



Dialog zu Digitalisierung und Ambulantisierung des Faches

185. Versammlung der RWA tagte in Essen

Zur 185. Versammlung des Vereins Rheinisch-Westfälischer Augenärzte (RWA) hatte in diesem Jahr Tagungspräsident Prof. Nikolaos E. Bechrakis, Direktor der Universitäts-Augenklinik Essen, Ende Januar ins Ruhrgebiet eingeladen. Die Hauptsitzung stand unter dem Motto „Augenheilkunde im Dialog“ und beleuchtete Aspekte der digitalen Transformation als auch der zunehmenden ambulanten Versorgung in der Augenheilkunde mit Impulsvorträgen und Podiumsdiskussionen. Von Katica Djaković

Rund 500 Teilnehmer, 98 davon beim Pflegeprogramm, nahmen in Essen an der diesjährigen zweitägigen RWA-Tagung, der größten regionalen Vereinigung deutscher Ophthalmologen, teil. In der Hauptsitzung „Augenheilkunde im Dialog“, zu der Vertreter aus Ophthalmologie und Gesundheitspolitik eingeladen waren, wurden die Themen Digitalisierung und Ambulantisierung in der Medizin und Augenheilkunde erörtert.

Das Kursprogramm der Tagung umfasste des Weiteren: IVOM-Grundkurs, Ultraschall-Abschlusskurs (der in der Universitäts-Augenklinik Essen stattfand), RWA-Kurs für okuloplastische Chirurgie (der in Düsseldorf ausgerichtet wurde), Kurse für ophthalmologisches Assistenzpersonal sowie das Weiterbildungsprogramm für Pflegeberufe und medizinische Fachangestellte.

Digitalisierung in der Medizin

Die Hauptsitzung am Samstag eröffnete Prof. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen, mit einem Impulsvortrag zur Digitalisierung in der Medizin. In Deutschland gäbe es keinen Zweifel daran, dass Gesundheitsdaten nicht ausreichend schnell verfügbar sind für behandelnde Ärzte und andere Berufsgruppen. Die in Essen

gesammelten Erfahrungen mit der Corona-Warn-App, der elektronischen Patientenakte und dem elektronischem Rezept „sind leider durch überzogenen Datenschutz begleitet“, beklagte Werner und folgerte, dass die Themen Digitalisierung und Fachkräftemangel nicht voneinander zu trennen seien. Berufsbilder und Tätigkeitsfelder müssen neu definiert werden, weil es Pflegekräfte nicht mehr geben wird und „andere in diese Engpasssituationen hinein müssen“. Zu Ärzteengpässen werde es nicht aufgrund zu weniger Mediziner kommen, sondern weil sich das Berufsverhalten ändere und viele gingen in Teilzeit, so seine Prognose, und deshalb „müssen wir einfach andere Modelle hinbekommen und schauen, wo kann Digitalisierung helfen, was bedeutet Telemedizin“, betonte der Krankenhausmanager.

Die anschließende Podiumsdiskussion moderierte Monika König, WDR-Journalistin und KAKS-Vorsitzende (KinderAugenKrebs-Stiftung). Auf die Frage, wie es mit der Digitalisierung in seiner Augenklinik stehe, zeigte sich Prof. Claus Cursiefen zuversichtlich, dass nach elf Jahren Planungsphase im ersten oder zweiten Quartal dieses Jahres eine digitale Patientenakte implementiert werde. „Wir können uns dann mit dem Oregis-Register der DOG verzahnen“, kündigte der Direktor der Universitäts-Augenklinik Köln und

Generalsekretär der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft an. Dennoch gebe es „erheblichen Optimierungsbedarf nach oben“, so sei beispielsweise die digitale Akte für das Raumarztsystem nicht kompatibel mit der Schwesternstation.

Auch Ulrich Langenberg, Geschäftsführer Politik der Bundesärztekammer, zeigte sich zuversichtlich, dass die ePA dieses Jahr eingeführt werde. Im Prinzip stehe sie zur Verfügung, aber die Nutzung stocke. Für Ärzte sei wichtig, dass Anwendungen den Alltag einfacher machten und für die Patientenbehandlung nützlich seien statt schwerer, komplizierter und bürokratischer, „und das war leider in der Vergangenheit die überwiegende Erfahrung“, fasste der BÄK-Vertreter zusammen.

