



Presseinformation

München, 11. Oktober 2007

Wettbewerb – schädlich oder heilsam?

Die Frage nach dem richtigen Gleichgewicht zwischen Wettbewerb und Regulierung beschäftigt die Teilnehmer des diesjährigen **6. Europäischen Gesundheitskongresses München**. Zum zweitägigen Spitzentreffen der Gesundheitsbranche am 11. und 12. Oktober werden rund 700 Klinikmanager sowie Vertreter aus Politik, Wissenschaft und Versicherungswirtschaft in der bayerischen Landesmetropole erwartet. „Wettbewerb im Gesundheitswesen ist ein konflikträchtiges Dauerthema“, erklärt **Prof. Dr. Günter Neubauer** vom Institut für Gesundheitsökonomik in München und wissenschaftlicher Leiter des Europäischen Gesundheitskongresses. „Halten die einen Wettbewerb im Gesundheitssektor generell nicht für zielführend, ja sozial diskriminierend, sehen die anderen darin ein Allheilmittel.“

Die Debatte über mehr Wettbewerb sei aber keine rein deutsche Angelegenheit. „In allen europäischen Staaten wird derzeit mit Wettbewerbskonzepten experimentiert“, betont Neubauer. In den staatlichen Gesundheitssystemen werde dabei der „interne Wettbewerb“, in den Sozialversicherungssystemen „der Wettbewerb über die Krankenversicherungen und Leistungserbringer in verschiedenen Formen des Managed Care“ praktisch erprobt. Ergebnis solcher Versuche sei in der Regel das „Konzept des regulierten Wettbewerbs, womit sich wiederum die Frage nach dem optimalen Verhältnis zwischen Regulierung und Wettbewerb stelle. „Genau das tun wir beim Kongress“, erklärt Neubauer. Eröffnet wird der **6. Europäische Gesundheitskongress München** am Donnerstag, 11. Oktober, um 9.00 Uhr, von Berlins früherem Gesundheitssenator, Kongresspräsident **Ulf Fink**.

Zu hören sind mehr als 100 Vorträge und Diskussionsbeiträge unter anderen zu diesen Themen:

Gesundheitsversorgung in Europa: Wo ist was gut gelöst? Eröffnungsveranstaltung am Donnerstag, 11. Oktober, 9.00 Uhr bis 10.45 Uhr: Gesundheitspolitik in Europa – das bedeutet noch immer nationale Gesundheitspolitik in 27 Mitgliedsstaaten. „Was fehlt, ist eine gemeinsame gesundheitspolitische Vision“, sagt **Prof. Klaus Hekking**, Vorstandsvorsitzender der SRH Kliniken GmbH in Heidelberg. „Es macht ja keinen Sinn, einen europäischen Gesundheitsbürger kreieren zu wollen, der sich nach einer EU-Norm verhält. Die Unterschiede sind einfach zu groß. Viel wichtiger ist die Frage, welchen gesundheitspolitischen Stil wir in Europa pflegen wollen.“ Daher seien die EU-Staaten aufgerufen, „einen gesunden Mittelweg zwischen Vollversorgung und Eigenverantwortung, zwischen Staatsinterventionismus und Selbstverwaltung, zwischen Regulierung und Wettbewerb und zwischen Prävention und Kuration zu finden.“ Dem Blick über den nationalen Tellerrand kommt in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung zu: Eine stärker international geprägte Betrachtung ökonomischer Zusammenhänge im Gesundheitswesen und der Strukturen in anderen Ländern kann helfen, andere oder gar bessere Erkenntnisse für die jeweiligen Reformbemühungen zu gewinnen. Die Eröffnungsveranstaltung mit Statements von Bayerns Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, **Christa Stewens**, von **Prof. Dr. Peter Zweifel**, Professor für Ökonomie an der

Universität Zürich, und **Bernd von Polheim**, Vizepräsident von GE Healthcare Europe – ein Unternehmen, das medizintechnische Lösungen sowie Beratungsleistungen in der Gesundheitswirtschaft liefert und derzeit weltweit rund 46.000 Mitarbeiter beschäftigt. Moderation: **Prof. Klaus Hekking** und **Senator a. D. Ulf Fink**.

