

EUGEN MÜNCH-PREIS 2024

- ▶ Die Gewinner
- ▶ Die neue Jury



RHÖN STIFTUNG

GUTACHTEN

- ▶ Eingeschränktes Selbstbestimmungsrecht bei Gesundheitsdaten

AUS DER STIFTUNG

- ▶ Think Camp, BrainSnack, Luncheon Roundtable
- ▶ 1. Invest Conference



INHALT

Vorwort	3
Eugen Münch-Preis	
▶ Preisverleihung 2024	
ausgezeichnete Innovatoren in aufwühlenden Zeiten	4
▶ Neue Jury für den Eugen Münch-Preis	6
Interview mit Eugen Münch-Preis-Jurorin	
Prof. Dr. Denise Fischer-Kreer	10
Gutachten: Eingeschränktes Selbstbestimmungsrecht	12
Think Camp: Die Zukunft gestalten mit Hospital@Home	14
BrainSnack: „In Sorge, dass es die Falschen trifft“	15
Luncheon Roundtable	
▶ Den „Machern“ eine Chance: Ein Plädoyer für Hospital@Home	16
▶ Frischer Schwung durch Level II-Häuser	18
Aus der Stiftung: Chance für Start-ups: Invest Conference	20
Impressum	20

GELD ALLEIN SCHAFFT KEINE LÖSUNGEN



Aus aktuellem Anlass ist mir der berühmte Fußballerspruch „Geld schießt keine Tore“ eingefallen. Der aktuelle Anlass sind die Hunderten von Milliarden Euro, die mit der Reform der Schuldenbremse locker gemacht wurden und die jetzt auch für die Erneuerung der Infrastruktur zur Verfügung stehen sollen. Mein Kommentar dazu ist der Fußballerspruch in abgewandelter Form: „Geld allein schafft keine Lösungen.“ So riesig der Investitionsstau ist und so willkommen die Milliarden Euro für viele sind, so groß ist jetzt die Gefahr, dass die immensen Summen jeglichen Reformeifer zum Erlahmen bringen.

Nichts wäre falscher.

Die Politik muss stattdessen die Gunst der Stunde nutzen und mit dem vielen Geld jene neuen Strukturen aufbauen, die wir in fünf, zehn, fünfzehn Jahren brauchen. Das heißt: Neben den Abermilliarden muss jetzt – Achtung zukünftige Koalitionäre! – auch der politische Mut sprudeln für Reformen, Reformen, Reformen. Ohne Reformen würden die Investitionen dramatisch an Zukunftswert verlieren. Denn nur, wenn die Investitionen einen Mehrwert schaffen, können unsere Kinder diese enormen Schulden auch wieder zurückzahlen.

Im Gesundheitswesen heißt das: Nach der Krankenhausreform, die seit Anfang dieses Jahres in Kraft ist, brauchen wir jetzt eine Reform der Notfallversorgung und des Rettungswesens, eine unterstützende Patientensteuerung durch Hausarztssysteme und die Leitstelle als attraktive Erstanlaufstelle für die Patienten. Wir brauchen aber auch mehr Eigenverantwortung der Patienten in Form einer Eigenbeteiligung an ihren Behandlungskosten und – wie in anderen Ländern – endlich auch mehr Verantwortung für Pflegefachkräfte; für all das benötigen wir die breite Nutzung der elektronischen Patientenakte; und nicht zuletzt brauchen wir mehr Frei- und Innovationsräume und mehr Ergebnisorientierung, darunter die Möglichkeit für Regionalbudgets für Landkreise, Städte und Regionen, damit sie ihre Einwohner – bei gegebenem Budget – eigenverantwortlich medizinisch versorgen können.

In einem Wort: Wir brauchen einen Mentalitätswandel.

Abgesehen von den USA fließt in kaum anderen Land so viel Geld ins Gesundheitswesen (gemessen am BIP) wie bei uns, ohne dass Patienten daraus einen größeren Nutzen ziehen. Das bedeutet: Unser Gesundheitssystem hat riesige Effizienzreserven. In den alten Strukturen werden wir sie nicht heben. Deshalb, liebe zukünftige Koalitionäre: Bitte jede Menge Mut für Reformen, weil gilt: Geld allein schafft keine Lösungen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

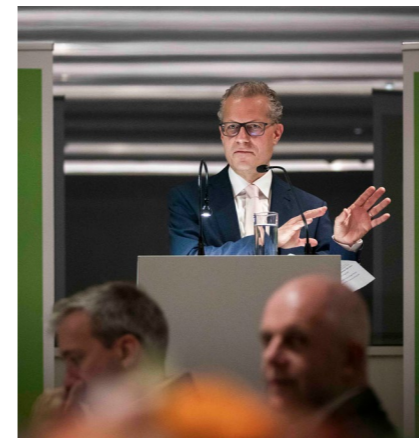
Prof. Dr. Boris Augurzky



► Eugen Münch-Preis

PREISVERLEIHUNG 2024 AUSGEZEICHNETE INNOVATOREN IN AUFWÜHLENDEN ZEITEN

Keine der bis dato neun Feiern zur Verleihung des Eugen Münch-Preises fand in einer gesundheitspolitisch derart aufgeladenen und spannenden Atmosphäre statt wie die jüngste Veranstaltung am 21. November in München.



Boris Augurzky

Denn tags drauf stand im Bundesrat die Krankenhausreform zur Abstimmung – eine Reform, über die in der Rhön Stiftung viel debattiert, nachgedacht und publiziert wurde und zu der der Vorstandsvorsitzende der Stiftung, Prof. Boris Augurzky, auch Input geliefert hatte in seiner Eigenschaft als Mitglied der 15-köpfigen Krankenhaus-Kommission beim Bundesgesundheitsministerium. In seiner Einführung zur 10. Verleihung des Eugen Münch-Preises erinnerte Prof. Andreas Beivers, der die wissenschaftlichen Projekte der Rhön Stiftung verantwortet, an die hochspannende Situation für das deutsche Gesundheitswesen und verglich die Abstimmung am folgenden Tag mit einem Lotto-Spiel – so ungewiss war der Ausgang. Wie recht Beivers mit seinem Vergleich hatte, zeigte sich keine 24 Stunden später, als das Reformwerk nach maximaler politischer Aufregung (samt Ministerinnenentlassung in der laufenden Beratung) die Länderkammer mit knapper Mehrheit passierte.



