



7. APOLLON Symposium der Gesundheitswirtschaft **Gesundheitsversorgung zwischen vernetzen und verstricken**

Das 7. APOLLON Symposium der Gesundheitswirtschaft nahm das deutsche Gesundheitssystem in den Fokus. Unter dem Titel „Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft?“ erörterten Teilnehmer aus Wissenschaft, Unternehmen, Verwaltung, Gesundheitswirtschaft und Studierende die aktuelle Situation sowie Zukunftsperspektiven. Rund 200 Besucher aus dem deutschsprachigen Raum nahmen am 13. November 2015 an dem Branchenforum im Bremer Swissôtel teil. Veranstalter war die APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

Die Teilnehmer konnten sich in vier Impulsvorträgen sowie einer Podiumsdiskussion informieren und sich an vier zeitgleich stattfindenden Foren beteiligen. Ergänzend präsentierten sich Firmen, Verbände und Vereine im Foyer auf einer Branchenbörse während der gantztägigen Veranstaltung. In der angrenzenden APOLLON Hochschullounge trafen sich Studierende, Absolventen, Dozenten und Besucher zum Austausch über die Bildungsangebote der Fernhochschule. Am Nachmittag prämierte die Hochschule erstmals die sechs besten Bachelor- und Master-Abschlussarbeiten aus den Jahren 2014 und 2015 mit dem „APOLLON Studienpreis“.

1

Prof. Dr. Bernd Kümmel eröffnete das Symposium rückblickend auf das zehnjährige Bestehen der Hochschule: „Wir haben ein Bildungsangebot geschaffen, das es so vorher nicht gab“, freute sich der Präsident der APOLLON Hochschule. Seit Beginn sei die Zahl der Studierenden und Professoren rasant gestiegen. Allein von Januar bis Oktober 2015 hätten 103 Studierende einen akademischen Abschluss erzielt. Zum dritten Mal nacheinander sei die APOLLON Hochschule zur beliebtesten Fernhochschule Deutschlands gewählt worden. Nach dem 2015 erfolgreich angelaufenen Studiengang „Angewandte Psychologie“ werde ab Februar 2016 mit dem Bachelor „Sozialmanagement“ ein weiterer Studiengang starten. Eine besondere Bestätigung für die zurückliegende Arbeit sei die Akkreditierung der Hochschule durch den Wissenschaftsrat, mit der die Zulassung bis 2020 gewährleistet und viel Vertrauen in die Hochschule gesetzt werde.

Effektiver und patientenfreundlicher

Mit dem diesjährigen Thema greife das Symposium eine zentrale Frage der zukünftigen Gesundheitsversorgung auf, sagte **Professor Dr. Eva Quante-Brandt** in ihrem **Grußwort**. Die Bremer Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz will sich für ein effektives und patientenfreundliches Gesundheitssystem einsetzen. „Es muss mehr vom Patienten her gedacht werden“, äußerte sich Quante-Brandt überzeugt. Dafür müsse vor allem die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsakteuren verbessert werden, um Doppeluntersuchungen oder Probleme bei den Versorgungsabläufen zu vermeiden. Die Branche stehe angesichts des demografischen Wandels, der Integration von Migranten und einer zunehmend ambulanten Gesundheitsversorgung vor wachsenden Herausforderungen. „Ich bin aber guter Dinge, dass dies in Bremen gelingt, weil wir gute Akteure in Gesundheitswesen, Wissenschaft und Praxis haben“, so Quante-Brandt.



