haben, wann und wofür nötig. • Sind Schnittstellen noch nicht gegeben oder nicht verknüpft? Nein, das Verständnis von Digitalisierung ist noch nicht im prozessbezogenem Sinne vorhanden. • Mehrwert der Digitalisierung bewusstmachen. Nein, der ist bekannt. • Die Abhängigkeit von digitalen Medien ist groß. Wenn das eingeführt wird, muss es funktionieren, sonst steht der Betrieb still. Dafür ist erheblicher Invest erforderlich, in Menschen, die es betreiben und Hard- und Software. • Innovation wird aber nicht nur durch Geld erbracht, sondern durch das Denken. Bürokratie kann durch Technik beherrscht werden/abgebaut werden. Einige KH haben dahingehende Planungen erstellt, bekommen aber die nötigen Investitionsmittel für die Digitalisierungsaufwände nicht. Nötige Mittel sind oft in Strukturmaßnahmen versenkt worden. • Kontrovers wird diskutiert, dass durch Digitalisierung Kommunikation fächerübergreifend wegfällt, erschwert wird. Wenn Zeit für gesprächsnotwendige Fälle genutzt wird, nach einem automatisierten Priorisierungstool, dann kann Digitalisierung sogar positiv wirken. Man kann sich auch über Bildschirme gut sehen und abstimmen, die Interaktion in verschiedene Wege lenken. Insoweit verändern sich auch die Arbeitsplätze der Mitarbeiter. • Veränderung in der Art zu arbeiten, muss flexibel angegangen werden.

<ul style="list-style-type: none">• Kontaktmöglichkeiten aller Behandler ist vielfältiger bei Nutzung der digitalen Medien.• Digitale Modellklinik? Ja, in Schweden, Hamburg UKE, ...• Wenn mehr Prozesse digitalisiert sind, tut man sich leichter in Patientenführung. System kann unterstützend wirken, Fehler können minimiert werden, auch wenn ggf. zunächst ein höherer Aufwand nötig ist. Mehrwert kann aber höhere Sicherheit sein, weniger Fehler im Alltag zu machen.• Land sollte Schwerpunkte für bestimmte Themen in Digitalisierung setzen und diese Schwerpunkte ausreichend fördern.• Geld reicht nicht, um alle KH auf ein hohes digitales Niveau zu bringen.• Positive Einstellung erreichen, kann helfen, Dinge aktiv anzugehen.• Bei Neubau des SBH-Klinikums hat man Manpower in Aufbau integrierter Prozesse gesteckt. Prozesse zu verändern, benötigt Zeit. In den Abteilungen, die freiwillig mitgemacht haben, hat man schnell viel erreicht. Der Nachzug aller anderen Abteilungen in standardisierter Form benötigte Zeit und eine andere Art von Kraft und finanzielle Mittel. Werden die Mittel knapp, wird Umsetzung knapp. Wenn Geld keine Rolle spielen würde, sollten alle Mittel in Abschaffung der Schnittstellen gesteckt werden sollte. Ziel sollte sein, alles aus einer Hand zu bekommen. Dabei müssen alle Mitarbeiter mitgenommen werden, entsprechende Visionen implementiert werden.• Gibt Bereiche, die schon voll digitalisiert sind. Im Nachhinein wird das von allen als besser empfunden, auch wenn die Umstellung an sich sehr aufwändig war.• Schnittstellenprobleme müssen gelöst werden. Wenn die intern nicht lösbar sind, kann es auch nach außen nicht funktionieren. Anschlussstellen sind nicht standardisiert, was zu Problemen führt. Hersteller müssen verpflichtet werden, standardisierte Schnittstellen anzubieten. Sonst muss jeder eigene Lösungen entwickeln. Aktuell erreicht man mit solistischer Lösung (ein KIS ohne Subsysteme) in kürzerer Zeit mehr zu geringeren Kosten. Die Entscheidung ist eine unternehmerische.• Personalkosten, die nicht der Patientenversorgung dienen, die erheblich sind.• Datentransfer nach außen (aus dem stationären Bereich heraus), wie kann Zugang zu allen relevanten Patientendaten sicher gestellt werden? Schnittstelle hier ist die ePA. Das funktioniert nur, wenn Daten standardisiert erhoben, vorgehalten werden. Datenschutz wirkt hier hinderlich.• Generationenwechsel kann helfen, Veränderungsprozesse anzugehen. Kritische Masse von digitalen Befürwortern ist eigentlich erreicht bzw. steht kurz bevor.• Viel Energie wird aufgewendet, um verschiedene Systeme zu integrieren (Abrechnung, Sektoren, Qualitätssicherung, ...). Lösung eigentlicher Probleme rückt in den Hintergrund.• Das Warten auf gesetzliche Vorgaben, schadet dem Fortgang der Digitalisierung. Man will nicht investieren, wenn man ggf. alles wieder ändern und anpassen muss.
--

	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierungsfrage ist der entscheidende Faktor. Wo soll es herkommen? Wenn Mittel hier nicht investiert werden, kann man in Zukunft nicht mehr wettbewerbsfähig agieren. • Bürokratie ist nur stemmbar, wenn Prozesse digitalisiert sind. Einheitliche Standards sind zwingend notwendig. • Diejenigen, die etwas gemacht haben, bekommen jetzt nötige Mittel nicht, weil es noch zu viele andere Anbieter gibt, die erst ausgehungert werden müssen. • Mittelallokation muss priorisiert werden. Anstatt Diagnostikgeräte Nr. 78 besser in neue Server investieren. • EDV-Sicherheit ist immer ein Thema. Zugang muss geschützt sein. IT muss auf Augenhöhe mit KH-Personal diskutieren, nur so können sinnvolle Prozesse digital abgebildet werden. • Wenn Dokumentationsaufwand abnimmt, sind Mitarbeiter zufriedener. Bsp. Medikamententool bringt höheres Sicherheitsgefühl bei Mitarbeitern.
Fazit	Digitalisierung läuft schon, aber unstrukturiert. Bürokratie nur stemmbar, wenn Prozesse digitalisiert sind, erhöht zudem Sicherheitsgefühl. Mittel für EDV-Personal, Hard- und Software unterliegen Priorisierung unternehmerischer Entscheidung, müssen in duale Finanzierung einfließen.

Tisch 3

Thema	Ein christlicher Träger auf Wachstumskurs – ein Zukunftsmodell?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Wachsen oder weichen • Entwicklung der BBT Gruppe / Wachstum kein Selbstzweck • Identität darf nicht verloren gehen. • Kleine Krankenhäuser werden Probleme bekommen / ökonomisch erfolgt eine Marktberreinigung • Erfolgreich als stabiles Unternehmen / strategische Entwicklungen> Prinzip der Subsidiarität, keine Quersubventionierung / jede Region muss selbst wirtschaftlich stabil sein. • Ethisches Selbstverständnis / christliches Profil: - Struktur / Identität weiterentwickeln, - Prozesse, - Leistungen • Fragestellungen an Sektorengrenzen: MVZ-Akquise oft auch „zufällig“ / Beteiligung an Versorgungsnetzwerken - Teilnehmer im Netz! Rote Zahlen in MVZ durch Beratung zwischen den Regionen reduzieren. • Thema Pflege: Erfahrungen aus Versorgungsnetzwerken • Bürokratismus kostet Ressourcen. • Größenmerkmale der BBT-Gruppe: u.a. über 1 Mrd. Umsatz • Chancen müssen größer sein als Risiken. • Motivation für Akquise: Rendite oder Verhandlungsmacht oder Mission / Stabilität - Synergie - Größe als Wert • Subsidiäres Denken: Z. B. Digitale Techniken zentral für andere Einrichtungen zur Verfügung stellen • Umgang mit kleinen Häusern - was sind Potentialhäuser? Strategisch interessant ist ein „Haus“, wenn die Struktur für eine Region bedeutsam ist. • Profil - kein Gegensatz zum Wirtschaftlichkeitsprinzip - als Alleinstellungsmerkmal (ethische Kriterien bei der Anlagepolitik)

	<ul style="list-style-type: none">• In den letzten zwei Jahren um 25% gewachsen.• Konfessionelle Träger waren oft von Kirchengemeinden getragene Einrichtungen — aktuell sind neue Strukturen erforderlich. Gute Erfahrungen von einer Stelle auch an anderer Stelle nutzen (Einkauf...).• Möglichst keine Konkurrenz mit vorhandenen regionalen Anbietern aufkommen lassen - es wird bei Krankenhäusern das Signal gegeben; Wir sind ansprechbar („hoffentlich noch rechtzeitig“). Bieterwettbewerb ist eher selten.• Starke Rolle der strukturellen Managementfunktion in den Regionen.• Investitionsfähigkeit. Einrichtungen vor Ort müssen gegebene Investitionen mit Rendite zurückbezahlen.• Finanzielles Akquisepotential: Renditeziel muss in der Region mit unternehmerischem Handeln von den Führungskräften erwirtschaftet werden.
Fazit	Wachstum ist kein Selbstzweck. Unternehmerische Verantwortung bleibt in der jeweiligen Region. Zusammenarbeit in Netzwerken ist neben technischen Voraussetzungen auch eine Frage der Kultur. Die Bedeutung für eine Region ist wichtig.

