HEIMLICH

AUSGABE 02/23

RHÖN STIFTUNG

GANZKÖRPER-SCANNER: EVOLUTION ODER REVOLUTION

- Die Rhön Stiftung zu Besuch bei Neko Health

KRANKENHAUSREFORM: „ABWARTEN IST DIE SCHLECHTESTE OPTION“

- Workshop mit lokalen Entscheidern zur Krankenhausumwandlung

AUS DER STIFTUNG

- Think Camp, Luncheon Roundtables, BrainSnack
- Neuer Stiftungname
- Eugen-Münch-Preis 2023

INHALT

Vorwort 3

Ganzkörper-Scanner: Evolution oder Revolution? 4

Krankenhausreform: „Abwarten ist die schlechteste Option“ 6

Luncheon Roundtable
- Was kommt nach dem Aufenthalt im Krankenhaus? Und wer soll sich darum kümmern? 8
- Notfallversorgung in Not: Gelingt es, den Gordischen Knoten zu durchschlagen? 10

Jetzt bewerben! Neues Think Camp Thema: KI & ChatGPT 12

Brain Snack 13

Aus der Stiftung 14

Impressum 14

ES GIBT NICHTS GUTES, AUSSER MAN TUT ES

Seit unserer Gründung im Jahr 2014 hießen wir „Stiftung Münch“, jetzt haben wir uns – weil es immer wieder zu Verwechslungen mit einer gleichnamigen Stiftung kam – einen neuen Namen gegeben, der die Verbundenheit unseres Stifters Eugen Münch mit der Rhön widerspiegelt: „Rhön Stiftung Eugen und Ingeborg Münch“.

Unser Name hat sich geändert, aber nicht unsere Themen. Es sind, wenn man so will, die alten, aber wer uns kennt weiß, dass unser Thema von Anfang an das Neue war: neue wissenschaftliche Erkenntnisse, neue Geschäftsideen, neue Lösungsansätze, neue Technologien, die das Gesundheitssystem für die Patienten voranbringen. Auch in dieser Ausgabe erzählen wir davon: von unserem Besuch beim Innovator Neko Health in Schweden, der mit seinem Ganzkörper-Scanner den Präventionsgedanken in neue Sphären pushen könnte; von unserem Workshop für Praktiker in den Kommunen zur Frage, wie sich Krankenhäuser durch Umwandlung erneuern und damit einer drohenden Schließung entgehen können; von den erstaunlichen Entwicklungen in der Robotik, über die unsere Interviewpartnerin Dr. Birgit Graf ein Buch voller spannender Details zusammengetragen hat; oder über den Gesundheitsökonomen Dr. Benedikt Simon, der in unserem Format BrainSnack vorrechnet, wie der „Hüftgelenks-OP-Weltmeister“ Deutschland gigantische Summen einsparen und dabei auch noch die Versorgungsqualität für die Patienten verbessern könnte.

Es gibt so viele kluge Köpfe, so viele tolle Ideen, über die ich als Vorstandsvorsitzender der Rhön Stiftung und auch in meinen anderen Funktionen fast täglich erfahre. Umso schwieriger ist es deshalb manchmal auszuhalten, wie lange Ideen brauchen, bis sie umgesetzt werden (wenn überhaupt je); wie schwer sich unsere Gesellschaft tut, auf offensichtliche Mega-Herausforderungen im Gesundheitswesen (und nicht nur dort) wie den demografischen Wandel oder den eklatanten Personalmangel Antworten zu geben, obwohl sich doch so viele Lösungswege anbieten.

Wir müssen als Gesellschaft und als Akteure im Gesundheitssystem ins Tun kommen. Denn: Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

Prof. Dr. Boris Augurzky

GANZKÖRPER-SCANNER: EVOLUTION ODER REVOLUTION?

Die Rhön-Stiftung zu Besuch bei Neko Health in Stockholm

Innerhalb von nur zehn Minuten liefert der neue Body Scan von Neko Health, einem schwedischen StartUp, rund 50 Millionen Datenpunkte über den Gesundheitszustand der untersuchten Person. Diese riesige Datenmenge wird dann mit Hilfe künstlicher Intelligenz (KI) ausgewertet und liefert die Grundlage für ein ärztliches Gespräch über den Gesundheitszustand und mögliche Gesundheitsrisiken. Der Ganzkörper-Scanner – so Daniel Ek und Hjalmar Nilsonne, die Gründer von Neko Health – sei der Start in ein neues Zeitalter, das Gerät habe das Zeug, das Gesundheitswesen zu revolutionieren.

