BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.

Managed Care

GESCHÄFTSBERICHT 2015

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen

BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.

GESCHÄFTSBERICHT 2015

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen

ZAHLEN & FAKTEN 2015

MITGLIEDER

21
Neumitglieder 2015
(bei zwölf Austritten)

25%
Mitgliederwachstum 2010 – 2015

185
Mitglieder zum 20.02.2016

INTERAKTION

29
BMC-Veranstaltungen 2015

2.000
Veranstaltungsteilnehmer

27
Sitzungen der AGs und PGs

ORGANISATION

7
Vorstände

10
Beiräte

6
Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle

WAHRNEHMUNG

758
Twitter-Follower

42
Pressestimmen

41.300
Website-Besuche

INHALT

Personen · · · 6
Vorstand · · · 6
Kooptierter Vorstand · · · 7
Ehrenmitglieder · · · 7
Beirat · · · 8
Geschäftsstelle · · · 9

Vorwort des Vorstandsvorsitzenden und der Geschäftsführerin · · · 10

Innovationsfonds – Blick zurück und nach vorn · · · 12

Arbeits- und Projektgruppen · · · 14
Arbeitsgruppe Nutzenbewertung und Präferenzmessung · · · 15
Arbeitsgruppe Neue Versorgungsformen · · · 16
Arbeitsgruppe Arzneimittelversorung · · · 18
Arbeitsgruppe Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement · · · 19
Projektgruppe Ambulante spezialfachärztliche Versorgung · · · 20
Projektgruppe Pflege und Integrierte Versorgung · · · 22
Projektgruppe Ambulante Versorgungsunternehmen · · · 23
Projektgruppe Seltene Erkrankungen · · · 24
Projektgruppe Big Data · · · 26
Projektgruppe BMC vor Ort Nord · · · 27

BMC e. V. Regional NRW · · · 28
Vorstand · · · 28
Aktivitäten 2015 · · · 29
Ausblick 2016 · · · 31

Die fünf Säulen des BMC · · · 32

Veranstaltungberichte · · · 33
Startschuss für den Innovationsfonds · · · 33
Ambulante Versorgung: Vom Arztnetz bis zum großen MVZ nach dem GKV-VSG · · · 38
Vernetzte Versorgung: Welche Lücken kann Digital Health wirklich schließen? · · · 40
Studienreisen · · · 42
BMC Best Practice · · · 45
Franz Müntefering: „Ist ‚Solidarität' noch zeitgemäß?" · · · 46
Brown Bag Lunch · · · 47
BMC-Jahresempfang 2015 · · · 48
BMC-Kongress 2016 · · · 50

Externe Veranstaltungen
BMC auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung · · · 54
BMC auch international aktiv · · · 55
WCIC3: Internationale Bühne für integrierte Versorgung · · · 56

Stellungnahmen · · · 57
E-Health-Gesetz · · · 57
Krankenhausstrukturgesetz · · · 58
Anti-Korruptionsgesetz · · · 59

Medienspiegel (Auswahl) · · · 60

BMC-Geschäftsstelle · · · 62

Ausblick 2016 · · · 63

Veranstaltungsübersicht · · · 63

Mitglieder · · · 68
Mitglieder und Mitgliederstruktur · · · 68
Neumitglieder 2015 · · · 70

Impressum · · · 70

Sponsoren 2015 · · · 71

VORSTAND

Prof. Dr. Volker Amelung
VORSTANDSVORSITZENDER
Medizinische Hochschule Hannover; Geschäftsführer, Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav)

Susanne Eble
STELLV. VORSTANDSVORSITZENDE
Leiterin Gesundheitsmanagement, Berlin-Chemie AG

Ralf Sjuts
STELLV. VORSTANDSVORSITZENDER
Geschäftsführer, patiodoc GmbH

Helmut Hildebrandt
MITGLIED IM VORSTAND
Vorstand, OptiMedis AG

Franz Knieps
MITGLIED IM VORSTAND
Vorstand, BKK Dachverband e. V.

Ralph Lägel, MBA
MITGLIED IM VORSTAND
Senior Manager Healthcare Strategies Global Innovative Pharma Business Germany, Pfizer Pharma GmbH

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
MITGLIED IM VORSTAND
Ehem. stellv. Vorstandsvorsitzender, BARMER GEK; Vorstandsmitglied, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

KOOPTIERTER VORSTAND

Dr. Peter Blees
KOOPTIERTES MITGLIED IM VORSTAND
Leiter Gesundheitspolitik,
Merck Serono GmbH

Dr. Dominik Deimel
KOOPTIERTES MITGLIED IM VORSTAND
Geschäftsführender Gesellschafter,
com2health GmbH; Gründer und
Geschäftsführer, comuny GmbH

Dr. Ursula Hahn
KOOPTIERTES MITGLIED IM VORSTAND
Geschäftsführerin,
OcuNet Gruppe

Dr. Wolfgang Klitzsch
KOOPTIERTES MITGLIED IM VORSTAND
Ehem. Geschäftsführer,
Ärztekammer Nordrhein

Prof. Dr. Jürgen Wasem
KOOPTIERTES MITGLIED IM VORSTAND
Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement,
Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. Peter Wigge
KOOPTIERTES MITGLIED IM VORSTAND
Vorstandsvorsitzender,
BMC Regional NRW e. V.;
Rechtsanwälte Wigge, Münster

EHRENMITGLIEDER

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
EHRENVORSITZENDER

Prof. Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers
EHRENMITGLIED
Partner der Rechtsanwaltssocietät Ehlers,
Ehlers & Partner

BEIRAT

Dr. Rainer Hess
VORSITZENDER DES BEIRATS
Rechtsanwalt, Hess Anwälte Kanzlei für Medizin- und Gesundheitsrecht

Prof. Dr. Volker Ulrich
STELLV. VORSITZENDER DES BEIRATS
Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre III – Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth

Prof. Dr. Boris Augurzky
Leiter des Kompetenzbereiches „Gesundheit", Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung; Geschäftsführer, Stiftung Münch

Thomas Ballast
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands, Techniker Krankenkasse

Birgit Fischer
Staatsministerin a. D.; Hauptgeschäftsführerin, Verband forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)

Foto: Dietmar Gust

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer
Direktor, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und Harding Zentrum für Risikokompetenz

Prof. Dr. Daniel Grandt
Chefarzt, Klinik für Innere Medizin I, Klinikum Saarbrücken gGmbH

Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle
Präsidentin, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Direktor, Institut und Poliklinik für Med. Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Birgit Pätzmann-Sietas
Mitglied des Präsidiums, Deutscher Pflegerat e. V.

GESCHÄFTSSTELLE

Dr. Susanne Ozegowski
GESCHÄFTSFÜHRERIN

Sabine Barz
REFERENTIN

Anne de Vries
REFERENTIN
(bis Feb. 2016)

Valerie Dorow
REFERENTIN VERANSTALTUNGEN UND KONGRESSE, VORSTANDSREFERENTIN
(seit Okt. 2015)

Julia Hartung
ASSISTENZ BMC-GESCHÄFTSSTELLE

Sabine Timmermann
ASSISTENZ BMC-GESCHÄFTSSTELLE

RECHNUNGSPRÜFER

Hanswerner Voss
RECHNUNGSPRÜFER
GCN HealthNet GbR

Rudolf Bönsch
RECHNUNGSPRÜFER
USP Unternehmensberatung

VORWORT DES VORSTANDSVORSITZENDEN UND DER GESCHÄFTSFÜHRERIN

Die Große Koalition hat seit Beginn der Legislaturperiode eine bemerkenswerte Anzahl gesundheitspolitischer Reformen auf den Weg gebracht. Das zeigt einerseits den großen Modernisierungsbedarf des Systems, andererseits spiegelt es seine hohe Komplexität wider: Die Probleme, denen wir aktuell gegenüberstehen, sind vielfach den historisch gewachsenen Pfadabhängigkeiten geschuldet. Sie sind retrospektiv zwar erklärbar, aber deshalb nicht unbedingt leichter lösbar. In der Folge ist eine Politik der kontinuierlichen Verbesserungen am bestehenden System vielfach der einzig gangbare Weg. Der Umfang dieser Verbesserungen kann gleichwohl von kleineren „Schönheitsreparaturen“ bis hin zu echten Modernisierungsmaßnahmen reichen.

Prof. Dr. Volker Amelung, *Vorstandsvorsitzender*

Dr. Susanne Ozegowski, *Geschäftsführerin*

Neues Gerüst für die Integrierte Versorgung

Einigen größeren Baustellen hat sich die Politik mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gewidmet. Die wichtigste von ihnen stellt aus BMC-Sicht die Auflösung des Innovationsstaus durch die Einrichtung des Innovationsfonds dar. Ob der Innovationsfonds, den wir lange gefordert und durch zahlreiche Veranstaltungen begleitet haben (s. hierzu Interview auf S. 12 - 13), hält, was er verspricht, werden wir auch 2016 mit großer Spannung weiterverfolgen.

Daneben ist die mit dem GKV-VSG verabschiedete Vereinfachung der Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung (IV) ein begrüßenswerter Baustein für mehr Wettbewerb, aber auch mehr Koordination im Gesundheitswesen. Nun liegt es an den Akteuren, auf dieser Grundlage weiter aufzubauen und sich endlich wieder an innovative, strukturverändernde Verträge heranzuwagen. Zudem dürfen wir optimistisch sein, dass das große Engagement, mit dem derzeit an den Innovationsfondsanträgen gearbeitet wird, auch der IV neuen Schub verleiht.

Potenziale von E-Health-Innovationen nutzen

Für die dringend nötige Modernisierung im E-Health-Bereich wurde dagegen bisher erst das Fundament gegossen. Auf dem Reißbrett – sprich: im Gesetz – ist die elektronische Patientenakte seit 2004 eingezeichnet. Doch hinsichtlich des Transfers vom Plan in die Praxis sind bei den Architekten offenbar noch immer nicht alle Fragen geklärt, sodass der Gesetzgeber ihnen im E-Health-Gesetz eine weitere Frist bis Ende 2018 eingeräumt hat.

Parallel dazu sind zahlreiche E-Health-Anwendungen schon lange in der Versorgungspraxis angekommen. Wie beispielsweise Telemedizin und Telemonitoring erheblich zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen beitragen können, wurde auf der BMC-Fachtagung zum Thema Digital Health im Juni 2015 (S. 40 - 41), aber auch in einer Sitzung der AG Neue Versorgungsformen im September 2015 (S. 16 - 17) eindrücklich dargelegt. Die Herausforderung, gute Ansätze in der Regelversorgung zu verankern und die Vergütung entsprechend anzupassen, muss allerdings noch gelöst werden. Denn das rasante Tempo, mit dem sich die Digitalisierung weiterentwickelt, passt nicht zur Systemlogik der Selbstverwaltung. Hier gilt es, Entscheidungsprozesse anzupassen, um die Potenziale, die aus E-Health-Innovationen entstehen, auch zeitnah nutzen zu können.

Ohnehin ist es an der Zeit, einmal grundlegend über eine Reform der Vergütungssystematik nachzudenken. Abgesehen davon, dass die Vergütungsregeln im Gesundheitswesen – ähnlich wie das deutsche Steuerrecht – so komplex sind, dass ein einzelner Mensch sie kaum mehr überblicken kann, werden damit auch systematisch Fehlanreize gesetzt. Quartalsweise Abrechnung, Einzelleistungsvergütung und die Vernachlässigung der sprechenden Medizin sind nur drei Aspekte, die es sich lohnen würde, auf den Prüfstand zu stellen. In seiner Rolle als Think Tank wird der BMC seinen Fokus 2016 auch auf dieses Thema richten.

Gesundheit im sozialen und globalen Kontext

Und nicht zuletzt steht das Zusammendenken von Gesundheitsversorgung mit sozialen, gesellschaftlichen und globalen Umweltfaktoren weit oben auf der BMC-Agenda. Dr. Edward Kelley, Director Services Delivery and Safety Department bei der WHO, hat es in seiner Key Note auf dem BMC-Kongress 2016 auf den Punkt gebracht: Patientenzentrierte, integrierte und innovative Gesund-

heitsversorgung kann nur gelingen, wenn dabei auch Entwicklungen wie die Globalisierung, der demografische Wandel, der Trend zur Verstädterung, die Zunahme von lebensstilbedingten Erkrankungen und der Klimawandel berücksichtigt werden. Auf nationaler Ebene müsse die Gesundheitsversorgung zudem besser mit anderen sozialen Versorgungsangeboten verzahnt werden. Dazu gehören neben dem Gesundheitssektor beispielsweise Pflegeeinrichtungen, Kommunen, Schulen und andere Bildungseinrichtungen, aber auch die Familie und ehrenamtliche Netzwerke. Einen ersten intensiveren Blick werfen wir auf diese Thematik am 28. April 2016 im Rahmen der BMC-Fachtagung „Kommunen als Gesundheitsversorger" (S. 63).

Engagement und Expertise für vielfältige BMC-Aktivitäten

Dass wir als BMC dieses breite Themenspektrum bespielen können, verdanken wir in erster Linie der gebündelten Expertise unserer Mitglieder und ihrer Bereitschaft, diese in die konstruktiven inhaltlichen Diskurse einzubringen. Besonders hervorzuheben ist hier das große und kontinuierliche Engagement der Vorstandsmitglieder sowie der Arbeits- und Projektgruppenleiter/-innen, die die Arbeit des Verbandes wesentlich mitgestalten. Darüber hinaus bedanken wir uns herzlich bei den Mitgliedern des BMC-Beirats für ihren wertvollen Input u. a. zu den Themen Qualität, Innovation und Zweitmeinungsverfahren.

Die vielfältigen Aktivitäten des BMC von den AG-Sitzungen über Fachtagungen und Studienreisen bis hin zum BMC-Kongress wären nicht denkbar ohne die tatkräftige Unterstützung der BMC-Geschäftsstelle. Verstärkt wird das Team seit Oktober 2015 von Valerie Dorow, die den Bereich Veranstaltungsmanagement übernommen hat und den Vorstandsvorsitzenden als persönliche Referentin unterstützt. Verabschiedet haben wir uns im Februar 2016 von unserer Referentin Anne de Vries, die in ein Mitgliedsunternehmen des BMC gewechselt ist. Ihr ebenso wie allen Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle danken wir für den engagierten Einsatz und die gute Zusammenarbeit im vergangenen Jahr.

Doch wie heißt es im Fußball so schön? – Nach dem Spiel ist vor dem Spiel! So sind wir bereits mitten im Geschehen 2016: Für mehrere Fachtagungen, Hintergrundgespräche und AG-Sitzungen stehen die Termine fest und auch für den BMC-Jahresempfang können Sie sich das Datum bereits vormerken (S. 63). Wir freuen uns darauf, gemeinsam mit Ihnen zu diskutieren, Visionen zu entwickeln und unser Gesundheitssystem Schritt für Schritt ein bisschen besser zu machen.

„Der BMC leistet aus meiner Sicht wertvolle Arbeit, da der Verband und seine Mitglieder immer wieder nach Wegen suchen, wie man innovative Versorgungskonzepte optimal in die bestehenden Strukturen und Prozesse unseres Gesundheitssystems integrieren kann. Dabei verfolgt der BMC konsequent das Ziel, mit Blick auf das Wohl der Patienten die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern."

Thomas Ballast, *Stellv. Vorsitzender des Vorstands, Techniker Krankenkasse*

INNOVATIONSFONDS – BLICK ZURÜCK UND NACH VORN

INTERVIEW MIT PROF. DR. VOLKER AMELUNG UND RALF SJUTS

Prof. Dr. Volker Amelung ist seit 2007 Vorstandsvorsitzender des BMC. Zu seinen Themenschwerpunkten gehören Managed Care, Integrierte Versorgung und Gesundheitssystementwicklung.

Der BMC beschäftigt sich schon seit 2009 mit dem Thema Innovationsfonds. Wie kam es dazu?

Prof. Dr. Volker Amelung: Das Problem, wie Innovationsblockaden aufgelöst werden und neue Konzepte ins System kommen können, beschäftigt das Gesundheitswesen schon seit Jahrzehnten. Der BMC hat das Thema vor allem vor dem Hintergrund der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung aufgegriffen, die damals gerade ausgelaufen war. Unsere Einschätzung war, dass die Anschubfinanzierung keine nachhaltige Wirkung entfalten würde. Die Intention war gut, aber in der Umsetzung wurde der Qualitätsaspekt zu sehr vernachlässigt. Es wurden zu viele kleine Projekte gefördert, es gab keinen Wettbewerb um die besten Ideen und keine belastbaren Evaluationen. Mit diesen Erfahrungswerten im Hinterkopf kam damals die Frage auf, wie eine intelligente Förderung von Innovationen aussehen könnte, die sicherstellt, dass keine Fehlanreize gesetzt werden.

Ralf Sjuts: 2009 war ja auch gerade der Gesundheitsfonds eingeführt worden. Das hatte zur Folge, dass viele Krankenkassen sehr zurückhaltend gewirtschaftet haben, weil sie befürchteten, sonst Zusatzbeiträge erheben zu müssen. Das Klima war also insgesamt nicht sehr innovationsfreudig.

Was hat der BMC in Bezug auf den Innovationsfonds konkret gefordert?

Ralf Sjuts: Wir haben damals ja noch von einer Fördersumme in Höhe von zwei Prozent des Gesamtvolumens des Gesundheitsfonds geträumt. Das wären also fast 3,5 Milliarden Euro gewesen. Ich erinnere mich, dass wir lange darüber diskutiert haben, ob wir überhaupt eine Zahl nennen sollen. Allerdings muss man dazu sagen, dass wir eher an ein zinsfreies Überbrückungsdarlehen gedacht haben, um damit das Interesse an der wirtschaftlichen Tragfähigkeit zu steigern. In diesem Zusammenhang gab es auch eine intensive Debatte darüber, ob man eine Vollfinanzierung oder eine Teilfinanzierung in Form eines Zuschusses vorsehen sollte. Wir konnten dazu keinen Konsens erzielen, sodass der Punkt am Ende nicht in unser Positionspapier aufgenommen wurde. Die Frage, welches Modell erfolgversprechender ist, ist heute aus meiner Sicht aber immer noch aktuell.

Ralf Sjuts ist seit 2004 Vorstandsmitglied und seit 2010 stellvertretender Vorstandsvorsitzender des BMC. Er beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit den Themen Sicherstellung der ambulanten Versorgung, innovative Versorgungsformen und Prävention.

Prof. Dr. Volker Amelung: Außerdem haben wir vorgeschlagen, dass die Begünstigten des Fonds nicht gleichzeitig diejenigen sein dürfen, die über die Förderung entscheiden. „Die Akteure des Gesundheitswesens sind Teilnehmer im Prozess und damit nicht in die Entscheidung über die Vergabe einzubinden“, so haben wir es damals formuliert. Wir wollten damit eine größtmögliche Neutralität bei den Vergabeentscheidungen sicherstellen. Diesen Vorschlag halte ich nach wie vor für richtig.

Ralf Sjuts: Sehr wichtig war uns auch der Aspekt der Regionalität. Aus der Erfahrung heraus, dass innovative Versorgungsmodelle stark regional verankert sind, haben wir die Schaffung regionaler Fördertöpfe befürwortet. Ich denke, da muss man aus heutiger Sicht aber selbstkritisch einräumen, dass wir mit einem bundesweiten Fonds nun doch besser fahren als mit mehreren Regionalfonds. Wie man sieht, ist es schon schwierig und langwierig genug,

das Förderverfahren für einen einzigen Innovationsfonds zu etablieren.

Welche Punkte sind in den Innovationsfonds eingeflossen, an die Sie damals noch gar nicht gedacht haben?

Prof. Dr. Volker Amelung: Die Idee, dass erfolgreiche Modelle in die Regelversorgung überführt werden sollen, geht deutlich über das hinaus, was wir uns 2009 vorgestellt haben. Diesen Ansatz finde ich richtig. Zudem halte ich vier Jahre Förderdauer für die Projekte für einen exzellenten Zeithorizont. In dieser Zeit kann man etwas auf die Beine stellen und einschätzen, wie es sich weiterentwickeln wird. Und als weiterer Punkt ist sicherlich die verbindliche Verankerung der Evaluation zu nennen. Zwar hatten wir damals auch eine Evaluation eingefordert, ihr aber nicht den hohen Stellenwert eingeräumt, den sie jetzt bekommt.

Ralf Sjuts: Dasselbe gilt für die Versorgungsforschung. Wir hatten Versorgungsforschungsprojekte nicht ausgenommen, aber wir sind auch nicht so weit gegangen, der Versorgungsforschung ein eigenes Budget aus dem Gesamttopf zuzuweisen. Diese Regelung ist aber sicher ein sinnvoller Schritt.

Was wünschen Sie sich für den Innovationsfonds? Wo sehen Sie noch Nachbesserungsbedarf?

Prof. Dr. Volker Amelung: Insgesamt erscheint mir der Innovationsfonds, so wie er aktuell konzipiert ist, schon sehr gut durchdacht. Jetzt gilt es allerdings auch, die „richtigen" Entscheidungen zu treffen. Meine Sorge ist, dass vieles von dem, was am Ende gefördert wird, alter Wein in neuen Schläuchen ist – aufgepeppte Projekte, die man schon lange in der Schublade hatte. Schaut man sich die Zusammensetzung des Innovationsausschusses an, so ist eben doch das Risiko da, dass die Parteien der Selbstverwaltung vor allem versuchen, auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zu kommen. Insofern würde ich mir auch einen Topf für ganz experimentelle Ideen und Ansätze wünschen, für Projekte, die quer zu unseren eingefahrenen Denkmustern stehen und die wirklich etwas in Bewegung bringen können.

Ralf Sjuts: Ich habe in den Diskussionen um den Innovationsfonds auch schon mehrfach gehört, dass einzelne Kostenträger das Ziel verfolgen, den Anteil, den sie in den Fonds einzahlen, durch Projektanträge irgendwie wieder herauszuholen. Ich glaube, diese Mentalität bringt uns nicht weiter. Oberstes Ziel muss die Verbesserung der Versorgung sein. Ich hoffe, dass das auch im Innovationsausschuss so gesehen wird. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, dass der Horizont der Entscheider nicht nur bis zu den Grenzen des SGB V reicht, sondern dass man den Mut hat, Versorgung wirklich einmal ganzheitlich zu denken.

Prof. Dr. Volker Amelung: Ich begreife den Innovationsfonds in dieser Hinsicht auch als lernendes System: Es ist gut, erst mal loszulegen, und es wird sicher nötig sein, einzelne Elemente im Laufe des Prozesses anzupassen und sich neu auszurichten. Alles in allem ist der Innovationsfonds eine großartige Chance und der BMC ist gern bereit, einen Beitrag zu seinem Erfolg zu leisten.

Ralf Sjuts: Ich denke, letztendlich hat es sich gelohnt, dass der BMC über viele Jahre hinweg mit dem Thema Innovationsfonds immer bei der Stange geblieben ist. Das ist sicherlich auch ein Charakteristikum des BMC, dass er nicht nur tagesaktuelle Anlässe aufgreift, sondern Themen, die er grundsätzlich für wichtig hält, über längere Zeiträume kontinuierlich und mit Nachdruck verfolgt.

„Der BMC steht mit seinen unterschiedlichen Formaten (Kongress, Workshops, Experten-Treffen, Studienreisen) für das Prinzip: Vorsprung durch Wissen und Netzwerke. Er ist für mich der führende ‚Think Tank' zu Prozessmanagement, Digitalisierung und Geschäftsmodellinnovation des Versorgungsmanagements in Deutschland."

Prof. Dr. Thomas Meyer, *Leiter der ALS-Ambulanz der Charité – Universitätsmedizin Berlin; Geschäftsführer des AmbulanzPartner Versorgungsnetzwerks*

ARBEITS- UND PROJEKTGRUPPEN

AG

ARBEITSGRUPPEN

ARBEITSGRUPPE
Nutzen-bewertung und Präferenz-messung
Seite 15

ARBEITSGRUPPE
Neue Versorgungs-formen
Seite 16

ARBEITSGRUPPE
Arzneimittel-versorgung
Seite 18

ARBEITSGRUPPE
Prävention und Betrieb-liches Gesundheits-management
Seite 19

PG

PROJEKTGRUPPEN

PROJEKTGRUPPE
Ambulante spezialfach-ärztliche Versorgung
Seite 20

PROJEKTGRUPPE
Pflege und Integrierte Versorgung
Seite 22

PROJEKTGRUPPE
Ambulante Versorgungs-unternehmen
Seite 23

PROJEKTGRUPPE
Seltene Erkrankungen
Seite 24

PROJEKTGRUPPE
Big Data
Seite 26

PROJEKTGRUPPE
BMC vor Ort Nord
Seite 27

ARBEITSGRUPPE NUTZENBEWERTUNG UND PRÄFERENZMESSUNG

Im Fokus der AG stand 2015 das Thema Patientenbeteiligung in Entscheidungsprozessen der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Wie legitimieren sich die Vertreter der Patienteninteressen und welche Informationen benötigen sie vonseiten der Wissenschaft, um (evidenzbasierte) Entscheidungen im Sinne der Patienteninteressen treffen zu können? Diese Frage stand im Fokus einer Veranstaltung am 24.09.2015.

Einen Einblick in die Perspektive eines methodisch-wissenschaftlichen Klinikers gab PD Dr. Jörg Meerpohl, Co-Direktor von Cochrane Deutschland. In der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung sollte das Behandlungsziel klar mit einer partizipativen Entscheidungsfindung erreicht werden, die auch die Werte und Präferenzen des individuellen Patienten mit einbezieht. „Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation" (GRADE) ist ein Ansatz zur Klassifizierung der Qualität von Evidenz, der von über 20 Organisationen weltweit, u. a. von der WHO, angewandt wird. Meerpohl betonte, dass Leitlinienempfehlungen alle Endpunkte berücksichtigen sollten, die für den Patienten von Bedeutung sind. Diese seien vor der Aufarbeitung der Evidenz auszuwählen, sodass die Existenz bereits vorhandener Evidenz die Leitlinienerstellung nicht in eine bestimmte Richtung abfälscht.

