



## Presseinformation

# Ausgewählte Sitzungen beim 7. Europäischen Gesundheitskongress München

MÜNCHEN (9. Oktober 2008). „Wie viel Solidarität kann sich unser Gesundheitssystem leisten?“ – diese Frage beschäftigt die Teilnehmer des heute beginnenden **7. Europäischen Gesundheitskongresses München**. An dem zweitägigen Spitzentreffen der Gesundheitsbranche nehmen mehrere hundert Klinikmanager, Ärzte sowie Vertreter aus Politik, Wissenschaft und der Versicherungswirtschaft teil. „Die Frage nach dem Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung, von gesetzlich zugesicherter Grundversorgung und privat zu leistender Zusatzversorgung ist das zentrale Thema künftiger Gesundheitspolitik“, erklärt der Präsident des Europäischen Gesundheitskongresses, Berlins früherer Gesundheitssenator **Ulf Fink**.

Zu den Aufgaben des Staates zähle weiterhin die „solidarische Absicherung existenzieller Risiken im Krankheitsfall“. Daneben müsse es aber eine „breite Palette privat abzuschließender Wahlmöglichkeiten für die Versicherten geben“. Eine Mehrheit der Bevölkerung akzeptiere dies. „Die Menschen sind heute bereit, auch außerhalb des Kollektivsystems der gesetzlichen Krankenversicherung etwas für ihre Gesundheit zu tun.“ Der „zweite Gesundheitsmarkt“ habe mittlerweile ein Volumen von über 60 Mrd. € erreicht.

Beim **7. Europäischen Gesundheitskongress München** sind mehr als 100 Referentinnen und Referenten aus dem In- und Ausland zu hören – unter anderem zu diesen Themen:

**Gesundheitsfonds: Wer bekommt mehr, wer weniger? Modell für Europa? Eröffnungsveranstaltung, Donnerstag, 9. Oktober, 9.30 Uhr bis 11.00 Uhr:** Es ist entschieden: Der Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird ab Januar 2009 auf 15,5 % steigen. Im Gegenzug soll der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung von momentan 3,3 % auf 2,8 % sinken. Der Schätzerkreis – besetzt aus Fachleuten des Bundesversicherungsamtes, der Kassen und des Bundesgesundheitsministeriums – konnten sich zuvor nicht auf eine gemeinsame Empfehlung einigen. Die Frage, an der sich die Geister scheiden, lautet: Sind 15,5 % bedarfsgerecht?

Der Münchner Gesundheitsökonom und wissenschaftliche Leiter des Europäischen Gesundheitskongresses, **Professor Günter Neubauer**, sagt: „Wenn der Beitragssatz zu niedrig angesetzt ist, führt das unweigerlich dazu, dass die Krankenkassen schon bald Zusatzbeiträge für ihre Versicherten erheben müssen, weil sie mit dem Geld nicht auskommen.“ Bereits im ersten Halbjahr 2008 mussten die Kassenvorstände ein Defizit von rund 940 Mio. € verbuchen. „Jetzt sollen die Ärzte zweieinhalb Milliarden Euro mehr bekommen, die Krankenhäuser drei Milliarden und die hohen Ausgaben für Arzneimittel müssen ebenfalls gedeckt werden.“ Daher auch die Kritik von AOK, DAK & Co., der jetzt beschlossene Beitragssatz sei zu niedrig. Sie verlangen 15,8 %. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat mehrfach versichert, der GKV-Einheitsbeitragssatz werde „zu 100 % das abdecken, was im kommenden Jahr gebraucht wird“.

Auf dem **7. Europäischen Gesundheitskongress München** diskutieren Spitzenvertreter der Politik, der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Folgen des Gesundheitsfonds und des Einheitsbeitragssatzes ab 2009 – darunter Experten aus der Schweiz und den Niederlanden. Eingangstatements sind zu hören von **Dr. Klaus Theo Schröder**, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG), **Melanie Huml**, Staatssekretärin im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, **Professor Herbert Rebscher**, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), **Dr. Carlo Conti**, Vorsteher des Gesundheitsdepartments des Kantons Basel-Stadt, sowie **Geert Jan Hamilton**, Generalsekretär des niederländischen Parlaments und von 1999 bis 2006 Direktor im Ministerium für Gesundheit der Niederlande.

