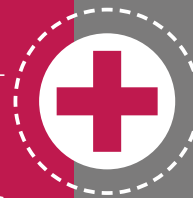


Management & Krankenhaus

M&K kompakt ist das Sonderheft von Management & Krankenhaus – zu besonderen Themen oder Events.



Ausgabe
11/2021

kompakt
Sonderheft



Choose
France™

Bonjour !
Lust auf französische
Innovationen ?

Für jeden Bedarf, eine Lösung!

Innovative Angebote für Krankenhäuser

In Frankreich investieren

www.frenchhealthcare.fr

French Healthcare - die Initiative zur Förderung französischer Expertise im Gesundheitswesen setzt sich für die französische Medizinindustrie ein.
Erfahren Sie mehr über das französische „Savoir-Faire“ in den Hallen 3, 4, 7a, 14 & 15 auf der Medica.

MEDICA

GESUNDHEITSMARKT
Neuregelungen für MVZs

TELEMATIKINFRASTRUKTUR
Die ePa ist nur der Anfang

TEXTILE VERSORGUNG MIT EXPERTISE
Gute Prozesse + niedrige Kosten

WILEY

Jubiläumsausgabe

40 Jahre

Management & Krankenhaus

MK kompakt: 25.000 Exemplare als Sonderheft / Vollbeilage



Termine

Erscheinungstag: 09.02.2022
Anzeigenschluss: 14.01.2022
Redaktionsschluss: 10.12.2021

Ihre Mediaberatung

Manfred Böhler +49 6201 606 705
Mehtap Yildiz +49 6201 606 225
Miryam Reubold +49 6201/606 127
Dr. Michael Leising +49 3603 8942800

mboehler@wiley.com
myildiz@wiley.com
mirreubold@wiley.com
leising@leising-marketing.de

WILEY

Management & Krankenhaus

Die elektronische Patientenakte ist nur der Anfang

Die Telematikinfrastruktur und ihre Tools verbessern die Kommunikation und den Datenaustausch innerhalb des Krankenhauses wie auch zwischen den Einrichtungen und Sektoren.

■ Die Zeit drängt: Bis Ende 2021 müssen die stationären Bereiche der Krankenhäuser in der Lage sein, mit der elektronischen Patientenakte (ePA) arbeiten zu können und dort Dokumente einzustellen. Dazu sind sie gemäß § 341 Abs. 7 SGB V verpflichtet. Daher gilt es nun zu klären, welche Auswirkungen die ePA auf die Prozesse im Krankenhaus hat. Muss der interne Behandlungsprozess neu aufgesetzt werden? Was bedeutet die ePA für die Rollen und Verantwortlichkeiten im Krankenhaus?

Die technischen Voraussetzungen sind klar: Um die ePA zu nutzen, werden ein Zugang zur Telematikinfrastruktur, ein Konnektor-Upgrade (Version PTV4 für ePA 1.1 bzw. PTV5 für ePA 2.0) sowie ein Update der Krankenhausinformations- oder ggf. Archivsysteme benötigt.

Für Aufnahme und Entlassung relevant

Seit Anfang 2021 stellen die Krankenkassen den gesetzlich Versicherten die elektronische Patientenakte als App für Smartphone und Tablet bereit. Die Privatversicherten werden in den kommenden Jahren folgen. Die ePA wird von den Versicherten selbst geführt. Sie entscheiden, ob sie die ePA nutzen wollen, welche Dokumente dort eingestellt werden und wer Zugriff auf ihre medizinischen Daten erhält.



Charly Bunar

Die Krankenhäuser benötigen für die ePA also eine Zugriffsberechtigung des Versicherten. Diese können die Versicherten bei der Aufnahme ins Krankenhaus über ihr Smartphone, am Kartenlesegerät oder an einem Patientenportal erteilen. Die Berechtigung gilt für das gesamte Krankenhaus und kann zeitlich befristet werden.

Im nächsten Schritt lädt dann beispielsweise der Case Manager die relevanten Dokumente aus der ePA in das Krankenhausinformationssystem. Über das Krankenhausinformationssystem wird wie gewohnt die weitere Behandlung der Versicherten dokumentiert. Die elektronische Patientenakte ist also vorrangig eine Sekundärdokumentation, die über die

Telematikinfrastruktur krankenhaus- und sektorenübergreifend genutzt werden kann; sie bildet also die Brücke zum niedergelassenen Bereich.

Der Konsiliarcharakter der ePA kommt dann erneut bei der Entlassung zum Tragen. Das Krankenhaus kann den Entlassbrief und weitere Dokumente, die für die Weiterbehandlung der Versicherten wichtig sind, in die ePA einstellen. Hierfür bietet es sich an, vorab einen Satz von Dokumenten zu definieren, die standardmäßig in die ePA geladen werden. Auch eine automatisierte Übernahme von Dokumenten aus den Archivsystemen des Krankenhauses in die ePA ist denkbar.

Die nächsten Ausbaustufen der ePA

Aber das ist nur der Anfang. Mit jeder Ausbaustufe wird die ePA noch mehr Möglichkeiten für Krankenhäuser bieten. Im Januar 2022 beginnt bereits die zweite Ausbaustufe der ePA. Dann werden weitere Sektoren wie die Pflege, Hebammen und Entbindungshelfer oder der Öffentliche Gesundheitsdienst für die ePA zugriffsberechtigt sein. Und auch strukturierte Daten wie der Impfpass oder der Mutterpass werden in die ePA integriert.

In der dritten Ausbaustufe der ePA ab Januar 2023 sollen dann auch genormte Laborberichte (nach LOINC) und Entlassbriefe aus dem Kranken-

haus zur Verfügung stehen. Ebenfalls ist eine Standardisierung des Pflegeüberleitungsbogens vorgesehen.

Außerdem gibt es ab der ePA 2.0 ein neues Berechtigungskonzept. Beim sogenannten mittelgranularen Berechtigungsmanagement können die Versicherten den Zugriff auf verschiedene Fachgebietenkategorien (wie Krankenhaus, Hausarzt, Psychotherapie) oder Dokumentenkategorien (wie Arztbriefe, Medikationsplan, Notfalldatensatz) erlauben. Diese Art der Berechtigungsvergabe kann auch vor Ort im Krankenhaus beim Aufnahmegespräch oder eigenständig vom Patienten am Patientenportal durchgeführt werden. Bei der feingranularen Berechtigung lässt sich der Zugriff sogar auf einzelne Dokumente einschränken. Diese Art der Berechtigungsvergabe ist vom Patienten eigenständig per App an seinem eigenen Smartphone, Tablet oder ab Januar 2022 auch per Anwendung auf dem Notebook oder Desktop-PC vorzunehmen.

Reibungsloser Datenaustausch dank Standardisierung

Die Integration strukturierter Daten (wie Impfpass, Mutterpass, Kinderuntersuchungsheft und Zahnbonusheft) in die ePA 2.0 stellt einen Meilenstein dar. Denn diese medizinischen Informationsobjekte (MIO) sind interoperativ

Bitte umblättern ▶

Inhalt

- 3 Die elektronische Patientenakte ist nur der Anfang
- 6 Aus der Corona-Krise lernen: Einrichtung eines Pandemielagers
- 8 „Endlich riecht’s wieder nach Möhren“
- 10 Ein Algorithmus für die Notfallversorgung der Zukunft
- 11 Stationäres Versorgungssystem
- 11 Zusammenarbeit auf Verbändeebene vertiefen
- 12 Weniger Probleme in allen Bereichen
- 14 Bienvenue in Frankreich!

- 16 Zukunftsrolle der Unikliniken
- 18 Labormedizin als Konditionalfach für die Patientenversorgung erhalten
- 20 Die nächste Welle – MRgFUS weltweit im Aufschwung
- 21 Quo vadis, Medizinisches Versorgungszentrum?
- 22 Index
- 22 Impressum



Titelseite:
French Healthcare
Mehr dazu lesen Sie in der
Titelstory ab Seite 14

bel, also für jedes System lesbar und bearbeitbar. Solche strukturierten Daten können vom Krankenhausinformationssystem dann auch automatisiert ausgelesen werden. Im Rahmen der krankenhäuslichen Versorgungen werden insbesondere die MIOs des Krankenhaus-Entlassbriefs und des Pflegeüberleitbogens zu einer spürbaren Verbesserung der Informationslage führen.

Das klingt alles sehr technisch, hat aber große Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem. Die Interoperabilität sorgt dafür, dass medizinische Informationen über verschiedene Abteilungen, Einrichtungen und sogar Sektoren hinweg ausgetauscht werden können. Eine engere Abstimmung zwischen allen Beteiligten verbessert in erster Linie die Behandlung der Versicherten. Zudem spart sie Kosten, da etwa Doppeluntersuchungen und auch Doppeldokumentationen vermieden werden. Digitalisierung und Standardisierung tragen also dazu bei, dass sich die medizinische Versorgung insgesamt verbessert.

Die ePA macht die Versicherten zu Akteuren

Das Besondere an der ePA: Mit ihr werden die Patienten in die Kommunikation einbezogen. Die Versicherten führen ihre elektronische Patientenakte

selbst und haben die Hoheit über ihre Daten. Dadurch können sie auch zur Mitwirkung motiviert werden, was beispielsweise bei Disease-Management-Programmen (DMP) für chronisch Kranke wichtig ist. Denn in Zukunft sollen auch Daten aus diesen Programmen als MIO in die ePA übernommen werden können. Die Behandelnden haben dann z.B. die Möglichkeit, den Teilnehmern am DMP „Diabetes Typ 2“ Daten zur Verfügung zu stellen und damit ihre Compliance zu stärken.

Dank der ePA liegen den Versicherten alle relevanten Daten zu ihrer Gesundheit vor. Sie verfügen über dieselben Informationen wie ihre Ärzten und können daher auf Augenhöhe mit ihnen sprechen. Die Behandelnden werden so immer mehr zu Beratern. Und die Versicherten übernehmen stärker die Verantwortung für ihre Gesundheit und werden zu Akteuren im Gesundheitswesen.

Digitalisierung durch Gematik und Telematikinfrastruktur

Die ePA ist allerdings nur eine von vielen Anwendungen, die die Krankenhäuser nach dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) nutzen können. Die Gematik hat beispielsweise Standards für Schnittstellen speziell für Krankenhäuser definiert: ISiK (informationstechnische Systeme in



01.01.2021

Dokumententypen
Notfalldatensatz (NFD-Satz)
Elektronischer Medikationsplan
Elektronischer Arztbrief

Funktionsumfang
Verwalten erster Dokumente
Einfache Berechtigungsvergabe
Protokollfunktion

01.01.2022

Dokumententypen
Impfpass
Mutterpass
Zahnbonusheft
Kinderuntersuchungsheft

Funktionsumfang
Feingranulares Berechtigungskonzept
Desktopversion
Einrichten eines Vertreters

01.01.2023

Dokumententypen
KH-Entlassbrief
Pflegeüberleitbogens
Laborwerte
DiGA
eAU

Funktionsumfang
Datenfreigabe zu Forschungszwecken
Einbindung von DiGA-Daten und des TI-Messengers
Kopplung mit gesund.bund.de

Ausbaustufen der ePA

Krankenhäusern). Über diese Schnittstelle können künftig Gesundheitsdaten ausgetauscht werden, sowohl zwischen Abteilungen als auch über Einrichtungsgrenzen hinweg. Aktuell erproben sieben Krankenhäuser in Deutschland diesen neuen Standard.

Die Anwendung KIM (Kommunikation im Medizinwesen) bietet die Möglichkeit, medizinische Dokumente verschlüsselt und sicher per E-Mail zu versenden. Neu hinzu kommen wird auch der TI-Messenger, über den Kurz-

nachrichten versendet und damit Fragen in Echtzeit geklärt werden können. ❖

<https://fachportal.gematik.de/informationen-fuer/krankenhaeuser> |
www.gematik.de/anwendungen/e-patientenakte/ |
<https://fachportal.gematik.de/informationen-fuer/isik> |

Autor:

Charly Bunar, strategischer Produktmanager für die elektronische Patientenakte, Gematik GmbH, Berlin

Forschungsstand zum Nutzen von Patientenportalen

In Gesundheitseinrichtungen werden zunehmend Patientendaten in elektronischen Akten verwaltet und genutzt.

❖ Diese Informationen umfassen z.B. die Patientengeschichte, Allergien und aktuelle Medikamente, Laborbefunde oder Impfinformationen. Teilweise erhalten nun auch Patienten die Möglichkeit, auf diese Daten zuzugreifen, z.B. über ein webbasiertes Patientenportal (wie z.B. die Elektronische Gesundheitsakte in Österreich). Dies soll die Patienten besser über die eigene Behandlungsplanung und individuelle Therapieergebnisse informieren und so die Qualität der Patientenversorgung erhöhen.

Ziel einer an der UMIT Tirol durchgeführten Studie war es, den Nutzen dieser Patientenportale systematisch zu untersuchen. Hierzu wurde ein Cochrane-Review mit dem Titel „Adult patient access to electronic health records“ erarbeitet und nun in der Cochrane Library veröffentlicht.

Die systematische Übersichtsarbeit, die in Zusammenarbeit mit drei UMIT Tirol Departments entstanden

ist, zeigt, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse für den Nutzen von Patientenportalen noch nicht ausreichend klar sind. „Die Frage, ob Patientenportale dem Patienten einen Nutzen bringen, wenn er darauf zugreifen kann, kann derzeit noch nicht beantwortet werden. Dafür gibt es noch zu wenig Forschungsstudien in ausreichender Qualität, deshalb ist hier weitere Forschungsarbeit notwendig“, sagt die Koordinatorin des Projektes Univ.-Prof. Dr. Elske Ammenwerth, die an der Universität UMIT Tirol das Institut für Medizinische Informatik leitet.

Das Cochrane Review wurde in Zusammenarbeit mit den UMIT Tirol Departments für Biomedizinische Informatik und Mechatronik, Pflegewissenschaft und Gerontologie sowie Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment erstellt. Es wurde kürzlich von Cochrane angenommen und in der Cochrane Library publiziert.

Cochrane ist ein internationales Netzwerk, das wissenschaftliche Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitswesen bereitstellt. Im Zentrum seiner Arbeit stehen die Cochrane Reviews. Diese systematischen Übersichtsarbeiten fassen die gesamte wissenschaftliche Evidenz zu einer konkreten Fragestellung aus der Medizin oder Gesundheitswissenschaften zusammen. Cochrane Reviews gelten weltweit unter Fachleuten, Patienten und in der Politik als vertrauenswürdige Informationen aus der Medizin und angrenzenden Fachgebieten.

Das Institut für Medizinische Informatik an der UMIT Tirol beschäftigt sich mit Informationssystemen des Gesundheitswesens und dabei insbesondere mit deren Architekturen sowie deren Evaluation. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Gestaltung benutzerzentrierter Informationssysteme, welche die Qualität der Gesundheitsversorgung nachweisbar verbesser-

tern. Forschungsschwerpunkte des Institutes sind Gesundheitsvernetzung und TeleHealth, klinische Sekundärdatenanalyse und Data Warehousing sowie systematisches IT-Management.

In der universitären Ausbildung bietet das Institut für Medizinische Informatik ab Herbst das Master-Studium Medizinische Informatik an (vorbehaltlich der Genehmigung durch die AQ Austria). Im Rahmen des Studiums werden Studierende zu international gefragten Experten ausgebildet, welche die Digitalisierung im Gesundheitswesen unter dem Motto „Informatik für Menschen – Informatik mit Menschen“ mitgestalten können. Weiterhin bietet das Institut für Medizinische Informatik den Universitätslehrgang für Health Information Management als reines Online-Studium an. ❖

www.umat-tirol.at |



DR. WEIGERT

Hygiene mit System

Weiter denken – Fortschritt leben.

