

DAS MAGAZIN ZUM KONGRESS

HSK TREND

| | | | |
**UNSER
GESUNDHEITSWESEN
BRAUCHT ALLE
INTELLIGENZ.
JETZT.**

| | | | |
**WER TREIBT DEN
WANDEL?**

Krankenhausreform nach
der Bundestagswahl

S.10

| | | | |
**KLOTZEN,
NICHT KLECKERN!**

Wie mutig ist die neue
Bundesregierung?

S.12

| | | | |
**PFLEGEVERSICHERUNG
AM LIMIT!**

Was müsste eine Reform
leisten?

S. 14

| | | | |
**INNOVATION IST
EIN MUSS!**

Die Zukunft der Gesundheits-
versorgung

S. 16



GUIDO PSCHOLLKOWSKI
Kongressleiter
guido.pschollkowski@wiso-consulting.de

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN, LIEBE TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER!

WIR FREUEN UNS SEHR, SIE ZUM DIESJÄHRIGEN HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT BEGRÜSSEN ZU DÜRFEN!

In einer Zeit, in der sich unser Gesundheitssystem stetig weiterentwickelt und gleichzeitig vor großen Herausforderungen steht, bietet dieser Kongress eine wichtige Plattform für Austausch, Reflexion und Innovation.

Beim Hauptstadtkongress kommen Entscheider aus Politik, Medizin, Pflege, Wissenschaft, Gesundheitswirtschaft und aus den Reihen der Krankenversicherungen zusammen, um aktuelle Entwicklungen zu

diskutieren und gemeinsam neue Perspektiven zu entwickeln. Die Themen reichen von neuen Versorgungsstrukturen über Digitalisierung und KI, über Prävention bis hin zu Fragen nach wirksamen Reformen und der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Unser Ziel ist es, den interdisziplinären Dialog zu fördern und Impulse in Richtung der neuen Bundesregierung sowie der Politik im Allgemeinen zu setzen. Dabei stehen nicht nur Fachvorträge im Mittelpunkt, sondern auch praxisnahe Diskussionen, Pro-und-Contra-Formate und der persönliche Austausch in den Pausen. Freuen Sie sich auf eine neu konzipierte ARENA inmitten des Ausstellungsforums,

auf vielseitige Aktionen auf den Ausstellungsständen sowie auf spannende Satellitensymposien im 1. OG des hub27.

Ein besonderer Dank gilt allen Mitwirkenden, insbesondere unseren wissenschaftlichen Leitern der Fachkongresse, die mit ihrem Engagement und ihrer Expertise zum Gelingen dieses Kongresses beitragen. Ebenso danken wir unseren Partnern und Sponsoren, ohne die dieser Hauptstadtkongress nicht möglich wäre.

Wir wünschen Ihnen inspirierende Tage, neue Erkenntnisse und angenehme Begegnungen!

2	Editorial
4	Sponsoren und Partner
8	Vorwort Prof. Dr. Karl Max Einhäupl
10	Dr. Matthias Bracht Das Ziel ist klar
12	Wolfgang van den Bergh Klotzen, nicht kleckern
14	Vera Lux Pflegeversicherung am Limit
16	Dr. Iris Hauth Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz, MBA Innovation ist kein Nice-to-have, sondern ein Muss
18	Innovationspreis HSK 2025
22	Koalitionsvertrag Das wollen Union und SPD im Gesundheitswesen ändern
24	Kommentar zum Koalitionsvertrag
28	Kassenfinanzen GKV-Spitzenverband fordert sofortiges Handeln
30	Aktuelle BKK-Umfrage
32	Warum Heilmittelerbringer auf die Vollakademisierung setzen
34	Agenda Hauptstadtkongress 2025
44	Pflegeverband begrüßt breite Zustimmung zur Delegation
46	Viele Pflegeeinrichtungen suchen noch Anschluss an die TI
50	Modellprojekt Hausarztmedizin von morgen
52	Umfrage zur Telemedizin
54	Telemedizin Immer nur sagen, was nicht geht, reicht nicht
56	Zahlen, Daten, Fakten – Hauptstadtkongress 2025
59	Impressum

EDITORIAL

5
2
0
2
5

T
A
G
E
I
N

HAUPTSPONSOREN



VIP-PARTNER



PARTNER

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. | Bundesverband Pflegemanagement e.V. | Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) | DAK-Gesundheit & HanseMerkur Versicherungsgruppe | Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Medizin (DCGM) e.V. | Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Pflege (DCGP) e.V. | DMI GmbH & Co. KG | Gilead Sciences GmbH | ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA | InterSystems GmbH | Intuitive Surgical Deutschland GmbH | KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft | Landespflegekammer Rheinland-Pfalz | Paul Hartmann AG | Philips GmbH Market DACH | PVS Holding GmbH | Siemens Healthineers AG | Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG | Thieme Gruppe | Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V.



B2-zertifizierte Fachkräfte kurzfristig verfügbar



Ihre Vorteile

- ✓ kein Ausbildungsrisiko
- ✓ Interviews auf Deutsch (B2+)
- ✓ 6 Monate “Null-Risiko Garantie”
- ✓ 2 bis 3 Monate bis zur Einreise
- ✓ keine Vorabzahlungen

Rundum-Sorglos-Paket

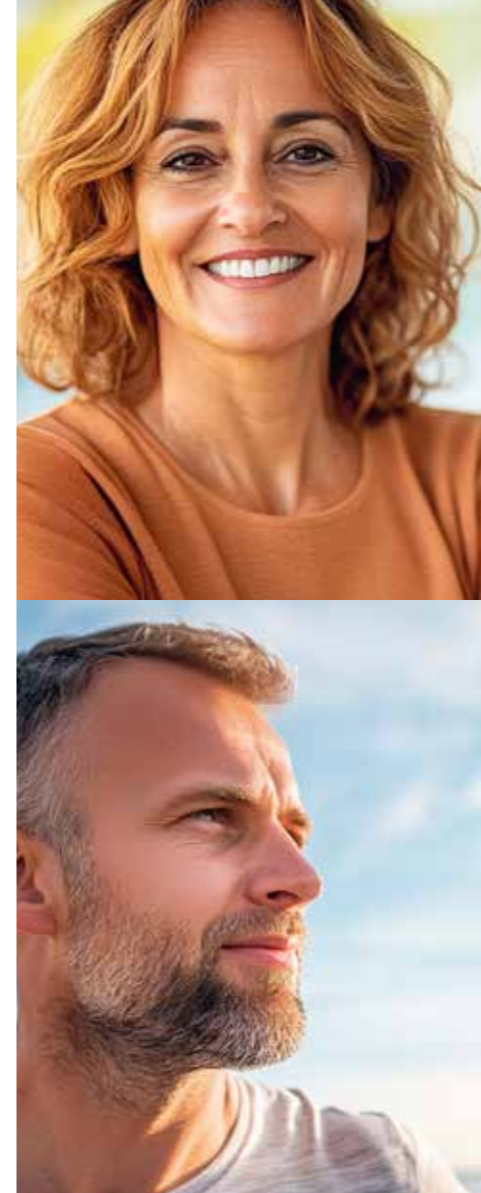
- ✓ Ausbildung in Vollzeit in unseren Internaten
- ✓ Muttersprachliche DaF-Lehrkräfte
- ✓ Vorbereitungstraining an echten Krankenbetten
- ✓ Relocationmanagement inkl. Wohnraumsuche
- ✓ Integrationsmanagment nach Einreise
- ✓ Organisation der Anerkennung

Besuchen Sie uns an Stand 67

ÄrzteZeitung 

 Springer Medizin

 Springer Pflege



Besins Healthcare Germany ist VIP-Partner des Hauptstadtkongresses 2025.

Besuchen Sie die Veranstaltung „Gendermedizin“: Aktuelle politische und medizinische Entwicklungen bei der Frauen- und Männergesundheit auf dem Hauptstadtkongress mit Impulsvorträgen, Statements & Podiumsdiskussion.

Donnerstag, den 26.06.2025

14:00 – 15:30 Uhr auf der Arena und im Livestream.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch am **Stand 44**

VERANSTALTUNGEN AM MESSESTAND:

Mittwoch, 25.06.2025, 12:30-13:15 Uhr

Defizite in der Versorgung von Frauen in den Wechseljahren: Forderungen des Berufsverbandes der Frauenärzte aus der Hauptstadt

Dr. med. Nicole Mattern, Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF), Landesvorsitz Landesverband Berlin

Im Gespräch mit **Dr. Diethe Ortius-Lechner**, Besins Healthcare Germany, Head of Market Access & Health Policy Germany

Donnerstag, 26.06.2025, 12:30-13:30 Uhr

Pressegespräch „Wechseljahre am Arbeitsplatz“ Vom Einzelfall zum gesellschaftlichen Handeln

Prof. Dr. Andrea Rumler, Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

Moderation: **Dr. Marlies Michaelis**, Besins Healthcare Germany, Corporate Communication

BESINS
HEALTHCARE
By your side, *for life*

www.hauptstadtkongress.de

www.besins-healthcare.de



DER BEGRIFF DER ZEITENWENDE

wird derzeit von unzähligen Rednern und Autoren aller Gesellschaftsbereiche bemüht. Vor etwa einem Jahr hat Karl Lauterbach ihn beim Deutschen Ärztetag auch für das Gesundheitssystem reklamiert.

Was auch immer im Gesundheitssystem „gewendet“ wird oder gewendet werden soll, verblasst vor dem Hintergrund des bevorstehenden Eindringens Künstlicher Intelligenz (KI) in die Medizin. Und es wird nicht mehr die Optimierung der Verwaltungsprozesse im Vordergrund stehen, sondern eine völlige Neugestaltung biomedizinischer Inhalte.

Die Konsequenzen für die stationäre und die ambulante Medizin, für alle Berufsgruppen, für gesundheitspolitische und ordnungspolitische Entscheidungen und insbesondere für uns alle in unserer Rolle als Patienten, sind weder vollumfänglich absehbar noch werden sie von uns in angemessener Dringlichkeit diskutiert. Es ist die Balance zwischen Vorkehrungen eines Missbrauchs und der Unterstützung einer unaufhaltsamen und zukunftsweisenden Entwicklung, die es zu bewältigen gilt. Während Deutschland in der Grundlagenforschung KI-relevanter Entwicklungen durchaus noch in der Spitzengruppe internationaler Initiativen zu finden ist, bleibt es in der Anwendung auf einem der hinteren Plätze. Lassen Sie uns die Entwicklung in der Autoindustrie eine Warnung sein. Wer sich heute der Entwicklung künstlicher Intelligenz – auch in der Medizin – nicht stellt, wird morgen bedeutungsloser Beobachter sein.

Dabei wird es nicht ausreichen, sich auf nationale Entwicklungen zu fokussieren. Auf dem Hauptstadtkongress wird deshalb zukünftig immer ein europäisches Partnerland – in diesem Jahr Österreich – eingebunden sein. Nicht zuletzt der Krieg in der Ukraine und die Neuausrichtung der transatlantischen Politik der USA haben deutlich gemacht, dass auch Gesundheitssysteme keine unantastbaren Strukturen sind. Europäische Lösungen scheinen dringlicher denn je zuvor.

Dass dies nicht dazu führen darf, dass unsere Binnenprobleme in den Hintergrund geraten, soll auf dem Hauptstadtkongress durch eine Vielzahl von Gesundheitsthemen deutlich gemacht werden. Es wäre wünschenswert, bei der Lösung dieser Probleme weniger die Partikularinteressen beteiligter Institutionen in den Vordergrund zu stellen, als sich vielmehr von den Interessen der Patienten leiten zu lassen. Lange Wartezeiten oder die Unmöglichkeit, Termine zu bekommen, ausbleibende Wiederbesetzung aufgelassener Praxen, insbesondere in zahlreichen ländlichen Regionen, die Undurchschaubarkeit medizinischer Entscheidungen, verbunden mit dem Fehlen einer entwickelten Zweitmeinungskultur, lassen viele Menschen hilflos dem System gegenüberstehen.

Der rasante Zuwachs medizinischer Möglichkeiten durch innovative Forschung wird zu einem Anstieg von Gesundheitskosten ebenso beitragen wie die zunehmende Chronifizierung oder die Neuentwicklung von Krankheiten. All dies wird sich allein durch die Realisierung von vorhandenen Einsparpotenzialen zukünftig nicht mehr kompensieren lassen.

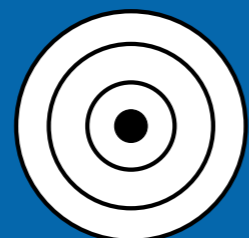
Es gibt kein dauerhaft „bestes“ Verteilungssystem von Ressourcen. Anpassungsdruck und der Zwang zur Optimierung führen dazu, Systeme zu unterlaufen und sie so wirkungsschwach zu machen. Es wird deshalb immer wieder notwendig sein, Systeme neu zu justieren oder neue Systeme zu implementieren. Es wird wenig erfolgreich sein, von der Politik die Umstellung des dualen Finanzierungssystems auf ein monistisches zu fordern. Aber es wird dann umso mehr unsere Aufgabe sein, von der Politik die damit verbundene Finanzierungsverantwortung unablässig anzumahnen.

Gesundheitspolitik in der Verantwortung von Bund und Ländern wird in den vor uns liegenden Jahren neue und andere Impulse bekommen. Dies macht umso mehr eine enge Verbindung der Entscheidungsträger in den vielfältigen Institutionen des Gesundheitssystems mit den politischen Akteuren erforderlich. Lassen Sie uns den Hauptstadtkongress dazu nutzen, diesen Dialog herauszufordern und unsere Akzente zu setzen.

**„ LANGE WARTEZEITEN
ODER DIE UNMÖGLICHKEIT,
TERMINE ZU BEKOMMEN,
LASSEN VIELE MENSCHEN
HILFLOS DEM SYSTEM
GEGENÜBERSTEHEN “**



PROF. DR. KARL MAX EINHÄUPL
Kongresspräsident Hauptstadtkongress



DAS ZIEL IST KLAR

KRANKENHAUSREFORM NACH DER BUNDESTAGSWAHL

WAS HABEN WIR IN DEN LETZTEN ZWEI JAHREN FÜR DYNAMISCHE ZEITEN IN DER GESUNDHEITSPOLITIK ERLEBT:

Nordrhein-Westfalen hat eine durchgreifende Reform der Landeskrankenhausplanung in die Umsetzung gebracht. Die Expertenkommission der Bundesregierung hat Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unterbreitet und eine kritische Diskussion über Ziele und Wege einer Transformation angestoßen. Anpassungen wurden beschlossen, Kompromisse vereinbart und Umsetzungspläne aufgestellt. Am Ende der Ampelkoalition hat es die dann nicht mehr ganz so große Krankenhausreform gerade noch über die Ziellinie geschafft. Und jetzt? Werden wir mit der neuen Bundesregierung und einer neuen Spitze im Bundesgesundheitsministerium dieselbe Dynamik in den Veränderungsprozessen erleben? Ich befürchte nicht – leider! Eher könnten

der Telemedizin und die durchgehende Nutzung von digitalen Innovationen – insbesondere auch von KI –, können Aufwände und Kosten in der Versorgung senken und gleichzeitig die Qualität verbessern. Aber all das bedeutet Veränderung – und damit auch Widerstände. Doch der Erhalt des Status quo ist keine aussichtsreiche Perspektive, weder für Patienten noch für die Leistungserbringer.

POLITIK WEITER ZU REFORMEN DRÄNGEN

In den vergangenen Jahrzehnten gab es viele Versuche, die Rahmenbedingungen durch Reformen und Reformen der Reformen zeitgemäß und bedarfsgerecht zu entwickeln. Angesichts des häufigen Scheiterns und Zerreibens dieser Reformen im Gesetzgebungsprozess zwischen Bund, Ländern und der Selbstverwaltung könnte mancher so etwas wie Resignation

Es bleibt jetzt abzuwarten, ob der Wechsel an der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums für weitere Verzögerungen oder eine schnelle und pragmatische Umsetzung sorgen wird.

