GESCHÄFTS–BERICHT

2021

25 JAHRE

BMC Managed Care

Die Plattform für Innovationen im Gesundheitswesen

ZAHLEN UND FAKTEN 2021

MITGLIEDER

236
Mitglieder

14
Neumitglieder

INTERAKTION

4.243
Veranstaltungs-teilnehmende

44
BMC-Veranstaltungen

21
Sitzungen der Arbeitsgruppen

ORGANISATION

7
Vorstände

8
kooptierte Vorstände

10
Beiratsmitglieder

7
MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle

WAHRNEHMUNG

24
Pressestimmen

2.741
Twitter-Follower

39.042
Website-Besuche

INHALT

18 **25 JAHRE BMC**

RÜCKBLICK
25 JAHRE BMC IN BILDERN

AUSBLICK
EINE AGENDA MANAGED CARE 2030

02 **VORWORT**

04 **TITELTHEMA ABSCHIED VOM VORSTAND**

05 **PROF. DR. VOLKER AMELUNG:** Managed Care muss zukünftig auch soziale Dimensionen erfassen

08 **DR. SUSANNE EBLE:** Es ist Zeit für einen Generationenwechsel

10 **RALF SJUTS:** Mehr Partizipation der Versicherten täte dem System und dem Kassen-wettbewerb gut

12 **DR. h. c. HELMUT HILDEBRANDT:** Integrierte Versorgung muss das neue Normal werden

14 **RALPH LÄGEL:** Digital Therapeutics (DTx) werden zukünftig ein wichtiger Versorgungsbau-stein sein

16 **THOMAS BALLAST:** Ein Innovationsbudget bei den Krankenkassen wäre ein Anreiz für mehr Managed Care

32 **DIE FÜNF KERNTHEMEN DES BMC**

33 **NEUMITGLIEDER**

34 **MITGLIEDERSTRUKTUR**

36 **MITGLIEDER DES VORSTANDS, KOOPTIERTE MITGLIE-DER IM VORSTAND**

37 **MITGLIEDER IM BEIRAT, EHRENMITGLIEDER, RECHNUNGSPRÜFER**

38 **GESCHÄFTSSTELLE**

40 **DAS GESUNDHEITS-WESEN AUF CHANCEN AUSRICHTEN**

42 **GESUNDHEITS- STATT KRANKHEITSSYSTEM**

44 **MIT DiGA NEUE WEGE IN DER VERGÜTUNG BESCHREITEN**

46 **JAHRESEMPFANG 2021**

48 **BMC LIEFERT IMPULSE FÜR DIE FORT-SCHRITTSKOALITION**

50 **MIT DEM INNOVATIONS-FONDS DIE GESUND-HEITSVERSORGUNG WEITERENTWICKELN**

52 **BROWN-BAG-STUDIENREISE 2021**

54 **BMC-INNOVATIONS-PANEL 2021**

58 **BMC-WEBGESPRÄCHE**

60 **BMC-ARBEITSGRUPPEN**

62 **BMC REGIONAL**

64 **WEITERES AUS DEM BMC**

66 **AUSGEWÄHLTE PRESSESTIMMEN**

68 **SPONSOREN UND PARTNER**

69 **IMPRESSUM**

LIEBE BMC-MITGLIEDER, SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,

mit Gesundheit kann man keine Wahlen gewinnen, so wird gesagt. Selbst im Jahr 2021 machten die Politikerinnen und Politiker um diese Disziplin einen großen Bogen. Während unser aller Leben maßgeblich durch ein Gesundheitsthema bestimmt wurde, so war es geradezu erschreckend wie wenig Beachtung das Gesundheitswesen im Bundestagswahlkampf erfuhr. Über Allgemeinplätze hinaus fand sich nichts zu Folgen und Lehren der Pandemie, nichts zur Weiterentwicklung der Versorgung oder Digitalisierung in den Wahlprogrammen. Die Enttäuschung wich mit dem ersten Blick auf den Koalitionsvertrag. Obwohl das Wort kein einziges Mal fällt, so liest er sich wie eine To-do-Liste für Managed Care: Lotsen (in welcher Begriffsdefinition auch immer), populationsorientierte Versorgungsmodelle, sektorenunabhängige Vergütung – alles originäre Managed-Care-Aspekte. Ein ambitioniertes Programm, das eher die Frage aufwirft, wie all diese Vorhaben in vier Jahren umgesetzt werden sollen. Daher gilt gleichfalls für uns: Prioritäten setzen.

Als BMC ist es unser Anspruch, Ideen, die zur Weiterentwicklung der Versorgung beitragen, über längere Zeiträume zu bespielen und deren Entwicklung zu begleiten. Themen des Jahres 2021 waren daher u. a. die Digitalisierung und der Innovationsfonds. Im Kleinklein des Tagesgeschäfts muss dazu hin und wieder überprüft werden, ob der Kompass richtig gestellt ist. Genau das haben wir im Rahmen eines ordnungspolitischen Suchprozesses getan, der einiges an Ausdauer forderte und schließlich in unser Strategiepapier „Mehr Ökonomie wagen!“ mündete. Darin fordern wir größeren Mut zu Unternehmertum im Gesundheitswesen und somit mehr Raum für innovative Versorgung.

Inzwischen zweifelt niemand im Gesundheitswesen mehr daran, dass auch digitale Versorgungskonzepte erfolgreich sein können. Es ist daher nur folgerichtig, dass digitale Lösungen wie die DiGA ihren Weg in die Erstattungsfähigkeit finden. Offene Flanken gibt es aber noch in der Preisfindung und hinsichtlich der Einbindung in die bestehenden Versorgungstrukturen. Das Verfahren mit seinen Anforderungen an Evidenz setzt die richtigen Impulse, um zu einer Erhöhung der Studienqualität von digitalen Lösungen beizutragen. Vordringlich muss es nun darum gehen, diejenigen, die an Schaltstellen der Versorgung sitzen, von den Anwendungen zu überzeugen. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird nur gelingen, wenn der Nutzen innovativer Lösungen für die Akteure den Aufwand überwiegt, der damit einhergeht Routinen zu brechen.

Die Frage nach der Aufnahme innovativer Lösungen hat uns im letzten Jahr darüber hinaus im Hinblick auf den Innovationsfonds beschäftigt. Die Sinnhaftigkeit von Innovationstöpfen wird nicht mehr angezweifelt, die Überführung in regelhafte Versorgungsabläufe und -strukturen bedarf aber eines Umdenkens. Die Realität zeigt, dass Projekte oder deren Komponenten dazu geeignet sind, die Gestaltung des Gesundheitssystems zu inspirieren, aber in den allermeisten Fällen nicht 1:1 übertragen werden können. Damit ist der Innovationsfonds nicht gescheitert, die Empfehlungen des Innovationsausschusses attestieren vielen Projekten vielmehr maßgebliche Impulskraft.

Gesundheitssysteme sind nur erfolgreich, wenn sie kontinuierlich weiterentwickelt werden und dabei bestimmte Themen in regelmäßigen Abständen auf die Tagesordnung gehoben werden. So ist es nun beispielsweise an der Zeit, sich wieder mit der Vergütung im ambulanten und stationären Bereich auseinanderzusetzen und der Frage nachzugehen, wie Präventionsmaßnahmen erfolgreich in die Gesamtbevölkerung getragen werden können. Aber auch hinsichtlich der Kultur des Systems gilt es, Weichen zu stellen, um mehr Frauen und jüngere Führungskräfte an Entscheidungsstellen des Systems zu platzieren. Auch wir werden uns in den kommenden Monaten damit beschäftigen.

Und wenngleich wir keine Lust hatten, unserem Geschäftsbericht noch ein weiteres Pandemie-Vorwort voranzustellen, so können wir nicht leugnen, dass das BMC-Jahr 2021 weiterhin stark von der eingeschränkten Möglichkeit für persönliche Begegnungen geprägt war. Umso erfreulicher, dass wir sowohl für den Jahresempfang im Freien als auch für die Brown-Bag-Studienreise in die Niederlande ein glückliches Zeitfenster gewählt haben. Wir hoffen sehr, dass wir im Jahr des 25-jährigen Bestehens den persönlichen Austausch wieder an erste Stelle setzen können, um so den Markenkern des BMC in diesem besonderen Jahr wieder aufleben zu lassen.

Besonders ist ebenfalls dieser Geschäftsbericht für uns, denn es ist gleichzeitig der erste für die Geschäftsführerin und der letzte für den seit 15 Jahren amtierenden Vorstandsvorsitzenden!

VIEL FREUDE BEIM ZURÜCKBLICKEN UND NACH VORNE SCHAUEN WÜNSCHEN

VOLKER AMELUNG & JOHANNA NÜSKEN

ABSCHIED VOM VORSTAND

Als pluralistischer Verband setzt sich der BMC aus einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure und Themen zusammen – ein buntes Sammelsurium aus Mosaiksteinen, so vielfältig wie die Gesundheitsversorgung. Dennoch ergibt sich durch das überlegte Zusammensetzen aller Einzelteile ein stimmiges Bild, eine gemeinsame Idee. Geformt durch all jene, die sich engagieren und einbringen, die zuhören und diskutieren. Als teils langjährige Mitglieder des Vorstandes haben Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Susanne Eble, Ralf Sjuts, Thomas Ballast, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt und Ralph Lägel diese Profilierung des BMC entscheidend geprägt. Auf den folgenden Seiten möchten wir daher einen Blick auf einige der Themen werfen, die die scheidenden Vorstandsmitglieder gesetzt und vorangebracht haben und auf die Flächen, die es künftig zu gestalten gilt.

MANAGED CARE MUSS ZUKÜNFTIG AUCH SOZIALE DIMENSIONEN ERFASSEN

Mit seiner Fähigkeit, Menschen zu vernetzen, seinem analytischen Blick auf die drängenden Versorgungsfragen und dem untrüglichen Gespür für Trends und Innovationen hat Prof. Dr. Volker Amelung das BMC-Schiff seit 2007 als Vorstandsvorsitzender gesteuert. Er wirft einen Blick zurück auf die Entwicklungen der letzten 15 Jahre und die Rolle des BMC im gesundheitspolitischen Diskurs.

Veränderungen, die sich über einen langen Zeitraum vollziehen, nimmt man häufig gar nicht als Veränderungen wahr oder man unterschätzt sie zumindest in ihrem Ausmaß. Wenn ich auf die Zeit zurückblicke, in der ich den BMC aktiv begleitet habe, sehe ich viele Baustellen, über die wir schon Anfang der 2000er Jahre diskutiert haben und die noch immer nicht zufriedenstellend gelöst sind. Das Spektrum reicht von der Digitalisierung über Patientenorientierung bis hin zur Prävention.

In der komplexen Gemengelage, in der sich Gesundheitspolitik und Versorgungsgestaltung seit jeher bewegen, lassen sich Erfolge aber gerade an den Themen festmachen, die heute nicht mehr adressiert werden, weil sie so nicht mehr relevant sind. Zwar ist das Gesundheitssystem noch immer von Silostrukturen geprägt, die einer konsequent integrierten und patientenorientierten Versorgung im Weg stehen. Gleichwohl ist es an vielen Stellen wesentlich durchlässiger geworden. Wenn der BMC-Gründungsvorsitzende Dr. Klaus Meyer-Lutterloh in der Anfangszeit des BMC oft von Wagenburg-Mentalitäten im Gesundheitswesen sprach, meinte er damit auch die geradezu hermetische Abriegelung zwischen den Akteursgruppen. Wer einen bestimmten beruflichen Werdegang eingeschlagen hatte, durfte kaum auf eine Abzweigung in einen anderen Bereich hoffen: einmal Kasse, immer Kasse – einmal Pharma, immer Pharma. Heute sind Jobwechsel zwischen Krankenkassen, Industrie, Verbänden, Behörden, Krankenhäusern, Managementgesellschaften und Start-ups gar kein Thema mehr. Im Gegenteil wird es vielfach als Vorteil angesehen, wenn jemand Expertise in unterschiedlichen Bereichen gesammelt hat. In dieser Hinsicht sind wir also einen großen Schritt vorangekommen und ich bin überzeugt, dass sich dies auch positiv auf viele Versorgungsthemen auswirkt.

DIE PLURALISTISCHE AUSRICHTUNG IST GLEICHZEITIG DER WEG UND DAS ZIEL

Der BMC hat dieses Aufbrechen verkrusteter Strukturen von Beginn an gefordert und gefördert. In diesem Sinne ist die pluralistische Ausrichtung, die eine Art Alleinstellungsmerkmal des BMC darstellt, gleichzeitig der Weg und das Ziel. Ein wesentlicher Anteil der BMC-Aktivitäten zielt darauf ab, unterschiedlichste Akteure zusammenzubringen, die Sichtweisen der anderen kennenzulernen und zu verstehen, Interessenlagen zu identifizieren, sie transparent zu machen und nach Kompromissen zu suchen.

Welchen Wert das Diskutieren, Streiten, Hinterfragen und Austarieren der Interessen für die Bearbeitung von Sachthemen hat, zeigt sich vor allem an Vorhaben, bei denen dieses aktive „Stakeholder-Management“ eben nicht stattgefunden hat. Das Paradebeispiel dafür ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen, bei der

die Politik die Rechnung weitgehend ohne die Ärztinnen und Ärzte gemacht hat. Den Leistungserbringenden wurden viele Vorgaben oktroyiert, ohne dass man sich die Frage gestellt hat, welchen Mehrwert diese Veränderungen für die einzelne Arztpraxis bringen und welche Motivation die Ärzteschaft braucht, um mitzuziehen. Dass wir mit der elektronischen Patientenakte oder mit dem E-Rezept noch nicht weit genug gekommen sind, liegt vor allem daran, dass die wesentlichen Akteure nicht einbezogen wurden.

EIN GESUNDHEITSSYSTEM ALS REPARATURBETRIEB ZU FÜHREN, IST NICHT MEHR ZEITGEMÄSS

Obwohl es dem BMC gelungen ist, sich als multiperspektivisch und multithematisch ausgerichtete Plattform zu etablieren, ist auch uns ebenjener Fehler an der einen oder anderen Stelle unterlaufen. Abgesehen davon, dass die Seite der Leistungserbringenden im BMC noch besser repräsentiert sein könnte, haben wir uns beispielsweise viel zu spät um das Thema Workforce und in diesem Zusammenhang auch zu wenig um den Bereich Pflege gekümmert. Die im Gesundheitswesen tätigen Menschen wählen ihren Beruf aus einer hohen intrinsischen Motivation heraus. Aktuell ist das System aber absolut nicht in der Lage, diese Motivation zu erhalten oder gar zu stärken. Viel zu viele sehr gut qualifizierte Kräfte scheiden nach wenigen Jahren aus dem Beruf aus. Das Ergebnis sind Pflegenotstand und Ärztemangel in strukturschwachen Regionen. Ohne den Dialog mit den jeweiligen Berufsgruppen werden Lösungsansätze für diese Problematik jedoch zum Scheitern verurteilt sein. Der Blick auf andere Branchen und in andere Länder könnte zudem wertvolle Erkenntnisse beisteuern.

Aber selbst wenn es uns gelingt, hier mittelfristig gegenzusteuern, werden wir uns im Gesundheitswesen immer in einem System mit begrenzten Ressourcen bewegen. So blicken schon heute viele sorgenvoll auf die kommenden Jahre, in denen Entwicklungen wie demografischer Wandel, zunehmende Multimorbidität und Fachkräftemangel sich sehr ungünstig kreuzen werden. Angesichts dieser Herausforderungen müssen wir uns auch grundsätzliche Systemfragen stellen: Können und wollen wir es uns leisten, das Gesundheitssystem weiterhin als Reparaturbetrieb zu führen? Müssten wir aus Sicht der Volkswirtschaft und jedes einzelnen Menschen nicht viel mehr Energie darauf verwenden, Krankheiten von vornherein zu verhindern, statt sie mit großem Aufwand zu „beheben", wenn sie bereits eingetreten sind?

WEG VON DER EINZELLEISTUNGSLOGIK HIN ZUR WERTEORIENTIERUNG

Wir wissen mittlerweile, dass soziale Determinanten (social determinants of health) wie Arbeitsumfeld, Wohnverhältnisse, Bildung, Ernährung und andere Lebensstilfaktoren einen extrem großen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Einzelnen und der Gesellschaft haben. Diese Zusammenhänge zu verstehen und danach zu handeln, wird zukünftig eine der großen Aufgaben im Zusammenspiel verschiedenster politischer Ressorts werden. Für das Gesundheitswesen bedeutet das auch ein Umdenken weg von der Einzelleistungslogik hin zu einer Werteorientierung.

Der Begriff Managed Care bekommt vor diesem Hintergrund eine ganz neue Bedeutung, weil das Management der Versorgung allein gar nicht ausreicht, um zum Ziel zu gelangen. Während die Sektorengrenzen vielerorts noch schwer zu überwinden sind, werden wir nicht umhinkommen, uns parallel auch mit der Überwindung der Grenzlinien zwischen den Sozialgesetzbüchern zu beschäftigen. Das berührt wiederum Fragen der Finanzierung und Vergütung, aber auch Themen wie Digitalisierung, Ausbildung und neue Berufsbilder.

> »Während die Sektorengrenzen vielerorts noch schwer zu überwinden sind, werden wir nicht umhinkommen, uns parallel auch mit der Überwindung der Grenzlinien zwischen den Sozialgesetzbüchern zu beschäftigen.«

DIE OFFENE DISKUSSIONSKULTUR IST EIN ERFOLGSFAKTOR DES BMC

Die Baustellen werden dem BMC also auch zukünftig nicht ausgehen. Dass der Verband sich in der Vergangenheit nicht auf ein schmales Themenspektrum fokussiert, sondern immer wieder neue Impulse aufgegriffen und Diskussionen angestoßen hat, hat sich als wichtiger Erfolgsfaktor erwiesen. Die seit Jahren zunehmende Anzahl der Mitgliedsorganisationen und die große Beteiligung an den Veranstaltungen zeigen, dass der BMC sich zu einer relevanten gesundheitspolitischen Plattform entwickelt hat und für seine Mitglieder einen unmittelbaren Nutzen stiftet.

Unser Anspruch im Vorstand war es überdies immer, dass Menschen den BMC nicht nur als Informations-, Diskussions- und Vernetzungsplattform wahrnehmen, sondern auch als Community, in die man sich gern und mit Freude einbringt. So haben wir beispielsweise mit den Studienreisen und den Brown-Bag-Meetings Formate geschaffen, in denen sich Menschen aus ganz unterschiedlichen Bereichen und Hierarchieebenen in einer Form austauschen können, wie es im beruflichen Alltag sonst nur selten möglich ist.

Dass wir für die Mitglieder in den letzten Jahren so ein breites und vielfältiges Angebot geschaffen haben, wurde nicht zuletzt dadurch möglich, dass parallel zum Wachstum der Mitgliederbasis eine Professionalisierung der Verbandsstrukturen stattgefunden hat. Was auf den verschiedenen BMC-Bühnen passiert, wird hinter den Kulissen von einer sehr gut aufgestellten Geschäftsstelle vorbereitet und durchgeführt. Dass sich so viele Vertreterinnen und Vertreter der Mitgliedsunternehmen gern im BMC engagieren, ist zu einem guten Teil auch der professionellen Unterstützung durch die Mitarbeitenden der Geschäftsstelle zu verdanken.

Mir persönlich hat es ausgesprochen viel Freude gemacht, die Arbeit des BMC in den letzten 15 Jahren mitzugestalten. Ich bedanke mich herzlich für das Vertrauen der Mitglieder und für den persönlichen Einsatz all derjenigen, die die Aktivitäten des BMC unterstützt haben, sei es in der Leitung von AGs, als Vortragende, Beratende oder an anderer Stelle. Mein besonderer Dank gilt meinen Vorstandskolleginnen und -kollegen für die überaus gute, respektvolle und konstruktive Zusammenarbeit.

10

FRAGEN AN...

PROF. DR. VOLKER AMELUNG

DAFÜR HÄTTE ICH GERN MEHR ZEIT
Zum Nichtstun, weil daraus die besten Ideen entstehen

MEIN ALTERNATIVER BERUFSWUNSCH
Musiker (aber leider fehlt mir jegliches musikalisches Talent)

DIE BESTE ERFINDUNG
Das iPhone :)

DAS KOMMT MIR NICHT INS HAUS
Twitter, Instagram oder ein Papagei

MIT DIESER PERSON WÜRDE ICH GERN EINEN KAFFEE TRINKEN
Ferdinand von Schirach, weil ich seine Bücher so gerne lese, Ulla Schmidt, Franz Müntefering, Hermann Gröhe – ach da fallen mir viele andere ein, von deren Erfahrungen ich viel lernen möchte

DAS LERNE ICH GERADE
Mich im Homeoffice besser zu organisieren – irgendwann muss man ja damit anfangen

DAS IST MIR ZU KOMPLIZIERT
Chinesisch und Teenager

MEIN LIEBSTER FACHBEGRIFF
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

BEI DIESER DISKUSSION HÖRE ICH WEG
Jammern über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen

MEIN RATSCHLAG AN YOUNG PROFESSIONALS
Bedeutsame Netzwerke baut man vor allem am Anfang einer Karriere auf

ES IST ZEIT FÜR EINEN GENERATIONENWECHSEL

Seit 2006 hat Dr. Susanne Eble die Ausrichtung des BMC aktiv mitgestaltet, zunächst als Beisitzerin, ab 2010 als stellvertretende Vorstandsvorsitzende. Zudem sorgte sie als Schatzmeisterin dafür, dass der Verband stets auf einem soliden finanziellen Fundament stand. Mit ihrem Rückzug aus dem Vorstand möchte sie den Platz freimachen für eine jüngere Generation.

Durch einen beruflichen Wechsel kam ich 2004 nach Berlin. Damals war die Integrierte Versorgung ein großes Thema in der gesundheitspolitischen Szene und der BMC gehörte zu den ersten Verbänden, die dazu Veranstaltungen angeboten haben. Ich erinnere mich noch, wie ich mich dort in einem Meer von dunklen Anzügen wiederfand – der Dresscode war formal und der Frauenanteil sehr überschaubar.