Unser Gesundheitssystem – international verglichen

Zu Beginn der Vortragsrunde beschrieb **Prof. Dr. Klaus Jacobs**, Geschäftsführer am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO), Berlin die aktuelle Situation unseres Gesundheitssystems. In seinem **Impulsreferat** zeigte er Qualitäts- und Effizienzdefizite der deutschen Gesundheitsversorgung auf. Allen voran kritisierte der Volkswirt die stetige Kostensteigerung. Sie führe auch 2016 zu Erhöhungen der Beiträge für gesetzliche Krankenversicherungen (GKV). Allein für das laufende Jahr rechne man mit einem Defizit von 11 Milliarden Euro zwischen Einnahmen und Ausgaben, Tendenz steigend. Politiker begründeten dies oft mit dem medizinischen Fortschritt und der hohen Qualität des deutschen Gesundheitssystems. Doch Jacobs widerspricht mit Blick auf Statistiken der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): „Die Qualität unserer Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich ist bestenfalls durchschnittlich.“ So hätten 65-Jährige in Deutschland statistisch weniger gesunde, beschwerdefreie Jahre vor sich als die meisten anderen Europäer. Im Unterschied zu den Nachbarländern sei die Ärztedichte mit 4,1 Medizinern pro 1.000 Einwohner hoch. Aber es bestünden große regionale Unterschiede: Während in ländlichen Regionen Hausärzte fehlten, seien Großstädter überversorgt. In manchen Gebieten Ostdeutschlands würden Diabetespatienten fünfmal häufiger stationär behandelt als in vergleichbaren westlichen Landkreisen. Für Jacobs ist das ein Hinweis auf vermeidbare Krankenhausaufenthalte, die es zu analysieren gelte.

2

Effizienz und Qualität sind kein Gegensatz

Für diese Effizienz- und Qualitätsdefizite sieht Jacobs zwei Hauptursachen: zum einen die sektoral zersplitterte Versorgungslandschaft. „Für jedes Organ ist ein anderer Spezialist zuständig und die Pflege steckt irgendwo dazwischen“, überspitzte der Gesundheitssystemforscher. Ein solches Strukturproblem erschwere die Gesundheitsversorgung schon seit Jahrzehnten, sei angesichts der Zunahme älterer und multimorbider Patienten aber kaum noch zu organisieren. Die zweite Ursache sieht der Volkswirt im unwirtschaftlichen Betriebswesen mit „atomistischen Strukturen“, anstelle einer Vernetzung der Akteure untereinander. „Wer in Ratingen eine Knieendoprothese bekommen soll, findet im Umkreis von 30 Autominuten 68 Krankenhäuser, die diese Operation anbieten“, verdeutlichte Jacobs die Krankenhausdichte in Nordrhein-Westfalen. Viele kleinere Kliniken seien nicht mehr notwendig. Der Bettenabbau müsse vorangetrieben werden. Kliniken, die sich auf bestimmte Leistungen spezialisierten, erzielten oft eine bessere Behandlungsqualität. Denn „Qualität und Wirtschaftlichkeit sind kein Gegensatz“, so Jacobs überzeugt. Ein Hemmnis für die notwendige Umstrukturierung mit neuen Versorgungsformen seien „die Platzhirsche des Gesundheitssystems“, glaubt Jacobs und meinte damit einflussreiche Vertreter sektoraler Anbieterverbände wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die sich gegen Änderungen stellten. Er plädiert dafür: „Im deutschen Gesundheitssystem muss sich etwas ändern!“

Status quo und quo vadis

Darin stimmte **Professor Dr. Volker Amelung** seinem Vorredner durchaus zu. In seinem **Impulsreferat** stellte der Schwerpunktprofessor für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) den Status quo und Wege zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vor. Zunächst müsse geklärt werden: Wo stehen wir und wo wollen wir hin? Soll das System kollektivvertraglich oder wettbewerblich sein? Außerdem gelte es, bevorstehende Herausforderungen zu berücksichtigen. Amelung zählte dazu neben der demografischen Entwicklung, der Zunahme altersbedingter Erkrankungen und psychischer Leiden auch den Ärztemangel auf dem Land. „Wir bilden Akademikerkinder aus Blankenese zu Spezialisten



aus und suchen Hausärzte für die Uckermark. Das funktioniert nicht“, verbildlichte Amelung. Da sei es nicht verwunderlich, dass die OECD hierzulande große Defizite bei der Koordination der Gesundheitsversorgung feststelle. Als Belege für den Reformstau nannte der Betriebswirt auch veraltete Abrechnungssysteme, mangelnde Digitalisierung und den überfälligen Abbau von Überkapazitäten. Das Kernproblem sei jedoch: „Wir denken in starren Strukturen, jeder Leistungserbringer arbeitet separat vom anderen und der Patient muss sich dem System anpassen.“ Doch wie ändert man das?

