

Managed Care

GESCHÄFTSBERICHT 2020

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen

M
a
a
e
d
Care
n
g

GESCHÄFTSBERICHT 2020

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen



ZAHLEN & FAKTEN 2020

MITGLIEDER



21

Neumitglieder



33%

Mitgliederwachstum
2012 – 2020 (177 → 236)



236

Mitglieder

INTERAKTION



43

BMC-Veranstaltungen



3.635

Veranstaltungsteilnehmende



19

Sitzungen der AGs

ORGANISATION



7

Vorstände



10

Beiratsmitglieder



6

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
der Geschäftsstelle

WAHRNEHMUNG



2.646

Twitter-Follower



24

Pressestimmen



40.508

Website-Besuche

INHALT

Vorwort	6
A non-managerial perspective on healthcare	8
Die fünf Kernthemen des BMC	10
Neumitglieder	11
Mitgliederstruktur	12
Mitglieder des Vorstands	14
Kooptierte Mitglieder im Vorstand	15
Mitglieder im Beirat	16
Rechnungsprüfer	17
Ehrenmitglieder	17
BMC Regional NRW	18
Geschäftsstelle	19
Führungswechsel beim BMC	20
„Denken muss wehtun“	22
Mehr Vernetzung, mehr Patientenorientierung, mehr Effizienz	24
BMC als Sachverständiger gefragt	28
Neues aus dem Innovationsfonds	30
BMC-Schriftenreihe VIII: Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen	32
Digital Health braucht Nutzenerlebnisse für alle Akteure	34
BMC-Plattform für Lotsenprojekte	39
Shopping for Ideas: Internationale Best Practices aus der Schweiz	42
Mit den BMC-Webgesprächen immer bestens informiert!	44
Die BMC-Arbeitsgruppen im Überblick	46
Regionale Fachtagung in Thüringen	48
Brown Bag	50
BMC @ Social Media	52
Medien & Veröffentlichungen (Auswahl)	54
Sponsoring- und Medienpartner	56

VORWORT

LIEBE BMC-MITGLIEDER, SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,

6

zeigt unser Gesundheitssystem gerade ungeahnte Kräfte und Stärken bei der Bewältigung der Corona-Pandemie oder werden wir uns im Nachhinein wünschen, die Prioritäten zwischen Datenschutz und Freiheitsbegrenzung, zwischen Abriegeln und Schutz der Ältesten anders gewählt zu haben? In diesem Zwiespalt aus dichotomen Gefühlen befanden sich viele von uns in den vergangenen zwölf Monaten. Entgegen aller Selbstverständlichkeiten mussten wir unsere Arbeitsweisen ebenso anpassen wie Reisen und Besuche, Kultur und Freizeit. Gewissheiten wurden großflächig in Frage gestellt. Im Rückblick scheint es surreal, dass wir den BMC-Kongress im Januar 2020 ohne Einschnitte durchziehen konnten – die letzten Tage der alten Realität.

Umso mehr haben wir als BMC in den anstehenden Monaten versucht, den Wandel nicht nur anzunehmen, sondern zu gestalten. Gerade im langfristigen Homeoffice war der Bedarf an Information, Austausch und Diskussion bei unseren Aktiven riesig. Ein wenig stolz sind wir, mit den BMC-Webgesprächen im März die ersten dieser Art im Gesundheitsbereich etabliert zu haben. Es folgten wöchentliche Einblicke in aktuelle Themen und Probleme, zunächst in direktem Zusammenhang mit der Pandemie, später thematisch vielfältig. Über 2.700 TeilnehmerInnen erreichten wir mit den 38 BMC-Webgesprächen zwischen März und Dezember; in der Regel mit rund 80-100, bei einem Gespräch sogar mit 250 TeilnehmerInnen.

Für uns alle ein Höhepunkt war der BMC-Kongress im Januar 2021: 855 TeilnehmerInnen, davon mehr als 600 zeitgleich auf der Kongressplattform aktiv. Überlegten wir vorher, ob angemeldete Personen nur an ausgewählten Sessions teilnehmen würden, lehrte uns die Realität das Gegenteil: Die rege Beteiligung in den Vortragssessions ebenso wie den interaktiven Lunch Chats war eine große Freude für Referentinnen und Referenten, ebenso wie für uns. Allein ein technischer Defekt während einer Parallelsession am ersten Tag lie-



„Wenn die Pandemie eine positive Lehre hat, dann die Erkenntnis, dass es keine leichten Antworten auf komplexe Fragen gibt.“

ferte einige Anspannung. Kurzerhand stellten wir das für Videokonferenzen eingebundene Tool auf der Kongressplattform um. Vor allem aufgrund der Geduld und dem Durchhaltevermögen aller Beteiligten konnten die Inhalte weiter stattfinden, bevor der zweite Kongresstag wie geplant in aller Ruhe ablief.