**Krankenhäuser: Alles selber machen oder was?, Sitzung am Donnerstag, 9. Oktober, 11.30 Uhr bis 13.00 Uhr:** Das Wort „Industrialisierung“ haben Klinikmanager und Chefärzte lange Zeit nur ungern in den Mund genommen. Doch der Druck der Veränderung hat ein Umdenken bewirkt. Um Prozesse zu optimieren und Kosten zu senken, orientieren sich viele Krankenhäuser inzwischen wie selbstverständlich an den Strategien anderer Industriebranchen. Immer öfter übernehmen externe Dienstleister einzelne Aufgaben im Krankenhaus. Gut so, sagen Experten wie der Hamburger Gesundheitsunternehmer **Professor Heinz Lohmann**. „Die Kliniken müssen sich auf ihr Kerngeschäft konzentrieren: gute Medizin und exzellente Pflege“, sagt er. Den Rest – IT, Catering, Logistik, Gebäudemanagement usw. – sollten sie denen überlassen, „die dafür das entsprechende Know-how mitbringen“. In „Systempartnerschaften“ mit Industrie und Service liege die Zukunft der Kliniken.

Über Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation zwischen öffentlichen Kliniken und Dienstleistern berichtet **Professor Alfred Holzgreve**, Direktor für Klinische Forschung beim Berliner Klinikverbund Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH. Über „Effizienzgewinne durch externe Versorgungszentren“ spricht **Robert Schrödel**, Vorstandsvorsitzender der Vanguard AG. Die international tätige Unternehmensgruppe unterstützt Kliniken bei der Steigerung von Qualität und Effizienz rund um den Operationssaal. Dort, so Firmenchef Schrödel, werde sehr viel Geld im Krankenhaus – ein Drittel etwa – ausgegeben. Oder aber eingespart, „wenn entsprechende Prozesse optimal organisiert werden“. Die Auslagerung von Supportprozessen wie Küche, Labor oder Logistik ist Thema des Vortrags von **Dr. Michael Heinisch**, Vorsitzender der Geschäftsführung der Vincenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH in Wien. Sein Ansatz: „Mehr leisten – dafür weniger tun.“ Über Grenzen und Möglichkeiten von Ausgründungen ganzer Klinikbereiche referiert **Jan Stanslowski**, Vorstandsmitglied bei der Sana Kliniken AG.

**Morgen wird alles anders, Sitzung am Donnerstag, 9. Oktober, 11.30 Uhr bis 13.00 Uhr:** Der Wandel im Gesundheitswesen macht auch vor den Rehakliniken nicht halt. Dabei sind sich Branchenkenner einig: Ein Gutteil der Reha-Leistungen wird künftig ambulant und wohnortnah in modernen, hochtechnisierten Reha-Zentren erbracht. Vorbei sein dürften damit auch die Zeiten, in denen Reha als „Drei-Wochen-Block“ angeboten wurde. Doch der Rehabereich steht noch vor weiteren Veränderungen: So macht die Zunahme chronisch kranker Menschen und die steigende Zahl älterer Arbeitnehmer im Berufsleben neue Angebote medizinischer bzw. beruflicher Rehabilitation notwendig. „Die Demografie wird den Bedarf stark verändern“, sagt Kongressleiter **Neubauer**, der beim Kongress eine neue Studie zum künftigen Rehabedarf nach Kostenträgern und Indikationen vorstellt. Neue Wege zur altersgerechten Rehabilitation beschreibt **Peter Clausing**, Sprecher der Geschäftsführung der Paracelcus-Kliniken Deutschland. Der Konzern betreibt in Deutschland derzeit 18 Akutkrankenhäuser und 13 Rehakliniken sowie zehn ambulante Einrichtungen. Dass der Grundsatz „Reha vor Pflegebedürftigkeit“ in Zukunft noch bedeutsamer wird, weil er den Gesundheitssystemen viel Geld spart, diese These vertritt **Dr. Fabio Mario Conti**, Präsident von Swiss Reha. Über aktuelle Entwicklungen der Rehabilitation in Österreich berichtet **Professor Josef Kandlhofer**, Generaldirektor beim Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

