

## Highlights

### Infos für Medien zu ausgewählten Veranstaltungen beim Europäischen Gesundheitskongress München 2019

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 26. und 27. September 2019 werden über 1.000 Teilnehmer erwartet. Online finden Sie den Kongress unter: [www.gesundheitskongress.de](http://www.gesundheitskongress.de)

Der Europäische Gesundheitskongress München steht diesmal unter dem Motto: „Faszination Gesundheitswesen: Auch für die nächste Generation!“ Es ist ein Aufruf, daran mitzuwirken, was gerade möglich wird: hochdigitalisierte „Smart Hospitals“, wie Dänemark sie plant. Von Künstlicher Intelligenz gesteuerte bildgebende Diagnostik. Roboter-assistierte Chirurgesysteme im OP. Decision Support in der Therapie. Personalisierte Medizin. Wir stehen an der historischen Schwelle zu einer völlig anderen, für den Patienten deutlich erfolgreicherer Medizin. Neue Therapien und rasante Fortschritte in der Onkologie lassen die Frage aufkommen: Ist Krebs in fünfzehn Jahren heilbar? Und ernstzunehmende Mediziner erörtern bereits, ob Unsterblichkeit bereits eine Vision der nächsten Generation sein könnte.

Die mehr als 150 Referenten beim Europäischen Gesundheitskongress München gehören zu den Vordenkern im Bereich der Gesundheitsversorgung. Sie bieten Lösungen für die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen, denen sich Krankenhäuser, Reha-Kliniken, niedergelassene Ärzteschaft, Pflege, die Kostenträger und die gesamte Gesundheitswirtschaft zu stellen haben.

Donnerstag, 26. September 2019 – 09:00 bis 10:45 Uhr – Saal A + B

### **Eröffnungsveranstaltung: Digitalisierung & Künstliche Intelligenz: Freund oder Feind?**

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

Einen für die Akzeptanz digitaler Technologien immer bedeutsameren Bereich beleuchtet **Lorena Jaume-Palásí**, Geschäftsführerin der The Ethical Tech Society: Sie beschäftigt sich mit ethischen Aspekten von Algorithmen. Denn sie rechnen nicht nur, sie können in komplexeren Systemen auch zur Manipulation oder Diskriminierung von Menschen führen – im Gesundheitswesen unter Umständen mit besonders schwerwiegenden Konsequenzen. Jaume-Palásí erforscht deshalb Methoden, mit denen sich ethische Lücken in Algorithmen identifizieren lassen – und wird bei der Eröffnungsveranstaltung darüber berichten.

Anschließend erläutern zwei Politikstrategen das Vorgehen ihrer Regierungen in Bezug auf Digitalisierung und Künstliche Intelligenz: **Dr. Clemens Martin Auer**, Sonderbeauftragter für Gesundheit im österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, und **Dr. Gottfried Ludewig**, Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation im Bundesministerium für Gesundheit.

Donnerstag, 26. September 2019 – 11:15 bis 12:45 Uhr – Saal A

## Politische Initiativen für die Digitalisierung

Im Jahr 2005 bezeichnete Bundeskanzlerin Angela Merkel die seinerzeit neu geplante elektronische Gesundheitskarte als „Leuchtturmprojekt“, das der Welt beweisen werde, „auf welchen Gebieten wir vorn sind“. Im Jahr 2010 rief das Bundesgesundheitsministerium die E-Health-Initiative ins Leben, in der unter anderem Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Apothekerverbände und der GKV-Spitzenverband vertreten waren und bis heute sind. Sie sollte klären, wo es „Umsetzungshürden für die Etablierung von digitalen Anwendungen“ gibt und welche Maßnahmen es zum Abbau dieser Hürden bedarf. Im vergangenen Jahr kam eine Studie der Bertelsmann-Stiftung zu dem Ergebnis, dass das deutsche Gesundheitswesen bei der Digitalisierung auf Platz 16 von 17 untersuchten Staaten liegt.

Gottfried Ludewig, seit einem Jahr Abteilungsleiter für Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium, spricht von „organisierter Verantwortungslosigkeit“. Der Eingriff in die Gesellschafterstruktur der Gematik war erst der Anfang. Ludewig will „stärker regulatorisch eingreifen“, wenn sich Selbstverwaltung, Krankenkassen und IT-Industrie nicht auf Standardschnittstellen einigen können. Er will auch verhindern, dass die Selbstverwaltung Vergütungen, etwa für Videosprechstunden, so niedrig festlege, dass die Telemedizin nicht in Deutschland Fuß fassen. Um die elektronische Gesundheitskarte auf das Smartphone zu bekommen, verhandelt er sogar mit Apple, weil dessen Smartphones sich dafür derzeit nicht eignen. Damit Arztpraxen keine umständlichen Hardware-Konnektoren zum Anschluss an die IT-Infrastruktur mehr benötigen, hat sein Haus ein Forschungsprojekt initiiert, um alles auf eine leichter handhabbare Softwarelösung umzustellen. Das Gesundheitsministerium hat schließlich sogar den Health Innovation Hub eingerichtet, eine Art Think-Tank, der im Berliner Start-up-Viertel neuen Trends, etwa beim Einsatz Künstlicher Intelligenz, nachgeht.