„Ein wenig stolz sind wir, mit den BMC-Webgesprächen im März die ersten dieser Art im Gesundheitsbereich etabliert zu haben.“

Ein neues Projekt, das wir ebenfalls nicht so schnell wieder loslassen, begann ab Mai: Seit Jahren überlegen wir als BMC, eigene Daten zum Gesundheitswesen zu erheben und zu analysieren. Anders als die existierenden Befragungen aus einer Perspektive bringt die Vielfalt der Akteure im BMC ein eigenes Bild. Bis Sommer hatten wir das BMC-Innovationspanel etabliert, das aus einer quantitativen Befragung mit mehr als 700 Akteuren sowie 24 qualitativen Experteninterviews bestand. Welche Herausforderung von Digital Health ist je Berufsgruppe am dringlichsten? Wie können wir diese überwinden? Die Unterschiede zwischen Berufsgruppen in den Ergebnissen machten deutlich, dass immer wieder an den Bedarfen und Sorgen der Akteure vorbeireguliert wird und wir weit entfernt von einem einheitlichen Bild der digitalen Transformation sind. Für die Ergebnisse entwarfen wir – anstelle eines weiteren langen, trockenen Texts – bunte, auffallende Charts, die gerne weiterverwendet werden dürfen. Im Sinne eines Panels stellte die erste Erhebung nur den Aufschlag einer langen Reihe von Analysen dar – die nächste Runde folgt diesen Sommer.

Im Rückblick ist erstaunlich, dass wir im August die kleine, feine Studienreise nach Zürich durchführen konnten. Mit reduzierter Teilnehmerzahl, Masken, Abstand und Desinfektionsmittel lernten wir mit einer wie immer äußerst interessierten und engagierten BMC-Delegation viel über die neuen Versorgungsformen in der Schweiz. Die TeilnehmerInnen diskutierten intensiv darüber, wie Patientinnen und Patienten von den dortigen neuen Versorgungsmodellen auch finanziell profitieren und erhielten Einblicke in Qualitätsverträge zwischen medizinischen Versorgungszentren und Krankenkassen und vieles mehr.

Im Geschäftsbericht werden Sie in den unterschiedlichen Berichten herauslesen, dass 2020 für den BMC alles andere als ein schlechtes Jahr war. Das Jahr der Widersprüche, in dem trotz der unzähligen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Krisen der Verband gedieh: mit 21 neuen Mitgliedern, zahlreichen neuen Projekten und wirtschaftlich gesund.

Und was bleibt für die Zukunft? Wenn die Pandemie eine positive Lehre hat, dann die Erkenntnis, dass es keine leichten Antworten auf komplexe Fragen gibt. In einem komplexen Gesundheitssystem ist eine einfache Lösung meist nur eine mittelmäßige. Als Handlungsoption bleibt nur das kontinuierliche Streben nach Verbesserung. In dem Sinne möchten wir Sie einladen, mit uns nach besseren Versorgungsansätzen zu suchen, sie zu entwickeln, auszuprobieren und auch in Teilen zu verwerfen. So gestalten wir gemeinsam das Gesundheitssystem der Zukunft.



Prof. Dr. Volker Amelung

Vorstandsvorsitzender

Dr. Patricia Ex

Geschäftsführerin

A NON-MANAGERIAL PERSPECTIVE ON HEALTHCARE

Auf dem BMC-Kongress 2021 haben wir das Thema Gesundheitssysteme aus ganz anderer Perspektive betrachtet. Mit Henry Mintzberg, Professor an der McGill University in Montreal und Management-Ikone, haben wir über die Grundsätze von Management und Marktgeschehen gesprochen und darüber, welche Mythen die Gesundheitssysteme der Welt heute prägen.

8

Seit Jahren herrscht im deutschen Gesundheitswesen eine starke Reformwut. Es wird angepasst, umstrukturiert und nachgesteuert. Demgegenüber wird nur selten gefragt, ob eigentlich die Grundausrichtung stimmt. Vor diesem Hintergrund möchten wir Sie dazu anregen, einige von Henry Mintzbergs herausragenden Gedanken mit uns zu rekapitulieren.

Is healthcare failing or is it succeeding?

Henry Mintzbergs Einschätzung ist sehr deutlich: Das Gesundheitswesen versagt nicht, das Gesundheitswesen ist erfolgreich. Häufig wird der Erfolg eines Gesundheitswesens negativ beurteilt. Dabei ist genau das Gegenteil der Fall. Fakt ist: Unser Leben verlängert und unser Gesundheitszustand verbessert sich stetig. Wir überleben Erkrankungen, für die es vor einigen Jahren keinerlei Heilungschancen gegeben hätte. Kann man das wirklich als Versagen bezeichnen? Doch der Erfolg birgt ein Dilemma: Je größer der medizinische Fortschritt, umso ressourcenintensiver ist die medizinische Versorgung. In reichen Ländern wie Deutschland erhält die Gesundheitsversorgung einen großen Stellenwert und wird zu einem wichtigen und zentralen Gut innerhalb unserer Gesellschaft, entsprechend überproportional steigt die Nachfrage. Es stellt sich also die Frage, ob hohe Gesundheitskosten ein Problem oder vielmehr ein Ausdruck von Erfolg sind.