Preisträger Dr. Carsten Marr (am Pult)



CertHub: Leon Kobinger, Jonas Bayer und Nicolas Gehring mit Laudator Franz Knieps

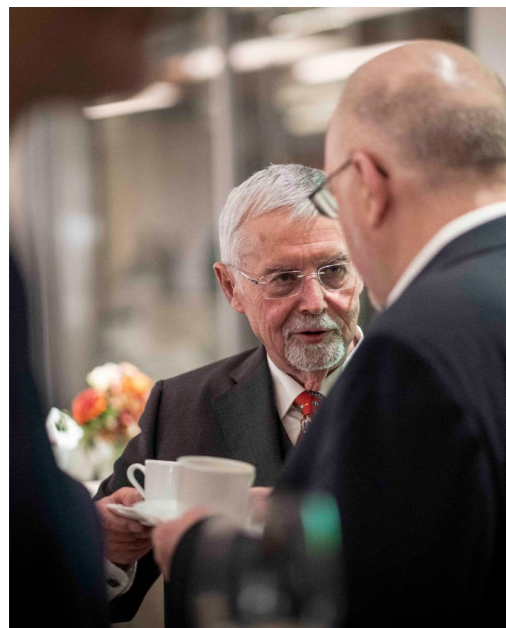
Die „stürmischen Zeiten“, von denen Beivers in Bezug auf das Gesundheitssystem sprach, waren auch meteorologisch zu spüren: Vor den Fenstern im sechsten Stock des Bayerischen Hofes wirbelten die Schneeflocken, während drinnen in gediegener Atmosphäre rund 80 hochkarätige Gäste aus allen Bereichen des Gesundheitswesens den Trägern des Eugen Münch-Preises 2024 applaudierten. Das sind: Der Physiker und Bioinformatiker **Dr. Carsten Marr**, Direktor des Institute of AI for Health am Helmholtz Zentrum München, der in der Kategorie „Wissenschaft und praktische Anwendung“ ausgezeichnet wurde, sowie die drei Gründer des jungen Münchener Unternehmens **CertHub, Leon Kobinger, Jonas Bayer und Nicolas Gehring** in der Kategorie „bestes Startup im Gesundheitswesen“. Beide Preisträger erhielten je 20.000 Euro und einen gut fünfminütigen Film, der ihre Arbeit vorstellt.



Wolfgang Greiner

VIelfACH PUBLIZIERT, FREI ZUGÄNGLICH UND EXEMPLARISCH FÜR NOCH MEHR

In seiner Laudatio auf Carsten Marr und dessen Team betonte Juror Prof. Wolfgang Greiner, Gesundheitsökonom an der Universität Bielefeld, den Effizienzeffekt, der von der ausgezeichneten Arbeit ausgehe. Denn Marr und seine Kollegen treiben ein KI-Modell für die automatisierte Diagnose schwerer Bluterkrankungen voran, die in Deutschland jährlich 14.000 Menschen trifft, darunter auch einige hundert Kinder. KI sei nicht nur in der Lage, Diagnosen zu beschleunigen und qualitativ zu verbessern, sondern auch die knappen technischen und menschlichen Ressourcen besser zu nutzen. Das derzeitige mühsame Verfahren in Laboren schreie geradezu nach einem rationelleren Prozess. „Wir als Jury hoffen, dass die Erkenntnisse sehr bald breite Anwendung im Diagnosealltag finden“, sagte Greiner und verwies auf weitere Potenziale: „Diese Arbeit steht exemplarisch für die neuen Möglichkeiten durch KI, weitere Anwendungsfelder drängen sich auf.“ Überzeugend sei für die Jury auch gewesen, dass die Arbeit sehr gut publiziert ist und weltweit zitiert wird. Positiv hervorzuheben sei schließlich, dass Marr und sein rund 15-köpfiges Team ihren Datensatz frei zugänglich für andere Forscher machen. „Davon wurde auch schon Gebrauch gemacht, insofern sehen wir auch einen Effizienzeffekt im Erkenntnisfortschritt“, lobte der Laudator.



Ralf Kuhlen und Wolfgang Greiner



Stifter Eugen Münch

NEUE JURY FÜR DEN EUGEN MÜNCH-PREIS

Mit einer neuen Jury geht der Eugen Münch-Preis für innovative Gesundheitsversorgung in diesem Jahr in seine elfte Runde.

Die seit 2015 jährlich ausgeschriebene Auszeichnung wird in den Kategorien „bestes Start-up im Gesundheitswesen“ sowie „Wissenschaft und praktische Anwendung“ vergeben und ist mit jeweils 20.000 Euro und einem Film dotiert. Wie in der Vergangenheit ist auch die neue Jury so zusammengesetzt, dass möglichst alle relevanten Akteure und Institutionen des Gesundheitswesens vertreten sind und somit eine ausgewogene Beurteilung der eingereich-

ten Arbeiten gewährleistet ist. Prämiiert werden Arbeiten, die die Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern und sowohl den Patientennutzen als auch Effizienz und Qualität erhöhen können.

Die hochrangigen Experten der neuen Eugen Münch-Preis-Jury sind:



Dr. Markus Horneber

Vorstandsvorsitzender der gemeinnützigen Agaplesion AG



Karin Maag

Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)



Christian Karagiannidis

Intensivmediziner und Pneumologe, Kliniken der Stadt Köln, Universität Witten/Herdecke und Mitglied der Regierungskommission Krankenhaus



Prof. Dr. Matthias Graf von der Schulenburg

Leibniz Emeritus, Editor in Chief: European Journal of Health Economics, Founding Editor: Health Economics Review



Prof. Denise Fischer-Kreer

Inhaberin des Lehrstuhls für Entrepreneurial Behaviour, Institut für Entrepreneurship, Universität Bonn



Dr. Irmgard Stippler

Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern – die Gesundheitskasse



Vera Lux

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK)



Maïke Telgheder

Redakteurin beim Handelsblatt

Irmgard Stippler,
Achim Jockwig



Peter Hahn, Annette Kennel



Laudator Franz Knieps

„EIN REVOLUTIONÄRES PRODUKT“ MIT POTENZIAL FÜR STARKE EFFEKTE

Effizienz durch KI ist auch der Kern der zweiten ausgezeichneten Leistung in der Kategorie „bestes Startup im Gesundheitswesen“: Die drei Gründer von CertHub entwickelten eine KI-gestützte Software für die automatisierte Abwicklung der extrem bürokratischen Prozesse bei der Zulassung von Medizinprodukten. Laudator Franz Knieps, Vorstand BKK Dachverband e.V., erinnerte deshalb an den Schriftsteller Franz Kafka und dessen Erfahrungen als Mitarbeiter in der Versicherungsbranche. Kafka habe gezeigt, „wie Menschen der Bürokratie hilflos ausgeliefert sind“ – so wie Medizinproduktehersteller heutzutage einem monströsen Zulassungsverfahren ausgeliefert sind. „Sie haben den Eugen Münch-Preis verdient“, rief Franz Knieps den drei Gründern zu, „die Jury fand, dass Ihre Idee und Ihre Produkte revolutionär und beispielgebend sind und vermutlich einen sehr großen Effekt auf das Gesundheitswesen haben werden“. Er hege große Hoffnung, dass ähnliche Software bald auch für die Zulassung von Arzneimitteln entwickelt würde, damit der Kampf gegen den „bürokratischen Irrsinn“ nicht kafkaesk enden müsse.