Auch wenn wir Letzteres nicht direkt beeinflussen können, so bin ich überzeugt, dass sich das Krankenhausmanagement aktiv und gestaltend in den laufenden Veränderungsprozess einbringen kann und muss: Wir sollten ins Handeln kommen, Vorschläge machen und mit konkreten Umsetzungen beweisen, wie Versorgung besser und bedarfsgerechter werden kann. Dazu gehört es, Leistungen und Vorhaltungen zu konzentrieren, Netzwerke zu etablieren und mit Leben zu füllen und damit Überversorgung abzubauen.

Genau dies wollen wir beim Gesundheitsmanagementkongress im Rahmen des

ABER WER TREIBT DEN WANDEL?



DR. MATTHIAS BRACHT
Wissenschaftlicher Leiter Gesundheitsmanagementkongress

Schritt für Schritt Zeitpläne gelockert sowie Vorgaben und Regelungen aufgeweicht werden.

Alle Beteiligten werden nicht müde, den seit Jahren zunehmenden Veränderungsdruck im deutschen Gesundheitssystem zu beklagen. Da ist der seit Jahrzehnten bekannte demografische Wandel, der sich in der Gesundheitsversorgung gleich doppelt spürbar auswirkt: Einerseits werden die Menschen, die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, immer älter und damit auch multimorbider. Gleichzeitig nimmt die Zahl derjenigen gerade massiv ab, die für die professionelle Versorgung zur Verfügung stehen.

DIE KONZENTRATION DER VERSORGUNG AUF DAS BEDARFSNOTWENDIGE WIRD UNAUSWEICHLICH.

Zumal auch die finanziellen Mittel begrenzt bleiben. Die Innovationen in der Medizin können diese begrenzten Ressourcen weiter belasten, aber auch Lösungen für das Knappheitsproblem liefern: Eine konsequente Ambulantisierung mit Ausweitung

empfinden und sich nur auf den Ruf nach mehr Geld zur Refinanzierung der nicht mehr bedarfsgerechten und personell nicht mehr besetzbaren Strukturen reduzieren lassen.

ICH GEBE ES OFFEN ZU: NOCH VOR EINEM JAHR WAR ICH SEHR OPTIMISTISCH, DASS ES GELINGEN KÖNNTE, DURCHGREIFENDE VERÄNDERUNGEN IN DEN VERSORGUNGSSTRUKTUREN AUF DEN WEG ZU BRINGEN.

Ja – ich habe sogar die Gelegenheit als historisch bezeichnet. Das Zusammenkommen von vielen Einflussfaktoren hat mich so optimistisch gemacht: der allseits akzeptierte Handlungsdruck, die gereifte gesellschaftliche Bereitschaft, noch bis vor wenigen Jahren als unzumutbar empfundene Veränderungen in der Versorgungslandschaft mitzugehen oder zumindest zu tolerieren, und nicht zuletzt einige mutige politische Player – insbesondere Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach –, die konsequent die Ziele einer bedarfs- und qualitätsorientierten, konzentrierten Angebotsstruktur verfolgen.

Hauptstadtkongresses gemeinsam diskutieren. Wir können die neuen politischen Entscheidungsträger durch mutiges und kreatives Handeln beim Umbau der Versorgungslandschaft dazu drängen, den eingeschlagenen Weg der Krankenhausreform konsequent zu verfolgen. Lassen Sie uns durch konkrete und pragmatische Vorschläge zu notwendigen Anpassungen des Reformpakets die Umsetzungsgeschwindigkeit erhöhen, statt das Erreichte durch Zögern und Zaudern zu gefährden.



DER ERHALT DES STATUS QUO IST KEINE AUSSICHTSREICHE PERSPEKTIVE, WEDER FÜR PATIENTEN NOCH FÜR DIE LEISTUNGSERBRINGER.



DIE SORGEN DER KRANKENKASSEN BLEIBEN GROSS.

Zu Recht! Nur hier und da setzt der Koalitionsvertrag gesundheitspolitische Ausrufezeichen, vieles bleibt im Ungefähren. Die Zeit drängt, und die Hoffnung schwindet, dass schnelle Reformen zur nachhaltigen und seriösen Finanzierung des Systems führen könnten. Schlimmer noch: Es fehlt eine detaillierte Roadmap. Das Team um Bundesgesundheitsministerin Nina Warken steht vor einer Mammutaufgabe, angekündigte Sofortmaßnahmen sind dringender denn je.

Mit 327 Milliarden Euro lagen die Kassenausgaben 2024 deutlich über den Einnahmen. Eine unglaubliche Summe. 2015 hatten die Ausgaben noch bei knapp über 200 Milliarden Euro gelegen. 2024 mussten einige Kassen ihre Zusatzbeiträge unterjährig anpassen. Weitere Kassen sind in diesem Jahr hinzugekommen.

VIELE FRAGEN SICH: WANN IST DIE GRENZE DES ZUMUTBAREN ERREICHT?

Welche Impulse braucht das System, um aus der Misere herauszukommen? Fragt man dazu Bundeskanzler Friedrich Merz, lässt der zumindest durchblicken, dass eine Reform von Kranken- und Pflegeversicherung



dringlicher werden könnte als eine Rentenreform. Also: Gefahr erkannt, Gefahr gebannt?

Zurück zu 2024: 327 Milliarden Euro Ausgaben standen 321 Milliarden Euro an Einnahmen gegenüber. In Jahren mit hohen Rücklagen hätte ein Sechsmilliarden-Euro-Defizit die Kassen kaum vor größere Probleme gestellt. Doch deren Finanzreserven sind weitgehend aufgebraucht. Sie betragen Ende 2024 noch 2,1 Milliarden Euro oder rund 0,08 Monatsausgaben und entsprachen damit nicht einmal mehr der Hälfte der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben. Die Politik ist daran nicht ganz unschuldig. Sie hat die Kassen in der jüngeren Vergangenheit immer wieder gezwungen, Reserven abzubauen.

DER GESUNDHEITSFONDS VERZEICHNETE 2024 EIN DEFIZIT VON 3,7 MILLIARDEN EURO, und die Liquiditätsreserve betrug im Januar 2025 rund 5,7 Milliarden Euro, heißt es aus dem Ministerium. Das Finanzdesaster vor

Augen, waren sich alle gesundheitspolitischen Experten einig: Ohne ein Sofortprogramm für die Sozialversicherungen werden die Beitragssätze weiter steigen – allein in der GKV auf gut 20 Prozent (bis 2035), hatte das Berliner IGES-Institut im Februar 2025 vorgerechnet. Die Sozialquote für GKV-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung drohte damit von heute 42 Prozent binnen vier Jahren auf 49 Prozent davonzuziehen.

Ein gigantisches Sondervermögen von 500 Milliarden Euro ist beschlossene Sache. Das Schulden- und Investitionspaket weckt Begehrlichkeiten. Die „Wünsch-dir-was Liste“ ist lang. Eines steht wohl fest: Die Kassen sollen um die Summe entlastet werden, die sie für den Kliniktransformationsfonds zu tragen gehabt hätten – immerhin 25 Milliarden Euro in den kommenden zehn Jahren. Das schafft ein wenig Luft, ändert aber nichts an den strukturellen Problemen der Kranken- und Pflegeversicherung.

Die gesundheitspolitischen Architekten des Koalitionsvertrages kennen das Thema, bleiben aber dennoch in ihren Ausführungen vage, unverbindlich und wenig lösungsorientiert. Und dort, wo sie mutig

sein wollen, bleibt es bei Überschriften wie etwa bei der Einführung eines verpflichtenden Primärarztsystems mit freier Arztwahl.

WAS TUN? ES BRAUCHT EINE ANALYSE ALLER EIN- UND AUSGABEN, WIE SEIT MONATEN VON DEN KASSEN GEFORDERT. Ebenso gehören die Strukturen auf den Prüfstand, und nicht zuletzt muss die unkontrollierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gestoppt werden. Das wäre auch nicht völlig neu, man müsste sich nur die Gutachten der Sachverständigen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in Erinnerung rufen.

UNSER SYSTEM IST IMMER NOCH ZU SEHR AUF KURATION FIXIERT und vernachlässigt dabei die Themen Vorsorge, Eigenverantwortung und Selbstbehalte. Wobei immer klar sein sollte, dass in einem Solidarsystem die Starken die Schwachen unterstützen müssen. Es bleibt eine große Aufgabe des Sozialstaats, Patientinnen und Patienten Zugang zu

medizinischen Innovationen zu verschaffen. Das gilt insbesondere für multimorbide und chronisch Kranke. Dies wiederum verlangt von allen ein Umdenken hinsichtlich der Finanzierung des Systems und der Inanspruchnahme von Leistungen. Dazu wäre es zielführend gewesen, kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen im Koalitionsvertrag aufzuschreiben ...

•Etwa zum Ausbau primärärztlicher Versorgungszentren unter Einbeziehung von Praxen und Kliniken;

•Etwa zu einer verpflichtenden Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten durch gemeinsame Versorgungsverträge;

•Etwa zu einer abgestimmten fachärztlichen Versorgung in Klinik und Praxis;

•Etwa zu mehr Hybridvergütung – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung;

•Etwa zu einer stärkeren Fokussierung auf

die Ergebnisqualität;

•Etwa zur schnellen Finalisierung einer Rettungs- und Notfallreform;

•Etwa zur Aufnahme des Fachs Gesundheit an Schulen und anderen Bildungseinrichtungen;

•Etwa zur Förderung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge mit Erstanlaufstellen;

•Etwa zu einer Digitalisierungspflicht und damit zur papierlosen digitalen Kommunikation auf allen Ebenen der Gesundheits- und Pflegeversorgung.

Sicherlich ist die Liste unvollständig, blickt man auf die gesamte Gesundheitswirtschaft und dabei auch auf die Industrie, wenn es darum geht, eine gute Balance zwischen Innovationsförderung und Kostendämpfung

etwa bei neuen Therapien zu finden. Aber diese Aufgaben anzugehen, wäre zumindest ein Anfang. Die Expertise ist da, im Sachverständigenrat und ebenso bei Kassen, Ärzten und Pflegenden.

VIELLEICHT SOLLTE MAN ES AUCH HIER MIT EINER ALLIANZ DER WILLIGEN PROBIEREN,

die bereit ist, kontrovers und ergebnisoffen zu diskutieren. Dazu bietet der Hauptstadtkongress wie seit Jahren auch wieder in diesem Jahr eine exzellente Plattform.

Übrigens: Der Schätzerkreis hat ausgerechnet, dass die GKV-Ausgaben 2025 auf eine Summe von 340 Milliarden Euro zusteuern. Will heißen: Ein bisschen Entlastung bei versicherungsfremden Leistungen und der

Übernahme der Beiträge für Bürgergeldempfänger oder der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige wird nicht

ausreichen, um die Ausgabendynamik zu stoppen. Die kürzlich von führenden Gesundheitsökonominnen in der „Ärzte Zeitung“ geäußerten Vorschläge sind alles andere als trivial, wenn sie von Kostendämpfung, Eigenbeteiligungsmodellen, Priorisierungen und Leistungskürzungen sprechen. Übersetzt bedeutet das: eine klare Absage an bedingungslose Forderungen nach mehr Geld ins System...

Mal sehen, wie mutig die neue Bundesregierung ist.

IN EINEM SOLIDARSYSTEM MÜSSEN DIE STARKEN DIE SCHWACHEN UNTERSTÜTZEN.

NICHT KLECKERN

WIE MUTIG IST DIE NEUE BUNDESREGIERUNG?

VORRANGIGES ZIEL
JEDES EINZELNEN MUSS
ES SEIN, MÖGLICHST
LANGE GESUND ZU
BLEIBEN, UM SELBST-
BESTIMMT UND
SELBSTSTÄNDIG LEBEN
ZU KÖNNEN.

PFLEGE VERSICHERUNG

WAS MÜSSTE EINE REFORM LEISTEN?

DIE gesetzliche Pflegeversicherung wurde in diesem Jahr 30 Jahre alt – doch die Herausforderungen könnten kaum größer sein. Die Ausgaben übersteigen die Einnahmen, die Anzahl der Leistungsempfänger steigt von Jahr zu Jahr: aktuell von 5,2 Millionen und je nach Prognoserechnung auf bis zu 5,9 Millionen im Jahr 2027

(Destatis 2025). Wird die Pflegeversicherung nicht grundlegend reformiert und neu ausgerichtet, droht in absehbarer Zukunft der Kollaps und bedroht damit auch den sozialen Frieden.

Die zukünftige Bundesregierung hat zur Pflegeversicherung in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, die strukturellen und langfristigen Herausforderungen mit einer großen Pflegereform anzugehen. Ziel sei es, die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung zu sichern, die ambulante und häusliche Pflege zu stärken sowie die Inanspruchnahme von Leistungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu vereinfachen und bürokratiearm zu gestalten. Die Grundlagen der Reform soll eine

Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerbene unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände bis Ende 2025 erarbeiten. Bis die Pflegeversicherung vor 30 Jahren verabschiedet wurde, hat es sechs Jahre gebraucht. Man darf daher durchaus skeptisch sein, inwieweit die neue Bundesregierung die Reformvorschläge in nur wenigen Monaten erarbeitet haben will.

Aufgrund der finanziellen Engpässe der Pflegeversicherung ist der Beitragssatz zu Beginn des Jahres 2025 erneut angehoben worden und liegt bei 4,2 Prozent für Kinderlose sowie für Eltern mit fünf und mehr Kindern bei 2,6 Prozent. Doch verschafft dies nur einen geringen zeitlichen Spielraum, denn es bleibt ein Milliardendefizit, und die Finanzentwicklung ist besorgniserregend (GKV-Spitzenverband 2025). Ökonomen rechnen damit, dass die Beiträge spätestens im Herbst 2025 weiter steigen, da ansonsten vielen Pflegekassen die Zahlungsunfähigkeit drohe und sie finanziell unterstützt werden müssen.

EINNAHMEN ERHÖHEN, AUSGABEN BEGRENZEN

Bereits heute liegen die gesamten Sozialabgaben bei ca. 42 Prozent. Lange Zeit sollte diese Grenze nicht überschritten

werden. Die Beiträge der Sozialversicherung (Pflegeversicherung) kontinuierlich zu erhöhen, ist also keine Lösung. Es stellt sich die Frage, wie man entweder die Einnahmen (anderweitig) erhöht oder aber die Ausgaben begrenzt.

Generell haben sich die Einkommen in den letzten Jahren positiv entwickelt. Die Beitragsbemessungsgrenze könnte daher generell und für alle angehoben werden. Einige Experten schlagen eine Pflegebürgerversicherung vor: Sie soll die pflegebedingten Kosten vollständig über die Sozialversicherung abdecken – und dabei als Bürgerversicherung ausgestaltet sein, in die alle Menschen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus einbezogen und alle Einkommensarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt werden sollen (Rothgang 2025). Auch wenn der Anteil der gesunden Jahre im Alter zunimmt, in höherem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Zwar werden auch immer komplexere Therapien möglich, doch nicht immer ist das, was medizinisch und technisch möglich ist, auch sinnvoll, beispielsweise, wenn die gewonnene Lebenszeit nur gering ist oder die Lebensqualität für die verbleibende Zeit nicht verbessert werden kann. Hier kommen wir an ethische Grenzen, und es braucht dringend eine gesellschaftliche Debatte, wie wir am Lebensende (medizinisch) versorgt und kurativ oder palliativ gepflegt werden wollen.

Vorrangiges Ziel jedes Einzelnen muss es sein, möglichst lange gesund zu bleiben, um selbstbestimmt und selbstständig leben zu können. Dafür braucht es politische Rahmenbedingungen mit Gesetzen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung sowie strukturelle Maßnahmen, um die Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft und von Kindheit an zu verbessern.

