

Highlights

Infos zu ausgewählten Veranstaltungen beim Europäischen Gesundheitskongress München 2018

Der Europäische Gesundheitskongress München ist das herausragende gesundheitspolitische und gesundheitswirtschaftliche Kongressereignis für die DACH-Region – mit Fokus auf einen europäischen Gedankenaustausch. Zu dem zweitägigen Kongress am 25. und 26. Oktober 2018 werden über 1.000 Teilnehmer erwartet. Online finden Sie den Kongress unter: www.gesundheitskongress.de

Der Europäische Gesundheitskongress München steht diesmal unter dem Motto: „Aufbruch im Gesundheitswesen!“ Denn die Gesundheitssysteme europäischer Länder stehen vor den gleichen Herausforderungen: Die demografische Entwicklung und zugleich der medizinische Fortschritt treiben die Ausgaben an. Allen ist klar: Die in der Digitalisierung liegenden Effizienzreserven müssen genutzt werden.

Die mehr als 150 Referenten nehmen sich vieler weiterer Themen an: Es geht um die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen für Krankenhäuser, Reha-Kliniken und den niedergelassenen Bereich. Ein besonderer Fokus gilt dem Thema Personalnotstand. Pflgethemen werden im zweitägigen „Europäischen Pflegeforum“ zusammengefasst. Außerdem stehen die digitale Umgestaltung der Krankenversicherungen sowie die Weiterentwicklung des Arzneimittelbereichs und vieles mehr auf dem Themenplan.

Donnerstag, 25. Oktober 2018 – 09:00 bis 10:45 Uhr – Saal A+B

Eröffnungsveranstaltung: Aufbruch im Gesundheitswesen!

Der Europäische Gesundheitskongress beginnt mit einem Eröffnungsvortrag der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml.

Danach stellt Julian Weyer, Partner des in der Krankenhausplanung international führenden dänischen Architekturbüros C.F. Møller, das Uniklinikum Aarhus vor. Es ist die erste von insgesamt 18 geplanten Superkliniken in Dänemark. Diese sollen als Zentren der Maximalversorgung jedem Dänen Spitzenmedizin zugänglich machen. Allerdings um den Preis, dass kleinere Kliniken ihre Angebote reduzieren oder sogar geschlossen werden. Die Uniklinik Aarhus ist der derzeit größte Krankenhausbau in Nordeuropa.

Ziel der geplanten dänischen Krankenhausstruktur ist aber nicht allein eine gute, sondern auch eine möglichst effiziente Versorgung. So liegt die durchschnittliche Verweildauer dänischer Krankenhauspatienten mit 3,1 Tagen niedriger als in irgendeinem anderen EU-Land; in Deutschland beträgt sie das Doppelte. Effizienzreserven verorten die Planer zudem in einer konsequenten Digitalisierung. Rund ein Fünftel der Investitionssumme von 5,6 Mrd. Euro für die Superkrankenhäuser wird deshalb für modernste Medizin- und EDV-Technik ausgegeben.

Dies wiederum hat enorme Wachstumseffekte für die eHealth-Branche in Dänemark. Über 500 Unternehmen haben sich in der Öresund-Region angesiedelt – man spricht bereits vom „Medicon Valley“.

Die dänische Krankenhausversorgung setzt auf völlig neue Ansätze in der Architektur: Es gibt nur noch Ein-Bett-Zimmer, um die Rekonvaleszenz durch guten Schlaf zu verbessern und Krankenhausinfektionen zu reduzieren. Intelligentes Design der Zimmer und ihres Interieurs verbessert die Krankenhaushygiene. Krankenzimmer haben ausklappbare Besucherbetten, damit Patienten – vor allem jene, mit weiterer Anreise zu einer Superklinik – durch Verwandte besser und intensiver betreut werden können. Jedes Bett kann in den Krankengarten geschoben werden, damit Sonnenlicht und Frischluft die Heilung fördert.

Donnerstag, 25. Oktober 2018 – 11:15 bis 12:45 Uhr – Salon Rumford

Zwischen Ökonomie & Ethik – was Pflege bewegt

Buurtzorg ist nicht nur ein niederländisches Erfolgsmodell für die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger, sondern auch Wunschtraum für Pflegekräfte hierzulande. Denn die Arbeitsbedingungen sind völlig andere. Die Pflegekräfte arbeiten weitestgehend eigenverantwortlich in ihrer direkten Nachbarschaft, ihre Vergütung erfolgt nach Zeitaufwand und die Verwaltung findet in einem zentralen Backoffice statt, zu dem die Leistungsdaten mit einem Tablet online übertragen werden. Die Organisation wurde bereits wiederholt zum attraktivsten Arbeitgeber in den Niederlanden gewählt. Wegen der attraktiven Arbeitsbedingungen zieht es besonders die gut ausgebildeten Pflegekräfte zu Buurtzorg.

Autonome Teams von maximal zwölf Pflegekräften kümmern sich um höchstens 40 bis 50 Patienten. Sie organisieren Arbeitsplanung, Personalangelegenheiten, Weiterbildung und Finanzen selbst. Sie übernehmen dabei auch die Bedarfserhebung für jeden Patienten. Die höhere Flexibilität der Bedarfserhebung und die Verringerung von Fehlanreizen führten sogar zu einer Senkung des Aufwands je Patient.

