02/2016

pulsgeber

Die Plattform für Innovationen im Gesundheitswesen

Kommunen in der ambulanten Versorgung: Von der Zuschauerbank aufs Spielfeld?

Fachtagung „Kommunen als Gesundheitsversorger“ am 28.04.2016

IN DIESER AUSGABE

Fachtagung Kommunen als Gesundheitsversorger	1
BMC-Fachtagung Ambulante Psychotherapie	4
Hintergrundgespräche	6
Neuigkeiten aus dem BMC	11
Neu im BMC	12
BMC Kongress 2017 „Versorgung gestalten“	13
Berichte aus den Mitgliedsunternehmen	15
BMC Regional NRW	17
Aktuelle Termine BMC	19
Veranstaltungsempfehlungen	20

„Kommunen als Gesundheitsversorger“ – unter diesem Titel lud der Bundesverband Managed Care (BMC) am 28. April zu seiner zweiten Fachtagung in diesem Jahr. Bei der von der BMC-Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen“ initiierten und von der Robert Bosch Stiftung als Kooperationspartner begleiteten Fachtagung stand die Frage im Mittelpunkt, welche Rolle die Kommunen künftig bei der Sicherstellung der Versorgung einnehmen können. Unter der Moderation der Projektgruppenleiter Dr. Ursula Hahn, OcuNet, und Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, wurden sowohl die notwendigen rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen als auch Aspekte der praktischen Umsetzung intensiv diskutiert.

Prof. Dr. Volker Amelung

Kommunen als aktiver Mitspieler in der Versorgung?

Frau Dr. Hahn stellte eingangs dar, dass das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) den Kommunen neue Handlungsspielräume eröffnet habe: Waren sie bis dato ausschließlich im stationären Sektor als Betreiber von Kliniken oder mittels Investitionszuschüssen aktiv, können sie zukünftig auch im ambulanten Sektor unmittelbar mitgestalten. Dr. Horst Bitter, Medizinrechtsanwalt der Kanzlei Ehlers, Ehlers & Partner, zeigte daran anknüpfend auf, wo die Potenziale und Fallstricke bei der Gründung von MVZ in kommunaler Trägerschaft liegen.

Thomas Müller, Geschäftsführer der KV Westfalen-Lippe, zeigte sich erfreut, dass sich die Kommunen zukünftig stärker in der ambulanten Versorgung engagieren wollten, betonte jedoch, dass die KVen den Sicherstellungsauftrag innehätten. Er sehe die Kommunen eher in einer subsidiären Rolle. So sollten sie in erster Linie ihren Standort attraktiver gestalten, die Ehepartner bei der Suche nach einem Arbeitsplatz unterstützen und dafür sorgen, dass die Kindergärten verlängerte Öffnungszeiten anböten. Dr. Holger Pressel von der AOK Baden-Württemberg hielt die Frage der Trägerschaft eines MVZs grundsätzlich für irrelevant, jedoch sehe auch er die Aufgabe der Kommunen allenfalls als „Mit-Versorger“. Er sei der Meinung, dass die Kommunen drei Rollen verträten: In erster Linie seien sie Leistungserbringer im stationären Bereich, zudem sollten sie Anreize zur Niederlassung

Dr. Albrecht Kloepfer und Dr. Ursula Hahn

schaffen, indem sie zum Beispiel Praxisräume bereitstellten, und ferner eine Informationsplattform zum Austausch untereinander anbieten.

Bertolt Kuhn, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Hochschule Hannover, stellte eine Erhebung unter knapp 450 Bürgermeistern und Landräten Niedersachsens vor. Laut seiner Befragung spürten 70 % den Mangel an Ärzten, insbesondere Augen- und Hausärzten. 30 % sahen in der neuen Option zur Gründung kommunaler MVZ ein geeignetes Instrument, während sich 60 % eher skeptisch zeigten. Die stärkere Nutzung von Telemedizin und den Einsatz mobiler Arztpraxen schätzten 60 % der Befragten ebenfalls als ungeeignet ein.

Knackpunkt Haftung

Auch unter den anwesenden Bürgermeistern herrschte Dissens hinsichtlich der Frage, in welchem Maß sich Kommunen engagieren können oder sollen. Einige artikulierten ihr Unbehagen und ihre Verunsicherung, dass ihre Initiative trotz guter Absichten im Dschungel der Vorschriften versackt. In der Diskussion zeigte sich deutlich, dass die Kommunen ihre neuen Möglichkeiten sehr begrüßten, nur nicht bereit seien, tatsächlich die Haftung zu übernehmen. Es gäbe für die Kommunen allerdings keine Sonderregelungen, verdeutlichte Dr. Bitter. Wollten die Kommunen ein MVZ betreiben, so müssten auch sie, wie die Ärzte, in vollem Umfang in Haftung treten.

Dr. Horst Bitter

Ein Beispiel für kommunales Engagement zeigte Günter Wigbers, Bürgermeister der Gemeinde Sögel im Emsland. Seine Gemeinde hat in Zusammenarbeit mit dem Dienstleister patiodoc GmbH eine Sicherstellungspraxis gegründet. Für Dr. Niels Höllger stellte diese Praxis eine gute Gelegenheit dar, um in der ambulanten Versorgung tätig zu sein, ohne sich jedoch um die betriebswirtschaftlichen Aspekte der Praxis kümmern zu müssen – er griff daher zu, als ihm die Anstellung in der Sögeler Praxis angeboten wurde. Auch Dr. Stefanie Schmickler, Geschäftsführerin und Augenärztin eines großen augenärztlichen Zentrums in Niedersachsen/Westfalen, betonte die Kooperationsbereitschaft und verwies auf bestehende Projekte. Wenn Zentren in entlegeneren Regionen Filialen errichten, ist die enge Zusammenarbeit mit Kommunen oft hilfreich.

Bettina Tef

Integrierte Versorgungsstrukturen als Zukunftsmodelle?

In welche Richtung sich MVZ in der Zukunft weiterentwickeln könnten, stellte Bettina Tef, Projektleiterin bei der Robert Bosch Stiftung, dar: Das Förderprogramm PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung der Stiftung zielt darauf ab, lokale Gesundheitszentren zu gründen, die eine patientenzentrierte Versorgung durch multiprofessionelle Teams aus Gesundheits- und Sozialberufen in ländlichen Räumen gewährleisten.

Mehr als 80 Interessenten nahmen an der Fachtagung teil.

Bis zur flächendeckenden Umsetzung solcher Konzepte ist es jedoch noch ein steiniger Weg, betonte auch der Bundestagsabgeordnete Dr. Roy Kühne (CDU) in der abschließenden Diskussion. Haftungsfragen, Finanzierungslücken und Fachkräftemangel ließen sich nicht von heute auf morgen lösen, seien aber auf der politischen Agenda angekommen. Auch Ko-Tagungsleiter Dr. Kloepfer konzedierte, dass es ein gutes Zeichen sei, dass in jedem der letzten Versorgungsgesetze die Anbietervielfalt in der ambulanten Versorgung gestärkt wurde. Nichtsdestotrotz müsse die Politik noch stärker darauf hinwirken, systematische Vorteile der traditionellen vertragsärztlichen Praxen gegenüber neuen Anbieterstrukturen bei der Zulassung und Vergütung abzubauen. Es mangele nicht an innovativen Ansätzen und Know-how, um den Versorgungsherausforderungen in ländlichen Regionen zu begegnen, betonte auch Dr. Hahn. Vielmehr müsse es darum gehen, den Mangel als Chance für Veränderungen zu begreifen, Hürden in den Köpfen zu verringern und neuen Ansätzen den notwendigen Handlungsspielraum zu geben.

Dr. Roy Kühne

Günter Wigbers

Die **BMC-Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen“** widmet sich der Frage, wie strukturelle Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung bewältigt werden können. Dazu zählt angesichts des Strukturwandels in ländlichen Regionen und den sich gleichzeitig verändernden Anforderungen junger Medizinerinnen und Mediziner an ihr Arbeitsumfeld auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der Fläche. Ein weiteres wichtiges Themenfeld ist die intersektorale Versorgung von Patienten. Die Arbeitsgruppe identifiziert Lösungsansätze für diese Problematiken und setzt sich dafür ein, dass entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Der Arbeitsfokus liegt dabei auf den Potenzialen ambulanter Versorgungsunternehmen wie z. B. Medizinischen Versorgungszentren und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztnetzen.

v.l.n.r.: Bettina Tef, Thomas Müller, Dr. Horst Bitter, Dr. Holger Pressel und Dr. Ursula Hahn

In Zusammenarbeit mit der:

Robert Bosch Stiftung

Fachtagung am 13. April 2016

„Ambulante Psychotherapie - weiter gedacht!“

Psychische Erkrankungen verursachen nach Rückenschmerzen die häufigsten Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland. Allerdings besteht Reformbedarf in der Versorgung psychisch Kranker. Mit dem VSG hat der Bundestag dem G-BA die Aufgabe gestellt, bis zum 30. Juni die Richtlinien der ambulanten Psychotherapie zu überarbeiten. Unter der Leitung von Ralph Lägel, MBA, und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, veranstaltete der BMC am 13.04.2016 die Fachtagung **„Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht!“.**

Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPtK, zeigte eingangs die bestehenden Defizite in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker auf: In Deutschland warteten die Patienten im Durchschnitt drei Monate auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten und weitere drei Monate bis zum Behandlungsbeginn. Vor diesem Hintergrund sei es richtig, dass der G-BA mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie beauftragt wurde. In diesem Rahmen werde eine psychotherapeutische Sprechstunde eingerichtet und somit ein schneller transparenter Zugang zur Versorgung in die Wege geleitet, so Dr. Munz. Außerdem führe die Reform zu einer Förderung der Gruppenpsychotherapie und der Rezidivprophylaxe sowie einer Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Dr. Dietrich Munz

Führt die Reform zur Entbürokratisierung?

Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband, vertrat die Auffassung, dass das Ansinnen der Kostenträger sei, durch die Reform einen niedrigschwelligeren Zugang zur Psychotherapie zu gewährleisten, Kurzzeit- und Gruppentherapien zu fördern und bei diesen generell das Antrags- und Gutachterverfahren durch ein einfaches Anzeigeverfahren zu ersetzen. Auch eine Flexibilisierung der Gruppengröße und das Wechseln zwischen Gruppen- und Einzeltherapie seien aus Sicht der Kassen denkbar, so Dr. Uhlemann. Das Hauptziel der Kassen sei es, eine Vereinfachung und Entbürokratisierung zu erreichen.

Dr. Thomas Uhlemann

Hauptproblem: Lange Wartezeiten

Barbara Lubisch Bundesvorsitzende der DPtV, betonte in ihrem Vortrag die Zunahme von psychischen Problemen bei somatischen Erkrankungen und verwies hierbei auf die hohe Wirksamkeit der Psychotherapie. Sie sehe in der Reform u.a. eine Chance zur Erleichterung beim Jobsharing durch eine Vergrößerung des Praxisumfangs über den Fachgruppendurchschnitt hinaus. Kritik übte sie dagegen an der mangelhaften Bedarfsplanung und der nicht angemessenen Vergütung.

Dr. Iris Hauth, Präsidentin der DGPPN, gab eine Übersicht über die koordinierte Versorgung zwischen Somatik und Psyche. Sie verwies insbesondere darauf, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen selbst nicht zugenommen habe, aber die Inanspruchnahme von Behandlungen angestiegen sei. Auch sei eine flächendeckende Versorgung, besonders im ländlichen Raum, nicht gewährleistet. Laut Dr. Hauth gebe es zudem eine große Angebotslücke bei

bestimmten Krankheitsbildern. Hier müsse die Reform die nötigen Anreize zur Beseitigung von Fehlallokationen erwirken.

Dr. Iris Hauth

Im Mittelpunkt der anschließenden Diskussion stand vor allem die in der Richtlinie vorgesehene Sprechstunde. Das Hauptziel der Sprechstunde ist grundsätzlich für alle Patienten ein erleichterter Zugang zur Psychotherapie. Es sollen in dieser Sprechstunde der Behandlungsbedarf abgeklärt, die unterschiedlichen Versorgungsangebote erläutert und ggf. Alternativen wie Selbsthilfegruppen angeboten werden. Es stellte sich die Frage, ob die Sprechstunde durch jeden Psychotherapeuten zukünftig angeboten werden müsse. Eine solche Verpflichtung wurde von den Podiumsteilnehmern weitestgehend bejaht – fraglich sei jedoch, wie dies personell abgedeckt werden könne. Bedenken gab es zudem hinsichtlich der Frage, wie die Therapeuten die Sprechstunde in der Praxis realisieren können und zudem wie die Vergütung aussehen solle. Ein weiterer Diskussionspunkt war die ab 2017 geltende Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Terminvergabe durch die Terminservicestellen der KVen. Hier stellte sich insbesondere die Frage, an wen die TSS die Patienten vermitteln sollte, wenn ambulant keine psychotherapeutischen Kapazitäten verfügbar seien.

Ausblick auf innovative Versorgungsmodelle

Einen Ausblick auf weitere innovative Versorgungsansätze gab der Lunch Talk im Vorfeld der Fachtagung. Im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens bieten immer mehr Unternehmen IT-Lösungen zur Unterstützung der Psychotherapeuten, Ärzte und Krankenkassen oder Coaching-Apps für die Patienten an. Elsevier Health Analytics nutze Big Data Analysen, mit deren Hilfe man vorhersagen könne, wann Patienten stationäre Behandlungen benötigten, um infolgedessen durch eine ambulante koordinierte Behandlung, entgegensteuern zu können, so Dr. Peter Walther, Mitglied der Elsevier-Geschäftsführung. Das Programm 4Balance der Firma GWQ wurde speziell für Krankenkassen zur Unterstützung ihrer Patienten entwickelt. Hierbei handelte es sich um ein dreimonatiges Unterstützungsprogramm, welches die Patienten gezielt in das System einschleuse, somit an geeignete Partner weiterleite und erste Hilfestellungen an die Hand gebe, wie Martin Schneider (GWQ) erklärte.

Ralph Lägel, MBA

Dr. Krister Helbig verwies auf die Vorteile der Zuweiser-Software von Epikur, die die Möglichkeit, vornehmlich für Ausbildungsinstitute und große Praxen, biete, aus einem Patientenpool, einen für den Psychotherapeuten passenden Patienten, aussuchen zu können. Dadurch würde eine optimale Therapie bezüglich ihrer Spezialisierung und Kapazität stattfinden.

Barbara Lubisch

Autorin: Anna Gruhn (BMC)

Hintergrundgespräch mit Hilde Mattheis

„Die gesundheitspolitische Agenda 2017“

Das mit über 80 Teilnehmern sehr gut besuchte BMC-Hintergrundgespräch am 24. Februar 2016 bewies, dass die Gesundheitsbranche das Wahljahr 2017 bereits fest im Blick hat.

Hilde Mattheis

Hilde Mattheis, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, betonte zu Beginn ihre sozialdemokratische Sicht auf die politische Agenda der kommenden Jahre mit folgenden Kernthemen: Die Verankerung der regionalen Versorgung unter Einbeziehung der Kommunen, die Einführung einer Bürgerversicherung sowie die Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen und Investitionskostenfinanzierung im stationären Sektor.

Entscheidungsspielraum der Kommunen stärken

Mattheis führte aus, dass die Kommunen mehr Verantwortung bei der Gesundheitsversorgung vor Ort erhalten sollten. Um dieser Rolle gerecht werden zu können, müssen sie jedoch den Zugriff auf entsprechende Finanzierungsquellen erhalten und in ihren Mitwirkungsrechten gestärkt werden. Das Idealbild von Gesundheitsregionen lässt sich in die Realität überführen, wenn man folgende Voraussetzungen schafft: Alle Leistungserbringer an einen Planungstisch bringen und gleichzeitig den Entscheidungsspielraum der Kommunen stärken. Die Regelungen müssen auf Bundesebene so getroffen werden, dass sie auf Landesebene umgesetzt werden können. In der Einführung einer Bürgerversicherung erkennt Mattheis Chancen, die Finanzierung des Gesundheitssystems langfristig zu sichern und die Beitragsbelastung von Geringverdie-

nern zu senken. Die defizitäre Lage vieler kommunaler Krankenhäuser bietet Anlass zu der Vermutung, dass die pauschale Vergütung pro Behandlungsfall nicht die tatsächlich anfallenden Kosten deckt. Insbesondere die Personalbemessung sieht Mattheis unzureichend in den DRGs abgedeckt. Auch die Finanzierung der Investitionskosten sei dringend reformbedürftig. Zudem macht sie sich für eine Anpassung des Entgeltsystems im psychiatrischen Bereich stark. Eine angemessene Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen kann nicht durch ein pauschalisiertes Entgeltsystem erfolgen, so Mattheis.

Auch in berufspolitischer Hinsicht sieht die Bundestagsabgeordnete Handlungsbedarf. Langfristig müssen die Inhalte

des Medizinstudiums die Attraktivität des hausärztlichen Berufs steigern. Mit der Abkehr von traditionellen Familienstrukturen ist zusätzlich eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf notwendig. Durch eine grundlegende Neuausrichtung der Pflegeausbildung erhofft sie sich neue Zukunftsperspektiven für Beschäftigte und eine gesamtgesellschaftliche Aufwertung der Pflege.