Laut Dirk Ruiss, Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des Verbandes der Ersatzkassen, sind Infrastruktur und Anwendungen eigentlich gut vorbereitet (eRezept, eAU, ePA, Notfalldatenmanagement), jetzt müssten noch ein paar Stellschrauben angesetzt werden, um die Umsetzung tatsächlich zu befördern. Als Beispiel nannte er die vor der Pandemie keine Rolle spielenden Videosprechstunden, die einen Mehrwert auch in ländlichen Regionen bringen und zukünftig für die Ressourcennutzung eine große Rolle spielen könnten. Als weiteres Beispiel nannte der vdek-Vertreter das „virtuelle Krankenhaus in NRW“, wonach hochspezialisierte Krankenhäuser über telekonsiliarische Beratung Grundversorgern bei der Beurteilung von schwierigen Fällen helfen. Zum einen würden Ressourcen sinnvoll eingesetzt (nicht jedes Krankenhaus müsse den Spezialisten vorhalten) und zum anderen unterstütze es die Versorgung der Versicherten.

Der Kritik von Werner, alles in der Diskussionsrunde Besprochene werde „absolut konterkariert von dem Datenschutz“, setzte Langenberg die Frage entgegen, wie die ärztliche Schweigepflicht in einer digitalisierten Welt zu bewahren ist?

Ambulantisierung in der Medizin

Die Ambulantisierung der Augenheilkunde ist – im Fachvergleich – besonders ausgeprägt, so entfalle ein Drittel der drei Millionen durchgeführten Leistungen des AOP-Kataloges auf den augenärztlichen Bereich, berichtete Langenberg in seinem Impulsvortrag. Und um „endgültig Eulen nach Athen zu tragen“, zitierte er die Umfrageergebnisse der ophthalmologischen Fachgesellschaft, wonach bei den größten Augenkliniken im Mittel 92 Prozent der Behandlungen ambulant und nur acht Prozent stationär erfolgen. Der Koalitionsvertrag der Ampel habe die Ambulantisierung ausgerufen und wolle dies über Hybrid-DRGs umsetzen, auch in der Approbationsordnung für die Studierenden. „Wo bleibt Raum für Weiterbildung und Qualifizierung, wo ist noch die Zeit, wenn alles durchgetaktet sein muss?“, kritisierte der BÄK-Vertreter. Der Prozess der Krankenhausplanung, der die Krankenhausstrukturen verbessern soll, laufe parallel. „Wir reden zukünftig über Fälle, haben uns intensiv mit der Einteilung



Abb. 1: Prof. Jochen A. Werner hielt einen Impulsvortrag zur Digitalisierung in der Medizin.



Abb. 2: Ulrich Langenberg referierte über die Ambulantisierung in der Medizin.



Abb. 3: RWA-Gastgeber Prof. Nikolaos E. Bechrakis und Moderatorin Monika König (WDR-Journalistin und KAKS-Vorsitzende).

in sinnvolle Leistungsgruppen beschäftigt“, berichtete Langenberg. „Das alles soll innerhalb eines halben Jahres mit monatlichen Bundesländer-Treffen auf die Schiene gesetzt werden bis zum Sommer und ab dem Sommer in einem Gesetzgebungsverfahren, der ebenfalls sechs Monate dauern und ab dem 1. Januar 2024 wirksam sein soll.“ Mit Sorge blicke die BÄK auf die „dunkle Seite der Ambulantisierung“ und den wachsenden Einfluss privater Kapitalinvestoren in der ambulanten Versorgung. Die Gesetze waren eigentlich gut



Abb. 4: Podiumsdiskussion (v.lks.): Dr. Karsten Paust (Landesvorsitzender Nordrhein des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands), Ulrich Langenberg (Geschäftsführer Politik der Bundesärztekammer), Prof. Claus Cursiefen (Generalsekretär der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft), Prof. Jochen A. Werner (Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen), Dirk Ruiss (Leiter der NRW-Landesvertretung des Verbandes der Ersatzkassen) und Prof. Nikolaos E. Bechrakis (Direktor der Universitäts-Augenklinik Essen).



Abb. 5: RWA-Präsident Prof. Markus Kohlhaas mit den Preisträgern des Wissenschaftspreises. Dr. Leon von der Emde (lks.), Bonn, wurde ausgezeichnet für sein Projekt „KI zur Charakterisierung und Optimierung der quantitativen Fundusautofluoreszenz bei AMD“, Dr. Friedrich Steindorf (Düsseldorf) arbeitet an der Entwicklung von Hydrogelkontaktlinsen zur Behandlung infektiöser Keratitiden.