Diese Informationen, die zur Eröffnung des ersten Gesundheitszentrums von Neko Health Anfang 2023 in Stockholm europaweit verbreitet wurden, waren für die Rhön-Stiftung der Anstoß für eine Studienreise nach Schweden, um mehr über den Body Scan und seine Fähigkeiten zu erfahren. Empfangen wurden die Besucher aus Deutschland von Mitgründer und CEO Hjalmar Nilsonne in Stockholm, wo eines der zwei derzeit im Betrieb befindlichen Body-Scan-Geräte steht.

Gut vier Jahre Entwicklungsarbeit, so Nilsonne, habe man investiert, bevor die ersten Body Scanner in den Echtzeitbetrieb gehen konnten. Als die Website online ging, waren innerhalb von zwei Stunden Termine für einen Body Scan für ein Jahr im Voraus ausgebucht – ein Erfolg, der auch die Gründer von Neko Health überraschte. Dabei buchen rund 80 Prozent derjenigen, die einen ersten Scan mit nachfolgendem Arztgespräch gebucht hatten, im Anschluss gleich ihren zweiten Termin. Genau das entspricht dem Ziel von Neko Health-Gründer Nilsonne: Seine Vision sei ein Gesundheitswesen, das viel stärker als heute auf Prävention setzt, berichtete er.

Hjalmar Nilsonne
Mitgründer und CEO
Neko Health

Während des ca. 10-minütigen Scans an zwei Stationen erhebt der BodyScan rund 50 Millionen Datenpunkte. Sie sind die Basis sowohl für die Erkennung bereits existierender Gesundheitsprobleme als auch für den Vergleich der Entwicklung im Laufe der Zeit durch den Abgleich mit früheren Ergebnissen. Dabei wird die Auswertung der Daten zunächst mit Hilfe von KI vorgenommen (eine detaillierte Liste der Tests findet sich unter www.nekohealth.com/en/scan).

Die KI-Auswertung ist dann die Basis für ein rund halbstündiges Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt im Gesundheitszentrum. Dabei werden dem Patienten

FAKTEN ZU NEKO HEALTH

- Gegründet 2018 von Daniel Ek, dem Gründer von Spotify, und Hjalmar Nilsonne, dem CEO von Neko Health
- Firmensitz in Stockholm
- Tätigkeitsfeld: Entwicklung und Nutzung von innovativen Scan-Technologien für nicht-invasive Diagnostik sowie Auswertung der erhobenen Befunde mit Hilfe künstlicher Intelligenz
- Erste Anwendungsfelder: Haut-/Körperscreening sowie Screening im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Risiken bzw. Erkrankungen
- Derzeit sind zwei BodyScan-Einheiten in Stockholm im Betrieb
- Weitere Einheiten in Stockholm und in London sind derzeit in Planung
- Ein Scan kostet derzeit 250 Euro
- Weitere Information zu Neko Health unter en.atrium.se

die Ergebnisse des Scans vorgestellt und mögliche weitere Vorgehen präsentiert. Die Präsentation selbst wird visuell durch die vom Scanner aufgenommenen Bilder des Körpers bzw. durch die graphische Darstellung der kardiologischen Daten unterstützt. Gemeinsam überlegen Patient und Arzt, welche Maßnahmen empfehlenswert sind, falls gesundheitliche Gefahren deutlich geworden sind. Werden beim Scan konkrete gesundheitliche Probleme oder bereits manifeste Erkrankungen festgestellt, wird dem Patienten eine Überweisung an Spezialisten ausgestellt.

Bisher konzentriert sich der BodyScan auf die Bereiche Haut und Herz-Kreislauf. Die erste Station ist ein Scan des Körpers und der gesamten Haut mit Hilfe von Hochleistungskameras, die Informationen über Unregelmäßigkeiten der Haut als auch ein Drei-D-Abbild des Körpers liefern. Beim zweiten Scan an der Kardio-Station wird unter anderem der Blutdruck mit acht nicht-invasiven Sensoren gemessen sowie der Blutfluss an unterschiedlichen Körperstellen ermittelt; außerdem wird eine Blutprobe für ein umfangreiches Blutbild genommen.