Die Zukunft der Krankenhausversorgung – Globale Trends, nationale Antworten; Sitzung am Donnerstag, 11. Oktober, 11.00 Uhr bis 12.30 Uhr: Die Krankenhauslandschaft befindet sich weltweit im Umbruch: Krankenhäuser sind längst keine „Behörden“ mehr, in den Patienten „versorgt“ werden. Kliniken verstehen sich mehr und mehr als moderne Dienstleister, die unter veränderten Rahmenbedingungen wirtschaften müssen. Beispiel Deutschland: Hier hat das Jahr 2007 mit großen Herausforderungen für die rund 2.100 Kliniken begonnen: Kürzungen im Zuge der Gesundheitsreform, Tarifsteigerungen, Mehrwertsteuererhöhung und Neuausrichtung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Laut neuem „Krankenhaus-Barometer 2007“ – vorgelegt vom Deutschen Krankenhaus-Institut (DKI) – will eine Vielzahl der Häuser auf die neuen Herausforderungen mit Stellenkürzungen antworten. Doch ist, was kurzfristig helfen mag, auch langfristig sinnvoll? Gibt es möglicherweise andere Strategien, um am Markt zu bestehen? Finden die Kliniken in Ambulantisierung, Spezialisierung und/oder Privatisierung ihr Heil? Statements dazu von **Dr. Michael Heinisch**, Vorsitzender der Geschäftsführung, Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH (Österreich), und **Bernhard Wegmüller**, Geschäftsführer von H+ Die Spitäler der Schweiz. H+ ist der Verband der öffentlichen und privaten Spitäler und vertritt deren politische Interessen auf nationaler Ebene. Außerdem zu hören sein wird **Dr. Klaus Goedereis**, Vorstand der St. Franziskus-Stiftung Münster. Moderation: **Prof. Dr. Reinhart Waneck**, Präsident des Verbandes der ärztlichen Direktoren und Primärärzte Österreichs und **Prof. Dr. Günter Neubauer**.

Pflegeversicherung nach der Reform: Was wird sich bewegen? Sitzung am Donnerstag, 11. Oktober, 11.00 Uhr bis 12.30 Uhr: In 2008 soll sie kommen, die Pflegereform. Union und SPD haben sich auf Eckpunkte geeinigt. Danach soll u.a. der Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Juli 2008 um 0,25 Punkte auf 1,95 Prozent des Bruttoeinkommens steigen. Kinderlose zahlen wie bisher einen Aufschlag von 0,25 Prozentpunkten. Im Gegenzug dazu sinkt der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung um 0,3 Punkte auf 3,9 Prozent. Die höheren Pflegebeiträge entsprechen zusätzlichen Einnahmen von rund 2,5 Milliarden € jährlich. Dieses Geld soll bis spätestens 2015 ausreichen, um zusätzliche Leistungen zu finanzieren. Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollen zudem künftig mehr Alternativen zum Pflegeheim möglich sein. Geplant sind wohnortnahe „Pflegestützpunkte“, eine Art „Pflege-Berater“ und eine Förderung betreuter Wohnformen: Die Kassen sollen künftig leichter Verträge mit Einzelpflegekräften schließen können, nicht nur mit Pflegediensten. Außerdem sollen sie private Pflege-Zusatzversicherungen vermitteln dürfen. Schrittweise werden die Beträge für ambulante Sachleistungen bis 2012 angehoben: in der Pflegestufe I von 384 auf 450 €, in der Stufe II von 921 auf 1.100 € und in der Stufe III von 1.432 auf 1.550 € im Monat. Das Pflegegeld steigt in Stufe I von 205 auf 235 €, in Stufe II von 410 auf 440 € und in Stufe drei von 665 auf 700 € Die stationären Beträge bleiben in den Stufen I und II zunächst unverändert. In der Stufe III steigen sie schrittweise von 1432 auf 1550 € im Jahr 2012. Die Leistungen für an Demenz erkrankte Menschen und psychisch Kranke sowie geistig Behinderte sollen von 460 auf bis zu 2.400 € im Jahr anwachsen. Die Leistungen der Pflegeversicherungen werden künftig in einem dreijährigen Rhythmus angepasst, erstmals im Jahr 2015. Pflegenden Angehörige sollen künftig einen Anspruch auf sechs Monate unbezahlte Freistellung haben (Pflegezeit). Ein Recht auf Rückkehr soll den Arbeitsplatz sichern. Für Betriebe mit bis zu zehn Beschäftigten ist eine solche Regelung freiwillig. Strittig ist, ob es in Notsituationen die Möglichkeit geben soll, dass Angehörige kurzfristig bis zu zehn Tage lang freigestellt werden. Die SPD beharrt darauf, dass die Pflegekassen für die Freistellung zahlen sollen. Die Union lehnt dies ab. Sie befürchtet, dass dadurch hohe Kosten auf die Pflegekassen zukommen könnten, die für die Pflege betroffener Menschen wieder fehlen würden.