Dass beide Träger des jüngsten Eugen Münch-Preises auf KI setzen, deuteten Andreas Beivers und Boris Augurzky als Bestätigung der Arbeit der Rhön Stiftung, die in diesem Jahr ihr 10-jähriges Bestehen feiert und als Stiftungszweck ausgibt, der drohenden Rationierung medizinischer Leistungen auch durch technologische Innovationen wie KI zu begegnen. Beivers appellierte an die „Willensgemeinschaft“, wie sie der Rechtsphilosoph Georg Jellinek postuliert hatte, um – ganz im Sinne der Rhön Stiftung – mit den knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitssystem verantwortlicher zu haushalten. Dass die „Wünsch-dir-wasZeit“ in der medizinischen Versorgung zu Ende gehe, sehe er durchaus als Chance für einen Neuanfang des Systems, verriet Vorstandsvorsitzender Boris Augurzky den Gästen der Feier: „Die Ideen und Konzepte dafür liegen in den Schubladen; die Unternehmen, die diesen Wandel vorantreiben, stehen in den Startlöchern – siehe unsere aktuellen und früheren Preisträger.“ Wenige Stunden später billigte der Bundesrat das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, das an diesem Abend noch auf der Kippe stand. Von 1. Januar 2025 an wird es seine Wirkung entfalten.



Andreas Beivers



Eugen Münch, Vera Lux, Franz Knieps

► Interview mit der neuen Eugen Münch-Preis-Jurorin Prof. Dr. Denise Fischer-Kreer

„DIE LUST AUFS GRÜNDEN ENTFACHEN“

Zur neuen Jury des Eugen Münch-Preises gehört Denise Fischer-Kreer, die an der Universität Bonn den Lehrstuhl für Entrepreneurial Behaviour leitet. Am Institut für Entrepreneurship forscht die Wirtschaftsingenieurin zur Motivation und zum Handeln von Gründerinnen und Gründern. Nicht zuletzt deshalb ist sie prädestiniert dafür, als Jurorin in den Preis-Kategorien „bestes Start-up“ und „Wissenschaft und praktische Anwendung“ die überzeugendsten Bewerber zu identifizieren.



Prof. Denise Fischer-Kreer
Inhaberin des Lehrstuhls für Entrepreneurial Behaviour, Institut für Entrepreneurship, Universität Bonn

Frau Professor Fischer-Kreer, beschreiben Sie bitte, worüber Sie forschen.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Verbindung von Psychologie und Unternehmertum und soll Antworten dazu liefern, wie Gründungen entstehen und wie Gründerinnen und Gründer ihre Entscheidungen treffen. Eine andere Fragestellung ist, wie Gründer aus ihren Ideen nachhaltige Geschäftsmodelle entwickeln und wie sie Innovationstreiber für die großen Herausforderungen unserer Zeit werden können. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt ist die Frage, wie Gründerinnen und Gründer Transformationen durchlaufen – zum Beispiel inwiefern sie ihr Verhalten an den technologischen Fortschritt oder den Klimawandel anpassen.

Wie praxisnah ist Ihre Arbeit?

Ich bin ja nicht nur Forschende, sondern auch Lehrende und lege dabei großen Wert auf Praxisnähe, etwa durch die Einbindung von Case Studies und die Zusammenarbeit mit Unternehmern. In meinen Kursen geht es darum, den Studierenden Tipps und Tools dafür zu geben, wie sie Geschäftsideen und darauf basierend Geschäftsmodelle entwickeln können. Mein Ziel ist es, ihnen Lust aufs Gründen zu machen, ihre Leidenschaft für unternehmerisches Denken und Arbeiten zu entfachen. Man muss ja nicht als Unternehmerin oder Unternehmer geboren werden, sondern kann sich viele Fähigkeiten auch erarbeiten. Viele Studierende muss man erst dafür sensibilisieren, dass Gründen und Unternehmer-Werden überhaupt als Karrierepfad wahrgenommen wird. Gerade im Gesundheitswesen ist ja viel in Bewegung und Spielraum für neue Ideen, Stichwort: Digitalisierung. Ich bin deshalb im Austausch mit der medizinischen Fakultät unserer Uni und will Studierende dafür gewinnen, in meine Kurse zu kommen. Bei anderen Studiengängen ist mir das gelungen, bei den Medizinern sind die Studienpläne allerdings so eng, dass wir bislang noch keine Lücke gefunden haben.

Wie würden Sie das Gründungsgeschehen in Deutschland beschreiben?

Es ist nicht so schlecht, wie manche meinen. Die Zahlen der Gründungen und Ausgründungen aus Universitäten steigen, auch die in Start-ups investierten Summen wachsen. Andererseits sind wir ein sehr bürokratisches Land, das manchem Gründungswilligen den Schwung nimmt. Angesichts der globalen Herausforderungen, der allgemeinen Wirtschaftslage in Deutschland und der besonderen Situation im Gesundheitswesen brauchen wir aber noch mehr neue Lösungen, die auch von Start-ups kommen können. Es wäre also gut, wir hätten noch mehr Gründer und Gründerinnen.

Sie waren für Forschungszwecke in Indien und China. Kann Deutschland vom Ausland lernen?

Was die Fehlerkultur angeht: eindeutig ja! In anderen Ländern wird das Scheitern eines Start-ups eher als wertvoller Erfahrungszuwachs gesehen, bei uns herrscht dagegen oft die Denke: gescheitert ist gescheitert, das soll nicht im Lebenslauf stehen. Leider steckt das tief in vielen Köpfen. Dabei sind die Opportunitätskosten gar nicht so hoch, wenn man sich nach dem Studium mal eine Zeit als Selbständiger oder Selbständige probiert. Zudem gibt es tolle Förderprogramme von Bund und Ländern.

Sie betonen soziale und ökologische Aspekte und haben zu nachhaltigkeitsorientiertem Unternehmertum promoviert. Ist die bestimmende Triebfeder von Gründern nicht doch der wirtschaftliche Erfolg?

Selbstverständlich machen Gründungen auf Dauer nur Sinn, wenn am Ende schwarze Zahlen stehen. Es gibt aber zunehmend Gründer, die nicht in erster Linie am großen Geld interessiert sind, sondern an Lösungen für soziale und ökologische Herausforderungen. Unternehmerischer Erfolg definiert sich auch dadurch, ob ein Mehrwert für die Gesellschaft gestiftet wird. In einer meiner Arbeiten habe ich mir mal den Positivity-Bias angeschaut, also die Neigung von Start-ups, die eigene Entwicklung eher zu rosig zu sehen und auch nach außen keine Probleme zuzugeben. Man behauptet schnell, man agiere nachhaltig, aber wenn man genauer hinschaut, entdeckt man oft auch Schäden, die durch das eigene Handeln anderswo entstehen. Am Lehrstuhl sind wir bemüht, diese holistische Herangehensweise zu kultivieren.

Als Jury-Mitglied können Sie dann ja einen kritischen Blick auf die Bewerber werfen.