Das innovative Hochkonzentrat steht für eine neue Leistungsstufe bei der maschinellen Instrumentenaufbereitung bei gleichzeitig reduziertem Produktbedarf. So sorgen wir für mehr Nachhaltigkeit.

Machen Sie sich bereit für die Zukunft!

www.drweigert.de

**Die Produkt-
Innovation 2021**



Aus der Corona-Krise lernen: Einrichtung eines Pandemielagers

Aufgrund extremer Versorgungsengpässe während der ersten Pandemiewelle haben die Elblandkliniken ihre Warenwirtschaft überprüft und neue Beschaffungsstrategien entwickelt.

■ Die Elblandkliniken (ELK) sind ein kommunaler Gesundheitskonzern mit ca. 1.100 teil- und vollstationären Betten in drei Akutkliniken, einer Reha- und Fachklinik für Neurologie und einem MVZ-Verbund mit knapp 30 Praxen verschiedener Fachrichtungen, einer Laborgesellschaft (mit Mikrobiologie) sowie einer Service- und Logistikgesellschaft, in der u. a. Technik, Sicherheitsdienst, Reinigung, Patienten- und Mitarbeitercatering verortet sind. Insgesamt beschäftigen die ELK ca. 3.000 Mitarbeiter.

Die erste Corona-Pandemiewelle im Frühjahr 2020 hatte auch die Elblandkliniken vor das Problem gestellt, dass extreme Engpässe in der Versorgung mit Utensilien der persönlichen Schutzausrüstung, aber im weiteren Verlauf auch anderen eigentlich täglich verwendeten Artikeln die Arbeit des medizinischen Personals beeinflusst hat. Um im weiteren Pandemieverlauf nicht erneut vor dem Problem zu stehen, hatten sich die Elblandkliniken entschlossen, ein eigenes Pandemielager aufzubauen.

Lieferverfügbarkeit und alternative Artikel prüfen

Die Einrichtung eines eigenen Pandemielagers war mit vielen Herausforderungen verbunden; zum einen die Lieferverfügbarkeit der benötigten Artikel und zum anderen die benötigte Lagerfläche sowie Abbildung und Monitoring der Bestände. Eine enge Zusammenarbeit des Einkaufs mit dem Vorstand der Elblandkliniken in wirtschaftlichen Fragen und der Krankenhaushygiene zur Abstimmung der vielfältigen alternativen Artikel, insbesondere bei Schutzkitteln, Handschuhen und Desinfektionsmitteln war unerlässlich.

Aufgrund der unsicheren Liefersituation bei vielen Artikeln der Schutzausrüstung wie Schutzkittel, Handschuhe und Desinfektionsmittel war eine Aufstockung der Lagerbestände notwendig, um die Versorgung der Kliniken sicherzustellen. Dies führte jedoch zu erheblichen Platzproblemen im Zentrallager am Elblandklinikum Meißen und notwendigen Abstimmungen mit Arbeitsschutz- und Brandschutzbeauftragten wegen zusätzlicher Stellflä-



Bianca Hahn

chen. Aus dem Zentrallager werden auch die Standorte in Radebeul und Riesa sowie die Reha-Klinik in Großenhain versorgt. Durch häufigeren Warenumsatz muss die nur begrenzte Größe des Zentrallagers bereits bei normalen Liefersituationen mithilfe organisatorischer Maßnahmen ausgeglichen werden, um die Versorgung der Kliniken zu gewährleisten. Täglich werden durchschnittlich 120 Wareneingänge mit 400 verschiedenen Positionen gebucht und es verlassen täglich rund 1.200 Positionen das Zentrallager.

Standortlösungen für die erweiterte Lagerhaltung finden

Übergangsweise hat das Amt für Katastrophenschutz des Landkreises Meißen Platz für rund 20 Paletten in seinem Lager zur Verfügung gestellt. Ausgelagert wurden von Mai bis September 2020 Schutzanzüge, FFP-2 Masken, OP-Mundschutzmasken sowie Schutzkittel im Wert von insgesamt circa 300.000 €.

Parallel wurden im Umkreis liegende und zu vermietende Lagerhallen besichtigt und zusätzlich eine Containerlösung in Betracht gezogen. Die Containerlösung wurde aufgrund der langen Lieferzeit und des ungelösten Standortes sowie der mindestens perspektivisch viel zu kleinen Lagerfläche ziemlich schnell verworfen. Von Vorteil für die Elblandkliniken ist hierbei der zur Tochtergesellschaft Elbland Service- und Logistik gehörende Fuhrpark, der die Transporte in ein externes Lager übernehmen kann.



Christoph Kutschker

In der Gesamtbetrachtung der zu erwartenden monatlichen Kosten fiel die Entscheidung auf eine Lagerhalle einer Spedition, die neben einem transparenten Preismodell (Kosten pro Handling und Preis pro Palette und Monat) auch das komplette Handling der Paletten übernimmt und nur 5 min Fahrweg vom Elblandklinikum Meißen entfernt ist. Aktuell lagern dort etwa 200 Paletten mit Schutzausrüstung und Beatmungszubehör. Dazu gehören beispielsweise 2 Mio. Untersuchungshandschuhe, 180.000 OP-Mundschutzmasken, 100.000 FFP2-Masken und 30.000 Schutzanzüge. Alle eingelagerten Artikel haben eine Mindestreichweite von vier Wochen, um Lieferengpässe auszugleichen, und machen einen bis zu siebenstelligen Materialwert aus. Zusätzlich wurden zwei Paletten (2.520 Flaschen) Händedesinfektionsmittel als Notfallreserve angeschafft.

Neue Beschaffungsstrategien entwickeln

Bis dahin war es jedoch ein weiterer Weg, da die bekannten und etablierten Lieferquellen für die zu bevorratenden Artikel teilweise komplett ausgefallen sind. Es mussten daher zwangsläufig andere Beschaffungsstrategien zum Einsatz kommen. Hierfür nachfolgend einige Beispiele:

■ Der Lieferant für Untersuchungshandschuhe konnte nicht liefern, ebenso fielen alle namhaften alternativen Lieferanten aus, sodass zu einem großen Teil Untersuchungs-

handschuhe bei neuen und bisher unbekanntem Lieferanten beschafft wurden, deren Produkte anhand der Datenblätter und Zertifikate im Vorfeld zu prüfen waren.

- Zur Überbrückung des Lieferausfalls im Bereich Desinfektionsmittel wurde in der klinikeigenen Apotheke Hände- und Flächendesinfektionsmittel auf Ethanolbasis selbst hergestellt bzw. aus 1.000-Liter-Containern selbst abgefüllt. So konnten rund 10.500 Flaschen mit je 500 ml Händedesinfektion und 750 Kanister mit je 5 Litern Flächendesinfektion von der Apotheke bereitgestellt werden. Parallel wurde ein zweiter Hauptlieferant aufgebaut und ein Standort auf ein neues Flächendesinfektionsmittel umgestellt.
- Ein weiteres Beispiel sind die Lieferengpässe bei Einweg-OP-Mänteln. Hier wurde ein Standort der Elblandkliniken auf Mehrweg-OP-Mäntel umgestellt, um die Versorgung der anderen beiden Standorte mit den bisherigen Einweg-OP-Mänteln sicherstellen zu können.

Oberstes Ziel war hierbei immer die Sicherstellung der Versorgung, auch wenn wirtschaftliche Betrachtungen natürlich fortlaufend durchgeführt wurden und werden. Das engmaschige Monitoring der Lagerbestände und offenen Lieferungen bei kritischen Artikeln der Schutzausrüstung und Beatmungszubehör wird bis auf Weiteres fortgeführt.

■ www.elblandkliniken.de

Autoren

Christoph Kutschker und Bianca Hahn, Elblandkliniken, Meißen

M&K Newsletter
Jetzt registrieren!
www.management-krankenhaus.de



DIE ZUKUNFT DER NEUROCHIRURGIE

Erfahren Sie, wie Sie die therapeutische Kraft des fokussierten Ultraschalls nutzen können. Inzisionslos. Schonend. Lebensverändernd.

Der Fokussierte Ultraschall von INSIGHTEC bringt innovative Technologie zu Ihren Patienten und trägt dazu bei, Ihre Einrichtung als führend in den Neurowissenschaften zu positionieren. Gleichzeitig verbessern Sie die Patientenversorgung.

insightec.com

INSIGHTEC

„Endlich riecht's wieder nach Möhren“

Bio-Kost im Krankenhaus ist kein Hexenwerk.

■ Schon mit einem vorsichtigen Bio-Einstieg bei den Grundnahrungsmitteln lässt sich die Ernährungsqualität für Kranke und Personal deutlich steigern. Dabei müssten die Kosten nicht in die Höhe schießen. Rainer Roehl vom Catering-Berater a'verdis aus Münster ist überzeugt: In den deutschen Kliniken geht mehr Bio – und allen schmeckt's gleich besser.

M&K: *Bio-Lebensmittel rücken in die Mitte der Gesellschaft. Inwieweit ist hiervon auch die Gemeinschaftsverpflegung betroffen?*

Rainer Roehl: Mit der Verpflegung in Kitas, Schulen, Hochschulen, Betrieben, Kliniken und Heimen repräsentiert die Gemeinschaftsverpflegung wie kein anderer Bereich die Mitte der Gesellschaft. Und deshalb ist es nur logisch, dass Bio-Lebensmittel gerade auch hier ihren Platz finden. Mit etwas Verzögerung zwar, aber das hat seine Gründe. Erstens geht es beim Essen und Trinken Außer-Haus – auch in einem Krankenhaus und anders als beim Einkaufen von Lebensmitteln – zuerst um Aussehen, Geschmack und guten Service und erst dann auch um die Herkunft der Lebensmittel. Aber die Politik hat auf allen Ebenen die herausragende Rolle der Gemeinschaftsverpflegung als wichtigen Ort für ernährungspolitische Maßnahmen erkannt und entsprechende Ziele und Maßnahmen auf den Weg gebracht.

Staatliche Kantinen bieten vermehrt Bio an. Hat dies auch die Verpflegung im Krankenhaus erreicht?

Roehl: Erfahrungsgemäß werden zunächst Kitas und Schulen adressiert. Hier scheint die Verantwortung für eine gute und gesunde Ernährung am stärksten ausgeprägt zu sein. Und ebenfalls ein gewisser Erziehungsauftrag.

Nun ja, im Krankenhaus geht es vorrangig um Gesundung ...

Roehl: Im Klinikbereich ist es sehr unterschiedlich. Für psychiatrische Kliniken und für Reha-Kliniken spielen die Ernährung und damit auch die Herkunft und Qualität der Lebensmittel schon länger eine wichtige Rolle. Lediglich Akutkrankenhäuser hinken etwas hinterher. Hier scheint sich teilweise die Meinung zu halten, dass bei der kurzen Verweildauer der Patienten



Rainer Roehl vom Catering-Consultler a'verdis: Einige Basisprodukte und drei, vier Gemüse- und Obstsorten – schon ist mehr als der Bio-Einstieg geschafft.

das Essen keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt. Aber es gibt ja nicht nur Patienten, sondern auch medizinisches Personal, Pflegekräfte und Besucher.

Wie viel Raum lässt die angespannte Finanzlage der Kliniken für Bio-Kost?

Roehl: Keine Frage, Bio-Lebensmittel sind teurer als konventionelle Produkte. Dies gilt insbesondere für tierische Produkte wie Fleisch, Milchprodukte und Eier. Aber ganz ehrlich: Welche Rolle bei den Kosten spielen die in der Krankenhausküche eingesetzten Lebensmittel und Verpflegung überhaupt? Eine im unteren einstelligen Prozentbereich; im Vergleich zu anderen Ausgabenblöcken fast zu vernachlässigen.

Dann sollten doch ökologische Einkäufe ...

Roehl: ... es liegt meines Erachtens weniger an den Kosten als an der Lobby, die die Krankenhausküchen und deren Mitarbeitende haben. Und die ist, teilweise selbst verschuldet, nicht immer gut. Das verändert sich aber gerade. Ernährungsfragen und ebenso Fragen zur Herkunft und Qualität der Lebensmittel werden gesellschaftlich wichtiger und damit auch für Krankenhäuser.

Auf welche Resonanz stoßen Initiativen für biologische Ernährung im Klinikbereich?

Roehl: Was bedeutet „Biologische Ernährung“? Wenn damit eine gesund-

heitsfördernde und umweltverträgliche Ernährung gemeint ist, dann stoßen diesbezügliche Initiativen auf eine große Resonanz. Drei Themen ragen hier heraus: die stärkere Betonung auf pflanzenbasierte Essensangebote, die Vermeidung von Speisenrückläufen und die ökologische Herkunft und Qualität der eingekauften Lebensmittel. Alle drei Maßnahmen haben auch eine Bedeutung für den Klimawandel und werden deshalb immer stärker in den Fokus rücken – auch in der Krankenhausverpflegung.

Das bedeutet in der Praxis?

Roehl: Was den Einsatz von Bio-Lebensmitteln betrifft, geht es zunächst einmal darum, mit wenigen einfachen Produkten anzufangen und dabei ein paar geschmacklich spürbare Akzente zu setzen. Warum nicht beispielsweise frische Äpfel grundsätzlich nur in

Bio-Qualität einkaufen und jeden Tag anbieten?

Kristallisiert sich bei den Krankenhauspatienten überhaupt eine veränderte Haltung bei der Qualität der Ernährung heraus?

Zur Person

Rainer Roehl ist Ernährungswissenschaftler, Unternehmer und Lehrbeauftragter der FH Münster für „Nachhaltige Verpflegungsdienstleistungen“. Er arbeitet seit mehr als 30 Jahren im Außer-Haus-Markt und hat in dieser Zeit mehr als zahllose Restaurants und Großküchen bei der Umsetzung einer gesundheitlich, ökologisch und wirtschaftlich nachhaltigen Verpflegungsleistung beraten.



Titelseite des praxisorientierten Wegweisers „Pflanzlich.Nachhaltig. Gesund.“

Roehl: Aber natürlich. Selbstverständlich steht zunächst einmal die Heilung der jeweiligen Krankheit im Vordergrund. Wenn ich einen komplizierten Beinbruch hatte, geht es natürlich zunächst darum, ob und wann ich wieder richtig laufen kann. Hier hat das Essen und der sonstige Umgang mit mir als Patienten eher eine unterstützende Wirkung. Dennoch, gegen ein einfaches, aber gutes Essen hat doch niemand etwas einzuwenden. In Rehakliniken und in psychiatrischen Kliniken, also da, wo die Patienten länger verweilen, spielt das Essen sogar eine herausragende Rolle.

Und die Verbesserungen kollidieren nicht mit den Möglichkeiten Krankenhausküchen?

Roehl: Die Möglichkeiten einer Krankenhausküche sind grundsätzlich nicht schlechter als die einer Schulmensa oder Betriebskantine. Was oft fehlt, ist der direkte Kontakt zum Patienten. Aber den hat ein Schulcaterer, der 5.000 Essen am Tag im Cook&Chill-Verfahren herstellt und an die Schulen ausliefert, auch nicht. Ich glaube, was am stärksten fehlt und am dringlichsten geändert werden muss, ist die Wertschätzung für gutes Essen überhaupt und damit verbunden die Wertschätzung für die Mitarbeiter in den Küchen. Und Wertschätzung hat auch immer etwas mit Geld zu tun.

Wie viel kostet es denn?

Roehl: 0,30 Euro mehr für die Verpflegung pro Patient und Tag ist nicht viel Geld, aber ein deutliches Signal: Das Essen und die Küche sind uns wichtig. Außerdem fehlt es häufig an einer guten Verbindung und Kommunikation zwischen Küche und Pflege. Dies zu verbessern, z.B. über gemeinsame Schulungen zu den Themen Qualität und Service, ist nicht schwer und kann sehr wirksam sein.