Die Gesundheits- und Pflegereform müsste zukünftig entsprechende Maßnahmen im Leistungskatalog berücksichtigen. Pflege kann hier eine tragende Rolle spielen. Es braucht weniger eine arztzentrierte, dafür eine mehr pflegezentrierte Versorgung, die dazu kostengünstiger ist.

FINANZIERUNG AUS STEUERMITTELN
Darüber hinaus muss die Pflegeversicherung von versicherungsfremden Leistungen bereinigt werden. Hierzu gehören beispielsweise Rentenbeiträge für pflegende Angehörige, beitragsfreie Mitversicherung, pandemiebedingte Zusatzkosten oder Beiträge für Bürgergeldempfänger. Diese sollten über Steuermittel und nicht über die soziale Pflegeversicherung finanziert werden. Auch der Auf- und Ausbau von Sorgegemeinschaften und Unterstützungsstrukturen (Caring Communities) in Selbsthilfe, Nachbarschaft und Ehrenamt sind dringend geboten und sollten über Steuermittel finanziert werden.

Ebenso darf die Finanzierung der Pflegeausbildung und des Pflegestudiums in der ambulanten Langzeitpflege nicht länger zu Lasten der Leistungsempfänger gehen. Die Finanzierung muss zukünftig, analog zum Medizinstudium, aus Steuermitteln erfolgen. Damit werden die Pflegeversicherung und auch die Pflegebedürftigen finanziell deutlich entlastet.

Mit der Reform der Pflegeversicherung sind die Verantwortlichkeiten von Laienpflege, Assistenzkräften und professioneller Pflege für die pflegerische Versorgung klarer als bisher zu regeln. Die Verbindlichkeit der

Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz für professionell Pflegenden muss rechtlich (Berufsrecht/-ordnung) klar geregelt werden und sich auch im Leistungsrecht abbilden. Gleiches gilt für die Steuerung des Pflegeprozesses. Professionelle Pflege muss von Laienpflege, Pflegeassistenz und Unterstützungsaufgaben durch die Regelung der Befugnisse und Verantwortung klar abgegrenzt sein. Erweiterte Rollen wie Advanced Practice Nursing und Community Health Nursing können sowohl in der Beratung als auch in der Versorgungssteuerung eine entscheidende Rolle ausüben. Damit Pflegebedürftige sowie An- und Zugehörige die Pflege auch in komplexen Situationen möglichst lange selbst übernehmen können, braucht es die Begleitung und Anleitung durch die professionelle Pflege.

Mit der Reform der Pflegeversicherung muss eine Pflegeklassifikationssystematik und -terminologie eingeführt werden, um daraus pflegerische Leistungen systematisch zu begründen. Dies fördert den Ausbau der digitalen und KI-gestützten Anwendungen und Plattformen. Eine einheitliche Fachsprache unterstützt die Qualitätssicherung und erleichtert die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Darüber hinaus dient sie als Grundlage für die Dokumentation, Vergütung und Forschung.

Die Herausforderungen sind riesig, und es braucht den geballten Sachverstand aller Beteiligten sowie die Bereitschaft, parteiübergreifend und über die Legislaturperiode hinaus Reformen anzugehen. Professionelle Pflege als wichtiger Leistungserbringer und Akteur im System muss beteiligt werden! Gesundheitsversorgung und Pflege haben eine hohe gesellschaftliche Relevanz und können im Worst Case zum sozialen Sprengstoff werden. Es ist jetzt keine Zeit mehr zu verlieren!



VERA LUX

Wissenschaftliche Leiterin Pflegemanagementkongress

DIE ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG WIRD MASSGEBLICH DURCH INNOVATIONEN GEPRÄGT WERDEN.

DIE

neue Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag einen klaren Fokus auf Innovations- und Forschungsförderung gerichtet – auch im Gesundheitswesen. Angesichts der großen Herausforderungen im Gesundheitssystem – etwa dem Fachkräftemangel, dem demografischen Wandel oder dem zunehmenden Kostendruck – und zugleich den Chancen durch technischen und medizinischen Fortschritt wird deutlich: Innovationen sind eine zentrale Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung. Sie bilden eine entscheidende Grundlage für eine effiziente, qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung.

Der Koalitionsvertrag sieht daher vor, die strukturellen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Innovationen systematisch gefördert werden und gleichzeitig Bürokratie abgebaut wird. Die Notwendigkeit einer modernen, innovativen Gesundheitsversorgung wird betont. Schwerpunkte sind die Förderung digitaler Ansätze wie der elektronischen Patientenakte und Telemedizin, aber auch zum Beispiel der Aufbau einer Nationalen Biobank zur Unterstützung personalisierter Medizin sowie der Abbau bürokratischer Hürden für Forschung und Innovation.

DIGITALISIERUNG UND KI ALS HEBEL FÜR EINE EFFIZIENTE UND INTELLIGENTE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Digitalisierung ist in der Gesundheitsversorgung längst zur zentralen strategischen Aufgabe geworden. Elektronische Patientenakte und KI-gestützte Prozesse sollen eine zunehmend personalisierte und

effiziente Versorgung ermöglichen. Auch politisch ist das zentrale Ziel gesetzt, durch eine sinnvolle Integration digitaler Tools die Behandlungsgeschwindigkeit und -qualität zu steigern. In der Digitalpolitik sollen Schlüsseltechnologien wie Künstliche Intelligenz und Robotik gezielt gestärkt werden.

In vielen Bereichen – wie Radiologie und Bildgebung, Kardiologie oder Onkologie – ist der Einsatz von KI bereits vorangeschritten, auch wenn weitere Fortschritte für eine umfassende Integration in den klinischen Alltag erforderlich sind. KI kann eine Unterstützung für Diagnosen sein, aber auch bei der Optimierung der Therapieplanung helfen. Durch eine gezielte Analyse können Muster und Zusammenhänge identifiziert werden, die eine individualisierte Behandlung ermöglichen. Politisch ist aktuell eine „KI-Offensive“ in Aussicht gestellt, auch mit Fokus auf Forschung und Hochschulen.

Mit dem Digital-Gesetz und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz sind bereits in der letzten Legislaturperiode Grundlagen geschaffen worden, um das Potenzial von Gesundheitsdaten systematisch zu erschließen. Beide Gesetze markieren einen Paradigmenwechsel, denn sie schaffen den Rahmen für eine datengestützte, evidenzbasierte und innovationsfreundliche Gesundheitsversorgung. Besonders die elektronische Patientenakte mit Opt-out-Regelung kann dabei eine zentrale Rolle spielen – nicht nur für die Versorgung, sondern auch für die Forschung. Durch klare Regelungen und einen vereinfachten Zugang zu klinischen Routinedaten kann die medizinische Forschung auf eine neue,

DR. IRIS HAUTH
Wissenschaftliche Leiterin Forum Medizin
und Innovationen



deutlich belastbarere Grundlage gestellt werden. Damit wird nicht nur der Erkenntnistransfer beschleunigt – auch der Weg von der wissenschaftlichen Evidenz zur Anwendung in der Versorgung kann künftig effizienter gestaltet werden.

INNOVATIONSFÖRDERND: NETZWERKE ALS STRUKTURVERÄNDERER

Innovationen entstehen selten im Alleingang, sondern eher in Versorgungsstrukturen, die miteinander vernetzt sind. Übergreifende Netzwerke sind der Schlüssel, um Synergien zu nutzen und medizinische Innovationen schnell und flächendeckend verfügbar zu machen. Eine enge Verzahnung von Universitätsmedizin mit Kliniken der verschiedenen Versorgungsstufen wird maßgeblich hierzu beitragen.

Darüber hinaus hat sich die Bundesregierung für Regelungen für zukunftsweisende Ansätze wie Zell- und Gentherapien ausgesprochen. Ein „Innovationsfreiheitsge-

INNOVATION IST KEIN NICE-TO-HAVE, SONDERN EIN MUSS

PROF. DR. DR. H.C. MULT. JENS SCHOLZ, MBA
Wissenschaftlicher Leiter Forum Medizin
und Innovationen



setz“ soll zudem greifen und Forschung von kleinteiliger Förderbürokratie befreien und damit beschleunigen.

Es gibt bereits Projekte wie das Modellvorhaben Genomsequenzierung, die als ein innovativer und zukunftsweisender Impuls für eine gezielte und bessere Versorgung interpretiert werden können. Das Modellvorhaben kann als Blaupause für die Einführung weiterer Innovationen im Gesundheitswesen dienen. Es bietet die wunderbare Möglichkeit, medizinische Innovationen in einem geschützten Rahmen einzuführen und gleichzeitig wertvolle Erfahrungen zu sammeln, die anschließend eine breite Implementierung erleichtern. Insbesondere bei komplexen Therapien, die auch mit hohen Kosten und medizinischen Risiken verbunden sein können, kann eine zielgerichtete Einführung erreicht werden.

INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT ALS BEFÖRDERER FÜR INNOVATION

Ein weiterer Schlüsselfaktor für Innovation und auch mehr Effizienz in der Versorgung ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Durch die enge Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen entstehen neue

gehört eine gelungene Integration akademisierter Gesundheitsfachberufe in die klinische Praxis. Ebenso sollten die Kompetenzen aller Berufsgruppen in der Versorgung künftig besser ausgeschöpft werden.

Zugleich kann die Anpassung der Berufsbilder an die gestiegene Komplexität eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung bewirken. Interprofessionelle Zusammenarbeit und wissenschaftlicher Fortschritt gehen Hand in Hand. Genau das soll kurzfristig mit Gesetzen zur Pflegekompetenz oder auch zur Advanced Practice Nurse auf den Weg gebracht werden.

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung wird maßgeblich durch Innovationen geprägt werden. Digitalisierung, KI, eine sinnvolle Implementierung von Innovationen und interprofessionelle Zusammenarbeit sind zentrale Elemente, die es ermöglichen, den medizinischen Fortschritt auch in der klinischen Praxis umzusetzen. Innovation ist der Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit – insbesondere im Gesundheitsbereich. Sie ist nicht optional, sondern die Basis für ein zukunftssicheres Gesundheitswesen.

Zahlreiche dieser Themen werden im Forum Medizin und Innovationen im Rahmen des Hauptstadtkongresses 2025 diskutiert werden.

DER HAUPTSTADTKONGRESS (HSK) vereint alle Branchen des Gesundheitswesens unter seinem Dach und bringt Jahr für Jahr innovative Themen und Projekte auf die Bühne. Nachdem im vergangenen Jahr im Rahmen des Innovation Village zahlreiche Start-ups ihre Innovationen in Sachen KI präsentieren konnten, widmen wir uns in diesem Jahr interprofessionellen und interdisziplinären Projekten in Krankenhäusern und Kliniken und starten die Ausschreibung.

Erfolgreiche interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist das Schlüsselement für eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung, besonders in Krankenhäusern und Kliniken. Daher verleiht die Veranstalterin des Hauptstadtkongresses, die WISO S. E. Consulting GmbH, gemeinsam mit dem Springer Medizin Verlag den Innovationspreis auf dem Hauptstadtkongress 2025.

Der Preis würdigt interdisziplinäre oder interprofessionelle Teams mit erfolgreichen Projekten, die sich seit mindestens drei Jahren in der täglichen Praxis bewährt haben und die zudem nachhaltig – auf Dauer – im klinischen Alltag etabliert und verankert sind. Es geht um Teams aus Mediziner*innen, professionell Pflegenden und/oder Therapeuten.

Aus allen sich um den Preis bewerbenden Teams fand bereits eine Vorauswahl im Rahmen eines Live-Webinars beim 12. Interprofessionellen Gesundheitskongress vom 12. bis 23. Mai 2025 statt.

Die Jury wählt drei Finalisten aus, die dann am letzten Tag des Hauptstadtkongresses, also am 27. Juni 2025, coram publico vorgestellt, bewertet und ausgezeichnet werden!

DIE PREISTRÄGER ERHALTEN:

- 1. PREIS**
3.000 EUR, Teilnahme an Programmkommis-sionen zum HSK 2026 und Speaker Slot
- 2. PREIS**
1.500 EUR, 5 Ehrenkarten für den HSK 2026
- 3. PREIS**
5 Ehrenkarten für den HSK 2026



INNOVATION DURCH INTER- PROFESSIONALITÄT UND INTER- DISZIPLINARITÄT

FACHJURY

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl
Kongresspräsident Hauptstadtkongress

Vera Lux
Wissenschaftliche Leiterin des Pflegemanagementkongress

Dr. Pedram Emami, MBA
Präsident, Ärztekammer Hamburg

Hauke Gerlof
Stellvertretender Chefredakteur Ärzte Zeitung,
Springer Medizin Verlag GmbH

Joachim Pröiß, M.A.
Direktor für Patienten- und Pflegemanagement,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Hajo Schmidt-Traub, MBA
Stellvertretender Ärztlicher Direktor,
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH

Andrea Tauchert
Leitung Kongressorganisation, Springer Pflege

PD Dr. Joachim Seybold, MBA
Stellvertretender Ärztlicher Direktor, Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Julia Damonte
Projektmanagerin, WISO S. E. Consulting GmbH

PREISVERLEIHUNG

Freitag | 27.06.2025 | 10.45-11.15 Uhr

Jede Infektion hat ihren Preis – wie hoch ist Ihrer?



Infektionskosten
erkennen, Risiken
reduzieren – jetzt
M: IP kennenlernen.

M: IP®

- + Das webbasierte
M: IP-Analyse-Tool deckt
versteckte Kosten und
Einsparpotenziale auf
- + Das M: IP-Präventionspaket
spart bis zu 400.000 € p. a.*
- + Die M: IP SOPs steigern die
Hygiene-Compliance um
bis zu 75 %

* Daten aus der M: IP® § 21-Analyse
zu einer 575-Betten-Klinik

Mission: Infection Prevention



EXA/DE/NON/0008

Wie können wir noch mehr für Patienten tun? Alles bei Takeda beginnt mit dieser Frage.

Takeda ist ein forschungsgetriebenes, wertebasiertes und global führendes biopharmazeutisches Unternehmen. Unsere Mission: Menschen weltweit eine bessere Gesundheit und schönere Zukunft durch wegweisende medizinische Innovationen zu ermöglichen.

Unsere Leidenschaft und unser Streben nach potenziell lebensverändernden Behandlungsoptionen für Patienten sind tief in unserer 240-jährigen Geschichte in Japan verwurzelt. Wir freuen uns über die Möglichkeit, das Leben zahlreicher Menschen entscheidend verändern zu können.

Wir streben danach, wissenschaftliche Erkenntnisse in innovative Arzneimittel umzusetzen, die möglichst vielen Menschen helfen können. Das tun wir in den folgenden Kernbereichen: Gastroenterologie, Onkologie, Seltene Erkrankungen, Neurowissenschaften sowie plasma-basierte Therapien und Impfstoffe. Takeda ist in 80 Ländern und Regionen weltweit vertreten, in Deutschland sind an vier Standorten über 2.000 Mitarbeitende tätig. Was unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter antreibt: Sie können etwas bewegen, für ein besseres Leben der Patienten.

www.takeda.de

**Better Health,
Brighter Future**



CDU, CSU UND SPD bilden die neue Bundesregierung. Die Spitzen der drei Parteien haben sich auf einen gemeinsamen Koalitionsvertrag verständigt. Dieser sieht auch große Reformen im Gesundheitswesen vor. Etliche Punkte, die schon im Ergebnispapier der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege niedergeschrieben waren, finden sich auch im Koalitionsvertrag. An einigen Stellen wurde aber kräftig geschraubt. Wir geben einen Überblick, wie die Pläne von Schwarz-Rot für den Bereich Gesundheit und Pflege aussehen.