**45 Min.-Gesundheits-Talk-Europa: Die Schweiz nutzt das deutsche DRG-Know-how – Können wir auch von unseren Nachbarn lernen?, Donnerstag, 9. Oktober, 13.25 Uhr bis 14.10 Uhr:** Teilnehmer des Kongresses können in diesem Jahr erstmals ein neues Sitzungsformat besuchen: Im Rahmen zweier 45-Min.-Gesundheits-Talks melden sich Experten zu aktuellen Themen

der Gesundheitswirtschaft zu Wort. Die erste Gesprächsrunde widmet sich dem Export von deutschem DRG Know-how in die Schweiz. Das dortige Parlament hat im Jahr 2007 eine Umstellung der Spitalfinanzierung von Tages- auf Fallpauschalen beschlossen. Grundlage bildet das deutsche Fallpauschalen-System. Bis 31. Dezember 2011 wollen die Eidgenossen den Prozess der Umstellung abgeschlossen sein. Die Aktiengesellschaft Swiss DRG hat den Auftrag, die Einführung und Weiterentwicklung der künftig schweizweit einheitlichen Tarifstruktur sicherzustellen und setzt dafür ein Kompetenzzentrum, das „Case-Mix-Office“ (CMO), ein. Wichtige Änderungen im System der Spitalfinanzierung lauten: Tagespauschalen werden in Fallpauschalen (SwissDRG-System) umgewandelt, die Defizit-Kostendeckung für Allgemeinpatienten wird durch eine Leistungsfinanzierung über Pauschalen-Preise ersetzt. Ziele sind: mehr Transparenz, mehr Wettbewerb und mehr Wirtschaftlichkeit im System der akutstationären Versorgung.

Worin unterscheiden sich die Fallpauschalen-Systeme in Deutschland und der Schweiz? Was können deutsche Krankenhausmanager und Ärzte von ihren Nachbarn lernen? Teilnehmer der Talkrunde sind: **Dr. Simon Hölzer**, Geschäftsführer Casemix-Office SwissDRG, **Dr. Hans Jürgen Ahrens**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, und **Professor Rüdiger Siewert**, Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Heidelberg.

**Anforderungen an die Krankenhaus-IT: Bedingungen für die sektorübergreifende Vernetzung, Sitzung am Donnerstag, 9. Oktober, 16.00 Uhr bis 17.30 Uhr:** Experten sind sich einig: Die Versorgung von Patienten funktioniert dann optimal, wenn alle Sektoren zusammenarbeiten. Das gelingt am besten über die Vernetzung von Praxen, Kliniken und anderen Leistungserbringern – und diese Vernetzung wiederum braucht als Unterbau moderne IT-Strukturen. Wie weit ist die sektorübergreifende Vernetzung mittlerweile vorangeschritten? Welche Länder sind hier Vorreiter, wer hinkt hinterher? Und welche Anforderungen stellen sich an die Krankenhaus-IT, damit vernetztes Arbeiten Realität wird und nicht Fiktion bleibt? Zu diesen Fragen sind Vorträge zu hören von **Franz Hertl**, Leiter Sales Consulting bei der T-Systems Business Services GmbH, **Hans Adolf Müller**, Leiter Gesundheitsmanagement bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, **Professor Axel Ekkernkamp**, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer am Unfallkrankenhaus Berlin (uke), und **Berthold Sterzl**, Business Development bei der T-Systems Business Services GmbH. Sterzl beschreibt Trends, Themen und Technologien in den Gesundheitssystemen Italiens, Österreichs und Spaniens.