What shall we measure?

Wir versuchen die Medizin an vielen Stellen zu quantifizieren, zu kategorisieren und den Erfolg einer Behandlung und des Systems zu messen. Doch wie lässt sich Erfolg in der medizinischen Versorgung verlässlich messen? Reichen uns Mengen von Betten und Personal oder Zahlen zu Morbidität, Mortalität und der Lebenserwartung? Oder zeigt sich der Erfolg nicht viel eher im subjektiven Erleben des Systems durch den einzelnen Patienten und die einzelne Patientin? Wir versu-

chen durch Surrogatendpunkte und Schätzungen die Realität bestmöglich zu erfassen, doch lassen sich manche Entscheidungen nicht durch bloße Zahlen und Werte herbeiführen. Denn die Realität beinhaltet neben der „evidence based medicine“ vor allem auch die „experienced based medicine“. Neben den evidenzbasierten Versorgungsansätzen spielt auch die Erfahrung eine bedeutende Rolle bei Entscheidungen in und Bewertungen über die Versorgung. Die große Kunst ist es, Evidenz und Erfahrung zusammenzuführen und uns nicht in einem Zahlenschwung zu verlieren.

“Heroic leadership, central management, strategic planning, obsessive measurement is failing. In addition, that is the model for healthcare and we need to stop this.”

Is healthcare a business?

Henry Mintzberg ist der Ansicht, das Gesundheitswesen lasse sich nicht durch heroische Führung, strategische Planung, zwanghaftes Messen und steigenden Wettbewerb verbessern. Seit Jahren herrscht der Trend, das Gesundheitssystem als ein Business zu verstehen. Wir wenden Management- und Führungskonzepte auf Gesundheitseinrichtungen an, fördern Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und betrachten die Versorgung häufig aus der Effizienzperspektive. Doch kann man sich nun fragen, ob dies das richtige Model für die Gesundheitsversorgung ist. Henry Mintzberg fordert zum Umdenken auf und baut den Erfolg zukünftiger Gesundheitsversorgung auf neue Grundsätze.



Do we have to reframe competition?

Henry Mintzberg plädiert für weniger Wettbewerb und mehr Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, denn obsessiver Wettbewerb verhindere Kollaborationen. Stattdessen empfiehlt er „communityship“. Tatsächlich soll Wettbewerb das Gesundheitswesen beflügeln: Er soll die besten Lösungen und effiziente Prozesse schaffen. Gleichzeitig wird nach Zusammenarbeit der Professionen und Institutionen des gestrebt, um tatsächlich den Anspruch an ein Gesundheitssystem zu erfüllen, welches diesem Begriff gerecht wird. Doch wie vertragen sich Wettbewerb und Zusammenarbeit: Schließen sie sich aus oder lassen sie sich verbinden?

Wenn innerhalb oder zwischen Gesundheitseinrichtungen der Wettbewerb um Budget, Betten und Personal zu stark wird, vernebelt dies die Möglichkeit durch Zusammenarbeit effizientere und bessere Versorgungsstrukturen zu erschaffen. Durch entstehende dysfunktionale Strukturen wird das Ziel, durch Wettbewerb die besten Lösungen zu gestalten, verhindert. Statt heroischer Führung und kompetitiver Strukturen soll ein Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb und zwischen Institutionen gefördert werden. Doch kann dieser Mentalitätswechsel kollaborative statt wettbewerbllicher Strukturen begünstigen und so zu kreativen Ideen und effizienten Prozessen und Organisationen führen?

Do we have to open up to new ownership models?

Neben der Umgestaltung von Wettbewerb zu Gemeinschaft fordert er auch die Neugestaltung der Eigentümerschaft im Gesundheitswesen. Neben dem privaten und öffentlichen Sektor sollte man die Chancen des freigemeinnützigen Sektors fokussieren und sich neuen, nicht profit-orientierten Eigentumsmodellen öffnen. Internationale Koryphäen in Bildung (z.B. Harvard) oder Medizin (z.B. Mayo Clinic) sind als non-profit Institutionen organisiert. Die erwirtschafteten Gewinne werden reinvestiert und kommen direkt oder indirekt den Patientinnen und Patienten zugute. Bei privat organisierten Krankenhausträgern hingegen wird erwirtschaftetes Geld am Ende z.B. an Aktionäre ausgezahlt und fließt somit aus dem System ab. Und tatsächlich ist es legitim zu fragen, ob das Geld nicht im System bleiben sollte?

