



17. EUROPÄISCHER
GESUNDHEITSKONGRESS
MÜNCHEN | 25.–26.10.2018

Pressespiegel

- Auswahl -

Stand: 01.11.2018

Herausgeber:

WISO S. E. Consulting GmbH

Züricher Straße 27, 81476 München

Mail: presse@wiso-consulting.de, Web: www.wiso-consulting.de

Inhaltsverzeichnis

Vorberichterstattung

KU Gesundheitsmanagement (print), 30.04.2018: „17. Europäischer Gesundheitskongress“	7
kma (print), 01.06.2018: „Aufbruch im Gesundheitswesen“	8
medhochzwei (online), 26.06.2018: „Aufbruch im Gesundheitswesen: Europäischer Gesundheitskongress München am 25. und 26. Oktober“	9
Clinicum (print, CH), 01.07.2018: „Aufbruch im Gesundheitswesen!“	10
Gepflegt durchatmen (print), 01.07.2018: „Europäischer Gesundheitskongress München“	11
Schaffler Verlag (online), 12.07.2018: „17. Europäischer Gesundheitskongress“	12
Mitteilungen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft , 08.08.2018: „17. Europäischer Gesundheitskongress am 25./26. Oktober in München“	13
Munich Startup (online), 20.08.2018: „Europäischer Gesundheitskongress: Jetzt für den IHK Startup Slam bewerben!“	14
KU Gesundheitsmanagement (print), 01.09.2018: „Aufbruch im Gesundheitswesen!“	16
Management und Krankenhaus (print), 12.09.2018: „Aufbruch im Gesundheitswesen!“	17
Health & Care Management (online), 25.09.2018: „Erfolgskonzept ‘Buurtzorg’: Wie häusliche Pflege in Holland funktioniert“	18
medhochzwei Newsletter , 27.09.2018: „17. Europäischer Gesundheitskongress 2018“	20
Medizin + elektronik (online), 16.10.2018: „Die digitale Patientenakte soll Tempo aufnehmen“	21
Ärzte-Zeitung (print, Titelseite), 22.10.2018: „Wochenausblick“	23
Ärzte-Zeitung (print), 22.10.2018: „Der Ausblick in die Woche“	24
Institute for Cognitive Systems der TU München via Facebook , 22.10.2018: „Prof. Gordon Cheng will give a presentation ...“	25
Passauer Neue Presse (online), 23.10.2018: „David gegen Goliath – Familienbetriebe und Großkonzerne“	26
Vilshofener Anzeiger (print), 23.10.2018: „David gegen Goliath – Familienbetriebe und Großkonzerne“	27
dpa Basisdienst , 24.10.2018: „Tagesvorschau“	28
Ärzte-Zeitung (print), 24.10.2018: „Buurtzorg: Wie Pflege neu gedacht wird“	29

Berichterstattung während des Kongresses und danach

mednic (online), 25.10.2018: „Gesundheitskongress fokussiert Digitalisierung“	35
medonline (online, Österreich), 00.00.2018: „Europäischer Gesundheitskongress: Aufbruch im Gesundheitswesen“	37
Ärzte-Zeitung (print), 26.10.2018: „Blick nach Dänemark zeigt, was geht“	38
Ärzte-Zeitung (print), 26.10.2018: „Haben Kliniken die falschen Trends im Blick?“	40
Ärztendienst aend (online), 26.10.2018: „Ärztmangel: Kein Mensch kann sagen, was die richtige Zahl an Ärzten ist“	41
KU Gesundheitsmanagement (online), 26.10.2018: „17. Europäischer Gesundheitskongress München 2018“	43
sgp Report (online, Abonentendienst), 26.10.2018: „Europäischer Gesundheitskongress: Dänische ‚Superkliniken‘ zur Eröffnung“	44
be.invalue.de (online), 26.10.2018: „Allianz Gesundheits-App Vivy bricht alle Rekorde“	45
apobank (online), 26.10.2018: „Einzelpraxis oder MVZ – Wo findet Versorgung statt?“	46
apobank (online), 26.10.2018: „Freiberuflichkeit in der Diskussion“	48
Ärzte-Zeitung (print), 29.10.2018: „Dänisches Dynamit: Radikale Klinik-Reformen als Blaupause?“	48
apobank (online), 29.10.2018: „Krankenhausversorgung der Zukunft“	49
Ärzte-Zeitung (print), 30.10.2018: „Digitalisierung: Inseln in der Schweiz, Estland als Vorreiter“	51
Ärzte-Zeitung (print), 30.10.2018: „Qualitätsvorgaben für Kliniken: Wie weit reicht die Peitsche?“	52
Health & Care Management (online), 30.10.2018: „Zwischen Super-Hospitals und Fachkräftemangel“	53
Netzpolitik.org (online), 30.10.2018: „Prestige-Projekt mit Macken: Forscher fanden schwere Sicherheitslücken in Gesundheits-App Vivy“	55
Pharma-Fakten (online), 31.10.2018: „Europäischer Gesundheitskongress: EU-weite Nutzenbewertung von Arzneimitteln?!“	58
Hausaerzte-Bayern.de (online, Bayr. Hausärzterverband), 31.10.2018: „Aufbruch im Gesundheitswesen: 17. Europäischer Gesundheitskongress in München“	60

Teil 1: Vorberichterstattung

25. – 26. Oktober 2018, München

**17. Europäischer
Gesundheitskongress**

Der Europäische Gesundheitskongress München ist das herausragende gesundheitspolitische und wirtschaftliche Kongressereignis für die DACH-Region – mit Fokus auf einen europäischen Gedankenaustausch. Er richtet sich an die Entscheider aus Krankenhaus, Rehabilitation und Sozialversicherung, aus ambulanter Gesundheitsversorgung, Pflege, Wirtschaft und Politik. Der 17. Europäische Gesundheitskongress München am 25. und 26. Oktober 2018 steht unter dem Motto: „Aufbruch im Gesundheitswesen!“

*Informationen und
Anmeldung unter:
www.gesundheitskongress.de*

EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS MÜNCHEN

Aufbruch im Gesundheitswesen

Nicht nur in Deutschland stehen gravierende Veränderungen des Gesundheitswesens an. Die digitale Revolution, die demografische Entwicklung und steigende Ausgaben zwingen die Gesundheitspolitik, die Leistungserbringer und die Kostenträger dazu, traditionelle Strukturen aufzubrechen. Das wird Thema beim Europäischen Gesundheitskongress in München.

Mit dem „Aufbruch im Gesundheitswesen“ beschäftigt sich der Europäische Gesundheitskongress vom 25. bis 26. Oktober 2018 in München. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Estland und den Niederlanden zukunftsrelevante Fragen der Gesundheitspolitik: Die Chancen der Digitalisierung, die demografische Entwicklung mit immer mehr morbidem Patienten und immer weniger Fachkräften sowie die Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts für Jedermann stellen die Gesundheitssysteme in allen Industrienationen gegenwärtig vor große Probleme, die nur mit grundlegenden Veränderungen zu bewältigen sein werden.

Gesundheitssysteme, denen es nicht gelingt, digitalisierte und telematische Medizin, Integrierte Versorgung und eine nachhaltige Finanzierung zu etablieren, werden zum Scheitern verurteilt sein. Überall in Europa wird deshalb am Aufbruch der traditionellen Systemstrukturen gearbeitet.

Der Kongress widmet sich etwa der Frage, inwieweit Ärztemangel und die digitale Revolution Treiber zur Restrukturierung der ambulanten Versorgung sind. Erörtert wird auch, ob Arzneimittelsteuerung über europaweit einheitlichere Regulierung nach dem Modell des deutschen AMNOG-Verfahrens sinnvoll ist. Auch eine Restrukturierung der Krankenhausversorgung mit mehr spezialisierten Zentren, aber damit auch einer veränderten Versorgungssituation im ländlichen Raum, ist Thema.



Und nicht zuletzt stellt der Kongress Kliniken vor, die bei der Digitalisierung führend sind.

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 werden rund 1000 Teilnehmer aus dem Krankenhaussektor, den Reha-Einrichtungen, der Ärzteschaft, der Pflege, den Krankenkassen und GKV-Institutionen sowie der Gesundheitspolitik erwartet. Eröffnet wird der Kongress von der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml. Bereits jetzt zugesagt hat auch Prof. Josef Hecken vom Gemeinsamen Bundesausschuss.

Claudia Küng
WISO S.E. Consulting GmbH

Der Europäische Gesundheitskongress München ist das herausragende gesundheitspolitische und -wirtschaftliche Kongressereignis für die DACH-Region und steht 2018 unter dem Motto: „Aufbruch im Gesundheitswesen!“ Foto: WISO S.E. Consulting GmbH



17. EUROPÄISCHER
GESUNDHEITSKONGRESS
MÜNCHEN | 25.–26.10.2018

► **Infos und Anmeldung unter**
WISO S.E. Consulting GmbH
Tel.: 03643/24 68 11 8; E-Mail:
info@gesundheitskongress.de
www.gesundheitskongress.de

kma (print), 01.06.2018



„Aufbruch im Gesundheitswesen“: Europäischer Gesundheitskongress München am 25. und 26. Oktober 2018

26.06.2018, WISO

Veranstaltungen

Die Gesundheitssysteme Europas befinden sich im Aufbruch in eine neue Epoche – große Hoffnung gilt dabei der Digitalisierung. Kann und will Deutschland den Boden wieder gut machen, den es hierbei international verloren hat?

Über 150 Referenten werden dazu auf den Europäischen Gesundheitskongress aus ganz Deutschland aber auch den Europäischen Nachbarstaaten nach München eingeladen. Im Oktober sprechen sie zu Themen, wie man die „Pole-Position“ in der Digitalisierung erlangen könnte aber auch zum Dauerthema, dem Reformbedarf des Morbi-RSA. Zur Frage nach einer EU-weiten Arzneimittelsteuerung ist man gespannt auf die Ausführungen von Prof. Jo-sef Hecken (G-BA).

Informationen und Anmeldung unter www.gesundheitskongress.de und info@gesundheitskongress.de

Teilen



medhochzwei (online), 26.06.2018

Europäischer Gesundheitskongress München – 25. bis 26. Oktober 2018

Aufbruch im Gesundheitswesen!

Fehlende Fachkräfte, die demografische Entwicklung und steigende Ausgaben zwingen die Gesundheitssysteme in ganz Europa, traditionelle Strukturen aufzubrechen. Das wird Thema beim Europäischen Gesundheitskongress in München.

«Aufbruch im Gesundheitswesen» lautet das diesjährige Motto des Europäischen Gesundheitskongresses im Oktober in München. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, der Schweiz, Österreich, Estland, Dänemark und den Niederlanden die zukunftsrelevanten Fragen des Gesundheitswesens.

Die Chancen der Digitalisierung, die demografische Entwicklung mit immer mehr multimorbiden Patienten bei immer weniger Fachkräften sowie die Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts für Jedermann stellen die Gesundheitssysteme in allen Industrienationen gegenwärtig vor grosse Herausforderungen. Zukunftsfähig werden nur Gesundheitssysteme sein, denen es gelingt, das medizinische Fachpersonal durch Digitalisierung und Robotik zu unterstützen, dafür die notwendigen Strukturen zu schaffen und eine nachhaltige Finanzierung zu etablieren, darüber sind sich Experten einig. Überall in Europa wird deshalb am Aufbruch der traditionellen Systemstrukturen gearbeitet.

Gefährdete Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum?

Thema wird daher die Restrukturierung der Krankenhauslandschaft à la Dänemark mit mehr spezialisierten Zentren, aber damit auch einer veränderten Versorgungssituation im ländlichen Raum sein. Überhaupt spielt die Versorgung des ländlichen Raums und die dortige Notfallversorgung eine bedeutende Rolle beim Kongress.

Der Ärzte- und Pflegemangel betrifft ganz Europa. Sind diese kostenbaren Fachkräfte richtig eingesetzt? Wie schaut es mit dem Krankenstand im Gesundheitswesen aus? Kümmern sich Gesundheitsberufler zu wenig um ihre eigene Gesundheit? Einige Kliniken und Praxen gehen hier schon neue Weg und etablieren erfolgreich «Betriebliches Gesundheitsmanagement». Und gibt es Länder, aus denen man ethisch vertretbar noch Ärzte und Pflegekräfte abwerben kann, in der Hoffnung den Personalmangel im Krankenhaus kurzfristig lindern zu können?

Den Strukturwandel anpacken

Der Kongress wird «Best-Practice-Beispiele» vorstellen, aber auch mit Politik und Krankenversicherungen diskutieren, ob die finanzielle Unterstützung und die rechtlichen Rahmenbedingungen ausreichen, diesen Strukturwandel zu bewältigen.

Der Europäische Gesundheitskongress München ist das herausragende gesundheitspolitische und gesundheitswirtschaftliche Kongressereignis für den Gedanken- und Lösungsaustausch im deutschsprachigen Gesundheitswesen. Zu dem zweitägigen Kongress werden über 1000 Teilnehmer aus dem Krankenhaussektor, den Reha-Einrichtungen, der Ärzteschaft, der Pflege, den Krankenversicherungen sowie der Gesundheitspolitik erwartet.

Weitere Informationen und Anmeldung

www.gesundheitskongress.de
info@gesundheitskongress.de



Clinicum (print, CH), 01.07.2018

Europäischer Gesundheitskongress München

Fehlende Fachkräfte, die demografische Entwicklung und steigende Ausgaben zwingen die Gesundheitssysteme in ganz Europa, traditionelle Strukturen aufzubrechen. Das wird Thema beim Europäischen Gesundheitskongress in München am 25. bis 26. Oktober 2018.

„Aufbruch im Gesundheitswesen“ lautet das Motto des Europäischen Gesundheitskongresses im Oktober in München. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, der Schweiz, Österreich, Estland, Dänemark und den Niederlanden die zukunftsrelevanten Fragen des Gesundheitswesens.

Die Chancen der Digitalisierung, die demografische Entwicklung mit immer mehr multimorbiden Patienten bei immer weniger Fachkräften sowie die Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts für Jedermann stellen die Gesundheitssysteme in allen Industrienationen vor große Herausforderungen. Zukunftsfähig werden nur Gesundheitssysteme sein, denen es gelingt, das medizinische Fachpersonal durch Digitalisierung und Robotik zu unterstützen, dafür die notwendigen Strukturen zu schaffen und eine nachhaltige Finanzierung zu etablieren, darüber sind sich Experten einig. Überall in Europa wird deshalb am Aufbruch der traditionellen Systemstrukturen gearbeitet.

Thema wird daher die Restrukturierung der Krankenhauslandschaft à la Dänemark mit mehr spezialisierten Zentren, aber damit auch einer veränderten Versorgungssituation im ländlichen Raum sein. Die Versorgung

des ländlichen Raums und die dortige Notfallversorgung spielen eine bedeutende Rolle beim Kongress.

Der Ärzte- und Pflegemangel betrifft ganz Europa. Sind diese kostbaren Fachkräfte richtig eingesetzt? Wie schaut es mit dem Krankenstand im Gesundheitswesen aus? Kümmern sich Gesundheitsberufler zu wenig um ihre Gesundheit? Einige Kliniken und Praxen gehen hier schon neue Weg und etablieren erfolgreich „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Und gibt es Länder, aus denen man ethisch vertretbar noch Ärzte und Pflegekräfte abwerben kann, in der Hoffnung den Personalmangel im Krankenhaus kurzfristig lindern zu können? Der Kongress wird „Best-Practice-Beispiele“ vorstellen, aber auch mit Politik und Krankenversicherungen diskutieren, ob die finanzielle Unterstützung und die rechtlichen Rahmenbedingungen ausreichen, diesen Strukturwandel zu bewältigen.

Der Europäische Gesundheitskongress München ist das herausragende gesundheitspolitische und -wirtschaftliche Kongressereignis für die DACH-Region – mit einem europäischen Gedankenaustausch. Zu dem zweitägigen Kongress werden rund 1.000 Teilnehmer aus der Pflege, den Reha-Einrichtungen, dem Krankenhaussektor, der Ärzteschaft, den Krankenkassen und GKV-Institutionen sowie der Gesundheitspolitik erwartet. Eröffnet wird der Kongress von der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml. Zugesagt hat auch Professor Josef Hecken vom Gemeinsamen Bundesausschuss.

Weitere Informationen unter:
www.gesundheitskongress.de
und info@gesundheitskongress.de

17. Europäischer Gesundheitskongress München

12.07.2018 von WISO S.E. Consulting GmbH



+++ München vom 25. und 26. Oktober 2018 +++ Günstiger Frühbuchertarif
gilt noch bis zum 14. Juli! +++

Der Europäische Gesundheitskongress München 2018 steht unter dem Motto „Aufbruch im Gesundheitswesen!“. Die digitale Revolution, steigende Ausgaben und die demografische Entwicklung zwingen Leistungserbringer, Kostenträger und die Gesundheitspolitik dazu, traditionelle Strukturen aufzubrechen. Gravierende Veränderungen des Gesundheitswesens stehen an.

Themen des Kongresses sind unter anderem die Digitalisierung des Krankenhausalltags, die Zukunft der Krankenhausversorgung und der Rehabilitation, die hohen Krankenstände in den Gesundheitsberufen sowie die Notfallversorgung und die Notaufnahme als Arbeitsfeld. Zu dem zweitägigen Kongress werden rund 1.000 Teilnehmer aus dem Krankensektor, den Reha-Einrichtungen, der Ärzteschaft, der Pflege, den Krankenversicherungen sowie der Gesundheitspolitik erwartet. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Estland und den Niederlanden zukunftsrelevante Fragen der Gesundheitspolitik.

Melden Sie sich am besten gleich an: www.gesundheitskongress.de/registrierung-und-tarife
Das Programm finden Sie unter: www.gesundheitskongress.de/programm

Für Rückfragen:

Claudia Küng

Kongressleiterin

Europäischer Gesundheitskongress München
Information / Anmeldung / Hotelbuchung / Ausstellung

c/o Kongress- und Kulturmanagement GmbH

Ansprechpartnerin: Frederike Stumpf

Rießnerstraße 12 B | 99427 Weimar

Mail

Telefon: +49(0)3643-2468 118

Schaffler Verlag (online), 12.07.2018

17. Europäischer Gesundheitskongress am 25./26.10.2018 in München

Die Hoffnung in der Gesundheitspolitik gilt der Digitalisierung. Denn sie kann gewaltige Effizienzreserven heben. Die Gesundheitssysteme Europas befinden sich deshalb im Aufbruch in eine neue Epoche. Staatliche Gesundheitssysteme, wie etwa jene in Dänemark und Estland, zeigten sich bei der Bewältigung dieser tief greifenden Veränderungen flexibel. Auch die Schweiz und Österreich zeigen sich agiler als Deutschland. Kann und will Deutschland den Boden wieder gut machen, den es international verloren hat? Über mögliche Lösungsansätze wird der Europäische Gesundheitskongress München diskutieren.

Auf dem Kongress treten über 150 Referentinnen und Referenten auf. Sie gehören zu den Vordenkern im Gesundheitswesen, die Lösungen für die zukünftigen, aber auch für die gegenwärtigen Herausforderungen der Krankenhäuser, der Reha-Kliniken sowie für den niedergelassenen Bereich vorstellen. Ein besonderer Fokus gilt dem Thema Personalnotstand. Pflgethemen werden zum zweitägigen „Europäischen Pflegeforum“ ausgebaut. Außerdem stehen die digitale Umgestaltung der Krankenversicherungen sowie die Weiterentwicklung des Arzneimittelbereichs auf dem Themenplan.