Zunächst steht ja die Hauptmahlzeit im Blickpunkt. Aber auch bei Frühstück und Abendessen sind die Angebote in vielen Kliniken bescheiden, oder?

Roehl: Es geht um jeden Bereich der Verpflegung. Ein gutes Brot und zwei Scheiben Käse mit Geschmack statt drei ohne sind genauso wichtig und wirksam wie ungeschwefelte Kartoffeln, die schmecken und nicht außen hart und innen glasig sind. Zu jeder Mahlzeit ein kleines Bio-Highlight. Auch das kein Hexenwerk.

Nun könnten die Kliniken den Druck auf die Zulieferer durch die Ausschreibungsbedingungen erhöhen.

Roehl: Druck ist hier meines Erachtens der falsche Begriff. Partnerschaftliche Zusammenarbeit trifft es eher. In einem Projekt mit dem Landekrankenhaus Rheinland-Pfalz und der dazugehörigen Rhein-Mosel-Fachklinik wurde zusammen mit den bestehenden Lieferpartnern, u.a. ein konventioneller Grossist, ein konventioneller Metzger und ein konventioneller Gemüsehändler, überlegt, welche Produkte in Bio-Qualität ganzjährig verfügbar sind, preislich umsetzbar sind und eine spürbare Wirkung haben. Mit dem Gemüsehändler wurde beispielsweise vereinbart, Äpfel und Möhren grundsätzlich nur noch in Bio-Qualität zu liefern. „Endlich riecht es wieder richtig nach Möhren in unserer Küche“, so die Aussage der Küchenleitung.

Im Wettbewerb der Kliniken um die Patienten ließe sich durch qualifizierte Ernährung ein Wettbewerbsvorteil erreichen?

Roehl: Auf jeden Fall. Aber nicht nur mit Blick auf die Patienten, sondern auch im Blick auf die Ärzte und die Pflegekräfte. Dass ein täglich gutes Essen Führungskräfte anzieht, gilt nicht nur für Siemens und BMW, sondern möglicherweise auch für ein Krankenhaus.

Gibt es eine Faustformel, nach der sich Mehrkosten durch Bio-Ernährung bestimmen lassen?

Roehl: Ja und nein, denn die Preisunterschiede können sehr unterschiedlich sein. Bei den Basisprodukten wie Nudeln, Reis, Kartoffeln, Fette, Öle und Gewürze sind die Preisunterschiede mitunter sehr klein oder wirken sich – wie die Gewürze – kaum auf die Gesamtkosten aus. Die Preisunterschiede bei Gemüse, Salat und Obst hängen stark von der Saison ab. Die größten Preisunterschiede gibt es erfahrungsgemäß bei tierischen Produkten; Rind- und Schweinefleisch können den doppelten Preis haben und eine Putenbrust in Bio-Qualität kann auch viermal so teuer sein. Das muss auch so sein, denn Aufzucht und Haltung sind deutlich aufwendiger. Hier spielt uns aber die Entwicklung zu einer stärker pflanzenbasierten Ernährung in die Karten. Weniger Fleisch und dafür in einer besseren Qualität wird immer wichtiger.

Das sind aber lediglich die Materialkosten.

Roehl: Ja, die Lebensmittelkosten sind nur ein Teil der Verpflegungskosten. Die Personalkosten sind mindestens genauso wichtig. Anders formuliert: 10 % Bio-Lebensmittel, z.B. in Form von Kartoffeln, Nudeln, Reis, Gewür-

ze, beeinflussen den Beköstigungssatz fast gar nicht, zumal, wenn ich an der ein oder anderen Schraube wie den Speiserückläufen drehe. Nehmen Sie dann noch ein paar andere Produkte wie Eier, Milch und Naturjoghurt (Frühstück und Abendessen) sowie Äpfel und Möhren (einfach, aber wirksam) dazu, sind wir schnell bei einem Bio-Anteil von 15 – 20 %. Auch das ist im Prinzip kein Hexenwerk, muss aber gewollt sein.

Welche Trends bestimmen gegenwärtig eine vollwertige Ernährung in den Kliniken? Und auf welche Akzeptanz stößt dies bei den Klinikleitungen?

Roehl: Das größte Thema scheint eine stärker pflanzenbasierte Ernährung zu spielen. Das macht aus gesundheitspolitischer und umweltpolitischer Sicht auch am meisten Sinn. Hier haben wir übrigens zusammen mit der BKK Provita und dem Deutschen Krankenhausinstitut einen interessanten und sehr praxisorientierten Wegweiser veröffentlicht.

Ist das Angebot an vegetarischer oder veganer Kost in den Krankenhäusern ausreichend? Immerhin handelt es

sich um einen Ernährungstrend in der breiten Bevölkerung?

Roehl: Nein, bei Weitem noch nicht. Vor allem an der Ausrichtung und Qualität vegetarischer und veganer Speisen muss noch gearbeitet werden. Milch- und Fleischersatzprodukte reichen eben nicht. Hier ist eine gänzlich neue Denkweise in Bezug auf die Rezept- und Speisenplangestaltung nötig.

Wie reagieren die bettlägerigen Patienten auf ein derartiges Angebot?

Roehl: Bei den bettlägerigen Patienten ist es nicht anders als bei anderen. Wenn das Essen gut aussieht, gut riecht und gut schmeckt, und wenn ich mich anschließend im besten Sinne genährt fühle, ist es mir letztlich egal, ob ich Fleisch, Fisch oder vegetarisch gegessen habe. Der Schlüssel liegt in der Küche, und die muss gefordert und gefördert werden. Das Schöne daran: Es nutzt allen Menschen in einem Krankenhaus, den Patienten, der Verwaltung, der Ärzteschaft, dem Pflegepersonal und ggf. sogar den Besuchern. ■

| www.a-verdis.com |

Autor

Bernd Waßmann, Herrenberg



WILEY

Unser Online-Portal für Ihren Informationsvorsprung

management-krankenhaus.de: das Online-Portal für Nachrichten, Meinungen und Informationen für das Top-Management und alle Führungskräfte und Anwender in stationären Einrichtungen.

Auf **management-krankenhaus.de** finden Sie tagesaktuelle Nachrichten, informative Expertenartikel, Interviews und wichtige Brancheninformationen aus den Themengebieten: Bauen, Einrichten & Versorgen, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik, Hygiene, IT & Kommunikation, Labor & Diagnostik sowie Medizin & Technik.



Besuchen Sie das Portal von Management & Krankenhaus und abonnieren Sie unsere Newsletter, um immer gut informiert zu sein.

management-krankenhaus.de

Management & Krankenhaus

Ein Algorithmus für die Notfallversorgung der Zukunft

Neue Rahmenbedingungen für die Software in der Notaufnahme

■ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) arbeitet derzeit die Vorgaben für die Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden in der Notfallambulanz aus. Die große Reform der Notfallversorgung ist in der vergangenen Legislatur ausgeblieben. Aber mit dem Gesetz zur „Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ hat der G-BA die Aufgabe bekommen, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden in der Notfallambulanz zu machen. Das Ersteinschätzungsverfahren soll künftig immer dann greifen, wenn sich Versicherte mit Krankheitsbeschwerden Hilfe suchend an die Notaufnahme eines Krankenhauses wenden – also quasi bei jeder Selbsteinweisung, die nicht über den Rettungswagen reinkommt. Ziel ist es, den medizinischen Bedarf in den Notaufnahmen je nach Schwere der Erkrankung oder Verletzung bestmöglich zu koordinieren. Das heißt, es soll zwischen jenen eintreffenden Patienten unterschieden werden, die sofort stationär oder ambulant im Krankenhaus behandelt werden müssen, und solchen, die aufgrund nur leichter medizinischer Probleme einen Termin bei einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt erhalten. Der G-BA soll bis Juli 2022 die Vorgaben zur Durchführung der qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung machen – und zwar

- zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,
- zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,
- zu Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,
- zum entsprechenden Nachweis gegenüber der Terminalservicestelle,
- und zur Weiterleitung an Notdienstpraxen oder zu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und medizinischen Versorgungszentren.

Der G-BA soll dabei Instrumente berücksichtigen, die bereits in der Praxis genutzt werden. Schon jetzt intensiv genutzt wird SmED (Strukturiertes

medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland).

SmED hat beste Karten

Medizinisches Fachpersonal setzt diese Software in der Telefonzentrale der 116 117 ein. Dabei soll das Programm über die Ersteinschätzung nicht allein entscheiden – sondern lediglich das Personal unterstützen. SmED wurde für die Anwendung in Deutschland im Auftrag des Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von der Firma HCQS (einem Gemeinschaftsunternehmen des Göttinger aQua-Instituts und der Schweizer in4medicine AG) entwickelt. Die Software ist als Medizinprodukt zertifiziert und unterliegt somit der Medizinproduktegesetzgebung. Gezielte und strukturierte Fragen soll die Software in die Lage versetzen, eine Empfehlung hinsichtlich der Behandlungsdringlichkeit und des angemessenen Behandlungsortes zu ermitteln. SmED ist dabei zwar ein neuronales Netzwerk. Dies ermöglicht es Nutzenden, rund hundert kombinierbare Symptome samt vertiefenden Fragen anzubieten. Allerdings ist es keine künstliche Intelligenz, die aus den Fragen Schlüsse ziehen könnte. Die Software wird bereits im Innovationsfondsprojekt Demand – Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung – eingesetzt. Ziel ist es hier, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kliniken bereitgestellten Ressourcen zur Notfallversorgung effizienter zu nutzen und so die Versorgung von Patienten mit akuten Behandlungs- und Beratungsbedürfnissen zu verbessern. SmED befindet sich insgesamt in einer guten Position, die künftigen Vorgabe des G-BA zu erfüllen.

Neben der Demand Studie gibt es aber auch z.B. die Optinova Studie. Diese hatte 2020 den DIVI-Forschungspreis gewonnen und gehört ebenfalls zu den Forschungsprojekten des G-BA. Auf Basis etablierter Triage-Systeme wurden hier bereits Notfall-Algorithmus

men für die 20 häufigsten Leitsymptome (Stand 2020) entwickelt. Sie wurden webbasiert als intelligenter Assistenzdienst auf mobilen Endgeräten zur Verfügung gestellt. In enger Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Modellkliniken soll so eine bessere und bedarfsgerechte Verteilung der Patientenströme ermöglicht werden. Im Erfolgsfall soll auch dieses Verfahren bundesweit eingesetzt werden. Da die technologische Umsetzung auf einer internetbasierten Softwarelösung basiert, wäre dabei der



Einsatz orts- und zeitunabhängig. Neben der Universitätsmedizin Göttingen und Magdeburg nehmen auch Krankenkassen wie die AOK Niedersachsen oder die Techniker Krankenkasse teil. Auch dies kommt dem nahe, was der G-BA formulieren soll.

Egal, wer das Rennen macht: Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von entsprechenden Notfällen im Krankenhaus wird künftig voraussetzen, dass bei der Durchführung der Ersteinschätzung ein sofortiger Behandlungsbedarf – von Menschen, Software oder beiden zusammen – festgestellt wurde. Damit wird das Ersteinschätzungsverfahren essenziell für die Krankenhäuser. Der G-BA soll dabei die Entwicklung der Leistungen in Notaufnahmen evaluieren und darüber bis Ende 2025 dem Bundesgesundheitsministerium berichten. Eine einheitliche Regelung zur Erst- beziehungsweise Notfallversorgung steht aber auch mit dem Ende

der Legislatur immer noch aus. Dabei befürworten Gesundheitsexperten seit Längerem die organisatorische Neuordnung der Notfallversorgung.

Die Politik mischt mit

Die FDP fordert über festgelegte Telefonnummern ständig erreichbare Integrierte Notfallleitstellen (INL), die eine Lotsenfunktion übernehmen sollten. Integrierte Notfallzentren (INZ) sollten als jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung geschaffen werden. Mit den Ländern müsse über eine Reform der Kompetenzverteilung im Bereich der Rettungsdienste, Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung aufgenommen werden. Ziel sei der Abbau der ambulanten-stationären Sektorengrenze und die Schaffung eines einheitlichen ordnungsrechtlichen Rahmens für den Rettungsdienst.

Auch die Grünen wollten die Notfallversorgung mit einem Gesetzesvorhaben Mitte des Jahres reformieren. Der Sicherstellungsauftrag für eine integrierte Notfallversorgung sollte auf die Länder übertragen werden. In integrierten Leitstellen sollte mittels standardisierter Ersteinschätzung das passende Hilfsangebot gefunden werden. Zudem müssten einheitliche medizinische Behandlungsleitlinien zur Versorgung von Notfallpatienten etabliert werden. Schließlich müssten die Bürger über Strukturen und Hilfsangebote informiert werden. Nach Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes sollte dagegen die Notaufnahme im Eingangsbereich der Krankenhäuser neu organisiert werden: Für die Notfallversorgung sollten nur jene Krankenhäuser zugelassen werden, die – gemäß den Vorgaben des G-BA – über eine KV-Notdienstpraxis und einen gemeinsamen Tresen verfügen. Die für viele Krankenhäuser wichtigen Notaufnahmen werden auch in der neuen Legislatur zahlreichen Veränderungen unterliegen.

Autor:
Lutz Retzlaff, Neuss

Stationäres Versorgungssystem

Patientensicherheit steht für Krankenhäuser an erster Stelle.

■ Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Berlin über ein gut funktionierendes, qualitätsgesichertes stationäres Versorgungssystem verfügt, in dem Patienten und die Patientensicherheit im Fokus der Versorgung stehen.

Die Berliner Krankenhäuser versorgen jährlich ca. 900.000 Patienten in 22.500 Betten. Die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) macht zum Internationalen Tag der Patientensicherheit auf den Zusammenhang zwischen Patientensicherheit, ausreichendem Personal und Zeitarbeit aufmerksam.

In Berliner Krankenhäusern findet das Thema Patientensicherheit große Beachtung. Patienten erwarten zu Recht, dass sie gut und sicher versorgt werden. Hierfür sind eine gute Fehlerkultur und ein Qualitätsmanagement unerlässlich. Krankenhäuser haben auf der Grundlage einer aktiven Sicherheits- und Fehlerkultur konsequent das Risikomanagement etabliert und ausgebaut. Sie sind verpflichtet, Patientenbeschwerden auszuwerten und Risiken und Fehler in der Behandlung aufzuarbeiten. So werden Fehlerquellen stetig und gründlich beseitigt. Umfangreiche gesetzlich verankerte Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben und Richtlinien zur Qualitätssicherung sind neben einer Vielzahl freiwilliger Maßnahmen Grundlage für die Patientensicherheit. Hierzu zählen:

- Nutzung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS), einem Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen,
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, ein Besprechungsformat

zur strukturierten, retrospektiven Aufarbeitung besonderer Behandlungsverläufe,

- regelmäßige Skilltrainings (z. B. Linksherzkathetermessplatz, OP), die das Ziel haben, Fertigkeiten zu erlernen, die helfen können, besser mit Schwierigkeiten umzugehen,
 - Einsatz von Checklisten sowie systematische Schulungen zur frühen Erkennung von Risikopatienten,
 - im Bereich der Hygiene die Teilnahme an der „Aktion saubere Hände“,
 - interdisziplinären Simulationstrainings, die sich auf Teaminteraktion in Notfallsituationen (z. B. im Schockraum, Intensivstation) fokussieren,
 - Maßnahmen für das Risikomanagement und die Fehlermeldesysteme, in denen Mitarbeiter anonym und sanktionsfrei Fehler melden können.
- „Für ein kontinuierliches Lernen und Verbessern ist eine gute Teamarbeit und ausreichendes, qualifiziertes Personal entscheidend. Für die Arbeit mit den Patienten benötigen Kliniken verlässliche, gut eingearbeitete und aufeinander abgestimmte Teams. Zeitarbeit in der Pflege kann Pflegequalität, Versorgungs- und Patientensicherheit gefährden. Häufiger Personalwechsel und mangelnde Kenntnisse der Abläufe vor Ort können dazu führen, dass Qualitätsstandards nicht eingehalten werden und die Sicherheit beeinträchtigen. Die Zeitarbeit ist daher auf das absolut notwendige Maß zu beschränken“, so der BKG-Geschäftsführer.