World Café Foren – Forum 4

(Arzneimittelversorgung – der Engpass von morgen?)

Tisch 1

Thema	Teure und anfällige Technik, noch mehr Vorschriften – Risiko für die Arzneimittelversorgung?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • GERDA Ziel / Seriöser Anbieter bevor andere Techniken / WhatsApp etc. Verwendet werden • Gegenpol zu bilden gegenüber anderen Anbietern docmorris • Gezeigt, dass der gesamte Prozess von Erstellung bis Ausgabe sicher funktioniert • Darstellung des GERDA Prozesses • Werden beide Wege `Papierrezept u. Elektronischer Weg` parallel laufen • Wichtig / Daten müssen sicher sein • Diskussion über GEMATIK • Muss Spezifikation festschreiben • GERDA nutzt etablierte Strukturen und Übertragung der Daten an die Krankenkassen auch bekannte Strukturen verwendet die sicher sind • Markt ist in Bewegung alle versuchen sich dem E/Rezept Markt anzupassen • Bsp.> Verrechnungsstellen fraglich, ob sie noch ein Geschäftsmodell haben • Wichtig, nicht jeder mit einer eigenen App, Software auf dem Markt • Es muss einen sicheren und etablierten Weg geben, Daten sind zu sensibel • Auch ältere Bevölkerung muss mitgenommen werden • Nicht mehr Pluralismus • Frage> Wo sollen die Daten liegen... Bei einem seriösen Anbieter (Staat, GEMATIK, Körperschaft ...) • Technik darf nicht anfällig sein, deshalb muss man sich auf etablierte Strukturen aufsetzen • Schnittstelle muss einheitlich sein (Bsp.: Muster 16) - wenn man hier verschiedene Möglichkeiten zulässt könnte es ein Risiko für die Arzneimittelversorgung geben • Technik kann auch mehr Kosten, wichtig ist die Sicherheit • Sollte einen zentralen Server geben - Wettbewerb zulassen bei verschiedenen Apps etc... • Die Technik ist schon lang vorhanden • Datenschutz kein technisches Problem, sondern eher ein rechtliches Thema (Rechtsgrundlage etc.) • Etablierte technische Strukturen sollen genutzt werden, um eine sichere Plattform in z.B. Öffentlicher Hand zu entwickeln • Technik (E-Rezept) verbessert evtl. die Arzneimittelversorgung, da der Patient direkte Rückmeldung bekommt wo sein Medikament vorrätig ist • Gefahr: wenn Patient von außen in das Warenlager sehen kann... • Gefahr: Rabattverträge

	<ul style="list-style-type: none"> • Medikationsplan digitalisieren • Patientenakte • E-Rezept funktioniert in anderen Ländern auch • Alles ist heutzutage online möglich (Steuer etc.), da müsste es auch ein E-Rezept geben • Marktanteil von docmorris und co wird sich durch das E-Rezept erhöhen • Apotheken vor Ort müssen auch ein Angebot haben • Wenn Patient feststellt, dass es einfach ist über eine Plattform sein Rezept zu erhalten, wird er sich daran gewöhnen (siehe Amazon)
Fazit	<p>„Der Apotheker darf nicht Ware von Plattformanbietern werden.“ Dies gelingt nur indem die Plattform (z.B. E-Rezepte) in „öffentlicher“ Hand liegt und etablierte Strukturen eingesetzt werden. Dadurch wird die Arzneimittelversorgung verbessert!</p>

Tisch 2

Thema	Immer weniger Apotheken im ländlichen Raum – was tun?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl wie „Heimat“ • Beratung persönlicher und sicherer vor Ort • Was wünscht sich der Verbraucher für sich selbst - wie agiert er. • Extrem niederschwelliges Angebot, viele Arztbesuche gespart – Kostenersparnis • Internet: Zoll - jede 2. Packung gefälscht • Arzt Apotheker Abhängigkeit • Neue Dienstleistungen (Impfen) -lieber Medikationsplan, hier näher dran am Patienten. • Mobile Apotheke? Eher fraglich, wie das umsetzbar sein soll. • Politik schaut, was ist uns wichtig - NND-Fonds, Überlegungen zu gezielter Förderung. • Interprofessionelle Versorgungsgemeinschaften • Apothekenleistungen und -wissen in unserem System zu wenig genutzt • Zu wenig gemeinsame Arbeit • Stichwort Heimversorgung - hier wesentlich besserer Kontakt und Zusammenwirken zum Nutzen des Patienten. • Unverständnis über Nichtdurchsetzung des Rx-VV - örtliche Anlaufstelle für Bürger, Zeitersparnis für den Arzt. Ehrlichkeit und Ethik gut - wo bleibt die Honorierung? • Frage der Vergütung - System ist gedeckelt und getrennt. Jeder kämpft für sein Auskommen. • Therapieverlaufskontrollen - Zeitersparnis für die Ärzte, Nutzen für Patienten, Nutzung der Kompetenz des Apothekers • Selbstmedikationsstudie - etwa 50% der Kunden mit Selbstmedikation - Lotsenfunktion wird nicht wahrgenommen. • Frage - wie schafft man Interprofessionalität? Problem- Standeskämpfe um Honorare • Lösung? Regionalbudget (Bsp. Kinzigtal)? Projekte dazu möglich? • Honorierung: soziale Komponente wird nicht abgedeckt- die Honorierungsform muss überdacht werden.

	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenes Erleben - wenn keine Apotheke im Ort ist geht man halt ins Internet • Verstärkter Einsatz von Apps und Botendienst würde Abhilfe schaffen • Was ist mit OTC? Verdient wird mit Rezepten! • Zusätzliches Onlinegeschäft anbieten. • Lokalpolitik ist gefordert - z.B. Stellen von Räumen, oder gleich als Betreiber und mit Angestellten
Fazit	Apotheke ist gefühlt „Heimat“, Teil der Orts-Infrastruktur! Problem - Arzt-Abhängigkeit, wirtschaftlich kritisch, Mangelberuf, Bürokratisierung, Honorierung, Standeskämpfe, soziale Komponente nicht abgedeckt. Neue Dienstleistungen? Wird nicht die Wirtschaftlichkeit sichern.