Der Europäische Gesundheitskongress München ist ein wichtiges gesundheitspolitisches und gesundheitswirtschaftliches Kongressereignis für die DACH-Region mit Fokus auf einen europäischen Gedankenaustausch.

Zu dem zweitägigen Kongress werden rd. 1.000 Teilnehmer aus dem Krankenhaussektor, den Reha-Einrichtungen, der Ärzteschaft, der Pflege, den Krankenversicherungen sowie der Gesundheitspolitik erwartet.

Weitere Informationen finden Interessierte auf folgender Internetseite:

www.gesundheitskongress.de





Europäischer Gesundheitskongress: Jetzt für den IHK Startup Slam bewerben!

Ihr bietet mit Eurem Startup innovative Produkte oder digitale Lösungen im Gesundheitswesen an? Ihr habt die passende Lösung, um das Gesundheitswesen maßgeblich zu verbessern? Euer Produkt bzw. Eure Dienstleistung ist innovativ, hat ein stimmiges Gesamtkonzept und besteht idealerweise einen ersten Patiententest? Dann bewerbt Euch jetzt für den **IHK Startup Slam** beim Europäischen Gesundheitskongress München 2018!

Der Europäische Gesundheitskongress München steht ganz im Zeichen der Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in den Regionen Deutschland, Österreich und Schweiz – mit Fokus auf einem europäischen Gedankenaustausch. Am 25. und 26. Oktober 2018 werden über 1.100 Entscheider und Gestalter des Gesundheitswesens erwartet – Teilnehmer aus Krankenhaus, Rehabilitation, Sozialversicherung, aus ambulanter Gesundheitsversorgung, Pflege und Politik. Der persönliche Dialog auf dem Kongress bietet Teilnehmern eine optimale Gelegenheit zum Aufbau tragfähiger persönlicher Netzwerke – und Startups zum

Kontakt mit potenziellen Kunden, Kooperationspartnern und Investoren.

Der diesjährige Kongress steht unter dem Motto „Aufbruch im Gesundheitswesen!“. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Estland und den Niederlanden über die digitale Revolution und andere zukunftsrelevante Fragen der Gesundheitspolitik.

Im Rahmen des Slams können sich ausgewählte junge Unternehmen präsentieren, mit möglichen Kunden ins Gespräch kommen und ein direktes Feedback auf das Produkt oder die Dienstleistung erhalten.

Was habt Ihr als Startup davon?

Jedes von insgesamt sieben ausgewählten Startups erhält eine kostenfreie Ausstellungsmöglichkeit innerhalb der IHK-Startup-Expo und kann sich während beider Kongresstage den Teilnehmern präsentieren. Hier habt Ihr die Gelegenheit, mit gut 1.000 Experten aus dem Gesundheitsbereich ins Gespräch zu kommen.

Am 2. Tag des Kongresses stellt sich jedes Unternehmen in einer kurzen Vorstellung in zwei Minuten vor. Wenn Ihr das Publikum überzeugt, habt Ihr die Möglichkeit, ein Mentoring durch einen erfahrenen Experten zu gewinnen, in dessen Rahmen Euch Tipps und Tricks an die Hand gegeben werden, wie man mit seiner Idee beim Kunden landet oder auch eine Krankenversicherung überzeugt. Außerdem steht ein Bericht im IHK-Wirtschaftsmagazin (Auflage: 108.000 Expl.) sowie im IHK-Newsletter in Aussicht.

Interesse? – Dann jetzt bewerben!

Um Euch beim Europäischen Gesundheitskongress München vorzustellen, schickt bis zum 15. September 2018 eine kurze, aussagekräftige und formlose Bewerbung inkl. Beschreibung Eures Produkts/Dienstleistung/Konzepts per E-Mail an startup@muenchen.ihk.de und verrätet uns, warum Ihr beim Gesundheitskongress dabei sein müsst!

Die Organisatoren des Europäischen Gesundheitskongresses München 2018 wählen gemeinsam mit der IHK für München und Oberbayern in einem internen Gremium sieben Startups aus, welche die größte Relevanz für die Zielgruppe haben.

Folgende Kriterien spielen dabei u.a. eine Rolle:

- Das Startup / Jungunternehmen sollte höchstens 5 Jahre alt sein
- Idee / Originalität
- Nutzen / Mehrwert für die Gesundheitsbranche

[Weitere Informationen zum Europäischen Gesundheitskongress](#)

Munich Startup (online), 20.08.2018

Europäischer Gesundheitskongress München – 25.–26. Oktober 2018

Aufbruch im Gesundheitswesen!

Überall in Europa wandeln sich unter dem Eindruck der digitalen Revolution die Gesundheitssysteme. Unter dem Motto „Aufbruch im Gesundheitswesen!“ beschäftigt sich damit der Europäische Gesundheitskongress in München.

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. Dänemark gilt als Vorreiter. Dort werden gegenwärtig 18 Superkliniken errichtet, die nach modernsten Kenntnissen geplant und intensiv digitalisiert werden. Die elektronische Patientenakte wird Standard sein, genauso wie telemedizinische Untersuchungen oder Konsilien – in die gegebenenfalls auch der Hausarzt eines Patienten einbezogen

werden kann. Software stellt die Patientenakte mit allen diagnostischen Daten auf Wunsch als 3D-Avatar des Patienten dar, so dass der Arzt Information bequem mit wenigen Mausklicks auffindet.

Zwölf Jahre nachdem die umstrittene und schleppende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland begann, ist plötzlich die elektronische Patientenakte da. Drei Gruppen von Krankenkassen bieten ihren Versicherten solche Systeme und bekunden sogar, sich um Kompatibilität zu bemühen. Dreizehn deutsche Krankenhäuser wurden im März als „Digital Champions“ ausgezeichnet. Bewertet wurden 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.

Das sind nur drei der Themen, mit denen sich der Europäische Gesundheitskongress im Oktober in München beschäftigt. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Estland und den Niederlanden.

Der Europäische Gesundheitskongress München ist das herausragende gesundheitspolitische und gesundheitswirtschaftliche Kongressereignis für die DACH-Region – mit Fokus auf einen europäischen Gedankenaustausch.

Weitere Infos:
www.gesundheitskongress.de

Seite: 4
Rubrik: Gesundheitsökonomie
Gattung: Zeitschrift

Nummer: 09
Auflage: 30.000 (gedruckt) 3.211 (verkauft) 29.940 (verbreitet)

Aufbruch im Gesundheitswesen!

Überall in Europa wandeln sich unter dem Eindruck der digitalen Revolution die Gesundheitssysteme. Unter dem Motto Aufbruch im Gesundheitswesen! beschäftigt sich damit der Europäische Gesundheitskongress in München.

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.

Dänemark gilt als Vorreiter. Dort werden gegenwärtig 18 Superkliniken errichtet, die nach modernsten Kenntnissen geplant und intensiv digitalisiert werden. Die elektronische Patientenakte wird Standard sein, genauso wie telemedizinische Untersuchungen oder Konsilien in die gegebenenfalls auch

der Hausarzt eines Patienten einbezogen werden kann. Software stellt die Patientenakte mit allen diagnostischen Daten auf Wunsch als 3-D-Avatar des Patienten dar, sodass der Arzt Information bequem mit wenigen Mausklicks auffindet.

Zwölf Jahre nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist in Deutschland plötzlich die elektronische Patientenakte da. Drei Gruppen von Krankenkassen bieten ihren Versicherten solche Systeme und bekunden sogar, sich um Kompatibilität zu bemühen.

Dreizehn deutsche Krankenhäuser wurden im März als Digital Champions ausgezeichnet. Bewertet wurden 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.

Das sind nur drei der Themen, mit denen sich der Europäische Gesundheitskongress im Oktober in München beschäftigt. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Estland und den Niederlanden.

Der Europäische Gesundheitskongress München ist das herausragende gesundheitspolitische und gesundheitswirtschaftliche Kongressereignis für die DACH-Region mit Fokus auf einen europäischen

Gedankenaustausch.

Termin:
Europäischer Gesundheitskongress
25.26. Oktober, München
www.gesundheitskongress.de

Wörter: 264

Health & Care Management

WIRTSCHAFTLICH ENTSCHEIDEN
IN KLINIKEN UND ALTENHEIMEN

Homepage - 25.09.2018

17. Europäischer Gesundheitskongress München

Erfolgskonzept „Buurtzorg“: Wie häusliche Pflege in Holland funktioniert

Am 25. und 26. Oktober 2018 werden auf dem 17. Europäischen Gesundheitskongress in München verschiedene Themen unter dem Motto „Aufbruch im Gesundheitswesen!“ diskutiert. Mit von der Partie ist auch Buurtzorg – ein niederländisches Erfolgsmodell in Sachen Nachbarschaftspflege.

von HCM

Der **Europäische Gesundheitskongress München** gilt als das gesundheitspolitische und -wirtschaftliche Kongressereignis für die DACH-Region – der Fokus liegt dabei auf einem europäischen Gedankenaustausch. Am **25. und 26. Oktober 2018** öffnet der Kongress zum 17. Mal seine Türen. Das Motto in diesem Jahr lautet „**Aufbruch im Gesundheitswesen!**“.

Europäischer Gedankenaustausch: Von den Niederlanden lernen

Buurtzorg ist ein **niederländisches Erfolgsmodell der Nachbarschaftspflege**.

Das Konzept wird eines von zahlreichen Themen auf dem Gesundheitskongress sein.

Der Name Buurtzorg – der niederländisch Begriff für Nachbarschaftshilfe – ist dabei Programm: Die **Pflegekräfte arbeiten weitestgehend eigenverantwortlich in ihrer direkten Nachbarschaft**, ihre



Der Europäische Gesundheitskongress 2017: Wie im letzten Jahr werden auch für 2018 mehr als 1.000 Teilnehmer erwartet. - Bild: Bianca Flachenecker

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. Mittlerweile wurden auch in den USA, Japan, Schweden und Belgien Homecare-Projekte nach dem Vorbild von Buurtzorg gegründet.

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. Wegen der attraktiven Arbeitsbedingungen zieht es besonders die gut ausgebildeten Pflegekräfte zu Buurtzorg: Rund 70 Prozent sind examiniert, darin enthalten sind etwa 40 Prozent mit akademischer Ausbildung.

Expertendiskussion: Was die Pflege bewegt

Unter dem Titel „Zwischen Ökonomie & Ethik - was Pflege bewegt“ diskutieren auf dem Europäischen Gesundheitskongress u.a.

- **Prof. Dr. Constanze Giese**, Dekanin Fachbereich Pflege der Katholischen Stiftungshochschule München
- **Verena Nold**, Direktorin und Vorsitzende der Gruppenleitung bei Santésuisse und
- **Jos de Blok**, Gründer von Buurtzorg.

Zu dem zweitägigen Europäischen Gesundheitskongress werden rund 1.000 Teilnehmer aus dem Krankenhaussektor, den Reha-Einrichtungen, der Ärzteschaft, der Pflege, den Krankenversicherungen sowie der Gesundheitspolitik erwartet. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Estland und den Niederlanden zukunftsrelevante Fragen der Gesundheitspolitik.

Mehr Informationen zum [Programm des 17. Europäischen Gesundheitskongresses](#) finden Sie hier.



 Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

es kommt Bewegung in die Digitalisierung! Vor kurzem ist die elektronische Gesundheitsakte „Vivy“ an den Start gegangen. Versicherte der DAK, IKK classic und IKK Südwest sowie mehrerer Betriebskrankenkassen und privater Krankenversicherungen können „Vivy“ nutzen. Die Techniker Krankenkasse setzt auf eine eigene Lösung. Thomas Ballast, stellv. Vorstandsvorsitzender der TK, spricht im Videointerview mit Rolf Stuppardt über die digitale



**17. Europäischer
Gesundheitskongress
2018**

25. - 26.10.2018,
München

[Weitere Informationen](#)

Seit Jahren stecken Bemühungen fest, für Gesundheitsdaten gesetzlich Versicherter digitale Zeiten beginnen zu lassen. Jetzt ist die Branche einen Schritt vorangekommen - viele Details sind aber noch zu klären.



© Wolfgang Kumm/dpa

Mit der elektronischen Gesundheitsakte soll der Versicherte endlich faktisch Herr seiner Daten werden, meint TK-Vorsitzender Jens Baas.

Nach jahrelangem Gezerre um zusätzliche Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte will die Regierung jetzt bei der Digitalisierung vorankommen. Im Koalitionsvertrag ist für spätestens 2021 die Einführung elektronischer Patientenakten vereinbart, die Versicherte freiwillig nutzen können - auch per Smartphone oder Tablet-Computer. Einige gesetzliche und private Kassen haben bereits Angebote für digitale Akten gestartet, die auch offen für einen gemeinsamen Standard sein sollen.

Bereits vor zwei Jahren hat zum Beispiel der private Krankenversicherer Axa und CompuGroup Medical die Plattform »Meine Gesundheit« gegründet, die auch eine elektronische Patientenakte bereitstellt. Im vorigen Jahr haben sich auch der PKV-Marktführer Debeka und die Versicherungskammer Bayern beteiligt und Anfang dieser Woche hat auch die HUK-Coburg verkündet dabei zu sein.

Doch auch in der GKV sind die Kassen aktiv: Im März und im Juli ließ die AOK 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.

Allerdings verzögert sich die Anbindung aller Arztpraxen an die neue Datenautobahn des Gesundheitswesens wegen fehlender Geräte. Bis Jahresende dürften maximal 50 000 der insgesamt 150 000 Praxen von Ärzten und Zahnärzten damit ausgestattet sein, hieß es bei der Kassennärztlichen Bundesvereinigung. Vor diesem Hintergrund hatte das Gesundheitsministerium die eigentlich bis 31. Dezember gesetzte Frist für den Anschluss ans Netz bis Ende Juni 2019 verlängert.

Hinzu kommt, dass die technischen Standards unterschiedlich sind. 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.

Was eine digitale Gesundheitsakte mit dazugehörigen App alles leisten kann, diskutieren unter dem Titel »Hallo, ich bin Vivy - die neue Gesundheitsakte stellt sich vor!« auf dem Europäischen Gesundheitskongress 2018 in München: Dr. Hajo K. Hessabi, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit, und Christian Rebernik, CEO und Co-Founder der Vivy GmbH.

(dpa/me)

**WOCHEN
AUSBLICK**

GESUNDHEITSPOLITIK

Beim **17. Europäischen Gesundheitskongress München** stehen zwei Tage lang künftige und gegenwärtige Herausforderungen der Krankenhäuser, der Reha-Kliniken sowie im niedergelassenen Bereich im Fokus. Vordenker im Gesundheitswesen stellen dabei mögliche Lösungen zur Debatte.

ÄrzteZeitung

DIE AKTUELLE ZEITUNG VON SPRINGER MEDIZIN

MONTAG, 22. OKTOBER

Gesundheitspolitik

ÄrzteZeitung

Montag, 22. Oktober 2018 Nr. 111-203D

DER AUSBLICK IN DIE WOCHE

DIENSTAG

Beim „Expertenforum Interaktiv“ von RS Medical Consult in Berlin diskutieren die Referenten zum Thema **„Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und Pflegepersonaluntergrenzen: Auswirkungen auf die Krankenhäuser“**.

DIENSTAG

Wie steht es um die Digitalisierung in den Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten? Antworten auf diese und andere Fragen liefert erstmalig das **„Praxis-Barometer Digitalisierung“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** in Berlin.

DONNERSTAG

Der **17. Europäische Gesundheitskongress München** beginnt. Erwartet werden 1100 Teilnehmer und Referenten aus Krankenhausmanagement, Gesundheitswirtschaft und -politik, niedergelassener Ärzteschaft und Krankenversicherungen.

f
Institute for Cognitive Systems - TU München

Ralf-Thomas
Startseite
Freunde finden
1
2
?

**Institute for
Cognitive Systems**

Institute for Cognitive Systems - TU München

Startseite

Info

Fotos

Bewertungen

Videos

Veranstaltungen

Beiträge

Community

Seiteninfos & Werbung

Seite erstellen

👍 Gefällt mir
📡 Abonnieren
➦ Teilen
⋮

Nachricht

Beiträge

Institute for Cognitive Systems - TU München

22. Oktober um 16:06 · 🌐

Prof. Gordon Cheng will give a presentation at the 17th Europäische Gesundheitskongress in Munich on Friday, October 26, 2018.

He will speak in the session "Innovation management in rehabilitation" at 11.15h.

Übersetzung anzeigen

GESUNDHEITSKONGRESS.DE

Herzlich Willkommen - 17. Europäischer Gesundheitskongress München

Staatliche Gesundheitssysteme, wie etwa jene in Dänemark und Estland, haben sich bei...

👍 10

👍 Gefällt mir
💬 Kommentieren
➦ Teilen
ⓘ

Bildungsforschungszentrum in München

5,0 ★★★★★

Community Alle anzeigen

👤 Lade deine Freunde ein, diese Seite mit „Gefällt mir“ zu markieren

👍 2.296 Personen gefällt das

📡 2.345 Personen haben das abonniert

Info Alle anzeigen

📍 Karlstr. 45
80333 München
Route planen

☎ 089 28926800

📧 Antwortet i. d.R. innerhalb eines Tages
[Nachricht senden](#)

🌐 www.ics.ei.tum.de

Institute for Cognitive Systems der TU München via Facebook, 22.10.2018

PNP.de (Passauer Neue Presse) vom 23.10.2018 04:11



Gattung: Online-Quelle

Nummer: 3460788979

Weblink: https://plus.pnp.de/ueberregional/bayern_niederbayern/3114309_David-gegen-Goliath-Familienbetriebe-und-Grosskonzerne.html

Visits (VpD): 0,148 (in Mio.)

Unique Users (UUpD): 0,050 (in Mio.)

David gegen Goliath – Familienbetriebe und Großkonzerne

Thyrnau. Seit über 60 Jahren werden in der Klinik Prof. Schedel in Thyrnau-Kellberg (Lkr. Passau) Patienten mit Krebserkrankungen behandelt.

Dass die onkologische Fachklinik für Rehabilitation aus der ländlichen Lage durchaus auch Vorteile zu ziehen weiß, beweist sie seitdem immer wieder. Nun referiert der Chef der Klinik, Prof. Han-

nes Schedel, beim 17. Europäischen Gesundheitskongress, der am 25./26. Oktober in München stattfindet. Der Chefarzt führt als Grund für den guten Ruf seines Hauses Aspekte wie "Verläs-

slichkeit, Idealismus, Geduld, Respekt, Kontinuität und Konstanz" an. Sein plakative...

Wörter: 84

© 2018 PMG Presse-Monitor GmbH

Passauer Neue Presse (online), 23.10.2018

Vilshofener Anzeiger vom 23.10.2018

Vilshofener Anzeiger

PASSAUER NEUE PRESSE · NIEDERBAYERISCHE ZEITUNG

Seite:	08 bis 08	Jahrgang:	73
Ressort:	Bayern	Nummer:	245
Rubrik:	Vilshofener Anzeiger	Auflage:	7.531 (gedruckt) 7.271 (verkauft) 7.311 (verbreitet)
Gattung:	Tageszeitung	Reichweite:	0,031 (in Mio.)
Weblink:	http://www.pnp.de		

David gegen Goliath – Familienbetriebe und Großkonzerne

Thyrnau.