Richtig, da wird es auch darum gehen zu schauen, wie authentisch das Storytelling ist und ob man zum Beispiel auch über die vor- und nachgelagerte Wertschöpfungskette nachgedacht hat.

Wäre Gründen für Sie ganz persönlich eine Option?

Im Moment sicher nicht, ich konzentriere mich ganz auf meine Aufgaben am Lehrstuhl, den ich aufgebaut habe. Aber prinzipiell – irgendwann zu einem späteren Zeitpunkt – kann ich mir das gut vorstellen. In meinem Team sprechen wir oft darüber, wieviele tolle Ideen unsere Studierenden immer wieder präsentieren. Das ist sehr inspirierend.

Und mit welcher Erwartung gehen Sie Ihre neue Rolle als Jury-Mitglied an?

Mit der Erwartung, interessante Juroren kennenzulernen und über das Gesundheitswesen dazuzulernen. Und natürlich freue ich mich auf tolle Bewerbungen und würdige Preisträger, die mein Netzwerk bereichern. Umgekehrt bin ich offen als Ansprechpartnerin und Vernetzerin bei allen Fragen rund ums Thema Start-ups.

► Gutachten über Gesundheitsdaten

EINGESCHRÄNKTES SELBSTBESTIMMUNGSRECHT

Im Auftrag der Rhön Stiftung legt die Kanzlei Morgan Lewis zwei Gutachten vor zum kritikwürdigen Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten zu Lasten der Forschungsfreiheit und einer besseren Patientenversorgung

„Meine Daten gehören mir“. So sehr man diesen Impuls im Fall von Konsumenten nachvollziehen kann – gerade wenn es um Kinder und Jugendliche geht –, die sich datensammelnden Weltkonzernen gegenübersehen, so fragwürdig erscheint es, den Schutzgedanken derart zu überdehnen, dass er sich in sein Gegenteil verkehrt: „Meine Daten gehören mir – aber nur in der Theorie“. Im Gesundheitswesen ist genau dies der Fall, indem es erwachsenen, mündigen Versicherten nicht möglich ist, nach eigenem Willen über ihre Gesundheitsdaten zu verfügen und sie zum Beispiel für Forschungszwecke freizugeben. So beschädigt das eingeschränkte Selbstbestimmungsrecht nicht nur die Forschungsfreiheit, sondern auch die Innovationsfähigkeit einer Branche, in der Daten immer mehr zur wertvollen Ressource werden im Kampf gegen Krankheiten und Leiden. Die galoppierende Entwicklung der Künstlichen Intelligenz und nicht zuletzt die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) werfen deshalb von Neuem die Frage auf, ob „meine Daten gehören mir“ nicht endlich ernst genommen werden sollte. Aus diesem Anlass hat die Rhön Stiftung die international renommierte US-Kanzlei Morgan Lewis beauftragt, die Rechtslage unter die Lupe zu nehmen. Das ernüchternde Fazit: Es gibt ein paar Hoffnungsschimmer, aber echte Selbstbestimmung des Individuums bezüglich seiner eigenen Gesundheitsdaten sieht anders aus.

Nach der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) dürfen zum Beispiel forschende Pharmafirmen Patientendaten verarbeiten, die sie durch freiwillige Einwilligung der betroffenen Person eingesammelt haben. Allerdings muss diese Einwilligung „in informierter Weise“ geschehen sein, d.h. die Person muss gewusst haben, wer die Daten für welche bestimmten Zwecke verwendet. Damit schränkt das Gesetz die Möglichkeit ein, dass ein Bürger seine pauschale Zustimmung („Broad Consent“) zur Verarbeitung und Vorratsspeicherung seiner Daten

auch für zukünftige, noch nicht definierte Forschungsvorhaben gibt. Der EU-Gesetzgeber will damit das Individuum vor sich selbst schützen, aus Sorge, der Betroffene könne seine Einwilligung für etwas erteilen, dessen Tragweite er als Laie nicht wirklich einschätzen kann.

Diesen paternalistischen Ansatz verfolgen auch das deutsche Datenschutzrecht und die deutsche Rechtsprechung, indem sie dem Grundsatz der Zweckbindung eine derart hohe Bedeutung geben, dass es dem Einzelnen nicht möglich ist, seine Daten auch für noch nicht definierte Zwecke freizugeben. Letztlich, so Morgan Lewis in seinem Gutachten, gehe die Kette einschlägiger gerichtlicher Entscheidungen zurück auf das berühmte Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 1983 zum Grundrecht auf „informationelle Selbstbestimmung“. Ein „Broad Consent“ des Einzelnen, wie er in den USA möglich ist, sei weder in der europäischen DSGVO noch im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorgesehen, stellt Morgan Lewis klar, somit könnten Betroffene gegenwärtig nicht entscheiden, alle ihre Daten auf der elektronischen Patientenakte pauschal für Forschungszwecke freizugeben.

„DAS RECHT AUF SCHUTZ PERSONENBEZOGENER DATEN GILT NICHT UNEINGESCHRÄNKT. ES MUSS GEGEN ANDERE GRUNDRECHTE ABGEWOGEN WERDEN.“

Der Schutz der Privatsphäre, wie sie im Recht auf „informationelle Selbstbestimmung“ zum Ausdruck kommt, gilt jedoch nicht absolut. Denn es gilt nicht nur die Freiheit der Forschung; zudem soll im EU-Binnenmarkt der „freie Datenfluss“ gewährleistet und gefördert werden, gerade bei solchen Forschungsvorhaben im Gesundheitswesen, die einen gesellschaftlichen Nutzen erwarten lassen. Aus diesen Überlegungen erwächst die Pflicht zur Abwägung, wie sie auch die DSGVO fordert: „Die Verarbeitung

personenbezogener Daten sollte im Dienste der Menschheit stehen. Das Recht auf Schutz der personenbezogenen Daten ist kein uneingeschränktes Recht; es muss im Hinblick auf seine gesellschaftliche Funktion gesehen und unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsprinzips gegen andere Grundrechte abgewogen werden.“ Deshalb erlaubt die DSGVO unter bestimmten Voraussetzungen, dass eine Einwilligung in die Datenverarbeitung zu Forschungszwecken auch „breiter“ – im Sinne von „unbestimmter“ – ausfallen und sich auch allgemein auf bestimmte Bereiche wissenschaftlicher Forschung erstrecken kann. Anerkannt ist deshalb, dass der Forschungssektor in seinen Einwilligungserklärungen durchaus flexible Formulierungen verwenden kann, eben weil sich Forschungszwecke ändern können oder bei der Einwilligungsabgabe noch nicht absehbar waren.