Wege zur Weiterentwicklung

„Wir müssen mehr in Prozessen denken“, betonte Amelung. Mögliche Strukturen, Instrumente und Ziele der integrierten Versorgung (IV) seien bekannt. Die Frage sei eher: Wie tief und wie breit soll die Integration im System greifen und wie kann eine sektor-übergreifende Versorgung regional aussehen? Ebenso wie Jacobs forderte Amelung eine Abkehr vom eindimensionalen zentralisierten Denken. In der Schweiz würden beispielsweise regionale Unterschiede stärker berücksichtigt. Auf dem Land seien auch bei uns Ärztenetze und Telemedizin sinnvoll, in Kleinstädten Gemeinschaftspraxen und Krankenhäuser mit Grundversorgung, in Großstädten dagegen auch größere Zentren bis hin zu Universitätskliniken. Doch in der Realität, meinte Amelung, „plätschert die Umsetzung der integrierten Versorgung bei uns dahin.“ Als Möglichkeit, dies zu verändern, schlägt er die Einbeziehung gegenwärtiger Trends wie die Akademisierung der Gesundheitsberufe, die Digitalisierung und eine stärkere Einstellung auf die Lebensweise der jungen „Generation Y“ vor. Vor allem aber brauchen wir mehr Innovation, ist Amelung überzeugt. Dabei gehe es nicht darum, ständig Neues zu entwickeln, sondern Innovationen aus Pilotprojekten in die Regelversorgung einzubringen. Andere Länder seien uns hier einige Schritte voraus. Amelung begrüßt daher den im Versorgungsstärkungsgesetz verankerten Innovationsfonds, aus dem jährlich 300 Millionen Euro für innovative Versorgungsprojekte und die Versorgungsforschung fließen sollen. Wer die Entwicklung zukünftig jedoch steuern, durch welche Triebfeder sie vorangebracht und wer dabei eingebunden sein sollte – darüber ergab sich anschließend eine rege Diskussion mit offenem Ergebnis.

3

Von der Vision zur Wirklichkeit

Hieran anknüpfend erörterte **Professor Dr. Josef Hilbert**, wie sich die Förderung von Innovationen in der Praxis auswirkt. Der Direktor des Instituts Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen ging vor allem auf regionale Verbundprojekte ein. In seinem **Impulsreferat** stellte er dazu die Entwicklung des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR) dar, das vor 15 Jahren mit vielen Visionen gegründet wurde. Die Idee des Netzwerks: unterschiedliche Regionen durch Innovationen auf Spezialgebieten wie Telemedizin, Gesundheit am Wohnort oder Life Sciences als Zukunftsstandorte in der Gesundheitsbranche zu profilieren. Der Gesundheitssektor galt mit über sechs Millionen Beschäftigten, rund 300 Milliarden Euro Jahresumsatz und seinem Einsatzgebiet für Hightech als größte und zukunftsweisendste Branche der deutschen Wirtschaft, skizzierte Hilbert die Ausgangslage. Studienergebnisse hätten dem hightech-orientierten System Potenzial für mehr Gesundheit und Lebensqualität, Wachstum sowie Beschäftigung attestiert. Und tatsächlich: „Der Ideenfunke hat in den Gesundheitsregionen gezündet“, freute sich Hilbert als Sprecher des NDGR e. V. Die Bundes- und Landesregierungen hätten viel Geld in Förderprogramme investiert und Innovationen in den Regionen angeschoben.



Positives Beispiel sei der Westdeutsche Teleradiologieverbund, bei dem Mediziner einfach, schnell und sicher (Röntgen-)Bilder untereinander austauschen und die Patientenversorgung von 5,5 Millionen Bewohnern verbessern. Hierbei sei es gelungen, die Interessen von fast 200 Akteuren zusammenzuführen. „Solch ein Regionalpakt macht Sinn und funktioniert“, betonte Hilbert.