Seit über 60 Jahren werden in der Klinik Prof. Schedel in Thyrnau-Kellberg (Lkr. Passau) Patienten mit Krebserkrankungen behandelt. Dass die onkologische Fachklinik für Rehabilitation aus der ländlichen Lage durchaus auch Vorteile zu ziehen weiß, beweist sie seitdem immer wieder. Nun referiert der

Chef der Klinik, Prof. Hannes Schedel, beim 17. Europäischen Gesundheitskongress, der am 25./26 Oktober in München stattfindet. Der Chefarzt führt als Grund für den guten Ruf seines Hauses Aspekte wie „Verlässlichkeit, Idealismus, Geduld, Respekt, Kontinuität und Konstanz“ an. Sein plakativer Vortragstitel „David gegen Goliath“, so Schedel,

veranschauliche sinnbildlich, wie in den letzten Jahren einige wenige Klinikgruppen ihre Monopolstellung immer weiter ausgebaut hätten. Dass jene Monopolisierung nicht unbedingt mit einer Steigerung der Qualität einhergehen müsse, beleuchtet Schedel anhand der eigenen familiengeführten Klinik. – pnp

Ganzseiten-PDF:	29-67785063.pdf
Wörter:	127
Urheberinformation:	(c) 2018 Passauer Neue Presse GmbH

© 2018 PMG Presse-Monitor GmbH

dpa-Basisdienst vom 24.10.2018



Ressort: Vermischtes

Gattung: Agentur-Meldungen

(Vorschau) Tagesvorschau sieben - Wissen dpa- Tagesvorschau für Donnerstag, 25. Oktober 2018

----- Auf www.dpa-news.de bieten wir Ihnen einen laufend aktualisierten Überblick über die dpa-Topthemen des Tages. Auch Ihre Fragen und Anregungen beantworten wir dort online. Die Planung für die nächsten 14 Tage finden Sie jederzeit auf dem aktuellen Stand auf <http://dpaq.de/dpa-agenda>. Hier bekommen Sie Ihren persönlichen Zugang: service@dpa-news.de / +49 40 411332179. -----

----- Redaktion Wissen Tel.: +49 30 285232261; E-Mail: wissen@dpa.com -----

----- Themen und Termine Wissen

Berlin - Das dpa-Dossier WISSEN plant heute: - Wo die frühen Wirbeltiere entstanden - Schwerpunkt: Vernachlässigte

Sekundärprävention nach Schlaganfall +++ International/Wissenschaft/ +++ * Weitere Termine voraussichtlich ohne Berichterstattung

Berlin - 1000 * 2. Arktiswissenschaftsministerkonferenz (Science Forum) des Bundesforschungsministeriums, der EU-Kommission und Finnland Wird unter Ressortkürzel pl gesendet. Unter dem Motto «Forschung in der Arktis - gemeinsam handeln, Herausforderungen meistern»

Langen - 0900 * Pk mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zum Thema «Impfen rettet Leben» im Paul-Ehrlich-Institut

Berlin - 1230 * Pk Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Berlin - 1300 * Pk der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) zu Weltschlaganfalltag

Berlin - 1545 * Unterschriftenübergabe an das Bundesjustizministerium zum Verbot der Konversionstherapie «Homo-Heilung» Die Konversionstherapie ist in Deutschland noch zugelassen und befasst sich mit der angeblichen Heilbarkeit von Homosexualität
Kiel - * 20. Jahrestag des Brandes des Holzfrachters «Pallas» vor Dänemark Tage später lief das Schiff vor Amrum auf eine Sandbank. Dabei verursacht es eine der bis dahin größten Ölverschmutzungen im Nationalpark Wattenmeer.

München - * 17. Europäischer Gesundheitskongress (bis 26.10.2018) Motto: «Aufbruch im Gesundheitswesen!»

Wörter: 249

© 2018 PMG Presse-Monitor GmbH

dpa Basisdienst, 24.10.2018

GESUNDHEITSKONGRESS

Buurtzorg: Wie Pflege neu gedacht wird

München. Buurtzorg – Nachbarschaftshilfe: Ein neues Pflegemodell aus den Niederlanden hat inzwischen auch in Deutschland Fuß gefasst. Dabei sollen Pflegebedürftige so weit wie möglich aktiviert und mit Hilfe eines großen Netzwerks aus Familie, Freunden und Nachbarschaft unterstützt werden. Pflegekräfte arbeiten dabei in großer Eigenständigkeit. Im Münsterland arbeiten mehrere Teams nach diesem Konzept.

Am Donnerstag wird der Gründer von Buurtzorg, Jos de Blok, das Modell beim Europäischen Gesundheitskongress in München vorstellen. (eh) **SEITE 5**

Nachbarschaftshilfe: „Das ist das Modell, das Herr Spahn sucht“

Buurtzorg ist der niederländische Begriff für ein Pflegemodell, das mittlerweile auch in Deutschland Fuß fasst. Pflegebedürftige sollen wieder aktiviert werden, ein Netz aus Nachbarschaft, Freunden und Familie hilft dabei.

Von **Katrin Berkenkopf**

Köln. Eigentlich war dieser Morgen anders geplant. Frau Müller sollte duschen. Doch der alten Dame ist nicht danach, sie wirkt traurig. Die Pflegekraft merkt das sofort, schließlich sieht sie Frau Müller jeden Tag. Sie hakt nach, was ist denn los? Heute vor einem Jahr starb ihr Mann, erzählt die Frau. Statt Dusche gibt es daraufhin eine Tasse Kaffee und ein gemeinsames Gespräch am Küchentisch.

Wenn Udo Janning diese Szene erzählt, ist seine Begeisterung sofort spürbar. „Ich muss vor Ort entscheiden, was jetzt wichtiger ist. Und da ist Trösten genauso viel wert wie Duschen.“ Für ihn ist dies der Kern von Buurtzorg, dem holländischen Pflegemodell, das Patienten ihre Würde und den Pflegekräften ihre Eigenverantwortlichkeit und den Spaß an der Arbeit wiedergeben soll. Es könnte auch die Pflege in Deutschland retten, davon zeigen sich zumindest die Beteiligten des Modellprojektes im Münsterland überzeugt.

„Ich glaube, wir haben die Lösung, die Herr Spahn sucht“, sagt Johannes Technau. Er war Geschäftsführer des Netzwerks Gesundheitswirtschaft Münsterland, als das Projekt Buurtzorg Gestalt annahm. Mittlerweile arbeitet er als Geschäftsführer für Buurtzorg Deutschland in Münster. Gesundheitswirtschaft Münsterland hat die Multiplikatorenrolle übernommen, Fördermittel eingeworben und eine Anschubfinanzierung für die IT geleistet. Vor zwei Jahren brachte die Wirtschaftsförderung Steinfurt mit einer Präsentation zur Pflege nach Buurtzorg den Stein ins Rollen.



Kurz vor dem Abheben: Das Team von Buurtzorg in Hörstel (Kreis Steinfurt). © BUURTZORG DEUTSCHLAND

Schwierige Suche nach Mitstreitern

„Das passte damals genau in unsere unternehmensinterne Diskussion“, erinnert sich Janning, Projektleiter beim ambulanten Pflegedienst Sander Pflege. Gemeinsam mit dem Pflegedienst Impulse setzt Sander Pflege das Projekt in die Praxis um. „Es ist uns einfach nicht mehr gelungen, Mitarbeiter für die Altenpflege zu begeistern. Man kann den Lohn erhöhen oder ein Auto stellen, aber das Problem sind die Rahmenbedingungen.“

Nach Besuchen und Hospitationen in Holland wuchs bei den Initiatoren die Begeisterung und der Wille, dies als Modellprojekt im Münsterland umzusetzen. Doch schon bei der Suche nach Pflegekräften, die mitmachen wollten, gab es einen Dämpfer. „Es hat sich keiner gemeldet. Die haben einfach gar keinen Kopf mehr für neue Sachen“, berichtet Janning. Am Ende aber standen zwei kleine Teams, die vor rund einem Jahr mit der Arbeit loslegten. Mittlerweile sind es drei, ein Viertes steht in Münster in den Startlöchern. Die Teams organisieren sich eigenverantwortlich, entscheiden selbst, wer wann welche Patienten besucht und was dort zu tun ist. Auch ob sie ein Büro vor Ort brauchen, um sich zu treffen und das er-

forderliche Nachbarschafts-Netz zu weben, bleibt dem jeweiligen Team überlassen. „Wer so etwas umsetzen will, muss einen gehörigen Vertrauensvorschuss für die Mitarbeiter haben“, sagt Buurtzorg-Geschäftsführer Technau. „Und natürlich ist das nicht für jede Pflegekraft das Geeignete.“

Eigenmotivation ist wichtig

Aber auch nicht für jeden Patienten. Manche alten oder kranken Menschen und ihre Familien hätten eine „Vollkasko-Mentalität“ entwickelt, meint Projektleiter Janning, und schiebt diese auf das Pflegegeld. Diese Menschen wollten nicht mehr aktiviert und involviert werden.

Doch das ist für erfolgreiche Pflege nach Buurtzorg notwendig. „Da wird immer geschaut, wer kann welche Aufgaben übernehmen. Und wenn sich einmal keiner findet, der sonntags mit dem Opa in die Messe fährt, übernimmt das auch einmal die Pflegekraft.“ Für die beteiligten Familien sei dies oft erst ungewohnt, das Modell biete aber viele Vorteile.

Wenn sich etwa Verwandte bereit erklärten, am Wochenende das Waschen und Anziehen zu übernehmen, muss die Pflegekraft nicht schon frühmorgens im Haushalt erscheinen und

womöglich damit andere Familienmitglieder wecken. Das alles handeln die Beteiligten individuell untereinander aus.

Bei dieser Vorgehensweise ist klar, dass die herkömmliche Abrechnungsweise für Pflegeleistungen bei Buurtzorg nicht funktioniert. Abgerechnet wird hier nach Stunden. Dokumentiert werden alle Leistungen auf dem Tablet, das jede Pflegekraft immer mit sich führt. Damit kann auch der Hausarzt jederzeit sehen, wie es dem Patienten geht. „Gegenüber den Krankenkassen steht da aber einfach: 30 Minuten bei Frau Müller“, erklärt Janning. Tatsächlich haben sich die gesetzlichen Kassen versuchsweise darauf eingelassen, mit den Buurtzorg-Teams Stundensätze abzurechnen.

Im Moment ist der ausgehandelte Stundenvergütungssatz niedrig angesetzt, die teilnehmenden Pflegedienste arbeiten defizitär. Da die SGB V-Leistungen noch hinzukommen, wird sich der Satz aber noch erhöhen. Zusätzlich haben die Kassen signalisiert, dass sie zeitnah zu Nachbesserungen bereit sind, wenn die Pilotprojektphase angelaufen ist, so Janning. Offiziell hat die dreijährige Modellphase noch gar nicht begonnen, die dann auch wissenschaftlich begleitet wird.

Buurtzorg

- **Das niederländische Wort Buurtzorg** bedeutet Nachbarschaftshilfe. Das ist der Kerngedanke des neuen Pflegemodells: Der Patient soll so weit wie möglich wieder selbst aktiviert werden und das mit Hilfe eines möglichst großen Netzwerks aus Familie, Freunden und Nachbarschaft.
- **Entwickelt hat die Idee Jos de Blok**, der selbst lange als Pfleger in den Niederlanden gearbeitet hat. 2007 ging er damit an den Start, heute arbeiten mehr als 10 000 Pflegekräfte für das nicht-kommerzielle Unternehmen mit den Namen Buurtzorg.
- **Sie organisieren sich und ihre Arbeit eigenverantwortlich** in kleinen Teams. Abgerechnet werden nicht einzelne Leistungen, sondern der zeitliche Einsatz. Das Modell Buurtzorg hat die Organisation mittlerweile in 24 Länder exportiert. (kab)



© BUURTZORG DEUTSCHLAND

„Mehr Partner als Verordner“

Eine wichtige Aufgabe von Projektleiter Udo Jannig vom ambulanten Pflegedienst Sander Pflege ist die verstärkte Einbindung von Ärzten. Ohne ihre Mitwirkung funktionieren Pflege nach Buurtzorg nicht.

Ärzte Zeitung: Welche Rolle spielen Ärzte in Ihrem Projekt?

Udo Jannig: Der Hausarzt ist erster Ansprechpartner. Er wird künftig mehr Partner sein als Verordner. Natürlich gibt es bei einigen erst einmal eine gewisse Skepsis, sie können sich nicht vorstellen, wie es funktioniert. Doch unser Modell müsste ihnen entgegenkommen – sie kommen schneller an die Informationen, und das papierlos.

Wie wird die Zusammenarbeit ganz konkret laufen?

Der Arzt soll sich in unser Programm einloggen können und dann jederzeit genau sehen, was die Pflegekraft vor Ort gemacht hat. Die Pflegekraft kann ihn auch kontaktieren, wenn der Patient etwa eine akute Wunde hat. Dann kann der Arzt über das Programm gleich die entsprechenden Fotos sehen und entsprechende Behandlungsempfehlungen geben. Der Patient muss nicht mehr in die Praxis kommen, der Arzt muss keinen Hausbesuch mehr machen. Am Ende spart ihn das Budget und Zeit.

Welche Voraussetzungen sind nötig, damit die Zusammenarbeit auf Dauer funktioniert?

Vertrauen, Wertschätzung und Transparenz sind auf beiden Seiten nötig. Und eine gewisse Offenheit gegenüber digitalen Medien. (kab)

Teil 2: Berichterstattung während des Kongresses und danach

Gesundheitskongress fokussiert Digitalisierung

🕒 25. Oktober 2018 👤 Folker Lück



Die Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen stehen im Mittelpunkt des Europäischen Gesundheitskongresses München (Foto: WISO/Wolf)

Überall in Europa stehen gravierende Veränderungen des Gesundheitswesens an. Der zweitägige Europäische Gesundheitskongress in München beleuchtet die Digitalisierungsprozesse und bezeichnet einen Aufbruch der traditionellen Systemstrukturen als unumgänglich.

Der digitale Wandel, die demografische Entwicklung und steigende Ausgaben zwingen die Gesundheitspolitik, die Leistungserbringer und die Kostenträger dazu, traditionelle Strukturen aufzubrechen und zu verändern. Gesundheitssysteme, denen es nicht gelingt, digitalisierte und telematische Medizin, integrierte Versorgung und eine nachhaltige Finanzierung zu etablieren, drohen zu scheitern.

Zum zweitägigen **Europäischen Gesundheitskongress München** treffen sich rund 1.200 Teilnehmer, vor allem aus dem deutschsprachigen Raum. In 33 Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten zukunftsrelevante Fragen der Gesundheitspolitik. Dabei werden die Veränderungen in mehreren, europäischen Staaten verdeutlicht.

Spannender Blick in den Norden

Auf seiner Eröffnungsveranstaltung schaute der Europäische Gesundheitskongress nach Dänemark, wo derzeit die gesamte

Krankenhauslandschaft umgebaut wird. Sieben Superkliniken der Maximalversorgung werden neu gebaut und weitere elf modernisiert und ausgebaut. Julian Weyer, Partner des Architekturbüros C.F. Møller, stellte die Superklinik Aarhus vor, den derzeit größten Klinikneubau in Europa. Sie ist der Prototyp für die anderen Neubauten.

Bei der Konzeption habe sich, so Weyer, „alles geändert“. Weyer erläuterte den Ansatz „evidenzbasierter Krankenhausplanung“: So hätten Studien beispielsweise gezeigt, dass möglichst viel Ruhe Patienten bei der Genesung ebenso helfe wie die Anwesenheit von Angehörigen. Als Konsequenz hat die Superklinik in Aarhus nur Einzelzimmer für jeden Patienten. Darin gebe es aber immer ein Klappbett, auf dem Angehörige übernachten können.

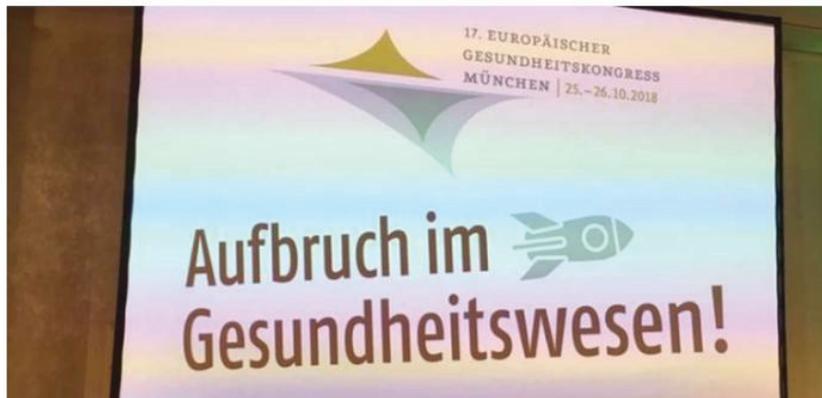
Ein wesentliches Planungskriterium sei, dass eine Klinik nach zehn Jahren Planungs- und Bauzeit bei der Eröffnung aus medizinischer Sicht oft bereits wieder veraltet sei. Der gesamte Bau sei daher so ausgelegt worden, dass Erweiterungen, Umbauten oder der Einbau zusätzlicher technischer Logistik mit möglichst geringem Aufwand möglich sind.

Deutscher Dauerbrenner Patientenakte

Tino Sorge (CDU), Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, betonte auf dem Münchner Kongress, dass die Große Koalition mit dem zweiten geplanten E-Health-Gesetz sicherstellen werde, dass die verschiedenen Systeme elektronischer Patientenakten miteinander kompatibel seien. Ziel sei es, dass Patienten auch künftig problemlos die Kassen wechseln und dabei ihre Gesundheitsdaten mitnehmen können. Es würden dafür Standards gesetzt, die zukunftsfähig sein müssten.

Hintergrund ist, dass gesetzliche Krankenkassen derzeit drei verschiedene Systeme elektronischer Gesundheitsakten einführen, die aber mangels gemeinsamer Standards noch nicht miteinander kompatibel sind. Das größte Konsortium aus 90 Krankenkassen stellt seine Gesundheitsaktie „Vivy“, die auch über eine Smartphone-App zugänglich sein wird, auf dem Kongress der Öffentlichkeit vor. Vivy wird für 25 Millionen Versicherte zur Verfügung stehen.

Europäischer Gesundheitskongress: Aufbruch im Gesundheitswesen



25.10.18: Heute startete in München der 17. Europäische Gesundheitskongress mit neuem Rekordteilnehmerfeld (1.200) und unter dem Motto „Aufbruch im Gesundheitswesen“. CliniCum-Chefredakteur Volkmar Weilguni berichtet direkt aus München

Im Rahmen der Eröffnungs-Session skizzierte Krankenhausarchitekt Julian Weyer das dänische Versorgungsmodell, das aufgrund seines radikalen Lösungsansatzes nicht nur neue Standards in Europa setzt, sondern auch zu heftigen Diskussionen anregt.

Weyer präsentierte das architektonische Konzept des Universitätsklinikums Aarhus, das soeben als erstes von sieben sogenannten „Super Hospitals“ fertiggestellt wird.