Was bringt die Pflegereform aus Sicht von Pflegebedürftigen und Kassen? Dazu das Impulsreferat von Gesundheits-Staatssekretär **Dr. Klaus-Theo Schröder**. Anschließend Statements von **Dr. Volker Leienbach**, Direktor Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) e.V. und **Dr. Eberhard Jüttner**, Vorsitzender PARITÄTISCHER Gesamtverband e.V..

Europäischer Reha-Kongress – Sitzungsreihe am Donnerstag, 11. Oktober, und Freitag, 12. Oktober:

Was für Akutkrankenhäuser gilt, trifft für Rehakliniken erst recht zu: Ohne Umstrukturierung der Leistungsprozesse geht es nicht. Dabei sind sich die Kenner der Branche sicher: „Reha mit Seeblick“ war gestern. Ein Gutteil der heute stationär erbrachten Reha-Leistungen werde in Zukunft ambulant und wohnortnah von modernen, hochtechnisierten Reha-Zentren erbracht. Vorbei sein dürften auch die Zeiten, in denen Reha überwiegend als „Drei-Wochen-Block“ angeboten wird. Stattdessen wird eine Aufspaltung in drei Mal eine Woche Reha mit bestimmten Zeitabständen kommen, da diese Praxis mehr „Nachhaltigkeit“ verspricht. Doch die Reha steht noch vor weiteren neuen Herausforderungen: So macht etwa die Zunahme chronisch kranker Menschen und die steigende Zahl älterer Arbeitnehmer im Berufsleben neue Angebote medizinischer bzw. beruflicher Rehabilitation notwendig. Mit der Zukunft der Rehabilitation beschäftigt sich im Rahmen des Europäischen Gesundheitskongresses gleich eine ganze Sitzungsreihe, die unter dem Dach des **Europäischen Reha-Kongresses** stattfindet. Dabei geht es u.a. um die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Reha, um mehr Wettbewerb durch Privatisierung, den Begriff der „Nachhaltigkeit“, die Integration von Reha-Anbietern in laufende Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) sowie kombinierte Akut- und Rehaangebote unter einem Dach. Neben Referenten aus Deutschland kommen auch eine Vielzahl von Experten aus Österreich und der Schweiz beim Thema Reha zu Wort, darunter **Dr. Wolfgang Heine**, Geschäftsführer Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), **Thomas Keck**, Leiter der Abteilung Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, **Peter Rothmund**, Vorstandsmitglied beim Bundesverband Deutscher Privatkliniken und Geschäftsführer der Ruland Kliniken, **Prof. Dr. Hartmut Pelinka**, Ärztlicher Direktor an der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt in Wien, **Manfred Manser**, Vorsitzender der Konzernleitung der Helsana Versicherungen AG, sowie **Peter Clausing**, Mitglied der Geschäftsführung der Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, und **Dr. Fabio Mario Conti**, Präsident von Swiss Reha als Vereinigung der Schweizerischen Rehabilitationskliniken.