Abb. 6: Dr. Svenja Sonntag (lks.) und Dr. Stefanie Gniesmer (beide aus Lübeck) erhielten den Dr. Georg-Preis für ihre gemeinsame Arbeit „Neues Stent-Material zur Modulation der Wundheilungsreaktion bei filtrierenden Glaukomeingriffen“.

gemeint, man hatte schon versucht, den Kreis der MVZ-Träger zu begrenzen, dabei aber übersehen, dass „jeder ein Krankenhaus kaufen kann“, auch ein internationaler Private-Equity-Konzern, „diese Lücke muss nach unserer Meinung geschlossen werden“, betonte Langenberg. Bei der Ambulantisierung sei Geld sparen auch wichtig, aber im Vordergrund müsse das Patientenwohl stehen. Die ärztliche Weiterbildung dürfe nicht aus dem Fokus geraten und muss auch weiterhin stattfinden. Benötigt wird ein tragfähiges Gesamtkonzept inklusive praxistauglicher Digitalisierung, „sonst wird das gar nichts werden mit der Ambulantisierung“.

In der anschließenden Podiumsdiskussion verwies die Moderatorin auf Werners Publikation „So krank ist das Krankenhaus“, wonach es zu viele Krankenhausbetten gibt, die im Hinblick auf den demografischen Wandel nicht mehr leistbar sind. Auf die Frage, ob dies auch für die Augenkliniken gelte, antwortete Werner, er denke zuletzt an die Augenkliniken, sondern zu allererst über den Pflegenotstand, über die Anzahl von Pflegekräften, über die Anzahl der Krankenhausbetten etc. „Wir müssen diesen Weg der Ambulantisierung gehen, Augenkliniken sind schon einen großen Schritt gegangen, andere Fächer nicht so“, befand der Befragte.

Die Augenheilkunde stelle nur 0,2 Prozent aller Krankenhausbetten in Deutschland und sei „ein dankbares Fach“, um dieses Thema zu besprechen, denn „wir sind extrem durchambulantisert, 85 Prozent der Patienten in Augenkliniken werden ambulant behandelt“, hob Cursiefen hervor. Seine größte Sorge gelte der Erhaltung der Kompetenzstrukturen in der Augenheilkunde, um komplexe Behandlungsfälle zu versorgen.

Laut Ruiss muss eine Krankenhausreform in Schulterschluss mit den niedergelassenen Kollegen gedacht werden. Die Krankenhausplanung als solche in NRW sei richtig, sie wolle spezialisieren, auch Betten abbauen („ist absolut notwendig“), aber die Ressourcenbegrenzung, die überall auf der ärztlichen, der pflegerischen und der Versorgungsebene absehbar sei, mache eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung und damit bessere Versorgung zwingend nötig. Er glaube nicht, dass es in der Krankenhausplanung in der Augenheilkunde zu großen Veränderungen kommen werde. Als Spezifikum in Nordrhein habe der vdek mit den Augenärzten einen ambulanten chirurgischen Vertrag (Netzhaut- und Glaskörperchirurgie) vereinbart, aber „mir wäre es fast lieber, wenn solche Strukturen in die Regelversorgung kommen und wir nicht in aufwändigen Vertragsverhandlungen in den Selektivbereich herumdoktern“, so Ruiss.

Dr. Karsten Paust, Landesvorsitzender Nordrhein des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands, erkennt bezüglich zunehmender Ambulantisierung für sich als niedergelassenen Augenarzt „nichts Neues“ auf sich zukommen, denn „wir sind dahingehend ein blendend aufgestelltes Fach“. Keinen Sinn mache, komplizierte Operationen, die einer stationären Betreuung bedürfen, ins

Ambulante hineinzuzwingen. Ärzte und Fachgesellschaften werden befragt und sollen in einer Stellungnahme begründen, welche OP welche Schwierigkeit bereiten könnte und weshalb der Patient stationär verbleiben sollte – „und dann geht das in die Tonne“, beklagte der BVA-Vertreter. Er sehe besorgt einer gefährlichen Entwicklung in der Augenheilkunde entgegen, die ein gut funktionierendes System zwischen Niederlassung und Klinik zerstöre.