AMBULANTE VERSORGUNG

Union und SPD haben im Koalitionsvertrag vereinbart, das Honorarsystem der niedergelassenen Ärzte durch Jahrespauschalen zu ergänzen. Ziel ist, die Anzahl der „nicht bedarfsgerechten“ Arzt-PatientInnen-Kontakte zu verringern. Neu ist auch die Vergütung von Praxis-Patienten-Kontakten, was flexiblere Vergütung ermöglichen und die Gesundheitsberufe aufwerten soll. Zudem wollen die Koalitionäre die Weiterbildung stärken. In den Praxen von AllgemeinmedizinerInnen sollen künftig zwei Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung tätig sein können. Bisher gilt die Regel ein bis zwei Ärzte. Zudem soll es in den Kinder- und Jugendarztpraxen mehr Weiterbildungsstellen geben.

PRIMÄRARZTSYSTEM ANGESTREBT

Gleichzeitig will Schwarz-Rot die Patienten künftig stärker steuern. Dafür setzen die Koalitionäre auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl von Haus- und Kinderärzten sowohl in der HzV als auch im Kollektivvertrag. Ausnahmen vom Primärarztsystem sollen für die Augenheilkunde und die Gynäkologie gelten. Menschen mit chronischen Erkrankungen sollen auch von Gebietsärztinnen und -ärzten durch das Gesundheitssystem gelöst werden können. Um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu gewährleisten, kündigen die Koalitionäre an, den Ländern eine zusätzliche Stimme in den Zulassungsausschüssen zu ermöglichen. Das sollte eine kleinteilige Bedarfsplanung ermöglichen.

ABSCHLÄGE IN ÜBERVERSORGTE GEBIETEN

Gleichzeitig sollen Facharztpraxen in unterversorgten und drohend unterversorgten Gebieten unter dem Budgetdeckel hervorgeholt werden. Überhaupt sollen Ärzte in diesen Regionen über Zuschläge bessere Erlöse erzielen können. Dort sollen auch „universitäre Lehrpraxen“ einfacher installiert werden können. In überversorgten Gebieten dagegen will die Koalition mit Abschlägen arbeiten. Einen sehr konkreten Ansatz verfolgen die Koalitionäre bei der telefonischen Krankschreibung. Missbrauch soll künftig ausgeschlossen sein. Dies will man unter anderem durch den Ausschluss von privaten Onlineplattformen erreichen.

GOÄ-NOVELLE

Mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ neu) will sich die Koalition offenbar nicht befassen. Sie findet sich im Koalitionsvertrag nicht.

FACHKRÄFTEGEWINNUNG

Gerade im Gesundheitswesen ist es wichtig, Fachkräfte aus Nicht-EU-Ländern (so genannte Drittstaaten) zu gewinnen. Das ist heute wegen bürokratischer Hürden aber oft schwer oder es scheitert ganz. Das wollen Union und SPD ändern. „Es gilt, bürokratische Hürden einzureißen, etwa durch eine konsequente Digitalisierung sowie die Zentralisierung der Prozesse und eine beschleunigte Anerkennung der Berufsqualifikationen. Dafür schaffen wir, unter Mitwirkung der Bundesagentur für Arbeit, eine digitale Agentur für Fachkräfteeinwanderung – „Work-and-stay-Agentur“ – mit einer zentralen IT-Plattform als einheitliche Ansprechpartnerin für ausländische Fachkräfte.“ Die Agentur bündelt und beschleunigt, so der Vertrag, unter anderem alle Prozesse der Erwerbsmigration und der Anerkennung von Berufs- und Studienabschlüssen und verzahlt diese mit den Strukturen in den Ländern: „Wir setzen uns für einheitliche Anerkennungsverfahren innerhalb von acht Wochen ein. Wir wollen, dass Absolventinnen und Absolventen aus Drittstaaten, die in Deutschland eine Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen haben, bei uns bleiben und hier arbeiten.“

BÜROKRATIEABBAU

Im Koalitionsvertrag betonen Union und SPD, dass sie die Bürokratie im Gesundheitswesen abbauen wollen. „Unser Gesundheitssystem lebt von hochqualifizierten Fachkräften, die täglich Verantwortung für Menschen tragen. Wir verringern Dokumentationspflichten und Kontrolllichten durch ein Bürokratieentlastungsgesetz im Gesundheitswesen massiv, etablieren eine Vertrauenskultur und stärken die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen, statt sie mit Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen“, heißt es im Vertrag. Konkret folgt daraus: Eine Bagatelldgrenze von 300 Euro bei der Regressprüfung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Auch verpflichtet die Koalition in spe die Krankenkassen, „vollständig gemeinsame Vertrags- und Verwaltungsprozesse zu entwickeln.“

KLINIKREFORM

Im Vertrag steht, dass Schwarz-Rot bei der Krankenhausreform auf den Vorarbeiten von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach aufbauen will. Zugleich kommt der Vertrag der Kritik der Länder an Lauterbachs Klinikreform weit entgegen: „Wir ermöglichen den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen.“ Hatte Lauterbach vorgesehen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung jährlich 2,5 Milliarden Euro für den Klinik-Transformationsfonds bezahlen muss, heißt es nun: „Den bisher für die GKV vorgesehenen Anteil für den Transformationsfonds für Krankenhäuser finanzieren wir aus dem Sondervermögen Infrastruktur.“ Die Summe von 2,5 Milliarden Euro wird also vom Bund bezahlt, weitere 2,5 Milliarden Euro jährlich sollen von den Ländern bezahlt werden.

LEISTUNGSGRUPPEN, WIE SIE IN NRW GELTEN

Wie vom Bundesrat zuletzt im November 2024 angemahnt, erklärt nun der Vertrag, dass die Zuweisung der Leistungsgruppen zum 01.01.2027 auf Basis der 60 Leistungsgruppen erfolgt, wie sie in Nordrhein-Westfalen gelten: „Dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, werden die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben verändert. Dies gilt in gleicher Weise für die Anrechenbarkeit der Ärztinnen und Ärzte pro Leistungsgruppe.“ Die Konvergenzphase zur Einführung der neuen Klinikvergütung wird von zwei auf drei Jahre verlängert: „Das Jahr 2027 wird dabei für alle Krankenhäuser erlösneutral ausgestaltet, um die neuen Vergütungsregeln und die Wirkung der Vorhaltefinanzierung transparent aufzuzeigen und -gegebenfalls nachjustieren. Anschließend führen wir die Vorhaltevergütung in zwei Schritten ein.“ In den Bundesländern, die bis zum 31.12.2024 die Leistungsgruppen zugewiesen haben, bleiben diese rechtswirksam und werden als Basis für die Vergütung ab 2026 genutzt.

PRAKTISCHES JAHR

Mit Blick auf die Lage von Medizinstudierenden heißt es im Vertrag: „Wir wollen eine Vergütungsstruktur im Praktischen Jahr (PJ) modernisieren, die mindestens dem BAföG-Satz entspricht und wollen eine gerechte und einheitliche Fehlzeitenregelung schaffen.“

VMZ-REGULATION

„Wir erlassen ein Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren“ – so hatte es die Arbeitsgruppe von Union und SPD kürzlich bereits angekündigt. Im veröffentlichten Koalitionsvertrag wird der Passus dahingehend konkretisiert, dass „Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte Verwendung der Beitragsmittel sicherstellt“ werden solle.

Der erste Teil dieser Ergänzung entspricht der vielfach erhobenen Forderung nach einem MVZ-Register. Der zweite Teil kann dahingehend verstanden werden, dass die Kontrollpflichten der KVen hinsichtlich etwaiger Rosinenpickerei intensiviert werden.

Im Vergleich zu den Regulationsforderungen, wie sie etwa aus KV-Kreisen oder teilweise auch von den Bundesländern erhoben wurden und werden, zeichnet sich damit eine gewisse Entspannung für MVZ im Besitz institutioneller Investoren ab. Susanne Müller, Geschäftsführerin des Bundesverbands Medizinischer Versorgungszentren (BMVZ), hat gegen diese Programmatik eines „MVZ-Regulierungsgesetzes“ jedenfalls keine Einwände. „Die Herstellung von Strukturtransparenz bei MVZ, aber auch darüber hinaus, ist dem BMVZ seit Langem eine große Angelegenheit. Es gibt auch kein MVZ, das damit ein Problem hat – vorausgesetzt es wird nicht eine überbordende neue Transparenzbürokratie geschaffen“, wie Müller in einer ersten Stellungnahme am Mittwoch betont. „Praktikable Vorschläge, dies zu erreichen, liegen vor. Das Vorhaben der Koalition unterstützen wir daher gerne.“

CORONA

„Wir ergreifen weitere Maßnahmen, um die gesundheitliche Situation von Betroffenen seltener Erkrankungen, zum Beispiel durch Ausbau und Stärkung von digital vernetzten Zentren zu verbessern. An myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom, Long- und PostCOVID und Post-Vac erkrankte Menschen brauchen weiter unsere Unterstützung.“ Auch sagen Union und SPD zu, dass sie die Corona-Pandemie „umfassend im Rahmen einer Enquete-Kommission aufarbeiten, insbesondere um daraus Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse abzuleiten.“

CANNABIS

Die Union hatte im Wahlkampf verlangt, die Teil-Legalisierung von Cannabis zurückzunehmen, die die Ampel-Regierung eingeführt hatte. Dazu heißt es im Vertrag jetzt aber nur: „Im Herbst 2025 führen wir eine ergebnisoffene Evaluierung des Gesetzes zur Legalisierung von Cannabis durch.“

PFLEGEREFORM

Die soziale Pflegeversicherung, vor genau 30 Jahren eingeführt, steckt tief im Minus – auch strukturell gilt der Sozialversicherungszweig als angestaubt. Union und SPD wollen die Probleme mit einer großen Pflegereform angehen. Inhalte der Reform soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerienebene unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände erarbeiten. Diese soll ihre Ergebnisse noch in diesem Jahr vorlegen. Die Selbstverwaltung bleibt also zunächst außen vor. Prüfen soll die Kommission unter anderem die Frage, wo die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und die Ausbildungumlage in der Altenpflege verortet sein sollen. Bislang stemmen die Pflegekassen beide Aufgaben – allein die Rentenbeiträge für Pflege-Angehörige schlagen mit jährlich über drei Milliarden Euro zu Buche.

PFLEGENDE AN- UND ZUGEHÖRIGE SOLLEN GESTÄRKT WERDEN

Auch soll die Kommission ausloten, wie sich die steigenden pflegebedingte Eigenanteile der rund 750.000 Altenheimbewohner drosseln lassen. Konkreter wird der Vertragsentwurf nicht – Dissens hatte es zwischen Union und SPD zuletzt bezüglich des sogenannten Sockel-Spitze-Tauschs gegeben. Zudem wollen Union und SPD die rund fünf Millionen pflegenden An- und Zugehörigen stärken und mehr Angebote für pflegerische Akutsituationen schaffen. Die sektorübergreifende Pflegeversorgung und Übernahme von Modellprojekten wie „stambulant“ sollen in die Regelversorgung überführt werden.

PFLEGEBERUFE

Gestärkt werden soll auch die professionelle Pflege. Kurzfristig sollen hierzu Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und zur Einführung einer „Advanced Practice Nurse“ auf den Weg gebracht werden. Im Papier der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege war noch die Rede von binnen 100 Tagen.

KOALITIONSVERTRAG: DAS WOLLEN UNION UND SPD IM GESUNDHEITSWESEN ÄNDERN

Von Bernhard Walker, Anno Fricke, Thomas Hommel, Thorsten Schaff, Christoph Winnat

DIE NEUE BUNDESREGIERUNG STEHT: UNION UND SPD HABEN IHREN KOALITIONSVERTRAG VORGESTELLT. DARIN ENTHALTEN: EINE REFORM DES GESUNDHEITSWESENS. WIR GEBEN EINEN ÜBERBLICK.

KEIN MUTIGES SIGNAL ZUM AUFBRUCH IN RICHTUNG EINES BESSEREN GESUNDHEITSSYSTEMS

PROBLEM ERKANNT, GEFAHR GEBANNT?
DER KOALITIONSVERTRAG GIBT IN SACHEN STABILISIERUNG
DER GKV KEINEN GRUND ZUM OPTIMISMUS.
ABER EIN PRIMÄRARZTSYSTEM SOLL KOMMEN.

Von Hauke Gerlof

NEIN,

ein mutiges Signal zum Aufbruch in Richtung eines besseren, solide finanzierten Gesundheitssystems geht vom Koalitionsvertrag, den Union und SPD vorgelegt haben, nicht aus. Immerhin haben sich die Verhandler in einer Art Präambel zu den knapp neun Seiten zu Gesundheit und Pflege dazu verpflichtet, die Beiträge zu stabilisieren.

Wie konkret die Finanzen der GKV wieder ins Gleichgewicht gebracht werden sollen, das bleibt allerdings offen. Konkrete Maßnahmen? Fehlanzeige! Kostendämpfung? Kein Wort davon! Neue Formen der Selbstbeteiligung von Patienten oder Leistungskürzungen sind ebenfalls nicht vorgesehen.

Von einem „Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen“ ist dagegen hinreichend unkonkret die Rede. Hierzu soll „eine Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern“ eingerichtet werden, die bis Frühjahr 2027 (!) „Ableitungen“ aus den gesundheitspolitischen Vorhaben des Koalitionsvertrags trifft und „konkrete weitere Maßnahmen vorschlägt“. Frei nach dem Motto „Wenn Du nicht mehr weiter weißt, dann gründe einen Arbeitskreis“.

ZWEI JAHRE, DANN KOMMT DIE FEUERWEHR

Zwei Jahre also, bis die Feuerwehr kommt, wenn die Hütte jetzt schon lichterloh brennt aufgrund der drastisch gestiegenen und weiter steigenden Beitragssätze? Da hätte Schwarz-Rot wirklich mehr einfallen können!

Zumal die strukturellen Maßnahmen wie die Einführung eines Primärarztsystems Zeit brauchen werden – und noch mehr Zeit, bis sie Beitragswirkung erzielen könnten.

Wie sich die Dichotomie eines „verbindlichen Primärarztsystems in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag“ im Versorgungsalltag darstellen lässt, wird sich zeigen. Hier werden die beteiligten Berufsverbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV viel Hirnschmalz investieren müssen, wie sich Selektivvertrag und Kollektivvertrag in Konkurrenz zueinander stellen und zugleich sinnvoll ergänzen können.

Auf die Vorgaben des Gesetzgebers darf man gespannt sein. Vielleicht zeigt die junge Koalition in diesem Feld ja mehr Mut als bei der Stabilisierung der Kassenfinanzen.

**sicher.
stark.
effektiv.**

Unsere Expertise
für Ihren Kongress



Kontakt

agency@mcon-mannheim.de
www.mcon-mannheim.de



KASSEN FINANZEN

GKV-SPITZENVERBAND FORDERT SOFORTIGES HANDELN

“ WENN DIE POLITIK
NICHT GEGENSTEUERT,
GEHEN DIE ZUSATZBEITRÄGE
DURCH DIE DECKE ”

DR. DORIS PFEIFFER, VORSTANDSVORSITZENDE DES GKV-SPITZENVERBANDS, MACHT SICH ANGESICHTS DER KATASTROPHALEN FINANZLAGE DER KRANKENKASSEN WIEDER FÜR EIN AUSGABENMORATORIUM STARK.

BERLIN. Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, fordert von der Bundesregierung angesichts der finanziellen Lage der Kassenfinanzen ein sofortiges Handeln.

„Wir haben Rekordbeitragssätze, wir haben nur noch sieben Prozent einer Monatsausgabe als Reserve, in den letzten zwei Monaten gab es sechs weitere Beitragssatzerhöhungen und die einzige Antwort darauf scheint eine Kommission zu sein, die erst im Frühjahr 2027 Ergebnisse vorlegen soll“, sagte sie dem Redaktionsnetzwerk Deutschland (RND) zum Koalitionsvertrag.

„Zum Schutz der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler brauchen wir in einem ersten Schritt kurzfristige Maßnahmen zur Finanzstabilisierung“. Dazu fordert sie ein Vorschaltgesetz und wiederholt ihre Forderung nach einem Ausgabenmoratorium.

STRUKTURELLE LÜCKE ZWISCHEN AUSGABEN UND EINNAHMEN SCHLIESSEN Dies bedeute, dass es keine Preis- oder Honorarerhöhungen mehr geben dürfe, die über die laufenden Einnahmen hinausgingen.