“We don’t have enough playful people in this world. We don’t have enough people who say ‘Why not?’ instead of ‘Why?’.”

Do we need more playfulness?

Eine Strategie entsteht laut Mintzberg nicht durch einen formalen Planungsprozess, sondern ist das Ergebnis kleinschrittiger Entwicklungen. Sie entstehen aus der Problemlösung und prägen langfristig die Sichtweisen und Einstellungen von Unternehmen oder ganzer Gesellschaften. Auch im Gesundheitswesen entstehen die spannendsten Strategien nicht im Büro der Betriebswirte, sondern bei den Gesundheitsberufen in der Versorgung.

Doch manchmal führen die einfachen Antworten nicht zum Ziel und an dieser Stelle müssen Regeln der Playfulness weichen. Wir haben gerade in Deutschland ein sehr reguliertes System mit teils destruktiven Steuerungs-Instrumenten (z.B. Regresse im ambulanten Bereich) in der Versorgung. Dies lässt den handelnden Akteuren wenig Raum für kreative, innovative Lösungsansätze und kreiert eher einen Rechtfertigungsmodus. Innovationen werden durch Leichtigkeit und Mut entwickelt, dies gilt für die Industrie ebenso wie für die Medizin. Also benötigen wir nicht genau diese Art von Playfulness, um im Gesundheitswesen Fortschritt zu kreieren?

DIE FÜNF KERNTHEMEN DES BMC

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.

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.

KOOPERATION

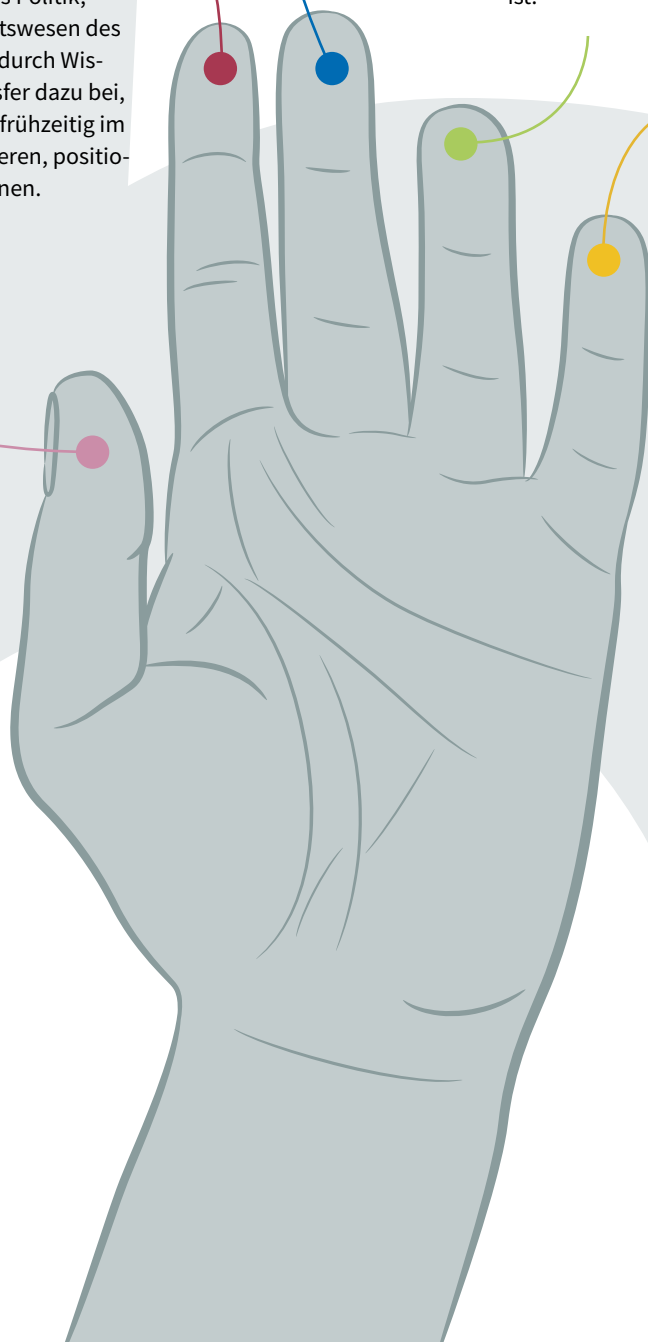
Der BMC dient seinen Mitgliedern zur Kontaktvermittlung und Kontaktpflege. Er kooperiert mit dem fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung und setzt langfristig auf Kooperation mit zahlreichen nationalen und internationalen Verbänden, die ähnliche Ziele verfolgen.