Gründer Jos de Blok baute Buurtzorg seit 2006 auf. Heute ist Buurtzorg mit 10.000 Beschäftigten der größte Anbieter für häusliche Pflege in den Niederlanden. Mittlerweile wurden auch in den USA, Japan, Schweden und Belgien Homecare-Projekte nach dem Vorbild von Buurtzorg gegründet.

Es diskutieren:

- **Prof. Dr. Constanze Giese**, Professorin für Ethik und Anthropologie in der Pflege, Vorsitzende der interdisziplinären Ethikkommission, Katholische Stiftungshochschule München
- **Verena Nold**, Direktorin und Vorsitzende der Gruppenleitung bei Santésuisse
- **Jos de Blok**, Gründer und CEO von Buurtzorg Niederlande
- **Gunnar Sander**, Projektleiter bei Buurtzorg Deutschland und Geschäftsführer der Sander Pflege GmbH

Donnerstag, 25. Oktober 2018 – 13:15 bis 14:00 Uhr – Salon Renoir

Hallo, ich bin Vivy – die neue Gesundheitsakte stellt sich vor!

Nachdem die „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte“, kurz: Gematik, seit dem Jahr 2005 vergebens an der Vision einer elektronischen Gesundheitskarte gearbeitet, aber gleichwohl rund 1,7 Milliarden Euro dafür ausgegeben hat, befinden sich nun gleich drei Systeme elektronischer Patientenakten (ePA) in der Einführungsphase.

Es ist unumstritten, dass die ePA Kosten senkt und die Versorgung verbessert. Experten gehen davon aus, dass sich der Beitragssatz bei optimaler Nutzung der ePA um bis zu 3,7 Prozent senken ließe. In vielen Ländern Europas, wie Dänemark, Schweden, Finnland, Österreich, der Slowakei und Estland, ist die ePA deshalb längst Realität. Auch der Digitalkonzern Apple bietet seit dem vergangenen Frühjahr so etwas an.

Bereits vor zwei Jahren hat der private Krankenversicherer Axa und CompuGroup Medical die Plattform "Meine Gesundheit" gegründet, die auch eine elektronische Patientenakte bereitstellt. Mittlerweile sind auch die Debeka, die Versicherungskammer Bayern sowie die HUK-Coburg dabei.

Im März und im Juli ließen die AOKn in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin zwei ePA-Pilotprojekte unter der Bezeichnung „Digitales Gesundheitsnetzwerk“ online gehen. Die Techniker Krankenkasse stellte im April ihr gemeinsam mit IBM entwickeltes ePA-Projekt „TK-Safe“ vor. Und im Juli stellte ein Konsortium aus 90 Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen ihre gemeinsame Plattform „Vivy“ vor. Etwa 25 Millionen Versicherte können „Vivy“ per App nutzen – unter anderem der DAK-Gesundheit, der Innungskrankenkassen IKK classic, IKK Nord und IKK Südwest sowie der Betriebskrankenkassen pronova BKK, BKK Gildmeister Seidensticker, BKK Stadt Augsburg, BKK Melitta Plus, Bertelsmann BKK, BKK HMR, BKK Dürkopp Adler, BKK Diakonie, Heimat Krankenkasse und mhplus. Aus der PKV sind dabei: die Allianz Private Krankenversicherung und die Barmenia sowie ab Februar 2019 auch die Gothaer.

Doch die technischen Standards sind unterschiedlich. Kritiker, etwa der Marburger Bund, fürchten, wenn Patienten ihre Daten nicht von Kasse zu Kasse mitnehmen könnten, werde das Recht auf freie Wahl der Krankenkasse ausgehebelt und somit Wettbewerb behindert. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat bereits einen Gesetzentwurf vom Bundeskabinett beschließen lassen, der vorsieht, dass die Gematik die elektronischen Patientenakten zertifizieren soll, um einen ungehinderten Kassenwechsel sicherzustellen und ausreichenden Datenschutz zu gewährleisten. Regeln dafür soll die Gematik bis Ende des Jahres vorlegen – obwohl sie sich damit seit 2005 so schwer getan hat.

Es diskutieren:

- **Dr. Hajo K. Hessabi**, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit
- **Christian Rebernik**, CEO und Co-Founder der Vivy GmbH

Donnerstag, 25. Oktober 2018 – 14:15 bis 15:45 Uhr – Salon Rumford

Visionen oder Disruptionen in der Patientenversorgung der Zukunft?

Noch ist nicht klar, wie das vom Gesetzgeber beschlossene Arztinformationssystem genau funktionieren soll. Doch fest steht: Wenn der Arzt mit seiner Praxissoftware ein Medikament für den Patienten auswählt, soll er künftig auch jene Informationen sehen, die bei der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses erstellt worden sind. Die Intention des Gesetzgebers ist klar: Die Erkenntnisse über Medikamente aus der Nutzenbewertung spielen heute bei Verschreibungen im Praxisalltag kaum eine Rolle, das zeigt die Statistik. Das System solle künftig darauf hinweisen, wie Arzneimittel so eingesetzt würden, dass das Gesundheitssystem nicht überfordert werde, heißt vorsichtig es aus dem Gesundheitsministerium.

Ärzteorganisationen kritisieren, das Arztinformationssystem könnte als Instrument zur Verordnungssteuerung missbraucht werden – etwa auch bei Wirtschaftlichkeitsprüfung gegenüber Ärzten. Das Ministerium weist das zurück, doch der Grat ist äußerst schmal: Der Arzt, das hat Staatssekretär Lutz Stroppe kürzlich unumwunden eingeräumt, solle „über Preise und Wirtschaftlichkeit Bescheid wissen, um eine informierte Entscheidung treffen zu können“.