Tisch 3

Thema	Liefer- und Versorgungsengpässe bei Arzneimitteln – Wie abhängig sind wir von der ausländischen Pharmaindustrie?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht jeder Lieferausfall ist ein Versorgungsengpass • Berücksichtigung von Produktionsstandorten in Europa bei Rabattvertragsausschreibungen • Aktuell fehlt die Transparenz über die Arzneimittel im Markt • Globales Problem (u.a. Durch Produktions- und Lieferstrukturen, insbesondere bei Wirkstoffproduktion) • Exportverbote • Es gibt häufig sehr viel und sogar ausreichend Ware im Markt, daher ist Transparenz unerlässlich • Hoher Kostendruck in Deutschland versus wirtschaftliche und qualitativ gleichwertige Versorgung • Deutschland ist nicht mehr die Apotheke der Welt • Bevorratung kann Teil der Lösung sein, löst Problem aber nicht vollständig • Rabattvertragsausschreibungen als Instrument zur Verankerung von Sicherheit • Deutschland macht nur 4 Prozent des Welthandels bei Arzneimitteln aus • Problematisch, wenn Pharmaunternehmen Ausschreibungen gewinnen und dann nicht liefern können wegen zu geringer Produktionsmöglichkeiten • Gegenargument: Rabattverträge fördern kleine und mittelständische Unternehmen • Exklusivverträge bieten höhere Liefersicherheit wegen Planungssicherheit - Gegenargument: Exklusivverträge befördern Lieferausfälle, weil Alternativen fehlen • Spirale nach unten beim Preis für generische Arzneimittel • Aktueller Hintergrund Corona-Virus: China hat Handelswege gesperrt, es wird absehbar zu Lieferengpässen kommen • Apotheken haben keine großen Lagerbestände versus Hortung und Weiterverkauf bei einzelnen Apotheken • Verpflichtende Meldung kann lokale Verteilung befördern • Lieferengpässe sind europäisches Problem (andere Länder in Europa sind teilweise noch stärker betroffen als Deutschland) • Öffentliche Förderung versus Einpreisung bei Rabattverträgen

	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten sollen nicht für Lieferausfälle bezahlen müssen (keine Übernahme von Mehrkosten) • Eine mögliche Ursache sind auch einzelne Apotheken, die Arzneimittel im großen Stil aufkaufen und gewinnbringend weiterverkaufen (z.B. ins Ausland) • Globalisierte Wirkstoffproduktion in Fernost schafft große Abhängigkeiten • Arzneimittelproduktion ist zahlreich in Europa vorhanden, aber nicht die Produktion von Wirkstoffen und Hilfsstoffen • Rabattverträge als Instrument gegen Monopole und Oligopole (durch Gebietslose) versus Rabattverträge als Preisdruckinstrument mit Problem Abhängigkeit von einem Unternehmen (das evtl. für ein AM mit allen Kassen Rabattverträge abgeschlossen hat und der einzige Hersteller ist) • Transparenz als zentrales Mittel für Überblick zu Lage, wieviel von Arzneimittel im Markt ist • Instrument bei Lieferproblemen: Exportverbot • Verpflichtende Berücksichtigung europäischer Produktionsstätten. (Aber: Wirtschaftsabkommen mit Drittländern als rechtliches Hindernis) • Alle Akteure habe eine gute Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Arzneimitteln zum Ziel (Konsens jenseits aller Partikularinteressen) • Die Nachfrage nach Arzneimitteln ist weltweit durch den wirtschaftlichen und medizinischen Fortschritt gestiegen, dadurch kommt zum Beispiel weniger in Deutschland an • Verpflichtende Vorratshaltung muss mit Exportverbot gekoppelt werden (z.B. über Stufenplan Exportverbot verbot nur bei akutem Notstand) • Nationale Arzneimittelreserve als weiterer Schritt • Rabattverträge haben dafür gesorgt, dass zu viele (v.a. Kleine) Hersteller auf dem Markt sind, die auf denselben Wirkstoffherstellern einkaufen versus Vorgabe Bundeskartellamt und Wettbewerb auf dem Markt mit Chance für kleine und mittelständische Unternehmen
Fazit	<p>Lieferengpässe führen nicht automatisch zu Versorgungsengpässen und haben u.a. mit der globalen Produktion zu tun. Mehr Transparenz im Markt ist ein wichtiger erster Schritt, europäische Lösungen für die Wirkstoffproduktion müssen folgen.</p>

World Café Foren – Forum 5

(Megathema Pflege – viele Versprechungen, rare Resultate?)

Tisch 1

Thema	Gesetzesflut in der Krankenhauspflege – doch was wurde bisher erreicht?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie heute Vormittag gehört, muss die Qualität an der Pflege am Bett gestärkt werden. • Ausbildung, Finanzierung, Qualität sind die richtigen Antworten. Sie müssen aber erst umgesetzt werden. Wir überfordern aber die aktuelle Belegschaft. • Wir müssen das Personal überhaupt bekommen. • Personaluntergrenzen sind gut (Qualität), aber oft zulasten anderer Bereiche. Was bei einer Erkrankungswelle. Was passiert bei einer Unterschreitung. Zur Umsetzung brauchen wir mehr Zeit. • Es sind Untergrenzen, aber die werden kaum erreicht. Patienten müssen dann weitergeleitet werden. • Die Reformen kommen viel zu schnell für die Häuser. • Die neue Generation Y macht die Personalauswahl sehr schwer (brutale Forderungen - Angebot und Nachfrage). Die Generation davor ging an die Grenzen. • Personaluntergrenzen machen die Pflege manchmal unflexibel. • Wir brauchen ein Pflegepersonalbemessungsinstrument. So ist es nur eine statische Größe. • Die Pflege in Reha, Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen konkurrieren miteinander • Die Pflegeanerkennung muss verbessert/beschleunigt/entbürokratisiert werden. • Die Pflegekraft muss mehr machen dürfen.
Fazit	Der Gesetzgeber hat die Pflegepolitik ins Zentrum gerückt und stellt gesetzgeberische Kontinuität her. Aber die erfolgreiche Umsetzung braucht mehr Zeit. Die Pflege darf nicht zur Variablen betriebswirtschaftlicher Prozesse werden.

Tisch 2

Thema	Reha-Kliniken – Stiefkinder der Pflegepolitik?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Reha-Kliniken dürfen keine Pflegekräfte ausbilden, Pflegekräfte müssen angeworben werden. • Schwierigkeiten Pflegekräfte zu finden. • Momentan ist die Situation noch in Ordnung, aber Unterschiede in den Standorten und den Indikationen. In der geriatrischen Reha werden mehr Pflegekräfte benötigt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Teilweise Wechsel aus Krankenhäusern, wegen besseren Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, Notdienst) Krankenhäuser können besser vergüten. • Reha-Fachkraft als Zwischenkraft zwischen Pflege und med. Fachangestellte. • Personalschlüssel der DRV ist sehr streng in den Vorgaben des benötigten Pflegepersonals. • Pflegekräfte erhalten in den Reha-Kliniken mehr als ein Verwaltungsangestellter mit Bachelorabschluss. Rehakliniken zahlen weniger als Krankenhäuser und mehr als Pflegeheime. • Krankenhäuser haben durch Pflegebudgets die Möglichkeit besser zu bezahlen und Kräfte abzuwerben. • Ein Reha-Klinik erhält pro Patient pro Nacht ca. Soviel wie eine Übernachtung in einem guten Hotel kostet. • Reha in der Politik bisher oft nicht wahrgenommen, Akutsektor ist im Fokus. • Die Rehabilitation hat keinen einheitlichen Verband der auf Bundesebene die Interessen vertritt. • MSI BaWü hat eine Initiative für die Rehabilitation auf den Weg gebracht. • Mit dem Intensivpflege und Rehabilitationsstärkungsgesetz kommt ein erstes Gesetz für die Rehabilitation. Dabei soll die Grundlohnsummenbindung bei der Vergütung fallen. Auswirkungen bleiben abzuwarten. • In der Rehabilitation fehlen Plätze. • Rehabilitation wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Rehabilitation wird oft nicht als Chance für eine bessere Versorgung gesehen, Nutzen wird in Frage gestellt.
Fazit	<p>Momentan sind die Reha-Kliniken keine Stiefkinder der Pflegepolitik, auch wenn Chancen der Rehabilitation oft nicht gesehen werden. Die Reha-Kliniken bieten attraktive Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte und sind momentan gut aufgestellt.</p>

Tisch 3

Thema	Generalistische Pflegeausbildung – eine Kopfgeburt?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Einstieg Sachstand: ab 2020 neue Ausbildungsreform greift und die ersten Ausbildungen nach neuem Recht werden ausgebildet. Durch Spezialisierung erleben die Schulen eine „Abwertung“ der Altenpflege. Da der Zugang für Generalistik höher definiert ist, als in der Altenpflege. • In BaWü wird weiterhin die einjährige Helfer - und die dreijährige Generalistikausbildung angeboten. Eine noch ausstehende Verordnung des MSI kann hier Abhilfe schaffen. • Problem: die Koordinatoren in den Landkreisen koordinieren nur innerhalb ihres Landkreises. • Kopfgeburt: Erster Eindruck ja, aber: es ist umsetzbar. • Ziel: Attraktivität des Pflegeberufs? Dies entscheidet sich nicht nur in der Ausbildung, sondern insbesondere an der Wertigkeit und der Anerkennung in der Gesellschaft. Sorge wegen Unsicherheit: zu wenig entscheiden sich für die Pflege.