POLITISCHE ARBEIT

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

ENTWICKLUNGSARBEIT

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



NEUMITGLIEDER

Februar 2020 bis Februar 2021

- ▶ AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
- ▶ BFS Health Finance GmbH
- ▶ Biogen GmbH
- ▶ Boston Scientific Medizintechnik GmbH
- ▶ Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)
- ▶ Coloplast GmbH
- ▶ Dr. Becker Klinikgruppe
- ▶ DR. KADE / BESINS Pharma GmbH
- ▶ D4L data4life gGmbH
- ▶ Grünenthal GmbH
- ▶ medatixx GmbH & Co.KG
- ▶ MEDI-MARKT Homecare GmbH
- ▶ Med X GmbH
- ▶ MVZ der Thüringen-Kliniken G. Agricola GmbH
- ▶ Noscendo GmbH
- ▶ Preventicus GmbH
- ▶ samedy GmbH
- ▶ SOCIAL IMPACTOR
- ▶ Universitätsklinikum Tübingen – Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
- ▶ von Beust Collegen Beratungsgesellschaft
- ▶ WMP Healthcare GmbH

11



MITGLIEDERSTRUKTUR

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

- ▶ Algesiologikum GmbH
- ▶ AMEOS Spitalgesellschaft mbH Halle
- ▶ apolife GmbH & Co. KG
- ▶ blikk Holding GmbH
- ▶ Capio Deutsche Klinik GmbH
- ▶ Charité – Universitätsmedizin Berlin
- ▶ Dr. Becker Klinikgruppe
- ▶ Gesundheitsnetz Süd eG
- ▶ IMC Integrative Managed Care GmbH
- ▶ infusion@home Verwaltungs GmbH
- ▶ Institut für angewandte Telemedizin
- ▶ IVM plus GmbH
- ▶ IVPNetworks GmbH
- ▶ Kur+Reha GmbH
- ▶ MEDI GENO Deutschland e.V.
- ▶ Medizinische Einrichtung GmbH
- ▶ Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
- ▶ MoVA Institut für Moderne Verhaltenstherapie GmbH
- ▶ MVZ der Thüringen-Kliniken G. Agricola GmbH
- ▶ OcuNet GmbH & Co. KG
- ▶ OptiMedis AG
- ▶ patiodoc GmbH
- ▶ pro-samed GmbH
- ▶ RHÖN-KLINIKUM AG
- ▶ St. Franziskus-Stiftung
- ▶ Universitätsklinikum Tübingen
- ▶ Universitätsklinikum Tübingen – Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
- ▶ VRNZ – Verbund Radiologischer Nuklearmedizinischer Zentren e.V.
- ▶ ze:roPRAXEN GbR
- ▶ Zur Rose Group AG

Arzneimittel, Medizintechnik

- ▶ Abbott GmbH & Co Abbott Diabetes Care
- ▶ AbbVie Deutschland GmbH & Co. KGH
- ▶ ALK-Abelló Arzneimittel GmbH
- ▶ AveXis EU Limited
- ▶ Astellas Pharma GmbH
- ▶ AstraZeneca GmbH
- ▶ Baxter Deutschland GmbH
- ▶ Bayer Vital GmbH
- ▶ Berlin-Chemie AG
- ▶ Biogen GmbH
- ▶ Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KGaA
- ▶ Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
- ▶ Celgene GmbH
- ▶ Chiesi GmbH
- ▶ Clovis Oncology Germany GmbH
- ▶ Coloplast GmbH
- ▶ Daiichi Sankyo Deutschland GmbH
- ▶ Desitin Arzneimittel GmbH
- ▶ DR. KADE / BESINS Pharma GmbH
- ▶ Eisai GmbH
- ▶ FERRING Arzneimittel GmbH
- ▶ GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- ▶ Grünenthal GmbH
- ▶ Hexal AG
- ▶ Insmed Germany GmbH
- ▶ Intuitive Surgical
- ▶ Ipsen Pharma GmbH
- ▶ Janssen-Cilag GmbH
- ▶ Johnson & Johnson Medical GmbH
- ▶ Lilly Deutschland GmbH
- ▶ Merck Serono GmbH
- ▶ MSD Sharp & Dohme GmbH
- ▶ Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG.
- ▶ Myriad International GmbH
- ▶ Noscendo GmbH
- ▶ Novartis Pharma GmbH
- ▶ Novo Nordisk Pharma GmbH
- ▶ Nuuvera Deutschland GmbH
- ▶ PAUL HARTMANN AG
- ▶ Pfizer Deutschland GmbH
- ▶ Philips GmbH Market DACH
- ▶ Pro Generika e.V.
- ▶ PubliCare GmbH
- ▶ ResMed Germany Inc.
- ▶ Roche Diabetes Care Deutschland GmbH
- ▶ Roche Pharma AG
- ▶ ROVI GmbH
- ▶ SERVIER Deutschland GmbH
- ▶ SHL Telemedizin GmbH
- ▶ Shire Deutschland GmbH
- ▶ Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
- ▶ TEVA GmbH
- ▶ Tilray Deutschland GmbH
- ▶ Vifor Pharma Deutschland GmbH

