

6. DRG Forum Schweiz-Deutschland, hervorragend organisiert von MediCongress: ein regelrechtes Inventar zünftiger Sündenfälle

## Fehlanreize, arge Wettbewerbsverzerrungen und steigende Kosten, die aus dem Ruder laufen

Es war ein hervorragender Event und vor allem einer, während dem die kämpferischen Töne unüberhörbar waren. Altmeister und Gesundheitsökonom Dr. Heinz Locher zitierte eine Bauernregel: «Wie man die Körner streut, so laufen die Hühner». Er drückte damit aus, was etliche Referenten in unterschiedlichen Facetten darstellten: Es ist etwas faul im Staate ... und es ist nicht Dänemark.

Shakespeare'sche Dramatik ist aber alleweil spürbar vorhanden. Es lohnt sich daher ungenügend, die Vielfalt des am DRG Forum Gebotenen auf [www.medicongress.ch](http://www.medicongress.ch) im Detail nachzulesen. Wir picken fünf besondere Rosinen heraus, die zum Einen hervorragend Analysen darstellen und zum Andern Wegweisendes fürs Meistern der Zukunft bieten.

### DRGs als Instrument zur Bedarfsdeckung oder zur Bedarfsweckung?

Einer der auffallendsten Kämpfer im Zentrum Paul Klee war Prof. Dr. Mathias Binswanger von der Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten. Er machte wieder einmal die Ausgangsbasis deutlich: «Der Gesundheitsmarkt ist kein funktionierender Markt. Die Patienten zahlen grossenteils nicht direkt die von ihnen bezogenen Leistungen. Deshalb herrscht ein geringes Kostenbewusstsein beim Bezug von Leistungen. Es besteht zudem ein hohes Ausmass an Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern. Deshalb ist die Nachfrage leicht manipulierbar. Daraus folgt: Das Gesundheitswesen ist ideal für Bedarfsweckung. Dies wird durch künstliche Wettbewerbe wie Fallpauschalen noch zusätzlich vom Staat unterstützt.»

Binswanger sprach von einem Rückfall in die Planwirtschaft und zitierte zum Unterlegen dieser Behauptung eine UBS-Broschüre aus dem Jahre 2005: «Der Staat muss in allen Bereichen vermehrt Wettbewerb schaffen, selbst dort, wo die Aufgaben bzw. Leistungsangebote nicht direkt dem freien Markt ausgesetzt werden können.» Das, so Binswanger, zeige sich etwa im Bildungswesen: Am Wettbewerb teilnehmen

müssen Schüler, Studenten und Berufstätige. Von ihnen werden möglichst viele Diplome und Abschlusszeugnisse erwartet. Die Folge sei jedoch: immer mehr Studenten und Bildungsabschlüsse bei sinkendem Bildungsniveau. In den Wettbewerb involviert sind angebotsmässig auch Schulen, Universitäten, Regionen und Länder, die einen möglichst hohen Prozentsatz junger Menschen mit tertiärem Bildungsabschluss wünschen. Auch hier resultiert eine negative Auswirkung: Die Akademisierung von praktisch orientierten Berufen macht aus potenziell guten Praktikern mittelmässige Akademiker. Bezüglich der Akademisierung in den Pflegeberufen denkt man unweigerlich an einen alten Berliner Ausspruch: Nachtijall, ick hör dir trapsen ... (Red.)

### Fallpauschalen pushen die Eingriffe

Bei den DRGs sieht Binswanger einen Kostewettbewerb zwischen den Spitälern, die zur Ertragssteigerung immer mehr der Versuchung erliegen, die Zahl der Operationen zu steigern. In Deutschland, wo das DRG-System schon länger umgesetzt wird, sind beispielsweise die Eingriffe von 12.1 Millionen im Jahre 2005 auf 16.4 Millionen 2015 angestiegen. Ganz offensichtlich ist auch der internationale Trend. Besonders deutlich zeigt er sich bei künstlichen Hüftgelenken, die im OECD-Raum innert 12 Jahren um rund 20% zugenommen haben, in Dänemark (wo möglicherweise diesbezüglich doch etwas faul ist ...) beispielsweise um rund einen Drittel. Ähnlich verhält es sich mit den Knieprothesen. Hier liegt der durchschnittliche OECD-Anstieg bei 25%; Dänemark ist erneut Spitzenreiter, diesmal sogar mit einer Verdreifachung. Fast eine Verdoppelung weist auch Österreich auf.