Dass der BMC mit seinen Veranstaltungen so erfolgreich war, dass manchmal aufgrund der vielen Anmeldungen der Veranstaltungsort verlegt werden musste, hatte mehrere Gründe: Einerseits war er mit den Themen rund um Managed Care und Integrierte Versorgung sehr nah am Puls der Zeit. Zum anderen war der BMC damals der einzige Verband mit pluralistischer Ausrichtung. Ob Krankenkassen, KVen, Krankenhäuser, Ärztenetzwerke oder Verbände – alle waren eingeladen, mitzudiskutieren und sich auszutauschen. Und was damals keine Selbstverständlichkeit war: Auch die Industrie konnte sich einbringen und mitgestalten. Die Berlin-Chemie AG hat das früh als Chance begriffen und war eines der ersten BMC-Mitgliedsunternehmen aus dem pharmazeutischen Bereich.

DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE SZENE IST WEIBLICHER UND JÜNGER GEWORDEN

Die Offenheit gegenüber neuen Playern im Gesundheitssystem zog sich über die gesamte Zeit, in der ich den BMC begleitet habe, wie ein roter Faden durch: Die Mitgliederanzahl wuchs von Jahr zu Jahr und unter den neuen Mitgliedern waren auch immer mehr Organisationen jenseits des traditionellen Selbstverwaltungsspektrums – von Medizintechnikunternehmen über Beratungs- und IT-Firmen bis hin zu Start-ups.

Damit wurden auch die Veranstaltungen, Arbeitsgruppen und Gremien diverser: Es nahmen mehr Frauen teil, das Durchschnittsalter sank merklich und die Perspektiven wurden noch vielfältiger. Im BMC-Vorstand gibt es inzwischen eine hohe Sensibilität dafür, mehr Frauen und auch mehr jüngere Menschen aktiv einzubeziehen. Die Geschäftsstelle wird seit nunmehr acht Jahren von überaus kompetenten jungen Frauen geführt und ein Podium auf dem BMC-Kongress, das ausschließlich mit Männern Ü50 besetzt ist, wäre heute kaum mehr denkbar. Formate wie die Brown-Bag-Meetings, die sich speziell an Nachwuchsführungskräfte richten, machen den BMC auch zu einem Ort, an dem bereits zu Beginn der Karriere wertvolle Netzwerke geknüpft werden können.

DURCH NEUE STUDIENGÄNGE IST EIN FRISCHER WIND IN DIE DISKUSSIONEN GEKOMMEN

Diese Entwicklung verlief parallel zu der Entstehung neuer Studiengänge im Healthcare-Bereich wie Gesundheitsökonomie oder Public Health. Sie wurden nicht zuletzt vor dem Hintergrund entwickelt, dass die kontinuierliche Modernisierung des Gesundheitssystems eben kein Selbstläufer ist, sondern aktiv gestaltet werden muss. Während Gesundheitspolitik von vielen lange als Synonym für Interessenvertretung verstanden wurde, ist mittlerweile deutlich geworden, dass gute Versorgung mehr ist als gute Medizin. Der Blick auf Prozesse, Vergütungssystematiken, volkswirtschaftliche Zusammenhänge, Führung und viele weitere Themen hat die gesundheitspolitische Diskussion auf ein neues Level gehoben. Dieser frische Wind ist zu einem Teil eben auch den neuen Studiengängen zu verdanken.

> »Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert die Fähigkeit zum vernetzten Denken.«

DIGITALISIERUNG ERFORDERT VERNETZTES DENKEN

In den letzten Jahren kam außerdem der Schwung der Digitalisierung hinzu, mit dem sich auch ein Generationenwechsel vollzieht: Die lange Zeit eher träge bis kritische Haltung gegenüber der Digitalisierung wird abgelöst von der Aufbruchstimmung rund um DiGA & Co. Die Älteren – und dazu zähle ich auch mich selbst –, die sich darum bemühen, buchstäblich nicht den Anschluss zu verpassen, werden links und rechts überholt von Start-up-GründerInnen und Digital Natives mit einem vollkommen anderen Mindset.

Was sich schon lange abgezeichnet hat, wurde durch die Corona-Pandemie noch einmal umso deutlicher sichtbar: Wir müssen mit Themen wie elektronische Patientenakte, digitale Gesundheitskarte und E-Rezept jetzt endlich vorankommen. Die Integration der digitalen Systeme wird sich auch positiv auf viele Versorgungsthemen auswirken. So wird beispielsweise die Integrierte Versorgung immer noch dadurch ausgebremst, dass sie nicht in den Praxisverwaltungssystemen abgebildet ist. Solange mit dem Stecken der Versichertenkarte nicht automatisch eine Meldung aufleuchtet, welche Versorgungsprogramme für diese Person infrage kommen, werden Selektivverträge für viele Praxen stets Randthemen bleiben, weil bei der hohen Belastung, unter der das Praxispersonal schon heute steht, jede zusätzliche nicht-automatisierte Aufgabe eine Aufgabe zu viel ist.

Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert die Fähigkeit zum vernetzten Denken. Ich bin optimistisch, dass die Generation der Digital Natives hier in den nächsten Jahren sehr viel erreichen kann, und freue mich darauf, das Ruder zu übergeben.

10 FRAGEN AN...

DR. SUSANNE EBLE

DAFÜR HÄTTE ICH GERN MEHR ZEIT
Mit meiner Hündin Luzi im Wald

MEIN ALTERNATIVER BERUFSWUNSCH
War früher mal Lehrerin

DIE BESTE ERFINDUNG
Smartphone :-)

DAS KOMMT MIR NICHT INS HAUS
Die Alexa

MIT DIESER PERSON WÜRDE ICH GERNE EINEN KAFFEE TRINKEN
Dalai Lama

DAS LERNE ICH GERADE
Einfach mal nichts tun

DAS IST MIR ZU KOMPLIZIERT
Befindlichkeiten

MEIN LIEBSTER FACHBEGRIFF
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

BEI DIESER DISKUSSION HÖRE ICH WEG
Wenn es nur ums Rechthaben geht

MEIN RATSCHLAG AN YOUNG PROFESSIONALS
Wenn ihr Visionen habt, ignoriert den Satz:
„Das haben wir schon versucht – das geht nicht."

10 FRAGEN AN...

RALF SJUTS

DAFÜR HÄTTE ICH GERN MEHR ZEIT
Reisen mit dem Wohnmobil quer durch Europa

MEIN ALTERNATIVER BERUFSWUNSCH
Lehrer

DIE BESTE ERFINDUNG
mRNA-Impfstoff, weil damit vielleicht auch der Krebs besiegbar wird

DAS KOMMT MIR NICHT INS HAUS
Thermomix. Dafür koche ich viel zu gerne

MIT DIESER PERSON WÜRDE ICH GERNE EINEN KAFFEE TRINKEN
Emmanuelle Charpentier, die Erfinderin der Genschere

DAS LERNE ICH GERADE
Vorbereitung auf Flugschein

DAS IST MIR ZU KOMPLIZIERT
Gendersprache und vegane Küche

MEIN LIEBSTER FACHBEGRIFF
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

BEI DIESER DISKUSSION HÖRE ICH WEG
Diskussionen mit Karl Lauterbach

MEIN RATSCHLAG AN YOUNG PROFESSIONALS
Ziele setzen und bei Rückschlägen immer wieder aufstehen

MEHR PARTIZIPATION DER VERSICHERTEN TÄTE DEM SYSTEM UND DEM KASSEN-WETTBEWERB GUT

Kaum jemand hat die Arbeit des BMC so lange aktiv mitgestaltet wie Ralf Sjuts. 2003 wurde er als Beisitzer in den Vorstand gewählt, ab 2010 war er stellvertretender Vorstandsvorsitzender. Er wirft einen kritischen Blick auf die Selbstverwaltung und skizziert eine denkbare Alternative.

In den rund 45 Jahren, in denen ich im Gesundheitswesen tätig war, hat sich die Welt an vielen Stellen weitergedreht – sei es im Hinblick auf die Integrierte Versorgung, im ambulanten Sektor, wo zahlreiche neue Verbände von Leistungserbringenden wie MVZ und Ärzte-Netze entstanden sind, oder im Bereich der Digitalisierung. Vergleichsweise wenig bewegt hat sich dagegen in der Selbstverwaltung.

Was die Krankenkassen angeht, liegt die letzte größere Umwälzung mehr als 25 Jahre zurück. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 sah eine Reform bei den Organen der GKV-Kassen vor. Bis dato gab es dort den Verwaltungsrat und den Vorstand als ehrenamtliche Organe sowie eine hauptamtliche Geschäftsführung. Ab 1996 wurden die Geschäfte der Kassen von einem auf sechs Jahre gewählten hauptamtlichen Vorstand geführt, während der weiterhin ehrenamtliche Verwaltungsrat nunmehr als eigentliches Selbstverwaltungsorgan den Vorstand kontrolliert.

Dass die Führung der laufenden Geschäfte heute einem auf Zeit gewählten Vorstand obliegt, war ein wichtiger und richtiger Schritt. Er trägt zum einen der stärkeren Wettbewerbsausrichtung unter den gesetzlichen Krankenversicherungen Rechnung. Zum anderen entspricht ein auf Zeit ernannter und durch Wahlen legitimierter Vorstand als Führungsorgan aber auch mehr der Organisationsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Eine Krankenkasse ist eben kein Wirtschaftsunternehmen, sondern sie ist in erster Linie den Interessen der Versichertengemeinschaft verpflichtet.

DEN VERWALTUNGSRÄTEN DER KRANKENKASSEN FEHLT ES AN UNMITTELBARKEIT

Der Verwaltungsrat wird im Rahmen der Sozialwahlen von den Versicherten und den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ebenfalls alle sechs Jahre gewählt. Die Vorschlagslisten für die Verwaltungsratsmitglieder werden von Gewerkschaften und anderen Arbeitnehmervereinigungen sowie von Arbeitgeberverbänden erstellt, was sich natürlich auch in der Zusammensetzung der Verwaltungsräte widerspiegelt. Als Argument für diese Vorgehensweise wird meist ins Feld geführt, dass sie den sozialen Frieden sicherstellt.

Kritisch betrachtet stellt sich allerdings die Frage, ob die Arbeitnehmer- bzw. Arbeitgeberperspektive nicht die Versicherteninteressen überlagert, die ja in erster Linie repräsentiert werden sollen. Während bei den Kassenärztlichen Vereinigungen tatsächlich Vertreterinnen und Vertreter aus den Reihen der Ärzteschaft gewählt werden, fehlt es in der Selbstverwaltung der Krankenkassen im Grunde an Unmittelbarkeit.

Gremien, die sich an vielfach festgefahrenen Diskussionen abarbeiten, wie wir sie beispielsweise auch aus Tarifverhandlungen kennen, haben aber noch ein anderes Problem: Bei dem fortwährenden Austarieren der Machtverhältnisse geht viel Energie verloren, die dann nicht mehr für andere Sachfragen zur Verfügung steht. Dass bei Themen wie Kostendämpfung, elektronischer Gesundheitskarte, E-Rezept oder anderen Digitalisierungsvorhaben im Gesundheitswesen letztlich immer der Gesetzgeber vorangehen musste, dürfte nicht zuletzt der Tatsache geschuldet sein, dass das Zusammenspiel oder vielmehr das Gegeneinanderspielen der traditionellen Akteure der Selbstverwaltung eben zu wenig Innovationskraft führt.

WENN VERSICHERTE DIREKT PARTIZIPIEREN, IST DIE MOTIVATION FÜR INNOVATIONEN GRÖSSER

Eine denkbare Alternative zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts und ihrem Selbstverwaltungsorgan wäre beispielsweise ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Gegenseitigkeit ist das tragende Prinzip eines solchen Vereins, im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse der Mitglieder. Das oberste Organ ist die Mitgliedervertreterversammlung. Die Vertreterinnen und Vertreter werden – anders als im Verwaltungsrat einer Krankenkasse – unmittelbar aus der Gemeinschaft der Versicherten gewählt. Die Organisation solcher Wahlen ist sicher aufwendiger, aber Beispiele aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung und aus anderen Versicherungsbranchen zeigen, dass diese Hürde überwindbar ist.

Der Vorteil dieser Rechtsform besteht darin, dass die Versicherten direkt am Erfolg partizipieren: Wirtschaftet die Krankenkasse gut, kann das in Form von Ausschüttungen oder einer Senkung der Beiträge an die Mitglieder zurückgespielt werden. Die Motivation für Wirtschaftlichkeit, aber auch für Innovationen wäre per se größer als im derzeitigen Modell.

Sicherlich würde eine solche Neugestaltung der GKV vielfältige Fragen aufwerfen, die rechtssicher beantwortet werden müssen. Die Neugestaltung der GKV brächte aber auch ganz neuen Schwung ins System, weil die Kassen freier agieren könnten bei gleichzeitig stärkerer Einbeziehung der Versicherten. Wer den Mut hätte, so einen wagemutigen Vorschlag in den gesundheitspolitischen Diskurs zu bringen? – Der BMC wäre prädestiniert dafür, denn er hat sich immer schon für zukunftsfähige Ideen eingesetzt.

INTEGRIERTE VERSORGUNG MUSS DAS NEUE NORMAL WERDEN

Mit den OptiMedis Versorgungsmodellen, beginnend mit Gesundes Kinzigtal, hat Dr. h. c. Helmut Hildebrandt neue Maßstäbe für Managed Care in Deutschland gesetzt. Im BMC-Vorstand engagierte er sich seit 2010. Hier argumentiert er für eine Neuausrichtung der Integrierten Versorgung.

Der Beginn meiner Vorstandstätigkeit im BMC fiel in eine Phase, in der wir im Gesunden Kinzigtal erste Erfolge verbuchen konnten. Gleichzeitig wurde in den USA in einigen Kreisen bereits das Ende von Managed Care postuliert: Gezielte Risikoselektion rücke den wirtschaftlichen Aspekt zu sehr in den Vordergrund und führe zu Rosinenpickerei. Genau das hatten wir im Gesunden Kinzigtal vermeiden wollen, indem wir das Versorgungsmodell nicht indikationsbezogen, sondern populationsbezogen ausrichteten. Alle Versicherten der beteiligten Krankenkassen in der Region sollten von den Vorteilen der Integrierten Versorgung profitieren.

Doch auch dieses Vorgehen ist, wie sich mit zunehmender Erfahrung herausstellte, nicht ohne Hindernisse. Der von der Politik vorangetriebene Wettbewerb unter den Krankenkassen führt dazu, dass jede Krankenkasse bestrebt ist, für ihre Versicherten einen möglichst interessanten USP zu generieren. Selektivverträge sind hierfür vielfach das Instrument der Wahl. Aufseiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geht die Teilnahme an Selektivverträgen jedoch mit einem erheblichen organisatorischen Mehraufwand einher. Patientinnen und Patienten mit gleicher Indikation erhalten unter Umständen eine unterschiedliche Versorgung – je nachdem, in welcher Kasse sie versichert sind. Sie müssen identifiziert, aufgeklärt und durch das jeweilige Programm gesteuert werden.

PATIENTENORIENTIERTE VERSORGUNG IST PER SE FACH- UND SEKTORENÜBERGREIFEND

Manche Praxen nehmen angesichts des Zusatzaufwands gar nicht erst an Selektivverträgen teil, andere entscheiden nach Vergütungskriterien. Daraus entsteht ein Spannungsfeld: Einerseits muss der ökonomische Ertrag des jeweiligen Versorgungsmodells relativ hoch sein, um die Ärztinnen und Ärzte angemessen partizipieren zu lassen. Andererseits müssen die Krankenkassen ihrerseits unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit operieren.

Dabei bestand die Grundidee von Managed Care ja stets darin, konsequent patientenorientierte Versorgungspfade und -prozesse zu gestalten, und zwar für das gesamte Gesundheitssystem. Die Vorstellung, dass es verschiedene Versorgungsoptionen gibt, die sich nicht an den Patientenbedürfnissen orientieren, sondern an der Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse, erscheint vor diesem Hintergrund nicht mehr zeitgemäß. Patientenorientierte Medizin ist per se fach- und sektorenübergreifend. Sie sollte den Standard darstellen und nicht den Sonderfall.

SELEKTIVVERTRÄGE ALS SUCHPROZESS FÜR VERSORGUNGSVERBESSERUNGEN

In der Realität bringt die derzeitige Zweigleisigkeit aus Regelversorgung und Selektivverträgen die Behandelnden – ganz gleich, ob im ärztlichen, therapeutischen oder pflegerischen Bereich – aber in die Situation, dass sie den Patientinnen und Patienten nicht durchgängig die Versorgung zukommen lassen können, die die patientengerechteste wäre. Aus dieser Perspektive dürften Selektivverträge im Grunde kein Instrument zur Alleinstellung im Kassenwettbewerb sein, sondern sie sollten vornehmlich als Suchprozess verstanden werden, um die Versorgung für alle Versicherten sukzessive zu verbessern – unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit. Das bedeutet auch, dass die Vergütungssystematiken so ausgerichtet werden müssen, dass dieser Suchprozess unterstützt wird.

Die Herausforderung der Zukunft wird darin bestehen, ein Modell zu finden, das die patientengerechteste, medizinisch modernste Versorgung mit einer sinnvollen und effizienten Versorgungslogistik aufseiten der Leistungserbringenden kombiniert. Konsequenterweise dürfte der Wettbewerb unter den Krankenkassen sich demnach gar nicht auf die Versorgungsebene beziehen – nicht nur, weil das zu organisatorischen Problemen in der Versorgungspraxis führt, sondern weil es auch konträr zum Solidarprinzip läuft, das gleichsam die DNA unseres Gesundheitssystems bildet. Das Spielfeld des Kassenwettbewerbs kann auf der Ebene der Prozesse liegen, die um die Versicherung herum stattfinden. Dazu gehören beispielsweise Serviceleistungen, Kommunikation oder digitale Angebote.

UM DIE VERSORGUNG AUF EIN NEUES NIVEAU ZU HEBEN, BRAUCHT ES DEN MUT ZU EINEM GRÖSSEREN SPRUNG

Um das übergeordnete Ziel einer durchgängig patientengerechten Versorgung zu verwirklichen, muss der Fokus zudem von der Leistungsmenge zum Outcome hin verschoben werden. Am Ende würden wir damit mehr Gesundheit generieren und so das System wieder entlasten.

Die Vorstellung, dass wir die Versorgung über Pilotprojekte nach und nach in einer Region und dann auch flächendeckend auf ein neues Niveau heben können, hat sich bisher nicht erfüllt. Es zeigen sich aber positive Zeichen: So die positive Empfehlung des G-BA für das von uns konzipierte Modell des Gesundheitskiosks in Billstedt-Horn oder die Erwähnung der Gesundheitslotsen und der Gesundheitsregionen, wie von uns in Nordhessen praktiziert, in der Koalitionsvereinbarung. Gute Ideen, interessierte Partner und gute Pilotprojekte sind ausreichend vorhanden. Gefragt ist jetzt der Mut zu einem größeren Sprung: Nur durch eine Neuausrichtung des Systems kann integrierte, patientengerechte Versorgung zum neuen Normal werden.

10 FRAGEN AN...

DR. h. c. HELMUT HILDEBRANDT

DAFÜR HÄTTE ICH GERN MEHR ZEIT
Für Freunde kochen und dazu gute Weine servieren

MEIN ALTERNATIVER BERUFSWUNSCH
Astrophysiker, denn Physik und Mathematik haben mich schon als Schüler total begeistert

DIE BESTE ERFINDUNG
mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19 und Krebs

DAS KOMMT MIR NICHT INS HAUS
Energy-Drinks, ich finde das einfach eine Beleidigung des Geschmacks

MIT DIESER PERSON WÜRDE ICH GERNE EINEN KAFFEE TRINKEN
Bill und Melinda Gates, um sie von einem Investment in Einsparcontracting-Lösungen der Integrierten Versorgung zu überzeugen

DAS LERNE ICH GERADE
Französisch, weil ich die Sprache schon als Jugendlicher geliebt habe. Mit unserem Projekt in Straßburg wird sie jetzt wieder hochinteressant für mich

DAS IST MIR ZU KOMPLIZIERT
Die Ermittlung des „ausmaßabhängigen Vergütungsabschlags für die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenze im Krankenhaus“

MEIN LIEBSTER FACHBEGRIFF
Value-based Healthcare, weil damit der geschaffene Gesundheitsnutzen zum Orientierungswert wird

BEI DIESER DISKUSSION HÖRE ICH WEG
Ich merke, dass mich die politischen Talk-Shows zunehmend nerven und ich nur noch ganz gelegentlich mal hineinhöre

MEIN RATSCHLAG AN YOUNG PROFESSIONALS
Folge deinen Träumen und versuche, einen Mehrwert für die Gesellschaft insgesamt zu schaffen

DIGITAL THERAPEUTICS (DTx) WERDEN ZUKÜNFTIG EIN WICHTIGER VERSORGUNGS-BAUSTEIN SEIN

Versorgungskonzepte around and beyond the pill sind eines der zahlreichen Fachgebiete von Ralph Lägel, MBA, der von 2010 bis 2014 als kooptiertes Vorstandsmitglied und ab 2014 als Beisitzer im BMC-Vorstand aktiv war. Hier wirft der DTx/DiGA-Experte einen analytischen Blick in die digitale Versorgungslandschaft der Zukunft.

Der Prozess der digitalen Transformation läuft seit rund drei Jahrzehnten in allen Lebensbereichen auf Hochtouren. Im Gesundheitswesen steckt die Digitalisierung jedoch noch immer in den Kinderschuhen. Themen wie Vernetzung, E-Rezept, elektronische Patientenakte, Datenaustausch oder Interoperabilität, zu denen wir im BMC schon vor 15 Jahren diskutiert haben, sind noch immer nicht zufriedenstellend umgesetzt.

Im Vergleich dazu tut sich deutlich mehr im Bereich der Industrie, insbesondere beyond the pill – also jenseits der klassischen Arzneimittel –, wo mit den sogenannten Digital Therapeutics (DTx) bzw. Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) aktuell neue, digital basierte Versorgungsangebote entstehen.