Das müsse so lange gelten, bis Einnahmen und Ausgaben durch Reformen wieder in ein Gleichgewicht gebracht worden seien. Pfeiffer dazu: „Und wenn die geplante Kommission bis 2027 oder 2028 braucht, dann muss das Ausgabenmoratorium eben auch so lange gelten.“

Ein Weiter-so in der Gesundheitspolitik sei keine Option, denn dann gingen die Zusatzbeiträge über kurz oder lang durch die Decke. Wenn die Politik nicht gegensteuere, dann drehe sich die Beitragsspirale weiter und die finanzielle Belastung für Arbeitgebende und Versicherte steige. „Das kann sich angesichts der wirtschaftlichen Situation in Deutschland niemand leisten“, so Pfeiffer.

Von Kathrin Handschuh

“
BEI DEN GKV-FINANZEN SITZEN
WIR AUF EINEM PULVERFASS, UND
DIE LUNTE IST EXTREM KURZ.
”

BERLIN. Die steigenden Beiträge zur Krankenversicherung bereiten den Menschen in Deutschland Sorge. Auch der Blick auf die Situation in der Pflege schafft Frust. In einer Umfrage des Meinungsforschungsinstituts forsa im Auftrag des BKK-Dachverbands gaben neun von zehn Befragten an, dass sie trotz höherer Kassenbeiträge nicht mit einem Äquivalent an Qualität in der Versorgung rechnen. Beinahe ebenso viele (85 Prozent) gehen davon aus, dass die Themen Gesundheit und Pflege in den laufenden Koalitionsverhandlungen stiefmütterlich behandelt werden. forsa befragte dafür Mitte März 1.000 Menschen im Land.

59 Prozent wünschen sich demnach eine qualitätsabhängige Vergütung für Ärztinnen und Ärzte, 82 Prozent sogar eine Verpflichtung der Sektoren, die Behandlung und Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten gemeinsam und abgestimmt zu erbringen. 77 Prozent fordern, die gesundheitliche Prävention in allen Politikfeldern zu verankern.

KLEMM: „AUF DEM PULVERFASS“
42 Prozent der Befragten sprechen sich in der Umfrage dafür aus, dass Leistungen, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung stehen, künftig aus Steuermitteln finanziert werden sollen. Dies betrifft unter anderem die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Knapp doppelt so viele (81 Prozent) sind in diesem Zusammenhang für ein Klagerecht der Krankenkassen vor dem Bundesverfassungsgericht. Diese Möglichkeit haben die Krankenkassen und ihre Verbände momentan nicht. Nur den Versicherten selbst stünde diese Möglichkeit offen.
„Bei den GKV-Finzen sitzen wir auf einem Pulverfass, und die Lunte ist extrem kurz“, kommentierte die Vorständin des BKK-Dachverbands Anne-Kathrin Klemm die Situation. Den künftigen Koalitionären aus Union und SPD müsse klar sein, dass der Koalitionsvertrag eine „Explosion verhindern und endlich Entlastung für die Versicherten und die Wirtschaft“ bringen müsse, sagte Klemm. Die neue Bundesregierung müsse diese Themen im Koalitionsvertrag adressieren. Ansonsten drohe eine „populistische Schlammschlacht“.

ENTLOHNUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER
Unbehagen empfinden die Befragten auch mit Blick auf die Pflege. 54 Prozent zeigten sich besorgt, im Falle von Pflegebedürftigkeit nicht angemessen versorgt zu werden. Sogar zehn Prozent mehr noch fürchten sich davor, die Eigenanteile in Pflegeheimen nicht bezahlen zu können. 92 Prozent sprechen sich für eine Entlohnung pflegender Angehöriger aus.

TROTZ
HÖHERER
BEITRÄGE:
VERSICHERTE
RECHNEN
NICHT
MIT BESSERER
GESUNDHEITS-
VERSORGUNG



Von Anno Fricke

85%
DER BEFRAGTEN GEHEN DAVON AUS, DASS GESUNDHEIT UND PFLEGE
IN DEN KOALITIONSVERHANDLUNGEN KEINE PRIORITÄT GENIESSEN.

82%
WOLLEN SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG.

WARUM HEILMITTEL- ERBRINGER AUF DIE VOLLAKADEMISIERUNG SETZEN.

Von Thomas Hommel

BERLIN. Egal, ob Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie: Der Bedarf an Heilmitteln ist in Deutschland zuletzt gestiegen. Derzeit zählt die Branche der Heilmittel-erbringer knapp 280.000 Beschäftigte in etwa 82.000 Praxen – darunter allein rund angestellte 160.000 Physiotherapeuten. Wie andere Gesundheitsberufe, stehen auch die Heilmittel-erbringer vor dem Problem, dass demografiebedingt absehbar mehr Therapeuten in Rente gehen als junge Fachkräfte nachrücken.

Aus der Branche ist der Ruf nach Modernisierung der Berufsgesetze daher ungebrochen laut – dies verbunden mit der Hoffnung, dadurch mehr junge Menschen für die Berufe begeistern zu können. Mit dem Start der voraussichtlichen neuen Regierung könnte der Ruf tatsächlich gehört werden.

SHV-VIZE REPSCHLÄGER: HÖCHSTE ZEIT Immerhin haben sich die Koalitionäre in spe im Koalitionsvertrag darauf verständigt, die Berufsgesetze für Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie „zügig und zukunfts-fest“ zu reformieren. Klingt vage, zumal keine Zeitschiene hinterlegt ist. Ute Repschläger, stellvertretende Vorsitzende des Spitzenverbands der Heilmittelverbände (SHV), sieht dennoch ein

gutes Signal. „Positiv ist, dass die sich neu gebildete Regierung die Berufsgesetze für Physio- und Ergotherapeuten sowie für Logopäden rasch angehen will. Das wird höchste Zeit“, sagt Repschläger, die auch Vorsitzende des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten ist, im Gespräch mit der Ärzte Zeitung.

Das älteste Berufsgesetz unter den Heilmittel-erbringern sei das der Ergotherapeuten, das auf den 25. Mai 1976 datiere, erinnert Repschläger. Das der Logopäden sei von 1980, das der Physiotherapeuten von 1994. „Alle diese Berufsgesetze sind enorm überholungsbedürftig – und das gilt unabhängig von der Frage der Akademisierung der genannten Berufszweige. Es ist wie bei den Ärztinnen und Ärzten: Inhalte ändern sich, also müssen Lehre und Ausbildung angepasst und modernisiert werden.“

ANSAGE MIT LANGER VORGESCHICHTE Als weniger erfreulich stuft Repschläger dagegen ein weiteres Vorhaben von Union und SPD bezüglich der Heilmittel-erbringer

ein. So heißt es im Koalitionsvertrag: „Eine ausschließliche Vollakademisierung lehnen wir ab.“ Überrascht sei sie über die Aussage aber nicht, sagt Repschläger. Dass vor allem einige Bundesländer bei der Vollakademisierung nicht mitziehen, habe sich schon in der vergangenen Legislatur abgezeichnet. Das SPD-geführte Bundesgesundheitsministerium habe – als Ergebnis der Gespräche eines Bund-Länder-Begleitgremiums – schon damals einen Gesetzesentwurf erarbeitet, diesen aber nicht ins parlamentarische Verfahren eingebracht. Gegner einer Vollakademisierung argumentieren, dass die Physiotherapeuten eine derart große Berufsgruppe bilden, was eine

Umstellung von einer schulischen auf eine hochschulische Ausbildung zu teuer mache. Andere wiederum wenden ein, dass bei einer Vollakademisierung Realschülern der Weg zum Physiotherapeutenberuf versperrt bleibe und sich dadurch die ohnehin angespannte Personalsituation verschärfe. „Insofern überrascht uns der Passus im Koalitionsvertrag nicht“, kommentiert Repschläger – sie setzt aber im gleichen Atemzug hinzu. „Eine Vollakademisierung abzulehnen, ist und bleibt aus unserer Sicht absolut der falsche Weg.“

DEUTSCHLAND GEHT DEN SONDERWEG Für eine zukunfts-gerechte Versorgung im

Heilmittelbereich brauche es die Akademisierung. Im Übrigen hätten sich alle europäischen Länder für die Vollakademisierung entschieden. „Wir bilden das Schlusslicht und sind die Letzten, die den Heilmittelbereich akademisieren würden.“

In der Physiotherapie würde bei einer Vollakademisierung auch niemandem der Weg in den Beruf versperrt, betont Repschläger. „Unser Modell denkt sämtliche Schulabschlüsse durch ein abgestuftes Verfahren mit.“

„Wer beispielsweise nach seinem Schulabschluss als Masseur arbeitet, dem soll anschließend eine gute Durchstiegsmöglichkeit hin zum Bachelor- oder Masterabschluss Physiotherapie geboten werden. Solche Durchstiegsmöglichkeiten sind uns sehr wichtig.“

Repschläger begründet die Forderung nach Vollakademisierung damit, dass sowohl in der Physio- und Ergotherapie als auch in der Logopädie evidenzbasierte Versorgung nötig sei. „Die bekommen wir nur, wenn wir

studierte Berufsangehörige mit Bachelor- oder Masterabschluss einsetzen und Forschung zu dem, was wir tagtäglich tun, betreiben können.“

KASSEN LEHNEN DIE VOLLAKADEMISIERUNG AB

Das müsse auch im Sinne der Kassen sein, so Repschläger. „Ein häufig vorgebrachter Vorwurf von Krankenkassen oder Medizinern lautet ja, unser Tun sei zu wenig evidenzbasiert.“ Eine Akademisierung würde zudem die Attraktivität der genannten Berufe erhöhen. „Jungen Absolventen wird damit etwa die Möglichkeit eingeräumt, auch mal im Ausland Erfahrungen zu sammeln. Das ist derzeit schwierig.“ Dass sich etwa die AOK kürzlich gegen die Vollakademisierung ausgesprochen hat, findet Repschläger „unverständlich“. Ein Sprecher des AOK-Bundesverbands indes bestätigt die Einschätzung der Ortskrankenkassen.

Auf Anfrage erklärt der Sprecher: „Wir begrüßen es, dass die Berufsgesetze für Ergo-, Physiotherapie sowie Logopädie zügig novelliert werden sollen. Auch teilen wir die Einschätzung, dass es zur Weiterentwicklung der Heilmittelberufe keine Vollakademisierung braucht. Die Finanzierung der Auszubildendenvergütung sollte mit Steuermitteln gestemmt werden.“

25.06.2025

MITTWOCH

AGENDA

HSK 2025

10.00-12.00 Uhr

KONGRESSERÖFFNUNG
ARENA
LIVESTREAM

HSK
HAUPTSTADT
KONGRESS/25

14.00-15.30 Uhr

Personal um jeden Preis? Strategien im Kampf um Fachkräfte
ALPHA 2
LIVESTREAM

Klares Ziel – unklare Entscheidungen: Wer treibt den Wandel?
ARENA
LIVESTREAM

SATELLITENSYMPOSIUM
Zukunft Gesundheit: Sicherstellung der Versorgung in der Fläche neu denken
BETA 6
LIVESTREAM

SATELLITENSYMPOSIUM
„Reset“ Pflegeversicherung?
14 Thesen für eine Strukturreform der Pflege und Teilhabe
BETA 7

Gen- und Zelltherapien in der Onkologie: Gemeinsame Verantwortung für den medizinischen Fortschritt – wenn traditionelle Erstattungssysteme an ihre Grenzen stoßen
ALPHA 4

Expertenworkshop: „Das österreichische Gesundheitssystem – gleiche Probleme, unterschiedliche Lösungen!“
BETA 8

Pflegeunternehmen: Von Klein bis Groß – welche Vielfalt hilft der Pflege in der Zukunft?
ALPHA 1

Impulse von Politik und Profession: Wo stehen wir mit dem Empowerment für den Pflegeberuf?
ALPHA 5

Neue Wege der interprofessionellen Zusammenarbeit
ALPHA 6

KI in der medizinischen Praxis: Möglichkeiten und Grenzen
ALPHA 3

Anforderungen an den Arztberuf von morgen: Zwischen Dauerfortbildung und Managementaufgaben
BETA 9

16.30-18.00 Uhr

Telemedizin im Praxischeck
ALPHA 3

Fünf Jahre Pflegebudget: Fluch oder Segen?
ALPHA 4

Pro und Contra | Konträre Statements zu zwei aktuellen Themen: Vorhaltebudget – Personal-mindestbesetzungen
ALPHA 6

Perspektive 2030 – Parteien im „Pitch“ über eine neue Gesundheitspolitik
ARENA
LIVESTREAM

Wie wird Gesundheit zum Wachstumsmotor für Deutschland?
BETA 8

SATELLITENSYMPOSIUM
Operation Zukunft: Medizinische Qualität durch Digitalisierung
BETA 7

„Die Zukunft gehört den Alten!“, Länger fit, mobil und selbstbestimmt – das neue Bild muss Einzug in die Pflege halten
ALPHA 5

KI, Robotik und Innovationen: Es geht nicht ohne Change Management in der Transformation
BETA 9

Chefarztnachfolge: Die Chefarztgeneration „Schwarzwaldklinik“ geht in Rente – was kommt danach?
ALPHA 1

Mit versteckter Kamera auf die Patienten – medizinethische Fragestellungen an Undercover-Journalismus
ALPHA 2
LIVESTREAM

GESUNDHEITSMANAGEMENTKONGRESS | HAUPTSTADTFORUM GESUNDHEITSPOLITIK | PFLEGE MANAGEMENTKONGRESS | FORUM MEDIZIN UND INNOVATIONEN

ETHISCHES CAFÉ

Der Gesundheitsunternehmer Professor Heinz Lohmann trifft sich mit Führungspersönlichkeiten der Gesundheitswirtschaft

Mittwoch | 13.00-13.30 Uhr

HEINZ LOHMANN TRIFFT ...
PROF. DR. DR. H.C. MULT. WOLFGANG HOLZGREVE, MBA | Ehemaliger Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Bonn AöR
STAGE ALPHA 7

Donnerstag | 13.15-13.45 Uhr

HEINZ LOHMANN TRIFFT ...
MARCO WALKER | CEO der Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA
STAGE ALPHA 7

Freitag | 10.45-11.15 Uhr

HEINZ LOHMANN TRIFFT ...
VERA LUX | Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.
STAGE ALPHA 7

08.00-08.50 Uhr

Early Bird – ÄrzteZeitung-Debatte | Weiterbildung richtig gemacht: Ideen für die neue Ärzt:innen-Generation – und eine MWBO-Novelle

STAGE ALPHA 7

09.00-10.30 Uhr

Pro und Contra | Konträre Statements zu zwei aktuellen Themen: Level-1-Krankenhäuser – Transparenzgesetz
«« LIVESTREAM »»

ARENA

Hier geht was: Moderne Geschäftsmodelle für medizinische Institute

BETA 8

Die AMNOG-Lücke: Effizienzreserven in der Arzneimittelversorgung besser nutzen

BETA 7

Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) in Deutschland und China
«« LIVESTREAM »»

BETA 6

Prävention – quo vadis: Erwartungen an eine zielführende Kommunikation für Prävention und Gesundheitsförderung

ALPHA 2

Kassen zu Gast beim HSK: Neue Regierung – alte Probleme? Pro und Contra einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

ALPHA 4

„Gesundheitspolitik ist Ländersache!“ Der Bundesrat als neuer parteiübergreifender Aktionsraum

ALPHA 5

PPR 2.0: Fortschritt oder Sackgasse? Wie sieht die Zukunft der Personalbemessung aus?

ALPHA 6

Dauerbaustelle ausländische Pflegekräfte: Anwerbung und Integration – ein langer Weg, der sich lohnt!

ALPHA 1

Medizin ohne Mediziner: Geht es bald ganz ohne Arzt, oder wohin führen Delegation, Digitalisierung, Robotik und KI?

