

Europäischer Gesundheitskongress München – auch digital erfolgreich!

Erstmals fand der Europäische Gesundheitskongress München in diesem Jahr als rein digitale Veranstaltung statt. Durch die Umgestaltung konnten trotz der aktuellen Corona-Krise weit über 1.500 Experten aus der Gesundheitswirtschaft des deutschsprachigen Raumes am Kongress teilnehmen und die Diskussion mit ihren Fragen lebhaft bereichern. Damit verzeichnete der Kongress sogar mehr Teilnehmer als bei vorherigen Präsenzveranstaltungen. Der Europäische Gesundheitskongress München beweist sich wieder einmal als Pionier unter den gesundheitspolitischen Kongressen.

Die Pandemie stand im Zentrum des Programms des Kongresses, der unter dem Motto „**Mut zur Zukunft**“ stand. In fast alle Kongress-Sessions ging es um Lehren und Konsequenzen aus Corona für Ärzte, Kliniken, Pflege, Heilmittelerbringer, Kostenträger und die Gesundheitspolitik.

Bei der Eröffnung mahnte die bayerische **Gesundheitsministerin Melanie Huml** zur Disziplin im Umgang mit dem Coronavirus: Die Gesundheitssysteme Europas kämen derzeit an ihre Grenzen. Vor vierzehn Tagen habe es in bayerischen Krankenhäusern 60 beatmete Patienten gegeben, jetzt liege die Zahl bereit bei 100. Es sei aber „wichtig, dass wir das Arbeitsleben und das Schulleben aufrechterhalten“, so Huml weiter.

Lehren aus Corona: Deutsches Krankenhaussystem vor Reformen

Experten aus dem Gesundheitswesen plädierten vor dem Hintergrund der Corona-Krise für weit reichende Reformen des deutschen Krankenhaussystems. Es habe sich in der Pandemie zwar insgesamt bewährt, es sei aber auch klar geworden, dass eine duale Finanzierung der Krankenhäuser durch Krankenkassen und Bundesländer nach der Krise nicht mehr realistisch sei, äußerte **Andreas Storm**, Chef der drittgrößten Krankenkasse DAK. Storm kritisierte vor allem den durch die Bundesländer verursachten Investitionsstau, der die deutschen Kliniken vor ernsthafte Liquiditätsprobleme stelle. Es seien aber darüber hinaus viele weitere strukturelle Veränderungen notwendig, insbesondere um sicherzustellen, dass die Patientenfallzahlen nicht weiter ansteigen, weil Krankenhäuser nur so ihre Umsätze steigern können.

Nanna Skovgaard, leitende Beamtin aus dem dänischen Gesundheitsministerium, beschrieb, wie positiv sich die Umstrukturierung des dänischen Krankenhaussystems mit der Reduktion der einst 45 Großkliniken auf 21 in der Krise auswirkt. Das medizinisch sinnvolle Konzept von Einzelzimmern für jeden Klinikpatienten sei vor der Krise aus Kostengründen immer wieder hinterfragt worden. Doch plötzlich bewähre es sich nun in hervorragender Weise. Und auch die verringerte Bettenzahl habe sich entgegen vieler Befürchtungen nicht zum Problem entwickelt, da eine – vor allem durch digitale Vernetzung – intensiviertere Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Kliniken, vor allem die ambulante Versorgung der meisten Corona-Erkrankten ermöglicht habe. Vieles, das „remote und kontaktlos“ funktioniere, habe zusätzlich eine Verbesserung bewirkt. Gerade Covid-19 habe daher gezeigt, dass der von Dänemark gewählte Weg richtig sei.

Dr. Christof Veit, Leiter des deutschen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, plädierte für eine Ausweitung der Mindestmengenregelungen. Bei einem speziellen Hirntumor etwa sei ein spezialisiertes Zentrum unausweichlich. Bei Krankenhäusern, in denen es pro Jahr nur zehn komplexe Operationen einer bestimmten onkologischen Erkrankung gebe, „sehen wir Probleme“, so Veit. Dennoch gelte nicht

automatisch, „groß ist gut“ - das stimme nicht immer. Sein Institut plädiere stattdessen für eine „Mindestmengenfolgeabschätzungen“: Es müsse immer auch berücksichtigt werden, welche Transportrisiken für Patienten bestünden und ob überhaupt ausreichende Kapazitäten vorhanden seien. Die Krankenhausplanung müsse leistungsorientiert erfolgen: Es sei zu prüfen ob es genügend Kapazitäten, etwa für "invasive Gastroenterologie" gebe. Neben Mindestmengen seien also auch Struktur- und Qualitätsanforderungen zu überprüfen. „Wir brauchen Mindestmengen, aber es muss für die regionale Versorgung einen Sinn ergeben“, so Veit.

Prof. Dr. Götz Geldner, Präsident des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten, thematisierte die Reservekapazitäten deutscher Kliniken und hob hervor, dass die Freihaltung von Betten ausschließlich für Corona-Patienten eine Ausnahme bleiben müsse. „Auch andere Patienten haben ein Recht auf Behandlung“, mahnte der Mediziner.

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken betonte, dass nicht nur Akutkrankenhäuser, sondern auch die Rehakliniken einen wichtigen Beitrag während der ersten Phase der Pandemie geleistet hätten. Ohne Rettungsschirm sei es jedoch für manche Reha-Klinik nun finanziell sehr schwierig.

Thomas Egginger, Vorstand der Kliniken Nordoberpfalz, kritisierte, dass durch die Behandlung von Corona-Patienten verursachte Sachkosten von den Krankenhäusern nicht kompensiert werden könnten. Dies betreffe gerade besonders jene Häuser, die vermehrt Covid-19-Fälle aufgenommen hätten. Ursache dafür seien auch die Fallpauschalen. „Wir brauchen eine neue Finanzierung“, resümierte Egginger.

Die Vorsitzende des Marburger Bundes, **Dr. Susanne Johna**, forderte ebenfalls ein anderes Vergütungssystem für Krankenhäuser. „Fünfzehn Jahre nach Einführung der DRGs stellen wir fest, dass die Nebenwirkungen die Wirkungen überwiegen“, so Johna. Ziel müsse es sein, „kooperative, statt kompetitive Strukturen“ zwischen den Krankenhäusern zu etablieren.

Ludewig: „Als Thermometer oder Röntgen kamen, gab es auch Widerstand“

Der für Digitalisierung zuständige Abteilungsleiter des Bundesgesundheitsministeriums, **Dr. Gottfried Ludewig**, prognostiziert eine rasante Zunahme der Nutzung digitaler Technologien im Gesundheitswesen bereits in den kommenden Monaten. Wenn die Digitalisierung durch Telematikinfrastruktur, elektronische Gesundheitskarte, eRezept oder Gesundheits-Apps erfahrbar werde, würden das alle nutzen wollen – sowohl Patienten als auch Leistungserbringer. „Google Maps ist nicht deshalb erfolgreich, weil sie eine Aufklärungskampagne gemacht haben, sondern weil sie uns helfen, schneller von A nach B zu kommen oder leichter ein Restaurant in der Nähe zu finden. Und das haben sie geschafft, weil sie Nutzen gebracht haben, nicht weil sie in irgendwelchen aufwändigen Kampagnen erklärt haben, warum sie besser als der ADAC-Atlas sind“, so Ludewig heute in einer Video-Schalte beim Europäischen Gesundheitskongress München.

Angesprochen auf Widerstand aus Teilen der Ärzteschaft gegen den Digitalisierungskurs seines Ministeriums reagierte Ludewig gelassen: „Als das Thermometer eingeführt wurde oder das Röntgen, da gab es auch Widerstand. Auch da wurde gesagt: Behandeln sei nur mit Handauflegen möglich, man muss einen offenen Bruch fühlen - wofür braucht man Röntgengeräte? Trotzdem kann sich heute kaum einer das Röntgengerät wegdenken. Insofern: Das ist normal in einem Transformationsprozess!“

Ludwig betonte in seinem Statement, dass die Digitalisierung eine bessere Medizin ermögliche. So seien etwa die Optionen für Vor- und Nachsorge nachhaltiger. Sogar Mortalitätsraten sänken, Digitalisierung könne also Leben retten. Apps auf Rezept erlaubten ein wirkungsvolles Management chronischer Erkrankungen, etwa bei Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen oder Multipler Sklerose – das sei „keine Spielerei“, sondern ermögliche den Patienten eine bessere medizinische Begleitung.

Ludwig sprach sich für ein Umdenken aus: In der Digitalisierung seien agile Prozesse notwendig. So schwer es für den „deutschen Perfektionismus“ sei, man müsse sich daran gewöhnen, „Schritt für Schritt in Form eines lernenden Systems“ vorzugehen. Fortschritt finde in der Realität statt „und nicht im theoretischen Weltmeistertum“. Als gelungenes Beispiel einer Umsetzung innerhalb weniger Wochen nannte Ludwig das digitale DIVI-Register, das in deutschen Kliniken verfügbare Intensivbetten in Echtzeit registriere. In den USA basiere ein vergleichbares System bis dato auf Mitteilungen per Fax. Mit einem während der Pandemie erzielten Anschlussgrad deutscher Labore an digitalen Datenaustausch von 90 Prozent sei Deutschland im internationalen Vergleich hier ebenfalls gut aufgestellt. „Wenn wir es schaffen, dieses Mindset zu behalten, dann können wir viele Hürden, die noch vor uns liegen, überspringen.“

Der Deutschlandchef des Medizintechnikunternehmens Siemens Healthineers, **Dr. Stefan Schaller**, sprach von der Digitalisierung als einem „riesengroßen Hebel, um Produktivität zu treiben“. Das ermögliche bessere Qualität bei gleichzeitig niedrigeren Kosten. Neue Versorgungsmodelle würden möglich, etwa zur medizinischen Überwachung von Kardiopatienten zu Hause, bei der je Patient 7.000 Euro Kosten pro Jahr eingespart werden könnten. Aber „remote arbeiten“ ermögliche auch, dass Mitarbeiter aus der Quarantäne heraus produktiv sein können. Künstliche Intelligenz könne dem Arzt lästige Routearbeiten abnehmen, der Arzt habe dann mehr Zeit für den Patienten. Im Hinblick auf den Datenschutz forderte Schaller eine ethische Debatte: „KI nicht anzuwenden, ist unethisch!“ Künstliche Intelligenz werde aber ohne Daten nicht funktionieren. Die Industrie benötige daher Zugang zu Gesundheitsdaten, denn Fortschritt entstehe auch in den Unternehmen. Die Datenschutzgrundverordnung sei gut, aber der Flickenteppich aus weiteren Datenschutzregelungen, „der steht uns im Weg!“

Dr. Raimar Goldschmidt, Chief Digital Officer des Städtischen Klinikums Braunschweig, pflichtet dem mit einem Beispiel bei: Wenn es zu einem Datenaustausch seines Hauses mit einem Klinikum in einem anderen Bundesland käme, würden Patienten-IDs nicht übertragen. „Jeder Bürger, der geboren wird, bekommt eine eindeutige Steuernummer für sein Leben lang, aber im Gesundheitswesen haben wir das nicht.“ Goldschmidt warnte davor, bei der Digitalisierung das eigentliche Ziel aus den Augen zu verlieren. Oft gehe es um mehr: „Wir haben unglaublich alte analoge Prozesse. Die zu digitalisieren, bedeutet einen schlechten digitalen Prozess zu haben.“

Der kaufmännische Vorstand des Universitätsklinikums Mainz, **PD Dr. Christian Elsner**, hob die Bedeutung „hochwertig getaggtter Daten“ hervor, mit denen digitale Systeme „richtig arbeiten“ können. Die Notwendigkeit einer Interoperabilität, die dies gewährleistet, wurde auch von anderen Referenten des Europäischen Gesundheitskongresses eingefordert. So gab **Dr. Katharina Ladewig**, Geschäftsführerin von EIT Health Deutschland, zu bedenken, dass bezüglich Interoperabilität „die Selbstorganisation im System an ihre Grenzen stößt“. Es bedürfe hier einer „koordinierenden Stelle“, denn letztendlich müsse man sich auf „einen Standard einigen“. Das könne national geschehen, „im Idealfall wäre es aber wichtig, dass

man sich auf europäischer Ebene einigt.“ Solche Ansätze gebe es, auch wenn diese noch nicht im nächsten oder übernächsten Jahr spruchreif seien.

Bereits gestern hatte **Andreas Storm**, der Chef der drittgrößten deutschen Krankenkasse DAK, gemahnt: „Wir müssen bei Digitalisierung einen Zahn zulegen!“ Digitalisierung müsse die Versorgung verbessern. Beispielsweise könnten Videosprechstunden ein Instrument sein, doch bislang würden – trotz Corona - erst 4 Prozent der Behandlungsfälle per Video abgewickelt. Dieser Prozentsatz müsse gesteigert werden.

Jörg Manthey, Teamleiter Krankenhausstrategie der Techniker Krankenkasse, wies darauf hin, dass es für telemedizinische Netzwerke, die insbesondere seit Corona einen Boom erleben, bislang keine Regelungen im Vergütungssystem gebe.

Vor dem Hintergrund des Investitionsstaus in deutschen Krankenhäusern beklagte der Vorstandsvorsitzende des Klinikums Nürnberg, **Prof. Dr. Achim Jockwig**: „Wir haben Krankenhaustechnik 0.1 und wollen das Krankenhaus 4.0. Das ist schon ein Spagat.“

Breite Themenpalette des Europäischen Gesundheitskongresses

Weitere Themen des Kongresses waren: Das Vergütungssystem für den stationäre Sektor bedarf dringender Reformen. Die Standortpolitik bezüglich medizinisch relevanter Industriebranchen, wie der Pharma- und der Medtech-Industrie, sind – nicht erst seit Corona – wegen Lieferengpässen in der Kritik. Die Lage der chronisch unterfinanzierten Reha-Kliniken in Deutschland hat sich in der Pandemie weiter verschlechtert. Die Pflege leidet seit langem unter schlechten Arbeitsbedingungen, die Probleme haben sich nun noch einmal verschärft.

Europäischer Gesundheitskongress 2021 – ein Jubiläum

Der nächste Europäische Gesundheitskongress wird am **7. und 8. Oktober 2021** stattfinden. Die zwanzigste Auflage des Kongresses im kommenden Jahr ist wieder als Präsenzveranstaltung geplant.

Wenn Sie dazu auf dem Laufenden bleiben möchten, abonnieren Sie unseren Newsletter:

<https://www.gesundheitskongress.de/newsletter-subscribe.html>