DTx, WIE z. B. DiGA, KÖNNEN DIE VERSORGUNG SINNVOLL ERGÄNZEN UND VERBESSERN

DTx können sowohl über den Marktzugang als DiGA als auch im Rahmen von Selektivverträgen eine frühe und niedrigschwellige therapeutische Option darstellen, um Versorgungslücken zu überbrücken, Versorgungsansätze zu komplettieren und sie in gewissem Umfang sogar zu ersetzen. Ebenso kann ihnen eine wesentliche Rolle in der Nachsorge und therapeutischen Stabilisierung zukommen. Gleichzeitig generieren sie große Mengen zusätzlicher Daten, die in den Bereichen Prädiktion, Stratifizierung und Outcome-Optimierung für eine personalisierte Medizin unverzichtbar sind.

START-UPS BRAUCHEN PARTNER MIT NETZWERK IN DIE ÄRZTESCHAFT

Gleichwohl bleiben die DiGA-Verordnungszahlen hinter den Erwartungen zurück. Einerseits sind vielfältige regulatorische Hürden und systemische Widerstände zu überwinden, andererseits müssen sich die Akteure, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, mit dieser neuen therapeutischen Option erst vertraut machen. Entsprechend sind die DiGA ohne Vertriebspartner mit stabilen Kontakten zu Ärztinnen und Ärzten schwer in den Markt zu bringen. Auch die (sehr optimistische) Vorstellung der Hersteller, man könne den Vertrieb über rein virtuelle Wege steuern, erfüllt sich nicht. Das eröffnet Chancen für etablierte Pharma- und Medtechunternehmen, entweder als Partner (i. S. v. Vertreibern) oder sogar selbst als DiGA-Anbieter aktiv zu werden. Diese etablierten Akteure verfügen über die dringend notwendigen Netzwerke in die Ärzteschaft und über sehr viel Indikations-Know-how.

Es ist zudem davon auszugehen, dass die Industrie ihr Portfolio auch jenseits des regulierten DiGA-Zugangswegs mit DTx erweitern wird. DTx werden Arzneimittel in allen Phasen des pharmazeutischen Lifecycles besser aufstellen. Sie werden in weiterentwickelten Formen zukünftig Pharmazeutika in bestimmten Indikationen oder Krankheitsstadien ersetzen bzw. deren Einsatz hinauszögern können und damit für die Unternehmen die Wertschöpfungskette verlängern bzw. für das Gesundheitssystem Kosten verschieben. Bereits heute gibt es erste Firmen, die für ganze Fachgruppen an der Entwicklung vollständig digitaler Portfolios arbeiten.

VON DTx UND DiGA ZU PLATTFORMEN UND UMFASSENDEN ÖKOSYSTEMEN

Eine wesentliche Voraussetzung ist bei all dem ein grundsätzliches Verständnis der Versorgungslandschaft. Ob Pille, DTx oder andere therapeutische Maßnahmen – das Angebot muss für Leistungserbringende sowie für Patientinnen und Patienten niedrigschwellig sein und den Outcome ernsthaft optimieren. Gerade im Hinblick auf den Convenience-Aspekt lässt sich viel von anderen Branchen lernen. Wir befinden uns im Zeitalter der Plattform-Ökonomie: Konsumentinnen und Konsumenten wollen unkomplizierte Services aus einer Hand, dann entsteht dafür auch eine Zahlungsbereitschaft.

Insofern wird die zersplitterte Landschaft von einzelnen, nebeneinander existierenden DiGA, DiPA und DTx nur ein Übergangsstadium sein, das zukünftig von Ökosystemen rund um Indikationen oder Bedarfsgebiete abgelöst wird. DiGA und DTx der heutigen Form bieten dabei ein Lernfeld, um „Webfehler" in den Konzepten sukzessive zu korrigieren, zumal digitale Anwendungen schon per Definition in iterativen Prozessen entstehen. Allerdings muss der Gesetzgeber in seiner Rahmensetzung mit der Lerngeschwindigkeit mithalten und zügig den regulatorischen Rahmen adaptieren. Bei den DiGA würde das z. B. bedeuten, dass die Begrenzung auf den ambulanten Sektor entfällt, die Möglichkeit hybrider Versorgungsmodelle geschaffen wird, eine Ausweitung auf präventive Ansätze stattfindet, die zwingende Integration in die IT-Systeme aller Leistungserbringende sowie in E-Rezept und ePA erfolgt und dass klare Interoperabilitätsstandards definiert und zeitnah umgesetzt werden – um nur einige wesentliche und sehr dringliche Punkte zu nennen.

In Anbetracht der ökonomischen und demografischen Herausforderungen bei schwindenden personellen und stark geforderten finanziellen Ressourcen kann sich das deutsche Gesundheitssystem gar nicht leisten, die Potenziale, die in digitalen Ansätzen liegen, noch länger so wenig zu nutzen. Alle Hersteller und Leistungserbringenden sollten dieses Thema deswegen als eine Top-Priorität begreifen und entsprechend in den Fokus nehmen.

10

FRAGEN AN...

RALPH LÄGEL

DAFÜR HÄTTE ICH GERN MEHR ZEIT
Afrikareisen und Tauchen (ab 27 Grad Celsius)

MEIN ALTERNATIVER BERUFSWUNSCH
Tierarzt oder Meeresbiologe

DIE BESTE ERFINDUNG
Das Buch

DAS KOMMT MIR NICHT INS HAUS
Convenience Food

MIT DIESER PERSON WÜRDE ICH GERNE EINEN KAFFEE TRINKEN
Diana Kinnert (https://kinnert.com)

DAS LERNE ICH GERADE
Die Macht der Geographie im 21. Jahrhundert (Tim Marshall)

DAS IST MIR ZU KOMPLIZIERT
Hohe Mathematik

MEIN LIEBSTER FACHBEGRIFF
radotieren – in Bezug auf einen Großteil der Diskussionen im Gesundheitswesen (Ergo: Nicht labern – machen!)

BEI DIESER DISKUSSION HÖRE ICH WEG
Politische Kakophonie

MEIN RATSCHLAG AN YOUNG PROFESSIONALS
Ganz früh viel darüber nachdenken und „nachfühlen", was einen auf dem Weg bis zum 60. Geburtstag glücklich und zufrieden gemacht haben wird – und auf der Basis die richtigen Entscheidungen über die Auswahl des Weges treffen. (Wer den Hafen nicht kennt, in den er segeln will, für den ist kein Wind der richtige. Seneca – Epistulae morales ad Lucilium)

10

FRAGEN AN...

THOMAS BALLAST

DAFÜR HÄTTE ICH GERN MEHR ZEIT
Für Reisen

MEIN ALTERNATIVER BERUFSWUNSCH
Schauspieler

DIE BESTE ERFINDUNG
Da gibt es so vieles; aktuell vielleicht: Smartphone

DAS KOMMT MIR NICHT INS HAUS
Ein Haustier

MIT DIESER PERSON WÜRDE ICH GERNE EINEN KAFFEE TRINKEN
John F. Kennedy

DAS LERNE ICH GERADE
Wie wenig selbstverständlich persönlicher Kontakt sein kann

DAS IST MIR ZU KOMPLIZIERT
Quantenphysik (lese gerade „Das Zeitalter der Unschärfe", das macht es besser)

MEIN LIEBSTER FACHBEGRIFF
Risikostrukturausgleich

BEI DIESER DISKUSSION HÖRE ICH WEG
„Argumente" von Reichsbürgern u. ä.

MEIN RATSCHLAG AN YOUNG PROFESSIONALS
Authentisch sein und bleiben

EIN INNOVATIONSBUDGET BEI DEN KRANKENKASSEN WÄRE EIN ANREIZ FÜR MEHR MANAGED CARE

Thomas Ballast gehörte dem BMC-Vorstand seit 2018 als Beisitzer an. In seiner Rolle als stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse ist er u. a. für die Bereiche Versorgungsinnovation und Versorgungssteuerung verantwortlich. Er plädiert für ein Innovationsbudget bei den Krankenkassen, um Selektivverträge auf eine bessere finanzielle Basis zu stellen.

Mit Selektivverträgen beschäftige ich mich bereits seit Mitte der 1990er Jahre. Sie sind aus meiner Sicht ein wertvolles Instrument, mit dem neue Lösungen für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und/oder der Leistungserbringenden umgesetzt werden können. Zudem haben sie noch immer das größte Potenzial, die starren Sektorengrenzen aufzuweichen und zu überwinden. Hier lag für mich auch die Schnittmenge mit dem BMC, der sich mit dem Managed-Care-Gedanken genau in diesem Bereich engagiert.

SELEKTIVVERTRÄGE ALS TREIBER FÜR VERSORGUNGSINNOVATIONEN

Für Krankenkassen bilden Selektivverträge eine der wenigen Möglichkeiten, um sich im Wettbewerb zu positionieren. Sie sind somit auch ein wichtiger Treiber für Versorgungsinnovationen. Eine Gefahr, die mit der Dualität aus Kollektivvertrag und Selektivverträgen einhergeht, liegt sicherlich in einer Zersplitterung der Versorgungsangebote. Wenn jede der derzeit knapp 100 Krankenkassen eigene Selektivverträge abschließen würde, führte dies zu einer Überforderung der Leistungserbringenden, weil diese sich dann mit einer Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsprogramme auseinandersetzen müssten. Deshalb ist es wichtig, dass die Kassen sich in Konsortien zusammenfinden, wie es in der Vergangenheit ja auch schon geschehen ist. Idealerweise sind für eine Praxis dann nur wenige Selektivverträge relevant, sodass die Handhabbarkeit gewährleistet ist.

Zudem sollte die Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand stehen. Das wirft wiederum die Frage nach der Finanzierung von Selektivverträgen auf. Eine Lösung könnte darin bestehen, einen Teil der Mittel des Innovationsfonds in ein Innovationsbudget umzuwidmen. Dieses Innovationsbudget würde den Krankenkassen für die Gestaltung von Selektivverträgen zur Verfügung stehen. Setzt eine Kasse das Budget nicht für selektivvertragliche Modelle ein, würde das Geld den Kassen zufließen, die sich hier stärker engagieren. Dadurch wird der Spielraum für innovationsfreudige Kassen umso größer. Das wäre ein sinnvoller Anreiz für Krankenkassen, neue Ideen auszuprobieren, und es löst gleichzeitig das Dilemma, vor dem die Politik ja immer wieder steht: Innovationsfreude und Veränderungsbereitschaft sind eben nicht überall in gleichem Maße vorhanden – das gilt sowohl für die Kassenseite als auch für die Seite der Leistungserbringenden. Mit dem Innovationsbudget fördert man die Akteure, die Neues gestalten wollen, während man nicht im selben Zuge diejenigen verpflichten muss, die am Ende sowieso nicht mit ganzem Herzen dabei wären.

ES GEHT DARUM, DIE REGELVERSORGUNG DURCH BESONDERE ANGEBOTE SINNVOLL ZU ERGÄNZEN

Anders als im Innovationsfonds, der die Zielsetzung hat, die Regelversorgung weiterzuentwickeln, bieten die klassischen Selektivverträge zudem die Möglichkeit, auch Modelle zu verstetigen, die den Besonderheiten einer bestimmten Region Rechnung tragen. Denn die Versorgungsforschung der letzten Jahre hat gezeigt: One-size-fits-all-Lösungen haben vielerorts ausgedient. Ob es um Ärztemangel in strukturschwachen ländlichen Regionen oder um soziale Brennpunkte geht – wir brauchen mehr Versorgungsangebote, die besser auf das jeweilige Setting zugeschnitten sind. Die Regelversorgung wird immer das Fundament bleiben, sie muss aber durch besondere Angebote sinnvoll ergänzt werden.

> »Die Versorgungsforschung der letzten Jahre hat gezeigt: One-size fits-all-Lösungen haben vielerorts ausgedient.«

BESSERE VERZAHNUNG VON DIGITALEN ANGEBOTEN MIT DER BESTEHENDEN VERSORGUNG

Ein wichtiges Handlungsfeld dürften hier auch weiterhin schwere psychische Erkrankungen darstellen, die mit häufigen Übergängen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor einhergehen. Für diese Patientinnen und Patienten muss ein kontinuierliches Betreuungsnetz sichergestellt werden, was durch einen Selektivvertrag möglicherweise besser abzubilden wäre. Daneben brauchen wir Lösungen für Regionen, die von Unterversorgung bedroht sind. Auch hier bietet das Instrument des Selektivvertrags mehr Flexibilität. Für beide genannten Bereiche gilt, dass die Einbeziehung digitaler Angebote viel Potenzial birgt. Die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) nehmen in der Versorgungslandschaft aktuell Fahrt auf, sie müssen aber mit den bestehenden analogen Angeboten noch besser verzahnt werden.

An dieser Stelle schließt sich der Kreis zum BMC. Der Verband hat sich in den letzten Jahren vor allem durch sein hochwertiges und vielfältiges Veranstaltungsangebot als herausragende Netzwerkplattform etabliert. Ich bin überzeugt, dass die Vernetzung der zahlreichen Mitgliedsorganisationen des BMC zumindest ein Stück weit auch in die Bildung von Kooperationen und Konsortien für innovative Versorgungsmodelle hineinwirkt. Damit ist dem BMC etwas gelungen, woran viele andere in der Vergangenheit gescheitert sind, und vor diesem Hintergrund wird er auch zukünftig ein wichtiger Akteur in der gesundheitspolitischen Szene bleiben.

BEWEGUNG INS SYSTEM BRINGEN

»Neue Strukturen können nur dann eine Chance bieten, wenn alle Beteiligten einen Nutzen davon haben: die Ärzte, aber auch die Versicherten. Vor diesem Hintergrund hat sich jetzt in München der neugegründete Bundesverband Managed Care (BMC) vorgestellt, als pluralistischer Verband von [...] Unternehmen, Verbänden und Institutionen, die im Gesundheitswesen etwas bewegen wollen.«

AUSZUG MEDIZIN AKTUELL 9/98
„ABSCHIED VOM RAUBRITTER SZENARIO“

Das „Raubritter Szenario“ im Gesundheitswesen ablösen durch eine Kultur der Zusammenarbeit – diesem Motto ist der BMC in 25 Jahren treu geblieben. Und so nähern wir uns aktuellen Fragestellungen des Gesundheitswesens, in dem wir Akteure aus allen Branchen des Gesundheitswesens um einen Tisch versammeln. Unsere Tischregeln: konstruktive Diskussionen sowie positive Bilder für zukunftsorientierte Lösungen.

In vielfältigen Formaten bereiten wir die Plattform für Dialog, Austausch und die Entwicklung von Ideen, die das träge Gesundheitswesen in Bewegung setzen. Unser Kongress ist inzwischen eine feste Institution in Berlin geworden, die Plätze auf den Studienreisen sind begehrt, der Drang, sich in Arbeitsgruppen zu engagieren, weiterhin ungebrochen, der Wunsch nach Vernetzung wird auf dem Jahresempfang geradezu greifbar. Um das Schmieden von innovativen Ideen zu befeuern, holen wir uns Inspiration von EntrepreneurInnen aus der Praxis, ExpertInnen aus der Wissenschaft, VertreterInnen aus anderen Branchen und nicht zuletzt aus dem Ausland.

Am 23. Oktober 1997 gründen 34 überzeugte Vertreterinnen und Vertreter des Gedankens Managed Care den Bundesverband Managed Care e.V.. 25 Jahre später ist der BMC ein Verband, der nahezu alle Bereiche des Gesundheitswesens und die wichtigsten Akteure umfasst. Weiterhin getragen von der Idee, etwas im System bewegen zu wollen. Getragen wird er auch vom Engagement der Mitglieder und Freunde des BMC, denen an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön gebührt.

Zum 25. Jubiläum blicken wir zurück mit einer Auswahl an Bildern aus der Geschichte des BMC und auf ein bewegtes Verbandsleben. Wir blicken nach vorn, mit einer Agenda Managed Care 2030 und dem Anspruch, weiterhin das System zu bewegen!

25 JAHRE BMC IN BILDERN

2002 | Die Projektgruppe „BMC-Vision 2010“

2004 | BMC-Vorstand

2012 | Fachtagung „Strategien für schwer zu versorgende Regionen“ in der Akademie Berlin der Konrad-Adenauer-Stiftung

1997 | 34 VertreterInnen von Unternehmen, Organisationen und Körperschaften gründen am 23. Oktober den BMC und wählen ihren Gründungsvorstand

2006 | BMC-Jahresempfang in der Friedrichstraße 136

2013 | TeilnehmerInnen der BMC-Studienreise vor dem Europäischen Parlament in Brüssel

2014 | TeilnehmerInnen der BMC-Studienreise vor der Library der Columbia University in New York

2014 | TeilnehmerInnen der BMC-Studienreise zu Besuch bei der Weltgesundheitsorganisation in Kopenhagen

2016 | TeilnehmerInnen der BMC-Studienreise beim Dinner Talk in Tel Aviv

2018 | Prof. Dr. Volker Amelung als Gastredner bei der Gesundheitsministerkonferenz in Wien

2019 | BMC Best Practice: Hinter den Kulissen des Rhön-Klinikum Campus Bad Neustadt

2018 | Brown Bags auf Studienreise in San Francisco zu Besuch bei Genentech

2015 | VertreterInnen des BMC bei einer Anhörung zum E-Health-Gesetz im Bundestag

2017 | Dr. Klaus Meyer-Lutterloh und Prof. Dr. Volker Amelung beim Jahresempfang anlässlich des 20. Jubiläums des BMC

2017 | Bundesminister Hermann Gröhe zusammen mit dem Vorstand beim BMC-Kongress

2021 | Vorstandsklausur auf der Insel Schwanenwerder

EINE AGENDA MANAGED CARE 2030

»Unser System ist derzeit ein reaktives Krankheitsbehandlungssystem und kein proaktives Gesundheitsförderungssystem. Die zunehmende Spezialisierung hat dazu geführt, dass keiner mehr den gesamten Menschen im Blick hat, und auch keine Verantwortung für bessere Gesundheits-outcomes übernehmen muss oder will.«
(Dr. Viktoria Stein)

I. DER STATUS QUO: DAS GESUNDHEITSSYSTEM ALS REPARATURBETRIEB

Die Erwartungen an die Gesundheitsversorgung sind sehr unterschiedlich. Die junge, gesunde Jobanfängerin in der Stadt hat völlig andere orts- und zeitunabhängige Ansprüche an Gesundheitsleistungen als ein älterer, partiell immobiler Mensch mit chronischer Erkrankung. Für die eine ist wichtig, dass Hilfestellungen zur Gesunderhaltung ohne viel Aufwand zur Verfügung stehen, für den anderen ist entscheidend, dass die einzelnen Komponenten der Versorgung ohne Transferverluste ineinandergreifen und zu einem umfassenden Versorgungspaket verschmelzen. Beide Erwartungshaltungen kann das deutsche Gesundheitswesen nur unzureichend erfüllen.

Niemand kann uns vorwerfen, dass wir nicht genügend in unser Gesundheitssystem investieren. Zwölf Prozent des Bruttoinlandsproduktes sprechen eine deutliche Sprache – damit liegen wir bei den Gesundheitsausgaben weltweit auf Platz 4[1] – nach den USA, der Schweiz und Norwegen. Aber geben wir das Geld an den richtigen Stellen, für die richtigen Aufgaben aus? Dieser Frage müssen wir uns stellen. Und zwar wiederkehrend. Das Hinterfragen der Geldströme im System, das Justieren der finanziellen Anreize, muss als permanente Aufgabe zur Weiterentwicklung der Versorgung gesehen werden.

Momentan finanzieren wir nicht Gesundheit, sondern Einzelleistungen und Strukturen. Das Ergebnis ist ein reaktives Krankheitsbehandlungssystem, quasi ein Reparaturbetrieb, und kein proaktives Gesundheitsförderungssystem. Das Denken und Ausrichten an Strukturen und Zuständigkeiten ist ein vielfach kritisierter Ansatz im deutschen Gesundheitswesen. Denn es verhindert, dass Versorgung vom Kopf auf die Füße gestellt, also an Patientenbedarfen ausgerichtet wird – und es verhindert Innovation.

Neben adäquater Versorgung leisten wir uns Über-, Fehl- und Unterversorgung gleichzeitig. Daran wird deutlich: Für Probleme im Gesundheitswesen gibt es nie simple Lösungen. Je nach Indikation, Bevölkerungsgruppe etc. braucht es differenzierte Betrachtungen. Patientenbedarfe zeichnen sich zunehmend durch Komplexität aus. Regelfall ist häufig nicht mehr eine einzelne, akute Erkrankung, sondern die Gleichzeitigkeit unterschiedlicher, chronischer Gesundheitsprobleme im Kontext individueller Lebensumstände. Komplexe Versorgung kann aber nicht in starren Strukturen stattfinden.

Demgegenüber steht die zunehmende Spezialisierung der Disziplinen und Professionen – eine Fragmentierung, die durch den medizinischen Fortschritt befördert wird. Somit wird zur zentralen Herausforderung für die Versorgenden, gleichzeitig hochspezialisiert zu agieren und dabei nicht den gesamten Menschen aus den Augen zu verlieren. Dem Spagat zwischen Spezialisierungsbedarfen und Komplexitätsmanagement muss Rechnung getragen werden – sowohl in der Ausgestaltung von Rahmenbedingungen als auch in der Ausbildung. Wichtig ist dabei: qualitativ hochwertige Versorgung kann nur funktionieren, wenn weder das eine noch das andere vernachlässigt wird. Die Versorgung von multimorbiden, chronisch Kranken ist zweifelsohne die größte Herausforderung in einer alternden Gesellschaft – zugleich Paradebeispiel für die Notwendigkeit und Lackmustest interprofessioneller Kooperation und Koordination. Erschwert wird sie durch ein stark ausgeprägtes Denken in Professionen, das eine starre Trennung zwischen den Gesundheitsberufen und ihren Aufgabenbereichen nach sich zieht. Ohne Zusammenarbeit kann die Maxime des Systems nur sein: eingetretenen Schaden zu reparieren, anstatt gemeinsam Schäden zu verhindern.