ALPHA 3

Sind wir im deutschen Gesundheitswesen auf Cyberattacken vorbereitet?

BETA 9

Ärzte Zeitung-Debatte | Von MVZ lernen: Nur Heuschrecken oder der ideale Arbeitsort für die Gesundheitsprofessionen?

STAGE ALPHA 7

11.30-13.00 Uhr

Krankenhaus Rating Report

ALPHA 6

Der tägliche Kampf um die Zahlungsfähigkeit: Liquiditätsmanagement 2.0

ALPHA 3

Roboter und KI statt Mensch? Rettung im Zeitalter der Personalknappheit?

BETA 8

Fairer Zugang zu Arzneimittelinnovationen – Medizinischer Fortschritt um jeden Preis?
«« LIVESTREAM »»

ARENA

Tag der Versicherungen: Gesundheitspolitik im digitalen Zeitalter

ALPHA 5

Verbesserung der Patientenversorgung – Zukunft diagnostischer Fächer mit KI
«« LIVESTREAM »»

BETA 6

Pflege und der Social Return on Invest: Warum Pflege nicht als Kostenfaktor, sondern als Investition gesehen werden muss

ALPHA 1

Personal – die kostbarste Ressource im Unternehmen

ALPHA 2

New Work, neue Führungsstrukturen, mehr Patientenorientierung: Was zeichnet Magnet-Krankenhäuser aus?

ALPHA 9

Wie kommen Innovationen ins Gesundheitssystem? Blaupausen für die zukünftige Implementierung von Innovationen in Deutschland

ALPHA 4

Ärzte Zeitung-Debatte | Delegation oder doch lieber die echte Teampraxis: Wie werten wir nichtärztliche Professionen auf?

STAGE ALPHA 7

14.00-15.30 Uhr

Notfallversorgung: Neue Strukturen braucht das Land!

BETA 9

Der Ton wird rauer: Tarifaueinandersetzungen in Zeiten des Umbruchs

STAGE ALPHA 7

Krankenhausreform im Jahr 2025: Wie und wann kommt die Umsetzung?

ALPHA 6

Mehr Rechte, mehr Verantwortung? Das Votum der Patienten im G-BA

ALPHA 5

Tag der Versicherungen: Gesundheitspolitik nach der Wahl – Aufbruch oder Fehlstart?

ALPHA 4

Mit KI schnell und sicher zu evidenzbasierten klinischen Informationen

BETA 7

J&J Open House: Innovations- und Gesundheitsstandort Deutschland: Welche politischen Impulse braucht medizinischer Fortschritt?
«« LIVESTREAM »»

BETA 6

Pflege wirtschaftlich denken: Zwischen Idealismus und harter Realität

ALPHA 1

Neue Führungs- und Organisationskultur – gemeinsam entscheiden und verantworten

ALPHA 3

Grenzverletzungen und Gewalt in Einrichtungen: Wie kann das Personal vor Ort besser geschützt werden? Eine Bestandsaufnahme

ALPHA 2

„Gendermedizin“: Aktuelle politische und medizinische Entwicklungen bei der Frauen- und Männergesundheit
«« LIVESTREAM »»

ARENA

Vorbeugung – Früherkennung – Leitliniengerechte Versorgung: Wie bekommen wir Prävention in der Onkologie zukunfts-fähig aufgestellt?

BETA 8

16.00-17.30 Uhr

Krankenhausplanung im Umbruch: Die Länder sind am Zug
«« LIVESTREAM »»

ARENA

Rückenwind für den Wandel schaffen: Transformation braucht Kommunikation

ALPHA 1

Pilotprojekte und Weiterentwicklung in der ambulanten Versorgung

ALPHA 2

Das Medizinforschungsgesetz im Qualitätscheck: Spitzenmedizin wieder Made in Germany?!

ALPHA 4

Primärarztmodelle und vernetzte Versorgung – Schlüssel für Effizienz und Patientenwohl?

BETA 8

Zukunft der Klinikprozesse: KI in Patientenfluss- und OP-Management
«« LIVESTREAM »»

BETA 6

Plattformen – das Ende der Personalvermittlung?

BETA 7

Der Blick über die Grenze: Pflege in anderen Ländern. Besser und weiter oder nur anders?

ALPHA 5

Pflege stärken, Zukunft gestalten: Chancen und Herausforderungen des Pflegekompetenzgesetzes

ALPHA 6

DIGAs: Chancen und Risiken – eine kritische Bestandsaufnahme

BETA 9

Telemedizin: Eine Roadshow erfolgreicher Anwendungsbeispiele

ALPHA 3

09.00-10.30 Uhr

ALPHA 6

Pro und Contra | Konträre Statements zu zwei aktuellen Themen: Insolvenzen von Krankenhäusern – MD-Strukturprüfungen

BETA 8

Nachhaltiges Beschaffungsmanagement

BETA 9

Digitale Systeme und KI optimieren die Versorgung

ALPHA 3

Sechs Monate auf dem Prüfstand: Hat die ePA den Praxistest bestanden?

ALPHA 4

„Bei allem, was recht ist ...“: Gesundheitspolitik – ein zunehmend verrechtlichter Bereich

ALPHA 2

Die Rolle der Pflege im Aufsichtsrat

ARENA

Geht der Pflegeversicherung das Geld aus? Politische Konzepte für eine nachhaltige Finanzierung

ALPHA 1

Stärkung der Patientinnen-Perspektive im Gesundheitswesen am Beispiel Brustkrebs

ALPHA 5

Krankenhausreform: Welche Auswirkungen hat sie, und welche Schritte stehen unmittelbar bevor?

STAGE ALPHA 7

Ärzte Zeitung Debatte | Wie werden Praxen künstlich intelligent, was bringt ihnen das – und ist das die Lösung für den Fachkräftemangel?

10.45-11.15 Uhr

ARENA

PREISVERLEIHUNG INNOVATIONSPREIS HSK 2025

«« LIVE STREAM »»

11.30-12.30 Uhr

ALPHA 5

Gesundheitsmanagementkongress 2025: Rück- und Ausblick

ALPHA 6

Fehlt uns der Nachwuchs im Management?

ALPHA 1

Bewährt, geliefert – und jetzt? Der lange Weg vom Innovationsfonds in die Regelversorgung

ALPHA 3

Neue Herausforderungen für eine EU-Gesundheitspolitik – der Weg zu einer Gesundheitsunion

ALPHA 4

Fokus Demografie: Brauchen wir für die Altersmedizin einen eigenen Versorgungsbereich?

ARENA

Pflegewissenschaft: Erweiterte Kompetenzen in der Pflege – wie gelingt eine Integration in die Versorgungspraxis?

BETA 8

Dauerbaustelle IT, KI & Co. – aber es bewegt sich was, wie Praxisbeispiele zeigen

ALPHA 2

Sind wir medizinisch kriegstüchtig, und sind unsere Krankenhäuser gerüstet?

BETA 9

Nachhaltigkeit in der Medizin

STAGE ALPHA 7

Ärzte Zeitung Debatte | Forschung aus der Praxis für die Praxis: Wie Niedergelassene zu Forschenden werden

12.45-13.15 Uhr

ARENA

ABSCHLUSSVERANSTALTUNG

«« LIVE STREAM »»

UNSER
GESUNDHEITS-
WESEN BRAUCHT
ALLE INTELLIGENZ.
JETZT.

#HSK25

SPRUNG INNOVATIONEN im Gesundheitswesen von Rückstand zur Zukunft

- Namhafte Referentinnen und Referenten
- Spannende Podiumsdiskussionen und Vorträge zu allen wichtigen Themen

Europäischer
Gesundheitskongress
München
c/o welcome Gesellschaft
für Eventmarketing und
Kommunikation mbH

Bei Fragen stehen wir Ihnen
zur Verfügung:
info@gesundheitskongress.de und
Telefon +49 2234 953 22-29

Anmeldung
www.gesundheitskongress.de

Gesundheitspolitik
Krankenhaus
Arztpraxen der Zukunft
Rehabilitation
Gesundheitsversorgung
Europäisches Pflegeforum
Innovative Notfallmedizin
Digitalisierung / Forschung



Wir freuen uns
auf Ihren Besuch
am Stand 102

Auf dieser hochmodernen PCMM-Anlage
können flexibel große Mengen,
aber auch sehr kleine Stückzahlen von
Krebsmedikamenten hergestellt werden.

Innovative Krebsmedikamente „Made in Germany“

Krebs ist eine der größten gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit. Als forschendes Pharmaunternehmen gestalten wir die Therapielandschaft entscheidend mit, um Menschen mit Krebs ein besseres Leben zu ermöglichen.

Pfizer stellt in Deutschland insgesamt mehr als 20 Wirkstoffe zur Behandlung von über 30 Krebsarten zur Verfügung, z. B. gegen Brust-, Lungen- oder Blutkrebs. Viele dieser innovativen Krebsmedikamente werden in Freiburg im Breisgau hergestellt. Jährlich werden dort rund 100 Millionen Tabletten und Kapseln gegen Krebs produziert und an etwa 180 Länder geliefert.

pfizer.de

PFLEGEVERBAND BEGRÜSST BREITE ZUSTIMMUNG ZUR DELEGATION

MFA MONIEREN KASSEN-IGNORANZ



Von Christoph Winnat

LAPSUS ODER ABSICHT?
DASS DER GKV-SPITZENVERBAND
DELEGATION THEMATISIERT,
DABEI JEDOCH MEDIZINISCHE FACH-
ANGESTELLTE MIT KEINEM WORT
ERWÄHNT, MACHT SCHON
STUTZIG.

MEINUNGSUMFRAGE DES GKV-SPITZEN- VERBANDS

BERLIN. Der Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) sieht sich durch die Umfrage des GKV-Spitzenverbands zu delegativen Praxiskonzepten in seiner Forderung bestätigt, Pflegekräfte stärker in die hausärztliche Versorgung einzubinden. Dagegen bemängelt der Verband medizinischer Fachberufe (vmf), dass der GKV-Spitzenverband in seiner Meldung Medizinische Fachangestellte als potenziell nicht-ärztliche Leistungserbringer unerwähnt lässt. Bei der am Mittwoch veröffentlichten GKV-Befragung hatte annähernd die Hälfte (45 Prozent) der rund 3.500 Teilnehmer der Antwortvorgabe zugestimmt, es für „sehr sinnvoll“ zu halten, wenn „Pfleger und Krankenschwestern eigenständig die Versorgung insbesondere chronischer Patienten und Aufgaben zur Gesundheitsförderung übernehmen“. Weitere 41 Prozent wären damit „teils-teils“ einverstanden. „Diese Ergebnisse sind Rückenwind für alle, die das Gesundheitssystem zukunftssicher gestalten wollen. Die Bevölkerung hat verstanden, worum es geht: Wir brauchen

neue Lösungen, um Versorgungslücken zu schließen – und Pflegefachpersonen können hier einen entscheidenden Beitrag leisten“, betont in einer Stellungnahme DBfK-Präsidentin Vera Lux.

„GKV-BEFragung ERNST NEHMEN“
Der Verband fordert seit Jahren zusätzliche medizinische Befugnisse für seine Profession. Zuletzt hatte die Ampel-Regierung mit dem Pflegekompetenzgesetz (PKG) einen ersten gesetzgeberischen Schritt in diese Richtung unternommen, der es jedoch nur bis zum Kabinettsentwurf schaffte. Mit dem Koalitionsbruch unterblieb jede weitere parlamentarische Beratung. Nun hofft man beim DBfK auf Projektanschluss in der neuen Legislatur. Bund und Länder seien aufgefordert, heißt es, „die Ergebnisse der GKV-Befragung ernst zu nehmen und jetzt die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen flächendeckend zum Einsatz kommen können“. Unterdessen sieht auch der Verband medizinischer Fachberufe „den Stellenwert des nicht-ärztlichen Praxispersonals“ durch die GKV-Erhebung bestätigt. Insbesondere verweist Verbandspräsidentin Hannelore König auf das Teilergebnis, wonach ein Viertel

„VIELE
PATIENTEN
HÄTTEN KEIN
PROBLEM MIT
PRIMÄR-
VERSORGUNG
DURCH NICHT-
ÄRZTLICHES
PERSONAL“

der Befragten angab „im vergangenen Jahr in der Hausarztpraxis betreut worden zu sein, ohne mit dem Arzt oder der Ärztin gesprochen zu haben“.

„UNKENNTNIS ODER GERINGSCHÄTZUNG“
Warum im GKV-Auftrag jedoch ausdrücklich nur nach Delegations-Akzeptanz gegenüber Pflegern und Krankenschwestern gefragt wurde, nicht aber auch nach MFA, erschließt sich König nicht. „Dass Medizinische Fachangestellte nicht erwähnt werden, ist entweder ein Zeichen von Unkenntnis oder Geringschätzung.“ MFA erledigten längst diverse Aufgaben der Primärversorgung. Dazu zählten – „je nach Qualifikation“ – etwa Impfungen und Blutabnahme, Anamnesevorbereitung, Diagnostik und Früherkennungsuntersuchungen, Chronikerbetreuung sowie Hausbesuche und Wundversorgung. Zudem werde das Berufsbild durch neue Fortbildungen und Studienmöglichkeiten weiterentwickelt. Seitens der gesetzlichen Krankenversicherung, so König weiter, sei „dringend angezeigt“, den Leistungen der Medizinischen Fachangestellten „mehr Wertschätzung“ entgegenzubringen – etwa auch durch einen Perspektivwechsel bei der Abrechnung „von Arzt-Patienten-Kontakten auf Praxis-Patienten-Kontakte“.

VIELE PFLEGE-EINRICHTUNGEN SUCHEM NOCH ANSCHLUSS AN DIE TI

DREI MONATE VOR DEM FRISTENDE ZUR ANBINDUNG DES PFLEGESEKTORS AN DIE TI SCHEINT DAS ZIEL KAUM MEHR ERREICHBAR ZU SEIN. WARUM DAS AUCH AN DER ÄRZTESCHAFT LIEGT, WURDE AUF DER DMEA DISKUTIERT.

Von Hauke Gerlof

BERLIN. Bis zum 1. Juli müssen die rund 36.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland an die Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen sein. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sind bisher rund 13.500 SMC-B-Karten von Pflegeeinrichtungen beantragt worden, eine der technischen Voraussetzungen für den TI-Anschluss.

Albert Kern, Leiter des Referats Grundsatzfragen der Pflegeversicherung und Pflege bei BMG, zeigte sich auf der Digitalmesse DMEA am Dienstagabend in Berlin trotzdem optimistisch. „Ich bin positiv überrascht, wie sich das entwickelt.“ Zugleich mahnte er Geduld an. Auch in anderen Bereichen habe es drei Monate vor dem Fristende noch nicht so gut ausgesehen, so Kern.

KOMPLIZIERTER PROZESS

Nach einer im März veröffentlichten Umfrage des Bundesverbandes Gesundheits-IT (bvigt) ist nur ein Bruchteil der Einrichtungen an den E-Mail-Dienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) angebunden. Bisher sind nur rund 2000 KIM-Adressen vergeben.

Anja Remmert von der Diakonie Deutschland verwies auf den komplizierten Prozess der Beantragung der SMC-B-Karte, der vereinfacht werden müsse. Die Projektleiterin „Digitale Unterstützung in der häusli-

chen Pflege“ hofft trotzdem darauf, dass 75 Prozent der Einrichtungen bis zum Juli die Voraussetzungen geschaffen haben.

Die Forderung nach einer einfacheren Beantragung bremste Kern vom BMG. Bürokratie sei zum Schutze der Pflegebedürftigen und Kollegen nötig. „Vereinfachung ja, aber es gibt Grenzen.“ Die SMC-B-Karte stellt den Praxisausweis oder Institutionsausweis dar, der Voraussetzung ist, um an der TI teilzunehmen und sicher auf Patientendaten zuzugreifen.