Prozessoptimierung in Kliniken und durch Kliniken, Sitzung am Donnerstag, 11. Oktober, 13.50 Uhr bis 15.20 Uhr:

Um auf dem Krankenhausmarkt überleben zu können, müssen – wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch – Prozesse effizienter gestaltet werden. Das Motiv liegt auf der Hand: Wer Abläufe am besten optimiert, kann einerseits die niedrigeren Kosten und andererseits die höhere Qualität ausweisen. Über erfolgreiche Wege zur Steigerung von Effizienz und Qualität im Krankenhaus berichtet **Prof. Klaus Hekking**, Vorstandsvorsitzender SRH Kliniken GmbH. Über den Einsatz moderner Informationstechnologie im Gesundheitswesen mit dem Ziel einer besseren Strukturierung von Behandlungsprozessen spricht **Andreas Dahm-Griess**, Leiter Business Center Health Care bei T-Systems Business Services GmbH, in seinem Vortrag „E-Health: Pflicht oder Kür?“. Projekterfahrungen aus Telematiknetzwerken (prospeGKT) werden dabei ebenso vorgestellt wie aktuelle Anforderungen an elektronische Patientenakten. **Hans Adolf Müller**, Leiter für Gesundheitsmanagement bei der Knappschaft Bochum, beschreibt am Beispiel der Knappschaftskrankenhäuser, wie Prozesse schlank, evidenzbasiert und digital gestaltet werden können, ohne dabei den Patienten aus dem Auge zu verlieren. Moderation: **Prof. Heinz Lohmann**, WISO HANSE management GmbH.

Die Zukunft der Primärprävention: Wer bezahlt? Wer bestimmt? Sitzung am Donnerstag, 11. Oktober, 13.50 Uhr bis 15.20 Uhr:

Die gute Nachricht: Die Bundesregierung plant – nach dem gescheiterten Versuch der Vorgänger-Regierung unter Bundeskanzler Gerhard Schröder – einen weiteren Anlauf für ein Präventionsgesetz. Prävention soll damit zu einer eigenständigen Säule ausgebaut und die Kooperation und Koordination entsprechender Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und -zweige „übergreifend und unbürokratisch“ verbessert werden. Die schlechte Nachricht: In der Koalition ist bereits Streit über das Eckpunktepapier von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) ausgebrochen. Das Papier sieht vor, die Gesundheitsvorsorge mit 350 Millionen € aus Mitteln aller Sozialversicherungen und zudem der privaten Krankenversicherung zu fördern. Dazu soll eine Stiftung gegründet werden, die dieses Geld in einem Fonds sammelt und dann verteilt. Die Union lehnt diese „Stiftungslösung“ jedoch ab und setzt stattdessen darauf, bereits vorhandene Erkenntnisse und Kompetenzen zu bündeln. Ein Experten-Gremium solle jährlich Ziele für den vorbeugenden Gesundheitsschutz formulieren und abstimmen. In diesem „Nationalen Präventionsrat“ sollen nach Unions-Vorstellungen die Bildungs- und Sozialminister sowie Gesundheitsfachleute vertreten sein. Die Finanzierung der vom Präventionsrat geplanten Maßnahmen sollen die Träger dann eigenverantwortlich für

ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich übernehmen, also etwa die Krankenkassen für medizinische Leistungen oder die Landesministerien für Sportunterricht oder Ernährungsberatung. Die Opposition dagegen hält ein Präventionsgesetz für völlig überflüssig. Niemand brauche ein solches „Bürokratiemonstrum“. Prävention müsse sich als „gesellschaftlicher Trend“ entwickeln, betont etwa die FDP. Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe liege allein darin, die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung zu verdeutlichen und Menschen, die von sich aus nicht zu einem gesundheitsbewussten Leben in der Lage sind, zielgerichtet dabei zu unterstützen, „gesünder zu leben“. Über die Frage, ob sich Prävention am besten im Wettbewerb organisieren lässt oder es sich um eine Gemeinschaftsaufgabe handelt, die eine nationale, staatliche Koordination erfordert, diskutieren beim Kongress: **Monika Hommes-Rüdiger**, Bundesministerium für Gesundheit, **Dr. Volker Wanek** vom IKK-Bundesverband, **Prof. Dr. Peter Zweifel**, Sozialökonomisches Institut der Universität Zürich, und **Prof. Dr. Hubert Hrabcik**, Generaldirektor für Öffentliches Gesundheitswesen und Arzneimittelwesen im österreichischen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Moderation: **Prof. Dr. Günther F. Kerscher**, Ministerialdirigent Abt. Gesundheit im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Arzneimittel Kosten-Nutzen-Bewertung im Europäischen Vergleich, Sitzung am Donnerstag, 11. Oktober, von 15.50 Uhr bis 17.20 Uhr: Paragraf 35 b, 5. Sozialgesetzbuch, hat es in sich: In diesem erteilt der Gesetzgeber dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) den Auftrag, das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln zu bewerten. Das ist nur konsequent, denn die begrenzten Mittel im Gesundheitswesen – vor allem die der Gesetzlichen Krankenversicherung – sind im Sinne der Beitragszahler „so gut wie möglich“ einzusetzen. „Das System dient nicht dazu, Pharmaprofite zu generieren, sondern jedem Kranken das zur Verfügung zu stellen, was zu einer Gesundung oder Linderung seiner Beschwerden notwendig ist“, betonen etwa Vertreter des IQWiG. Forschende Arzneimittelhersteller verweisen darauf, dass eine zu eng gefasste Kosten-Nutzen-Bewertung „dynamische und medizinische Innovationsprozesse“ hemmt und den medizinischen Fortschritt gefährdet. Unternehmen und Wissenschaftler würden sich erfahrungsgemäß nur dann innovativen Medikamenten und Therapien zuwenden, wenn eine begründete Aussicht auf „positive Kosten-Nutzen-Bewertung“ besteht. Doch nach welchen Kriterien soll diese erfolgen, und wann ist eine medizinische Leistung „zu teuer“? Schließlich: Welche Auswirkungen haben die verschiedenen europäischen Vorgaben auf ein Pharmaunternehmen? Dazu ein Vortrag von **Dr. Klaus Pugner**, Direktor Epidemiologie & Outcomes Research am Pharmazeutischen Forschungsinstitut der Bristol-Myers Squibb International Corporation. Über Kostenkontrolle im österreichischen Erstattungssystem berichtet **Dr. Evelyn Walter**, Geschäftsführerin IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung in Österreich. Über die Arzneimittel Kosten-Nutzen-Bewertung in Deutschland spricht **Dr. Rainer Hess**, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Anschließend folgt eine Diskussion mit **Dr. Nicola Fritz**, niedergelassene Fachärztin in München. Impulsreferat und Moderation: **Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg**, Universität Hannover.

Strukturwandel im Krankenhaus, Sitzung am Donnerstag, 11. Oktober, von 15.50 Uhr bis 17.20 Uhr: Die Krankenhäuser stehen derzeit im Zentrum des Wandels des Gesundheitswesens hin zu einer Gesundheitswirtschaft. Das Klinikmanagement beginnt, in Begriffen der modernen Marktwirtschaft zu denken, die Häuser entwickeln ihr eigenes Produktportfolio und vertreiben „Markenmedizin“. Sie gehen bei Neuerungen und Investitionen „strategische Partnerschaften“ ein und treten immer stärker als Gewährleister denn als Leistungserbringer in Erscheinung. „Der Leistungserbringer unterscheidet sich vom Gewährleister dadurch, dass er die Leistung selbst erbringt, während der Gewährleister die Leistung von anderen erbringen lässt und selbst die Leistungen nur als Generalunternehmer managt“, erklärt Experte Neubauer.

Schon heute seien die Krankenhäuser in weiten Bereichen als Gewährleister tätig – wenn sie etwa die Küchenversorgung outsourcen, Reinigungsdienste oder auch technische Wartungsarbeiten an externe Dienstleister abgeben oder bei der Wiederaufbereitung von Medizinprodukten auf die Dienste spezialisierter Unternehmen zurückgreifen und dem Patienten dadurch gewährleisten, dass solche Leistungen erbracht werden. **Prof. Dr. Jörg Debatin**, Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums (UKE) Hamburg-Eppendorf, zeichnet den Weg des Krankenhauses von einer „Behörde“ hin zu einem modernen „Unternehmen“ nach und beschreibt dabei auch Möglichkeiten, die Mitarbeiter für diesen Wandel zu gewinnen. **Holger**

Strehlau-Schwoll, Sprecher der Geschäftsführung an den Horst-Schmidt-Kliniken Rhein Main GmbH geht auf den Wandel vom Leistungserbringer zum Gewährleister ein. **Robert Schrödel**, Vorstandsvorsitzender der Vanguard AG – Deutschlands größtem Anbieter von Outsourcing-Konzepten bei der zentralen Sterilgut-aufbereitung in Krankenhäusern – beschäftigt sich mit Technologiepartnerschaften als Mittel, um innovative Center-Strukturen zu etablieren.