Trotz der vielen Aktivitäten gibt es Kritik von mehr als einem Dutzend Verbänden aus Medizintechnik, IT- und Pharma-Industrie sowie medizinischen Fachgesellschaften: Die alleinige Beauftragung der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen mit der Festlegung der Details bei der Codierung medizinischer Daten auf der elektronischen Patientenakte sei "nicht zielführend". Es drohe eine Einschränkung der Nutzbarkeit der elektronischen Patientenakten etwa für die wissenschaftliche Forschung. Auch sei die Einhaltung der Anforderungen an internationale Standardisierungsprozesse gefährdet, so dass die elektronische Patientenakte nicht europaweit funktionieren würde.

Es diskutieren:

- **Prof. Dr. Arno Elmer**, Vorstandsmitglied des Verbands Digitale Gesundheit und von 2012 bis 2015 Hauptgeschäftsführer der Gematik
- **Dr. Gottfried Ludewig**, Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium
- **Frank Gotthardt**, Vorstandsvorsitzender der CompuGroup Medical SE
- **Timo Frank**, Vorstand Strategie bei Hashtag Gesundheit

Donnerstag, 26. September 2019 – 11:15 bis 13:00 Uhr – Saal B

## Krankenhäuser der Zukunft: ambulanter, digitaler, disruptiver ... Und mit einem anderen MDK?

Zu bundesweiten Initiativen bezüglich der Krankenhauspolitik kommt aus Bayern fast immer Widerspruch. „Nur nach Zahlen vorzugehen und jedes x-te Krankenhaus zu streichen“, halte sie nicht für sinnvoll, kritisierte die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml etwa kürzlich ein im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung erstelltes Gutachten, das eine starke Reduzierung der Zahl deutscher Krankenhäuser empfiehlt. Im Flächenland Bayern spiele auch die Distanz zum nächsten Spezialisten eine Rolle.

Die wirtschaftlich besonders gebeutelten Krankenhäuser des südlichsten Bundeslandes fürchten nicht nur die Idee von Schließungen, sondern auch das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geplante MDK-Reformgesetz. Es sieht vor, dass der Medizinische Dienst seltener als bisher Krankenhausabrechnungen prüfen soll. Der häufigste Prüfanlass ist bislang die Frage, ob eine Leistung stationär oder ambulant zu erbringen gewesen wäre. Künftig soll ein umfangreicher Katalog von ambulant zu erbringenden Leistungen die Anzahl solcher Streitigkeiten verringern – mit dem erklärten Ziel, die sogenannte „Ambulantisierung“ voranzutreiben. Aber: Das dürfte auch bedeuten, dass mehr Behandlungen in Krankenhäusern generell nach dem kostengünstigeren „einheitlichen Bewertungsmaßstab“ für ambulante Behandlung vergütet werden. Und das bedeutet weniger Geld für die Kliniken.

Bayern ist noch mit einer anderen Idee unzufrieden: Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe präsentierte Ende 2014 das Konzept einer „qualitätsorientierten Krankenhausplanung“. Es verfolgte die Absicht, dass unter der wirtschaftlich angespannten Lage im Krankenhaussektor nicht zufällig irgendwelche Kliniken schließen müssen, sondern beim Abbau überzähliger Betten mindere Qualität den Ausschlag geben würde. Die Bundesländer sollten aus der Gemeinsamen Selbstverwaltung gesicherte Daten erhalten, welche Klinikabteilungen qualitativ unterdurchschnittlich aufgestellt sind. Diese Abteilungen, so die Idee, könnte das jeweilige Bundesland dann aus dem Krankenhausplan nehmen.

Knapp fünf Jahre später haben ausgerechnet die bevölkerungsreichsten Bundesländer – darunter Bayern – beschlossen, die Indikatoren nicht in ihre Krankenhausplanung einzubeziehen. Für drei Viertel der deutschen Bevölkerung wird der dereinst so gelobte Plan nie wirksam werden.

Es diskutieren:

- **Ministerialdirigent Herwig Heide**, Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
- **Prof. Dr. Herwig Ostermann**, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH
- **Dirk Barten**, Geschäftsführer der Intuitive Surgical Deutschland GmbH
- **Dr. Axel Fischer**, Vorsitzender der Geschäftsführung der München Klinik
- **Reiner Kasperbauer**, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bayern

Donnerstag, 26. September 2019 – 14:15 bis 15:45 Uhr – Salon Rumford

## Gute Aussichten für die nächste Generation – Krebs in 15 Jahren heilbar?

Anfang dieses Jahrzehnts lag die Überlebensrate nach fünf Jahren für Hodenkrebs bei 96, für Melanome und Prostatakrebs bei 93 sowie für Brustkrebs bei 88 Prozent. Bei anderen Krebsarten sind die Prognosen zwar teilweise noch deutlich niedriger. Aber es gibt rasante Fortschritte: Im vergangenen Jahr lag in der EU die Krebssterblichkeit verglichen mit 2012 altersbereinigt bei Männern um 10 und bei Frauen um 5 Prozent niedriger.