<ul style="list-style-type: none">• Der Sinn dieser Umstrukturierung sollte doch zur Aufwertung des Pflegeberufs beitragen und das Spektrum/Niveau anheben sowie auch andere Gesundheitsdienstleister entlasten. Trifft das zu?• Prognose schwierig. Große Zurückhaltung spürbar. Evaluation in fünf Jahren ist abzuwarten. Vermutlich dann eine gemeinsame Ausbildung und keine Spezialisierung, wie in allen anderen europäischen Ländern.• Aber auch: Bezahlung, Arbeitszeit und Arbeitsbelastung spielen hier eine wichtige Rolle. Gesellschaftliche Anerkennung spielt eine Rolle.• Spezialisierung in der Pflege wird viel mehr das lebenslange Lernen in den Vordergrund stellen und Nachqualifizierung erforderlich machen.• Die Inhalte können nicht umfassend in der Tiefe vermittelt werden. Aber: es sollte eine gemeinsame Ausbildung geben, da viele Inhalte gleich sind. Danach Spezialisierung macht Sinn.• In BaWü ist Altenpflege ein gewachsener Beruf.• Die mit der neuen Ausbildung ermöglichten Wechsellmöglichkeiten zeichnen eigentlich den richtigen Weg auf. Abwertung der Altenpflege wird die Defizite in der Altenpflege verstärken. Die Durchlässigkeit in der Pflege (Alltagsbetreuer, Helferausbildung) wird zu Verlusten bei Generalistik führen.• Die Bewerber für Generalistik wollen ins Krankenhaus, nicht in Alten/Pflege-Heim.• Der Wunsch nach Generalistik kam aus den Berufsverbänden. Wie wird sich die Aufteilung nach der Spezialisierung darstellen: Spezialisierung wird unattraktiv, Generalistik gibt breiteres Berufsspektrum vor.• Problem: Pädiatrie: kaum Ausbildungsplätze• Bilanz nach fünf Jahren kann im Ergebnis zu einem Verlust für die Pflege eine Generation von Menschen führen.• Problem: Helferklasse wird zur Zeit kaum angenommen, da Verordnung des MSI noch immer aussteht und somit Unsicherheit bei Auszubildenden.• Großes Gap zwischen Menschen die Pflege brauchen, Akademisierung der Pflege und Menschen die sich für den Beruf „Pflege am Bett“ interessieren.• Pflege braucht Empathie, mehr als Theorie.• Professionalisierung ohne Empathie wird nicht funktionieren.• Problem: Akademisierung bringt keine Pflege ans Bett. Vorbehaltsaufgaben in der Pflege nehmen die Pflegenden von den Pflegebedürftigen weg zur Dokumentation.• Länder können zweijährige Assistenzberufe durch Verordnung einführen. Aber: BaWü hat hier noch nicht geliefert, deshalb wenig Interessenten bei den Helferberufen.• Die Landkreise koordinieren nur für den Landkreis nicht für die Region. Die Schulen sind aber nicht auf Landkreisebene, die Schulen haben überregionale Schüler.• Es fehlen dann die Ausbildungsplätze.• Noch ist bei den Bewerbern die Umorganisation nicht angekommen. Es werden ganze Jahrgänge fehlen.• Für ambulante Pflegedienste birgt die Reform eher Gefahren.• Ähnliche Entwicklungen sind auch in anderen Gesundheitsberufen (u.a. Hebamme) erkennbar. Die generalistische Ausbildung wird die Pflege am Bett nicht fördern.
--

	<ul style="list-style-type: none"> • Problem: Reha-Klinik dürfen nicht Träger der Ausbildung sein (auch nicht ZFP). • Planung der praktischen Einsätze sollte den Schulen und nicht LK-Koordinatoren überlassen werden. Träger der praktischen Ausbildung müssen Praxisbegleiter stellen (10prozentige Freistellung). • Gefahr: in den Krankenhäusern fehlen die 30- bis 40-jährigen. Nach DRG-Umstellung wurden Pflegeschüler entlassen, diese haben sich umorientiert vor 15 Jahren. • Arbeitsbedingungen, Belastung, Anerkennung sind große Herausforderungen. • Die Umsetzung des Pflegeberufgesetzes stellt Schulen vor Herausforderungen. Allerdings zu Gunsten der europäischen Vergleichbarkeit wichtig. • Problem: immer noch keine Möglichkeit für Assistenzberufe. Zur Zeit deshalb Rückgänge bei Schülern. • Problem in der Umsetzung: Curriculum erstellen ist kein Problem. Theorie macht keine Sorge, aber das Personal. • Erfahrene Kräfte fehlen in der Pflege u.a. Wegen Master • Problem ist die Landkreisgrenze - gut gemeint, aber keine Koordinierung außerhalb des Landkreis. • Koordination: Die Koordinatoren kommen in der Regel nicht auch der Praxis. • Beispiel: Zollern-Alb: Koordination an Zollern-Alb-Klinikum Runder Tisch mit KH, Pflegeheime, Altenpflege und ambulante Dienste. Ein Mentor soll jeden Azubi begleiten. Damit soll auch Praxisanleitung sichergestellt werden. • Jetzt: gemeinsame Ausbildung in der Praxis und die Auszubildenden orientieren sich ohnehin von sich aus. Ambulante Dienste sehen große Probleme und machen sich Sorgen. Ambulante Pflege macht vielen Sorgen wegen Verantwortung • Problem: kleine Einrichtungen und ambulante Dienste haben keine Praxisanleiter Integration und Gewinnung von jungen Menschen. • Berufsreform weist viele Chancen auf.
Fazit	<p>Die generalistische Pflegeausbildung ist Chance und Herausforderung. Die Ziele zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs werden partiell erreicht, neben Bezahlung spielen gesellschaftliche Anerkennung und Prävention bei Überbelastung ein wichtige Rolle.</p>

World Café Foren – Forum 6

(Gesellschaftliche Einflüsse auf die Gesundheitsversorgung)

Tisch 1

Thema	Depression – die neue Volkskrankheit?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 10% der Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Behandlung; dies bedeutet, dass maximal jeder 10 Erkrankte eine Psychotherapie erhält, obwohl PT nach allen Leitlinien die Behandlung der ersten Wahl darstellt. • Haben Depressionen zugenommen? Man kann sagen nein (außer bei jungen Menschen zwischen 19 und 25J), Diagnostik hat sich verbessert, Hausärzte und Ärzte erkenne Depressionen besser. • Unterschiedliche Schweregrade der Depression. • Ist Depression schon immer da, welche Verlaufsformen gibt es? Bei sog rezidivierenden Depressionen. • Beeinträchtigung der Lebensqualität, bei zunehmendem Alter zunehmende Rate an Suiziden. • Volkskrankheit definiert durch Häufigkeit (hier über 10%). Aber auch Beeinträchtigung weltweit nach WHO die drittbedeutendste Erkrankung • AU-Zeiten bei Depression deutlich höher als bei den meisten anderen Erkrankungen. Kosten im Gesundheitssystem hoch, volkswirtschaftlich bedeutsame Erkrankung • Behandlungsangebote: Terminfindung Wartezeiten. Nach Leitlinien sind bei leichten Depressionen die Psychotherapie nach Leitlinien Behandlung der ersten Wahl, bei schweren Depressionen ist meist die Kombination von Psychotherapie mit Psychopharmaka Leitlinie. • 30-40% der Pat mit Depressionen werden von Hausärzten behandelt. Zu wenig Psychotherapie-Behandlungsplätze. Durch Sprechstunden hat sich die Wartezeit auf einen ersten Termin verändert. Da es gibt schnellen Erstkontakt, aber nicht mehr Behandlungsplätze. • V.a. In ländlichen Regionen weiterhin bedeutend, 3-6 Monate. • Möglich sind Behandlungen bei nicht-KV-zugelassenen PT über die Kostenerstattung. Dies wird von den meisten Kassen inzwischen wischen verweigert. • Aktuelles Procedere: schneller Termin durch TSS, dann aber weiter Wartezeiten • Depression im Ländervergleich kaum Unterschiede z.B. In Europa • Depression bei Professionellen: Krankenpflege, Ärzte, Sozialpäd/Arbeiter erhöht • Beispiel France Telecom: hohe Suizidrate vor einigen Jahren, heute wird Management angeklagt, weil die Führungsstrategie zu Mobbing und zu Depressionen bei Mitarbeitern geführt hat. • Stigmatisierung besteht weiterhin, hat aber in den vergangenen 2-3 Jahrzehnten deutlich abgenommen.