„DIE DISKUSSION IST ERKENNBAR ZUGUNSTEN DES 'BROAD CONSENT' FORTGESCHRITTEN“

Auch wenn der Zugang zu Gesundheitsdaten in Deutschland wegen der kleinteiligen und komplexen Rechtslage in Abwägung mit den Persönlichkeitsrechten der Betroffenen nicht einfach sei, so das Gutachten, sei die Diskussion in den vergangenen Jahren „erkennbar zugunsten des 'Broad Consent' fortgeschritten“. In dem Zusammenhang hebt Morgan Lewis lobend das Konzept der Datenspende hervor, wie sie etwa das Robert Koch-Institut während der Corona-Pandemie mit seiner Datenspende-App umsetzte. „Sehr konkrete Schritte hin zum Broad Consent“ habe auch die Medizininformatik-Initiative (MII) mit ihrer Mustereinwilligungserklärung für Forscher gemacht, so Morgan Lewis.

In der MII, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, arbeiten sämtliche Universitätskliniken Deutschlands mit Forschungseinrichtungen, Unternehmen, Krankenkassen und Patientenvertretern zusammen, um Routinedaten aus der Patientenversorgung bundesweit digital zu vernetzen und für die medizinische Forschung verfügbar zu machen. Dabei werden Daten, die eine Person unmittelbar identifizieren (wie Name, Geburtsdatum oder Anschrift) codiert und können somit keiner Person mehr direkt zugeordnet werden. Personenidentifizierende Daten werden niemals an Forschende oder sonstige Dritte weitergegeben, insbesondere nicht an Versicherungsunternehmen oder Arbeitgeber (außer in Fällen, die von der Person ausdrücklich erlaubt wurden oder die gesetzlich geregelt sind). Die Daten verblei-

ben in dem Krankenhaus, in dem die Patienten behandelt wurden und werden ausschließlich für konkret beantragte Forschungsprojekte nach intensiver Prüfung und ausschließlich in codierter Form herausgegeben. Erlaubt ist auch eine Zusammenführung der abgedeckten Patientendaten mit Datenbanken anderer Forschungspartner. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient dieser Nutzung bei den entsprechenden Forschungspartnern zugestimmt hat.

DER „EUROPÄISCHE GESUNDHEITSDATENRAUM“ ALS CHANCE FÜR DIE FORSCHUNG. ABER VIEL MEHR WÄRE MÖGLICH.

Mit ihrer Mustereinwilligungserklärung, die mit deutschen Behörden abgestimmt ist und bezeichnenderweise zwölf Seiten (!) umfasst, kommt die Medizininformatik-Initiative (MII) nicht nur dem US-amerikanischen Ansatz des „Broad Consent“ näher. Sie ist damit auch einer der Wegbereiter für den „europäischen Gesundheitsdatenraum“. Dieser Raum wurde vom Europäischen Rat und vom Europäischen Parlament definiert und ist regulatorisch als Verordnung über den European Health Data Space (EHDS) auf der politischen Zielgeraden. Die EHDS-Verordnung regelt die Bereitstellung und Nutzung von elektronischen Gesundheitsdaten in der Versorgung (Primärnutzung) und für die Forschung (Sekundärnutzung), und zwar sowohl innerhalb der EU-Mitgliedstaaten als auch grenzüberschreitend. Dabei ist ein freiwilliger Opt-out bezüglich der primären Nutzung der Daten vorgesehen und kann mit der deutschen ePA umgesetzt werden. Auch bezüglich der Sekundärdatennutzung gibt es ein europaweites Recht auf Opt-out, wobei die Mitgliedsstaaten die Möglichkeit haben, bei gerechtfertigten Ausnahmen davon abzuweichen. Der European Health Data Space, so Morgan Lewis, stelle eine „Chance“ für den Zugang zu Forschungsdaten dar: „Vermutlich lassen sich auf diese Weise viele der gewünschten Zwecke in der Forschung erreichen.“

So begrüßenswert das ist, bleibt aus Sicht der Rhön Stiftung das Bedauern darüber, dass das individuelle Recht des Einzelnen, frei über seine persönlichen Gesundheitsdaten bestimmen zu können, eingeschränkt wird und damit den Fortschritt der Medizin behindert. „Meine Daten gehören mir“ muss mehr bedeuten als zum gegenwärtigen Zeitpunkt.



DIE ZUKUNFT GESTALTEN MIT HOSPITAL@HOME

Über eines der in Gesundheitskreisen stark diskutierten Zukunftsthemen – Hospital@Home – arbeiteten auf Einladung der Rhön Stiftung 15 Studierende, (Post)-Doktoranden und Berufsanfänger im Gesundheitswesen während eines langen März-Wochenendes in Berlin. Das Format heißt Think Camp und ist ein Angebot der Rhön Stiftung an engagierte Nachwuchswissenschaftler und junge Führungskräfte, die mit kreativen Ideen zur Erneuerung des deutschen Gesundheitssystems beitragen wollen. Ein Schritt in diese Richtung könnte Hospital@Home – kurz H@H – sein, das in einigen anderen Ländern längst zur Versorgungsrealität gehört. Das Konzept entstand bereits in den 1970er Jahren in den USA und Australien und hat sich als effektiv erwiesen, um die stationären Medizinstrukturen zu entlasten und bessere Ergebnisse für Patienten zu erzielen. Insbesondere bei älteren, multimorbiden Menschen führt die Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim zu kürzeren Krankenhausaufenthalten und einer höheren Patientenzufriedenheit. Wie Studien zeigen, korreliert H@H auch mit geringeren Kosten, reduzierten Komplikationsraten und verbesserter Versorgungseffizienz.

Als Sparringspartner standen den jungen Teilnehmern ausgewiesene Experten zur Verfügung, die selber an dem Thema arbeiten, etwa indem sie dazu publizieren oder Praxisprojekte begleiten (z. B. https://geriatrie.charite.de/forschung/ag_pflegeforschung/stayhome_treathome_sth

oder <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/virtualward.706>).

Die Dozenten waren **Prof. Dr. Volker Amelung** (Gründer, Gesellschafter und Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung), **Dr. Simon Eggert** (Leiter Forschung und Kommunikation beim Zentrum für Qualität in der Pflege), **Annemarie Fajardo** (Vizepräsidentin des Deutschen Pflegerats) sowie **Prof. Dr. Nils Lahmann** (Stellvertretender Direktor der Forschungsgruppe Geriatrie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin). Dabei sind die Referate der Think Camp-Dozenten stets nur der Einstieg für einen intensiven Austausch mit den Teilnehmern, die im Lauf der Veranstaltung in Gruppenarbeit eigene Positionspapiere entwickeln und am letzten Tag vor allen Teilnehmern präsentieren. Im konkreten Fall ging es um die Voraussetzungen dafür, dass H@H auch in Deutschland gelingen könnte, etwa die Frage, wie die digitale Infrastruktur für eine sichere Patientenüberwachung aussehen müsste oder welche Schulungen für pflegerisches und ärztliches Personal erforderlich sind. Dass H@H auch hierzulande ein großes Potenzial hat, liegt allein schon an der demographischen Entwicklung mit einem wachsenden Anteil älterer Menschen. Sie medizinisch zu versorgen, ist eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems, zu dessen Entwicklung das Think Camp-Format der Rhön Stiftung beitragen will.