Die Schweiz marschiert im Konzert der Nationen wacker mit. Hier präsentierte der Wirtschaftswissenschaftler die wachsenden Zahlen für Herzkatheter-Eingriffe von 2002 bis 2014. Sie stiegen von 13276 auf 22030. In diesem Zeitraum wurden in hiesigen Spitälern nicht weniger als 25 neue Herzkatheter-Labors eingerichtet. Die aktuellen Jahresumsätze machen landesweit zurzeit über 300 Mio. Franken aus.

Diese Eingriffe seien in der DRG-Landschaft typisch und würden extrem erhöht. Binswanger gab einer Feststellung des Deutschlandfunks, «Wissenschaft im Brennpunkt» vom 22.6.2014, recht: «Ein Herzkatheter-Patient verkörpert für Kliniken viele Vorteile: Der Eingriff ist standardisiert, es sind weder strenge OP-Bedingungen noch Vollnarkose oder Beatmung nötig. Und der Patient verlässt spätestens einen Tag später wieder die Klinik. Wer mit solchen Patienten seine Betten füllt, kann den Personal- und Geräteinsatz für deren Therapien so präzise und knapp kalkulieren wie ein Autohersteller seine Fließbandkosten.»

### DRG verändert den ökonomischen Kampf unter den Spitälern

Seit vor 10 Jahren in Deutschland das DRG-System eingeführt wurde, hat der damit verbundene und ausgebrochene ökonomische Kampf die Kliniken grundlegend verändert. Um Kosten zu sparen, haben die Spitäler vor allem zwei Strategien entwickelt: Abbau des Pflegepersonals und Erhöhung der Patientenzahl bei Krankheiten, die unter Fallpauschalen eine besonders hohe Gewinnmarge versprechen. Fazit: Die Leistung folgt dem Geld.

Dazu komme eine zusehends stärkere Gesundheitsbürokratie: immer mehr Datenerfassung, Dokumentation, Controlling, Codierung und Evaluation. Ein Arzt in Deutschland verbringt heute im Schnitt 3.2 Stunden pro Tag mit Administration, aber nur 1.4 Stunden mit Patienten- und Angehörigengesprächen. Es findet ein Verdrängen der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit in Richtung Bürokratie statt. Das wiederum ist kostentreibend. Auf der Strecke bleibt die vermehrte und qualitativ wertvolle Betreuung der Patienten. Das Leistungsspektrum orientiert sich an vermeidbaren Kosten und zu erwartenden höheren Erträgen. Angebot und Nachfrage driften auseinander.

### Abschaffung überhöhter Zusatzversicherungs-Leistungen?

Dr. Heinz Locher, Berater im Gesundheitswesen, Bern, ging messerscharf zur weiteren Analyse über: «Kommen durch DRG die Preise für Zusatzversicherungen unter Druck? Oder passiert gerade das Gegenteil? – Auch Locher ist überzeugt, dass erhebliche Fehlanreize vorhanden seien: Wie man die Körner streut, so laufen die Hühner. Weil namentlich bei oft unnötigen stationären Behandlungen, die bisher noch kaum moniert werden, die Anreize für die Leistungserbringer enorm seien, würde viel zu wenig ambulant operiert.

Und das geht ins gute Tuch. Die Erträge bei Spitalbehandlungen bei zwei Beispielen unter-

streichen den Missstand deutlich. Bei Meniskus-Operationen zeigen Zahlen von Fernsehen SRF und Assura, dass ein ambulanter Fall 2400 Franken kostet, ein stationärer jedoch 3700 Franken, bei einem Zusatzversicherten Patienten gar 13200 Franken. Noch gravierender sind die Unterschiede bei Krampfader-Operationen: ambulant 2600 Franken, stationär OKP 7400 Franken, stationär VVG 20000 Franken.