<ul style="list-style-type: none">• Nochmal. Frage, ob Depressionen zugenommen haben: epidemiologische Studie sagen nein, die Erkennung hat sich verbessert sowie auch die Pat selbst getrauen sich eher zum PT zu gehen.• Prävalenz /Erkennungsrate, Frauen häufiger betroffen als Männer, Verarbeitung der psychischen Belastungen wahrscheinlich bei Frauen anders. Männer eher in „aktiven“ Verarbeitungsmodi• Psychosomatik und Psychotherapie haben in Studium der Ärzte höheren Stellenwert. Wissen über psychische Erkrankungen hat sich deutlich verbessert. Psychisch nicht krank zu sein, ist aber anders als früher die Meinung vorherrschte, keine Willenssache bzw. Einstellungssache. Depressive Menschen sind krank und können das nicht aus eigenem Willen steuern.• Hohe Fehlzeiten bei Erwerbstätigen: hohe Belastungen für Kassen, Arbeitgeber, hohe volkswirtschaftliche Kosten.• Psychische Erkrankungen ist häufig auch arbeitsplatzbedingt. Bedeutung des Arbeitsplatzes, z.B. der Führungsstrukturen in Unternehmen für die psychische Gesundheit.• Behandlungsplätze• Gesellschaftliche Einflüsse: wird heute nicht zu sehr Perfektionismus erwartet, v.a. Auch bei jungen Frauen, die ständig u.a. Auch mit Leistungsvorgaben oder Vorgaben bzgl. Aussehen etc• Hausärzte müssen heute Ausbildung in psychosomatischer Grundversorgung machender der deutlichen Verbesserung der Hausärztinnen Versorgung psychisch Kranker geführt hat.• Ca. 60-70% der psychisch Kranken ist ein Problem, sie für eine Psychotherapie zu motivieren, die Schwellen beim Pat selbst aber auch gesellschaftlich sind nach wie vor hoch.• Thema Diagnostik: z.B. Bei Trauer, wurde neu in DSM aufgenommen, Frage nach Krankheitswert bzw. Behandlungsbedürftigkeit. Beispiel ADHS, „inflationäre“ Diagnostik die zu Steigerung der medikamentösen Behandlung führt.• Nochmal Schweregrade der Depression.• Placebo-Unterschiede zu Antidepressiva: kaum Unterschieden in vielen internationalen Studien/Metaanalysen. Versuche mit „offenen“ Placebos, die aussichtsreich sind.• Diskussion Trauer, Fähigkeit zu trauern vs Depression, Trauergruppen• Epidemiologische, Diagnostik, Erkennen von Depression, v.a. durch Hausärzte (psychosomatische Grundversorgung), Stigmatisierung, Veränderung der Arbeitswelt• Thema: junge Frauen, die inzwischen häufiger betroffen sind. Reaktionen auf psychische Belastungen• Belastung der Betroffenen durch Depression, Suizidrate• F-Diagnosen für Krankenkassen und Arbeitgeber ein ständig auch finanziell belastendes Problem, volkswirtschaftliche Kosten.• Leitlinien: Psychotherapie ist Behandlung der Wahl.• Ist Burnout auch ne Depression? Thema Arbeitsplatz als krankmachender Faktor, Bsp France Telekom. Burnout ist nicht unbedingt Depression, kann aber in Depression führen.• Positives Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapie
--

Fazit	Kein Fazit übermittelt.
-------	-------------------------

Tisch 2

Thema	Zahnärztinnen und Ärztinnen auf dem Vormarsch – verändern die Frauen die Versorgungslandschaft
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstverwaltung immer noch von Männer dominiert? Frau sind weniger leistungsbereit? Frauen setzen andere Prioritäten (Familie und Beruf und nicht Beruf und Familie), Einfühlungsvermögen von Frauen in Bezug auf sprechende Medizin? • Einzelpraxis zukünftig schwierig; Bürokratie, Organisation, Spezialisierung auch in der Zahnheilkunde; Zentrenbildung und Zusammenschlüsse von Einzelpraxen zu erwarten; kein spezifisches Thema für Zahnärzte oder Ärzte, sondern gesellschaftliche Herausforderungen; • Im Krankenhaus schwierig, in Teilzeit zu arbeiten; Jahresarbeitsstundenzahl sinkt durch verstärkte Anstellungsverhältnisse; Arbeitsabläufe müssen optimiert werden; Doppelstrukturen abbauen (im ärztlichen Bereich); wenn Frauen mehr in Teilzeitverhältnisse drängen, wird das zu Lasten der Einzelpraxis gehen; für Einzelpraxis müssten geringere bürokratische Regelungen existieren als bei MVZ o.ä. • Im Zahnarztbereich gibt es auch den Trend zu Berufsausübungsgemeinschaften; mehr Ausbildung und Studienplätze notwendig, um die geringere Arbeitszeit zu kompensieren; • alte Modell ist nicht mehr gewünscht; evtl. könnte sich die Patientenbeziehung verbessern; neue Modelle zu entwickeln; Frauen als Chance; Bildungsniveau höher und Abschlüsse bei Frauen besser; männliche Schulabgänger müssen länger auf Studienplätze warten; Kommunen müssen sich auf veränderte Strukturen einstellen (KITAs); Einfühlungsvermögen und Empathie bei Frauen stärker ausgeprägt? • Zahnarztpraxen im ländlichen Bereich können oftmals nicht nachbesetzt werden; Bring- und Holdienste müssen organisiert werden; • Frauen machen das bessere Abitur
Fazit	Frauen haben bessere Bildungsabschlüsse und Zugangschancen zu Studienplätzen; verstärkte Teilzeitmodelle und Anstellungsverhältnisse erfordern zukünftig mehr Studienplätze; Kommunen müssen mehr KITA-Plätze anbieten; Frauen als Chance; Trend zu BAG und MVZ

Tisch 3

Thema	Digitale Patientensouveränität – ein Schreckgespenst für Gesundheitsprofis?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Chancen in Vordergrund stellen • Nutzen darstellen • Risiken relativieren und nicht nur als Angstfaktor sehen • nicht alle Menschen können es nutzen • Sicherheit • Souveränität ändert sich in der digitalen Welt nicht so stark

Fazit	So viel Fürsorge wie nötig, so viel Autonomie wie möglich. Digitale Kompetenzen schaffen, fördern. Souveränität in analoger Welt nicht so sehr anders als in digitaler. Angst und Unwissenheit.
-------	---

World Café Foren – Forum 7

(Intersektorale Zusammenarbeit – das Gebot der Stunde?)

Tisch 1

Thema	Regionale Versorgungsverbände – Stiefkinder der Gesetzgebung?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Frage der Finanzierung: muss es gesetzlich geregelt werden oder mit Regionalbudgets? • Man braucht einen Casemanager, an vielen Stellen braucht es diese Rolle von Koordinator. • Die räumliche Nähe kann ein wichtiger Faktor sein. Der reguläre Arzt kann diese Aufgabe nicht übernehmen. 3-4 Arztstellen für einen Casemanager. • Die Gesetzgebung Land und Bund sollte handeln. • Evidenzbasierte Behandlungspfade. • Indikatoren für Ergebnisqualität notwendig. • Digitalisierung wichtiger Schlüssel. • Verpflichtende Aufklärung der Bevölkerung. • Vergütungsmodelle sind so unterschiedlich. Regionale Budgets sind eine Option. • Vielfalt erhalten oder verschiedene System zulassen? • Kommunen können administrative Tätigkeiten abnehmen. • Politik hat Bürokratie für Einzelpraxen verstärkt.
Fazit	Wir brauchen den politischen Willen, moderne Vergütung und klare Zuständigkeiten, um regionale Versorgungsverbände zu etablieren.