POTENZIALE VON KI IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

KI könnte der große Gamechanger in der Gesundheitsversorgung werden. Wenn uns das Personal allmählich ausgeht und die Patientenzahlen alterungsbedingt trotzdem wachsen, könnte künstliche Intelligenz womöglich diese sich auftuende Lücke schließen. Das Think Camp möchte sich damit befassen, was KI überhaupt ist und wozu sie fähig ist, was Einsatzmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung sein könnten und wie sich die Ausbildung für Gesundheitsfachkräfte ändern muss, damit der Einsatz auch funktioniert.

www.rhoen-stiftung.de/naechstes-think-camp-kialsgamechanger/

Jetzt bewerben fürs
nächste Think Camp:
13. Juni bis 15. Juni 2025,
Frankfurt

► BrainSnack zur Zukunft der deutschen Krankenhauslandschaft

„IN SORGE, DASS ES DIE FALSCHEN TRIFFT“

„Es wird eine ruppige Zeit werden“ – so blickt der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Andreas Beivers, der bei der Rhön Stiftung alle wissenschaftlichen Projekte verantwortet, in die nähere Zukunft des deutschen Krankenhauswesens. Zwar soll die frisch verabschiedete Krankenhausreform den Strukturwandel gestalten und nicht „kalt“ ablaufen lassen, erklärt Beivers im BrainSnack, dem Audio-Format der Rhön Stiftung. Doch viele Maßnahmen entfalten ihre Wirkung erst mittelfristig, und selbst unter idealen Bedingungen wird die Zahl der Kliniken – das ist politischer Wille – zurückgehen. Die neuesten Erhebungen dazu hat Beivers selbst vorgenommen und präsentiert sie im BrainSnack im Gespräch mit dem Journalisten Sebastian Balzter.

Nach Beivers' Analyse meldeten zwischen Juli 2022 und Oktober 2024 61 Klinikstandorte Insolvenz an, davon wurden 13 Standorte bereits geschlossen; besonders stark stieg die Zahl der Insolvenzen seit September 2023. Betroffen sind zu rund zwei Dritteln Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft; die Erklärung dafür: Die Einrichtungen werden nicht von den Kommunen quersubventioniert. Überraschend sei, so der Gesundheitsökonom, dass es in reicheren Kommunen im Süden und Südwesten mehr Insolvenzen gab; der Grund könnte darin liegen, dass schon länger kränkelnde Häuser dort jahrelang finanziell über Wasser gehalten werden konnten, während in ärmeren Regionen die Marktberäumung möglicherweise mangels Geld schon früher stattfand.

Desweiteren zeigt die Analyse eher erwartbare Ergebnisse, etwa dass kleinere Häuser mit 100 bis 200 Betten stärker betroffen sind und dass die Notfallstufen gemäß GBA eine Rolle spielen; auch ein niedriger Case Mix Index korreliert häufig mit vollendeter oder gefährlich naher Insolvenz. Aber auch größere Häuser seien nicht vor einer Schiefelage gefeit, so Beivers, etwa dann, wenn sie sich – bereits angeschlagen – während der Corona-Pandemie noch mit Freihaltepauschalen stabil halten konnten, danach jedoch diverse Kostensteigerungen (Energiepreise, Inflation etc.) die Zahlungsunfähigkeit besiegelten. „Manche Trends treffen alle Häuser, dennoch ist jeder Fall einzeln zu betrachten“, erklärt Beivers im BrainSnack. „Die Situation ist

komplex: Unterschiedliche Standorte mit unterschiedlichen Trägern haben unterschiedliche Probleme aus unterschiedlichen Gründen.“ Seine Sorge sei deshalb, „dass es jetzt auch die Falschen trifft, die wir dringend für die Versorgung brauchen“.

Allein die Marktkräfte wirken zu lassen wie in „normalen“ Branchen sei im Krankenhausbereich nicht ratsam. „Das Gut Gesundheit ist ein besonderes Gut, deshalb greifen der Staat und die Selbstverwaltung auf viele Arten in den sehr speziellen Markt der Krankenhäuser ein“, so Beivers. „Wir brauchen nicht weniger Versorgung, aber andere Strukturen, damit Versorgung weiterhin gewährleistet ist.“ Beivers plädiert für eine „gesteuerte Transformation, bei der die Bevölkerung mitgeht und die nicht zu mehr Angst und Populismus führt“.



Das Gespräch können
Sie ► [hier](#) hören.



Eugen Münch

Thomas Ballast

Volker Amelung

► Luncheon Roundtable, November 2024

DEN „MACHERN“ EINE CHANCE: PLÄDOYER FÜR HOSPITAL@HOME

Woran liegt es, dass das innovative Konzept des Hospital-at-Home (H@H) hierzulande nicht im großen Stil realisiert wird, wenn doch andere Länder gute Erfahrungen damit machen?

Dieser Frage stellten sich Fachleute beim Luncheon Roundtable der Rhön Stiftung. Hospital-at-Home ist ein in den 1970er Jahren in den USA und Australien entwickeltes Konzept, bei dem durch die Versorgung vor allem älterer Patienten zu Hause oder im Heim die stationäre Versorgung vermieden oder verkürzt wird. Wie Studien zeigen, kann dadurch die Patientenzufriedenheit zunehmen, während Komplikationsraten und Kosten fallen. Es brauche jetzt „Macher“, damit sich H@H in Deutschland entwickeln könne, so der Tenor der Experten beim Online-Diskussionsformat der Rhön Stiftung. Hochbetagte, oft multimorbide Menschen kommen im Schnitt zweimal im Jahr in die Notaufnahmen, oft schließt sich daran ein Klinikaufenthalt an. Doch so gut die Versorgung dort ist, so klar ist auch, dass der Transport und die ungewohnte Umgebung die Betroffenen belastet. Zum geeigneten Patientenkreis für H@H

zählen aber auch chronisch kranke Menschen, etwa COPD- oder Dialysepatienten.

Für eine Klinik könne es sich durchaus lohnen, etwa zu einem Pflegeheim mit einigen Dutzend Bewohnern eine dauerhafte Schnittstelle zu etablieren, so dass viele medizinische Leistungen im Heim erbracht werden, erklärte ein Diskutant. Zweifel habe er aber bei der Versorgung einzelner Patienten zu Hause: „Das dürfte kaum wirtschaftlich darstellbar sein.“ Am Anfang jeder Überlegung für hybride Versorgungsstrukturen müsse deshalb geklärt werden, welche Indikationen in welcher Anzahl die Basis für H@H sein sollen.