**Comeback der Natur: Paradigmenwechsel!, Sitzung am Donnerstag, 9. Oktober, 17.35 bis 19.00 Uhr:** Etwa 100 Phytopharmaka-Hersteller setzen auf dem deutschen Markt jährlich rund 800 Mio. € um – gemessen an den Gesamtausgaben für Arzneimittel in Höhe von knapp 26 Mrd. € eine bescheidene Summe. Nach Ansicht der Bionorica AG – Deutschlands führendem Produzenten apothekenpflichtiger Phytopharmaka und mittlerweile in 50 Ländern der Welt aktiv – hat die Natur dennoch das Zeug, zu einem „Schlüsselfeld“ der modernen Pharmazie zu werden. 81 % der Menschen in Deutschland wünschen sich nach Angaben von Bionorica „Naturmedizin als Primärmedizin“. Ist die Natur also potenziell die „größte Apotheke der Welt“? Wie erforscht man die komplexen Zusammenhänge in der Natur am besten? Wie weit sind die Hersteller pflanzlicher Arzneimittel? An welchen Innovationen wird gearbeitet? Wie verhalten sich Politik und Kostenträger der Naturmedizin gegenüber, wird es künftig eine Vielzahl von Kassen geben, die entsprechende Arznei über Wahltarife anbietet? Den Impulsvortrag hält **Dr. Mokka Müller**, Leiterin des Instituts für Zukunfts-Management. Über die „Natur als Schlüsselfeld der Pharmazie“ spricht **Professor Michael Popp**, Gründer und Vorstandsvorsitzender der Bionorica AG. Für die Krankenkassen bezieht **Dr. Hans Jürgen Ahrens**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Stellung. Ahrens stellt dabei auch den entsprechenden Wahltarif der AOK vor. „Komplementärmedizin als Grundrecht“ fordert **Dr. Lukas Rist**, Projektleiter der Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“.

**Gesundheitswirtschaft in der EU: Was trägt zur Wertschöpfung bei? Wie kann die Gesundheitswirtschaft effizienter gestaltet werden? Sitzung am Freitag, 10. Oktober, 9.00 Uhr bis 10.30 Uhr:** Europa wächst zusammen. Doch kann heute schon von einer „europäischen Gesundheitswirtschaft“ gesprochen werden? Sind die einzelnen EU-Mitgliedsstaaten nicht viel zu autark in der Gesundheits- und Sozialpolitik, als dass es hier zu einer Europäisierung kommen könnte? Fakt ist: Die Gesundheitswirtschaft hat sich in ganz Europa zu einem bedeutenden Wirtschaftsfaktor

gemausert. Das große Wertschöpfungspotenzial der Branche wird mittlerweile auch von den maßgeblichen Akteuren der Europäischen Kommission in Brüssel erkannt. Aber: Muss nicht zwischen der Gesundheitsversorgung – die weitestgehend nationalstaatlich organisiert wird – und den Gesundheitswirtschaftsbereichen Pharma, Medizintechnik sowie Hilfsmittel – wo weitgehend europäisch bzw. global agierende Unternehmen tätig sind – unterschieden werden? Und schließlich: Was hätten die Bürgerinnen und Bürger in der EU von einer europäischen Gesundheitswirtschaft, die effizienter ist als heute? Ist mehr Effizienz oder Wertschöpfung überhaupt ein akzeptiertes politisches Ziel in allen europäischen Ländern? Über diese und weitere Fragen diskutieren: **Dr. Martin Clemens Auer**, Staatssekretär im österreichischen Bundesgesundheitsministerium, **Dr. Werner Langen**, Mitglied des Europäischen Parlaments, **Dr. Jorgo Chatzimarkakis**, ebenfalls Mitglied des EU-Parlaments, sowie **Bernd von Polheim**, Vizepräsident von GE Healthcare Central Europe. Seine These: Die Industrie könnte viel zur Effizienz in der Gesundheitswirtschaft beitragen, wenn sich die Gesundheitseinrichtungen sich stärker an Prozessen der Industrie orientierten.

**Wie geht's besser: Häuslich/ambulant oder stationär? Sitzung am Freitag, 10. Oktober, 11.00 Uhr bis 12.30 Uhr:** Finnland macht es vor: Weil es in vielen Regionen an Hausärzten mangelt, werden Krankenteams zu den Patienten auf's Land geschickt: Ärzte und Pflegekräfte, angestellt bei einer Klinik, suchen die Kranken auf und versorgen sie mit allen notwendigen Leistungen. Das spart Geld, ist für die Patienten angenehmer als in die Klinik zu müssen und macht stationäre Behandlungsplätze für schwererkrankte Patienten frei. Mittlerweile ist der „verlängerte ambulante Arm des Krankenhauses“ zu einer beliebten Versorgungsform in Finnland geworden. Umgekehrt können niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegedienste in Bereichen eine größere Rolle spielen, die bislang als klassische Felder stationärer Anbieter galten. Beispiele sind die Notfallmedizin und die Beatmungspflege. Mit Hilfe häuslicher Beatmungspflege ist es heute möglich, beatmungspflichtige Kinder und erwachsene Patienten zu Hause zu versorgen. Aufgrund hoher technischer Standards kann dabei dieselbe Qualität wie im Krankenhaus gewährleistet werden. Voraussetzung allerdings ist ein intaktes familiäres Umfeld: Nur wenn die Angehörigen mitziehen, funktioniert die Betreuungsaufgabe in den eigenen vier Wänden.