Marianne Mühl, Managerin Patient Affairs bei AstraZeneca, sieht vor allem IQWiG und G-BA in der Pflicht, die kollektiven Patientenbedürfnisse, insbesondere hinsichtlich der Relevanz von Endpunkten, zu berücksichtigen. So müssten allgemeingültige methodische Grundlagen zur systematischen Erhebung der Perspektive von ganzen Betroffenengruppen zur Verfügung gestellt und von den Entscheidern akzeptiert werden. Nach der Stärkung der Patientenbedürfnisse im SGB V im Jahr 2004 und im Rahmen des AMNOG 2010 könne man das Methodenpapier des IQWiG von 2013 als Rückschritt ansehen, in dem die „Behandlungs- bzw. Patientenzufriedenheit" als patientenrelevante Zielgröße zunächst gestrichen wurde.

Daran anknüpfend erläuterte Dr. Antje Haas vom GKV-Spitzenverband die bereits existierenden Patientenbeteiligungen. Neben der Einbeziehung im G-BA und der Selbstverwaltung, in der die Versichertenvertreter auch die Aufgabe einer Patientenvertretung übernehmen, zeigte sie auf, dass man in der pharmazeutischen Forschung wohl kaum von einer Patientenbeteiligung sprechen könne. Wie sonst ließe sich das Missverhältnis in der Zulassung von Orphan Drugs erklären, die oftmals einen Zusatznutzen attestiert bekämen, jedoch von den Pharmaherstellern kaum zur Prüfung eingereicht würden?

LEITUNG DER ARBEITSGRUPPE

Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher, *Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement, Hochschule Neubrandenburg*

Patientenvertreter Wolf-Dietrich Trenner erläuterte daraufhin, dass Patientenvertreter keine „Entscheider" seien. Patientenvertretungen seien vielfachen Regelungen unterworfen, wie dem Gebot der Einstimmigkeit oder der Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen. Entscheidungen fallen immer weitgehender im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der sich dabei als "institutionalisierte Vertretung einer ausgewählten Lobby wirtschaftlicher Interessen im Gesundheitssystem" darstelle. Trenner sprach sich deshalb für ein 4. unparteiisches Mitglied im GBA aus, um die Patientenbeteiligung auf eine neue Ebene zu heben.

Zusammenfassend waren sich die Gesprächsteilnehmer einig, dass die Patientenbeteiligung in ihrer jetzigen Ausgestaltung unzureichend ist, um die Bedürfnisse und Werte der Patienten in ausreichendem Maße zu berücksichtigen. Es muss daher in Zukunft verstärkt der Fokus auf qualitativ und quantitativ hochwertige Evidenz gelegt werden, um dieser Beteiligung ein stabiles Fundament zu legen.

Dr. Antje Haas, GKV-Spitzenverband, und Patientenvertreter Wolf-Dietrich Trenner in der Abschlussdiskussion

AG

ARBEITSGRUPPE NEUE VERSORGUNGSFORMEN

Auch 2015 standen vier Themen rund um innovative Versorgungsansätze auf der Agenda der Arbeitsgruppe. Die Stichworte für die erste Jahreshälfte lauteten Versorgungsstärkungsgesetz und Multimorbidität. Nach der Sommerpause ging es um Telemedizinprojekte und Ärztenetze.

LEITUNG DER ARBEITSGRUPPE

Ralph Lägel, MBA, *Senior Manager Healthcare Strategies Global Innovative Pharma Business Germany, Pfizer Pharma GmbH*

Prof. Dr. Volker Möws, *Geschäftsführer Politik, Techniker Krankenkasse*

Versorgungsstärkungsgesetz – Konkrete Konsequenzen für die Praxis

Am 10. März 2015 befasste sich die Arbeitsgruppe mit dem Versorgungsstärkungsgesetz. Zunächst stellte BMC-Geschäftsführerin Dr. Susanne Ozegowski die Rahmenbedingungen des Innovationsfonds vor und lotete die Chancen, aber auch die Grenzen dieser Form der Innovationsförderung aus.

Am 10.03.2015 diskutierte die AG die Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes

Aufschluss über die juristischen Implikationen des im GKV-VSG neu gefassten § 140a SGB V gab Dr. Dominique Jaeger, Fachanwältin für Medizinrecht bei M&P Dr. Matzen und Partner. Sie betonte, dass der neue § 140a SGB V die Gestaltungsmöglichkeiten für die Krankenkassen erweitert und Möglichkeiten für besondere Angebote im Wettbewerb schafft. Dem stimmte Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, ehemaliger stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, zu. Seiner Ansicht nach sei der Innovationsfonds aktuell der Dreh- und Angelpunkt des Innovationsdenkens. Er merkte jedoch an, dass das Refinanzierungsinteresse der Krankenkassen sehr hoch sei, was sich sicher auf die Antragsstrategie auswirken werde.

Welche Rolle die IT-Infrastruktur für Innovationen spielt, verdeutlichte Dr. Axel Wehmeier, Sprecher der Geschäftsführung, Deutsche Telekom Healthcare & Security Solutions GmbH. IT dürfe nicht als allein als Kostenfaktor angesehen, sondern sollte eher als Investitionsgut geschätzt werden. Für eine bedarfsgerechtere Versorgung sei eine deutschlandweite Standardisierung extrem wichtig. Dabei sollte auch darauf geachtet werden, dass die Umsetzbarkeit in der Praxis für Ärzte, Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte gewährleistet ist.

Multimorbidität, Multimedikation und Pflege: Modelle zur Bewältigung aktueller Herausforderungen

Die zweite Sitzung der AG fand am 23. Juni in Kooperation mit der Arbeitsgruppe Gesundheit 65 Plus statt und befasste sich mit Denkansätzen zu den Themen Multimorbidität, Multimedikation und Pflege.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels nehme die Bedeutung pflegender Angehöriger immer mehr zu, so Dr. Susanne Klein, Leiterin Versorgungsmanagement-Entwicklung bei der Techniker Krankenkasse. Jedoch brauchen die pflegenden Angehörigen auch Unterstützungs- und Entlastungsangebote, die sich an konkreten Alltagsbedürfnissen orientieren. Auf dieser Basis entwickelte die TK das Modell NetzWerk LebenPlus, das Integrierte Versorgung mit regionalem Quartiersmanagement und übergreifenden Kooperationsleistungen verzahnt.

Um Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige ging es auch in dem Beitrag von Dr. Jürgen Fröhlich, Vertrieb und Marketing bei der rehaVital Gesundheitsservice GmbH, und Axel Schnell, Leiter der Bundesgeschäftsstelle des Bundesverbands privater An-

bieter sozialer Dienste. Sie berichteten von den Reformvorschlägen, die die Projektgruppe Pflege und Integrierte Versorgung in den Gesetzgebungsprozess für das Pflegestärkungsgesetz eingebracht hat (vgl. hierzu den Bericht der Projektgruppe Pflege und Integrierte Versorgung auf S. 22).

Am Nachmittag widmete sich die Arbeitsgruppe dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit. Nachdem Prof. Dr. Marion Schäfer, Leiterin des Masterstudiengang Consumer Health Care an der Charité, die Voraussetzungen für ein effektives Medikationsmanagement erläutert hatte, stellte Dr. Simone Schreiber als Vertreterin der AG Gesundheit 65 Plus die zehn Forderungen vor, die die AG zum Medikationsmanagement erarbeitet hat. Ein Best-Practice-Beispiel skizzierte Matthias Leu, Direktor internationales Business Development bei der CompuGroup Medical Deutschland AG, anhand des Arzneimittelkontos NRW.

Telemedizinprojekte auf dem Versorgungsprüfstand – Lohnt sich die Skalierung mit dem Innovationsfonds?

Die Ankündigung des Innovationsfonds hat im deutschen Gesundheitswesen zu Aufbruchstimmung geführt. Dies gilt in besonderem Maße für den E-Health-Bereich. Viele Akteure sehen hier einerseits einen großen Nachholbedarf, andererseits gibt es bereits zahlreiche vielversprechende Ansätze, denen der Innovationsfonds zum flächendeckenden Durchbruch verhelfen könnte.

Bernd Altpeter vom Deutschen Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung erläuterte Möglichkeiten zur Therapieoptimierung bei Diabetes Typ 2 durch Telemedizin

Eine Reihe von Best-Practice-Modellen aus dem Bereich Telemedizin wurden in der dritten AG-Sitzung am 8. September 2015 vorgestellt. Dazu gehörten neben der Echtzeitfernanpassung von Cochlea-Implantaten an der Medizinischen Hochschule Hannover auch die Möglichkeiten zur Therapieoptimierung bei Diabetes Typ 2, die am Deutschen Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung herausgearbeitet wurden. Darüber hinaus wurden Chancen der Telemedizin in der Intensivmedizin für strukturschwache Regionen erläutert und das EU-geförderte Projektvorhaben für eine offene Telemedizinplattform in Ostsachsen vorgestellt. Abschließend erhielten die Teilnehmer einen Einblick in das Deutsche Telemedizinportal.

Best Practice Ärztenetze – Förderung nach § 87b SGB V

Die letzte AG-Sitzung des Jahres stellte am 17. November die neuen Regelungen zur Förderung von Ärztenetzen nach § 87b SGB V in den Mittelpunkt. Zunächst legten Dr. Siegfried Jedamzik vom Ärztenetz GOIN und Michael Steinhaus von MedicBrain Healthcare ihre Erfahrungen im Hinblick auf die Erlangung der Förderfähigkeit dar. Anschließend erläuterte Dr. Carsten Jäger von der Agentur deutscher Arztnetze die Rolle von Ärztenetzen als Innovatoren im Gesundheitswesen. Einen Ausblick auf die Netzlandschaft im Jahr 2025 gab zudem Prof. Dr. Clarissa Kurscheid von der praxisHochschule Köln.

Als festen Bestandteil der Sitzungen etablierten die AG-Leiter Ralph Lägel und Prof. Dr. Möws im Lauf des Jahres die Kurz-Präsentation jeweils eines Start-ups aus dem Healthcare-Bereich. In diesem Rahmen wurden die telemedizinische Kommunikationsplattform der flexperto AG und die App Life Time von Connected Health vorgestellt.

Ausblick

2016 steht in der AG Neue Versorgungsformen zunächst eine Fachtagung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung am 13. April auf dem Programm (Infos auf S. 63). Die weiteren drei AG-Sitzungen widmen sich den Umsetzungserfahrungen mit dem Zweitmeinungsverfahren, digitalen Kommunikationsansätzen und den ersten Projekten, die durch den Innovationsfonds gefördert werden.

„Der BMC ist in Deutschland der Ort für einen spannenden akteursübergreifenden Dialog im Gesundheitswesen. Die Debatten und Ideen sind am ‚Puls der Zeit', die Menschen dahinter meist inspirierend. Der Horizont weitet sich."

Thomas Isenberg, *Geschäftsführer, Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.; Mitglied des Abgeordnetenhauses von Berlin*

AG

ARBEITSGRUPPE ARZNEIMITTELVERSORUNG

In einem Workshop, den die AG Arzneimittelversorgung in Kooperation mit dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) und dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa) am 14.10.2015 durchgeführt hat, ging es um Evidenzgenerierung jenseits von randomisierten kontrollierten Studien (RCT). Im Mittelpunkt stand die Frage, wie RCTs sinnvoll durch alternative Studiendesigns ergänzt werden können.

Über die in den letzten Jahren enorm gestiegene Bedeutung und Einflussnahme von RCTs, zum Beispiel auf die GKV-Erstattungsfähigkeit und auf den Preis von Arzneimitteln, berichtete Prof. Dr. Franz Hessel, Professor für Health Care Management an der SRH Hochschule Berlin. Durch diese einseitige Fokussierung auf RCTs sei es möglich, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) einem Arzneimittel fälschlicherweise keinen Zusatznutzen attestiert. Es sei ein Problem, dass Arzneimittel nur aufgrund des Studiendesigns nicht in der Versorgung des Patienten ankommen. Wenn keine oder keine Bias-freien RCTs möglich seien, müssten zudem alternative Studiendesigns zurate gezogen werden, um dem Patienten keine potenziell nutzenstiftende Therapie vorzuenthalten.

Das Thema des Workshops gab Anlass für angeregte Diskussionen

Prof. Dr. Gerd Antes, Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums Freiburg, gab anschließend einen Einblick in die Welt der Studien. In Bezug auf die Evidenzgenerierung sieht Antes die RCTs weiterhin als wichtigstes Instrument. Aber wenn sich etwaige Lücken in der RCT-Evidenzlage auftun, sollte man über Beobachtungsstudien nachdenken. Diese seien anfälliger gegen Bias und als Wirksamkeitsstudien daher nicht geeignet, wohl aber für die Abbildung der Versorgungsrealität wichtig. Eine Minimierung des Bias-Risikos durch rigorose Methoden ist daher unverzichtbar.

LEITUNG DER ARBEITSGRUPPE

Dr. Peter Blees, *Leiter Gesundheitspolitik, Merck Serono GmbH*

Susanne Eble, *Leiterin Gesundheitsmanagement, Berlin-Chemie AG*

Patientenpräferenzen müssen stärker in den Fokus gerückt werden

„Die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen ist unverzichtbar, weil das Wissen über kausale klinische Effekte für eine rationale Entscheidungsfindung nicht ausreicht", so Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Professor für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement an der Hochschule Neubrandenburg. Anhand des klassischen Entscheidungsproblems, ob die beste Reisemöglichkeit der Bus, die Bahn oder das Flugzeug darstelle, erläuterte er die Notwendigkeit der Gewichtung multipler Zielkriterien.

Registerstudien verbessern das Überleben von Patienten

Einen Einblick in die Möglichkeiten eines alternativen Studiendesigns anhand von Registerstudien zeigte PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Geschäftsführerin des Tumorzentrums Regenburg und Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, auf. Ein klinisches Krebsregister strebe die Erfassung aller Krebspatientinnen und Krebspatienten an, die an einer bestimmten Einrichtung oder in einem definierten Einzugsgebiet behandelt wurden. Ziel sei es, durch leitliniengerechte Therapie und Umsetzung neuer Therapieoptionen die Versorgung der Patienten zu verbessern. Der Patient profitiere dabei von einer aktuellen transparenten Zusammenführung aller Behandlungsdaten und einer zeitnahen Rückmeldung.

RCTs sollten von komplementären Studiendesigns ergänzt werden

In der gemeinsamen Podiumsdiskussion, an der die Referenten sowie die Bundestagsabgeordneten Martina Stamm-Fibich (SPD) und Hubert Hüppe (CDU) teilnahmen, wurde der gemeinsame Konsens gefunden, dass der Einbezug von alternativen Studiendesigns stets im Einzelfall geprüft werden müsse. Die Ergänzung von RCTs durch andere Studiendesigns für bestimmte Fragestellungen wurde von allen Diskutanten begrüßt. Die Bereitschaft der Politik, sich auf alternative Studiendesigns zuzubewegen, sei in jedem Falle vorhanden, nur erwarte man dafür die notwendigen Signale aus Wissenschaft und Wirtschaft, so Hüppe.

ARBEITSGRUPPE PRÄVENTION UND BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Die AG Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement erweiterte in diesem Jahr den Blick auf andere Settings und diskutierte erstmals auf dem BMC-Kongress 2015 das Thema Prävention in sozial schwachen Wohngebieten. Im weiteren Jahresverlauf lag der Schwerpunkt auf dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Unter dem Titel „Prävention und Versorgung an sozialen Brennpunkten – am Beispiel von Berlin Marzahn-Hellersdorf" erörterten Vertreter aus Politik, aus der Präventionspraxis und von den Kostenträgern auf dem BMC-Kongress 2015, wie Präventionsangebote an sozialen Brennpunkten gestaltet sein sollten, um Menschen direkt in ihrem Lebensumfeld zu erreichen und eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. Das Modellvorhaben „Präventionskette Marzahn-Hellersdorf" stellte seine Ergebnisse vor und zog Bilanz: Prävention sei eine kluge Investition, sofern die Angebote aufeinander abgestimmt sind und das soziale bzw. familiäre Umfeld der Zielgruppen berücksichtigt wird. Auch die Vertreter der Politik und der Kostenträger verdeutlichten, wie wichtig die Vernetzung innerhalb der Präventionskette sei und welchen Einfluss das soziale Umfeld und der Wohnort dabei haben.

Qualitätssicherung für BGM-Angebote – Welche Chancen bietet das PrävG?

Im weiteren Jahresverlauf lag der Schwerpunkt beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Mit dem Präventionsgesetz (PrävG), das im Juni 2015 vom Bundestag verabschiedet wurde, beabsichtigt die Politik eine Stärkung präventiver Aktivitäten – auch im betrieblichen Setting. Aus diesem Anlass lud die AG am 3. März – also noch vor Verabschiedung des Gesetzes – zu dem Workshop „Qualitätssicherung für BGM-Angebote – Welche Chancen bietet das PrävG?" ein. Dort diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bundesministerium für Gesundheit, dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Ersatzkassen, dem Team Gesundheit und der Gewerkschaft ver.di die Chancen des Präventionsgesetzes im Hinblick auf BGM-Angebote. Im Mittelpunkt standen dabei folgende Fragen: Wie kann ein gutes BGM-Angebot aussehen und welche Anforderungen sollten dabei an die Qualität gestellt werden? Wie kann Qualitätsmessung ohne allzu große Bürokratie stattfinden? Und wie erhalten die Unternehmen Informationen zu guten BGM-Angeboten?

LEITUNG DER ARBEITSGRUPPE

Dr. Karsten Neumann, *Geschäftsführer, IGES Institut GmbH*

Dr. Tanja Hantke, *Stabsbereich Medizin, Die Schwenninger Krankenkasse*

Betriebliche Gesundheitsförderung muss in Unternehmen Chefsache sein

Als Fazit formulierte die Arbeitsgruppe, dass das PrävG erst effektiv umgesetzt werden könne, wenn der Grundgedanke der Prävention tatsächlich bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern ankomme. Seitens der Gewerkschaften wurde dabei die Kritik laut, dass das Gesetz in diesem Punkt nicht verbindlich genug sei. Aus Gewerkschaftsperspektive hätte die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) noch stärker im PrävG verankert werden müssen. Allerdings vertraten einige Teilnehmer der Veranstaltung auch die Auffassung, dass das PrävG grundsätzlich nicht zu einem Mehrwert von BGF beitrage, da Verhaltensänderungen nicht beeinflusst werden könnten. Die Arbeitsgruppe kam zu dem Konsens, dass Betriebliche Gesundheitsförderung in den Unternehmen zur Chefsache erklärt werde müsse. Zudem wurde von allen Seiten die hohe Bedeutung der Zusammenarbeit der Akteure betont.

Das Ergebnispapier der Arbeitsgruppe Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement aus dem Workshop „Qualitätssicherung für BGM-Angebote – Welche Chancen bietet das PrävG?" vom 03.03.2015 steht Ihnen unter www.bmcev.de zum Download zur Verfügung.

V. l. n. r.: Dr. Karsten Neumann (AG-Leiter), Olaf Liebig (BMG), Dr. Monika Kücking (GKV-SV), Dr. Carsten Stephan (Team Gesundheit), Oliver Blatt (vdek)

PG

PROJEKTGRUPPE AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Seit 2011 begleitet die interdisziplinär besetzte Projektgruppe die Einführung der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). 2015 richtete die Projektgruppe den Fokus vor allem auf die Versorgungspraxis: Wie entwickelt sich die Anzahl der ASV-Teams zu den verschiedenen Indikationen? Welchen Hürden begegnen die Leistungserbringer? Und wird der Anspruch des Gesetzgebers in der praktischen Umsetzung tatsächlich eingelöst?

ASV-Servicestelle: Ärzte sind unzureichend informiert

Auf der ersten Sitzung des Jahres am 26. Februar 2015 begrüßte die Projektgruppe Dr. Julian Dilling, Abteilung Ambulante Versorgung beim GKV-Spitzenverband, der u. a. für die ASV-Servicestelle zuständig ist. Er konstatierte, dass die versorgungspolitische Bedeutung der bisher verabschiedeten ASV-Indikationen Tuberkulose und Gastrointenstinale Tumoren (GIT) eher gering sei. Dies werde sich mit der Verabschiedung weiterer onkologischer Indikationen ändern.

Eine Schwierigkeit stelle für viele Praxen die Erfüllung der Mindestmengenvorgaben dar, wobei die Teams die Mindestmengen in den ersten zwei Jahren um 50 Prozent unterschreiten dürften. Die Fragen, mit denen die ASV-Servicestelle am häufigsten konfrontiert sei, bezögen sich auf die Antragstellung und insbesondere den Nachweis der Qualifikation der teilnehmenden Ärzte. Problematisch sei in diesem Zusammenhang, dass die Erweiterten Landesausschüsse hier unterschiedliche Kriterien anlegen.

Insgesamt, so berichtete Dilling, seien viele Ärzte nicht ausreichend informiert. Bei der Meldung der Teams erhalte die ASV-Servicestelle häufig unvollständige Unterlagen. Im Bereich Tuberkulose versuchten einige Ärzte sogar, eine ASV-Zulassung ohne entsprechendes Team zu erhalten.

Drei Jahre nach Neufassung des § 116b SGB V: 18 zugelassene ASV-Teams

In ihrer zweiten Sitzung am 1. Juli 2015 zog die Projektgruppe eine Zwischenbilanz: Rund dreieinhalb Jahre nach der Neufassung des § 116b SGB V gab es nach Auskunft der ASV-Servicestelle zu diesem Zeitpunkt insgesamt 18 zugelassene ASV-Teams. Für die Indikation GIT waren zehn Teams zugelassen, für weitere zehn Teams lagen noch unvollständige Anträge vor. Im Bereich Tuberkulose waren acht Teams zugelassen, für weitere sieben Teams lagen ebenfalls noch unvollständige Anträge vor.

Erwähnenswert ist dabei die ungleiche regionale Verteilung: Während vier der insgesamt zehn zugelassenen ASV-Teams im Bereich GIT in Nordrhein-Westfalen angesiedelt sind, gab es in neun Bundesländern überhaupt keine Teams. Im Bereich Tuberkulose sind zwei Teams in Hamburg und ein weiteres in der näheren Umgebung von Hamburg angesiedelt. In acht Bundesländern gab es keine Teams.

„Ich habe kürzlich gelesen, dass das Gesundheitssystem eine Art ‚reiferes korporatistisches Ensemble' sei. Wenn man dieses Bild aufgreift, dann versucht der BMC den Ensemblemitgliedern Beine zu machen und uns alle zu überzeugen, es sich nicht allzu bequem im Bestehenden zu machen."

Dr. Christina Tophoven, *Geschäftsführerin, Bundespsychotherapeutenkammer*

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Prof. Roger Jaeckel, *Leiter Gesundheitspolitik, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG*

Hochschulambulanzen: Leistungserbringung nach § 117 SGB V attraktiver als die ASV?

Die Sicht von Universitätskliniken auf die neue Versorgungsform stellten Roland Kurney und PD Dr. Joachim Seybold von der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie Ralf Heyder vom Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) auf der Sitzung der Projektgruppe am 13. Oktober dar.

Obwohl in der Charité pro Jahr 722.000 ambulante Fälle behandelt werden, seien diese derzeit kein wirtschaftlicher Erfolgsfaktor, so Roland Kurney, Leiter des Unternehmenscontrollings der Charité. Die Summe aller ambulanten Fälle stelle sich insgesamt mit deutlichem Verlust dar, auch die ASV werde aktuell bei finanzieller Unterdeckung betrieben.

Mittlerweile würden von einem Maximalversorger aber auch ambulante Leistungen erwartet, erklärte PD Dr. Joachim Seybold, Stellv. Ärztlicher Direktor der Charité. Das stationäre Fallaufkommen müsse gesichert und die reibungslose Überführung in den ambulanten Bereich am Ende einer stationären Behandlung ermöglicht werden. Die ASV sei hierfür ein Baustein, da sie die Weiterversorgung komplexer Fälle im universitären Umfeld ermögliche. Die dafür nötigen Kooperationsansätze im Sinne des § 116b SGB V seien bereits in der Vergangenheit etabliert worden, wie das interdisziplinäre Behandlungskonzept der CCCC (Charité Comprehensive Cancer Center). Ferner seien erfolgsversprechende Startstrukturen wie die Kooperationsbereitschaft zwischen dem MVZ der Charité und der Charité selbst bereits gegeben gewesen.

PD Dr. Joachim Seybold berichtet von den Erfahrungen der Charité mit der ASV

Alles in allem leide die ASV allerdings an einem enorm hohen bürokratischen Aufwand. Es würden Nachweise der Mindestmengen verlangt und es existierten unterschiedliche Auffassungen der erweiterten Landesausschüsse zur ASV-Richtlinie, sodass sich das Antragsverfahren leicht auf sechs Monate ausdehnen könne. Zudem stelle die ASV hohe Anforderungen an die Anpassung der IT und die Abrechnung der Leistungen.

Dieser Kritik schloss sich Ralf Heyder, Generalsekretär des Verbands der Universitätsklinika (VUD), an, der dem § 116b SGB V zahlreiche ordnungspolitische und administrative Defizite unterstellte: Es würden Doppelstrukturen aufgebaut und Zwangskooperationen etabliert. Ein massiver Bürokratieschub sei die Folge. Auch die Begrenzung auf den EBM und die schwerfällige Richtlinien-Entwicklung durch den G-BA hält er für unüberwindbare Schranken für eine erfolgreiche Anwendung der ASV.

Im Fazit klassifizierte Heyder die Leistungserbringung nach § 117 SGB V für eine dem § 116b SGB V in allen Punkten überlegene Möglichkeit für Hochschulkliniken, ambulante Leistungen zu erbringen. Die Leistungen würden hier bisher komplett dezentral verhandelt – es existieren keine Bundesvorgaben zu Preis und Menge. Unter dem Zweck der Forschung und Lehre erfolge ferner keine medizinisch-inhaltliche Beschränkung auf schwere Verlaufsformen. Die Vergütung werde vertraglich zwischen einer einzelnen Uniklinik und den Kassen gemeinsam und einheitlich geregelt. In der Regel werde über eine Fallpauschale abgerechnet und ein Überweisungsvorbehalt vertraglich vereinbart.