Verwunderlich ist es daher nicht, dass in dieser Gemengelage die Übernahme von Verantwortung für Gesundheit durch einzelne Akteure abwegig erscheint. Kein Akteur ist heute in der Lage, die Strukturen so zu gestalten, dass Versorgung aus einer Hand möglich ist. Dazu tragen auch unsere Vergütungssysteme einen Teil bei. Aber so wichtig Vergütungssysteme sind, darf man in ihnen weder Grund allen Übels noch Allheilmittel sehen. Das perfekte Vergütungssystem gibt es nicht, entscheidend wird letztendlich ein Konzept aus unterschiedlichen monetären und nichtmonetären Komponenten sein.

PATIENTINNEN UND PATIENTEN: DIE UNGENUTZTE RESSOURCE IM GESUNDHEITSWESEN

An diesem fragmentierten System hat sich trotz zahlreicher Reformansätze nichts Grundlegendes geändert. Statt sich dem gemeinsamen Ziel „Patientenorientierung" zu verschreiben, werden Verteilungskämpfe ausgetragen. So missachten wir hartnäckig die wichtigste Ressource im Gesundheitswesen: die Patientinnen und Patienten selbst. Die Versorgungspyramide von Kaiser Permanente verdeutlicht das Potenzial, dass im Self-Management der Patientinnen und Patienten liegt, schon seit den späten 1990er Jahren. In Deutschland, so scheint es bisweilen, ist diese Erkenntnis überhaupt noch nicht angekommen.

Auch die Social Determinants of Health[2], die vor über 20 Jahren postuliert wurden, finden im Versorgungsalltag und vor allem in den Strukturen viel zu wenig Beachtung. Gleiches gilt für die Politik in Deutschland, die sich dem Ansatz Health in all policies[3] schon längst hätte verschreiben müssen. Es ist schlicht zu kurz gesprungen, sich auf den einzelnen Menschen ohne die Betrachtung seiner Umgebung zu fokussieren. Zurecht schließt die WHO in ihre Definition von Gesundheit daher auch psychisches, seelisches und soziales Wohlbefinden ein.

Lediglich zehn Prozent der Gesundheitsoutcomes werden durch den Zugang zu klinischer und medizinischer Versorgung determiniert, 90 Prozent werden dagegen von sozialen Umständen – Lebensstil, Umwelt, Bildung u. ä. – beeinflusst[4]. Dennoch geben die OECD-Länder fast 90 Prozent ihrer Gesundheitsbudgets für die medizinische Versorgung in Krankenhäusern und Arztpraxen aus[5].

Die tägliche Erfahrung der Ärzteschaft und des Pflegepersonals muss bisweilen frustrierend sein, denn das, was eigentlich getan werden müsste, um den Gesundheitszustand und die damit verbundene Lebensqualität zu verbessern, können sie gar nicht leisten. Wann braucht es eine Ärztin und wann einen Sozialarbeiter? Die Klaviatur der Optionen, die beispielsweise Ärztinnen und Ärzte bedienen können sollten, müsste viel größer sein und auch die enge Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern und Case-Managerinnen umfassen.

»Wir müssen weg vom reaktiven hin zu einem proaktiven Handeln im Sinne von ›Health in all policies‹. Es geht nicht nur um den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin, sondern auch um die persönliche Umgebung, die Population und die Peers, die ebenfalls Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben.« (Dr. h.c. Helmut Hildebrandt)

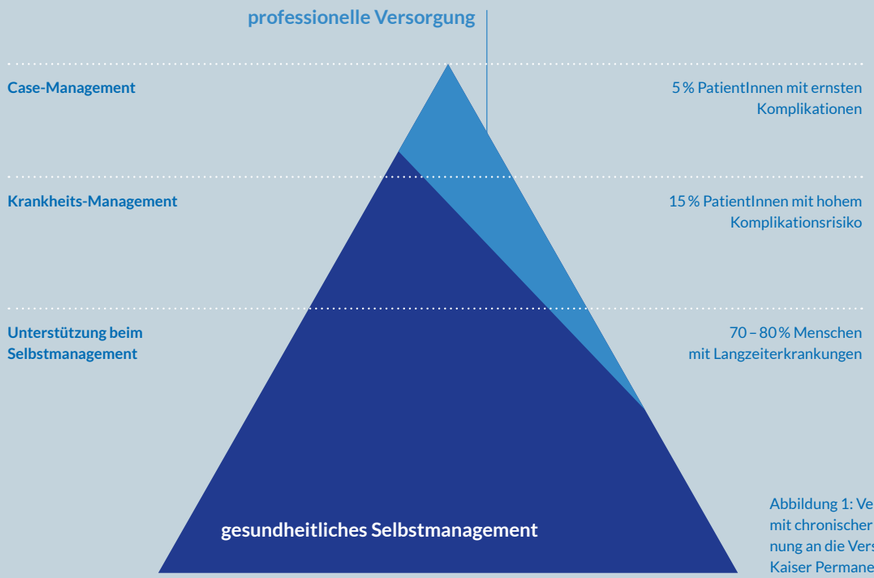


Abbildung 1: Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung in Anlehnung an die Versorgungspyramide von Kaiser Permanente

II. MANAGED CARE: DER WERKZEUGKASTEN FÜR DIE NEUAUSRICHTUNG?

Was für eine Neuausrichtung der Versorgung an den tatsächlichen Bedarfen fehlt, sind Konzepte, Instrumente und eine verbindende Vision. Die Werkzeuge von Managed Care können hierfür wichtige Impulse bieten. Ziel ist der Transfer von bewährten Managementansätzen in den regulierten Markt der Gesundheitsversorgung. Allem voran steht dabei, dass Leistungen nach dem Wert, den sie erzeugen, bemessen werden: Leistungen und Ausgaben für die Versorgung gehen immer einher mit einer Verantwortung für Gesundheitsergebnisse. Diese sind nicht nur monetär zu bemessen. Im Quadruple Aim-Ansatz[6] sind im Sinne einer wertorientierten Gesundheitsversorgung neben Kosteneffizienz und Gesundheitsoutcomes auch die Patientenzufriedenheit und Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen Tätigen als Zielgrößen zu berücksichtigen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist eine fortlaufende Evaluierung und Erfolgsmessung von Versorgungsmodellen und -konzepten essenzieller Bestandteil von Managed Care.

Wichtig ist dabei eine konsequent durchgesetzte Nutzerperspektive, die sich an den individuellen Versorgungsbedarfen der Patientinnen und Patienten orientiert, unabhängig von den an der Versorgung beteiligten Akteuren und Strukturen (bzw. Sektoren). Die Nutzerorientierung hat zudem selbst einen fassbaren Wert – und dies im Sinne einer dreifachen Ko-Produktion:

1) PatientInnenmitwirkung verbessert Therapieergebnisse;

2) Patientinnen und Patienten können durch Feedback und Beteiligung dazu beitragen, Versorgungsangebote schon in ihrer Anlage auf Gebrauchstauglichkeit zu prüfen;

3) die Einbindung von Patientinnen und Patienten bereits auf der Ebene der Systemgestaltung trägt dazu bei, bessere Rahmenbedingungen für die Versorgung zu gestalten.

Dass über diese Grundlagen hinaus kein gemeinsames Verständnis von Managed Care existiert, sollte nicht abschrecken. Für den einen ist Population Health eine klassische Organisationsform im Managed Care Konzept, wohingegen es für andere eine Weiterentwicklung desselben darstellt. Value-Based Care kann zudem als eine grundlegende Denkweise von Managed Care oder auch als eigenständiges Konzept betrachtet werden. Begriffsspielereien schaffen keinerlei Mehrwert. Die im Zusammenhang mit Managed Care stehenden Konzepte bieten jedenfalls wirksame Hebel, um einen Kurswechsel im Gesundheitssystem zu erreichen. Je mehr wir die Erfolgsdimensionen des Quadruple Aim zusammen betrachten und sie in einen auf langfristige Gesunderhaltung ausgelegten Zusammenhang setzen, desto klarer treten die Konturen für eine Gesundheitsversorgung hervor, die über einen Reparaturbetrieb hinausgeht.

Vorwegnehmen können wir: Die „eine" Lösung wird es nicht geben. Die Vielfalt der Bedarfe braucht die Pluralität von Lösungsansätzen. Das Problem von Gesundheitsreformen ist jedoch, dass sie selten positiv wahrgenommen werden und eher auf Restriktionen und Einsparungen setzen als auf die Gestaltung von Freiräumen. In der Gesundheitsarena darf die Politik eines aber nicht aus den Augen verlieren: Gewinner bzw. Gewinnerin einer engeren und effizienten Verzahnung zwischen den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ist die Patientin bzw. der Patient.

Einen „Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik" verspricht der neue Koalitionsvertrag der Regierungsparteien aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Unsere „Agenda 2030" leistet dazu einen Beitrag.

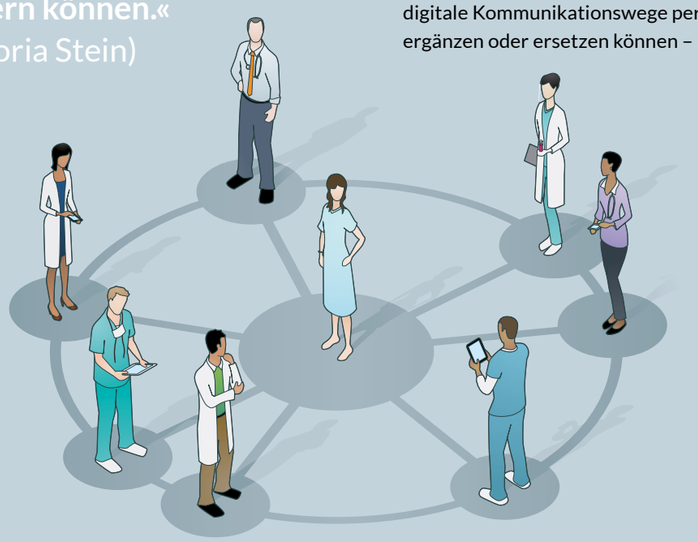
»Der entscheidende Webfehler: Das Gesundheitssystem denkt nicht vom Patienten oder von der Patientin, sondern von den Strukturen her. Statt immer neue Anreize zu schaffen, sollten wir Blockaden erkennen und entfernen: Welche Regeln behindern mehr als sie nützen?« (Prof. Dr. Volker Amelung)

III. UNSERE VISION: EINE VERNETZTE GESUNDHEITS-VERSORGUNG – INTEGRIERT UND POPULATIONSORIENTIERT

Die „Agenda Managed Care 2030“ setzt auf eine populationsorientierte und integrierte – also durch Kooperation und Koordination geprägte – Gesundheitslandschaft mit Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung. Eine Patientenorientierung liegt diesem Ansatz zugrunde. Das Gesundheitspersonal versteht sich als Coach der zu behandelnden Person. Die Versorgung ist nahtlos und beginnt weit vor dem ersten Arztbesuch. Die Zukunft von Managed Care ist ein in seinen Strukturen und mit Hilfe digitaler Lösungen vernetztes Gesundheitssystem.

Gute Versorgung, die vom Bedarf geleitet wird, ist eine individuelle Zusammenstellung von einzelnen Versorgungskomponenten. Entweder kann diese konsequent entlang einer Indikation erfolgen oder räumlich an einer geografisch definierten Population ausgerichtet sein. Eine Herausforderung ist dabei die Pluralität von Versorgungsformen, die notwendig sind, um unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

»Die verschiedenen Berufsgruppen und Organisationen müssen realisieren, dass sie nicht allein für die Gesundheitsoutcomes verantwortlich sind, sondern nur gemeinsam die Gesundheit der Einzelnen und der Bevölkerung verbessern können.«
(Dr. Viktoria Stein)



GESUNDHEIT IST EIN INVESTITIONSTHEMA

Drei Voraussetzungen sind für die Gestaltung einer bedarfsorientierten Gesundheitslandschaft notwendig: ein Überwinden der Sektorengrenzen, ein Denken von Populationen und von den Patientinnen und Patienten her („das System kommt zum Menschen“) und mehr Investitionen in Infrastrukturen und Technologien. Es geht um ein Umdenken: die Wiederherstellung und ein möglichst langer Erhalt von Gesundheit muss zur Handlungsmaxime werden. Davon ausgehend werden Strukturen gestaltet.

Das verbindende Element von Managed-Care-Ansätzen ist Kooperation, Koordination und Kommunikation. Das kann nur mit digitalen Lösungen funktionieren, wofür es gezielte, nutzerorientierte Investitionen in Technologien braucht. Ziel ist ein besseres Zusammenspiel der Akteure insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Gesundheit als solche muss als Investition verstanden werden, die individuell und gesellschaftlich Werte schafft. Dies beinhaltet sowohl die Gesunderhaltung der einzelnen Person als auch der gesamten Bevölkerung. Wir investieren nach wie vor viel zu wenig in die psychische Gesundheit oder auch Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus muss das System so gestaltet sein, dass es die dort Tätigen schützt und stärkt. Wenn Managed Care als durchaus unternehmerischer Ansatz die im Gesundheitswesen Tätigen als Humankapital betrachtet, so geschieht dies in der Absicht, ihren Wert und Beitrag voll zur Geltung zu bringen. Eine solche Herangehensweise öffnet auch Perspektiven, wo digitale Kommunikationswege persönliche Ansprache ergänzen oder ersetzen können – und wo nicht.

IV. UNSERE AGENDA

Der Koalitionsvertrag greift an ganz unterschiedlichen Punkten immer wieder Managed Care auf. Auch wenn das Konzept selbst nicht explizit erwähnt wird, ist es doch Leitgedanke hinter einem Großteil der angestrebten Veränderungen. So will die Bundesregierung die „Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen“ erhöhen und „den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern“ ausweiten. Managed Care ist hierfür der Weg. Es geht um die Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung und ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, das auch die sozialen Determinanten der Gesundheit wie zum Beispiel Arbeitsplatz, Nachbarschaft oder Infrastruktur umfasst.

DIE MEILENSTEINE

(1) Das Ziel einer integrierten und populationsorientierten Versorgung braucht einen **neuen Anlauf in der Sozialgesetzgebung.** Wer ein fragmentiertes Sozialsystem und damit unterschiedliche Finanzierungstöpfe aufrechterhält, muss sich nicht wundern, wenn Kooperation und Koordination nicht stattfinden. Kosten, die in der Krankenversicherung entstehen und in der Pflegeversicherung zu Einsparungen führen, müssen mittels Transferzahlungen ausgeglichen werden können. Kurzfristig sollte die Zusammenführung von SGB V und SGB XI angestrebt werden, langfristig braucht es eine umfassende **Verbindung von Gesundheits- und Sozialsystem.** Die Berücksichtigung des sozialen Umfelds führt zu einer Verbesserung von Gesundheitsergebnissen. Damit können auch politisch ganz neue Ziele gesetzt werden, die unmittelbar den Menschen zugutekommen: beispielsweise eine Verschiebung des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit aufgrund von Alterserscheinungen auf durchschnittlich 85 Jahre.

(2) Statt um einen Wettbewerb der Leistungsmengen geht es um einen Wettbewerb um Gesundheitsoutcomes. Leistungserbringende müssen selbst darüber entscheiden können, wie sie ihr Budget einsetzen, je nachdem welche Bedürfnisse die zu versorgende Person oder Bevölkerungsgruppe hat. Erbringerinnen und Erbringer von Gesundheits- und Dienstleistungen werden daran gemessen und bezahlt, ob sich die Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit oder persönliche Gesundheit verbessert. Eine solche Vergütung fördert die Zusammenarbeit im Team und über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg. Das stärkste Geschäftsmodell im Gesundheitswesen ist Qualität als Ergebnis konsequenten Fokussierens auf bessere Versorgung. Dafür braucht es die **Erweiterung des Vergütungsmixes** um „Fee for Value“. Das Vergütungssystem wird zu patientenassoziierten, individualisierten Modellen weiterentwickelt. Vergütet wird dort nur eine messbar bessere Versorgung. Das gilt im Übrigen für alle Akteure und Preise im Gesundheitswesen.

(3) Wer Versorgung verbessern will, braucht **aktuelle, aussagefähige und vergleichbare Daten,** die Versorgungsoutcomes auf Grundlage von konsentierten Indikatoren und gemeinsamen Standards beschreiben. Orientierungsgröße ist dabei nicht der einzelne Patient bzw. die einzelne Patientin, sondern die jeweilige Population. Dabei gilt es Konsens darüber herzustellen, welche Daten allen Akteuren zur Verfügung stehen sollten. Ein öffentlich zugänglicher Kerndatensatz ist für die Versorgungsforschung und in der Folge für die Optimierung von Versorgungsprozessen ebenso unabdingbar wie ein transparentes und begleitendes **Monitoring** und eine **Evaluation.** Zentrale Faktoren sind das konsequente und unmittelbare Messen von Ergebnissen, das Schaffen von Transparenz und der Mut, auch Unterschiede im Ergebnis zu akzeptieren und daraus Folgen abzuleiten. Die Erfolgsmessung erfolgt durch eine **unabhängige Institution.** Dabei müssen die Daten so aufbereitet sein, dass Patientinnen und Patienten sie für Behandlungsentscheidungen nutzen können. Ein Qualitätsbericht eines Krankenhauses nutzt den Menschen wenig für die Entscheidung bei der Wahl eines geeigneten Klinikstandortes, wenn er über 100 Seiten umfasst. Folglich braucht es **Public-Reporting-Systeme,** wie wir sie aus anderen Bereichen kennen. Eine **Stiftung Warentest im Gesundheitswesen** könnte bspw. Transparenz über die Versorgungsqualität schaffen.

(4) Integrierte, populationsorientierte Versorgung verlangt andere Kompetenzen von den Berufsgruppen wie auch vom Management. Einen Kulturwandel in der **Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe** erreichen wir, wenn alle Gesundheitsstudiengänge und -ausbildungen zukünftig Module vorsehen, in denen Studierende und Auszubildende aller Gesundheitsberufe gemeinsam lernen. Das schafft gegenseitiges Verständnis für Aufgaben und Kompetenzen und macht den interprofessionellen Austausch schon von Beginn an zur Selbstverständlichkeit.

»Der Wettbewerb ergibt sich automatisch durch die Outcome-basierte Vergütung. Durchsetzen werden sich jene, die einen echten Mehrwert leisten und liefern. Statt eines Wettbewerbs um den Preis brauchen wir einen Wettbewerb um Ergebnisse.« (Dr. Stefan Biesdorf)

V. MEHR BETEILIGUNG, FREIRÄUME UND UNTERNEHMERTUM

Managed Care ist eine Denkhaltung. Weder kann man dafür oder dagegen sein, da es keine in sich geschlossene Theorie darstellt, sondern einen bunten Strauß an Instrumenten. Vereint werden diese ausschließlich dadurch, dass hinter ihnen der Grundgedanke steht, dass Versorgungsstrukturen von den Patientinnen und Patienten her gedacht und die Anreize so ausgestaltet sein müssen, dass bessere Gesundheitsoutcomes erzielt werden.

Managed Care heißt, mehr Unternehmertum zu wagen und nur dann zu regulieren, wenn es notwendig ist. Managed Care impliziert zudem eine Pluralität von Anbietern und Lösungen, aus der Fortschritt entsteht. Das Gesundheitssystem wird offen für Akteure, Initiativen und Geschäftsmodelle, die zum Nutzen aller beitragen und sich am Design-, Implementierungs- und Evaluierungsprozess von Versorgungsstrukturen beteiligen. Auf Grundlage von Bedarfen entscheiden die Akteure selbst, wie sie Mittel einsetzen und Versorgungsangebote entwickeln. Dafür benötigen sie Freiräume und verlässliche Rahmenbedingungen für Investitionen in Strukturen, Personal und Lösungen. Managed Care kann also eine Kompassfunktion in der Gestaltung der Versorgung haben. Egal auf welcher Ebene oder in welchen Untiefen des Gesundheitswesens man sich befindet: Managed Care rückt das Ziel der Versorgung wieder in den Fokus.

DIE AGENDA IST ENTSTANDEN UNTER DER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender, Bundesverband Managed Care e.V.; Professor für Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
Dr. Stefan Biesdorf, Partner und Co-Leader Digital Health Europe, McKinsey & Company
Prof. Dr. Lutz Hager, Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule, The Mobile University
Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Gründer und Vorstandsvorsitzender OptiMedis
Franz Knieps, Vorstand, BKK Dachverband e.V.
Sophia Schlette, MPH, Hauptgeschäftsführerin, Berufsverband der Deutschen Dermatologen
Dr. Viktoria Stein, Assistenzprofessorin, Leiden University Medical Centre, Niederlande

[1] OECD 2020 https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm

[2] Wilkinson, Richard; Marmot, Michael, eds. (2003). The Social Determinants of Health: The Solid Facts (PDF) (2nd ed.). World Health Organization Europe. ISBN 978-92-890-1371-0.

[3] Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen, Leppo (eds.): Health in All Policies. Prospects and potentials, 2006.

[4] Tarlov AR. Public policy frameworks for improving population health. Ann NY Acad Sci. 1999; 896:281–93.

[5] OECD 2014.

[6] Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work BMJ Quality & Safety 2015; 24:608-610. https://qualitysafety.bmj.com/content/24/10/608

DIE FÜNF KERNTHEMEN DES BMC

1 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.

2 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.

3 KOOPERATION

Der BMC dient seinen Mitgliedern zur Kontaktvermittlung und Kontaktpflege. Er kooperiert mit dem fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung und setzt langfristig auf Kooperationen mit zahlreichen nationalen und internationalen Verbänden, die ähnliche Ziele verfolgen.