Vorreiter in Forschung – Nachzügler in Anwendung

Doch als Gegenbeispiel nannte er Telemedizin-Innovationen, die sich teilweise als „riesen Rohrkrepierer“ erwiesen. „Wir waren die Ersten in der Erforschung, aber bei der Umsetzung werden wir international abgehängt“, bedauerte er. Zu selten gelangten neue Technologien in die Regelversorgung. Die Hauptursache sieht der Soziologe bei kritischen „Bremsern“, die eine Zukunftsfähigkeit des Systems hemmen, weil sie eine sozialverträglichere Gesundheitswirtschaft abfordern. In dieser Hinsicht bezeichnete Hilbert unser Gesundheitssystem als krankhaft: „Wir leiden unter Soziosklerose.“ Schließlich brauche auch eine soziale Gesundheitswirtschaft Innovationen. Er glaubt sogar, dass ein Ausbau der Gesundheitsversorgung sozial unerlässlich und wirtschaftlich verträglich ist. An der Vision der Gesundheitsregionen als regionale Innovationsmotoren hält Hilbert fest. Was die Umsetzung angeht, müsse man derzeit einmal innehalten und neu nachdenken. „Mehr Gesundheit wagen ist möglich, aber es ist noch ein langer Weg“, lautete sein Fazit.

Alltag ist anders als Theorien

Zum Weiterdenken regte viele Teilnehmer auch der Vortrag von **Professor Dr. Stefan Bestmann** an. Der Vorstand des Deutschen Instituts für Kinder- und Jugendgesundheit e. V., Berlin versetzte die Teilnehmer während seines **Impulsreferats** dafür in die Welt von Behörden und Ämtern. Der Sozialarbeiter und Erziehungswissenschaftler konfrontierte sie mit der Situation einer Kollegin vom Jugendamt, in der ein alleinerziehender Vater mit sieben Kindern nach Unterstützung suchte. Für die Kollegin habe sich bei dem Fall ein völlig intransparentes Durcheinander ergeben. Erst bei einem Treffen aller Involvierten am runden Tisch zeigte sich, dass bis zu 26 professionelle Mitarbeiter wegen Hilfsleistungen, Förderungen oder Anträgen in den unterschiedlichsten Bereichen mit dem Fall des alleinerziehenden Vaters zu tun hatten. Teilweise hätten sie nichts von den Aktivitäten anderer Mitarbeiter gewusst oder sie nicht einmal gekannt. Dies sei ein typisches Beispiel dafür, dass Profisysteme in unserem Sozialwesen weder miteinander noch mit dem „System Familie“ abgestimmt seien. Die größte Gefahr sieht Bestmann darin, dass gesteckte Ziele im Alltag oft nicht funktionieren. Hilfsbedürftige fühlten sich häufig nicht ernst genommen, wenn sich Profis nur mit einem Teil des Alltags beschäftigten. Schließlich sei das „Schnittstellenmanagement“ die schwierigste Aufgabe. Selbst Vater von fünf Kindern, wusste Bestmann, wovon er redete ...

Hilf mir, es selbst zu tun!

„Wir müssen die hilfeschuchenden Menschen einladen, selbst am Prozess teilzunehmen“, lautet daher Bestmanns Strategie. In unserem Fürsorgesystem sind wir viel zu sehr auf Probleme und Defizite ausgerichtet, erklärte er. Ziel müsse es vielmehr sein, sich am betroffenen Menschen zu orientieren. Man müsse herausfinden, was die Leute wollen, ihre Ressourcen erkennen und sie befähigen, diese einzusetzen. Man müsste sie dazu aktivieren, einen gelingenden Alltag selbstbestimmt zu ermöglichen. Im besten Fall laufe dies nach dem von Maria Montessori formulierten Prinzip: „Hilf mir, es selbst zu tun.“ Im Rahmen einer koordinierten Kooperation der professionellen Mitarbeiter könne man mehr Themen gleichzeitig bearbeiten und auch komplexen Situationen gerecht werden. Dazu müssten die Profis sich jedoch umorientieren und den Blick vom Fall zum (Um-)Feld des Hilfeschuchenden ausrichten. Optimal wäre es, wenn nicht die Angebote den Bedarf bestimmten wie bisher, sondern die Behörde sich der jeweiligen Ausgangslage stelle – weg vom üblichen Denken in