**UMFRAGE
ZUR TI-ANBINDUNG:
PFLEGE-EINRICHTUNGEN
SIND NOCH NICHT
STARTKLAR**

SEKTORENÜBERGREIFENDEN NUTZEN AUFZEIGEN

Am Beispiel der Pflege wurde deutlich, dass die digitale Vernetzung über alle Sektoren im Gesundheitswesen gedacht werden muss. „Wie kann ich mit dem Arzt oder der Krankenkasse kommunizieren und dabei Zeit sparen“, nannte Jan Helmig, Leitung Digitalisierung bei der opta data Gruppe, einen konkreten Nutzen für die Pflegeeinrichtungen.

Auch BMG-Referatsleiter Kern betonte: „Wir müssen den sektorenübergreifenden Nutzen aufzeigen.“ Es brauche auf der einen Seite Positiv-Beispiele. Auf der anderen Seite müssten die Primärsoftwaresysteme für die Pflegeeinrichtungen aber auch besser ausgestaltet werden.

„WIR HABEN KEINE ZEIT, FAXE ABZUTIPPEN“

Eckart Schnabel, Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband, adressierte auch die Ärzteschaft. „Wenn die Pflegeeinrichtung zwar den Hausarzt im KIM-Verzeichnis findet, er aber nicht ansprechbar ist, ist das ein großer Hemmschuh.“

Diakonie-Projektleiterin Remmert sieht große Mehrwerte, etwa wenn Nachfragen bei Ärztinnen und Ärzten nicht mehr per

Telefon, sondern über die KIM erledigt werden könnten. „Wir haben keine Zeit, Faxe abzutippen.“ Es sei unverständlich, warum bei der Erprobung der elektronischen Patientenakte (ePA) die Pflege als größte Berufsgruppe in der Versorgung außen vor gelassen wurde.

Zuvor hatte bereits Professor Dietmar Wolff von der Hochschule Hof und Vize-Vorstand im Digitalverband FINSOZ, bei einem anderen Panel auf diesen Punkt hingewiesen. Die Zukunft der Pflege liege in der TI. Das habe ein Riesen-Potenzial, auch in Verbindung mit dem Pflegekompetenzgesetz. Das Vorhaben, das in der vergangenen Legislaturperiode wegen des vorzeitigen Ampel-Endes nicht mehr umgesetzt werden konnte, soll die Kompetenzen von Pflegeprofis deutlich erweitern. Insbesondere die ePA ermögliche ganz neue Informationen für die Pflegeprofis, so Wolff. Das betreffe etwa den Medikationsprozess, „in dem die Pflege heute mehr schlecht als recht eingebunden ist“.

MOBILE LÖSUNG WÄRE GAMECHANGER Unternehmensvertreter Helmig schlug in dieselbe Kerbe. „Die TI ist die Zukunftssicherung für die Pflege, um mit den anderen Professionen auf Augenhöhe zu bleiben. Die Industrie denkt dabei auch einen Schritt weiter und skizzierte das „mobile Einsatzszenario“ für die TI. Bisher spreche man nur über feste Anschlüsse am Schreibtisch. Die Pflege sei aber mobil und ständig unterwegs zu Patienten. Eine mobile TI-Lösung für die Pflege bezeichnete Helmig als Gamechanger.



Wir tragen zum Fortschritt bei Forschung für Menschen – Medizin für Menschen

Springer Nature ist einer der weltweit größten Wissenschaftsverlage

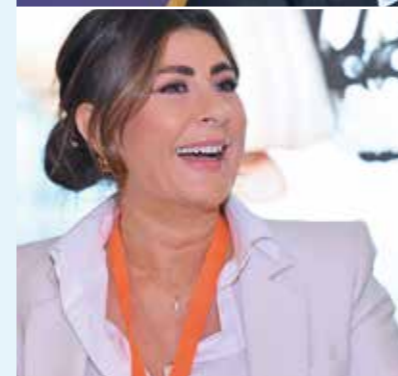
Wir veröffentlichen eine der umfangreichsten Sammlungen an akademischen Zeitschriften und Büchern und setzen uns dafür ein, Forschungsergebnisse für alle frei verfügbar zu machen. Mit unseren führenden Marken, auf die seit über 180 Jahren Verlass ist, bieten wir technologiegestützte Produkte, Plattformen und Dienstleistungen an.

So helfen wir Forschenden, neue Ideen zu entwickeln und ihre Entdeckungen zu teilen, unterstützen Gesundheitsfachkräfte dabei, auf dem neuesten Stand der medizinischen Forschung zu bleiben, und helfen Lehrenden, ihren Unterricht weiterzuentwickeln. Wir sind stolz darauf, den Fortschritt mitzugestalten.

Gemeinsam mit der globalen Forschungsgemeinschaft arbeiten wir daran, Wissen zu teilen und die Welt, in der wir leben, besser zu verstehen.

Weitere Informationen finden Sie auf
about.springernature.com und [@SpringerNature](https://twitter.com/SpringerNature)

SEIEN SIE DABEI



**SUPER
FRÜHBÜCHER
RABATT**
bei Buchung
bis 5. Juli 2025



Gesundheitskongress des Westens

**6. und 7. Mai
2026 | KÖLN**



◀ **Anmeldung und aktuelle Informationen im Internet!**

www.gesundheitskongress-des-westens.de

Kongressbüro +49 (0) 2234-95322-51 • info@gesundheitskongress-des-westens.de

Veranstalterin © WISO S. E. Consulting GmbH

DURCH DIE DIGITALEN HELFER VERRINGERT SICH VERSORGUNGSDRUCK FÜR DAS GANZE TEAM.

In etlichen Fällen waren die zehn Pilotpraxen schon vor dem Modellprojekt auf HÄPPI-Kurs. „Wir haben bereits im Vorfeld stark auf Delegation gesetzt“, sagt der Hausarzt Karl Stuff aus Donaueschingen. Seine Praxismanagerin Birgit Klausmann habe bereits vor HÄPPI mit dem Studium zur Primary Care Managerin (PCM) in Mannheim begonnen.

In der Praxis von Dr. Jan Fedorcak, seit 2021 als Hausarzt in Schwäbisch Hall niedergelassen, arbeitet seit wenigen Wochen eine PCM mit abgeschlossenem Studium. „Sie hat ihre eigene Infektsprechstunde, in die sich Patienten auch direkt online einbuchen können“, berichtet er. Die erweiterte Delegation sei eine zentrale Motivation für ihn gewesen, an HÄPPI teilzunehmen, so Fedorcak.

Sein positives Fazit: „Über 90 Prozent der Patientenfälle kann die PCM allein abarbeiten.“ Er habe dadurch mehr Zeit für Patienten mit komplexen Erkrankungsbildern.

NUR NOCH NOTFALLHAUSBESUCHE WERDEN VON ÄRZTEN GEMACHT

Angela Schweizer macht die weitgehende Delegation am Beispiel von Hausbesuchen deutlich. Im Prinzip würden nur noch Notfallhausbesuche von Ärztinnen und Ärzten gemacht. Die VERAHS absolvierten Routinehausbesuche, bei denen es viel um „Care“-Aspekte geht – beispielsweise, ob die Versorgung vor Ort oder die Medikation klappt.

DR. JAN FEDORCAK
Hausarzt in Schwäbisch Hall

DURCH HÄPPI KANN ICH MICH ZU 100 % AUF MEINE ÄRZTLICHE KERNKOMPETENZ KONZENTRIEREN.

Bei Karl Stuff wurde zusammen mit HÄPPI auch ein neues Praxisverwaltungssystem installiert – und ermöglichte einen Digitalisierungsschub. So habe sich etwa der digitale Telefonassistent bewährt. „Alleine, dass die Telefone nicht mehr pausenlos läuten, wirkt auf das Team stressentlastend.“ Der nächste Schritt werde ein KI-gestütztes Telefonsystem sein, das Anrufe in mehreren Sprachen verarbeiten kann. „Wir haben in der Praxis viele Patienten aus anderen Ländern“, berichtet Stuff.

RECALL-SYSTEM ALS ELEMENT EINER PRÄVENTIVEN MEDIZIN

Ebenfalls auf der To-do-Liste steht ein Recall-System. „Das ist ein wichtiges Element einer präventiven Medizin“, kommentiert Karl Stuff. Dann könne die Praxis Patienten rechtzeitig über Impfungen oder Früherkennungsuntersuchungen informieren. Im Mai oder Juni soll der entsprechende digitale Assistent an den Start gehen. Seine Praxismanagerin Birgit Klausmann formuliert eine zweifache Lernerfahrung aus dem Modellprojekt: „Mut zur Digitalisierung und vor allem Mut zur Übernahme ärztlicher Delegationen.“

In der Praxis von Angela Schweizer hat sich das Messenger-System als Teil des PVS bewährt, über den sie direkt mit Patienten kommunizieren kann. „Das ist administrativ eine große Entlastung.“ Aus Sicht von Jan Fedorcak sind die Vorteile der Digitalisierung so offensichtlich, „dass dieser Prozess aus meiner Sicht alternativlos ist“ – ob mit oder ohne Förderung durch HÄPPI.

KARL STUFF
Hausarzt in Donaueschingen

EINE ZENTRALE LERNERFAHRUNG AUS HÄPPI IST FÜR MICH: MUT ZUR DIGITALISIERUNG!

Das Modellprojekt und der damit einhergehende Digitalisierungs-Boost habe die Praxis „attraktiver für junge Kolleginnen und Kollegen“ gemacht, sagt Angela Schweizer. Das sieht Karl Stuff genauso: Dank HÄPPI könne er sich „zu 100 Prozent auf meine ärztliche Kernkompetenz konzentrieren“. Das sei auch für junge Kolleginnen und Kollegen attraktiv – die könnten sich „gerne mal unsere Praxis anschauen“.

BIRGIT KLAUSMANN
Praxismanagerin und PCM in der Arztpraxis Karl Stuff

DIE DELEGATION VON LEISTUNGEN IST DER EIGENTLICHE GAMECHANGER IN HÄPPI.

Weitere Hausbesuche würden von der Physician Assistant (PA) übernommen. „Im Bedarfsfall entscheide ich telefonisch ad hoc zusammen mit der PA, wie die weitere Versorgung des Patienten aussieht“, berichtet sie. Nur noch in rund zehn Prozent der Fälle sei ihre Präsenz vor Ort beim Hausbesuch geboten. Die Entlastung sei groß und – das ist ihr wichtig – „medizinisch absolut vertretbar“.

Die vor vier Jahren gegründete Praxis von Jan Fedorcak war von Anbeginn digital aufgestellt – inklusive Videosprechstunde, Online-Terminkalender und Messenger. So sind bei ihm 2.000 Termine allein im Zeitraum Oktober bis Dezember 2024 online gebucht worden. Doch nach Ende der Pilotphase hat er noch einen Self-Check-in in seiner Praxis installiert. Rund 40 Patienten würden sich aktuell pro Tag über dieses Terminal einbuchen.

DIGITALER TELEFONASSISTENT HAT SICH BEWÄHRT

Noch weiter ausbauen möchte er digitale Patientenformulare – diese seien erst zum Teil integriert worden. Doch schon jetzt bekomme beispielsweise ein Patient bei einer Gelbfieberimpfung gleich mit der Anmeldung ein digitales Aufklärungsformular zugeschickt, schildert Jan Fedorcak den Ablauf.

DR. ANGELA SCHWEIZER
Hausärztin in Kirchheim unter Teck

PRAXIS IST ATTRAKTIVER FÜR DEN NACHWUCHS GEWORDEN

Alle drei Praxen ziehen ein positives Fazit ihrer Teilnahme am Modellprojekt: „Durch die Professionalisierung des Teams werden wir besser und können rascher komplexe Patientenfälle versorgen“, zeigt sich Jan Fedorcak überzeugt.

MODELLPROJEKT HAUSARZTMEDIZIN VON MORGEN: WAS SICH IN DER PRAXIS BEWÄHRT HAT

BEIM HÄPPI-MODELLPROJEKT HABEN ZEHN HAUSARZTPRAXEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG DIE VERSORGUNG DER ZUKUNFT ERPROBT. DREI PRAXEN BERICHTEN DER ÄRZTE ZEITUNG VON IHREN ERFahrungen – UND ERLÄUTERN, WELCHE VERÄNDERUNGEN SICH BESONDERS GELOHNT HABEN.

STUTTGART. Ein theoretisches Konzept und seine praktische Ausführung müssen nicht immer deckungsgleich sein. Beim Modellprojekt HÄPPI (Hausärztliches Primärversorgungszentrum Patientenversorgung interprofessionell) des baden-württembergischen Hausärzterverbands gibt es diese Bruchkante offenbar nicht – das zeigen Nachfragen der Ärzte Zeitung bei drei der zehn Teilnehmer-Praxen.

Deutlich wird dabei auch: Die sechsmonatige Modellphase hat nicht gereicht für alle ursprünglich gewünschte Reformvorhaben. „Wir sind noch im ‚Flow‘ der Umsetzung“, berichtet Dr. Angela Schweizer vom „HausärzteHaus“ in Kirchheim unter Teck. Die Grippewelle im vergangenen Herbst mit vielen Personalausfällen habe die Erprobung von HÄPPI-Komponenten verlangsamt.

„DELEGATION IST DER GAMECHANGER“
Eines sei aber schon jetzt klar: „Die Delegation von Leistungen ist aus meiner Sicht der eigentliche Gamechanger“, sagt sie. In der Praxis sei man jede ärztliche Leistung durchgegangen: „Was können wir delegieren, was müssen wir selber als Ärztin oder Arzt machen?“

Jan Fedorcak

NEU-ISENBURG. Die Debatte um mögliche Rosinenpicker bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten per Videosprechstunde tobt: Erst vor ein paar Tagen haben sich gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Bewertungsausschuss auf neue Regeln und Obergrenzen für die Behandlung von Patienten per Videosprechstunde geeinigt. Demnach werden die Spielräume für Praxen erweitert, regelmäßig behandelte Patientinnen und Patienten ausschließlich per Video zu betreuen. Bei Patienten, die seit längerer Zeit die Praxis nicht aufgesucht haben oder gänzlich unbekannt sind, bleibt dagegen eine Obergrenze von 30 Prozent. Ergebnisse einer aktuellen Umfrage im Auftrag des Plattformanbieters TeleClinic deuten darauf hin, dass Online-Arztbesuche langsam zu einem Teil der Normalität werden, nachdem es während der Pandemie einen regelrechten Boom gegeben hatte und danach die Zahlen wieder deutlich zurückgegangen waren. Laut repräsentativer

Umfrage haben 12 Prozent der Menschen in Deutschland „schon einmal Videosprechstunden bzw. einen Online-Arzt genutzt“. Also etwa jeder achte Deutsche.

HOHER ANTEIL VON PATIENTEN MIT TELEMEDIZIN-ERFAHRUNG IN HAMBURG

Im Februar 2025 befragte TeleClinic in Zusammenarbeit mit YouGov nach eigenen Angaben rund 2.100 Personen zu ihrer Meinung über telemedizinische Angebote. Bei Menschen im Alter zwischen 18 und 44 Jahren liegt der Anteil der Videosprechstunden-Nutzer bei 20 Prozent, bei Menschen im Alter über 55 Jahren geht dieser Anteil dann deutlich zurück (acht Prozent). Regional ist die Nutzung von Online-Arztbesuchen sehr unterschiedlich verteilt: In Hamburg beispielsweise haben 28 Prozent der Befragten schon einen Online-Arzt besucht, in Berlin 20 Prozent. In Sachsen-Anhalt dagegen liegt dieser Anteil erst bei sieben Prozent, in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen bei zehn Prozent.

Von den Telemedizin-Nutzern geben laut Umfrage 41 Prozent an, „insgesamt zufriedener mit der Videosprechstunde als mit traditionellen Arztbesuchen“ zu sein – vor allem Flexibilität und Zeitersparnis werden geschätzt. 43 Prozent der Online-Arztbesucher sehen laut Umfrage das verringerte Infektionsrisiko als Vorteil, 53 Prozent loben, dass keine Anfahrt erforderlich sei.