Fehlende bzw. verhinderte Transparenz über die Zusatzkosten für Mehrleistungen sieht Locher als eine der Hauptursachen für die unerwünschte Entwicklung. Zudem führe der Grundsatz der vollen Deckung der OKP-Leistungen aufgrund der neuen Spitalfinanzierung nicht zu Prämienanpassungen im Spitalzusatzversicherungsbereich, woraus sich die offene Frage ergebe: Wird dadurch der Tarifschutz nach Art. 44 KVG verletzt?

Zusatzerträge sind fast ausschliesslich im stationären Bereich erzielbar. Daher würden von den Spitälern unnötige Hospitalisationen von Zusatzversicherten angestrebt, was wegen der Kostenbeteiligung der Kantone enorme Mehrkosten für die Steuerzahler und darüber hinaus für die VVG-Prämienzahler verursache. Dabei würden die Kliniken eine Art «Robin Hood-Strategie» entwickeln: Als Folge teilweise knapp bemessener Baserates heisse es, denen zu nehmen, die «es haben», was natürlich eine systemwidrige Querfinanzierung zu Lasten der Zusatzversicherten bedeute.

### Und die Krankenversicherer?

Locher sieht im Weiteren fehlende «Containment»-Massnahmen von Seiten der Krankenversicherer: Es existieren keine differenzierten Produkte für Listen- und Nicht-Listenspitäler, keine Rückerstattungstarife anstatt der Deckung von «Künstler-Honoraren» und fehlende selektive Spitalisten im Zusatzversicherungsbereich. Und – ganz störend – bleiben substantielle Prämienenkungen für VVG-Versicherte aus, und dies trotz erheblicher Entlastung der Krankenversicherer durch die Kantone im Rahmen der Fallpauschalen-Regelung. So ist es nicht verwunderlich, wenn Spitäler am meisten an Zusatzversicherten interessiert sind, die zu hohe Prämien zahlen und es den Leistungserbringern offenbar auch gelingt, bei den Versicherern sehr gute Tarife im VVG-Bereich zu erwirken.

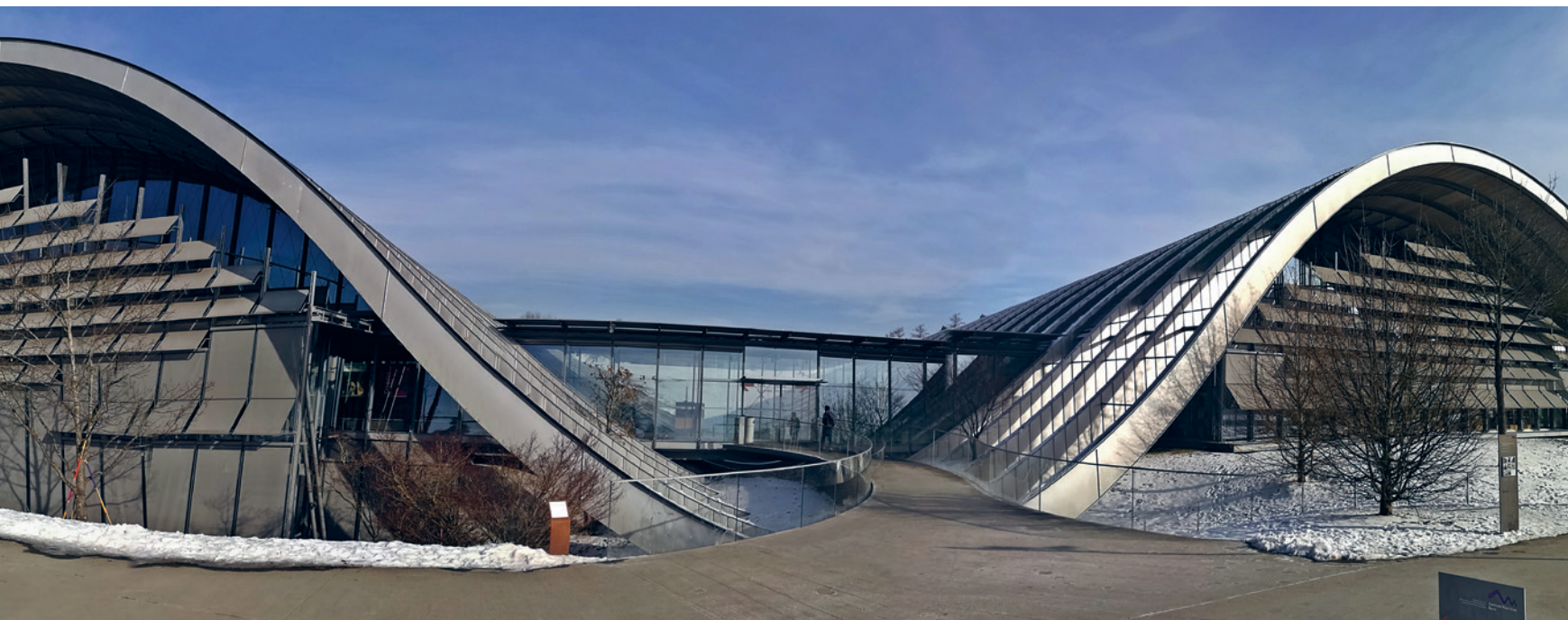
«Das», so Locher, «bedeutet «Geiselnahme» und Ausbeutung der älteren oder gesundheitlich vorbelasteten Zusatzversicherten durch ihre Krankenversicherer, da die Versicherten faktisch keinen Kassenwechsel mehr vornehmen können. Von Wettbewerb keine Spur, viel mehr aber von Besitzstandswahrung und Fehlanreizen.