■ ■ ■
| www.bkg-ev.de |

Zusammenarbeit auf Verbändeebene vertiefen

■ Der Medizinische Fakultätentag (MFT) und die Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF) bauen ihre Zusammenarbeit weiter aus. Beide Verbände engagieren sich für die medizinische Forschung: Der MFT vertritt die Interessen von Forschung und Lehre gegenüber Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit, die TMF fördert den Wissensaustausch und -transfer zwischen Wissenschaftlern und vertritt diese gegenüber der Politik. „Wir sehen große Synergien in einer engeren Kooperation beider Verbände und freuen uns sehr, diese im Rahmen der Mitgliedschaft weiter zu vertiefen“, betont Sebastian C. Semler, TMF-Geschäftsführer. Der Medizinische Fakultätentag arbeitet nämlich seit vielen Jahren vertrauensvoll und intensiv mit der TMF zusammen. Diese Zusammenarbeit wurde auf Verbändeebene weiter

gefestigt. Die wichtige Unterstützungsarbeit der TMF für alle medizinischen Fakultäten in Deutschland wird damit dauerhaft gestärkt.

Vor allem bei der gemeinsamen Koordination im Rahmen der Koordinierungsstelle der Medizininformatik-Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung festigte sich diese gute Zusammenarbeit in den letzten Jahren weiter. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen und Projekte der medizinischen Fakultäten und auch einige Fakultäten selbst bereits Mitglied in der TMF sind. Daher legt die Mitgliedschaft in der TMF die formale Grundlage für die weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit zu den gemeinsamen Themen der Digitalisierung, Interoperabilität sowie des Datenaustauschs und des Datenschutzes in der biomedizinischen Forschung. ■ ■ ■

| www.tmf-ev.de |

Aus den Kliniken

UNIVERSITÄTSMEDIZIN HALLE (SAALE): NEUE WEGE IN DER LOGISTIK

Künftig soll die Versorgung für einen Großteil des medizinischen und technischen Bedarfs der Unimedizin Halle (Saale) über eine separate Betriebsstätte abgedeckt werden. Der Logistikbereich der Unimedizin nimmt dafür ein neues Servicecenter in Betrieb. Es soll möglichst viele Logistik- und Tertiärleistungen bündeln und bedarfsgerechte Anlieferung an die verschiedenen Klinik- und Campusstandorte organisieren. Neben dem Zentrallager sollen auch die Patientenküche sowie die Wäscheversorgung verortet werden. Frei werdende Flächen auf dem Gelände können Medizin, Forschung und Lehre zur Verfügung gestellt und damit die medizinische Wertschöpfung gestärkt werden.

Das neue Zentrallager verdoppelte mit dem Umzug seine Fläche. Auf rund 2.200 m² sind neben Hochregalen und einer Kommissionierfläche auch ein Sterillager sowie eine Kühlzelle untergebracht. Mit 1.600 Artikeln – von persönlicher Schutzausrüstung und medizinischem Verbrauchsmaterial bis zum Büromaterial für die Verwaltung – liegt alles auf Lager. „Eine reibungslos ablaufende Logistik braucht vor allem Platz“, weiß Ronny Beck, Sachgebietsleiter der Lagerwirtschaft. „Die Bearbeitung und Zustellung der angeforderten Güter ist zeitlich an der medizinischen Versorgung der Patienten ausgerichtet. Damit wir schnell und flexibel reagieren können, müssen auch die räumlichen Gegebenheiten stimmen.“ Der Liefershuttle vom Zentrallager direkt am Autobahnzubringer in Halle-Neustadt bis zum Hauptstandort ist in knapp 15 Min. realisierbar. | www.medizin.uni-halle.de |

VAMED: REHAKLINIK DAMP ERNEUT AUSGEZEICHNET

Die Vamed Rehaklinik Damp geht ihren Weg eines konsequenten Qualitätsmanagements weiter. Die Klinik ist nun zum sechsten Mal mit dem Gütesiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“ des Verbandes der Privatkliniken in Schleswig-Holstein (VPKSH) ausgezeichnet worden.

Hierfür sind die Indikationsbereiche Orthopädie I und II, Innere Medizin/Kardiologie, Innere Medizin/Nephrologie, Neurologie, Psychosomatik und das Vamed Prevention Center an mehreren Tagen von einem erfahrenen Auditor der vom VPKSH beauftragten Zertifizierungsstelle auf Herz und Nieren geprüft worden. Stellvertretend für die gesamte Klinikbelegschaft nahmen die Ärztliche Direktorin Dr. Anja Spies und Klinikgeschäftsführer Birk Heinrich die Auszeichnung aus den Händen von Bernd Krämer, VPKSH-Geschäftsführer, entgegen. „Mit der erfolgreichen Re-Zertifizierung nach dem Gütesiegel ‚Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität‘ bringt die Rehaklinik weit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus den Nachweis für höchste Qualität“, betonte Krämer bei der Verleihung des Gütesiegels. Es ist seit 2000 eingeführt und wird vom VPKSH und der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein vergeben. Es basiert auf 20 praxisorientierten Prüfkriterien, zu denen medizinisch-therapeutische Behandlungsangebote, Personalqualifikation, Patienten- und Mitarbeiterorientierung, Führungskräftequalifikation sowie QM gehören. | www.vpksh.de |

VIVANTES KLINIKUM NEUKÖLLN: HOCHMODERNES CT-ZENTRUM

Zwei neue State-of-the-Art Computertomografie-Scanner ermöglichen am Institut für Radiologie des Vivantes Klinikum Neukölln ab sofort eine noch effizientere und schonendere Diagnostik. Der Umbau schafft zudem eine großzügigere und freundlichere Atmosphäre für Patienten wie Mitarbeitende. Das Herzstück des eigens konzipierten Gebäudeabschnitts bilden zwei neue CT-Scanner. Die Bauphase betrug zwei Jahre. Investiert wurden insgesamt rund 4,3 Mio. €. Die CT-Scanner kommen bei einer breiten Palette medizinischer Fragestellungen zum Einsatz, insbes. in der Tumormedizin. Auch während der Pandemie bringen die Geräte einen großen Vorteil für Patienten. Prof. Dr. Thomas Albrecht, Chefarzt am Institut für Radiologie des Vivantes Klinikum Neukölln: „Patienten mit einer durch COVID-19 ausgelösten Lungenentzündung sind häufig kurzatmig und können die Luft nicht gut anhalten. Die neuen CT-Scanner liefern trotz der Atembewegungen gestochen scharfe Bilder. Durch spezielle Zinnfilter in den Geräten sind Patienten zudem deutlich geringerer Strahlung ausgesetzt als bisher. Die Investition bringt die Radiologie des Vivantes Klinikum Neukölln entscheidend voran.“ | www.vantes.de |

Weniger Probleme in allen Bereichen

Nicht zu unterschätzen: Einsparpotentiale im Umgang mit Klinikwäsche

■ Gerade in Kliniken ist der Umgang mit Wäsche enorm wichtig. Es geht um hohe Qualität, aber auch um funktionierende Prozesse und niedrige Kosten. Vielen Kliniken fehlt bei der textilen Versorgung jedoch die Expertise. Die Unterstützung externer Dienstleister kann helfen. Jérôme Korn-Fourcade vom Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur und Michael Hecht von Curatis erklären, wie ein Wäschekreislauf funktioniert, wie man den richtigen Dienstleister dafür auswählt und welche Rolle das Thema Nachhaltigkeit dabei spielt.

M&K: Für Krankenhäuser ist die optimale textile Versorgung eine zentrale Voraussetzung, um medizinische Leistungen sach- und fachgerecht erbringen zu können. Weshalb haben Sie sich externe Unterstützung eingeholt, um diesen Prozess zu optimieren?

Jérôme Korn-Fourcade: Es war uns wichtig, einen unvoreingenommenen Blick auf den Prozess der Wäscheversorgung im Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur (KKM) zu werfen. Das funktioniert von innen nur sehr schwierig. Darüber hinaus ist unser Kerngeschäft im Krankenhaus die Patientenversorgung. In einigen Bereichen, z.B. der Logistik und der Textilversorgung, hilft ein detailliertes Branchenwissen. Das gibt uns die Sicherheit, dass auch an alle relevanten Themen und Prozessstrukturen gedacht wird.

Welche Defizite hatten Sie in Ihrer textilen Versorgung denn festgestellt?

Korn-Fourcade: Wir hatten zum Zeitpunkt des Projektstarts für unsere drei Betriebsstätten sowie für unsere angeschlossenen Tochtergesellschaften unterschiedliche Verträge mit unterschiedlichen Vertragslaufzeiten. Ein großes Ziel war es daher, diese Verträge zu vereinheitlichen und die Laufzeiten zu harmonisieren. Gleichzeitig hatten wir vor Initiierung des Projekts zahlreiche kritische Rückmeldungen aus unseren Häusern zum damals aktuellen Stand der Wäscheversorgung.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Korn-Fourcade: Sicher. So gab es regelmäßig Wäschestücke, die entweder gar nicht oder teilweise beschädigt aus der Wäscherei zu uns zurückkamen. Zudem hatten wir das Problem, dass die Anlieferungs- und Abholzeiten des externen Dienstleisters je nach



Zur Person

Der staatl. geprüfte Hotelbetriebswirt und MAS im Hotel- und Tourismusmanagement **Michael Hecht** ist seit Juli 2019 als Projektleiter bei Curatis tätig. Seine Schwerpunkte liegen auf der Kosten- und Prozessoptimierung in den Fachbereichen Speisenversorgung, Hauswirtschaft, Betriebsgasstronomie und Textile Versorgung. Zuvor war Hecht Geschäftsleiter von infrastrukturellen Dienstleistungsbereichen in Servicegesellschaften Krankenhaus tätig. Hecht verfügt über umfangreiche Erfahrungen im Projektmanagement für Change Projekte und der Gebäudereinigung. Seine Ursprünge hat Hecht im Hotelmanagement, wo er in weitreichender Budget- und Personalverantwortung angestellt war.

Betriebsstätte unterschiedlich waren. Gleiches galt für den Prozess und den Ort der Wäscheannahme. An diesem Punkt kam dann Curatis ins Spiel.

Herr Hecht, welche Situation haben Sie im KKM vorgefunden?

Michael Hecht: Neben den beiden bereits angesprochenen Themen – unterschiedliche Vertragslaufzeiten und teils Schwierigkeiten mit der Wäschequalität, die für Unmut bei den Nutzern gesorgt haben –, war in dem Klinikum etwa kein Reklamations-Management vorhanden. Das ist aber wichtig, denn darin muss z.B. definiert sein, was reklamationswürdig ist oder wie lange eine Reklamation dauern darf, bis der Kunde eine Rückmeldung oder eine Erstattung erhält. Zudem haben wir Defizite in den Prozessen entdeckt, zum Beispiel bei den fehlenden Wäschebeständen oder in der Kommunikation mit dem Dienstleister durch die



Zur Person

Der Diplom-Kaufmann **Jérôme Korn-Fourcade** war zwischen 2008 und Ende 2013 in unterschiedlichen Leitungsfunktionen für das Katholische Klinikum Mainz tätig. Seit seinem Wechsel an das KKM mit seinen Standorten Marienhof und Brüderkrankehaus in Koblenz und dem Brüderkrankehaus in Montabaur hat er maßgeblich mitgewirkt an der kontinuierlichen und konsequenten Weiterentwicklung des Klinikums. Korn-Fourcade wurde von der Geschäftsführung des Katholischen Klinikums mit Wirkung zum 1. Juli 2018 zum Kaufmännischen Direktor bestellt. Bereits seit Januar 2014 war er als Stellvertretender Kaufmännischer Direktor und seit Februar 2018 als Kommissarischer Kaufmännischer Direktor am KKM tätig. Er übernahm im Oktober 2020 als Regionalleiter die Verantwortung für die Vernetzung und Steuerung aller BBT-Einrichtungen im Gebiet Westerwald, Rhein, Mosel und Eifel mit über 3.300 Mitarbeitern.

für die Wäsche verantwortlichen Mitarbeitern im KKM. Insgesamt haben wir auf diesem Feld hohe Kosten für externe Dienstleister und für eigenes Personal im Haus vorgefunden und wahrgenommen.

Wie sollten Prozesse in der textilen Versorgung modern aufgebaut sein, um damit im Krankenhaus erfolgreich zu wirtschaften?

Hecht: Es braucht einen funktionierenden Wäschekreislauf, der alle Prozessschritte von der Disposition über die Logistik, die Bearbeitung, den Energieverbrauch bis hin zum Controlling berücksichtigt. Es geht am Ende darum,

dass Patienten und Mitarbeiter bedarfsorientiert versorgt werden können und dabei die Wäscheversorgung in bester Qualität in Verbindung mit der Wirtschaftlichkeit abgewickelt wird.

Wie gehen Sie Optimierungsprozesse bei Kunden an?

Hecht: Durch unsere Curatis-Methodik „5-Schritte zum Erfolg“ wird der Optimierungsprozess im Projektmanagement umgesetzt. Im ersten Schritt werden der Projektzeitplan sowie die Aufgaben, Verantwortlichkeiten und die Strukturierung der erforderlichen Projektdaten abgestimmt. Anschließend werden durch Curatis-Experten im Rahmen einer Ist-Aufnahme die Daten und Prozesse aufgenommen, Bestands- und Leistungsverzeichnisse, Qualitäten und Quantitäten geprüft und Kosten erfasst. Im weiteren Verlauf wird für die Kunden ein zukunftsorientiertes Konzept mit einer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung, der Prozessoptimierung sowie einer Potentialermittlung und ein Fazit und daraus resultierende Empfehlung erarbeitet. Nach der Präsentation des Konzeptes und der Abstimmung des Zeitplans erfolgt ein gemeinsamer Workshop mit Start in die Projektumsetzung. In der Aufstellung eines 5-Jahres-Plans wird das Optimierungsprojekt durch Curatis vollumfänglich begleitet. Getreu dem Motto: „Beraten kann jeder. Wir setzen um“ übernimmt das Unternehmen die Steuerung der Konzeptumsetzung und verfolgt dabei mit einer fortlaufenden Organisationsentwicklung sowie einem Bewirtschaftungsbudget mit Unterstützung der Curatis eigens entwickelten Tools, Curatis-Controlling-Programm (CCP) und Curatis-Qualitätsmanagement (CQM), die Optimierungsprozesse.

Welcher Schritt der Optimierung war für das KKM der entscheidende?

Korn-Fourcade: Der wichtigste Schritt war aus kaufmännischer Sicht die Harmonisierung der Vertragslaufzeit für alle Betriebsstätten. Prozessual betrachtet ist der größte Schritt zur Verbesserung der Situation die Abschaffung der vorherigen Schnittstellen zwischen dem externen Dienstleister und der Klinik. Die Ver- und Entsorgung der Wäsche erfolgt nun schnittstellenfrei aus einer Hand. Das klärt Prozessverantwortlichkeiten und vereinfacht das Handling.

Welche Kriterien waren entscheidend bei der Auswahl der neuen Anbieter für das textile Versorgungsmanagement im KKM?

Hecht: Ganz wichtig ist natürlich die Wirtschaftlichkeit, denn in der textilen Versorgung entstehen hohe Kosten, die man lieber für die medizinische Versorgung einsetzen möchte. Aber natürlich spielt auch die Qualität auf diesem sensiblen Feld eine wichtige Rolle. Drittens kommen weiche Faktoren ins Spiel, also etwa die konzeptionelle Umsetzung der Prozesse, aber auch die Bewertung von Gesprächen mit dem Dienstleister in der Marktabfrage und in späteren Verhandlungsrunden.