Förderangeboten und Finanzierungstöpfen. Mehrere Teilnehmer und Referenten lobten Bestmann für seine Ausführungen und schlossen sich einer lebhaften Diskussion über Parallelen und Unterschiede zur Gesundheitsbranche an. Viele der Anwesenden nahmen davon Anregungen für den eigenen Berufsalltag mit.

Alle reden von Vernetzung – aber keiner macht mit

Um die vernetzte Versorgung aus der Sicht der Leistungserbringer ging es auch im gut besuchten **Forum 1**. Dr. Michael Philippi, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG in Ismaning, ging auf Hintergründe und Schwierigkeiten ein: „Deutschland hat ein einzigartiges System der kleinteiligen Gesundheitsversorgung.“ Die Politik habe darauf zwar mit einer Vielzahl von Gesetzen reagiert, doch kaum ein Akteur setze diese Gesetzesflut um. In der Praxis hieße das: „Alle reden von Vernetzung, aber keiner macht mit“, meinte Philippi. Die Akteure scheuten Erfordernisse wie Transparenz, Abgabe von Eigenverantwortung und eigene Investitionen. Trotz dieser Hemmfaktoren ist Philippi sicher: „Keiner will die vernetzte Versorgung, aber sie kommt!“ Als größten Treiber sieht er die Ökonomie, den Fachkräftemangel und eine ebenso anspruchsvolle wie kritische Patientengeneration in der Zukunft. Dr. Bernd Köppl, Vorsitzender des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ), beschrieb insbesondere die Entwicklung ambulanter Netzwerke innerhalb der letzten 15 Jahre. Kennzeichnend dafür seien der Anstieg von ärztlichen Kooperationen etwa in MVZ oder Berufsausübungsgemeinschaften, die Zunahme von angestellten Ärzten und die fortschreitende Feminisierung des Arztberufs. Neue Herausforderungen seien der Arztmangel auf dem Land sowie die (Weiter-)Entwicklung der kooperativen Medizin in Trägernetzwerken in Abstimmung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

5

Der Mensch im Mittelpunkt

Im **Forum 2** standen Patienten, Versicherte und Bürger im Mittelpunkt der Diskussion. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG, stellte die Gesundes Kinzigtal GmbH als Best-Practice-Beispiel für ein integriertes Versorgungskonzept im Regionalverbund vor. Das Geschäftsmodell vereint einen Public-Health-Ansatz für die Region mit einem Investment in den Gesundheitssektor. Hildebrandt verdeutlichte dabei die Entwicklung, Vorgehensweise und Evaluation dieses „Leuchtturmprojekts“. Im Ergebnis zeigten sich nach seinen Worten eindeutige Vorteile für alle Partner, also für Patienten, Bürger, Krankenkassen und Leistungserbringer gleichermaßen. Julia Röttger, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin, konzentrierte sich in dem folgenden Vortrag auf die Patientenorientierung in Gesundheitssystemen. Sie stellte Ergebnisse aus einer bundesweiten Befragung von über 15.000 chronisch kranken Versicherten der Techniker Krankenkasse vor. Die Wissenschaftler wollten dabei wissen, wie ausgewählte chronisch Erkrankte ihre Gesundheitsversorgung bewerten. Am meisten Kritik hätte diese Patientengruppe demnach über lange Wartezeiten, schlechte Koordination des Behandlungsablaufs und den fehlenden Austausch von Therapeuten untereinander geäußert. Hausärzte würden gerade bei diesen Punkten und wegen der positiven Kommunikation besser als Fachärzte beurteilt.