Die technologischen Bedingungen für H@H seien hierzulande nicht schlecht, meinte ein Experte. Und auch unter den Pflegekräften gebe es viele, „die ein hohes

Interesse für anspruchsvolle technologische Prozesse mitbringen und gerne hinzulernen“. Beispiele in Nordamerika zeigten, dass es vor allem akademisch geschulte Pflegerinnen und Pfleger sind, die H@H möglich machen: „Mit ihnen setzt die Eskalation zum Arzt und in den stationären Sektor, die im Notfall möglich sein muss, viel später ein.“

H@H sei ein Paradebeispiel dafür, dass höhere Qualität und niedrigere Kosten kein Widerspruch sein müssten, meinte ein Diskutant: „Ich bin überzeugt, dass das Konzept ein spannendes Geschäftsmodell werden kann.“ Ein Kandidat als Leistungsanbieter könnten Levetal-Krankenhäuser sein, die im Zuge der Krankenhausreform als neue sektorenübergreifende Versorger konzipiert wurden und die die Kliniklandschaft in den nächsten Jahren verändern sollen.

Als eine wesentliche Hürde für das Konzept bezeichneten Teilnehmer die herrschenden Gebührensysteme: Weder die Krankenhäuser noch die Kassenärztlichen Vereinigungen würden zur Finanzierung für H@H von ihren Budgets abgeben wollen. Dennoch herrschte unter den Diskutanten einiger Optimismus, dass sich H@H etabliert. Es gebe zwar ein politisches Umfeld, in dem die Ökonomisierung des Gesundheitswesens beklagt würde, doch davon solle man sich nicht irritieren lassen: „Wenn wir weniger Krankenhäuser haben, weniger Apotheken, weniger Haus- und Fachärzte, weniger personelle und finanzielle Ressourcen, wird die Bereitschaft für neue Lösungen wachsen.“ Politikbashing sei nicht angesagt, empfahl ein Teilnehmer, denn die gesetzlichen Spielräume seien da: „Wir können sehr viel bewegen – wenn wir es wollen und wagen.“ Dem pflichtete ein anderer leidenschaftlich bei: „Wir können uns nicht länger hinter Forderungen an die Politik verstecken. Eine Handvoll ‚Macher‘, die das Risiko nicht scheuen, würde ausreichen, um H@H auf den Weg zu bringen. Und aus dieser Praxis heraus würden sich – am bestehenden System vorbei – neue Strukturen entwickeln.“

LUNCHEON ROUNDTABLE

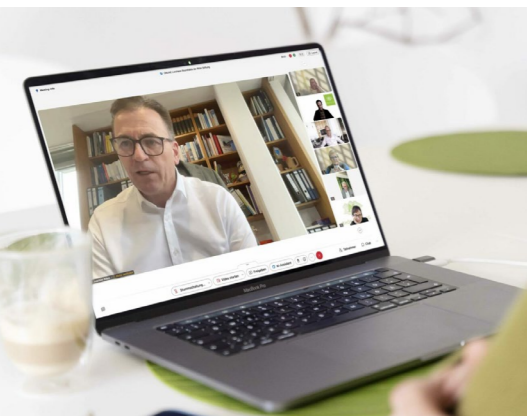


Alle Luncheon Roundtables zum Anschauen finden Sie [hier](#).

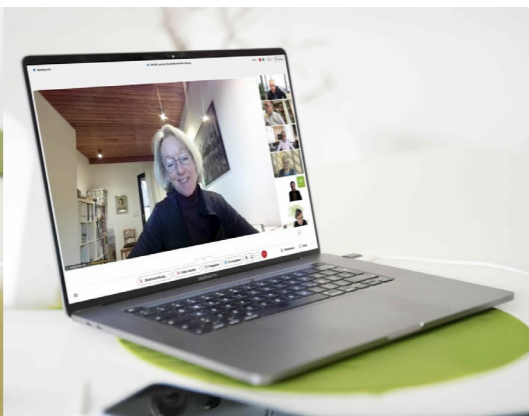
ES DISKUTIERTEN

Neben den Einladenden von der Rhön Stiftung – Stifter **Eugen Münch**, Prof. **Boris Augurzky**, Vorstand **Bernd Griewing**, Geschäftsführerin **Annette Kennel** und **Andreas Beivers**

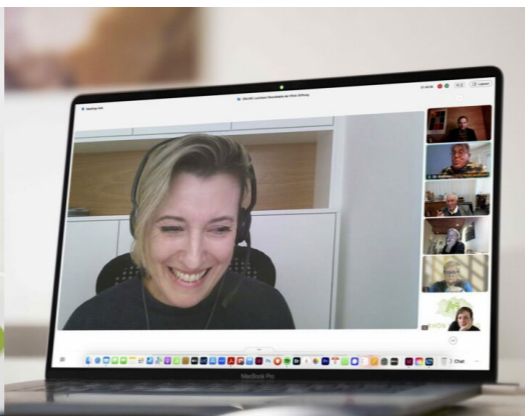
- **Prof. Dr. Christian Karagiannidis**, Leiter des ECMO Zentrums Klinikum Köln, Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- **Dr. Sebastian Krolop**, CEO & Founder Planet Health Foundation
- **Prof. Dr. Christian Wrede**, Chefarzt Interdisziplinäres Notfallzentrum, Professor für Interdisziplinäre Notfallmedizin, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)
- **Dr. Uwe Preusker**, Gesundheitsökonom und Experte für die nordischen Gesundheitssysteme, v.a. in Finnland
- **Dr. Michael Bayeff-Filloff**, Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayer. Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration, Chefarzt Zentrale Notaufnahme RoMed Klinikum Rosenheim



Joachim Bläse



Irmtraut Gürkan



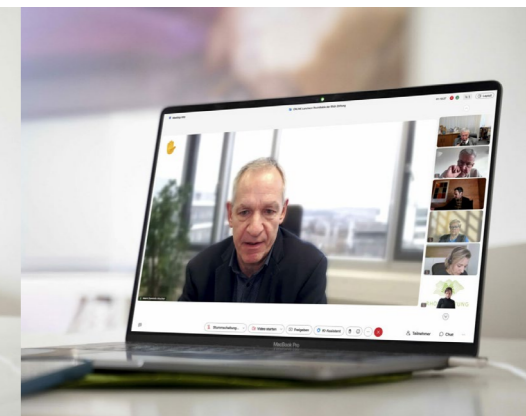
Sandra Postel



Bernd Griewing



Andreas Bartels



Mark Dominik Alscher

► Luncheon Roundtable, Januar 2025

FRISCHER SCHWUNG DURCH LEVEL1I-HÄUSER?

Einige Hoffnung, aber auch viele unbeantwortete Fragen – so lässt sich die Diskussion über die Level1i-Krankenhäuser zusammenfassen, zu der die Rhön Stiftung im Rahmen ihres Formats Luncheon Roundtable namhafte Experten einlud.

Eineinhalb Stunden lang tauschten sie sich online darüber aus, was sie vom neuen Kliniktypus halten, der im Zuge der Krankenhausreform aus der Taufe gehoben wurde: Die Häuser sollen einerseits solchen Klinikstandorten eine Perspektive eröffnen, die wegen der erwarteten Reduzierung der Standorte geschlossen werden könnten; zum anderen – und vor allem – sollen die Level1i-Häuser der dringend gebotenen, sektorenübergreifenden Versorgung frischen Schwung verleihen.