Welche Rolle spielt das Thema Nachhaltigkeit bei der textilen Versorgung im Krankenhaus. Und wie lässt sich das in den Prozessen abbilden?

Korn-Fourcade: Gerade in einem konfessionellen Krankenhaus wie dem KKM ist die Bewahrung der Schöpfung und der damit einhergehende schonende Umgang mit Ressourcen ein wichtiger Baustein des Selbstverständnisses. Zum Beispiel achten wir bei aktuellen und für die Zukunft anstehenden Baumaßnahmen auf ökologische Aspekte und nachhaltige Energiegewinnung. Deshalb ist uns dieser Aspekt auch in der Wäscheversorgung wichtig.

Hecht: Um möglichst nachhaltig zu wirtschaften, müssen Wäschemengen bedarfsorientiert eingesetzt werden. Dabei gilt es auch, darauf zu achten, dass individuelle Lösungen bei der Nutzung von Wäscheteilen vermieden werden. Zudem muss abgefragt werden, wie nachhaltig der Dienstleister arbeitet. Das geht z. B. mithilfe entsprechender Zertifizierungen.

Wie bewerten Sie die Implementierung des Prozesses rückblickend? Und würden Sie etwas verändern aus heutiger Sicht?

Korn-Fourcade: Aktuell läuft die Implementierungsphase noch. An einem unserer Standorte haben wir diese bereits erfolgreich umgesetzt. Die Rückmeldungen der Kollegen sind durchweg positiv. Da das Ergebnis also stimmt, muss man auch in der Nachbetrachtung wenig ändern und anpassen.

Welche Kriterien waren für Sie dabei erfolgsentscheidend?

Hecht: An oberster Stelle steht die enge und projektorientierte Zusammenarbeit zwischen Curatis und dem KKM. Für die professionelle Umsetzung eines solchen Projekts braucht es ein strukturiertes Projektmanagement, das wir mit

Curatis mithilfe von Meilensteinen garantieren, in denen die gemeinsam definierten Maßnahmen festgelegt sind. Mithilfe der Methodik „5-Schritte zum Erfolg“ und unseren Benchmark-Analyse-Tools konnten wir insbes. in den Einzelpreisen für den Kunden das beste wirtschaftliche Ergebnis und die beste Qualität am Markt erzielen. Die Standardisierung von Prozessen und Produkten ermöglicht heute eine zukunftsorientierte und nachhaltige Ausrichtung.

Korn-Fourcade: Aus Sicht der Klinik war es wichtig, dass sich unsere Verant-

wortlichen auf den Prozess mit einer externen Begleitung vorbehaltlos eingelassen haben. Das ist nicht selbstverständlich und von daher mit Sicherheit ein wesentlicher Faktor. Darüber hinaus hat uns das explizite Branchenwissen von Curatis genutzt, um die Unterschiede in den Angeboten der Dienstleister so zu bewerten, dass wir letztendlich zu einer sehr guten und für uns passgenauen Lösung gefunden haben.

Sind Ihre Mitarbeiter mit der textilen Versorgung heute zufriedener, und woran merken Sie das?

Korn-Fourcade: Da wir aktuell den ersten Klinikstandort komplett im neuen System umgesetzt haben, kann man die Mitarbeiter-Rückmeldungen gut mit dem Status vor der Umsetzung vergleichen. Es hat sich gezeigt, dass wir in allen Bereichen, in denen der Prozess bereits angepasst wurde und in denen der neue Dienstleister tätig ist, in der Textilversorgung signifikant weniger Probleme angezeigt bekommen als dort, wo uns dieser Wandel bevorsteht. Das zeigt den Erfolg der Zusammenarbeit. ■■

Autor:
Ulrike Hoffrichter

Jubiläumsausgabe

40 Jahre

Management & Krankenhaus

MK kompakt: 25.000 Exemplare als Sonderheft / Vollbeilage



Termine
Erscheinungstag: 09.02.2022
Anzeigenschluss: 14.01.2022
Redaktionsschluss: 10.12.2021

Ihre Mediaberatung
Manfred Böhler +49 6201 606 705
Mehtap Yildiz +49 6201 606 225
Miryam Reubold +49 6201/606 127
Dr. Michael Leising +49 3603 8942800

mboehler@wiley.com
myildiz@wiley.com
mirreubold@wiley.com
leising@leising-marketing.de

WILEY

Management & Krankenhaus

Bienvenue in Frankreich!

French Healthcare, die Marke, die für französische Expertise und Innovation wirbt, um die Gesundheitsversorgung für alle zu verbessern

■ Frankreich ist auf der Medica/Compamed 2021 mit 124 Unternehmen vertreten, die das medizinische Know-how des Landes auch in diesem Jahr wieder in den Fokus stellen werden. Am „French Healthcare“ Gemeinschaftsstand, der von Business France in fünf Hallen (3, 4, 7a, 14 und 15) organisiert wurde, stellen diese Unternehmen ihre neuesten Innovationen zur Bewältigung bedeutender Herausforderungen im Gesundheitswesen vor.

Bahnbrechender Akteur der Weltklasse in der Medizinbranche

Das Ausmaß und die schnelle Ausbreitung der Covid-19-Pandemie haben die ungewohnte Wichtigkeit wissenschaftlicher und medizinischer Innovation in den Brennpunkt gerückt. Zudem hat die Pandemie daran erinnert, wie wichtig Themen im Bereich der weltweiten öffentlichen Gesundheit für Prävention, Diagnose und therapeutische Innovation sind. Frankreich ist eine der Schlüsselfiguren in dieser Dynamik und hat zahlreiche wichtige Stärken, die das Grundgefüge eines effizienten und innovativen Gesundheitssystems bilden. Frankreich ist heute dafür bekannt, eines der erfolgreichsten und gerechtesten Gesundheitssysteme in der Organisation für wirtschaftliche



Start-up-Ökosysteme und der landesweit etablierten kleinen und mittleren Unternehmen (KMU).



Frankreich genießt einen hervorragenden Ruf sowohl für seine Innovationsfähigkeit als auch für Partnerschaften.“

Jean-François Gendron, Vorsitzender des French Healthcare Vereins

Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) aufgebaut zu haben. Der Grund dafür ist, dass hier über lange Zeit ein Ausbildungssystem aufgebaut wurde, das auf Exzellenz für medizinische Fachkräfte ausgerichtet ist, die weltweit für ihr Know-how gelobt werden. Auch Frankreichs Grundlagenforschung wird große Bedeutung zugemessen, und die Pharmaindustrie des Landes stellt einen weiteren, wichtigen Stützfeiler der medizinischen Exzellenz dar. Dies ist einerseits auf die Rolle zurückzuführen, die die erstklassigen internationalen Akteure dieser Branche spielen, und andererseits auf die Innovationsdynamik der

Mit über 1.500 Unternehmen, hauptsächlich KMU (93%), und 30 Mrd. € Jahresumsätzen, einschließlich 9 Mrd. € aus Exporten – eine 10%ige Steigerung zwischen 2017 und 2019 – ist Frankreich der zweitgrößte Markt Europas. Diese Unternehmen aller Größenordnungen beschäftigen knapp 90.000 Personen, die in Bereichen wie e-health, Chirurgieroboter, Telemedizin, optische Technologien, Wundheilung, medizinische Bildgebung usw. tätig sind.

Der Schlüssel zum Erfolg der französischen Medtech-Branche ist Innovation und Forschung und Entwicklung (R&D). Mit 3.750 Patenten pro Jahr

French Healthcare

ist eine öffentlich-private Initiative, die alle Akteure des französischen Gesundheitswesens (Unternehmen, Forscher, medizinische Fachkräfte, öffentliche Akteure, usw.) zusammenbringt, um ihre Aktivitäten, ihr Know-how und ihre Technologien international bekannt zu machen. Sie trägt dazu bei, die französische Vision in Sachen weltweiter Gesundheit zu fördern. Sie stützt sich dabei auf einen humanistischen Behandlungsansatz sowie einen fairen und gerechten Zugang zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen. Business France ist die französische Agentur für die internationale Entwicklung der französischen Wirtschaft. In Partnerschaft mit „French Healthcare“ und dem Ministerium für Europa und auswärtige Angelegenheiten besteht die Aufgabe von Business France in der Förderung der Marke, die darauf abzielt, einen kollektiven Ansatz zu koordinieren, um so die internationale Zusammenarbeit und die Verbreitung der Pluspunkte Frankreichs anzuregen.

Business France

ist die französische Agentur für die Förderung der Internationalisierung der französischen Wirtschaft. Sie ist mit der internationalen Entwicklung der Unternehmen und ihrer Exporte sowie mit der Förderung und dem Eingang von internationalen Investitionen in Frankreich beauftragt. Mit einem weltweiten Netzwerk unterstützt Business France französische Unternehmen bei der Erschließung ausländischer Märkte. Business France besitzt einen Standort in Düsseldorf und beschäftigt rund 50 Mitarbeiter. Die Abteilung Gesundheitswesen – Biotechnologie begleitet und berät jährlich mehrere französische Unternehmen und organisiert zahlreiche Veranstaltungen und vereint die deutsch-französischen Geschäftsbeziehungen.

steht Frankreich weltweit an fünfter Stelle beim Anmelden internationaler Patente im Medizinproduktesektor. (Quelle: SNITEM, 2019). Die französische Exzellenz erstreckt sich auf diverse Bereiche: Das Start-up Damae Medical, ein Spezialist im Dermatologiesektor, stellt ein Gerät vor, das optische Hautbiopsien zur Erkennung von Krebszellen ermöglicht. Cousin Surgery stellt Implantate für die Viszeral- und Wirbelsäulenchirurgie und dynamische Stabilisierungssysteme her. Biosency ist im Bereich der Telemedizin tätig und bietet ein vernetztes Gerät, das den Pflegeverlauf von Patienten mit respiratorischer Insuffizienz verbessern soll.

In Deutschland ist Frankreich der achtgrößte Lieferant von pharmazeutischen Erzeugnissen und Medizinprodukten und hat dort mit zahlreichen bereits im Gesundheitssektor etablierten Tochtergesellschaften wie Sanofi, Uro, Servier und Air Liquide wirtschaftliche und kommerzielle Tätigkeiten entwickelt.

Medtech-Expertise auf der Medica/Compamed 2021

„French Healthcare“ Unternehmen, die jedes Jahr einen Höhepunkt für Innovation auf der Medica/Compamed darstellen, haben im Laufe der Jahre enge Beziehungen zu Deutschland gebildet. Frankreich genießt einen hervorragenden Ruf sowohl für seine Innovationsfähigkeit als auch für die Partnerschaften und Handelsbeziehungen, die das Land mit deutschen Firmen unterhält.

Die am stärksten repräsentierten Sektoren am „French Healthcare“ Gemeinschaftsstand sind Konsumgüter, Diagnostiktests, digitale Gesundheit, Krankenhaus- und Medizinprodukte, Orthopädie und Physiotherapie/Rehabilitation.

Das französische Angebot auf der Messe ist höchst vielfältig. Das Unternehmen Oncomedics z. B. (Halle 3) bietet In-vitro-Tests zur Analyse der Tumordichte im Darm für Analyzelabore und Krankenhäuser. In Halle 4 vermarktet die Firma Mad up Medizinprodukte zur Rehabilitation bei Physiotherapeuten. Spartha Medical in Halle 7a bietet hygienische Beschichtungslösungen für Medizin- oder sonstige Produkte sowie ein Antigen-Spray für Krankenhäuser und Hersteller von medizinischen Geräten. In Halle 14 (Compamed) befindet sich Healtis, ein Labor zur Beratung und Betreuung bei der Zertifizierung und sicheren Gestaltung von Medizinprodukten und beim R&D-Design für Hersteller. Hypno VR (Halle 15) bietet eine medizinische Hypnoselösung durch virtuelle Realität.



© Foto: Hemerion Therapeutics

Die französischen Healthtech-Innovationen werden in den Medica-Foren und -Konferenzen besonders ins Rampenlicht gestellt. Folgende Medtech-Beiträge sind besonders interessant:

- Medica Connected Healthcare Forum: Withings, Wandercraft, BeFC, Arkhn, Wefight, Implicity und Fizimed
- Medica Medicine + Sports Conference: PKVitality und Blueback
- Medica Online-Plattform: Drei „French Healthcare“ Webessions zum Thema künstliche Intelligenz in den Bereichen medizinische Bildung, Sport und Ferndiagnose, Fernverfolgung und Fernüberwachung.

Vereinte Kräfte auf internationaler Ebene

„French Healthcare“ ist eine öffentlich-private Initiative, die französische Unternehmen, Forscher und Fachleute aus dem Gesundheitswesen zusammenbringt, um ihre Tätigkeiten, Expertisen, Technologien und Innovationen mit vereinten Kräften auf internationaler Ebene zu fördern. Zu den zahlreichen Kompetenzbereichen Frankreichs zählen u.a. die Sektoren Patientenpflege, Onkologie, chirurgische Geräte, Orthopädie, Radiologie, Behandlung von medizinischen Abfällen, Sterilisierung und Desinfizierung.

Eine brandneue Website mit Netzwerkmöglichkeiten

Um für die zahlreichen Vorteile des französischen Gesundheitssektors zu

werben, hat „French Healthcare“ eine neue Website eingerichtet, die aktuelle Neuigkeiten, Events und Innovationen aus den Bereichen Pharma, Biotech, Medtech und digitale Gesundheit enthält. Innovative Lösungen, Mappings französischer Lösungen, medizinische Behandlungen oder Ausbildungen in Frankreich sind dort zu finden, um ein Geschäft oder eine medizinische oder wissenschaftliche Partnerschaft mit einem französischen Unternehmen aufzubauen oder bei der Ansicht zu unterstützen, in Frankreich zu investieren (www.frenchhealthcare.fr).

Onkologie neu erfinden mit „French Healthcare“

Durch seine effektiven und innovativen Lösungen zur Krebsbekämpfung nimmt Frankreich eine weltweite Vorreiterrolle ein. Das Land hat eine der besten Krebsheilungsraten und ist mit über 130 Forschungsprojekten und zwölf Nobelpreisen für Medizin als führende Kraft in der Krebsforschung aufgestellt.

Frankreich ist weltweit anerkannt für seine herausragenden Leistungen im Bereich der Onkologie, für die Spitzenqualität seiner auf bahnbrechenden Technologien beruhenden Infrastrukturen, für sein langjähriges Know-how in Gesundheitspflege, Patientenmanagement (Prävention, Diagnose und Behandlung) und Forschung, sowie für seinen globalen Ansatz in der Onkologie, der industrielle, technische und wissenschaftliche Expertise umfasst. Onkologie ist der führende thera-

peutische Bereich der französischen HealthTech-Branche.

Um die volle Bandbreite dieses Know-hows zu verdeutlichen, haben die „French Healthcare Association“ und Business France einen Krebsatlas, die Cancer Map, veröffentlicht, die alle französischen Lösungen im Bereich onkologischer Behandlung hervorhebt: fachkundige Beratungs- und Ausbildungsdienste, organisatorische und industrielle Lösungen, Partnerschaften für Forschung, medizinische Ausbildung für ausländische Fachkräfte in Frankreich und Behandlung internationaler Patienten in Frankreich. ■■

Business France in Deutschland, Düsseldorf
Tel.: +49 211/300410
www.businessfrance.fr/en/home

News

Um über aktuelle Neuigkeiten, Events und Chancen auf dem Laufenden zu bleiben, besuchen Sie bitte frenchhealthcare.fr und folgen Sie „French Healthcare“ auf Social Media.