Wir wollen mehr Pflege wagen

Die Teilnehmer im **Forum 3** beschäftigten sich mit der Pflege im Rahmen der integrierten Versorgung. Professor Dr. Manfred Hülsken-Giesler, Professor für Gemeindenahe Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, gab einen Überblick über die aktuelle Lage in Deutschland. Obwohl Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen seit 2007 in die integrierte Versorgung einbezogen werden könnten, spiele die Pflege bisher eine untergeordnete Rolle. Als Begründung nannte der Pflegewissenschaftler den überwiegenden Fokus auf medizinische Projekte, die zögerliche Teilhabe pflegender Berufe und eine stärkere Ausrichtung auf therapeutische statt pflegerische Maßnahmen („cure statt care“). Dabei gäbe es durchaus Einsatzbereiche. Etwa bei der Entlassung von Patienten mit hohem Pflegebedarf aus dem Akutkrankenhaus. Dies verdeutlichte Mathias Fünfstück, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, in seinem Vortrag: An ein Akutkrankenhaus angegliederte Pflegebetten, die enge Zusammenarbeit mit einem ambulanten Pflegedienst oder einer stationären Pflegeeinrichtung mit ärztlicher Versorgung könnten im Rahmen der integrierten Versorgung sinnvoll wirken. So könnte die Fehlbelegung mit pflegebedürftigen Patienten ohne Bedarf an kurativen Maßnahmen im Krankenhaus vermieden und die Nachsorge nach verkürzter Verweildauer in Kliniken übernommen werden. Viele Beteiligte begrüßten die Vorschläge in der anschließenden Diskussion und betonten auch in anderen Zusammenhängen die Notwendigkeit, den Pflegebereich zukünftig stärker in die integrierte Versorgung einzubinden.

6

Prävention: Von der Politik in die Praxis

Schwerpunktthema im **Forum 4** war die Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen und deren Vernetzung. Dr. Frank Lehmann, Referatsleiter bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln, beschrieb Prinzipien und Qualitätsmerkmale der modernen Gesundheitsförderung. Außerdem benannte der Mediziner Herausforderungen sowie Chancen, die sich im Zuge des neuen Präventionsgesetzes dafür bieten. Als Good-Practice-Standard stellte er den an Lebenswelten orientierten Ansatz zur Gesundheitsförderung vor. Ziel einer BZgA-Initiative sei die Einrichtung von regionalen Kompetenzstellen, um Praktiker bei der Gesundheitsförderung nach diesem „Setting“-Ansatz zu unterstützen. Im zweiten Vortrag stellte Dr. Klaus Weth, Geschäftsführer des Gesunde Städte-Netzwerks der Bundesrepublik Deutschland, die Arbeit im Verbund als Beispiel vor. Gesundheitsförderung und Prävention würden hier als Gemeinschaftsaufgabe innerhalb der teilnehmenden Kommunen verstanden. Praxen, Kliniken, Apotheken, Krankenkassen, Gesundheitsämter und Verbände beteiligten sich an der Entwicklung und Umsetzung zielgruppenspezifischer Aktivitäten in der Region. Zu den Handlungsfeldern der kommunalen Gesundheitsförderung gehörten unter anderem die Kinder- und Jugendarbeit, Migrationsthemen, Gesundheit im Alter oder Umweltschutz. Als Beispiel nannte er das Quartiersprojekt „Gesundheit im Quadrat“ in Mannheim, das Angebote zur Bewegung und Ernährungsberatung als Unterstützung für Familien beinhaltet.

Ausgezeichnete Abschlussarbeiten

Am Nachmittag prämierte die Hochschule erstmals die besten Abschlussarbeiten mit dem APOLLON Studienpreis. Zur Teilnahme am Wettbewerb waren alle 24 Absolventen aufgefordert, die ihre Bachelor- oder Master-Arbeit 2014 und 2015 mit der Bestnote abgeschlossen hatten. Elf Kandidaten unterschiedlicher Fachrichtungen beteiligten sich an dem Wettbewerb. Ihre Thesen hatten sie Interessierten bei einer Posterpräsentation während der Mittagspause dargeboten. Die Jury – besetzt mit Dekanen, wissenschaftlichen Mitarbeitern, Alumni und Vertretern aus der Praxis – wählte nach festgelegten Kriterien jeweils drei Bewerber mit Bachelor- und Master-Abschluss als Gewinner aus. Die