Diese als Zentren der Maximalversorgung konzipierten Super Hospitals entstehen derzeit allesamt „auf der grünen Wiese“ und werden in Verbund mit 11 (ebenfalls neu zu erbauenden) regionalen Unfall-Krankenhäusern die gesamte stationäre Versorgung Dänemarks übernehmen. Dies gelingt durch einen konsequenten Ausbau der digitalen, telemedizinischen und logistischen Weiterentwicklung ambulanter Versorgungszentren.

Die Investitionskosten für die sieben Super Hospitals betragen jeweils rund eine Milliarde Euro, wobei staatlich vorgegeben ist, dass allen Häusern das gleiche Budget zur Verfügung steht, um gleichmäßig gute Standards für die Bevölkerung in allen Landesteilen sicherzustellen.

Alleine ein Fünftel der Investitionssumme wird für moderne Medizin- und EDV-Technik ausgegeben. In Aarhus wird es darüber hinaus ausschließlich Einbettzimmer geben, um die Rekonvaleszenz durch guten Schlaf zu verbessern und Krankenhausinfektionen zu reduzieren. Jedes Bett kann bei Bedarf in den Krankenhausgarten geschoben werden, damit Sonnenlicht und Frischluft die Heilung fördert. Schon jetzt liegt die Verweildauer in dänischen Krankenhäusern mit 3,1 Tagen übrigens niedriger als in allen andern EU-Ländern.

Standardmäßig stehen auch ausklappbare Besucherbetten für Angehörige zur Verfügung. Auf Arztzimmer wird hingegen konsequent verzichtet, Untersuchungen und Kommunikation finden mithilfe moderner Technik direkt im Krankenzimmer statt.

GESUNDHEITSKONGRESS

Blick nach Dänemark zeigt, was geht

München. Kliniken sind nicht per se gegen die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen. „Die Verpflichtung, das nun so kurzfristig umzusetzen, hat aber alle Führungskräfte im mittleren Management schlicht überfordert“, sagte Sabrina Roßius, Stationsleiterin der Intensivstation der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin, beim Europäischen Gesundheitskongress in München. Die Idee sei grundsätzlich gut. Aber die Politik hätte angesichts des fehlenden Personals auf dem Arbeitsmarkt die Pflege mit an den Tisch holen sollen. Ein Blick nach Dänemark zeigte Teilnehmern des Kongresses, wie Klinikstrukturen künftig verändert werden könnten. *(reh)* **SEITE 4**

...



In Dänemark soll die stationäre Versorgung künftig nicht mehr von einer Vielzahl an Einzelkliniken getragen werden – sondern von sieben „**Superhospitals**“.

Bislang gibt es 50 Kliniken, die um die Ressourcen im Land konkurrieren müssen. Die Regierung hat daher entschieden, die Standorte zu reduzieren. Das Konzept wurde beim Europäischen Gesundheitskongress in München vorgestellt.

Superhospitals - die Alternative gegen den Personalmangel?

Mit einer drastischen Reduzierung der Klinikstandorte wollen die Dänen dem Personalengpass bei Ärzten und Pflegern Herr werden. Ein Konzept auch für Deutschland?

Von Rebekka Höhl

München. Wie lässt sich trotz des Mangels an Personalressourcen im Gesundheitswesen Versorgung nicht nur sichern, sondern auch noch patientenzentriert umsetzen? Deutschlands Nachbarland Dänemark hat dazu ein zukunftsweisendes Modell initiiert: Statt einer Vielzahl an Einzelkliniken soll das dänische Gesundheitswesen künftig von sogenannten „Superhospitals“ getragen werden, berichtete Julian Weyer, Partner beim dänischen Unternehmen C.F. Møller, auf der Eröffnungsveranstaltung des Europäischen Gesundheitskongresses in München. Weyer und seine Unternehmenspartner haben das Konzept mit aufgelegt. „Wir hatten 50 Kliniken, die sich künftig um die wenigen Ressourcen im Land hätten schlagen müssen.“ Die Regierung habe daher konsequent entschieden, die Standorte zu reduzieren.

Sieben Häuser – statt 50

Sieben Superhospitals sollen das Zentrum der Versorgung bilden. Weyer: „Hauptziel war es, Effizienz ins Gesundheitswesen zu bringen.“ Vier dieser Versorgungsgiganten werden in großen Städten ansässig sein, zwei weitere im Süden des Landes und eines im weniger dicht besiedelten Nordwesten. „Gerade beim letzten Standort im Nordwesten hat man die Erreichbarkeit in Minuten bei der Standortwahl als ausschlaggebendes Argument herangezogen“, sagte Wey-



Die „Superhospitals“ in Dänemark setzen auf Einzelzimmer – so können Arzt, Patient und Pflege die Therapie direkt am Bett besprechen. © UPIKA / STOCK.ADOBE.COM

1
MRD. EURO

investiert der dänische Staat in jedes seiner insgesamt sieben Superhospitals.

er. Flankiert werden die Superhospitals durch kleinere Unfallkrankenhäuser. Der Rest der Kliniken sei in MVZ umgewandelt worden.

Ein radikaler Schritt, der in Dänemark aber auch deshalb funktioniert, weil es eigentlich nur „eine Kasse“ gibt, wie es Weyer nannte: Das Gesundheitswesen wird zu nahezu 100 Prozent öffentlich über Steuergelder finanziert. Der private Versicherungssektor sei verschwindend gering.

Deutschland kann sich etwas von den 500 000-Quadratmeter großen und 800-Betten starken Superhäusern abschauen, meint Sabrina Roßius, Stationsleiterin der Intensiv-

station der Alexianer St. Hedwig in Berlin. Die Kommunikationsstrukturen zwischen Pflege und Ärzten seien zum Beispiel offener, um eine patientenzentrierte Versorgung zu fördern. Im dänischen Konzept gibt es statt Stations- und Arztzimmern offene Stützpunkte auf den Abteilungen. Und durch ein konsequentes Einzelzimmerkonzept wird der Patientenzimmer zum Konsultationsraum, in dem Arzt, Patient und Pflege miteinander die Therapie besprechen. Dazu gehört aber auch, dass über die notwendige Technik und Vernetzung Patientendaten über Flatscreens und mobile PC-Stationen auch im Krankenzimmer abrufbar sind.

Eine „Traumvorstellung“

Laut Roßius eine Traumvorstellung: „Dann verschwindet der Arzt nicht mehr wie hierzulande im Arztzimmer und diagnostiziert unter Ausschluss der Pflege vor sich hin.“ Die Einzelzimmer haben dabei noch einen Kostenspareffekt: Die Evidenz zeige, so Weyer, dass durch ein geringeres Infektionsrisiko und eine bessere Schlafqualität die Liegezeit sinke. Allerdings umfasst so ein Dänisches Superhospital auch ein Investitionsvolumen von einer Milliarde Euro.

Zumindest das Einbettzimmer könnte auch hierzulande die Zukunft sein, prognostizierte Viktor Helmers, Geschäftsführer der Fachkrankenhauses Coswig GmbH. Ob es irgendwann Superhospitals geben könnte, hält er aber für fragwürdig. „Wir befinden uns im deutschen Gesundheitswesen in einer zu starken Wettbewerbssituation.“ In Dänemark habe man sich hier offenbar einigen können. „Ich weiß auch nicht, ob wir alle Kliniken in MVZ umwandeln müssen“, überspitzte IKK Südwest-Vorstand Roland Engehausen. Man komme aber nicht umhin, die Pflege dauerhaft als Einzelleistung außerhalb der DRG zu vergüten.

BRANCHENBEFRAGUNG

Haben Kliniken die falschen Trends im Blick?

Setzen Gesundheitsunternehmen in Deutschland ihre Zukunftsfähigkeit aufs Spiel? Der beim Europäischen Gesundheitskongress vorgestellte „Future Readiness Index“ stellt der Branche kein gutes Zeugnis aus.

München. Setzen die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Krankenhäuser, Rehakliniken, Pflege- und Altenheime sowie soziale Betreuungseinrichtungen – bei ihrer strategischen Zukunftssicherung auf die richtigen Themen? Aus Sicht des Wirtschafts- und Beratungsunternehmens KPMG mangelt es den Trägern durchaus an „Trend-Sensitivität“, wie es in der am Donnerstag beim Europäischen Gesundheitskongress in München vorgestellten Trendanalyse „Future Readiness Index“ heißt. Für die Studie wurden 600 Unternehmen aus zwölf Branchen zu ihrer Zukunftsfähigkeit befragt – für den Gesundheitssektor 50 unterschiedlicher Größe.

So benennt laut KPMG die Gesundheitsbranche folgende Themen als die wichtigsten Megatrends und globale Entwicklungen: Demografiewandel, Veränderung der Kundenbedürfnisse, steigende Bedeutung der Nachhaltigkeit, Datenexplosion sowie Virtualisierung. Aus Sicht der Strategieexper-

ten seien aber die Automatisierung, die Datenexplosion, abnehmende Innovationszyklen sowie Time to Market (Produkteinführungszeiten), die zunehmende Bedrohung der Unternehmenssicherheit sowie der Demografiewandel die dynamischsten Trends, die für Unternehmen branchenübergreifend zum Prüfstein der Zukunftsfähigkeit werden. Angesichts nur zwei deckungsgleicher Nennungen – Demografiewandel und Datenexplosion – bei unterschiedlichen Rankingpositionen fänden die restlichen globalen Entwicklungen bei den Healthcare-Managern „keine ausreichende Beachtung“, heißt es in der Analyse. „Hinsichtlich technologischer Entwicklungen läuft die Branche Gefahr, wichtige Entwicklungen zu verschlafen“, lautet der Wink mit dem Zaunpfahl. Wie die Berater betonen, revolutionierten automatisierte Behandlungsprozesse Arbeitsroutinen. Und Big Data-Lösungen eröffneten neue Perspektiven für die Diagnostik.

Das spiegelt immerhin 1:1 das Verständnis des Verbandes der Diagnostica-Industrie (VDGH) in puncto Digital Health wider. Des Weiteren, heißt es in der Erhebung, würden die Patienten durch die Anwendung personalisierter Medizin unabhängiger und selbstbestimmter. Ohne Apple, Google oder Amazon namentlich zu erwähnen, deren Aktivitäten im Gesundheitssektor durchaus umstritten sind, weist KPMG auch auf die Attraktivität der Gesundheit für bis dato weitgehend branchenfremde Player hin. „Es gilt, aktiv mitzugestalten, zumal der technologische Fortschritt auch zu einer weiteren Veränderung der Kundenbedürfnisse führen wird“, schreiben die Trendanalytiker den Kliniken und Heimen ins Lastenheft. (maw)

Ärzte-Zeitung (print), 26.10.2018



Ärztmangel

„Kein Mensch kann sagen, was die richtige Zahl an Ärzten ist“

Auf dem Europäischen Gesundheitskongress München diskutierten führende Landesvertreter über Ärztemangel und die Restrukturierung der ambulanten Versorgung – und warnten vor einem „Ausverkauf der ambulanten Medizin durch rein kapitalgesteuerte MVZ-Investoren“.



Bayerns KV-Vize Schmelz: „Wir müssen reine Kapitalinteressen aus der ärztlichen Versorgung heraushalten.“

© Mengersen

Gibt es ihn überhaupt, den viel beschworenen Ärztemangel – und wenn ja, wie kann man ihm begegnen? Das waren zentralen Fragen, mit denen sich Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Andreas Bartels, Dr. Andreas Botzlar und Dr. Pedro Schmelz im Rahmen der Veranstaltung „Restrukturierung der ambulanten Versorgung: Ärztemangel als Treiber“ auf dem diesjährigen EGKM befassten.

„Kein Mensch kann sagen, was die richtige Zahl an Ärzten ist“, stellte Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), klar. Im europäischen Vergleich befinde sich Deutschland mit 42 Ärzten je 10.000 Einwohner im oberen Mittelfeld. Auch in deutschen Großstädten gebe es keinen Ärztemangel. „Wir haben ein klassisches Verteilungsproblem“, betonte der BÄK-Präsident.

Der Ruf nach einer besseren Bedarfsplanung werde jedoch nicht fruchten, weil sie eine Gleichung „mit zu vielen Unbekannten“ sei. Auf der einen Seite stünden „gewaltige und unkalkulierbare“ demografische Verschiebungen wie Landflucht, steigende Lebenserwartung und erhöhter Pflegebedarf, auf der anderen Seite die Ärzte selbst mit gestiegenen Ansprüchen in puncto „Work-Life-Balance“: „Meine Generation hat gelebt, um zu arbeiten, die Generation danach wollte arbeiten, um leben zu können – und ganz schlimm sind die angehenden Ärztinnen und Ärzte: Die wollen beim Arbeiten auch noch leben“, erklärte Montgomery mit einem Augenzwinkern.

Entbürokratisierung, Patientensteuerung und Digitalisierung als Lösungen?

Weil der Beruf immer weiblicher werde, seien Familienpausen und Teilzeitmodelle an der Tagesordnung – mit dem Resultat, dass sich die Zahl der angestellten Ärzte im niedergelassenen Bereich in den vergangenen 20 Jahren mehr als verfünffacht habe: von 7.035 im Jahr 1997 auf 36.013 im Jahr 2017.

Mögliche Strategien, um auch weiterhin eine gute medizinische Versorgung gewährleisten zu können, seien zum Beispiel die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit, eine bessere Patientensteuerung (vor allem in der Notfallversorgung), die Delegation organisatorischer Arbeiten an andere Berufsgruppen sowie neue Mobilitätskonzepte für ländliche Regionen (z. B. mobile Praxen). Auch die Digitalisierung sei ein wichtiger Ansatzpunkt, so Montgomery: Durch das „Ja“ zur ausschließlichen Fernbehandlung auf dem Deutschen Ärztetag habe man eine „Bresche geschlagen“, die nun gefüllt werden müsse.

KV-Praxis entlastet die Notaufnahme

Eine Möglichkeit zur besseren Patientensteuerung im Notfallbereich stellte Dr. Andreas Bartels, stellvertretender Chef der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KVRLP), vor: Am Uniklinikum Mainz werde Anfang 2019 eine „Allgemeinmedizinische Praxis am

Campus“ (APC) der KVRLP eröffnet. Diese befinde sich auf demselben Korridor wie die Notaufnahme und habe montags bis samstags von 8 bis 20 Uhr geöffnet. Vorgeschalet sei ein Empfangstresen, an dem nicht-ärztliches Fachpersonal unter Zuhilfenahme eines bereits in der Schweiz erfolgreich erprobten „standardisierten IT-gestützten Instruments“ die Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung und den optimalen Versorgungsort ermittle. „Jeder, der zu Fuß zur Notaufnahme will, muss an der Praxis vorbei“, betonte Bartels.

„Das Projekt konnte vorerst nur als Modellprojekt umgesetzt werden“, erörterte der KVRLP-Vize weiter. Er hoffe, dass Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) seine Ankündigung für gesetzliche Rahmenbedingungen für KV-betriebene Praxen baldmöglichst in die Tat umsetzen werde. „Wir rechnen in Mainz mit rund 10.000 Patienten und einem Verlust von 140.000 Euro pro Jahr, da die Praxis nur für Akutfälle und nicht für chronische Kranke offen stehen wird“, so Bartels.



Botzlar: „Gesetzlich vorgeschriebene Wahlkörper in den KV-en wären uns am liebsten.“

„Gleichstellung von selbstständigen und angestellten Ärzten notwendig“

Dr. Andreas Botzlar, Vorsitzender des Marburger Bundes Bayern und erster Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, referierte zum Thema „Die neuen Arbeitnehmer-Ärzte: Wer vertritt sie?“. Von allen aktiven Ärztinnen und Ärzten seien mittlerweile fast zwei Drittel angestellt tätig, sagte Botzlar. Für den Marburger Bund seien sie deshalb „das organisatorisch interessante Klientel“.

Eine Unabhängigkeit von sozialen Gegenspielern („Gegnerfreiheit“) könne der Marburger Bund gewährleisten, auch das KV-Wahlrecht habe man für angestellte Kolleginnen und Kollegen erkämpft.

„Gesetzlich vorgeschriebene Wahlkörper in den KV-en wären uns am liebsten“, so Botzlar. Man arbeite für eine bessere Gleichstellung von selbstständigen und angestellten Ärzten: Dass man eine Anstellung auf dem Praxisschild kennzeichnen müsse, sei nicht mehr zeitgemäß.

„Reine Kapitalinteressen aus der ärztlichen Versorgung heraushalten“

Zuletzt suchte Dr. Pedro Schmelz, erster stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB), Antworten auf die Frage „Wie verändern MVZ und angestellte Ärzte die ambulante Versorgung?“. „Inzwischen steigen in Bayern zwei von drei Ärzten als angestellte Ärzte ins Berufsleben ein“, so Schmelz. Die Zahl der Einzelpraxen sei rückläufig.

„Der Produktivitätsfaktor eines MVZ liegt bei nur 70 bis 80 Prozent im Vergleich zu einer Einzelpraxis – unter anderem, weil die Höchstarbeitszeit eines angestellten Arztes dem Arbeitsschutzgesetz unterliegt“, sagte der KVB-Vize. Nur zwölf Prozent aller bayerischen MVZ seien in ländlichen Bereichen angesiedelt. Die Idee, dass durch die Versorgungszentren dem Ärztemangel etwas entgegengesetzt werden könne, sei also „nicht aufgegangen“.

„Klinik-MVZ dienen der Bettenbelegung“

Die Mehrheit der MVZ befinde sich aktuell noch in der Trägerschaft von Vertragsärzten, doch der Anteil der Krankenhausträgerschaften steige überproportional rasch an, obwohl 42 Prozent der Klinik-MVZ rote Zahlen schrieben. „Dass sie trotzdem attraktiv für die Betreiber sind, liegt daran, dass man über sie den klinischen Bereich gestalten – sprich: die Betten besser belegen kann“, so Schmelz.

Größtes Problem aber sei der „Ausverkauf“ der ambulanten Human- und Zahnmedizin in Deutschland: „Große MVZ-Gruppen werden von Private-Equity-Unternehmen aufgekauft und so unserem Ideal der menschlichen Versorgung entzogen“, warnte der KVB-Vize. Sein eindringlicher Appell richte sich deshalb an den Gesetzgeber, der schnellstmöglich die Gründereigenschaften für MVZ überdenken müsse: „Reine Kapitalinteressen müssen aus der ärztlichen Versorgung herausgehalten werden.“

26.10.2018 13:36:13, Autor: aus München für den änd: Annika Mengersen

Ärztlnachrichtendienst aend (online), 26.10.2018

17. Europäischer Gesundheitskongress München 2018

München. Im Mittelpunkt stehen Klinikwandel, Aufbruch der Gesundheitssysteme, Personalnotstand und digitale Umgestaltung.



Quelle: www.gesundheitskongress.de

Das Motto des Kongresses lautet in diesem Jahr „Aufbruch im Gesundheitswesen“. Denn überall in Europa und der Welt stehen gravierende Veränderungen des Gesundheitswesens an. Die digitale Revolution, die demografische Entwicklung und steigende Ausgaben zwingen die Gesundheitspolitik, die Leistungserbringer und die Kostenträger dazu, traditionelle Strukturen aufzubrechen. Gesundheitssysteme, denen es nicht gelingt, digitalisierte und telematische Medizin, Integrierte Versorgung und eine nachhaltige Finanzierung zu etablieren, werden zum Scheitern verurteilt sein. Ein Aufbruch der traditionellen Systemstrukturen ist deshalb unumgänglich.