Die wissenschaftliche Auswertung der von Neko Health entwickelten und genutzten Technologien und Verfahren findet derzeit in drei wissenschaftlichen Studien statt: Während Derma Flow Alpha das multimodale quantitative Imaging der Haut untersucht, befasst sich Cardio Alpha mit der Evaluation der Vibrometer-basierten Analyse zur Erkennung arterieller Gefäßsteifigkeit und der Korrelation mit kardiovaskulären Erkrankungsrisiken und manifesten Erkrankungen. Spectrum 1 schließlich untersucht die nicht-invasive Bildgebung für die in-vivo-Quantifikation der molekularen Komposition und Struktur der Haut (weitere Infos zu den Forschungsprogrammen unter en.atrium.se/program).

Bei seiner Führung für die Besucher der Rhön-Stiftung unterstrich CEO Hjalmar Nilsonne das Ziel von Neko Health, weitere Bereiche der menschlichen Gesundheit durch erweiterte Scan-Technologien und KI einbeziehen zu wollen. Ohnehin ist das Unternehmen auf Expansionskurs, zum einen durch die geplante Eröffnung eines weiteren Gesundheitszentrums mit Body Scanner in Stockholm, zum anderen durch eine Niederlassung in London. Mittelfristiges Ziel sei die Expansion in weitere europäische Länder. Auch dafür hat Neko Health bei einer Finanzierungsrunde im Juli 2023 60 Millionen Euro eingeworben. Hauptinvestor ist Lakestar unter Beteiligung von Atomico und General Catalyst, wie aus einer Veröffentlichung der beteiligten Unternehmen hervorgeht. Auf ein konkretes Engagement in Deutschland angesprochen, äußerte sich Hjalmar Nilsonne zurückhaltend: Seine Erfahrung mit dem deutschen Datenschutz während seiner achtjährigen Tätigkeit in verschiedenen Medizintechnologie-Firmen machten ihn eher vorsichtig. Denn bei den Body Scans würden eine große Menge personenbezogener medizinischer Daten erhoben. Der volle Nutzen dieser Daten könne aber nur erreicht werden, wenn sie – mit Zustimmung des Patienten – in der weiteren Behandlung auch genutzt werden dürften.

KRANKENHAUSREFORM: „ABWARTEN IST DIE SCHLECHTESTE OPTION“

Als die Rhön Stiftung Ende Juni ihren Workshop „Krankenhäuser umwandeln statt schließen“ eröffnet, steht über den Köpfen der Teilnehmer ein unsichtbares Fragezeichen: Wie geht es weiter mit der angekündigten Reform der stationären Gesundheitsversorgung?

Denn alle Teilnehmer in Köln sind in irgendeiner Weise mitverantwortlich für eine oder mehrere Kliniken irgendwo in Deutschland und damit unmittelbar betroffen vom politischen Großvorhaben. Klar ist: Egal wie die Reform am Ende ausgestaltet sein wird, wird der Handlungsdruck in den Städten und Landkreisen hoch bleiben oder steigen. Womit die Kernfrage des Workshops ihre Dringlichkeit behält: Welche Zukunftsoptionen bestehen für Kliniken, die nicht mehr dem Versorgungsbedarf entsprechen?

Die Entscheider beim Workshop der Rhön Stiftung in der Hochschule Fresenius sind Gesundheitsdezernenten, Regierungsdirektorinnen, Klinikgeschäftsführer oder Verwaltungsleiterinnen; sie tragen Verantwortung für MVZ, für Klinikverbünde, Belegkrankenhäuser und Mini-Kliniken mit 18 Betten. An ihren Standorten von der Nordsee bis nach Oberbayern diskutieren sie teilweise schon seit Jahren kontrovers über Umbauten, Zusammenlegungen, Schließungen – oder sind schon mittendrin in solchen Prozessen; und für alle gehört der Kampf um Geld und Personal zum täglichen Geschäft. Die Workshop-Teilnehmer in Köln vertreten die Praxis der stationären Versorgung und sie stehen beispielhaft für das, was die drei Referenten aus übergeordneter Perspektive vortragen: dass an einer neu strukturierten Krankenhauslandschaft kein Weg mehr vorbeiführt.

So berichtet der Gesundheitsökonom Prof. Andreas Schmid vom Beratungsunternehmen Oberender von einer massiv gesunkenen Auslastung der Kliniken auf unter 70 Prozent. Vor allem kleinere Häuser mit weniger als 150 Betten, die fast die Hälfte aller knapp 1900 Kliniken ausmachen, stünden doppelt unter Druck: „Oben wandern komplexere und Notfälle zu größeren Kliniken mit moderner Ausstattung ab, unten verlieren sie durch die Ambulantisierung.“ Ein ‚Weiter so‘ werde für kleine Häuser nur selten funktionieren.