Dass Krebs gerade in den letzten Jahren immer besser behandelbar wird, liegt an großen Fortschritten, welche die Onkologie sich zunutze machen kann: Die Genomik verbunden mit der Analyse großer Datenmengen durch künstliche Intelligenz erkennt immer speziellere Muster für Mechanismen zellulärer Vorgänge, die Ursache für das Wachstum mutierter Zellen sind. Vor allem aber ein neuer Therapieansatz gilt als große Hoffnung: Die Immuntherapie aktiviert mit sehr spezifisch auf den Patienten und sein Genom ausgerichteten Onkologika das natürliche Immunsystem gegen die Krebszellen.

Prof. Dr. Dirk Jäger vom Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg behandelt mittlerweile bereits bis zu 20 Prozent seiner Patienten mit einer Immuntherapie. „Die Immunonkologie tritt einen regelrechten Siegeszug an“, sagt Jäger und fügt hinzu, dass viele Patienten nach zwölf Jahren noch am Leben seien, die „vor kurzem noch eine Prognose von unter einem Jahr gehabt hätten“. Auch gegen den einstweilen noch fast immer tödlich verlaufenden Pankreaskrebs werde es bald Immuntherapien geben, so der Mediziner.

Die Immuntherapie funktioniert beispielsweise bei einer bestimmten Unterart der akuten Leukämie so gut, dass 50 bis 80 Prozent der Patienten mit einer einzigen Infusion geheilt werden können. Außer in der Immuntherapie gibt es vielversprechende Erfolge auch mit Virotherapie, bei der gentechnisch umprogrammierte Viren Krebszellen zerstören, oder mit der Protonentherapie, bei der die Strahlendosis im Vergleich zu anderen Arten der Strahlentherapie deutlich präziser lokalisiert werden kann.

Es diskutieren:

- **Prof. Dr. Dirk Jäger**, Leiter der Abteilung Medizinische Onkologie des Universitätsklinikums Heidelberg
- **Dr. Johannes Bruns**, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft
- **Dr. Djork-Arné Clevert**, Senior Research Scientist der Bayer AG
- **Dr. Sabine Richard**, Geschäftsführerin Versorgung beim AOK-Bundesverband

Donnerstag, 26. September 2019 – 14:15 bis 15:45 Uhr – Salon Renoir

## Was macht exzellentes Marketing aus?

Seit 2003 wird der Wettbewerb um „Deutschlands Beste Klinik-Website“ ausgerufen, an dem sich in den letzten Jahren bis zu 300 Krankenhäuser bewarben. Der Preis wird von einem großen Arzneimittelhersteller gesponsert. Das Deutsche Herzzentrum Berlin hat den Preis schon ebenso gewonnen wie das Rotkreuzklinikum München.

Eine gute Website ist im wirtschaftlich so schwierigen Klinikmarkt heute unerlässlich: Schon vor Jahren ergab eine Studie, dass sich 72 Prozent der befragten Patienten im Vorfeld einer Behandlung auf der Klinikwebsite

informieren. Auch wo Patienten über die Wahl der Klinik mitentscheiden, wie vor allem bei Selbstzahlerleistungen, werden sie das Internet als wichtigste Informationsquelle ansehen.

Aber das Design einer Website ist nicht das Einzige: Um Besucher anzulocken, muss eine Klinikwebsite mit- samt ihren Inhalten suchmaschinenfreundlich aufgebaut sein. Und sie sollte tunlichst Besucher auch in Sozialen Medien rekrutieren – da, wo sich potenzielle Patienten tummeln. So betreibt etwa das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sogar auf der russischen Plattform vkontakt eine eigene Fanpage, natürlich in kyrillisch.

Zielgruppen solchen Online-Marketings sind aber mitnichten nur Patienten: Auch Zuweiser sollen eine Klinik- website mögen, weshalb Insider empfehlen, selbige auf der Klinikwebsite aufzulisten und Hyperlinks zu setzen – Niedergelassene revanchieren sich vielleicht. Und natürlich sind die von Fachkräftemangel, sowohl bei Ärzten als auch der Pflege, gebeutelten Krankenhäuser auch bei ihrer Personalakquise auf das Internet angewiesen.

Gutes Know-how ist – spätestens nach Inkrafttreten der europäischen Datenschutzgrundverordnung – auch beim Email-Marketing erforderlich.