#FrenchHealthcare

Website: www.frenchhealthcare.fr
Twitter: @FrHealthCare_EN
https://twitter.com/FrHealthCare_EN
LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/french-healthcare-en/>
Youtube: <https://www.youtube.com/channel/UCDrw3oNFv140f0eP3SmFujg>

Zukunftsrolle der Unikliniken

Von der Krankheitsmanufaktur zum One-Health-Provider (OHP)

■ Im Gegensatz zu anderen Versorgungsformen fällt der Universitätsmedizin eine Sonderrolle in mehrfacher Hinsicht zu. Erstens, stellen sich diese ungeachtet wirtschaftlicher Interessen explizit in den Dienst der Grundlagen- und Anwendungsforschung. Zweitens, praktizieren Universitätskliniken über ihre Lehr- und Ausbildungsfunktion eine differenzierte Form der Humankapitalveredelung bis hin zur Habilitation und Akkumulierung professoraler Spitzenkompetenzen, die das Ergebnis eines kompetitiven Lehr- und Forschungsbetriebs sind. Drittens, verkörpern Universitätskliniken als höchste Versorgungsformen die Endstufe des medizinisch-technischen Fortschritts, weshalb sie bei seltenen und/ oder besonders schweren Erkrankungen oft als finaler Rettungsanker betrachtet werden. Viertens, sind die Forschungs- und Lehraktivitäten mit der operativen Patientenversorgung zu harmonisieren, wodurch bisweilen Ineffizienzen provoziert werden. Fünftens, verkörpern Universitätskliniken nicht selten High-Tech-Refugien unter der Ägide einer Manufakturlogik. Unverbundene Leistungsinselformen sind die Folge, die nach intramuraler und interdisziplinärer Koordination verlangen. Sechstens, handelt es sich bei Universitätskliniken um Multi-Anspruchsgruppen-Organisationen, die oft von politischen Interessen außerhalb einer stringenten Medizin-Management-Logik infiltriert werden. Siebtens, verfügen viele Universitätskliniken über anachronistische Governance-Strukturen, die nicht nur



Dr. Henri Michael von Blanquet

nach einer Neuvermessung der Weisungs- und Kontrollrechte verlangen, sondern auch die Eigentümerfrage aufkommen lassen. Achters, droht Konkurrenz aus dem Lager der privaten Anbieter, die sich mit dem Status der Universitätsmedizin schmücken möchten.

Universitätskliniken als elitäre Krankheitsmanufakturen

Aus einer wertschöpfungsökonomischen Perspektive lassen sich Universitätskliniken als evidenzbasierte Expertenorganisationen mit einer ausgeprägten Manufakturlogik interpretieren. Ihr Selbstverständnis entspricht dabei dem einer hierarchischen Meritokratie, die im Wissenschaftsbetrieb nach dem der Bestenauslese verfährt. Folgende Prinzipien kennzeichnen

dabei Universitätskliniken: Akademische Expertenorganisation: Universitätskliniken beschäftigen Experten und definieren ihr Selbstverständnis über einen selektiven Prozess der Humankapitalspezialisierung bis hin zum Ordinariat. Viele Universitätsmediziner alter Prägung sehen als Teil einer akademischen Elite, die begehrte und lebensnotwendige Vertrauensgüter auf höchster Niveaustufe Noteidenden Patienten anbietet. Universitäre Versorgungsexperten verfügen zumeist über einen substanziellen Kompetenz- und Wissensvorsprung gegenüber anderen Anspruchsgruppen, den potenziell eigenvorteilorientiert als Machtmonopol missbrauchen können.

Wissenschaftszentrierte Bestenauslese: Publish or Perish lautet die Devise in der wissenschaftszentrierten Medizin, weshalb oftmals Interessenkonflikte zwischen dem operativen Versorgungsbetrieb und dem universitären Lehr- und Forschungsbetrieb bestehen können. An dieser stellt sich die provokative Frage, ob kongeniale Medizinforscher immer auch die besten Ärzte sind, weil der eine patientenzentrierte und empathische Versorgung oftmals nach anderen Fähigkeiten verlangt als eine eher aseptische Grundlagenforschung im Laborbetrieb samt Publikationen in A-Journals.

Evidenzbasierte Versorgung: Die Universitätsmedizin verschreibt sich einer evidenzbasierten Versorgung, die auch die Pflege miteinschließt. Demzufolge müssen Versorgungsleistungen nicht nur wirtschaftlich, aus-

reichend, notwendig und zweckmäßig sein, sondern vor allem auch höchsten wissenschaftlichen Standards entsprechen. „What is not evidenced, is not done!“ ist die Losung vieler Schulmediziner. Diese stehen deshalb der der Komplementärmedizin und alternativen Therapieformen außerhalb des konventionellen Therapieparadigmas sehr kritisch gegenüber, weil paramedizinische Versorgungsleistungen als entweder nicht wirksam oder potenziell gefährlich eingestuft werden.

Eminenzbasierte Versorgung: Steile Hierarchien und differenzierte Spezialisierungen prägen das Gesicht der Universitätsmedizin. Die Kommunikations- und Befehlswege folgen im Extremfall einer militärischen Command-and-Order-Doktrin, die den unteren Ebenen Gehorsamkeit und Folgsamkeit abverlangt. Kulminationspunkt einer universitären Karriere ist die Chefarztposition in Verbindung mit einem renommierten Ordinariat. Medizineminenzen tendieren nicht selten zu einer charismatischen Führung, die auf Anerkennung, Prestige und Selbstbestätigung bedacht. Diese immateriellen Gratifikationsleistungen krönen immer auch das Lebenswerk einer Person, die sich ihre Meriten über einen dornigen Karrierepfad verdient haben.

Wissenschafts- und Versorgungsbetrieb: Universitätskliniken sind gefordert, den Wissenschafts- und Versorgungsbetrieb miteinander zu synchronisieren. Aufstrebende Mediziner beklagen sich dabei nicht selten über die hohe Belastung im Patientenbetrieb, die kaum Spielraum für die individuelle Forschung lässt. Fallen zusätzlich hohe Lehrbelastungen an, dann ist es nur schwer möglich die für eine universitäre Karriere erforderlich „akademische Kriegsbemalung“ zu erwerben. Während der Versorgungsbetrieb effizient, effektiv und friktionsarm entsprechend des WANZ-Prinzips erfolgen muss, stehen Forschung, Lehre und Wissenschaft für ein Paradigma des Experimentierens und der akademischen Freiheit bis hin zu exotischen Erkenntniszielen.

One-Health-Provider als Gegenpol zur Krankheitsmanufaktur

One-Health-Provider überbrücken intra- und extramurale Silogrenzen im Sinne des industriellen Flussprinzips. Entscheidend sind hiernach nicht nur Strukturen, Systeme und Spezialisie-



rungen, sondern vor allem schnittstellenübergreifende Leistungsprozesse in Medizin, Management und Pflege. One-Health-Provider verkörpern die Idee horizontal und vertikal vernetzter Health-Maintenance-Organisationen, die den Prozess- und Problemlösungsgedanken stärker als Professioneninteressen gewichten. Universitätskliniken werden nur dann ihre Leistungsreserven einer High-Tech-Medizin mobilisieren können, wenn operative Leistungsinselfen durch Digitalisierung und patientenzentrierte Workflow-Orientierung harmonisiert werden. Prospektiv verkörpert ein One-Health-Provider der Universitätsmedizin ein synchronisiertes Leistungserbringer- und Leistungsvergüter-System für den ambulanten und stationären Bereich. Inkorporiert werden zudem Hybridversorgungsmodelle unter Einbeziehung aller telemedizinischen Optionen. Universitätskliniken bilden in diesem Netzwerkverbund die fokalen Drehscheiben mit Leitplanken- und Leitstandfunktion. Entsprechend der Vision der Gesundheitszweifel erfüllt ein OHP nicht länger die Rolle einer Krankheitsmanufaktur, sondern ist Protagonist einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Diese bezieht sich dabei auf den ersten, zweiten und dritten Gesundheitsmarkt. Universitäre One-Health-Provider übernehmen folgende Kardinalfunktionen:

Patientenzentrierte Gesundheitssteuerung: Hier steht gilt es, die evidenzbasierte Versorgung in den Dienst des Patienten samt seiner subjektiven Wünsche und Bedürfnisse zu stellen, um eine optimale Compliance zu erzeugen und keine Verkündungs- und Anordnungsmedizin zu praktizieren.

Digitale Problemlösungen: Universitätskliniken im OHP-Modus sind Vorreiter auf dem Gebiet der digitalen Wertschöpfung. Die reale Wertschöpfung wird stets von einem digitalen Zwilling begleitet der den Diagnose- und Therapieprozess KI-fähig macht und den Weg für Medical Analytics bahnt, indem Einzelfälle mit Korrespondenzfällen „gematcht“ werden.

Professionelles Case-Management: Dieses ist Ausdruck einer integrierten Workflow-Versorgung, die den Prozessgedanken über den Professionenanspruch stellt. Cases sehen sich immer häufiger als Clients oder Customers. Gesundheitskunden erwarten im Gegensatz zu klassischen Patienten eine stärkeren Ko-Integration in den gesamten Versorgungsprozess.

Fokale Netzwerk- und Drehscheibensteuerung: Universitätskliniken sind Netzversorger sollten sich als virtueller Maximalversorger verstehen. Ihre Versorgungsspeichen stellen die Verbindung zu anderen Institutionen im Gesundheitswesen dar, mit denen

sie zusammen einen Ökosystem begründen, in dessen Rahmen sie als Game Changer agieren sollten.

Innovationskatalysator: Ein One-Health-Provider ist immer auch Schrittmacherinstitution für Innovationen, medizinischen Fortschritt und Transformationsprozesse, die aus einer Manufakturlogik nur schwer vorstellbar sind. Jenseits des reinen Forschungstransfers sollte über Start-up-Optionen sinniert werden, um die

ökonomischen Potentiale der Spitzenmedizin zu erschließen.

Ein One-Health-Provider könnte künftig durch den Fresenius-Konzern verkörpert werden, sofern dieser über seine Helios-Tochter den Prestigesektor der Universitätsmedizin in Angriff nimmt. In dieser Portfolio-Konstellation könnten im Business-2-Business- und Business-2-Patient-Format integrierte Problemlösungsbündel aus einer Hand zielgruppenadäquat an-

geboten werden. Ein derartiger One-Health-Provider würde ganz in Sinne des One-Thing-Approach zudem von einer dateninduzierten Systemintegration profitieren, indem parallel zur Realwertschöpfung digitale Zwillinge erzeugt werden, die Grundlage für den attraktiven Markt für Digital Health sind. ■■

Autor:

Dr. Henri Michael von Blanquet,
Precision Medicine Alliance, Nieblum auf Föhr



Bestens informiert

Der Newsletter von Management & Krankenhaus

Unsere Themen:

- Gesundheitsökonomie
- Medizintechnik
- IT & Kommunikation
- Hygiene
- Bauen, Einrichten & Versorgen
- Labor & Diagnostik



Management &
Krankenhaus
NEWSLETTER



Bestellen Sie jetzt den Newsletter

www.management-krankenhaus.de/user/register

Labormedizin als Konditionalfach für die Patientenversorgung erhalten

Gesundheitspolitische Positionen für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

■ Das deutsche Gesundheitswesen und die hier gewährleistete Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung sind international angesehen und führend. Auch in Zeiten der COVID-19-Pandemie gehen von Deutschland wichtige Impulse aus: Die Methode zum labordiagnostischen Nachweis von SARS-CoV-2 mittels PCR und auch der erste Impfstoff gegen SARS-CoV-2 wurden in Deutschland entwickelt.

Erfolgsfaktoren für die hohe Anerkennung der Medizin „Made in Germany“ sind die gesetzlich verankerte (fach-)ärztliche Verantwortung für die Inhalte und Abläufe in der Diagnostik und Behandlung, ein flächendeckender, ausreichender Zugang zu stationärer und insbesondere ambulanter Versorgung sowie eine breite Trägerstruktur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Dies gilt für alle medizinischen Disziplinen – und ganz besonders für den Bereich der Laboratoriumsmedizin, die als „Konditionalfach“ in der medizinischen Versorgung bei Prävention wie auch Diagnostik und gerade bei „maßgeschneiderten Therapien“ in der individualisierten Medizin eine wichtige Rolle spielt.

In der COVID-19-Pandemie wurden die Stärken der in Deutschland etablierten fachärztlichen Laborstrukturen für eine rasche, bedarfsgerechte, effiziente und insbesondere auch qualitätsgesicherte Labordiagnostik deutlich. Mit der Innovationskraft und Leistungsfähigkeit der diagnostischen

Labore in der ambulanten und stationären Versorgung ist es gelungen, innerhalb weniger Monate den Bedarf an für die Pandemieeinschätzung und -bewältigung erforderlicher Diagnostik zu entwickeln, aufzubauen und der Dynamik des Infektionsgeschehens entsprechend anzupassen.

Dazu gehörten auch die Weiterentwicklung der diagnostischen Möglichkeiten bis zur Erkennung der besorgniserregenden Varianten (VoC) und die Beteiligung an der Erarbeitung von Lösungsstrategien in Expertengremien auf Bundes- und Landesebene. Das gilt es zu erhalten und mit Blick auf künftige Herausforderungen noch weiter zu verbessern.

Eckpunkte für eine gute Versorgung mit Labormedizin

■ Wertschätzung der speziellen Facharztgebiete der diagnostischen Medizin im Labor (Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie/Humangenetik/Transfusionsmedizin) und ihrer grundlegenden Bedeutung für die flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung in Deutschland.

Die Labormedizin ermöglicht die Teilhabe der Bürger an einer angemessenen, umfassenden und individuellen medizinischen Versorgung einschließlich der Prävention. Die Versorgung von Patienten mit labormedizinischen ärztlichen Leistungen ist demnach wichtige Voraussetzung



Dr. Michael Müller

einer verantwortungsvollen Gesundheitsversorgung.

Die Zusammenarbeit der Fachärzte im Labor mit den ärztlichen Kollegen in Praxis und Klinik ist wichtiger Impulsgeber und sorgt so ganz besonders für eine stets aktuelle und der Entwicklung der Medizin angepasste Indikationsstellung und Auswahl der richtigen diagnostischen Strategie und Therapie.

Die Pandemie hat außerdem gezeigt, dass die Laboratoriumsmedizin als fester Bestandteil aller Pandemiepläne eine wichtige Rolle im Bereich der Prävention und von Public Health einnimmt.

■ Stabile und verlässliche Rahmenbedingungen für die Facharztlabore als bedeutsame Gesundheitseinrichtungen mit der dem Versorgungsbedarf

angepassten vorhandenen vielfältigen Leistungserbringer- und Trägerstruktur und zur Sicherung der Qualität der Laborversorgung für die Bevölkerung in Deutschland.

Die unmittelbaren Erfahrungen aus der Pandemie und darüber hinaus aus der dynamischen Entwicklung der diagnostischen Medizin in Richtung „Companion Diagnostics“ und „individualisierter Therapiesteuerung“ bestätigt die Bedeutung der etablierten effizienten Strukturen im Bereich der Labordiagnostik für die Versorgung. Sie sind zu erhalten und im Sinne der Sicherung einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weiterzuentwickeln – denn sie sichern eine gute wohnortnahe und patientenorientierte Versorgung mit fachärztlichen Laborleistungen.

Dazu gehört die vielfältige Struktur von fachärztlichen Laboren von der Gemeinschaftspraxis über Verbundstrukturen bis hin zu überregional tätigen leistungsstarken Unternehmensstrukturen, die über die im SGB V vorgesehene ebenso vielfältige Trägerstruktur abgebildet wird.

Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit, ärztliche Gesamtverantwortung für die Medizin mit und aus dem Labor heraus und Interdisziplinarität kennzeichnen die Medizin von morgen. Das gilt es zu stärken. Die Labormedizin trägt dazu bei, Ressourcen im Gesundheitswesen zu schonen und Labordiagnostik bedarfsgerecht bereitzustellen. Dabei begründen eine



in fachärztlicher Gesamtverantwortung wesentlich zu einer hohen Qualität und Sicherheit in der Versorgung der Bevölkerung beiträgt. Die fachärztliche Labordiagnostik hat somit den Stellenwert eines Konditionalfachs in der Medizin.

■ Sicherstellung der Ausbildung von ausreichend nichtärztlichen Fachkräften (Medizinische Technologen für Laboratoriumsanalytik).

Eine moderne Medizin ist nur möglich im Zusammenspiel der für die medizinische Versorgung arbeitenden Berufe. Die Reform des MTA-Gesetzes ist ein wichtiger Baustein für die Stärkung der Attraktivität der Assistenzberufe in der Medizin.

Der Bedarf an nichtärztlichen Fachkräften für die sich dynamisch

heit, Standardisierung, Übertragungsgeschwindigkeit) zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zum Abbau von Bürokratie. Die COVID-19-Pandemie hat den noch erheblichen Nachhol- und Verbesserungsbedarf in der Digitalisierung des Gesundheitswesens durch Verbesserung der Interoperabilität, Standardisierung von Datenstrukturen und Datenkommunikation, Ausbau von Datennetzen mit hoher Datenübertragungsrate und besonderer Datensicherheit zum Schutz vor externen Angriffen und einem ausgewogenen Datenschutz offengelegt. Die fachärztlichen Labore sind in der Patientenversorgung Vorreiter in der Entwicklung, Etablierung und auch Unterstützung von digitalisierter Kommunikation zwischen ihnen und Arzt-

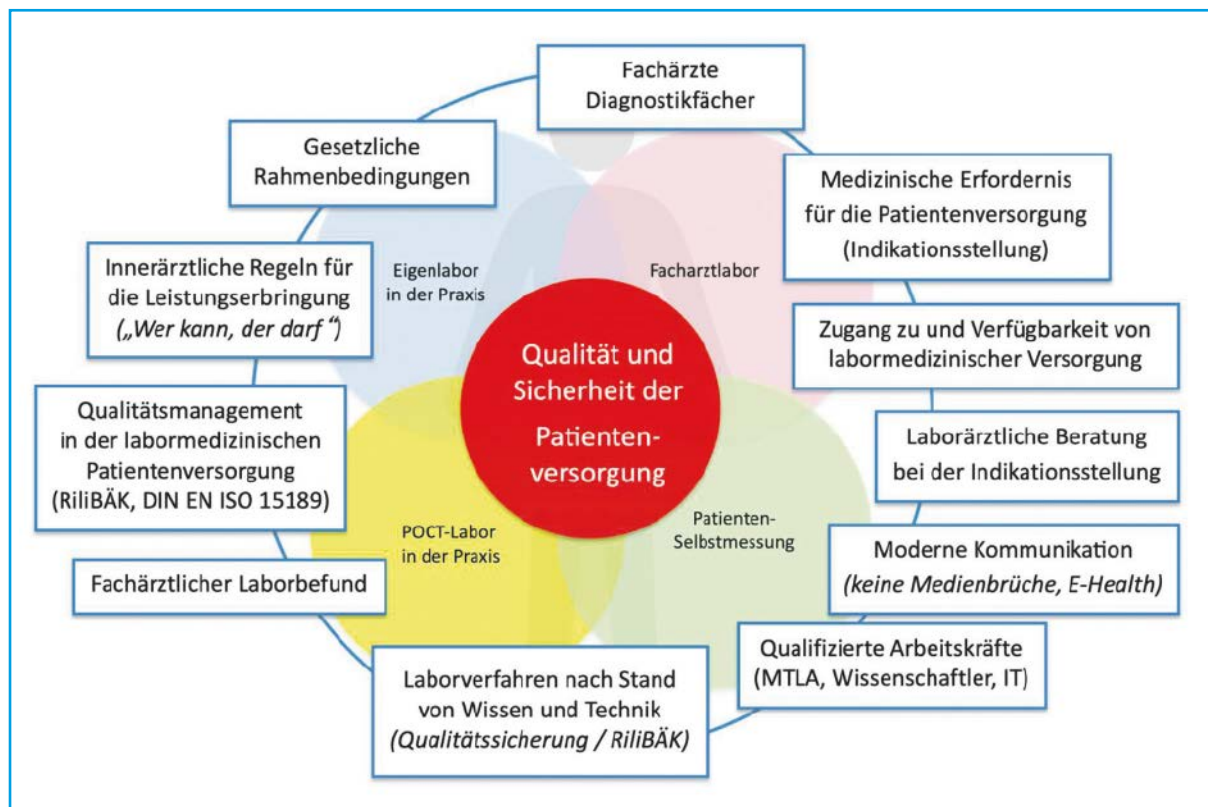
ausgeklügelte Logistik und der professionelle Einsatz digitaler Instrumente auch in strukturschwachen Regionen Qualität und Sicherheit für eine patientenorientierte Versorgung. Ja, noch mehr: In Zeiten der Pandemie hat sich bewiesen, wie wichtig das flächendeckende Netz an fachärztlich geführten Laboren ist: effektiv, effizient und erfolgreich im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Patienten.

Diese fachärztlichen und modernen Strukturen gilt es zu erhalten und noch weiter zu stärken. Denn eine schnelle und präzise Diagnostik ermöglicht die unverzügliche Entscheidung für eine bedarfsgerechte Therapie für die Patienten.

Verlässlichkeit der Rahmenbedingungen bedingt die Planbarkeit der Ressourcen, Kostenerstattungen und Honorare für die Ärzteschaft und Gesundheitswirtschaft. Dabei ist darauf zu achten, dass die Beschlüsse zur Finanzierung der ärztlichen Leistungen sowie Kostenerstattung auf der Grundlage der im SGB V vorgesehenen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen transparent und nachvollziehbar getroffen werden. Die Ausgestaltung der Finanzierung der Patientenversorgung ist frei von Budgets am medizinischen Bedarf auszurichten und hat die bestehenden gesetzlichen Anforderungen an fachärztliche Labore als bestehende kritische Infrastrukturen zu berücksichtigen.

Qualitätsindikatoren in und für die Leistungserbringung können dabei Orientierungspunkte sein. Im Bereich der fachärztlichen Labordiagnostik sind umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen gesetzlich etabliert. Die Reform der Gebührenordnung für Ärzte mit sach- und leistungsgerechten Honoraren für die ärztliche Laboratoriumsmedizin ist abzuschließen.

■ Erhalt der diagnostischen Fachgebiete als fachärztliche Profession in Forschung, Lehre und Krankenver-



Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung mit fachärztlicher Labordiagnostik

Foto: M. Müller, 2021.

sorgung mit Stärkung der ärztlichen Ausbildung an den Universitäten.

Die medizinische Versorgung ist in erster Linie interdisziplinär ausgerichtet und wird durch Haus- und Fachärzte in Klinik und Praxis verantwortet, in allen ärztlichen Fachgebieten unter Einschluss der diagnostischen Medizin. Die Aufhebung des Arztvorbehaltes für die Erbringung von diagnostischen Leistungen im Wesentlichen hat nicht dazu beigetragen, die COVID-19-Pandemie einzudämmen. Der in der Pandemie erleichterte Zugang zur Leistungserbringung auch für nicht fachärztliche Leistungserbringer hat gezeigt, dass dies zulasten der Qualität gehen kann.

Diagnostische Medizin mit und aus dem Labor heraus ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Medizin, die

entwickelnde diagnostische Medizin erfordert attraktive Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten mit herausfordernden Entwicklungsmöglichkeiten für die junge Generation. Hierzu gehört auch die Förderung der Durchlässigkeit der verschiedenen medizinischen Assistenzberufe sowie vor dem Hintergrund der fortschreitenden Automatisierung einiger Methoden eine Überprüfung, für welche Tätigkeiten welche Qualifikation benötigt wird. Dies gelingt durch entsprechende Finanzierung und Förderung der hierzu erforderlichen Aus- und Weiterbildungseinrichtungen auf Landes- und Bundesebene.

■ Vorantreiben der in den diagnostischen Fächern der Versorgung bereits weit entwickelten Digitalisierung (Interoperabilität, Datensicher-

praxen, Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die bereits initiierten Projekte und Entwicklungen sind rasch voranzutreiben und auf der Grundlage gemachter Erfahrungen weiter zu verbessern. ■■

Autor:

Dr. Michael Müller,
 Facharzt für Laboratoriumsmedizin,
 Vorsitzender des ALM
 ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e. V.,
 Berlin
 www.alm-ev.de



Die nächste Welle – MRgFUS weltweit im Aufschwung

Die Zahl der für fokussierten Ultraschall möglichen Indikationen steigt kontinuierlich.

■ Peter Medina, Director Central Europe & Netherlands, Insightec, und Prof. Dr. Thomas Kersting, Geschäftsführender Gesellschafter Institut TakeCare GmbH, erläutern die Hintergründe der erfolgreichen Technologie.

Wie ist der Stand des fokussierten Ultraschalls in der Medizin?

Peter Medina: Die Technologie ist eindeutig auf dem Vormarsch. Laut der

die Hälfte davon im Jahr 2019. Doch damit kratzt man erst an der Oberfläche der möglichen Anwendungen. Das Wachstumspotential ist groß.

Können Sie dies weiter konkretisieren?

Medina: Nach Angaben der genannten Foundation hat sich die Zahl der für fokussierten Ultraschall möglichen Indikationen in den letzten sieben

bewirken. Weltweit wurden bislang mehr als 4.000 Patienten behandelt. In der Neurologie laufen aber bereits klinische Studien, in denen fokussierter Ultraschall zur Behandlung von Depressionen, neuropathischen Schmerzen, Bluthochdruck und verschiedenen Krebsarten untersucht wird. Dasselbe gilt für medizinische Felder außerhalb der Neurologie. Die Focused Ultrasound Foundation geht daher davon aus, dass die auf dem FUS-Markt er-

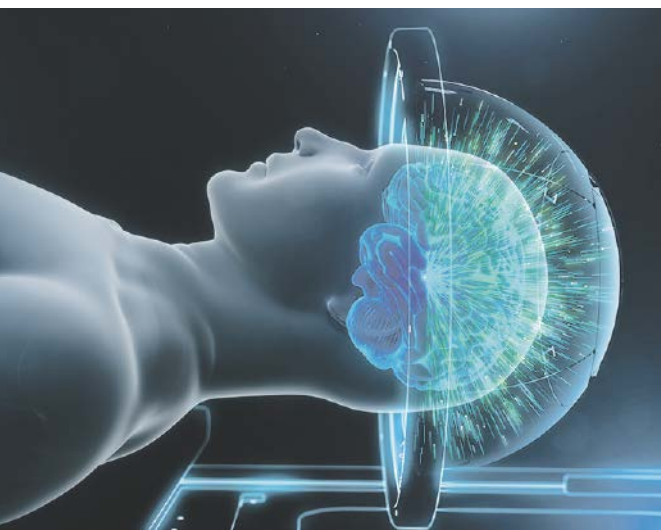
Zeiten am MRT ersetzt. Gleichzeitig kann der Einstieg in die Behandlung mit Ultraschall Wachstumschancen für Kliniken eröffnen. Durch die Aufnahme eines FUS-Programms in das Behandlungsportfolio können mehr und gegebenenfalls auch bisher unterversorgte Patienten behandelt werden. Zudem birgt das Verfahren minimales Potential für Komplikationen, die etwa mit Anästhesie und offenen Kraniotomien verbunden sind, und sehr geringes bis gar kein Risiko für Infektionen.

Wie schätzen Sie die weitere Entwicklung ein?

Kersting: MRgFUS ist eine disruptive und wegweisende Alternative bzw. Ergänzung zur Chirurgie. Sie kann die Therapie, die medizinische Behandlung und selbst das Management von Kliniken voranbringen. Die Technologie kann an verschiedenen Stellen Wirkung entfalten: Sie hat das Potential, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen, die Betriebskosten durch den Wegfall teurer chirurgischer Kapazitäten zu senken und die Kosten für lange Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Nicht zuletzt kann sie das wirtschaftliche Wachstum von Kliniken ankurbeln, die mit ihrer Hilfe bislang unterversorgten Patientengruppen neue Behandlungsmöglichkeiten bieten und ihre Technologieführerschaft ausbauen können.

Welche Investitionskosten sind mit einem Einstieg in die MRgFUS-Technologie verbunden?

Medina: Klinikmanager müssen ständig nach neuen Technologien Ausschau halten, die einen Mehrwert für ihre Patienten bringen könnten. Eine dieser Innovationen ist MRgFUS. Die Nachfrage ist groß. Seit der FDA-Zulassung unseres Systems „Exablate Neuro“ im Jahr 2016 und der anschließenden CE-Zertifizierung ist die Zahl der Anwendungen weltweit um 185 % gestiegen. Die Anfangsinvestition beträgt etwa zwei Mio. Euro, wobei die laufenden Kosten vergleichsweise günstig sind. Die Methode ist für bestimmte Indikationen bereits im DRG-Entgeltsystem aufgenommen worden. Zudem handelt es sich um eine strategische Investition, die weiteres Wachstum generieren kann.



Funktionsweise des MRT-gesteuerten hochfokussierten Ultraschalls

Foto: Insightec Ltd.



Fokussierter Ultraschall ermöglicht eine innovative Behandlung von Patienten mit Essenziellem Tremor.

Foto: Insightec Ltd.

Focused Ultrasound Foundation haben sich die globalen Investitionen der in diesem Bereich führenden Unternehmen von 2019 auf 2020 verdreifacht. Die Zahl der Behandlungsstandorte ist um 36 % auf rund 800 weltweit gestiegen. Bisher wurden rund um den Globus mehr als 300.000 Patienten mit fokussiertem Ultraschall behandelt, fast

Jahren versiebenfacht. Im neurologischen Bereich – in dem ich tätig bin – wird er inzwischen zunehmend zur Behandlung des Essenziellen Tremors und des tremordominanten Parkinson-Syndroms eingesetzt. Er ist zu einer Behandlungsoption für viele Patienten geworden, bei denen Medikamente keine zufriedenstellende Verbesserung

zielten Einnahmen – global betrachtet – jährlich um 14 % wachsen werden.

Was sind die besonderen Vorteile dieser Technologie?

Prof. Thomas Kersting: Das innovative Potential steckt im Zusammenspiel aus hochenergetischen Ultraschallwellen und der Sicht- und Temperaturkontrolle durch den Magnetresonanztomografen (MRT). Nach dem Trend zu minimalinvasiven Verfahren in den letzten Jahren ist der nächste logische Schritt die Vermeidung des chirurgischen Schnitts. Der Körper wird nicht mehr eröffnet, sondern die Operation bzw. Intervention am MRT durchgeführt, womit Hilfe des Ultraschalls ohne chirurgische Schnitte punktgenau gearbeitet werden kann, z.B. tief im Gehirn. Das hat viele Vorteile: Da der chirurgische Schnitt vermieden wird, verläuft die Rekonvaleszenz meist schneller. Für Kliniken kann dies weniger Pflegeaufwand und geringere Kosten bedeuten. Teure Kapazitäten in Chirurgie und OP werden durch weniger kostspielige

Zur Person

Prof. Dr. Thomas Kersting, MBA, ist Geschäftsführender Gesellschafter der ITC – Institut TakeCare GmbH. Er verfügt über 20 Jahre Erfahrung in Leitung und Führung von Krankenhäusern und Krankenhausverbänden als hauptamtlicher Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer. Seit 2011 liegt sein Schwerpunkt auf Nutzen- und Methodenbewertungsprojekten im Gemeinsamen Bundesausschuss, u.a. für die innovative Technologie der Behandlung mit fokussiertem Ultraschall. In diesem Zusammenhang ist er beratend für Insightec tätig.