Dienstleister, Beratungen

- ▶ AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
- ▶ admedicum Business for Patients GmbH & Co KG
- ▶ Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH
- ▶ Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
- ▶ BFS Health Finance GmbH
- ▶ Büro für gesundheitspolitische Kommunikation
- ▶ Cap4Health GmbH & Co. KG
- ▶ Capgemini Deutschland GmbH
- ▶ CareLutions GmbH
- ▶ Conclusys GmbH
- ▶ Elsevier Health Analytics
- ▶ fbeta GmbH
- ▶ FPZ: DEUTSCHLAND DEN RÜCKEN STÄRKEN GmbH
- ▶ Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
- ▶ gök Consulting AG
- ▶ GWQ ServicePlus AG
- ▶ health care akademie
- ▶ HGC GesundheitsConsult GmbH
- ▶ IGES Institut GmbH
- ▶ inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
- ▶ Innovation Health Partners GmbH
- ▶ jumed GmbH
- ▶ KovarHuss GmbH
- ▶ LIBERTAMED GmbH
- ▶ LinkCare GmbH
- ▶ Med X GmbH
- ▶ McKinsey & Company
- ▶ MedEcon Ruhr GmbH
- ▶ medicoles
- ▶ n:aip Deutschland GmbH
- ▶ NextHealth GmbH
- ▶ Pharmabrain GmbH
- ▶ Ratajczak & Partner Rechtsanwälte
- ▶ Rechtsanwälte M&P Dr. Matzen & Partner mbB
- ▶ Rechtsanwälte Wigge GbR
- ▶ Sanvartis GmbH
- ▶ SFL Regulatory Affairs & Scientific Communication GmbH
- ▶ SINHA – Beratung im Gesundheitswesen
- ▶ solutions Beratung GmbH
- ▶ spectrumK GmbH
- ▶ Systemische Gesellschaft e.V.
- ▶ The Boston Consulting Group GmbH
- ▶ Thieme Gruppe
- ▶ Vendus Sales & Communication Group GmbH
- ▶ von Beust Collegen Beratungsgesellschaft
- ▶ WIG2 GmbH
- ▶ WMP Healthcare GmbH

236
MITGLIEDER
Stand Dezember 2020

Verbände, Kammern

- ▶ Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)
- ▶ Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V.
- ▶ Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen & Onkologen in Deutschland e.V.
- ▶ Berufsverband der Yogalehrenden (BDY)
- ▶ BKK Dachverband e.V.
- ▶ BKK – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- ▶ Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
- ▶ Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.
- ▶ Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)
- ▶ Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)
- ▶ Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)
- ▶ Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
- ▶ Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvp)
- ▶ Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (dagnä)
- ▶ Deutsche Chiropraktoren-Gesellschaft e.V. (DCG)
- ▶ Deutsche Diabetes Gesellschaft
- ▶ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN)
- ▶ Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- ▶ Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- ▶ Deutscher Hausärzteverband e.V.
- ▶ Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V.
- ▶ Die Akkreditierten Labore in der Medizin – ALM e.V.
- ▶ European Association of Mail Service Pharmacies (EAMSP)
- ▶ Kassenärztliche Bundesvereinigung
- ▶ Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- ▶ Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
- ▶ Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- ▶ Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- ▶ Verband der Diabetes Beratenden Schulungsberufe e.V. (VDBD)
- ▶ Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek e.V.)
- ▶ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
- ▶ Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

IT, Digitalunternehmen, Start-Ups

- ▶ arztkonsultation ak GmbH
- ▶ BetterDoc GmbH
- ▶ BITMARCK Holding GmbH
- ▶ Cerner Health Services Deutschland GmbH
- ▶ CompuGroup Medical AG
- ▶ data experts GmbH
- ▶ Deutsche Arzt AG
- ▶ DITG GmbH
- ▶ D4L data4life gGmbH
- ▶ Doctolib GmbH
- ▶ EPatient Analytics GmbH
- ▶ gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
- ▶ gevko GmbH
- ▶ GMC Systems mbH
- ▶ HMM Deutschland GmbH
- ▶ IQVIA Commercial GmbH & Co. OHG
- ▶ KV.digital GmbH
- ▶ Linder GmbH
- ▶ m.Doc GmbH
- ▶ Medatixx GmbH & Co.KG
- ▶ MGS Meine-Gesundheit-Services GmbH
- ▶ msg systems ag
- ▶ Noventi GmbH
- ▶ Pegasystems GmbH
- ▶ Preventicus GmbH
- ▶ samedia GmbH
- ▶ Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer mbH
- ▶ Vilva Healthcare GmbH
- ▶ vitagroup AG

Krankenkassen, Versicherungen

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

Stiftungen, gemeinnützige Organisationen, Sonstige

- ▶ Bertelsmann Stiftung
- ▶ Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.
- ▶ Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
- ▶ fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
- ▶ Gesundheitsstadt Berlin GmbH
- ▶ praxisHochschule Köln
- ▶ Rheinische Fachhochschule Köln
- ▶ SOCIAL IMPACTOR
- ▶ Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
- ▶ Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou
- ▶ Stiftung Münch