Es ist absehbar, dass es hier zu einem Dauerstreit um Therapiefreiheit kommt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung warnt aber auch vor einem möglicherweise noch schwerer wiegenden Missverständnis, das Patienten Innovationen vorenthalten könnte: Fehlende Studien für bestimmte Patientengruppen führen bei der frühen Nutzenbewertung zu dem Urteil, dass ein Zusatznutzen nicht belegt ist. Dies dürfte, so die KBV, jedoch keinesfalls a priori mit tatsächlich nicht vorhandenem Nutzen gleichgesetzt werden.

Es diskutieren:

- **Dr. Julian Quodbach**, Institut für Pharmazeutische Technologie und Biopharmazie der Universität Düsseldorf
- **Dr. Jürgen Bausch**, Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- **Jana Aulenkamp**, Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland
- **Michael Grintz**, Inhaber Bienen Apotheke München
- **Stefan Höcherl**, Leiter Digitalisierung und Allianzen beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller

Donnerstag, 25. Oktober 2018 – 14:15 bis 15:45 Uhr – Salon Cézanne/Van Gogh

Differenzierte und transparente Preisbildung in der Reha

Seit Jahrzehnten kämpfen Reha-Einrichtungen und ihre Verbände für ein angemesseneres Vergütungssystem. Doch bislang finden sie kaum Gehör: Seit über 20 Jahren verringert sich unter immer schwierigeren finanziellen Verhältnissen die Zahl der Einrichtungen. Zwischen 1997 und 2017 nahm sie um 245 ab, das sind fast 18 Prozent. Die Bettenzahl sank um 15 Prozent. Und das, obwohl sowohl der medizinische Bedarf als auch die Zahl der tatsächlich auf dem Markt nachgefragten Belegungstage von Jahr zu Jahr steigen. Zwar ist die Auslastung in den letzten Jahren aufgrund dieser Entwicklung sehr gut, aber die Gewinnmargen sind trotzdem extrem gering

– mit negativen Konsequenzen auch für die Personalgewinnung: Die Reha-Einrichtungen haben keine Spielraum für attraktive Bezahlung ihrer Mitarbeiter.

Bereits vor zwei Jahren warnte ein Gutachten, für notwendige Investitionen fehlten den Einrichtungen rund eine Milliarde Euro pro Jahr: „Die Hälfte der Rehabilitationseinrichtungen sieht eine Gefährdung ihrer Existenz gegeben, wenn die notwendigen Investitionen nicht realisiert werden können.“ Es müssten, so das Gutachten, „Wege gefunden werden, um den drohenden Substanzverlust aufzuhalten.“

Anders als in den meisten Bereichen des Gesundheitswesens vereinbaren Kostenträger und Reha-Einrichtungen die Vergütung in einzeln ausgehandelten Selektivverträgen. Die Erhöhung von Vergütungssätzen orientiert sich dabei entweder an der Steigerung der Grundlohnsumme, also beitragspflichtigen Versicherteneinkommen, oder an dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert für Kostensteigerungen der Krankenhäuser. Doch ein Gutachten des Consultingunternehmens Aktiva kommt jetzt zu dem Ergebnis, dass diese Werte weit unterhalb der Kostensteigerungen in der Reha liegen.

Experten weisen zudem seit Jahren auf eine „Asymmetrie der Verhandlungspositionen zwischen den Kostenträgern und Leistungsanbietern“ hin: Kassenkassen sind oft nicht nur Kostenträger, sondern auch gleich Zuweiser – sie entscheiden, in welche Reha-Einrichtung ein Patient geht. Dadurch können sie wie bei einem Monopol agieren und den Einkauf von Reha zum Dumpingpreis erzwingen.

Es diskutieren:

- **Dr. Claudia Wöhler**, Landesgeschäftsführerin der Barmer Bayern
- **Ellio Schneider**, Geschäftsführer der Waldburg-Zeil-Kliniken
- **Prof. Dr. Peter Borges**, Geschäftsführer der aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH
- **Mag. Martin Schiefer**, Rechtsanwalt und Gesellschafter der Rechtsanwaltskanzlei Heid-Schiefer
- **Dr. Willy Oggier**, Präsident der SW!SS Reha

Donnerstag, 25. Oktober 2018 – 14:15 bis 15:45 Uhr – Salon Picasso/Dali

Pflegen am Limit – Lösungen!

Der Pflegenotstand ist zu einem dominierenden Thema der deutschen Gesundheitspolitik geworden. Pflegekräfte sind nicht nur ohnehin knapp, viele scheiden wegen problematischer Arbeitsbedingungen vorzeitig aus ihrem Beruf aus und verschärfen damit den Pflegemangel in Krankenhäusern, Altenheimen und Reha-Einrichtungen noch. Für den einzelnen Patienten ist kaum noch Zeit. Operationen müssen immer häufiger abgesagt werden. Ganze Klinikabteilungen müssen schließen.

Seit Jahren streiken Pflegekräfte wie zuletzt in NRW – aber nicht etwa für mehr Geld, sondern für bessere Arbeitsbedingungen. In Bayern läuft ein Volksbegehren: Gefordert werden feste Personalschlüssel für alle Bereiche, härtere Hygiene-Vorgaben und strenge Konsequenzen für Häuser, die dem nicht nachkommen.