Die anschließende Diskussion behandelte umfassend verschiedenste Themenbereiche aus dem aktuellen und zukünftigen Gesundheitswesen. So wurden unter anderem

Prof. Dr. Volker Amelung, Hilde Mattheis

Fragen zu E-Health, zur Reform der Vergütungssysteme sowie zum Antikorruptionsgesetz intensiv debattiert. Auf die Frage, welchen Projekten Frau Mattheis die Förderung im Innovationsfonds wünsche, war ihre Antwort eindeutig: Gefördert werden sollen Projekte, die Versorgungslücken schließen und Sektorengrenzen aufbrechen. Es könne sich hierbei auch gern um Projekte aus der Telematik handeln.

Autor: Sebastian Mann (BMC)

Hintergrundgespräch mit Dr. Bernhard Rochell

„Wie stellen sich Vertragsärzte an der Sektorengrenze auf?“

Die Stärkung der ambulanten Versorgung im Spannungsfeld von politischer Willensbekundung und praktischer Umsetzung

Ein nicht nur für Kassenärzte, KVen und KBV, sondern das gesamte Gesundheitswesen gleichermaßen wichtiges Thema, diskutierte der BMC mit **Dr. Bernhard Rochell, Verwaltungsdirektor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**: „Wie stellen sich Vertragsärzte an der Sektorengrenze auf?“ Das durch die BMC-Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen“ initiierte Hintergrundgespräch fand am 29. Februar in Berlin statt.

Auf die Frage der Projektgruppenleiterin Dr. Ursula Hahn, welche Hemmnisse er momentan sehe, entgegnete Dr. Rochell mit eindeutigen Worten: „Sektorenübergreifende Kooperation bedeutet nicht, dass sich stationärer und ambulanter Sektor gegenseitig Zuständigkeiten abringen und so die patientenorientierte Versorgung in den Hintergrund rückt.“ Doch genau diese Vorgänge beobachte er momentan. Aufgrund von gesetzlichen Vorgaben würde den Krankenhäusern eine immer wichtigere Rolle bei der Sicherung der Grundversorgung zugestanden. Für eine flächendeckende, sektorenübergreifende Versorgung sei das aber keine Lösung. Der Ärztemangel in ländlichen Regionen würde gleichermaßen Krankenhäuser wie die vertragsärztliche Versorgung betreffen.

In Krankenhäusern die Notfallversorgung über den EBM

Seine Vorschläge: Eine enge und klar abgesteckte Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern, auf Grundlage einer gemeinsamen sektorenübergreifenden Bedarfs- und Krankenhausplanung. Eine monetäre Verzahnung der jeweiligen Leistungsträger sei zudem unabdingbar für ein sektorenübergreifendes Versorgungssystem. Ambulante Leistungen in Krankenhäusern würden schon heute aus dem „KV-Topf“ bezahlt, entsprechend müssten vor-, nach-, teil- und kurzstationäre Leistungen sowie aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagerte Leistungen gleichberechtigt durch Vertragsärzte erbracht und aus Mitteln des „Krankenhaustopfes“ bezahlt werden können. Auch sei es wichtig, dass die Krankenhäuser nur für die Patienten die Notfallversorgung zu Lasten des EBM übernehmen, wenn die Versorgung durch einen Vertragsarzt nicht möglich bzw. aufgrund der Umstände nicht vertretbar sei.

Belegärzte sind unverzichtbar

Versorgungslösungen wie Belegärzte und Praxiskliniken, die eine Verzahnung von ambulant und stationär bereits umsetzen, aber auch neuere Ansätze wie Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) sähen sich zahlreichen Hürden gegenüber. Als Beispiel führte er die Finanzierungsproblematik der Haftpflichtversicherung in der gynäkologischen belegärztlichen Versorgung auf. Die Arbeit der Belegärzte sei jedoch besonders für ländliche Regionen und kleinere Krankenhäuser unverzichtbar, um eine kostengünstige, wohnortnahe und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten. Auch sei es nicht hinnehmbar, dass die Erbringung von stationären Leistungen in Praxiskliniken keine gleichberechtigte Abrechnung erfahre.

Kliniken in ambulante Gesundheitszentren umwandeln

Die Chancen auf eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft sieht er kritisch: In der Region würde vor allem die Bedeutung von Krankenhäusern als regionaler Wirtschaftsfaktor gesehen. Politik und Krankenkassen würden daher zu selten die Notwendigkeit einzelner Häuser auf Basis finanzieller und qualitativer Parameter ernsthaft überprüfen. Entscheidend sei, Probleme nicht zu ignorieren, sondern mit allen Beteiligten Alternativen auszuloten. Denkbar wäre die Umwandlung von unwirtschaftlichen Kliniken je nach Bedarf in ambulante Gesundheitszentren, Pflege- oder Flüchtlingsheime. Aber auch die Vertragsärzte müssen zukunftsorientiert denken und handeln. Es sei eine Herausforderung für Vertragsärzte, das medizinische Angebot der Bedürfnislage von Patienten anzupassen. Beispielsweise gäbe es nach wie vor die Wahrnehmung, dass kleinere medizinische Einheiten nicht ausreichend verfügbar seien, daher würden sich Patienten direkt an Krankenhäuser wenden. Eine stärkere Vernetzung, größere Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren auch als Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen könnten hier Abhilfe schaffen.

Dr. Bernhard Rochell

Dr. Rochell resümiert, dass nahezu alle Bereiche, in denen Vertragsärzte traditionell an der Sektorengrenze tätig sind, vor dem Hintergrund der kürzlichen Krankenhausgesetzgebung politisch stagnieren. Hier müsse kurzfristig wieder mehr nach dem Motto „ambulant vor stationär“ verfahren werden und die vertragsärztlichen Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung gestärkt werden, statt den Krankenhäusern in diesem Bereich weiter systematische Wettbewerbsvorteile zu gewähren. Nur so könne dauerhaft eine flächendeckend hohe Versorgungsqualität, insbesondere für multimorbide und ältere Patienten, gesichert und finanziert werden. Für eine praktische Umsetzung bedürfe es aber nicht nur entsprechender Regelungen auf Gesetzesebene, sondern insbesondere einer stärkeren Kooperation auf regionaler Ebene.

Autorin: Valerie Dorow (BMC)

Hintergrundgespräch mit Dr. Dominique Jaeger und Jan C. Eggers

„Konterkariert das Vergaberecht den Innovationsfonds?“

Zwei parallele Entwicklungen führen dazu, dass vergaberechtliche Fragen bei den Akteuren des Gesundheitswesens verstärkt in den Fokus rücken: Einerseits ergeben sich durch die aktuelle Vergaberechtsreform einige Änderungen im Bereich der sogenannten sozialen Dienstleistungen, unter die auch Gesundheitsdienstleistungen fallen. Andererseits stellt sich die Frage, wie die Fördermittel des neu geschaffenen Innovationsfonds vergaberechtskonform eingesetzt werden können. In einem Hintergrundgespräch mit der Medizinrechtsanwältin Dr. Dominique Jaeger und dem Experten für Vergaberecht RA Jan C. Eggers erhielten die rund 50 Teilnehmer am 22.03.2016 einen Überblick über die Rechtslage. Anschließend wurden mögliche Lösungswege diskutiert.

Zum Hintergrund: Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurden für die Entwicklung neuer Versorgungsformen zwei entscheidende Neuerungen eingeführt. So erfuhr zum einen der Bereich der Integrierten Versorgung durch die Neufassung des § 140a SGB V eine deutliche Entbürokratisierung und Erweiterung des Leistungsumfangs. Für Krankenkassen und ihre Vertragspartner entstehen dadurch größere Handlungsspielräume, weil z. B. auch Organisationsleistungen, die zur Verbesserung der Versorgung von Patienten dienen, vereinbart und von den Krankenkassen übernommen werden können. Zum anderen wurde der Innovationsfonds auf den Weg gebracht. Ausgestattet mit 1,2 Mrd. Euro soll er über die nächsten vier Jahre Projekte in den Bereichen Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung fördern.

Das sind zunächst einmal gute Nachrichten. Gleichwohl könnten vergaberechtliche Vorschriften die Intention des Gesetzgebers in erheblichem Maße konterkarieren.

Schwellenwert für Ausschreibungspflicht erhöht sich auf € 750.000,-

Dass Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber dem Vergaberecht unterliegen, ist nicht neu. Aufträge, die ein Volumen von € 200.000,- netto übersteigen, mussten auch bisher europaweit ausgeschrieben werden.

Allerdings waren bestimmte Dienstleistungen im Gesundheitswesen hiervon weitgehend ausgenommen. Als „soziale Dienstleistungen“ unterliegen diese ab dem 18.04.2016 dem EU-Vergaberecht, allerdings erst oberhalb eines erhöhten Schwellenwerts von € 750.000,-.

Wenngleich die weiteren Neuregelungen im Vergaberecht sich nur bedingt auf das Gesundheitswesen auswirken, so erhalten allgemeine vergaberechtliche Fragestellungen durch die Einführung des Innovationsfonds aber doch eine besondere Aktualität.