### Energisch Gegenmassnahmen ergreifen

Dr. Heinz Locher riet zu Gegenmassnahmen:

– Einheitliche Finanzierung von Spitalleistungen ambulant und stationär. Das würde die Vielzahl

Das Zentrum Paul Klee bildete die ideale Plattform für ein sehr stark besuchtes 6. DRG Forum Schweiz-Deutschland.





möglicher ambulanter Eingriffe begünstigen statt dass sie stationär erfolgen.

- «Glättung» der OKP-Tarife zwischen stationär und spitalambulant
- Kostenbasiertes «Pricing» von Mehrleistungen für zusatzversicherte Patienten, z.B. wie in der VZK-Taxordnung (weitgehend, wenn auch nicht vollständig) KVG-konform ausgestaltet
- Übernahme der begründbaren Mehrkosten im spitalambulantem Bereich durch die bestehenden Spitalzusatzversicherungen, finanziert durch die Einsparungen infolge der Nichtmehrvergütung von Mondpreisen im stationären Bereich
- Und schliesslich: neue Versicherungsprodukte wie differenzierte Angebote für Listen- und Nicht-Listenspitäler, reine Rückerstattungstarife und/oder selektive Spitalisten für Zusatzversicherte

«Das Malaise im Zusatzversicherungsbereich hat multiple Ursachen und umfasst verschiedene Aspekte», schloss Locher sein hervorragendes Referat. «Entsprechend mehrdimensional müssen auch die Korrekturmassnahmen konzipiert werden. Die DRGs wirken heute als Problemverstärker – hoffentlich bald auch als Lösungsbeschleuniger.»

**Dringend nötige Substitution von stationär zu ambulant**

Dank des technischen Fortschritts können immer mehr Behandlungen ambulant statt sta-

tionär durchgeführt werden. Je nach Versorgungs- und Finanzierungssystem werden aber mehr oder weniger Operationen ambulant durchgeführt. Dr. Hansjörg Lehmann, Geschäftsfeldleiter Gesundheitsversorgung Kanton Zürich, erwähnte einen Katalog von Behandlungen (Liste Obsan), die höchst unterschiedliche Anteile an ambulanten Eingriffen aufweisen:

- 98% Grauer Star
- 83% Kniearthroskopie
- 79% Gebärmutterhals- Gewebeentfernung
- 48% Krampfader-Operation
- 41% Meniskusentfernung
- 34% Mandel-Operation
- 27% Einsetzen eines Herzschrittmachers
- 22% Hämorrhoiden
- 19% Leistenbruch