Das im Rahmen des Europäischen Gesundheitskongresses München stattfindende Europäische Pflegeforum diskutiert, was Kliniken und andere Pflegeeinrichtungen tun können: Es wird dabei um den Krankenstand gehen und um betriebliches Gesundheitsmanagement, um mehr – möglichst kostenfreie – Aus- und Weiterbildung, um die Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland, um professionellere Strukturen bei den Anerkennungsverfahren ausländischer Ausbildungen. Thema wird auch sein, inwieweit sich Tätigkeiten zwischen Pflegefachkräften und Ärzten sowie Pflegehilfskräften durch Delegation oder Substitution besser verteilen lassen. Und wie wichtig selbst kleine Details Klinikausstattung sein können – etwa, wenn Patienten ständig den Lichtknopf mit dem Klingelknopf verwechseln oder wenn Pflegekräfte die Patienten ständig heben müssen, nur weil die Betten nicht höhenverstellbar sind und ein Hinübersteigen in den Rollstuhl nicht erlauben.

Es diskutieren:

- **Christiane Becker**, Pflegedirektorin im Universitätsklinikum Halle-Wittenberg
- **Dr. Armin Augat**, Geschäftsführer des Kommunalen Arbeitgeberverbands Bayern
- **Arno D. Tomowski**, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
- **Rainer Michael Ammende**, Akademieleitung des Städtisches Klinikums München
- **Sophie Schwab**, Leitung der Landesvertretung Bayern der DAK-Gesundheit
- **Susan Rosenbaum**, Pflegedirektorin im Sankt Gertrauden-Krankenhaus Berlin

Donnerstag, 25. Oktober 2018 – 16:15 bis 18:00 Uhr – Salon Rumford

Krankenstand in der Pflege

Erst im August nannte das Bundesarbeitsministerium Zahlen, nach denen Beschäftigte in der Pflege besonders von psychischen Erkrankungen betroffen sind: In der Krankenpflege waren Arbeitnehmer deswegen durchschnittlich an 29,7 Tagen krankgeschrieben, in der Altenpflege an 29,4 Tagen. Das sind 9,2 beziehungsweise 8,1 Prozent mehr als der Durchschnitt aller Berufsgruppen.

Das scheint eher niedrig gegriffen zu sein: Eine Studie der Hans Böckler-Stiftung spricht davon, dass auf manchen Krankenhausstationen der Krankenstand bis zu 20 Prozent betrage. Und eine Untersuchung der DAK kam im Jahr 2014 zu dem Ergebnis, dass die Ausfalltage bei psychischen Erkrankungen im Gesundheitswesen mit 51 Prozent deutlich über dem allgemeinen Durchschnitt lägen. Vor allem der kontinuierliche Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen ist bemerkenswert: Zwischen 2006 und 2014 nahmen sie um rund 60 Prozent zu.

Die Gründe sind offensichtlich: Vor allem die Gewerkschaften kritisieren den wachsenden Pflegenotstand, Personalmangel, Stress, Schichtarbeit und mangelnde Erholungsphasen, aus denen Beschäftigte oft zurückgeholt werden, um erkrankte Kollegen zu vertreten.

Und die Mitarbeiter wehren sich: Der Betriebsratsvorsitzende zweier großer Krankenhäuser berichtet von einer dramatischen Zunahme der schriftlichen Gefährdungsanzeigen, mit denen Beschäftigte den Arbeitgeber vor

unerfüllbarer Aufgabenflut warnen können. Sie steigen demnach jährlich um 15 Prozent. Eine Vertrauensfrau der Gewerkschaft verdi beschreibt die Eigendynamik der Krise: „Das System steht vorm Kollaps. Irgendwann finden sie einfach kein Personal mehr.“

Es diskutieren:

- **Milorad Pajovic**, Leiter Bereich Pflege der DAK-Gesundheit
- **Carsten Fischer**, Leiter Kunden und Vertrieb der Fürstenberg Institut GmbH
- **Ute Düvelius**, Koordinatorin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Donnerstag, 25. Oktober 2018 – 18:00 bis 19:30 Uhr – Salon Rumford

Gesundes Essen: Mythos & Fakten

Essen ist heutzutage nicht mehr nur Essen, sondern für viele eine Lebenseinstellung geworden. Doch was ist wirklich gesundheitsförderlich, was ist wissenschaftlich bewiesen? Fast täglich werden dazu neue Studien veröffentlicht.

Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, stellt die Frage: „Was können wir mit Essen in der Prävention bewirken?“ Sie kann überraschende Kenntnisse dazu präsentieren, wie sich Gesundheitsvorsorge mittels Speiseplan wirksam umsetzen lässt.

Der Evolutionsbiologe und Bestsellerautor Professor Michael Wink, Universität Heidelberg, beleuchtet die pflanzlichen Abwehrgifte in der Ernährung. Der Anteil der für uns giftigen Pflanzen liegt bei 60 Prozent. Auch viele der essbaren Pflanzen enthielten ursprünglich viele Substanzen, die sie zur Abwehr von Fressfeinden entwickelt haben, wie etwa „Gluten“. Durch Züchtung hat der Mensch sie nur zum Teil unschädlich gemacht. Wink setzt auf geeignete, oftmals traditionelle, Koch- und Backverfahren und weckt auch bei Menschen mit einer Glutenintoleranz Hoffnungen.