Die Hoffnung gilt der Digitalisierung

Zu dem zweitägigen Europäischen Gesundheitskongress München treffen sich rund 1.200 Teilnehmer, vor allem aus dem deutschsprachigen Raum. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten zukunftsrelevante Fragen der Gesundheitspolitik und stellen richtungweisende Projekte auch aus anderen Ländern dar.

Der Europäische Gesundheitskongress schaute bei seiner Eröffnungsveranstaltung nach Dänemark, wo derzeit die gesamte Krankenhauslandschaft umgebaut wird. Sieben Superkliniken der Maximalversorgung werden neu gebaut und weitere elf modernisiert und ausgebaut. Julian Weyer, Partner des Architekturbüros C.F. Møller, stellte die Superklinik Aarhus vor, den derzeit größten Klinikneubau in Europa. Sie ist der Prototyp für die anderen Neubauten.

Bei der Konzeption habe sich, so Weyer, „alles geändert“. Weyer erläuterte den Ansatz „evidenzbasierter Krankenhausplanung“: So hätten Studien beispielsweise gezeigt, dass möglichst viel Ruhe Patienten bei der Genesung ebenso helfe wie die Anwesenheit von Angehörigen. Als Konsequenz hat die Superklinik in Aarhus nur Einzelzimmer für jeden Patienten. Darin gebe es aber immer ein Klappbett, auf dem Angehörige übernachten können. Ein wesentliches Planungskriterium sei, dass eine Klinik nach 10 Jahren Planungs- und Bauzeit bei der Eröffnung aus medizinischer Sicht oft bereits wieder veraltet sei. Der gesamte Bau sei daher so ausgelegt worden, dass Erweiterungen, Umbauten oder der Einbau zusätzlicher technischer Logistik mit möglichst geringem Aufwand möglich sind.

Quelle: www.gesundheitskongress.de

GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Europäischer Gesundheitskongress: Dänische „Superkliniken“ zur Eröffnung

Der derzeit in München stattfindende Europäische Gesundheitskongress blickte bei seiner gestrigen Eröffnungsveranstaltung nach Dänemark, wo derzeit die gesamte Krankenhauslandschaft umgebaut wird. Sieben Superkliniken der Maximalversorgung werden neu gebaut und weitere elf modernisiert und ausgebaut. [Weiterlesen...](#)

26. Oktober 2018

[Gesundheitswirtschaft](#) [Gesundheitspolitik](#) [Kliniken](#)

be.invalue.de vom 26.10.2018 06:26

**Gattung:** Online-Quelle**Visits (VpD):** 1.500**Nummer:** 3466691431**Weblink:** <https://be.invalue.de/d/publikationen/vwheute/2018/10/26/allianz-gesundheits-app-vivy-bricht-alle-rekorde.html>

Allianz Gesundheits-App Vivy bricht alle Rekorde

Erst seit wenigen Monaten auf dem Markt, entwickelt sich die von der Allianz Private Krankenversicherungs-AG entwickelte App "Gesundheitskarte Vivy" rasant: Im Downloadranking wurden kurz nach der Freischaltung im September letzten Jahres sogar so gewichtige Player wie Instagram, iTunes oder populäre Spiel-Apps abgehängt.

Mittlerweile nutzen Millionen von Kunden den "Gesundheits-Datenschrank" und bereits für das zweite Quartal im Jahr 2019 soll die 25 Mio. User Marke übersprungen werden. Das erklärten auf dem Europäischen Gesundheitskongress Hajo K. Hessabi, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der DAK, und der ehemalige Bundesgesundheitsminister und heutige Vorstand der Allianz PKV-Vorstand Daniel Bahr. Denn es hat sich, über alle Grenzen zwischen PKV und GKV hinweg, auch die DAK diesem Modell angeschlossen. Weitere Versicherer sind willkommen.

Was lange währt

Debatten über eine, wie auch immer ausgestaltete, Gesundheitskarte gibt es schon seit 15 Jahren, wer weiß das besser als der frühere Gesundheitsminister und FDP-Politiker Bahr. Nun hat die Allianz Ernst gemacht und am 17. September 2017 mit ihrer Gesundheitsakte Tatsachen geschaffen und eine App mit dem Namen Vivy ins Schaufenster bzw. in den App-Store gestellt.

Die Resonanz ist riesig, wie Bahr auf dem 17. Europäischen Gesundheitskongress in München bekannt gab. Vivy vereint Informationen zu vollzogenen oder anstehenden Impfungen, hält die Übersicht über den persönlichen Medikationsplan und weist ggf. auch auf

Unverträglichkeiten einzelner Substanzen hin. Vivy enthält zudem alle Informationen zu Vorsorgeangeboten, den Notfallpass oder die Bereitschaft zur Organspende.

Die Daten werden verschlüsselt auf einem zentralen Server gelagert, der Schlüssel liegt jedoch immer auf dem individuellen Mobilgerät des Nutzers. Dieser kann Akten, Röntgenbilder oder Laborergebnisse bei Bedarf freischalten und damit dem nicht selten an Ineffizienz leidendem Gesundheitssystem auf die Sprünge helfen. Gleichzeitig bietet sich für den Versicherer an zahlreichen Kundenkontaktstellen die Möglichkeit, neue Angebote zu adressieren. Im Gegensatz zu den Erwartungen nutzen vor allen Dingen die sogenannten "Silveragers", also die Gruppe der 55 bis 79-jährigen, dieses Angebot, denn Vivy soll nicht nur eine elektronisch-mobile Gesundheitsakte sein, sondern eine persönliche Assistenz.

Ganz bewusst hat sich die Allianz zum Start den deutschen Markt vorgenommen, gemäß dem Motto: Wenn wir es damit hier schaffen, dem kritischsten Markt der Welt, dann schaffen wir es überall. Und wenn wir es hier nicht schaffen, dann haben wir zumindest ein Modell für den Rest der Welt, wie Daniel Bahr erläutert. Im exklusiven

Interview mit VWheuteTV spricht Bahr über die Chancen dieser neuen Anwendung und warum die Allianz beim Thema Vivy mit gesetzlichen Krankenversicherern zusammenarbeitet.

Deutlich zu viel Abrieb durch Ineffizienz im Gesundheitswesen beklagt auch der gesetzliche Krankenversicherer DAK. Dessen stellvertretende Vorstandsvorsitzende Hessabi wies in seinem Vortrag zum Thema Gesundheitsakte darauf hin, dass in Deutschland jährlich z.B. 250.000 Patienten in die Kliniken eingewiesen werden, weil die Medikation falsch eingestellt wurde. Das kann und soll das sogenannte Ökosystem Vivy verhindern, indem die Verträglichkeit mit anderen Medikamenten sofort überprüft werden kann.

Allein aus dieser Anwendung ergibt sich ein Einsparpotenzial in Millionenhöhe, ohne dabei gleich die Leistungen zu reduzieren. Ähnlich den Vorbehalten, die anfangs gegenüber dem Onlinebanking vorgebracht wurden, sieht Hessabi auch Skepsis bei manchem Versicherungsnehmer. Doch der Manager ist sich sicher, dass diese überwunden werden und sich mit diesem Nudging-Tool auch für sein Unternehmen völlig neue Gestaltungsmöglichkeiten ergeben. Gespräch mit Hajo K. Hessabi

Wörter:

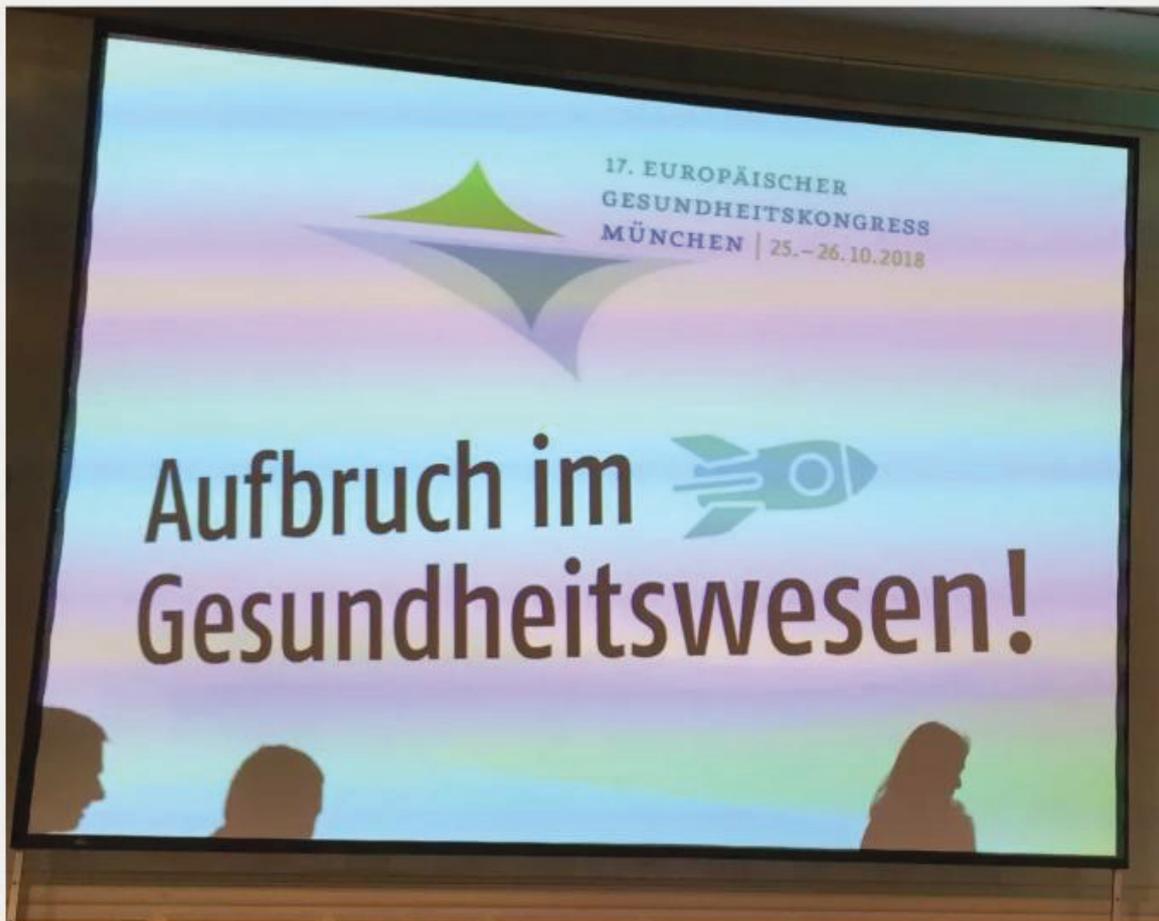
522

© 2018 PMG Presse-Monitor GmbH

be.invalue.de (online), 26.10.2018

Einzelpraxis oder MVZ – Wo findet Versorgung statt?

News • Okt 26, 2018 11:30 CEST



Unter dem Motto „Aufbruch im Gesundheitswesen!“ blickt der Europäische Gesundheitskongress in diesem Jahr auf die Herausforderungen der medizinischen Versorgung. Dabei stellen die Akteure sich auch die Frage, ob der Ärztemangel zu einem Treiber für eine Restrukturierung der ambulanten Versorgung wird.

Realität vs. Planung

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), blickte in seinem Vortrag auf die Bedarfsplanung. Auch bei der anstehenden Aktualisierung sei diese keine hinreichende Grundlage. Faktoren wie die Demografie, der Anteil der älteren Personen in der Bevölkerung oder die höhere Gewichtung der Work-Life-Balance seitens der jüngeren Generation

fänden darin keine Berücksichtigung. Ein zunehmender Anteil der Ärzte arbeitet in einem Angestelltenverhältnis: Berechnungen der BÄK zufolge gab es zuletzt zwar 21,3 Prozent mehr Ärzte, allerdings lag der Anstieg der Arbeitszeit lediglich bei 3,1 Prozent.

Einen wichtigen Lösungsansatz, um die Versorgung zu erhalten, sieht er im Ausbau der Studienplätze für Mediziner. Er begrüßte Entlastungen, die durch Delegation machbar seien, sprach sich jedoch gegen Überlegungen aus, die auf eine Substitution ärztlicher Leistungen zielen: „Ärztliche Tätigkeiten gehören in die Hand des Arztes“. Weiterhin gelte es, die Entbürokratisierung voranzutreiben, Mobilitätskonzepte in ländlichen Regionen zu fördern und Patienten, beispielsweise in der Notfallversorgung, gezielter zu steuern.

Patienten gezielt steuern

Wie eine solche, gezieltere Steuerung von Patienten, funktionieren kann, machte Dr. Andreas Bartels, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KVRP), an einem konkreten Beispiel deutlich. Anfang des kommenden Jahres wird die KVRP als Novum eine ärztliche Praxis als Eigeneinrichtung am Campus der Uniklinik Mainz in Betrieb nehmen. Patienten, die fußläufig zum Krankenhaus kommen, werden dort künftig mit Unterstützung des strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens für Deutschland, kurz SmED weitergeleitet. Das in der Schweiz entwickelte Verfahren wurde mit Mitteln aus dem Innovationsfonds gefördert. Es unterstützt nicht-ärztliches Fachpersonal dabei, den Patienten dorthin zu lotsen, wo er am besten aufgehoben ist.

Herausforderung Demografie

Dr. Andreas Botzlar, Vorsitzender des Marburger Bund Bayern und erster Vizepräsident der bayerischen Landesärztekammer bestätigte die fehlenden objektiven Kriterien für die Bedarfsplanung. Für das Gebiet Bayern nannte er eine vergleichsweise hohe Arztdichte, wobei zwei Drittel in Anstellung tätig seien. Zu den Lösungsansätzen zählte er u.a. die Niederlassungsfreiheit sowie die Gleichstellung von selbständigen und angestellten Ärzten. Mit Blick auf die demografische Entwicklung würde in 15 Jahren ein Großteil der Ärzte in den Ruhestand gehen. Der Ausbau der Studienplätze solle daher sehr zeitnah erfolgen.

Für die Verbesserung der Zugangskriterien für Studierende sprach sich auch Dr. Pedro Schmelz, erster stv. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, aus. Das MVZ sei für die heilberufliche Berufstätigkeit attraktiv, da es Flexibilität, Teilzeitmodelle und weniger Bürokratie biete. Vor dem Hintergrund der dort weitgehend üblichen festen Arbeitsstunden oder Teilzeitmodelle dürfe die Zunahme der Köpfe nicht mit mehr Versorgung gleichgesetzt werden.

Mehr zu den Diskussionen auf dem Europäischen Gesundheitskongress 2018 lesen Sie auf unserer Themenseite.

Dänisches Dynamit: Radikale Klinik-Reformen als Blaupause?

Ist die kleinteilige Klinikstruktur in Deutschland noch zu halten? Experten mahnen ein Umdenken an. Dabei schielen sie mal bewundernd, mal mit Entsetzen nach Dänemark.

Von Christina Bauer

München. Etwa 320 Spezial-Kliniken mit optimaler Ausstattung und Personal – ist das die Kliniklandschaft der Zukunft? Beim Europäischen Gesundheitskongress in München diskutierten Experten das am vergangenen Donnerstag kontrovers.

Professor Reinhard Busse, Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin, argumentierte für weniger, aber dafür gute Kliniken. „Wir müssen uns fragen: Wollen wir kleine, schlechte Krankenhäuser um die Ecke haben, oder wollen wir einige Minuten fahren zu Krankenhäusern mit guter Qualität“, so Busse. Das Land könne eine Umstrukturierung bewältigen. Deutschland brauche weder die rund 1900 Kliniken noch eine halbe Million Betten.

Wohnortnähe als Vorteil?

Diese kleinteilige Struktur werde oft damit gerechtfertigt, Notfälle wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle wohnortnah zu behandeln. Das aber sei medizinisch keineswegs das Beste. So hätten fast zwei von drei Kliniken keine Koronar-Angiografie und eines von drei keine Computertomografie. Damit entfielen wichtige Elemente für Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung. Hinzu komme, dass Fachärzte oft erst aus der Rufbereitschaft geholt werden müssten und ein Großteil der Kliniken nur kleine Fallzahlen etwa bei der Behandlung von Patienten mit Herzinfarkten aufweise.

Für die Patienten aber seien die Ergebnisse dort besser, wo pro Jahr wenigstens einige hundert Herzinfarktpatienten behandelt würden. Es gebe dann bis zu einem Drittel weniger Sterbefälle. „Der Strukturwandel ist unvermeidlich“, sagte Dr. Ralf Langejürgen, Leiter des Verbandes der Ersatzkassen in Bayern. Bürger seien durch qualitative Aspekte sehr wohl zu überzeugen. „Das versteht jeder, dass er dreißig Kilometer fahren



Das Rigshospitalet in Kopenhagen, mit über 1100 Betten noch die zweitgrößte Klinik in Dänemark. Doch die Dänen schrauben gerade gewaltig an ihrer Klinikstruktur: Von 56 Standorten sollen 21 übrig bleiben. © SCANPIX DENMARK/DPA

1 KLINIK

ist in Dänemark für im Schnitt 265 000 Einwohner vorgesehen. In Deutschland gab es 2017 dagegen bundesweit 1942 Krankenhäuser mit zusammen rund 497 000 Betten. Nach dänischem Maßstab würde es hierzulande künftig nur noch 320 Kliniken geben.

muss statt zwanzig Kilometer“, beton- te Langejürgen.

„Wir haben eine gewachsene Struktur in Deutschland“, entgegnete Siegfried Hasenbein, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft. Viele Bürger wollten die wohnortnahen Kliniken behalten, die zudem Geld und Arbeitsplätze in die Region brächten. Sollte es Änderungen geben, müssten sich zudem die Zuständigkeitsebenen in Kommune, Land und Bund einigen. In den Gemeinden sei das Thema unpopulär.

Es droht die Abwahl-Keule

„Es sind Kollegen abgewählt worden, weil sie Krankenhäuser geschlossen haben“, sagte Christian Bernreiter, Präsident des Bayerischen Landkreistages. Das erkläre, warum sich Politiker zurückhielten. Gegen Umstrukturierungen stellte sich Bernreiter aber nicht. Es müssten bei Änderungen die regionalen Bedarfe berücksichtigt werden. „Wir müssen Häuser festlegen, die unabdingbar sind, und solche, wo wir uns etwas anderes vorstellen können“, so der Landkreistagspräsident. So könnten kleine Krankenhäuser beispielsweise in Gesundheitszentren umgewandelt werden, statt sie zu

schließen. „Wir müssen diese Diskussion standortbezogen führen“, ergänzte Hasenbein. Nur dann, wenn die Bevölkerung vor Ort mitziehe, könne ein Strukturwandel gelingen.

Setzen sich Bürger mit der Versorgung auseinander, kann das Änderungen sogar beschleunigen. So lautete das Fazit von Julian Weyer, Partner des dänischen Unternehmens C.F. Möller. Dieses ist beteiligt an der Umstrukturierung der Krankenhausversorgung in Dänemark. Wenige, spezialisierte Großkliniken, Ausbau kleiner Häuser zu Unfallkliniken, oder Umwandlung in Gesundheitszentren – was dort zum Teil schon umgesetzt ist, ähnelt den Ideen hierzulande. „Es hat dieselben Diskussionen im Voraus gegeben“, so Weyer. Da seien es noch 56 Kliniken gewesen, statt der nun 21 Häuser (wir berichteten).