Und dennoch versuchen sich viele Entscheider durchzuwursteln, was erklärbar ist angesichts heterogener Interessen vor Ort, darunter das oft emotional vorgetragene Interesse von Bürgern und Politikern, „ihr“ Krankenhaus nicht „opfern“ zu wollen. Referent Schmid skizzierte deshalb, dass kleinere Standorte durchaus an die Bedarfe angepasst werden könnten, ohne geschlossen zu werden: durch die Umwandlung in eine ambulante Klinik, wodurch sich die oft lückenhafte fachärztliche Versorgung verbessert; durch den Umbau in eine Überwachungsklinik z. B. für geriatrische Patienten; oder durch die Umwandlung in eine Fachklinik für bestimmte Krankheitsbilder. Schmid: „Solche alternativen Zielbilder geben das Signal: Es wird nicht einfach geschlossen, sondern hier passiert etwas Positives.“

Prof. Boris Augurzky, Vorstandsvorsitzender der Rhön Stiftung und Mitglied eben jener Kommission, die das Bundesgesundheitsministerium bei seinem Reformentwurf beriet, verwies darauf, dass es nicht nur um eine Reform der stationären Versorgung gehe, sondern um neue Strukturen für das gesamte System. „Wir werden tiefgreifende Veränderungen erleben“, so Augurzky, „die Frage ist nur, ob ungesteuert oder geordnet.“ Es sei mit einer weiteren Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage vieler Häuser zu rechnen, begründet durch die geringe Auslastung, reduzierte Staatshilfen, Inflation und Personalmangel. Vor diesem Hintergrund liege die optimale Größe bei 500 bis 900 Betten. Augurzky: „Wenn wir Rationierung vermeiden wollen, ist Effizienz ethisch geboten.“

Erkenntnisse aus der Wissenschaft für die handelnden Praktiker präsentierte Prof. Frank Brettschneider vom Lehrstuhl für Kommunikationswissenschaft an der Uni Hohenheim. „Wenn man den Nutzen von Veränderungen nicht klar kommunizieren kann, ist Protest so sicher wie das Amen in der Kirche“, sagte Brettschneider und warb für größtmögliche Transparenz, Bürgerbeteiligung und dafür, auch Alternativen vorzulegen. Damit würden Entscheidungen nicht aus der Hand gegeben, denn: „Bürger wollen gar nicht entscheiden. Aber sie wollen zuvor ein

transparentes Verfahren erleben, bei dem mehrere Varianten erörtert werden.“ Die Forschung zeige, dass scheinbare Alternativlosigkeit Angst und Widerstand provozierten. Beim „Wie“ riet Brettschneider zu wertschätzender Kommunikation: „Es muss ein Dialog unter Partnern sein. Nicht ‚Wir‘ gegen ‚Die‘.“

Was es dafür braucht, diskutierten die Teilnehmer nach den Referaten in zwei Gruppen und in der Abschlussrunde. Dabei brachten sie zum Ausdruck, dass die mikroökonomischen Stellschrauben in den Krankenhäusern weitgehend ausgereizt seien. So bestand Einigkeit etwa darüber, dass der Mangel an Pflegekräften zwar durch verschiedene Instrumente bekämpft werden müsse; dennoch müsse man zur Kenntnis nehmen, dass sich die Lücken nicht schließen, allenfalls kleiner machen ließen.

Umso mehr rückten systemisch-strukturelle Anpassungen in den Vordergrund (wie sie auch im Entwurf zur Krankenhausreform anklingen), um auf makroökonomischer Ebene Effizienzpotenziale für das Gesamtsystem zu erschließen. Dementsprechend adressierten die Teilnehmer ihre Forderungen vor allem an die Bundespolitik:

- höhere Durchlässigkeit der Sektorengrenzen, wenn nicht gar deren weitgehende Aufhebung
- substanzieller Abbau der Bürokratielast
- mehr Autonomie für Reformen auf den unteren Ebenen, etwa durch Regionalbudgets (Capitation)
- stärkere Regulierung von teurer Leiharbeit bei Ärzten und Pflegekräften
- sektorübergeifende Weiterbildung
- Schaffung und Finanzierung neuer Berufsbilder
- Harmonisierung bei der Anerkennung ausländischer Ausbildungen

Trotz der überragenden Bedeutung bundespolitischer Maßnahmen sei es wichtig, auf lokaler und Länderebene jetzt aktiv zu werden, riet abschließend Prof. Schmid. „Gestalten Sie an Ihren Standorten lieber früher als später. Abwarten ist die schlechteste Option von allen.“

Dr. med. Christine Adolph

Martin Spegel

Dr. med. Bettina Beinhauer

Stefan Wöhrmann

Sophie Schwab

Dr. Achim Jockwig

WAS KOMMT NACH DEM AUFENTHALT IM KRANKENHAUS? UND WER SOLL SICH DARUM KÜMMERN?