Thomas Werkmeister ist der Ansicht, dass auch ein moderner Caterer in Krankenhäusern und Schulen hochwertige Ernährung liefern kann. Er setzt dazu auf das in der Sternegastronomie genutzte Sous-vide-Verfahren.

Es diskutieren:

- **Prof. Dr. Michael Wink**, Institut für Pharmazie und Molekulare Biotechnologie der Universität Heidelberg
- **Dr. Heidrun Thaiss**, Leitung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- **Monika Benecke**, Ernährungstherapeutin und Gründungsmitglied von Quetheb e.V.
- **Thomas Werkmeister**, Geschäftsführer der procuratio GmbH

Freitag, 26. Oktober 2018 – 09:00 bis 11:00 Uhr – Saal A+B

Digitalisierung: Wie kommen wir in die Poleposition?

Die digitale Revolution macht Unglaubliches möglich: Diagnostik schaut in Echtzeit zelluläre Prozesse im lebenden Organismus an und entschlüsselt genetische Krankheitsursachen. Therapien werden auf das Genom einzel-

ner Individuen zugeschnitten und tödliche Krankheiten immer häufiger zu chronischen Leiden reduziert. Es kommt zu überwältigenden Verbesserungen und Qualitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung. Jedenfalls theoretisch. Zwar verfügt das deutsche Gesundheitswesen über Wissen und Instrumente für den digitalen Fortschritt, aber bei der Umsetzung hakt es, wie selbst Kanzlerin Angela Merkel kürzlich kritisierte.

Das Beispiel USA zeigt, dass es hilft, wenn der Staat den Prozess anschiebt: Für die elektronische Patientenakte und zur Vernetzung des Gesundheitswesens hat die US-Regierung 1996 und 2009 zwei große Gesetzeswerke geschaffen. Mit dem zweiten wurden gut 36 Milliarden US-Dollar Fördermittel bereitgestellt.

In Deutschland steht ein solcher gesamtgesellschaftlicher Kraftakt aus. Zudem fehlen gesetzliche Leitplanken. Dazu gehört die Festlegung technischer Standards ebenso wie die Anpassung von Berufsbildern in Medizin und Pflege, etwa indem zur Ausbildung auch das Fach Programmieren hinzukommt.

Es diskutieren:

- **Sandra Särav**, Global Affairs Director and Government CIO Office at Estonian Ministry of Economic Affairs and Communications
- **Dr. Carlo Conti**, Regierungsrat a.D. und Präsident und Mitglied im Verwaltungsrat verschiedener Unternehmen aus dem schweizerischen Kanton Basel-Stadt
- **Dr. Peter Gocke**, CDO der Charité Universitätsmedizin Berlin
- **Andreas Storm**, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit
- **Dr. Wolfgang Krombholz**, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- **Dr. Franz Joseph Bartmann**, Vorsitzender des Telematikausschusses der Bundesärztekammer

Freitag, 26. Oktober 2018 – 11:15 bis 12:45 Uhr – Saal A

Quo vadis Morbi-RSA? – Aktuelle Entwicklungen von Manipulationsgefahr bis Regionalisierung

Wie wird die Reform des umstrittenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aussehen, die im kommenden Jahr ansteht? Die Krankenkassen liegen im Streit um sehr viel Geld: Mehr als 220 Milliarden Euro, mit hin rund 7 Prozent des Bruttoinlandprodukts, zahlt der Gesundheitsfonds ihnen aus. Das Geld wird zu einem erheblichen Teil danach verteilt, wie viele Versicherte einer Krankenkasse an einer von 80 ausgewählten Krankheiten leiden. Dabei werden auch jeweils bestimmte vordefinierte Schweregrade der Erkrankungen berücksichtigt.

Die Diagnosen möglichst kranker Patienten bringen somit Bares für die Kassen – und entsprechend gibt es „Upcoding“: Versicherte werden auf dem Papier kränker gemacht, als sie sind. In einer Studie gaben 82 Prozent der befragten Mediziner an, schon einmal von einer Krankenkasse hinsichtlich der Diagnosestellung ihrer Versicherten beeinflusst worden zu sein. Untersuchungen zeigen, dass die erstmalige Berücksichtigung einer Krankheit im Morbi-RSA zu einem sprunghaften Anstieg entsprechender Diagnosen führen. So hat der BKK-Dachverband eine Statistik veröffentlicht, nach der sich nach Einbeziehung von Adipositas in den Morbi-RSA im

Jahr 2012 die Zahl der gestellten Adipositas-Diagnosen mehr als verdoppelt hat. Waren es zu Beginn des Jahres 2012 noch etwa 750.000, meldeten die Kassen für 2015 über 1,8 Millionen Fälle.