Zur Person

Peter Medina ist Regional Director für Central Europe & Netherlands bei Insightec und blickt auf eine langjährige Vertriebs- und Managementkarriere im Bereich innovativer Medizintechnik im europäischen Raum zurück. Wichtige Stationen seiner Karriere waren: Vice President Vertrieb Europa & Naher Osten bei IMRIS, Geschäftsbereichsleiter EMEA, Interventionelle Onkologie bei Covidien sowie Regional Manager Iberia bei BrainLAB.

Quo vadis, Medizinisches Versorgungszentrum?

Vielfältige Neuregelungen auch für den ambulanten GKV-Gesundheitsmarkt

■ Bundestagswahl, Koalitionsvertrag im Spätherbst 2021, ein neues Gesundheitsreformgesetz im Herbst 2022, vielfältige Neuregelungen auch für den ambulanten GKV-Gesundheitsmarkt: abgeleitet aus vergangenen Legislaturperioden ist dies eine realistische Prognose. Gerade die Struktur Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) könnte erneut reformiert werden. Eine wichtige Rolle könnte hier auch ein Rechtsgutachten der bisherigen Bundesregierung spielen (sh. QR-Code).

MVZ sind aus der ambulanten Behandlungsrealität nicht mehr wegzudenken. Ende 2019 waren über 3.800 ärztliche MVZ zugelassen, in denen mehr als 21.000 Ärzte arbeiteten (www.bmvz.de/wissenswertes/statistik/kbv, Stand: 16.09.2021). Trotz seiner wachsenden Bedeutung sieht sich das die MVZ prägende Konzept der institutionellen Leistungserbringung auch mehr als 17 Jahre nach seiner Schaffung durch das GKV-Modernisierungsgesetz noch andauernden Vorbehalten ausgesetzt: Der Bruch mit dem bis dato vorherrschenden Dogma ausschließlich persönlicher Leistungserbringung und die damit verbundene Öffnung der ambulanten Versorgung für Leistungserbringer in nicht-ärztlicher Trägerschaft veranlasst Kritiker anhaltend dazu, vor einem Ausverkauf von Patienteninteressen zu warnen. Begründet wird dies regelmäßig damit, dass kommerzielle Interessen des Trägers ärztliche Entscheidungen für den Patienten nachteilig beeinflussen könnten. Derlei Bedenken finden sich auch vielfältig in den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Zulassungsgremien. Befürworter von MVZ verweisen hingegen darauf, dass die Frage der Trägerschaft für die Ausübung ärztlicher Tätigkeit irrelevant sei und die angenommene Gefährdung von Patienteninteressen einer sachgerechten Gefahrenprognose harre.

Rechtsgutachten der Bundesregierung

In diese oftmals hoch emotional und auch ideologisch gefärbte Debatte mischte sich Ende 2020 das von Prof. Ladurner et al. dem Bundesministerium für Gesundheit erstattete „Rechtsgutachten zum Stand und zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelung zu medizinischen Versorgungszentren“ als wohlthuend sachliche Stimme. Die Autoren analysieren darin den Status



RA Johannes Kalläne

quo dieses Versorgungsangebots. Sie betonen die sukzessiv zunehmende Bedeutung von MVZ und unterbreiten detaillierte Vorschläge zur konkreteren Ausgestaltung des regulatorischen Rahmenwerks. Im Hinblick auf den von Kritikern regelmäßig behaupteten Zusammenhang von Versorgungsqualität und Trägerschaft des MVZ gelangen sie zu dem Ergebnis, dass eine empirisch belastbare Datengrundlage dafür fehle, dass MVZ in Investorenhand die ärztliche Therapiefreiheit relevant gefährden würden. Schon im Ausgangspunkt sei die Prognose des Gesetzgebers, wonach eine nicht-ärztliche Trägerschaft potentiell bedrohlich für die ärztliche Entscheidung sei, angreifbar. Die Annahme, dass ärztliche Inhaber von MVZ oder Betreiber einer Einzelpraxis, die jeweils unmittelbar am Ergebnis partizipieren, sich allein bedingt durch ihre ärztliche Ausbildung und Sozialisation weniger von finanziellen Erwägungen leiten ließen als angestellte Ärzte, die Vertragsärzten sozialrechtlich funktionell weitgehend angenähert sind, sei spekulativ. Dagegen spreche schon, dass auch bei Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetz noch zulässige MVZ in Trägerschaft von Sanitätshäusern und Apotheken, die heute unter Bestandsschutz stehen, keine Gefährdung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit nachgewiesen werden konnte, obwohl diese seit etwa 17 Jahren auf dem Markt tätig seien. Zudem rufe die Beschränkung des Kreises zulässiger Gründer einen Wertungswiderspruch zum stationären Sektor hervor: Warum sollte das Organisationsmodell der Trägervielfalt, das dort seit Jahrzehnten anerkannt ist (vgl. § 1 Abs. 2 KHG), nunmehr für den ambulanten Markt potentiell bedrohlich sein?



RA Dr. Kilian Friedrich

Zukünftig (doch) mehr Gründervielfalt?

Zwar lässt sich der gesetzgeberischen Entscheidung für einen Numerus

clausus zulässiger Träger eine gewisse Steuerungswirkung nicht absprechen. Allerdings führt die Beschränkung genauer betrachtet zu einer Oligopolbildung im ambulanten Markt. Denn interessante Praxen können so unter wenigen zur Gründung vom MVZ berechtigten Akteuren, aufgeteilt werden. Dies sind in erster Linie Krankenhauskonzerne und diejenigen, die sich zusätzlich zu den Praxen auch den Erwerb und Betrieb eines Krankenhauses leisten können. Die Nachfrage nach gründungsberechtigten Krankenhäusern ist entsprechend groß. Als Zwischenergebnis darf man deshalb bezweifeln, dass die hehren Ziele des Gesetzgebers durch diese marktprotektionistische Herangehensweise erreicht werden.

Bei näherem Hinsehen muss man zudem die Erforderlichkeit der Be-

Bitte umblättern ▶

WILEY

Unser Online-Portal für Ihren
Informationsvorsprung

management-krankenhaus.de: das Online-Portal für Nachrichten, Meinungen und Informationen für das Top-Management und alle Führungskräfte und Anwender in stationären Einrichtungen.

Auf **management-krankenhaus.de** finden Sie tagesaktuelle Nachrichten, informative Expertenartikel, Interviews und wichtige Brancheninformationen aus den Themengebieten: Bauen, Einrichten & Versorgen, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik, Hygiene, IT & Kommunikation, Labor & Diagnostik sowie Medizin & Technik.

Besuchen Sie das Portal von Management & Krankenhaus und abonnieren Sie unsere Newsletter, um immer gut informiert zu sein.

management-krankenhaus.de

Management & Krankenhaus



grenzung aus § 95 Abs. 1a SGB V in Zweifel ziehen: Bei MVZ ist die Grönderebene von der Leistungserbringerebene getrennt und der ärztliche Leiter eines MVZ in ärztlichen Entscheidungen weisungsfrei, vgl. § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V. Ein dichtes Normengeflecht aus vertragsärztlichen Vorgaben des SGB V (vgl. §§ 12, 81 Abs. 5, 106

SGB V), berufsrechtlichen Regelungen (Vgl. nur § 2 Abs. 4 MBO-Ä) sowie zivil- und strafrechtlichen Maßgaben (siehe §§ 630a ff. BGB, §§ 299a, b StGB, § 5 HeilprG) schützt die Integrität ärztlicher Entscheidung und schließt eine einseitige Verfolgung von Renditezielen auf der dem Berufszugang nachgelagerten Ebene der Berufsausübung

bereits aus. In dieselbe Richtung argumentieren auch Ladurner et al., wenngleich sie vor dem Hintergrund denkbarer faktischer Einflüsse auf Wege zur punktuell weiteren Stärkung des ärztlichen Leiters über die bereits bestehende robuste regulatorische Absicherung hinaus hinweisen. Eine solche weitere Verbesserung könnte einerseits durch ein Verbot sachfremder finanzieller Anreize durch variable Vergütungsbestandteile und andererseits durch einen zusätzlichen Abberufungs- und Kündigungsschutz erreicht werden.

In der Gesamtschau präsentiert sich das gesetzgeberische Rahmenwerk zur Gründung und zum Betrieb von MVZ als inkonsistent. Eine patientenzentrierte Behandlung wird nicht über die limitierte Gründungsberechtigung, sondern auf der Stufe der Berufsausübung hergestellt.

Ob dieser – auch verfassungsrechtlich – zweifelhafte Zustand alsbald beseitigt wird, muss trotzdem bezweifelt werden, da zahlreiche beteiligte Akteure im ambulanten Gesundheitsmarkt kaum Interesse an tief greifenden Veränderungen haben dürften. Denn die Erhaltung eines möglichst kleinteiligen Marktes schützt die jetzigen Akteure vor womöglich weitreichenden Veränderungen, die stets Gewinner und Verlierer hervorbringen. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen dürften im Sinne der Selbsterhaltung an einer „kleinteiligen“ ambulanten Versorgung interessiert sein.

Der Blick in die Wahlprogramme der mutmaßlich an der kommenden Bundesregierung beteiligten Parteien lässt hingegen noch vieles offen. Das Gutachten von Ladurner et al., insbesondere die darin artikulierten weitreichenden verfassungsrechtlichen Bedenken – sowohl angesichts der Ungleichbehandlung von stationärem und ambulantem Sektor, aber auch im Hinblick auf die Ungleichbehandlung der einzelnen Leistungserbringer und die Gründervoraussetzungen für MVZ –, wird bei der nächsten Reform von Bedeutung sein. Es wird Anlass dazu geben, das System auch jenseits kleinerer Korrekturen auf den Prüfstand zu stellen. ■■

Autoren:

RA Johannes Kalläne,
RA Dr. Kilian Friedrich,
medlegal Rechtsanwälte,
Hamburg
www.medlegal.de



Index

ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin	18
A'verdis	8
Berliner Krankenhausgesellschaft	11
Bundesministerium für Bildung und Forschung	11
Chem. Fabrik Dr. Weigert	5
Curatis	12
Elblandkliniken	6
French Healthcare	Titelseite, 14
Gematik	3
Insightec	7, 20
Institut TakeCare	20
Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur	12
Medizinischer Fakultätentag	11
Medlegal Rechtsanwälte	21
Precision Medicine Alliance	16
Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung	11
Universität UMIT Tirol	4

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Substantiven die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Impressum

Herausgeber:
Wiley-VCH GmbH
Publishing Director: Steffen Ebert
Geschäftsführung: Sabine Haag, Dr. Guido F. Herrmann
Director: Roy Opie
Chefredakteurin/Produktmanagerin:
Ulrike Hoffrichter M.A., Tel.: 06201/606-723,
ulrike.hoffrichter@wiley.com
Anzeigenleiter: Dipl.-Kfm. Manfred Böhler,
Tel.: 06201/606-705, manfred.boehler@wiley.com
Redaktion:
Jutta Jessen
Tel.: 06201/606-726, jutta.jessen@wiley.com
Carmen Teutsch
Tel.: 06201/606-238, cteutsch@wiley.com
Freie Redakteure:
Nina Passoth, Berlin | Dr. Lutz Retzlaff, Neuss |
Bernd Waßmann, Herrenberg
Wiley GIT Leserservice: 65341 Eltville
Tel.: +49 6123 9238 246 · Fax: +49 6123 9238 244
E-Mail: WileyGIT@vuservice.de
Unser Service ist für Sie da von Montag bis Freitag
zwischen 8:00 und 17:00 Uhr
Mediaberatung:
Dipl.-Kfm. Manfred Böhler,
Tel.: 06201/606-705, manfred.boehler@wiley.com
Miehtap Yildiz,
Tel.: 06201/606-225, myildiz@wiley.com
Anzeigenvertretung: Dr. Michael Leising
Tel.: 05603/8942800, leising@leising-marketing.de
Redaktionsassistent: Christiane Rothermel
Tel.: 06201/606-746, christiane.rothermel@wiley.com
Herstellung: Jörg Stenger (Herstellung);
Kerstin Kunkel (Anzeigenverwaltung);
Ruth Herrmann (Satz, Layout);
Ramona Scheirich (Litho)
Sonderdrucke: Christiane Rothermel
Tel.: 06201/606-746, christiane.rothermel@wiley.com
Wiley-VCH GmbH
Boschstraße 12, 69469 Weinheim,
Tel.: 06201/606-0, Fax: 06201/606-790,
mk@wiley.com, www.gitverlag.com

Bankkonten
J.P. Morgan AG, Frankfurt
Konto-Nr. 6161517443, BLZ: 501 108 00
BIC: CHAS DE 33, IBAN: DE55501108006161517443
Druckauflage: 25.000

M&K kompakt ist ein Sonderheft von
Management & Krankenhaus



Originalarbeiten
Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stehen in der Verantwortung des Autors. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und mit Quellenangaben gestattet. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Abbildungen übernimmt der Verlag keine Haftung.

Dem Verlag ist das ausschließliche, räumlich, zeitlich und inhaltlich eingeschränkte Recht eingeräumt, das Werk/den redaktionellen Beitrag in unveränderter Form oder bearbeiteter Form für alle Zwecke beliebig oft selbst zu nutzen oder Unternehmen, zu denen gesellschaftsrechtliche Beteiligungen bestehen, sowie Dritten zur Nutzung zu übertragen. Dieses Nutzungsrecht bezieht sich sowohl auf Print- wie elektronische Medien unter Einschluss des Internets wie auch auf Datenbanken/Datenträger aller Art.

Alle etwaig in dieser Ausgabe genannten und/oder gezeigten Namen, Bezeichnungen oder Zeichen können Marken oder eingetragene Marken ihrer jeweiligen Eigentümer sein.

Druck: DSW GmbH & Co. KG
Flomersheimer Straße 2-4, 67071 Ludwigshafen
Printed in Germany

ISSN 0176-055 X

EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)

Der Schutz von Daten ist uns wichtig: Sie erhalten die Zeitung M&K Management & Krankenhaus auf der gesetzlichen Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 lit. f DSGVO („berechtigtes Interesse“). Wenn Sie diesen Zeitschriftentitel künftig jedoch nicht mehr von uns erhalten möchten, genügt eine kurze formlose Nachricht an Fax: 06123/9238-244 oder wileygit@vuservice.de. Wir werden Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr für diesen Zweck verarbeiten. Wir verarbeiten Ihre Daten gemäß den Bestimmungen der DSGVO. Weitere Infos dazu finden Sie auch unter unseren Datenschutzhinweisen:

<http://www.wiley-vch.de/ue/de/wiley-|/impressum#datenschutz>

WILEY

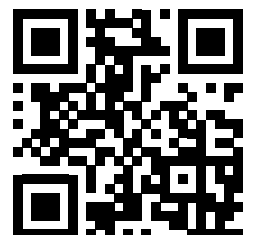


© contrastwerkstatt - stock.adobe.com

Leserumfrage
mitmachen und ein
Bluetooth Blutdruck-
messgerät **gewinnen!**

medAmbiente

CARE EINRICHTUNGSKONZEPTE, GESTALTUNGSTRENDS
& MODERNE DIENSTLEISTUNGEN



<https://bit.ly/3dyjvY1>

Bestens informiert

Der Newsletter von Management & Krankenhaus

Unsere Themen:

- Gesundheitsökonomie
- Medizintechnik
- IT & Kommunikation
- Hygiene
- Bauen, Einrichten & Versorgen
- Labor & Diagnostik



Management &
Krankenhaus
NEWSLETTER

Bestellen Sie jetzt den Newsletter
www.management-krankenhaus.de/user/register