Als „Abverlegung“ bezeichnen Krankenhausärzte folgenden Umstand: In einer Klinik liegt ein Patient, der keinen akuten medizinischen Behandlungsbedarf (mehr) hat; doch weil seine Verlegung (oder eben „Abverlegung“) in eine nachgelagerte Versorgungsstufe – z. B. in eine Kurz- oder Langzeitpflegeeinrichtung, in eine Reha-Klinik oder nach Hause – nicht organisiert werden kann, bleibt der Patient in der Klinik, wo er vielleicht ein Bett für einen dringenderen Fall blockiert und unnötige Kosten für das gesamte System verursacht. Diesen Missstand und mögliche Abhilfen diskutierten Experten bei einem Luncheon Roundtable der Rhön Stiftung – wie so oft: kontrovers.

Für die Abverlegung entlassfähiger Patienten in niederschwelligere Versorgungseinrichtungen (das können auch die eigenen vier Wände sein) sprechen Gründe, die mehrere Teilnehmer der Veranstaltung vorbrachten: „Kliniken sind die teuerste Versorgungseinheit, und es ist auch nicht die Kompetenz des komplexen Schiffes Medizinbetrieb, die nachgelagerten sozialen Lösungen zu organisieren.“ Ganz abgesehen vom bürokratischen Aufwand, der dadurch entsteht, dass mit dem Medizinischen Dienst und den Krankenkassen viele Details geklärt werden müssen. Es könne deshalb nicht Aufgabe eines Krankenhauses sein, diese Prozesse zu steuern.

Dem widersprachen Diskussionsteilnehmer, es sei die gesellschaftliche und regionalpolitische Verantwortung gerade von Kliniken im ländlichen Raum, sich darum zu kümmern. Denn sie seien es, die über die notwendige Organisationskraft und das Volumen verfügten, um die Nachversorgung in der eigenen Region zu organisieren. Das sei nicht leicht, aber machbar, meinte ein Diskutant und berichtete von einem Standort, wo dies gut gelungen sei, sogar mit einigem wirtschaftlichem Erfolg. Er appelliere deshalb an alle, aus dem Krankenhaus heraus die Netzwerke selbst aktiv aufzubauen. Andere Teilnehmer sprachen sich jedoch dafür aus, die Verantwortung auf die Kommunen und Gemeinden zu übertragen, sie wüssten schließlich am besten Bescheid über die Bedarfe und Gegebenheiten vor Ort.

DIE DISKUTANTEN

Mit den Gastgebern von der Rhön Stiftung – Prof. Boris Augurzky, Eugen Münch, Prof. Bernd Griewing, Prof. Andreas Beivers und Annette Kennel – diskutierten:

- Dr. med. Christine Adolph, Vorständin Medizinischer Dienst
- Dr. med. Bettina Beinhauer, Leiterin Medizinmanagement, AGAPLESION gAG
- Dr. Achim Jockwig, Vorstandsvorsitzender Klinikum Nürnberg
- Sophie Schwab, Leiterin der Landesvertretung Bayern, DAK Gesundheit
- Martin Spegel, Bereichsleiter der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- Stefan Wöhrmann, Leiter Abteilung Stationäre Versorgung beim Verband der Ersatzkassen (vdek)

Diskutiert wurde auch, ob Krankenhäuser nicht selbst Pflegebetten einrichten könnten. Dagegen spricht allerdings, dass die meisten Kliniken schon jetzt sehr knapp an Personal sind; zudem ist die Umwandlung eines Krankenhausbetts in ein Pflegebett durch gesetzliche Vorgaben nicht ohne weiteres möglich. Das eigentliche Problem, darüber herrschte Einigkeit, sei besagter Personalmangel, der nicht nur die Kliniken betreffe, sondern eben auch die nachgelagerten Institutionen. Umso wichtiger sei es deshalb, jetzt für effizientere Strukturen zu sorgen. „Die Versorgung muss endlich vom Patienten her gedacht werden“, forderte ein Diskutant und kritisierte: „Es gibt keinerlei Verzahnung zwischen akutstationärer Einrichtung und allen anderen Dingen, die der Patient benötigt. Dann bleibt nur das Krankenhaus, das alles vorhalten muss, wofür wir alle teuer bezahlen.“ Die Problematik sei seit Jahrzehnten bekannt, umso erstaunlicher sei es, dass der Zustand unverändert andauere.