§ 140a SGB V als Rechtsgrundlage für Innovationsprojekte

Zwar stellt die Zuweisung von Fördergeldern aus dem Innovationsfonds an sich noch keinen Sachverhalt dar, der dem Vergaberecht unterliegt. Allerdings ist im Versorgungsstärkungsgesetz festgelegt, dass bei der Antragstellung „in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist“ und dass die durch den Innovationsfonds geförderten Vorhaben im Bereich der neuen Versorgungsformen „auf geltender Rechtsgrundlage“ erbracht werden müssen. Mit anderen Worten: Die Mittelvergabe ist an den Abschluss eines Selektivvertrags nach § 140a SGB V gekoppelt. Und da bei Selektivverträgen die Krankenkassen als Auftraggeber fungieren, unterliegt die Verwendung der Fördermittel letztendlich doch dem Vergaberecht – zumindest dann, wenn die Krankenkasse diese Leistungen entgeltlich beschafft und eine Auswahlentscheidung zugunsten eines bestimmten Anbieters trifft. Dies ist in der Regel bei den gesundheitlichen Versorgungsleistungen der Fall. Ob es bei den Management-, Organisations- oder Koordinationsleistungen, die gerade durch den Innovationsfonds finanziert werden sollen, auch so gesehen werden muss, wird vom Einzelfall abhängen und insbesondere auch davon, wie eng diese Leistungen rechtlich mit den Versorgungsleistungen verbunden sind.

Dr. Dominique Jaeger, Fachanwältin für Medizinrecht, Rechtsanwälte M&P Dr. Matzen & Partner mbB

Problematisch ist daran vor allem folgender Umstand: Der Großteil der Anträge an den Innovationsfonds wird nicht von einer einzelnen Krankenkasse kommen, sondern von Zusammenschlüssen mehrerer Partner, die das Vorhaben gemeinsam entwickelt haben. Diese Konsortien können beispielsweise aus Krankenkasse(n), Ärztenetz(en), ITDienstleister(n) und Evaluationspartner(n) bestehen. Sollte das Projekt nun einen positiven Förderbescheid erhalten, wird die Krankenkasse das Vorhaben in der Regel auch mit den entsprechenden Partnern realisieren wollen – und es vielfach auch überhaupt nur mit diesen Partnern realisieren können.

Eine Ausschreibung der zu vergebenden Aufträge wäre daher wenig zielführend. Wie können also befriedigende, rechtssichere Lösungen für dieses Problem aussehen?

Evaluation könnte durch Konsortium beauftragt werden

Zumindest für die Vergabe der Evaluationsaufträge wurden in der Diskussion denkbare Szenarien entwickelt: Vor dem Hintergrund, dass das Konsortium eine GbR darstellt, könnte die Evaluation vom Konsortium und nicht von der Krankenkasse eingekauft werden. Da eine nicht öffentlich beherrschte oder überwiegend öffentlich finanzierte GbR kein öffentlicher Auftraggeber ist, unterliegen die von ihr vergebenen Aufträge auch nicht dem Vergaberecht. Zudem wird die Evaluation – losgelöst vom Gesamtvorhaben betrachtet – in den wenigsten Fällen den Schwellenwert von € 750.000,- überschreiten, sodass ohnehin keine Ausschreibung erforderlich wäre.

Keine Rechtssicherheit für Vorhaben im Bereich Neue Versorgungsformen

Bei den Versorgungsvorhaben selbst stellt sich die Lage deutlich komplizierter dar. Je nach spezifischem Inhalt des Vorhabens könnte hier ein sogenanntes Open-House-Verfahren infrage kommen. Das Open-House-Verfahren sieht vor, dass kein konkreter Anbieter von der Krankenkasse ausgewählt wird, sondern alle Anbieter, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, zur Erbringung der Leistung berechtigt sind. Ansatzpunkt ist dann die Festlegung der Anforderungen an die zu erbringenden Leistungen. Diese müssten so eng formuliert sein, dass nur wirklich passende Partner sie erfüllen. Schwer einzuschätzen ist jedoch, ob so eng formulierte Voraussetzungen einer rechtlichen Prüfung standhalten würden.

Jan C. Eggers, Rechtsanwalt, Hogan Lovells International

Ein anderer Weg könnte darin liegen, eine sogenannte Ex-ante-Transparenzmitteilung im EU-Amtsblatt zu veröffentlichen. In dieser Bekanntmachung müsste begründet werden, dass und aus welchen sachlichen Gründen ausschließlich die gewählten Vertragspartner für das Vorhaben infrage kommen. Geht hiergegen innerhalb von zehn Tagen kein potenzieller Bieter vor, ist die anschließende Auftragserteilung rechtssicher. Ein erfolgender rechtlicher Angriff wäre jedoch mit dem Risiko behaftet, das gesamte Projekt erheblich zu verzögern oder sogar zu gefährden.

Eine rechtssichere Lösung kann nur der Gesetzgeber schaffen

Als Fazit bleibt: Einen rechtssicheren Weg, um die Ausschreibungspflicht zu umgehen, gibt es nicht. Es bedarf also des Mutes der Krankenkassen und der geschickten Antragsgestaltung, um sich mit einem Antrag am Innovationsfonds zu beteiligen. Die verzwickte vergaberechtliche Situation demotiviert nicht nur die Akteure des Gesundheitswesens, die bereits großes Interesse am Innovationsfonds signalisiert haben. Sie durchkreuzt auch den Willen des Gesetzgebers, der sich durch den Innovationsfonds erhofft, neuen Schwung in die selektivvertragliche Landschaft zu bringen. Besonders ärgerlich ist die aktuelle Rechtsunsicherheit vor dem Hintergrund, dass bisher keine echte Übertragbarkeit der Mittel aus dem Innovationsfonds erreicht wurde.

Eine Lösung für dieses Dilemma kann nur der Gesetzgeber schaffen, indem er bei durch den vom Innovationsfonds geförderten Projekten die vergaberechtlichen Vorgaben lockert und etwa eine stark vereinfachte Vergabe zulässt. Ein Selbstgänger ist eine solche Ausnahmeregelung angesichts der geltenden europarechtlichen Vorgaben zwar nicht. Doch lässt die Vergaberichtlinie dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der Regelungen für die sozialen Dienstleistungen aber noch einen gewissen Spielraum. Dieser sollte genutzt werden! Jedenfalls wird dieser Schritt aber wohl kaum vor der ersten Förderbekanntmachung zu erwarten sein. Bis dahin gilt es also zu improvisieren.

Moderator BMC-Vorstandsmitglied Dr. Rolf-Ulrich Schlenker

Autor: Sebastian Mann (BMC)

Hintergrundgespräch mit Prof. Dr. Reinhard Busse

„Gesundheitsreformen im internationalen Vergleich: Gleiche Herausforderungen= gleiche Lösungen?“

Der BMC lud am 5. April 2016 zu einem Hintergrundgespräch zum Thema **„Gesundheitsreformen im internationalen Vergleich: Gleiche Herausforderungen = gleiche Lösungen?“** ein. Nach einer kurzen Einführung übergab Moderator Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, das Wort an Professor Reinhard Busse, Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin. Laut Professor Busse, zu dessen Forschungsschwerpunkten die Gesundheitssystemforschung im europäischen Vergleich gehört, sind die Gesundheitssysteme nicht so unterschiedlich, wie allgemein angenommen wird. Innerhalb der EU gebe es gesundheitspolitisch durchaus gemeinsame Werte und Ziele, jedoch verfolgten die Länder verschiedene Konzepte zu deren Erreichung.

Im Grunde gebe es einen sehr homogenen Bausatz von Maßnahmen und Lösungsmöglichkeiten für die Herausforderungen im Gesundheitssystem, so Busse. Es gehe im Prinzip immer um die Determinanten Kosten, Zugang und Qualität. In Deutschland finde eine Steuerung vorrangig über die letzten beiden statt. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben liege in Deutschland seit Jahren konstant bei zwei Prozent, während sie in allen anderen Ländern in Europa nach der Finanzkrise deutlich gesunken sei. Auch sei die Zahl der Krankenhausfälle pro Jahr mit etwa 20 Millionen Patienten im Vergleich hoch. Der Ruf nach einer Reduzierung der Krankenhausbetten und einer Senkung der Ausgaben werde gleichwohl auch in Deutschland immer lauter.

Deutschland auf dem Qualitätsniveau von Tschechien?

Besonders bezüglich der Qualität der medizinischen Behandlung besteht laut Prof. Busse noch Handlungsbedarf. Im europäischen Vergleich liege Deutschland im Mittelfeld auf Höhe von Tschechien. Etwa jeder tausendste Patient in deutschen Kliniken verstirbt demnach an nosokomialen Infektionen oder durch andere klinikbedingte Ursachen. Die Niederlande seien in dieser Hinsicht deutlich weiter und ein Vorbild für andere Länder. Dass in den Niederlanden jeder Patient bei Einweisung auf resistente Keime getestet wird, sei allseits bekannt.