Es diskutieren:

- **Marc Raschke**, Marketingchef des Klinikums Dortmund
- **Dr. Torsten Schwarz**, Geschäftsführer von Absolit Dr. Schwarz Consulting
- **Holger Steudemann**, Geschäftsführender Gesellschafter der Agentur WOK GmbH

Donnerstag, 26. September 2019 – 16:15 bis 18:00 Uhr – Salon Renoir

## Die nächste Generation ländlicher Krankenhäuser

Bad Neustadt an der Saale liegt in einer strukturschwachen Region Frankens an der Grenze zu Thüringen und hat gerade einmal gut 15.000 Einwohner. Für sein Kreiskrankenhaus mit 200 Betten gab es nach der Jahrtausend- wende kaum noch eine Perspektive: Zwei andere, noch kleinere Krankenhäuser waren bereits geschlossen worden. Und auch das verbliebene Haus arbeitete defizitär, der Landkreis musste zuschießen.

Vor einem halben Jahr eröffnete am gleichen Standort der erste Bauabschnitt eines Klinikums, von dem Land- rat Thomas Habermann schwärmt, es habe "besondere Strahlkraft über unsere Region hinaus". Tatsächlich gilt das Klinikum unter Fachleuten als zukunftsweisendes Vorbild für die Versorgung im ländlichen Raum. Denn es bietet nicht mehr nur stationäre Versorgung wie einst: Die Rhön-Klinikum AG hat einen „Gesundheitscampus“ errichtet, auf dem Vorsorge, stationäre und ambulante Behandlung, Reha und Pflege sektorenübergreifend stattfinden sollen. In einem medizinischen Versorgungszentrum sind rund 30 verschiedene Fachärzte sowie weitere Gesundheitsdienstleister zu finden. Das erlaubt interdisziplinäre Behandlung ohne räumliche oder zeitliche Hindernisse – über Sektorengrenzen hinweg. Glasfaserverbindungen ermöglichen Videokonferenzen und die Übertragung großer Datenmengen zwischen den Behandlern – vom OP bis hin zur Rehapraxis.

Das Klinikum soll nach Fertigstellung 665 Betten haben, also dreimal so groß sein wie sein Vorgänger, das alte Kreiskrankenhaus. Das Campus-Konzept zielt zudem darauf ab, die wachsenden fachärztlichen Versor- gungslücken im ländlichen Raum zu schließen.

Es diskutieren:

- **Heidi Hanselmann**, Regierungspräsidentin im Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen
- **Thomas Habermann**, Landrat des Landkreises Rhön-Grabfeld
- **Dr. Claus-Uwe Gretscher**, Vorstandsvorsitzender der Kliniken Südostbayern AG
- **Bernhard Seidenath**, MdL, Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Pflege im Bayerischen Landtag

Freitag, 27. September 2019 – 09:00 bis 11:00 Uhr – Saal A + B

## Unsterblichkeit: Eine Vision der nächsten Generation?

Nicht die klassische Gesundheitswirtschaft arbeitet seit kurzer Zeit ganz konkret an der Utopie, den Tod medizinisch zu überwinden, sondern die Hightech-Konzerne des Silicon Valley:

Raymond Kurzweil, Director of Engineering der US-amerikanischen Biotech-Firma Calico, prognostiziert: Innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre würden neue Errungenschaften in der Medizin dafür sorgen, dass sich die Lebenserwartung pro Jahr um mehr als ein Jahr erhöht. Rechnerisch würden Menschen somit unsterblich.

Die Google-Gründer Sergey Brin und Larry Page haben bereits über eine Milliarde US-Dollar in Calico investiert, das sich auf die Fahne geschrieben hat, "das Altern zu bekämpfen". Wissenschaftler des Unternehmens entdeckten 2018, dass ein ostafrikanischer Nager namens Nacktmull kaum altert. Grund ist eine hochaktive Reparatur der DNA und eine hohe Konzentration von bestimmten Proteinen. Dies soll im Kampf gegen die Alterung des Menschen genutzt werden.

Konkurrent Sierra Sciences forscht an Methoden zur Verlängerung von Telomeren, schützenden Proteinen am Ende jedes DNA-Stranges. Sie werden bei jeder Zellerneuerung kürzer – und verhindern schließlich weitere Zellteilungen, so dass die Zelle stirbt. Die Verlängerung der Teleomere könnte den Alterungsprozess stoppen.

Der Harvard-Wissenschaftler George Church nutzt Gentherapie, um den Chromosomen Anti-Aging-Befehle zu übermitteln. Nach eigenen Angaben ist es ihm damit bereits gelungen, die Lebensdauer von Mäusen zu verdoppeln.