4 POLITISCHE ARBEIT

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

5 ENTWICKLUNGSARBEIT

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

NEUMITGLIEDER

Ärztenetz Südbrandenburg

SHOP APOTHEKE EUROPE

GKS Gesundheitsnetz Köln-Süd e.V.

srh

HELFEN HAUSARZTZENTRUM-BRÜGGEN

Medtronic

Unabhängige Patientenberatung Deutschland | UPD

Pathways Public Health

WZAT

Hochschule Aalen

PVS PLUS MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN

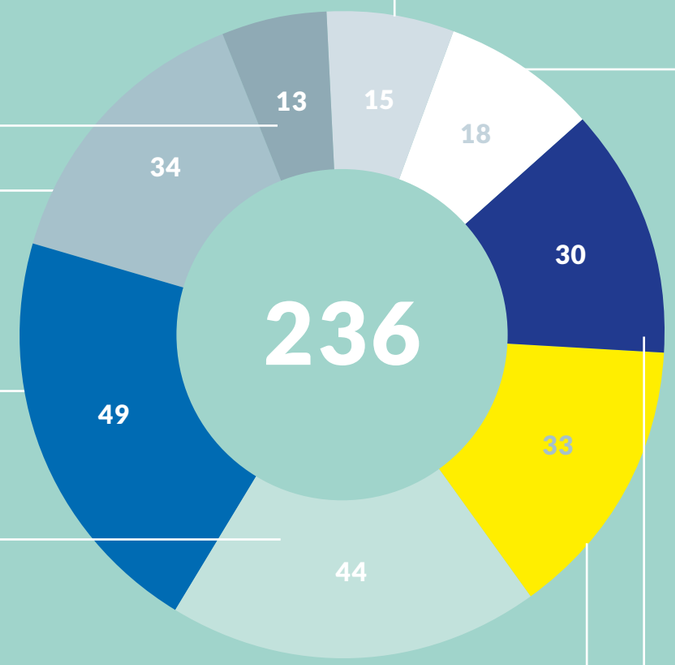
medgate_

Lundbeck

MEDI-MARKT gut beraten – besser leben

MITGLIEDERSTRUKTUR

Stand: Dez. 2021



PERSÖNLICHE MITGLIEDER (ÜBERWIEGEND GRÜNDUNGSMITGLIEDER)

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

VERBÄNDE, KAMMERN

- ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.
- AOK Bundesverband GbR
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.
- Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen & Onkologen in Deutschland e.V.
- Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V.
- BKK Dachverband e.V.
- BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.
- Bundesverband der Vertragspsycho-therapeuten e.V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
- Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V.
- BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.
- Deutsche Chiropraktoren-Gesellschaft e.V. (DCG)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.
- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutscher Hausärzteverband e.V.
- Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V.
- European Association of E-Pharmacies
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Pro Generika e.V.
- Systemische Gesellschaft e.V.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V.
- Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

ARZNEIMITTEL, MEDIZINTECHNIK

- Abbott GmbH
- AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG
- ALK-Abelló Arzneimittel GmbH
- Astellas Pharma GmbH
- AstraZeneca GmbH Germany
- Baxter Deutschland GmbH
- Bayer Vital GmbH
- Berlin-Chemie AG
- Besins Healthcare Germany GmbH
- Biogen GmbH
- Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG
- Boston Scientific Medizintechnik GmbH
- Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
- Chiesi GmbH
- Clovis Oncology Germany GmbH
- Coloplast GmbH
- Daiichi Sankyo Deutschland GmbH
- Desitin Arzneimittel GmbH
- Eisai GmbH
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- Grünenthal GmbH
- Hexal AG
- Insmed Germany GmbH
- Intuitive Surgical Deutschland GmbH
- IPSEN PHARMA GmbH
- Janssen-Cilag GmbH
- Lilly Deutschland GmbH
- Lundbeck GmbH
- MEDI-MARKT Homecare GmbH
- Merck Healthcare Germany GmbH
- MSD SHARP & DOHME GmbH
- Myriad International GmbH
- Noscendo GmbH
- Novartis Gene Therapies
- Novartis Pharma GmbH
- Novo Nordisk Pharma GmbH
- PAUL HARTMANN AG
- Pfizer Deutschland GmbH
- Philips GmbH Market DACH
- PubliCare GmbH
- ResMed GmbH & Co. KG
- Roche Diabetes Care Deutschland GmbH
- Roche Pharma AG
- ROVI GmbH
- SERVIER Deutschland GmbH
- Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co.KG
- TEVA GmbH
- Tilray Deutschland GmbH
- Vifor Pharma Deutschland GmbH

DIENSTLEISTER, BERATUNGEN

- admedicum Business for Patients GmbH & Co KG
- AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
- Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH
- Berlin Partner Wirtschaft & Technologie GmbH
- BFS Health Finance GmbH
- Boston Consulting Group GmbH
- Büro für gesundheitspolitische Kommunikation
- Cap4Health GmbH & Co. KG
- Capgemini Deutschland GmbH
- Conclusys GmbH
- _fbeta GmbH
- GÖK Consulting AG
- GWQ ServicePlus AG
- health care akademie e.V.
- IGES Institut GmbH
- inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
- Innovation Health Partners GmbH
- jumedi GmbH
- KovarHuss GmbH
- Libertamed GmbH
- LinkCare GmbH
- McKinsey & Company
- Med X Gesellschaft für medizinische Expertise mbH
- MedEcon Ruhr GmbH
- medicoles
- NextHealth GmbH
- Pathways Public Health GmbH
- Pharmabrain GmbH
- PVS plus GmbH
- Ratajczak & Partner Rechtsanwälte
- Rechtsanwälte M&P Dr. Matzen & Partner mbB
- Rechtsanwälte Wigge GbR
- Sanvartis GmbH
- SHL Telemedizin GmbH
- SINHA – Beratung im Gesundheitswesen
- solutions Beratung GmbH
- spectrumK GmbH
- Thieme TeleCare GmbH
- UPD Patientenberatung Deutschland
- widecare GmbH
- WIG2 GmbH
- WMP Healthcare GmbH

KRANKENHÄUSER, ÄRZTE(NETZE), MVZ, APOTHEKEN, SANITÄTSHÄUSER, MANAGEMENTGESELLSCHAFTEN

- Algesiologikum GmbH
- AMEOS Gruppe AG
- Ärztenetz Südbrandenburg e.V.
- blikk Holding GmbH
- Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Dr. Becker Klinikgruppe
- Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS) e.V.
- Gesundheitsnetz Süd eG, GNS
- Hausarztzentrum Brüggen
- IMC Integrative Managed Care GmbH
- infusion@home GmbH & Co.KG
- Institut für angewandte Telemedizin
- IVM Plus GmbH
- IVPNetworks GmbH
- Kur+Reha GmbH
- MEDI GENO Deutschland e.V.
- Medizinische Einrichtung GmbH
- Medizinische Hochschule Hannover
- MoVA Institut für moderne Verhaltenstherapie
- MVZ der Thüringen-Kliniken G. Agricola gmbH
- n:aip Deutschland GmbH
- OcuNet GmbH & Co. KG
- OptiMedis AG
- patiodoc Service GmbH
- pro-samed GmbH
- RHÖN-KLINIKUM AG
- Shop Apotheke Europe B. V.
- St. Franziskus-Stiftung Münster
- Verbund Radiologischer Nuklearmedizinischer Zentren
- ze:roPRAXEN GbR
- Zur Rose Group AG

IT, DIGITALUNTERNEHMEN, START-UPS

- arztkonsultation ak GmbH
- BetterDoc GmbH
- BITMARCK HOLDING GmbH
- CompuGroup Medical Deutschland SE & Co. KGaA
- Curalie GmbH
- D4L data4life gGmbH
- data experts GmbH
- Deutsche Arzt AG
- Doctolib GmbH
- EPatient Analytics GmbH
- FPZplus AG GmbH
- gematik GmbH
- Gesellschaft für medizinische Computersysteme mbH
- gevko GmbH
- HMM Deutschland GmbH
- IQVIA Commercial GmbH & Co. OHG
- KV.digital GmbH
- Lindera GmbH
- m.Doc GmbH
- medatixx GmbH & Co. KG
- Medgate Deutschland GmbH
- MGS Meine-Gesundheit-Services GmbH
- msg systems ag
- NOVENTI Health SE
- Pegasystems GmbH
- PREVENTICUS GmbH
- samedi GmbH
- Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer mbH
- Vilua Healthcare GmbH
- vitagroup AG
- WZAT Westdeutsches Zentrum für angewandte Telemedizin GmbH

STIFTUNGEN, GEMEINNÜTZIGE ORGANISATIONEN, SONSTIGE

- Bertelsmann Stiftung
- Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.
- EU | FH Köln
- fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
- Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
- Gesundheitsstadt Berlin GmbH
- Hochschule Aalen
- Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung
- Rheinische Fachhochschule Köln
- SOCIAL IMPACTOR
- SRH Fernhochschule
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
- Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou
- Stiftung Münch

KRANKENKASSEN, VERSICHERUNGEN

- AOK Baden-Württemberg – Die Gesundheitskasse
- AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
- AOK Niedersachsen – Die Gesundheitskasse
- AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
- BARMER Krankenkasse
- BIG direkt gesund
- BKK VBU
- DAK – Gesundheit
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- hkk Krankenkasse
- IKK classic
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Mobil Krankenkasse
- Siemens-Betriebskrankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse
- vivida BKK

MITGLIEDER DES VORSTANDS

PROF. DR. VOLKER AMELUNG
Vorstandsvorsitzender
Medizinische Hochschule Hannover; Geschäftsführer, Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav)

DR. SUSANNE EBLE
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende
Leiterin Gesundheitsmanagement, Berlin-Chemie AG

RALF SJUTS
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
Geschäftsführender Gesellschafter patiodoc GmbH

THOMAS BALLAST
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands, Techniker Krankenkasse

DR. h. c. HELMUT HILDEBRANDT
Vorstandsvorsitzender, OptiMedis AG

FRANZ KNIEPS
Vorstand, BKK Dachverband e.V.

RALPH LÄGEL, MBA
Prokurist & Gesellschafter, inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

KOOPTIERTE MITGLIEDER IM VORSTAND

DANIELA CHASE
Sales Excellence Lead, Philips GmbH Market DACH

PROF. DR. LUTZ HAGER
Professor für Management im Gesundheitswesen, SRH Fernhochschule – The Mobile University

DR. URSULA HAHN
Geschäftsführerin, OcuNet Verwaltungs GmbH

CORNELIA KITTLICK
Director Sales & Marketing, Thieme TeleCare GmbH

DR. WOLFGANG KLITZSCH
Ehem. Geschäftsführer, Ärztekammer Nordrhein

ANTONIA ROLLWAGE
Referentin des Chief Digital Officers, Charité – Universitätsmedizin Berlin

PROF. DR. JÜRGEN WASEM
Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

PROF. DR. PETER WIGGE
Rechtsanwälte Wigge GbR, Münster

MITGLIEDER IM BEIRAT

PROF. DR. VOLKER ULRICH
Vorsitzender des Beirats, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre III – Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth

PROF. DR. BORIS AUGURZKY
Leiter des Kompetenzbereiches Gesundheit, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung; Geschäftsführer, Stiftung Münch

PROF. DR. ANDRÉA BELLIGER
Leitung Institut für Kommunikation & Führung IKF Leitung Studiengang MAS/MBA (Luzern)

DR. PETER BLEES
Ehem. Leiter Gesundheitspolitik, Merck Serono GmbH

BIRGIT FISCHER
Staatsministerin a.D.; Ehem. Hauptgeschäftsführerin, Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa)

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 der Präsidiums, Deutscher Pflegerat e.V.

DR. ROLF-ULRICH SCHLENKER
Mitglied des Vorstands, Deutsche Rheuma-Liga, Stellvertretendes Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

EHRENMITGLIEDER

DR. KLAUS MEYER-LUTTERLOH
Ehrenvorsitzender

DR. PETER BLEES
Ehem. Leiter Gesundheitspolitik, Merck Serono GmbH

PROF. DR. DR. ALEXANDER P. F. EHLERS
Partner der Rechtsanwaltssocietät Ehlers, Ehlers & Partner

DR. WOLFGANG KLITZSCH
Ehem. Geschäftsführer, Ärztekammer Nordrhein

RECHNUNGSPRÜFER

RUDOLF BÖNSCH
USP Unternehmensberatung

ROLF KAESTNER
Projekt Partner Gruppe

GESCHÄFTS-STELLE

JOHANNA NÜSKEN

Geschäftsführerin (seit Mai 2021)

Telefon: +49 (30) 289 4480
E-Mail: nuesken@bmcev.de

DR. PATRICIA EX

Geschäftsführerin (bis März 2021)

MALTE BEHMER

stellv. Geschäftsführer,
Leitung Politik

Verantwortlich für die politischen Aktivitäten des BMC. Ihr Ansprechpartner für Stellungnahmen, Positionspapiere sowie die AG Innovationsfonds-projekte, AG Gesundheitslotsen und AG Neue Versorgungsformen.

Telefon: +49 (30) 2887 8314
E-Mail: behmer@bmcev.de

NICOLE DIEHLMANN

Referentin für Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit

Zuständig für die Organisation des BMC-Kongresses sowie der Fachtagungen. Ihre Ansprechpartnerin für Publikationen, Pressearbeit, unseren Social Media Auftritt, die Website und den BMC-Newsletter.

Telefon: +49 (30) 2809 2665
E-Mail: diehlmann@bmcev.de

CHRISTIAN HINKE

Referent

Mit den Schwerpunktthemen integrierte Versorgung und Pflege. Zuständig für die BMC-Webgespräche und Ihr Ansprechpartner für die AG Intersektorale Versorgung, AG Pflege und AG Arzneimittelversorgung.

Telefon: +49 (30) 2804 6665
E-Mail: hinke@bmcev.de

MELINA LEDEGANCK

Referentin (bis Januar 2022)

Mit den Schwerpunktthemen Digital Health und Innovationfonds. Verantwortlich für das BMC-Innovationspanel sowie die Betreuung und Ausgestaltung des Brown-Bag-Netzwerkes für Young Professionals.

SILKE RÜHMANN-STIBBE

Office Managerin

Ihre Ansprechpartnerin für alle Themen rund um die Mitgliedschaft. Zuständig für Veranstaltungsregistrierung sowie das Rechnungswesen und verantwortlich für das Büromanagement der Geschäftsstelle.

Telefon: +49 (30) 2809 4480
E-Mail: ruehmann@bmcev.de

STINE BITTNER

Regionalmanagerin

Zuständig für den Ausbau der regionalen Aktivitäten des BMC in Nord und Ost. Unterstützung der Initiative Südwest und Regionalabteilung NRW bei Veranstaltungen und Betreuung der Mitglieder vor Ort.

Telefon: +49 (30) 2809 4480
E-Mail: bittner@bmcev.de

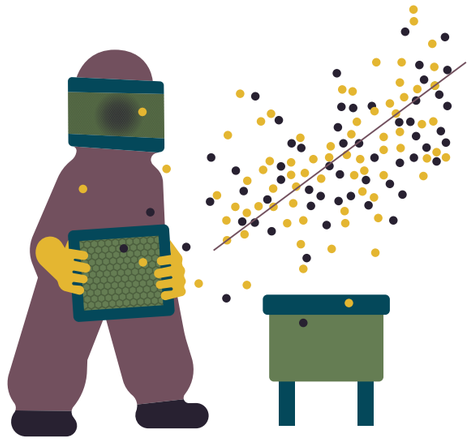
SO ERREICHEN SIE UNS IN DER BMC-GESCHÄFTSSTELLE:
Bundesverband Managed Care e.V.
Friedrichstraße 136, 10117 Berlin
T +49 30 2809 4480
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de

STRATEGIEPAPIER DES BMC MIT THESEN FÜR EIN ATTRAKTIVES GESUNDHEITSSYSTEM

DAS GESUNDHEITSWESEN AUF CHANCEN AUSRICHTEN

Ökonomische Perspektiven sind ein Schlüssel, um Qualität und Zugang zur Gesundheitsversorgung mit den zur Verfügung stehenden Mitteln bestmöglich zu organisieren. Diesen Gedanken greift der BMC in seinem Strategiepapier „Mehr Ökonomie wagen“ auf. Das Papier ist Ergebnis eines Strategieprozesses, in dem auf Grundlage von aktuellen Strömungen und Trends Anregungen für das Gesundheitswesen erarbeitet wurden. Anhand von drei Thesen werden die Chancen für das Gesundheitswesen aufgezeigt, die bei einer stärkeren Ausrichtung an ökonomischen Leitprinzipien entstehen.

HIER GEHT'S ZUR STRATEGIE:



1. ÖKONOMIE SCHAFFT TRANSPARENZ UND BEFÄHIGT ZU INFORMIERTEN WAHLENTSCHEIDUNGEN

Die Lernfähigkeit des Systems durch Evaluierung ist zentral für dessen Weiterentwicklung. Das Wissen über Versorgungsvorgänge und Produkte sollte um Real World Evidenz und Public Reporting angereichert werden. Neben der Erhebung von Daten muss deren Aufbereitung und Veröffentlichung im Fokus stehen. Für die Befähigung von Patientinnen und Patienten gehören dazu insbesondere Daten zu Leistungserbringenden und Krankenversicherungen.

These I

Messen, Vergleichen und Nutzen von Daten fördert die Qualität.

2. ÖKONOMIE SETZT AUF DEN ABBAU VON BARRIEREN UND SPIELRÄUME ALS STIMULI

Der Boden für Innovationen im Gesundheitswesen wird durch mehr unternehmerisches Engagement und unterschiedliche Geschäftsmodelle bereitet. Daher sollte eine Diversifikation von Versorgungsstrukturen begrüßt und gestärkt werden. Innovatives Handeln und Investitionen müssen belohnt, nicht mit überbordender Bürokratie bestraft werden.

These II

Innovationen brauchen Handlungsspielräume und Leitplanken.

3. VERHALTENSÖKONOMISCHE ANSÄTZE ERZIELEN GROSSE WIRKUNGEN

Bei der Konzeption von Gesundheits- und Versorgungsprogrammen gilt es die vielfältigen, individuellen und sozialen Faktoren zu beachten, die das menschliche Verhalten beeinflussen. Gleiches gilt für die Schaffung von Anreizen und Strukturen, die die Zusammenarbeit von Leistungserbringenden und anderen Akteuren des Gesundheitswesens beeinflussen.

These III

Veränderungen müssen vom Menschen her gedacht werden.

GESUNDHEITS- STATT KRANKHEITSSYSTEM: MUT ZUR STRATEGISCHEN NEUAUSRICHTUNG

Wer braucht eigentlich noch Ordnungspolitik? Viele können mit dem Begriff heute nichts mehr anfangen. Was aber allen Beteiligten im Gesundheitswesen klar ist: der Politik fehlt es an einem Kompass, einem gemeinsamen Zielbild, dem die Gesetzgebung folgt, und einer stringenten Modernisierungsstrategie, die diesen Weg mit Leben füllt. Ordnungspolitik liefert dafür die nötige Grundlage. Der BMC-Vorstand hat sich im Rahmen seiner Vorstandsklausur mit dem Thema beschäftigt und auch der BMC-Beirat hat sich der Frage gestellt, nach welchen Maßgaben ein ordnungspolitischer Rahmen für das Gesundheitssystem konzipiert sein könnte. Dr. Wolfgang Klitzsch begleitet das Thema u. a. im BMC-Beirat und gibt hier Einblicke in die Diskussion.

Politische Eingriffe werden immer kleinteiliger, sie erscheinen als Stückwerk und stehen sogar oft untereinander im Widerspruch. Wenn überhaupt lösen sie höchstens tagesaktuelle Probleme, belasten die Akteure mit erheblichen Umsetzungskosten, orientieren sich nicht an Patientinnen und Patienten und verfehlen dadurch im Ergebnis ihre Ziele. Deutlich wird dies u. a. in der Digitalisierung, die so trotz aller damit verbundenen Chancen zu scheitern droht.

Dem Versorgungssystem fehlt eine klare Entwicklungsperspektive, um im Gewirr der detaillierten Eingriffe die Übersicht wiederherzustellen. Dafür braucht es ein ordnungspolitisch stringentes Vorgehen. Die Weiterentwicklung des komplexen Gesundheitssystems sollte vom reinen „Versuch & Irrtum"-Prinzip des Inkrementalismus auf „Inkrementalismus plus" umgestellt werden. Das bedeutet: eine natürliche schrittweise Weiterentwicklung hin zu klaren strategischen Zielen, die mittelfristig erreicht werden können. Das ist vor allem deshalb geboten, weil die bisherige Reformpraxis an ihre Grenzen stößt:

- Das Versorgungssystem scheint finanziell in ein krasses Ungleichgewicht zu geraten (Schätzungen erwarten ca. 75 Mrd. Euro Defizit im Jahr 2027).
- Konzeptionslose Politik wird selbst zur kritischen Größe, die eine Weiterentwicklung des Systems beeinträchtigt.
- Das Paradigma eines rein an der individuellen Krankheit von Individuen orientierten Versorgungssystems ist offenkundig am Ende. Eine solidarische Finanzierung einer auf einzelne Personen gerichteten Therapie (personalisierte Medizin) wird kaum durchzuhalten sein.
- Die fehlende Public-Health-Ausrichtung unter Ausblendung der Ursachen von chronischen Krankheiten (Zivilisationskrankheiten) ist nicht durchzuhalten und wird auf die Gesellschaft wieder zurückschlagen, wie auch in der Pandemie deutlich wurde.

Der Beirat des BMC hat deshalb 2021 einen längerfristig angelegten Diskussionsprozess begonnen, der im Mai 2022 im Rahmen des BMC-Kongresses erstmals öffentlich werden soll. Dabei wollen wir die Bedingungen überprüfen, unter denen eine Gesundheitspolitik der langen Linien möglich sein kann. Ziel einer solchen Politik sollte der grundlegende Wandel vom derzeit kurativ ausgerichteten Krankheitssystem, hin zu einem präventiv ausgerichteten, seinen Namen verdienenden Gesundheitssystem sein.

FOLGENDES WERDEN WIR GENAUER AUSLOTEN MÜSSEN:

1) Welchen Leitprinzipien muss die Gesundheitspolitik folgen, um eine strategische, zielorientierte Weiterentwicklung zu ermöglichen? Die seit Jahrzehnten praktizierte Form jedenfalls entzieht dem Versorgungssystem erhebliche Ressourcen, so dass diese kaum zukunftsfähig sein wird.