„Der Beschluss war, Qualität geht vor Nähe.“ Nun gibt es ein Krankenhaus für 265 000 Einwohner. Das größte davon in Aarhus ist inzwischen in Betrieb, die Umwandlung kleiner Häuser in Gesundheitszentren zu etwa zwei Drittel fertig. Die neuen Strukturen würden akzeptiert. „Das wird grundsätzlich angenommen und funktioniert auch“, sagte Weyer.

Krankenhausversorgung der Zukunft

News • Okt 29, 2018 10:30 CET



Wie die künftige stationäre Gesundheitsversorgung aussehen könnte, war einer der Schwerpunkte auf dem Europäischen Gesundheitskongress 2018. Experten verschiedener Einrichtungen diskutierten medizinische Möglichkeiten und finanzielle Grenzen.

Das Smartphone als Stethoskop des 21. Jahrhunderts?

Alternde Gesellschaft, steigende Anforderungen an die medizinische Qualität, Fachkräftemangel - Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Leiter des Centrums für Krankenhausmanagement und HHL Leipzig Graduate School of Management, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, benannte nur einige der Herausforderungen für Krankenhäuser. In seinem Impulsreferat skizzierte er insbesondere die Auswirkungen der Digitalisierung und einen neuen „First Line Digital Sektor“ in der medizinischen Versorgung. In diesem werden Patienten fähig sein, zahlreiche Messungen in Selbstkontrolle durchzuführen. Unterstützt durch Sensortechniken und weitere digitale Anwendungen könnten Krankenseinweisungen in der Folge um bis zu 70 Prozent reduziert werden, so die Ergebnisse erster Pilotversuche. Für den Blick in die Zukunft verwies er auf die US-amerikanische MAYO Clinic. Bereits im Jahr 2020 will diese an nur drei Standorten 200 Mio. Patienten behandeln. „Das geht nur mit Digitalisierung und der extremen Nutzung des Smartphones“, so Eiff. Künftig komme die Medizin in Form digitaler Anwendungen zum Patienten, weshalb das Smartphone das Potenzial habe, zum Stethoskop des 21. Jahrhunderts zu werden.

Der Patient als Manager seiner eigenen Gesundheit

Die enormen Auswirkungen der Precision Medicine schilderte Prof. Dr. Albrecht Stier, Chefarzt des Helios Klinikums Erfurt. Die Möglichkeiten der genaueren Behandlung und der personalisierten Therapie machte er am Beispiel der Tumorerkennung deutlich. Die Anpassung an das individuelle Immunsystem verursache jedoch auch enorme Kosten. Stier beschrieb anhand eines zugelassenen

Medikaments, bei dem jährlich Kosten von 93.000 Euro pro Patient entstehen. Einsparpotenziale, die durch die Digitalisierung im Gesundheitsmarkt erzielt werden können, hatte McKinsey zuletzt auf 34 Mrd. Euro beziffert. Würden diese realisiert, könnten teure Einzeltherapien ermöglicht werden.

Eine der Stellschrauben, an der die digitale Medizin ansetze, sei der informierte Patient, der seine Gesundheit selbst managt. Am Beispiel von Ada, der digitalen Gesundheitshelferin, schilderte er, wie sich die sinnvolle Selbstdiagnose entwickelt. Dies entspräche auch den Vorstellungen der Patienten: Wie sie es aus anderen Lebensbereichen bereits kennen, erwarten sie, dass auch medizinische Abläufe digital funktionieren.

Digitalisierung als Wettbewerbsfaktor

Überzeugt vom Nutzen der Digitalisierung und der Precision Medicine zeigte sich auch Harald Jeguschke, kaufmännischer Vorstand der Universitätsmedizin Rostock. Um die Chancen zu realisieren, begrüßte er ausdrücklich eine Gesundheitspolitik, die die Akteure bei der Weiterentwicklung stärker fördert. Die Kosten gelte es zu bewältigen, um den Nutzen für den Patienten erzielen zu können. Effizienzsteigerungen, die mit der Digitalisierung erreicht werden können, sollten nicht auf eine Verbesserung der Jahresergebnisse zielen, sondern für Forschung und die Verbesserung der Versorgung eingesetzt werden. Letztlich, so sein Credo, werden die Patienten mit den Füßen abstimmen. Digitale Anwendungen seien daher ein wesentlicher Faktor für die Wettbewerbsfähigkeit eines Versorgers.

Effizienz steigern, Opportunitätskosten vermeiden

Ebenso sprach sich Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Geschäftsführer des Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (IGV Research), für einen engagierten und gemeinschaftlichen Umgang mit Innovationen aus. Um Nutzen für die Versorgung und die Finanzierbarkeit zu ermöglichen, benannte er heute schon machbare Aspekte: Daten sollten nur einmal erhoben und für alle verfügbar gemacht werden. Weiterhin gelte es, die Forschung mit Algorithmen zu unterstützen, die den Arzt bei seiner Arbeit unterstützen. Hinsichtlich der Kosten einer personalisierten Medizin betonte er den Aspekt der Opportunitätskosten, die auf diese Weise vermieden werden.

Innovationen nutzbar machen

Dr. Michael Meyer, Vice President der Siemens Healthcare GmbH, schilderte die Geschwindigkeit der technischen Weiterentwicklungen. Künftig gelte es sinnvolle Innovationen auch in die Versorgung zu bekommen. Die Ansprüche des Patienten an die digitale Diagnostik und Therapie bestünden bereits und die Digitalisierung habe schon vieles verbessert; beispielsweise minimiert die digitale Bildgebung OP-Risiken bereits deutlich. Auch mit Blick auf den Vorsprung, den andere Länder in den Entwicklungen bereits haben, sei der Gesetzgeber gefordert, verlässliche Zugangsregeln für Innovationen zu schaffen.

Digitalisierung als Teil der Versorgung

Michael Gabler, Bereichsleiter Firmenkunden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank), begrüßte, dass alle Referenten ausnahmslos die Digitalisierung aus der Perspektive der Chancen darstellten. Die digitale Medizin sieht er nicht als eigenen Sektor; vielmehr werde sie ein wesentlicher Teil der Versorgung - ähnlich wie das Smartphone heute Teil des Alltags ist. Die apoBank hat den Anspruch Gesundheit zu ermöglichen und steht dafür, die Chancen, die der Gesundheitsmarkt bietet, in den Alltag zu bringen. Gabler: „Am Ende des Tages geht es darum, mit neuen Lösungen die digitale Weiterentwicklung zu unterstützen. Weshalb wir uns intensiv mit den Entwicklungen der Branche und dem jeweiligen Geschäftsmodell der Anbieter auseinandersetzen.“

Mehr zu den Diskussionen auf dem Europäischen Gesundheitskongress 2018 lesen Sie auf unserer Themenseite.

apobank (online), 29.10.2018



Diskutierten auf dem Europäischen Gesundheitskongress über Digitalisierung – von links: Dr. Carlo Conti (Anwalt), Andreas Storm (DAK), Sandra Särav (Wirtschaftsministerium Estland), Dr. Franz Joseph Bartmann (BÄK), Dr. Gottfried Ludewig (BMG), Dr. Peter Gocke (Charité Berlin), Dr. Wolfgang Krombholz (KVB). © C. BAUER

Digitalisierung: Inseln in der Schweiz, Estland als Vorreiter

Standards, Interoperabilität, Abrufrechte: Was soll im digitalen Gesundheitswesen freiwillig sein, was Vorschrift? Beim Europäischen Gesundheitskongress diskutierten Verantwortliche mit Blick auf europäische Erfolgsbeispiele.

Von Christina Bauer

München. Patientenakte, Arztbrief, Rezept - das Gesundheitswesen soll digital und damit effizienter werden. Solche Innovationen müssten nun in die Regelversorgung, forderte Dr. Gottfried Ludewig, Leiter der Abteilung Digitalisierung und Innovation beim Bundesgesundheitsministerium, beim Europäischen Gesundheitskongress in München. Bis 2021 solle bundesweit die wichtigste Grundlage implementiert werden, die Telematikinfrastruktur (TI). Damit müssten die derzeit entstehenden Einzellösungen, etwa von Kassen und Modellprojekten, dann kompatibel sein. „Die Frage von Schnittstellen (...) ist mindestens genauso wichtig“, so Ludewig. Nur wenn alle Beteiligten am Ende kommunizieren könnten, gelinge die Datennutzung. Auch müssten die Rechte an den Informationen eindeutig geklärt sein.

Rechte auf Datenzugriffe geregelt

Weniger Arzneiwechselwirkungen, schneller die richtige Behandlung, mehr Effizienz – was Befürworter von der elektronischen Patientenakte (ePA) erhoffen, gibt es in Estland schon. Das Land hat eine transparen-



Das macht das System sehr effizient und rettet viele Leben.

Sandra Särav,
Wirtschaftsministerium Estland

te Digital-Infrastruktur eingerichtet, wie Sandra Särav vom dortigen Wirtschaftsministerium berichtete. Bürger könnten alles digital erledigen. Für die Gesundheitsversorgung heiße das: die elektronische ID enthalte auch Daten zu Arzneien, Allergien, Blutgruppe und Vorbehandlungen. Im Notfall könnten sie direkt abgerufen und vom Rettungswagen an die Klinik gesendet werden. Dort würden die geeigneten Ärzte, Mitarbeiter und Ressourcen organisiert.

„Das macht das System sehr effizient und rettet viele Leben“, sagte Särav. Die Zugriffsrechte würden nach Situation differenziert. „Sie können nur die Daten sehen, für die sie Zugangsrechte haben“, so Särav. Bei unbefugtem Zugriff drohten Strafen, für Ärzte etwa Zulassungsverlust. Bürger könnten ihre Daten über eine Online-Plattform jederzeit abrufen und prüfen, ob sich sonst jemand Zugang verschafft hat. Sei das der Fall, könnten sie das melden.

Fast alle nutzen die neuen Möglichkeiten, es gebe etwa de facto nur noch digitale Verordnungen. Gespeichert seien sämtliche Daten dezentral auf hunderten miteinander vernetzten Servern. Für mehr Sicherheit werde eine KSI Blockchain verwendet. Inzwischen entwickelten andere Länder, etwa Finnland, Aserbaidschan und Namibia, ähnliche Ansätze.

Schweizer Ärzte nicht verpflichtet

So weit sei die Schweiz noch nicht, wie Anwalt Dr. Carlo Conti, früherer Regierungsrat von Basel-Stadt, berichtete. Seit 2017 gebe es aber eine ePA, die von vernetzten Servern abgerufen werde. Bis 2020 müssten alle Kliniken diese nutzen, bis 2022 zudem alle Geburtshäuser. Die Arztpraxen dagegen dürften die Akte verwen-

den, müssten aber nicht. Eine Verpflichtung hätten sie nicht akzeptiert. „Da gibt es Widerstand der Standesorganisationen“, so Conti. Nicht zuletzt hätten viele die Sorge, wegen möglicher Mängel von Patienten haftungsrechtlich belangt zu werden. So seien die Kliniken nun schon weit mit der Implementierung, die Praxen weniger. Die zuständige e-Health Suisse habe zudem Vorgaben für Schnittstellen erarbeitet, etwa für Gesundheits-Apps. Die aber hielten aus Konkurrenzgründen nicht alle Anbieter ein. „Das führt dazu, dass Interoperabilität nicht durchgehend gewährleistet werden kann“, stellte Conti fest.

Wie Dr. Peter Gocke, Chief Digital Officer der Charité-Universitätsmedizin Berlin, berichtete, benötige die Digitalisierung der Klinik zunächst einige Ressourcen. „Wir arbeiten sowohl an technischen Hürden als auch an der Kultur im Unternehmen (...)“, so Gocke. Für gute Ergebnisse müssten ganze Behandlungsprozesse digitalisiert werden, nicht nur einzelne Abschnitte, OPs oder Abteilungen. Das erfordere viel Kooperation. Die Umstellung käme am Ende aber vor allem chronisch und schwer Kranken zugute, resümiert Dr. Franz Joseph Bartmann, Vorsitzender des Telematikausschusses der Bundesärztekammer. Besonders sie fänden sich noch oft in der Situation, „weitgereicht“ zu werden, mit ständig neuen Untersuchungen. „Wir brauchen eine gemeinsame Datenbasis, und idealerweise (...) eine gemeinsame Vergütung“, sagte Bartmann.

Zudem waren sich alle einig, dass es für kompatible Formate und Schnittstellen verpflichtende Vorgaben geben müsse. Deren Einhaltung könne über Zuschüsse und Abschläge gesteuert werden.

Qualitätsvorgaben für Kliniken: Wie weit reicht die Peitsche?

Personaluntergrenzen, Mindestmengen und Abteilungsanforderungen sollen die Qualität heben. Beim Europäischen Gesundheitskongress wurde debattiert, wie man vermeidet, dass dabei die Versorgung leidet.

Von Christina Bauer

München. Qualitätsquelle oder Versorgungskiller? Welche Folgen Personaluntergrenzen, Abteilungsanforderungen und Mindestmengen haben, damit beschäftigten sich Experten Ende Oktober beim Europäischen Gesundheitskongress. In jeder Ecke ein spezialisiertes Krankenhaus zu erwarten, sei zu hoch gegriffen, sagte Ministerialdirigent Herwig Heide, Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung im bayerischen Gesundheitsministerium. Womöglich sei ein „Widerspruch zwischen Qualität und Wohnortnähe der Versorgung“ unvermeidbar. Dennoch dürfe Erreichbarkeit als Qualitätsmerkmal nicht völlig außer acht gelassen werden.

Wenn die Versorgung in einer Region sonst nicht mehr sichergestellt sei, müsse von starren Qualitätsvorgaben notfalls abgewichen werden können. So sei unter anderem zu hinterfragen, ob jede Klinik Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie vorhalten müsse, um als Basisversorger anerkannt zu werden. Durch diese Vorgabe, so Heide, könne die „sehr sinnvolle Absprache von Leistungsschwerpunkten konterkariert werden.“

Zweistufen-Prinzip in der Schweiz

So könne ein Chirurgie-Schwerpunkt an einem Ort, und eine Innere Medizin-Schwerpunkt an einem anderen eine gute Lösung sein. Ebenso kritisch müsse bewertet werden, wie sich Mindestmengen für bestimmte Eingriffe vor allem auf die Versorgung in ländlichen Gebieten auswirken.

Die Schweiz habe eine zweistufige Struktur eingerichtet, berichtete Heidi Hanselmann, Regierungsrätin und Leiterin des Gesundheitsdepartements im Kanton St. Gallen. Es gebe Kantonsspitäler mit Spezialzentren und Häuser der Basisversorgung. In den Basis-Kliniken seien Chefärzte „im Kader für verschiedene Standorte



Das Universitätshospital in Lausanne. In der Schweiz gibt es eine zweistufige Klinikstruktur. © DENIS BALIBOUSE/DPA

zuständig“, so Hanselmann. Das ermögliche eine wohnortnahe, fachärztliche Versorgung. Die Kliniken müssten zudem Mindestkapazitäten an Pflegepersonal vorhalten und in diesem Bereich neue Kräfte ausbilden.

Zum Sparen verpflichte die Politik die Krankenhäuser an anderer Stelle: Ab 2019 müssten Patienten mit bestimmten Erkrankungen ambulant statt stationär behandelt werden. Davon erwarte der Staat Einsparungen von bis zu einer halben Milliarde Franken. Die Kliniken wiederum befürchteten finanzielle Verluste.

Fehlendes Pflegepersonal belaste in Deutschland derzeit unter anderem die Kinderintensivversorgung, berichtete Professor Hugo Segerer. Der Sprecher des Neonatalogie-Forums Bayern befürchtet durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR) des GBA negative Folgen. „Pauschale Mindestmengen werden den unterschiedlichen Anforderungen (...) nicht gerecht“, sagte er. Es sei zu hinterfragen, ob ein Perinatalzentrum pro Jahr mindestens 30 Frühgeborene unter 1500 Gramm behandeln müsse.

Diese Vorgabe war wegen Klagen von Krankenhäusern auf derzeit 14 reduziert worden. Besonders kritisch bewertete Segerer die Personalvorga-



Wenn ich einem Krankenhaus Geld entziehe, weil es einen bestimmten Personal-Schlüssel vorübergehend nicht erfüllt, ist kein einziger Patient besser versorgt.

Professor Achim Jockwig
Vorstandsvorsitzender des
Klinikums Nürnberg

ben, die ab 2020 für die Versorgung krank oder früh geborener Kinder gelten sollen. Eine Pflegekraft pro Kind – das sei nicht einzuhalten. Das habe ein Großteil der 215 Perinatalzentren bereits gemeldet. Wegen Kapazitätsmängeln könnten schon jetzt immer wieder Risikoschwangere oder ältere, kranke Kinder nicht wohnortnah behandelt werden. „Das bedeutet, dass manchmal schwerkranke Kinder stundenlang durch Bayern gefahren werden“, berichtete der Mediziner.

Abschläge in der Kritik

Ab 2020 soll es nun laut GBA Abschlüsse für Kliniken geben, wenn sie die Personalvorgaben nicht zu 95 Prozent erfüllen. Laut Segerer würde das die Versorgung zusätzlich erschweren. „Wenn ich einem Krankenhaus Geld entziehe, weil es einen bestimmten Personal-Schlüssel vorübergehend nicht erfüllt, ist kein einziger Patient besser versorgt“, stimmte Professor Achim Jockwig, Vorstandsvorsitzender des Klinikums Nürnberg, zu. Zudem sei nach Ansicht von Segerer für die Kliniken nicht finanzierbar, durchgehend ein Maximum an Personal vorzuhalten. Dafür gebe es zu viele Schwankungen bei der Patientenzahl. Der Arzt forderte eine flexible Personalvorgabe von 2:1.



Aus der Branche - 30.10.2018

Europäischer Gesundheitskongress 2018

Zwischen Super-Hospitals und Fachkräftemangel

Internationaler Austausch, wegweisende Vorträge und hitzige Diskussionen: Der 17. Europäische Gesundheitskongress in München wagte unter dem Motto „Aufbruch im Gesundheitswesen“ einen Blick in die Zukunft. Als Vorbild für die Mitteleuropäer kristallisierte sich einmal mehr Skandinavien heraus.

von Tanja Bürgle

Wird Deutschland von anderen europäischen Ländern abgehängt? Was sind die größten Mängel im Gesundheitswesen und wo besteht dringender Handlungsbedarf? Rund 160 Referenten informierten auf dem 17. Europäischen Gesundheitskongress unter dem Slogan „Aufbruch im Gesundheitswesen“ über diese und ähnliche Zukunftsfragen.

Die Redner schlugen dabei regelmäßig Brücken zu anderen europäischen Ländern, die als Vorreiter gelten. Ganz vorne mit dabei: Dänemark.

Was kann Deutschland vom Norden lernen?

Dem Brennpunkthema Krankenhaus kam auf dem Kongress vom 25. bis 26. Oktober 2018 eine besondere Bedeutung zu.

Bereits in der Eröffnungsrede präsentierte der dänische Architekt **Julian Weyers** deshalb das Konzept der Super-Hospitals – die skandinavische Antwort auf Strukturprobleme in der Krankenhauslandschaft.