Preise wurden von der Sana Kliniken AG gesponsert und von ihrem Vorstandsvorsitzenden Dr. Michael Philippi überreicht. Den ersten Preis bei den Master-Arbeiten gewann Victoria Hengelbrock für ihre Kosten-Nutzen-Analyse über dezentrale Versorgungsformen im Rahmen der inklusiven Behindertenhilfe. Der zweite Preis ging an Christopher Floßbach, der sich in seiner Arbeit mit der Grippeerfassung mithilfe von apothekenpflichtigen Medikamenten befasste. Über den dritten Preis freute sich Florian Platzer. Sein Thema drehte sich um die Patientensicherheit im Krankenhaus. Unter den Bachelor-Arbeiten wurde die These „Konzept für ein Fehlermeldesystem“ von Benedikt Eckerskorn mit dem ersten Preis ausgezeichnet. Markus Stöhr bekam den zweiten Preis mit einer Arbeit über die klinische Datenerhebung im Spannungsfeld zwischen Evidenz und Ökonomie. Den dritten Preis erhielt Sabrina Breuer für Ihre Bachelor-Arbeit zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung.

Fehler im System diskutiert

Zum Abschluss der Tagung erörterten Vertreter aus Unternehmen Krankenkassen, Verbänden und Kommunen in einer **Podiumsdiskussion** Probleme und Lösungswege für die vernetzte Versorgung. „Warum sind wir noch nicht so weit, wie wir wollten?“, fragte Moderatorin **Professor Dr. Andrea Morgner-Miehlke**, Bereichsleiterin bei Asklepios proresearch, Hamburg. Alle Akteure im Gesundheitssystem wüssten, was gut für den Patienten sei. „Vielleicht wäre es angebracht, auch die Patienten selbst einmal zu fragen und Abläufe stärker nach ihnen auszurichten“, meinte **Dr. Michael Philippi**, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG. Bezug nehmend auf den vorausgegangenen Vortrag von Professor Dr. Bestmann sah er einige Parallelen zur Familien- und Jugendhilfe. Auch im Gesundheitsbereich sollten alle Akteure an einen Tisch gebracht werden, um gemeinsam Programme auf regionaler Ebene zu entwickeln. **Franz-Reinhard Habel**, Sprecher des Deutschen Städte- und Gemeindebundes (DStGB), wies ebenso auf die Chancen regionaler Kooperationen hin. Dafür sei jedoch ein anderes Politikverständnis nötig, forderte Habel: „Wir müssen vom ‚Vater Staat‘ mehr zum ‚Bürger Staat‘ kommen.“ **Frank Preugschat**, Leiter Versorgungsmanagement der AOK Niedersachsen, glaubt eher, dass sich schon genügend Beteiligte bei der Planung der integrierten Versorgung einbrächten. Wenn alle mitmischten, werde der Entwicklungsprozess zu komplex. „Ich habe eher das Gefühl, dass die Komplexität von bestimmten Interessengruppen gewollt ist“, äußerte sich APOLLON Präsident Kümmel dazu aus dem Publikum und sagte weiter: „Wir stecken in einer Systemfalle!“ Dies führe dazu, dass hochintelligente Köpfe die Probleme bürokratisierten und Lösungen ausblieben.

7

Probleme als Chance verstehen

„In der Gesundheitsbranche zählt man schnell Probleme auf, rennt aber weg, wenn es um Lösungen geht“, stimmte **Professor Dr. Josef Hilbert**, Sprecher des NDGR, hier zu. Wir sollten stattdessen lösungsorientierter denken, regionale Prozesse antreiben und die Patienten stärker einbeziehen, meinte Hilbert. In diesem Zusammenhang sei Vernetzung weniger als Notlösung, sondern eher als Chance zu verstehen. Beispielhaft sprach er die „bleierne Zeit“ der Digitalisierung an, die nun dank vieler Innovationen hoffentlich überwunden würde. Gerade auf dem Gebiet der Digitalisierung befindet sich das Gesundheitssystem in einer abgeschotteten Parallelwelt, entgegnete Habel: „Wenn wir dies verändern wollen, müssen wir uns einer rasanten Entwicklung mit internationalen Konzernen wie Google stellen.“ Die entscheidende Frage sei, wie man das öffentliche Gesundheitswesen durch effektivere Netzwerke verbessern könne, ohne das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu beeinträchtigen.