Tisch 2

Thema	Zahngesundheit und Allgemeingesundheit – neue Erkenntnisse intersektoraler Medizin
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhänge Zahnerkrankungen und Allgemeinmedizin: zunehmende Zahl klinischer Studien, die kausale Zusammenhänge untermauern • Regionale Kooperationen stärken (Beispiel: Zusammenarbeit Endokrinologen & Zahnärzte; Zusammenarbeit Pädiater & Zahnärzte); strukturelles Problem auf Kreisebene (Beispiel: Bisphosphonat); • Rolle der Polypharmazie; chronische Erkrankungen nehmen zu • Hohe Frequenz der Zahnarztbesuche • Elektronische Patientenakte: Informationsflut & juristische Fragen... Mehraufwand für Versorger • Vergütungsaspekte: Abrechnungssysteme & Softwaresysteme passen nicht zusammen; High7 • Awareness: gegenseitige Akzeptanz & Kommunikation zentral • Ärztliche Qualitätszirkel: Thema intersektorale (zahn-) medizinische Versorgung stärker einbringen

Fazit	Hauptproblem: Mangelnde Awareness; Möglicher Lösungsweg: regionale Bewußtseinsförderung durch gemeinsame Qualitätszirkel, mittelfristig auf stärkere strukturelle Konkretisierung hinwirken
-------	---

Tisch 3

Thema	Neue Wege zur Unterstützung von Patienten im Versorgungsalltag
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Abbildung der patientenrelevanten Outcomes in der Versorgung. • Intersektorale Gesundheitsversorgung immer wichtiger - Gesetzesentwurf wird kommen. • Sicht des Patienten sollte in der Gesundheitspolitik und der Selbstverwaltung nicht vergessen werden. • Wunsch des Patienten auf freie Arztwahl vs. Überforderung in fragmentiertem Gesundheitswesen. Patient sollte befähigt werden, selbst zu steuern. • Lücke zwischen Behandlungen z. B. bei Reha, Physiotherapie etc. nach Krankenhausbehandlungen ist problematisch. • Lotse im Gesundheitswesen gibt es schon u. a. in Krankenkassen und weiteren Projekten, aber kann ein Case-Manager die Probleme lösen? • Eher Investition in bestehende Systeme (Hausarzt, MFA). Selbstverständnis von vielen Ärzten ist, dass sie sich als Lotsen sehen. Es ist wichtig, dass es inzwischen eine umfassende Ausbildung zum Allgemeinmediziner gibt. Ein Primärarztssystem kann bei der Steuerung helfen. • Sprechende Medizin fördern um Patienten zu aktivieren. Hierfür ist ein Weg zu mehr Delegation notwendig. Aufgaben zwischen Ärzten und nichtärztlichen Heilberufen müssen neu verteilt werden. Hierfür ist ein langer Lernprozess notwendig. • Patientenunterstützung in IV-Verträgen unter Einbindung von nichtärztlichen Leistungserbringern. • Entlassmanagement muss verbessert werden, Patient hat keine Orientierung nach KH-Aufenthalt. Ggf. auch bessere Informationen vor elektiven Eingriffen, dass Patient die Anschlussversorgung im Vorfeld organisieren kann • Patientenbegleitung als Angebot für überforderte Patienten und bei komplexen Krankheitsbildern. Der Patient muss die Möglichkeit haben eine Unterstützung anzufordern, wenn er diese benötigt. • Problem: Informationsfluss beim Übergang zwischen Ärzten und Versorgungsebenen unter Berücksichtigung einer patientengerechten Sprache. • Die ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen können den Menschen helfen, die mehr als organisatorische Unterstützung benötigen (Schwerpunkt auf seelischer Gesundheit). • Eine akutpalliative Versorgung könnte Patienten unterstützen, die schwere Erkrankungen haben aber nicht in die spezialisierte allgemeine Palliativversorgung fallen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenpfade sollten installiert werden, um Leitplanken für die Versorgung bestimmter Erkrankungen zu haben. Individualität muss gewahrt werden. • Wiederbelebung der kommunalen Gesundheitskonferenzen. Diese sollten auch Verzeichnisse über Gesundheitsangebote vor Ort erstellen lassen (z. B. Präventionsatlas). • Casemanagement zur Begleitung und Unterstützung von chronisch erkrankten und geriatrischen Menschen. U. A. Mit der Aufgabe, Ziele zur Gesundheitsförderung zu vereinbaren und mit Fragebögen Risiken für Erkrankungen zu erfragen. • Strukturierter Arztbrief nicht nur im Entlassmanagement sondern auch bei der Einweisung nötig. • Neue präventive Angebote zur Unterstützung der Patienten notwendig, u. a. Zahnpflege für unter 3-jährige. • Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Pflegekräfte z. B. mit Anleitungen zur richtigen Pflege von Zahnersatz. Wichtig ist auch die richtige Betreuung von Senioren und behinderten Menschen in Wohnheimen. • Digitale Angebote für Patienten werden immer wichtiger (Tagebücher für Zahnknirschen, Bluthochdruck, Medikamentenmanagement etc.).
Fazit	Der Patient benötigt zum richtigen Zeitpunkt die richtige Therapie. Hierfür brauchen wir bei der Verzahnung der Sektoren eine Stärkung des Hausarztprinzips, lokale Gesundheitszentren und Modelle zur Patientennavigation und -begleitung.

World Café Foren – Forum 8

(Gesundheitsstandort Baden-Württemberg – Synergien durch Vernetzung?)

Tisch 1

Thema	Regionale Versorgungsverbände – Stiefkinder der Gesetzgebung?
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Frage: Was sind interessante der Aspekte der Translation? <ul style="list-style-type: none"> ○ Gefahren in der Entwicklung von eHealth-Maßnahmen ○ evidenzbasierte Lösungen werden gebraucht ○ Überführung in der Versorgung ○ Überangebot technischer Möglichkeiten ○ Problem der Entscheidungsträger ○ aus Sicht der Patienten: evaluierte Maßnahmen in die Standardversorgung ○ evidenzbasierte Studien, z.B. INH Studie Charitee ○ Patientenmonitoring → weniger Medikamente • Wie kann man die Entscheidungsträger mehr einbeziehen? • Ärzte müssen mehr eingebunden werden; können besser beurteilen, ob eine Lösung sinnvoll ist und dass sie eine Entwicklung mitgehen • geringe Bereitschaft der Ärzte