**Lea Aalto**, Ärztliche Leiterin an einem großen finnischen Krankenhaus, berichtet über die Arbeit ambulanter Krankenteams in ihrem Land. **Christina Shawky-Böhme**, Geschäftsführerin von ProVita Außerklinische Intensivpflege GmbH, erörtert Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Versorgung. Das Unternehmen ProVita betreut unter anderem Patienten, die an neuromuskulären Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Schädel-Hirn-Traumata oder chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen leiden. **Dr. Gabriel Schmidt**, 1. stellv. Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern, fragt in seinem Vortrag, welche Versorgungsform sich beim medizinischen Notfall anbietet. **Marie-Luise Müller**, Pflegemanagerin und Präsidentin des Pflegerates, stellt Vorzüge der Übergangspflege vor: Dabei wird die Pflegedauer eines Patienten individuell vereinbart – etwa für den Fall, wenn der Patient nach einem stationären Aufenthalt noch so pflegebedürftig ist, dass er zu Hause nicht versorgt werden kann. Übergangspflege nach einem Klinikaufenthalt wird inzwischen auch in Pflege- und Patientenhotels angeboten. Die Kosten trägt der Patient in der Regel selber.

**45 Min.-Gesundheits-Talk-Europa: Wo ist das „Schengen-Abkommen“ für Krankenhäuser und Rehakliniken?, Freitag, 10. Oktober, 12.45 Uhr bis 13.30 Uhr:** Im Übereinkommen von Schengen haben sich mehrere europäische Staaten darauf verständigt, auf Kontrollen des Personenverkehrs an ihren gemeinsamen Grenzen zu verzichten. Was die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen anbetrifft, bestehen diese Grenzen jedoch weiter. Zwar haben Patienten heute schon die Möglichkeit, sich im EU-Ausland behandeln zu lassen. Vor allem der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in den vergangenen zehn Jahren in mehreren Urteilen das Recht der Verbraucher auf medizinische Behandlungen im Ausland gestärkt. In der Praxis allerdings treten häufig Probleme, Rechtsunsicherheiten und juristische Konflikte auf, wenn es um die Kostenerstattung der Behandlungen durch die Kassen geht. Die EU-Kommission will mit einer neuen Richtlinie für „eine grenzenlose Gesundheitsversorgung in Europa“ sorgen – doch die Widerstände sind groß. Zahlreiche nationale Regierungen blocken, weil sie befürchten, dass sie ihre Gesundheitsversorgung nicht mehr kontrollieren können. Bleibt eine grenzenlose Patientenversorgung in der EU also Wunschtraum? Darüber diskutieren **Dr. Michaela Moritz**, Geschäftsführerin des Österrei-

chischen Instituts für Gesundheitswesen, **Erwin Windischbauer**, Geschäftsführer am Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH, und **Dr. Gerhard Knorr**, Abteilungsleiter im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