2) Wie kann die Gesundheitspolitik die Veränderungen und Bedingungen der modernen Gesellschaft in den Blick nehmen? Das Gesundheitswesen hängt existenziell von geänderten Lebensbedingungen und Umweltfaktoren ab, die weit über die medizinische Krankenbehandlung hinausgehen.

3) Wie können Bürgerinnen und Bürger als aktive, verantwortungsbewusste GestalterInnen ihrer Gesundheit zurückgewonnen werden? Über Jahrzehnte sind sie in der irrigen Erwartung sozialisiert worden, dass das Gesundheitswesen ihre Gesundheit wiederherstellen könne, und zwar unabhängig von ihrem individuellen Beitrag, frei nach dem Motto: „Lebe unbeschwert und überlasse deine Gesundheit den Profis." Diese Haltung ist nicht nur realitätsfremd, sondern systemgefährdend.

4) Wie kann das System ausgestaltet werden, sodass Behandelnde die Entwicklung einer Erkrankung und deren Ursachen frühzeitig adressieren? Bisher sind Leistungserbringende dafür zumeist nicht ausgebildet. Ihr Streben setzt erst dann ein, wenn großer Schaden bereits eingetreten ist. Dies gilt primär für chronische Krankheiten, die heute dominieren und meist einen langen Vorlauf haben. Fast alle Anreize und ihre Prägung durch die Ausbildung scheinen eine Neuausrichtung unmöglich zu machen.

VOM KRANKHEITS- ZUM GESUNDHEITSSYSTEM

FORUM DES BMC-BEIRATS AUF DEM BMC-KONGRESS

BERLIN, 20.05.2022, 9:00 UHR

MIT DiGA NEUE WEGE IN DER VERGÜTUNG BESCHREITEN

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gelten aktuell als die innovativste Versorgungskomponente im deutschen Gesundheitssystem und haben mit einem neu etablierten Zulassungsverfahren über die Grenzen hinweg für Aufmerksamkeit gesorgt. Doch können sie auch den Weg zur Anwendung neuer Vergütungsmodelle im Gesundheitswesen ebnen? Hierzu diskutierte der BMC auf seiner Fachtagung im Mai 2021.

Während sich das Fast-Track-Verfahren beim BfArM etabliert hat, sind viele Fragen zur künftigen Vergütung der digitalen Gesundheitsanwendungen noch offen. Soll sich die Erstattung an bestehenden Vergütungskonzepten orientieren oder nutzen wir die Chance, neue outcome- oder nutzenbasierte Modelle zu erproben? Wie kann eine „erfolgsabhängige“ Vergütungskomponente aussehen? Wie müssen Studien gestaltet werden, damit ihre Ergebnisse für die Preisverhandlung brauchbar sind und inwiefern können Erfahrungen aus dem AMNOG auf DiGA übertragen werden? Diese und viele weitere Fragen diskutierte der BMC auf der Fachtagung „DiGA – innovative Vergütungskonzepte oder altbekannte Preismodelle?“ mit fast 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

GEMEINSAME GESCHÄFTSMODELLE UND KOOPERATION UNTEREINANDER AUSBAUEN

Um DiGA als festen Bestandteil in der Versorgung zu verankern, gelte es nun, mithilfe der Vergütung gemeinsame Geschäftsmodelle für alle Beteiligten zu entwickeln, so Dr. Stefan Biesdorf, Partner bei McKinsey, in seiner Keynote. Outcomebasierte Preise könnten die Kooperation untereinander fördern und sollten u. a. Adhärenz, Nutzungsquote und Nutzerfreundlichkeit berücksichtigen. Auch die Betrachtung ökonomischer Outcomes sei dabei sinnvoll. Anstelle des Fee-for-Service-Prinzips plädierte Biesdorf für Pay-for-Outcome-Modelle, mit denen die Interessen von Herstellern und Kassen angeglichen würden und die Nutzen und unternehmerisches Risiko sachgerecht dort verankerten, wo dies beeinflusst werden könne.

AMNOG-ERFAHRUNGEN NUTZEN

Zudem wurde auf der Tagung die Frage diskutiert, inwieweit Erfahrungen aus der Nutzenbewertung von Arzneimitteln auf die DiGA-Preisbildung übertragbar sind. Zwei Unterschiede seien bedeutend: Zum einen werde der Umfang der positiven Versorgungseffekte nicht im Zuge der Zulassung bewertet, so dass in den Preisverhandlungen mehr Spielraum bleibe. Zum anderen könnten die Vertragspartner auch Leistungs- und Abrechnungsdaten heranziehen. Hier zeige sich eine im Vergleich zum AMNOG größere Flexibilität. So könnten sich Lerneffekte einstellen und Vergütungsmodelle sukzessive optimiert werden. Das in der Rahmenvereinbarung formulierte Bekenntnis von Herstellern und Kassen zu nutzenbasierter Vergütung sei wegweisend. Nun müssten die Voraussetzungen für den systematischen Einsatz von Real World Evidence in der Nutzenbewertung geschaffen werden.

WEBGESPRÄCHSREIHE „DiGA AKTUELL“

Um die Entwicklungen rund um die digitalen Gesundheitsanwendungen weiter im Blick zu behalten, hat der BMC die Webgesprächsreihe „DiGA aktuell“ ins Leben gerufen. Ziel der Reihe ist es, mit DiGA-Herstellern in den Austausch zu treten und über Chancen und Herausforderungen für DiGA in der Gesundheitsversorgung zu diskutieren. Dabei soll es zum einen um die Erfahrungen im Zulassungsverfahren und beim Nachweis der Versorgungseffekte gehen, zum anderen aber auch Fragen zum Nutzenversprechen, zu den Vertriebsmodellen und zur Skalierung der Versorgungslösung diskutiert werden. Im vergangenen Jahr hatten wir bereits ESYSTA, Rehappy, Selfapy und Vivira zu Gast.

RÜCKBLICK AUF 1 JAHR DIGITALE GESUNDHEITS-ANWENDUNGEN

Im Herbst 2020 hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die ersten DiGA in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen. Bis zum Ende des Jahres 2021 waren insgesamt 28 DiGA als erstattungsfähig im DiGA-Verzeichnis gelistet. Nach anfänglicher Unsicherheit zeigt sich, dass sich das Fast-Track-Verfahren beim BfArM etabliert hat. Eine Reihe von Baustellen ist jedoch noch offen: Zum einen wurde der Großteil der Anwendungen vorläufig gelistet und die Hersteller müssen den positiven Versorgungseffekt in klinischen Studien erst noch unter Beweis stellen. Darüber hinaus sollten sich die Hersteller selbstkritisch hinterfragen, warum mehr als die Hälfte aller eingereichten Anträge – vermutlich wegen mangelnder Studienqualität – zurückgezogen werden musste. Zum anderen bleiben trotz des Ende 2021 erfolgten Beschlusses, dass die Bestimmung von Höchstbeträgen bei der Erstattung von DiGA mittels der Bildung von Indikationsgruppen erfolgen soll, viele Fragen zur Preisbildung weiterhin unbeantwortet.

Die aktuellen Unsicherheiten zu Evidenz und Preisbildung können wir als „Suchprozesse“ verstehen, die sich mit fortlaufenden Erfahrungen im Umgang mit DiGA beantworten lassen werden. Ein wichtiger Konstruktionsfehler bleibt jedoch die mangelnde Einbindung der Ärzteschaft und eine bisher unzureichende Verknüpfung der Anwendungen in die ärztliche Diagnostik und Therapie (lesen Sie hierzu auch den Beitrag zum BMC-Innovationspanel auf S. 54 – 55). Das Potenzial zur Verbesserung der Versorgung ist vorhanden. Der Erfolg von DiGA wird sich aber erst einstellen, wenn der Nutzen für alle Beteiligten im Versorgungsalltag spürbar wird. Als Verband werden wir die Entwicklungen weiter begleiten und uns in die Diskussion darüber einbringen.

JAHRESEMPFANG

JAHRESEMPFANG 2021

Auf viele Begegnungen mussten wir auch 2021 verzichten. Umso größer war die Freude, im September einmal persönlich zusammenzukommen – in begrenzter Zahl und unter verantwortungsvoller Beachtung der Regelungen zur Corona-Prävention. Einige Impressionen von einem gelungenen Jahresempfang im Café am Neuen See.

BMC LIEFERT IMPULSE FÜR DIE FORTSCHRITTS-KOALITION

„Mehr Fortschritt wagen“ hat sich die neue Bundesregierung aus SPD, Grünen und FDP vorgenommen. Ein ehrenwertes Ziel, das im Gesundheitskapitel des Koalitionsvertrages allerdings nur vage mit einem Maßnahmenpotpourri umrissen wird. Mit welchen konkreten Schritten die Erneuerung des Gesundheitswesens gelingen kann, hat der BMC pünktlich zur Bundestagswahl vorgeschlagen. Dabei wurden die gesundheitspolitischen Impulse erstmals nicht nur schriftlich, sondern auch in einer fünfteiligen Podcastreihe publiziert, die sich großer Resonanz erfreute.

Inhaltlich zeigen die Anregungen ein klares Leitbild für Reformen auf, das angesichts laufender Kostendämpfungsdebatten hochaktuell ist: Qualitativ herausragende und patientenorientierte Versorgung ist nicht vorrangig eine Frage des Geldes, sondern vor allem der Koordination und Kooperation. Interprofessionelle Zusammenarbeit, digitale Transformation und kreative, patientenorientierte Versorgungslösungen müssen dabei als Richtschnur dienen.

DIE GESAMTE PUBLIKATION FINDEN SIE HIER:

KOOPERATION & KOORDINATION AUSBAUEN
Gesundheitspolitische Impulse 2021

Unsere Forderungen im Überblick, die auch nach der Wahl Schwerpunkte der politischen Aktivitäten des BMC sind:

1.

CHANCEN DER DIGITALISIERUNG STRATEGISCH NUTZEN.

Es bedarf einer konsistenten Strategie für die gezielte Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten, aber ebenso für die stärkere Verbreitung von Telemedizin und weiteren digitalen Gesundheitsanwendungen. Priorität sollten dabei jene Lösungen haben, die für Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringende unmittelbar einen Mehrwert bieten und nicht als zusätzlicher Aufwand gesehen werden.

2.

PERSONAL ALS ERFOLGSFAKTOR VERSTEHEN.

Dafür braucht es u. a. eine bessere Arbeitsteilung zwischen Gesundheitsberufen, eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe und berufliche Perspektiven für Fachkräfte, die mehr Verantwortung übernehmen wollen. Gerade in der Pandemie zeigt sich zudem, wie wichtig es ist, die tägliche Arbeit zu erleichtern und Personal auch mit digitalen Lösungen von Überlastung zu befreien.

3.

MEHR IDEENVIELFALT FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG.

Das Gesundheitswesen muss mehr Differenzierung zulassen, wenn es um die Ausgestaltung von Versorgungsangeboten geht. Zugleich sind Zielvorgaben für Qualität wichtig, deren Erreichen anhand von Versorgungsdaten und Public Reporting nachvollzogen wird.

4.

ERKENNTNISSE AUS INNOVATIONSFONDSPROJEKTEN NUTZEN.

Der Fonds braucht ein Update, um sowohl die Projektdurchführung als auch den Umgang mit Ergebnissen praktikabler zu gestalten. Damit die Ergebnisse auch tatsächlich für die Weiterentwicklung der Versorgung genutzt werden, ist darüber hinaus ein regelhaftes Verfahren für alle relevanten Umsetzungsinstitutionen, nicht nur den G-BA, entscheidend.

5.

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT IN DEN FOKUS RÜCKEN.

Spätestens seit der Pandemie sind die Schwächen im Bereich Public Health in Deutschland schonungslos offengelegt. Zeit, eine Strategie zu entwickeln, die Anforderungen definiert, alle betroffenen Institutionen auf den Prüfstand stellt und Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung klar verteilt.

BMC-FACHTAGUNG

MIT DEM INNOVATIONSFONDS DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG WEITERENTWICKELN

Im Rahmen der digitalen BMC-Fachtagung „Innovationsfonds – was wird aus den Ergebnissen“ diskutierten 120 Teilnehmende, wie der in den letzten Jahren entstandene einzigartige Wissenspool aus dem Innovationsfonds für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung genutzt werden kann. Darüber hinaus standen auch Fragen zur Skalierung erfolgreicher Projekte, Limitationen gängiger Evaluationsmodelle und die Zukunft des Innovationsfonds auf der Agenda.

Gleich zu Beginn der Veranstaltung verdeutlichte Laura Nölke vom GKV-Spitzenverband die Bedeutung des Innovationsfonds: In den fünf Jahren seit seiner Einführung wurden mehr als 2.000 Projektanträge und -skizzen eingereicht und fast 500 Projekte – davon allein 177 aus dem Bereich der Neuen Versorgungsformen – gefördert. Von den bisher 131 abgeschlossenen Projekten seien 43 für die Überführung in die Regelversorgung empfohlen worden.

ERGEBNISTRANSFER UNTERSTÜTZEN UND PROJEKTEVALUATIONEN OPTIMIEREN

Damit die gewonnenen Erkenntnisse aus den Projekten tatsächlich zur Verbesserung der Versorgung beitragen, bedarf es jedoch eines geordneten Transfers in die Regelversorgung. Die gemeinsame Bewertung ähnlicher Projekte bzw. ihrer Komponenten, Netzwerkbildung sowie der Einsatz von Methoden des Change Managements im Implementierungsprozess seien laut Nölke gangbare Wege, um den Ergebnistransfer zu unterstützen. Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein, wies zudem auf Zielkonflikte zwischen wissenschaftlichen und praktischen Standards in den Evaluationsergebnissen hin. Die hohen methodischen Anforderungen führten häufig dazu, dass die praktische Perspektive der Krankenkassen und Versorgenden in den Projekten zu kurz komme. Prof. Dr. Holger Pfaff, ehemaliger Vorsitzender des Expertenbeirats beim Innovationsausschuss, hob hervor, dass die systematische Evaluation von Prozessinnovationen für die Gesundheitsversorgung neu und notwendig sei, um dauerhaften Fortschritt zu erzielen. Damit für die komplexen Versorgungsformen positive Nachweise erbracht werden können, sei es aber wichtig, Projektfragestellungen vor Beginn theoretisch zu fundieren.

PRAKTISCHE VERBESSERUNGEN UND POLITISCHE RAHMENVORGABEN NÖTIG

Daneben diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer praktische Anpassungen der Förderrichtlinien, um über weniger starre Vorgaben sowie mehr Handlungsspielraum und Flexibilität die tägliche Projektarbeit der beteiligten Akteure zu verbessern. So könne bspw. eine Rechenschaftspflicht für Projekte anstelle der aktuellen Bewilligungspraxis mit Umwidmungsanträgen es erleichtern, in den kurzen Interventionszeiträumen belastbare Evidenz zu generieren. Den praktischen Nutzen für AnwenderInnen und die Patientenbedarfe stets im Blick zu haben, beuge zudem Schwierigkeiten bei der Rekrutierung vor. Darüber hinaus sollte auf Grundlage der Zwischenberichte bereits während der Projektlaufzeit erwogen werden, ob eine Projektfortsetzung im Rahmen von Selektivverträgen möglich ist. Zuletzt müssten Erkenntnisse aus Projekten auch als Impuls für größere Erprobungen in Pilotregionen herangezogen werden können, wenn die Daten für eine Verankerung in der Regelversorgung noch nicht ausreichen. Daneben bleibe aber die unklare Perspektive für Projekte, die grundlegende Strukturanpassungen erproben und das größte Potenzial für Verbesserungen der Versorgung besitzen. Sie bräuchten eine andere Evaluationsmethodik, neue z. B. sektorenübergreifende Vergütungsformen oder Anpassungen im Berufsrecht. Dies könnten weder der G-BA, noch einzelne Projekte leisten. Gefragt sei vielmehr die Politik, um die nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

FORSCHUNGS- UND ENTWICKLUNGSBEDARF

Der BMC hat sich auch im letzten Jahr wieder am Konsultationsverfahren für die im Jahr 2022 veröffentlichten Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses beteiligt und Vorschläge für neue Förderlinien eingereicht. In diesen Bereichen sieht die BMC-Gemeinschaft Forschungs- und Entwicklungsbedarf:

VORSCHLÄGE FÜR NEUE VERSORGUNGSFORMEN

- Erprobung von Modellprojekten zur Entlastung der Dokumentationspflichten in der Pflege
- Entwicklung von hybriden und kooperativen Versorgungsmodellen, die eine flexible Aufgabenteilung zwischen verschiedenen Leistungserbringenden ermöglichen
- Förderung von Modellprojekten zur besseren Einbindung der Patientenvertretung in Versorgungsprozesse
- Entwicklung sozialraumbezogener Versorgungsmodelle unter Einbeziehung der kommunalen gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge
- Verbesserung der Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten bei unterdiagnostizierten Krankheiten

VORSCHLÄGE ZUR VERSORGUNGSFORSCHUNG

- Förderung von Projekten zur Untersuchung der Akzeptanz und Effekte von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und ärztlichen Leistungserbringenden nach § 119b SGB V
- Unterstützung von Forschungsvorhaben zu Fragen der Implementierung und Anwendung von Projektergebnissen in der Versorgungspraxis
- Förderung von Projekten zur Evaluation von SGB-übergreifenden psychosozialen Unterstützungsangeboten bei chronischen Erkrankungen hinsichtlich deren Nutzung und Effekte auf die Versorgung
- Durchführung von systematischen Projektreviews zur Zusammenführung der Erkenntnisse ähnlicher Innovationsfondsprojekte

BROWN BAG: AUSTAUSCH UND VERNETZUNG FÜR YOUNG PROFESSIONALS IM GESUNDHEITSWESEN

BROWN-BAG-STUDIENREISE 2021:

ZWEIEINHALB TAGE IN 4 NIEDERLÄNDISCHEN STÄDTEN MIT 13 IMPULSEN

Der Gedanke der Integrierten Versorgung stand im Mittelpunkt unserer Studienreise. Zweieinhalb Tage in vier niederländischen Städten mit 13 Vorträgen gaben uns viele Möglichkeiten zum intensiven Netzwerken. Die Brown-Bag-Studienreise des BMC im Oktober 2021 hat 22 begeisterte junge Menschen aus dem Gesundheitswesen zusammengebracht. Daraus ergab sich ein interdisziplinärer Austausch mit einer Vielzahl an Informationen, Anregungen und spannenden Gesprächen – alles unter dem Leitbild der Integrierten Versorgung.

Der Input war vielfältig: Im Rahmen der Dinner Speech von Prof. Dr. Niek Klazinga haben wir gelernt, dass es in den Niederlanden keine niedergelassenen Fachärzte gibt. Auf dem Philips High Tech Campus in Eindhoven stellten wir im Design Thinking Workshop fest, dass im Gesundheitswesen ein Kulturwandel notwendig ist. Das Bernhoven Krankenhaus als Best-Practice-Beispiel hat diesen Wandel auf beeindruckende Art und Weise gemeistert. Mit dem Programm „Fit4Surgery“ wird der Nutzen der Prähabilitation wissenschaftlich belegt, indem Patientinnen und Patienten vor einer Operation durch ein Programm fit gemacht werden, um schneller zu genesen. Bei Vilans in Utrecht erfuhren wir, dass die Definition von Gesundheit seit 1948 nicht mehr angepasst wurde und ein Update braucht, wofür das Konzept „Positive Health“ einen spannenden Ansatz bietet. Technologien wie ein Hüftairbag, Coaching per App und Wearables zu Ernährung und Bewegung stärken die Unabhängigkeit und Resilienz von Seniorinnen und Senioren. Eine weitere Besonderheit in den Niederlanden sind Bürgerinitiativen, wie z. B. Nachbarschaftsteams, die in einem generationenübergreifenden Netzwerk zur Integrierten Versorgung beitragen. Das „Huis van de Tijd“ setzt wirkungsvolle neue Ansätze zur Integration und damit zu einer Verbesserung des Umgangs mit Demenzerkrankten um.

EIN HIGHLIGHT

Für uns besonders eindrücklich war der Vortrag von Wink de Boer, Gastroenterologe und ehemaliger Medizinischer Direktor des Bernhoven Krankenhaus in Uden, Niederlande. Das Allgemeinkrankenhaus mit ca. 380 Betten hat einen beachtlichen Transformationsprozess von 2014 bis 2018 unter dem Motto „Better care by less care“ hinter sich. Die Arbeitsbedingungen und Anreize wurden so gesetzt, dass es für Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte möglich ist, diesen Ansatz entsprechend umzusetzen und zu leben. Voraussetzung dafür war eine strategische Partnerschaft mit Kostenträgern. Das Krankenhaus als Ganzes erhält einen vereinbarten Erlös. Ebenso wird den medizinischen und pflegerischen Fachkräften ein festes Gehalt ausgezahlt, unabhängig von der Anzahl der durchgeführten Behandlungen und Operationen.

DIE VISION VON BERNHOVEN: ES MUSS MÖGLICH SEIN, DIE QUALITÄT DER PATIENTENVERSORGUNG ZU OPTIMIEREN UND KOSTEN ZU SENKEN.

TAKE HOME MESSAGES

Vier Bausteine, die uns auf der Studienreise beim Kennenlernen der unterschiedlichen Fallbeispiele immer wieder begegneten, sind dabei aus unserer Sicht entscheidend, um das so oft verwendete Schlagwort Integrierte Versorgung auch wirklich zum Leben zu erwecken:

1) Kommunikation: Integrierte Versorgung ist vor allem eine Frage der offenen Kommunikation und des Vertrauens.

2) Leadership und Kompetenzen: Integrierte Versorgungsmodelle leben von Menschen, die eine Vision und die Fähigkeit haben, Veränderungen anzustoßen. Gefragt sind Fähigkeiten wie Kommunikations- und Teamfähigkeit.

3) Kulturwandel: Innovative Versorgungsansätze können in der Praxis nur gelingen, wenn es zu einem echten Kulturwandel kommt und die Bereitschaft auf institutioneller und individueller Ebene vorhanden ist, Lern- und Entwicklungsprozesse mitzugehen und aktiv mitzugestalten.