Ethik: Nicht-Mitwirkung von Patienten als Kriterium für Rationierung, Sitzung am Donnerstag, 11.

Oktober, von 17.35 Uhr bis 18.50 Uhr: „Reisen bildet“: Der Blick zu den Nachbarn lohnt sich auch bei der Frage, ob mangelnde Therapietreue von Patienten als Kriterium für eine Rationierung von Leistungen erhalten kann. Der Hintergrund ist ein ernster – und kostspieliger obendrein: Patienten befolgen oftmals nicht die Anweisungen ihres Arztes, indem sie verschriebene Medikamente nicht wie verabredet einnehmen oder Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen. Das führe, so Experten, zu einer Gefährdung der Therapie und verursache Milliarden an Folgekosten. Doch darf diese Form fehlender Compliance tatsächlich dazu führen, dass Leistungen gekürzt oder Vergünstigungen gestrichen werden? Gesundheitswissenschaftler aus Schweden, Deutschland und der Schweiz melden sich zu diesem kontrovers diskutierten Thema zu Wort.

Das Impulsreferat hält **Prof. Per Carlsson**, Leiter des schwedischen Priorisierungszentrums an der Universität Linköping. Bei Priorisierung im Bereich der medizinischen Versorgung handelt es sich um ein Verfahren, um die Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen festzustellen. Gesundheitsökonomien sehen in Priorisierung die notwendige Voraussetzung jeder sinnvollen Rationierung. Hierfür sei eine am Versorgungsbedarf orientierte Rangfolge von Leistungen notwendig, denn wenn Mittel einer sinnvollen medizinischen Verwendung vorenthalten werden sollen, sollte es vorher einen gesellschaftlichen Konsens darüber geben, wo diese Mittel aus welchem Grund besser eingesetzt werden können. Die Priorisierungsdebatte ist in anderen Ländern zum Teil viel weiter fortgeschritten. So hat das schwedische Parlament bereits 1997 Richtlinien zur Priorisierung verabschiedet. Darin sind drei ethische Prinzipien für alle Priorisierungsentscheidungen festgelegt worden: Alle Menschen seien gleich an Wert und Würde; die Ressourcen sollten nach den Gesichtspunkten des Bedarfs und der Solidarität verteilt werden; und schließlich sei die Kosteneffizienz aller Maßnahmen zu berücksichtigen. Im Anschluss an den Vortrag des Schweden Carlsson folgen Statements von **Prof. Dr. Dr. Dominik Groß**, Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie & Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Aachen zu Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht, sowie von **Dr. Markus Zimmermann-Acklin**, Forschungsbeauftragter am Institut für Sozialethik der Universität Luzern. Anschließend folgt eine Diskussion mit **Barbara Stamm**, Vizepräsidentin des Bayerischen Landtags und Vorsitzende von „Lebenshilfe“, Landesverband Bayern. Moderation: **Dr. Uwe K. Preusker**, Preusker Health Care Ltd. OY.

Krankenhausversorgung: Zwischen Wirtschaftlichkeit und flächendeckender Versorgung, Sitzung am Freitag, 12. Oktober, von 8.30 Uhr bis 10.00 Uhr:

Die Krankenhäuser befinden sich derzeit in einem schwierigen Spagat: Einerseits wachsen die medizinischen Möglichkeiten, die sie ihren Patienten anbieten können. Andererseits schrumpfen die finanziellen Mittel, die sie bekommen, um neue Angebote vorhalten und moderne Untersuchungs- und Behandlungsgeräte einkaufen zu können. Dieser Spagat stellt nicht nur die Strukturen jedes einzelnen Hauses auf eine harte Bewährungsprobe. Es geht auch um grundsätzliche Fragen zur Zukunft der Krankenhausversorgung und zum ordnungspolitischen Rahmen, der dafür gelten soll. Noch liegt die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung bei den 16 Bundesländern. Diskutiert wird jedoch, ob diese Verantwortung dem Bund oder Dritten – etwa den Krankenkassen – übertragen werden soll. Mehr Wettbewerb und größere Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Krankenhäuser würden Vorteile für alle Beteiligten bringen und die Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung erhöhen. Kritiker dieser Gangart betonen, dass ein Wegfall staatlicher Krankenhausplanung zugunsten reiner Marktmechanismen zur Folge habe, „dass entweder bestimmte Leistungen überhaupt nicht bzw. nicht mehr überall dort, wo nötig angeboten, würden oder dass als Anreiz für ein ausreichendes Leistungsangebot Vergütungen vorgesehen werden müssten, die mit dem Ziel der Ausgabenbegrenzung unvereinbar wären“. (*Bayerns Sozialministerin Christa Stewens in einer Rede vor den Mitgliedern der Bayerischen Krankenhausgesellschaft im Dezember 2006*). Über die Zukunft der Krankenhäuser zwischen Wirtschaftlichkeit und flä-