Etliche der Eingriffe verfügten über ein deutliches Potenzial zu vermehrter ambulanter Behandlung. Die Schweiz habe hier einen äusserst hohen Nachholbedarf. Nur gerade 18% aller Eingriffe erfolgen hierzulande ambulant. In Deutschland hingegen sind es immerhin schon 24%, in Italien 34%, in Finnland 39%, in Australien 49%, in den Niederlanden 51%, in Grossbritannien 59%, in den USA 62% und Spitzenreiter Kanada bringt es gar auf 66%. Lehmann stützt die Aussagen von Gesundheitsökonom Locher: «Versicherer haben einen geringen Anreiz, Hospitalisationen zu verhindern, wo die Kantone einen Anteil übernehmen. Die Finanzierung hat allerdings einen eher geringen Einfluss auf die

Art der Leistungserbringung, wesentlich ist vielmehr die Tarifstruktur. Hier besteht ein grosser Anreiz für teils unnötige Hospitalisationen Zusatzversicherter.»

**Lösungen an die Hand nehmen**

Dr. Hansjörg Lehmann schlägt vor, dass möglichst viele potenzielle ambulante Behandlungen auch tatsächlich ambulant ausgeführt werden. Es sei dort anzusetzen, wo die Probleme vorhanden seien. Einen juristischen Ansatz sieht der Experte im Rahmen der Spitalplanung durch eine Korrektur durch Regulierung, einen ökonomischen Ansatz durch Ändern der Tarifstrukturen und Neuregelung der zu teuren Zusatzversicherungen, wovon am meisten Fehlanreize für besonders kostenintensive Behandlungen ausgehen.

Der Kanton Zürich macht ernst mit Gegenmassnahmen: So erarbeitet die Gesundheitsdirektion in Kooperation mit medizinischen Fachexperten eine Liste von Behandlungen, die sinnvollerweise ambulant erbracht werden sollten. Gleichermassen werden Ausnahmefälle für stationäre Behandlungen definiert.

Bei der Tarifstruktur sieht Lehmann Hybrid-DRGs. Das sind ähnliche oder gleiche Tarife für ambulante und stationäre Durchführung der «potenziell ambulanten Fälle». Dabei soll schrittweise vorgegangen werden. Voraussetzung seien gleiche Qualitätsanforderungen für ambulante und stationäre Behandlungen

Dr. Heinz Locher brillierte mit einem kämpferischen Referat: Handeln gegen Fehlanreize.



Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier spannte den Rahmen der gesundheitspolitischen Herausforderungen auf und bildete damit eine ausgezeichnete Ouvertüre zum spannenden Reigen der folgenden Referate.



(Infrastruktur, Fachärzte, Mindestfallzahlen und andere Aspekte mehr).

Entscheidend sei jedoch, dass die Vergütungen durch Zusatzversicherungen bei den «potenziell ambulanten Behandlungen» für ambulante und stationäre Durchführung ähnlicher werden. Das bedeutet, dass eine Zusatzversicherung Behandlungen mit Hybrid- bzw. Zero-Night-DRGs bei stationärer und ambulanter Durchführung ähnlich oder gleich vergütet. «Sonst», so Lehmann», bringen die Hybrid- oder Zero-Night-DRGs bei den Zusatzversicherten nichts.»

### Komplexpauschalen – Vor- oder Nachteil für eine Integrierte Versorgung?

Fehlanreize und Wettbewerbsverzerrungen sind ein negativer Aspekt, ein ganz wesentlich anderer ist die Optimierung von Behandlungspfaden, im Speziellen zwischen unmittelbar vor- und nachgelagerten Bereichen und einem Akutspital.

Anschaulich präsentierte Dr.med. Robert Rhiner, MPH, Facharzt FMH für Chirurgie und CEO des Kantonsspitals Aarau, diese Zusammenhänge. Am Beispiel einer Hüftarthrose zeigte er den Behandlungspfad. Er ist gekennzeichnet durch verschiedene TARMED-Positionen (Hausarzt, Facharzt für Orthopädie, Radiologie, präoperative Beurteilung durch Anästhesie, ambulante Nachbetreuung durch Reha, Nachkontrollen durch den Hausarzt), ebenso durch DRG-Leis-

tungen wie Operation und stationären Aufenthalt im Akutspital sowie Positionen aufgrund bestehender Verträge in einer Rehaklinik für einen anschliessenden weiteren stationären Aufenthalt.