Persönliche Mitglieder (überwiegend Gründungsmitglieder)

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

MITGLIEDER DES VORSTANDS



Prof. Dr. Volker Amelung

VORSTANDSVORSITZENDER
Medizinische Hochschule
Hannover; Geschäftsführer,
Institut für angewandte
Versorgungsforschung GmbH
(inav)



Dr. Susanne Eble

STELLV. VORSTANDSVORSITZENDE
Leiterin Gesundheitsmanagement,
Berlin-Chemie AG



Ralf Sjuts

STELLV. VORSTANDSVORSITZENDER
Geschäftsführender Gesellschafter,
patiodoc GmbH



Thomas Ballast

Stellv. Vorsitzender des Vorstands,
Techniker Krankenkasse



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

Vorstandsvorsitzender,
OptiMedis AG



Franz Knieps

Vorstand, BKK Dachverband e.V.



Ralph Lägél, MBA

Geschäftsführer,
Cap4Health GmbH & Co. KG

KOOPTEIERTE MITGLIEDER IM VORSTAND



Daniela Chase

Sales Excellence Lead,
Philips GmbH Market DACH



Dr. Lutz Hager

Stellv. Geschäftsführer,
ze:roPRAXEN GbR



Dr. Ursula Hahn

Geschäftsführerin,
OcuNet Verwaltungs GmbH



Cornelia Kittlick

Leiterin Strategische Projekte,
Kooperationen, Mitglied der
Geschäftsleitung, Thieme
TeleCare GmbH



Dr. Wolfgang Klitzsch

Ehem. Geschäftsführer,
Ärzttekammer Nordrhein



Antonia Rollwage

Referentin des Chief Digital Officers,
Charité – Universitätsmedizin Berlin



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Lehrstuhlinhaber für Medizin-
management, Universität
Duisburg-Essen



Prof. Dr. Peter Wigge

Vorstandsvorsitzender,
BMC Regional NRW e. V.; Rechts-
anwälte Wigge GbR, Münster

MITGLIEDER IM BEIRAT



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



Prof. Dr. Boris Augurzky
Leiter des Kompetenzbereiches
„Gesundheit“, RWI – Leibniz-Institut
für Wirtschaftsforschung e. V.;
Vorstandsvorsitzender, Stiftung
Münch



Prof. Dr. Andréa Belliger
Leitung Institut für Kommuni-
kation & 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, Universitäts-
klinikum Hamburg-Eppendorf



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



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Mitglied des Vorstands, Deutsche
Rheuma-Liga, Stellv. Unparteiisches
Mitglied im Gemeinsamen
Bundesausschuss (G-BA)

EHREN- MITGLIEDER



Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
EHRENVORSITZENDER



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



**Prof. Dr. Dr. Alexander
P. F. Ehlers**
Partner der Rechtsanwaltssozietät
Ehlers, Ehlers & Partner



Dr. Wolfgang Klitzsch
Ehem. Geschäftsführer,
Ärztchammer Nordrhein

RECHNUNGS- PRÜFER



Rudolf Bönsch
USP Unternehmensberatung



Hanswerner Voss
GCN HealthNet GbR



Prof. Dr. Peter Wigge

VORSTANDSVORSITZENDER

Fachanwalt für Medizinrecht,
Rechtsanwälte Wigge, Münster



Dr. Ursula Hahn

STELLVERTRETENDE

**VORSTANDSVORSITZENDE UND
SCHATZMEISTERIN**

Geschäftsführerin des OcuNet
Verbunds



Thomas Müller

MITGLIED IM VORSTAND

Vorstandsmitglied der Kassenärztli-
chen Vereinigung Westfalen-Lippe



Günter van Aalst

MITGLIED IM VORSTAND

Stv. Vorstandsvorsitzender der
Deutschen Gesellschaft für Tele-
medizin; Vorstand und Sprecher
des Innovationszentrums Digitale
Medizin des Universitätsklinikums
Aachen; Vorsitzender Forum
Telemedizin des Zentrums für
Telematik und Telemedizin



Dirk Ruiss

MITGLIED IM VORSTAND

Leiter der Landesvertretung NRW
des Verbandes der Ersatzkassen
e.V. (vdek)

GESCHÄFTSSTELLE



Dr. Patricia Ex
GESCHÄFTSFÜHRERIN



Malte Behmer
LEITUNG POLITIK



Christian Hinke
REFERENT



Silke Rühmann-Stibbe
ASSISTENZ DER GESCHÄFTSSTELLE



Nicole Diehlmann
REFERENTIN FÜR VERANSTALTUN-
GEN UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT
(seit Juni 2020)



Melina Ledeganck
JUNIOR-REFERENTIN
(seit April 2020)



FÜHRUNGSWECHSEL BEIM BMC

Dreieinhalb Jahre führte Patricia Ex den BMC, brachte den Verband digital voran und die Mitglieder stärker zusammen. Im April 2021 verlässt sie den Verband. In einem Steckbrief reflektiert sie die vergangene Zeit und wirft einen Blick in die Zukunft.