Auf die Frage der Moderatorin, was bei iMVZ schief laufe, schilderte Langenberg Berichte an die BÄK von Ärzten, die in solchen Strukturen arbeiten oder gearbeitet haben und dort noch stärker in ein Spannungsfeld gerieten zwischen Ökonomie, Geldverdienen und dem, was sie eigentlich für medizinisch notwendig hielten. „Wir haben zum anderen die Sorgen, dass es Fokussierung gibt auf Leistungen, die besonders lukrativ sind und dass denjenigen, die Zuwendung brauchen, signalisiert wird, sie sollen woanders hingehen“, benannte Langenberg Klagen und Sorgen aus dem Berufsstand, die mangels fehlender Transparenz jedoch schwer zu belegen seien.

Als Leiter der Universitäts-Augenklinik Essen formulierte Bechrakis die Sorge um eine profunde Ausbildung seiner Studenten, denn mit der Ambulantisierung gingen auch entsprechende Einschränkungen einher: „Wie soll ich meine jungen Ärzte in der simplen Chirurgie ausbilden, wenn die nicht vorhanden ist und nur die hochkomplexen Fälle zu bewältigen haben?“. Man müsse Grundlagen schaffen für einen gesunden Mix. Eine Verzahnung mit dem niedergelassenen Bereich könne er sich vorstellen, aber es müsse strukturell möglich sein, dass die Ausbildung sowohl im primären Studentenbereich als auch im ärztlichen Bereich nicht gefährdet werde und weiterhin bestehen bleibe.

Zur 186. RWA-Versammlung lädt Prof. Claus Cursiefen am 26. und 27. Januar 2024 nach Köln ein.

Katica Djaković

E-Mail: redaktion@augenspiegel.com

Softacort®
unkonserviert Hydrocortison



Ein sinnvoller Therapieansatz bei Augenoberflächen-Entzündungen



100% SANFTES HYDROCORTISON

- Mildes Corticosteroid
- Minimale Penetration
- Gutes Sicherheitsprofil

0% KONSERVIERUNGSMITTEL



Softacort® 3,35 mg/ml Augentropfen, Lösung im Einzeldosisbehältnis

Wirkstoff: Dinatrium (hydrocortison-21-phosphat). **Zusammensetzung:** 1 ml Augentropfen, Lösung enthält 3,35 mg Dinatrium(hydrocortison-21-phosphat). 1 Tropfen enthält ca. 0,12 mg Dinatrium (hydrocortison-21-phosphat). Sonstige Bestandteile: Natriummonohydrogenphosphat, Natriumdihydrogenphosphat, Natriumchlorid, Natriumedetat, Salzsäure, Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung leichter, nicht infektiöser allergischer oder entzündlicher Konjunktivitis. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, bekannte Erhöhung des Augeninnendrucks durch Glucocorticoide oder durch andere Gründe verursacht, akute Infektion mit Herpes Simplex Viren sowie die meisten anderen viral bedingten Hornhautinfektionen im Akutstadium der Ulzeration (es sei denn andere spezifische Chemotherapeutika zur Behandlung von Herpes Viren werden zeitgleich angewendet), Konjunktivitis mit ulzerierender Keratitis auch im Anfangsstadium (positiver Fluoreszein-Test), Augentuberkulose, Pilzinfektionen der Augen, akute eitrige Augeninfektionen, eitrige Konjunktivitis und eitrige Blepharitis, Gerstenkorn und Herpes Infektionen, die durch entzündungshemmende Arzneimittel maskiert oder verschlimmert werden können. **Nebenwirkungen:** Hydrocortison: Häufigkeit nicht bekannt: Brennen, Stechen (meist unmittelbar nach dem Einträufeln). Zu den typischen Nebenwirkungen von Corticosteroiden zählen: Häufigkeit nicht bekannt: Allergische und Überempfindlichkeitsreaktionen, verzögerte Wundheilung, posteriorer Kapselkatarakt, opportunistische Infektionen (Herpes simplex-, Pilzinfektionen), erhöhter Augeninnendruck/Glaukom, Mydriase, Ptosis, Corticosteroid-induzierte Uveitis, Veränderungen der Hornhautdicke, kristalline Keratopathie, verschwommenes Sehen. In sehr seltenen Fällen wurden bei einigen Patienten mit stark geschädigter Hornhaut im Zusammenhang mit der Anwendung von phosphathaltigen Augentropfen Fälle von Kalkablagerungen in der Hornhaut berichtet. Bei Krankheiten, die eine Reduktion der Dicke der Cornea und Sklera verursachen, kann in manchen Fällen die topische Anwendung von Corticosteroiden das Risiko einer Perforation erhöhen. **Warnhinweis:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig.** Théa Pharma GmbH, Schillerstr. 3, 10625 Berlin. Stand: Oktober 2018.