LUNCHEON ROUNDTABLE

Alle Luncheon Rountables zum Anschauen finden Sie ▸ **hier**.

NOTFALLVERSORGUNG IN NOT: GELINGT ES, DEN GORDISCHEN KNOTEN ZU DURCHSCHLAGEN?

Es ist mächtig Druck im Kessel, seit vielen Jahren. Und alle wissen und erleben es – die Ärzte und Pflegefachpersonen in den Krankenhäusern, die Patienten, die Rettungssanitäter, die Haus- und Fachärzte: Die Notaufnahmen sind am Limit, oder schon darüber. Personell. Finanziell. Konzeptionell. Die Empfehlungen einer Regierungskommission sollen nun die Wende bringen. Aber können sie das leisten? Anlass für die Rhön Stiftung, bei einem Luncheon Roundtable mit Experten (siehe Kasten) über die Notfallversorgung in Not zu diskutierten.

Zwei Maßnahmen bilden den Kern der Vorschläge. Zum einen sollen Menschen, die sich an den Rettungsdienst (112) oder an den kassenärztlichen Notdienst (116 117) wenden, nach telefonischer oder telemedizinischer Ersteinschätzung durch eine integrierte Leitstelle (ILS) in die geeignete Versorgungsstruktur gesteuert werden. Diese Leitstellen sollen die primären Anlaufstellen sein und so die Notaufnahmen entlasten. Zum anderen sollen an bestimmten Krankenhäusern integrierte Notfallzentren (INZ) entstehen, bestehend aus einer Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notfallpraxis sowie einem „Tresen" als Entscheidungsstelle. Auch hier ist das Ziel, durch bedarfsgerechte Steuerung entweder in die Notaufnahme oder in die kassenärztliche Notfallpraxis personelle, finanzielle und materielle Ressourcen zu schonen und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Während die Diskutanten mehrheitlich sowohl die Vernetzung der Notfallnummern (ILS) als auch den gemeinsamen Notfalltresen (INZ) als Schritt in die richtige

Richtung begrüßten, gab es konträre Meinungen zur Frage, wer das Personal für das INZ stellen soll. „Wenn es ein KV-Arzt ist, rechnet sich das für ihn nicht, weil er im INZ nur 1,2 ambulante Notfallpatienten in der Stunde hat und nicht acht bis zwölf wie in seiner Praxis", sagte ein Teilnehmer und schnitt damit die heikle Frage der Vergütung an. Während die Mehrheit der Teilnehmer die richtige Incentivierung favorisierte, damit ambulanter und stationärer Sektor effizienter zusammenarbeiten, plädierte ein Experte für Sanktionierungen: „Wenn Patienten auf der falschen Stufe behandelt werden, muss man dafür weniger Geld geben anstatt Anreize zu setzen."

Eine bedenkenswerte Äußerung machte ein Teilnehmer zu den Ursachen der oft überfüllten Notaufnahmen: „Wir sollten nicht Patienten dafür verantwortlich machen, dass sie sich für einen Notfall halten, auch wenn sich retrospektiv zeigt, dass sie keiner sind"; viel eher sei dies ein Beleg für die schlecht funktionierenden, vorgeschalteten Strukturen. Und die, so die überwiegende Wahrnehmung der Teilnehmer, krankten an der mangelnden Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg. Ein Teilnehmer schlug sogar vor, „die Mauer zwischen den Sektoren einzureißen" und forderte mehr Mut der verantwortlichen Akteure. Andere hielten dagegen, die Gesellschaft sei nicht ausreichend reformbereit dafür, man müsse deshalb das realpolitisch Umsetzbare anstreben. Evolution oder Revolution? Wie nicht anders zu erwarten, war das Meinungsbild beim Luncheon Roundtable nicht eindeutig, wohingegen Konsens darüber bestand, dass die Kommission immerhin eine Diskussion angestoßen habe für den Beginn eines überfälligen Reformprozesses.

LUNCHEON ROUNDTABLE

Alle Luncheon Rountables zum Anschauen finden Sie ▸ **hier**.