**Ist eine Kosten-/Nutzenbewertung für diagnostische und therapeutische Methoden geboten, Sitzung am Freitag, 10. Oktober, 13.30 Uhr bis 14.50 Uhr:** Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) mit Sitz in Köln ist es, den Nutzen neuer Arzneimittel und therapeutischer Methoden zu untersuchen und zu bewerten. Auf der Grundlage der Empfehlungen des IQWiG entscheiden die Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), was von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wird – und was nicht. Mit der Gesundheitsreform 2007 hat der Gesetzgeber die Hausaufgaben des IQWiG noch einmal erweitert: Das Institut soll nunmehr auch prüfen, ob die Kosten für ein neues medizinisches Präparat im richtigen Verhältnis zu dessen Nutzen stehen. Das Ziel: Mit begrenzten Mitteln so viel medizinischen Nutzen wie möglich zu finanzieren. Was wie selbstverständlich klingt, ist seit Monaten Anlass für Streit – zwischen den Wissenschaftlern des IQWiG auf der einen und Vertretern der Pharmaindustrie auf der anderen Seite. Die Geister scheiden sich vor allem an der Frage, wie das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines neuen Präparates gemessen werden soll. Die Industrie bemängelt, das IQWiG wolle Kosten und Nutzen neuer Medikamente nur aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung analysieren. Patienteninteressen drohten dem „ökonomischen Diktat“ geopfert zu werden. Das IQWiG weist solche Vorwürfe zurück. Die Entscheidung darüber, was ein höherer medizinischer Nutzen kosten darf und was nicht, trafen nicht das Institut und seine Mitarbeiter, sondern die Institutionen der Selbstverwaltung.

Ist – und wenn ja, in welcher Weise – eine Kosten-/Nutzenbewertung für diagnostische und therapeutische Methoden geboten? Darüber diskutieren **Dr. Matthias Perieth**, Leiter der Abt. Fachberatung Medizin beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), **Dr. Michaela Moritz**, Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH, **Professor Peter Sawicki**, Leiter des IQWiG, **Dr. Dominik Graf von Stillfried**, Geschäftsführer am Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, und **Manfred Manser**, Konzernchef der Helsana Versicherungen AG.

**Im internationalen Wettbewerb, Sitzung am Freitag, 10. Oktober, 15.00 Uhr bis 16.30 Uhr:** Der Gesundheitsmarkt globalisiert sich. Gesundheitsunternehmen und Krankenversicherer tragen ihren „guten“ Namen durch Niederlassungen, Kooperationen und internationales Consulting in alle Welt und treten als „Global Player“ auf. Patienten wiederum lassen sich nicht mehr nur von Ärzten heimischer Krankenhäuser behandeln, sondern gehen für komplizierte Eingriffe weite Wege – Amerikaner und Europäer nach Asien, Patienten aus arabischen Ländern verstärkt nach Deutschland. Große Kliniken befinden sich daher längst im internationalen Wettbewerb – nur wer aus seinen medizinischen Leistungen eine anerkannte Marke macht, hat Erfolg.

Gelungen ist dies unter anderem der Mayo Clinic im US-Bundesstaat Minnesota. Das Unternehmen, das heute rund 51.000 Mitarbeiter beschäftigt und rund 5,8 Mrd. US-\$ jährlich umsetzt, gilt weltweit als Vorbild für moderne Großkliniken. Bekannt gemacht hat Mayo eine ausgezeichnete Teamarbeit unter Ärzten, Forschern und Pflegekräften sowie eine exzellente Forschungs- und Ausbildungsarbeit, die über die Landesgrenzen hinweg Beachtung findet. Das hat dafür gesorgt, dass sich in den Mayo-Kliniken mittlerweile mehr als 500.000 Patienten pro Jahr medizinisch versorgen lassen. Über ein erfolgreiches US-Marketing-Konzept für Krankenhäuser und Rehakliniken berichtet **Dr. Ronald K. Reeves**, Mitglied der Mayo Clinic Hospital Practice Committee. Zuvor widmet sich **Professor Bernhard Motzkus**, Freier Krankenhausberater und ehemaliger leitender Verwaltungsdirektor an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der Frage: „Krankenhäuser: Was ist exportfähig?“ Durch die Sitzung führt **Dr. Herbert Zöllner**, langjähriger leitender Mitarbeiter bei der WHO und heute Dozent für europäische Gesundheitssysteme und -politik an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

**Bitte vormerken:** Der **8. Europäische Gesundheitskongress München** ist für den 22. und 23. Oktober 2009 geplant. **Veranstalter:** WISO S.E. Consulting GmbH, Büro München, Frau Claudia Küng, Internet [www.wiso-gruppe.de](http://www.wiso-gruppe.de) **Pressekontakt:** Thomas Hommel, Tel.: 030 263 92 49 - 0, Mail: [presse@wiso-gruppe.de](mailto:presse@wiso-gruppe.de) **Kongress im Internet:** [www.gesundheitskongress.de](http://www.gesundheitskongress.de)