Der wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes empfiehlt in Gutachten ein sogenanntes Vollmodell, bei dem nicht mehr nur 80 Krankheiten berücksichtigt werden. Und er legt nahe, dass es künftig eine regionale Komponente geben sollte, die höhere Ausgaben der Kassen in teureren Regionen kompensiert – so wie es etwa die bayerische Landesregierung vehement fordert. Einer Allianz aus Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind solche Korrekturen nicht ausreichend. Sie monieren vor allem, dass als Resultat des Morbi-RSA eine deutliche Überdeckung der Kosten bei den AOKn entstanden sei. Ulrike Elsner, Chefin des Verbandes der Ersatzkassen, kritisiert: „Andere Krankenkassen erhalten über den Morbi-RSA seit Jahren viel zu geringe Zuweisungen. Sie sind gezwungen, höhere Zusatzbeiträge zu erheben“. Der BKK-Dachverband malt schon ein Horrorszenario aus: „Gesunde Versicherte wechseln zu den günstigeren Kassen. Eine Abwärtsspirale entsteht. Krankenkassen kämpfen um ihr Überleben. Insolvenzen drohen.“

Es diskutieren:

- **Prof. Dr. Volker Ulrich**, Lehrstuhl für Finanzwissenschaft der Universität Bayreuth
- **Dr. Andreas Meusch**, Beauftragter für strategische Fragen des Gesundheitssystems, Techniker Krankenkasse
- **Prof. Dr. Klaus Jacobs**, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK
- **Dr. Dennis Häckl**, Geschäftsführer und Institutsleiter des WIG2 Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie
- **Dr. Jörg Meyers-Middendorf**, Vertreter des Vorstands und Leiter Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim Verband der Ersatzkassen

Freitag, 26. Oktober 2018 – 11:15 bis 12:45 Uhr – Salon Cézanne/Van Gogh

Innovationsmanagement in der Reha

Für die medizinische Rehabilitation stellt die digitale Revolution eine besondere Herausforderung dar, denn die Vergütungssituation erlaubt nur begrenzte Investitionen. Die Reha droht daher von großen Innovationen abgekoppelt zu werden. Kann der milliardenschwere Innovationsfonds der Reha überhaupt helfen? Oder sind andere Maßnahmen nötig?

Der Vorsitzende des Innovationsausschusses, Professor Josef Hecken, wird in der Kongressveranstaltung erläutern, welche Bedeutung Rehabilitation bei den vom Innovationsfonds geförderten Projekten derzeit hat.

Professor Gordon Cheng, weltweit anerkannter Spezialist für Neuro-Engineering, hat bereits vor zehn Jahren erstmals ein Gehirn-Maschine-System entwickelt, bei dem die Beine eines Roboters mittels Gedanken eines Menschen gesteuert werden konnten. Cheng wird Beispiele präsentieren, was in der Reha möglich ist.

Größter Kostenträger im Reha-Bereich ist die Deutsche Rentenversicherung, die im Jahr 2016 knapp 1,8 Milliarden Euro allein für medizinische Rehabilitation ausgegeben und damit etwa eine halbe Million Reha-Maßnahmen finanziert hat.

Es diskutieren:

- **Prof. Gordon Cheng**, Ordinarius für Kognitive Systeme and der Technischen Universität München
- **Prof. Josef Hecken**, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses
- **Andreas Konrad**, Direktor der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund
- **Bernd Beyrle**, Leiter des Fachbereichs Stationäre Versorgung der Techniker Krankenkasse

Freitag, 26. Oktober 2018 – 11:15 bis 12:45 Uhr – Salon Picasso/Dali

Notfallmedizin nach G-BA-Beschluss und Sachverständigenratsgutachten

Im April hat der Gemeinsame Bundesausschuss tiefgreifende Beschlüsse zur Neuorganisation der Notfallversorgung gefasst: 628 Kliniken, mehr als ein Drittel aller deutschen Krankenhäuser, sollen kein Geld mehr für die Bereitstellung von Versorgungskapazitäten von Notfallpatienten erhalten. Die entsprechenden Vergütungszuschläge entfallen für sie – jedenfalls sofern sie nicht innerhalb einer Frist von drei Jahren bestimmte strukturelle Anpassungen vornehmen. Für Kliniken in ländlichen Regionen ist eine Sonderregelung vorgesehen. Nach einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlassten Untersuchung würden trotzdem auch künftig 99,6 Prozent aller Deutschen eine Notaufnahme innerhalb von 30 Minuten erreichen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kritisierte den Beschluss scharf und rief die für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländer dazu auf, „die teilweise überzogenen Kriterien nicht anzuerkennen“. Ein Vertreter des Katholischen Krankenhausverbands brandmarkte den Beschluss gar als „Instrument zur ökonomisch induzierten Strukturbereinigung“ im Krankenhausmarkt.

Doch das ist nicht alles: Im Juli hat der Sachverständigenrat Gesundheit ebenfalls weitreichende Vorschläge für eine Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Der Rat plädiert für die Einrichtung „Integrierter Notfallzentren“, in denen Kliniken und Niedergelassene mit einer gemeinsamen Vergütungsordnung kooperieren und Notfallpatienten eine gemeinsame Anlaufstelle bieten. Der Ratsvorsitzende hob hervor, man sehe dabei die Notfallversorgung „als Eisbrecher“ für eine sektorenübergreifende Angebotsplanung. Er monierte, das Modell der vor Jahren eingeführten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für Schwerkranken sei weitgehend gescheitert, weil sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gegenseitig blockiert hätten. Vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl von Patienten, die ohne Grund in die Notfallambulanzen kommen, soll sich nun vieles grundlegend ändern.

Es diskutieren:

- **Prof. Dr. Harald Dormann**, Leitender Arzt der Zentralen Notaufnahme im Klinikum Fürth
- **Dr. Wolfgang Krombholz**, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

- **Dr. Brigitte Wrede**, Leitung der Arbeitsgruppe Krankenhausplanung, Qualitätssicherung und Notfallversorgung der Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin
- **Prof. Dr. Christoph Dodt**, Chefarzt am Klinikum München Bogenhausen und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin

Freitag, 26. Oktober 2018 – 13:30 bis 14:50 Uhr – Saal B

Digitalisierung des Krankenhausalltags – Wo stehen die Top-Kliniken?