Der US-Hightech-Investor Peter Thiel hat eine eigene Plattform im Kampf gegen Altern geschaffen: Breakout Labs. Er sei nicht bereit, den Tod als gegeben hinzunehmen, erklärte Thiel, er ziehe es vor, „ihn zu bekämpfen.“

Es diskutieren:

- **Prof. Dr. Dragan Primorac**, M.D. Ph.D., The Penn State University and American Academy of Forensic Sciences
- **Andreas Storm**, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit
- **Dr. Gerald Gaß**, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- **Dr. Stefan Schaller**, Head of Region Central Western Europe bei Siemens Healthcare
- **Prof. Dr. Jörg Debatin**, Leiter des Health Innovation Hub beim Bundesministerium für Gesundheit (Moderation)

Freitag, 27. September 2019 – 11:15 bis 12:45 Uhr – Salon Cézanne/van Gogh

## Rehazugang: Ausreichend niederschwellig & transparent?

Im Jahr 2017 hat die Deutsche Rentenversicherung Bund 165.638 Menschen eine Erwerbsminderungsrente zuerkannt. Aber rund die Hälfte der Betroffenen hat in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung keinerlei Rehabilitationsleistungen von der Rentenversicherung erhalten. Dabei ist aktenkundig, dass nach einer Reha 73 Prozent der erwerbstätigen Rehabilitanden mindestens zwei Jahre wieder in ihren Beruf zurückkehren können. Warum wird nicht häufiger versucht, erkrankte Berufstätige vor der Erwerbsminderung zu bewahren?

Es liegt nicht am Geld allein: Die Deutsche Rentenversicherung hat ausgerechnet, dass sich Maßnahmen einer medizinischen Rehabilitation bereits dann wirtschaftlich amortisieren, wenn dadurch eine Erwerbsminderung gerade nur um rund vier Monate hinausgeschoben werden kann.

„Im Moment erreichen wir mit der Reha Menschen mit Bedarf viel zu spät“, kritisiert eine Rentenexpertin des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Aber auch die Arbeitgeber sind unzufrieden: Sie fordern eine bessere Zusammenarbeit von Rentenversicherung, Krankenkassen und Arbeitsagenturen, um chronisch kranke Arbeitnehmer frühzeitiger in eine Reha zu lotsen. Die Opposition wirft der Bundesregierung gar vor, dem Grundsatz „Reha vor Rente“ zu wenig Beachtung zu schenken – nach dem die Rentenversicherung gehalten ist, der Reha grundsätzlich den Vorzug zu geben.

Es diskutieren:

- **Thomas Bublitz**, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken
- **Gerd Kukla**, Referatsleiter Leistungsrecht/Rehabilitation und Selbsthilfe im GKV-Spitzenverband
- **Jürgen Ritter**, Leiter des Grundsatzreferats für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben der Deutsche Rentenversicherung Bund
- **Dr. Sabine Grotkamp**, Leitung der SEG Leistungsbeurteilung/Teilhabe beim MDK Niedersachsen
- **Dr. Klaus Keller**, Abteilungsleiter Rehabilitation der Diakonischen Einrichtung Herzogsägmühle
- **Dr. Willy Oggier**, Präsident von SW!SS REHA

Freitag, 27. September 2019 – 11:15 bis 12:45 Uhr – Salon Rumford

## Ausbildung der Pflegeberufe im europäischen Vergleich – wo steht Deutschland?

Weltweit gibt es einen starken Trend zur Akademisierung der Pflegeberufe. In Kanada, aber auch bei unseren EU-Nachbarn Großbritannien und Schweden ist ein Hochschulstudium die einzige Möglichkeit, um Pflegefachkraft zu werden. 100 Prozent der Berufsanfänger sind dort folglich Akademiker. In den Niederlanden sind es bereits rund 45 Prozent. In Deutschland dagegen liegt der Anteil der graduierten Pflegenden unter zwei Prozent.

In Großbritannien, den Niederlanden und vielen englischsprachigen Ländern außerhalb der EU ist zudem eine Registrierung in einem Berufsregister gesetzlich festgeschriebene Voraussetzung für die berufliche Tätigkeit. Die Registrierung als „Registered Nurse“ zieht die Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung nach sich.



Der Wissenschaftsrat hat kürzlich empfohlen, dass zwischen 10 und 20 Prozent eines Jahrgangs in den Pflegeberufen eine akademische Ausbildung haben sollte. Selbst diese geringe Quote bedeutet, dass – zusätzlich zu den bisher vorhandenen 600 Studienplätzen in patientenorientierten Studiengängen – rund 2.100 bis 4.800 Studienplätze fehlen. Der Wissenschaftsrat ließ verlauten, er sei sich bewusst, dass es sich bei der empfohlenen Akademisierungsquote lediglich um ein erstes Zielintervall handelt.