4) Digitalisierung: Eine sektorenübergreifende Integrierte Versorgung steht und fällt mit digitalisierten Prozessen. Kooperation ist nur möglich durch die Gewährleistung von Interoperabilität. Nicht zuletzt geht es darum, durch Ausschöpfung des digitalen Potenzials mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung zu gewinnen.

Der Text ist ein Auszug aus dem im BKK Magazin 2/2022 erschienenen Artikel von Janina Waßmuth, GWQ ServicePlus AG, Ulrike Geißler, spectrumK GmbH, Ellen Kexel, BKK Dachverband e.V.. In der BKK-Welt zu Hause, haben sich die drei Brown Bags auf der Studienreise kennengelernt.

DU WILLST TEIL DES NETZWERKS WERDEN?

MEHR ZU BMC BROWN BAG:

BMC-INNOVATIONSPANEL 2021

NUTZENSZENARIEN FÜR DiGA FEHLEN NOCH

Gut zehn Monate nach Inkrafttreten des Digitale Versorgungsgesetzes (DVG) gelangten die ersten beiden DiGA in die Erstattungsfähigkeit – Rekordzeit für das deutsche Gesundheitswesen. Die Verordnungszahlen bleiben jedoch hinter den Erwartungen vieler zurück. Einiges an Überzeugungsarbeit ist bei den Akteuren der Versorgung noch zu leisten, damit DiGA eine Erfolgsgeschichte werden. Wie eine stärkere Marktdurchdringung gelingen kann und wie DiGA ihr Potenzial im Versorgungsalltag tatsächlich entfalten, dazu geben die Ergebnisse des BMC-Innovationspanel 2021 Aufschluss.

ÜBER DAS PANEL

ERHEBUNG
Quantitative Befragung mithilfe eines Online-Fragebogen-Tools (Juni – Juli 2021)

STICHPROBE
Quantitative Befragung: 5.009 Personen wurden angeschrieben; Rücklaufquote 9,26 % (n = 464); In Studie eingeschlossene Fragebögen n = 455

ZIELGRUPPE
ExpertInnen der Gesundheitswirtschaft aus folgenden Branchen: Gesetzliche und private Krankenversicherung, ambulante und stationäre Versorgung, Politik, Selbstverwaltung, Digitalunternehmen, Pharma- und Medizintechnikindustrie.

DIE VOLLSTÄNDIGEN ERGEBNISSE STELLEN WIR IHNEN IM FOLIENSATZ CHARTBOOK 2021 ZUR WEITEREN VERWENDUNG ZUR VERFÜGUNG:

DiGA stärken die Patientenorientierung, verbessern die Teilhabe am Versorgungsprozess, unterstützen personalisierte Medizin und generieren nicht zuletzt wertvolle Daten, die langfristig zur Verbesserung der Versorgung genutzt werden können. Dennoch wäre es naiv zu glauben, allein die Existenz dieser Vorteile würde schon die Verbreitung von DiGA in der Versorgung sicherstellen. Zwischen „verschreibbar“ und „verschrieben werden“ klafft noch eine riesige Lücke. Im Rahmen des Innovationspanels 2021 befragte der BMC bereits zum zweiten Mal Expertinnen und Experten zum Digitalisierungsfortschritt im Gesundheitswesen, um u. a. für DiGA Herausforderungen zu identifizieren und Handlungsfelder abzuleiten.

HOHE NUTZUNGSBEREITSCHAFT, ABER ZAHLUNGSBEREITSCHAFT IST GERING

93 % der Befragten geben an, dass sie eine DiGA nutzen würden, wenn ihre Ärztin oder ihr Arzt dies empfiehlt. Selbst ohne ärztliche Empfehlung würden noch 78 % eine DiGA direkt bei ihrer Krankenkasse beantragen.

DiGA werden darüber hinaus mit großer Mehrheit als Unterstützung wahrgenommen – sowohl als Ergänzung der Therapie (96 %), als auch als Unterstützung für die BehandlerInnen im Rahmen der Behandlung (92 %). 82 % sind zudem bereit ihre Daten im Rahmen der DiGA-Nutzung in die ePA einzubinden. Die Zahlungsbereitschaft für DiGA ist hingegen gering: Während 68 % der Befragten bereit sind, für die DiGA eine Zuzahlung von 5 € zu leisten, fällt diese Bereitschaft bei 10 € auf 50 %.

POTENZIALE FÜR DIE VERSORGUNG DURCH DIGITALE LÖSUNGEN

Die Mehrheit der ExpertInnen erwartet, dass sich die Qualität der Gesundheitsversorgung durch den Einsatz von Digital Health verbessern wird. Aber die Akteure, denen der größte Mehrwert durch Digital Health zugesprochen wird, agieren nicht als die stärksten Treiber der Entwicklung. Dieses Dilemma wird insbesondere bei den Ärztinnen und Ärzten sichtbar: Zwar werden sie von immerhin 51 % der Befragten als Profiteure von Digital Health angesehen (s. Abb. 4), sehen für ihre praktische Arbeit aber selbst kaum Vorteile.

Eine finanzielle Entlastung durch Digital Health sehen die Befragten erst langfristig. Kurzfristig rechnen 69 % der ExpertInnen mit einer Kostensteigerung durch den Einsatz von Digital Health. Mittelfristig – und hier werden im Übrigen erste Trends im Vergleich zum Innovationspanel 2020 sichtbar – haben sich die Einschätzungen in Richtung Kostenneutralität verschoben: 50 % der Befragten erwarten in absehbarer Zeit weder eine Kostensteigerung noch -senkung durch den Einsatz von Digital Health. Langfristig gehen allerdings 66 % der Befragten weiterhin von einer Kostensenkung aus (s. Abb. 3). Insgesamt zeigen die Ergebnisse des Innovationspanels, dass die DiGA in eine komplexe Gemengelage unterschiedlicher Interessen und Prioritäten hineingeboren wurde.

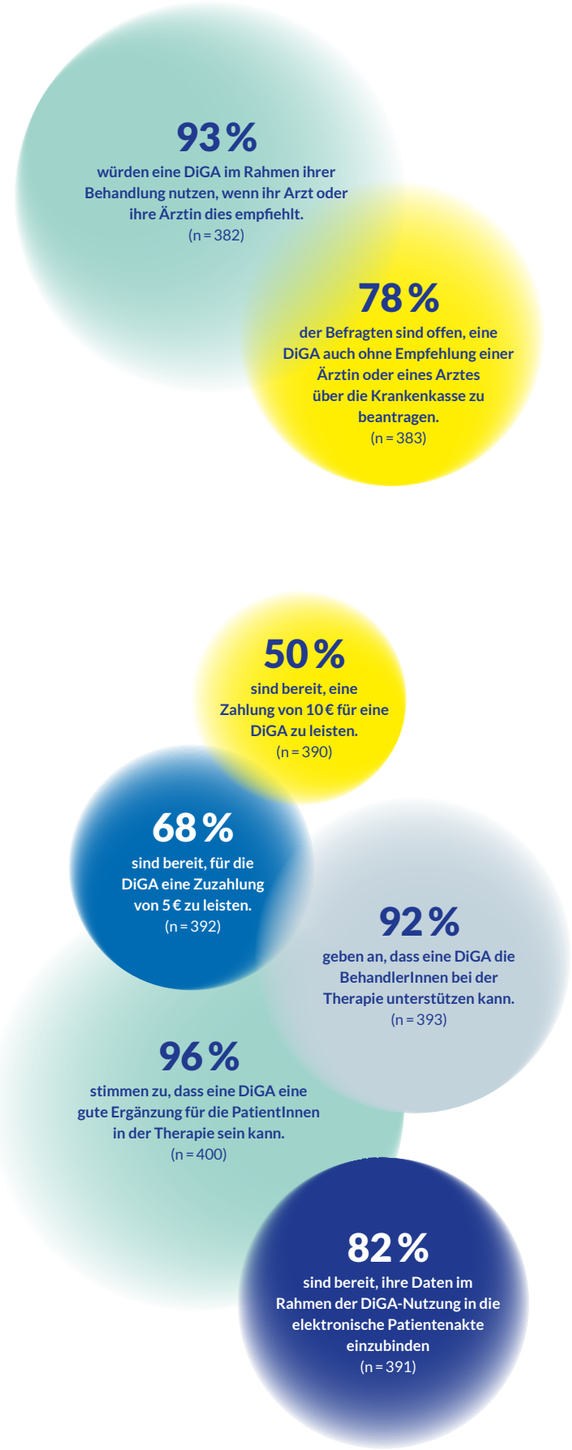


Abb. 1: Bereitschaft zur Nutzung von und Mehrwerte der Digitalen Gesundheitsanwendungen

KEIN MARKTERFOLG VON DiGA OHNE EVIDENZ UND STRUKTURELLE EINBETTUNG

Entsprechend werden für eine höhere Marktdurchdringung vor allem solche Maßnahmen empfohlen, die die Akzeptanz von Ärztinnen und Ärzten fördern. An erster Stelle steht die Generierung und Kommunikation von Evidenz. Ebenso häufig (58 %) wird die Aufnahme in Behandlungsleitlinien genannt. Zudem wurde die Schulung der Leistungserbringenden (45 %) unter die Top-3-Maßnahmen zur Förderung der DiGA-Verbreitung gewählt.

Die Forderung der Befragten nach Evidenz und struktureller Einbindung erscheint schlüssig, zumal der Gesetzgeber ein Erprobungsjahr zur Evidenzgenerierung für alle DiGA vorsieht, die diesen Nachweis nicht bereits erbringen konnten. Der Wunsch nach der Aufnahme in Behandlungsleitlinien, um die jeweilige DiGA fest im Versorgungsprozess der jeweiligen Indikation zu verankern, spiegelt ebenfalls die hohe Bedeutung von Evidenz wider.

Verblüffend ist eher, dass die Zahlen für beide Maßnahmen nicht noch deutlich höher ausgefallen sind. Aufschlussreich ist hier ein Blick in die Ergebnisse der unterschiedlichen Teilnehmendengruppen. Während die Evidenzgenerierung bei den Krankenkassen auf 70 % der Nennungen kommt, liegt sie bei den IT- und Digitalunternehmen lediglich bei 41 %. Das zeigt, dass die neuen Player im Gesundheitssystem mit dessen Regelwerk noch nicht in vollem Umfang vertraut sind: Evidenz ist die Währung der Erstattungsfähigkeit. Der Erfolg auf dem GKV-Markt ist abhängig vom Zusatznutzen. Um diesen zu ermitteln, werden die Kostenträger die Ausgaben für DiGA in Relation zu anderen Therapieformen setzen.

OHNE GESCHÄFTSMODELLE KOMMEN DiGA NICHT IN DIE VERSORGUNG

Dass eine große Mehrheit der Befragten vom Mehrwert der DiGA für die Patientinnen und Patienten überzeugt ist, ist eine gute Ausgangsbasis. Es reicht aber nicht, um das DiGA-Konzept zum Fliegen zu bringen. Ein notorischer Webfehler unseres Gesundheitssystems ist, dass keine Nutzenszenarien aus der Perspektive der beteiligten Akteure entworfen werden. Mit anderen Worten: Es fehlt der DiGA an einem durchdachten Geschäftsmodell. Führt man sich den Vertriebsapparat vor Augen, der bei Pharmaunternehmen in Gang gesetzt wird, um ein neues Medikament im Markt zu platzieren, wirken DiGA geradezu vernachlässigt. Es ist klar, dass die meisten Start-ups hier finanziell nicht mithalten können. Umso kreativer gilt es deshalb zu werden, um neben Patientinnen und Patienten vor allem Kostenträger und Leistungserbringende von ihrem Produkt zu überzeugen.

Leistungserbringende sind, wie das Innovationspanel klar gezeigt hat, bislang am schwersten von digitalen Gesundheitslösungen zu überzeugen. Aktuell bedeuten DiGA für sie zeitlichen Mehraufwand und für die Verschreibung

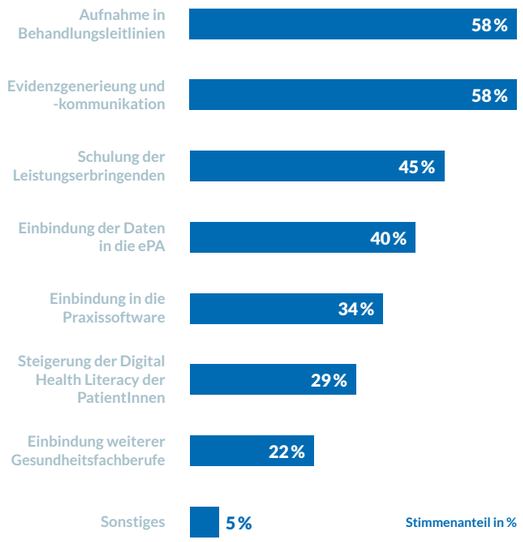


Abb. 2: Maßnahmen für eine stärkere Marktdurchdringung der DiGA

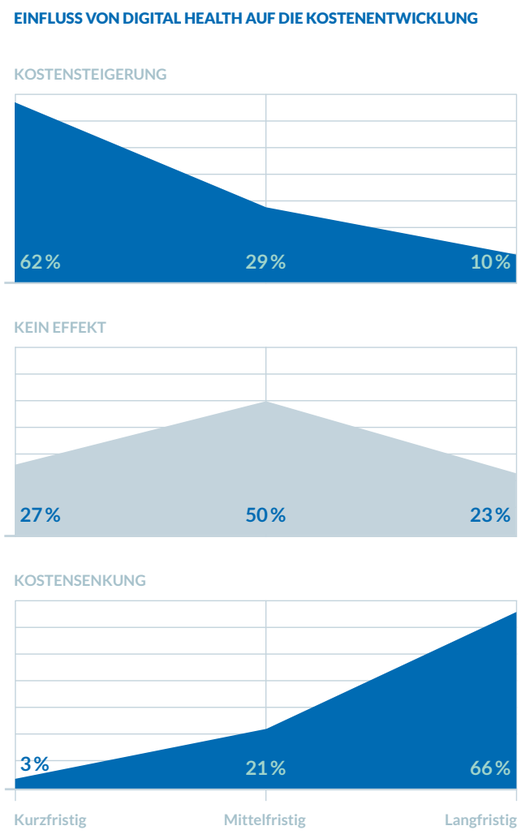


Abb. 3: Einfluss von Digital Health auf die Kostenentwicklung

ist keine gesonderte Vergütung vorgesehen. Das größte Potenzial haben also die DiGA, die gleichzeitig zu einer verbesserten Versorgung und zu einer Zeitersparnis für die Versorgenden führen. Zudem müssen die Hersteller aktiv auf Ärztinnen und Ärzte zugehen und sie im Rahmen von Schulungen oder über traditionelle Vertriebswege informieren. Wenn die DiGA in derselben Liga spielen soll wie Arzneimittel, muss die Anwendung frühzeitig erlernt und selbstverständlich werden.

DiGA ALS BAUSTEINE EINER SYSTEMLÖSUNG

Insgesamt muss die Politik einen Wandel anstoßen, der wegführt von einem fragmentierten Einzelleistungsgeschehen hin zu einem Denken in integrierten Versorgungskonzepten und Behandlungspfaden. Modellprojekte, Best-Practice-Beispiele und nicht zuletzt die Erfahrungen aus den Innovationsfondsprojekten haben in den vergangenen Jahren immer wieder gezeigt: Eine gut koordinierte und stärker steuernde Versorgung, die auf das Alltagssetting und die Lebensumstände der Patientinnen und Patienten abgestimmt ist, birgt ein immenses Potenzial für den gesundheitlichen Mehrwert und die Lebensqualität. DiGA bieten hier eine große Chance, denn derzeit lässt sich kaum eine Therapieform flexibler in den Alltag einbetten als die, die man in Form des Smartphones in der Hosentasche mitführt. Digitale Produkte können Wertschöpfungsketten erweitern und die einzelnen Versorgungskomponenten miteinander vernetzen. Wenn wir die DiGA in diese Versorgungslandschaft einpflanzen, wird sie gedeihen und Früchte tragen.

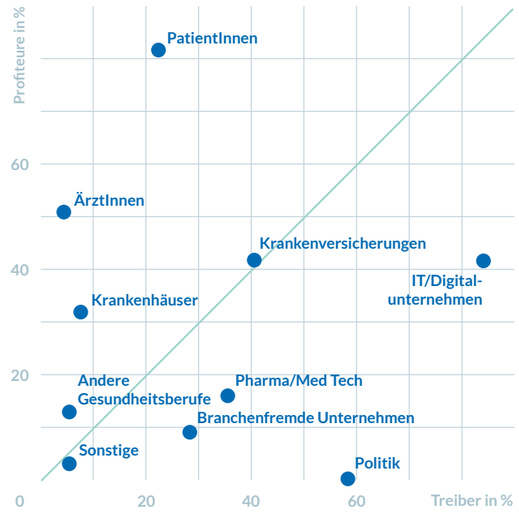


Abb. 4: Treiber und Profiteure von Digital Health

BMC-INNOVATIONS-PANEL IM eHEALTH MONITOR 2021

Im November 2021 ist unter Beteiligung des BMC der eHealth Monitor von McKinsey erschienen. Dieser bietet auch in diesem Jahr eine mehrdimensionale Sicht auf das Thema eHealth in Deutschland, auf die vielfältigen Chancen, aber auch auf die Herausforderungen, die mit dem digitalen Wandel verbunden sind. Im Beitrag „Zwischen Anspruch und Realität: DiGA im Versorgungsalltag“ stellt der BMC ausgewählte Ergebnisse des Innovationspanels 2021 vor.

WIR DANKEN MCKINSEY FÜR DIE KOOPERATION UND WÜNSCHEN IHNEN EINE INSPIRIERENDE LEKTÜRE.

BMC-WEBGESPRÄCHE: EIN BUNTER STRAUSS AN THEMEN

Auch im zweiten Jahr seit ihrer Einführung bereichern die Webgespräche das BMC-Programm. Mit mehr als 2.600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfreut sich das kurze und prägnante Format immer noch großer Beliebtheit.

Sie sind aus unserem Arbeitsalltag nicht mehr wegzudenken: Videokonferenzen und Online-Meetings. Ähnlich verhält es sich mit den BMC-Webgesprächen, die zwischenzeitlich einen festen Platz im BMC-Programm erobert haben. Dabei ist das Prinzip recht einfach: 15 Minuten Impuls zu einem aktuellen Thema aus dem Gesundheitswesen gefolgt von einer 30-minütigen Diskussion mit den BMC-Mitgliedern.

BREITES THEMENSPEKTRUM UND PROMINENTE GÄSTE

Mit insgesamt 37 Webgesprächen konnten sich die BMC-Mitglieder im vergangenen Jahr wieder zu einer großen Bandbreite an Themen informieren. Dabei reichte das Angebot über klassische Versorgungsfragen aus dem ambulanten und stationären Bereich, über digitale und innovative Versorgungsmodelle bis hin zu spezifischen Fragestellungen wie bspw. den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und der Funktionsweise von KI-Modellen in der Medizin. Die wohl prominentesten und meistbesuchten Webgespräche im vergangen Jahr waren zum einen das Gespräch mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten Prof. Ulrich Kelber zu Fragen des Datenschutzes im Gesundheitswesen. Zum anderen stießen die Webgespräche mit den beiden SVR-Mitgliedern Prof. Dr. Wolfgang Greiner und Prof. Dr. Jonas Schreyögg zum Gutachten des Sachverständigenrates auf reges Interesse.

ERFAHRUNGEN AUS DEM AUSLAND

Nicht zuletzt haben wir die BMC-Webgespräche auch wieder dafür genutzt, um einen Blick ins Ausland zu werfen und von internationalen Erfahrungen zu lernen. Dabei haben wir uns mit der Versorgung von Krebspatient-Innen in Nord-Italien während der Corona-Pandemie, der Digitalisierung des NHS in England sowie der Kostenwirksamkeit von Managed-Care-Verträgen in der Schweiz auseinandergesetzt und erfahren, wie das Konzept von Positiver Gesundheit in den Niederlanden umgesetzt wird. Damit konnten wir nicht nur internationale Trends und Entwicklungen kennenlernen, sondern auch interessante Kontakte ins Ausland knüpfen und das BMC-Netzwerk erweitern.

DIE BMC-WEBGESPRÄCHE 2021 IN ZAHLEN:

37	WEBGESPRÄCHE
42	REFERIERENDE
> 2.600	TEILNEHMENDE
70	PERSONEN DURCHSCHNITTLICH PRO WEBGESPRÄCH

UNENDLICH VIELE THEMEN

Prof. Dr. Volker Amelung
BMC

Dr. Frank Bergmann
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Barbara Bitzer
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Nora Blum
Selfapy

Nicolas Busch
Boston Consulting Group

Jens Bussmann
VUD

Dr. Florian Caspari
Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
SVR-Gesundheit

Adele Grieseler
Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer

Prof. Dr. Lutz Hager
SRH Fernhochschule; ehem. ze:roPRAXEN

Dr. Ursula Hahn
OcuNet

Dr. Philip Heimann
Vivira Health Lab

Prof. Dr. Eric Hilgendorf
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Machteld Huber
Institute for Positive Health

Dr. Dominique Jaeger
Rechtsanwälte M&P Dr. Matzen & Partner

Dr. Lukas Kauer
CSS Institut

Prof. Ulrich Kelber
BfDI

Dr. Bernadette Klapper
ehem. Robert Bosch Stiftung

Dr. Andreas Klar
Boston Consulting Group

Franz Knieps
BKK Dachverband

Niklas Knust
Boston Consulting Group

Jens-Florian Krieg
Emperra

Dr. Lars Kroll
Zi

Dr. Christoph Krupp
BMWK

Dr. Luca Lattanzi
Roche

Prof. Dr. Michael Miller
Care Innovation Corporation

Johanna Nüsken
BMC

Juliane Pohl
Bundesverband Medizintechnologie

Dr. Sabine Richard
AOK-Bundesverband

Dr. Alexander Schachinger
EPatient Analytics

Dr. Janko Schildt
Emperra

Dr. Alexandra Schneider
Helmholtz Zentrum München

Elora Schörverth
Fraunhofer HHI

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
SVR-Gesundheit

Dr. Jens Steinbrink
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Ralf von Baer
Hochschule Aalen

Dr. Tobias von Werder
Rehappy

Ulrich Weigeldt
Deutscher Hausärzteverband

Dr. Jan Zeidler
Center for Health Economics Research Hannover (CHERH)

Dagmar Elsholz
Preventicus

Christoph Eisert
Preventicus

Dr. Matthias Walle
IVP Networks

IDEENWERKSTATT AUF HOCHTOUREN

Netzwerken und Erfahrungsaustausch sind in Pandemiezeiten schwierig. Das hielt die BMC-Arbeitsgruppen trotzdem nicht davon ab, weitgehend ohne persönliche Treffen neue Ideen zu entwickeln. Mehr noch: 2022 werden – von Mitgliedern initiiert – weitere Gruppen hinzukommen. Außerdem wird das Querschnittsthema Digitalisierung mit Hilfe von Themenpaten erstmals in allen AGs verankert. Die Ideenwerkstatt BMC läuft damit weiter auf Hochtouren.