<ul style="list-style-type: none">• Durch aktive Begleitung sollen Ärzte telemedizinische Lösungen besser implementieren• Wichtig dabei: Kosten-Nutzen-Evaluierung, Lösung wirklich neu?• Gynäkologe: arbeitet im Akkord, da Praxen voll; dazu kommen noch telemedizinischen Dienste• Akzeptanz hängt nicht an Studien, sondern daran, wie praktisch und umsetzbar eine Lösung ist• Prozesse müssen aus Patientensicht gedacht und umgesetzt werden• Digitalisierung bringt alte Probleme neu zu Tage• Kompatibilität mit Praxissystem muss gegeben sein• App-Entwicklung für Smartphone• Kommunikation zw. Patient und Arzt: Patientendaten (Anamnese, Symptomtagebuch etc.)• Möglichkeit Daten anonymisiert übermittelbar (Patient entscheidet)• Hinderungsgründe einer Implementierung telemedizinischer Lösungen: Investitionen nötig, bei Unklarheit ob Lösung Mehrwert bringt• Schnittstellen bedeuten hohe Kosten• Daten müssen austauschbar sein• Kann der Arzt noch alle Daten überblicken?• Problem der Datenauswertung / KI nötig?• Unterscheidung zwischen Basisdaten und individuellen Daten• Delegation von Fachberufen (Wer kann mit KI umgehen?)• Datenstruktur: strukturierte Daten• Praxis- und Klinikinformatiksysteme brauchen strukturierte Daten• Was sind Gesundheits- und was sind Lifestyle-Daten? —> Problem der Datenqualität• Forum GSBW: innovative Entwicklungen + Vernetzung mit dem Ziel Projekte in die Versorgung zu bringen, bei gleichzeitiger Evaluierung• Wie schafft man es Innovationen und Technologien auf die Strasse zu bringen?• Modellprojekt zeigt Hürden: Wie baut man Hemmschwellen der Bürger ab? Schlüssel war, dass man alle stakeholder von Anfang an in Projektplanung einbindet —> dadurch hat Bereitschaft zugenommen• Einbindung der Kommunen —> regionale Ansprechpartner; Vermeidung von Mehrarbeit für Ärzte, attraktivere Bedingungen für Ärzte• Hemmschwellen: 1.) Annahme bei Bürgern: Ängste, Misstrauen 2.) Annahme der Ärzte: Kosten-Nutzen-Frage• Verlaufskontrollen könnten telemedizinisch durchgeführt werden und damit Ärzte i Praxen entlasten• Herz-Insuffizienz-Versorgung: Telemedizinische Begleitung senkt Mortalität! —> guter Ansatzpunkt• Datenerfassung und -Kontrolle: Heikles Thema in der telemedizinischen Beratung —> hohe Skepsis• Problem: Praxisinformationssysteme von verschiedenen Praxen nicht kompatibel• Interoperabilität der Daten mangelhaft• Datenhoheit? Ist es wirklich sinnvoll, dass Patient frei entscheiden kann?• Elektronische Patientenakte: Wem gehören die Daten?

	<ul style="list-style-type: none"> • Apple-Watch: Who is watching you? —> Problem globaler Player, andere Zulassungsrechte • Bisher diskutiert: Was sind die Probleme und Hemmschwellen der Translation digital- und telemedizinische Maßnahmen, Problem der Daten • Patient muss Entwicklungsprozess mitgestalten • Strukturschwache Regionen, wo Versorgung fehlt, vorhanden; Patientenüberwachung muss aber trotzdem gewährleistet werden —> z.B. durch digitale Vernetzung zwischen Arzt und Patient und weniger Patienten in Praxen • Erste Instanz bei telemedizinische Beratung: Medizinische Fachangestellte / Pflegepersonal; auch denkbar: Ärzte auf Stundenbasis, Teilzeitverträge • Faktor Mensch —> Soziale Notwendigkeiten müssen beachtet werden: Generationenfrage, Zielgruppe muss digital affin sein; Gesellschaft scheinbar gespalten • Wenn es gelingt alle Player in die Entwicklung früh miteinzubeziehen, können Prozesse optimiert werden • Zu wenig Fachkompetent in der Politik: Öffentlichkeitsarbeit gefragt für Bürger + mehr Ärzte einbeziehen in Entscheidungen
Fazit	Translation stößt auf mehreren Ebenen auf Hindernisse. Durch frühe Einbeziehung aller Stakeholder können Implementierungsprozesse besser evaluiert und optimiert werden. Evidenz-basierte Lösungen werden gebraucht, Prozess muss beim Patient starten!

Tisch 2

Thema	Die neue Medizinprodukteverordnung der EU: Konsequenzen für die Versorgung
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Medizintechnik gibt es ein Konformitätsbewertungsverfahren das dann in CE Kennzeichnung mündet. Es gibt keine zentralen Zulassungsstellen wie im Arzneimittelbereich, sondern System mehrerer privater Benannter Stellen. • Auswirkung auf Versorgung, Innovation, Wirtschaftlichkeit und Fokus der MDR stark auf Patientensicherheit fokussiert. • Innovation wird sich erschweren. • Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen aber auch für Industrie wichtiges Thema. Verordnung ist nicht KMU freundlich man wird ähnliche Konzentration der Unternehmen sehen wie bei Pharma. • Produkte werden verschwinden. Nischenprodukte, die verschwinden können Versorgung einschränken. Auch Unternehmen werden verschwinden. • Marktzugang über CE Konformitätsverfahren in das Benannte Stellen involviert sind. Unter Richtlinie gab es 58, seit gestern sind unter MDR Verordnung nur 10 Benannten Stellen akkreditiert. Hierdurch bestehen Engpässe. Zusätzlich kommen Engpässe durch den Brexit • Hinzu kommt: Nach Verordnung benötigen mehr Produkte eine Benannte Stelle (viele Klasse 1 Produkte, benötigen neu eine Benannte Stelle). Engpasssituation bei Unternehmen, Kosten explodieren, Produkte werden von Markt genommen etc. So entstehen Engpässe.

<ul style="list-style-type: none">• Klinikteilnehmerin hat bisher noch nichts gehört, dass es zu Engpässen bei Produkten in Klinik kommt.• Schweiz hat Studie dazu gemacht, erläutert Leonhard—es wird zu Engpässen, Verzögerungen kommen auch bei Produkten bei denen man es nicht erwartet.• Frage von Teilnehmer was würde benötigt, um Engpässe zu vermeiden: Durch Korrigenda wurden schon Dinge abgeändert in Brüssel, Eudamed Datenbank wurde um mehrere Jahre verschoben, was zeigt, dass vieles noch nicht im Zeitplan ist. Erläutert Experte. Kommission sieht vor dass zur Not nationale Notfallpläne greifen sollen. Das sollte aber nicht der Weg sein, erläutert Leonhard.• Medical Apps, sagt TN, benötigen jetzt auch Benannte Stelle. Auch für Startups schwierig Benannte Stelle zu finden, erläutern die Experten.• Frage an Allgemeinmediziner, sieht er Abkündigungen: bisher nicht.• Nahrungsergänzungsmittel fallen nicht unter MDR, aber stoffliche Medizinprodukte.• Moderatoren werfen Nischenprodukte Thema auf: Engpässe insbesondere im Bereich Neuro und Pädiatrie erwartet. Unklar wie viele dieser Produkte werden von Herstellern eingestellt und gibt es alternativ Hersteller. Ggf. ist die Patientenversorgung gefährdet.• In den USA gibt es Ausnahmeregelung für Orphan Devices und auch grandfathering für Bestandprodukte.• Welchen Weg gehen Unternehmen: Experte erläutert, sie reduzieren Produktpalette teilweise• Nasenspray kann Medizinprodukt oder wenn Arzneikomponente beinhaltet Arzneimittel und Verpackung Medizinprodukt.• MDR: Hersteller muss Sicherheit und Leistungsfähigkeit nachweisen, Klasse III Produkte benötigen eigene Klinische Daten.• Medizinprodukteanpassungsgesetz: regelt Dinge die EU offen lässt, diese werden national geregelt, z.B. Thema Aufbereitung von Einmalprodukten• Apps waren bisher meist in niedrigster Klasse I. Jetzt sind sie meist IIa nach MDR. Benötigen Qualitätsmanagementsystem etc. und Benannte Stelle neu.• MDR. Korrigendum vom Dez 19: erlaubt bei diesen Apps nun verlängerte Übergangsfrist zu nutzen bis 2024. Dies gilt auch für weitere Produkte wie die wiederverwendbaren chirurgischen Instrumenten.• Arzt kann nur Medizinprodukt als App verschreiben. Gibt 50.000 Apps. Gefahr Patientengefährdung, wenn Werte falsch eingegeben werden von Patienten• Praxis Frauenarzt: Switches von wiederverwendbaren zu Einmalinstrumenten. Produziert viel Müll. Gibt kaum Anbieter mehr auf Markt die Sterilisation und Aufbereitung anbieten z.B. Kliniken bieten das nicht mehr an. Hierdurch ist er gezwungen Einmalprodukte zu nehmen• Aufbereitung Einmalprodukte geht zwar, aber dadurch wird man selbst Hersteller.• Engpässe bei Medizinprodukten drohen, bei Arzneimitteln haben wir diese schon.• Statement von Verbänden und Patientenorganisationen wären hilfreich, um auf drohende Engpässe und Probleme aufmerksam zu machen.