Eine Steuerung der Qualität kann über verschiedene Kanäle stattfinden, erläuterte Prof. Busse. Zum einen biete sich die Möglichkeit, sich an den strukturellen Voraussetzungen zu orientieren. Krankenhäuser, die beispielsweise keine Fachabteilung für Schlaganfälle besitzen, sollten diese Patienten nicht aufnehmen und abrechnen dürfen, sondern sie an ein geeignetes Krankenhaus weiterleiten. Weiterhin stellte Prof. Busse ein Steuerungsmodell aus Großbritannien vor. Dort wurden für spezielle häufige Indikationen Leitlinien entwickelt, nach denen sich die Kliniken in der Behandlung richten sollen. Führen die Kliniken nun alle in den Leitlinien aufgelisteten Prozeduren durch, erhalten sie eine höhere Fallpauschale. Ein anderes Beispiel stellt die Methode dar, einen Teil der Vergütung erst auszuzahlen, wenn der Patient ein bestimmtes Genesungsziel erreicht hat, das den Erfolg der Behandlung zeigt.

Best Practices aus den NL und DK

Systematisch gingen dabei beispielsweise die Krankenversicherer in den Niederlanden vor, die mittlerweile sehr gezielt nur mit ausgewählten Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen würden. Dadurch erhöht sich zwar die Entfernung zum nächsten Krankenhaus geringfügig, die Qualität der Versorgung steige jedoch. In Deutschland seien solche Zugangsbeschränkungen derzeit jedoch kaum vorstellbar – dafür müssten Krankenkassen bereit sein, Qualitätsverträge nur mit ausgewählten Häusern zu schließen und diese Einschränkung der freien Krankenhauswahl offensiv zu verteidigen.

Einen anderen Weg ist Dänemark gegangen: Dänemark, das ein staatliches, steuerfinanziertes Gesundheitssystem hat, hat in der Vergangenheit systematisch die Anzahl seiner Krankenhäuser von 56 auf 22 reduziert. Da die Krankenhäuser alle in öffentlicher Hand waren, ist dies leichter umsetzbar als in Deutschland. Politisch war dies durchsetzbar, weil man keine einzelnen Häuser geschlossen und andere erhalten habe. Stattdessen hat man die Vertreter von Kommunen und Regionen gewonnen, indem eine Vielzahl von Kliniken mit zeitgemäßer Gebäudeplanung und IT-Ausstattung neu errichtet wurde.

Dieser Punkt sorgte auch für Gesprächsstoff in der anschließenden Diskussion. Busse konstatierte, dass in Deutschland vielfach die Befürchtung vorherrsche, dass mehr Patienten sterben würden, wenn weniger Betten zur Verfügung stehen. Nach seiner Auffassung sei jedoch das Gegenteil der Fall: Durch eine Verringerung der Bettenanzahl käme es voraussichtlich zu einer Reduzierung der Krankenhausfälle und somit zu einer Reduzierung der absoluten Zahl krankenhausbedingter Todesfälle.

Zum Abschluss wurde ein Blick in die Zukunft gewagt: Kann man davon ausgehen, dass eher eine Konvergenz der Systeme stattfindet, oder werden die bestehenden Systeme in ihrer Unterschiedlichkeit weiterhin nebeneinander existieren? Die Betrachtung der oben bereits erwähnten drei Faktoren Kosten, Zugang und Qualität sei, so Prof. Busse, in allen Ländern sehr unterschiedlich gewichtet. Allerdings sei die Vernachlässigung des Kostenfaktors in Deutschland besonders ausgeprägt, während andere Länder eine höhere systemische Kosteneffektivität aufwiesen. Diese Frage müsse in Deutschland zukünftig ebenfalls in den Fokus rücken.

Autor: Anna Gruhn (BMC)

Neuigkeiten aus dem BMC

Herr **Prof. Dr. Volker Amelung** wurde als einer von rund 50 Experten ins **Board** der **Health-i-Initiative** aufgenommen. Die Health-i Initiative der Techniker Krankenkasse und des Handelsblattes wurde mit dem Ziel ins Leben gerufen, die besten Talente in den Bereichen Gesundheit und Gesundheitswirtschaft, die vielversprechendsten Start-Ups und die innovativsten Denker Deutschlands zu entdecken und zu fördern. Hierzu haben die Mitglieder des Boards die Aufgabe einmal jährlich die Sieger des Health-i-Awards zu küren. Die nächste Preisverleihung findet am 10. November in Berlin statt. Bewerbungen hierfür können noch bis zum 30. Juni eingereicht werden.
Weitere Informationen finden Sie unter: www.health-i.de

Wir bedauern sehr, dass wir zukünftig auf unsere Referentin, **Sabine Barz**, verzichten müssen. Sabine Barz ist zum 30. April 2016 aus dem BMC ausgeschieden, um sich einem Buchprojekt zu widmen.
Wir wünschen ihr dabei von Herzen viel Spaß und Erfolg—und wissen schon jetzt, dass wir sie sehr in der Geschäftsstelle vermissen werden.

Demzufolge war die Nachbesetzung ihrer Stelle keineswegs einfach, aber ist dann doch geglückt: Ab dem Sommer wird das BMC-Team durch zwei neue Referentinnen verstärkt. Mehr Details dazu lesen Sie in der nächsten Ausgabe des Impulsgebers...

Wir freuen uns, bekannt geben zu dürfen, dass die Universität Witten/Herdecke unserem Vorstandsmitglied Herrn **Dr. rer. medic. h.c. Helmut Hildebrandt** die **Ehrendoktorwürde** verliehen hat. Mit dieser Ehrung würdigt die Universität die Verdienste des Gesundheitsexperten und -unternehmers im Bereich der Integrierten Versorgung und bezieht sich dabei u.a. auf den Aufbau eines Modellprojektes zur integrierten Gesundheitsförderung und -versorgung, besser bekannt als ‚Gesundes Kinzigtal'.

Veranstaltungsempfehlung

Fachtagung: „Angst entgegen, freier leben!"

Hausärztliche Behandlung und Case Management bei Panikstörungen und Agoraphobie

Fast 10 Mio. Menschen sind in Deutschland von Angststörungen betroffen. Der Hausarzt behandelt fast 80%. Wie kann die Behandlung für Patienten optimiert werden?

Im Rahmen der **„Jena-Paradies"-Studie** wurde ein einfacher Behandlungsansatz für die Hausarztpraxis entwickelt und geprüft. Die Ergebnisse sind vielversprechend.

Die **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin** (DEGAM), die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde** (DGPPN) sowie die **Stiftung Allgemeinmedizin** möchten gemeinsam mit Ihnen den **Nutzen dieser neuesten Forschungsergebnisse** für Patienten, Ärzte und unsere Gesellschaft diskutieren.

Am Freitag, den **10. Juni 2016** von 11.00-16.30 Uhr. Im Hotel Aquino Tagungszentrum in Berlin - Mitte.

Weitere Informationen finden Sie unter:

http://bit.ly/1s4dEod

Dort ist auch das Veranstaltungsfaltblatt eingestellt.

Die Teilnahme ist **kostenfrei**.

Neu im BMC

Wir freuen uns über neue Mitglieder. Herzlich willkommen!

Die **AAC Praxisberatung AG** berät seit 14 Jahren niedergelassene Ärzte und MVZ nahezu aller Fachgruppen in Fragen der Abrechnung. Sie bietet ihren Kunden Abrechnungsanalysen an, berät zu Fragen der Regressvermeidung und ist mit Schulungen und Seminaren präsent.

Der **Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)** ist der Zusammenschluss der deutschen niedergelassenen Hautärzte zur Vertretung Ihrer wirtschaftlichen und sozialpolitischen Interessen. Der BVDD führt in diesem Zusammenhang auch Schulungen und Weiterbildungen für seine Mitglieder durch. Mit seinen fast 3.400 Mitgliedern vertritt er über 90% der deutschen Dermatologen.

Karsten Knöppler berät und unterstützt verschiedene Akteure im Gesundheitswesen in den Schwerpunkten Gesundheitsmanagement, Versorgungsmanagement und Digitalisierung — zu seinem Kundenstamm gehören Spitzenorganisationen genauso wie regionale Gesundheitsanbieter. Karsten Knöppler ist seit fast zwei Jahrzehnten an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft, Beratung und Management im Gesundheitswesen in verschiedensten Linienpositionen und Projektleitungen tätig.

MedEcon Ruhr ist die gemeinsame Adresse der Gesundheitswirtschaft in Deutschlands größtem Ballungsraum. Über 140 Unternehmen und Einrichtungen aus Klinikwirtschaft und Gesundheitsversorgung, Lebenswissenschaften und Versorgungsforschung, technischer Industrie und anderen zuliefernden Branchen sind über ihre Mitgliedschaft im MedEcon Ruhr e.V. verbunden. Koordiniert von der MedEcon Ruhr GmbH stehen drei Aufgaben im Mittelpunkt: Netzwerkmanagement, Projektentwicklung und Regionalmarketing.