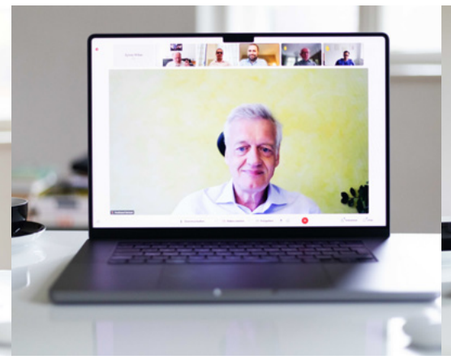
ES DISKUTIERTEN

Neben den Einladenden von der Rhön Stiftung – Prof. Boris Augurzky, Eugen Münch, Prof. Bernd Griewing, Prof. Andreas Beivers und Annette Kennel – diskutierten:

- Prof. Dr. Christoph Dodt, Chefarzt Klinik für Akut- und Notfallmedizin München Klinik Bogenhausen
- Martin Degenhardt, Geschäftsführer FALK (freie Allianz der Länder-KVen)
- Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Geschäftsführender Oberarzt, Leiter des ECMO-Zentrums, Kliniken Köln
- Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband
- Prof. Dr. Rajan Somasundaram, Ärztlicher Leiter Notaufnahme Campus Benjamin Franklin, Charité

Dr. Wulf-Dietrich Leber

Prof. Dr. Christoph Dodt



Prof. Dr. Ferdinand Gerlach

Prof. Dr. Rajan Somasundaram

Prof. Dr. Christian Karagiannidis

Martin Degenhardt

THINK CAMP

JETZT BEWERBEN! NEUES THINK CAMP THEMA: KI UND CHATGPT

Beim Workshop-Format Think Camp der Rhön Stiftung für Nachwuchskräfte geht es diesmal um das hochaktuelle Thema KI und ChatGPT in der Gesundheitsversorgung: Welche Rolle können, sollen und dürfen Künstliche Intelligenz und das Dialogsystem in der Medizin spielen? Wo liegen Chancen, Risiken, ethische und juristische Herausforderungen? An derlei Fragen arbeiten 15 Studierende und Berufsanfänger aus Medizin, Pflege, Gesundheitsökonomie oder Public Health mit hochkarätigen Dozenten von Freitagmittag, 10. November bis Sonntagmittag, 12. November 2023. Veranstaltungsort ist diesmal Essen.

Die Rhön Stiftung freut sich auf Bewerbungen von Studierenden (ab dem 5. Semester), Doktoranden und Berufsanfängern bis zum 30.10.2023 per Mail an kontakt@rhoen-stiftung.de. Weitere Informationen finden Sie unter www.rhoen-stiftung.de/think-camp/

BRAIN SNACK

Alle BrainSnacks zum Anhören finden Sie ▸ **hier**.

WANN ÜBERNEHMEN DIE ROBOTER, FRAU GRAF?

Im beliebten Brain Snack der Rhön Stiftung antwortet die Ingenieurin Dr. Birgit Graf auf die Frage, wann Roboter in Kliniken und Pflegeheimen das Kommando übernehmen, so: „Das werden sie sicher nicht so schnell, und das ist auch gut so, weil es viele Interaktionen zwischen Menschen gibt, die nicht durch Maschinen ersetzt werden sollten." Dann führt die Robotikexpertin vom Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung (IPA) aus, wo Roboter aber sehr wohl wertvolle Dienste leisten und so dadurch Pflegekräften Zeit freischaufeln für das, was nur Menschen können. Im Gespräch mit dem Journalisten Sebastian Balzer erklärt Dr. Graf, was Roboter heute tatsächlich leisten können, wo sie noch Lernbedarf haben und wo Deutschland in der Robotik im internationalen Vergleich steht. Wer es ganz genau wissen will, dem sei das lesenswerte Buch „Robotik in der Gesundheitswirtschaft – Einsatzfelder und Potenziale", empfohlen, das Dr. Graf und andere Autoren geschrieben haben und das jetzt in der 2. überarbeiteten und erweiterten Auflage im medhochzwei Verlag erschienen ist. Hören Sie das Gespräch mit Frau Graf ▸ **hier**.