AG INTERSEKTORALE VERSORGUNG

Die Auswirkungen der Digitalisierung auf sektorenübergreifende Versorgungsprozesse standen in diesem Jahr im Zentrum der AG-Arbeit. Dabei wurden insbesondere Fragen der Interoperabilität, des intersektoralen Datenaustausches und der besseren Koordination in der Patientenversorgung sowohl aus stationärer als auch ambulanter Sicht beleuchtet. Wichtigste Erkenntnis: Das Denken der beteiligten Akteure ist noch zu sehr in den einzelnen Sektoren verhaftetet, ein gemeinsames Ziel fehlt.

LEITUNG

DR. URSULA HAHN

PROF. ROGER JAECKEL

AG PFLEGE

Die Frage nach der Mobilisierung von Effizienzreserven in der Pflege bildete einen Schwerpunkt der AG-Arbeit im letzten Jahr. Dabei wurden u. a. Maßnahmen zur Pflegeprävention, zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und zur Vermeidung von Fehlmedikation sowie Potenziale durch digitale Prozess- und Versorgungsinnovationen beleuchtet. Vor dem Hintergrund der sich verändernden Qualifikations- und Kompetenzanforderungen an die pflegerische Versorgung wurden zudem erste Ideen für eine Neuordnung der Pflegeberufe erarbeitet.

LEITUNG

DR. JÜRGEN FRÖHLICH

DR. ROLF-ULRICH SCHLENKER

AG NEUE VERSORGUNGSFORMEN

Mit dem Ende der 19. Legislaturperiode zog die AG zur digitalen Transformation des Gesundheitswesens Resümee und beleuchtete die gesundheitspolitischen Meilensteine der letzten Jahre. Dabei wurden die Potenziale digitaler Versorgungslösungen beleuchtet und politischer Handlungsbedarf identifiziert. Darüber hinaus widmete sich die AG wieder ausgewählten Innovationsfondsprojekten und diskutierte in diesem Jahr die Möglichkeiten zur Überführung im Rahmen von Selektivverträgen.

LEITUNG

RALPH LÄGEL

PROF. DR. VOLKER MÖWS

AG GEFÖRDERTE INNOVATIONSFONDSPROJEKTE

Im Zuge der steigenden Zahl an abgeschlossenen Innovationsfondsprojekten befasst sich die AG besonders mit der Überführung von Ergebnissen in die Regelversorgung. Neben dem Austausch zu konkreten Projekterfahrungen wurden dabei auch Möglichkeiten zur Weiternutzung gewonnener Daten erörtert. Nicht zuletzt erarbeitete die AG erneut Vorschläge für neue Förderlinien des Fonds, die der BMC im Rahmen des Konsultationsverfahrens beim G-BA eingereicht hat.

LEITUNG

SONJA LAAG

DR. MICHAEL BRINKMEIER

AG GESUNDHEITSLOTSEN

Nachdem im Vorjahr vor allem der Erfahrungsaustausch zwischen den zahlreichen Lotsenprojekten in Deutschland, die sich in der AG vernetzen, im Vordergrund stand, ging es in diesem Jahr um konkrete Wege zur Umsetzung eines Regelleistungsanspruchs. Dafür hat die Arbeitsgruppe Eckpunkte zum Leistungsumfang, zur Qualifikation sowie zur rechtlichen Verankerung der Lotsen erarbeitet. Die Ergebnisse werden in Kürze in einem Positionspapier zusammengefasst und vorgestellt.

LEITUNG

CORNELIA KITTLICK

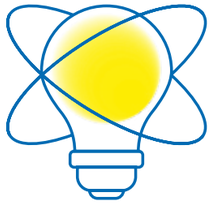
JENNY KOSSIAN

AG ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Zehn Jahre nach dem Start des AMNOG zog die AG Bilanz und diskutierte, ob die damals mit dem Gesetz formulierten Ziele erreicht wurden. Dabei erörterten die Teilnehmenden zugleich, wie das „lernende System“ des zweistufigen AMNOG-Prozesses aus Nutzenbewertung und Erstattungsbetragsverhandlung weiterentwickelt werden kann. Insbesondere wurden Ideen zum Umgang mit neuen Entwicklungen wie Einmaltherapien oder Orphan Drugs diskutiert.

LEITUNG

DR. SUSANNE EBLE



JETZT MITMACHEN!

Als Think Tank und Ideengeber für das Gesundheitswesen bilden die Arbeitsgruppen das Herzstück der Arbeit des BMC.

SIE HABEN EIN THEMA, DAS SIE MIT ANDEREN BMC-MITGLIEDERN DISKUTIEREN UND BEARBEITEN WOLLEN? DANN FÜLLEN SIE UNSEREN AG-STECKBRIEF AUS.

„Regionale integrierte Versorgung in der Praxis – Kommunen und Landkreise im Aufbruch“ – Gemeinsame Veranstaltung des BMC mit dem Forum Innovative Versorgung des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen (IAIV) am 20. Oktober 2021 in der Kreissparkasse Tübingen.

BMC REGIONAL

PROF. DR. LUTZ HAGER

DANIEL DRÖSCHEL

VERSORGUNG REGIONAL DENKEN

Mit diesem Leitgedanken möchte die BMC-Initiative Südwest unter der Leitung von Daniel Dröschel und Prof. Dr. Lutz Hager insbesondere auf lokaler Ebene Interessierte zusammenbringen und den Ideenaustausch sowie die Bildung gemeinsamer Aktivitäten fördern.

So beleuchtete die BMC-Initiative Südwest im Rahmen des Digital-Forums „Von der Hausarztpraxis zum Primärversorgungszentrum? – Innovative hausärztliche Versorgung in der Diskussion“ Beispiele für vielversprechende Primärversorgungsmodelle der Zukunft. Dabei brachte sie unterschiedliche Perspektiven aus Gesundheitspolitik und Praxis zusammen, diskutierte über strukturelle Herausforderungen, den vordringlichen Handlungsbedarf und Wege einer (besseren) Integration innovativer Modelle in bestehende Strukturen.

Gemeinsam mit dem Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikum Tübingens lud die BMC-Initiative Südwest im Oktober zudem zum Thema „Regionale integrierte Versorgung in der Praxis – Kommunen und Landkreise im Aufbruch“ ein. Nach Impulsen zu innovativen Projekten zur Verbesserung der integrierten Versorgung auf regionaler Ebene waren die Teilnehmenden zur Diskussion über aktuelle Themen und Fragestellungen zur Umsetzung, den Herausforderungen und der Zukunft der regionalen integrierten Versorgung im Format eines World-Cafés eingeladen.

Nicht nur in der lebendigen Diskussion, sondern auch in den Pausen wurde eins deutlich: auch das Netzwerken und der Austausch vor Ort standen nach langer Karenz für die rund 80 Teilnehmenden aus Krankenkassen, Verbänden und regionalen Versorgungsstrukturen in Tübingen im Fokus.

DR. URSULA HAHN

NEUES AUS NRW

Die Grundzüge des neuen Krankenhausplanes für Nordrhein-Westfalen setzen ein wichtiges Signal, die stationäre Infrastruktur künftig nach medizinischem Bedarf und (Qualitäts-)Vorgaben für Krankenhäuser zu planen. Beim digitalen BMC-Spotlight NRW „Leistungsbereiche statt Betten – der neue Krankenhausplan NRW“ diskutierte der BMC NRW daher im Oktober gemeinsam mit Politik, Praxis und Selbstverwaltung die Herausforderungen in der Umsetzung des neuen Krankenhausplans in NRW, die Auswirkungen auf die Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor sowie die Möglichkeit einer Blaupause auch für andere Bundesländer.

Um das etablierte, regionale BMC-Netzwerk in NRW fortzuführen und gleichzeitig mit den Aktivitäten auf Bundesebene zu verbinden, wurde Ende des Jahres offiziell die „Regionalabteilung NRW“ gegründet, in der die Aktivitäten des eigenständigen Vereins BMC NRW nunmehr aufgegangen sind. Für die Regionalabteilung steht Dr. Ursula Hahn als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Die Regionalabteilung baut dabei auf das langjährige Wirken des BMC NRW und insbesondere dessen Vorsitzenden, Prof. Dr. Peter Wigge, auf. Wir möchten uns an dieser Stelle recht herzlich bei Prof. Dr. Wigge für sein außerordentlich großes Engagement für den BMC bedanken.

WEITERES AUS DEM BMC

HINTERGRUNDGESPRÄCHE, DEEP DIVE UND BEST PRACTICE GEHEN AUF IM BMC-SPOTLIGHT ALS NEUES GESPRÄCHSFORMAT

2021 haben wir das BMC-Spotlight ins Leben gerufen. In diesem neuen Format geben wir aktuellen Themen aus Versorgung und Gesundheitspolitik noch mehr Raum und Tiefe und beleuchten sie von unterschiedlichen Seiten. Das Schlaglicht kann dabei digital und vor Ort geworfen werden.

DIE BMC-SPOTLIGHTS 2021 u. a.:

Der Koalitionsvertrag von SPD, Grünen & FDP – Bewertung der Pläne zur Gesundheitspolitik: Prof. Dr. Volker Amelung (BMC) und Franz Knieps (BKK Dachverband) haben die Pläne zum Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP unter die Lupe genommen, Vorhaben bewertet und mögliche Lücken benannt. Das Gespräch erreichte eine Rekordzahl von 276 Teilnehmenden.

Digitalisierung des Gesundheitssystems am Beispiel der Präzisionsmedizin: Gemeinsam mit Prof. Dr. med. Christof von Kalle (Berlin Institute of Health), Dr. iur. Silvia Woskowski, LL.M. und Prof. Dr. iur. Claudia Maria Hofmann (Europa-Universität Viadrina) haben wir einen genauen Blick auf die Themen Genetik, Präzisionsmedizin und Health Literacy im Kontext der Digitalisierung geworfen.

DEUTSCH-DÄNISCHER DIALOG: STAATSBESUCH DES DÄNISCHEN KRONPRINZEN FREDERIK

Im Rahmen des Staatsbesuchs des Dänischen Kronprinzen fand am 11. November das Seminar „German-Danish dialogue on transition in health care“ statt – veranstaltet von Healthcare Denmark. Als Impulsgeber und Moderator nahm Prof. Dr. Volker Amelung an der Veranstaltung teil und war beeindruckt, wie Verbesserungen der Gesundheitsversorgung durch die positive Einstellung der Dänen zu Veränderung und Innovation ermöglicht werden: „Statt sich mit bestehenden Strukturen und Stakeholdern zu befassen, wird die Versorgung konsequent an der Ergebnisqualität ausgerichtet. Das würde ich mir auch in Deutschland wünschen. Die im Seminar vorgestellte Strategie, mit Public-Private-Partnerships Kooperationen von öffentlicher Hand und Industrie zu fördern, werde ich mir auf jeden Fall genauer anschauen.“

Prof. Dr. Volker Amelung (BMC) im Gespräch mit dem dänischen Gesundheitsminister Magnus Heunicke (links) und Kronprinz Frederik von Dänemark (Mitte)

OECD EXPERT GROUP ZU INTEGRIERTER VERSORGUNG

Der Blick ins Ausland gehört seit jeher zum Markenzeichen des BMC. 2021 wurde Prof. Dr. Volker Amelung vom Bundesgesundheitsministerium für die OECD Expert Group on Integrated Care nominiert. Damit beteiligte sich der BMC an einem internationalen Daten- und Erfahrungsaustausch zu den Outcomes der Gesundheitssysteme und den nationalen Politiken für integrierte Versorgung. Die OECD hat darauf aufbauend ein Indikatorenset für den internationalen Vergleich entwickelt und die Ergebnisse in der jüngsten Ausgabe „Health at a glance“ veröffentlicht.

VERSORGUNGSFORSCHUNG WEITERENTWICKELN

Die Versorgungsforschung hat sich in den letzten 20 Jahren hauptsächlich damit beschäftigt, Fragestellungen aus Politik und Praxis durch gute methodische Forschung zu klären. Doch häufig lassen sich mit der gängigen Methodik nicht die komplexen Versorgungsvorgänge und -interventionen erfassen. Der 10. MVF-Fachkongress widmete sich daher der Frage, wie die Versorgungsforschung weiterentwickelt werden kann. Ansatzpunkt ist dabei die Beschreibung von Wirkzusammenhängen mittels Theorie(n), beispielsweise aus der Soziologie oder Psychologie. Der Kongress hat beleuchtet, welche Theorien für die Versorgungsforschung geeignet sind und am Beispiel von Lotsenprojekten praktisch erarbeitet, welchen Mehrwert der Einsatz von Theorien für die Konzeption und Evaluation von Versorgungsprojekten bietet.

Der 10. MVF-Fachkongress: „Theorie wagen“ fand am 7. und 8. Dezember in Kooperation mit dem BMC statt.

AUSGEWÄHLTE PRESSESTIMMEN

13.01.2021 | HEALTHRELATIONS | INNOVATIONSPANEL
PHARMA AND EHEALTH: DEUTSCHLAND, DAS LAND DER DIGITALMUFFEL?

DAS POTENZIAL VON eHEALTH WIRD ERKANNT

Die ambulanten Ärzte wünschen sich durchaus mehr digitale Angebote, das Potenzial von eHealth wird erkannt. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Skeptiker in der Ärzteschaft Dennoch: So klar sich die positive Tendenz in Sachen Akzeptanz von eHealth in der Ärzteschaft abzeichnet, so deutlich ist auch deren Zaghaftigkeit erkennbar. Nur 14 % der Befragten erwarten eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, 43 % sogar eine Verschlechterung. Die Folge: Der Arzt als elementarer Treiber der Digitalisierung nimmt diese Funktion nur verhalten ein. Dabei gehört er laut BMC Innovationspanel 2020 zu den großen eHealth-Profiteuren.

20.01.2021 | DEUTSCHES ÄRZTEBLATT | BMC-KONGRESS

INTERPROFESSIONELLE AUSBILDUNG MUSS EINGANG IN DEN ALLTAG FINDEN

Die Gesundheitsversorgung und die Ausbildung in den Gesundheitsberufen müssen zusammen gedacht und vor allem auch interprofessionell umgesetzt werden. Darin waren sich heute die Experten beim virtuellen Kongress des Bundesverbandes Managed Care (BMC) einig. Das Wissen über den Benefit der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sei zwar vorhanden, an der Umsetzung hapere es jedoch noch, bemängelten sie.

18.01.2021 |
ÄRZTE ZEITUNG („ÄRZTETAG“-PODCAST)

21.01.2021 | PZ-PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG | BMC-KONGRESS
KRITIK DER GRÜNEN – FEHLT UNS BEI DER DIGITALISIERUNG DER MASTERPLAN?

KLEIN-SCHMEINK: ABGESTIMMTE VERSORGUNG UND VERNETZTE KONZEPTE

Bei einer gesundheitspolitischen Diskussionsrunde des Bundesverbands Managed Care (BMC) diskutierten am gestrigen Mittwoch unter anderem Maria Klein-Schmeink, gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, und Karin Maag, gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion. Die Grünen-Politikerin kritisierte mit Blick auf die gesundheitspolitischen Aufgaben in der kommenden Legislaturperiode, dass die Koordination und Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungsbereichen im Gesundheitssystem nicht gut seien. „Wir brauchen eine abgestimmte Versorgung und vernetzte Konzepte“, so Klein-Schmeink.

22.01.2021 | TAGESSPIEGEL BACKGROUND | BMC-KONGRESS

DiGA: WIE RAUS AUS DER SACKGASSE?

Bei den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) schaut die Welt auf Deutschland. Umso schwerer wiegt die jüngste Kritik der Krankenkassen. Sind neue Preismodelle ein Ausweg?
Nicht nur die Krankenkassen, auch die Hersteller sind mit dem Status quo bei den digitalen Gesundheitsanwendungen nicht glücklich. Nachdem der GKV-Spitzenverband gerade in einem Positionspapier Fundamentalkritik an der Fast-Track-Zulassung, an aus seiner Sicht zu breiten Nutzenkriterien und überzogenen Preisvorstellungen geäußert hatte, kamen beim Jahreskongress des Bundesverbands Managed Care (BMC) jetzt Hersteller und Analysten zu Wort. Deutlich wurde zumindest, dass alle Seiten Handlungsbedarf sehen.

30.05.2021 | GUETSEL.DE | LOTSENPROJEKTE

Rund 75.000 Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern, so errechnete der BMC, profitieren bereits von Gesundheitslotsen in zahlreichen Innovationsfondsprojekten, Versorgungsverträgen oder Modellvorhaben.

14.06.2021 | DEUTSCHES ÄRZTEBLATT | MEHR ÖKONOMIE WAGEN
BMC FÜR MEHR ÖKONOMIE IM GESUNDHEITSWESEN

25.11.2021 | ÄRZTE ZEITUNG
STIMMEN ZUM KOALITIONSVERTRAG: „GUTE SIGNALE“, DENEN TATEN FOLGEN MÜSSEN

13.12.2021 | SÜDDEUTSCHE ZEITUNG
WAS MACHEN DIE DÄNEN BESSER?

IN DEUTSCHLAND WERDE NOCH SEHR IN ALTEN STRUKTUREN GEDACHT, SAGT PROFESSOR AMELUNG

Die dänischen Krankenhäuser haben durch diese Umstrukturierung auch ihre Abläufe effizienter gestaltet. Daran sollte Deutschland sich ein Vorbild nehmen, findet Volker Amelung, Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. „Die grundsätzliche Frage ist: Wer übernimmt welche Aufgaben? Und machen das die richtigen Personen?“ Das Problem sei, dass immer noch in traditionellen, alten Strukturen gedacht werde.

In Deutschland gebe es einerseits zu wenig Personal, das andererseits zunehmend an der Überlastungsgrenze arbeite. Aber: „Nutzen wir alle Potenziale, um mit unseren knappen Ressourcen umzugehen? Ich denke: nein.“ Amelung verweist auf Möglichkeiten, die die Pflegekräfte entlasten könnten: technische Hilfsmittel, andere Betten, mehr Sprachsteuerung, weniger und effizientere Dokumentation. Viele Aspekte, die in Dänemark bereits Standard sind.

Ein weiterer Punkt: die Digitalisierung. Die Dänen zeigen, was alles möglich ist. Elektronische Patientenakten sind seit Jahren etabliert, Krankenhäuser besitzen moderne Technik, alle Beteiligten sind digital vernetzt. Und das Online-Portal sundhed.dk, auf das Patienten, Ärzte und Apotheker Zugriff haben, ist weltweit führend.

SPONSOREN UND PARTNER

Unser herzlicher Dank gilt allen Sponsoring- und (Medien-)Partnern für die freundliche Unterstützung des BMC-Kongresses, unseren Fachtagungen sowie unserer Brown-Bag-Studienreise im Jahr 2021.

PLATIN-PARTNER

ZurRose Group DocMorris

NOVENTI Damit Gesundheit Zukunft hat.

GOLD-PARTNER

Ambulanzpartner. Soziotechnologie

MSD

Pfizer

Thieme TeleCare

vitagroup HEALTH INTELLIGENCE

Lilly

Bristol Myers Squibb

Arbeitsgemeinschaft probiosimilars

msg

Abbott

SILBERPARTNER

GWQ+ SERVICE PLUS AG

PHILIPS

MEDIENPARTNER

KU

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

G+G

EHEALTHCOM

kma Wissen für Entscheider

medhochzwei Medien für das Gesundheitswesen

WEITERE PARTNER

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

fmc Schweizer Forum für integrierte Versorgung Forum suisse des soins intégrés Forum svizzero delle cure integrate

hih health innovation hub

BUNDESKONGRESS GENDERGESUNDHEIT

STUDIENREISE AMSTERDAM

AstraZeneca

MSD

novo nordisk

VIFOR PHARMA

IMPRESSUM

HERAUSGEBER: Bundesverband Managed Care e. V., Friedrichstraße 136, 10117 Berlin, Telefon: 030 – 2809 4480, www.bmcev.de | bmcev@bmcev.de, V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Volker Amelung, Johanna Nüsken

SATZ & GRAFIK: KRAUT & KONFETTI, Berlin

DRUCK: trigger.medien.gmbh, Berlin

BILDNACHWEIS: **S. 28** Eine Agenda Managed Care 2030 – iStock.com/mathisworks | **S. 46/47** Mit DiGA neue Wege in der Vergütung beschreiten: lucadp – stock.adobe.com | **S. 52/53** Mit dem Innovationsfonds die Gesundheitsversorgung weiterentwickeln: Nuthawut – stock.adobe.com | **S. 48/49** BMC-Jahresempfang: Maren Strehlau | **S. 58/59** Jens Bussmann: VUD, Prof. Ulrich Kelber: Bundesregierung/Kugler | **S. 65** Staatsbesuch des Dänischen Kronprinzen Frederik: Kaspar Jensen

FSC www.fsc.org RECYCLED Papier aus Recyclingmaterial FSC® C108577

Klimaneutral Druckprodukt ClimatePartner.com/10794-2203-1005

BMC Managed Care

bmcev.de