

FOM-Edition

David Matusiewicz *Hrsg.*

Think Tanks im Gesundheitswesen

Deutsche Denkfabriken und ihre
Positionen zur Zukunft der Gesundheit



Springer Gabler

David Matusiewicz
(Hrsg.)

Think Tanks im Gesundheitswesen

Deutsche Denkfabriken und ihre
Positionen zur Zukunft der Gesundheit

 Springer Gabler



Hrsg.
David Matusiewicz
FOM Hochschule für Oekonomie &
Management
Essen, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

ISSN 2625-7114
FOM-Edition
ISBN 978-3-658-29727-5
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-29728-2>

ISSN 2625-7122 (electronic)
ISBN 978-3-658-29728-2 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Margit Schlomski
Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Gesundheitsversorgung neu denken

9

Der BMC als interessenübergeordnete Plattform und als Vermittler internationaler Impulse

Volker Amelung, Patricia Ex, Valerie Stutenbecker, Susanne Eble, Helmut Hildebrandt, Cornelia Kittlick, Wolfgang Klitzsch, Ralph Lägel, Ralf Sjuts, Jürgen Wasem, Thomas Ballast und Franz Knieps

Inhaltsverzeichnis

9.1 Einführung	89
9.2 Hintergrund	90
9.3 Der BMC als interessenübergreifende Plattform	93
9.4 Von der Vision in die Umsetzung – die Leitthemen des BMC	97
9.5 Ausblick	102
Literatur	102

9.1 Einführung

Das Gesundheitswesen ist geprägt von sich widerstrebenden Interessen und partikularen Sichtweisen, die häufig aus systemischen Fehlanreizen resultieren. Dabei sind nicht nur die gewählten Themenschwerpunkte innerhalb des komplexen Systems unterschiedlich, auch die definierten Ziele und Strategien sowie das Verständnis einer „optimalen“ Versorgung gehen weit auseinander. Oft sind konstruktive Diskussionen auf einzelne Interessengruppen begrenzt, während konkrete Politikvorschläge und Forschungsergebnisse von Eigeninteressen dominiert sind.

V. Amelung · P. Ex (✉) · V. Stutenbecker · S. Eble · H. Hildebrandt · C. Kittlick · W. Klitzsch · R. Lägel · R. Sjuts · J. Wasem · T. Ballast · F. Knieps
Bundesverband Managed Care e. V., Berlin, Deutschland
E-Mail: ex@bmcev.de

Mit der Gründung des Bundesverbands Managed Care e. V. (BMC) im Jahre 1997 wurde erstmalig eine Vernetzungsplattform innerhalb des deutschen Gesundheitswesens etabliert mit dem Ziel, die Interessen der zahlreichen Akteur/-innen¹ zu vereinen und den Wissens- und Kompetenzaustausch zu fördern. Anfangs bekannt für das Entwickeln von Checklisten der Integrierten Versorgung, später aktiv im Rahmen des Wissensmanagements über neue regulatorische Vorhaben und deren möglichen Auswirkungen bis hin zu Best Practices sowie der Umsetzung von innovativen Versorgungsprojekten: Der BMC setzt sich dafür ein, die starke Innenansicht der Akteure aufzubrechen und neue Ideen in das Gesundheitssystem zu tragen. Im Fokus steht nicht die eine, vermeintlich optimale Versorgung oder Steuerung, sondern das ständige Streben nach besseren, alternativen Ansätzen. Mit konkreten Handlungsansätzen und Wissensvermittlungen ebenso wie konsentierten Lösungen zu abstrakten Fragen hat der BMC immer wieder zentral auf die Gesundheitssystemgestaltung Einfluss genommen.

Insgesamt konzentrieren sich die Kernaufgaben im Wesentlichen auf drei zentrale Arbeitsfelder:

- I. Die unterschiedlichen Akteure zusammenzubringen, sodass diese gemeinsam an Lösungen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung arbeiten;
- II. eine inhaltlich anspruchsvolle und patientenorientierte Diskussion zu initiieren und
- III. internationale Impulse in das System hereinzutragen und dadurch die starke Innenansicht des Systems aufzubrechen.

9.2 Hintergrund

In der verkrusteten Gesundheitswelt der 1990er-Jahre galt die Gründung eines pluralistischen Verbands als unkonventionelles Ereignis: Während Technologien neue Möglichkeiten der medizinischen Versorgung eröffneten, überschattete der Mangel an Steuerung, Vernetzung, Kooperation und Kommunikation den Fortschritt des deutschen Gesundheitswesens. Ausprägungen von Über-, Unter- und Fehlversorgung wurden immer deutlicher. Im Jahr 1993 trat das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft, das mit weitreichenden Umstrukturierungsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darauf abzielte, eine solidarische Wettbewerbsordnung voranzutreiben. Aufgrund ausbleibender Folgereformen konnte jedoch wenig dauerhafter Strukturwandel erreicht werden (AOK 2016). Stattdessen definierte weiterhin das Gegenspiel von Partikularinteressen und globalen Vorgaben das System, sodass sich im Jahr 2001 der

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird folgend für alle nicht-geschlechtsneutralen Bezeichnungen nur ein Geschlecht aufgeführt. Selbstverständlich sind immer Männer und Frauen in gleicher Weise gemeint.

Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens aktiv für eine „Schärfung des Zielbewusstseins“ (SVR Gesundheit 2001) aussprach.

In diesem Kontext wurde der BMC gegründet. Mit ihm wurde eine Vernetzungsplattform im deutschen Gesundheitswesen aufgebaut, welche die Interoperabilität der Subsysteme fördert und die heterogenen Interessen der Akteure zur Geltung kommen lässt. Bis heute ist er damit unter den Verbänden des Gesundheitswesens einmalig. Zielsetzung war, den medizinisch geprägten Handlungshorizont des Gesundheitswesens mit konzeptionellen und systemischen Denkansätzen zu erweitern. Einer der Grundsätze des BMC ist die Annahme, dass es nichts Teureres gibt im Gesundheitswesen als schlechte Qualität. Im Gegensatz ist nichts günstiger als eine gute Versorgung. Selbst wenn kurzfristig Kostendämpfungsmaßnahmen notwendig sein mögen, ersetzt das nicht langfristige strategische Überlegungen darüber, mit welchen Versorgungslösungen unterschiedliche Patienten(-gruppen) gut versorgt werden können. Wir sind davon überzeugt, dass niemand sinnvoll alleine versorgen kann – eine gute Versorgung erfolgt immer als Teamspiel verschiedener Professionen, verschiedener Sektoren und Aufgabengebieten. Die Zusammenarbeit ist mehr als die Summe ihrer Teile. Als einer der ersten Akteure griff der BMC damit das Potenzial einer vernetzten und koordinierten Gesundheitsversorgung auf. Im Mittelpunkt steht dabei ein zukunftsweisendes Verständnis von Managed Care als Zielbild moderner Versorgungsstrukturen.

Mit Managed Care verbindet sich ein starker Impuls für das Aufbrechen verkrusteter Strukturen – gleichzeitig hat der Begriff selbst nun bereits eine Historie von über 40 Jahren und kontroverse Debatten ausgelöst. Dabei hat sich der BMC seit jeher von dieser Historie gelöst und eigene Lösungen gesucht – zumal die tragenden Begriffe Management und Care sich jeweils weiterentwickelt haben. Das Kommando-Management der 1980er-Jahre ist Vergangenheit und agile, dialogische Managementmethoden sind en vogue. Gleichmaßen hat sich Care in den pflegerischen und sozialen Bereich erweitert und strebt die Aktivierung, Einbeziehung und Mitwirkung von Patienten an. Auf beiden Seiten, Management und Care, geht die Entwicklung von einer Fremd- zu einer Selbststeuerung hin, die aber nur auf einem hohen Niveau von Information und Kommunikation und Sinnstiftung gelingen kann. Damit verbunden ist ein Verständnis für die hohe Komplexität gelungener medizinischer Versorgung, die durch eine Vielzahl von Beteiligten, Perspektiven und Anforderungen gekennzeichnet ist. Lösungen sind daher nicht von vorneherein catch-all und verallgemeinerbar. Gefragt ist vielmehr ein ständiger Dialog und Lernbereitschaft, auch und gerade auf der Systemebene. Aktuell – vielleicht mehr denn je – ist die zentrale Herausforderung von Managed Care: Die Verbindung von Effizienz und Effektivität mit dem Ziel, knappe Ressourcen bestmöglich einzusetzen. Die daraus resultierenden Schwerpunkte sind auch heute – zumindest im deutschen Gesundheitssystem – nicht zufriedenstellend gelöst unter anderem

- eine vorbeugende und aktivierende Gesundheitsversorgung, die Prävention, Früherkennung und Verhaltensänderungen prämiert;

- eine professionelle Koordination der Versorgung, die die Potenziale interprofessioneller, interinstitutioneller und intersektoraler Zusammenarbeit ausreizt;
- Managementinstrumente, die Transparenz schaffen, Qualität belohnen und Steuerungsinstrumente zur Verfügung stellen (Amelung et al. 2008).

Eine Übersicht des Managed-Care-Konzepts gibt Abb. 9.1.

Managed Care ist auch deshalb ein ergiebiger Bezugspunkt, weil er auf drei Ebenen argumentiert:

- Auf der Systemebene propagiert er Wettbewerb und Innovationsfähigkeit;
- auf der Mesoebene der Strukturen bietet er Organisationskonzepte für Versorgungswege an, zum Beispiel Gatekeeping oder Disease-Management, aktuell ergänzt um Möglichkeiten telemedizinischer und digitaler Angebote;
- auf der Mikroebene von Managementtechniken subsumiert er ein ganzes Portfolio von Instrumenten, angefangen mit klassischem Controlling bis hin zu Machine-Learning und KI.

Im deutschen Kontext prägen Begriffe wie Kooperation, Koordination oder Integrierte Versorgung die gesundheitspolitischen Diskussionen zu dem Themenbereich, während Managed Care selten verwendet wird. Gerade innerhalb des von fehlender Vernetzung der verschiedenen Gesundheitssektoren geprägten deutschen Gesundheitssystems bedarf

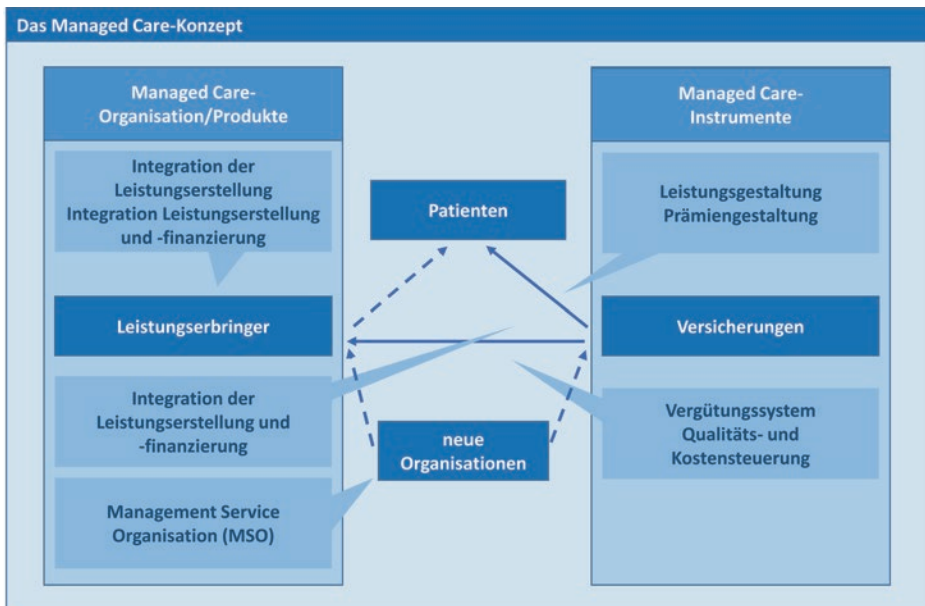


Abb. 9.1 Das Managed-Care-Konzept (Amelung et al. 2008)

es jedoch umfangreicher Managed-Care-Maßnahmen, um das Zusammenspiel zwischen den Gesundheitsinstitutionen, Leistungserbringern und Patienten zu verbessern. Vor diesem Hintergrund engagiert sich der BMC für die Weiterentwicklung eines zukunftsfähigen und patientenorientierten Gesundheitssystems.

9.3 Der BMC als interessenübergreifende Plattform

9.3.1 Mitglieder

Im Gesundheitswesen gibt es kaum einen Konflikt, der nicht in den BMC-Mitgliedern abgebildet ist. Die über 220 institutionellen Mitglieder des BMC repräsentieren die komplette Bandbreite der Akteure und Themen im Gesundheitswesen: von Ärzte(netzen), Krankenkassen, Krankenhäusern und Managementgesellschaften bis hin zu Arzneimittel- und Medizintechnikunternehmen, Dienstleistern, Stiftungen und gemeinnützigen Organisationen. Diese Vielfalt bildet sich auch in der Governance-Struktur ab. So repräsentiert der BMC-Vorstand stets unterschiedliche Themenfelder und Interessensgebiete des Gesundheitswesens. Abb. 9.2 gibt einen Überblick über die Arbeitsfelder der BMC-Mitglieder (Stand Sommer 2019).

Mit ihrer Expertise bringen sich die Mitarbeiter der Mitgliedsorganisationen aktiv in die unterschiedlichen Handlungsfelder des BMC ein. Anders als viele andere Verbände sind beim BMC Organisationsvertreter aller Hierarchieebenen eingeladen sich einzubringen. So verkörpern die Teilnehmer meist eine bunte Mischung an Institutionen, Hintergründen, Erfahrungen und Ebenen – von C-Level bis Young Professionals sind alle dabei.

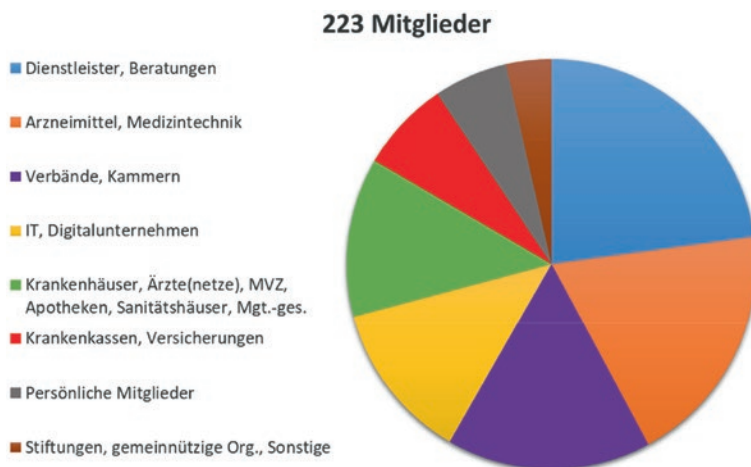


Abb. 9.2 Mitgliederstruktur des BMC

9.3.2 Arbeitsfelder

9.3.2.1 Austausch und Kooperation

Jeder zweite Patient hat in Deutschland Koordinationsprobleme zwischen Leistungserbringern erlebt – Studien legen dar, dass dies in anderen Ländern deutlich seltener der Fall ist. Die mangelnde Kooperation gilt damit als eines der größten Defizite im deutschen Gesundheitswesen. Die zu überbrückenden Grenzen zwischen Krankenversorgung, Pflege und Reha, zwischen ambulant und stationär, zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung, zwischen mehr als 80 anerkannten Facharztbezeichnungen, zwischen Erstattung und Selbstzahlerleistungen oder zwischen Berufsunfall und Privaturunfall führen dazu, dass unser Gesundheitssystem für die meisten Patienten wie eine Black Box erscheint. Dies kann dadurch verdeutlicht werden, dass Patienten im Internet weniger nach Gesundheitsinformationen suchen als nach Unterstützung bei Behandlungsabläufen und Koordination.

Die vorhandenen Silostrukturen des Gesundheitswesens sind auch auf die Mentalität und Haltung aller Beteiligten zurückzuführen. Krankenkassen agieren anders als Leistungserbringende oder Hersteller von Technologien oder Arzneimitteln. Auch auf politischer Ebene werden meist nur die Differenzen und Grabenkämpfe zwischen Institutionen bekannt. Für Managed Care ist jedoch eine Zusammenarbeit der Institutionen notwendig. Sichtbar wird das beispielsweise bei Projekten der Integrierten Versorgung, wo unterschiedliche Akteure aktiv zusammenkommen, um neue Versorgungskonzepte auszuprobieren und in die Praxis zu bringen. Eine zentrale Aufgabe des BMC ist es daher, die Akteure des Gesundheitswesens zusammenzuführen, zu vernetzen und dadurch die Grundlage zu schaffen, miteinander zu arbeiten. Mit zahlreichen Veranstaltungen bietet der BMC damit seinen Mitgliedern eine Vernetzungsplattform zur Förderung der fachübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen.

Als Highlight wird alljährlich der zweitägige Kongress im Januar organisiert. Der erste BMC-Kongress fand bereits im Jahr 2011 statt und zog unter dem Thema „Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand – Impulse für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ rund 450 Teilnehmende in die Hauptstadt. Auch mit den darauffolgenden Themen der BMC-Kongresse, beispielsweise „Patientenorientierung durch Wettbewerb“ im Jahr 2012 oder „Wer traut sich an die Sektorengrenzen?“ im Jahr 2014 liegen die Themenschwerpunkte stets am Puls der Zeit. Mit jedem Jahr konnten mehr Teilnehmende und Referenten gewonnen, weitere Programmpunkte angeboten und mehr Sponsorengelder eingeworben werden. Im Laufe seiner Kongresshistorie durfte der BMC mehrfach den Bundesgesundheitsminister als Eröffnungsredner begrüßen. Darüber hinaus stehen internationale wie nationale Vordenker im Zentrum, die aktuelle Versorgungsherausforderungen des deutschen Gesundheitswesens aufgreifen und richtungsleitende Best-Practice-Ansätze vorstellen.

9.3.2.2 Wissensmanagement

Ein weiteres Ziel des BMC ist die Stärkung des Wissensmanagements. Dies erlangt sowohl in den Bereichen von Versorgungskonzepten, wissenschaftlichen Erkenntnissen als auch in der politischen Landschaft hohe Relevanz. Im Rahmen der Integrierten Versorgung wird seit rund 20 Jahren versucht, die Versorgungsstrukturen und -prozesse des Gesundheitswesens in Pilotprojekten auszutesten und dadurch innovativer zu gestalten. In Innovationsfondsprojekten, Satzungsleistungen, Disease-Management-Programmen oder der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) versuchen einzelne Akteure und Regionen, neue Wege in der Gesundheitsversorgung zu gehen. Ziel dabei ist, durch Modellprojekte neue Wege der Zusammenarbeit auszutesten und neue Prozesse zu implementieren. Insgesamt findet im deutschen Gesundheitssystem eine bunte Vielfalt an neuen Versorgungsprojekten in den unterschiedlichen Regionen und Verbänden statt.

Allerdings werden viel zu häufig Ansätze „neu“ entwickelt, die an anderer Stelle längst vielfach existieren. Das gilt neben den Pilotprojekten ebenso bei relevanten wissenschaftlichen Erhebungen und Studien, die oft in hohen internationalen Fachzeitschriften publiziert werden und deren Erkenntnisse nicht bei den relevanten Entscheidern und in der Praxis ankommen. Auch im politischen Kontext existieren so vielfältige Konzepte und Reformvorhaben, bei denen die Akteure kaum den Überblick behalten können. Sei es bei aktuellen Gesetzesvorhaben oder bei komplexen Regelungen der Strukturen des Gesundheitssystems. Bei all diesen Fällen bedarf es eines intelligenten Wissensmanagements.

Im Rahmen von Hintergrundgesprächen und Capital Talks bündelt der BMC die Vielfalt der Akteure, verschiedenste politische Hintergründe sowie nationale und internationale Themenschwerpunkte – ganz im Sinne seiner pluralistischen Ausrichtung. Mit Hintergrundgesprächen reagiert der BMC auf aktuell brisante Themen des Gesundheitswesens. Vorgestellt werden aktuelle Gesetzesvorhaben, Versorgungsinnovationen durch Best Practices, relevante Studien etc. Die Hintergrundgespräche finden mehrmals im Jahr statt und zielen darauf ab, durch ausgewählte Referentenvorträge mit anschließender Diskussion tiefer die Thematiken zu reflektieren. Dabei agiert der BMC stets unparteiisch. Abb. 9.3 zeigt exemplarisch eine themengruppierte Auswahl der BMC-Hintergrundgespräche aus den Jahren 2017 bis 2018.

Die Grassroots-Bewegung innerhalb des BMC sind die Arbeitsgruppen. Diese laden zur aktiven Mitarbeit an der Erarbeitung von Strategien und Konzepten für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ein. Geführt von ein bis zwei AG-Leitern werden die Arbeitsgruppen je nach Interesse der Beteiligten ganz unterschiedlich ausgelebt: Während manche Arbeitsgruppen aktiv politische Prozesse begleiten, laden andere Experten zur Diskussion ein und wieder andere führen Marktanalyseprojekte durch.

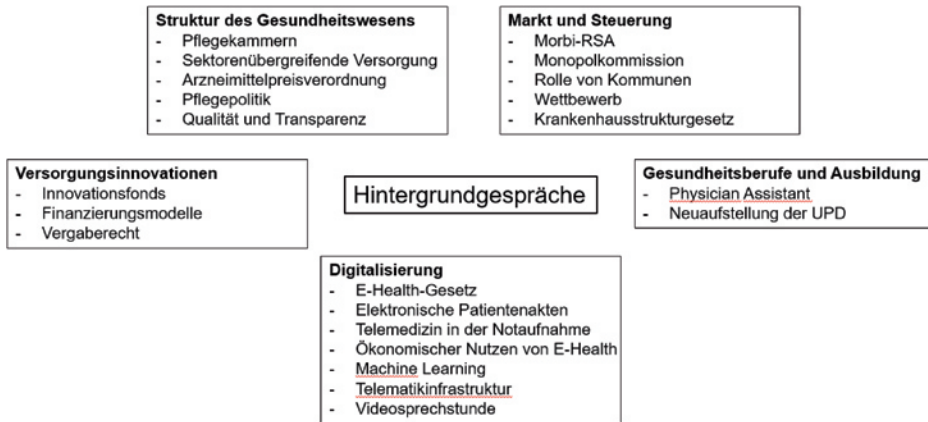


Abb. 9.3 Auswahl der BMC-Hintergrundgespräche, thematisch gruppiert (2017–2018)

Derzeit bestehen neun Arbeitsgruppen zu Themen wie Neue Versorgungsformen, Digital Health, Intersektorale Versorgung oder Patienten-Empowerment. Die Arbeitsgruppen gestalten sich als offene Gremien, die zwei bis vier Mal im Jahr zu einem spezifischen Schwerpunktthema tagen und mit eingeladenen Experten eine Plattform intensiver Diskussionen ermöglichen.

Der Verband bringt sich regelmäßig durch Stellungnahmen gegenüber Parlamenten, Regierungen, Behörden sowie weiteren Entscheidungsträgern und Akteuren in den öffentlichen Diskurs mit ein. Dies können auch Handlungsempfehlungen als Diskussionsgrundlage sein. Eine besonders intensive Auseinandersetzung mit spezifischen Themengebieten erfolgt über die eigene Schriftenreihe. Dabei sind seit 2006 sieben Sammelbänder erschienen. Aktuell wird an einer Veröffentlichung zum Thema „Die Zukunft der Arbeit in der Gesundheitsversorgung“ gearbeitet. Hierbei befasst sich der BMC mit Strategien zum effizienten Umgang mit den personellen Ressourcen des Gesundheitswesens. Zur Förderung der Gesundheitsversorgung auch über das deutsche System hinaus, pflegt der BMC Kontakt zu zahlreichen gemeinnützigen Institutionen und Verbänden. Mit diesen vielzähligen Aufgabenfeldern wird der BMC seiner Rolle als Vordenker in einem System aus tradierten Strukturen gerecht.

9.3.3 Nachwuchsarbeit

Wie in vielen anderen Gesellschaftsbereichen, sind die Meinungsführerschaften im Gesundheitswesen häufig männlich und senior dominiert. Mit dem Nachwuchsführungsprogramm Brown Bag möchte der BMC junge *High Potentials* gezielt fördern und im Gesundheitswesen sichtbar machen. Ein besonderes Augenmerk liegt auch auf einer angemessenen Geschlechterausgeglichenheit. Seit mehreren Jahren hat der BMC das strategische Ziel, engagierte Nachwuchskräfte des Gesundheitswesens anzusprechen und

zusammenzubringen. Damit unterstützt der BMC beim Aufbau eines beruflichen Netzwerkes, generiert Wissen zu sowohl fachlichen Themen als auch Soft Skills und bietet Einblicke in bekannte Institutionen.

Das Format hat sich in den vergangenen Jahren zu einem festen Bestandteil im BMC etabliert und ist im Gesundheitswesen bisher einzigartig. Die Brown-Bag-Veranstaltungen umfassen regelmäßige Stammtische, die einen idealen Rahmen bieten, um in ungezwungener Atmosphäre in Kontakt mit anderen Nachwuchskräften des Gesundheitswesens zusammenzukommen und sich zu vernetzen. Im Rahmen organisierter Workshops, beispielsweise zum Thema „agiles Projektmanagement“ haben junge Nachwuchskräfte die Möglichkeit, ihre persönlichen als auch fachlichen Kompetenzen praxisnah weiterzuentwickeln. Darüber hinaus organisiert der BMC regelmäßige Besuche bekannter Institutionen des Gesundheitswesens, wodurch die Nachwuchskräfte einen intensiven Einblick in die verschiedensten Unternehmensstrukturen gewinnen können. Ein Highlight der letzten Jahre stellte die BMC Brown Bag Tour nach Kalifornien dar. Hierbei besuchten die rund 15 Teilnehmenden verschiedene Gesundheitseinrichtungen wie das Highland Hospital oder die Hill Physical Medical Group und gewannen einen Einblick in digitale Institutionen wie Apple oder Google Health. Für den Herbst 2019 ist nun eine Tour nach Kopenhagen, exklusiv für die Nachwuchskräfte, geplant.

Auch im Rahmen des alljährlichen BMC-Kongresses wird jungen Nachwuchskräften eine eigene Bühne geboten. Dazu wird seit dem Jahr 2015 das sogenannte Nachwuchs-Symposium organisiert. Dieses bietet zukünftigen Führungskräften eine niedrigschwellige Plattform, um sich in Diskussion und Moderation zu üben und sich mit Fragen zu Leadership im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen. Des Weiteren besetzt der BMC seine Panels und Veranstaltungen gezielt mit jungen High Potentials, getreu dem Motto: „Nur, wenn die Zukunft sichtbar ist, kann sie auch die Gegenwart mitgestalten und Weichen stellen“. Unser Augenmerk liegt bei sämtlichen Veranstaltungen auf dem Ziel einer mengenmäßigen Ausgeglichenheit der Geschlechter. So wurde der BMC-Kongress 2019 erstmalig mit einem Frauenanteil von 44 % bei den Vorträgen und Moderationen gestaltet.

9.4 Von der Vision in die Umsetzung – die Leitthemen des BMC

Die Leitthemen des BMC orientieren sich an dem Motto „every patient is the only patient“ von Donald M. Berwick (2002), Präsident Emeritus und Senior Fellow am Institute for Healthcare Improvement. So stehen insbesondere patientenorientierte, neue Versorgungsformen, der Innovationsfonds und die Digitalisierung des Gesundheitswesens im Aufmerksamkeitsfokus der täglichen Arbeit. Internationale Impulse schaffen die Möglichkeit zum Reflektieren nationaler Strukturen sowie des eigenen Handelns.

9.4.1 Patientenorientierte Versorgung

Das deutsche Gesundheitssystem in seiner heutigen Form befindet sich in einem doppelten Spagat: Einerseits treffen relativ starre sektorale Strukturen auf moderne integrierende Lösungsansätze, andererseits wird die Rolle der Patienten von sehr traditionell und konservativ bis hin zum engagierten, informierten Selbstmanager der Gesundheitssituation gedacht. Dadurch entstehen zunehmend Konflikte, aber auch Möglichkeiten, alte Barrieren aufzubrechen und in innovative Strukturen und Prozesse umzuwandeln.

Zunehmend viele Patienten wollen ihre Gesundheit nicht nur durch ihre Verhaltensentscheidungen steuern, sondern zusätzlich Gestalter und Verwalter ihrer Gesundheitsversorgung sein. Um dies angemessen wahrnehmen zu können, benötigen sie einen systematischen Zugang zu verständlichen Informationen und Hilfestellungen und müssen in der Lage sein, die für sie zielgerichteten Ressourcen des Gesundheitswesens zu nutzen. Diese Erwartungshaltung trifft heute meist an einigen Stellen auf ein System, das sich lieber um sich selbst organisiert als um die Nutzer. Diesem anstehenden Wandel sollten sich alle Stakeholder (behandelnde Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten, Apotheker etc.) des heutigen Gesundheitssystems stellen. Unterschiedliche Patienten und Patientengruppen haben einen Anspruch darauf, dass spezifische Bedürfnisse mit ihren sozialen und kulturellen Kontexten erkannt und reflektiert werden.

Der BMC bietet die adäquate Struktur und Mitgliederzusammensetzung, um eine Plattform für integrierte Ansätze zu sein und nachhaltige Veränderungen zu initiieren. Der Grundgedanke einer patientenorientierten Versorgung wird selbstverständlich bei sämtlichen thematischen Ansätzen des BMC mitgedacht. Initiativen wie die Arbeitsgruppe Patienten-Empowerment und die ab Herbst 2019 tagende Arbeitsgruppe Patienten-Lotsen widmen sich aber dem Dreh- und Angelpunkt der Versorgung, den Patienten, noch einmal auf intensive Weise.

9.4.2 Förderung neuer Versorgungslösungen und Innovationsfonds

In Zeiten zunehmender Multimorbidität in der Bevölkerung sieht sich das deutsche Gesundheitssystem mit zahlreichen Versorgungs Herausforderungen konfrontiert. Dabei verursachen insbesondere die Versorgungsstrukturen in strukturschwachen Regionen einen stetigen Handlungs- und Anpassungsbedarf, um flächendeckend eine qualitative Gesundheitsversorgung zu realisieren. Als Reaktion hat der Gesetzgeber bereits vor vielen Jahren neben der kollektivvertraglichen Versorgung auch selektivvertragliche Möglichkeiten eingeführt, die zur Umsetzung neuer Versorgungsleistungen und -formen genutzt werden können. Auf Basis dessen sollte der Anreiz für die Krankenkassen, versorgungsverbessernde Wettbewerbselemente einzuführen, erhöht werden (Amelung et al. 2017).

Nach mehrjähriger Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung fielen die Evaluationsergebnisse der neu umgesetzten Versorgungsformen jedoch verhalten aus und ließen nur bedingt verallgemeinernde Rückschlüsse auf die Auswirkungen der selektivvertraglichen Versorgung zu. Zudem rückten digitale und telemedizinische Versorgungslösungen zunehmend in das Interesse gesundheitspolitischer Reformdiskussionen. Der anhaltenden Skepsis gegenüber neuen Versorgungsformen zum Trotz verbreitete sich der Wunsch nach einer übergeordneten Struktur, um innovative Versorgungskonzepte zu erproben und in die Regelversorgung überzuführen (Amelung et al. 2017). Bereits im Jahr 2009 veröffentlichte der BMC ein Positionspapier, das sich für eine stärkere Innovationsförderung im Gesundheitswesen ausspricht.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) der Innovationsfonds rechtlich verankert. Damit stellte der Gesetzgeber für den Förderungszeitraum 2016 bis 2019 300 Mio. EUR zur Verfügung, um sowohl neue Versorgungsformen als auch die Versorgungsforschung zu fördern. Für den ersten Förderungszeitraum wurden insgesamt 290 Projekte ausgewählt (Bundesministerium für Gesundheit BMG 2019). Obwohl dieser einen neuen Standard für Kooperationsprojekte setzt, bürgt die langfristige Etablierung in einem hoch regulierten und tradierten Umfeld – neben der Überführung der Projekte in die Regelversorgung – viele Risiken. Den BMC treibt die Frage an, warum Projekte regelmäßig an ihre Grenzen geraten.

Mit dem baldigen Ablauf des ersten Förderungszeitraums Ende 2019 steht die Weiterentwicklung des Innovationsfonds auf der gesundheitspolitischen Agenda. Bereits im Jahr 2018 veröffentlichte der BMC Handlungsempfehlungen als Diskussionsgrundlage. Mit einer weiteren Stellungnahme im Jahr 2019 wirbt der BMC für die Weiterführung der finanziellen Förderung. Gleichzeitig spricht sich der Verband für strukturelle Änderungen sowohl des Innovationsfonds als auch in dessen Geschäftsstelle sowie einheitliche Evaluationsstandards aus. Um die Überführung der innovativen Versorgungskonzepte in die Regelversorgung zu sichern, verlangt der BMC eine Überprüfung der Projektüberführung. Auch in Zukunft wird der BMC den Innovationsdiskurs mit dirigieren.

Auch in der Veranstaltungsagenda hat sich in den letzten Jahren das Thema Innovationsfonds verstärkt durchsetzen können. Im Rahmen zahlreicher Arbeitsgruppensitzungen beschäftigt sich der BMC mit innovativen Versorgungsformen und -modellen. Neben den auf selektivvertraglicher Basis umgesetzten Modellvorhaben existieren Projekte mit E-Health-Ansätzen, Qualitätsinitiativen und Businessmodelle von Start-up-Unternehmen im Bereich Healthcare. Allesamt verfolgen sie das Ziel, die Patientenversorgung durch effiziente Versorgungsprozesse nachhaltig zu verbessern. Dabei stehen sektorenübergreifende und interdisziplinäre Versorgungskonzepte im Vordergrund. Im Jahr 2019 veranstaltete der BMC zudem eine Fachtagung zum Innovationsfonds, die die Frage nach dessen zukünftiger Gestaltung verfolgte und personelle, digitale und ortspezifische Projektlösungen thematisierte.

Beteiligte Projektverantwortliche haben sich in einer Art Selbsthilfegruppe zusammengefunden. Im Rahmen der BMC-Arbeitsgruppe Geförderte Innovationsprojekte erhalten die an Innovationsfondsprojekten beteiligten Mitglieder die

Gelegenheit, sich auszutauschen und Lösungen zu auftretenden Problemen zu finden. Das im Jahr 2017 im Rahmen der BMC-Schriftenreihe veröffentlichte Handbuch „Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem“ gibt zudem einen exklusiven Einblick in die ersten Förderprojekte (Amelung et al. 2017).

9.4.3 Digitalisierung

Die Tatsache, dass die Einführung digitaler Maßnahmen innerhalb des Gesundheitssystems zu vielerlei Nutzen und Prozessverbesserungen führen kann, wurde von zahlreichen Studien bestätigt. Während Länder wie Estland, Kanada oder Israel bereits vor einigen Jahren das Potenzial digitaler und telemedizinischer Versorgungslösungen entdeckt haben und diese erfolgreich in den Versorgungsalltag implementieren konnten, steht das deutsche Gesundheitssystem noch ganz am Anfang seiner digitalen Versorgungskarriere. Spätestens mit dem veröffentlichten Digital Health Ranking der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2018 wird deutlich, dass Deutschland im europäischen Vergleich von anderen Ländern stark abgehängt wurde: Von 17 in den Vergleich eingezogenen Ländern nimmt Deutschland den 16. Platz ein (Bertelsmann Stiftung 2018). Auch eine Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kann das digitale Hinterherhinken des deutschen Gesundheitssystems nur bestätigen. Somit findet 94 % der Kommunikation zwischen den Arztpraxen und Krankenhäusern und 86 % der Kommunikation zwischen den niedergelassenen Leistungserbringern immer noch in Papierform statt. Lediglich beim Abruf von Laborwerten und bei der Kommunikation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) leiten deutsche Arztpraxen erste digitale Handlungsschritte ein.

Grundlegend für die fehlende Digitalisierungsstruktur des deutschen Gesundheitswesens ist zum einen die stets anhaltende Skepsis der zuständigen Akteure. Insbesondere die Angst vor mit der Einführung digitaler Versorgungslösungen verbundenen zunehmenden Dokumentationspflicht wirkt auf die Leistungserbringer abschreckend. Zum anderen unterliegt der Bereich der digitalen Gesundheitswelt einem massiven Marketingproblem, während sich die Diskussionen lediglich um Themen wie Datenschutz und sowohl technischen als auch finanziellen Fragestellungen drehen.

Vor diesem Hintergrund setzt sich der BMC aktiv für eine nationale Digitalisierungsstrategie für das deutsche Gesundheitswesen ein. Während die Ressourcen und das notwendige Know-how bereits vorhanden sind, fehlt es insbesondere an zielführenden Strukturen und einer allein für die Digitalisierung des Gesundheitssystems verantwortlichen Institution. Hierbei sollte die Digitalisierung des Gesundheitswesens nicht als Ziel an sich, sondern Mittel zum Zweck der Implementierung einer vernetzten, patientenorientierten Gesundheitsversorgung verstanden werden. Mit zahlreichen Veranstaltungen und Publikationen verfolgt der BMC das Ziel, auf die dem digitalen Wandel entgegenarbeitende Haltung zuständiger Akteure zu reagieren und den Austausch zu digitalen Versorgungslösungen zu fördern.

9.4.4 Internationale Impulse

Der Transfer internationaler Erfahrungen in das deutsche Gesundheitssystem nimmt für den BMC einen hohen Stellenwert ein. Auf Basis dessen bemüht sich der Verband nicht nur darum, stets die Veranstaltungspodien mit Referenten aus dem Ausland zu bereichern. Auch besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Schweizer forum managed care (fmc), das im Jahr 1997 gegründet wurde. Das fmc verfolgt auf nationaler Ebene das Ziel, den Austausch von Wissen, Erkenntnissen und Erfahrungen zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zu fördern. Mit seinen vielfältigen Leistungsschwerpunkten, von Veranstaltungsplanung und -durchführung über Forschung und Veröffentlichung von Publikationen, hat sich der Verband als Think Tank der Schweizer Gesundheitslandschaft etabliert. Seit 1998 arbeitet der BMC fest mit seiner Schwesternorganisation fmc zusammen.

Als einer der ersten gesundheitspolitischen Verbände ermöglichte der BMC seinen Mitgliedern zudem die Teilnahme an internationalen Studienreisen, um aus erster Hand Best-Practice-Modelle aus dem Ausland kennenzulernen. In Zusammenarbeit mit dem fmc organisiert der BMC pro Jahr ein bis zwei Studienreisen für eine pluralistische Delegation aus rund 20 Teilnehmenden. Tab. 9.1 gibt einen Überblick über die thematischen Schwerpunkte der bisherigen Studienreisen des Zeitraums 2011 bis 2019.

Mit Besuchen von Ministerien, wissenschaftlichen Institutionen sowie Versorgungseinrichtungen wird den Teilnehmenden der Studienreise ein Einblick in die Strukturen fremder Gesundheitssysteme ermöglicht. Mit diesem Konzept fördert der BMC den internationalen Austausch über relevante Gesundheitsthemen und -systeme. Im Rahmen der bereits vergangenen Studienreisen nach Dänemark, Israel oder den USA konnte

Tab. 9.1 Thematische Schwerpunkte der BMC-Studienreisen 2011–2019 (chronologisch)

2011 Zürich Managed Care in der Schweiz	2015 Stockholm Regionen und Kommunen in der Verantwortung
2012 London Der NHS im Umbruch	2016 Tel Aviv It's all about data
2013 Brüssel Gesundheitsreformen auf EU-Ebene	2017 Edinburgh Patientenorientierung konsequent gedacht
2013 Amsterdam Strukturreformen und ihre Auswirkungen	2018 Tallinn Estlands E-Health-Konzept
2014 New York Obamacare and Innovationen	2018 Kalifornien (Nachwuchsreise) Essen auf Rezept und HighTech-Medizin
2014 Kopenhagen Ambulant vor Stationär	2019 Barcelona Die neue Rolle der Apotheker
2015 Paris Versorgungskonzept regional gedacht	2019 Kopenhagen (Nachwuchsreise) Krankenhausreform „alles neu“

beispielsweise ausführlich über die zunehmende Digitalisierung oder die mit dem demografischen Wandel verbundene ansteigende Anzahl chronisch kranker Menschen diskutiert werden.

9.5 Ausblick

Die Gesellschaft und das Gesundheitssystem werden sich mehr als jede Generation zuvor auf immense strukturelle Veränderungen durch den demografischen Wandel und die Zunahme von chronischen und multimorbiden Krankheitsbildern einstellen müssen. Das ist leicht gesagt in einem System, das umfänglich nach Indikationen und Sektoren organisiert ist. Eine wesentliche Funktion des BMC ist da das Herausnehmen von Schärfe, die Orientierung an Sachthemen und dadurch das Nehmen von Ängsten der Beteiligten. Auf diesen Wegen möchten wir die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens vorantreiben – orientiert an den Bedürfnissen der Patienten, Versicherten und Beschäftigten des Systems. Der BMC wird diesen Wandel nicht nur als überparteiischer Beobachter begleiten, sondern ihn auch in Zukunft durch Anregung, Aufklärung, Vernetzung und Diskurs aktiv gestalten.

Eine konstruktive Plattform als Vereinigung und Ausbalancierung von Partikularinteressen zu bieten: Dies war der Gründungsgedanke des BMC vor über 20 Jahren. Aber gerade in der heutigen Zeit, in der gesundheitspolitische Leitbilder und Umsetzungsideen zu fehlen scheinen, ist ein Ort für Querdenker und Visionäre wichtiger denn je. Um etwas zu bewegen, brauchen wir den Dialog – zwischen den Sektoren, zwischen den Fach- und Berufsgruppen, zwischen den Banken der Selbstverwaltung, zwischen Wissenschaft, Praxis und Industrie und nicht zuletzt mit den betroffenen Patienten und Versicherten.

Literatur

- Amelung, V. E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R., Lägél, R., & Weatherly, J. N. (2008). *Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung* (2. aktualisierte und erweiterte Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R., Ozegowski, S., Schlenker, R. U., & Sjuts, R. (2017). *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- AOK (2016). 1993: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). https://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_15084.html. Zugegriffen: 9. Mai 2019.
- Bertelsmann Stiftung. (2018). #SmartHealthSystems. Digitalisierung braucht effektive Strategie, politische Führung und eine koordinierende nationale Institution. Spotlight Gesundheit, Nr. 5, 2018. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_SHS_dt.pdf. Zugegriffen: 9. Mai 2019.

- Berwick, D. M. (2002). *Escape fire. Lessons for the future of health care*. New York: The Commonwealth Fund.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2019). Innovationsfonds. Der Motor für eine bessere Patientenversorgung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html>. Zugegriffen: 16. Mai 2019.
- SVR Gesundheit. (2001). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/kurzf-de00.pdf. Zugegriffen: 22. Mai 2019.

Volker Amelung ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover und Vorstandsvorsitzender des BMC. Er studierte Betriebswirtschaftslehre in St. Gallen und Paris. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war Gastwissenschaftler an der Columbia University New York. Volker Amelung ist auch als Berater im Gesundheitswesen tätig. Seine Schwerpunkte sind Managed Care und Integrierte Versorgung.

Patricia Ex ist Geschäftsführerin des BMC. Sie studierte in Bremen, Pennsylvania, Göttingen und Bilbao Linguistik und internationale Politik. Im Bundestag arbeitete sie bei Gesundheitsministerin a. D. Ulla Schmidt. Als (Senior)Consultant beriet sie Gesundheitsinstitutionen und -unternehmen zu ihrer politischen Strategie, und leitete das Hauptstadtbüro eines Facharztverbandes. Für ihre Forschung zu Finanzierungsmechanismen von Innovationen im Gesundheitswesen an der TU Berlin und UC Berkeley wurde sie 2017 promoviert.

Valerie Stutenbecker ist seit Oktober 2015 beim BMC tätig, aktuell als Leitung der Geschäftsstelle und Vorstandsreferentin. Nach ihrem Masterstudium der Medienkommunikation an der Technischen Universität Berlin folgten Stationen in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation verschiedener Institutionen und Verbände. Im Winter 2018 schloss sie zusätzlich ihr MBA-Studium „Health Care Management“ an der Universität Bayreuth ab.

Susanne Eble ist seit 2004 Leiterin Gesundheitsmanagement bei der BERLIN-CHEMIE AG. Zuvor hatte sie verschiedene leitende Positionen bei der BAYER Vital inne. Susanne Eble hat in Köln Medizin-Ökonomie studiert, einen Master in Health Care Management und an der Deutschen Sporthochschule Köln im Bereich Prävention promoviert. Seit 2006 ist sie Vorstandsmitglied des BMC, sowie seit 2010 als stellvertretende Vorstandsvorsitzende aktiv.

Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG in Hamburg. Zuvor war er viele Jahre Berater im Bereich der Gesundheitswirtschaft, sowie Krankenhausgeschäftsführer. Der approbierte Apotheker und Gesundheitssystementwickler ist ebenfalls Executive Board Member der International Foundation for Integrated Care, sowie Vorstandsmitglied des BMC.

Cornelia Kittlick ist Leiterin für strategische Projekte und Kooperationen sowie Mitglied der Geschäftsleitung bei Thieme TeleCare GmbH in Stuttgart. Nach ihrem Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster war sie in verschiedenen Positionen bei AnyCare tätig. Die Diplom-Kauffrau ist kooptiertes Vorstandsmitglied beim BMC.

Wolfgang Klitzsch ist Ehrenmitglied sowie kooptiertes Vorstandsmitglied beim BMC. Zuvor war er über ein Jahrzehnt Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein. Er studierte an der Universität Bielefeld Wirtschaftswissenschaften, sowie promovierte an der Universität zu Köln in Volkswirtschaftslehre. Danach folgten weitere Positionen am Max-Planck-Institut, sowie bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Ralph Lägerl war seit 1987 in verschiedenen verantwortlichen Positionen im Gesundheitswesen beziehungsweise der Gesundheitswirtschaft tätig, so unter anderem an zwei Universitätskliniken, als Leiter eines Pilotprojektes der ambulanten medizinischen Versorgung, als Manager in der pharmazeutischen Industrie sowie als Lead eines Innovation Hub. Inzwischen ist er Mitinhaber und Geschäftsführer eines Versorgungsforschungsinstituts (inav) und betätigt sich als Business Angel (Cap4Health GmbH & Co. KG).

Ralf Sjuts ist Geschäftsführer der patiodoc Service GmbH, sowie seit 2010 stellvertretender Vorstandsvorsitzender des BMC. Angefangen beim AOK Bundesverband, hatte er verschiedene geschäftsführende und Vorstandsfunktionen inne, unter anderem bei der BKK Post, Volkswagen BKK sowie der Deutschen BKK. 2008 war er Leiter des ganzheitlichen Gesundheitsmanagements im Top-Management bei der Volkswagen AG und zusätzlich ab 2009 Leiter Gesundheitswirtschaft bei der Wolfsburg AG.

Jürgen Wasem ist seit 2003 Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen. Von 2015 bis 2019 war er Vorsitzender der Schiedsstelle nach § 130b SGB V, zudem ist er seit 2007 Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses in der vertragsärztlichen Versorgung. Zuvor hatte er verschiedene Mitgliedschaften in Selbstverwaltungsgremien des Gesundheitswesens inne. Seit 2010 ist er Mitglied des erweiterten Vorstands des BMC.

Thomas Ballast ist stellvertretende Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse. Bevor er seine Tätigkeit bei der TK antrat, war der Diplom-Volkswirt Vorstandsvorsitzender des Ersatzkassenverbandes vdek. Bis dahin war er bereits in verschiedenen verantwortlichen Positionen in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig.

Franz Knieps ist seit Juli 2013 Vorstand des BKK Dachverbandes. Der gelernte Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler war als Geschäftsführer Politik beim AOK Bundesverband tätig, bevor er als Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung zum Bundesministerium für Gesundheit wechselte. Knieps arbeitete unter anderem als Berater für Gesundheitssystementwicklung für die WHO und die EU. Er ist Beisitzer im Vorstand des BMC.