	<p>(Teilnehmer wäre dazu bereit, Aktionsbündnis Patientensicherheit bitten aktiv zu werden).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist wichtig im ganzen System auch mal Patienteninteressen darstellen • Hygiene in Arztpraxis gibt es keine Bundesvorgabe, wird von Regierungspräsidien geprüft. Es gibt ein Dokument zum Thema von der KV BW. • Thema Innovation: Innovationen werden in EU immer schwieriger, in den USA einfacher. • Klinische Studien mit Medizinprodukten die nur Forschung dienen unterliegen MDR künftig und werden dadurch aufwendiger und werden eher nicht mehr in EU stattfinden, erläutert Leonhard. • Nicht jede App auf Markt ist Medizinprodukt. • Beraterin sagt: in Brüssel ist man zuversichtlich, dass bei Verordnung alles auf Track ist. • Gesetz vor drei Jahren verabschiedet, im Mai endet Übergangsfrist • Erst zehn benannte Stellen benannt nah MDR, Nachteil für Unternehmen der Stelle noch nicht wieder benannt ist. Akkreditierungsprozess dauert 18 Monate. Frist im Mai ist knapp. Für viele Produkte gelten aber verlängerte Fristen bis 2024/25, mit bestehenden MDD Zertifikaten. Klasse I Produkte, die weiterhin keine Benannte Stelle benötigen hier ist Mai 2020 bindende Frist. • Zahnarzt: Anwenderwunsch, dass Medizinprodukte Standards unterliegen. Hatten Fälle in denen Angaben von Herstellern zu Aufbereitung nicht konform waren —Experte erläutert, das muss man melden, denn schwarze Schafe müssen verschwinden. • Unter AG im Forum Gesundheitsstandort Projekt zu Thema Herstellerangaben zu Betrieb und Wiederaufbereitung gewünscht. • Regierungspräsidien sind für Überwachung zuständig. • Für jede Eigenschaft die Hersteller bei Medizinprodukte bewirbt muss somit wissenschaftlichen Daten belegt sein erläutert Leonhard. • In MDR viel aus dem Arzneimittelbereich wurde auf Medizinprodukte übertragen. Das hat geschmerzt erläutert Experte. • Medizinprodukte gibt es große Vielfalt, z.B. Instrumentenausführungen, KMU, innovative Startups haben es schwer. Unternehmen werden verschwinden, Standort BW gefährdet. Zusätzliche klinische Daten müssen erhoben werden auch für alte Bestandsprodukte. • Generell auch bei Ärzten: Dokumentation steigt überall auch durch MDR • Schweizer Studie sieht 9 Prozent Kostensteigerung bei Unternehmen durch MDR. • Anzahl Lieferanten für Medizinprodukte wird kleiner, kleine Unternehmen werden verschwinden, große bleiben, ob das zu mehr Patientensicherheit führt die neuen Regularien ist fraglich (Leonhard). • Gibt viele Audits auch unangekündigte, sagt Leonhard. • 80Prozent der Medizintechnik Unternehmen sind Kleinst- und Kleinunternehmen in BW. Für KMU ist die Umsetzung der MDR eine große Herausforderung.
Fazit	<p>Durch die Medizinprodukteverordnung, die vornehmlich auf Patientensicherheit fokussiert rückt die Versorgungssicherheit, Wirtschaftlichkeit und Innovation ins Hintertreffen.</p>

Tisch 3

Thema	Personalisierte Medizin
Notizen	<ul style="list-style-type: none"> • Heute bereits viel in Med. personalisiert, aber gerade Therapien wie Arzneimittel werden durch große klin. Studien, eben nicht personalisiert evaluiert. • Pers.. Med.: Aktuelle Zulassungskriterien greifen nicht mehr, N=1 wird immer häufiger. • Je personalisierter Medizin wird, desto größer Herausforderung für Ärzte, das Wissen muss alles nachgehalten werden. Digitalisierung kann dabei helfen. • Bsp. aus Zahnarztbereich: Verschiedene Therapieoptionen für eine Erkrankung, Patientenwusch entscheidet mit. (Zahn-) Ärzte müssen Therapie auch an Medikation anpassen, dies wird zunehmend komplexer. Lösung: digitale Patientenakte (die bedingungslose und vollständige). • Für ärztliche Behandlung ist interdisziplinäre Transparenz über Behandlungen unerlässlich. • Personalisierte Medizin bietet große Chancen, etwa in Onkologie, aber ist auch sehr komplex - bsp. 60 verschiedene Brustkrebstypen. • Frage der Evidenz: Große Zulassungsstudien nicht mehr Zukunft, Patientendaten werden zukünftig noch wertvoller. Therapie muss auch auf Anwendungsbeobachtung (Phase 4) gestützt werden. Möglichkeit: Zulassung zeitlich beschränkt. Patientendaten wichtig. Sollten weltweit gesammelt werden. KI kann zur Therapiesicherheit und Evidenz beitragen. Flut an Daten müssen aufgenommen und gesammelt werden. • Arzt muss durch Digitalisierung Infos erhalten. Wo werden Daten angesiedelt und gespeichert? Zugriff auf Daten- wie? • Seltene Erkrankungen: Immer wenig Evidenz, denn es gibt keine entsprechend großen Patientenpopulationen. • Voraussetzung für personalisierte Medizin: Vielfältige und weitreichende Patientendaten! • Gesundheitskompetenz extrem wichtig. Symptomschulung, Patienten in Lage versetzen mit Arzt auf Augenhöhe sprechen. Patiententagebuch führen um Arzt die notwendigen Informationen für Diagnostik und Therapie geben. Gesundheitslose wäre sinnvoll! • Heute Problem bei interdisziplinären Behandlung, verschiedene Fachbereiche stimmen sich nicht ab. Informationsweitergabe und gegenseitige Transparenz ist wichtig. • Digitalisierung geht nur langsam voran hier in Deutschland: eGK Einführung theoretisch vor 18 Jahren. • Schwerstkranke Patienten die Impfungen benötigen, Durchimpfungsrate sehr niedrig in diesen Patientengruppen. • Wichtige Voraussetzung für med. Fortschritt: Digitalisierung voran treiben! Auch problematisch in diesem Zusammenhang: Datenschutz! • KI kann zur Behandlungseffizienz beitragen! Arzt hat wenig Zeit für Patienten, schwierig auf individuelle Bedürfnisse und Gegebenheiten einzugehen. • Frage der Kosten: Was kann sich die Gesellschaft leisten? Alternde Gesellschaft und Therapiefortschritte bedingen auch hohe Kosten.

	<p>Personalisierte Hochpreismedikamente lösen auch Blockbustermedikamente ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onkologie: Therapie ins blaue (wenig Evidenz), Therapien bedingen häufig auch Nachfolgeerkrankungen. Wenn jemand ohne Therapie stirbt, ist Evidenz manchmal auch zweitrangig. • Viele Erkrankungen (Neurodegenerative z.B. Demenz) heute noch immer Grundlagenforschung, Forschung steht noch am Anfang. • Durch Digitalisierung und verbesserte Diagnostik kommen neue bislang unbekannte Aspekte zum Vorschein. • Frage: Wahrscheinlichkeitsberechnung das ich bestimmter Krankheit bekomme, wann ich woran sterbe usw. Will die Gesellschaft diese Informationen? Ist das Wissen erträglich für Patienten? Ethische Fragen müssen auch im Zusammenhang mit Digitalisierung und med. Fortschritt diskutiert werden. • Datenhoheit beim Patienten: Ist das sinnvoll und zielführend? Vorschlag: Widerspruchslösung, aber jeder Patient ist auch eigenverantwortlich. Kann Patient die wichtige Entscheidung überlassen werden, Herr seiner Daten zu sein und zu entscheiden welche er freigibt und welche nicht. • Personalisierte Therapie setzt bislang erst bei Kuration an. Es sollte auch in Richtung Prävention geforscht werden, so könnten viele Ausgaben in der Kuration vermieden werden.
Fazit	<p>PM bietet vielfältige Chancen aber Herausforderungen nehmen zu: Evidenz, Behandlung wird komplexer für Ärzte u Patienten. Gesellschaftliche Fragen nach Kosten (2 Mio. Medikation), Daten werden wichtiger. Digitalisierung kann helfen.</p>