chendeckender Versorgung diskutieren **Dr. Gerhard Knorr**, Abteilungsleiter Krankenhausversorgung im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, **Gebhard Kaiser**, Landrat aus dem Oberallgäu in Österreich, **Dr. Peter Eichenberger**, Direktor des St. Claraspital AG in Basel, sowie **Dr. Michaela Moritz**, Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH. Moderation: **Dr. Thomas Zimmermann**, Mitglied des Bayerischen Landtages und Vorstandsmitglied von Health Care Bayern e.V.

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Innovations- oder Kostentreiber? Sitzung am Freitag, 12. Oktober, von 8.30 Uhr bis 10.00 Uhr: In der Diskussion um eine Modernisierung des Gesundheitswesens spielt der Begriff des Wettbewerbs eine gewichtige Rolle. Die Frage, wie viel Wettbewerb es denn bitte schön sein darf, hat aber nicht nur Bedeutung für das Gesundheitssystem als Ganzes. Die Antwort darauf hat auch Konsequenzen für jedes einzelne Krankenhaus, für jede Rehabilitationsklinik und jede Krankenversicherung. Doch was heißt „Wettbewerb“ eigentlich im Kontext des Gesundheitssystems? Hat dieses Instrument, das möglichst gute Leistungen zu möglichst günstigen Preisen hervorbringen soll, auch auf diesem „Markt, der wie kein anderer ist“, seine Berechtigung? Treibt der Wettbewerb das Gesundheitssystem zu mehr Innovationen an oder verteuert er es nur, weil er ständig neue Produkte und Leistungen hervorbringt, von denen die Versicherten dann beanspruchen, das sie von der Krankenkasse erbracht und finanziert werden? Finden Innovationen nicht auch ohne Wettbewerb statt? Und wenn Wettbewerb weder Innovationen schafft noch Kosten treibt, senkt er dann möglicherweise die Qualität? Über diese und weitere Fragen diskutieren **Prof. Dr. Herbert Rebscher**, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK), **Prof. Dr. Günter Neubauer**, Gesundheitsökonom, sowie **Dr. Frank Ulrich Montgomery**, 1. Vorsitzender Marburger Bund (MB) und Vizepräsident der Bundesärztekammer (BÄK). Moderation: **Dr. Uwe K. Preusker**, Fachjournalist.

Herausforderung Sozialstaat am Beginn des 21. Jahrhunderts: Wertefragen – Medizinisch-technischer Fortschritt – Kosteneffizienz, Sitzung am Freitag, 12. Oktober, von 10.15 Uhr bis 11.45 Uhr: Die Konflikte um die aktuellen Sozialreformen in Deutschland werfen die Frage nach der Weiterentwicklung des Sozialstaatsmodells auf. Dabei ist insbesondere nach den Perspektiven im europäischen Kontext zu fragen, wobei sich die verschiedenen europäischen Staaten und Sozialstaatsmodelle – bei sehr ähnlichen Herausforderungen wie etwa dem demographischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und seiner Finanzierbarkeit – gegenseitig inspirieren können. Wie der Sozialstaat am Beginn des 21. Jahrhunderts umgebaut werden muss, damit er auch künftig bestehen kann, dazu befragt der Münchner Gesundheitsökonom **Prof. Dr. Günter Neubauer** die neue österreichische Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, **Dr. Andrea Kdolsky**. Die ÖVP-Politikerin sorgte zuletzt unter anderem für Schlagzeilen mit ihrem Vorschlag, die Kosten für die Pflege zu Hause steuerlich absetzbar zu machen – ähnlich wie die Kosten für die Kinderbetreuung. Außerdem hat sie vorgeschlagen, die Kosten für Zahnersatz wieder vollständig über die gesetzliche Krankenversicherung zu bezahlen. Kritiker werfen ihr vor, die Pläne seien nicht auf ihre Finanzierbarkeit hin durchdacht. Den Münchner Gesundheitskongress nutzt die gelernte Ärztin, um sich erstmals einem größeren Fachpublikum in Deutschland vorzustellen.