Dreizehn deutsche Krankenhäuser dürfen stolz auf ihre Digitalisierungsstrategie sein: Sie wurden im März als „Digital Champions“ ausgezeichnet. Aus den 10.000 größten deutschen Unternehmen in über 70 Branchen hatte das Hamburgische WeltWirtschaftsinstitut (HWWI) zusammen mit dem Magazin „Focus“ jene Vorreiter ausgewählt, die nach etwa 30 einzelnen Aspekten mit der Digitalisierung am weitesten vorangekommen sind. Bewertet wurden dabei etwa die Zahl der IT-Fachkräfte, die Investitionen in Digitalisierung, die Steuerung von Prozessen mittels datengestützter Algorithmen und Software und die Nutzung von Netzwerken zum Technologie- oder Wissensaustausch.

Die Vorreiter im Krankenhausbereich zählen freilich nicht unbedingt zu den führenden Unternehmen der gesamten Wirtschaft. Denn bei der Untersuchung erhielt jeweils das Unternehmen mit der höchsten Gesamtpunktzahl in einer Branche den Punktwert 100 zugewiesen und setzte damit die Benchmark folglich nur innerhalb der eigenen Branche.

Tatsächlich dürften die Krankenhäuser deutlich hinter anderen Branchen liegen: So hatte im Jahr 2017 eine im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums erstellte Studie als Digitalisierungsgrad der Informations- und Telekommunikationsbranche 75 von 100 möglichen Punkten ermittelt. Das Gesundheitswesen schnitt in der Studie mit 36 Punkten hingegen deutlich schlechter ab. Nur das Verarbeitende Gewerbe erhielt als Schlusslicht der zehn untersuchten Branchen noch einen Punkt weniger.

Die Nummer 1 der digitalen Champions unter den Krankenhäusern hat bereits eine ganze Reihe zukunftsweisender Schritte umgesetzt: Das Klinikum verfügt teil-digitale Patientenakten, elektronische Arztbriefherstellung, mobile Visiten, ein digitales Archiv, Online-Terminvergabe und die Möglichkeit zur Abfrage von Labordaten am Patientenbett. Auch Videokonferenzen in den sogenannten Tumorboards mit niedergelassenen Praxen aus der Umgebung und mit der Radiologie eines benachbarten Krankenhauses sind üblich.

Es diskutieren:

- **Stephan Holzinger**, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG
- **Dr. Johannes Brachmann**, Medizinischer Geschäftsführer der Regiomed-Kliniken GmbH
- **Dr. med. Andreas Goepfert**, Geschäftsführer des Städtischen Klinikums Braunschweig
- **Frank Schneider**, Partner des Bodensee Instituts

Freitag, 26. Oktober 2018 – 13:30 bis 14:50 Uhr – Saal A

Arzneimittelsteuerung: EU, national oder regional?

Zwischen der EU-Kommission und dem mächtigen deutschen GKV-Spitzenverband der Krankenkassen schwelt ein Konflikt, der gravierende Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme in der gesamten EU haben könnte.

Die EU-Kommission will die Nutzenbewertung neuer Arzneien und Medizinprodukte europaweit vereinheitlichen. Die Mitgliedstaaten sollen künftig gemeinsam prüfen, ob ein neu zugelassenes Medikament oder ein neues Medizinprodukt mehr Nutzen für den Patienten bringt. Derzeit werden Bewertungsverfahren mehrfach parallel durchgeführt. Ressourcen werden so vergeudet.

Mit einem gemeinsamen europäischen Nutzenbewertungsverfahren würden nationale Bewertungen hinfällig. Doch dies stößt auf massiven Widerspruch – vor allem in Deutschland, wo dafür das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zuständig ist. Hintergrund ist das ANMOG-Verfahren, mit dem die beiden deutschen Institutionen ein relativ gut wirksames Instrument zur Dämpfung der Arzneimittelpreise für neue Medikamente in der Hand haben. Würde die Nutzenbewertung nur noch über Brüssel gehen, befürchten Kritiker der EU-Pläne steigende Preise im Arzneimittelmarkt.

Der GKV-Spitzenverband protestiert entschieden und weiß die deutschen Krankenkassen dabei hinter sich. Denn der Verband geht davon aus, dass seine Verhandlungen im Rahmen des AMNOG-Verfahrens den deutschen Beitragszahler zwischen 2012 und 2016 um 2,85 Milliarden Euro entlasten konnten.

Es diskutieren:

- **Prof. Josef Hecken**, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses
- **Han Steutel**, Vorstandsvorsitzender des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen
- **Prof. Dr. Wolfgang Greiner**, Gesundheitsökonom der Uni Bielefeld und Sachverständiger im SVR Gesundheit
- **Illa Wölfle**, Direktorin der Deutschen Sozialversicherung Europavertretung

Freitag, 26. Oktober 2018 – 13:30 bis 16:30 Uhr – Salon Rumford

Pflege anders denken

Erschreckende Kritik an Altenpflegeheimen: 40 Prozent der Bewohner würden zeitweise in ihrem Bett fixiert, 50 Prozent mit ruhigstellenden Medikamenten systematisch betäubt – in erster Linie Demenzkranke, so heißt es auf der Website des Projektes „Hergensweiler Heimelig“. „Weil das einfacher ist, als ein menschenwürdiges Umfeld zu schaffen. Und weil Medikamente billiger sind als menschliche Zuwendung“.

Initiatorin Anne Franke möchte in Hergensweiler im Landkreis Lindau vieles anders machen: Menschen, die an Demenz erkrankt sind und daher zum Weglaufen neigen, soll ein Leben mit mehr Teilhabe und Selbstbestimmung ermöglicht werden. Dazu soll ein räumlich ausgedehntes „Demenzdorf“ entstehen, in dem "alles ans Leben und nichts an Pflegeheim oder Krankenhaus erinnert" – mit genug Platz und Fürsorge zum Herumlaufen, anstatt Fixierung und medikamentöser Ruhigstellung. Anne Franke weiß, wovon sie spricht. Sie hat im Jahr

2014 den Altenpflegepreis dafür erhalten, dass sie im Maria–Martha–Stift in Lindau als Geschäftsführerin die Selbstbestimmung der Bewohner maßgeblich gestärkt hat.

300.000 bis 400.000 Menschen werden jeden Tag in Deutschland mit Billigung zuständiger Gerichte festgebunden und medikamentös sediert, sagen Studien. Doch das könne in den allermeisten Fällen vermieden werden, kritisieren Fachleute, wie der Gerontologe Thomas Klie von der Evangelischen Hochschule Freiburg.

Um Fixierungen zu vermeiden, gibt es eine Fülle von Hilfsmitteln – beispielsweise sogenannte Niederflurbetten, die sich so weit nach unten absenken lassen, dass der Fall aus dem Bett ungefährlich wird, anstatt Oberschenkelhalsfrakturen zu verursachen.

Der Duisburger Betreuungsrichter Lars Mückner, Experte für das Feld willensüberwindender und freiheitsentziehender Maßnahmen in der Altenpflege, wirbt auch für eine rechtlich andere Betrachtung des Umgangs mit Demenzkranken. In einer freiheitlich orientierten Gesellschaft gebe es ein Recht auf fehlerhafte Entscheidungen – wie etwa bei falscher Ernährung und Konsum von Alkohol. Wenn man Pflegebedürftigen dieses Recht abspreche, nur weil krankheitsbedingt falsch getroffene Entscheidungen zum Sturz führen könnten, sei eine strenge Prüfung der Verhältnismäßigkeit angezeigt.

Es diskutieren:

- **Anke Franke**, Geschäftsführerin der Ev. Diakonie Lindau
- **Lars Mückner**, Richter am Familiengericht/Betreuungsgericht des Amtsgerichts Duisburg
- **Prof. Dr. Horst Kunhardt**, Vizepräsident Gesundheit and der Technischen Hochschule Deggendorf
- **Prof. Dr. Thomas Klie**, Ev. Hochschule Freiburg und Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung im FIVE

Freitag, 26. Oktober 2018 – 15:00 bis 16:20 Uhr – Saal B

Sanierungsmanagement – Extern oder intern?

Es ist eines der größten Projekte im deutschen Gesundheitswesen: Insgesamt wird in den kommenden Jahren rund eine dreiviertel Milliarde Euro in die Neuausrichtung des Städtischen Klinikums München investiert. An den Klinikstandorten Schwabing, Bogenhausen, Neuperlach und Harlaching laufen umfangreiche Modernisierungen und Neubauprojekte. Man wolle zeigen, so der Münchner Oberbürgermeister Dieter Reiter, wie sich ein kommunaler Klinikverbund zukunftsfähig aufstellen und exzellente Medizin mit Wirtschaftlichkeit verbinden kann. Das städtische Klinikum München ist der größte Gesundheits- und Notfallversorger der Landeshauptstadt.

Lange Jahre war der Klinikbetrieb hochgradig defizitär, so dass der damalige Oberbürgermeister Christian Ude 2013 die Klinikführung entmachtete und ein Sanierungskonzept erarbeiten ließ, an dem auch ein großes Consultingunternehmen mitwirkte.

Eine Personalie steht für einen Trend im Sanierungsmanagement bei Krankenhäusern: Im April 2014 übernahm Axel Fischer die Leitung des Städtischen Klinikums München. Er kam von jener Unternehmensberatung, die zuvor am Sanierungskonzept maßgeblich mitgewirkt hatte. Der Wechsel vom Beratungsunternehmen auf

den Chefsessel von Kliniken findet in ganz Deutschland immer häufiger statt – Indiz dafür, dass sich in Consultingunternehmen spezifisches Know-how entwickelt hat. Zeitweise wurden auch die drei größten Privatklinikkonzerne von ehemaligen Beratern geführt.

Auch Wissen aus andern Branchen kann helfen: Michael Butler, Qualitätsmanager bei Ford, hatte während einer Krebsbehandlung genug von unzureichend organisierten Prozessen im Krankenhaus. Nach seiner Genesung organisierte er ein gemeinsames Projekt von Ford und der Klinik: Know-how aus der Fahrzeugproduktion wurde mit großem Erfolg auf die Abläufe in Krankenhäusern übertragen.

Es diskutieren:

- **Dr. Axel Fischer**, Geschäftsführer des Städtischen Klinikums München
- **Dr. Jens Schick**, Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG
- **Christian Klodwig**, Geschäftsführer des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke
- **Michael Butler**, Director des Quality Business Office bei Ford Europe

Pressekontakt Europäischer Gesundheitskongress München:

Ralf-Thomas Hillebrand, presse@wiso-consulting.de, 0177-2162769 (während des Kongresses)