BRAINSNACK ZU HÜFT-OPS: WENIGER KANN MEHR SEIN – FÜR ALLE

Im Sommer sprach der Gesundheitsökonom und Chief Officer Integrated and Digital Care bei den Asklepios Kliniken, Dr. Benedikt Simon, in einem BrainSnack, dem man viele Zuhörer wünscht. Denn Simon legte dar, wie der „Hüftgelenks-OP-Weltmeister" Deutschland gigantische Summen für das Gesundheitssystem einsparen und dabei noch die Versorgungsqualität für die Patienten verbessern könnte. Simon nahm als Beispiel die Praxis in den USA, wo Hüftgelenkspatienten der Kaiser Permanente nach der OP nicht tagelang im Krankenhaus liegen und auch nicht in die Reha gehen. Stattdessen werden sie ausführlich auf den Eingriff vorbereitet und danach zu Hause begleitet. Ergebnis: Sowohl die Wiederaufnahmerate als auch Revisions-Operationen sind signifikant niedriger bzw. seltener als hierzulande. Auf Deutschland hochgerechnet würden durch den alternativen Versorgungsprozess 4.000 Betten in Krankenhäusern und 10.000 Betten in Reha-Einrichtungen frei werden. Neugierig geworden? Hören Sie das Gespräch des Journalisten Sebastian Balzter mit Dr. Simon ▸ **hier**.

+++ AUS DER STIFTUNG +++

NEUER NAME: RHÖN STIFTUNG ANSTELLE VON STIFTUNG MÜNCH

Die 2014 von Eugen Münch gegründete Stiftung Münch firmiert jetzt unter dem neuen Namen „Rhön Stiftung Eugen und Ingeborg Münch“. Zu diesem Namenswechsel haben wir uns entschlossen, weil es eine andere Stiftung Münch gibt, mit der wir immer wieder verwechselt wurden. Der neue Name Rhön Stiftung steht für die Verbundenheit des Stifters mit der Region. Im Zuge der Namensänderung haben wir auch unser Logo erneuert: Das M steht für den Namen Münch und ist in Höhenlinien integriert, die symbolisch für das über Deutschland ausgebreitete Konzept der Netzwerkmedizin stehen, das Eugen Münch entwickelte. Die neue Internetadresse lautet **www.rhoen-stiftung.de**.

Unseren Namen haben wir verändert, nicht jedoch unseren Stiftungszweck mit dem übergeordneten Ziel, auch in einer alternden Gesellschaft „den Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen zu erhalten, ohne dass Leistungen rationiert werden“. Unverändert sind wir eine unabhängige, als gemeinnützig anerkannte Stiftung, die ihr Wissen öffentlich zur Verfügung stellt (und im Übrigen nicht verbunden ist mit der RHÖN KLINIKUM AG). Unverändert bleibt auch das Stiftungsteam mit dem Vorstandsvorsitzenden Prof. Boris Augurzky, den Vorständen Eugen Münch (stellv. Vorsitz), Prof. Dr. med. Bernd Griewing und Dr. Christian Zschocke sowie Annette Kennel (Geschäftsführung) und Prof. Andreas Beivers (Leitung wissenschaftliche Projekte).

EUGEN MÜNCH-PREIS 2023: DER COUNTDOWN LÄUFT

Nicht mehr lange, dann werden wieder junge **Firmengründer und Nachwuchswissenschaftler** zu den Trägern des Eugen Münch-Preises erklärt. Rund 100 Bewerbungen sind für die **zwei Kategorien „Wissenschaft und praktische Anwendung“** sowie **„Bestes Start-up im Gesund-heitswesen“** bei der Rhön Stiftung eingegangen; derzeit arbeitet sich die Jury durch das eingesandte Material, das durchweg von sehr guter Qualität war. Die Bekanntgabe der Preisträger findet am **23. November 2023** bei einer Feier im Bayerischen Hof in München statt. Dabei treffen die Ausgezeichneten nicht nur auf interessante Gäste und potenzielle zukünftige Partner aus der Gesundheitswirtschaft, von Kliniken, Krankenkassen, Universitäten und anderen Institutionen. Sie nehmen auch jeweils einen Scheck über **20.000 Euro** entgegen und einen Film, der ihre preisgekrönte Arbeit vorstellt und sehr hilfreich sein kann bei der weiteren Entwicklung der Erfindung bzw. des Start-ups.

IMPRESSUM

Themen | Ausgabe 02/23

Herausgeber
RHÖN STIFTUNG
Eugen und Ingeborg Münch
Salzburger Leite 1 | Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34
kontakt@rhoen-stiftung.de
www.rhoen-stiftung.de

V. i. S. d. P.
Annette Kennel

Texte
Stefan Scheytt
Uwe K. Preusker

Gestaltung
Sonja März

Fotonachweis
Rhön Stiftung
Sylvia Willax
Uwe K. Preusker

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender), Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Rhön Stiftung ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64

RHÖN STIFTUNG