Hoher Aufwand bei der Entwicklung des Bereinigungsverfahrens

Als weiterer externer Gast gewährte Dr. Thorsten Vogel vom Institut des Bewertungsausschusses einen Einblick in das ASV-Bereinigungsverfahren. Das Gesetz sieht aufgrund der ASV eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vor. Das Bereinigungsvolumen bestimmt sich dabei aus dem Produkt der Anzahl der in der ASV behandelten Patienten (von Krankenkassen geliefert) und der durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmenge je Patient (beim InBA vorliegende Daten). Kompliziert wird das Verfahren nicht zuletzt durch die Berücksichtigung der nach dem alten § 116b SGB V bereits im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen. Im Verhältnis zum Aufwand für die Bereinigungsverhandlungen sei das bisher im Rahmen der ASV bereinigte Volumen verhältnismäßig gering. Jedoch gehe man davon aus, dass das Volumen eine signifikante Größe erreicht, wenn weitere Richtlinien zu onkologischen Erkrankungen in Kraft getreten seien.

Ausblick

Die Projektgruppe wird ihre Arbeit auch 2016 weiter fortsetzen. Geplant ist u. a. eine Umfrage unter den zugelassenen ASV-Teams zur ASV-Versorgungspraxis. Die Ergebnisse sollen im Rahmen eines Fachbeitrags publiziert werden.

PG

PROJEKTGRUPPE PFLEGE UND INTEGRIERTE VERSORGUNG

Nachdem die Projektgruppe im Jahr 2014 Reformvorschläge für das Pflegestärkungsgesetz II erarbeitet hatte, konnten die Empfehlungen Anfang 2015 an das Bundesgesundheitsministerium übergeben werden. Zudem stellten Vertreter der Projektgruppe die Arbeitsergebnisse im Rahmen einer Sitzung der AG Neue Versorgungsformen vor.

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Ralph Lägel, *MBA, Senior Manager Healthcare Strategies Global Innovative Pharma Business Germany, Pfizer Pharma GmbH*

Die Stärkung der pflegenden Angehörigen und die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte bildeten den Kern der Empfehlungen, die die Projektgruppe Pflege und Integrierte Versorgung im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses für das Pflegestärkungsgesetz II erarbeitet hat. Beiden Themen lag die Erkenntnis zugrunde, dass viele Angehörige nicht ausreichend über die ihnen zustehenden Leistungen informiert sind. Dies kann sich zum einen auf die Qualität der Angehörigen-Pflege niederschlagen. Zum anderen ist auch die Gesundheit der pflegenden Angehörigen selbst gefährdet, wenn diese sich mit der Situation überlastet und überfordert fühlen.

Abhilfe könnte hier eine bessere Verzahnung der §§ 36, 37 Abs. 3 und 38 SGB XI mit § 45 SGB XI schaffen. Wenn im Zuge der Pflegeberatung verpflichtend auf die Pflegekurse nach § 45 SGB XI hingewiesen wird, könnte damit eine vermehrte Inanspruchnahme erreicht werden.

Zudem sind die Pflegestützpunkte eine wichtige Anlaufstelle, um Pflegebedürftige und Angehörige über ihnen zustehende Leistungen, spezielle Pflegeangebote und soziale Dienste zu informieren. Vor diesem Hintergrund ist eine größere Standardisierung hinsichtlich Ausstattung und Leistungsspektrum der Pflegestützpunkte erforderlich. Auch die Einbindung der Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe würde die Koordinierungsfunktion der Pflegestützpunkte unterstützen. Hierzu hat die Projektgruppe konkrete Formulierungsvorschläge für eine Neufassung des (damaligen) § 92c SGB XI „Pflegestützpunkte" vorgelegt. Außerdem wurden Qualitätskriterien für Pflegestützpunkte erarbeitet.

Neben der Übergabe der Empfehlungen an das Bundesgesundheitsministerium stellten zwei Vertreter der Projektgruppe diese im Juni 2015 auch in einer Sitzung der AG Neue Versorgungsformen vor. Dr. Jürgen Fröhlich, Marketing und Vertrieb, rehaVital Gesundheitsservice GmbH, konstatierte, dass sich die von der Projektgruppe empfohlene stärkere Einbindung der Kommunen mit den Ergebnissen der Bund-Länder-AG decke, die sich im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses beraten hatte. Wenngleich im Pflegestärkungsgesetz II keine entsprechenden Neuregelungen zu den Pflegestützpunkten vorgenommen wurden, ist zu erwarten, dass dies im Zuge einer weiteren Reform angegangen wird.

Axel Schnell, Leiter der Bundesgeschäftsstelle des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste, konstatierte, dass in Bezug auf die bessere gesetzliche Verzahnung zwischen Pflegeberatung und Pflegekursen ein Teilerfolg zu verzeichnen sei. So seien Pflegekassen durch die Neuformulierung des § 45 Abs. 1 SGB XI zukünftig verpflichtet, kostenlose Schulungskurse für Angehörige und andere ehrenamtliche Pflegepersonen anzubieten.

2016 wird die Leitung der Projektgruppe an Dr. Jürgen Fröhlich und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker übergehen. Wir danken an dieser Stelle Ralph Lägel für die erfolgreiche Arbeit der letzten fünf Jahre!

„Dem BMC gelingt es sehr gut, die unterschiedlichen Akteure in der Gesundheits- und Pflegepolitik an einen Tisch zu holen und konstruktive Dialoge zu initiieren. Wir haben dies im Jahr 2015 u.a. bei der Projektgruppe Pflege und Integrierte Versorgung erlebt."

Axel Schnell, *Leiter der Bundesgeschäftsstelle, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste*

PROJEKTGRUPPE AMBULANTE VERSORGUNGSUNTERNEHMEN

Im Fokus der Projektgruppe Ambulante Versorgungsunternehmen stand 2015 weiterhin der direkte Dialog mit der Politik. In zwei Veranstaltungen mit Abgeordneten der SPD- und der CDU-Bundestagsfraktion konnten die Anliegen der Ambulanten Versorgungsunternehmen adressiert werden. Darüber hinaus initiierte die Projektgruppe eine BMC-Fachtagung zu den Auswirkungen des GKV-VSG auf ambulante Versorgungsstrukturen (Bericht siehe S. 38).

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das Ende 2014 in der Kabinettfassung vorlag, sah einige positive Neuerungen für die ambulanten Versorgungsstrukturen vor. Dazu gehörte beispielsweise die Stärkung von MVZ, Praxisnetzen und weiteren ambulanten Versorgungsunternehmen sowie die verbesserten Konditionen für die Anstellung ambulant tätiger Ärzte.

Gleichwohl konstatierte die Projektgruppe weiteren Reformbedarf, den sie Form eines Eckpunktepapiers formuliert und in zwei Veranstaltungen mit SPD- und CDU-Bundestagsabgeordneten diskutiert hat. Die wesentlichen Inhalte sind im Folgenden zusammengefasst:

1. Interdisziplinäre Versorgung von MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften finanziell abbilden

§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V soll die angemessene Vergütung kooperativer Behandlung regeln. Doch interdisziplinäre Versorger werden durch das von der Selbstverwaltung entwickelte Konstrukt des Behandlungsfalls benachteiligt. Der von der Selbstverwaltung als Korrektiv eingeführte Kooperationszuschlag vermag die tatsächlichen finanziellen Nachteile nicht auszugleichen.

2. Betrieb von Filialen erleichtern

Das Ziel einer Verbesserung der flächendeckenden Versorgung durch „Filialen" bzw. „Zweigpraxen" mit angestellten Ärzten wurde aufgrund zu hoher administrativer Hürden nur unzureichend erreicht. Hier muss ein Bürokratieabbau erfolgen.

3. Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung verbessern

Zwar wird im Rahmen des GKV-VSG die Weiterbildung von Allgemeinärzten in ambulanten Einrichtungen gefördert. Es fehlen aber klare Regeln für die ambulante fachärztliche Weiterbildung.

4. Belegärztliche Tätigkeit fördern

Die langjährig erprobte sektorenübergreifende Versorgungsebene „Belegarztwesen" droht aus der Versorgungslandschaft zu verschwinden. Dies ist unter gesundheitsökonomischen und versorgungsrelevanten Gesichtspunkten nicht wünschenswert und sollte stärker in den Fokus der Politik rücken.

5. Leistungserbringerstatus für Ambulante Versorgungsunternehmen

Viele junge Medizinerinnen und Mediziner ziehen eine Anstellung einer Niederlassung vor. Um Nachwuchsärzte für die ambulante Versorgung zu gewinnen, braucht es daher entsprechende Arbeitsplätze, die gerade von ambulanten Versorgungsunternehmen bereitgestellt werden. Je nach Aufstellung – also ob Arztnetz, Medizinisches Versorgungszentrum oder Berufsausübungsgemeinschaft – sehen sich ambulante Versorgungsunternehmen unterschiedlichen Hindernissen bei der Gründung von Filialen bzw. bei der Anstellung von Ärzten gegenüber. Ein Ausweg wäre ein eigener Leistungserbringerstatus für Ambulante Versorgungsunternehmen.

In den Diskussionen zeigten sich die Abgeordneten vielfach offen für die von der Projektgruppe dargestellten Lösungsansätze und Forderungen. Es gilt hier, auch im kommenden Jahr den Dialog weiter zu vertiefen und zu verstetigen.

Als Jahresauftakt 2016 initiierte die Projektgruppe ein Hintergrundgespräch mit dem Verwaltungsdirektor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Bernhard Rochell. Die Veranstaltung fand unter dem Titel „Wie stellen sich Vertragsärzte an der Sektorengrenze auf?" am 29. Februar 2016 statt. Zudem wird auf Anregung der Projektgruppe am 28. April 2016 eine BMC-Fachtagung zum Thema „Kommunen als Gesundheitsversorger" stattfinden (Ankündigung auf S. 63).

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Dr. Ursula Hahn, *Geschäftsführerin, OcuNet Gruppe*

Dr. Albrecht Kloepfer, *Büro für gesundheitspolitische Kommunikation*

PG

PROJEKTGRUPPE SELTENE ERKRANKUNGEN

Die Projektgruppe beschäftigte sich 2015 mit Modellen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen. Ein innovativer Ansatz in der Mukoviszidose wurde ausführlich diskutiert, außerdem wurde die Arbeit der spezialisierten Zentren für seltene Erkrankungen in Hannover und Mainz vorgestellt. Im Zuge der Vernetzung der Aktivitäten der Projektgruppe mit der ACHSE e. V. und der Arbeitsgruppe der Zentren für seltene Erkrankungen (AG ZSE) entstand zudem die Idee, sich an einem Projektantrag für den Innovationsfonds zu beteiligen.

Versorgung von Mukoviszidose-Patienten

In der ersten Sitzung des Jahres am 18. März 2015 begrüßte die Projektgruppe zwei externe Expertinnen für die Versorgung von Mukoviszidose-Patienten. Birgit Dembski, Fachbereichsleiterin Gesundheitspolitik beim Selbsthilfeverband Mukoviszidose e. V., stellte u. a. die Aktivitäten ihres Verbandes vor, der in vielerlei Hinsicht eine Vorreiterrolle einnimmt. So führt er seit mehreren Jahren das Mukoviszidose-Register und hat ein Zertifizierungsprogramm für spezialisierte medizinische Einrichtungen entwickelt. Zudem finden Betroffene im Public-Reporting-Portal Informationen über das Leistungsprofil von Einrichtungen, die auf die Therapie der Mukoviszidose spezialisiert sind. Verbesserungsbedarf gibt es aus Sicht von Dembski vor allem in der Versorgung Erwachsener und in der Finanzierung der Ambulanzen. Ob sich die Situation durch die ASV nach dem neuen § 116b SGB V verbessern werde, sei aus ihrer Sicht noch fraglich.

Einen IV-Vertrag zur Verbesserung der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten stellte anschließend Melanie Gallert, Referentin Fachbereich Selektivverträge bei der AOK Rheinland/Hamburg, vor. Der Vertrag, an dem neben der AOK Rheinland/Hamburg auch die BARMER GEK, die IKK Classic, die SVLFG und die Knappschaft-Bahn-See beteiligt sind, besteht bereits seit 2007 und hat das Ziel, die Versorgung von Mukoviszidose-Patienten zu koordinieren und sie durch spezielle Leistungen wie Ernährungsberatung, psychosoziale Betreuung und Physiotherapie zu unterstützen. Die hohe Zufriedenheit der Patienten zeigt sich nicht zuletzt an den steigenden Teilnehmerzahlen der letzten Jahre. Die teilnehmenden zertifizierten Zentren profitieren u. a. von der extrabudgetären Vergütung und die Krankenkassen von der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Eine Refinanzierung des Vertrags durch langfristige Einsparungen ist allerdings nicht gegeben.

Versorgung seltener Erkrankungen aus der Sicht von spezialisierten Zentren

In der Sitzung am 26. Juni stellten Dr. Cornelia Zeidler vom Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und Prof. Dr. Julia Hennermann von der Villa Metabolica im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsmedizin Mainz die Struktur und Arbeit ihrer spezialisierten Zentren vor. Beide konstatierten, dass die Finanzierung der Zentren höchst problematisch sein. Dreh- und Angelpunkt ist hierbei die aufwendige Diagnosestellung für seltene Erkrankungen. Erst wenn der Patient einem Spezialzentrum zugewiesen werden kann, können erbrachte Leistungen abgerechnet werden. Voraussetzung für die Zuweisung ist jedoch zumindest eine Verdachtsdiagnose. Kritischer Faktor für die Diagnosestellung ist eine interdisziplinäre Betrachtung der individuellen Situation des Patienten. Der Aufwand für interdisziplinäre Fallkonferenzen ist aktuell jedoch im Vergütungssystem nicht abgebildet.

Aktuell finanzieren sich die Zentren für seltene Erkrankungen wesentlich aus Drittmitteln und Spenden. Dies bringt jedoch eine hohe Planungsunsicherheit mit sich.

Neben einer ausreichenden finanziellen Ausstattung würde die Dokumentation der Fälle in Patientenregistern die Arbeit der ZSE deutlich erleichtern. Bisher gebe es aber kein indikationsübergreifendes Register, sondern lediglich vereinzelt Register zu definierten Indikationen (vielfach industriefinanziert) bzw. Register, die an einzelnen Zentren geführt werden, beispielsweise an der MHH.

Für die Patienten sei es teilweise überlebenswichtig, schneller zu einer gesicherten Diagnose zu kommen. Daher sei es wichtig, dass die vom Nationalen Aktionsplan für Seltene Erkrankungen (NAMSE) vorgeschlagenen

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Sonja Froschauer, *Geschäftsführerin, Libertamed GmbH; Geschäftsführerin, Bundesverband ASV*

A-Zentren eine Lotsenfunktion in der Diagnosestellung übernehmen. Um Anfragen besser zu systematisieren, habe die Arbeitsgruppe der Zentren für seltene Erkrankungen zudem einen Fragebogen entwickelt, der die Zuweisung in ein für eine Indikation spezialisiertes B-Zentrum erleichtert.

Ausblick: Projektantrag für den Innovationsfonds

Die Bestandsaufnahme bezüglich der Versorgungssituation von Menschen mit seltenen Erkrankungen führte zu der Diskussion, inwieweit sich bereits vorhandene Lösungsansätze mithilfe einer Finanzierung aus dem Innovationsfonds skalieren ließen. Hierzu tauschte sich eine Delegation der Projektgruppe auch mit einem externen Konsortium aus, das ebenfalls eine Antragstellung im Bereich der seltenen Erkrankungen plant. Ziel des beantragten Projektes könnte beispielsweise die schnellere Diagnosefindung für Patienten ohne Diagnose sein. Eine andere Möglichkeit wäre, die im NAMSE vorgesehene Systematik der A-, B- und C-Zentren beispielhaft für einzelne Indikationsbereiche umzusetzen. Dieser Ansatz wurde im Rahmen der Sitzung am 20. November von Alexander Wilke, Director Healthcare Policy & External Affairs bei CSL Behring, vorgestellt.

Ob und wie sich die Projektgruppe bzw. einzelne Mitglieder an einem Innovationsfondsantrag beteiligen werden, wird sich in den nächsten Monaten klären. Die Antragstellung wäre für die zweite Ausschreibungsphase geplant, die voraussichtlich Ende 2016 geöffnet sein wird.

„Um die Anliegen von Menschen mit seltenen Erkrankungen voranzubringen, bedarf es vielfältiger und guter Netzwerkarbeit. Durch Veranstaltungen des BMC und durch die gute Zusammenarbeit haben wir viele interessante und wichtige Gesprächspartner kennengelernt, die für unsere Arbeit sehr hilfreich sind. Dieser Austausch trägt dazu bei, dass wir mehr für diejenigen erreichen, die mit diesen schweren und komplexen Erkrankungen leben."

Mirjam Mann, *Geschäftsführerin, ACHSE e. V.*

Die interdisziplinär zusammengesetzte Projektgruppe tauscht sich zur Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen aus

PG

PROJEKTGRUPPE BIG DATA

Es wird bereits heute eine Flut an gesundheitsrelevanten Daten gesammelt. Doch wie können diese Daten sinnvoll im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung, verwendet werden? Welche Veränderungen sind erforderlich, um bestehende Barrieren abzubauen? Und ist das Buzzword „Big Data“ eher Hype oder doch eine echte Chance für die Gesundheitsversorgung von morgen?

Die BMC-Fachtagung zum Thema „Digital Health“ im Juni 2015 hat sehr viel positive Resonanz gefunden (siehe S. 40). Viele Teilnehmer und BMC-Mitglieder haben den BMC darin bestärkt, dass es der richtige Weg ist, die Thematik der Digitalisierung von der Versorgung her zu denken. Die Nutzung von Gesundheitsdaten stellt dabei einen wichtigen Aspekt dar, um Erkenntnisse über die bestehende Versorgung und mögliche Verbesserungspotenziale zu gewinnen. Während einige Akteure der Datennutzung aufgrund von Datenschutzrisiken extrem kritisch gegenüberstehen, argumentieren andere, dass der Zugriff auf Daten gerechtfertigt sei, wenn dadurch Versorgungsverbesserungen erzielt werden können. Vor diesem Hintergrund hat sich im August 2015 die Projektgruppe Big Data formiert.

Ziel der Projektgruppe ist die Definition des Themenfeldes und die Erstellung eines Positionspapiers. Darin sollen die gesellschaftspolitische bzw. ethische Bedeutung aller relevanten Aspekte aufgearbeitet und der Status quo in Bezug auf die politische, rechtliche, technische und wirtschaftliche Dimension widergespiegelt werden. Darüber hinaus geht es um die Potenziale einer besseren Datennutzung für die Gesundheitsversorgung, die Gesellschaft und den Einzelnen. Zudem soll das Positionspapier konkrete Empfehlungen geben, welche Schritte heute unternommen werden können, um die Potenziale von Big Data zu erhöhen und gleichzeitig negative Begleiterscheinungen zu vermeiden.

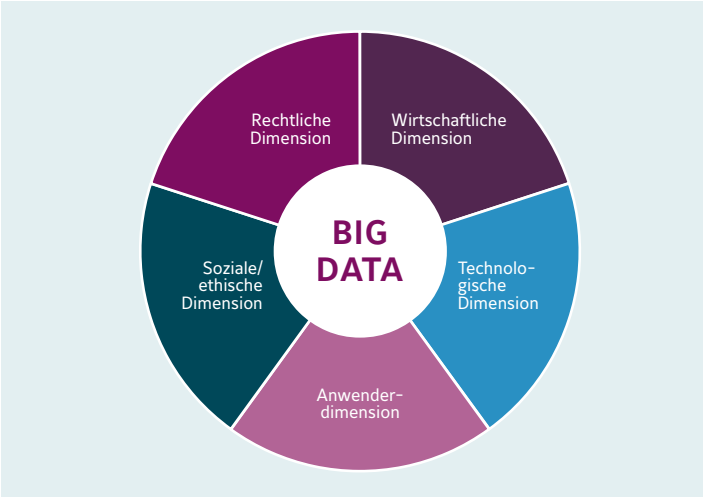
Neben der Aufarbeitung des Themas in der Projektgruppe wird „Big Data“ zukünftig auch verstärkt in den bekannten Formaten des BMC diskutiert.

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Ralph Lägel, *MBA, Senior Manager Healthcare Strategies Global Innovative Pharma Business Germany, Pfizer Pharma GmbH*

Dr. Peter Walther, *Mitglied der Geschäftsführung, Elsevier Health Analytics*

Dimensionen von Big Data



„Der BMC gibt entscheidende Impulse für eine zukunftsweisende patientenorientierte Ausrichtung des Gesundheitssystems. Diese nehmen wir gern auf, um unser Gesundheitswesen sicher und bedürfnisorientiert zu vernetzen. Mit Engagement und Verantwortung setzt sich der BMC auch dafür ein, das richtige Vertrauensklima für ein solches Vernetzungsprojekt im breiten Dialog aller Akteure zu schaffen.“

Benno Herrmann, *Leiter Unternehmenskommunikation & Marketing, gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH*

PROJEKTGRUPPE BMC VOR ORT NORD

Die Projektgruppe BMC vor Ort Nord realisierte im Jahr 2015 zwei Veranstaltungen in Hamburg, die sich mit den Vergütungsstrukturen in der Psychiatrie und den Gesundheitsfolgekosten der industriellen Landwirtschaft beschäftigten.

Auch im Jahr 2015 konnte die Projektgruppe „BMC vor Ort Nord" anfangs noch die Zusammenarbeit im bewährten Team am Hamburger Standort fortsetzen. Im Verlauf des Jahres erhielt allerdings der Leiter des Studiengangs „Gesundheitsökonomie/Health Economics" Prof. Dr. Hans-R. Hartweg einen Ruf an die FH Wiesbaden, sodass der ursprünglich geplante Umfang der regionalen Veranstaltungen leider nicht vollständig realisiert werden konnte. Die Zusammenarbeit mit dem von Absolventen der Gesundheitsökonomie gegründeten Verein Health-Economics-Network konnte jedoch aufrechterhalten werden. Somit waren zwei regionale Veranstaltungen möglich – wie bereits in den letzten Jahren ohne Inanspruchnahme von BMC-Finanzmitteln. Darüber hinaus wurde die Vernetzung des BMC in der regionalen Struktur erfolgreich weiter verstärkt.

Am 26. Mai hatte die Projektgruppe Gerald Oestreich, den Hauptgeschäftsführer der Alexianer GmbH, zu Gast in Hamburg. Unter dem Titel „PEPP ante portas" wurde die bevorstehende Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen für Krankenhäuser mit Schwerpunkten in der Psychiatrie und Psychosomatik genauer betrachtet. Was sich für andere Krankenhäuser bereits zum Jahreswechsel 2003/2004 vollzog, betrifft nun auch die psychiatrischen/psychosomatischen Häuser. Mit der Umstellung auf das fallpauschalierte Entgeltsystem erfolgen auch hier Umbrüche, die noch bewältigt werden müssen. Dankenswerterweise stellte uns die Asklepios Medical School am Asklepios Klinikum St. Georg einen Veranstaltungsraum zur Verfügung.

Am 5. November fand die zweite Veranstaltung der norddeutschen Projektgruppe statt. Wie bereits im Vorjahr wurde wieder ein Blick über den deutschen Tellerrand hinaus geworfen: Unter dem Titel „Industrielle Landwirtschaft und Gesundheitsfolgekosten – nur ein Südamerikaproblem?" setzten wir uns in Zusammenarbeit mit der Society for International Development (SID Chapter Hamburg) mit einem Thema auseinander, das nur scheinbar ein Randthema des deutschen Gesundheitswesens darstellt. Am Beispiel der Diskussion um die weitere Zulassung von Glyphosat, einer chemischen Verbindung, die seit Mitte der siebziger Jahre stark in der Landwirtschaft eingesetzt wird, zeigte sich, dass bei der Zuordnung von Krankheitsursachen und deren Folgekosten auch in Europa ein hoher Aufklärungs- und Gesprächsbedarf besteht. Die derzeitige Abgrenzung zwischen den von den Berufsgenossenschaften zu tragenden Behandlungskosten bei Berufskrankheiten und den durch die Solidargemeinschaft zu tragenden Behandlungskosten bei Erkrankungen, die nicht als Berufskrankheiten anerkannt sind, ist vielfach diskussionswürdig. Weiterführende Unterlagen zu diesem Thema können beim Leiter der Projektgruppe angefordert werden.

2015 wurde die Projektgruppe BMC vor Ort Nord erstmals sowohl vom Verband der Ersatzkassen e. V. (VdEK) als auch vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) institutionell wahrgenommen. Seitens des VdEK erfolgte im November eine Einladung zum 6. Hamburger Gesundheitstreff zum Thema „Innovationsfonds". Das UKE lud zur Vorstellung des Projektstatus „Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung" ein. Die Vernetzung wird im Jahr 2016 weiter fortgesetzt.

„Der BMC bietet eine tolle Plattform für den Austausch zwischen den Sektoren und über Disziplinen hinweg. Die Diskussionen zu innovativen Ideen, aber auch zur politischen Lage sind sehr spannend!"

Helen Hager, *Leiterin der Berliner Repräsentanz, Novartis*

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Rolf Kaestner, *PROJEKT PARTNER*

Gerhard Kruse, *Beratung und Dienstleistungen im Gesundheitswesen*

BMC E. V. REGIONAL NRW

Prof. Dr. Peter Wigge
VORSTANDSVORSITZENDER
Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Wigge, Münster

Klaus Trudrung
STELLV. VORSTANDSVORSITZENDER
Manager Health Care Affairs & Health Politics, Mundipharma Deutschland mbH & Co. KG

Claudia Schrewe
MITGLIED IM VORSTAND
Diplom-Kauffrau, Netzarbeit

Günter van Aalst
MITGLIED IM VORSTAND
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Techniker Krankenkasse

Dr. Thomas Hilse
MITGLIED IM VORSTAND
Inhaber, HILSE:KONZEPT Management und Kommunikations-beratung

Dr. Thomas Kriedel
MITGLIED IM VORSTAND
Vorstandsmitglied, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Regina Jost, M.A.
KOOPTIERTES MITGLIED IM VORSTAND
Field Access Manager, Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

Stefanie Broß
GESCHÄFTSSTELLE MÜNSTER
Rechtsanwältin, Rechtsanwälte Wigge, Münster

Kontakt zum BMC e. V. Regional NRW

Scharnhorststraße 40
48151 Münster
t 0251 53595 - 0
f 0251 53595 - 99
BMC-NRW@ra-wigge.de
www.bmcev.de

BMC NRW Regional

Als pluralistischer, unparteilicher und für alle Akteure im Gesundheitswesen offener Verein richten sich die Bestrebungen des BMC Regional NRW daran aus, eine übergreifende Plattform zum Austausch von Erkenntnissen, Wissen, Erfahrungen und Einsichten in Nordrhein-Westfalen zu bieten.

Die Aktivitäten des BMC Regional NRW standen im Jahr 2015 im Zeichen der gesundheitspolitischen Reformen. Selten hat eine Bundesregierung so viele gesundheitspolitische Vorhaben auf den Weg gebracht wie die große Koalition. Dies wirkte sich auch auf das Veranstaltungsangebot des BMC Regional NRW aus. Zu nennen sind hier insbesondere das am 23.07.2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) sowie das am 01.01.2016 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Die konkreten Auswirkungen dieser Reformen auf die Versorgungslandschaft in Nordrhein-Westfalen waren Gegenstand einer Fachtagung im März 2015 und eines Praktikerseminars im November 2015, welche jeweils erfreulich hohe Teilnehmerzahlen und ein sehr positives Echo aufwiesen. Darüber hinaus widmete sich der BMC Regional NRW im Jahr 2015 den Themen der Geriatrie und der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung.

AKTIVITÄTEN 2015

Praktikerseminar: „ASV Rheumatologie – Kooperation und Kommunikation als kritischer Erfolgsfaktor?“

Erfolgreich startete der BMC Regional NRW mit seinem Praktikerseminar „ASV Rheumatologie – Kooperation und Kommunikation als kritischer Erfolgsfaktor?“ am 04.02.2015 in Düsseldorf ins neue Veranstaltungsjahr. Den Auftaktvortrag hielt Karsten Menn, Geschäftsbereichsleiter Leistung und Vertrag, BARMER GEK, Düsseldorf. Menn skizzierte die Ausgangslage der ASV und wies darauf hin, dass das Gesundheitssystem derzeit von der Abschottung der Sektoren geprägt ist. Mit der Einführung der ASV würde eine neue Versorgungsebene geschaffen und Facharztstrukturen würden sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Sektor vorgehalten werden.

Die Patientenvertreterin Helga Germakowski, Deutsche Rheuma-Liga Nordrhein-Westfalen e. V., zeigte in ihrem Vortrag die gegenwärtigen Probleme in der Versorgung von Rheuma-Patienten auf. Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses ASV, betonte die Wichtigkeit des Kernteams und der damit verbundenen Präsenzpflicht der Fachärzte einmal in der Woche. Die Bildung des interdisziplinären Teams sei die wichtigste Strukturqualitätsanforderung in der ASV, der Fokus der ASV liege auf der interdisziplinären Zusammenarbeit. Mit dem Praktikerseminar hat der BMC Regional NRW ein aktuelles gesundheitspolitisches Thema getroffen. Die Veranstaltung zeichnete sich insbesondere durch die hohe Praxisrelevanz der Beiträge und Kommentierungen aus, was nicht zuletzt auch an dem interessierten Fachpublikum lag.

7. Fachtagung: „Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung in NRW – Welchen Beitrag leistet das GKV-VSG?“

Am 23. März 2015 lud der BMC Regional NRW zu seiner 7. Fachtagung mit dem Titel „Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung in NRW - Welchen Beitrag leistet das GKV-VSG?“ in die deutsche Apotheker- und Ärztebank nach Düsseldorf ein. In seinem Eröffnungsvortrag stellte MinDirig Joachim Becker, Unterabteilungsleiter Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, die Zielsetzung sowie die einzelnen Maßnahmen und Instrumente des GKV-VSG vor.

Auf die Frage „Wie wirkt das GKV-VSG auf die Versorgungslandschaft in NRW? - Eine erste Einschätzung“ gab Günter van Aalst, Leiter der TK-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen und Vorstandsmitglied des BMC Regional NRW, eine Antwort aus Sicht der Krankenkassen. Er stellte die Auswirkungen der Regelungen des GKV-VSG auf Se-

Der Vorstand des BMC Regional NRW mit den Referenten der 7. Fachtagung zum GKV-VSG in Düsseldorf (v.l.: Prof. Peter Wigge, Michael Wörster, Dr. Thomas Kriedel, Claudia Schrewe, Regina Jost, Dr. Thomas Hilse, Günter van Aalst, Karsten Gebhardt)

lektivverträge, Innovationsfonds, Förderung von Praxisnetzen sowie Entlassmanagement vor.

Karsten Gebhardt, Präsidiums- und Vorstandsmitglied der Krankenhausgesellschaft NRW e. V., stellte in seinem Vortrag die Einflüsse des GKV-VSG auf die Entwicklungen im stationären Sektor dar. Hierbei ging Gebhardt auf die einschlägigen Regelungen des GKV-VSG aus Sicht der Krankenhäuser ein und skizzierte die aktuellen Herausforderungen der stationären Versorgung in NRW.

Schließlich erörterte Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der KVWL und des BMC Regional NRW, in seinem Vortrag die Auswirkungen des GKV-VSG auf die ambulante Versorgung in Westfalen-Lippe. Nach einer kommunikativen Mittagspause wurde die Fachtagung mit einer Podiumsdiskussion fortgeführt, an der neben den Referenten auch Michael Wörster, Bereichsleiter Ambulante Versorgung, St. Marien-Krankenhaus Siegen, teilnahm.

8. Fachtagung: „Versorgung alter und kranker Menschen – Werteanamnese und Reformbedarf"

Am 29.09.2015 fand die 8. Fachtagung des BMC Regional NRW unter dem Titel „Versorgung alter und kranker Menschen – Werteanamnese und Reformbedarf" im Plenarsaal der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) in Dortmund statt. Prof. Dr. med. Ralf-Joachim Schulz, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie in Köln, informierte mit seinem Vortrag über die aktuelle Situation in der stationären Versorgung und wies darauf hin, dass die Pflege bzw. medizinische Versorgung alter Menschen personal- und kostenintensiv sei. IT-Unterstützung sei in der Pflege nur bedingt hilfreich.

Dr. Daisy Hünefeld, MBA, Vorstandsvorsitzende des Qualitätsverbunds Geriatrie Nord-West-Deutschland e. V. und Vorstand der St. Franziskus-Stiftung in Münster, informierte in ihrem Vortrag über zwingende Diversifikationen von und in Krankenhäusern. Hünefeld forderte Vernetzungen mit niedergelassenen Ärzten einerseits sowie Kooperationen innerhalb des Verbundes und mit den Verbundpartnern andererseits, um Synergien und eine enge Interaktion der Ärzte zu schaffen. An die zwingende Kooperation der am Gesundheitswesen beteiligten Akteure schloss sich der Vortrag von Prof. Dr. Volker Amelung, Schwerpunktprofessor für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, an. Amelung zeigte eine Ineffizienz der Versorgungsfinanzierung auf, welche durch Kooperation von health und social care verhindert werden könne, daher sei die Installation eines „Scouts" sinnvoll, einer Person an der Schnittstelle zwischen den unterschiedlichen Akteuren und Ansprechpartnern des Patienten.

Dr. Thomas Hermens, Facharzt für Innere Medizin und Diabetologie DDG in Wesel, wies in seinem Beitrag auf eine unzureichende Qualität der Hausärzte hinsichtlich der Versorgung geriatrischer Patienten und ein fehlendes Casemanagement hin und stellte die Konzepte der Geriatrischen Institutsambulanz (GIA) und der geriatrischen Schwerpunktpraxen vor. Anschließend stellte Rita Mitic, Amt für Soziales, Wohnen und Integration sowie Quartiers- und Netzwerkentwicklung der Stadt Ratingen, das Konzept des kommunalen Quartiers vor. Ihrer Ansicht nach bilden Kommunen und Bürger eine Verantwortungsgemeinschaft, um die häusliche Versorgung zu stärken und so eine definitiv bevorstehende Versorgungslücke zu schließen.

Auch Tassilo Mesenhöller, Geschäftsführer des Gemeinnützigen Hauspflegevereins Solingen e. V., bewertet die Quartiersarbeit als tragende Säule zur Stärkung der medizinisch-pflegerischen Präventionsangebote. Er zeigte vor allem die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Pflege auf. Am Ende stellten Dr. Thomas Hilse und Claudia Schrewe, Vorstandsmitglieder des BMC Regional NRW, ein Thesenpapier vor, das die Reformvorschläge der Referenten zusammenführte.

Praktikerseminar: „Die Krankenhaus-Strukturreform und ihre Bedeutung für eine ambu-näre Versorgung"

Für das zweite Praktikerseminar des Jahres am 06.11.2015 fanden sich die Teilnehmer im Plenarsaal der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) in Dortmund ein. Nach Eröffnung der Veranstaltung durch Prof. Dr. Peter Wigge, Vorstandsvorsitzender des BMC Regional NRW und Fachanwalt für Medizinrecht, wies Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, in ihrer Einführung auf die Bedeutung der alternden und zunehmend multimorbiden Gesellschaft hin und appellierte andererseits an die Sicherstellung der Pflege im Krankenhaus.

Eine patientenorientierte Versorgung forderte auch Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Die Krankenhausstruktur-Reform lasse die weitere Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Länder vermissen und die Vergütungssituation in der ambulanten Notfallbehandlung ungeklärt.

Dr. Gerhard Nordmann, 2. Vorsitzender der KVWL, hielt für einen bedarfsgerechten Umbau der Sektoren neben einer Öffnung der Krankenhäuser auch eine Öffnung der Praxen für neue Tätigkeitsfelder für unerlässlich. Zudem forderte Nordmann eine gerechte und unbürokratische Verteilung der Mittel aus dem Innovationfonds, sinnvollere Patientensteuerung und Stärkung der regionalen Kompetenzen, um eine wirkliche Stärkung der Versorgung zu erreichen. Diese Ziele können nur erreicht werden, wenn die sektorenübergreifende Kooperation – eine ambu-näre Versorgung – gelinge.

Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, gab Antworten aus gesundheitsökonomischer und krankenhauspolitischer Sicht und verdeutlichte die Schwierigkeiten bei der Definition des Versorgungsbedarfs am Beispiel der geriatrischen Versorgung. Für die Zukunft rät Ruiss u. a., gezielte Konzentrationsprozesse einzuleiten, um regionalen und demografischen Veränderungen Rechnung zu tragen.

Dr. Frank Stollmann, Leiter der Gruppe „Öffentliches Gesundheitswesen", Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, kam in seinem Vortrag zu dem Fazit, dass die Vorgabe von Qualitätsindikatoren im KHSG sinnvoll und notwendig sind. Die praktische Umsetzung des KHSG bliebe jedoch im Einzelfall aufgrund einiger unbestimmter Rechtsbegriffe anspruchsvoll.

Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, griff die bereits geforderte Patientenorientierung auf und betonte, gesundheitliche Versorgung sei eine Dienst- und Serviceleistung, die nur durch sektorenübergreifende Verzahnung möglich sei.

AUSBLICK 2016

Seine Position als feste Größe in der gesundheitspolitischen Landschaft in Nordrhein-Westfalen möchte der BMC Regional NRW auch im Jahr 2016 durch mehrere Veranstaltungen mit aktuellem Bezug zur Gesundheitspolitik sowie durch die aktive Mitarbeit seiner Mitglieder weiter ausbauen.

Der BMC Regional NRW möchte daher einerseits die Akteure in der Region für den Dialog zu aktuellen Themen der Gesundheitspolitik und deren regionale Ausprägungen und Wirkungen gewinnen. Der Vorstand hat daher bereits mit der Planung des Veranstaltungsprogramms für 2016, fokussiert auf die regionalen Belange in NRW, begonnen. Berücksichtigung sollen hierbei nicht nur die weiteren Gesetzesvorhaben finden, sondern auch aktuelle Fragen der Gesundheitsversorgung. Einen Überblick über das Veranstaltungsprogramm des BMC Regional NRW für das neue Jahr gibt Ihnen die folgende, noch nicht abschließende, Übersicht:

- Im März 2016 wird der BMC Regional NRW ein Fachgespräch zum Thema „ASV - Ein Erfahrungsbericht" durchführen. Zwei qualifizierte Fachreferenten werden ihre ersten Erfahrungen mit der Umsetzung der ASV in der Praxis und zur Teambildung referieren.
- Am 27. April 2016 wird die 9. Fachtagung des BMC Regional NRW in der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster in Kooperation mit dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e. V. stattfinden. Im Fokus der Veranstaltung stehen „Zuweiserstrukturen in Krankenhäusern unter Berücksichtigung aktueller gesetzlicher Vorgaben sowie die Vorstellung zulässiger Kooperationsstrukturen".
- Im Juni 2016 wird der BMC Regional NRW Praxisnetze zum Gegenstand eines Praktikerseminars machen. Neben der Vorstellung erfolgreicher Praxisnetze aus NRW wird die Veranstaltung auch auf wichtige Versorgungsfragen eingehen.
- In der zweiten Hälfte des Jahres 2016 widmet sich der BMC Regional NRW in einem Praktikerseminar dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz. Unter dem Titel „Pflegeheimversorgung 2016 – Modelle zur Erhöhung der Versorgungssicherheit" wird neben der Reform auch die ganzheitliche Versorgung der Patienten im Fokus der Veranstaltung stehen.
- Schließlich wird der BMC Regional NRW in einem Praktikerseminar das E-Health-Gesetz auf den Prüfstand stellen und dessen wichtigsten Regelungen mit Referenten und Teilnehmern diskutieren.

Der Vorstand des BMC Regional NRW möchte seine Mitgliederzahlen weiter ausbauen. Hierzu wird er auch im Jahr 2016 Aktivitäten zur Mitgliedergewinnung unternehmen und lädt die Mitglieder des BMC in Berlin zu einer Mitgliedschaft im BMC Regional NRW ein. Für Mitglieder des BMC ist eine Mitgliedschaft im BMC Regional NRW beitragsneutral möglich. Bei Rückfragen und Anregungen zu unserer Arbeit und unseren Aktivitäten wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle oder die einzelnen Vorstandsmitglieder.

Teilnehmer und Referenten des Praktikerseminars „ASV-Rheumatologie" in Düsseldorf

DIE FÜNF SÄULEN DES BMC

ENTWICKLUNGSARBEIT

Die Mitglieder des BMC leisten Entwicklungsarbeit in verbandsinternen Arbeits- und Projektgruppen. Dort werden interdisziplinäre und sektorübergreifende Konzepte zur Optimierung der Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse erarbeitet. Kommunikation und Kooperation sind in den Gremien und Arbeitsgruppen des BMC durch eine Kultur gegenseitiger Achtung und Offenheit geprägt.

POLITISCHE ARBEIT

Der BMC vertritt die gemeinsamen Vorstellungen und Ziele seiner Mitglieder im politischen Raum, bei Entscheidungsträgern, Verbänden und Körperschaften. Im Rahmen gesetzgeberischer Maßnahmen ist der BMC für die politischen Entscheidungsträger ein Gesprächspartner, der keinen Partikularinteressen verpflichtet ist.

KOOPERATION

Der BMC dient seinen Mitgliedern zur Kontaktvermittlung und Kontaktpflege. Er kooperiert mit dem Schweizer Forum Managed Care und setzt langfristig auf Kooperation mit allen Verbänden, die ähnliche Ziele verfolgen.

WISSENSMANAGEMENT

Der BMC vermittelt seinen Mitgliedern aktuelle Informationen aus Politik, Wirtschaft und Gesundheitswesen des In- und Auslands. Er trägt durch Wissens- und Erfahrungstransfer dazu bei, dass sich seine Mitglieder frühzeitig im Gesundheitsmarkt orientieren, positionieren und bewähren können.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Der BMC informiert über zentrale Themen aus den Bereichen Managed Care und Integrierte Versorgung. Er engagiert sich darüber hinaus in der Öffentlichkeit für ein patientenorientiertes und effizientes Gesundheitssystem.

STARTSCHUSS FÜR DEN INNOVATIONSFONDS

Spätestens seit Veröffentlichung des Koalitionsvertrags gehört der Innovationsfonds zu den meistdiskutierten Themen im Gesundheitswesen. Auf dem BMC-Diskussionsforum am 14. September 2015 gewährte der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken den rund 500 Teilnehmern einen Einblick in den aktuellen Umsetzungsstand.

Die Einrichtung eines Innovationsfonds ist ein richtiger Schritt – da ist sich der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken mit dem Großteil der Akteure des Gesundheitswesens einig. Doch ob die 1,2 Milliarden Euro Fördermittel, die in den kommenden vier Jahren für innovative Versorgungsformen (225 Mio. € p.a.) und für Versorgungsforschung (75 Mio. € p.a.) ausgeschüttet werden sollen, den Innovationsstau im System nachhaltig auflösen können, hängt in erheblichem Maße von der Ausgestaltung der Förderkriterien und natürlich von den Entscheidungen des Innovationsausschusses ab.

Die Defizite in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität sowie in der Versorgungsforschung seien hinlänglich bekannt, räumte Hecken am 14. September vor rund 500 Zuhörern im Langenbeck-Virchow-Haus ein. Viele Lösungsansätze seien bereits im Kleinen erprobt worden, nun ginge es darum, Evidenz zu generieren und den Transfer in die Regelversorgung zu ermöglichen. Voraussetzung dafür sei nach Heckens Ansicht eine gewisse Mindestgröße der Projekte, da sonst keine signifikanten Aussagen zur Evidenz abgeleitet werden könnten. „Mauerblümchenförderung kann am Ende nicht zu dem vom Gesetzgeber gewollten Erfolg führen", so Hecken.

Professor Hecken stellt die Konkretisierungen zum Innovationsfonds vor

Ausschließliche Fokussierung auf große Projekte verschenkt Innovationspotenzial

Die Fokussierung auf große Projekte ist einerseits nachvollziehbar. Andererseits könnte ein Mix aus großen und kleinen Projekten dem Innovationsfonds möglicherweise noch mehr Schub verleihen. So gibt es durchaus verbesserungswürdige Bereiche, beispielsweise die Versorgung seltener Erkrankungen, bei denen allein aufgrund der geringen Fallzahlen keine groß angelegten Projekte realisierbar sind. Gleichwohl sind auch hier Szenarien denkbar, die evidenzbasierte Aussagen zulassen. Ausschlaggebend sind weniger die zunächst vorgesehenen Fallzahlen als vielmehr die Skalierbarkeit und die Entwicklungsfähigkeit des Modells. Darüber hinaus birgt die Ankündigung, nur große Projekte fördern zu wollen, auch die Gefahr, dass Anträge unnötig aufgebläht werden.

Beteiligung von Krankenkassen „mehr als sinnvoll"

Aus Sicht von Hecken sei außerdem die Beteiligung einer großen oder mehrerer kleiner Krankenkassen „mehr als sinnvoll" – mit anderen Worten: unerlässlich. Jedoch darf man nicht aus dem Blick verlieren, dass der Gesetzgeber zuletzt gute Gründe dafür hatte, den Kreis der Antragsteller weitgehend zu öffnen. Insofern würde eine dominante Rolle der Krankenkassen diese Öffnung partiell konterkarieren.

Insgesamt sollte bedacht werden, dass diese von Hecken skizzierte Herangehensweise weniger unternehmerischen Handlungsspielraum zulässt. Dabei wären gerade von unternehmerischer Seite wertvolle Innovationsimpulse zu erwarten, auch weil Wettbewerbsdenken per se mit einer gewissen Innovationsfreude einhergeht.

Offene Förderrunde ohne inhaltliche Beschränkungen wäre sinnvoll

In Bezug auf die Förderinhalte stellte Hecken klar, dass Versorgungsdefizite im Rahmen des SGB V im Mittelpunkt stehen. Vorhaben, die primär auf die Verbesserung von Prozessen und Strukturen im Bereich des SGB XI oder anderer Sozialgesetzbücher abzielen, fallen nicht in das Förderspektrum.

Zudem sprach sich der G-BA-Vorsitzende für die Festlegung von Förderschwerpunkten für den Bereich der innovativen Versorgungsformen aus, da dies auch eine Vergleichbarkeit der Anträge ermöglichen würde. Dabei werde man sich nach seinem Dafürhalten zunächst an den im Gesetz genannten Schwerpunkten orientieren, allerdings sei der dort aufgeführte Katalog keineswegs als abschließend zu verstehen. Darüber hinaus hält Hecken es für denkbar, dass es zu Beginn eine offene Förderrunde ohne inhaltliche Beschränkungen gibt. Dies wäre sinnvoll,

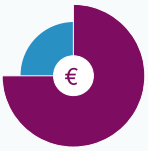
„Ob es um Patientenorientierung, die Digitalisierung des Gesundheitswesens oder den Innovationsfonds ging: Die Veranstaltungen des BMC beschäftigten sich auch 2015 immer mit den aktuellen, in die Zukunft weisenden Fragen des deutschen Gesundheitswesens."

Birgit Fischer, *Hauptgeschäftsführerin, Verband forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)*

Key Facts zum Innovationsfonds

Fördersumme von **300 Mio. € p.a.** 2016 – 2019, davon:

- **225 Mio. € p.a.** für neue Versorgungsformen



- Über Regelversorgung hinausgehend
- Verbesserung sektorenübergreifender Versorgung
- Hinreichendes Potenzial für die dauerhafte Aufnahme in die Versorgung

- **75 Mio. € p.a.** für Versorgungsforschung

- Verbesserung bestehender Versorgung in der GKV
- Evaluation von Versorgungsverträgen nach § 73c SGB V und § 140a SGB V
- Evaluation von G-BA-Richtlinien

denn so würde man die Antragsteller, die bereits in den Startlöchern stehen, nicht ausbremsen und den Innovationsfonds schnell zum Laufen bringen. Außerdem könnte sich der Innovationsausschuss auf diese Weise ein Bild vom breiten Spektrum der Innovationsideen machen.

Zu klären ist nach wie vor die Frage nach der Übertragbarkeit der Mittel über das jeweilige Kalenderjahr hinaus. Sofern der Gesetzgeber eine Änderung zugunsten der Übertragbarkeit vornehme, sei es möglich, pro Jahr 75 Mio. € Fördermittel zu vergeben und Projekte für vier Jahre in jeweils gleicher Höhe zu fördern. Die letzte Tranche würde dann 2022 ausgezahlt. Sollte die Entscheidung gegen eine Übertragbarkeit fallen, müsste das gesamte Budget von 300 Mio. € im Jahr 2016 vergeben werden. Wollte man dann Projekte über mehrere Jahre fördern, seien die Fördermittel der Folgejahre somit bereits im Vorhinein gebunden.

Im Bereich der Versorgungsforschung gehe es um Forschungsvorhaben mit einem realen Bezug zur Versorgungspraxis, nicht um Grundlagenforschung. Die mögliche Übernahme der Erkenntnisse in Gesetze und Richtlinien bilde hier einen wichtigen Fokus. Dies beziehe sich auch auf Richtlinien des G-BA. So liege etwa in der Evaluation der SAPV-Richtlinie ein lohnenswerter Forschungsgegenstand. Als Antragssteller für Fördervorhaben im Bereich Versorgungsforschung sieht Hecken hier in erster Linie universitäre und außeruniversitäre wissenschaftliche Einrichtungen.

Rechtssicherheit ist Voraussetzung für den Erfolg des Innovationsfonds

Ein weiterer Punkt, der noch einer abschließenden Klärung bedarf, ist die Unsicherheit, ob im Falle einer Förderung bei den Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber das europäische Vergaberecht anzuwenden ist.

Nach dem Vortrag von Professor Hecken diskutierten Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Andreas Tecklenburg, Dr. Dominique Jaeger und Prof. Dr. Edmund Neugebauer gesundheitsökonomische und rechtliche Aspekte des Innovationsfonds

Der Innovationsfonds ist darauf angelegt, Teamleistungen zu fördern. Solche Teams könnten beispielsweise aus Krankenkasse, KV, Ärztenetz, Software-Anbieter und wissenschaftlichem Institut bestehen. Dieser Rahmen erfordert es, dass die Projektpartner sich bereits im Stadium der Antragstellung zusammenfinden und miteinander abstimmen. Eine entsprechende Rechtssicherheit, die für alle beteiligten Akteure gleichermaßen gewährleistet sein

muss, stellt daher eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg des Innovationsfonds dar.

Hecken berichtete zu diesem Punkt, dass bereits ein Rechtsgutachten vorliege, nach dessen Einschätzung wegen diverser Limitierungen keine Ausschreibung auf europäischer Ebene nötig sei. Ob diese Einschätzung am Ende von den Gerichten geteilt wird, bleibt abzuwarten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Rechtsunsicherheit tendenziell zu einer Lähmung der Akteure führt. In Zweifelsfall könnten Rechtsstreitigkeiten erhebliche Verzögerungen nach sich ziehen, was vor dem Hintergrund der derzeit noch fehlenden Übertragbarkeit der Mittel möglicherweise gravierende Folgen hätte.

Zum Umsetzungsstand berichtete Professor Hecken, dass der Innovationsausschuss sich voraussichtlich Mitte Oktober konstituieren werde. Alle beteiligten Trägerorganisationen hätten ihre Vertreter bereits benannt. Darüber hinaus seien die Geschäfts- und Verfahrensordnungen derzeit in Vorbereitung. Patientenvertreter haben im Innovationsausschuss ein Mitberatungs- und Antragsrecht.

Der Expertenbeirat wird eine beratende Funktion übernehmen und Empfehlungen zur Förderentscheidung abgeben. Er besteht aus max. zehn durch das BMG berufenen Mitgliedern aus Wissenschaft und Versorgungspraxis mit versorgungswissenschaftlicher, klinischer und methodischer Expertise. Aktuell sammele das BMG Vorschläge der Akteure für die Besetzung des Expertenbeirats.

Für die praktische Abwicklung werden zwei Geschäftsstellen eingerichtet, die die Entscheidungen des Innovationsausschusses und des Expertenbeirats umsetzen. Zudem werde das Bundesversicherungsamt einen Mitarbeiter abordnen, um die vorgesehenen Zahlungsflüsse sicherzustellen. Die Auszahlung des Geldes erfolgt an den antragstellenden Projektträger.

Einstufiges Verfahren für neue Versorgungsformen, zweistufiges Verfahren für Versorgungsforschung

Vorausgesetzt, die Übertragbarkeit der Mittel wäre gegeben, schlug Professor Hecken folgendes Verfahren vor: Zunächst würde der Innovationsausschuss Förderschwerpunkte benennen. Danach folgen eine Diskussion mit dem Expertenbeirat zu den Bewertungskriterien, die Erstellung der Ausschreibungsunterlagen sowie die Ausschreibung selbst. Eingegangene Anträge werden auf formale Vollständigkeit geprüft und gehen dann an den Expertenbeirat zur fachlichen und wissenschaftlichen Bewertung. Nach Abgabe der Empfehlung des Expertenbeirats würde der Innovationsausschuss die Förderentscheidungen treffen und diese veröffentlichen.

Key Facts zum Innovationsfonds

Innovationsausschuss

Unpart. G-BA-Vorsitzender
GKV-SV
KBV KZBV DKG
BMG BMBF

- Legt Förderschwerpunkte und Kriterien fest
- Führt Interessenbekundungsverfahren durch
- Entscheidet über Anträge
- Fachliche Weisung über Geschäftsstelle

Expertenbeirat

Zehn Personen aus Wissenschaft und Versorgungspraxis, berufen durch das BMG

- Gibt Empfehlungen zu Themenschwerpunkten der Förderbekanntmachungen
- Führt Kurzbegutachtung der Anträge durch
- Gibt Empfehlungen zur Förderentscheidung

Nach Heckens Dafürhalten wäre für den Bereich der neuen Versorgungsformen ein einstufiges Verfahren vorgesehen, während für den Bereich der Versorgungsforschung ein zweistufiges Verfahren sinnvoller sei. Er begründete dies damit, dass man möglichst wenig Zeit verlieren wolle, was für ein einstufiges Verfahren spreche. Gleichwohl seien Vorhaben im Bereich Versorgungsforschung häufig sehr komplex und die antragstellenden Einrichtungen verfügten nicht immer über ausreichende Ressourcen, um im ersten Anlauf einen vollumfänglichen Antrag vorzulegen. Daher halte er hier ein zweistufiges Verfahren für besser.

Darüber hinaus sprach sich Professor Hecken für zwei bis drei Ausschreibungsphasen pro Jahr aus. Zudem wolle er eine Beratung für Antragsteller ermöglichen, damit Anträge nicht an formalen Hürden scheiterten. Auch Nachbesserungen bei zunächst zurückgewiesenen Anträgen sollen möglich sein.

Abschließend betonte Professor Hecken, dass es ihm um eine größtmögliche Transparenz rund um das Vergabeverfahren gehe. So sollen sowohl positive wie auch negative Förderentscheidungen veröffentlicht werden, lediglich die Gründe für eine Ablehnung würden nicht bekannt gemacht.

Alle aktuellen Infos zum Innovationsfonds finden Sie unter: www.bmcev.de

„Die Stellungnahmen im Rahmen der Politikberatung im Gesetzgebungsprozess und die Einbindung der Mitglieder über Arbeits- und Projektgruppen decken einen Bedarf für kompetente, kompromissfähige Lösungen, für die der BMC aufgrund der Mitgliederstruktur ideale Voraussetzungen hat.“

Dr. Peter Walther, *Mitglied der Geschäftsleitung, Elsevier Health Analytics*

Die Ausführungen von Prof. Josef Hecken (oben) wurden von Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Andreas Tecklenburg, Dr. Dominique Jaeger, Prof. Dr. Edmund Neugebauer und Franz Knieps (Mitte, v.l.n.r.) erörtert. Beim anschließenden Get together fanden Diskussionen an zehn Thementischen statt (unten).

Sieben Förderkriterien im Gesetz festgelegt

§

- Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz
- Behebung von Versorgungsdefiziten
- Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen
- Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle
- Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen
- Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen
- Evaluierbarkeit

Gesetzesquelle: § 92a Abs. 1 SGB V

FACHTAGUNG: „AMBULANTE VERSORGUNG: VOM ARZTNETZ BIS ZUM GROSSEN MVZ NACH DEM GKV-VSG“

Wir müssen weg von der „German Angst“ und hin zu mehr Offenheit und Angebotsvielfalt – so das Fazit einer Fachtagung, die der BMC am 23.04.2015 in Berlin durchgeführt hat. Dafür ist es notwendig, dass die Akteure bereit sind, alte Strukturen und Handlungsmuster zu hinterfragen.

Mit dem Begriff der „German Angst“ wird im Ausland die typisch deutsche Zögerlichkeit bezeichnet, wenn es um Veränderungen oder Krisensituationen geht. Diese diffuse Zukunftsangst ist das Gegenteil von Reformfreude: Man zieht sich auf das Althergebrachte zurück und malt vorsorglich schon einmal den Teufel an die Wand. Nicht selten führt das zu einer gewissen Handlungsträgheit oder Blockadehaltung.

Als aktuelles Beispiel mag die Diskussion um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung dienen, die Thema einer Fachtagung des Bundesverbandes Managed Care (BMC) mit dem Titel „Ambulante Versorgung: Vom Arztnetz bis zum großen MVZ nach dem GKV-VSG“ im April 2015 in Berlin war. Dort verwies Dr. Ulrich Orlowski, Ministerialdirigent im Bundesministerium für Gesundheit, darauf, dass der weit überwiegende Teil der ambulanten Versorgung derzeit von Ärzten in Einzel- und Gemeinschaftspraxen erbracht werde und diese somit auch weiterhin im Hauptfokus der Politik stehen werden. Doch angesichts des demografischen Wandels und des Durchschnittsalters der aktuell selbstständigen Ärzte wissen wir, dass die Sicherstellung der Versorgung in einigen Regionen nach diesem Muster zukünftig schwer zu bewerkstelligen sein wird. Hinzu kommt, dass viele junge Mediziner von der seit Jahren kolportierten Behauptung abgeschreckt werden, eine Arztpraxis sei ohne wöchentliches Arbeitspensum von mindestens 60 Stunden nicht wirtschaftlich zu führen.

Die Entwicklungen in der ambulanten Versorgung wurden aus Sicht des BVMVZ, der Politik, der Kassenärztlichen Vereinigungen und des BMC diskutiert

Wir müssen von der Versorgung her denken

Auf dem Weg zu einer guten Lösung für diese Herausforderungen gilt es nun, irrationale Ängste der Beteiligten abzubauen und den Blick für die Möglichkeiten zu öffnen, die bereits heute zur Verfügung stehen. Dazu gehört beispielsweise, wie Dr. Andreas Köhler, Ehrenpräsident des SpiFa, und Dr. Bernd Köppl, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes MVZ, konstatierten, die junge Medizinergeneration zur Niederlassung zu ermutigen, ohne das Schreckensszenario des hoch verschuldeten und rund um die Uhr im Einsatz befindlichen Arztes heraufzubeschwören. Andererseits dürfe der Trend junger Ärzte zur Anstellung nicht „verteufelt" werden, wie Köhler sich ausdrückte. Vielmehr gehe es darum, diese Entwicklung wahrzunehmen, zu akzeptieren und daraus eine sinnvolle Versorgungslösung zu gestalten. Den Befürchtungen vieler Niedergelassener, dass Krankenhäuser sich durch Ermächtigungen, Institutsambulanzen und Krankenhaus-MVZ ein zu großes Stück des Vergütungskuchens abschneiden wollen, setzte Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein, entgegen, dass es nicht darum gehen dürfe, in Sektoren und Budgets zu denken, sondern von den Versorgungserfordernissen her, die stets nur regional und im Einzelfall zu beurteilen sind.

Rund 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchten die BMC-Fachtagung

Eine Antwort auf die Sicherstellungsfrage sieht Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe, auch in sogenannten Ambulanten Versorgungsunternehmen (AVU), deren Stärkung eine Projektgruppe im BMC voranbringen möchte. Zu solchen AVU gehören etwa große MVZ, Arztnetze, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, Praxiskliniken und weitere ambulante Kooperationsformen. Angesiedelt zwischen einzelner Arztpraxis und Krankenhaus bieten sie Lösungen für aktuelle Versorgungsherausforderungen. Sie können beispielsweise durch Filialisierung oder multiple Standorte bei gleichzeitiger Zentralisierung des Managements zur Versorgung in der Fläche beitragen. Darüber hinaus bieten sie jungen Ärztinnen und Ärzten das gewünschte Arbeitsumfeld in Anstellung und ohne unternehmerisches Risiko.

Was diesen neuen Organisationsformen jedoch fehle, so Hahn, sei ein reformfreudigeres Umfeld in Form von Unterstützern in allen Bereichen des Gesundheitswesens und mehr Rückendeckung durch den Gesetzgeber. Denn letztendlich – das unterstrichen auch die Kassenvertreter Boris von Maydell, Leiter der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek, und Susanne Hertzer, Leiterin der Landesvertretung Berlin/Brandenburg der Techniker Krankenkasse – habe aus Patientensicht jedes Angebot seine Berechtigung, das bessere Versorgung biete bzw. Versorgungslücken schließe. Insofern liegt die Lösung offenbar in der Vielfalt der Angebotsstrukturen. In diesem Zusammenhang lobte Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, die Politik. Sie sei mit dem GKV-VSG wichtige Schritte gegangen, um eine weitere Einrichtungsvielfalt zu ermöglichen, indem beispielsweise zukünftig auch fachgruppengleiche MVZ und ambulante Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft zugelassen werden. Weitere Maßnahmen wie etwa ein eigener Leistungserbringerstatus für Arztnetze oder MVZ werden derzeit diskutiert, berichtete Prof. Dr. Edgar Franke, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundestags.

„Als einflussreiche Kommunikationsplattform ist der BMC auch für internationale Organisationen ein wichtiger Kooperationspartner und erste Anlaufstelle, wenn es um die Einbindung deutscher Erfahrungen in internationale Projekte und Veranstaltungen geht."

Dr. Viktoria Stein, *Head of the Integrated Care Academy©, International Foundation for Integrated Care*

Neue Vergütungssystematik als Schlüssel für eine bessere Versorgung?

Dr. Andreas Köhler räumte ein, dass aus seiner Sicht ein Beitrag zur Sicherstellung auch darin bestünde, sich auf die tatsächlich kranken Patienten zu konzentrieren. Das impliziert ein radikales Überdenken der Vergütungsstrukturen, denn durch die quartalsweise Abrechnung werden deutliche Fehlanreize für die ambulanten Leistungserbringer gesetzt. In diesem Zusammenhang bedauerte er auch den Wegfall der Praxisgebühr, die die Funktion eines Korrektivs auf Patientenseite übernommen hatte.

Als Fazit bleibt: Etwas weniger *German Angst* und etwas mehr Offenheit für neue Lösungsansätze täte gut. Dafür ist jedoch notwendig, dass die Akteure bereit sind, alte Strukturen und Handlungsmuster zu hinterfragen. Einen Beitrag zur Modernisierung der Versorgungsstrukturen und -prozesse erhofft sich der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands Managed Care, Prof. Dr. Volker Amelung, auch vom Innovationsfonds: „Wir brauchen mehr Dynamik im System: Das gilt für die Einrichtungsformen in der ambulanten Versorgung ebenso wie für die Stärkung der integrierten Versorgung, die Nutzung digitaler Kommunikationswege und die Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen." Auch hier gilt es, Chancen zu ergreifen statt Ängste zu schüren!

Die Fachtagung wurde initiiert von der Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen" im BMC.

FACHTAGUNG: „VERNETZTE VERSORGUNG: WELCHE LÜCKEN KANN DIGITAL HEALTH WIRKLICH SCHLIESSEN?“

Digital Health bringt mehr Kommunikation, Transparenz und die Möglichkeit zur Partizipation. Voraussetzung für die Erschließung dieser Potenziale ist die Zulassung von Innovationen im System.

„Stellen Sie sich Versorgung vor, wie sie in der Theorie sein müsste. Wenn man von dieser Soll-Versorgung die Ist-Versorgung abzieht: Welche Lücken bleiben? Und wie viele dieser Lücken können mithilfe von Technologien geschlossen werden?“ Mit diesen Worten führte Prof. Dr. Volker Amelung in das Thema der BMC-Fachtagung ein, die mit rund 190 Teilnehmerinnen und Teilnehmern große Resonanz in den gesundheitspolitischen Fachkreisen gefunden hatte. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand die Frage, ob und inwieweit aus neuen digitalen Angeboten tatsächlich ein Mehrwert für die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsteht und wie sich diese „neue Welt“ mit den Strukturen des GKV-Systems vereinbaren lässt. Professor Amelung machte bei seiner Einführung deutlich, dass mehr Innovationen ins System kommen müssen. Bei Innovationen sei es grundsätzlich so, dass sich diese in funktionierenden Märkten von allein durchsetzen können. Im deutschen Gesundheitssystem gebe es jedoch zu viele Pfadabhängigkeiten. Amelung wies in diesem Zusammenhang auch auf den Innovationsfonds hin, von dem das Thema Digital Health aus seiner Sicht extrem profitieren könne.

Israel schließt Versorgungslücken mithilfe von Big Data

Einen Einblick ins israelische Gesundheitssystem gewährte Dr. Maya Leventer-Roberts, Director Translational Policy beim Clalit Research Institute. Sie berichtete, dass die digitale Transformation auch für die Versorgungsforschung einen Gewinn darstellt. Dr. Leventer-Roberts zeigte in ihrem Beitrag, wie Israel bereits heute Versorgungslücken

mithilfe von Big Data überwindet. Wenn es um die Nutzung von Routinedaten geht, nimmt das israelische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich eine Vorreiterrolle ein. Die Daten fließen dort unmittelbar in die Versorgungsforschung, anschließend werden aus den Ergebnissen gesundheitspolitische Maßnahmen abgeleitet. So entsteht ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess für das System.

Digital Health stellt Kulturwandel im Gesundheitswesen dar

Prof. Dr. Andréa Belliger, Leiterin des Studiengangs eHealth an der Pädagogischen Hochschule Luzern und Autorin von „Gesundheit 2.0: Das ePatienten-Handbuch" begann ihren eindrucksvollen Vortrag mit dem Erfahrungsbericht ihres US-amerikanischen Kollegen Dave de Bronkart, der vor einigen Jahren die Diagnose Nierenkrebs im vierten Stadium bekam. Er recherchierte daraufhin sofort im Internet über seine Krankheit. Die Informationen, die er dort erhielt, retteten ihm letztendlich das Leben. Mittlerweile ist er einer der bekanntesten Aktivisten der ePatient-Bewegung in den USA.

Professorin Belliger machte deutlich, dass es bei dieser Bewegung nicht nur um Digitalisierung und IT geht. Digital bzw. Connected Health stellt vielmehr einen Kulturwandel im Gesundheitswesen dar. Bei dieser Bewegung entstehe ein grundlegender Paradigmenwechsel: weg von hierarchischen Systemen hin zu selbstorganisierten, offenen Netzwerken. Die Normen Konnektivität, Flow, Kommunikation, Transparenz und Partizipation seien dabei die wichtigsten Faktoren.

Was bringt Digital Health für Patienten?

So zeigen Studien, dass Kommunikation ein wesentlicher Faktor für Patientenzufriedenheit sei, und Zufriedenheit ist wiederum ein maßgeblicher Faktor für den Health Outcome. Professorin Belliger kritisierte, dass diese Erkenntnis noch nicht in Europa angekommen sei. Zudem sei mehr Transparenz notwendig, da Patienten die volle Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten haben wollen. Um Kooperation und Kommunikation zu optimieren, müssen vor allem die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern geöffnet werden. Durch eine stärkere Partizipation der Patienten sehen sich diese außerdem weniger als passive Empfänger von Gesundheitsleistungen, sondern eher als aktive und gleichberechtigte Kommunikationspartner.

„Was bringt Digital Health also für den Patienten?" – Die Ausgangsfrage ihres Beitrags beantwortete Professorin Belliger am Ende so: „Digital Health bringt bessere Kommunikation, Transparenz und die Möglichkeit zur Partizipation."

Medizinstudenten lernen nichts über das Thema eHealth

In der folgenden Diskussion unterstrich Prof. Dr. Peter Schwarz vom Universitätsklinikum Dresden die Forderung von Belliger nach mehr Kooperation und Kommunikation sowohl zwischen Arzt und Patient, aber auch zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern. Insbesondere bei komplexen und chronischen Krankheiten wie Diabetes könne nur so eine hochwertige und effiziente Versorgung sichergestellt werden. Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, gab dagegen zu bedenken, dass nicht jeder Online-Trend einen Versorgungsnutzen bringe und die Kostenträger in Bezug auf die Mittelverwendung eine hohe Verantwortung gegenüber ihren Versicherten trügen. Mit dieser Haltung, die sie als „Gemütlichkeit" bezeichnete, war Professorin Belliger jedoch nicht einverstanden. Die Bedürfnisse der Patienten haben sich bereits geändert – darauf müssen die Akteure nun zeitnah reagieren.

Die Hoffnungen, die viele eHealth-Befürworter in die nächste Medizinergenerationen setzen, wurden von Pascal Nohl-Deryk, Policy Making Officer der European Medical Students´ Association, gedämpft. Seiner Erfahrung nach wüssten viele Medizinstudierende gar nicht, was Telemedizin überhaupt sei. Nohl-Deryk forderte, dass das veraltete medizinische Curriculum dringend überarbeitet werden müsse. Die zukünftigen Ärzte seien schließlich wichtige Akteure bei der Umsetzung von neuen Technologien im Gesundheitswesen.

Ein Interview mit Dr. Leventer-Roberts zum Thema digitale Gesundheit finden Sie hier:
http://bit.ly/1emXwHJ

Im fast vollbesetzten Hörsaal der Konrad-Adenauer-Stiftung stellte Prof. Dr. Andréa Belliger ihre Thesen vor

STUDIENREISE NACH STOCKHOLM

Am 10. und 11. September war es wieder soweit: Der BMC begab sich mit einer Delegation von 23 Gesundheitsakteuren auf die Reise, um ein anderes Gesundheitssystem kennenzulernen. Da Schweden in verschiedensten Bereichen als Vorzeigeland betrachtet wird, wollten wir herausfinden, ob dies auch auf die Gesundheitsversorgung zutrifft.

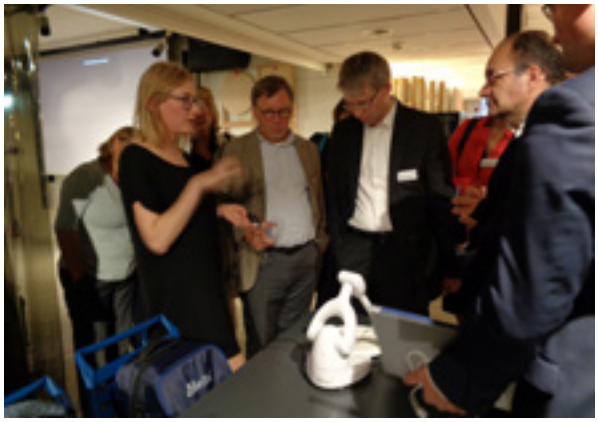
Tina Lidén Mascher und Frederik Westander gaben uns zu Beginn der Reise einen kurzen Einblick in den Aufbau des schwedischen Gesundheitswesens und die Arbeit der Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR). Die Verantwortung für die Gesundheit und die medizinische Versorgung wird in Schweden zwischen der Zentralregierung, den 20 Kreisverwaltungen sowie den 290 Gemeinden aufgeteilt. Die Kreisverwaltungen stellen dabei die medizinische Versorgung sicher, während die Gemeinden die sozialen Dienste, wie z. B. die Altenpflege, bereitstellen. Die Rolle der Zentralregierung ist es, Rahmenbedingungen sowie die politische Agenda festzulegen. Dies erfolgt u. a. durch die Zusammenarbeit mit SALAR, der Dachorganisation der Kreisverwaltungen und Kommunen. Während des Treffens wurde ebenso diskutiert, welche Rolle die nationalen Qualitätsregister haben und wie dadurch Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung verglichen und gemessen werden können.

Möglichkeit der Datenübertragung verbessert individuelle Gesundheitsversorgung

Da Schweden immer wieder mit der umfangreichen Sammlung von Registerdaten auf sich aufmerksam macht, war es naheliegend, so ein Register genauer zu betrachten. Dr. Sofia Ernestam, Swedish Rheumatology Quality Register Senior Consultant beim Karolinska Institut, stellte uns das Qualitätsregister SRQ vor, in dem Daten von 84 Prozent aller Patienten gesammelt werden, die an rheumatoider Arthritis leiden. An das Register angegliedert ist das Programm 4D, das gemeinsam vom Karolinska Institut und vom Stockholm County Council betrieben wird. Darin werden Patientenakten, E-Health-Konten, Self-Assessments, Qualitätsregister und Biobanken miteinander verknüpft. Interessant war dabei vor allem das Self-Assessment des Patienten. In einem Video demonstrierte Dr. Ernestam, wie Arthritis-Patienten ganz bequem mithilfe eines Tablet-PC schmerzhafte Gelenke auf einem visualisierten Skelett markieren können. Durch diese verbesserte Möglichkeit, Daten zu übertragen, können neues Wissen generiert und die individuelle Gesundheitsversorgung verbessert werden. Das Programm wurde für die Krankheiten Arthritis, Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und Herzversagen entwickelt.

Private Pflege entspricht hohen Qualitätsstandards

In Schweden ist es mittlerweile üblich, dass die Kreisverwaltungen Dienste von privaten Gesundheitsdienstleistern in Anspruch nehmen. Wie so ein privater Dienstleister organisiert ist, haben wir uns bei der Altenpflegeeinrichtung HUMANA angeschaut. HUMANA ist eines der führenden privaten Care-Unternehmen in Skandinavien mit rund 14.000 Mitarbeitern in Norwegen und Schweden. Eva Nilsson Bagenholm, Qualitätsbeauftragte bei HUMANA, stellte dar, dass Altenpflege und Privatfinanzierung sehr wohl zusammenpassen und überzeugte somit auch anfängliche Skeptiker. HUMANA verfügt über große Ressourcen, mit denen sich wiederrum eine hohe Qualität zu angemessen Kosten erbringen lässt. Die Gewinne, die HUMANA erwirtschaftet, werden reinvestiert, sodass die langfristige Sicherstellung von Pflegedienstleistungen gegeben ist.



Mit strahlendem Sonnenschein begrüßte Stockholm die 23 Teilnehmer der Studienreise. Auf dem Programm standen u. a. Besuche im Karolinska Institut und bei der Altenpflegeeinrichtung HUMANA.

Ärzte haben mehr Zeit für ihre Patienten

Neben dem Besuch beim Karolinska Institut, dem Gesundheitsministerium und dem Treffen mit einigen Start-ups stand außerdem der Besuch eines Primary Care Centers in Gustavsberg auf dem Programm. Gustavsberg ist eine Ortschaft mit ca. 11.000 Einwohnern östlich von Stockholm. Dort wurde vor allem die hohe Verantwortung deutlich, die das pflegerische Personal trägt. Die Pflegekräfte haben die Befugnis, Diagnosen zu stellen und Patienten zu behandeln. Nur bei Bedarf wird der Patient an einen Arzt weitervermittelt. Dies wirkt sich auch auf die Fallzahlen der Ärzte aus: Ein schwedischer Arzt sieht pro Tag durchschnittlich 13 Patienten. Entsprechend mehr Zeit hat er, jeden einzelnen Patienten zu behandeln.

Weitere Informationen zu dem Programm 4D finden Sie unter:
https://internwebben.ki.se/en/programme-4d

„Der BMC setzt wesentliche Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Deutschland und trägt insbesondere auch durch den kontinuierlichen internationalen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen entscheidend zur Entwicklung und Umsetzung zukunftsweisender und innovativer Konzepte bei."

Dr. Dominique Jaeger, *LL.M. (Québec), Fachanwältin für Medizinrecht, Rechtsanwälte M & P Dr. Matzen & Partner mbB*

STUDIENREISE NACH PARIS

Die zweite Studienreise im Jahr 2015, die auch dieses Mal gemeinsam vom BMC und unserer Partnerorganisation Forum Managed Care (fmc) aus der Schweiz organisiert wurde, führte am 24. und 25. November 2015 nach Paris. Die 16-köpfige Delegation konnte sich mit den strukturellen Aspekten des französischen Gesundheitssystems vertraut machen. Auf dem Programm der Reise standen daher Treffen mit drei repräsentativen Institutionen.

Die erste Etappe führte die Gruppe an den Sitz der Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), der wichtigsten Krankenversicherung in Frankreich, die für 55 Millionen französische Staatsbürger die gesundheitliche Versorgung sicherstellt. Der Vortrag von Herrn Gabriel Bacq, Direktor für internationale Beziehungen, führte vor Augen, dass das jakobinische Erbe immer noch ein zentralisiertes öffentliches System prägt, dem beträchtliche finanzielle Mittel für die Umsetzung und Steuerung von Programmen auf gesamtstaatlicher und regionaler Ebene bereitgestellt werden. Ebenso konnten die politischen Grenzen einer solchen Organisation erkannt werden, deren Finanzierungssystem eine regelmäßige Anpassung der Beiträge an die Kosten des Gesundheitssystems unmöglich macht, was immer wieder zu Defiziten führt.

Beim Abendessen am 24. November, an dem Prof. Dominique Somme, Professor für Geriatrie am Universitätsspital „Centre hospitaler universitaire vaudois" (CHUV) in Rennes und Forscher im Bereich des öffentlichen Gesundheitssystems, teilnahm, bot sich für die Teilnehmer der Studienreise die Gelegenheit eines regen Gedankenaustausches zum Thema Integrierte Versorgung. An den Gesprächen beteiligten sich außerdem Frau Muriel Peneveyre und Frau Christina Pfenniger von der Schweizer Botschaft.

© outline205 / istock

Direkt nach dem Frühstück am nächsten Morgen wurde das Programm in den Räumlichkeiten der „Agence nationale d'appui à la performance" (ANAP) fortgesetzt. Die Aufgabe dieser Agentur besteht darin, Betreuungsprozesse innerhalb von Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen zu optimieren. Es wurden mehrere Programme vorgestellt, vor allem hinsichtlich der Telemedizin, sowie ein Angebot für Dialysepatienten. Aufgrund ihrer Befugnisse ist ANAP in der Lage, Programme auf regionaler Ebene einzuführen und Kooperationsachsen zwischen den unterschiedlichen Akteuren vor Ort zu identifizieren.

Die letzte Etappe der Parisreise führte die Delegation zur ARS Ile-de-France, der regionalen Agentur für die Gesundheitsversorgung im Großraum Paris. Diese Einrichtung verwaltet die Ressourcen des Gesundheitswesens in dem entsprechenden Gebiet. Es wurden drei Programme vorgestellt, die die Integrierte Versorgung voranbringen. Bei dem ersten Programm handelte es sich um die IT-Plattform PAERPA, die eine Reihe von Ressourcen für Teams bereitstellt, die für die Pflege älterer Menschen zuständig sind, damit sie möglichst lange zu Hause wohnen bleiben können. Anschließend wurden zwei weitere Pflegebereiche vorgestellt, die sich an Diabetiker und Patienten mit Hepatitis C richten.

Jeder konnte seine Lehren aus den anregenden Einblicken in ein Gesundheitssystem ziehen, das eine Mischform aus Beveridge- und Bismarck-Modell darstellt. Während der Studienreise konnte ein Integrationspotenzial festgestellt werden, das sich stark auf die Universitätskrankenhäuser und einen Alleinzahler stützt; ein System, das zwar entschlossene Politik zulässt, aber doch noch wenig genutzt wird. Es zeigte sich einmal mehr, dass es beim Gesundheitswesen nicht wirklich um eine Auswahl eines Gesundheitsmodells geht, sondern dass sich das System weitgehend aus der Geschichte und der Kultur einer Nation heraus entwickelt.

Bericht: Marc Cikes, Vorstandsmitglied, fmc

BMC BEST PRACTICE: TECHNIKER KRANKENKASSE

In Zeiten der freien Kassenwahl stellen Krankenkassen sich immer stärker als wettbewerbsorientiere Wirtschaftsunternehmen auf. Wie sich dies in der strategischen Ausrichtung und der täglichen Arbeit widerspiegelt, galt es am 20. Oktober in der Hauptverwaltung der Techniker Krankenkasse (TK) in Hamburg zu ergründen.

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Thomas Ballast führte zunächst in die Strukturen der TK ein, die mit 9,5 Millionen Versicherten einen Marktanteil von 13 Prozent abdeckt. Die Erfolgsparameter „unterdurchschnittlicher Preis" gekoppelt mit „überdurchschnittlicher Leistung" sollen auch in Zukunft die Wahrnehmung als Dienstleister für die Versicherten festigen. Die hierfür entscheidenden Elemente Markenstrategie und Markenbildung, wurden anschließend anschaulich vom Leiter des Fachbereichs Markenführung und Produkte, Immanuel Lütjohann, erläutert. Er skizzierte zunächst die Herausforderung, dass Krankenversicherungen in der öffentlichen Wahrnehmung als „Low Interest Produkt" gelten, während es für die Kassen gleichzeitig gilt, sich im Wettbewerb zu differenzieren. Um die Gruppe der jungen Erwachsenen zu erreichen und Markenbotschaften gezielt zu platzieren, nutzt die TK neben neuen Medien wie Youtube-Clips auch die Stars der Blogger-Szene.

Von der Neukundengewinnung ging es in einem nächsten Schritt hin zur Bestandskundenpflege. Welche Prozesse im virtuellen „Cockpit" bei einem eingehenden Anruf im Kundenservice der Krankenkasse ablaufen, erlebten die Teilnehmer anhand einer Liveschaltung direkt aus der Praxis. Mit acht regionalen Servicecentern und einer 24/7-Erreichbarkeit ist es das Ziel der TK, Kundenzufriedenheit über unmittelbare Hilfe zu sichern.

Der Frage, welchen gesundheitlichen Herausforderungen ihrer Versicherten sich eine Krankenversicherung zukünftig zu stellen hat, gingen Dr. Torsten Hecke als Leiter des Referats Strategische Analytik Morbidität/DataScience und der Direktor des WINEG, Dr. Frank Verheyen, nach. Mithilfe von anonymisierten Versichertendaten und hochkomplexen mathematischen Analysemethoden leiten Hecke und sein Team Gesetzmäßigkeiten und Zukunftsaussichten ab. Das WINEG als wissenschaftliches Institut der TK hat darüber hinaus den Auftrag, gesundheitspolitische Themen und Reformen auf ihren Nutzen für die Versicherten wissenschaftlich zu evaluieren.

Dass die Zukunft bereits bei den Versicherten angekommen ist, bewies Klaus Rupp, Leiter des Fachbereichs Versorgungsmanagement, der in seinem Vortrag zukunftsweisende Projekte zur Digitalisierung der Versorgung vorstellte. Laut TK-Umfragen möchte beispielsweise jeder zweite Patient online mit seinem Arzt in Kontakt treten – sei es für simple Terminvereinbarungen oder sogar für die inhaltliche Vorbereitung auf eine Untersuchung. Wie sich auch die Therapie immer mehr von der Face-to-face-Behandlung hin zu technikbasierten Lösungen erweitert, zeigen Angebote wie die Tinnitracks-App, Teletherapie bei Stottern oder eine Online-Sprechstunde mit dem Hautarzt. Daran schließen sich auch Themen wie Patienten-Empowerment und Verbraucherorientierung an, wie Tim Steimle, Leiter des Fachbereichs Arzneimittel, ergänzte. Beispielsweise sollte die Entscheidung von jungen Patientinnen für oder gegen die „Pille" als Verhütungsmittel bewusst getroffen werden. Voraussetzung dafür ist auch eine umfassende Aufklärung von Erstanwenderinnen zu den möglichen Nebenwirkungen des „Lifestyle-Medikaments".

Am Ende waren sich alle Beteiligten einig: Der Blick „hinter die Kulissen" hat sich gelohnt. In kurzer Zeit konnten tiefe Einblicke in die Struktur und Zukunftsvisionen der TK gewonnen und „Best Practice" erlebt werden.

© TK

Die Techniker Krankenkasse begrüßte die rund rund 65 Teilnehmer der Best-Practice-Veranstaltung im Gebäude der TK-Hauptverwaltung in Hamburg

IST ‚SOLIDARITÄT' NOCH ZEITGEMÄSS? VERANSTALTUNG MIT FRANZ MÜNTEFERING ZUM 200-JÄHRIGEN GEBURTSTAG VON BISMARCK

Otto von Bismarck gilt als Begründer der modernen Sozialsysteme, die auf einer solidarischen Gesellschaft basieren. Anlässlich seines 200. Geburtstags lud der BMC zu einer Festveranstaltung ein, um das Konzept der Solidarität vor dem Hintergrund einer gewandelten Gesellschaft zu betrachten. Als Gastredner konnten wir den ehemaligen SPD-Parteivorsitzenden Franz Müntefering gewinnen. Moderiert wurde die Veranstaltung vom kooptierten BMC-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Klitzsch.

Gegenseitige und gerechte Unterstützung innerhalb einer Gesellschaft ist der Grundgedanke des Solidaritätsprinzips. Doch ist dieses Prinzip in Zeiten von Zusatzversicherungen, individuellen Gesundheitsleistungen und Beitragsbemessungsgrenze immer noch gerecht und zeitgemäß? „Solidarität ist ein spannender Begriff, da es keine Gesellschaft ohne solidarische Strukturen gibt", so Dr. Wolfgang Klitzsch in seiner Einführung. „Solidarität dient der Stabilität von gesellschaftlichen Beziehungen und besitzt reziproke Eigenschaften. Es geht immer um das Geben und Nehmen."

Diesen Gedanken griff Franz Müntefering auf und spannte zunächst einen historischen Bogen zu den politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu Bismarcks Zeiten. Ohne die Industrialisierung, die das Leben der Menschen in vielfältiger Weise verändert habe, sei die Einführung der allgemeinen Krankenversicherung, aber auch der anderen sozialen Sicherungssysteme wie Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung nicht denkbar gewesen. Bismarck habe hier einen Mittelweg zwischen einer zentralistischen Ausrichtung und der Eigenverantwortung des Einzelnen gewählt. Dieser Mittelweg sei ein wichtiges Erbe für die heutige Zeit und die richtige Herangehensweise.

Solidarität umfasst einerseits das Prinzip des gegenseitigen Helfens, vor allem auch die Annahme von Hilfe. In einer sozialstaatlichen Gemeinschaft sei Solidarität allerdings nicht ohne Bedingungen machbar. Dazu zählen etwa Mitgliedschaft, Beitragszahlung und Selbstverwaltung.

Anlässlich des 200. Geburtstags Otto von Bismarcks begrüßte der BMC den ehemaligen SPD-Parteivorsitzenden Franz Müntefering

In der anschließenden Diskussion machte Franz Müntefering deutlich, dass die Solidarität genau wie die Demokratie keinen Schaukelstuhl kenne. Ein starres Renteneintrittsalter sei seiner Meinung nach nicht zeitgemäß. Auch im hohen Alter müsse jeder seinen Beitrag leisten. Ehrenamtliches Engagement sei daher auch für ältere Menschen sehr bedeutsam für ein solidarisches System.

„Der BMC als themen- und sektorenübergreifende Plattform lebt von Kontroversen und vom Austausch über die unterschiedlichsten Themen. Er schafft dabei die Möglichkeit, über den Tellerrand zu schauen, aber auch die großartige Leistung, die heute in der ambulanten Versorgung erbracht wird, herauszustellen."

Dr. Wolfgang Krombholz, *Vorsitzender des Vorstands, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns*

BROWN BAG LUNCH

LEITUNG

Dr. Susanne Ozegowski, *Geschäftsführerin*

Die Idee der Brown Bag Seminare stammt aus den USA, wo es insbesondere an den Universitäten weit verbreitet ist. Eine Brown Bag Session ist ein informelles Seminar während der Mittagszeit: Meist gibt es einen Vortrag zu einem bestimmten Thema, anschließend wird darüber diskutiert. Die Zuhörer können das Mittagessen mit inhaltlichen Diskussionen verbinden. Der Begriff „Brown Bag Lunch" entstand, weil in den USA Sandwiches häufig in braune Papiertüten verpackt sind. Solche Tüten bringen die Teilnehmer dann meist zum Seminar mit.

Im Interview erzählt BMC-Geschäftsführerin Dr. Susanne Ozegowski, wie es zu der Idee der BMC Brown Bag Lunches kam.

Was hat Sie dazu gebracht, die Brown Bag Lunches als Veranstaltung beim BMC einzuführen?

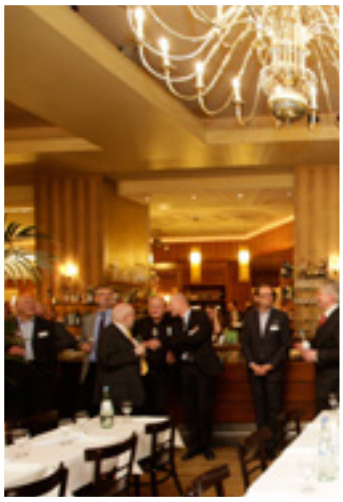
Die Idee des BMC ist es, Menschen aus ganz unterschiedlichen Institutionen und mit ganz unterschiedlichen Interessen zusammenzubringen. Viele der BMC-Mitglieder, die schon seit Jahren im Gesundheitswesen tätig sind, haben sich natürlich schon ein sehr gutes Netzwerk über die Institutionen hinweg aufgebaut. Aber vielen jungen Nachwuchskräften aus unseren Mitgliedsunternehmen fehlt so etwas. Daher wollten wir für genau diese Zielgruppe ein Format schaffen, in dem sie ihr eigenes institutionenübergreifendes Netzwerk aufbauen können. Der BMC ist ein guter Ort, um genau diese Idee umzusetzen.

Wie läuft so ein Brown Bag Lunch ab?

Die Treffen finden einmal im Monat für ca. anderthalb Stunden statt. Bisher hatten wir bei jedem Treffen einen Referenten, der zu einem Thema gesprochen hat. So war beispielsweise zur Auftaktsitzung Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, ehemaliger stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK und Vorstandsmitglied der Rheuma-Liga, dabei. Wir sprachen in dieser Session über die Grenzen der Selbstverwaltung. Herr Dr. Schlenker konnte bei diesem Thema durch seine lange berufliche Karriere unglaublich viele Erfahrungen und natürlich auch manche Geschichte aus dem Nähkästchen mit uns teilen. In Zukunft soll das Programm aber noch stärker von den Teilnehmern selbst gestaltet werden. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung war das Nachwuchssymposium beim BMC Kongress, wo wir in der gleichen Konstellation zusammensaßen und Ideen entworfen haben, wie das Gesundheitssystem 2025 aussehen soll. Dabei sind viele interessante Ansätze entstanden – diese werden wir in den nächsten Brown Bag Lunches aufgreifen und weiter vertiefen.

Was nehmen die Teilnehmer nach Ihrer Einschätzung aus den Meetings mit?

Grundsätzlich sind es zwei Dinge, die die Teilnehmer mitnehmen sollen: Zum einen spielt das Netzwerken und der Austausch über die Institutionen hinweg eine wichtige Rolle. Zum anderen sind uns aber auch der inhaltliche Austausch und Blick über den Tellerrand ganz wichtig. Innovationen im Gesundheitssystem können nur entstehen, wenn es Menschen gibt, die Ideen haben, in welche Richtung man Versorgungsstrukturen und -prozesse weiterentwickeln müsste. Wenn wir dazu ein wenig beitragen können, wäre uns mit den Brown Bag Lunches schon einiges gelungen.



Fotos: Jens Schicke

IMPRESSIONEN VOM BMC-JAHRESEMPFANG 2015

BMC-KONGRESS 2016 „INNOVATION“

Bereits zum sechsten Mal fand am 19. und 20. Januar 2016 der BMC Kongress in Berlin statt. Der diesjährige Kongress widmete sich ganz dem Thema Innovation. Einen besseren Zeitpunkt hätte es für dieses Thema nicht geben können, denn einen Tag zuvor hatte das Bundesgesundheitsministerium den Expertenbeirat für den Innovationsfonds berufen. Die hohe Aktualität dieser Thematik spiegelte sich nicht zuletzt in der großen Nachfrage nach Tickets wider. Erstmals war die Veranstaltung mit über 500 Teilnehmern schon im Dezember restlos ausgebucht.

Die Besucher aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Selbstverwaltung konnten sich auf dem Kongress aber nicht nur über Neuigkeiten zum Innovationsfonds austauschen, sondern in den zahlreichen Vorträgen und Foren auch spannende Diskussionen über den Zugang von Innovationen in die Gesundheitsversorgung führen und neue Einblicke in die digitale Welt der Gesundheits-Apps gewinnen.

Staatssekretär Stroppe stellte die Innovationsagenda der Bundesregierung vor

„Innovationen zeichnen sich nicht dadurch aus, dass sie einer kleinen Gruppe helfen, sondern vielen Menschen zugute kommen.“ Dies war eine der prägenden Thesen, die Staatssekretär Lutz Stroppe im voll besetzten Hörsaal des Langenbeck-Virchow-Hauses aufstellte. Mit dieser Aussage untermauerte er die Bedeutung des Innovationsfonds, der 2016 bis 2019 mit jährlich 300 Millionen Euro innovative Projekte zur Versorgung von Patienten fördern soll. Dieser Fonds gehe einher mit der Innovationsagenda der Bundesregierung, die laut Stroppe drei konkrete Zielsetzungen verfolgt: Innovationen sollen die echte Lebensqualität der Patienten verbessern, sie sollen für jeden – unabhängig von Alter und Einkommen – zugänglich sein und sie sollen Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen nachhaltig verbessern. Staatssekretär Stroppe deutete zwar an, dass die Beratungen zum Innovationsfonds noch etwas andauern würden, war aber überzeugt, dass trotz der Verzögerung die für 2016 bereitgestellten Mittel in diesem Jahr wie vorgesehen an innovative Versorgungsvorhaben ausgeschüttet werden sollen: „Ich habe überhaupt kein Interesse daran, in diesem Jahr von den 300 Millionen Euro einen Cent an den Bundesfinanzminister zurückzugeben.“

Innovationen sind nicht nur in Deutschland ein Thema

Nicht nur die deutsche Bundesregierung befasst sich intensiv mit Innovationen in der Gesundheitsversorgung. Auch in der Europäischen Kommission sind besonders digitale Innovationen in der Gesundheitsbranche ein wichtiges Thema. Dr. Pēteris Zilgalvis, Leiter der Einheit für „eHealth and Well Being“ bei der der Europäischen Kommission, stellte im Anschluss an die Rede von Staatssekretär Stroppe den eHealth Action Plan 2012-2020 der Europäischen Kommission vor. Damit verfolge die Kommission das Vorhaben, eine Interoperabilität von eHealth-Lösungen zu ermöglichen, sowie die Forschung und Entwicklung von Innovationen zu fördern. Ziel sei es, dass die Staaten und relevanten Stakeholder enger zusammenarbeiten, um die personalisierte digitale Medizin der Zukunft zu gestalten. Im Bereich der mobilen Gesundheit hat die Europäische Kommission zudem das „Green Paper on Mobile Health“ erarbeitet. Mit diesem Grünbuch sollte die Diskussion angeregt werden, wie relevante Hürden im Bereich der mobilen Gesundheit überwunden werden können. Dadurch, dass sich auch globale Unternehmen wie Samsung oder Google an der Diskussion beteiligen, bestehe das Potenzial, dass daraus bis 2017 ein weltweiter Code of Conduct für den Umgang mit den gewonnenen Gesundheitsdaten entsteht, so Dr. Zilgalvis in seiner Rede. Erste Ergebnisse des Grünbuchs zeigten aber auch, dass es bisher keine Möglichkeit gebe, sogenannte „Bad Apps“, die keinen Nutzen stiften, sondern durch Fehlfunktionen eher Schaden anrichten, vom Markt zu entfernen. Eine genaue Differenzierung zwischen medizinischen Apps und „Lifestyle Apps“ sei im Hinblick auf deren Zulassung notwendig, betonte Dr. Zilgalvis.

Digitalisierung als Ansatz für die Neuorganisation der Versorgung

Welches Potenzial digitale Innovationen in der Gesundheitsbranche bieten, zeigte Dr. Paul Grundy, Global Director of Healthcare Transformation bei IBM eindrucksvoll am Beispiel Watson. Jeden Monat entstehen so große Mengen an neuem Wissen über Krankheiten, dass kaum ein Arzt mehr in der Lage ist, diese Informationen aufzunehmen, zu analysieren und in den Versorgungsalltag einfließen zu lassen. Vor diesem Hintergrund entwickelte IBM Watson, eine künstliche Intelligenz, die den Arzt bei der Diagnosestellung und Behandlung von Patienten unterstützen soll. Basierend auf den eingespeisten Daten durchsucht Watson die gesamte verfügbare klinische Literatur, um Aussagen über mögliche Erkrankungen und eine geeignete Therapie treffen zu können. Aufgrund der

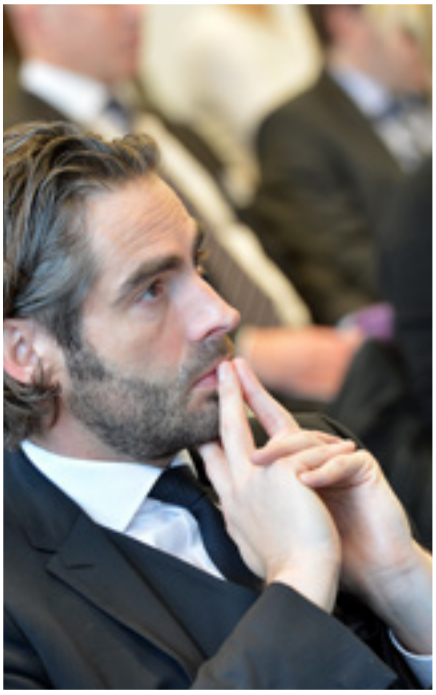
wachsenden Bedeutung von Gesundheitsdaten stellte Dr. Grundy auch das traditionelle Bild des Arztes als vollständigen Sachwalter des Patienten infrage. Im Zentrum eines innovativen Systems stehe nicht länger der Arzt, sondern der Patient. Sämtliche Leistungserbringer arbeiten als Team gemeinsam an der bestmöglichen Versorgung des Patienten.

Dieses Konzept untermauerte auch Dr. Edward Kelley, Direktor der Abteilung für Service Delivery and Safety bei der WHO. Er betonte, dass die Bereiche Health Care und Social Care viel stärker miteinander verknüpft werden müssten, um damit eine zentrierte Versorgung entlang der Bedürfnisse des Patienten zu ermöglichen. Daher sei es notwendig, bei den Leistungserbringern selbst anzusetzen und diese entsprechend zu schulen. Hierfür stellte Dr. Kelley den „Patient Safety Multiprofessional Curriculum Guide" der WHO vor. Dieser verfolge das Ziel, den Leistungserbringen einen Team-orientierten Ansatz zu vermitteln, um die Sicherheit von Patienten zu erhöhen.

Positives Feedback zu Satellitenveranstaltungen und innovativen Formaten

Neben den Key Notes im Plenum bot der Kongress zahlreiche vertiefende Foren rund um das Thema Innovation, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aktiv mitdiskutieren konnten. Zudem wurde das Programm von insgesamt zehn Satellitenveranstaltungen flankiert, die von den Platin- und Gold-Partnern des BMC-Kongresses ausgerichtet und von den Besuchern sehr gut angenommen wurden. Das positive Feedback zum Nachwuchssymposium und zum InnovationsCafé ermunterte außerdem dazu, solche innovativen Veranstaltungsformate zukünftig weiter auszubauen.

IMPRESSIONEN VOM BMC-KONGRESS 2016



Fotos: Werner Popp

BMC AUF DEM DEUTSCHEN KONGRESS FÜR VERSORGUNGSFORSCHUNG: „SKALIERUNG: VOM LEUCHTTURMPROJEKT ZUM FLÄCHENDECKENDEN VERSORGUNGSANSATZ“

Die Tinte unter der Vereinbarung einer gegenseitigen korrespondierenden Mitgliedschaft zwischen dem BMC und dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung war noch nicht getrocknet – da richtete der BMC schon eine Sitzung beim Jahreskongress des neuen Kooperationspartners aus: Vom 7. bis 9. Oktober 2015 fand unter dem Titel „Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit?!“ der 14. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) statt.

Zum Thema der Sitzung „Skalierung: Vom Leuchtturmprojekt zum flächendeckenden Versorgungsansatz“ leitete Lutz O. Freiberg, Unternehmensbereichsleiter Verträge, Forschung und Entwicklung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, mit einem Impulsvortrag ein. Ein zentraler Erfolgsfaktor liegt aus seiner Sicht darin, die Ziele und den Nutzen vorab klar zu definieren. Die Möglichkeit der Übertragung der Projekte auf andere Regionen sowie Kooperationen seien ebenfalls entscheidend. Relevant sei außerdem die Möglichkeit einer Erfolgskontrolle. „Man kann nur etwas steuern, was man messen kann“, so Freiberg. Herausforderungen für die Skalierung von Leuchtturmprojekten seien seiner Ansicht nach u. a. unklare Zielsetzungen, die Nichtberücksichtigung diverser Rechtsgrundlagen sowie wirtschaftliche Aspekte. Aktuell werden 80 Prozent aller geplanten Projekte überhaupt nicht abgeschlossen.

Harald Möhlmann, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost, bekräftigte diese Aspekte in der anschließenden Diskussion. Der Erfolg der gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft IGiB der KV Brandenburg, der AOK Nordost und der BARMER GEK sei ganz wesentlich dadurch begründet, dass man sich auf eine gemeinsame strategische Zielrichtung geeinigt habe und diese mit messbaren Maßnahmen hinterlegt habe. Wie schwierig es sein kann, Ziele und Vorgehen bei einem IV-Projekt zwischen mehreren Partnern abzustimmen, wusste auch Martin Göhl, Health Care Concept Manager bei der MSD Sharp & Dohme GmbH, zu berichten: Das Projekt aha! in Schleswig Holstein, das sich auf Diabetes-Prävention konzentriert, hatte trotz der Unterstützung der KV und der beteiligten Krankenkassen so manche Herausforderung zu überwinden.

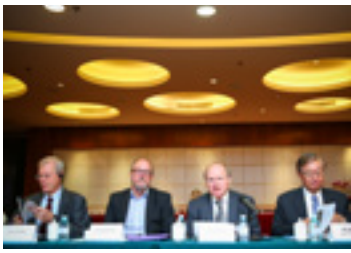
Ob der Innovationsfonds den gordischen Knoten bei der Integrierten Versorgung durchschlagen kann, vermochte keiner der drei Diskutanten zu beschwören. Aber ein Funken Hoffnung darauf besteht in jedem Fall.

„Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung und der BMC sind korrespondierende Mitglieder, weil wir gemeinsam die Absicht verfolgen, die Versorgung auf der Basis von Daten und Studienergebnissen zu gestalten und den Transfer und die Umsetzung von Ergebnissen aus Versorgungsforschungsstudien in die Praxis zu unterstützen.“

Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund Neugebauer,
Vorsitzender des Vorstands, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

BMC AUCH INTERNATIONAL AKTIV

Auf Einladung der World Health Organization (WHO) vertrat Prof. Dr. Volker Amelung den BMC 2015 auf drei internationalen Konferenzen. Er traf dort u. a. einen der letzten noch lebenden Unterzeichner der Erklärung von Alma-Ata, die 1978 Gesundheit als Menschenrecht deklarierte.



Eröffnung des WHO Office on Primary Health Care in Almaty, Kasachstan

An einem symbolträchtigen Ort eröffnete die WHO am 11. Februar 2015 ein Büro zur Stärkung der Primärversorgung in Kasachstan: In der Stadt Almaty, die bis 1993 Alma-Ata hieß, hatten 1978 123 Regierungen und 67 regierungsunabhängige Organisationen die „Erklärung von Alma-Ata" unterzeichnet. Diese Erklärung erweiterte das globale Verständnis von Gesundheitsversorgung und maß der flächendeckenden Primärversorgung eine herausragende Bedeutung zu.

Dem Festakt zur Eröffnung des WHO Büros wohnte Prof. Dr. Volker Amelung u. a. gemeinsam mit der WHO Direktorin für Europa Dr. Zsuzsanna Jakab und der stellvertretenden Gesundheitsministerin von Kasachstan Dr. Salidat Kairbekova bei. Anwesend war zudem einer der letzten noch lebenden Unterzeichner der Erklärung von Alma-Ata.

„Die Betonung der hausärztlichen Versorgung war damals ein Meilenstein in der Public-Health-Diskussion", so Professor Amelung. „Heute würde man vermutlich sogar noch weitergehen und die Integration von Health und Social Care fordern."

In dem begleitenden Symposium waren sich die internationalen Experten einig, dass die Erklärung von Alma-Ata in ihren Forderungen noch immer aktuell ist. Primärversorgung sei wesentlich für den Gesundheitszustand der Bevölkerung, zudem könne eine Weiterentwicklung von Gesundheitsversorgung nur gelingen, wenn sie im Kontext weiterer sozioökonomischer Bedingungen betrachtet werde. Dazu gehören beispielsweise Einkommen, Zugang zu Wasserversorgung, Ernährungssicherheit und Bildungsgrad.

Neues WHO Collaborating Centre für nicht-übertragbare Krankheiten in Tel Aviv, Israel

Anlässlich der Ernennung des israelischen Clalit Research Institute zum WHO Collaborating Centre fand am 10. März 2015 ein internationales Meeting in Tel Aviv statt. Im Mittelpunkt stand die Nutzung von Gesundheitsdaten zur Erforschung und Prävention von nicht-übertragbaren chronischen Erkrankungen wie Diabetes, COPD oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Prof. Dr. Volker Amelung war eingeladen, von den deutschen Erfahrungen im Bereich der Integrierten Versorgung dieser Krankheiten zu berichten.

Das Clalit Research Institute war von der WHO als Collaborating Centre ausgewählt worden, weil es eine Vorreiterrolle in der Nutzung von Versorgungsdaten zur Verbesserung der Versorgung einnimmt. „In Bezug auf den Einsatz moderner Technologien und die Nutzung von Versorgungsdaten ist Israel Deutschland etliche Jahre voraus. Wir würden sehr davon profitieren, wenn wir die israelischen Erfahrungen nutzen würden", fasst Professor Amelung seine Eindrücke von dem Meeting zusammen.

Internationales Symposium zur Reformierung des chinesischen Gesundheitssystems in Peking

Ein flächendeckender Zugang zur Gesundheitsversorgung war das Thema eines internationalen Symposiums, das vom 18. – 19. November 2015 in Peking stattfand. China steht dabei vor der besonderen Herausforderung, die extrem unterschiedlichen Lebensverhältnisse und Bildungsgrade der Menschen in ländlichen und urbanen Regionen im System abzubilden. Neben Prof. Dr. Volker Amelung waren Experten aus Großbritannien, Frankreich, Südkorea, Japan und Taiwan eingeladen, um einen Überblick über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Gesundheitssysteme zu geben. Besonders interessierten sich die chinesischen Delegierten für die Themen Integrierte Versorgung, Governance-Strukturen und die Dualität von privater und gesetzlicher Krankenversicherung.

„Internationale Experten einzuladen und diese zu ihrer Einschätzung von Reformvorhaben intensiv zu befragen, ist ein Ansatz, den ich für ausgesprochen sinnvoll halte", so Professor Amelung. „Es wäre spannend zu sehen, wie die Experten das deutsche E-Health-Gesetz einschätzen würden."

WCIC3: INTERNATIONALE BÜHNE FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG

Im November 2015 fand der 3. World Congress on Integrated Care in Mexico City statt, auf dem auch BMC-Geschäftsführerin Dr. Susanne Ozegowski mit einem Beitrag vertreten war. Hier schildert sie ihre Eindrücke von der inspirierenden Veranstaltung.

„Um integrierte Versorgungsstrukturen flächendeckend aufzubauen, braucht es ein langfristiges politisches Commitment – das lässt sich nicht in einer Legislaturperiode umsetzen", betont Nick Goodwin. „Damit haben wir ja kein Problem", entgegnet Dr. Lizette Pérez Perea schmunzelnd – und mit ihr lacht der Saal. Kein Wunder: Dr. Pérez Perea kommt aus Kuba.

Dr. Nick Goodwin, Mitbegründer und Präsident der International Foundation for Integrated Care, eröffnete den Kongress

Sie ist eine von über 300 Teilnehmern beim 3. World Congress on Integrated Care, der am 20. und 21. November 2015 in Mexico City stattfand. Jährlich organisiert wird der Kongress durch die International Federation on Integrated Care, die von Dr. Nick Goodwin geleitet wird und in deren Board mit Helmut Hildebrandt auch ein BMC-Vorstandsmitglied vertreten ist. Im Mittelpunkt des 3. World Congress stand der Austausch zwischen Praktikern, Wissenschaftlern und Regierungsvertretern aus aller Welt.

Patientenzentrierung in den USA: Vom „nice to have" zum „must have"

In der Eröffnungssession beeindruckte besonders der Vortrag von Bev Johnson, Präsidentin des Institute for Patient- and Family-Centered Care. Anhand verschiedener Best-Practice-Beispiele zeigte die US-Amerikanerin auf, dass Patientenzentrierung nicht in der Arbeit „für" den Patienten, sondern „mit" dem Patienten und seinen Angehörigen besteht. Auch in der Forschung brauche es ein Umdenken: Hier hob Johnson das durch den Affordable Care Act („Obamacare") gegründete Patient-Centered Outcomes Research Institute (pcori) hervor. Das Institut habe die Berücksichtigung der Patientenperspektive von einem „nice to have" in ein nicht verhandelbares „must have" fundamental verändert. Noch bevor es an die Vergabe der mehr als US$ 150 Mio. an Forschungsgeldern jährlich geht, beginnt Patientenzentrierung dort schon damit, dass Patienten bei der Festlegung der Forschungsthemen und der Förderkriterien systematisch einbezogen sind.

IV in Mexiko: Von Konzeptpapieren zu echten Veränderungen?

Wie steinig der Weg zur Umsetzung einer integrierten Versorgung ist, zeigt sich am Beispiel Mexikos. Die mexikanische Regierung hat ein Konzept für integrierte Versorgung erstellt, das auch Gegenstand eines High Level Meeting mit internationalen Experten im Vorfeld des Kongresses war. Obwohl die Regierung von 2001 bis 2006 und von 2007 bis 2012 bereits Offensiven für Qualität durch Integrierte Versorgung initiiert hatte, stehen sowohl das Versicherungs- als auch das Versorgungssystem einer erheblichen Fragmentierung und Qualitätsproblemen gegenüber. Laut dem Abteilungsleiter für Qualität des mexikanischen Gesundheitsministeriums Sebastian Garcia Saisò variiert die Krebs-Überlebensrate je nach Krankenhaus zwischen 15 und 80 Prozent. Mit seiner Diabetes-Prävalenz belegt das Land zudem die Weltspitze. Um mit der neuen Strategie nicht wieder an der Umsetzung zu scheitern, hatte sich die mexikanische Regierung ganz bewusst darum bemüht, den World Congress in Mexico City stattfinden zu lassen. Die Expertise aus dem Kongress, aber auch das Momentum sollen jetzt für mehr Erfolg sorgen.

An beidem - Expertise und Momentum – kann man dem Kongress in jedem Fall keinen Mangel vorwerfen. Selten habe ich bei einem Kongress so viel Interaktion zwischen Teilnehmern aus aller Welt, echtes Interesse am Ideenaustausch und Begeisterung für das Thema erlebt. Dabei fehlte es nicht an gemeinsamen Lachern, wie die anfangs zitierte Anekdote zeigt, und spätestens bei der abschließenden musikalischen Impro-Einlage riss es auch den letzten Teilnehmer vom Stuhl.

www.integratedcarefoundation.org

STELLUNGNAHME

ZUM ENTWURF EINES GESETZES FÜR SICHERE DIGITALE KOMMUNIKATION UND ANWENDUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN (E-HEALTH-GESETZ)

Digitale Technologien haben das Potenzial, die derzeitigen Versorgungsstrukturen und -prozesse grundlegend zu verändern. Die fehlende Koordination zwischen Sektoren, die unzureichende Einbindung des Patienten in Behandlungs- und Entscheidungsprozesse oder die Sicherstellung der Versorgung in schwer zu versorgenden Regionen sind nur einige der Herausforderungen, für die der Einsatz digitaler Technologien einen echten Innovationsschub bedeuten würde. Das Thema E-Health von gesetzgeberischer Seite aufzunehmen, ist richtig. Klar ist jedoch auch: Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Maßnahmen setzen keine grundsätzlichen neuen Impulse, um die derzeitigen Versorgungsstrukturen aufzubrechen — solche Impulse sind jedoch Grundvoraussetzung für weitergehende Maßnahmen. Um ein nachhaltiges Momentum beim Thema E-Health zu erzeugen, schlagen wir folgende Änderungen vor:

Patientenbeteiligung an der Telematikinfrastruktur ist entscheidend.

Patientendaten gehören in die Hoheit des Patienten: Jeder Bürger muss die Möglichkeit haben, auf seine Daten, die über die Telematikinfrastruktur (TI) zur Verfügung stehen werden, elektronisch zuzugreifen, Zugriffsrechte zu verwalten und ein Opt-out zu erwirken. Darüber hinaus darf die Datenautobahn nicht zur Einbahnstraße werden: E-Health-Anwendungen für eine elektronische Kommunikation und Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Patienten haben immenses Potenzial, um Koordinationsbarrieren abzubauen.

Das Fernbehandlungsverbot benötigt eine Liberalisierung.

Technologie ermöglicht neue Formen des Kontakts zwischen Patienten und ärztlichen/nichtärztlichen Leistungserbringern. Um diese zu nutzen, bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass medizinische Leistungen auch mittels digitaler Medien erbracht werden können.

Gleichen Leistungen steht grundsätzlich die gleiche Vergütung zu.

Diagnostische und therapeutische Leistungen, die in gleicher Qualität über digitale Medien erbracht werden können, sollten identisch zur in persona erbrachten Leistung vergütet werden. Davon unbenommen bleibt, dass es etliche Leistungen gibt, für die der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt entscheidend ist.

Telemedizin bietet das Potenzial zur Differenzierung der Krankenkassen im Wettbewerb. Dabei sollte aus Wahltarifen gelernt werden.

Krankenkassen sollten die Möglichkeit haben, ihren Versicherten Tarife mit Telemedizin-basierten Versorgungselementen anzubieten und entstehende Effizienzgewinne zur Preisdifferenzierung der Tarife zu verwenden.

Ziel muss eine offene, standardisierte Kommunikation über eine bundesweit flächendeckende Telematik-Infrastruktur mit darauf laufenden Applikationen sein.

Es gibt bereits eine Vielzahl an E-Health-Insellösungen. Um Brüche und Schnittstellen in der Versorgung zu verhindern und die Skalierung guter Ansätze zu erleichtern, benötigen wir eine E-Health-Strategie, die auf eine einheitliche, flächendeckende Umsetzung abzielt. Dafür ist ein offener, hersteller- und geräteunabhängiger Austausch zwischen beliebigen Systemen notwendig, der nur durch einheitliche, gegebenenfalls gesetzlich vorgegebene, Standards für die technischen Schnittstellen umsetzbar ist.

E-Health bedarf Investitionsbereitschaft – die Einführung moderner Technologien gibt es nicht zum „Null-Tarif".

Wir müssen bereit sein, signifikante Investitionen in die IT-Infrastruktur zu tätigen. Es braucht jedoch auch einen politischen Willen, um E-Health endlich zu einer Priorität zu machen und bisherige Barrieren zu überwinden.

Weitere Ergänzungs- und Änderungsvorschläge zum vorliegenden Gesetzentwurf

Die Interoperabilität der Systeme und Schnittstellen muss angegangen werden.

Um die Interoperabilität in Zukunft sicherzustellen, ist die Schaffung von Transparenz allein nicht ausreichend. Stattdessen müssten einheitliche Standards definiert und vorgegeben werden, die in einem maximal fünfjährigen Zyklus jeweils weiterzuentwickeln wären. So würden Innovationen und Wettbewerb zwischen Anbietern ermöglicht. Der G-BA sollte unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus Selbstverwaltung und Herstellern von IT-Lösungen ermächtigt werden, eine solche Entwicklung hin zu einheitlichen Standards vorzugeben und regelmäßig weiterzuentwickeln.

Die Einbeziehung nichtärztlicher Leistungserbringer ist richtig – sollte aber unmittelbar erfolgen.

Nichtärztliche Leistungserbringer sollten schnellstmöglich, nicht nur „perspektivisch", in den Aufbau der Telematikinfrastruktur einbezogen werden. Sie spielen für eine Vielzahl kritischer Themen, wie das Entlassmanagement oder die Koordination zwischen Pflege und Akutversorgung eine entscheidende Rolle.

Versicherte sollten einen Anspruch auf digitale Anwendungen erhalten.

Um die Geschwindigkeit der Einführung digitaler Anwendungen zu erhöhen, sollten die Versicherten einen Anspruch auf die Anwendungen wie u. a. Notfalldatensatz, elektronischer Entlassbrief und einen elektronischen Medikationsplan erhalten. Um dies umzusetzen, sollte die gematik in eine Organisationsstruktur überführt werden, die ihr führbare Strukturen und eine größere Interessenfreiheit gewährleistet.

Die Stellungnahme steht unter www.bmcev.de zum Download bereit.

STELLUNGNAHME

ZUM ENTWURF EINES GESETZES ZUR REFORM DER STRUKTUREN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG (KRANKENHAUS-STRUKTURGESETZ – KHSG)

Mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) geht die Bundesregierung eine zentrale Reformbaustelle unseres Gesundheitssystems an: den Abbau der bestehenden Überkapazitäten und die Einführung von Anreizen für eine stärkere Qualitätsorientierung im stationären Sektor. Daher begrüßt der Bundesverband Managed Care die Vorlage des Gesetzentwurfs. Nachfolgend nehmen wir zu den Themen Stellung, die eine zentrale Rolle im Rahmen des KHSG einnehmen und zu den Kernthemen des BMC zählen.

I. Einrichtung des Strukturfonds (Art. 1 Nr. 5 – § 12 KHG)

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass ein Strukturwandel im Krankenhaussektor durch die freien Marktkräfte nicht oder zu langsam eintritt – insbesondere aufgrund der damit verbundenen großen politischen Widerstände. Die Beförderung des Wandels durch einen öffentlich finanzierten Strukturfonds ist somit zwar eine Second-Best-Lösung – diese ist jedoch begrüßenswert, um die Lähmung der Vergangenheit zu überwinden.

Keine Mittelvergabe nach regionalem Proporz

Um dem Strukturfonds seine Wirkung zu verleihen, darf er nicht durch bürokratische Hürden behindert werden. Eine Mittelverteilung nach dem Königsteiner Schlüssel entspricht nicht dem tatsächlichen Bedarf an Strukturveränderungen. Auch die Reformfähigkeit unterscheidet sich zwischen den Ländern. Der BMC fordert daher die Streichung dieser Vorgabe.

Krankenhausträger enger in den Strukturfonds involvieren

Der BMC begrüßt die Vorgabe der 50-prozentigen Eigenbeteiligung, da sie Anreize für sinnvolle Projektanträge setzt. Die Beteiligung der Träger sollte – zumindest mit einem symbolischen Anteil – nicht nur optional, sondern verpflichtend festgeschrieben werden. Die Festlegung der Bundesländer als Antragssteller ist aus BMC-Sicht jedoch wenig sinnvoll: Die Landespolitiker konnten aufgrund der politischen Sensibilität des Themas bereits in der Vergangenheit keine tiefgreifenden Veränderungen an den Krankenhausstrukturen bewirken. Zudem kann die Umwandlung eines Krankenhauses in eine andere Einrichtung letztlich nur durch deren Betreiber erfolgen. Antragsteller für den Strukturfonds sollten daher die Krankenhausträger allein oder in Konsortien mit neuen Partnern sein.

II. Qualitätsbasierte Vergütung (Art. 2 Nr. 5 – § 5 Abs. 3a KHEntgG i.V.m. Art. 4 Nr. 14 – § 136b SGB V)

Die Anreizsetzung zugunsten einer stärkeren Qualitätsorientierung im stationären Sektor ist aus Sicht des Bundesverbands Managed Care e. V. zu begrüßen.

Richtige Selektion der Qualitätsindikatoren ist entscheidend

Die Einführung qualitätsbasierter Vergütung ist ein richtiger Schritt. Die Erfahrungen anderer Länder mit qualitätsbasierter Vergütung haben gezeigt, dass die Auswahl der Qualitätskriterien entscheidend für deren Erfolg ist. Mit der Auswahl indikationsbezogener Qualitätskriterien werden beispielsweise einzelne Leistungen attraktiver als andere. Daher ist nicht nur die technische Ausgestaltung jedes einzelnen Indikators wichtig, sondern auch die Zusammensetzung der Indikatoren insgesamt. Der Auswahl des Indikatoren-Sets sollte daher ein Gesamtkonzept zugrunde liegen, das die tatsächlichen Versorgungserfordernisse reflektiert. Um eine zeitnahe Umsetzung von qualitätsbasierter Vergütung zu ermöglichen, sollte die qualitätsbasierte Vergütung kurzfristig auf Basis von (indikationsübergreifenden) Struktur- und Prozessindikatoren erfolgen. Mittel- bis langfristig ist eine qualitätsbezogene Vergütung auf Basis patientenrelevanter Ergebnisindikatoren zu bevorzugen.

Echte Qualitätsverbesserungen belohnen – Scheinverbesserungen vermeiden

Entscheidend bei der Auswahl und Anpassung der Indikatoren ist, dass das Streben der Leistungserbringer zur bestmöglichen Erfüllung der Qualitätsindikatoren mit einer echten Verbesserung der Versorgung für die Patienten einhergeht. Dies sollte im Rahmen der Begleitevaluation beobachtet werden, um mit einer Anpassung der Indikatoren schnell reagieren zu können.

Systematisches Dumping vermeiden – Qualitätsabschläge nur befristet einführen

Um zu vermeiden, dass sich dauerhaft schlechte Qualität zu „Dumpingpreisen" als erfolgreiches Geschäftsmodell etablieren kann, sollten Abschläge nur befristet eingeführt werden. Krankenhäusern, die über einen längeren Zeitraum keine Qualitätsverbesserung in den betreffenden Leistungsbereichen erzielen, sollte die Vergütung für diese Leistungen gänzlich gestrichen werden.

Begleitende Evaluation der qualitätsbasierten Vergütung notwendig

Erfahrungen anderer Länder zeigen, dass die Ausgestaltung der qualitätsbezogenen Vergütung sehr komplex ist und die Zielsetzung einer Qualitätssteigerung vielfach verfehlt wurde. Daher bedarf es einer begleitenden Evaluation, anhand derer die Auswirkungen auf Mengen- und Qualitätsveränderungen der stationären Leistungserbringung analysiert und zeitnah Maßnahmen abgeleitet werden können.

III. Qualitätsverträge (Art. 4 Nr. 9 – § 110a SGB V i.V.m. Art. 4 Nr. 14 § 136b Abs. 1 Nr. 4 SGB V)

Der BMC begrüßt die Einführung der Qualitätsverträge als einen richtigen Schritt zur Stärkung des Wettbewerbs um die bestmögliche Versorgung der Versicherten sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen den Krankenhäusern. In dem Zusammenhang ist auch positiv zu bewerten, dass eine begleitende Evaluation vorgesehen ist, auf deren Basis über mögliche Anpassungen sowie zukünftige Ausweitung der Qualitätsverträge auf andere Leistungsbereiche entschieden werden sollte.

IV. Steuerung mittels Qualitätsindikatoren (Art. 1 Nr. 2 – § 6 KHG i.V.m. Art. 4 Nr. 14 – § 136c SGB V)

Krankenhausplanung als Balance zwischen Qualitäts- und Erreichbarkeitskriterien

Die bisherige Krankenhausplanung vieler Bundesländer ist zu vergangenheitsbezogen. Die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren, aber auch der Erreichbarkeiten ist daher dringend erforderlich. In diesem Zusammenhang bedarf es einer stärkeren gesamtgesellschaftlichen Debatte darüber, welche Balance zwischen hoher Qualität (aufgrund von Schwerpunktbildung einzelner Häuser) einerseits und geringen Fahrtzeiten für planbare Leistungen andererseits für Patienten wünschenswert ist. Das perfekte Set an Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung gibt es nicht. Daher sollte man möglichst zeitnah mit einigen Indikatoren oder Qualitätsindizes starten, die nicht die Qualität einer einzelnen Leistung beurteilen, sondern aussage-

kräftig für die Güte der Leistungserbringung ganzer Abteilungen oder Häuser sind. Mit zunehmender Erfahrung lässt sich die qualitätsbasierte Krankenhausplanung dann weiter verfeinern.

Stärkung der Patientensouveränität

Der BMC begrüßt den Willen des Gesetzgebers, die Transparenz über die Krankenhausqualität für die Patienten zu erhöhen, indem die Qualitätsberichte patientenverständlicher werden.

V. Die weitere Reformagenda

Investitionslücke schließen

Die zunehmende Reduzierung der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder zehrt an der Substanz der Krankenhausinfrastruktur. Der stationäre Sektor ist eine Hochtechnologiebranche: Ohne die entsprechenden Investitionen in Medizintechnik, IT-Infrastruktur und Vernetzung sowie in die bauliche Infrastruktur lässt sich keine Spitzenmedizin auf internationalem Niveau betreiben. Darauf aber haben die Patienten einen Anspruch. Zudem laufen wir Gefahr, Potenziale hervorragend ausgebildeter Mediziner und anderer Fachkräfte zu vergeuden und diese damit zunehmend zu demotivieren.

Abbau der Sektorengrenzen darf nicht ausgeklammert bleiben

Eine zentrale Reformbaustelle des deutschen Gesundheitssystems ist die Überwindung der Sektorengrenzen. Das KHSG ist jedoch allein dem stationären Sektor gewidmet und wird in dieser Hinsicht keine neuen Impulse setzen.

Konsequenzen aus Mengensteigerungen ziehen

In den letzten Jahren ließen sich erhebliche Mengensteigerungen bei einzelnen stationären Leistungen verzeichnen. Die Frage, wie dem Hamsterrad dieser Mengensteigerungen zu entkommen ist, bleibt vom KHSG ebenfalls unbeantwortet.

Die Stellungnahme steht unter www.bmcev.de zum Download bereit.

ZUSAMMENFASSUNG DER STELLUNGNAHME

ZUM REFERENTENENTWURF EINES GESETZES ZUR BEKÄMPFUNG VON KORRUPTION IM GESUNDHEITSWESEN (ANTI-KORRUPTIONSGESETZ)

Der BMC unterstützt prinzipiell das Vorhaben der Bundesregierung zur effektiven Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen, sieht aber aufgrund der Einführung des § 299a Abs. 1 S. 1 RefE-StGB in der Entwurfsfassung das Problem einer mangelnden Abgrenzung zwischen zulässigen und unzulässigen Formen der Zusammenarbeit. Dies beruht unter anderem auf der Vielfalt, der durch den Begriff der „Berufsausübungspflichten" (Abs. 1 2. Alt.) in Bezug genommenen Vorschriften im Gesundheitswesen, die weder einheitlich sind noch eine eindeutige Bewertung der Zusammenarbeit im Einzelfall zulassen.

Gerade aktuelle Urteile aus diesem Bereich belegen, dass es für die Beteiligten häufig unmöglich ist, bei Abschluss einer Kooperation eindeutig zu klären, ob ihr Verhalten rechtlich zulässig ist oder nicht (vgl. hierzu OVG Münster, LandesberufsG für Heilberufe hat mit Urteil vom 06.07.2011 (Az.: 6t A 1816/09.T – Beteiligung an einem Gesundheitsunternehmen; BGH vom 15.05.2014, Az.: I ZR 137/12 – Teil-BAG; BGH, Urteil vom 13. März 2014, Az.: I ZR 120/13 - Entlassapotheke). Insbesondere für neue Formen der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, die sowohl durch eine Novellierung der ärztlichen Berufsordnungen als auch durch den Gesetzgeber im VÄndG, im GKV-VStG und im GKV-VSG zugelassen worden sind bzw. werden sollen, führt die Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung aufgrund der häufig fehlenden klaren rechtlichen Vorgaben zu einer erheblichen Verunsicherung, so dass davon auszugehen ist, dass Kooperationen zukünftig eher zurückhaltend abgeschlossen werden, was dem jahrelangen (und mühsamen) Reformprozess einer Liberalisierung, insbesondere der interpersonellen und intersektoralen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zuwiderläuft.

Dies gilt auch für die Vertragsformen, die im SGB V ausdrücklich für besondere Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vorgesehen sind und die durch das aktuelle Gesetzesvorhaben des GKV-VSG im Rahmen der §§ 140a SGB V ff. in der sog. Besonderen Versorgung zusammengefasst werden sollen. Auch diese Selektivverträge, die nach § 71 Abs. 5 SGB V ohnehin einer aufsichtsrechtlichen Prüfung unterliegen und für die der Gesetzgeber im Rahmen des Zuwendungsverbotes in § 128 Abs. 6 S. 2 SGB V eine Privilegierung geschaffen hat, werden von § 299a Abs. 1 S. 1 RefE-StGB erfasst.

Der BMC fordert daher mit Einführung der strafrechtlichen Ahndung des Zuweisungsverbotes, für die Vertragspartner der Bundesmantelverträge oder den G-BA eine gesetzliche Grundlage zur Konkretisierung des Zuwendungsverbotes in § 128 SGB V und eine strafrechtliche Freistellung von Selektivverträgen, die nach § 128 Abs. 6 S. 2 SGB V zur „Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und zur Verbesserung der Qualität der Versorgung" abgeschlossen werden.

Andernfalls besteht für das Gesundheitswesen die Gefahr einer Kriminalisierung auch der Bereiche, die bereits ausweislich der Vorgaben im SGB V zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beitragen sollen.

Dies gilt letztlich auch für den in § 92a SGB V geplanten „Innovationsfonds", der eine Förderung von neuen Versorgungsformen durch den G-BA ermöglichen soll, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Wenn im Rahmen dieser modellhaften Versorgungsformen, die Erprobungscharakter für die GKV haben sollen, nicht von den geltenden Bestimmungen im Einzelfall abgewichen werden kann, weil eine strafrechtliche Verfolgung der Vertragspartner droht, wird sich das Gesetz als „Innovationsbremse" erweisen.