Im Rahmen einer „Qualitätsinitiative“, die mehr Effizienz in den Gesundheitssektor bringen soll, plant Dänemark **sieben offen und großflächig gestaltete Super-Hospitals mit besonders guter Ausstattung**. Durch die „Krankenhausstädte“ soll u.a. ein Konkurrenzkampf zwischen den rund 50 kleinen dänischen Kliniken um die gleichen Ressourcen verhindert werden. „Die Super-Hospitals erhalten größere Budgets, z.B. für weitere Spezialisierungen. Eine Stufe darunter bleiben einige Unfallkrankenhäuser bestehen“, erklärte Weyers. Kleinere Krankenhäuser würden in Gesundheitszentren umgewandelt. Der Weg der Patienten zu einem der Super-Hospitals sei zwar wenige Minuten länger. Die Versorgung sei aber deutlich besser als in vielen kleinen Krankenhäusern. Das erste Super-Hospital ist laut Weyers bereits in Betrieb, der Rest befindet sich im Bau.

Diskussion um Klinikschließungen: Von 1.329 auf 330?

Ist dieses Konzept für mehr Effizienz auch in Deutschland denkbar? **Prof. Dr. Reinhard Busse** vom Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin findet: „Ja“. In einem sehr gut besuchten Vortrag plädierte er für eine **radikale Reduzierung der knapp 1.329 Plankrankenhäuser auf 330**.

Denn Deutschland kämpft laut Busse mit drei Problemen: „Wir haben **unangemessen viele Patienten**. Diese Patienten werden in technisch und personell **nicht adäquat ausgestatteten Krankenhäusern** behandelt. Und: Wir haben ein **Betreuungskonzept am Bett** und dadurch zu wenig Personal beim Patienten.“



Der Europäische Gesundheitskongress mit dem Motto „Aufbruch ins Gesundheitswesen“ zog zahlreiche Besucher nach München.
- Bild: HCM

Busse zufolge hat Deutschland von einem Wandel oder gar Umbruch bisher wenig mitbekommen. Seit zehn Jahren sei die Bettenzahl hierzulande relativ stabil, das gelte auch für die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. „Im Schnitt sind das 1,7 Tage. Zum Vergleich: In Dänemark sind es 0,7“, erklärte Busse. Andere Länder, beispielsweise Schweden, hätten ihre Bettenzahl hingegen drastisch reduziert.

Was in Deutschland aber kontinuierlich steige, sei die Zahl der Patienten. Fast 50 Prozent mehr Fälle seien es als noch vor einigen Jahren, ein zu großer Teil komme mittlerweile (häufig unbegründet) über die Notaufnahme ins Krankenhaus. Doch nicht nur die Patienten sind Busse zu viele. **Auch die 1.329 Plankrankenhäuser, die es in Deutschland gibt, kritisiert der Ökonom.** Kleine Krankenhäuser wären schlechter auf Notfälle wie Herzinfälle, Schlaganfälle und Co. vorbereitet, das Personal hätte weniger Übung. Er kann sich ein Konzept nach dänischem Vorbild in Deutschland gut vorstellen: „Wollen wir schlechte Krankenhäuser um die Ecke haben oder wollen wir Krankenhäuser mit guter Qualität und dafür ein bisschen weiter fahren?“

 **Europäischer Gesundheitskongress**



Bild: HCM
Im Anschluss an Vorträge von Prof. Dr. Buss und Julian... [mehr](#)



Bild: HCM
Zum Potenzial von IT-basierten Auswahlverfahren äußerte... [mehr](#)



Bild: HCM
Prof. Dr. Lohmann moderierte eine Vortragsreihe rund... [mehr](#)

Digital Screening und gutes Essen

Nicht genug Ärzte, zu wenig Pflegepersonal und zu viele Patienten. Auch der Fachkräftemangel war ein Kernthema des Europäischen Gesundheitskongresses. Gleich mehrere Referenten beschäftigten sich mit der Fragestellung „Fachkräftemangel als Treiber?“, darunter auch **Swjatoslaw Aksamitowski**. Der Geschäftsführer des Beratungsunternehmens QI Consult setzte den Schwerpunkt seines Vortrags z.B. auf das **Recruiting ausländischer Ärzte durch digitales Screening**.

Aksamitowski sieht eine Chance im Anwerben ausländischer Ärzte, beispielsweise aus Vietnam oder den Philippinen. Bewerbungen soll es mehr als genug geben: „85 bis 90 Prozent aller Bewerbungen kommen aus dem Ausland. Nochmal 85 bis 90 Prozent davon aus dem Nicht-EU-Ausland“, betonte der Unternehmer. Die eigentliche Hürde liege in den ausländischen Dokumenten der Ärzte, die einer Anerkennung der Approbation im Wege stehen. Durch ein digitales Screening, das alle wichtigen Informationen einer Bewerbung abfragt, sollen Personaler entlastet und Einstellungen schneller von staten gehen.

Wie man das gefundene Personal anschließend hält, damit beschäftigte sich **Prof. Dr. Georg Sabin**, Chefarzt der Kardiologie des Elisabeth-Krankenhaus Rheydt. Er schreibt dem **Softfaktor Ernährung** eine besondere Bedeutung zu. „Die Mitarbeiter laufen weg, wenn das überhaupt nicht schmeckt“, sagte Sabin. Er warnte hier vor Sparmaßnahmen an der falschen Stelle und empfahl sowohl für Mitarbeiter als auch für die Patienten eine **mediterrane Ernährung** inklusive viel frischen Obst und Gemüse: „Eine gute Ernährung rettet Leben.“

Was tut die Politik?

Die bayerische Gesundheitsministerin **Melanie Huml** (CSU) sollte den Europäischen Gesundheitskongress eröffnen, steckte aber mitten in den Koalitionsverhandlungen nach der Landtagswahl in Bayern. Sie wurde von **Ruth Nowak**, Amtschefin des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, vertreten. In einer Eröffnungsrede lobte sie die politischen Entwicklungen der vergangenen Jahre und kritisierte den Titel des Kongresses.

Der „Aufbruch ins Gesundheitswesen“ habe in Deutschland längst begonnen. Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) würde Bayern regelrecht mit „neuen und teilweise fast revolutionären Gesetzesentwürfen überschütten“. Auch in Zukunft wolle man vermehrt in das Gesundheitswesen investieren. Pläne für die neue Legislaturperiode konnte die Amtschefin allerdings noch nicht preisgeben.

Health & Care Management (online), 30.10.2018



netzpolitik.org vom 30.10.2018 10:10

 NETZPOLITIK.ORG

Gattung: Online-Quelle

Nummer: 3472959699

Weblink: <https://netzpolitik.org/2018/prestigeprojekt-mit-macken-forscher-fanden-schwere-sicherheitsluecken-in-gesundheits-app-vivy/>

Prestigeprojekt mit Macken: Forscher fanden schwere Sicherheitslücken in Gesundheits-App Vivy

Die App „Vivy“ ist ein Prestigeprojekt der Krankenkassen. 13,5 Millionen Versicherte erhalten durch die Software Zugang zu ihrer elektronischen Gesundheitsakte.

Die App ist seit anderthalb Monaten verfügbar. Sie soll Modellfunktion haben: Bis 2021 sollen alle Versicherten digitalen Zugriff auf ihre Akte bekommen, sagt Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU). Die Entwickler von „Vivy“ versprechen viel: Patienten können damit alte Röntgenaufnahmen digital an die neue Hausärztin senden, Rezepte speichern und Befunde anfordern. Alles digital, alles sicher.

Doch das System hat offenbar mit erheblichen Sicherheitslücken zu kämpfen. Die IT-Sicherheitsforscher Martin Tschirsich und Thorsten Schröder von der Schweizer Firma modzero haben sich das System, das bald Millionen von Menschen nutzen sollen, genauer angeschaut. Zuletzt deckten sie Schwachstellen in Wahlsoftware und IT-Systemen von Rathäusern auf. In einem gut 30-seitigen Bericht beschreiben sie nun eine lange Liste an Sicherheitslücken bei Vivy auf allen Ebenen: der App, der Cloud-Plattform und der Browser-Anwendung.

Große und kleine Schwachstellen

Die Sicherheitsexperten, die die Verantwortlichen bei Vivy mehrere Wochen vor der heutigen Veröffentlichung über ihre Befunde informierten, stellten Angriffe über das Internet nach. Dabei entdeckten sie mehrere kritische und viele kleinere Schwachstellen. Zu den Schweren gehören jene in der Plattform. Für die Datenübertragung zwischen Arzt und Patient öffnet die Plattform eine temporäre Sitzung und generiert eine öffentlich aufrufbare URL mit fünf Kleinbuchstaben am Ende, die sogenannte Sitzungs-ID.

Schon diese Information erlaubt, in weniger als 24 Stunden theoretisch alle Sitzungen über das Internet aufzurufen. Unter der URL können Ärzte Dokumente abrufen und müssen dafür bloß eine vierstellige PIN eingeben. Die

Nummer konnten die Forscher leicht durch die Brute-Force-Methode erraten, bei der ein Passwort durch automatisiertes Ausprobieren geknackt wird. Möglich war dies, weil es keine Obergrenze für die Anzahl falscher PIN-Eingaben gab – eigentlich eine der simpelsten Maßnahmen der IT-Sicherheit.

War das Dokument schon abgerufen, konnten sie nach Erraten der PIN Metadaten über Patienten, Ärzte und Dokumente auslesen. Darunter Geburtsdatum, Namen, Adresse, Foto und die Versicherungnummer der Patienten und Informationen zur Praxis. Dieser Angriff ließe sich ohne großen Aufwand auf viele Sitzungen gleichzeitig anwenden, um im großen Stil an sensible Informationen zu gelangen.

Martin Tschirsich sagte netzpolitik.org, dass „der Austausch von Gesundheitsdaten anhand der Metadaten in großem Maßstab nachvollzogen werden“ konnte. Die Kommunikationspartner ließen sich identifizieren. Metadaten sind nicht trivial: Allein die Aussage darüber, wer zu welchem Zeitpunkt welchen Arzt besucht, und welchen Titel ausgetauschte Dokumente tragen, kann Schlüsse zulassen.

Keine Spezialsoftware nötig

Für das massenhafte Auslesen der Metadaten brauchten die Sicherheitsexperten keine Spezialsoftware. Die Brute-Force-Methode gehört zum Standardwerk auch laienhafter Angreifer. Technisch versierte Angreifer hätten mehr als nur Metadaten abgreifen können.

„Gesundheitsdaten selber konnten in einem nachgestellten Angriff ebenfalls abgefangen werden, das Zeitfenster hierfür war allerdings deutlich kürzer“, sagt Tschirsich. Gesundheitsdaten heißt in dem Fall: Die medizinischen Dokumente selbst, etwa gescannte Röntgenbilder, Medikationspläne oder Laborergebnisse.

Sie müssen abgerufen werden, bevor es der Arzt tut. Allerdings werden bei Öffnung der Sitzung die Sitzungs-URLs an mehrere Unternehmen in Kalifornien und Singapur weitergeleitet. So haben die Firmen permanenten Überblick darüber, welche Sitzungen gerade geöffnet sind. Wer diese Informationen besitzt, kann leicht versuchen, die PIN zu erraten. Bei vier Stellen gelang das mit technischer Hilfe zum Teil in wenigen Minuten.

Das betroffene Unternehmen attestiert sich trotzdem „Sicherheit auf höchstem Niveau“. In einer Stellungnahme (pdf) schreibt Vivy, dass die Sicherheitslücken in der Zwischenzeit geschlossen seien. Auch sei „hervorzuheben, dass zu keinem Zeitpunkt ein Zugriff auf die Gesundheitsakte von einem oder mehreren Nutzern stattgefunden“ habe.

Für die Kassen steht viel auf dem Spiel. Bei der App steht für die Eigentümer einiges auf dem Spiel. Sie gilt als Pilotprojekt für die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Das Berliner Startup Vivy gehört neben mehreren gesetzlichen Kassen zu 70 Prozent der größten privaten Versicherung in Deutschland, der Allianz. Für Versicherte ist die App, die ihnen Zugriff auf die Versendeplattform gibt, kostenlos. Die Kassen rechnen sie als Leistung ab.

Zusammen kommen die Partnerkassen von Vivy auf mindestens 13,5 Millionen Versicherte in Deutschland. Allein im Google App-Store wurde die App seit dem Start mehr als 100.000 mal heruntergeladen. Der Cheftwickler Christian Rebernik freute sich zuletzt darüber, dass seine Software es an die Spitze der deutschen Android-App-Charts schaffte.

Die App soll Vorbild sein. Laut einem Gesetzesentwurf (pdf) von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) sollen alle Krankenkassen bis 2021 eine elek-

tronische Patientenakte bereitstellen, die im Gegensatz zu bisher auch ohne elektronische Gesundheitskarte genutzt werden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, eine Vertretung freiberuflicher Ärzte, hat sich dem Vorschlag aus dem Ministerium kürzlich angeschlossen (pdf). Sie ist auch Partner bei der Vivy-Plattform.

In einem Interview befürwortete Jens Spahn den Trend hin zu auch privat finanzierten elektronischen Akten wie Vivy: „Ich würde mir sogar wünschen, dass wir mehr solcher Angebote haben, mehr Offensive.“ In Bezug auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens sagte er:

Es muss cool werden, dabei zu sein, für Ärzte und Patienten, weil beide die Vorteile in der Versorgung erleben und von der besseren Behandlung profitieren. Wenn das eine kritische Größe überschreitet, muss man niemanden zwingen, die digitale Infrastruktur im Gesundheitswesen zu nutzen.

Die Gesundheitsverbände wollen nun Regeln definieren, die auch für Vivy gelten werden. Die Firma gematik, die von Ärzte- und Kassenverbänden als Entwicklerin und Betreiberin der Gesundheitskarteninfrastruktur gegründet wurde, wird die Federführung übernehmen und bis Ende des Jahres Schnittstellen und Standards vorgeben. Vivy versprach Sicherheit

Auf Schritte der Behörden wollten Entwickler und Krankenkassen nicht warten. Was den Schutz intimer Informationen betrifft, zeigten sich die Verantwortlichen zum Start von Vivy zudem selbstbewusst: Dokumente würden auf dem Smartphone so verschlüsselt, dass nur die Patienten selbst entscheiden können, wer ihre Daten sehen darf.

Die Betreiber sagen, dass Vivy die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) festgelegte Sicherheitsvorgaben erfüllt. Auf der Website gibt es Zertifikate vom TÜV Rheinland und der ePrivacy GmbH. In einem Video erklärt der CEO der ePrivacy GmbH, dass sie nicht nur die App, sondern auch die Cloud-Plattform dahinter sowie die Browser-App für den Einsatz in den Arztpraxen untersucht und für sicher befunden haben.

Befundbesprechung im Wartezimmer
Mit anderen Worten: Vivy verspricht, dass der Datenaustausch ebenso privat ist wie eine ärztliche Behandlung hinter verschlossener Tür. Also so sicher wie die Trennung zwischen Wartezimmer und Behandlungsraum in einer Praxis.

Das ist aber angesichts der aufgezeigten Sicherheitslücken zweifelhaft. Man könnte vielmehr sagen, Nutzer sollten nicht von mehr Privatsphäre als im Wartezimmer oder der Straße von der Praxis ausgehen.

Bereits eine Kurzuntersuchung der App vom 18. September ergab, dass unnötig Trackingdaten über die Nutzung des Programms ins Ausland gesendet werden. Gegenüber der Ärztezeitung antwortete Vivy, dass Tracking für Nutzererfahrung und Verbesserung der App notwendig sei. Die Antwort auf einen ähnlichen Artikel bei Spiegel Online war, dass das sensible Gesundheitsdaten nicht betreffe. Sie würden verschlüsselt und auf deutschen Servern gesichert.

Ende-zu-Ende-Verschlüsselung ausgehebelt

Beteiligte beteuern die Sicherheit Vivys. Ein Gelöbnis in diese Richtung sprach etwa Daniel Bahr, Gesundheitsminister der FDP von 2011 bis 2013 und nun Vorstandsmitglied der Allianz Ende September bei einem großen Gesundheitskongress in München:

Wir gehen den Weg der Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Das heißt, der Schlüssel liegt auf dem Smartphone, das Smartphone selbst ist der Schlüssel zu den Daten. Die werden auf Servern in Frankfurt gespeichert. Aber selbst wenn jemand diese Server in Frankfurt knackt und dort sich die Daten anschauen will, kann er mit den Daten nichts anfangen, weil sie eben entschlüsselt werden müssen durch das Smartphone.

Mit etwas Aufwand umgingen Schröder und Tschirsich allerdings die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Sie basiert darauf, dass jede Partei ein Paar mit einem privaten und öffentlich Schlüssel besitzt. Nachrichten an andere Personen werden mit deren öffentlichen Schlüsseln verschlüsselt und können nur mit dem privaten Schlüssel wieder lesbar gemacht werden. Wichtig ist daher zu wissen, dass ein öffentlicher Schlüssel auch tatsächlich der Person gehört, mit der man kommuniziert.

Will man einem anderen Nutzer ein Dokument schicken, bekommt man den auf der Vivy-Plattform hinterlegten öffentlichen Schlüssel geschickt. Allerdings kann man als Nutzer nicht feststellen, dass es sich auch tatsächlich um den richtigen Schlüssel handelt. Es gibt kein Register, das festhält, wem welcher öffentlicher Schlüssel gehört. Dadurch könnten Angreifer, die einen Weg auf die Server der Plattform gefunden

haben, sich zwischen die Kommunikation schalten, etwa indem sie ihre eigenen öffentlichen Schlüssel einschleusen und die Inhalte mitschneiden. Martin Tschirsich erläutert:

Vivy ist eine Plattform und für den Austausch von Daten geschaffen. Immer dann, wenn nicht beide Enden der Ende-zu-Ende-Verschlüsselung beim Versicherten liegen, sondern Daten beispielsweise mit einem Arzt ausgetauscht werden, bestand Gefahr.

Auch waren die privaten Schlüssel auf dem Smartphone nicht gut gesichert. Vivy empfiehlt, sie zu exportieren und zu speichern und bietet dafür vier Apps, über die die vertraulichen Schlüssel im Klartext exportiert werden: WhatsApp, Gmail, Threema und Skype. Zu der Lücke antwortet Vivy (pdf), dass es in der Verantwortung der Nutzerinnen läge, den Schlüssel sicher zu exportieren. Gleichzeitig arbeite man jedoch an einer „Lösung, die es erlaubt, den privaten Schlüssel passwortgeschützt aus der App zu exportieren“. Ärzte könnten sich zudem registrieren, um sicherzustellen, dass in Zukunft keine falschen öffentlichen Schlüssel verwendet würden.

Thorsten Schröder kommentiert:

Durch trivial ausnutzbare Sicherheitslücken konnten wir private RSA-Schlüssel von den Endgeräten stehlen. Diese können selbstverständlich zum Entschlüsseln von Daten verwendet werden. Eine Verkettung zahlreicher kleinerer Probleme der Vivy-Plattform führte letztlich dazu, dass der Schutz einer Ende-zu-Ende-Verschlüsselung ausgehebelt werden konnte.

Die oben beschriebenen Mängel sind nur die Spitze des Eisbergs. Eine Reihe an kleineren Sicherheitslücken in der App ermöglichten etwa, glaubhafte Phishing-Nachrichten an Patientinnen und Ärztinnen zu schicken. Martin Tschirsich bezeichnete das als eine weitere „Gefahr des großangelegten Diebstahls von Gesundheitsdaten“.