Pickt Teleclinic sich die Rosinen aus der hausärztlichen Versorgung heraus, Herr Simon und Herr Spieren? Hemmschwellen für Online-Arztbesuche sind vor allem der fehlende persönliche Kontakt, 53 Prozent bevorzugen diesen laut Umfrage im Vergleich zur Videosprechstunde. 19 Prozent halten Fernbehandlungen generell für unnötig. Der Informationsbedarf zum Thema ist zumindest bei einem relevanten Anteil der Befragten hoch: 17 Prozent von ihnen hätten gerne eine bessere Aufklärung über den Ablauf der Videosprechstunden, 14 Prozent würden sich einen einfacheren Zugang zur Technik wünschen.

ELECLINIC-GESCHÄFTSFÜHRER: „STRUKTURSCHWACHE REGIONEN BENACHTEILIGT“

Der Anbieter einer Plattform für Videosprechstunden TeleClinic sieht sich durch die selbst beauftragte Studie bestätigt in seinen Forderungen, die Obergrenzen für die Online-Behandlung von unbekannten Patientinnen und Patienten aufzuheben. „Viele Ärztinnen und Ärzte sehen in Videosprechstunden eine Chance, bestehende Versorgungslücken zu schließen und möchten dieses Angebot ausbauen. Allerdings bremsen regulatorische Einschränkungen und bürokratische Hürden dieses Potenzial aus“, klagt Benedikt Luber, Geschäftsführer von TeleClinic laut Mitteilung des Unternehmens.

Das Problem sei, dass sich trotz der scheinbaren Lockerung der Spielraum für Telemedizin mit den neuen Regeln sogar verschärfe. Dabei sei vor allem ein Problem, dass Videosprechstunden regional sehr unterschiedlich genutzt werden – allerdings überregional stattfinden. Die Folge sei, so Luber, dass „die neuen Obergrenzen ländliche und strukturschwache Regionen benachteiligen, in denen Telemedizin eine Schlüsselrolle spielt“.

IN CORONA-ZEITEN HABEN ES VIELE „MAL AUSPROBIERT“, ABER ALLMÄHLICH KOMMEN VIDEOSPRECHSTUNDEN ALS MÖGLICHKEIT, EINEN ARZT ODER EINE ÄRZTIN ZU KONSULTIEREN, IN DER ALLTAGSVERSORGUNG AN. EINE AKTUELLE UMFRAGE ZEIGT, WIE VIELE PATIENTEN DAS ANGEBOT NUTZEN, WO ES HAKT UND WO NUTZER DIE STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DIESER BEHANDLUNGSFORMEN SEHEN.

Von Hauke Gerlof

ONLINE-ARZTBESUCHE

WERDEN LANGSAM ZU EINEM TEIL DER NORMALITÄT

In der Diskussion über die Digitalisierung für das Gesundheitswesen hat sich etwas geändert: Selten wurde zuletzt so wenig über „Tools“ und so viel darüber gesprochen, dass es Konzepte für eine digitalisierte Versorgung braucht, wie zuletzt. Zum Beispiel auch bei der Gesundheits-IT-Messe DMEA. Es sei, so TK-Chef Jens Baas in Berlin, „naiv“, darauf zu hoffen, dass aus digitalen Einzelbausteinen „auf wunderbare Weise ein guter Versorgungsprozess entsteht.“ Wohl wahr.

NEUE TELEMEDIZINQUOTEN LÖSEN KEIN PROBLEM

Baas und auch KBV-Vorständin Sibylle Steiner schwebt vor, dass die Selbstverwaltung digital hinterlegte Versorgungsprozesse gemeinsam definiert – ohne dass die Politik reinredet. Die Frage ist, ob sie das schafft. In unglücklicher zeitlicher Koinzidenz wurde während der DMEA bekannt, dass sich die Spitzenverbände auf die neuen EBM-Regeln für die Telemedizin geeinigt haben. Künftig können bei Patienten, die in den letzten drei Quartalen vor Ort in der Praxis waren, bis zu 50 Prozent aller Leistungen telemedizinisch erbracht werden, bei allen anderen ist die Quote 30 Prozent. Bisher galt eine pauschale 30-Prozent-Quote für alle Patienten.

TRITT VORS SCHIENBEIN NICHT CHRONISCH KRANKER PATIENTEN

Was auf Anhieb wie Fortschritt klingt, ist tatsächlich ein Tritt vors Schienbein nicht chronisch kranker Patienten, die Telemedizin nutzen, weil sie keinen zeitnahen Arzttermin bekommen. Und es ist ein Tritt vors Schienbein all jener Praxen, die bereit sind, diese Versorgungslücke zu schließen. Telemedizinische Rosinenpickerei zu erschweren und Arztpraxen vor Ort zu schützen, sind legitime Anliegen. Warum aber geschieht das per Verbot, statt zum Beispiel positive Anreize dafür zu schaffen, dass eine Weiterbehandlung auch wirklich gewährleistet ist, wenn sie erforderlich sein sollte? Aber, hey, könnte man einwenden: Wenn ich Diabetes habe, kann ich doch bald ins neue eDMP Diabetes. Und wenn ich einen komi-

schen Hautbefund habe, kann ich bei Herrn Baas – also über die TK – ein Telekonsil bekommen. Was auch wirklich nicht schlecht ist. Das läuft dann über eigene Vertragskonstruktionen, kurz: Selektivverträge.

WO IST DER SELEKTIVVERTRAG FÜR HARNWEGSINFEKTIONEN?

Aber: Wo genau ist der Selektivvertrag für orthopädische Leiden, Harnwegsinfektionen, Reizdarm, Angststörungen oder so viele andere Indikationen? Glaubt wirklich jemand, dass sich medizinische Versorgung in digitalen Zeiten mit einer Mischung aus eDMP für Chroniker und EBM-Keule plus Selektivvertrags-Zuckerbrot für Nicht-Chroniker gestalten lässt? Um fair zu bleiben, die Verantwortlichen glauben das mehrheitlich selbst nicht. Doch was ist die Alternative? Zumindest an den technischen Komponenten einer digital hinterlegten Versorgung kann es nicht erst seit dieser DMEA wenig Zweifel mehr geben. Sie lauten Portale, Triage-Systeme, ePA und TI-Messenger. Die gilt es jetzt für die Versorgung nutzbar zu machen, ohne dass die Versorger, die bereit sind, Patienten vor Ort zu sehen, verdrängt werden. Und ohne ein Bürokratie-Monstrum, bei dem Spitzenverbände, G-BA-Chefs und/oder eine neue Stabsstelle Versorgung bei der gematik anfangen, irgendwelche hybriden Versorgungspfade am Reißbrett zu definieren. Bei den Portalen braucht es entweder ein reines 116 117-System – die 116 117 ist vermutlich die erste Telefonnummer, die es je in einen Koalitionsvertrag geschafft hat. Oder, wenn viele Portale nebeneinander existieren sollen, einheitliche Regeln, sonst macht jeder, was er will. Die Portale müssten zwischen „akut“ und „weniger akut“ und zwischen geeignet und ungeeignet für Telemedizin triagieren können. Das ist nicht einfach, es wird nicht rein digital gehen, aber ohne Digitalisierung geht das auch nicht.

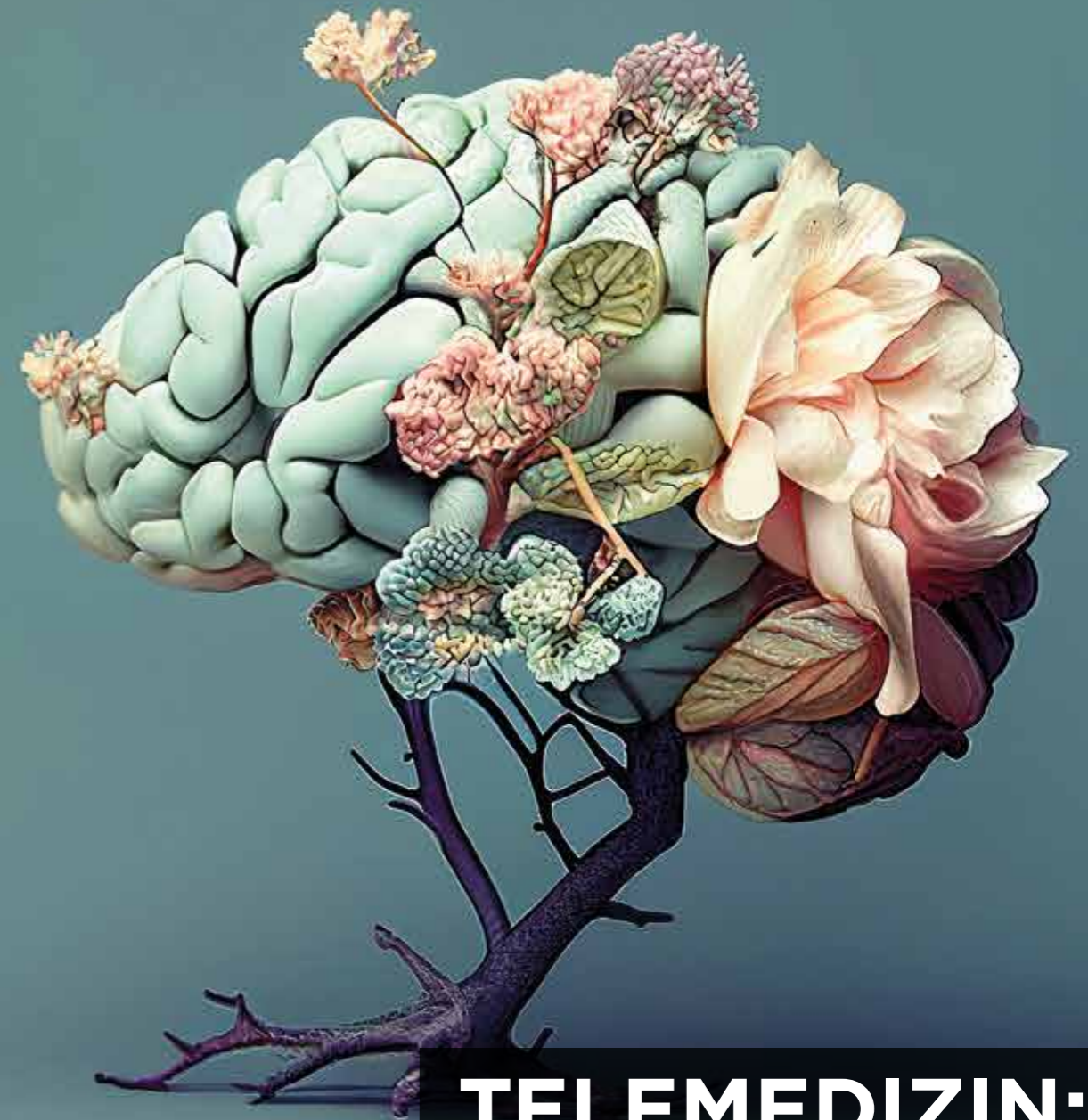
TELEMEDIZINER IN DIE VERANTWORTUNG NEHMEN, NICHT AUSBREMSEN! Wird Richtung Telemedizin triagiert, darf das nicht an willkürlich festgelegten Quoten scheitern. Regionale Priorisierung – in der

neuen Telemedizinvereinbarung vorgesehen – kann helfen, regionale Exklusivität hilft nicht. Gleichzeitig darf sich ein Tele-Arzt aber auch nicht einfach aus der Affäre ziehen, wenn es komplizierter wird. Er sollte für eine gegebenenfalls nötige Weiterversorgung zuständig sein. Er sollte dann aber auch – wie jeder andere Arzt – das Recht haben, diese Versorgung relativ frei zu orchestrieren. Hierbei kann Technik helfen. Unter der Annahme, dass Versicherte künftig über ihre persönliche TI-Messenger-Adresse zuverlässig erreichbar sind, könnte ein Portal wie 116 117 einen Termin vermitteln. Diese Terminvermittlung würde einen TI-Messenger-Kommunikationskanal zwischen Patient und Zielpraxis etablieren, über den der jetzt zuständige „Tele-Primärarzt“ unbürokratisch einen ePA-Zugang erhält. Unter der Voraussetzung, natürlich, dass die Praxen dann auch an das TIM-System angeschlossen sind.

TEMPORÄRE VERSORGUNGSNETZWERKE ÜBER TIM?

Ist mehr Expertise nötig, wird nach Art einer WhatsApp-Gruppe über den TI-Messenger ein temporäres Versorgernetzwerk aufgesetzt, dem dann – orchestriert vom koordinierenden Tele-Primärarzt – andere Leistungserbringer beitreten. Das kann Hausarzt, Radiologe oder Labor vor Ort sein, aber auch die Spezialistin für Gendefekte auf Chromosom 14 oder der Kinderkardiologe 300 Kilometer entfernt. Das alles so auszutarieren, dass wir nicht in einer Welt landen, in der Ärzte im Home Office Geld scheffeln, während Kollegen, welche Patienten live sehen, darben, wird die große Kunst. Es gilt, über die Honorierung balanciert zu steuern. Und es gilt, der Versuchung zu widerstehen, jede Indikation im Detail zu regulieren.

ALLES VÖLLIG UTOPISCH? VIELLEICHT. ABER IMMER NUR SAGEN, WAS NICHT GEHT, REICHT HALT AUCH NICHT.



TELEMEDIZIN:

IMMER NUR SAGEN, WAS NICHT GEHT, REICHT NICHT

MIT EPA UND TI-MESSENGER
KÖNNTE DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN IM PRINZIP
IN DIE DIGITALE ZUKUNFT STARTEN.
WAS SCHMERZHAFT FEHLT, IST EINE POSITIVE VISION
FÜR EINE DIGITAL HINTERLEGTE VERSORGUNG.

NAHEZ DATEE FAKTE Z HSK Z

HAUPTSTADT
KONGRESS/25

149

AUSSTELLER

700

SITZPLÄTZE
IN DER ARENA

FAST 50%

DER TEILNEHMER
SIND WEIBLICH

91

VERANSTALTUNGEN

4.000 m²

AUSSTELLUNGSFLÄCHE

MEHR ALS
5.000

BESUCHER

460

REFERENTINNEN UND
REFERENTEN

MEHR ALS 50%

DER CA. 2.000 KRANKENHÄUSER UND KLINIKEN
DEUTSCHLANDS SIND DURCH DEN JEWELIGEN
VORSTAND, DIE GESCHÄFTSFÜHRUNG,
DIE ÄRZTLICHE LEITUNG UND/ODER
DIE PFLEGELEITUNG VERTRETEN

Der Mensch im Mittelpunkt.

Besuchen
Sie uns:
Stand 132

Hauptstadtkongress 2025

Eat & Talk-Veranstaltungen an unserem Stand

MITTWOCH, 25. JUNI 2025

12:15-12:45 Uhr KI in der Medizin –
Revolution oder Marketing?
VIP-TALK

15:45-16:15 Uhr Medizinische Versorgung im
Verbund der KNAPPSCHAFT:
Qualität und Wirtschaftlichkeit
durch Patientensteuerung

DONNERSTAG, 26. JUNI 2025

10:45-11:15 Uhr RV Fit Flex – flexible Prävention
im betrieblichen Setting

13:15-13:45 Uhr Strukturen, Strategien und
Versorgung im Verbund –
Buchvorstellung der
Knappschaft Kliniken

 **KNAPPSCHAFT**
für meine Gesundheit!

 **KNAPPSCHAFT
KLINIKEN**

IMPRESSUM

HERAUSGEBER
WISO S. E. Consulting GmbH
Heidelberger Platz 3
14197 Berlin
T. +49 (0)30 82787-5339
info@wiso-consulting.de
www.wiso-consulting.de

PRODUKTION
vierC print+mediafabrik GmbH & Co. KG
Gustav-Holzmann-Straße 2
10317 Berlin

HSK
HAUPTSTADT
KONGRESS/25

SAVE THE DATE



23.-25.06.2026