Medicoles ist ein Beratungsunternehmen im Gesundheitswesen mit Sitz in Hannover, das Unterstützung bei medizinischen Bestandsanalysen, Versorgungsstrategien, Gesundheitsprogrammen, E-Health und Kooperationen und Verträgen bietet.

Die **Philips GmbH Market DACH** ist eine der größten und umsatzstärksten Tochtergesellschaften von Royal Philips - einem weltweit führenden Konzern für Gesundheit und Wohlbefinden. Philips beschäftigt in Deutschland gut 4.900 Mitarbeiter und ist in die Sparten Healthcare, Consumer Lifestyle und Lighting aufgegliedert. Ihren Sitz hat die Philips GmbH Market DACH in Hamburg, weitere große Standorte sind Böblingen und Aachen.

Der **Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.** vertritt die allgemeinen Interessen der Privaten Krankenversicherung, der Privaten Pflegeversicherung sowie seiner Mitgliedsunternehmen. Der Verband bezieht Stellung zu sozial- und ordnungspolitischen Fragen. Er nimmt an parlamentarischen Anhörungen teil und bringt die PKV-Positionen in die nationale und europäische Gesetzgebung ein. Außerdem berät er seine Mitgliedsunternehmen in Grundsatzfragen der Tarifgestaltung, so etwa bei Einführung neuer Tarife wie dem Basistarif.

BMC Kongress 2017: „Versorgung gestalten“

Der BMC-Kongress findet am 24. und 25. Januar anlässlich unseres 20-jährigen Verbandsjubiläums in Berlin unter dem Titel „Versorgung gestalten“ statt.

Der demografische Wandel, die Zunahme multimorbider Krankheitsbilder und der steigende Bedarf an Medizin- und Pflegefachkräften sind Herausforderungen, die das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren zunehmend beschäftigen werden. Einerseits hat die Medizin in den letzten drei Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht, sodass wir aus fachlicher Sicht gut gerüstet sind. Andererseits gibt es nach wie vor einen großen Nachholbedarf bei der Anpassung von Versorgungsstrukturen und -prozessen. Dies schließt auch den Ausbau sozialer Kompetenzen rund um die Themen Kommunikation, Leadership, Shared Decision Making, Patienten-Empowerment und die Etablierung einer konstruktiven Fehlerkultur in der Medizin ein.

Diesen Themenkomplex wird der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) auf seinem nächsten Jahreskongress aufgreifen. In welchen Bereichen haben Managed-Care-Ansätze in den letzten Jahren einen entscheidenden Unterschied gemacht? Wie können wir vor dem Hintergrund von mehr als 15 Jahren Erfahrung mit der Integrierten Versorgung die größtmögliche Hebelwirkung entfalten, um gute Konzepte in die Fläche zu bringen? Und was sind die nächsten Meilensteine auf dem Weg zu einer Versorgung, die sich konsequent an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert?

Wie bereits in den vergangenen Jahren rechnen wir mit mehr als 550 nationalen und internationalen Gästen. Der Kongress findet wie gewohnt im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin-Mitte statt. Anmeldungen nehmen wir voraussichtlich ab September 2016 entgegen, weitere Informationen folgen.

Wir sind überaus erfreut schon heute bekannt geben zu dürfen, dass wir **Dr. Eckart von Hirschhausen** als **Keynote Speaker** gewinnen konnten. Er wird zum Thema „Sorge Dich Nicht—Versorge –Was die Positive Psychologie uns über Motivation, Kommunikation und Gesundheit verrät“ referieren.

HUMOR HILFT HEILEN

Impressionen des BMC-Kongresses 2016

Internationales

4th World Congress on Integrated Care

23.-25. November 2016

Der vierte Weltkongress zur Integrierten Versorgung findet vom 23.-25. November 2016 in Wellington, Neuseeland, statt.

Der jährlich stattfindende Kongress wird von der International Federation on Integrated Care in Zusammenarbeitet mit der General Practice New Zealand, der Health Quality and Safety Commission und dem neuseeländischen Gesundheitsministerium veranstaltet. Ziel der Tagung ist es mit Experten aus aller Welt Wissen, Erfahrungen und Ideen zur Verbesserung der Integrierten Versorgung auszutauschen.

Das Thema des diesjährigen Kongresses lautet: **„Investing in our Future: Improving the Health of People and Communities".**

Weitere Informationen und die Anmeldung finden Sie unter:

http://bit.ly/1Tq7cnx

EU-Projekt SUSTAIN—Integrierte Versorgung älterer Menschen in Europa

2015 - 2019

Das SUSTAIN-Projekt hat zum Ziel, die integrierte Versorgung für ältere Menschen mit Bedarf an komplexer gesundheitlicher und sozialer Pflege und Betreuung zu verbessern. Im Fokus stehen Menschen über 65, die in den eigenen vier Wänden leben und betreut werden.

Von 2015 bis 2019 wird **SUSTAIN** mit je **zwei Modellen der integrierten Versorgung in sieben Ländern** zusammenarbeiten und diese bei der kontinuierlichen Verbesserung ihrer Angebote und Leistungen mithilfe von Organisationsentwicklung und intensiver Begleitforschung unterstützen.

SUSTAIN möchte erreichen, dass diese Weiterentwicklung und Verbesserung von integrierter Versorgung in andere Gesundheitssysteme übertragbar ist. Dafür werden u.a. ein Strategieplan und entsprechende Instrumente entwickelt, die es allen einschlägigen Organisationen in Europa ermöglichen sollen, integrierte Betreuungsangebote in ihrem individuellen Kontext umzusetzen.

SUSTAIN
Sustainable tailored integrated care for older people in Europe

SUSTAIN ist ein Projekt im Rahmenprogramm der EU für Forschung und Innovation – Horizont 2020 – und wird von wissenschaftlichen Projektpartnern mit hoher fachlicher Expertise in Deutschland, England, Estland, den Niederlanden, Norwegen, Österreich und Spanien umgesetzt.

Weitere Informationen finden Sie unter: http://bit.ly/1TtQ7E2
Dort finden Sie auch die notwendigen Unterlagen zur Einreichung Ihres Konzeptes.

Berichte aus unseren Mitgliedsunternehmen*

Gesundes Kinzigtal startet Selbstmanagement für Patienten

Ambulante Versorgung und Selbstmanagement-Kurse erstmals verbunden

Hausach. 09.03.2016 Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal bietet Menschen mit chronischen Erkrankungen und deren Angehörigen ein Selbstmanagement-Programm an, welches an der US-amerikanischen Universität Stanford entwickelt wurde. Die Patienten sollen mithilfe von sechswöchigen Kursen zu einem kompetenteren Umgang mit ihrer Krankheit befähigt werden. Das Programm ist eine Ergänzung zur medizinischen Versorgung und Therapie. „Ich verspreche mir von dem Selbstmanagement-Programm für die Patienten mehr Wissen und Verständnis für die eigene Krankheit sowie einen sicheren und aktiven Umgang mit der Erkrankung“, betont Dr. Brigitte Stunder, Fachärztin für Allgemeinmedizin aus Zell a. H. Der erste Kurs startete am 26. Februar in Hausach, an dem acht Frauen mit unterschiedlichen chronischen Krankheiten wie Diabetes, Schlaganfall, Hypertonie oder Depressionen teilnahmen. Von den Kursen können Menschen sowohl mit körperlichen oder seelischen Erkrankungen als auch deren Angehörige und Freunde profitieren.

Innovatives Element für das deutsche Gesundheitswesen

Die Kurse finden im Rahmen des Selbstmanagement-Programms INSEA „Gesund und aktiv leben“ statt. Dieses orientiert sich hinsichtlich Kursinhalten und -aufbau an dem Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) der Universität Stanford. Studien belegen positive Wirkungen des CDSMP[1] sowohl auf den Gesundheitsstatus der Patienten als auch auf die Zahl der Krankenhaus-Notfälle. Die Kurse sind krankheitsübergreifend für jeweils gut ein Dutzend Personen konzipiert. Sie finden über einen Zeitraum von sechs Wochen einmal wöchentlich statt. Auf der Grundlage eines Handbuches werden vielfältige Inhalte zu Ernährung, Bewegung und Entspannung vermittelt. „Die Teilnehmer erarbeiten in jeder Kurssitzung für sich einen Handlungsplan, der ihnen hilft, eigene Ziele in kleinen Schritten zu erreichen. Beispielsweise können sie Gespräche über ihre Erkrankung mit Angehörigen oder Arbeitskollegen trainieren, oder sie lernen für sich, Bewegung oder eine spezielle Ernährung besser in ihren Alltag zu integrieren“, sagt Janina Stunder, Projektleiterin bei der Gesundes Kinzigtal GmbH.