Wie neue Investoren den Gesundheitsmarkt in Bewegung setzen, Sitzung am Freitag, 12. Oktober, von 10.15 Uhr bis 11.45 Uhr: Große internationale Unternehmen und Investoren haben den Gesundheitsmarkt längst für sich entdeckt. Traditionellen Playern am Markt kommt das gerade recht, gilt doch: Ohne Moos nix los. **Dr. Patric Källman** vom Vorstand des Beraterunternehmens im Gesundheitswesen Vasco Advisers zeigt anhand verschiedener Beispiele, wie immer mehr große Gesundheitsunternehmen mit neuen Investitionen nationale Grenzen überschreiten. **Thomas Kraft**, Vice President Sales bei der BrainLAB AG in München berichtet von einem gemeinsamen Bauprojekt mit der Singapore General Hospital Gruppe. Entstehen soll dabei das weltweit erste vollständig digitale Zentrum für Neurowissenschaften. Auf diese Weise werde „deutsche Medizintechnologie auf dem Weltmarkt“ etabliert, ist Kraft überzeugt. **Peter Kappert**, Präsident von Swiss Leading Hospitals, zeigt in seinem Vortrag über internationales Krankenhausmanagement, wie ein Klinikbetreiber sich als globale Marke aufstellt. Impulsreferat und Moderation: **Dr. Uwe Preusker**, Preusker Health Care Ltd OY.

MVZ: Brücke zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung?, Sitzung am Freitag, 12. Oktober, von 15.35 Uhr bis 16.50 Uhr: Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in der im Arztregister eingetragene Ärzte als Inhaber (Vertragsärzte) oder als Angestellte tätig sind. Die unmittelbare Rechtsgrundlage bildet § 95 SGB V. Gesellschafter eines MVZ können nur zugelassene Leistungserbringer nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) sein, also auch Krankenhäuser, Heilmittelerbringer oder andere. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gab es in Deutschland im 2. Quartal 2007 insgesamt 809 MVZ – die meisten davon in den Ländern Bayern, Niedersachsen und Berlin. In den MVZ sind derzeit 3.263 Ärzte tätig, davon arbeiten 2.191 in einem Angestelltenverhältnis. Etwa 62 % der Einrichtungen befinden sich in Trägerschaft von Vertragsärzten, der Rest in Trägerschaft von Krankenhäusern. Das MVZ spielt demnach eine zunehmend wichtige Rolle in der medizinischen Versorgungslandschaft. Doch wie funktioniert diese Brücke zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung eigentlich? Wo gibt es Widerstände, wo Optimierungsbedarf? Zu hören sind Vorträge von **Dr. Felix Cornelius**, Mitglied der Geschäftsführung der POLIKUM Service GmbH, die in Berlin Friedenau mit rund 50 Ärzten das bislang größte MVZ Deutschlands betreibt und weitere Niederlassungen in anderen Städten plant. Zu Wort melden sich außerdem der langjährige Geschäftsführer des SRH Zentralklinikums Suhl, **Harald W. Bachleitner**, sowie **Dr. Bernhard Frieling**, Geschäftsführender Partner im Endokrinologikum Hamburg. Moderation: **Ulrich Glatzer**, Chefredakteur kma – das Magazin der Gesundheitswirtschaft.

Bitte vormerken: Der nächste und dann 7. Europäische Gesundheitskongress München ist für den 9. und 10. Oktober 2008 geplant.

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH, Büro München, Frau Claudia Küng, Mail: claudia.kueng@wiso-gruppe.de

Pressekontakt: Thomas Hommel, Tel.: 030 263 92 49 - 0, Mail: presse@wiso-gruppe.de

Kongress im Internet: www.gesundheitskongress.de: