BMC Managed Care

Managed Care

GESCHÄFTSBERICHT 2016

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen

INKLUSIVE JUBILÄUMSBROSCHÜRE
20 JAHRE BMC

BMC Managed Care

GESCHÄFTSBERICHT 2016

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen

ZAHLEN & FAKTEN 2016

MITGLIEDER

32
Neumitglieder 2016

29%
Mitgliederwachstum 2011 – 2016

214
Mitglieder Dezember 2016

INTERAKTION

36
BMC-Veranstaltungen 2016

2.700
Veranstaltungsteilnehmer 2016

23
Sitzungen der AGs und PGs 2016

ORGANISATION

7
Vorstände

10
Beiräte

4
Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle

WAHRNEHMUNG

1189
Twitter-Follower

33
Pressestimmen 2016

39.000
Website-Besuche 2016

INHALT

Personen · · · 4
Vorstand · · · 4
Kooptierter Vorstand · · · 5
Ehrenmitglieder · · · 5
Beirat · · · 6
Geschäftsstelle · · · 7
Rechnungsprüfer · · · 7

Vorwort des Vorstandsvorsitzenden und der Geschäftsführerin · · · 8

Innovationsfonds und Impulse 2017 · · · 10
Impressionen aus dem BMC Jubiläumsfilm · · · 10
Interview mit Franz Knieps und Thomas Moormann · · · 12
„Abschaffung der Quartalsdenke“ – Der BMC gibt wichtige Impulse für die Bundestagswahl 2017 · · · 14

Arbeits- und Projektgruppen · · · 17
Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung · · · 18
Arbeitsgruppe Neue Versorgungsformen · · · 20
Arbeitsgruppe Nutzenbewertung und Präferenzmessung · · · 22
Projektgruppe Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung · · · 24
Projektgruppe Ambulante Versorgungsunternehmen · · · 26
Projektgruppe Patientenempowerment · · · 28
Projektgruppe Seltene Erkrankungen · · · 30
Projektgruppe Pflege und Integrierte Versorgung · · · 32

BMC e. V. Regional NRW · · · 34
Vorstand · · · 34
Aktivitäten 2016 · · · 35
Ausblick 2017 · · · 37

Veranstaltungsberichte · · · 38
„Gesundheitsreformen im internationalen Vergleich: Gleiche Herausforderungen = gleiche Lösungen?“ · · · 38
„Die gesundheitspolitische Agenda 2017“ · · · 40
„Lebensqualität als Leitmotiv für die Gesundheitsversorgung – am Beispiel der Cannabis-Therapie für Schmerzpatienten“ · · · 41
Fachtagung: Kommunen in der ambulanten Versorgung: Von der Zuschauerbank aufs Spielfeld? · · · 42
Fachtagung: „Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht!“ · · · 44
It’s all about data · · · 46
BMC-Kongress 2017 · · · 48
Impressionen vom BMC-Kongress 2017 · · · 50
Brown Bag Lunch · · · 52
Impressionen vom BMC-Jahresempfang 2016 · · · 54

Externe Veranstaltungen · · · 56
Innovationsfonds in Theorie und Praxis · · · 56
„Integrierte Versorgung: Performance messbar machen“ · · · 57
Der BMC schaut über den nationalen Tellerrand · · · 58

BMC-Geschäftsstelle · · · 60

Ausblick 2017 · · · 61

Stellungnahmen · · · 62
Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften · · · 62
EuGH verwirft Rx-Boni-Verbot · · · 63

Medienspiegel (Auswahl) · · · 64

Veranstaltungsübersicht · · · 66

Mitglieder · · · 70
Mitglieder und Mitgliederstruktur · · · 70
Neumitglieder · · · 72

Sponsoren 2016 · · · 73

Die fünf Kernthemen des BMC · · · 74

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

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
MITGLIED IM VORSTAND
Vorstandsvorsitzender,
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
Vorstandsmitglied, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

KOOPTIERTER VORSTAND

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

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

Thomas Ballast
STELLVERTRETENDER VORSITZENDER DES BEIRATS
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands, Techniker Krankenkasse

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

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

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
Ehrenpräsidentin, 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

Valerie Dorow
REFERENTIN VERANSTALTUNGEN UND KONGRESSE, VORSTANDSREFERENTIN

Dr. Helen Grupp
REFERENTIN FÜR MANAGED CARE UND GESUNDHEITSPOLITIK
(seit Juli 2016)

Julia Hartung
ASSISTENZ BMC-GESCHÄFTSSTELLE

Sabine Barz
REFERENTIN
(bis Apr. 2016)

Anne de Vries
REFERENTIN
(bis Feb. 2016)

RECHNUNGSPRÜFER

Hanswerner Voss
RECHNUNGSPRÜFER
GCN HealthNet GbR

Rudolf Bönsch
RECHNUNGSPRÜFER
USP Unternehmensberatung

VORWORT DES VORSTANDSVORSITZENDEN UND DER GESCHÄFTSFÜHRERIN

„Wenn mich jemand fragt, was der Bundesverband Managed Care eigentlich will, dann gebe ich gerne zunächst eine sehr kurze Antwort: Wir wollen, dass unsere Patienten für ihr gutes Geld, das sie als Krankenkassen-Beitrag gezahlt haben, die bestmögliche Versorgung erhalten."

Prof. Dr. Volker Amelung, *Vorstandsvorsitzender*

Dr. Susanne Ozegowski, *Geschäftsführerin*

So leitete Dr. Klaus Meyer-Lutterloh vor 20 Jahren als damaliger Vorsitzender des BMC, die Gründungs-Pressekonferenz ein. Diese Aussage hat nichts an Gültigkeit verloren. Das Patientenwohl ist und bleibt unser Auftrag. Daher nimmt der BMC nach wie vor die Systemdefizite ins Visier, die Meyer-Lutterloh damals aufzählte: Silostrukturen, Schnittstellenprobleme, mangelnde Koordination des Patienten, fehlende Qualitätsanreize. Unser Jubiläum werden wir daher zum Anlass nehmen, um in diesem Jahr noch einmal auf Erfolge und Misserfolge, Erkenntnisse und Wissenslücken, Veränderungen und Stillstand der letzten 20 Jahre zurückzublicken und damit wiederum die Schwerpunkte unserer zukünftigen Arbeit herauszuarbeiten. Den Auftakt für das Jubiläumsjahr stellte die Vorstellung des „20 Jahre BMC"-Films im Rahmen des BMC Kongresses 2017 dar (s. S. 10–11). Die diesem Geschäftsbericht beiliegende Broschüre skizziert die Gründungsgeschichte und den Weg des BMC über die vergangenen Jahre. Ihren Höhepunkt findet dieses Jubiläumsjahr in einem Festsymposium am 18. Oktober 2017.

Initialzünder Innovationsfonds

Angesichts dieses so besonderen Jahrs für den BMC hätte das Timing des Innovationsfonds nicht besser sein können. Seit Jahresbeginn gehen die ersten Projekte an den Start. Schon mit der Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen im letzten Jahr setzte eine selten gesehene Dynamik im Gesundheitswesen ein. Sicherlich: Die ein oder andere Verfahrensweise rund um den Fonds oder einzelne Projektentscheidungen kann man kritisch sehen. Unbestreitbar ist jedoch, keine andere Maßnahme der letzten Jahre hat eine solche Welle an Dialogbereitschaft und Kooperationsfreude zwischen den Akteuren ausgelöst. Was für eine Chance, endlich die Sonntagsreden-Appelle zu mehr Vernetzung und Kooperation in die Realität umzusetzen! Die Ausschreibungsphase des vergangenen Jahres haben wir wir daher zum einen mit einem Diskussionsforum begleitet; zum anderen spielte das Thema aber auch in unseren Arbeits- und Projektgruppen eine große Rolle (s. S. 17 ff.). Und nicht nur das: Wir haben im April 2017 unsere Schriftenreihe um ein Buch zum Innovationsfonds erweitert, in dem mehr als 180 Autoren die ersten erfolgreichen Projekte vorstellen, aber auch noch einmal grundsätzlich ihre Erwartungen an den Fonds schildern (s. S. 13).

Agenda 2017+: Der BMC formuliert sechs Kernforderungen zur Bundestagswahl

Beim Aufbrechen verkrusteter Strukturen im Gesundheitswesen, spielt der Innovationsfonds zwar eine wichtige Rolle, aber die Zukunft zeigt sich auch in der rasant ansteigenden Zahl neu entstehender Start-ups im Gesundheitswesen. Sie wollen die Chancen der Digitalisierung nutzen. Das Stichwort lautet: Digital Health. Die meisten dieser jungen Unternehmen tummeln sich derzeit noch im Selbstzahler-Markt – doch manch einer hat seinen Fuß bereits in die Tür zur Gesetzlichen Krankenversicherung gestellt.

„Ob Innovationen oder die Digitalisierung des Gesundheitswesens, der BMC ist Impulsgeber bei Zukunftsthemen und bietet eine Plattform für spannende und konstruktive Debatten mit den Akteuren der Branche. Das konnte ich persönlich beim BMC-Kongress 2016 erfahren, bei dem ich als Podiumsteilnehmerin im Forum ‚Innovation around the pill' mitdiskutierte."

Gabriele Katzmarek, *MdB*

Wie sich diese Türen noch schneller weiter öffnen lassen, ist auch eines der Themen, mit denen sich der BMC im vergangenen Jahr intensiv beschäftigt hat. So stellt die Etablierung eines „Fast Track"-Zugangs auch eine von sechs Kernforderungen dar, die der BMC Vorstand in seinem Positionspapier für die Bundestagswahlen 2017 formuliert hat (s. S. 14).

Eine weitere Forderung des BMC zielt auf den Abbau von Hemmnissen für regionale, integrierte, populationsbezogene Versorgungssysteme. Vorbereitung dafür war unter anderem die Fachtagung des BMC am 28. April 2016: Organisiert von der Projektgruppe Ambulante Versorgungsunternehmen wurde hier intensiv über die Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung diskutiert (s. S. 42). Ein weiteres Thema des Positionspapiers – der Abbau von Silostrukturen und die Ausrichtung der Versorgungsstrukturen am Bedarf des Patienten – stand zuvor ebenfalls im Fokus einer von der AG Neue Versorgungsformen initiierten Fachtagung: Mit dem Schwerpunkt auf psychische Erkrankungen diskutierten Vertreter von Fachgesellschaften, Kammern, Kassen und weiteren Akteuren über die Neuausgestaltung der ambulanten Psychotherapie (s. S. 44). Eine weitere Fachtagung zu diesem Themenfeld ist auch für 2017 geplant.

2016 – das Jahr der internen Veränderungen im BMC

Auch intern war das Jahr 2016 beim BMC von erheblichen Veränderungen geprägt: Nach einem intensiven Diskussionsprozess mit unseren Mitgliedern änderten wir die gesellschaftsrechtliche Struktur des BMC und haben uns damit größeren Spielraum für unsere zukünftigen Aktivitäten geschaffen. Dies kommt besonders unseren Mitgliedern zu Gute. Ihnen möchten wir auch einen ganz besonderen Dank für ihre herausragende Unterstützung bei diesem Veränderungsprozess aussprechen. Die einstimmige Zustimmung und die zuvor von vielen Mitgliedern eingebrachte Expertise hat uns noch einmal in ganz besonderer Weise gezeigt, mit welcher Schlagkraft der BMC ausgestattet ist. Dieser Dank ist natürlich auch auf das inhaltliche Engagement unserer Mitglieder auszuweiten: Unsere zehn Arbeits- und Projektgruppen bauen auf einem festen Stamm an Teilnehmern auf, die sich ehrenamtlich einbringen und ohne deren Expertise diese Formate so nicht denkbar wären. Eine besondere Rolle für die Arbeit des BMC spielen natürlich auch die Mitglieder des Vorstands, des Beirats sowie die Leiter unserer Arbeits- und Projektgruppen: Erst ihr beständiges Engagement, ihre Überlegungen und Ideen, und ihre Tatkraft in der Umsetzung machen den BMC zu dem, was er ist. Dafür möchten wir herzlich Dank sagen!

Von Veränderungen war auch die BMC-Geschäftsstelle im vergangenen Jahr geprägt. So entschieden sich unsere beiden Referentinnen Sabine Barz und Anne de Vries, sich neuen Herausforderungen zu stellen. An ihrer Stelle verstärkt seit der zweiten Jahreshälfte Dr. Helen Grupp das Geschäftsstellen-Team. Allen bisherigen, neuen und bestehenden Kolleginnen möchten wir einen herzlichen Dank für ihre unermüdliche Arbeit aussprechen!

Neuerungen in 2017

Mit diesen gestärkten Strukturen im Rücken starten wir jetzt in ein ereignisreiches Jahr 2017. Die drei Kernthemen – BMC-Jubiläum, Innovationsfonds und Bundestagswahl – haben wir eingangs schon skizziert. Perspektivisch weiter ausbauen möchten wir darüber hinaus die Arbeit auf dem Feld der Nachwuchskräfteförderung – und damit das Ende 2015 etablierte Format der Brown Bag Lunches (s. S. 52) noch erweitern. Auch soll das Thema Digital Health zukünftig seinen festen Platz in der Themen-Agenda des BMC erhalten. Zudem planen wir einige methodische Innovationen: So sollen die bestehenden Veranstaltungsformate um interaktive Elemente und die Nutzung digitaler Technologien ergänzt werden, um so die Dialogkultur des BMC noch weiter auszubauen. Wir freuen uns sehr darauf, diesen Weg gemeinsam mit unseren Mitgliedern und all jenen, die es noch werden wollen, zu beschreiten!

IMPRESSIONEN AUS DEM BMC JUBILÄUMSFILM

20 Jahre BMC

Zu einer Zeit, in der sich das deutsche Gesundheitswesen in einer schweren Krise befand, waren nur wenige bereit, über den eigenen Tellerrand zu schauen und sich ernsthaft mit dem Thema Managed Care zu beschäftigen. Daher war im Jahr 1997 die Gründung eines pluralistischen Verbandes, der sich diesem Thema explizit annahm, ein unkonventionelles Ereignis.

20 Jahre sind seitdem vergangen, in denen der BMC sich stets weiterentwickelt und Themen rund um die Vernetzung im Gesundheitswesen beleuchtet hat – wobei er sich nicht scheute, auch mal unbequeme Fragen zu stellen. Auch heute bietet der BMC seinen Mitgliedern Plattform zur Vernetzung, Diskussion und Kooperation gleichermaßen. Grund genug, diesen runden Geburtstag des BMC gebührend zu feiern!

Anlässlich seines 20-jährigen Jubiläums hat der BMC daher keine Mühen gescheut und einen Jubiläumsfilm gedreht, der auf dem BMC Kongress 2017 erstmalig gezeigt wurde. Zudem finden Sie als Einleger in diesem Geschäftsbericht eine exklusive Jubiläumsbroschüre rund um die 20 Jahre BMC und am 18. Oktober 2017 wird der BMC ein Festsymposium in Berlin anlässlich seines 20-jährigen Bestehens geben.

Interview mit Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, über die Rolle des BMC

1) Was macht den BMC aus Ihrer Sicht aus?

Der BMC ist ein wertvoller Impulsgeber für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. Dabei gelingt es ihm immer wieder, die zentralen Akteure aus Politik, Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft an einen Tisch zu holen. Aus dieser Expertise und dem Diskurs heraus können Vorhaben reifen, die am Ende die Versorgung der Patientinnen und Patienten maßgeblich verbessern.

2) Warum sind Sie Mitglied im BMC?

Als Krankenkasse wollen wir unseren Teil dazu beitragen, um die Versorgung der Versicherten immer weiter zu optimieren. Dazu ist ein Austausch zwischen den Sektoren und Disziplinen nicht nur hilfreich, sondern erforderlich. Der BMC ist dabei eine wichtige Diskussionsplattform und Ideenschmiede.

3) Was waren 2016 für Sie die wichtigsten Impulse aus dem BMC?

Als Think Tank und Ideengeber hat der BMC in seinen Projektgruppenveranstaltungen wichtige Impulse gesetzt. Hierzu gehören die Veranstaltungen zum Innovationsfonds, zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und auch zum Thema „Digitalisierung in der Medizin“. Für uns wichtig war auch die Diskussion über Konzepte zur sektorenübergreifenden Versorgung.

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
Ehrenvorsitzender

Ulla Schmidt, MdB

Kennen Sie Langeweile beim BMC

INNOVATIONSFONDS – BLICK ZURÜCK UND NACH VORN

INTERVIEW MIT FRANZ KNIEPS UND THOMAS MOORMANN

Franz Knieps, *Vorstand, BKK Dachverband e. V.*

Thomas Moormann, *Referent Gesundheitsförderung, BKK Dachverband e. V.*

Mit jährlich 300 Mio. EUR fördert der Innovationsfonds neue Versorgungsformen und versorgungsbezogene Forschungsprojekte innerhalb der GKV in den Jahren 2016 bis 2019. Wozu bedarf es aus Ihrer Sicht einer solchen Förderung durch den Innovationsfonds?

Knieps: Das deutsche Gesundheitswesen ist an vielen Stellen starr und unbeweglich geworden, vor allem dort, wo Kollektivverträge allen Akteuren ohne Rücksicht auf Qualität und Effizienz ein auskömmliches Salär sichern. Innovationen halten nur langsam oder gar nicht Einzug in den Versorgungsalltag. Speziell an den Schnittstellen zwischen den historisch gewachsenen versäulten Versorgungsstrukturen werden monetäre und personelle Ressourcen verschwendet und unnötiges Leid erzeugt. Die Leitvorstellungen des deutschen Gesundheitswesens sind geprägt von der kurativen arzt-dominierten Versorgung unter Vernachlässigung von Prävention, Rehabilitation und Pflege. Die Kompetenz vieler Gesundheitsberufe ist ungenutzt. Versorgungsforschung ist im internationalen Vergleich unterentwickelt.

Die Fördermittel des Jahres 2016 sind vergeben und die ersten Projekte in den Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses inzwischen bekanntgegeben. Dabei hat auch der BKK-Dachverband einen Zuschlag für das Projekt „BGM-innovativ: Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen“ erhalten. Worum genau geht es in diesem Projekt? Und wie planen Sie, das Projekt in die Regelversorgung zu überführen?

Moormann: In unserem Projekt möchten wir den Versicherten mit Beschwerden im Muskel-Skelett-Bereich helfen, schnell und adäquat versorgt zu werden. Dazu bieten BKK-Fallmanager und Betriebsärzte den Versicherten eine individualisierte Versorgung an. Das könnte zum Beispiel ein mehrwöchiges spezifisches Training oder eine arbeitsplatzbezogene Rehabilitation sein. Ziel ist es, eine Chronifizierung zu vermeiden, Krankheitsdauer und Fehlzeiten zu verkürzen und die Beschäftigungsfähigkeit dauerhaft zu erhalten. Beteiligt sind 15 Betriebskrankenkassen, 22 Betriebsstandorte und 10 Rentenversicherungsträger.

Eine Überführung in die Regelversorgung ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bei BGM-innovativ ist das denkbar einfach, weil es dazu nach unserer Einschätzung keiner Gesetzesänderung bedarf. Unser Konzept – sollte es sich bewähren – kann von anderen Krankenkassen übernommen und umgesetzt werden. Entscheidend für ein Gelingen sind die Strukturen und Prozesse im Setting vor Ort: das die Versicherten unterstützende Fallmanagement der Krankenkasse und die funktionierende Zusammenarbeit mit den Betrieben, den Betriebsärzten und mit den Rentenversicherungsträgern.

Welche Schwierigkeiten gab es für Sie bei der Antragstellung und welchen Rat würden Sie künftigen Antragstellern mit auf den Weg geben?

Moormann: Förderanträge zu schreiben, ist nicht wirklich das Kerngeschäft in einem Krankenkassenverband oder einer Krankenkasse, da mussten wir eine Reihe von Dingen erst einmal lernen. Viel Zeit blieb allerdings nicht für diesen Lernprozess. Deshalb hat es sich als sehr wertvoll erwiesen, unser Konzept und unseren Antrag frühzeitig mit dem Evaluationsinstitut zu diskutieren und insbesondere das inhaltliche Projekt – also die neue Versorgungform – mit den Anforderungen an eine wissenschaftliche Evaluation abzustimmen. Je früher man hier einsteigt, umso leichter fällt die spätere Ausgestaltung und umso weniger unliebsame Überraschungen treten auf. Sehr prägend für alle Prozesse von der Konzepterstellung über die Antragstellung bis hin zum Projektstart war der große (politisch vorgegebene) Zeitdruck. Jetzt, nachdem alle Akteure Erfahrung mit dem Innovationsfonds sammeln konnten, sollte sich die Situation ein wenig verbessert haben.

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

Knieps: Die BKK wünscht sich für den Innovationsfonds Kreativität, Mut und Verlässlichkeit. Dies gilt speziell für Projekte, die die Grenzen von etablierten Zuständigkeiten und Kompetenzen überwinden. Der Fonds sollte auch „disruptive“ Innovationen fördern. Weiter sollte alsbald Klarheit geschaffen werden, wie Innovationen künftig zügig in die Regelversorgung Eingang finden. Hier steht dem Innovationsfonds die Bewährungsprobe noch bevor. Schließlich sollte überlegt werden, wie der zentrale korporatistisch-administrative Steuerungsansatz in eine dezentrale wettbewerbliche Form, beispielsweise durch verpflichtende Budgetanteile für Forschung & Entwicklung, überführt werden kann.

BMC Schriftenreihe

Erste Projekte des Innovationsfonds, Perspektiven und Erwartungen der Akteure, Rahmenbedingungen und Methoden der Antragstellung

Allein die Dynamik, die seit Bekanntmachung der ersten Förderwelle in das Gesundheitswesen gekommen ist, beweist den initialen Erfolg des 2015 ins Leben gerufenen Innovationsfonds: Nahezu 250 Konsortien bildeten sich bisher und reichten Förderanträge ein, sodass es zu einer mehr als vierfachen Überzeichnung des Fonds kam. Ende 2016 wurde sodann die Förderung von 29 Projekten der neuen Versorgungsformen und 62 Projekten der Versorgungsforschung beschlossen.

Dies hat der BMC zum Anlass genommen, seine Schriftenreihe um einen Band zum Thema „Innovationsfonds“ zu erweitern. Nur drei Monate nach Versendung der ersten Förderbescheide präsentieren fast 180 Autoren hochaktuell die Erwartungen der Akteure an den Fonds sowie die ersten Vergabeentscheidungen. Dabei beleuchtet dieses Buch den Innovationsfonds aus dem Blickwinkel der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen und gibt praktische Hinweise für die Antragserstellung. Zudem stellen sich die erfolgreichen Projekte der ersten Förderwelle vor: Für 24 der 29 Projekte der „Neuen Versorgungsformen“ sowie 15 Versorgungsforschungsprojekte der ersten Förderwelle bietet das Buch einen Einblick in die wesentlichen Inhalte der Projektanträge sowie die Evaluationskonzepte

- exklusiver Einblick in die ersten Förderprojekte des Innovationsfonds
- aktuelle Impulse für die Gestaltung moderner Versorgungsstrukturen
- Perspektiven und Positionen der Akteure im Gesundheitssystem
- 426 Seiten, 46 Tabellen, ISBN: 978-3-95466-309-5

Bestellen Sie Ihr Exemplar unter:
www.mwv-berlin.de/produkte/!/title/innovationsfonds/id/499

SECHS FORDERUNGEN DES BMC ZUR BUNDESTAGSWAHL 2017 IM ÜBERBLICK

1
Patientenorientierung statt Silostrukturen

- Integriertes Vergütungssystem
- Sektorenübergreifende Kapazitätsplanung
- Eine Vertretung, die alle an der Versorgung Beteiligten einbezieht
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- Transparenz und Verfügungsgewalt der Patienten über ihre Gesundheitsdaten
- Größere Akteursvielfalt in der Versorgung

2
Mentalitätswandel durch den inter-professionellen Gesundheitscampus

- Alle Gesundheitsstudiengänge und -ausbildungen sollten zukünftig Module vorsehen, in denen Studierende und Auszubildende aller Gesundheitsberufe gemeinsam lernen
- Mentalitätswandel vom arztzentrierten zum teambasierten Versorgungsansatz

3
Neue Strukturen für eine umfassende regionale populationsbezogene Vollversorgung

- Rahmenbedingungen für tragfähige Geschäftsmodelle schaffen
- Sozialgesetzbücher verzahnen
- Zusammenarbeit auf kommunaler bzw. regionaler Ebene
- Hemmnisse für Investitionen der Krankenkassen in populationsorientierte Modelle abschaffen

4
Solidarische Finanzierung – unterschiedliche Tarifmodelle

- Anreize für Wahltarife mit versorgungsrelevanten Unterschieden schaffen
- Krankenkassen zur Leistungsbilanz über die Versorgungsergebnisse verpflichten

5
Dynamik des Innovationsfonds fortsetzen

- Konstruktion des Fonds anpassen: Akteure des Systems dürfen nicht selbst Entscheidungsträger sein
- Finanzierung durch Steuermittel, Kofinanzierung durch Dritte
- Förderperiode flexibilisieren

6
Beschleunigte Zugangswege für digitale Innovationen in die Versorgung

- Schnellstmögliche Einführung einer elektronischen Patientenakte
- Befristeter Fast-Track-Zugang in die Erstattungsfähigkeit für innovative digitale Anwendungen
- Gewährleistung von Interoperabilität

„ABSCHAFFUNG DER QUARTALSDENKE“ – DER BMC GIBT IMPULSE FÜR DIE BUNDESTAGSWAHL 2017

Wahlen sind Weichenstellungen – aus diesem Grund hat der BMC im November sein Impulspapier zur Bundestagswahl 2017 veröffentlicht. Als pluralistisches Gremium, das die Interessen seiner Mitglieder im politischen Raum vertritt, möchte der BMC mit seinen Forderungen den Fokus der politischen Entscheider schärfen und Reformbaustellen der kommenden Legislaturperiode definieren.

Der BMC setzt sich für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne einer zukunftsfähigen, qualitätsgesicherten und patientenorientierten Versorgung ein. Dies beinhaltet natürlich auch eine Auseinandersetzung mit politischen Fragestellungen.

Kernforderung des sechs Punkte umfassenden Impulspapiers zur Bundestagswahl 2017 ist ein Neuanfang der Vergütungssysteme, der das tradierte System des Quartalsbezugs aufhebt. In integrierten Vergütungssystemen sollen verschiedene Vergütungsmodelle kombiniert werden. Dafür ist die bisherige Quartalsdenke aufzubrechen und durch eine quartalsunabhängige Kombination von stark pauschalisierten, populationsbezogenen Elementen bis hin zu besonders förderwürdigen Einzelleistungen zu ersetzen.

Auch ist es erforderlich, Silostrukturen abzubauen und wichtige Einflussfaktoren wie Vergütung, Bedarfsplanung, Regulierung, Sicherstellung und Qualitätssicherung sektorenübergreifend zu vernetzen. Konkret bedeutet dies etwa die Schaffung sektorenübergreifender Kapazitätsplanung sowie sektorenübergreifender Qualitätssicherung.

Dringend notwendig ist weiterhin, die Kommunikation und sinnvolle Arbeitsteilung innerhalb der verschiedenen Heilberufe zu verbessern. Dafür ist ein interprofessioneller Gesundheitscampus einzurichten. Denn nur durch gemeinsames Lernen aller Heilberufe kann gegenseitiges Verständnis innerhalb der Sektoren verbessert und damit interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden.

Als positiv zu bewerten ist die bisherige Dynamik des Innovationsfonds, die es durch verschiedene Maßnahmen weiterzuentwickeln gilt. Um Fehlanreize bei der Auswahl der Projekte zu vermeiden, dürfen die Akteure des Systems nicht selbst die Entscheidungsträger sein.

Schließlich sind beschleunigte Zugangswege für digitale Innovationen erforderlich, d. h. Fast-Track-Zugänge für innovative digitale Anwendungen, Apps und Wearables in die Erstattungsfähigkeit durch die GKV. Notwendig ist zudem die schnellstmögliche Einführung einer nationalen elektronischen Patientenakte sowie die Förderung digitaler Technologien in der Patientenversorgung.

Trotz der zahlreichen Herausforderungen, die noch zu bewältigen sind, ist das Fazit des Impulspapiers positiv: „Die Voraussetzungen, um diese Herausforderungen anzugehen, sind

BMC-Workshop am 6. Dezember 2016 zu den gesundheitspolitischen Impulsen des BMC zur Bundestagswahl 2017

Die Teilnehmer / -innen des Workshops diskutieren angeregt an einem der Thementische

heute so gut wie nie zuvor. Wir haben exzellent ausgebildete Mediziner, Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachkräfte, wir haben ausreichend Geld im System und digitale Technologien bieten ganz neue Chancen, Patienten-Empowerment in die Realität umzusetzen.“ Packen wir es also an!

Das vollständige Impulspapier finden Sie unter:
www.bmcev.de/themen/bt-wahl/

BMC Workshop „Gesundheitspolitische Impulse des BMC für die Bundestagswahl 2017“ am 6. Dezember 2016

Da der BMC die Anregungen seiner Mitglieder sehr ernst nimmt, hat er am 6. Dezember 2016 im Rahmen eines interaktiven Workshops mit Vertretern des BMC-Vorstandes seine Positionen präsentiert und diskutiert. Gegliedert nach den Forderungen des Impulspapiers hatten die Teilnehmer des Workshops die Möglichkeit, an sechs Thementischen in kleinen Runden jeweils zu den Themenfeldern Silostrukturen, Gesundheitscampus, Regionale Vollversorgung, Tarifmodelle, Innovationsfonds und Digitale Innovationen im Langenbeck-Virchow-Haus zu diskutieren.

Moderiert wurden diese Thementische von Prof. Dr. Volker Amelung, Ralf Sjuts, Franz Knieps, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Ralph Lägel und Dr. Susanne Ozegowski. Insgesamt wurde dieses interaktive Angebot sehr gut angenommen und die Teilnehmer diskutierten rege an den verschiedenen Thementischen.

„Der BMC ermöglicht seinen Mitgliedern durch die Vielzahl von Veranstaltungen einen objektiven Blick in den Maschinenraum des deutschen Gesundheitswesens.“

Mark Barjenbruch, *Vorsitzender des Vorstandes, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen*

ARBEITS- UND PROJEKTGRUPPEN

AG

ARBEITSGRUPPEN

ARBEITSGRUPPE
Arzneimittel-versorgung
Seite 18

ARBEITSGRUPPE
Neue Versorgungs-formen
Seite 20

ARBEITSGRUPPE
Nutzen-bewertung und Präferenz-messung
Seite 22

PG

PROJEKTGRUPPEN

PROJEKTGRUPPE
Ambulante spezialfach-ärztliche Versorgung
Seite 24

PROJEKTGRUPPE
Ambulante Versorgungs-unternehmen
Seite 26

PROJEKTGRUPPE
Patienten-empowerment
Seite 28

PROJEKTGRUPPE
Seltene Erkrankungen
Seite 30

PROJEKTGRUPPE
Pflege und Integrierte Versorgung
Seite 32

AG

ARBEITSGRUPPE ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Nachdem Dr. Peter Blees, Leiter Gesundheitspolitik, Merck Serono GmbH, sich 2016 aus seiner AG-Leiterfunktion zurückzog, wird Susanne Eble nunmehr von Dr. Silvia Woskowski bei der Leitung der Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung unterstützt. Im Fokus dieser Arbeitsgruppe stehen aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in der Arzneimittelversorgung. Im Juli betrachtete die AG die Auswirkungen des Antikorruptionsgesetzes auf die Kooperation von Industrie und Ärzten sowie Ärztekooperationen und stellte sich im Dezember die Frage „Was kommt nach dem EuGH-Urteil zur Arzneimittelpreisbindung?“

LEITUNG DER ARBEITSGRUPPE

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

Dr. Silvia Woskowski, *LL.M., Rechtsanwältin Roche Pharma AG Public Policy*

Was kommt nach dem EuGH-Urteil zur Arzneimittelpreisbindung?

Der EuGH hatte am 19. Oktober 2016 die Tür für ausländische Versandhandelsapotheken geöffnet, um von der deutschen Apotheken-Preisbindung abzuweichen. Daher ging die AG am 14. Dezember 2016 vor allem den Fragen nach, wie der Gesetzgeber mit dieser neuen Situation umgehen wird, wie sich die aktuelle rechtliche Situation darstellt und welche Folgen sich hieraus für die betroffenen Akteure ergeben. Hierzu diskutierten die Referenten Dr. Andreas Kiefer, Präsident der Bundesapothekerkammer und Mitglied des Vorstands der Bundesverband Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Rechtsanwalt Claus Burgardt, Fachanwalt für Medizinrecht, Partner der Kanzlei Sträter Rechtsanwälte, Christian Buse, Vorsitzender des Bundesverbands Deutscher Versandapotheken (BVDVA), sowie Mascha Lazar, Teamleiterin Verträge Arzneimittel, AOK Nordost. Als Gäste waren vorwiegend Vertreter von Pharmaunternehmen und Krankenkassen anwesend, aber auch Apotheker einschließlich ihrer Interessenvertreter sowie Angehörige sonstiger Gesundheitseinrichtungen beteiligten sich an dieser Diskussion.

Zunächst erläuterte Claus Burgardt die Argumentationslinie des EuGH und zeigte die aus dem Urteil erwachsenden Handlungsszenarien auf:

1. der Gesetzgeber handelt nicht und nimmt eine Inländerdiskriminierung in Kauf
2. der Gesetzgeber verhängt ein vollständiges Rx-Versandhandelsverbot
3. der Gesetzgeber legt verbindliche Höchstpreisregelungen für Rx-Arzneimittel fest oder aber
4. der Gesetzgeber stellt die Apothekenvergütung auf eine Transaktionsgebühr um.

Diese Szenarien verortete Burgardt in der politischen und juristischen Diskussion und stellte fest: „Wenn keine gesetzliche Änderung erfolgt, dann führt das EuGH-Urteil zu einer Inländerdiskriminierung, die erhebliche mittel- und langfristige Auswirkungen auf den Handel, die Industrie und Apotheken auf allen Handelsstufen hat und mit einer völligen Neugestaltung der Wettbewerbsverhältnisse verbunden ist.“

Mit Nachdruck warnte Dr. Andreas Kiefer vor den aus dem Urteil erwachsenden Risiken: „Die Lockerung der Arzneimittelpreisbindung zerstört das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenkassen.“ Denn nach dem Urteil des EuGH könne ein zuzahlungsbefreiter Patient bei einer ausländischen Versandapotheke ein Rezept einreichen, und erhielte – ohne eine Zuzahlung zu leisten – dafür einen Rezeptbonus. „Zuzahlungsbefreite Patienten würden damit nicht nur komplett auf Kosten der Solidargemeinschaft versorgt“, so Kiefer, „sondern sie könnten durch das Einlösen eines Kassenrezepts auch noch Geld verdienen.“ Auch würden durch das EuGH-Urteil gerade Apotheken im ländlichen Raum wirtschaftlich in ihrer Existenz bedroht.

Die Gefahr eines solchen „Apothekensterbens“ durch Aufhebung des Rx-Boni-Verbotes konnte Christian Buse hingegen

Unter den Gästen der AG-Sitzung zum EuGH-Urteil zur Arzneimittelpreisbindung am 14. Dezember 2016 waren Vertreter von Pharmaunternehmen, Krankenkassen, Apotheker sowie Angehörige verschiedener Gesundheitseinrichtungen

nicht erkennen. Eine Versandhandelserlaubnis hätten gerade einmal ca. 3.000 der etwa 20.000 Apotheken in Deutschland. Die Digitalisierung des Gesundheitsmarktes schreite generell immer weiter voran und der Arzneimittelversandhandel ergänze die flächendeckende Versorgung. Zudem bringe der Preiswettbewerb im Arzneimittelwesen Kostenvorteile für die Kostenträger und damit auch für die Versichertengemeinschaft. Zusammenfassend fordert Buse: „Marktentwicklung braucht Bewegung!“

Einen pragmatischen Ton schlug Mascha Lazar als letzte der Referierenden ein: „Maßnahmen und Regelungen müssen sich an der Versorgung und nicht an Interessen orientieren.“ Ziel sei eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Arzneimitteln durch interdisziplinäres Medikationsmanagement. „Dafür“, so Lazar, „brauchen wir den Dialog zwischen allen Beteiligten, um die Balance zwischen Interessenvertretung und Systemverantwortung zu erhalten.“

Korruption im Gesundheitswesen und Auswirkungen des Antikorruptionsgesetzes

Mit dem im Juni 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen („Antikorruptionsgesetz“) setzte sich die Arbeitsgruppe in ihrer Veranstaltung am 15. Juli 2016 auseinander. Das Gesundheitswesen ist die erste Branche, für die mit den §§ 299a und 299b StGB eigene „Korruptionsparagraphen“ gelten, welche die Tatbestände der Bestechlichkeit und der Bestechung regeln und ahnden. Medizin- und Strafrechtsanwalt Dr. Michael Tsambikakis legte ausführlich dar, welche Folgen das Gesetz für die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Pharmaunternehmen hat und welche Veränderungen sich an der Schnittstelle zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern – insbesondere für die Einweisungen von Patienten – ergeben. Die zahlreichen Nachfragen und Fallbeispiele der Teilnehmer bewiesen, dass die neuen rechtlichen Regelungen in der Praxis für zahlreiche Unsicherheiten sorgen, denen es durch umsichtiges Handeln der Gesundheitsakteure bei Ausgestaltung der jeweiligen Kooperationsverhältnisse zu entsprechen gilt.

Christian Buse (Bild unten) fordert mehr Bewegung im Apothekenmarkt, anschließend diskutiert er mit Mascha Lazar und Dr. Andreas Kiefer (Bild oben)

Ausblick

Auch in 2017 wird die Arbeitsgruppe die aktuellen Entwicklungen in der Arzneimittelversorgung thematisieren, mit Fokus auf das GKV-VSG (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz / AMNOG II) und den damit einhergehenden Veränderungen. Bereits zu Beginn des Jahres, im Rahmen des BMC-Kongresses, beleuchtete die AG einen der Kernpunkte des GKV-VSG – die Umsetzung der Frühen Nutzenbewertung in die Arztinformationssysteme.

AG

ARBEITSGRUPPE NEUE VERSORGUNGSFORMEN

Die Themen der Arbeitsgruppe waren im Jahr 2016 gewohnt vielfältig: Das Pro und Contra ärztlicher Zweitmeinungen, digitale Kommunikationsansätze in der Versorgung und die ersten vom Innovationsfonds geförderten Projekte standen auf der Agenda.

Zweitmeinungsverfahren: Status, Umsetzungserfahrungen, Lösungen

Am 24. Mai fand die erste Veranstaltung der AG Neue Versorgungsformen zum Thema Zweitmeinungsverfahren statt. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hatte der Gesetzgeber den Weg für ein strukturiertes Zweitmeinungsverfahren geebnet – fünf Akteure aus dem Gesundheitswesen nahmen nun hierzu Stellung.

Seitens der Krankenkassen bestehe aktuell ein hoher Bedarf an Zweitmeinungen, so Markus Lelle, Leiter Verträge und Versorgung der IKK Südwest. Erste Erkenntnisse haben gezeigt, dass sowohl Patienten als auch Krankenkassen und Leistungserbringer klare Vorteile aus strukturierten Zweitmeinungen ziehen. Herr Lelle mahnte jedoch abzuwarten, ob sich der Erfolg einer Zweitmeinung langfristig ebenfalls manifestiert.

Auch Klaus Rupp, Leiter des Fachbereichs Versorgungsmanagement der Techniker Krankenkasse, sprach sich für Zweitmeinungen aus. Insbesondere im orthopädischen Bereich konnten erste Erfolge verzeichnet werden: So entschieden sich laut einer Umfrage unter TK-Versicherten rund 20 Prozent der Patienten nach Einholung einer Zweitmeinung doch für eine konservative Therapie anstelle einer Operation.

Eine weitere Erfolgsgeschichte aus dem Bereich Rückenschmerztherapie wurde von Tim Jäger, Key Account Manager bei FPZ: Deutschland den Rücken stärken, vorgestellt. Zusammen mit der BARMER bietet das FPZ den Versicherten der BARMER im Rahmen der Besonderen Versorgung Rückenschmerz die Möglichkeit eine Zweitmeinung einzuholen an. Dies konnte die Anzahl der Krankenhausaufenthalte von 60 auf 35 Prozent reduzieren und die Patientenzufriedenheit erhöhen.

Eine andere Position im Hinblick auf das Einholen von Zweitmeinungen vertrat Frau Professorin Ingrid Mühlhauser, Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Ihr zufolge ist es von größerer Bedeutung, die „Meinung“ des Patienten zu stärken, statt eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Patienteninformationen müssen verständlicher und transparenter gestaltet werden, insbesondere müsse über Nutzen und Schaden aller Therapieoptionen aufgeklärt werden. Nur so seien Patienten in der Lage, informierte und partizipative Entscheidungen zu treffen.

In der Rubrik Start-up wurde das Unternehmen Medexo, das sich auf die Erstellung von Zweitmeinungen spezialisiert hat, vorgestellt. Dr. Jan-Christoph Loh, Geschäftsführer der Medexo GmbH, informierte über das Verfahren: Über ein Online-System kann der Patient alle notwendigen Dokumente hochladen, diese werden dann von Spezialisten begutachtet. Zudem kann ein kostenfreier ärztlicher Telefonservice kontaktiert werden. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung aus dem Jahr 2014 / 15 ergab eine Einsparung von rund 63 Prozent der Operationen.

Fachtagung „Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht!“

Die zweite Sitzung der AG Neue Versorgungsformen fand am 13. April 2016 im Rahmen der Fachtagung „Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht!“ statt. Auf Seite 42 wird ausführlich über die Fachtagung berichtet.

Digitale Kommunikationsansätze in der Versorgung

Die dritte Sitzung der AG Neue Versorgungsformen fand am 6. September 2016 statt und befasste sich mit digitalen Kommunikationsansätzen in der Versorgung.

„Flexible Lösungen hinsichtlich digitaler Anwendungen werden dringend benötigt, allerdings bewegen sich die Krankenkassen aufgrund der hohen Datenschutzanforderungen in einem sehr engen Korsett“, so Antje Kapinsky, Fachleitung Gesundheitspolitik bei der Techniker Krankenkasse. Vorhandene

LEITUNG DER ARBEITSGRUPPE

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

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

Potentiale könnten aufgrund der Nutzungsbeschränkungen für Routinedaten oft nicht genutzt werden.

Die Deutsche Arzt AG kooperiert mit Krankenkassen und hat bereits ein breites digitales Produktportfolio aufgebaut, das von der Online-Sprechstunde über die Online-Therapie bis hin zur digitalen Gesundheitsakte reicht. Vorgestellt wurden diese Leistungen von Lars-Hendrik Wassenaar, Bereichsleiter Gesundheitsmanagement bei der Deutschen Arzt AG. Über Selektivverträge werden bislang immerhin 2,5 Millionen Versicherte erreicht.

„Der BMC ist seit Jahren eine Institution für den Austausch von Unternehmen, Körperschaften und Organisationen zu allen Facetten von Managed Care. Insbesondere die unterschiedlichen Veranstaltungsformate ermöglichen interessante Einblicke in spannende Projekte und Initiativen der Mitglieder. Die KVTG ist daher gerne Mitglied und beteiligt sich an der gemeinsamen Arbeit zur Verbesserung der Patientenversorgung.“

Dr. Florian Fuhrmann, *Geschäftsführer, KV Telematik*

Am Nachmittag wurde der Blick gen Nachbarland Schweiz gerichtet. Cédric Berset, Director Marketing, Communications & Sales bei Medgate, zeigte auf, dass telemedizinische Leistungen in der ambulanten Versorgung der Schweiz längst angekommen sind. Statistiken belegen, dass bis zu 80 Prozent der Fälle bei einigen Indikationen rein telemedizinisch abgeschlossen werden können. Die vorgestellten Abläufe und Zahlen zeigten sehr eindrucksvoll, welches Potenzial in den Anwendungen steckt und wie hoch der Nachholbedarf in Deutschland noch ist.

Abschließend gab Nino Mangiapane, Leiter des Referats Grundsatzfragen Telematik/eHealth im Bundesministerium für Gesundheit, einen Überblick über den weiteren Fahrplan des eHealth-Gesetzes. Auf der Agenda stehe, die Strukturen der gematik sowie die Interoperabilität informationstechnischer Systeme zu verbessern, Prozessstrukturen zur Verbesserung des Informationsaustausches in und zwischen den Sektoren aufzubauen sowie telemedizinische Leistungen zu fördern.

Als Start-up wurde in dieser Sitzung das Unternehmen arztkonsultation.de – die Online Seh- und Sprechstunde, vorgestellt. Arztkonsultation.de bietet behandelnden Ärzten die Möglichkeit, sich auch online per Video mit ihren Patienten austauschen zu können.

Innovationsfonds – Die ersten Projekte mit Förderbescheid

Die letzte Sitzung des Jahres stand ganz im Zeichen der Aktualität: Gerade einmal zwei Wochen nach Versenden der Zwischenbescheide, wurden am 15. November die ersten vom Innovationsfonds geförderten Projekte vorgestellt.

Wie innovatives Fallmanagement bei chronisch Herzerkrankten in Mecklenburg-Vorpommern aussehen kann, wurde von Pramono Supantia, Leiter Unternehmensbereich Versorgung der AOK Nordost, vorgestellt. Beim Projekt „HerzEffekt MV“ hält der Patient über eine App Kontakt mit einem telemedizinischen Care-Center, das die Vitalparameter des Patienten überwacht und einen Arzt einschaltet, sofern diese sich merklich verschlechtern.

Vollkommen neue Versorgungsstrukturen sollen auch in Templin erprobt werden, so Lutz Freiberg, Geschäftsführer der IGiB GbR. Das Projekt „StimMT“ strebt eine bessere Verzahnung der Sektoren durch ambulant-stationäre Zentren und eine Stärkung der wohnortnahen Versorgung an.

Das Projekt „Rheuma – VOR“ zur Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation wurde von Dr. Kirsten Hoeper, Geschäftsführerin des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Niedersachsen e. V., vorgestellt. Interdisziplinär besetzte Koordinationsstellen in Rheumazentren steuern hier eine koordinierte Versorgung von Patienten zwischen Haus- und Fachärzten und tragen somit zu einer früheren Diagnose rheumatischer Erkrankungen bei.

Das vierte Projekt wurde von Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle, Leiter des Zentrums für interdisziplinäre Schmerzmedizin (ZIS) am Klinikum rechts der Isar, präsentiert. Mit „Rise up“ geht eine digitale und multimodale Therapie gegen Rückenschmerzen an den Start, die in den strukturierten Behandlungsplan der Patienten eingebaut wird.

Ausblick

Auch im Jahr 2017 beschäftigt uns der Innovationsfonds: Weitere Projekte werden vorgestellt und der Fortschritt bereits vorgestellter Projekte evaluiert. Darüber hinaus steht eine Fachtagung zur Primärversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen an. Last but not least soll eine Sitzung Impulse für die Gesundheitspolitik der nächsten Legislaturperiode geben.

AG

ARBEITSGRUPPE NUTZENBEWERTUNG UND PRÄFERENZMESSUNG

Auch im Jahr 2016 stand in der AG Nutzenbewertung und Präferenzmessung die Frage im Mittelpunkt, wie der Patient zum zentralen Maßstab für die Qualität der Versorgung werden kann. Inwieweit lassen sich Daten aus Patientenbefragungen für Qualitätsbeurteilungen nutzen? Und wie kann man Patientenpräferenzen für die Gewichtung und Beurteilung konkurrierender Entscheidungskriterien berücksichtigen? Diese Themen waren Gegenstand von zwei Arbeitsgruppen-Treffen im Jahr 2016, die jeweils unter der Leitung von Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Professor für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement an der Hochschule Neubrandenburg, stattfanden.

Patient-Reported Outcomes als Maßstab für Qualität

Die erste Sitzung des Jahres fand am 18. Juli 2016 statt. Der Patient als Datenquelle – so das Konzept der Patient Reported Outcomes (PRO). „PRO's stellen ein geeignetes Messinstrument zur patientenseitigen Beurteilung der Ergebnisqualität im Bereich der Qualitätssicherung dar", so Dr. Konstanze Blatt, Leiterin des Fachbereichs Befragung beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Das IQTIG setze auf PRO's, da der Patient als Adressat der Behandlung in der Lage ist, qualifiziert Auskunft über eine Veränderung bzw. Verbesserung seines Gesundheitszustandes zu geben.

Die Frage, ob Patientenpräferenzen bei Diabetes von der Patientenvertretung im G-BA-Verfahren richtig abgebildet werden, konnte Dieter Möhler, ehem. Bundesvorsitzender des Deutschen Diabetiker Bundes e. V., nicht bejahen. Eine Bewertung durch einzelne Vertreter sei nicht möglich, da das Krankheitserleben bei Diabetespatienten sehr unterschiedlich sei und sich Patienten unterschiedlichen Geschlechts oder Alters in ihren Patientenpräferenzen stark unterscheiden.

Dr. Ilona Köster-Steinebach, Referentin im Team Gesundheit und Pflege der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., machte die Notwendigkeit organisierter Patientenvertretungen deutlich: Zwar ist es essentiell, Patienten durch Befragung in den Qualitätssicherungsprozess einzubinden, da diese den Versorgungsalltag unmittelbar erleben. Gleichzeitig sind einzelne Patienten jedoch meist nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse objektiv zu artikulieren. Zudem seien sie mit den Verfahrenswegen, bspw. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), nicht hinreichend vertraut.

Die jeweiligen Vorträge haben die Teilnehmer der Sitzung, die sich zum großen Teil aus Vertretern der pharmazeutischen Industrie zusammensetzten, zu intensiven Diskussionen angeregt. So wurden auch die Grenzen von Patientenbefragungen ausgelotet. Bei der Abbildung von Patientenpräferenzen sei es nahezu unmöglich, alle relevanten Aspekte, wie etwa das soziale Umfeld des Patienten, miteinzubeziehen. „Es gilt folglich, zwischen Pragmatismus und Wissenschaft abzuwägen", so Dr. Konstanze Blatt.

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

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

Dr. Beate Bestmann sprach am 7. Dezember 2016 auf der AG-Veranstaltung über die informierte und partizipative Entscheidungsfindung

Multikriterielle Entscheidungsfindung: Methoden und Instrumente

Die zweite Sitzung der AG am 7. Dezember 2016, nahm hingegen einen stark methodischen Fokus ein: Es ging dabei insbesondere um die multikriterielle Entscheidungsanalyse (Multi-Criteria Decision Making, MCDA). Ziel dieser Methodik ist die Rangreihung verschiedener Behandlungsoptionen anhand des jeweiligen Gesamtnutzens, wie Prof. Dr. Axel Mühlbacher einführend erläuterte. Dies ist beispielsweise relevant, wenn sich ein Patient zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen entscheiden muss, die jeweils mit Vor- und Nachteilen (bzw. Nutzen und Schaden) behaftet sind.

Dr. Matthias Perleth und Katharina Schmidt am 7. Dezember 2016 auf der AG-Veranstaltung zur Multikriteriellen Entscheidungsfindung

Für den G-BA sei die Heranziehung eines „Maß des Gesamtnutzens“ jedoch nicht erwägenswert, da eine unsichere Datenlage mit einer konkreten Zahl maskiert werden würde, so PD Dr. Matthias Perleth, Leiter der Abteilung Fachberatung Medizin beim G-BA. Die Nutzenbewertung im G-BA ziele somit darauf ab, festzustellen, ob a) der Nutzen einer Behandlungsmethode als belegt anzusehen ist, b) der Nutzen als nicht hinreichend belegt anzusehen ist, aber Potenzial besteht, oder c) eine Behandlungsmethode kein Potenzial für eine Behandlungsalternative besitze.

Vom „Discrete Choice Experiment“ zur „Swing weight Methode“ – einen Überblick über die zahlreichen Ansätze der multikriteriellen Entscheidungsfindung gab Katharina Schmidt, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Center for Health Economics Research Hannover. Zwar bringe jede Methode Vor- und Nachteile mit sich, zu keiner Entscheidung zu gelangen sei jedoch ebenfalls keine Option. Denn schon Benjamin Franklin (1706–1790) bemerkte: „Die schlimmste Entscheidung ist die Unentschlossenheit.“

Über die Aktivitäten der Techniker Krankenkasse (TK) zur Unterstützung einer partizipativen und informierten Entscheidung berichtete Dr. Beate Bestmann, Sozialwissenschaftlerin am Wissenschaftlichen Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG). Eine Stärkung der Gesundheitskompetenz nütze sowohl Patient als auch Kostenträger, da Krankenhauseinweisungen und die Notwendigkeit von Notfallbehandlungen reduziert würden.

Ausblick

An diese Themen knüpft die AG auch im Jahr 2017 an: Auf der Agenda der ersten AG-Sitzung steht die Bestandsaufnahme von Entscheidungen über Erstattung und Vergütung und deren Rahmenbedingungen. Die zweite Sitzung beschäftigt sich dann mit der Messung von Lebensqualität und wirft einen Blick auf deren Entwicklungspotentiale.

PG

PROJEKTGRUPPE AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Im Jahr 2016 gab es einige Neuerungen im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Der G-BA-Beschluss zur pulmonalen Hypertonie trat in Kraft und zwei weitere Indikationen – rheumatologische Erkrankungen und Mukoviszidose – wurden beschlossen. Auch die Zahl der Teams ist im Jahr 2016 sichtbar gestiegen: Ende 2015 nahmen 42 Teams an der ASV teil, Ende 2016 waren es bereits 62. Damit einher ging ein Anstieg der Patientenzahlen um fast 2000 Patienten. Allerdings existieren bislang nur für zwei Indikationen-Teams – Tuberkulose und gastrointestinale Tumoren. Die Projektgruppe ASV hat die Entwicklungen in der ASV genau verfolgt und analysiert.

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Prof. Roger Jaeckel, *Director Market Access D.A.CH, Baxter International Inc.*

Die ASV in der Onkologie aus Sicht des Bundesverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V.

Bei der ersten Sitzung des Jahres am 16. Februar 2016 erläuterte Armin Goetzenich, Geschäftsführer des Bundesverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V. (BNHO) in seinem Vortrag, dass der Verdrängungswettbewerb in der Onkologie ein großes Problem für die Gründung von ASV-Teams darstelle. Viele Onkologen seien nicht mehr als niedergelassene Ärzte, sondern im Anstellungsverhältnis tätig und könnten somit nicht eigenmächtig entscheiden, ob sie an der ASV teilnehmen möchten oder nicht. Bedingt sei dies durch den anhaltenden Trend zur MVZ-Gründung und den massiven Aufkauf von Praxen durch große Klinikkonzerne.

Einführung eines diagnosebezogenen Vergütungssystems in der ASV: G-DRG-System als Vorbild?

In der zweiten Sitzung am 9. Juni 2016 stellten Dr. Michael Wilke, Geschäftsführer der inspiring-health GmbH und Dr. Hans-Friedrich Spies, Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. (BDI), das Gutachten zur „Erstellung einer Honorierungssystematik für die ASV gem. § 116b SGB V“ vor. Ziel des Gutachtens war es, eine alternative Vergütungsform für ASV-Leistungen zu konzipieren. So wurden ASV-DRGs kalkuliert und diese mit der tatsächlichen Vergütung über den EBM verglichen. Insgesamt ergab sich eine zufriedenstellende Korrelation, darüber hinaus bildeten die ASV-DRGs die Teamsystematik besser ab. Inwiefern die ASV-DRGs eine Alternative zur derzeitigen Vergütungsregelung darstellen, soll nun ein Pilotprojekt mit einer Krankenkasse zeigen.

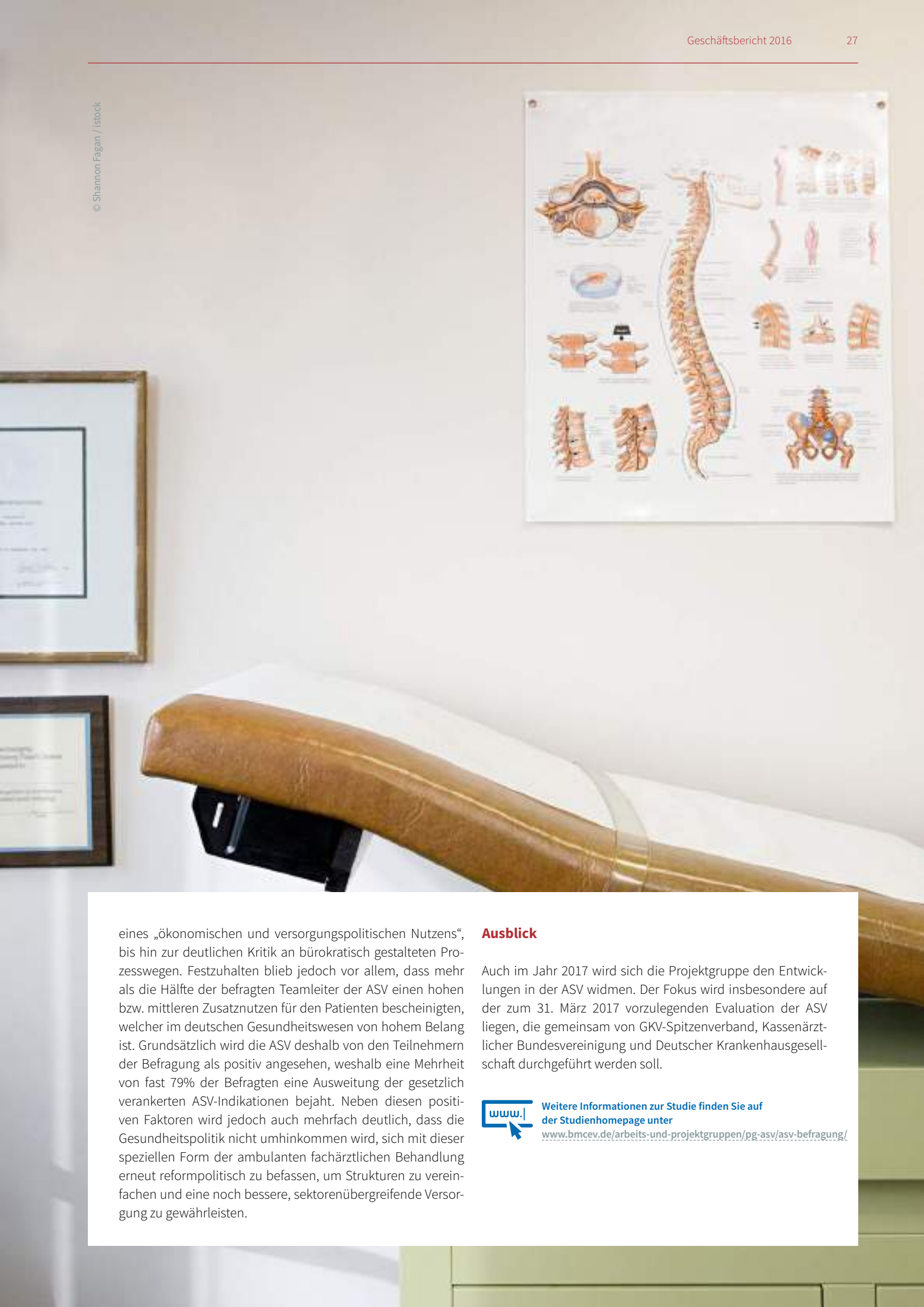
ASV live: Erfahrungsbericht eines Teamleiters

In der dritten Sitzung am 30. November war PD Dr. Dirk Hartmann, Chefarzt im Sana-Klinikum Berlin Lichtenberg und Leiter eines ASV-Teams zur Behandlung gastrointestinaler Tumoren, zu Gast. Sein Team wurde auf bereits vorhandene Strukturen aufgebaut. Trotzdem wäre die ASV-Teilnahme ohne einen „Kümmerer“ nicht möglich gewesen. Darüber hinaus wurde eigens eine ASV-Koordinatorin eingestellt. Generell bewertete Dr. Hartmann die ASV positiv, da sie eine bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors sowie eine Nutzung aller zur Verfügung stehender Ressourcen ermöglicht. Weiterhin bedeute die ASV kurze und unbürokratische Wege für den Patienten. Probleme dahingegen bereiteten die zahlreichen ungeklärten Fragen etwa hinsichtlich der Abrechnung der gemeinsamen Sprechstunde, auf die weder die Krankenkassen noch der erweiterte Landesausschuss Antworten haben.

Umfrage unter zugelassenen ASV-Teams

Bereits in der ersten Sitzung des Jahres stellten Prof. Roger Jaeckel, Market Access Director D.A.CH der Baxter Deutschland GmbH und Leiter der Projektgruppe ASV, und Robin Rüsenberg, Geschäftsführer der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V., die Idee vor, eine Umfrage zur ASV unter bereits zugelassenen ASV-Teams durchzuführen. Ziel der Umfrage war die Gewinnung von Erkenntnissen hinsichtlich der Entwicklungen in der ASV seit der Neufassung des § 116b SGB V zum 1. Januar 2012. Ebenfalls sollten etwaige Problemfelder identifiziert werden, um diese dann an Entscheidungsträger weiterzuleiten. Anregung zur Durchführung einer solchen Befragung gab ein Sondergutachten, das der Sachverständigenrat Gesundheit 2012 zur Untersuchung der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser nach der alten Rechtslage des § 116b SGB V durchgeführt hatte.

Im Oktober 2016 startete die Befragung der ASV Teams, bei der Fragebögen von insgesamt 20 Teamleitern ausgewertet wurden. Die Ergebnisse reichten von positivem Feedback



© Shannon Fagan / istock

eines „ökonomischen und versorgungspolitischen Nutzens“, bis hin zur deutlichen Kritik an bürokratisch gestalteten Prozesswegen. Festzuhalten blieb jedoch vor allem, dass mehr als die Hälfte der befragten Teamleiter der ASV einen hohen bzw. mittleren Zusatznutzen für den Patienten bescheinigten, welcher im deutschen Gesundheitswesen von hohem Belang ist. Grundsätzlich wird die ASV deshalb von den Teilnehmern der Befragung als positiv angesehen, weshalb eine Mehrheit von fast 79% der Befragten eine Ausweitung der gesetzlich verankerten ASV-Indikationen bejaht. Neben diesen positiven Faktoren wird jedoch auch mehrfach deutlich, dass die Gesundheitspolitik nicht umhinkommen wird, sich mit dieser speziellen Form der ambulanten fachärztlichen Behandlung erneut reformpolitisch zu befassen, um Strukturen zu vereinfachen und eine noch bessere, sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten.

Ausblick

Auch im Jahr 2017 wird sich die Projektgruppe den Entwicklungen in der ASV widmen. Der Fokus wird insbesondere auf der zum 31. März 2017 vorzulegenden Evaluation der ASV liegen, die gemeinsam von GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft durchgeführt werden soll.

Weitere Informationen zur Studie finden Sie auf der Studienhomepage unter
www.bmcev.de/arbeits-und-projektgruppen/pg-asv/asv-befragung/

PG

PROJEKTGRUPPE AMBULANTE VERSORGUNGSUNTERNEHMEN

Auch im Jahr 2016 erarbeitete die Projektgruppe Ambulante Versorgungsunternehmen (AVU) unter Leitung von Dr. Ursula Hahn und Dr. Albrecht Kloepfer neue Strategien zur Verbesserung ambulanter Versorgungsstrukturen. AVU werden in verschiedenen Formen tätig: Als Medizinische Versorgungszentren (MVZ), große (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaften, Praxiskliniken, als von Kassenärztlichen Vereinigungen oder anderen Managementgesellschaften gemanagte Netze – Ziel der Arbeit der Projektgruppe ist es, die verschiedenen Formen von AVUs zu stärken.

In einem neuen Eckpunktepapier greift die Projektgruppe die intersektorale Versorgungsstruktur vieler AVUs auf; tatsächlich betreuen schon heute intersektorale AVUs über die ganze Bandbreite der Medizin von ambulanter Grundversorgung bis stationärer Versorgung und leisten damit genau das, was der Gesetzgeber seit Jahren fordert: intersektorale, kontinuierliche Betreuung ohne Versorgungsabbrüche.

Was sind Intersektorale ambulante Versorgungunternehmen?

Intersektorale ambulante Versorgungsunternehmen (Intersektorale AVU) sind größere Unternehmen unterschiedlicher Rechtsformen, die ihre Wurzeln in der ambulanten Versorgung haben. Dazu gehören etwa Intersektorale Facharztzentren (IFZ) in der Rechtsform von MVZ oder Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxiskliniken, Ärztehäuser an Krankenhäusern, Ärztenetze und andere Kooperationsformen mit stationärem Versorgungspotential.

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Dr. Ursula Hahn, *Geschäftsführerin, OcuNet Gruppe*

Dr. Albrecht Kloepfer, *Büro für gesundheitspolitische Kommunikation*

Welchen Nutzen haben Intersektorale AVU und welchen zusätzlichen Versorgungsbeitrag leisten sie?

Intersektorale AVU bieten im Vergleich zu anderen ambulanten und stationären Leistungserbringern eine wesentlich höhere Versorgungstiefe, die eine ambulante Grund- und Spezialversorgung, zum Teil auch ambulantes Operieren und stationäre Versorgung umfasst. Dadurch wird der schnittstellenfreie Datenfluss gewährleistet, was gleichzeitig Sicherheit und Entlastung für den Patienten bedeutet.

Aus der vertragsärztlichen Versorgung kommend, beherrschen Intersektorale AVU die spezifischen Anforderungen des ambulanten Bereiches. Dabei weisen sie aus gesundheitsökonomischer Sicht sowohl Effizienz- als auch Effektivitätsvorteile auf, da sie in der Regel Einheiten mit einem im Vergleich zum Krankenhaus kleineren Versorgungsauftrag sind, die auf Änderungen in den gesundheitsbezogenen und administrativen Rahmenbedingungen flexibel reagieren können.

Intersektorale AVU sind zudem monistisch finanziert, sodass die Abstimmung mit dem Finanzierungsträger Länder entfällt und sonstige Finanzierungssteuerungen aufgrund des einheitlichen Vergütungssystems einfacher umsetzbar sind.

„Ein wesentliches Merkmal des BMC ist die gelebte interdisziplinäre Diskussionskultur. Die vielfältige Mitgliederstruktur sowie die unterschiedlichen Formate und Schwerpunkte ermöglichen den gemeinsamen Austausch und das Formulieren von Lösungsansätzen unter Einbezug aller Akteure. Nur so können die vielfach geforderten Ansätze einer sektorübergreifenden, interdisziplinären und technikgestützten Versorgung tatsächlich Einzug in die öffentlichen und politischen Debatten erhalten und den notwendigen Wandel im Gesundheitswesen vorantreiben.“

Silvana Hansmann, *Governmental Affairs, Philips GmbH Market DACH*

© pressmaster / stockfresh

Was hindert Intersektorale AVU, einen größeren Versorgungsbeitrag zu leisten?

Die Benachteiligung von Intersektoralen AVU hat verschiedene Dimensionen:

- Als in der vertragsärztlichen Versorgung verortete Einrichtungen unterliegen Intersektorale AVU dem Erlaubnisvorbehalt – ein Vertragsarzt darf zu Lasten der GKV nur Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erbringen. Der Leistungsumfang des EBM ist jedoch erheblich begrenzt. Anders ist die Situation in den Hauptabteilungen der Krankenhäuser: Aufgrund des hier geltenden Verbotsvorbehalts können grundsätzlich alle Leistungen durchgeführt werden. Eine Ausnahme gibt es nur für explizit verbotene Leistungen.
- Je nach Typus des Intersektoralen AVU fehlt eine sozialrechtliche Verankerung bzw. die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben in den Verträgen. Arztnetze und Praxiskliniken werden zwar als Strukturen im Sozialgesetzbuch expressis verbis benannt, die Umsetzung auf der Ebene der Selbstverwaltung ist jedoch zum Teil unzureichend.
- Die finanzielle Förderung von intersektoralen AVUs ist schwierig und häufig unzureichend. Das hat verschiedene Dimensionen: stationäre Leistungen von Vertragsärzten / Belegärzten werden unzureichend vergütet, Koordinationsleistungen bei interdisziplinärem Spektrum werden nicht ausreichend abgebildet oder es fehlen schlicht Vergütungsregeln.
- Die fehlende Harmonisierung von arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen sowie steuerlichen Eckdaten erschwert darüber hinaus die Anstellung von Ärzten für Intersektorale AVU erheblich und auch straf- und haftungsrechtliche Fragen sind bei kooperativen Modellen für die betroffenen Einrichtungen oftmals kaum abschätzbar.

Welche Erwartungen an den Gesetzgeber haben Intersektorale AVU?

Forderungen von Intersektoralen AVU an den Gesetzgeber sind:

- Abbau sektorenspezifischer Hürden beziehungsweise Gleichbehandlung mit sektoralen Leistungserbringern.
- Einführung Intersektoraler AVU als eigenständige Versorgungsstruktur in das SGB V. In Anbetracht der unterschiedlichen Ausgestaltung von Intersektoralen AVU muss dazu ein generischer Gattungsbegriff etabliert werden. Die Leistungserbringereigenschaft wird für die generische Versorgungsstruktur bzw. für die verschiedenen Arten von Intersektoralen AVU angestrebt.
- Vereinheitlichung der Vergütungssysteme von DRG und EBM mit der Zielsetzung einer gleichen Vergütung für im Kern gleiche Leistungen. Perspektivisch ist ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre Leistungen anzustreben (Beispiel: Hybrid-DRGs, stationäre Pauschalen für Leistungserbringung nach Vorbild der Praxiskliniken).

Ausblick

Die Projektgruppe Ambulante Versorgungsunternehmen wird diese Forderungen in den nächsten Sitzungen weiter ausarbeiten und in Veranstaltungen öffentlichkeitswirksam diskutieren.

PG

PROJEKTGRUPPE PATIENTENEMPOWERMENT

Der Patient ist die größte „ungenutzte Ressource“ im Gesundheitssystem. Patientenempowerment zielt daher darauf ab, die Stellung des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung zu verbessern und ihm die aktive Schlüsselrolle in der Versorgung zu geben. Die in 2016 neu konstituierte Projektgruppe setzt sich damit auseinander, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um den Patienten zu befähigen, an seiner Versorgung mitwirken zu können.

Welche Instrumente zur Stärkung des Patienten sind bereits vorhanden? Wo bestehen Lücken? Die neue Projektgruppe Patientenempowerment greift die Ergebnisse der vergangenen Projektgruppe „Patientencoaching“ auf und setzt den Fokus stärker als bisher auf den „Patienten“. Die breit gefächerte Teilnehmerzusammensetzung aus Patientenvertretern, Pharmaindustrie, IT-Dienstleistern, Beratungsunternehmen und weiteren Institutionen verspricht interdisziplinäre Sichtweisen auf das vielschichtige Thema. Die erarbeiteten Verbesserungsvorschläge sollen letztlich auf Verbandsebene und mit Vertretern der Politik weiter erörtert werden.

Die konstituierende Sitzung fand am 12. Juli 2016 unter der Leitung von Cornelia Kittlick, AnyCare GmbH, und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG / Gesundes Kinzigtal GmbH, in Berlin statt. Ziel der Auftaktsitzung war es, konkrete Fragestellungen und Themen mithilfe der eingeladenen Referenten zu sammeln, ein erstes Arbeitsprogramm aufzustellen und so den Grundstein für die weitere Arbeit der Projektgruppe zu legen. So beleuchteten die Referenten die Herausforderungen und Perspektiven der involvierten Player auf das Thema „Patientenempowerment“. Ursula Faubel, Geschäftsführerin des Deutschen Rheuma-Liga Bundesverbands, befasste sich damit, wie das Gesundheitswesen dem Patienten als Individuum gerecht werden kann. Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Direktor des Instituts und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und Mitglied des BMC-Beirats, reflektierte aus Sicht der Wissenschaft die Chancen und Grenzen von Patientenempowerment und Dr. Andreas Meusch, Direktor des Wissenschaftlichen Instituts für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) der Techniker Krankenkasse, zeigte auf, welchen Einfluss ein „empowerter Patient“ auf die Finanzierung von Gesundheitsleistungen nimmt.

Interaktive Projektgruppenarbeit zu Patientenbildern während der Sitzung am 13. Oktober 2016

Während der Sitzung am 13. Oktober 2016 erfolgte mithilfe von Patiententypen eine Konsensbildung zur Definition von Patientenempowerment. Die Patientenbilder sollen als Referenzpunkte für die kommenden Konzepte dienen und individuelle Bedürfnisse und Anforderungen von Patienten an das Gesundheitssystem veranschaulichen.

Ausblick

Die Projektgruppenarbeit wird sich in den nächsten Sitzungen darauf konzentrieren, eine einheitliche Definition von Patientenempowerment unter Berücksichtigung der jeweiligen Sichtweisen von Betroffenen bis hin zu Wissenschaft und Marktteilnehmern zu formulieren. Weitere Agendapunkte sind die Klärung von Rollen – auch unter Berücksichtigung der systemischen Anforderungen –, die Definition von Mindeststandards an das Patientenempowerment sowie die Erstellung eines Positionspapiers mit Lösungsvorschlägen als Grundlage für Gespräche mit der Politik.

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Cornelia Kittlick, *Projektleiterin Strategische Projekte und Referentin der Geschäftsleitung, AnyCare GmbH*

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, *Vorstandsvorsitzender, OptiMedis AG, Geschäftsführer, Gesundes Kinzigtal GmbH*

INTERVIEW MIT DEN PROJEKTGRUPPENLEITERN DER PROJEKTGRUPPE PATIENTENEMPOWERMENT

Frau Kittlick, was hat Sie dazu veranlasst, die ehemalige Projektgruppe „Patientencoaching“ erneut aufzugreifen und den Fokus auf das Patientenempowerment zu legen?

Aktuelle Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung Schwierigkeiten im Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen hat. Daraus resultieren unter anderem Defizite bei der individuellen Krankheitsbewältigung sowie der Inanspruchnahme präventiver Leistungen. Die Gründe hierfür sind vielschichtig: Häufig wird die Verantwortung über die eigene Gesundheit in fremde Hände gelegt. Es fehlt an Motivation, Orientierung und Selbstvertrauen im Umgang mit der persönlichen Gesundheitssituation. Dies stellen wir auch immer wieder in der Betreuung und im Coaching von chronisch kranken Patienten fest. Häufig fehlt einfach jemand, der sich kümmert, der zuhört, Hilfestellungen gibt, über den richtigen Umgang mit der chronischen Erkrankung aufklärt und dabei die persönliche Gesundheits- und Sozialsituation berücksichtigt. Die steigende Komplexität des deutschen Gesundheitswesens erfordert neue Ansätze, Denkweisen und Kompetenzen. Nur so lässt sich die Versorgungssituation nachhaltig effektiver und effizienter gestalten.

Patientenempowerment ist eine Haltung, die auf bestehenden Fähigkeiten des Patienten aufbaut, ihn in seiner persönlichen Gesundheitssituation abholt und ihn schrittweise zu mehr Eigenverantwortung und Selbstvertrauen führt. Patientencoaching kann hierbei einen Ansatz darstellen, dieses Ziel zu erreichen. Patientenempowerment umfasst jedoch noch viele weitere Aspekte, die über den Coaching-Gedanken hinausgehen. Somit entstand die Idee, die Ergebnisse der ehemaligen Projektgruppe „Patientencoaching“ aufzugreifen und diese in einem übergeordneten Ansatz weiter zu entwickeln.

Herr Dr. Hildebrandt, wo sehen Sie momentan Schwachstellen beim Thema Patientenempowerment im deutschen Gesundheitswesen?

Im Grunde ist unser ganzes System anders ausgerichtet. Die Stärkung der Ressourcen des Patienten und seine Entscheidungsbeteiligung ist kein wirkliches Ziel, das auch durch die Vergütung und die Organisation des Gesundheitssystems angereizt wird. Das System denkt primär „leistungserbringerbezogen“ und nicht „patientenbezogen“. Der Arzt, das Krankenhaus oder der Physiotherapeut, der sich mit einem kognitiv oder sprachlich eingeschränkt verständnisfähigen Patienten länger unterhält, ihn über die bestmöglichen Bewältigungsmöglichkeiten seiner Erkrankung und gegebenenfalls Präventionsmöglichkeiten einer Progression aufklärt, kommt in eine wirtschaftliche Zwickmühle zwischen Ethik und unternehmerischem Handeln. Das fördert nicht das Patientenempowerment. Dies zeigt sich auch im alltäglichen Erleben. Gerade die Praxen in ärmeren großstädtischen Regionen mit überdurchschnittlich vielen Patienten mit Migrationshintergrund (und wir erleben das hautnah in Hamburg Billstedt-Horn) berichten uns, dass sie so überlaufen sind, dass sie gar nicht die Zeit finden für ein ruhiges Aufklärungsgespräch.

Herr Dr. Hildebrandt, gibt es aus Ihrer Sicht Länder, die eine Vorreiterrolle beim Patientenempowerment einnehmen? In welcher Form könnte sich Deutschland daran ein Beispiel nehmen?

Insgesamt würde ich das eher nicht sagen, aber Vorreiter sehe ich in Teilbereichen. So ist zum Beispiel England eindeutig weiter als wir beim Thema aktiver Patientenbeteiligung in der Versorgungsforschung. Alle Studienkonzepte müssen dort bei dem Wunsch nach einer öffentlichen Förderung vorab bereits die Beteiligung von Patienten bzw. Patientenfokusgruppen an der Entwicklung des Konzepts nachweisen. Das hätte ich auch für die Bewerbungen beim Innovationsfonds für außerordentlich hilfreich gehalten, um eine Orientierung an Patientenbedürfnissen zu fördern.

Frau Kittlick, welche mittel- und langfristigen Ziele verfolgen Sie mit der Projektgruppe? Warum ist der BMC eine geeignete Plattform für Ihr Anliegen?

Der Bundesverband Managed Care ist mit seinen über 200 Mitgliedsunternehmen der einzige Verband, der so viele verschiedene Akteure im deutschen Gesundheitswesen zusammen bringt. Dies spiegelt sich auch in der Teilnehmerzusammensetzung der Projektgruppe wider, so dass das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet wird. Die Projektgruppe hat sich zum übergeordneten Ziel gesetzt, das Thema „Patientenempowerment“ schärfer in den Blickwinkel der Politik sowie der einzelnen Gesundheitsprofessionen zu rücken und konkrete Handlungsempfehlungen auszusprechen. Unter dem Dach des BMC und mit seiner guten Vernetzung in die Gesundheitspolitik sollen konkrete Ansätze diskutiert und forciert werden.

Auftaktsitzung der Projektgruppe Patientenempowerment

PG

PROJEKTGRUPPE SELTENE ERKRANKUNGEN

Eine Erkrankung gilt als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10 000 Menschen davon betroffen sind. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind meist wenig therapeutische Angebote für die Betroffenen vorhanden, zudem gestaltet sich die Therapie häufig komplex und erfordert eine intensive Kooperation verschiedener Leistungserbringer. Auch im Jahr 2016 fokussierte sich die Projektgruppe „Seltene Erkrankungen" auf Aspekte der sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen.

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

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

Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen durch pro-samed

Bei der ersten Sitzung der Projektgruppe Seltene Erkrankungen am 11. Februar 2016 stellte Dr. Hartmut Gunkel, Geschäftsführer der pro-samed Unternehmensgruppe, sein Unternehmen vor. Pro-samed ist in den Bereichen Home Care, Arzneimittelversorgung sowie Reha-Medizin und Orthopädietechnik mit Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen tätig. Im Versorgungsalltag fungiere der Arzt zwar als Ansprechpartner, könne im Rahmen komplexer Erkrankungen jedoch meist nicht alle Koordinationsaufgaben – insbesondere über die Sektorengrenzen hinweg – übernehmen. Insbesondere bei seltenen Erkrankungen stelle dies ein großes Problem dar. Pro-samed unterstütze Patienten, um dieses Defizit auszugleichen. So koordiniere das Unternehmen neben der Arznei- und Heilmittelversorgung auch Aufenthalte in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Behandlungen in spezialisierten Zentren. Gleichzeitig verstehe pro-samed sich auch als Leistungserbringer, da es Krankenhäuser oder Pflegedienstleister mit den notwendigen Arzneimitteln versorge. Darüber hinaus fungiere das Unternehmen als Ansprechpartner für Patienten und Ärzte. Die Finanzierung der Koordinations- und Betreuungsmaßnahmen erfolge bei pro-samed ausschließlich über die Herstellung und Abgabe von Arznei- und Heilmitteln.

Versorgung Seltener Erkrankungen in der Praxis am Beispiel Cystinose

Die zweite Sitzung der Projektgruppe tagte am 7. April 2016. PD Dr. Katharina Hohenfellner, leitende Oberärztin der Kindernephrologie am Klinikum Traunstein, berichtete über ihr großes Engagement in der Behandlung von Patienten mit der chronischen, seltenen Erkrankung Cystinose. Cystinose ist eine Stoffwechselstörung, die eine Multiorganerkrankung darstellt, sich hauptsächlich aber auf die Funktion der Nieren auswirkt. Deutschlandweit sind etwa 115 Menschen hiervon betroffen.

Zur besseren und koordinierten Behandlung dieser Patienten wurde ein Modellprojekt ins Leben gerufen, das eine interdisziplinäre Sprechstunde etabliert, bei der Cystinose-Patienten einmal jährlich in Traunstein vorstellig werden. Während der Sprechstunde wird der Patient von allen beteiligten Fachgruppen und weiteren nichtärztlichen Beteiligten interdisziplinär betreut. Finanziert wird die Sprechstunde durch Spenden und PD Dr. Katharina Hohenfellners persönliches Engagement.

Zudem wird in einem telemedizinischen Projekt eine Anwendersoftware für niedergelassene Ärzte entwickelt. Diese Software soll die vor Ort behandelnden Ärzte in der Diagnostik der Cystinose-Patienten unterstützen und die Übermittlung der Befunde an das Klinikum Traunstein vereinfachen.

Bei durchgehend medikamentöser Therapie verbessere sich der Krankheitsverlauf nachweislich. Auch das Auftreten von Komorbiditäten könne unter Medikation deutlich reduziert werden. Allerdings seien die jährlichen Kosten je nach Medikament mit 25.000 bis 300.000 Euro sehr hoch.

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen besitze PD Dr. Hohenfellner eine KV-Ermächtigung, sodass die Übernahme der Arzneimittelkosten durch die Krankenkassen gewährleistet sei. Für Patienten über 18 Jahren sei dies hingegen nicht der Fall. Das jährliche Einreichen eines Kostenübernahmeantrags an die Kasse mit dem Nachweis über das weitere Vorliegen der chronischen Erkrankung sei daher sehr aufwändig und bürokratisch. Allerdings könne eine Krankenkasse nach § 62 Satz 1 SGB V „auf einen jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen". Dieser Ermessensspielraum der Kassen und des MDK werde bislang jedoch nicht genutzt.

Wohnortnahe Versorgung von seltenen Erkrankungen aus Sicht der KBV

Als zweite Referentin in der Sitzung am 7. April begrüßte die Projektgruppe Dr. Friederike Burgdorf von der Kassenärztli-

© Tempura / istock

chen Bundesvereinigung. Dr. Burgdorf sprach in ihrem Beitrag über die wohnortnahe Versorgung in C-Zentren, die die krankheitsspezifische, ambulante Versorgung seltener Erkrankungen interdisziplinär und multiprofessionell sicherstellen sollen. Derzeit hapere es jedoch einerseits an fachlich qualifizierten Netzwerken und andererseits an der Abbildung des Leistungsspektrums im EBM.

Vor allem die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) habe das Potenzial, den im Nationalen Aktionsplan für seltene Erkrankungen (NAMSE) formulierten Anspruch an die C-Zentren in die Praxis umzusetzen, denn die ASV sehe die Bildung spezialisierter Netzwerke vor. Für die Koordinierung der sektorenübergreifenden Strukturen müsse allerdings § 116b Abs. 4 Satz 9 und 10 SGB V um die seltenen Erkrankungen erweitert werden. Auf dieser Grundlage müsse der G-BA die sektorenübergreifende Kooperation in der ASV-Richtlinie verankern, so dass eine spätere Aufnahme in den EBM möglich wäre.

In der anschließenden Diskussion vertraten die Projektgruppen-Mitglieder jedoch die Ansicht, dass die von Dr. Burgdorf geforderten Anpassungen ohne klaren gesetzlichen Auftrag nicht erfolgen werden. Zudem sei eine befristete G-BA-Richtlinie erforderlich.

Ausblick

Für die erste Sitzung im Jahr 2017 ist eine Vorstellung von Projekten im Bereich seltener Erkrankungen geplant, die eine Förderzusage vom Innovationsfonds erhalten haben. Anschließend plant die Projektgruppe, ein Positionspapier zu nötigen Änderungen des SGB V zu entwerfen, um die Versorgungssituation für Menschen mit seltenen Erkrankungen zu verbessern.

PG

PROJEKTGRUPPE PFLEGE UND INTEGRIERTE VERSORGUNG

Nachdem Dr. Jürgen Fröhlich und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker in 2016 die Leitung der Projektgruppe von Ralph Lägel übernommen haben, fokussierte sich die Arbeit der Projektgruppe in den letzten Sitzungen insbesondere auf Fragen der Kommunalisierung in der Pflege, die Verbesserung von Pflegeberatung und Pflegeprävention, das Überleitungsmanagement und die durch den Innovationsausschuss geförderten Projekte mit Bezug zur Pflege. Auch veröffentlichte sie einen Beitrag in der Zeitschrift Monitor Pflege.

LEITUNG DER PROJEKTGRUPPE

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, *Mitglied des Vorstands, BMC, Mitglied des Vorstands, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband*

Dr. Jürgen Fröhlich, *Fachbereichsleitung Versorgungskonzepte, rehaVital, Gesundheitsservice GmbH*

Kommunalisierung

Der Gesetzgeber sieht im PSG III ein Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten durch die Kommunen vor. Generell hält die Projektgruppe ein enges Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen für notwendig, um die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen angemessen zu gewährleisten. Eine Bedarfssteuerung durch die Kommunen im Rahmen der Pflegestützpunkte wird jedoch kritisch betrachtet. Die Regelungen des PSG III dürfen nicht zu einer Einschränkung der Anbieterpluralität führen. Zielstellung der Projektgruppe ist es, das Thema aus Sicht der verschiedenen Interessengruppen zu beleuchten und eine Position der Projektgruppe zu den Möglichkeiten als auch den Schwierigkeiten der Kommunalisierung zu formulieren.

Hierbei untersucht die Projektgruppe auch die Regelung des § 90a SGB V, die durch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) neu eingefügt wurde. Mit dieser Vorschrift erhalten die Länder die Möglichkeit, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu schaffen, das sich mit sektorenübergreifenden Versorgungsfragen beschäftigt. Die Gründung dieses Gremiums steht im Ermessen des Landes und wird mittlerweile durch landesgesetzliche Regelungen umgesetzt.

Ein intensiver Diskurs zur Kommunalisierung gelang bereits auf dem BMC-Kongress: Dr. Rolf-Ulrich Schlenker moderierte gemeinsam mit Ralf Sjuts, stellv. Vorstandsvorsitzender des BMC und Geschäftsführer der patiodoc GmbH, das Forum „Brauchen wir neue Strukturen in der Steuerung des Gesundheitssystems? – Region und Kommune als neue Handlungsebene“ auf dem BMC-Kongress am 25. Januar 2017. Als Gäste diskutierten

- Friedrich Kethorn, Landrat des Landkreises Grafschaft Bentheim (Niedersachsen) und Mitglied des Fachausschusses Gesundheit des Deutschen Landkreistags,
- Herbert Mauel, Geschäftsführer, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.,
- Prof. Herbert Rebscher, ehem. Vorsitzender des Vorstands, DAK-Gesundheit und
- Dr. Harald Terpe, MdB, Obmann im Gesundheitsausschuss der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen, Deutscher Bundestag.

Die unterschiedlichen Blickwinkel der jeweiligen Diskussionsgäste werden in die Arbeit der Projektgruppe einbezogen.

„Beim BMC da trifft man immer nette Leute – und die meisten haben auch noch richtig was auf dem Kasten!“

Dr. Jürgen Fröhlich, *Fachbereichsleitung Versorgungskonzepte, rehaVital Gesundheitsservice GmbH*

Entlassmanagement

Weiterer Schwerpunkt der Projektgruppe ist die Überleitung in Pflegeeinrichtungen bzw. häusliche Pflege. Nach dem Rahmenvertrag nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V sind Krankenhäuser ab dem 1. Juli 2017 verpflichtet, für jeden Patienten einen Entlassplan zu erstellen und bei Bedarf erste Maßnahmen zur Weiterbehandlung einzuleiten (Regelungen des VStG). Aufgabe der Krankenkassen ist es, die Krankenhäuser bei Bedarf und mit Zustimmung des Patienten zu unterstützen. Ziel der Projektgruppe ist zunächst eine Bestandsaufnahme von Herausforderungen und Lösungsbeispielen, dann ggf. eine Fachveranstaltung und die Veröffentlichung eines Positionspapiers.

Erste Welle des Innovationsfonds: Geförderte Projekte in der Pflege

Die Projektgruppe hat es sich zudem zur Aufgabe gemacht, die Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses des G-BA nach der ersten Welle des Innovationsfonds auf geförderte Projekte in der Pflege hin zu untersuchen. Die Bilanz ist ernüchternd: Lediglich drei der insgesamt 29 Projekte der neuen Versorgungsformen und nur zwei der insgesamt 62 Versorgungsforschungsprojekte beschäftigen sich mit dem Thema Pflege. Ein weiteres Projekt soll der Verbesserung des Entlassmanagements dienen. Bei den geförderten Projekten handelt es sich um folgende:

Neue Versorgungsformen

- CoCare – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung
- NWLP – NetzWerk LebenPlus
- Homern – Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern

Versorgungsforschung

- AHeaD – Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung
- interprof ACT – Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnern
- EMSE – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement

Veröffentlichung in der Zeitschrift Monitor Pflege

Unter Federführung von Ralph Lägel, Dr. Jürgen Fröhlich und Prof. Dr. Thomas Zahn, Geschäftsführer GeWINO, hat die Projektgruppe im vergangenen Jahr einen Beitrag mit dem Titel „Pflege als Element der Integrierten Versorgung – Entwicklungsvorschläge des BMC e. V.“ erarbeitet und in der Ausgabe 02 / 2017 der Zeitschrift Monitor Pflege veröffentlicht. Der sechsseitige Beitrag geht der Frage nach, warum Pflegeeinrichtungen sich bislang kaum an den Integrierten Versorgungsverträgen beteiligen, obwohl der Gesetzgeber bereits 2007 eine rechtliche Grundlage hierfür geschaffen hat. Auch stellt er ausführlich dar, welche Anpassungen nötig sind, damit Pflegeeinrichtungen sich stärker in IV-Verträge einbringen bzw. als Partner für IV-Verträge wahrgenommen werden.

© FredFroese / istock

Die Projektgruppe zeigt sich enttäuscht von der Schwerpunktsetzung der ersten Förderwelle des Innovationsfonds: Lediglich drei der insgesamt 29 Projekte der neuen Versorgungsformen und nur zwei der insgesamt 62 Versorgungsforschungsprojekte beschäftigen sich mit dem wichtigen Thema Pflege

Ausblick

Die Ergebnisse der Projektgruppe sollen in die Erarbeitung neuer Fachbeiträge, Stellungnahmen und Handlungsempfehlungen zur Kommunalisierung in der Pflege und zum Entlassmanagement einfließen. Kernfragen sollen dabei vor allem sein: Welche Akteure müssen sich besser vernetzen? Wie wird die Verbesserung von Abläufen, der Vernetzung und der Vergütung erreicht? Welche Rolle spielen die § 90a-Gremien dabei bislang?

Zudem sollen die Arbeitsergebnisse im Rahmen eines weiteren Fachgespräches nach der Bundestagswahl 2017 diskutiert, beleuchtet und erweitert werden.

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

Thomas Müller
MITGLIED IM VORSTAND
Geschäftsführer, KVWL

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

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

Johannes Technau
MITGLIED IM VORSTAND
Geschäftsführer des Netzwerks Gesundheits-
wirtschaft Münsterland

Nicole Lüdeke
GESCHÄFTSSTELLE MÜNSTER
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 nach wie vor daran aus, eine übergreifende Plattform zum Austausch von Erkenntnissen, Wissen, Erfahrungen und Einsichten zu bieten.

BUNDESWEIT GEDACHT, REGIONAL GEMACHT!

NRW ist bundesweit eines der führenden Bundesländer, wenn es um gesundheitspolitische Themen geht. Sicher trägt der ehemalige Regierungssitz in der Stadt Bonn als ehemaliger Dreh- und Angelpunkt gesundheitspolitischer Entscheidungen zu dieser Entwicklung bei.

Ausschlaggebend für die NRW-bekannte Innovations- und Förderkultur ist jedoch zweifellos die Bereitschaft aller im Gesundheitswesen beteiligten Akteure, neue Versorgungswege zu erproben und die Zukunft regionaler Versorgung aktiv zu gestalten. Dies zeigt sich auch in den Teilnehmerzahlen bei den Veranstaltungen des BMC Regional NRW sowie dem regen Austausch zwischen Wissenstransfer und Diskussion mit Teilnehmern aus den Bereichen Wissenschaft, Best Practice und Leistungsträger. Daher existieren in NRW viele Projekte und Kooperationen, die eine Veränderung der bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen und damit eine Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung ermöglichen.

AKTIVITÄTEN 2016

Forum auf dem BMC-Kongress 2016

Am 20. Januar hat der BMC Regional NRW zu dem Thema „Innovationen durch Selektivverträge und E-Health-Gesetz – Neue Rahmenbedingungen im GKV-VSG?“ ein 150-minütiges Forum beim BMC-Kongress veranstaltet. Die Keynote-Sprecher und Teilnehmer aus NRW haben dabei bereits zum Jahresanfang neue Versorgungswege und digitale Anwendungen im Gesundheitswesen kritisch beleuchtet.

4. Fachgespräch Westfalen-Lippe, 10. März 2016

Die Veranstaltungen des BMC Regional im Jahr 2016 starteten mit einem Fachgespräch am 10. März in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) in Dortmund. Unter der Überschrift: „ASV – Hürden überwinden und erfolgreich starten – ein Erfahrungsbericht aus Westfalen-Lippe“, haben die Referenten Carsten Vosseler, Leiter der Geschäftsstelle KVWL, und Dr. Ulrich Tappe, Ärztezentrum Hamm Norden und Vorstandsmitglied der niedergelassenen Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), die aktuellen Rahmenbedingungen in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung dargestellt und von ihren Erfahrungen in der Versorgung berichtet.

9. Fachtagung, 27. April 2016

Unter der Überschrift „Sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern auf dem Prüfstand – Neue Möglichkeiten durch das KHSG und das GKV-VSG“ fand am 27. April 2016 die 9. Fachtagung in Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland in der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster statt. Entsprechend dem Thema „Abbau der Sektorengrenzen“ referierten Experten aus ambulanter und stationärer Versorgung, Wissenschaft sowie aus privaten und öffentlichen Körperschaften über die gegenwärtigen Schwierigkeiten als auch Möglichkeiten der Verbesserung der medizinischen Versorgung.

8. Praktikerseminar, 29. September 2016

Nach der Sommerpause widmete sich der Regionalverband dem bundesweit stark diskutierten Thema E-Health. Das 8. Praktikerseminar wurde ebenfalls mit dem Kooperationspartner Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland in dessen Räumen in Münster durchgeführt. Die Referenten aus Politik, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und sonstigen Gesundheitsdienstleistern diskutierten zu dem Thema: „Technologiefortschritt durch E-Health in der Patientenver-

sorgung – Elektronische Gesundheitskarte, Archivierung, Telematikinfrastruktur“.

Neues Gesicht der Geschäftsstelle

Stefanie Broß hat am 1. Juli 2016 an Frau Nicole Lüdeke die Geschäftsstelle übergeben. Frau Lüdeke hatte den Regionalverband bereits im Jahr 2015 im Rahmen eines halbjährigen Praktikums in der Kanzlei Rechtsanwälte Wigge kennengelernt und unterstützt.

Seit Juli ist Frau Lüdeke für den BMC Regional NRW tätig und steht Vorstand, Mitgliedern und Interessenten jederzeit gerne mit Rat und Tat zur Verfügung.

Der BMC Regional NRW wird zum Berufsverband

Aufgrund steuerrechtlicher Entwicklungen und der daraus resultierenden Umwandlung des Hauptverbands in einen Berufsverband und eine gemeinnützige GmbH hat die ordentliche Mitgliederversammlung (MV) des BMC Regional NRW am 21. Oktober 2016 ebenfalls die Umwandlung in einen Berufsverband rückwirkend zum 1. Januar 2016 beschlossen.

Damit ist die Grundlage für eine Fördermitgliedschaft des BMC im Regionalverband geschaffen, sodass wir uns auch weiterhin auf eine gemeinsame Zukunft freuen können.

Neuer Vorstand

Am 21. Oktober 2016 fand die ordentliche Mitgliederversammlung (MV) in der KVWL, in Dortmund statt. Nach der zweiten vierjährigen Amtsperiode wurde der Vorstand neu gewählt. Prof. Dr. Peter Wigge, Vorstandsvorsitzender, und Klaus Trudrung, stellvertretender Vorsitzender und Schatzmeister, wurden wiedergewählt. Dr. Thomas Hilse, Dr. Thomas Kriedel und Claudia Schrewe wurden aus dem Vorstand verabschiedet. Nach erfolgreichen Jahren der Zusammenarbeit teilten sie mit, dass sie dem Vorstand aus beruflichen Gründen bedauerlicherweise nicht mehr zur Verfügung stehen können.

Die MV hat folgende Mitglieder neu in den Vorstand gewählt: Thomas Müller, Geschäftsführer der KVWL sowie Johannes Technau, Geschäftsführer des Netzwerks Gesundheitswirtschaft Münsterland. Der Vorstand freut sich zudem über den Wechsel der kooptierten in die ordentliche Vorstandsmitgliedschaft von Regina Jost, Field Access Manager, Bristol-Myers Squibb.

Der im Jahr 2011 gegründete BMC NRW ist mittlerweile zu einer etablierten Institution im Gesundheitswesen geworden, deren Veranstaltungen sich nicht nur unter Westfalen großer Beliebtheit erfreuen

Die Pausen zwischen den einzelnen Foren bieten den Teilnehmern Gelegenheit zum fachlichen Austausch und Netzwerken

AUSBLICK 2017

- Der BMC Regional NRW führt mit der 10. Fachtagung in diesem Jahr die erste ganztägige Veranstaltung durch. Die Fachtagung unter dem Titel „Zukunft regionaler und selektivvertraglicher Arzneimittel-Steuerung. – Innovative Steuerungsimpulse für eine evidenzorientierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung“ wird am 16. Mai 2017 in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Düsseldorf stattfinden. Angesichts der kompetenten Referenten, die der BMC Regional NRW aus den unterschiedlichsten Bereichen der Arzneimittelversorgung gewinnen konnte, wird die Veranstaltung sicherlich für die Teilnehmer sehr interessant sein.

- 2017 ist das Jahr der Wahlen. Nach den Landtagswahlen in NRW am 14. Mai 2017 und vor der Bundestagswahl am 24. September 2017, richtet der Regionalverband eine Mitgliederveranstaltung für seine Mitglieder und eingeladene Gäste aus. Die Veranstaltung mit dem Titel „BMC Regional NRW – Gesundheitspolitisches Sommergespräch“ wird am 5. Juli 2017 in Dortmund im Seepavillon des Schürmanns im Park stattfinden. Die gesundheitspolitischen Impulse werden auf der Veranstaltung von den Politikern Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90 / Die Grünen), Dirk Heidenblut (SPD) sowie Susanne Schneider (FDP) gesetzt, die jeweils mit einem Impulsvortrag und einer anschließenden moderierten Diskussion die Veranstaltung eröffnen. Nach diesem Polit-Talk lädt der BMC Regional NRW zum entspannten Get-Together bei einem leckeren Grillbuffet und bei hoffentlich gutem Wetter auf der Terrasse ein.
- Nach den Sommerferien plant der BMC Regional NRW weitere Veranstaltungen, unter anderem in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland, um die Verbandsarbeit zu stärken sowie sektorenübergreifende Kooperationen auszubauen.

In diesem Rahmen haben die Mitglieder und der Vorstand des Regionalverbands jüngst die Kernthemen für NRW eruiert. Dabei wurden die Themen anhand ihrer Aktualität, Dringlichkeit, Regionalität und Impulsmöglichkeit berücksichtigt. Auf Grundlage dieser Kernthemen wird der BMC Regional NRW weitere Veranstaltungen planen.

Möchten auch Sie Ihre Ideen in die regionale Arbeit einbringen? Als Mitglied im BMC Regional können Sie die Veranstaltungen von der Themenauswahl bis zum eigenen Vortrag mitgestalten.

www.bmcev.de/regional-nrw/der-bmc/mitgliedschaft/

„GESUNDHEITSREFORMEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH: GLEICHE HERAUSFORDERUNGEN = GLEICHE LÖSUNGEN?“

Hintergrundgespräch am 5. April 2016 mit Prof. Dr. Reinhard Busse, TU Berlin

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

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

Prof. Busse erläutert den Teilnehmern des Hintergrundgespräches die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den gesundheitspolitischen Ausrichtungen der EU-Länder

Deutschland auf dem Qualitätsniveau von Tschechien?

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

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

Best Practices aus den NL und DK

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

Prof. Busse ist Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehört die Gesundheitssystemforschung im europäischen Vergleich

nur mit ausgewählten Häusern zu schließen und diese Einschränkung der freien Krankenhauswahl offensiv zu verteidigen.

Dänemark hingegen verfolge den Ansatz, die Anzahl seiner Krankenhäuser systematisch von 56 auf momentan 22 zu reduzieren. Da die Krankenhäuser alle in öffentlicher Hand waren, ist dies leichter umsetzbar als in Deutschland. Politisch war dies durchsetzbar, weil man keine einzelnen Häuser geschlossen und andere erhalten habe. Stattdessen hat man die Vertreter von Kommunen und Regionen gewonnen, indem eine Vielzahl von Kliniken mit zeitgemäßer Gebäudeplanung und IT-Ausstattung neu errichtet wurde.

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

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

Der BMC ist ein innovativer, offener Verband mit herausragenden Angeboten, die weit über den Begriff „Management und Pflege“ hinausgehen. Es gibt kaum ein Thema, dem sich der Verband nicht annimmt. Nicht nur die landesweiten, auch die regionalen Veranstaltungen sind spannend für alle Akteure im Gesundheitswesen; gut finde ich auch, dass zu manchen Angeboten sogar interessierte Bürger eingeladen sind. Den Besuch eines der vielfältigen Hintergrundgespräche werde ich künftig gern einplanen.

Mirjam Bauer, *freie Journalistin*

Dr. Susanne Ozegowski, die Geschäftsführerin des BMC, eröffnet das Hintergrundgespräch

„DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE AGENDA 2017“

Hintergrundgespräch am 24. Februar 2016 mit Hilde Mattheis, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion

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

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

Entscheidungsspielraum der Kommunen stärken

Mattheis führte aus, dass die Kommunen mehr Verantwortung bei der Gesundheitsversorgung vor Ort erhalten sollten. Um dieser Rolle gerecht werden zu können, müssen sie jedoch den Zugriff auf entsprechende Finanzierungsquellen erhalten und in ihren Mitwirkungsrechten gestärkt werden. Das Idealbild von Gesundheitsregionen lässt sich in die Realität überführen, wenn man folgende Voraussetzungen schafft: Alle Leistungserbringer an einen Planungstisch bringen und gleichzeitig den Entscheidungsspielraum der Kommunen stärken. Die Regelungen müssen auf Bundesebene so getroffen werden, dass sie auf Landesebene umgesetzt werden können. In der Einführung einer Bürgerversicherung erkennt Mattheis Chancen, die Finanzierung des Gesundheitssystems langfristig zu sichern und die Beitragsbelastung von Geringverdienern zu senken. Die defizitäre Lage vieler kommunaler Krankenhäuser bietet Anlass zu der Vermutung, dass die pauschale Vergütung pro Behandlungsfall nicht die tatsächlich anfallenden Kosten deckt. Insbesondere die Personalbemessung sieht Mattheis unzureichend in den DRGs abgedeckt. Auch die Finanzierung der Investitionskosten sei dringend reformbedürftig. Zudem macht sie sich für eine Anpassung des Entgeltsystems im psychiatrischen Bereich stark. Eine angemessene Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen kann nicht durch ein pauschalisiertes Entgeltsystem erfolgen, so Mattheis.

Das von dem BMC-Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. Volker Amelung moderierte Hintergrundgespräch mit der gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion Hilde Mattheis fand bei den über 80 Teilnehmern sehr viel Anklang.

Auch in berufspolitischer Hinsicht sieht die Bundestagsabgeordnete Handlungsbedarf. Langfristig müssen die Inhalte des Medizinstudiums die Attraktivität des hausärztlichen Berufs steigern. Mit der Abkehr von traditionellen Familienstrukturen ist zusätzlich eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf notwendig. Durch eine grundlegende Neuausrichtung der Pflegeausbildung erhofft sie sich neue Zukunftsperspektiven für Beschäftigte und eine gesamtgesellschaftliche Aufwertung der Pflege.

Die anschließende Diskussion behandelte umfassend verschiedenste Themenbereiche aus dem aktuellen und zukünftigen Gesundheitswesen. So wurden unter anderem Fragen zu E-Health, zur Reform der Vergütungssysteme sowie zum Antikorruptionsgesetz intensiv debattiert. Auf die Frage, welchen Projekten Frau Mattheis die Förderung im Innovationsfonds wünsche, war ihre Antwort eindeutig: Gefördert werden sollen Projekte, die Versorgungslücken schließen und Sektorengrenzen aufbrechen. Es könne sich hierbei auch gern um Projekte aus der Telematik handeln.

„LEBENSQUALITÄT ALS LEITMOTIV FÜR DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG – AM BEISPIEL DER CANNABIS-THERAPIE FÜR SCHMERZPATIENTEN“

Hintergrundgespräch am 8. November 2016 mit Brendan Kennedy (Tilray, CEO) und Dr. Catherine Jacobson (Tilray, Leitung klinische Forschung)

D. Albrecht Kloepfer (Büro für gesundheitspolitische Kommunikation), Dr. Catherine Jacobson (Tilray) und Brendan Kennedy (Tilray) diskutieren mit den Teilnehmern des Hintergrundgespräches zu den Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Cannabis-gestützten Schmerztherapie

Im Rahmen eines BMC-Hintergrundgespräches mit Brendan Kennedy (CEO) und Dr. Catherine Jacobson (Leitung klinische Forschung) vom kanadischen Marktführer für Cannabisblüten und -extrakte, Tilray, wurden Chancen und Herausforderungen der Cannabis-Therapie diskutiert.

Die Gabe von Medizinalcannabis bei Erkrankungen wie Rheuma, Epilepsie oder Multipler Sklerose ist eine in vielen Ländern anerkannte Therapie. Der häufigste Anwendungsbereich für Cannabinoide ist jedoch in der Schmerzbehandlung. Mit der diesjährigen Änderung des Betäubungsmittelrechts haben auch Schwerstkranke in Deutschland Zugang zu ärztlich verordneten Cannabis-Arzneimitteln mit Kostenerstattung. Um die öffentliche Wahrnehmung von Cannabis als Arzneimittel zu stärken, bedarf es weiterer Schritte. Momentan liegen kaum evidenzbasierte Studien vor, so dass sich Anwender von Medizinalcannabis zu einer Teilnahme an den Studien verpflichten. Aus Gründen der Arzneimitteltherapiesicherheit sind Produkte mit einem konstanten Wirkstoffgehalt sowie definierter Applikationsform unerlässlich. Unter diesen Voraussetzungen kann die Cannabistherapie auch in Deutschland dazu dienen, Schmerzpatienten eine höhere Lebensqualität und Teilhabechancen am sozialen Leben zu eröffnen.

FACHTAGUNG: KOMMUNEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG: VON DER ZUSCHAUERBANK AUFS SPIELFELD?

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

Kommunen als aktiver Mitspieler in der Versorgung?

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

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

Die in dem Gebäude der Robert Bosch Stiftung, Repräsentanz Berlin, stattfindende Fachtagung war bis auf den letzten Platz belegt

Das Gesundheitswesen zukunftsfähig und patientenorientiert zu gestalten – dieses Ziel ist das verbindende Element der Stiftung Münch und des BMC. Die Veranstaltungen, Studien und Publikationen ergänzen und verstärken sich oft gegenseitig. Wir schätzen besonders die sachorientierte, entspannte Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen, die es ermöglicht, ein breites Publikum zu erreichen.

Stephan Holzinger, *Vorsitzender des Vorstands, Stiftung Münch*

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

Dr. Horst Bitter, Medizinrechtsanwalt der Kanzlei Ehlers, Ehlers & Partner, zeigte die Potenziale und Fallstricke bei der Gründung kommunaler MVZ auf (Bild links). In der anschließenden Diskussionsrunde waren zudem Bettina Tef, Projektleiterin im Bereich Gesundheit der Robert Bosch Stiftung, Thomas Müller, damaliger Geschäftsführer der KV Westfalen-Lippe, und Dr. Holger Pressel, Leiter Politik der AOK Baden-Württemberg, zu Gast (Bild unten)

Knackpunkt Haftung

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

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

Integrierte Versorgungsstrukturen als Zukunftsmodelle?

In welche Richtung sich MVZ in der Zukunft weiterentwickeln könnten, stellte Bettina Tef, Projektleiterin bei der Robert-Bosch-Stiftung, dar: Das Förderprogramm PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung der Stiftung, zielt darauf ab, lokale Gesundheitszentren zu gründen, die eine patientenzentrierte Versorgung durch multiprofessionelle Teams aus Gesundheits- und Sozialberufen in ländlichen Räumen gewährleisten. „Bis zur flächendeckenden Umsetzung solcher Konzepte ist es jedoch noch ein steiniger Weg“, betonte auch der Bundestagsabgeordnete Dr. Roy Kühne (CDU) in der abschließenden Diskussion. Haftungsfragen, Finanzierungslücken und Fachkräftemangel ließen sich nicht von heute auf morgen lösen, seien aber auf der politischen Agenda angekommen. Auch Ko-Tagungsleiter Dr. Kloepfer konzedierte, dass es ein gutes Zeichen sei, dass in jedem der letzten Versorgungsgesetze die Anbietervielfalt in der ambulanten Versorgung gestärkt wurde. Nichtsdestotrotz müsse die Politik noch stärker darauf hinwirken, systematische Vorteile der traditionellen vertragsärztlichen Praxen gegenüber neuen Anbieterstrukturen bei der Zulassung und Vergütung abzubauen. Es mangele nicht an innovativen Ansätzen und Know-how, um den Versorgungsherausforderungen in ländlichen Regionen zu begegnen, betonte auch Dr. Hahn. Vielmehr müsse es darum gehen, den Mangel als Chance für Veränderungen zu begreifen, Hürden in den Köpfen zu verringern und neuen Ansätzen den notwendigen Handlungsspielraum zu geben.

FACHTAGUNG: „AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE – WEITER GEDACHT!“

Psychische Erkrankungen verursachen nach Rückenschmerzen die häufigsten Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland. Allerdings besteht Reformbedarf in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) hat der Bundestag dem G-BA die Aufgabe gestellt, bis zum 30. Juni die Richtlinien der ambulanten Psychotherapie zu überarbeiten. Unter der Leitung von Ralph Lägel, MBA, (Pfizer) und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker (Deutsche Rheuma-Liga), veranstaltete der BMC am 13. April 2016 die Fachtagung „Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht!“.

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

Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPtK, zeigt gleich zu Beginn der Fachtagung die bestehenden Defizite in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker auf

Führt die Reform zur Entbürokratisierung?

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

Hauptproblem: Lange Wartezeiten

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

Dr. Iris Hauth, Präsidentin der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), gab eine Übersicht über die koordinierte Versorgung zwischen Somatik und Psyche. Sie verwies insbesondere darauf, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen selbst nicht zugenommen habe, aber die Inanspruchnahme von Behandlungen angestiegen sei. Auch sei eine flächendeckende Versorgung, besonders im ländlichen Raum, nicht gewährleistet. Laut Dr. Hauth gebe es zudem eine große Angebotslücke bei bestimmten Krankheitsbildern. Hier müsse die Reform die nötigen Anreize zur Beseitigung von Fehlallokationen erwirken.

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

Ausblick auf innovative Versorgungsmodelle

Einen Ausblick auf weitere innovative Versorgungsansätze gab der Lunch Talk im Vorfeld der Fachtagung. Im Zuge der

Dr. Iris Hauth, Past President der DGPPN, gibt eine Übersicht über die koordinierte Versorgung zwischen Somatik und Psyche (Bild links). Die Fachtagung war insgesamt sehr gut besucht (Bild oben)

Digitalisierung des Gesundheitswesens bieten immer mehr Unternehmen IT-Lösungen zur Unterstützung der Psychotherapeuten, Ärzte und Krankenkassen oder Coaching-Apps für die Patienten an. Elsevier Health Analytics nutze Big Data Analysen, mit deren Hilfe man vorhersagen könne, wann Patienten stationäre Behandlungen benötigten, um infolgedessen durch eine ambulante koordinierte Behandlung entgegensteuern zu können, so Dr. Peter Walther, Mitglied der Elsevier-Geschäftsführung. Das Programm 4Balance der Firma GWQ wurde speziell für Krankenkassen zur Unterstützung ihrer Patienten entwickelt. Hierbei handelte es sich um ein dreimonatiges Unterstützungsprogramm, welches die Patienten gezielt in das System einschleuse, somit an geeignete Partner weiterleite und erste Hilfestellungen an die Hand gebe, wie Martin Schneider (GWQ) erklärte. Dr. Krister Helbig verwies auf die Vorteile der Zuweiser-Software von Epikur, die die Möglichkeit, vornehmlich für Ausbildungsinstitute und große Praxen, biete, aus einem Patientenpool, einen für den Psychotherapeuten passenden Patienten, aussuchen zu können. Dadurch würde eine optimale Therapie bezüglich ihrer Spezialisierung und Kapazität stattfinden.

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Barbara Lubisch, Dr. Thomas Uhlemann, Dr. Iris Hauth, Dr. Dietrich Munz (v.l.n.r.) diskutieren mit den Teilnehmern der Fachtagung „Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht!“

IT'S ALL ABOUT DATA

Studienreise des BMC nach Tel Aviv (14.–17. Mai 2016)

Vollständige Gesundheitsdaten von über 50 % der Bevölkerung über mehr als 20 Jahre – was sich in Deutschland für viele wie ein Albtraum anhört, ist in Israel gelebte Praxis. Mehr als vier Millionen Versicherte zählt Clalit Health Services, Israels größter Krankenversicherer. Doch Clalit ist nicht nur Krankenversicherung, sondern eine der weltweit größten Health Maintenance Organizations (HMOs). Das heißt, Clalit unterhält auch eigene Krankenhäuser und ambulante Einrichtungen, in denen ihre Versicherten versorgt werden. Das gibt Clalit die Möglichkeit, unmittelbar Versorgungsprozesse mitzugestalten.

Der Besuch von Clalit und die Begegnung mit den Mitarbeitern war einer der Schwerpunkte der BMC-Studienreise. Vom 14. bis 17. Mai 2016 erkundeten wir – bereits zum zweiten Mal – das israelische Gesundheitssystem. Mit dabei war eine Delegation von 24 Personen aus Krankenkassen, Ärzteverbänden, Pharmaunternehmen, Forschungsinstituten und vielen weiteren Organisationen des Gesundheitswesens – allesamt Mitgliedsorganisationen des BMC oder des Schweizer Forums Managed Care. Israel ist bei verschiedenen Dingen Vorreiter, so zum Beispiel beim Einsatz von E-Health-Technologien und der Nutzung von Gesundheitsdaten zur Versorgungssteuerung, aber Tel Aviv beheimatet auch die weltweit zweitgrößte Ansammlung an Start-ups.

Am ersten Tag der Studienreise stand eine Diskussion mit Vertretern des israelischen Gesundheitsministeriums auf dem Programm. Digital Health ist eines der strategischen Kernthemen des Ministeriums. Dies ist weniger einem Hype geschuldet, wie Ministeriumsvertreter Nir Yanovsky Dagan erläuterte, sondern schlichtweg rational: Jeder in dieses Thema investierte Schekel des Ministeriums refinanziert sich um ein Vielfaches. Während wir in Deutschland noch über die elektronische Patientenakte diskutieren, ist diese in Israel seit vielen Jahren flächendeckend im Einsatz. Zukunftsthema aus Sicht des Ministeriums sei daher eher die Frage, wie man die Daten gezielt für eine Verbesserung der Versorgung einsetzen könne. Um das zu verstehen ist das Ministerium an mehr als 200 Projekten beteiligt. Eines dieser Projekte stellte Prof. Dr. Ran Balicer, Chef des Clalit Research Institute und Hauptunterstützer dieser BMC-Studienreise, am Folgetag vor: Auf Basis der Versorgungsforschung des Instituts gelingt es, die Patienten mit Nierenleiden zu identifizieren, die ein 100 % höheres Risiko

Bei dem Besuch eines Krankenhauses der Clalit Health Services haben die Teilnehmer der Studienreise die Möglichkeit zu einem direkten Austausch mit sowohl ärztlichen als auch pflegerischen Mitarbeitern der Einrichtung

haben, in der Zukunft dialysepflichtig zu werden. Die frühzeitige Identifikation ermöglicht es Clalit jedoch, diese Patienten gezielt anzusprechen und präventive Maßnahmen zu ergreifen.

Die smarte Nutzung von Daten ist auch der Kern der zahlreichen Gesundheits-Start-ups, die man in Israel findet. Im Rahmen eines Networking Dinners hatten wir die Chance, sechs davon etwas genauer kennen zu lernen. Darunter war beispielsweise Data2Life. Das junge Unternehmen unterhält ein Frühwarnsystem für unerwünschte Arzneimittelereignisse.

Dafür zieht es Daten aus wissenschaftlichen Studien, Patientenakten, Abrechnungsdaten, aber auch sozialen Medien zusammen und wertet diese aus. Auch für das Start-up MeDeduce ist „Big Data“ das Kernthema: In Zusammenarbeit mit Clalit arbeitet es an Algorithmen, um die riesigen Datenmengen in elektronischen Patientenakten leicht und schnell verständlich für die behandelnden Ärzte und Therapeuten aufzubereiten.

Dass ausgerechnet Israel die höchste Start-up Dichte der Welt verzeichnet, ist kein Zufall. Neben dem Unternehmergeist der Israelis spielen auch die guten Finanzierungsbedingungen eine wichtige Rolle. So können sich junge Unternehmen auf eine sechsstellige Anschubfinanzierung der israelischen Regierung bewerben. Für weitere Finanzierungsrunden sind verschiedenste Investoren am Markt. Einen davon besuchten wir am letzten Tag der Studienreise: Sanara Ventures ist ein Venture Capital Fonds, der gemeinsam vom Pharmaunternehmen Teva und dem Medizintechnikhersteller Philips neu aufgelegt wurde. Ziel der beiden Konzerne sei es weniger, neue Gewinnquellen aus Hochrisikoinvestitionen zu generieren, so der Chef von Sanara. Vielmehr gehe es darum, gezielte Innovationsimpulse im Gesundheitswesen zu setzen.

Kein Mangel an spannenden Anregungen aus dem Betrachtungswinkel der aktuellen Themen in der deutschen Gesundheitspolitik: Ob Innovationsfonds, der Zugang für Digital Health Start-ups zum ersten Gesundheitsmarkt oder die elektronische Patientenakte – Anknüpfungspunkte fanden sich an vielen Stellen im Laufe der Studienreise. Nur beschlich einen das leise Gefühl, dass die Entwicklungspotenziale im deutschen Gesundheitswesen doch noch etwas weiter weg von der Realisierung sind.

„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ (Aristoteles). Man muss das Ganze im Blick haben, wenn man die Effektivität der Zusammenarbeit verbessern möchte. Der BMC bringt als innovative Plattform Menschen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zusammen und schafft genau dieses „mehr“ was unser Gesundheitssystem so dringend braucht. Nur wer sich kennt und offen austauscht, kann gemeinsam Veränderung schaffen, die allen nützt, allen voran den Patienten.“

Marcus Jünemann, *Facharzt für Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Ärztegenossenschaft Nord eG*

Die Teilnehmer der Studienreise versammeln sich zum obligatorischen Gruppenbild

BMC-KONGRESS 2017

Aktuelle Gesundheitsthemen behandelte der BMC wieder auf dem diesjährigen Jahreskongress. Unter dem Titel „Versorgung gestalten“ am 24. und 25. Januar 2017 veranstaltete der BMC seinen inzwischen siebten Kongress in Berlin und bereits im Dezember waren alle Plätze restlos ausgebucht. Die über 600 Teilnehmer aus Politik, Wissenschaft, Industrie und Selbstverwaltung sowie Patientenvertreter und Leistungserbringer diskutierten mit rund 180 Experten aus dem deutschen Gesundheitswesen über die entscheidenden Entwicklungen und Perspektiven von Managed Care.

Den Startschuss der Veranstaltung gaben Gesundheitsminister Hermann Gröhe, Arzt und Gründer der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN Dr. Eckart von Hirschhausen und Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e. V., im Eröffnungsplenum am ersten Kongresstag.

Dabei betonten sie die folgenden Kernthemen im Gesundheitswesen: Die verständlichere Aufbereitung von Gesundheitsinformationen, den Abbau von Fehlanreizen im Gesundheitswesen und die Stärkung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe.

„Über 54 % der Deutschen sind nicht in der Lage, Informationen der Ärzte und Apotheker zu verstehen“, betonte Hermann Gröhe gleich zu Beginn seiner Eröffnungsrede und forderte daher, dass auch Fähigkeiten jenseits des konkreten medizinischen Fachwissens in den Gesundheitsberufen eine Rolle spielen müssen, wie z.B. mehr Verständlichkeit im Arzt-Patienten-Gespräch. Spezialisierung dürfe nicht dazu führen, dass der Patient im Behandlungsverlauf aus den Augen verloren werde, denn medizinische Behandlung sei immer „Mannschaftsleistung statt Einzelleistung“. Um die Vernetzung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu fördern, seien neue Gesetze auf den Weg gebracht worden. Zudem würden über den Innovationsfonds zukunftsweisende Projekte gefördert, mit denen sektorübergreifende Versorgungformen zur Verbesserung der Patientenversorgung erprobt werden.

Der BMC-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Volker Amelung eröffnet das Plenum des ersten Kongresstages

Von Hirschhausen und Amelung genügte dies noch nicht. „Making the healthier choice the easier choice“ – dies sollte Ziel im deutschen Gesundheitswesen sein, so von Hirschhausen. Managed Care klinge gut, aber was bedeutet das eigentlich? „Wir müssen anfangen, uns auch unbequeme Fragen zu stellen: Wer managed Wissen? Wer managed Vertrauen? Wer managed Motivation?“

Geringe Gesundheitskompetenz gehe auch immer einher mit geringerer Lebenserwartung und diejenigen, die Information und Vorsorge am wenigsten in Anspruch nähmen, benötigten solche am dringendsten. Aber gerade das Vertrauen in die Arzt-Patienten-Beziehung sei vielfach durch wirtschaftliche Interessen der Leistungserbringer gestört. „Zwei Grundsätze der Medizin-Ethik werden durch die Vergütungssysteme mit Füßen getreten: Erstens sollen wir Ärzte mehr nutzen als schaden und zweitens ist das System kein Selbstbedienungsladen, sondern das Wohl des Kranken ist seit der Antike das höchste Gesetz“, so von Hirschhausen. „Die Kunst der Medizin ist, soviel NICHT zu tun, wie möglich“.

Genau für dieses Ziel setzt sich der BMC entschieden ein: Bereits in seinen jüngst veröffentlichten gesundheitspolitischen Impulsen zur Bundestagswahl 2017 hat der Gesundheitsverband detaillierte Forderungen aufgestellt. Prof. Volker Amelung fasste diese zusammen: „Fehlanreize abbauen, Transparenz und Verfügungsgewalt über Daten in Patientenhand legen, gemeinsame Ausbildungsmodelle schaffen, die Krankenkassen zur Transparenz über ihre Ergebnisse verpflichten und einen Fast-Track-Zugang für digitale Innovationen schaffen“.

In seinem Eröffnungsplenum schaute der BMC auch über den nationalen Tellerrand: So berichtete Dr. Kathleen Frisbee von der US-amerikanischen Veterans Health Administration (VHA) über Versorgungslösungen mittels digitaler Gesundheitsanwendungen. Als größtes integriertes Gesundheitssystem in den USA habe die VHA digitale Strategien entwickelt, um Versorgungsengpässe für die 16 Millionen VHA-berechtigten Kriegsveteranen zu lösen. Ziel sei die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen, um die Reichweite ärztlicher

Leistungserbringer zu erhöhen und Patienten zu ermöglichen, mehr Verantwortung für ihr eigenes Gesundheitsmanagement zu übernehmen. Frisbee erklärte, die VHA betreibe über 50 telemedizinische Dienste, die vor allem die Videokonferenztechnologie und Gesundheits-Apps nutzen und sich durch eine hohe Patientenzufriedenheit auszeichnen. Notwendig zur Implementierung dieser Anwendungen sei vor allem, so Frisbee, „die Vornahme von Langzeitinvestitionen und eine flexible Unternehmensstruktur, die eine Skalierung und Anpassung der Technologie noch vor dem Entwicklungsstadium ermöglicht."

Direkt im Anschluss berichtete Nanna Skovgaard, Leiterin der Abteilung Gesundheitsökonomie im Dänischen Gesundheitsministerium, von dem dänischen „Hospital Investment Programme". Die dänische Regierung investiere 25 Milliarden Dänische Kronen (ca. 3,4 Milliarden Euro) in die Modernisierung bzw. den Ersatz alter Krankenhäuser durch hochmoderne neue Krankenhäuser. Zusammen mit den Investitionen der jeweiligen Region belaufen sich die Investitionen auf ca. 5,6 Milliarden Euro. Wie es dabei gelingen kann, mit weniger Betten mehr Qualität zu erreichen, fasste Skoovgard wie folgt zusammen: „Wir benötigen schnellere Diagnosen, die richtige Behandlung von Beginn an, eine flexible Bettennutzung und die Schaffung von Einzelzimmern – dies verringert die Anzahl der Bettentage, erhöht den Anteil ambulanter Behandlungen und führt zu weniger Rückfällen."

Über innovative Versorgungsmodelle in der Schweiz berichtete im Anschluss PD Dr. Peter Berchtold, Präsident des Forum Managed Care. „Versorgung gestalten heißt vor allem Integration und Koordination", so Berchtold. Die Schweiz mit ihren 26 Gesundheitssystemen demonstriere eindrücklich, welche Herausforderungen – aber auch Chancen – eine Gesundheitsversorgung in heterogenen Landschaften mit unterschiedlichen Interessenlagen mit sich bringe. Insgesamt stehe die Homogenität „traditioneller" Versorgung einer heterogenen Vielfalt „integrierter" Versorgungsmodelle gegenüber. Einzelne, allgemeine Interventionen hätten kaum Wirkung, betonte Berchtold und schließt: „Integrierte Versorgung muss nach Kontexten, Patientengruppen, Anforderungen und Zielen differenzieren, um als solche wirksam zu sein."

Im Anschluss an das Eröffnungsplenum diskutierten die über 600 Teilnehmer aus allen Bereichen des Gesundheitswesens in den zwei Kongresstagen in zahlreichen Satellitensymposien, Lunch Talks, Breakfast Sessions, Diskussionsrunden und Foren. Dabei beleuchteten sie sowohl innovative Versorgungsansätze als auch politischen Veränderungsbedarf. In diesem Jahr nutze der BMC erstmalig auch das Format der Posterrundgänge, bei denen die Teilnehmer in geführten Rundgängen interessante Kurzvorstellungen hörten und sich jeweils im Anschluss dazu austauschten. Auch die Nachwuchsförderung kam bei diesem Kongress nicht zu kurz – wie bereits im letzten Jahr gab der BMC ausgewählten Nachwuchskräften aus dem Gesundheitsbereich mit dem Nachwuchssymposium die Gelegenheit, Zukunftsszenarien für das deutsche Gesundheitswesen – insbesondere unter dem Blickwinkel der Digitalisierung – zu diskutieren und dabei sowohl ihre Expertise als auch Netzwerke weiter auszubauen.

Das Fazit des Kongresses fasste Prof. Amelung wie folgt zusammen: „Wir haben einiges im Gesundheitswesen erreicht, aber es gilt konsequent Fehlanreize im Gesundheitssystem abzuschaffen und mehr Spielraum für Innovationen zu erreichen." Und genau deshalb bot der BMC in diesen zwei Tagen wieder Diskussionsplattform, Denkanstoß und Netzwerk gleichermaßen und stellte dabei wieder einmal – ganz im Sinne von v. Hirschhausen – unbequeme Fragen.

Fotos: Werner Popp

IMPRESSIONEN VOM BMC-KONGRESS 2017

Wissen ausbauen

In jedem Brown Bag Lunch steht ein Thema im Mittelpunkt, das zunächst durch eine / n Referenten / in vertieft wird, um anschließend darüber zu diskutieren. Die Themen- und Referentenauswahl werden gemeinsam durch die Teilnehmer bestimmt.

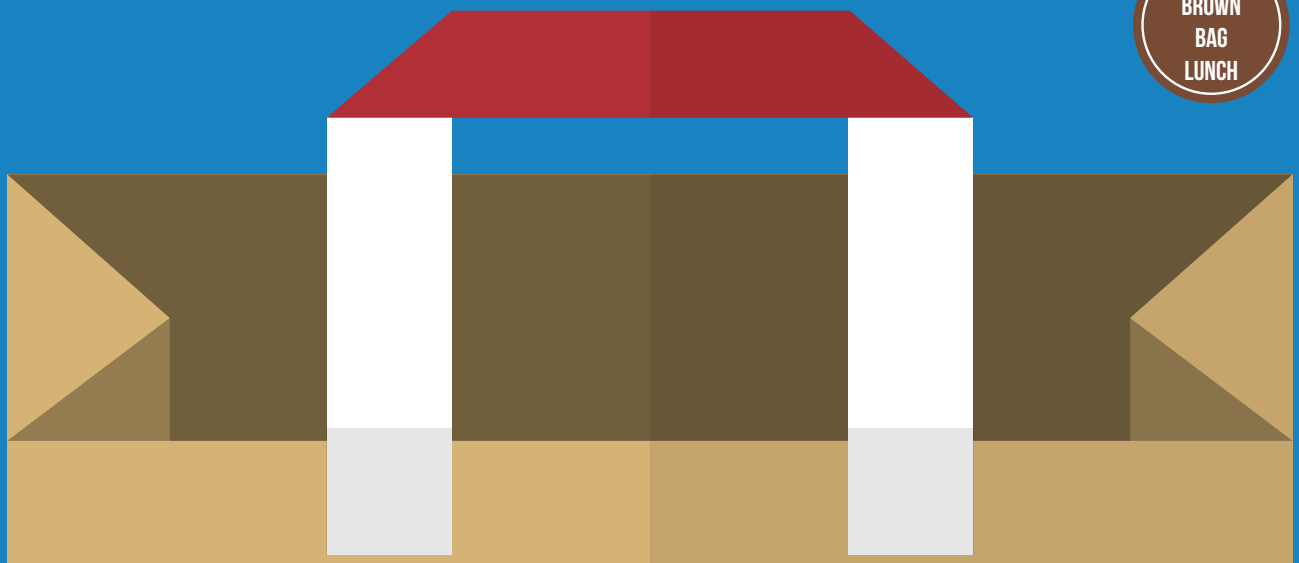
Vernetzung stärken

Die Teilnehmer kommen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens – und das ist ganz wichtig für jeden Brown Bag Lunch: Nur so lassen sich die unterschiedlichen Perspektiven auf gesundheitspolitische Fragestellungen verstehen – und damit auch Lösungsansätze formulieren, die die verschiedenen Interessen berücksichtigen.

Nachwuchs fördern

Teilnehmer des Brown Bag Lunch sind Nachwuchsführungskräfte, die auf Einladung des BMC zu diesem Kreis hinzustoßen.

BROWN BAG LUNCH



Die Nachwuchsförderung liegt dem BMC sehr am Herzen. Dieses Ziel verfolgt er daher mit den sog. „Brown Bag"-Seminaren, mit denen Menschen aus verschiedenen Institutionen und mit ganz unterschiedlichen Interessen zusammengebracht werden sollen. Dies ermöglicht jungen Führungskräften, ihr Netzwerk im Gesundheitswesen weiter auszubauen und gleichzeitig ihre Kenntnisse des Gesundheitssystems zu verbessern. Die Treffen finden einmal im Monat für ca. eineinhalb Stunden statt, wobei regelmäßig ein Gesundheitsexperte ein Impulsreferat zu aktuellen Gesundheitsthemen hält, in dessen Anschluss die Teilnehmer dazu diskutieren. Auch gibt es Seminare in Form von Workshops, bei denen die Teilnehmer zu Themen wie „Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen", „Patiententypologien und Patientenpfade" und „Gesundheitswesen 2025" gemeinsam Lösungsansätze erarbeiten. Auch auf dem BMC Kongress 2017 fand ein solcher Workshop im Rahmen des Nachwuchssymposiums statt, bei dem fast 40 Teilnehmer zu verschiedenen Patientenszenarien diskutierten und dabei Gelegenheit hatten, sich kennenzulernen.

„Der Brown Bag Lunch ist eine tolle Gelegenheit, Menschen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens kennenzulernen. Mein persönliches Highlight war die Diskussion mit Tamara Anthony zur medialen Darstellung von Gesundheitsthemen."*

** Tamara Anthony, Korrespondentin, ARD Hauptstadtstudio*

Jean Dietzel, *Projektleiter Krankenversicherung, IGES Institut GmbH*

„Durch die organisierten Brown Bag-Treffen konnte ich bisher zahlreiche Kontakte in Bereichen des Gesundheitswesens knüpfen, die sonst mit Sicherheit nicht zustande gekommen wären. Somit hoffe ich, dass wir als kontinuierlich wachsende Gruppe durch diese persönlichen Verbindungen aktiv beitragen können, die Silos im Gesundheitswesen zu überkommen! Die Treffen im großen und kleinen Kreise, mittags oder abends machen mir jedenfalls immer großen Spaß!"

Daniela Chase, *Senior Consultant, Institut für angewandte Versorgungsforschung*

IMPRESSIONEN VOM BMC-JAHRESEMPFANG 2016

Fotos: Werner Popp

INNOVATIONSFONDS IN THEORIE UND PRAXIS

Eindrücke von der BMC-Session bei der DGGÖ-Jahrestagung

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Professor emeritus der TU Berlin (Bild links) und Prof. Dr. Martin Gersch, Professor für Betriebswirtschaftslehre, FU Berlin (Bild rechts)

„Förderung von Innovationen – theoretische Konzepte und internationale Erfahrungen" – unter diesem Titel richtete der BMC 2016 erstmals eine eigene Session im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) am 15. März 2016 aus.

Ausgangspunkt der Sitzung war die Frage, welcher Innovationsbedarf derzeit besteht und welche Auswege aus der Innovationsfalle denkbar sind. Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Professor emeritus der TU Berlin, plädierte in seinem Vortrag dafür, nicht nur an einzelnen Stellschrauben zu drehen, sondern vielmehr „Gesundheit neu zu denken". Dazu müssten bestehende Versorgungspfade, Akteure und ihre Rollen sowie Finanzierungsmechanismen ganz grundlegend hinterfragt werden. Die größten Defizite identifizierte er insbesondere bei den Themen Health Literacy, der Koordination von Patienten und der fehlenden Ergebnisorientierung. Die Veränderungsresistenz im deutschen Gesundheitswesen nahm auch Prof. Dr. Martin Gersch (Professor für Betriebswirtschaftslehre, FU Berlin) unter die Lupe. Mit Hilfe der Theorie der Pfadabhängigkeit zeigte er auf, wie schwierig es angesichts der hohen Regulierungsdichte und Institutionalisierung ist, grundlegende Veränderungen zu erreichen. Die Einrichtung des Innovationsfonds durch den Gesetzgeber sieht er daher positiv: Dieser lasse sich als Versuch des Pfadbruchs interpretieren. Erfolg könne dieser jedoch langfristig nur haben, wenn auch die bisher pfadstabilisierenden Mechanismen neu ausgerichtet würden.

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstand OptiMedis AG, Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal GmbH

Den Innovationsfonds nahm auch Dr. Susanne Ozegowski, Geschäftsführerin des Bundesverbands Managed Care e. V., in den Blick – und hinterfragte diesen Finanzierungsmechanismus im Hinblick auf internationale Erfahrungen. Dabei zeigte sich, dass diese Form der Anschubfinanzierung für Versorgungsinnovationen keineswegs eine deutsche Ausnahmeerscheinung ist. Auch in Großbritannien, den USA und Australien gibt es öffentliche Programme, um die Erprobung von Versorgungsinnovationen und Versorgungsforschung zu unterstützen.

Wie schwierig es ist, innovative Versorgungsmodelle dauerhaft in Deutschland zu etablieren und zu skalieren, wussten Dr. h.c. Helmut Hildebrandt und Dr. Oliver Gröne (beide OptiMedis AG) zu berichten. Hildebrandt hat vor über 10 Jahren das nach wie vor einzige populationsbezogene integrierte Versorgungsmodell im Kinzigtal etabliert und kann hier auf nachhaltige Erfolge verweisen: Sowohl ökonomisch als auch hinsichtlich des Gesundheits-Outcomes der eingeschriebenen Bevölkerung ist das Gesunde Kinzigtal ein Vorzeigeprojekt. Die regionale Erweiterung des Modells bzw. Übertragung auf andere Regionen bleibt dennoch angesichts des Beharrungsvermögens der Akteure ein hartes Brot. Daher sieht er auch im Innovationsfonds eine echte Chance, um die verkrusteten Strukturen zu durchbrechen.

Dr. Susanne Ozegowski, Geschäftsführerin, BMC und Dr. Oliver Gröne, stellvertretender Vorstandsvorsitzender, OptiMedis AG

„INTEGRIERTE VERSORGUNG: PERFORMANCE MESSBAR MACHEN“

Die BMC-Session beim Jahressymposium des Schweizer Forums Managed Care

Im Rahmen von über 300 Qualitätsindikatoren erstatten die deutschen Krankenhäuser jedes Jahr Bericht über die Ergebnisse ihrer Versorgung. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht einen jährlichen Qualitätsbericht zur Qualität des ambulanten Sektors. Doch wie lassen sich eigentlich die Ergebnisse der Integrierten Versorgung messen? Diese Frage stand – unter dem Titel „Integrierte Versorgung: Performance messbar machen“ – im Mittelpunkt der BMC-Session beim Jahressymposium des Schweizer Forums Managed Care (fmc) am 15. Juni 2016. Mittlerweile ist es gute Tradition, dass BMC und fmc bei ihren jeweiligen Jahreskongressen wechselseitig eine eigene Session ausrichten. So folgten wir auch diesmal der Einladung des fmc in den Berner Kursaal – mit dabei: drei BMC-Mitglieder mit langjähriger Expertise auf dem Feld der Integrierten Versorgung (IV) – Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands und langjähriger Abteilungsleiter im BMG unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG und Christian Straub, Geschäftsführer der Berliner POLIKUM Gruppe.

Dr. Susanne Ozegowski und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt diskutieren gemeinsam mit den Teilnehmern der BMC-Session über Fragen der Integrierten Versorgung

Zunächst berichtete Franz Knieps über die Entwicklung der IV in Deutschland mit Disease Management-Programmen, Modellvorhaben und § 140a-Verträgen. Mit der Anschubfinanzierung der IV von 2004 bis 2008 sei es zwar gelungen, das Volumen der IV zu steigern, die Qualität der Evaluation und damit die Transparenz über das Ergebnis sei jedoch allenfalls als gemischt zu bezeichnen.

Auf eine mittlerweile zehn Jahre umfassende Dokumentation von Ergebnisdaten blickte dagegen Dr. Helmut Hildebrandt für das älteste deutsche populationsbezogene IV-Projekt, das Gesunde Kinzigtal, zurück. Wichtig ist aus seiner Sicht insbesondere die hohe Akzeptanz der Daten bei den beteiligten Ärzten. So seien diese zunehmend bereit, Budgetverantwortung zu übernehmen und damit ins eigene finanzielle Risiko zu gehen, sowie neue Vergütungsmodelle auszuprobieren.

Über die Schwierigkeiten, eine koordinierte ambulante Versorgung aus einer Hand zu bieten und gleichzeitig ökonomisch erfolgreich zu sein, wusste dagegen Christian Straub zu berichten. Die derzeitigen Vorgaben für die Vergütung in der ambulanten Versorgung machten es nach Angaben Straubs insbesondere Medizinischen Versorgungszentren alles andere als leicht.

Die BMC-Veranstaltung wurde von den Teilnehmern des Jahressymposiums des Forums Managed Care sehr gut angenommen

Neben der BMC-Session wurden auch im Plenum verschiedene internationale Erfahrungen vorgestellt und mit den über 300 Teilnehmern diskutiert. Das macht auch den ganz besonderen Charakter des jährlichen Symposiums aus: Nach jedem Vortrag folgen moderierte Diskussionen des gesamten Publikums in kleinen Gruppen. Dadurch gelingt es dieser Konferenz wie kaum einer anderen, Menschen miteinander ins Gespräch zu bringen. Und da schadet es nicht, dass die Veranstaltung beim gemeinsamen Apéro mit Blick über die Schweizer Berglandschaft ausklingt …

Auch 2017 wird der BMC wieder beim fmc-Symposium vertreten sein: Am 14. Juni 2017 werden in Bern über 300 Schweizer und internationale Experten des Gesundheitswesens über das Thema „Smarter Healthcare – die Kunst der klugen Integration“ diskutieren.

Weitere Informationen unter: www.fmc.ch

© e_rasmus / istock

DER BMC SCHAUT ÜBER DEN NATIONALEN TELLERRAND

Im Rahmen einer Vielzahl internationaler Aktivitäten vertrat der BMC-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Volker Amelung die Verbandsziele auch 2016 über die deutschen Grenzen hinweg und intensivierte den Austausch mit renommierten Gesundheitsexperten aus der ganzen Welt. Eine Auswahl der Aktivitäten wird nachfolgend kurz skizziert.

Internationale Expertenrunde zu „High-Need, High-Cost Patienten“

Die Frage nach der optimalen Versorgung von sogenannten „High-Need, High-Cost Patienten“ beschäftigte eine vom Commonwealth Fund zusammengestellte Expertengruppe. Aufbauend auf einer systematischen Literaturrecherche der London School of Economics, wurde bis zum Frühjahr 2016 insgesamt ein gutes Dutzend Fallstudien analysiert, die von Israel über Frankreich, Großbritannien und den USA zeigen, wie man im internationalen Kontext innovative Versorgungskonzepte implementiert. „Charakteristisch ist, dass keine deutsche Fallstudie in die engere Auswahl für den Vergleich gekommen ist. Im Hinblick auf integrierte Versorgungskonzepte für Patienten mit hohen Bedarfen können wir noch einiges von unseren internationalen Kollegen lernen“, so Professor Amelung. Die in der Expertengruppe erarbeiteten Ergebnisse wurden im Januar 2017 auf einer OECD-Konferenz in Paris vorgestellt, an der Gesundheitsminister aus über 35 OECD- und Partnerländern teilnahmen.

Ebenfalls zum Themenfeld der Integrierten Versorgung fand in 2016 die Finalisierung des „European Frameworks for Action on Integrated Health Services Delivery“ der WHO statt. Das Framework zu Integrated Care konzentriert sich auf populationsorientierte Ansätze und das Zusammenspiel von Health und Social Care. Professor Amelung hierzu: „Auch, wenn die WHO aufgrund ihrer generellen Strukturen abstrakte Modelle diskutiert und wenig konkrete Handlungsempfehlungen gibt, handelt es sich beim European Framework durchaus um ein Leitplankenpapier, das Impulse für die Systemgestaltung geben kann. Die WHO regt an, in welche Richtung gedacht werden kann, wenn wir über neue Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der Vereinigung von Health und Social Care reden.“

Policy Dialogue “Implementing Primary Health Care” in Wien

Im Rahmen einer WHO-Expertenrunde im Mai 2016 in Wien stellten österreichische Gesundheitspolitiker und Vertreter der Selbstverwaltungsstrukturen ihre Ideen zur Reform des österreichischen Gesundheitswesens vor und diskutierten diese mit einem Panel von internationalen Experten. Die eigenen nationalen Reformideen mit internationalen Experten zu diskutieren ist ein interessantes Instrument, von dem in Deutschland bisher nur wenig Gebrauch gemacht wird. Der BMC-Vorstandsvorsitzende Amelung sieht den entscheidenden Vorteil darin, dass man sich so aus den Grenzen des eigenen Systemdenkens lösen kann und von den Erfahrungen und Ideen anderer Länder profitiert.

Healthcare Denmark Ambassador Summit 2016

Seit vielen Jahren engagiert sich Professor Amelung als sogenannter „Healthcare Denmark Ambassador“. „Healthcare Denmark“ ist das Resultat einer leistungsstarken dänischen Wirtschaftsförderung im Bereich des Gesundheitswesens und

Nicht nur das Publikum in Deutschland interessiert sich für aktuelle Fragen rund um Managed Care.

eine partnerschaftliche Vereinigung aus öffentlichen und privaten Institutionen. Im Rahmen einer jährlichen Exkursion werden die Fortschritte der Strukturveränderungen im dänischen Gesundheitswesen den „Ambassadors“ präsentiert. Zu ihnen gehören aus Deutschland auch Matthias Meierhofer (Vorstandsvorsitzender und Gründer, Meierhofer AG) und Jan Neuhaus (Geschäftsführer Dezernat Datenaustausch und eHealth, Deutsche Krankenhausgesellschaft). Charakteristisch für das dänische Gesundheitswesen ist die Überzeugung, dass sich modernes Krankenhausmanagement nur in einer modernen Infrastruktur und mit neusten Informationstechnologien umsetzen lässt. So wurden nahezu sechs Milliarden Euro in völlig neue Krankenhausstrukturen investiert und jedes zweite Krankenhaus wird komplett neu gebaut. „Dänemark hat bereits heute eine durchschnittliche Krankenhausverweildauer, die deutlich unter vier Tagen liegt, im Vergleich zu deutlich über sieben Tagen in Deutschland. Die Verkürzung der Verweildauer funktioniert nur über eine perfekte Abstimmung der Versorgungsstrukturen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern und modernste Strukturen innerhalb des stationären Sektors. Besonders spannend war daher für die deutschen Vertreter die Besichtigung des Neubauprojekts für das künftige ‚Superkrankenhaus‘ der Universitätsklinik Aarhus“, so Professor Amelung.

BMC-GESCHÄFTSSTELLE

Der BMC von seiner sportlichen Seite

„Beim BMC läuft's“ war am 2. Juni das Motto dreier hochmotivierter BMC-Teamstaffeln anlässlich des 17. Berliner Wasserbetriebe Staffellaufs. Die Sportlerinnen und Sportler der BMC-Geschäftsstelle, Vorstandsmitglieder und Mitarbeiter der BMC-Mitgliedsunternehmen zeigten sich trotz zwischenzeitlichem Starkregen in Topform und belegten Platz 458 von über 1600 Staffeln!

Dr. Helen Grupp
Referentin für
Managed Care und
Gesundheitspolitik

Wechsel in der Geschäftsstelle

Nachdem Sabine Barz und Anne de Vries im Laufe des Jahres ihre Tätigkeit beim BMC beendet haben, verstärkt seit dem 1. Juli Dr. Helen Grupp das Team der BMC-Geschäftsstelle als Referentin für Managed Care und Gesundheitspolitik. Ihre Hauptaufgaben liegen in der Betreuung einiger Arbeits- und Projektgruppen. Helen Grupp hat einen Bachelor of Science in Volkswirtschaftslehre von der Universität Mannheim sowie einen Master of Science in Gesundheitsökonomie von der Erasmus Universität Rotterdam. Bevor sie zum BMC wechselte war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Hamburg Center for Health Economics.

AUSBLICK 2017

BMC-Hintergrundgespräch mit Landesminister Manne Lucha: **„Qualität braucht Kreativität – Kommunen und Gesundheitsregionen als Versorgungsgestalter“**

30. Mai 2017, 17.30 – 19.30 Uhr
BARMER Landesvertretung Baden-Württemberg, Torstraße 15, 70173 Stuttgart

Um einer drohenden medizinischen Unterversorgung im ländlichen Raum entgegenzuwirken, bedarf es kreativer Versorgungskonzepte und Mut zur Veränderung bei allen Akteuren des Gesundheitswesens. Zunehmend ist auch die Eigeninitiative auf kommunaler Ebene gefragt. Mit dem baden-württembergischen Gesundheitsminister Manne Lucha wollen wir über die neue, aktive Rolle von Kommunen und Gesundheitsregionen als Versorgungsgestalter nach Einführung des Versorgungsstärkungsgesetzes diskutieren.

BMC-Fachtagung: **„Innovative Versorgungskonzepte für psychische Erkrankungen“**

11. Oktober 2017, 11.30 – 17.00 Uhr, Berlin
Maritim pro Arte Hotel, Friedrichstr. 151, 10117 Berlin

Etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung ist jedes Jahr von einer oder mehreren psychischen Erkrankungen betroffen. Dies wirkt sich auch deutlich auf die Zahl der krankheitsbedingten Arbeitnehmerfehltage aus: Die Daten der gesetzlichen Krankenkassen zeigen seit Jahren einen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Ein Grund, die primärztliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland genauer zu untersuchen: Wie sieht die Kooperation und Koordination der Versorgung zwischen Psychotherapeuten, Psychiatern, Fachärzten für Psychosomatik und Allgemeinmedizinern aus? Und wie erfolgt die Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie? Diesen und weiteren Fragen stellt sich die Arbeitsgruppe Neue Versorgungsformen am 11. Oktober 2017 im Rahmen der Fachtagung „Innovative Versorgungskonzepte für psychische Erkrankungen“. Als Referenten zugesagt haben unter anderem bereits Prof. Dr. Jochen Gensichen, Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Universität München, und Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin, Bundespsychotherapeutenkammer. An der Veranstaltung werden darüber hinaus voraussichtlich Vertreter der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Vertreter der Krankenkassen und aus Gesundheits-Start-ups teilnehmen. Moderiert wird die Fachtagung durch Ralph Lägel, MBA, Vorstandsmitglied, Bundesverband Managed Care e. V. / Senior Manager Healthcare Strategies Global Innovative Pharma Business Germany, Pfizer Pharma GmbH, und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandsmitglied, Bundesverband Managed Care e. V. / Vorstandsmitglied, Deutsche Rheuma-Liga.

WEITERE AUSGEWÄHLTE TERMINE IM ÜBERBLICK

11. – 13. Mai 2017	**Studienreise nach Edinburgh,** Schottland
30. Mai 2017	**AG Neue Versorgungsformen,** „Impulse für die nächste Legislaturperiode“
14. Juni 2017	**BMC-Forum beim fmc-Symposium** „Neue Dynamik durch den Innovationsfonds – Vorbild für die Schweiz?“
22. Juni 2017	**AG Nutzenbewertung und Präferenzmessung,** „Bestandsaufnahme und Rahmenbedingungen von Entscheidungen über Erstattung und Vergütung“
4. Oktober 2017	**AG Nutzenbewertung und Präferenzmessung,** „Lebensqualitätsmessung: Kritik und Entwicklungspotentiale“
18. Oktober 2017	**Festsymposium zum BMC-Jubiläum und Jahresempfang**
7. November 2017	**AG Neue Versorgungsformen,** „Déjà-vu: Ein Jahr Innovationsfonds – Projekte auf dem Prüfstand“

STELLUNGNAHME

ENTWURF EINES VIERTEN GESETZES ZUR ÄNDERUNG ARZNEIMITTELRECHTLICHER UND ANDERER VORSCHRIFTEN („4. AMG-NOVELLE“)

Der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) nimmt zu Art. 1 Nr. 9 der 4. AMG Novelle Stellung:

Regelungsgehalt des Art. 1 Nr. 9 der 4. AMG Novelle („Fernverschreibungsverbot“)

Mit der Neuregelung wird die telemedizinische Verordnung von Arzneimitteln („Fernverschreibung“) verboten, sofern nicht vorab ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Empfehlung:

Streichung des Art. 1 Nr. 9 der 4. AMG Novelle (§ 48 Abs. 1 AMG)

Begründung:

Erst vor wenigen Monaten verabschiedete die Regierungskoalition das E-Health-Gesetz und bekannte sich ausdrücklich zum Potenzial digitaler Anwendungen für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung. Auch die Online-Videosprechstunde wurde als zukünftig abrechenbare Leistung in das SGB V aufgenommen. Das Fernverschreibungsverbot würde demgegenüber jetzt einen erheblichen Schritt zurück machen: Die Möglichkeit für Fernverschreibungen ist eine notwendige Ergänzung der Online-Videosprechstunde – ohne sie bleibt die Videosprechstunde ein zahnloser Tiger, da der/die Telearzt/-ärztin kaum Behandlungsmöglichkeiten hätte.

Die Erfahrungen aus anderen Ländern, beispielsweise aus den USA, Skandinavien und der Schweiz, zeigen, dass die Fernverschreibung sinnvoll und notwendig ist. Online-Videosprechstunden verbunden mit der Möglichkeit zur Ausstellung von Arzneimittelverordnungen ermöglichen den Zugang zu einer schnellen ambulanten Versorgung. Dies ist insbesondere von Relevanz in ländlichen Regionen, in denen zunehmende Fahrtwege und Wartezeiten zu Ärzten zu relevanten Zugangshürden werden können. Auch für bestimmte vulnerable Patientengruppen, wie Alleinerziehende oder Menschen mit Migrationshintergrund, können Videosprechstunden (verbunden mit der Möglichkeit der Fernver- schreibung) eine aufgrund des niedrigschwelligen Zugangs verbesserte Versorgung anbieten.

Die Sicherstellung der Versorgungsqualität bleibt dabei oberste Priorität: TeleärztInnen müssen verpflichtet sein, für die Verordnung von Arzneimitteln die gleichen Voraussetzungen und Qualitätsstandards zu erfüllen wie ein/e Arzt/Ärztin im direkten Patientenkontakt.

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

STELLUNGNAHME

EUGH VERWIRFT RX-BONI-VERBOT: IST DER APOTHEKER DER EIGENTLICHE GEWINNNER?

Berlin, den 10. November 2016 – Der EuGH hat mit seinem Urteil vom 19. Oktober 2016 entschieden, dass ausländische Arzneimittelhändler nicht an die deutschen Apothekenabgabepreise gebunden sind. Damit öffnet sich die Tür für den Arzneimittel-Versandhandel und möglicherweise eine flexiblere Preisgestaltung in der deutschen Apothekenlandschaft. Diese Entscheidung ist im Sinne der Patienten, sie bietet aber auch erhebliche Chancen für Apotheker, ihr Berufsbild weiterzuentwickeln und stärker in der Versorgungskette der Patienten mitzuwirken.

Die Entscheidung des EuGH setzt neue Parameter für den Wettbewerb im Apothekenmarkt: Sie liberalisiert die Preisgestaltung – und bietet die Chance für mehr: „Neue Wettbewerbsparameter im Apothekenmarkt haben enormes Entwicklungspotential für das Berufsbild des Apothekers“, erklärt Ralf Sjuts, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e.V. (BMC). Der niedergelassene Apotheker sollte sich von einem Versandhändler über mehr abgrenzen als nur über die Preisgestaltung. „Hier ist vor allem die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen für ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das sich von dem in den letzten Jahrzenten verfestigtem Bild des Apothekers als schlichtem Arzneimittelverkäufer abhebt“, appelliert Sjuts und meint, „durch die Entscheidung des EuGH könnte dieser Prozess nun endlich Fahrt aufnehmen“.

„Die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes, Implementierung von Strukturen des Medikationsmanagements und Einbeziehung von Apotheken in die Integrierte Versorgung, das sind die Bereiche, die es anzupacken gilt“, bekräftigt auch Dr. Susanne Ozegowski, Geschäftsführerin des BMC e.V., „dann ist der Weg frei für eine Einbeziehung des Apothekers in das Versorgungsmanagement, womit auch eine Aufwertung des Apothekerberufes insgesamt verbunden ist“. Dies ist besonders sinnvoll im Bereich der Versorgung multimorbider Patienten und könnte sich etwa auf die Durchführung von Schnelltest und die Überprüfung von Adhärenz und Compliance beziehen. „Die Abkehr von der alleinigen Ausrichtung auf den Arzneimittelverkauf hin zur Übernahme einer aktiven Rolle als Bestandteil eines Versorgungsteams – das sollte das neue Apothekerbild sein“, betont Sjuts. Zudem sollte die Rolle des Apothekers im modernen Medikationsmanagement gestärkt werden und die Bereiche der Begleitung, Beratung, Koordinierung und Betreuung bei der Arzneimitteltherapie umfassen.

„Durch das Urteil des EuGH gewinnt außerdem die Einbeziehung von Apotheken als Leistungserbringer in die Verträge der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V durch die Krankenkassen an Attraktivität“, ist sich Dr. Susanne Ozegowski sicher. Dies ist nicht nur für die Krankenkassen, sondern auch für den Apotheker erstrebenswert, denn Selektivverträge stellen nur für denjenigen ein Problem dar, der nicht mitmacht. Für die Apotheker, die sich daran beteiligen, können solche Verträge auch finanziell interessant sein.

Ganz deutlich stellt der EuGH mit seiner Entscheidung auch Verbraucherinteressen in den Mittelpunkt und stärkt die Chancen der Patienten auf kostengünstigere Arzneimittel. Ozegowski erläutert hierzu: „Diese Zielrichtung dürfte auch im Interesse der Krankenkassen liegen, die grundsätzlich alles unternehmen sollten, um Versicherten einen kostengünstigen Zugang zu Medikamenten zu ermöglichen“. Die bestehenden Effizienzreserven sollten gehoben werden, statt sie zu Lasten der Versicherten fortzuschreiben.

Der BMC sieht daher auch keine Grundlage für die in der öffentlichen Diskussion geäußerten Ängste vor einer Gefährdung der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung: „Die Argumentation, ein solcher Wettbewerb wirke sich negativ auf die Patientenversorgung aus, überzeugt nicht“, bekräftigt Sjuts. In städtischen Räumen ist die Apothekendichte ohnehin sehr hoch. So weist allein die Stadt Berlin eine Zahl von 860 Apotheken auf – und damit eine Apotheke je 3.500 Einwohner. Auch in NRW gibt es mit insgesamt 4.400 Apotheken ein sehr hohes Apothekenversorgungsnetz.

Der Rückgang der Apothekendichte in ländlichen Regionen liegt hingegen insbesondere in dem Mangel an KandidatInnen für die Nachbesetzung von Apotheken begründet. Diesem Nachwuchsmangel sollte mit attraktiveren Arbeitskonditionen in ländlichen Regionen für die junge PharmazeutInnen-Generation begegnet werden. Dazu gehören die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken, erweiterte Möglichkeiten für eine Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis sowie – in Einzelfällen – die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen.

Sjuts und Ozegowski sind sich daher sicher: Die Entscheidung des EuGH bietet das Potential, den Wettbewerb in der Apothekenlandschaft anzukurbeln und damit – im Sinne aller Akteure – gute und kosteneffiziente Versorgungsmodelle zu implementieren.

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

MEDIENSPIEGEL (AUSWAHL)

Gerechte Gesundheit
1 / 2016

GERECHTE GESUNDHEIT
Das Portal zur Versicherungswirtschaft

Interview des Monats Januar 2016

Prof. Amelung: „Innovativ ist, was im GKV-System neu ist"

Berlin (pug) – Der Innovationsfonds ist ein gesundheitspolitisches „Zauberwort-Thema". Jetzt soll es endlich Ernst machen, die neue Fördertatsachenmaschinerie wird bald öffnetlich. Im Interview des Monats spricht Prof. Dr. Dr. Eberhard Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care (BMC), nach Fehlerstartpunkten, Erfolgsfaktoren für den Fonds und Verbündeten aus dem Ausland beteiligt.

Herr Prof. Amelung, welche Probleme müssen dringend mittels innovativer Versorgungsformen angegangen werden?

Es gibt viele die eine große Baustelle, an der wir mit dem Innovationsfonds ansetzen können, sondern einer Verlauf von Meinen Maßnahmen, die wir mit dem Fonds ergreifen, die wir mit Versorgungsformen ansetzen. Zum einen geht es um die kontinuierliche Stärkung von Technologien, der eben tätig-ratsbrief Investitionen erfordern. Dabei geht es um die Frage, wie wir Investitionsmittel in Versorgungsformen investieren, sondern gemeint die Potenziale von neuen Technologien aufdecken.

Zum anderen denke ich, dass das Thema Patientenorientierung stärker in den Fokus rücken sollte. Die Erfahrung zeigt, dass ein wesentlicher Faktor für den Erfolg von Versorgungsformen ist, dass sie Patienten dazu motivieren und mit den Versorgungsformen und mit den Bedürfnissen der Patienten vorantreiben. Neue Versorgungsformen bieten die Chance, endlich mal einen Schritt zu machen und gemeinsam mit dem Patienten gemeinsam zu Ziehlingen, was dieses Mensch in seinen individuellen Situation braucht, um gesundheitsbewusst zu leben. Ich sehe Themen, den denen wir vorwärtsgehen bei 21 Prozent stehen.

Wenn denken Sie konkret?

Dieses gerichtete Versorgungsmanager die Bereiche Arzneimittelversorgungsmarkt und Patientencoaching. Dort wurde schon viel gute Vorarbeit geleistet, aber der größte Durchbruch fehlt noch. Die Themen sind richtig, die Ansätze sind gut, aber es nicht sich, dass bisherige keine guten Evaluationen vorgenommen haben. Es fehlt an einer Verpflichtung zur Evaluation beim Innovationsfonds auch so wichtig.

Und ein letzter Punkt: Ich glaube, wir machen uns zu wenig Gedanken darüber, wie wir die Versorgungsformen in die Fläche bringen, dass auch andere Akteure - auch Pflegefachkräfte adäquat ausbilden. Momentan: anonymisiert sei ein sehr hohes Maß an Unzufriedenheit bei nahezu allen beteiligten Professionen. Hier müssen wir uns überlegen, wie wir mit den entsprechenden Ressourcen vorwärtes umgehen können. Wenn wir das nicht tun, dann werden die Versorgungsformen, welche wir auskurbelt, auch die Produktivität steigern.

Neben den 225 Millionen Euro, die jährlich zur Förderung innovativer Versorgungsformen ausgegeben werden sollen, sind weitere 75 Millionen für die Versorgungsforschung vorgesehen. Was sind tatsächlaeuerte Fragestellungen?

Im Zentrum werden Fragestellungen stehen, die deren unentbehrlichen Bezug zu Versorgungsformen haben. Es sind Fragestellungen, die wir bisher gehen, welchen Nutzen die Auswertung von Routinedaten für die Versorgungsgegenstand hat. Ein weiteres mögliches Forschungsfeld wäre die Fortsetzung des Versgleichsgutachtens weg von den quantitativen

Gesundheit und Gesellschaft
Ausgabe 2 / 2016

INNOVATIONEN

Eidgenossen mit langem Atem

Dass Aldi in Gesundheitszentren investiert, ist in Deutschland unvorstellbar. In der Schweiz macht der Handelsriese Migros genau das – ein Innovations-Beispiel von vielen auf dem Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Manche Wahrheiten können nicht oft genug ausgesprochen werden. Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor von „Silostrukturen" geprägt, kritisierte Professor Dr. Volker Amelung beim Jahreskongress des Bundesverbands Managed Care e.V. (BMC) in Berlin. „Und wir hoffen, dass der Patient zu den Strukturen passt." Kein Wunder also, dass Deutschland bei internationalen Vergleichen in punkto „Koordinierte Versorgung" nur im Mittelfeld landet. „Hier habe er", stellte der Vorstandsvorsitzende des BMC, vor den 500 Kongressbesuchern fest, G-ÖG gehöre zu den Musterpartnern der Vereinbarung mit zahlreichen Verträgen und Form rund ums Thema „Innovation".

Durchaus lebende Worte fand Amelung für den neuen Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Der Fonds könne dazu beitragen, integrierte Versorgungskonzepte zu fördern und so verkrustete Strukturen an der einen oder anderen Stelle aufzubrechen. Nicht nakrot die „gute Bezeitung" des frisch gekürten Expertenbeirates für den Innovationsfonds lase hoffen.

Ministerium drückt aufs Tempo. Auch die Politik erwartet vom Innovationsfonds Impulse für eine patientengerechtere Versorgung, wie Staatssekretär Lutz Stroppe vom Bundesgesundheitsministerium deutlich machte. Von 2016 bis 2019 stünden insgesamt 1,2 Milliarden Euro bereit, um Versorgungsprojekte anzuschieben und der Versorgungsforschung unter die Arme zu greifen. Dabei stimme sich sein Haus eng mit dem Bundesforschungsministerium ab, um „Doppelfördermaßnahmen" zu vermeiden. Zugleich drängte Stroppe gegenüber dem Bundesausschuss auf Tempo, um Fördermittel aus dem Gesundheitsfonds nicht verfallen zu lassen: „Ich habe kein Interesse daran, in diesem Jahr auch nur einen Cent der Mittel für den Innovationsfonds an den Bundesfinanzminister zurückzugeben." Der GBA-Vorsitzende Josef Hecken habe immer wieder die fehlende haushaltsrechtliche Übertragbarkeit der Mittel aus dem Innovationsfonds monniert.

„Junge Ärzte wollen attraktive Arbeitsbedingungen und arbeiten heute lieber im Team als in der Einzelpraxis", berichtete Medhus-Chef Marcel Nipierski, der zugleich den großen Wert einer „interprofessionellen Zusammenarbeit" sowie einer engen Vernetzung mit Spezialisten

Investoren geht in Schweizer Gesundheitszentren nicht so schnell die Puste aus.

Dass sie lange finanziellen Atem nötig ist, um in stark reglementierten Gesundheitssystemen innovativen Versorgungsformen zum Durchbruch zu verhelfen, gilt nicht nur für Deutschland, sondern etwa auch für die Schweiz. Sai nachweis Jahren investiert dort die gemeinnützig-gewerbliche Migros – ein Einzelhandelsriese mit 27 Milliarden Franken Jahresumsatz – mittlerweile Millionenbeträge in den Aufbau eines Netzwerkes für ambulante medizinische Leistungen.

Die Palette reicht dabei von der hausärztlichen Versorgung über Reha, Physiotherapie und Sportmedizin bis hin zum Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Die Migros-Tochter „Medbase" betreibe gemeinsam mit der erst vor kurzem erworbenen „Sanitas" mittlerweile an 35 Standorten in der Alpenrepublik Gesundheitszentren, in denen 900 Ärzte und Therapeuten rund 1,7 Millionen „Patienten-Konsultationen" jährlich bewältigen.

und Kliniken unterstrich. Die Engagement im Gesundheitswesen passt offenkundig gut in die gemeinwohlorientierte Philosophie der Migros, der außerdem 80 Farmen- und Wellnesspaeks gehören.

Deutschland zu reguliert. Doch ebenso wenig wie Rewe oder Aldi hierzulande in Gesundheitszentren investieren, beabsichtigt Nipierski eine Expansion nach Deutschland. „Die Marke ist noch regulierter als unsere," Selbst die (noch) gut gefüllten gesetzlichen Kassen können eine Reihe wie die Migros beim Aufbau neuer Versorgungsformen kaum spielen, betonte Professor Dr. Martin Geisch von der Freien Universität Berlin. Angesichts des Wirtschaftlichkeitsgebotes und des Wettbewerbs um günstige Zusatzbeitragssätze ich die Kassen „Risiko-Investitionen über mehrere Jahre ebenso nur selbst leisten erlaubt". Vielleicht hilft hier je der Innovationsfonds ein bisschen weiter. ■

Gesundheit und Gesellschaft 15

Klinik Wissen Managen
Ausgabe 1 / 2016

Digitale Transformation des Gesundheitswesens

BMC-Kongress diskutierte E-Health-Perspektiven

„Ab 2016 werden über einen Zeitraum von vier Jahren insgesamt 1,2 Milliarden Euro in innovative Versorgungsmodelle und die Versorgungsforschung investiert.

Die Aufbruchstimmung, die mit der Ausrufe auf dem Frühsommer stattgefunden, ist bei dem Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care (BMC), der am 19. und 20. Januar in Berlin stattfand. Neben Themen wie Patienten-Empowerment durch Innovationen, Production oder Vergütung von Innovationen stand erster anderem die große Rolle der digitalen Transformation des Gesundheitssystems auf der Kongress-Agenda.

Zum Kongress gab es bei den Experten des Forums „E-Health-Innovationen" sonnabend einmal darüber, dass es eine über die bisherigen vorwiegend digitale Informationen hinaus. Die dazu erforderlichen E-Health-Lösungen könnten wesentlich mehr Qualität und Effizienz in Diagnostik und Therapie beitragen. Dadurch würde die gesamte medizinische Personal, insbesondere die Ärztschaft, spürbar entlastet. Allerdings, so Christoph Rupprecht, Leiter des Stabbereiches Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie der Bayer AG, bedürfe Entwicklung, sowohl in der „Zweckgut" Prozesse analysiert und besser konzipiert werden. Die Abbildung solcher Abläufe in der IT würde nicht einfach es mehr Effizienz führen, sondern bringt die Gefahr, die fehlende Prozessqualität zu verdrängen.

Markus Mittelhofer, Vorstandsvorsitzender der Mitterhofer AG, wies darauf hin, dass wir in Deutschland noch ganz am Anfang stehen. „Andere Gesundheitssysteme, beispielsweise in Skandinavien, zeigen, wie man mit dem Instrumentarium Forum, vorwiegend digitaler Strukturen, vom vierten der Kostenexplosion im Gesundheitswesen Herr wird, andererseits die Gesundheitsversorgung aber gegenüber heute. Auch in der Zusammenführung von Versorgungsdaten mit den klinischen und biomedizinischen Forschung liegt noch großes Potenzial."

E-Health-Gesetz und Telemedizin

Mit dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen" (E-Health-Gesetz) will die Bundesregierung dem Startschuss für die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen geben. Ab dem 2016 sollen Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein (Stichwortelektronische Roll-out). Inhaltlich ist Schwerpunkt des Gesetzes unter u. a. die Einführung des Medikationsplans ab Oktober 2016 (zunächst in Papierform, ersten ab 2018 auch elektronisch über die Gesundheitskarte abrufbar), die Möglichkeit, medizinische Notfalldaten ab 2018 auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu speichern sowie die Schaffung der technischen Voraussetzungen für eine elektronische Patientenakte bis Ende 2018. Digital vernetzten Sozialarbeitern und Pflegekräften sowie Hebammen sollen Telemedizinleistungen ab Jahr 2017 finanziell gefördert (nicht jedoch elektronische Krankenhaus-Entlassbriefe). Darüber hinaus wird die telefonischerärztliche Beratung bereits ab April 2017 und der Online-Videosprechstunde ab Juli 2017 in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden.

Die Bundesministerium informiert auf der Website darüber, welche informationsbasierten Versorgungsmodelle mit dem aktuellen Bereichsvorhang für den in verwendet sind. Das wetgerechtmäßige Dokument ist online dem Stichtagen „Pflegeberufe" und Gesundheitsgesetz „E" zu finden.

- www.bmg.de
- www.bundesministeriumwm.de

Gesundheit und Gesellschaft
Ausgabe 4 / 2016

Fördertopf steht auf dem Feuer

E-Health (online)
26.01.2017

Ärzte Zeitung (online)
16.11.2016

Ärzte Zeitung, 16.11.2016 16:19

7. BMC-Kongress

Versorgung selber gestalten – aber wie?

Was lässt sich im Gesundheitssystem verbessern und vor allem wie? Diesen Fragen widmet sich der 7. Jahreskongress des Bundesverbands Managed Care (BMC), der im Januar 2017 in Berlin stattfindet.

BERLIN. "Versorgung gestalten" heißt das Thema, unter dem der BMC-Kongress Anfang kommenden Jahres steht. Zahlreiche Experten werden von ihren Erfahrungen berichten und Vorschläge vorstellen, wie sich die Sektorengrenzen überwinden und Versorgungsstrukturen besser an den Patienten ausrichten lassen oder wie auch nichtmedizinische Gesundheitsberufe gut eingebunden werden können. Zudem werden sich einige der Projektträger vorstellen, die ab 2017 Geld aus dem Innovationsfonds erhalten.

Der Blick geht aber auch über den deutschen Tellerrand hinaus. Best-Practice-Modelle aus den USA, der Schweiz und Dänemark werden vorgestellt und unter dem Aspekt diskutiert, was sich von diesen erfolgreichen Projekten auf Deutschland übertragen ließe.

Für Niedergelassene besonders interessant dürften die Themenbereiche E-Health und "neue Unternehmensstrukturen" sein. Die Ärztegenossenschaft Nord und das Ärztnetz Bitburger-Horn geben unter anderem Einblicke, wie sie sich für ihre Versorgungsaufgaben organisieren. Weiterhin wird eine telemedizinische Anwendung für Menschen mit Diabetes vorgestellt.

Eröffnet wird der Kongress durch Vorträge von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und vom Arzt und Comedian Dr. Eckart von Hirschhausen. *(pug)*

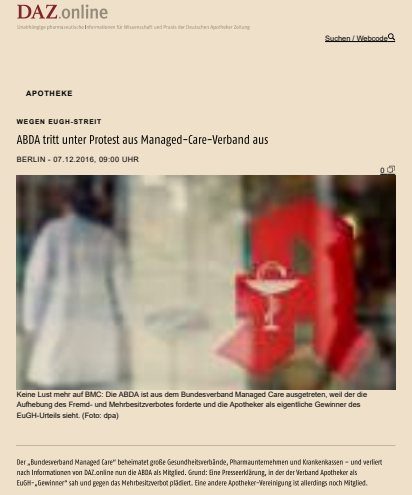
Die Anmeldung ist möglich unter:

www.bmckongress.de

Copyright © 1997-2016 by Springer Medizin Verlag GmbH

OPG
Ausgabe 11 / 2016

DAZ.online
07.12.2016



DAZ.online
Unabhängige pharmazeutische Informationen für Wissenschaft und Praxis der Deutschen Apotheker Zeitung

Suchen / Webcode

APOTHEKE

WEGEN EUGH-STREIT

ABDA tritt unter Protest aus Managed-Care-Verband aus

BERLIN - 07.12.2016, 09:00 UHR

Keine Lust mehr auf BMC: Die ABDA ist aus dem Bundesverband Managed Care ausgetreten, weil der die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes forderte und die Apotheker als eigentliche Gewinner des EuGH-Urteils sieht. (Foto: dpa)

Der „Bundesverband Managed Care" beheimatet große Gesundheitsverbände, Pharmaunternehmen und Krankenkassen – und verliert nach Informationen von DAZ.online nun die ABDA als Mitglied. Grund: Eine Pressererklärung, in der der Verband Apotheker als EuGH-„Gewinner" sah und gegen das Mehrbesitzverbot plädiert. Eine andere Apotheker-Vereinigung ist allerdings noch Mitglied.

aerzteblatt.de
25.01.2017

aerzteblatt.de

Artikelsuche / CME / Artikelsuche / Stellenmarkt / English Edition

Politik

Prüfer-Storcks will Grenzen zwischen den Sektoren komplett aufheben

Mittwoch, 25. Januar 2017

Berlin – Die Gesundheitssenatorin von Hamburg, Cornelia Prüfer-Storcks (SPD), hat sich dafür ausgesprochen, die Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor aufzuheben. „Wir brauchen ein völlig anderes Vergütungssystem. Gelöhnen muss auch gleich bezahlt werden, egal ob es ambulant oder stationär erbracht wird", sagte sie heute auf einem Kongress des Bundesverbands Managed Care (BMC) in Berlin.

„Wir brauchen eine wirkliche Durchsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung in Deutschland. Wir müssen davon wegkommen, dass der sektoraleingeteilte Versorgung ein mehrfach ausgehandeltes Ausnahmemodell ist, und wir müssen dafür kommen, dass die zum Regelfall wird." Dafür müssten die ambulante und der stationäre Bereich, aber auch die Pflege oder die Rehabilitation in jeder Hinsicht die gleiche Sprache sprechen bei der Bedarfsplanung, der Qualitätssicherung, der Bedarfsplanung, der Sicherstellung und der Honorierung. „Das wird eine ganz große Baustelle werden", meinte Prüfer-Storcks.

Zudem bedarfe es eines neuen Systems der ambulanten Vergütung. Werden der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) seien zukunftsfähig. „Sie sind nicht reformierbar. Sie werden immer komplizierter, aber nicht besser", sagte sie. Es könne nicht sein, dass sich die Bezahlung nach dem Versichertenstatus richte. Stattdessen müsse sie sich nach den Erfordernissen richten.

Prüfer-Storcks sprach sich für eine stärkere morbiditätsbedingte Honorierung aus. Dabei „müssen wir uns gerade im hausärztlichen Bereich stärker an Pauschalen orientieren, nicht an Quartalen oder den Zeit der Patienten". Sie befürwortete eine sektorenübergreifende Vergütung sowie Anreize für bestimmte Leistungen durch eine Ersatzvergütung. Bei Hausärzten müssten zum Beispiel auch koordinierende Aufgaben bezahlt werden.

Investitionskosten: Kofinanzierung zwischen Bund und Ländern vorgeschlagen

Zudem könnte sie sich, dass „man sich schon ohne höhere Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Bundesländer vorstellen" könne. In diesem Zusammenhang schlug sie ein Bundesprogramm nach dem Vorbild des Strukturfonds vor, bei dem es eine Kofinanzierung zwischen Bund und Ländern gibt. Was die Länder zahlen, soll auch der Bund in gleicher Höhe bezahlen.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) stellte Prüfer-Storcks ein gutes Zeugnis aus. „Er hat das gut gemacht. Er hatte aber auch einen guten Plan den Koalitionspaks. Das hat sich bewährt. Das sollten wir beim nächsten Mal wieder so machen."

Pflegebeirat/Expertenrat kommt vielleicht erst in der nächsten Legislaturperiode

Für die nächste Legislaturperiode setzt sich die SPD weiterhin für eine Bürgerversicherung ein, erklärte die Hamburger Gesundheitssenatorin. Denn die Entwicklung zeige immer mehr, dass das duale Gesundheitssystem keine Zukunft habe. In die nächste Legislaturperiode müsse zudem die Reform des Medizinstudiums mitgenommen werden. „Auch die Reform der Pflegeausbildung werden wir möglicherweise in der nächsten Legislaturperiode in Angriff nehmen", sagte Prüfer-Storcks. „Wir benötigen ein zwei, die generalistische Ausbildung nach Krankenpflegerin, aber ich kann nicht garantieren, dass wir das schaffen."

CDU will PKV reformieren

Karin Maag (CDU), Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestags, erklärte, ihre Partei wolle die private und die gesetzliche Krankenversicherung im Wettbewerb halten, da dies zu guten Ergebnissen geführt habe. „Eine Bürgerversicherung lehnen wir weiterhin ab." Allerdings könne bei der

Ärzte Zeitung online
12.07.2016

Highlights Magazin
9 / 2016

DAZ.online
11.11.2016

Apotheke Marketing
11.11.2016

Ärzte Zeitung
26.01.2017

Der gelbe Dienst
26.01.2017

kma-online.de
27.01.2017

aerztezeitung.de
01.02.2017

Ich bin ein großer Fan des BMC, auch wenn ich eher ein "frischer Anhänger" bin. Ich erlebe den BMC als offenes Forum für Diskussionen mit interessanten Menschen aus dem deutschen Gesundheitswesen und als einen neugierigen und optimistischen Verband. Besonders schätze ich die gute Atmosphäre bei den Veranstaltungen und den Raum, den der BMC fortschrittlichen Ideen innerhalb des noch recht konservativen deutschen Gesundheitswesens bietet.

Ulrike Anders, *Gründerin Berlin Health 2.0*

VERANSTALTUNGEN 2016 / 2017

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN / DISKUSSIONSFOREN

19. – 20. Januar 2016	**BMC-Kongress: Innovation** u. a. mit Staatssekretär Lutz Stroppe; Dr. Edward Kelley, WHO; Peteris Zilgalvis, EU-Kommission; Prof. Dr. Thierry Carrel, Universitätsspital Bern
14. März 2016	**Diskussionsforum: Wo stehen wir beim Innovationsfonds?** u. a. mit Prof. Josef Hecken, Gemeinsamer Bundesausschuss
13. April 2016	**BMC-Fachtagung: Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht** u. a. mit Dr. Dietrich Munz, BPtK; Dr. Thomas Uhlemann, GKV-SV; Barbara Lubisch, DPtV
28. April 2016	**BMC-Fachtagung: Kommunen als Gesundheitsversorger** u. a. mit Dr. Roy Kühne, MdB; Mark Barjenbruch, KV Niedersachsen; Dr. Horst Bitter, Kanzlei Ehlers, Ehlers & Partner
24. – 25. Januar 2017	**BMC-Kongress: Versorgung gestalten** u. a. mit Hermann Gröhe, Gesundheitsminister; Dr. Eckart von Hirschhausen, Comedian / Arzt; Nanna Skovgaard, Dän. Ministerium für Gesundheit

STUDIENREISE

14. – 17. Mai 2016	**Studienreise nach Tel Aviv, Israel**

HINTERGRUNDGESPRÄCHE

24. Februar 2016	**Die Gesundheitspolitische Agenda 2017** mit Hilde Mattheis, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion
29. Februar 2016	**Wie stellen sich Vertragsärzte an der Sektorengrenze auf?** mit Dr. Bernhard Rochell, KBV
7. März 2016	**Patientensicherheit – Welche Chancen bieten Krankenhausstrukturgesetz, Digitalisierung und Innovationsfonds?** mit Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)
22. März 2016	**Das neue Vergaberecht – und die besondere Versorgung nach § 140a SGB V** mit Dr. Dominique Jaeger, Dr. Matzen & Partner; Jan C. Eggers, Hogan Lovells International
5. April 2016	**Gesundheitsreformen im internationalen Vergleich: Gleiche Herausforderungen = gleiche Lösungen?** mit Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin

11. Mai 2016	**Medikationsplan, Video-Sprechstunde und eGK – Bringt das E-Health-Gesetz einen Innovationssprung?** mit Dirk Heidenblut, MdB (SPD)
7. Juni 2016	**Direkte Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds – eine Option für die Entwicklung der Integrierten Versorgung?** mit Dr. Andreas Binder, BKK Dachverband
6. September 2016	**Gesundheitliche Versorgung in strukturschwachen Regionen** mit Dr. Harald Terpe, MdB (Bündnis 90 / Grüne)
27. September 2016	**Innovationsfonds nach der ersten Runde: Erfahrungen und Bewertung aus Sicht des Expertenbeirats** mit Prof. Dr. Holger Pfaff, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft
28. September 2016	**Wo stehen wir beim E-Health Gesetz? Aktueller Umsetzungsstand und Ausblick** mit Dr. Katja Leikert, MdB (CDU)
20. Oktober 2016	**Gesundheitsversorgung neu denken – innovativ, integriert, patientenorientiert: Was können wir dazu beitragen?** mit Dr. Gertrud Prinzing, Bosch BKK
8. November 2016	**Lebensqualität als Leitmotiv für die Gesundheitsversorgung – am Beispiel der Cannabis-Therapie für Schmerzpatienten** mit Brendan Kennedy und Dr. Catherine Jacobson, Tilray
22. November 2016	**Die Neuaufstellung der UPD: Mehr Transparenz im Gesundheitswesen?** mit Thorben Krumwiede, UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH
29. November 2016	**Wie kann die Versorgung rheumakranker Menschen verbessert werden?** mit Regina Feldmann, Kassenärztliche Bundesvereinigung, und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband
6. Dezember 2016	**Workshop: Gesundheitspolitische Impulse des BMC für die Bundestagswahl 2017** mit Prof. Dr. Volker Amelung, Ralf Sjuts, Franz Knieps, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Ralph Lägel, Dr. Susanne Ozegowski
7. Dezember 2016	**Entwicklungsmöglichkeiten des Morbi-RSA aus Sicht des BVA** mit Dr. Sylvia Demme, Bundesversicherungsamt

BERLIN CAPITAL TALKS

1. Juni 2016	**Transforming Healthcare – wie mobile Technologie das Gesundheitswesen verändert** mit Holger Emrich und Albrecht Haug, Apple GmbH

BROWN BAG LUNCHES

19. Januar 2016	**Leadership – Motor für Innovationen** Nachwuchssymposium im Rahmen des BMC-Kongresses
18. Februar 2016	**Accountable Care Organizations** mit Rashida Bobb, Fellow, Robert Bosch Stiftung / Pfizer Pharma GmbH
10. März 2016	**Workshop / Arbeitsplanung Gesundheitswesen 2025**
14. April 2016	**Workshop Patiententypologien und Patientenpfade I**
12. Mai 2016	**Workshop Patiententypologien und Patientenpfade II**
8. Juni 2016	**Workshop Versorgungsdefizite**
14. Juli 2016	**Patientensteuerung durch Datentransparenz** mit Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung
8. September 2016	**Karrierepfade und -planung im Gesundheitswesen** mit Simone Pfister, Geschäftsführende Gesellschafterin, BELOW TIPPMANN & COMPAGNIE Personalberatung GmbH
10. November 2016	**Patientenzentrierte Versorgung** mit Harald Möhlmann, AOK Nordost
8. Dezember 2016	**Wie wird Gesundheitspolitik zur Nachricht?** mit Tamara Anthony, ARD Hauptstadtstudio

WEITERE VERANSTALTUNGEN

5. Juli 2016	**Wissensupdate „Morbi-RSA“** u. a. mit Dr. Dirk Göpffarth, Staatskanzlei NRW; Franz Knieps, BKK Dachverband; Prof. Dr. Volker Ulrich, Uni Bayreuth; Dr. Dennis Häckl, WIG2
21. September 2016	**Wissensupdate „mHealth – Potentiale für die GKV“** u.a. mit Dr. Urs-Vito Albrecht, Medizinische Hochschule Hannover; Dr. Susanne Klein, Techniker Krankenkasse
21. September 2016	**BMC-Jahresempfang**

BMC REGIONAL NRW

10. März 2016	**Fachgespräch Westfalen-Lippe „ASV – Hürden überwinden und erfolgreich starten – Erfahrungen aus Westfalen-Lippe“** u.a. mit Dr. Ulrich Tappe, Ärztezentrum Hamm Norden, Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V (bng); Carsten Vosseler, KV Westfalen-Lippe

27. April 2016	**Fachtagung: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern auf dem Prüfstand – Neue Möglichkeiten durch das KHSG und das GKV-VSG** u. a. mit Dr. Dominik Graf von Stillfried, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland; Alexander Korthus, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.; Dirk Ruiss, vdek-Landesvertretung NRW
29. September 2016	**Praktikerseminar: Technologiefortschritt durch E-Health in der Patientenversorgung** u. a. mit Günter van Aalst, LV NRW der TK; Dr. Thomas Kriedel, KVWL

KOOPERATIONEN / INTERNATIONALES

15. März 2016	**Organisierte Sitzung bei der DGGÖ-Jahrestagung „Förderung von Innovationen – theoretische Konzepte und internationale Erfahrungen“** u. a. mit Prof. Dr. Martin Gersch FU Berlin; Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, TU Berlin; Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Optimedis AG
15. Juni 2016	**BMC-Session beim fmc-Symposium: „Integrierte Versorgung: Performance messbar machen“** u. a. mit Christian Straub, Polikum Holding GmbH; Dr. Thomas P. Zahn, GeWINO; Franz Knieps, BKK Dachverband; Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG

MITGLIEDER UND MITGLIEDERSTRUKTUR

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

- Algesiologikum GmbH
- AMEOS Holding AG
- Charité Universitätsmedizin Berlin
- GesundheitsCentrum Bünde
- IMC Integrative Managed Care GmbH
- inoges ag
- Institut für angewandte Telemedizin (am Universitätsklinikum Bochum)
- IVM plus GmbH
- IVP Networks
- Kur+Reha GmbH
- Medizinische Einrichtung GmbH
- Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
- OcuNet GmbH & Co. KG
- OptiMedis AG
- patiodoc GmbH
- POLIKUM Friedenau MVZ GmbH
- Praxisnetzwerk GO IN e. V.
- Pro-samed GmbH
- rehaVital Gesundheitsservice GmbH
- Sanitätshaus Aktuell AG
- St. Franziskus-Stiftung
- Städtisches Krankenhaus Maria-Hilf Brilon gGmbH
- UGMas GmbH
- Zur Rose Group AG

Arzneimittel, Medizintechnik

- Abbott GmbH & Co 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
- Baxter 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 Diagnostics GmbH
- FERRING Arzneimittel GmbH
- Galderma Laboratorium GmbH
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- Horizon Pharma plc
- 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
- Otsuka Pharma GmbH
- PAUL HARTMANN AG
- Pfizer Deutschland GmbH
- Philips GmbH Market DACH
- Pro Generika e. V.
- proxomed Medizintechnik GmbH
- ResMed Germany Inc.
- Roche Diabetes Care Deutschland GmbH
- Roche Pharma AG
- SERVIER Deutschland GmbH
- Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
- Teva GmbH
- Tilray – Decatur Holding BV
- UCB Pharma GmbH

Dienstleister, Beratungen

- 4sigma GmbH
- AAC Praxisberatung AG
- admedicum Business for Patients GmbH
- AFFINITY Medizinische Marktforschung GmbH
- AMTS-System GmbH
- AnyCare GmbH
- ärztegenossenschaft Nord eG
- BPG Beratungs- und Prüfungsgesellschaft mbH
- Büro für gesundheitspolitische Kommunikation
- Consileon Business Consultancy GmbH
- Dr. Grosch Consulting GmbH
- Elsevier Health Analytics
- ETL Systeme AG Steuerberatungsgesellschaft
- fbeta GmbH
- 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 GmbH
- KovarHuss GmbH
- LIBERTAMED GmbH
- Linkcare GmbH
- Lohmann & Birkner Health Care Consulting GmbH
- Marketflow Frank Flies
- MaRS Market Access & Pricing Strategy GmbH
- MedEcon Ruhr GmbH
- medicoles
- 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
- Schroeder-Printzen & Kaufmann Rechtsanwälte
- sgh-consulting
- SINHA – Beratung im Gesundheitswesen
- solutions Beratung GmbH
- spectrumK GmbH
- The Boston Consulting Group GmbH
- Vendus Sales & Communication Group GmbH
- WIG2 GmbH

Verbände, Kammern

- Apothekerkammer Niedersachsen
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC)
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V. (BVDD)
- Berufsverband der Yogalehrenden (BDY)
- 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
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN)
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
- Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
- 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
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- PKG Deutsche Praxisklinikgesellschaft e. V.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
- Verband forschender Arzneimittelhersteller e. V.

IT / E-Health

- arvato Healthcare
- Astrum IT GmbH
- BetterDoc GmbH
- BITMARCK Holding GmbH
- Cerner Health Services Deutschland GmbH
- CompuGroup Medical AG
- Deutsche Arzt AG
- DITG GmbH
- gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
- gevko GmbH
- GMC Systems mbH
- HealthyWell – Die Mündigmacher GmbH
- HMM Deutschland GmbH
- ife Gesundheits-AG
- IMS Health GmbH & Co. OHG
- InterComponentWare AG
- KV Telematik GmbH
- MicroNova AG
- Noventi GmbH
- Pegasystems GmbH
- Telekom Healthcare Solutions
- vitacare GmbH
- VitalHealth Software Deutschland GmbH
- vitaphone GmbH

Krankenkassen / Versicherungen

- AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
- AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- AOK Rheinland / Hamburg – Die Gesundheitskasse
- BARMER
- BIG direkt gesund
- BKK Mobil Oil
- DAK – Gesundheit
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- Die Schwenninger Krankenkasse
- IKK classic
- IKK Südwest
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse

Stiftungen, gemeinnützige Organisationen, Sonstige

- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.
- Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
- Forum Managed Care
- Gesundheitsstadt Berlin GmbH
- Institut für Medizinökonomie & Medizinische Versorgungsforschung
- Picker Institut Deutschland gGmbH
- praxisHochschule Köln gGmbH
- 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 2016

- AAC Praxisberatung AG
- admedicum Business for Patients GmbH & Co KG
- ärtze genossenschaft Nord eG
- Baxter Deutschland GmbH
- BetterDoc GmbH
- BITMARCK Holding GmbH
- BKK Mobil Oil
- Bundesverband der Deutschen Dermatologen e. V.
- Cerner Health Services Deutschland GmbH
- Deutsche Arzt AG
- Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung
- Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
- DGPPN
- DITG Dt. Institut f. Telemedizin u. Gesundheitsförderung
- fbeta GmbH
- ife Gesundheits-AG
- IKK classic
- Institut für angewandte Telemedizin (am HDZ NRW)
- LinkCare GmbH
- MArS Market Access & Pricing Strategy GmbH
- MedEcon Ruhr GmbH
- medicoles
- Medizinische Einrichtung GmbH
- MicroNova AG
- Noventi GmbH
- Otsuka Pharma GmbH
- Pegasystems GmbH
- Philips GmbH Market DACH
- SINHA
- TEVA GmbH
- Tilray
- UG MaS GmbH
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
- Vitacare GmbH
- Kur+Reha GmbH
- Vitaphone GmbH
- WIG2 Institut GmbH
- UCB Pharma GmbH

Impressum

Herausgeber
BMC — Bundesverband Managed Care e. V. /
BMC — Managed Care gGmbH
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

Film
avidere Filmportraits, Berlin
www.avidere.de
(S. 10–11)

Satz & Grafik
FGS Kommunikation, Berlin

Repro
trigger.medien.gmbh, Berlin

© 2017

SPONSORING- UND MEDIEN-PARTNER 2016

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

DocMorris – Meine neue Apotheke
zur Rose
IMC
Abbott
arvato BERTELSMANN
Roche
GeWINO – Innovation im Nordosten
MSD
GWQ+ SERVICEPLUS AG
abbvie
Bristol-Myers Squibb
proxomed – für eine gesunde Gesellschaft
gevko
Lilly
Inspired by patients. Driven by science.
sanvartis – Wir machen Gesundheit
PVS holding
vendus
VM+ Intelligent Vernetzte Medizin
PHILIPS
pro biosimilars
NOVARTIS
BLUE CARE – Wir vernetzen Gesundheit
Techniker Krankenkasse
kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin
medhochzwei – Medien für das Gesundheitswesen
KU
ÄrzteZeitung
Health 2.0 BERLIN
frohberg
Management & Krankenhaus
GG
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

DIE FÜNF KERNTHEMEN 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.

BMC Managed Care

www.bmcev.de