Gleichbetroffene als Kursleiter

Geleitet wird jede Gruppe von zwei Kursleitern: einer professionellen Fachkraft, beispielsweise einer Medizinischen Fachangestellten, und einer Person, die direkt oder indirekt von einer chronischen Erkrankung betroffen ist. „Der Ansatz, neben Professionellen auch Gleichbetroffene, so genannte

Peers, in die Kursleitung einzubeziehen, stellt eine wichtige Innovation in der Versorgung von Chronikern dar,“ schildert Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH. Kursleiter im Kinzigtal kann werden, wer eine viertägige Weiterbildung erfolgreich absolviert hat. Dies trägt ebenso zur Qualitätssicherung des Programms bei wie die Evaluation durch die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), die die Teilnehmer umfassend vor und nach der Kursteilnahme befragt. Die Evaluation umfasst unter anderem Fragen zur Teilnahmemotivation, zu Einschränkungen im Alltag, zur Zufriedenheit mit dem Kurs, zum Gesundheitszustand sowie zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.

Das Selbstmanagement-Programm im Kinzigtal wird für drei Jahre gefördert durch die Robert-Bosch-Stiftung und die Barmer GEK. In dieser Zeit wird Gesundes Kinzigtal insgesamt 18 Kurse anbieten. Die Kurse sind für die Teilnehmer kostenlos. Teilnehmen kann jeder Bürger, unabhängig von der Art seiner Versicherung. „Mit der Förderung von Gesundes Kinzigtal als Standort erproben wir erstmals die Umsetzung der Selbstmanagement-Kurse unter den Bedingungen einer Integrierten Versorgung“, unterstreicht Dr. Gabriele Seidel von der Nationalen INSEA-Koordinierungsstelle an der MHH. INSEA steht für „Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben“ und wurde 2014 in Deutschland untern anderem von der Schweizer Careum-Stiftung, Robert-Bosch-Stiftung, Barmer GEK und MHH gegründet.

[1]Ory MG, Ahn S, Jiang L, Smith ML, Ritter PL, Whitelaw N, Lorig K.: Successes of a national study of the Chronic Disease Self-Management Program: meeting the triple aim of health care reform. Med Care. 2013 Nov;51(11):992-8. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182a95dd1

*Artikel geliefert von den Mitgliedsunternehmen

Patientenzentrierung als Ergebnis konsequenter Qualitätsplanung*

Picker Forum 2016 fördert Dialog zwischen Qualitätsstrategien und Qualitätspraktiken

Hamburg, 24. Februar 2016 – Das Leitthema Qualitätsplanung im Versorgungsprozess lockte zahlreiche Fachleute aus dem Qualitätsmanagement von Kliniken und Vertreter namhafter wissenschaftlicher Institutionen des Gesundheitswesens zum Picker Forum 2016 nach Hannover.

Die Veranstaltungsreihe Picker Forum widmet sich einmal jährlich aktuellen Themen der Patientenversorgung und bot auch dieses Jahr eine interaktive Plattform für die Förderung des Qualitätsdialogs im Gesundheitswesen. Die Relevanz der Themen und ein hochkarätig besetztes Programm sorgten für großes Interesse. Die Teilnehmerzahlen konnten noch einmal um mehr als 25% gesteigert werden. Mit fast 90 Teilnehmern war die Veranstaltung voll ausgebucht.

Im Fokus des diesjährigen Forums standen die Qualitätsplanung und die Interaktion mit und für den Patienten.

Experten aus der Qualitätsarena, wie Frau Dr. Haeske-Seeberg, Bereichsleiterin Qualitätsmanagement Sana Kliniken sowie Praktiker aus Universitäts- und Akutkliniken deutschlandweit, haben ihre Konzepte zur systematischen Qualitätsförderung und –messung vorgestellt und an Praxisbeispielen deren Wirksamkeit nachgewiesen. Viel Beifall erntete die Vorstellung des gemeinsamen innovativen Pilotprojekts von Uniklinik Essen, Picker Institut und Dr. med. Johannes Wimmer zum Thema videobasierte Unterstützung in der Arzt- Patient-Kommunikation. Auch das zum Schluss der Veranstaltung gezeigte Schulungsprogramm für Krankenhaushygiene setzt auf den Einsatz von Medien und bietet damit ein jederzeit verfügbares webbasiertes Instrument zur Schulung des Personals aus unterschiedlichen Bereichen, zur Vermeidung von Infektionen und zum Schutz der Patienten.

Als Highlight der Veranstaltung wurden drei Geburtskliniken mit dem Qualitätspreis Picker Award Geburtshilfe ausgezeichnet. Der Award ging an die drei „elternfreundlichsten Geburtskliniken“, gemessen an der Klinikerfahrung von Wöchnerinnen. Die besten Bewertungen der Betreuungsqualität erzielte die Frauenklinik Dr. Hartog aus Bielefeld. Über den zweiten Platz durfte sich das Immanuel Klinikum Bernau freuen, und den dritten Platz belegte die Frauenklinik Dr. Geisenhofer aus München.

Mehr Informationen zum Picker Award

Dass Patientenzentrierung kein Selbstläufer, sondern das Ergebnis konsequenter Qualitätsplanung und Qualitätsüberwachung ist, wurde von vielen Forum-Teilnehmern konstatiert, die diese Botschaft als eine der wichtigsten Erkenntnisse aus der Veranstaltung mit nach Hause nahmen. „Diese Botschaft trifft den Kern der vom Picker Institut geförderten Qualitätskultur. Die Vorträge aus der Praxis haben deutlich gezeigt, dass Patientenorientierung nicht nur aus Sicht des Patienten unverzichtbar ist. Sie eignet sich insbesondere gut zur strategischen Differenzierung einer Einrichtung, weshalb sich Patientenzentrierung nicht nur in den Leitlinien von Krankenhäusern, sondern auch im Handeln der Führungsebene konsequent manifestieren muss.“, resümierte Maria Nadj-Kittler, Geschäftsführerin des Picker Instituts.

Mehr Eindrücke zur Veranstaltung gibt es auf der Webseite des Picker Instituts unter http://www.pickerinstitut.de/picker-forum-2016-rueckblick.html.

*Artikel geliefert von den Mitgliedsunternehmen

BMC Regional NRW

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern auf dem Prüfstand – Neue Möglichkeiten durch das KHSG und das GKV-VSG

Die 9. Fachtagung am 27.04.2016 des BMC Regional NRW wurde in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V. ausgerichtet und fand in den Räumen der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster statt. Zu dem Thema „Sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern auf dem Prüfstand – Neue Möglichkeiten durch das KHSG und das GKV-VSG“ kamen zahlreiche Mitglieder des BMC Regional NRW, niedergelassene Ärzte, Mitarbeiter aus Krankenhausverwaltungen und pharmazeutischen Unternehmen sowie vielen weiteren Bereichen.

Rechtliches Fundament

Nach der Begrüßung und Einführung in das Thema durch Prof. Dr. Wigge, Vorstandsvorsitzender BMC Regional NRW, sowie Herrn Technau, Geschäftsführer Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V., eröffnete Alexander Korthus, stellv. Geschäftsführer der Rechtabteilung der DKG e.V. Berlin die Vortragsreihe. Unter der Überschrift „Auswirkungen des GKV-VSG auf die Optionen der Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung“ ging er auf die Frage ein, welche tatsächlichen Optionen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit durch die Gesetzesänderung geschaffen wurden und ob diese umsetzbar sind. Nach Vorstellung der grundlegenden Ziele der Gesetzesänderung erörterte Korthus anhand des Entlassmanagements, der Terminservicestellen und der Notfallversorgung diese tatsächlichen Änderungen und möglichen Optionen. Im Ergebnis, stellte Korthus fest, sei die Umsetzung sektorenübergreifender Zusammenarbeit aufgrund des auslegungsbedürftigen Gesetzeswortlauts eher zurückhaltend.

Status quo und notwendige Veränderungen in der Patientenversorgung

Nach Vorstellung der gesetzlichen Änderungen ging Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, auf die Veränderung der Behandlungszahlen im ambulanten und stationären Sektor ein. In seinem Vortrag „Versorgungs- und Arztbedarf in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung – Grundlage einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung“ zeigte er auf, dass trotz der starken Zunahme ambulanter Behandlungen teilweise über 80% der Notfallbehandlungen bestimmter Krankheitsbilder eben keine Notfälle seien und nicht im Krankenhaus behandelt werden müssten. Diesen Status-Quo gelte es auch aus ökonomischen Gründen zu ändern. Von Stillfried stellte dabei neue Modelle der sogenannten „Portalpraxen“ oder „Notfallpraxen“ vor. Allerdings bestehe auch nach der Gesetzesänderung ein ökonomischer Anreiz, Krankenhausbetten zu belegen anstatt ambulant zu versorgen.

Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, wie mit seinem Vortrag „Umsetzung des Aufnahme- und Entlassmanagements in Krankenhäusern, welche Vorteile sehen die Krankenkassen in der Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten?“ auf die notwendige Verbesserung in diesen originiären sektorenübergreifenden Schnittstellen hin. Dabei sei das Ziel einer empathischen Patientenversorgung lediglich durch eine strukturierte Organisation aller Beteiligten zu erreichen. Ruiss machte deutlich, dass es sich um Probleme betreffend der Umsetzung handle, ein einheitliches Verständnis über die Definition des Entlassmanagements sei bereits vor der Gesetzesnovellierung vorhanden gewesen. Ruiss wies darauf hin, dass die Krankenkassen bei der Umsetzung als regionale Ansprechpartner fungieren und die Koordination der Patienten unterstützen.

Auch Dr. Daisy Hünefeld, Vorstand St. Franziskus-Stiftung, plädierte in ihrem Vortrag „Übernahme des ambulant-stationären Versorgungsauftrages durch partnerschaftliche Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser“ für die Notfallpraxen. Hünefeld schloss sich dem Beitrag von v. Stillfried an und berichtete über vermeidbare

BMC Regional NRW

Notfallbehandlungen. Durch Anpassung der Finanzierungsstrukturen könnten kassenärztliche Versorgungspraxen am Krankenhaus eingerichtet werden, die den Patienten nach Erstsichtung der stationären oder ambulanten Versorgung zuführen. Zwingende Voraussetzung, betonte Dr. Hünefeld, sei dabei die Förderung der Kooperation beider Sektoren, um auf Augenhöhe zu begegnen.

Eine Neuausrichtung hin zur ambulanten Notfallversorgung betonte auch Thomas Müller, Geschäftsführer der KVWL. Unter der Überschrift „Ambulante Versorgungsoptionen in NRW durch das KHSG“ ging Müller sowohl auf die gesetzgeberischen Möglichkeiten der Neuausrichtung im Gesundheitswesen als auch auf die tatsächlich notwendigen Veränderungen ein. Dabei geht er davon aus, dass die gesetzgeberische Formulierung der „Schließung“ von Krankenhäusern eine Umwandlung der stationären Patientenversorgung in eine ambulante Versorgung zur Folge hat. Letztendlich forderte Müller eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung und somit eine sektorenübergreifende Kooperation, um Patientenströme effektiv zu strukturieren und zu managen.

Der notwendigen Versorgungsoptimierung schloss sich Dr. Thomas Huth mit dem Vortrag „Regionale Versorgungskonzepte durch Praxisnetze“ an. Der Facharzt für Allgemeinmedizin und Geschäftsführer des Gesundheitsnetz Unna GmbH berichtete einerseits von bereits erfolgreichen Projekten, wie dem des Pflegeheimvertrages. Andererseits beklagte er die schwierige Umsetzung echter Kooperationen auf Augenhöhe. In wieweit die gesetzgeberische Veränderung eben diese sektorenübergreifende Zusammenarbeit stärke sei unklar. Jedenfalls, so Huth, gebe es durch den Strukturfonds eine finanzielle Unterstützung innovative Versorgungsprojekte voranzutreiben.

Den letzten Vortrag auf der 9. Fachtagung hielt Prof. Dr. Peter Wigge zum Thema „Aktuelle Fragen ärztlicher Kooperationen zwischen Krankenhäusern, Konsiliar-, Honorar- und Belegärzten“. Dabei zeigte er die juristischen Problemfelder der sektionsübergreifenden Kooperation, also der Behandlung durch Dritte, auf. Wigge betonte, dass neben arbeitsrechtlichen Grenzen vor allem auch der Entwurf zum § 299a StGB eine Kooperation erschweren oder sogar verhindern könne. Dabei seien Fragen zur zulässigen Zuweisung und Angemessenheit des Honorars kooperativer Ärzte von besonderer Bedeutung. Prof. Dr. Wigge schloss sich seinen Vorrednern an und hielt fest, dass eine vertrauensvolle Kooperation im Hinblick auf die gesetzlichen Voraussetzungen schwierig und abzuwarten sei.

Ausklang einer erfolgreichen Veranstaltung

Im Anschluss an die Vorträge wurde unter den Teilnehmern bei einem Imbiss angeregt diskutiert. Nicht zuletzt aufgrund der zahlreichen Teilnehmer, der prominenten Referenten sowie der aktuellen Vortragsthemen war die 9. Fachtagung des BMC Regional NRW in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V. eine besonders erfolgreiche Veranstaltung.

Autorin: Nicole Lüdeke (BMC Regional NRW)

Aktuelle Termine BMC

07. Juni 2016	Hintergrundgespräch mit **Dr. Andres Binder,** BKK Dachverband; zum Thema: Direkte Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds—eine Option für die Entwicklung der Integrierten Versorgung?“
09. Juni 2016	Sitzung der Projektgruppe **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**** zum Thema: „Einführung eines diagnosebezogenen Vergütungssystems in der ASV: G-DRG System als Role Model?“
20. Juni 2016	Sitzung der Projektgruppe **Seltene Erkrankungen****
21. Juni 2016	Sitzung der Projektgruppe **Ambulante Versorgungsunternehmen**** zum Thema: „Beitrag von AVUs zur Überwindung der Sektorengrenzen“
05. Juli 2016	**WissensUpdate** zum Thema „Update Morbi-RSA“ u.a. mit **Dr. Dirk Göpffarth**, Staatskanzlei NRW, **Franz Knieps**, BKK Dachverband, **Prof. Dr. Volker Ulrich,** Universität Bayreuth, **Dr. Dennis Häckl**, WIG2 Institut
12. Juli 2016	Auftaktsitzung der Projektgruppe **Patientenempowerment*** zum Thema**:** „Herausforderungen und Perspektiven der involvierten Player“
18. Juli 2016	Sitzung der Arbeitsgruppe **Nutzenbewertung und Präferenzmessung*** zum Thema: „Patient-Reported Outcomes als Maßstab für Qualität?“
06. September 2016	Sitzung der Arbeitsgruppe **Neue Versorgungsformen*** zum Thema: „Digitale Kommunikationsansätze in der Versorgung“
07. September 2016	Hintergrundgespräch mit **Dr. Harald Terpe, MdB,** zum Thema: „Gesundheitliche Versorgung in strukturschwachen Regionen“
21. September 2016	**WissensUpdate** zum Thema „E-Health“ u.a. mit **Dr. Urs-Vito Albrecht**, MHH
21. September 2016	**Jahresempfang** des Bundesverbands Managed Care e.V.
27. September 2016	Hintergrundgespräch mit **Prof. Dr. Holger Pfaff,** Universität Köln
28. September 2016	Hintergrundgespräch mit **Dr. Katja Leikert, MdB,** zum Thema: Aktuelles zum E-Health Gesetz“
September 2016	**Fachtagung** des BMC Regional NRW zum Thema: „Technologiefortschritt durch E-Health in der Patientenversorgung“.
20. Oktober 2016	Hintergrundgespräch mit **Dr. Gertrud Prinzing**, Vorständin, Bosch BKK

* Veranstaltung ist Mitgliedern vorbehalten; ** Teilnahme nach Absprache

Nähere Informationen zu allen Veranstaltungen erhalten Sie auf der Homepage des BMC: www.bmcev.de

Veranstaltungsempfehlungen

6. Juni 2016 in Berlin
Parlamentarischer Abend zum Thema „10 Jahre Gesundes Kinzigtal – welche Erkenntnisse können wir für eine Innovationsstrategie im deutschen Gesundheitswesen nutzen?“ der Optimedis AG

10. Juni 2016 in Berlin
Fachtagung zum Thema: „Der Angst entgegen, freier leben! Hausärztliche Behandlung und Case Management bei Panikstörungen und Agoraphobie“ vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena. Informationen unter: http://bit.ly/1s4dEod

26. Juni - 1. Juli 2016 University of Oxford
International Summer School on Integrated Care zum Thema „Integrated Care in Theory and Practice“ der International Foundation for Integrated Care http://bit.ly/1WbTbuc

28.-29. Juni 2016 in Berlin
3. Forum Versorgungsforschung zum Thema „Wem gehören meine Gesundheitsdaten? – Lösungswege zwischen paternalistischer und partizipativer Datennutzung“ der GPRG und Elsevier GmbH
http://bit.ly/1TjDueE

9.-12. November 2016 in Wien
9th European Public Health Conference—All for Health, Health for All“ der European Public Health Association (EUPHA). Registrierung unter: http://bit.ly/1U8ySKv

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband
Managed Care e.V.
Friedrichstr. 136
10117 Berlin
www.bmcev.de

Redaktion:

Prof. Dr. V. Amelung
Dr. S. Ozegowski