Die Stellungnahme steht unter www.bmcev.de zum Download bereit.

MEDIENSPIEGEL (AUSWAHL)

Ärzte Zeitung
26.01.2015

Gesundheit und Gesellschaft
Ausgabe 2/2015

KONGRESS

König ohne Königreich

Das Gesundheitswesen muss sich stärker an den Bedürfnissen des Patienten orientieren. Darüber herrschte Einigkeit beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care. Deutlich wurde aber auch: Der Weg bis dahin ist noch weit. Von Thomas Hommel

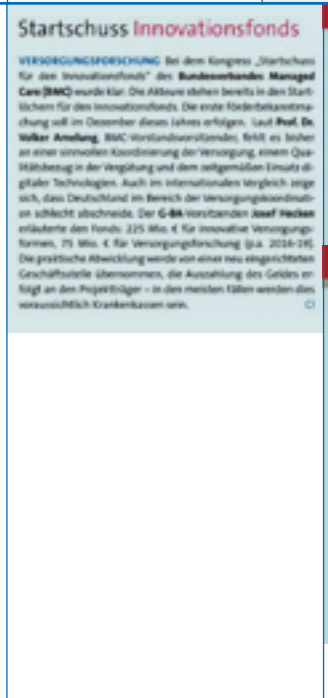
Zahnärzteblatt (ZBWL)
1/2015

Patientenorientierung: Schlüssel für mehr Qualität

Ärzte Zeitung online
26.03.2015

Experten zweifeln am Innovationsfonds

Vincentz Network
09.06.2015



Startschuss Innovationsfonds

Care Invest
02.10.2015

BMC – Startschuss für den Innovationsfonds

Boulevard

JAHRESEMPFANG 2015 DES BUNDESVERBANDS MANAGED CARE

Highlights Magazin
09.10.2015

Startschuss für den Innovationsfonds – Diskussionsforum des Bundesverbands Managed Care (BMC) am 14. September 2015

Das Krankenhaus
Ausgabe 10/2015

Mit kleinen Innovationen zum großen Patientennutzen

Klinik Wissen Managen
Ausgabe 10/2015

Medscape Deutschland
10.06.2015

Ärzte Zeitung online
15.09.2015

Gerechte Gesundheit
16.09.2015

Gesundheit und Gesellschaft
Ausgabe 09/2015

Monitor Versorgungsforschung
Ausgabe 10/2015

Medscape Deutschland
09.12.2015

Gesundheit und Gesellschaft
Ausgabe 12/2015

Apotheke Adhoc online
09.01.2016

„Der BMC bietet für die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe konkrete Leistungen wie z.B. Fortbildungen und Informationsveranstaltungen, aber auch den kurzen Draht zur Geschäftsstelle rund um den Themenbereich Managed Care, der uns in der Schlaganfall-Versorgung sehr beschäftigt. Nach BMC-Veranstaltungen fühle ich mich immer (wieder) ein bisschen mehr ermutigt, nicht aufzugeben, wenn es um die bessere Versorgung von Schlaganfall-Patienten geht."

Dr. Michael Brinkmeier, *Vorsitzender des Vorstands, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe*

BMC-GESCHÄFTSSTELLE

Valerie Dorow
Referentin für Veranstaltungen und Kongresse

Anne de Vries
Referentin Public Relations/ Internationales

Wechsel in der Geschäftsstelle

Der Bereich Veranstaltungsmanagement wird seit Oktober 2015 von Valerie Dorow, Referentin für Veranstaltungen und Kongresse, verstärkt. Zusätzlich unterstützt Frau Dorow den BMC-Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. Amelung als persönliche Referentin. Ihre universitäre Laufbahn schloss Valerie Dorow mit einem Master of Arts in Medienkommunikation an der Technischen Universität Berlin ab. Es folgten Stationen in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation bei verschiedenen Institutionen und Verbänden. Bevor sie ihre Tätigkeit beim BMC aufnahm, war sie mehrere Jahre in vergleichbarer Position bei einem immobilienwirtschaftlichen Verband tätig. Der BMC freut sich, mit Frau Dorow eine erfahrene und professionelle Mitarbeiterin für den Veranstaltungsbereich gefunden zu haben.

Anne de Vries hat nach knapp zwei Jahren erfolgreicher Zusammenarbeit Mitte Februar 2016 die BMC-Geschäftsstelle verlassen. Frau de Vries war u. a. für die Bereiche Public Relations und Internationales zuständig. Mitte Februar wird sie in der Funktion als Executive Assistant zur Hauptstadtrepräsentanz des BMC-Mitgliedsunternehmens CompuGroup Medical AG wechseln. Wir danken ihr herzlich für ihre Unterstützung und wünschen für ihr für ihren weiteren beruflichen Werdegang alles Gute.

Der BMC von seiner sportlichen Seite

Erstmals beteiligte sich das Team der BMC-Geschäftsstelle 2015 an der „Berliner Wasserbetriebe 5 x 5 km Teamstaffel", die jedes Jahr im Juni im Berliner Tiergarten stattfindet. Nachdem die fünf Läuferinnen bei der Staffel alles gegeben hatten, belohnten sie sich mit einem gemeinsamen Picknick.

Das Team der BMC-Geschäftsstelle bei der „Berliner Wasserbetriebe 5 x 5 km Teamstaffel"

Über den Tellerrand geschaut

Wie schon im letzten Jahr ließ das Team der BMC-Geschäftsstelle das Jahr gemeinsam mit einigen Vorstandsmitgliedern bei einem gemeinsamen Koch-Event ausklingen. Diesmal stand ein französisches Menü auf dem Programm – anschließend hieß es: Bon appétit!

Auch das Menü auf der BMC-Weihnachtsfeier war eine Teamleistung

AUSBLICK 2016

BMC-Fachtagung: **Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht!**

13. April 2016, 13.00 – 17.00 Uhr
Reinhardtstraßen-Höfe, Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen nimmt immer mehr zu. Mit dieser Entwicklung können die ambulanten Versorgungsstrukturen nur ungenügend mithalten: Hausärzte sind mit der diagnostischen Abklärung teilweise an ihren Grenzen und Patienten müssen vielfach mehrere Monate auf einen Ersttermin bei einem Psychotherapeuten warten. Auch eine sinnvolle Steuerung des einzelnen Patienten in die für ihn geeignete Therapieform findet vielfach nicht statt. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Weichen für eine Reform gestellt. Nun liegt es beim G-BA, die Psychotherapie-Richtlinie entsprechend zu überarbeiten. Wie kann es gelingen, die Akutversorgung von psychisch Kranken sicherzustellen und die Wartezeiten für die Patienten signifikant zu reduzieren? Welches Potenzial hat die Förderung der Gruppentherapie für die Versorgungssituation insgesamt? Und wie muss das Gutachterverfahren gestaltet sein, um eine gute Balance zwischen Entbürokratisierung und Qualitätssicherung zu erreichen?

BMC-Fachtagung: **Kommunen als Gesundheitsversorger – Perspektiven und Best Practice**

In Kooperation mit der Robert Bosch Stiftung, 28. April 2016, 11.00 – 15.45 Uhr
Repräsentanz der Robert Bosch Stiftung, Französische Str. 32, 10117 Berlin

Die drohende medizinische Unterversorgung im ländlichen Raum beschäftigt die Akteure im Gesundheitswesen bereits seit Jahren. Oblag die Sicherstellung der ambulanten Versorgung bisher in erster Linie den Kassenärztlichen Vereinigungen, so wurde der Handlungsspielraum für Kommunen mit dem Versorgungsstärkungsgesetz deutlich erweitert. Seit dem 1. Juli 2015 steht die Gründung von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren nicht mehr unter dem Vorbehalt der KVen, sodass Kommunen nunmehr selbst aktiv und steuernd in die Versorgung vor Ort eingreifen können. Inwieweit werden diese neuen Möglichkeiten genutzt und welche Erfahrungen haben Kommunen in ihrer Rolle als Versorger bisher gemacht? – Die Fachtagung erläutert rechtliche Rahmenbedingungen, stellt Praxisbeispiele aus zwei Regionen vor und präsentiert die Ergebnisse einer Befragung von Kommunen nach ihren Präferenzen. Zudem werden Perspektiven anderer Akteure auf Kommunen als Versorger dargestellt.

WEITERE AUSGEWÄHLTE TERMINE IM ÜBERBLICK

11. Mai 2016, 15.00 – 17.00 Uhr	**Hintergrundgespräch Medikationsplan, Video-Sprechstunde und eGK – Bringt das E-Health-Gesetz einen Innovationssprung?** Dirk Heidenblut, MdB
14. – 17. Mai 2016	**Studienreise nach Tel Aviv,** Israel
24. Mai 2016, 10.30 – 15.00 Uhr	**AG Neue Versorgungsformen** Zweitmeinungsverfahren: Status, Umsetzungserfahrungen, Lösungen
18. Juli 2016, 11.30 – 15.00 Uhr	**AG Nutzenbewertung und Präferenzmessung** Qualität aus der Perspektive der Patienten
6. September 2016, 10.30 – 15.00 Uhr	**AG Neue Versorgungsformen** Digitale Kommunikationsansätze in der Versorgung
21. September 2016	**BMC-Jahresempfang**

VERANSTALTUNGEN 2015 / 2016

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN / DISKUSSIONSFOREN

20. – 21. Januar 2015	**BMC-Kongress: Patientenorientierung: Schlüssel für mehr Qualität** U. a. mit: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Dr. Andreas Köhler, Prof. Dr. Ran Balicer, Prof. Dr. Rafael Bengoa
22. April 2015	**BMC-Fachtagung: Ambulante Versorgung: Vom Arztnetz bis zum großen MVZ nach dem GKV-VSG** U. a. mit: MinDir Dr. Ulrich Orlowski, Dr. Andreas Köhler
9. Juni 2015	**BMC-Fachtagung: Vernetzte Versorgung: Welche Lücken kann Digital Health wirklich schließen?** U. a. mit: Dr. Maya Leventer-Roberts, Prof. Dr. Andréa Belliger, Thomas Ballast, Pascal Nohl-Deryk, Dr. Michael Brandkamp, Frank Gotthardt
14. September 2015	**Diskussionsforum: Startschuss für den Innovationsfonds** U. a. mit: Prof. Josef Hecken
19. – 20. Januar 2016	**BMC-Kongress: Innovation** U. a. mit: Staatssekretär Lutz Stroppe, Dr. Edward Kelley, Peteris Zilgalvis, Dr. Paul Grundy, Prof. Dr. Thierry Carrel, Marcel Napierala

STUDIENREISEN / BEST PRACTICE

10. - 11. September 2015	**Studienreise nach Stockholm, Schweden**
20. Oktober 2015	**BMC Best Practice: Techniker Krankenkasse, Hamburg**
24. - 25. November 2015	**Studienreise nach Paris, Frankreich**

HINTERGRUNDGESPRÄCHE

2. Februar 2015	**Qualitätsmessung im ambulanten Sektor: Was können wir aus den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen lernen** Mit: Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Ludwig-Maximilians-Universität München
4. März 2015	**Versorgungsstärkungsgesetz: Wirkungen und weiterer Reformbedarf** Mit: Sabine Dittmar, MdB, stellv. gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion

18. März 2015	**Telematisch vernetzte Versorgung und die Datenhoheit der Patienten – k/ein Widerspruch!/?** Mit: Dr. Stefan Etgeton, Senior Expert, Bertelsmann Stiftung; Susanne Mauersberg, Referentin Gesundheitspolitik, Verbraucherzentrale Bundesverband
28. Mai 2015	**Kooperationen unter Korruptionsverdacht? Auswirkungen des geplanten § 299a StGB auf die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen** Mit: Prof. Dr. Peter Wigge, Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Wigge; Vorstandsvorsitzender, BMC Regional NRW
2. Juni 2015	**Psychische Erkrankungen: Niedrigschwellige Versorgung in Stadt und Land** Mit: Dr. Sveja Eberhard, Leitung Stabsbereich Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, AOK Niedersachsen; Dr. Matthias Walle, Geschäftsführer und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, IVPNetworks GmbH
3. Juni 2015	**Krankenhausstrukturgesetz - ein Schritt zu qualitätsorientierter Strukturbereinigung?** Mit: Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband
16. Juni 2015	**200 Jahre Bismarck: Ist ‚Solidarität' noch zeitgemäß?** Mit: Franz Müntefering, ehem. SPD-Parteivorsitzender
22. Juni 2015	**Das IQTiG - Aufgaben, Ziele, Herausforderungen** Mit: Dr. Christof Veit, Leiter, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)
1. Juli 2015	**Die aktuelle Debatte um die Einführung einer Impfpflicht – Pro und Contra** Mit: Dr. Jan Leidel, Vorsitzender der STIKO, Robert Koch Institut
29. September 2015	**EU-weite Harmonisierung des Arzneimittelmarktzugangs: Ist eine Nutzenbewertung auf europäischer Ebene machbar und sinnvoll?** Mit: Prof. Dr. Jürgen Windeler, Institutsleiter, Instut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
5. November 2015	**GKV-VSG: neue Dynamik für die Vertragslandschaft?** Mit: Frank Plate, Präsident, Bundesversicherungsamt

BERLIN CAPITAL TALKS

13. April 2015	**E-Health 2.0 – wie wird das Gesetz unser Gesundheitswesen verändern?** Mit: Norbert Paland, Ministerialdirigent, Bundesministerium für Gesundheit
18. Mai 2015	**Innovationsdenken und Markenbildung – Was kann das Gesundheitswesen von anderen Branchen lernen?** Mit: Prof. Dr. Ulrich Weinberg, Leiter, School of Design Thinking, Hasso Plattner Institut

3. Juni 2015	**The Dartmouth Atlas of Healthcare** Mit: Prof. Dr. David C. Goodman, Center for Policy Research, Dartmouth College, USA
9. Juni 2015	**The Israeli Health Care System as a Model for Continuous Improvement** Mit: Dr. Maya Leventer-Roberts, Clalit Health Services Israel
3. Dezember 2015	**Die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge - Erfahrungen aus Hamburg** Mit: Dr. Matthias Gruhl, Leiter des Amtes für Gesundheit, Hansestadt Hamburg

BROWN BAG LUNCH

8. Oktober 2015	**Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen – ihre Chancen und Grenzen** Mit: Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, ehem. stellvertretender Vorstandsvorsitzender, BARMER GEK; Vorstand, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband
12. November 2015	**Wie funktioniert das Ministerium? - Strukturen und Bedeutung des BMG** Mit: Silke Baumann, Referatsleiterin Arzneimittelversorgung, Bundesministerium für Gesundheit
10. Dezember 2015	**Möglichkeiten und Grenzen der Patientenvertretung** Mit: Dr. Ilona Köster-Steinebach, Referentin für Gesundheit, Verbraucherzentrale Bundesverband

WEITERE VERANSTALTUNGEN

11. März 2015	**Gesundheit 2025: Eigenoptimiert und rundum versorgt in die Zukunft?** Mit: Corinna Mühlhausen, Trendcoach
16. September 2015	**BMC-Jahresempfang** Oxymoron (Berlin)
14. Oktober 2015	**Workshop in Kooperation mit vfa und BPI:** Warum wir unterschiedliche Studienarten brauchen! Evidenzgenerierung jenseits von RCTs U.a. mit: Prof. Dr. Gerd Antes, Deutsches Cochrane Zentrum; Prof. Dr. Axel Mühlbacher, HS Neubrandenburg; Martina Stamm-Fibich, MdB

BMC REGIONAL NRW

4. Februar 2015	**Praktikerseminar: ASV Rheumatologie – Kooperation und Kommunikation als kritischer Erfolgsfaktor?** U. a. mit: Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiische Vorsitzende des Unterausschusses ASV, G-BA; Karsten Menn, Geschäftsbereichsleiter Leistung und Vertrag, BARMER GEK; Helga Germakowski, Deutsche Rheuma-Liga NRW
23. März 2015	**Fachtagung: Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung in NRW - Welchen Beitrag leistet das GKV-VSG?** U.a. mit: MinDirig Joachim Becker, Unterabteilungsleiter Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit; Günter van Aalst, Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Techniker Krankenkasse
29. September 2015	**Fachtagung: Versorgung alter und kranker Menschen - Wertanamnese und Reformbedarf** U.a. Prof. Dr. Rolf-Joachim Schulz, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
6. November 2015	**Praktikerseminar: Die Krankenhaus-Strukturreform und ihre Bedeutung für eine ‚ambu-näre' Versorgung** U. a. mit: Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege u. Alter NRW; Jochen Brink, Krankenhausgesellschaft NRW; Dr. Gerhard Nordmann, KV Westfalen-Lippe

KOOPERATIONEN / INTERNATIONALES

11. Februar 2015	**Eröffnung des WHO Office on Primary Health Care** (Almaty, Kasachstan)
10. März 2015	**Ernennung des Clalit Research Institute zum WHO Collaborating Centre** (Tel Aviv)
10. – 13. März 2015	**Treffen des EU-Projekt Manage Care** (Barcelona)
27. – 30. März 2015	**15th International Conference for Integrated Care** (Edinburgh)
24. Juni 2015	**FMC-Symposium 2015** (Bern)
7. – 9. Oktober 2015	**14. Kongress für Versorgungsforschung des DNVF** (Berlin)
17. – 20. November 2015	**World Congress on Integrated Care** (Mexiko)
18. – 19. November 2015	**Internationales Symposium zur Reformierung des chinesischen Gesundheitssystems** (Peking)

MITGLIEDER UND MITGLIEDERSTRUKTUR

Ärzte(netze), MVZ, Krankenhäuser, Apotheken, Sanitätshäuser, Managementgesellschaften

- Algesiologikum GmbH
- AMEOS Holding AG
- Charité Universitätsmedizin Berlin
- Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY)
- GesundheitsCentrum Bünde
- IMC - Integrative Care Management GmbH
- inoges ag
- IVM plus GmbH
- IVPNetworks GmbH
- Medizinische Hochschule Hannover
- OcuNet GmbH & Co. KG
- OptiMedis AG
- patiodoc GmbH
- Praxisnetz GO IN e. V. und GmbH
- PFLEGEWERK Managementgesellschaft mbH
- POLIKUM Friedenau MVZ GmbH
- Pro-samed GmbH
- rehaVital Gesundheitsservice GmbH
- Sanitätshaus Aktuell AG
- Städtisches Krankenhaus Maria-Hilf
- St. Franziskus Stiftung
- Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte UGOM GmbH & Co. KG
- Zur Rose Pharma GmbH

Arzneimittel, Medizintechnik

- Abbott GmbH & Co. KG Abbott Diabetes Care
- AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG
- Accuray Medical Equipment GmbH
- Alk-Abelló Arzneimittel GmbH
- Astellas Pharma GmbH
- AstraZeneca GmbH
- audibene GmbH
- Baxalta Deutschland GmbH
- Bayer Vital GmbH
- Berlin-Chemie AG
- Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG
- Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
- Chiesi GmbH
- Daiichi Sankyo Deutschland GmbH
- Desitin Arzneimittel GmbH
- Eisai GmbH
- EKF diagnostic GmbH
- FERRING Arzneimittel GmbH
- Forest Laboratories Deutschland GmbH
- Galderma Laboratorium GmbH
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- Janssen-Cilag GmbH
- Johnson & Johnson GmbH
- Lilly Deutschland GmbH
- Lundbeck GmbH
- Merck Serono GmbH
- MSD Sharp & Dohme GmbH
- Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG
- Novartis Pharma GmbH
- NovoNordisk Pharma GmbH
- PAUL HARTMANN AG
- Pfizer Deutschland GmbH
- Pro Generika e. V.
- proxomed Medizintechnik GmbH
- raptor Pharmaceuticals GmbH
- ResMed Germany Inc.
- Roche Pharma AG
- Roche Diabetes Care Deutschland GmbH
- SERVIER Deutschland GmbH
- Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
- TEVA GmbH

185 MITGLIEDER

Stand 3. Februar 2016

Dienstleister, Beratungen

- 4sigma GmbH
- AFFINITY Medizinische Marktforschung GmbH
- AMS Advanced Medical Services GmbH
- AMTS-System GmbH
- AnyCare GmbH
- Atlantis Healthcare
- Beratung und Dienstleistungen im Gesundheitswesen
- BPG Beratungs- und Prüfungsgesellschaft mbH
- Büro für gesundheitspolitische Kommunikation
- Consileon Business Consultancy GmbH
- Dr. Grosch Consulting GmbH
- Elsevier Health Analytics
- ETL Systeme AG Steuerberatungsgesellschaft
- FPZ: DEUTSCHLAND DEN RÜCKEN STÄRKEN GmbH
- Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH (GFS)
- GWQ ServicePlus AG
- health care akademie
- HGC GesundheitsConsult GmbH
- IGES Institut GmbH
- inav - privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
- Innovation Health Partners
- Jersch & Partner Consult
- KovarHuss GmbH
- LIBERTAMED GmbH
- Lohmann & Birkner Health Care Consulting GmbH
- Marketflow Frank Flies
- MassineBoecker GmbH
- med in mind GmbH
- n:aip Deutschland GmbH
- P.E.G.-Servicegesellschaft GmbH
- Pharmabrain GmbH
- PVS pria GmbH
- Quintiles Commercial Deutschland GmbH
- Raum Für Führung GmbH
- Rechtsanwälte M&P Dr. Matzen & Partner mbB
- Rechtsanwälte Wigge GbR
- Sanvartis GmbH
- Schönermark Kielhorn Collegen Beratungsgesellschaft mbH
- Schroeder-Printzen & Kaufmann Rechtsanwälte
- sgh-consulting
- solutions Beratung GmbH
- spectrumK GmbH
- The Boston Consulting Group GmbH
- Vendus Sales & Communication Group GmbH

Verbände, Kammern

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- Apothekerkammer Niedersachsen
- BDC – Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
- BDY – Berufsverband der Yogalehrenden
- BKK Dachverband e. V.
- BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e. V.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband ASV
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)
- Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (dagnä)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Praxisklinikgesellschaft (PKG)
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
- Deutscher Hausärzteverband e. V.
- Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e. V.
- European Association of Mail Service Pharmacies (EAMSP)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Verband forschender Pharma-Unternehmen e. V.

IT / E-Health

- arvato Healthcare GmbH
- Astrum IT
- com2health GmbH
- CompuGroup Medical AG
- gematik - Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
- gevko GmbH
- GMC Systems GmbH
- HealthyWell - Die Mündigmacher GmbH
- HMM Deutschland GmbH
- IMS Health GmbH & Co. OHG
- InterComponentWare AG
- KV Telematik GmbH
- Robert Bosch Healthcare GmbH
- Telekom Healthcare Solutions
- VitalHealth Software Deutschland GmbH

Krankenkassen / Versicherungen

- AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
- AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
- AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
- BARMER GEK
- BIG direkt gesund
- DAK - Gesundheit
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
- ERGO Versicherungsgruppe AG
- IKK Südwest
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse

Stiftungen, gemeinnützige Organisationen, Sonstige

- Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Ethos gGmbH
- Forum Managed Care
- Gesundheitsstadt Berlin GmbH
- Institut für Medizinökonomie & Medizinische Versorgungsforschung
- Picker Institut Deutschland gGmbH
- praxisHochschule Köln
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
- Stiftung Münch

Persönliche Mitglieder (überwiegend Gründungsmitglieder)

- Blees, Dr. Peter
- Bönsch, Rudolf
- Ehlers, Prof. Dr. Dr. Alexander P.F.
- Henke, Prof. Dr. Klaus-Dirk
- Janßen, Prof. Dr. Heinz J.
- Kaestner, Rolf
- Klitzsch, Dr. Wolfgang
- Meyer-Lutterloh, Dr. Klaus
- Mühlbacher, Prof. Dr. Axel
- Rübel, Reiner
- Schmid, Dr. Elmar
- Schumacher, Dr. Nikolaus
- Voss, Hanswerner
- Wasem, Prof. Dr. Jürgen

NEUMITGLIEDER

seit Januar 2015

- AFFINITY Medizinische Marktforschung GmbH
- AMS Advanced Medical Services GmbH
- Apothekerkammer Niedersachsen
- audibene GmbH
- Baxalta Deutschland GmbH
- Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Deutsche Praxisklinikgesellschaft e. V. (PKG)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
- EKF-diagnostic GmbH
- gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
- Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY)
- HealthyWell – Die Mündigmacher GmbH
- Innovation Health Partners
- KV Telematik GmbH
- Praxisnetz GO IN e. V.
- Sanitätshaus Aktuell AG
- solutions Beratung GmbH
- St. Franziskus Stiftung
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
- Stiftung Münch
- Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
- TEVA GmbH
- The Boston Consulting Group GmbH

Impressum

Herausgeber
BMC – Bundesverband Managed Care e. V.
Friedrichstraße 136
10117 Berlin

Telefon: 030 – 2809 4480
Fax: 030 – 2809 4481
www.bmcev.de
bmcev@bmcev.de

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Volker Amelung,
Dr. Susanne Ozegowski

Satz & Grafik
FGS Kommunikation, Berlin

Repro
Königsdruck, Berlin

© 2016

SPONSORING- UND MEDIEN-PARTNER 2015

Unser herzlicher Dank gilt allen Sponsoring- und Medien-Partnern für die freundliche Unterstützung unserer Kongresse und Fachtagungen!

Pfizer

startupbootcamp

gevko
gesundheit · versorgung
kommunikation

Roche

Techniker Krankenkasse

LIFEPATCH

NOVARTIS

ALK

Lilly

FPZ
DEUTSCHLAND
DEN RÜCKEN STÄRKEN

Abbott

AstraZeneca

GWQ+

ELSEVIER

DocMorris
Meine neue Apotheke

zur Rose

GeWINO
Innovation im Nordosten

vendus
sales & communication group

sanvartis

arvato
BERTELSMANN

abbvie

AmbulanzPartner
Versorgungsnetzwerk

MSD

proxomed
Qualität in Bewegung

Bristol-Myers Squibb

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

VM+

PVS holding
GEMEINSAM BESSER.

kma

medhochzwei
Medien für das Gesundheitswesen

Health 2.0
BERLIN

frohberg
Klinik·Wissen·Managen

Medscape Deutschland

MASSINEBOECKER
Personalized Population Management

GG

Medizinisch
Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft

WELT DER
KRANKENVERSICHERUNG

BMC

www.bmcev.de