Mit Schadcode infizierte Dokumente, Bilder und Benutzernamen konnten über die Browser-App hochgeladen werden. Die Zwei-Faktor-Authentifizierung der App konnten die Sicherheitsforscher mit Brute-Force-Angriffen umgehen. Diese Lücken habe Vivy in der Zwischenzeit geschlossen, so die Stellungnahme des Unternehmens.

Offensive ohne Verteidigung

Zweifelsohne: Mit Smartphones eröffnen sich Möglichkeiten, die eine Verbesserung für Patienten bedeuten können. Gelingen ist bei der App Benutze-

roberfläche und Bequemlichkeit. Ebenso der Versuch, ein breites Konsortium zusammenzubringen und damit Nutzerinnen zu locken. Doch die Erfolge treten zurück hinter die jetzt aufgedeckten Lecks und Lücken. Sie nähren den Zweifel daran, dass – und wenn ja, unter welchen konkreten Umständen – Smartphones als Zugriffsweg auf solch sensiblen Daten geeignet sind.

Die Sicherheitsprobleme im Backend sind auch Ausdruck einer vorherrschenden Mentalität in Punkto Innovation. Von Facebooks „Move fast and break things“ zum „Bedenken Second“ der FDP im letzten Bundestagswahlkampf – der Idealtyp von Marktradikalismus

klingt so: Innovation muss alles dürfen sollen und wenig können müssen.

Der Fall zeigt auch, dass es nicht folgenlos ist, IT-Großprojekte unter enormen Zeitdruck und allein mit dem Augenmerk auf schnell wachsende Nutzerzahlen durchzupeitschen. Vivy wurde im Juni angekündigt. Im September ging die Plattform samt Sicherheitszertifikaten online. Der Wunsch, Erster zu sein, ist nun Schadensbegrenzung gewichen. Momentan ist bei Vivy eine Leitungsstelle im Bereich IT-Sicherheit zu besetzen.

Auch andere Krankenkassen wollen eigene elektronische Patientenakten entwickeln. Sie haben einen anderen Weg

eingeschlagen. Die eAkte der Techniker Krankenkasse befindet sich seit Monaten in einem gekennzeichneten Testbetrieb. Die Barmer bereitet eine Ausschreibung vor, will aber noch die Vorgaben der gematik abwarten. In dem Spitzenverband werden bis Ende des Jahres die Regeln und technischen Standards ausgehandelt, an die sich bis 2021 alle Kassen anpassen müssen, wenn das Gesetz den Bundestag passiert. Hoffentlich mit dem Ergebnis, dass dort handfestere Sicherheitsanforderungen verlangt werden.

Abbildung:

Sensible Daten: Zu den medizinischen Dokumenten, die auf der Plattform ausgetauscht werden sollen, gehören etwa Röntgenaufnahmen. CC-BY 2.0 AusAID.

Abbildung:

Aussagen von Vivy auf der Website unter dem Reiter Sicherheit. Alle Rechte vorbehalten Vivy/Screenshot.

Wörter:

1870

© 2018 PMG Presse-Monitor GmbH



Der 17. Europäische Gesundheitskongress fand vom 25. bis 26. Oktober 2018 in München statt. / Foto: © WISO/Wolf

Europäischer Gesundheitskongress: EU-weite Nutzenbewertung von Arzneimitteln?!

31.10.2018 – Anfang des Jahres legte die Europäische Kommission einen Vorschlag vor, nach dem sie eine europäische Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln und Medizinprodukten einführen will. Sie soll Patienten in ganz Europa möglichst rasch Zugang zu „echten Innovationen“ ermöglichen. Auf dem 17. Europäischen Gesundheitskongress in München diskutierten Experten nun über diesen Plan. Mit dabei: Han Steutel, Vorstandsvorsitzender beim Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa).

Eine „Italienerin ist nicht anders krank als eine Belgierin und ein Spanier profitiert nicht anders von einer Arzneimitteltherapie als ein Österreicher“, schreibt der **Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa)** auf seiner Webseite. Stimmt. Und doch ist bislang nur die Zulassung von Arzneimitteln im europäischen Wirtschaftsraum zentral über die Europäische Arzneimittelbehörde EMA organisiert. Eine einheitliche Bewertung des Nutzens dieser Wirkstoffe gibt es bislang nicht. Im Gegenteil: Von Land zu Land existieren hier große Unterschiede – in der Europäischen Union (EU) herrscht Kraut und Rüben.

In Deutschland gilt seit 2011 das sogenannte AMNOG-Verfahren. Ein neues Arzneimittel muss sich darin gegenüber einer bereits auf dem Markt verfügbaren Therapie behaupten. Die daraus gezogene Zusatznutzenbewertung bildet die Basis für die Preisverhandlungen des pharmazeutischen Unternehmers mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankversicherung (GKV).

EU-weite Nutzenbewertung: Doppelarbeit vermeiden

Aber nicht nur in Deutschland auch beispielsweise in Schweden oder in den Niederlanden finden eigene Nutzenbewertungen statt. „Dann muss man sich schon erstmal grundsätzlich die Frage stellen: Macht das Sinn, dass [...] wir doch relativ häufig uns im Grunde dieselben Dinge immer wieder neu ansehen?“, sagt Gesundheitsökonom Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld.

Eine europäische Nutzenbewertung könnte diese Doppelarbeit vermeiden und finanzielle sowie personelle Ressourcen sparen. Und auch den Aufwand der pharmazeutischen Unternehmer könnte sie reduzieren – letztendlich zum Wohle der Patienten. Die Preisgestaltung und Erstattungsfragen sollen laut **EU-Kommission** jedoch nach wie vor Ländersache bleiben.



Welche Methodik, welche wissenschaftlichen Standards?

Trotzdem: Ganz so einfach ist eine Vereinheitlichung nicht. Nicht nur herrschen von Land zu Land andere Versorgungsstandards; zusätzlich sind die Methoden der Nutzenbewertung unterschiedlich. Darauf weist auch eine Studie aus dem Jahr 2016 hin, die hinsichtlich dieses Gesichtspunktes verschiedene Länder – darunter Deutschland und England – verglichen hatte (s. **Pharma Fakten**). Demnach gehen diese etwa mit sogenannten Surrogatparametern unterschiedlich um. Diese bieten als „Ersatzgröße“ die Möglichkeit, eine Annahme über den Nutzen eines Medikamentes zu treffen, ohne auf das Ergebnis jahrzehntelanger Studien warten zu müssen. Ein Beispiel: Menschen mit einem hohen Blutdruck haben ein höheres Risiko für Schlaganfälle. Daher wird in manchen Untersuchungen gemessen, ob ein Medikament den Blutdruck senkt. Daraus soll abgeleitet werden, dass die Einnahme dieses Medikamentes Schlaganfälle verhindern kann. Der Gebrauch von Surrogatparametern ist nicht unumstritten – und sie sind nur ein Beispiel von vielen, in denen sich die Methodiken der Nutzenbewertungen unterscheiden können.



„Wir haben bis heute noch keine klare Festlegung, welche wissenschaftlichen Standards [...], welche Methodiken zu Grunde gelegt werden. Wir haben kein klares Bekenntnis zur evidenzbasierten Medizin“, kritisiert Prof. Josef Hecken. Er ist Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der in Deutschland mit der Zusatznutzenbewertung betraut ist. Laut Hecken ist eine europäische Nutzenbewertung im Grunde zwar der richtige Ansatz; die Initiative komme jedoch „zu früh“.

Das sieht Prof. Greiner anders: „Das ist der richtige Zeitpunkt jetzt, das auf den Weg zu bringen. Um das ‚Wie?‘ muss man allerdings natürlich noch weiter ringen.“ Greiner weiß durchaus um die Befürchtung mancher Experten, laut der eine europäische Nutzenbewertung die deutschen Bewertungsstandards herabsetzen könnte; doch er appelliert gegen negative Stimmungsmache. Die Einstellung nach dem Motto „Alles, was jetzt kommt, kann nur schlechter werden.“ findet er „einem guten Europäer nicht angemessen.“

Europa als Markt stärken

Auch Han Steutel, vfa, sieht das positiv: „Wir denken, dass die meisten Nachteile, die jetzt gesehen werden [...], aufgehoben werden können.“ Ein Vorteil einer europäischen Nutzenbewertung ist für ihn, dass sie Europa als Markt stärken kann. „Gegenüber den USA.“ Aber auch die Rolle von China werde jedes Jahr größer. „Das bedeutet, dass für uns als Europäer es umso wichtiger wird als europäischer Markt auftreten zu können.“ Er plädiert dafür, so gut wie möglich in Deutschland mit einer Stimme zu sprechen: Denn je einheitlicher man hierzulande auftreten könne, desto größer sei die Chance, dass das Ergebnis eine Gesetzgebung ist, die im besten Sinne für Deutschland ist.

Anfang Oktober hat das EU-Parlament den Verordnungsentwurf der Kommission zur Vereinheitlichung der Nutzenbewertung mit Änderungen angenommen. Im nächsten Schritt beraten nun die Mitgliedstaaten im Ministerrat darüber. Noch heißt es abwarten. Doch wie EU-Gesundheitskommissar **Vytienis Andriukaitis** selbst sagt: Der Plan hat „das Potenzial für eine Revolution im Gesundheitswesen“. Sein Ziel sei es, durch die einheitlicher man hierzulande auftreten könne, desto größer sei die Chance, dass das Ergebnis eine Gesetzgebung ist, die im besten Sinne für Deutschland ist.

Anfang Oktober hat das EU-Parlament den Verordnungsentwurf der Kommission zur Vereinheitlichung der Nutzenbewertung mit Änderungen angenommen. Im nächsten Schritt beraten nun die Mitgliedstaaten im Ministerrat darüber. Noch heißt es abwarten. Doch wie EU-Gesundheitskommissar **Vytienis Andriukaitis** selbst sagt: Der Plan hat „das Potenzial für eine Revolution im Gesundheitswesen“. Sein Ziel sei es, durch die vereinheitlichten Verfahren Patienten in ganz Europa möglichst rasch Zugang zu echten Innovationen zu ermöglichen.

Hier haben die deutschen Patienten gegenüber Menschen in anderen Ländern bereits einen erheblichen Vorteil: Wie Daten des Beratungsunternehmens IQVIA in „**Pricing and Market Access Outlook. 2017 Edition**“ zeigen, vergehen in Deutschland von der Zulassung eines pharmazeutischen Produkts bis hin zum ersten Verkauf nur durchschnittlich 3,1 Monate. In Großbritannien sind es 4,5; in Frankreich 7,9 und in Italien sogar 15,6.

Pharma-Fakten (online), 31.10.2018



Aufbruch im Gesundheitswesen: 17. Europäischer Gesundheitskongress in München

Veröffentlicht am 31. Oktober 2018.

Vergangene Woche (25. bis 26.10.2018) fand in München zum 17. Mal der Europäische Gesundheitskongress statt - mit einer Rekordzahl an Teilnehmern, wie Kongressleiterin Claudia Küng bei ihrer Begrüßung betonte: Mehr als 1.200 Teilnehmer waren ins Hotel Hilton München Park gekommen, um sich zu informieren und mitzudiskutieren.



Zum Vergrößern bitte klicken.

Auch die Bayerische Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml, die zu den ständigen Mitgliedern der Programmkommission des Kongresses gehört, wurde wieder zu Eröffnung erwartet, musste sich aufgrund der Koalitionsverhandlungen aber von ihrer Amtschefin Ruth Nowak vertreten lassen.

„semper reformanda“ im Gesundheitswesen

Nowak ging in ihrem Grußwort zunächst auf das Motto des Kongresses, „Aufbruch im Gesundheitswesen“, ein: „Das klingt, als hätten wir die letzten Jahre durchgeschlafen, so ist das nicht“, stellte sie klar. Vielmehr sei „semper reformanda“ die Devise: Ständig werde reformiert, reguliert und an zukunftsgerichten Strukturen gearbeitet, versicherte sie. „Das Bundesgesundheitsministerium überschüttet uns mit Gesetzesentwürfen“, berichtete sie und stellte auch klar, dass Bayerns Handlungsspielraum, gesundheitspolitisch aktiv zu sein, begrenzt ist: „Das meiste ist bundesrechtlich vorgegeben, aber Bayern tut, was es kann“, so Nowak. „Wir können Geld in die Hand nehmen und damit Dinge anschieben, etwas ausprobieren.“

Beispiel ambulante Versorgung, ein „Dauerthema“, wie Nowak es nannte. Hier verwies die Amtschefin des Bayerischen Gesundheits- und Pflegeministeriums auf die Schaffung neuer Medizinstudienplätze in Augsburg: Dort haben jetzt die ersten 52 künftigen Medizininformatiker ihr Studium aufgenommen, und ab dem Wintersemester 2019/2010 stehen 250 neue Medizinstudienplätze zur Verfügung. Weitere Beispiele, auf die Nowak einging, waren das Stipendium in Höhe von monatlich 600 Euro für Medizinstudierende ab dem 5. Semester, die später ihre Weiterbildung in einer ländlichen Region absolvieren, die Niederlassungsförderung, mit der schon 480 Niederlassungen auf dem Land gefördert worden seien und das Projekt „Gesundheitsregion Plus“, das darauf abzielt, die Gesundheitsversorgung durch das Zusammenbringen der Beteiligten auf kommunaler Ebene zu verbessern. „Da sind wir noch nicht so weit, wie wir gerne wären“, räumte Nowak ein. Da müsse man noch mehr Bewusstsein bei den Kommunalpolitikern wecken, sagte sie.



Zum Vergrößern bitte klicken.

Um die ambulante Versorgung ging es auch beim Programmpunkt „Restrukturierung der ambulanten Versorgung: Ärztemangel als Treiber?“, moderiert vom CSU-Landtagsabgeordneten und Vorsitzenden des Bayerischen Heilbäder-Verbandes Klaus Holetschek und dem Leiter des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Gunnar Geuter.

„Kein Mensch weiß, wie viele Ärzte man braucht“

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, relativierte den Begriff des Ärztemangels, indem er feststellte, dass es keine wissenschaftliche Evidenz für das richtige Verhältnis zwischen der Zahl der Ärzte und der zu versorgenden Patienten gebe: „Kein Mensch weiß, wie viele Ärzte man braucht“, formulierte er es salopp.



Zum Vergrößern bitte klicken.

Das ändere aber nichts an der Tatsache, dass der Versorgungsbedarf im ambulanten Bereich mit der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Ambulantisierung der Medizin steigen werde, während die geleisteten Arbeitsstunden pro Arzt sinken. Dass die Pro-Kopf-Arbeitsleistung sinkt, ist eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung, wie Prof. Montgomery betonte. So habe ein Arbeitnehmer im Jahr 1956 noch durchschnittlich 1.970 Stunden gearbeitet, während es 2005 nur noch 1.358 Stunden waren. „Das sind unsere Kinder“, reflektierte der Ärztekammerpräsident. „Entweder mögen die unser Beispiel nicht, oder wir haben sie falsch erzogen.“

Sein Fazit: Es sind zum einen mehr Ärzte nötig, um den Standard der medizinischen Versorgung aufrecht zu erhalten, und die vorhandenen Ärzte sollten entlastet werden, beispielsweise durch vernünftige Delegation, keinesfalls aber Substitution, Entbürokratisierung sowie durch Digitalisierung, Telemedizin und Fernbehandlung. Für ländliche Regionen gelte es, Mobilitätskonzepte zu entwickeln wie mobile Praxen oder Patienten-Busse beziehungsweise -Taxen. Ein weiteres Stichwort, das er nannte, ist die Patientensteuerung, beispielsweise bei der Inanspruchnahme der Notfallambulanz.

KV-eigene Hausarztpraxis soll Patientenzustrom in die Klinik steuern

Ein Modell dazu, die „Allgemeinmedizinische Praxis am Campus“, stellte Dr. Andreas Bartels, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Rheinland-Pfalz vor. Dabei handelt es sich um eine von der KV betriebene Portalpraxis direkt neben der herkömmlichen Notaufnahme am Universitätsklinikum Mainz, die im Frühjahr 2019 an den Start gehen soll. Am Empfang sollen alle Patienten, die nicht vom Rettungsdienst angeliefert werden, zunächst einer Ersteinschätzung durch nichtmedizinisches Personal unterzogen werden, das dazu das IT-gestützte Strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland (SmED) nutzt. Anhand des Verfahrens wird entschieden, ob der Patient in der Portalpraxis, im stationären Bereich oder durch kooperierende Partnerpraxen versorgt wird.



Zum Vergrößern bitte klicken.

Die Portalpraxis ist ein Modellprojekt im Konsens mit den Krankenkassen, da KVen in nicht unterversorgten Gebieten bislang eigentlich keine Eigeneinrichtungen während der üblichen Sprechzeiten betreiben dürfen, erläuterte Dr. Bartels. Man erhoffe sich von dem Projekt eine Entlastung der Notaufnahme und des Personals, eine Verkürzung der Wartezeiten und zufriedener Patienten. Außerdem sollen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einbezogen werden, um ihnen die Allgemeinmedizin näher zu bringen.

Ausverkauf der ambulanten Versorgung droht

Für Dr. Bartels ist die Portalpraxis auch ein Testlauf für KV-Eigeneinrichtungen. „Wir werden uns neuen Herausforderungen in der Selbstverwaltung stellen müssen“, sagte er. Dazu gehöre auch, dass die KV notfalls nicht nachbesetzbare Praxen aufkauf mit dem Ziel, sie zu einem späteren Zeitpunkt an die darin angestellten Ärztinnen und Ärzte zu übergeben. Denn gerade bei Facharzt-Absolventen geht der Trend erstmal zur Anstellung, bestätigte Dr. Pedro Schmelz, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Bayerns. 2017 hätten sich 63,7 Prozent der frischgebackenen Fachärztinnen und Fachärzte in Deutschland anstellen lassen, berichtete er und wies auf einen nicht unproblematischen Trend hin: „Der Anteil der Krankenhaus-MVZ steigt überproportional an.“



Zum Vergrößern bitte klicken.

Krankenhäuser wiederum können in der Hand von Aktiengesellschaften sein, und „wer da die Mehrheiten hat und dahintersteckt, weiß kein Mensch“, so Dr. Schmelz. Es sei ein verstärkter Zugriff kapitalorientierter Investoren auf Medizinische Versorgungszentren zu beobachten, sagte er und warnte vor dem „Ausverkauf der ambulanten Versorgung“. „Selbstständige stehen unter Druck“, bestätigte sein KV-Kollege aus Rheinlandpfalz Dr. Bartels: „In Düsseldorf werden Orthopädie- und Augenarztpraxen aufgekauft“ - von Kapitalgesellschaften mit so hoher Finanzkraft, dass die Niedergelassenen keine Chance hätten, „da ist kein Wettbewerb möglich.“

Der Gesetzgeber müsse die Grundvoraussetzungen zur Gründung von MVZ noch einmal überdenken, forderte Dr. Pedro Schmelz, stellv. Vorsitzender KVB. Wenn Kapitalgesellschaften über MVZ die ambulante Versorgung an sich reißen, müsse die Rendite stimmen, „Empathie hat dann keinen Platz mehr“, befürchtet Bayerns KV-Vize.

Hausaerzte-Bayern.de (online, Bayr. Hausärzteverband), 31.10.2018