Viele Fachleute kritisieren den zögerlichen Kurs der Bundesregierung bei der Akademisierung der Pflegeberufe – vor allem vor dem Hintergrund der geplanten Herausnahme der Pflege aus den Fallpauschalen der Krankenhausvergütung. Stephan Holzinger, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch: „Die Politik verhält sich widersprüchlich: Sie will einerseits auch die Pflege aufwerten, setzt aber mit neuen Regulierungen, unter anderem der Herauslösung der Pflege aus dem DRG-Vergütungssystem, den wirtschaftlichen Anreiz, dass Pflegefachkräfte demnächst wieder zur Essensausgabe und zur Zimmerreinigung mit eingesetzt werden.“ Ausländische Pflegekräfte stellten fest, so Holzinger weiter, „dass sie in Deutschland nicht einmal die Hälfte ihres ursprünglichen Aufgabenspektrums ausführen dürfen.“

Es diskutieren:

- **Dr. Paul de Raeve**, Generalsekretär der European Federation of Nurses Associations
- **Barbara Klemensich**, Vorsitzende des Pflegemanagement Teams der Vinzenz Holding Österreich
- **Dr. Sabine Balzer**, Leiterin der Berufsfachschule für Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe der kbo-Inn-Salzach-Klinik
- **Rainer Ammende**, Geschäftsbereichsleiter der München Klinik Akademie (Moderation)

Freitag, 27. September 2019 – 11:15 bis 12:45 Uhr – Salon Picasso/Dali

## Krankenversicherung: Modelle für die „Next Generation“

Der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen ist hart: Innerhalb von gut zwei Jahrzehnten verschwanden rund 800 von ihnen vom Markt, heute existieren gerade noch 109. In den nächsten Jahren könnte diese Situation sich jedoch noch verschärfen, denn digitale Revolution und demografische Entwicklung dürften neben dem Preis- auch einen Qualitätswettbewerb auslösen. Die Mega-Trends sind bereits erkennbar.

Während bis dato ein möglichst flächendeckendes Netz von Geschäftsstellen als wichtig angesehen wird, dürfte die Strategie künftig – wie bei den Massenmedien schon lange – „mobile first“ lauten. Junge Versicherte organisieren ihr Leben per Smartphone und erwarten, dass ihre Krankenkasse eine Online-Geschäftsstelle anbietet, mit der man per App kommuniziert. Krankenkassen werden zum zentralen Punkt eines Netzwerkes mit regem Datenaustausch: elektronische Gesundheits- und Patientenakte, eRezept, digitale Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Abwicklung von Erstattungsangelegenheiten – all das ist zum Teil bereits Realität. Aber noch ist der Schatz, der in den Routinedaten schlummert, nicht gehoben: Künstliche Intelligenz kann mit den Daten Heilungschancen dramatisch verbessern. Dazu sind allerdings völlig neue Datenschutzkonzepte erforderlich. Dass sie kommen, ist absehbar.



Die Digitalisierung erlaubt es Kassen, ihren Versicherten Tools für individuelles, persönliches Gesundheitsmanagement anzubieten: Digitale Ratgeber, wie etwa das Sprachdialogsystem „Ada“, beurteilen Symptome und schicken den Versicherten gegebenenfalls zum Arzt. Chroniker lassen Vitaldaten telemedizinisch überwachen erhalten auf digitalem Wege kontinuierlich Empfehlungen für eine optimale Therapie. Und Gesunde können ihr Verhalten im Hinblick auf bestmögliche Prävention von Wearables auswerten lassen.

Krankenkassen wandeln sich so zunehmend vom Kostenträger zum Netzwerkbetreiber für Gesundheitsförderung. Mit zunehmender Verfügbarkeit von Qualitätsdaten werden sie somit zum zentralen Akteur des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen – die Publikation der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist erst der Anfang. Die Zahl strukturierter Behandlungsprogramme, vor allem von Disease-Management-Programmen, wird zunehmen – ebenso aber auch andere Modelle Integrierter Versorgung.

Zugleich werden Krankenkassen sich intensiver um Kooperationen bemühen müssen: mit anderen Kassen, um übergreifende und technisch interoperable IT-Systeme zu implementieren, und mit privaten Versicherern, weil Zuzahlungen in steigendem Umfang durch private Zusatzversicherungen ausgeglichen werden.

Es diskutieren:

- **Dr. Hans Unterhuber**, Vorstandsvorsitzender der SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
- **Daniel Cardinal**, Geschäftsbereichsleiter Versorgungsinnovation der Techniker Krankenkasse
- **Dr. Irmgard Stippler**, Vorstandsvorsitzende, AOK Bayern
- **Dr. Roman Rittweger**, Gründer und CEO der ottonova Krankenversicherung AG
- **Julia Kaub**, Partnerin Gesundheitswirtschaft der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
- **Julia Zink**, Präsidentin der Denkfabrik BKK Young Talents, einer Initiative des BKK Dachverbands

Freitag, 27. September 2019 – 13:30 bis 14:50 Uhr – Saal A

## Kooperationspartner oder Konkurrenten: Was sagt das Kartellamt?

Ein typischer Fall im deutschen Krankenhaussektor: Die Klinikum Gütersloh gGmbH arbeitet defizitär. Während das Minus in 2017 noch bei 170.000 Euro lag, betrug es im vergangenen Jahr schon satte 1,63 Millionen Euro. Weil kleinere Kliniken es schwerer haben, liegt ein Zusammenschluss der beiden Gütersloher Akut-Krankenhäuser, des Klinikums Gütersloh und des St.-Elisabeth-Hospitals, nahe. Dadurch sollen Synergieeffekte genutzt werden – auch bei Mindestmengen. Doch obwohl die Stadt und die Chefetagen beider Häuser sich schnell über eine Fusion einig wurden, müssen sie jetzt vor dem Bundeskartellamt zittern, das darüber wacht, eine Marktherrschaft durch das neue Unternehmen auszuschließen.

Es wäre nichts Ungewöhnliches, wenn die Wettbewerbshüter das Vorhaben untersagen würden. Denn das tun sie immer wieder: erstmals im Jahr 2005 im Landkreis Rhön-Grabfeld. Aber auch 2008 in Hamburg, im selben Jahr in Wolgast, 2014 in Esslingen oder in diesem Jahr in Ostholstein legte sich das Bundeskartellamt quer. Im Jahr 2009 verfügte es sogar die Rückabwicklung des von Uniklinikum Tübingen und Landkreis Zollernalb gemeinsam gegründeten Zollernalb Klinikums. Insgesamt schritt das Amt bereits rund vierzig Mal ein.

"Die zentrale Frage ist: Schützt das Bundeskartellamt einen Markt, der keiner ist?", formulierte ein Fachmedium nach etlichen umstrittenen Entscheidungen. Ein Klinikchef kommentiert die gescheiterte Fusion seines Hauses: "Ich halte es auch heute noch für eine vollkommen an der Vernunft vorbeigehende Entscheidung, die juristisch leider nicht angreifbar, aber sachfremd war."

Das Essener RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung bestätigt diese Einschätzung: Mehrere regionale Krankenhausfusionen, die aus Versorgungsaspekten sinnvoll gewesen wären, seien untersagt worden, so das Institut. Einem politisch gewollten Prozess der Strukturoptimierung und Konzentration der Leistungserbringung im Krankenhausesektor stehe das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen und dessen Auslegung durch das Bundeskartellamt entgegen.

Die Monopolkommission, die die Bundesregierung im Hinblick auf Wettbewerbsrecht berät, plädiert hingegen dafür, Krankenhäuser als Unternehmen im Sinne des Wettbewerbsrechts zu behandeln. Denn der aus Sicht der Ökonomen ohnehin eingeschränkte Qualitätswettbewerb im Krankenhausesektor sei „außerordentlich schützenswert“, da er „Garant für eine hochwertige Versorgung“ sei. Die Monopolkommission setzt sich deshalb bereits seit mehr als einem Jahrzehnt dafür ein, dass das Bundeskartellamt Krankenhausfusionen künftig schon ab einem jährlichen Gesamtumsatz von 167 Millionen Euro genehmigen muss, während dieser Schwellenwert bisher (wie bei anderen Unternehmensfusionen auch) dreimal so hoch liegt, nämlich bei 500 Millionen.

Mittlerweile haben sich die auch Gesundheitsminister der Länder des Themas angenommen. Im Juni sprachen sie darüber, inwieweit man das Gesetz anpassen könnte, um sinnvolle Strukturänderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft zu ermöglichen.

Es diskutieren:

- **Prof. Achim Wambach**, Präsident des Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung und Vorsitzender der Monopolkommission
- **Dr. Claus-Uwe Gretscher**, Vorstandsvorsitzender der Kliniken Südostbayern
- **Jörg Hoffmann**, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Freitag, 27. September 2019 - 13:30 bis 14:50 Uhr – Salon Rumford

## Pflegekräfte und Auszubildende anwerben und richtig integrieren

Sie gelten als ein Rettungsanker gegen den Kollaps in der Pflege: Die Zahl ausländischer Pflegefachkräfte in Deutschland hat sich binnen fünf Jahren fast versechsfacht. Waren es 2012 noch 1.500 Pflegefachkräfte mit einem ausländischen Abschluss, wurden 2017 schon 8.800 solcher Mitarbeiter gezählt. Die Konzertierte Aktion Pflege will diese Entwicklung jedoch noch beschleunigen. Denn Experten rechnen damit, dass bis 2025 rund 150.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt werden.

Eine Studie warnt nun: Genauso wichtig wie die Gewinnung neuer Mitarbeiter seien Anstrengungen, sie auch zu halten. Oft würden die Krankenhäuser, die neu migrierte Pflegefachkräfte gewonnen haben, davon über-

rascht, dass diese nach kurzer Zeit in ihr Herkunftsland zurückkehren oder in andere EU-Staaten abwandern. Die Ursache seien vielfach Versäumnisse der Arbeitgeber.

So seien deutsche Kliniken oft nicht darauf eingestellt, dass ausländische Pflegefachkräfte zumeist an eine anspruchsvollere Tätigkeit gewohnt seien, als sie in Deutschland auszuüben hätten. Denn während die Pflegefachkräfte hierzulande nach ihrer dreijährigen Berufsausbildung auch für Tätigkeiten wie beispielsweise das Waschen von Patienten oder das Bettenmachen zuständig seien, hätten die ausländischen Pflegefachkräfte hingegen meistens in ihren Herkunftsländern eine akademische Ausbildung absolviert. Diese ziele vor allem auf medizinnahe Tätigkeiten und eine enge, oft stark kooperativ ausgerichtete Zusammenarbeit mit Ärzten ab.

Auch mit der Integration ausländischer Mitarbeiter stehe es oft nicht zum Besten: So würden etwa Pflegefachkräfte mit Migrationshintergrund deutlich seltener an Absprachen im Kollegenkreis beteiligt als deutsche, so die Studie. Nur 14 Prozent der zugewanderten Pfleger würden von den Vorgesetzten – unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation – in tägliche Besprechungen einbezogen. Währenddessen seien es bei deutschen Mitarbeitern 37 Prozent. Und während 18 Prozent der deutschen Pflegefachkräfte angaben, mindestens einmal pro Woche unbezahlte Überstunden machen zu müssen, waren es bei immigrierten Pflegekräften 41 Prozent.

Es diskutieren:

- **Sigrid Rand**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur der Goethe-Universität Frankfurt am Main
- **Thorsten Rolfsmeier**, Leiter des Geschäftsbereichs Internationaler Personalservice bei der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit
- **Theresa Dizon-De Vega**, Botschafterin der Republik der Philippinen
- **Rubina Doglod**, Pflegekraft an der München Klinik
- **Amar Rahmanovic**, Pflegekraft an der München Klinik

Freitag, 27. September 2019 - 15:00 bis 16:20 Uhr - Saal B

## Gewalt & Diebstahl: Sicherheitsmaßnahmen im Krankenhaus

In einem Berliner Krankenhaus erschießt ein 72-jähriger Patient seinen behandelnden Arzt. In Bremen kommt es vor einer Notaufnahme zu einer Massenschlägerei. Eine Nürnberger Klinik beklagt, es komme immer wieder zu körperlichen Attacken. Krankenhausmitarbeiter überall in Deutschland müssen damit leben, dass solche Vorfälle "nichts Besonderes" mehr sind. Patienten und ihre Angehörigen werden immer häufiger gewalttätig. Von Beleidigungen und Bedrohungen, sexuellen Angriffen, Anspucken und Kratzen bis zum Werfen von Gläsern, Infusionsflaschen und Möbeln sei "alles dabei", heißt es.

Schon lange sind Krankenhäuser und ihre Patienten auch Ziel von Diebstahl und Vandalismus. In Nordrhein-Westfalen gab es im Jahr 2017 fast 6.500 Diebstahlsfälle in Krankenhäusern. In 2011 hatte die Zahl der Diebstahle noch 4.715 betragen. Die Aufklärungsquote liegt gerade einmal bei 16 Prozent, die Dunkelziffer dürfte sehr hoch sein, weil eine Anzeige kaum etwas bewirkt.

Überall in Deutschland beauftragen Krankenhäuser Sicherheitsdienste. Doch damit ist es allein nicht getan. Der Allgemeine Patientenverband fordert Zutrittskontrollen, aber die sind kaum wirkungsvoll umsetzbar, sagen Kliniken. Experten empfehlen, zumindest sicherheitsrelevante Bereiche durch Zutrittskontrollsysteme abzusichern. Sie raten außerdem zu Ortungssystemen für Patienten, zu Videoüberwachung, zu mehr und besserer Schließtechnik und zu Einbruchmeldesystemen. Doch gegen Gewalttätigkeit hilft das nur bedingt.

Es diskutieren:

- **Prof. Christine Nickl-Weller**, Vorstand bei Nickl & Partner Architekten
- **Kriminaloberkommissar Stefan Streifeneder**, Leiter des Sachgebietes Prävention im Bayerischen Landeskriminalamt
- **Michaela Hutzler**, stellvertretende Pflegedirektorin im Klinikum Weiden
- **Alexander Schmidtke**, Hauptgeschäftsführer der Regiomed-Kliniken GmbH
- **Moritz Schäpsmeier**, Projektmanager der Sitex Textile Dienstleistung Simeonsbetriebe GmbH
- **Prof. Achim Jockwig**, Vorstandsvorsitzender des Klinikums Nürnberg (Moderation)

**Pressekontakt** Europäischer Gesundheitskongress München:

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