Hier seien zwar gewisse Vorteile vorhanden: aufwandgerechte Vergütung jedes Schrittes, Transparenz von Leistungen und Kosten sowie fast unbegrenzte Auswahl von Akteuren. «Die Nachteile überwiegen allerdings», ist die Meinung von Dr. Rhiner. Sie zeigen sich im hohen administrativen Aufwand für Leistungserbringer und Kostenträger, in der Tatsache, dass der Patient nicht die zentrale Person darstellt, keine durchgehende Behandlungskette vorhanden ist, ebenso keine zeitliche Kohärenz, hingegen viele Schnittstellen und ein tendenziell weit gesteckter Kostenrahmen.

### Optimierung mit Pfadaufbau

Dr. Rhiner sieht den Aufbau einer Behandlungskette als Lösungsansatz mit Etablierung eines Fallmanagements, z.B. durch den Hausarzt. Es gelte, einen durchgängigen, transparenten und nachvollziehbaren Prozess mit Varianten zu erarbeiten. Die Abgeltung müsste im Rahmen einer Komplexpauschale erfolgen. Varianten könnten – wiederum am Beispiel der Hüftarthrose – folgende sein: Basis (konservative Behandlung ambulant), Plus (konservative Behandlung stationär), Mittel (operative Behandlung mit Gelenkersatz und ambulante Reha)

resp. Maximal (operative Behandlung mit Gelenkersatz und stationäre Reha). Bei diesem Vorgehen solle eine Partnerschaft mit freipraktizierenden Ärzten, Spitälern, Rehakliniken, Übergangspflege, Spitex, Apotheken und Kostenträgern angestrebt werden.

Ein Komplexpfad bestand bereits im Aargau, nämlich zwischen dem KSA und aarReha, seit 1965 eine der führenden Reha-Kliniken der Schweiz. aarReha ist für das KSA die nächstgelegene Klinik für muskulo-skeletale Rehabilitation. Die Zusammenarbeit begann 2009, der Komplexpfad umfasste alle Prothesenoperationen an Hüfte und Knie. Der Vertrag verpflichtete beide Partner zur gegenseitigen Aufnahme und war unter Einbezug aller grossen Versicherer abgeschlossen worden. Die Rechnungstellung an die Krankenversicherer erfolgte durch das KSA mit fixen Pauschalen.

### Vorteile, die ins Gewicht fallen

Die Kooperation zwischen KSA und aarReha hatte zu einer deutlichen administrativen Entlastung infolge einheitlicher und schlanker Abläufe geführt. Es bestanden ein standardisierter Dokumentenfluss, ein standardisierter Verlegungsprozess und eine deutlich erhöhte Planungssicherheit. Die Kostenträger profitierten von einer Vereinfachung bei der Kostengutsprache und einer fixierten pauschalen Abgeltung. Die Vorteile der Patienten lagen beim standardisierten Vorgehen durch effizientere Abläufe, lückenlose

Dr. Hansjörg Lehmann, Gesundheitsdirektion Zürich, forderte mehr ambulante Operationen.



Digitale Vernetzung bei stark wachsenden Datenmengen bedeutet eine enorm hohe Anforderung an die Interoperabilität. Katrin Weinhold, IT-Leiterin Ameos, zeigte, wie das im Spitalalltag abläuft.





Übergänge und bessere Terminalsicherheit. Entscheidende Basis für den Pfad im KSA war «mipp» (Modell Integrierter Patientenpfade seit 1995 mit rund 150 aktiv eingeführten Behandlungspfaden). Die Zusammenarbeit mit aarReha endete 2011 mit der Einführung von SwissDRG. In Aarau werden jedoch neue Anläufe für Komplexpfade in verschiedenen Disziplinen unternommen, dies vor allem im Zusammenhang mit der Entwicklung der Kostenträgerrechnung nach der Einführung von SAP.