Gesundheitsdaten seien sensible Daten, die es zu schützen gelte, mahnte Preugschat. Doch es gäbe inzwischen gute Möglichkeiten dafür. „Wenn die Konzerne Systeme entwickelten, die nicht mit denen im deutschen Gesundheitssektor kompatibel sind, nützten sie dem Patienten aber auch nichts“, gab er zu bedenken.

Zukunft für Innovationen – Innovationen für die Zukunft

Morgner-Miehlke wollte wissen, ob solche Innovationen disruptiv wirken, also bestehende Systeme verdrängen können, und brachte in dem Zusammenhang den geplanten Innovationsfonds der Bundesregierung noch einmal ins Spiel. „Das wird nicht passieren“, antwortete Philippi energisch. „Lassen sie uns doch erst einmal anpacken, um Lösungen zu finden“, forderte er auf. Man tue sich hierzulande schwer, Dinge modellhaft auszuprobieren. „Aber wenn wir nichts tun, bekommen wir keine Lösungen für die Praxis“, warnte Philippi. Habel bekräftigte ihn in dieser Ansicht und ergänzte: „Wir sollten nicht auf den Gesundheitsminister und die Förderprojekte aus dem Innovationsfonds warten.“ Stattdessen schreibt Habel den Kommunen eine immer stärkere Rolle zu. Abseits von Diskussionen sollte man dort öfter den Mut haben, Modellprojekte mit überschaubarem Risiko anzugehen. „Wir versuchen bereits, durch Verbesserung der Gesundheitslandschaft in Kooperation mit den Kommunen Lösungen zu finden“, berichtete Hilbert aus der Praxis des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen. „Dazu brauchen wir wissenschaftlich ausgebildetes Personal mit Praxiserfahrung wie die Absolventen der APOLLON Hochschule“, meinte Hilbert. Das bestätigten auch andere Teilnehmer aus dem Podium und Publikum. Gute Aussichten also für die Studierenden der APOLLON Hochschule. Allen Bedenken zum Trotz zog auch Morgner-Miehlke ein positives Fazit aus der Podiumsdiskussion. In Zukunft gäbe es gute Chancen und Rahmenbedingungen für Kooperationen oder vernetzte Strukturen in der Gesundheitsbranche.

8

Resonanz, Rückblick und Ausblick

Die Rückmeldungen zum diesjährigen Symposium waren durchweg positiv. Referenten und Besucher würdigten das hohe Ausbildungsniveau auch mit dem Blick auf zukünftige Fachkräfte. Unternehmen, Vereine und Verbände nutzten die Branchenbörse, um über ihre Leistungen und Jobangebote zu informieren. Für Studierende der Fernhochschule war das Symposium insbesondere Anlass, um sich mit Kommilitonen und Dozenten einmal persönlich auszutauschen. Viel Lob bekamen auch der Studienservice und die Kongressorganisation. Für weiterführende Informationen über vernetzte Versorgung in der Gesundheitswirtschaft wird 2016 ein Themenband von Professor Dr. Johanne Pundt und Professor Dr. Peter Michell-Auli mit ausführlichen Beiträgen zum Thema bei APOLLON University Press erscheinen.

Das 8. und **nächste APOLLON Symposium der Gesundheitswirtschaft** findet am **25. November 2016** wie gewohnt im Swissôtel Bremen statt. Schwerpunktthema und Programmablauf erfahren Sie ab Sommer 2016 auf der Webseite der Hochschule unter www.apollon-hochschule.de.

Tagungsdokumentation: Dr. Heidrun Riehl-Halen
Lektorat: Katharina Neumann