Es wird damit gerechnet, dass durch die Krankenhausreform etwa 400 vor allem kleinere Häuser in ländlichen Regionen vom Netz gehen und deshalb die Transformation zu einem Level1i-Haus prüfen könnten. Dabei sind Ausprägungen mit und ohne Betten denkbar. Alle Teilnehmer bekräftigten, dass die Zahl jener Patienten zunehme, für die weder die stationäre Unterbringung noch ambulante Hilfe die adäquate Versorgung sei. Immer mehr dieser oft älteren Patienten benötigten Hilfe in einem Zwischenbereich, den es in der Versorgungslandschaft allenfalls in

Modellversuchen gebe. Können die Level1i-Häuser dafür eine Lösung sein?

Das Konzept sei „zu stark vom stationären Sektor her gedacht“, kritisierte ein Experte, man habe „nie überlegt, den Niedergelassenen die Möglichkeit für kurzstationäre Behandlung einzuräumen“ – also einen Patienten etwa zur Überwachung nach einer OP für kurze Zeit in einer Station zu behalten. Das wäre „ambulanter gedacht als Krankenhäuser in ambulante Einrichtungen umzubauen“. Zudem: Kein Hausarzt würde sich niederlassen, wo eine solche Einrichtung stehe, so könnten die Versorgungslücken noch größer werden.

Auch aus medizinischer Sicht seien Fragen offen, meinte ein Teilnehmer: „Was ist, wenn der Arzt in einem Level1i-Haus bei einer OP feststellt, dass er das wegen der Leistungsgruppe gar nicht darf?“ Das gleiche Problem stelle sich, wenn ein Patient nach der OP in einem Klinik zur Überwachung in ein Level1i-Haus komme und dann Kom-

plication auftauchen: „Darf der Arzt das behandeln oder muss er den Patienten zurückverlegen.“ Strittig blieb auch, ob die Häuser eine Notfallversorgung haben sollten.

Die Diskutanten waren sich einig, dass eine bessere Steuerung der Patienten das A und O jeder sektorenübergreifenden Versorgung sein müsse, ob durch die Rufnummer 116117, eine App oder jede andere Hilfe, „am besten verknüpft mit der ePA“. „Es darf kein Patient mehr ungesteuert in ein Krankenhaus oder eine Bereitschaftspraxis gehen.“ Für die nächste Legislaturperiode müsse die Patientensteuerung „das zentrale Thema“ sein: „Dass jeder hingehet, wohin er will, muss aufhören.“

Einem Teilnehmer war seine strapazierte Geduld anzumerken, als er meinte: „Wir haben schon jetzt einen fundamentalen Mangel an Fachkräften, beide Sektoren bekommen nicht mehr die nötigen Ärzte“. Vielleicht bringe „die nächste Regierung den Mut auf, gemeinsame Budgets zu beschließen, weil wir nicht mehr die Menschen haben, um beide Budgets zu bespielen“. Erfolgreich könne die sektorenübergreifende Versorgung nur organisiert werden, „wenn wir aufeinander zugehen“, es gehe um „Kooperation statt Konfrontation“.

In der Schlussrunde fasste ein Diskutant die Situation so zusammen: „Wir haben einen großen Instrumentenkasten vom Uni-Klinikum bis zum Haus- und Facharzt, vom Pflege- und Rettungsdienst bis zum MVZ und bald auch Level1i-Häuser. Aus all dem können wir schöpfen, und trotzdem gibt es nicht die für ganz Deutschland ideale Kombination.“ Vielmehr müssten die Akteure jeder Region die für ihre Situation angemessene Kombination selber bestimmen können.

LUNCHEON ROUNDTABLE



Alle Luncheon Roundtables zum Anschauen finden Sie ► [hier](#).

ES DISKUTIERTEN

Neben den Einladenden von der Rhön Stiftung – **Stifter Eugen Münch, Prof. Boris Augurzky** und **Annette Kennel** – diskutierten:

- **Prof. Dr. Mark Dominik Alscher**, Medizinischer Geschäftsführer des Robert Bosch Krankenhauses und Geschäftsführer des Bosch Health Campus
- **Sandra Postel**, Präsidentin der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen
- **Dr. Andreas Bartels**, stellv. Vorstandsvorsitzender der KV Rheinland-Pfalz
- **Dr. Joachim Bläse**, Landrat des Ostalbkreises
- **Irmtraud Gürkan**, stellv. Aufsichtsratsvorsitzende der Charité und des Stiftungsausschusses der Universitätsmedizin Göttingen
- **Heidemarie Haeske-Seeberg**, Leiterin der Stabsstelle Qualitätsnetzwerke, Sana Kliniken AG und Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG)
- **Matthias Mohrmann**, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg
- **Dr. Nadja Moreno**, Abteilungsleiterin Sicherstellung bei der KV Rheinland-Pfalz

+++ AUS DER STIFTUNG +++

► **Premiere in Frankfurt am Main:
neues Format der Rhön Stiftung**

CHANCE FÜR START-UPS: INVEST CONFERENCE

In der Villa Bonn der Frankfurter Gesellschaft in Frankfurt am Main ging Ende vergangenen Jahres die erste Invest Conference der Rhön Stiftung über die Bühne. Vertreter von fünf Start-ups präsentierten vor rund zwanzig Investoren aus dem Bereich Family Offices und Venture Capital ihre Geschäftsideen und Geschäftsmodelle für den Gesundheitsbereich und beantworteten kritische Fragen der potenziellen Geldgeber.

Das neue Format der Rhön Stiftung, das nun jährlich jeweils im November stattfinden soll, ist aus der Erfahrung der „Qual der Wahl“ geboren: Bei der jährlichen Auswahl

der Preisträger des Eugen Münch-Preises für innovative Gesundheitsversorgung in der Kategorie „Bestes Start-up im Gesundheitswesen“ identifizieren die Juroren regelmäßig mehrere vielversprechende Innovationen unter den Einsendungen, die einen besonders hohen Nutzen für die Gesundheitsversorgung der Allgemeinheit hätten – und können doch nur ein Start-up auszeichnen. Deshalb kann die Jury nun etwa fünf weitere Einsendungen auswählen, deren Gründer dann bei der Invest Conference ihre Idee vor Investoren präsentieren. Die Rhön Stiftung selbst spricht keine Empfehlungen aus und investiert auch nicht in die ausgewählten Start-ups.

**1. RHÖN STIFTUNG
INVEST CONFERENCE**
on healthcare innovation

Themen | Ausgabe 01/25

Herausgeber

RHÖN STIFTUNG

Eugen und Ingeborg Münch

Salzburger Leite 1 | Campus Haus 13

97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34

kontakt@rhoen-stiftung.de

www.rhoen-stiftung.de

V. i. S. d. P.

Annette Kennel

Texte

Stefan Scheytt

Gestaltung

Sonja März

Fotonachweis

Rhön Stiftung

Sylvia Willax

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender), Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Rhön Stiftung ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64



RHÖN STIFTUNG