Komplexpauschalen, so Dr. Rhiner, würden weiterhin beachtliche Vorteile bieten, und seien daher erstrebenswert:

- standardisierte Behandlungsprozesse
- gemeinsames Verständnis der Partner
- einheitliche und schlanke Abläufe
- deutliche administrative Vereinfachung
- transparenter Kostenausweis
- umfassender Service für Patienten und Zuweiser
- Reduktion von Wartezeiten innerhalb des Pfades
- laufende Optimierung aufgrund der Erfahrungen im Interesse aller Beteiligten
- erwarteter Output: besseres Gesamtergebnis der Behandlung und höhere Zufriedenheit von Patienten und Hausärzten

### Kommunikation und Information

Wenn von vermehrtem und nötigem Wettbewerb unter den Spitälern gesprochen wird, darf die

digitale Vernetzung nicht zu kurz kommen. «Die Digitalisierung wird technologisch getrieben», ist Katrin Weinhold, Leiterin IT, Ameos-Privatklinikgruppe, überzeugt. Es geht um Big Data, In Memory und Deep Learning, um die Analyse und Interpretation vor allem unstrukturierter Daten, die in Riesenmengen vorkommen, immer wieder neu entstehen und sich innert 18 Monaten erfahrungsgemäss verdoppeln. Der Anteil strukturierter Daten ist dagegen relativ gering, weiter nehmen private Big Data rasch zu. Sie bestehen aus Diagnose- und Therapiedaten sowie Daten aus Mobile Health und Fitness/Wellness. Die Referentin sieht in der digitalen Vernetzung grosse Chancen:

- Verbesserung der Diagnosequalität durch künstliche Intelligenz
- Digitale Umsetzung ärztlicher Denkprozesse (Cognostics)
- Telemedizin mit audiovisuellen Kommunikationstechnologien
- Anwendung neuer bildgebender Verfahren in Operationstechniken
- Vermeiden von Medienbrüchen in Behandlungsketten
- Einsatz von Robotern in Reha und Pflege
- Auslesen des individuellen Genoms in der personalisierten Medizin
- Digitale Rationalisierung der medizinischen Verwaltungen

Digitale Vernetzung bei stark wachsenden Datenmengen bedeutet eine enorm hohe Anforderung an die Interoperabilität. Katrin Weinhold zeigte anhand der ebenfalls rasch wachsenden

Ameos-Privatklinikgruppe, wie das im Spitalalltag abläuft. Zu respektieren seien hier insbesondere der Datenschutz, die Aspekte Ethik und Gesellschaft, rechtliche Anforderungen und Rahmenbedingungen sowie die Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Entsprechend wird die Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen geprägt sein vom Kostenwachstum, medizinischem Wissen, technischem Fortschritt, rechtlicher Komplexität, hohen Dokumentationsanforderungen und ständigen Systemveränderungen.

### Save the date

Die Gesamtverantwortung für das 6. DRG Forum lag in den kompetenten Händen der MediCongress GmbH aus Dübendorf. Dr. oec.HSG Willy Oggier hat das Programm mit allen erstklassigen Referentinnen und Referenten zusammengestellt und zeichnet dafür verantwortlich.

Das nächste DRG Forum findet am 25. und 26. Januar 2018 statt. Sobald Informationen verfügbar sind, sind diese auf der Homepage zu finden. «clinicum» wird ebenfalls regelmässig über die Aktivitäten von MediCongress berichten.

Text: Dr. Hans Balmer  
Fotos: Peter Brandenberger, visuell.li

### Weitere Informationen

[www.medicongress.ch](http://www.medicongress.ch)

Dr. med. Robert Rhiner, CEO Kantonsspital Aarau, sprach über Optimierung von Behandlungspfaden.



Beste Laune: v.l.n.r. Dr. C. Roth, CFO Kliniken Valens, Dr. B. Wegmüller, Direktor H+, H.P. Wyss, CEO Spital Davos, Dr. T. Hornung, CEO Kliniken Valens, und Organisatorin D. Brandenberger, MediCongress.