An welche Projekte erinnere ich mich besonders gerne?

Vier BMC-Kongresse, darunter der erste voll-digitale Kongress, fünf Studienreisen, die Projektführung eines internationalen Forschungsprojekts, der Ausbau der politischen Arbeit, aber auch das Führen durch die Corona-Pandemie – mit den Jahren verbinde ich unzählige Eindrücke.

„Ein großes Privileg der BMC-Arbeit war es, dass es immer Platz für neue Ideen gab.“

Eine besonders schöne Erinnerung bleibt die erste Studienreise mit Nachwuchsführungskräften: Wir fuhren ins Silicon Valley, waren als erste deutsche Besuchergruppe im neuen Apple Visitor

Center, zu Gast bei Google Health, in Stanford und bei meiner Alma Mater UC Berkeley. Die Woche mit den 14 hochmotivierten Personen war große Spitzenklasse. Und der eine oder andere lustige Abend war natürlich auch dabei.

Was hat mir bei der Arbeit im BMC am meisten Spaß bereitet?

Vom ersten Tag an war die Zusammenarbeit mit dem motivierten Team toll. Alle haben Freude, Projekte umzusetzen und mit Leben zu füllen, ihre Ideen einzubringen – dafür darf es abends auch mal länger werden. Gleiches gilt für die Zusammenarbeit mit dem Vorstand, die sehr vertrauensvoll ist. Beides habe ich als sehr inspirierend empfunden.

Ein großes Privileg der BMC-Arbeit war es, dass neue Ideen umsetzbar waren. Die Idee der Lotsenlandkarte entstand beispielsweise im Gespräch mit einer AG-Leiterin auf dem Weg zu einem BMC-Jahresempfang. Zwei Monate später haben wir mit den Recherchen begonnen. Viele neue Ideen entsprangen in Gesprächen mit dem Vorstand, den Mitgliedern oder innerhalb des Teams. Dann dachten wir: Das ist wirklich eine gute Idee, das sollten wir machen.

„Im Gesundheitswesen werden in den nächsten Jahren zahlreiche Veränderungen anstehen, gewollt oder ungewollt. Daher würde ich mich freuen, wenn noch mehr von diesem Spirit auf das breitere Gesundheitswesen überschwappt und dort Früchte trägt.“

Die wichtigsten Entwicklungen, die ich begleitet habe:

Hier stand die Digitalisierung der Geschäftsstelle im Vordergrund. Eine meiner ersten Amtshandlungen war es, Faxanmeldungen für BMC-Veranstaltungen abzuschaffen. Wenige Monate nach meinem Beginn trat die Datenschutzgrundverordnung in Kraft. Bei einer Kontaktdatenbank mit mehr als 10.000 Personen warteten also eine ganze Reihe an Aufgaben. Im Zentrum stand auch, die internen Prozesse im Team zu überdenken und zu digitalisieren. Daher waren wir gut vorbereitet, als die Corona-Pandemie uns im März kurzerhand ins Homeoffice versetzte.

Mein Fazit für die Zukunft des Gesundheitswesens?

Nach außen wird das Gesundheitswesen häufig als träge wahrgenommen. Im BMC sind hingegen so viele Personen engagiert, die ihre spezifische Perspektive und ihre Erfahrungen haben, aber gleichzeitig positiv und proaktiv das System gemeinsam gestalten wollen. Das ist eine große Stärke. Im Gesundheitswesen werden in den nächsten Jahren zahlreiche Veränderungen anstehen, gewollt oder ungewollt. Daher würde ich mich freuen, wenn noch mehr von diesem Spirit auf das breitere Gesundheitswesen überschwappt und dort Früchte trägt.

Was wünsche ich mir für den BMC zukünftig?

Aktuell steht der BMC inhaltlich, personell und finanziell hervorragend dar. Dafür war die Professionalisierung der Geschäftsstelle sehr wichtig und eine gesunde Mischung aus Inhalten und Veranstaltungen zu erreichen. In den ersten Jahren meines Wirkens haben wir interaktive Workshop-Formate stark ausgebaut. Im Fokus stand die gemeinsame Entwicklung neuer Lösungen und Konzepte – diese interaktiven, kreativen Formate erhielten enormen Zuspruch. Auch das Thema Nachwuchsarbeit und die Einbindung des BMC in internationale Netzwerke sind sehr relevant. Ich würde mich freuen, wenn der BMC das perspektivisch weiter ausbaut.

21

Die TeilnehmerInnen der Brown-Bag-Studienreise 2018 am Oakland Pier.



„DENKEN MUSS WEHTUN“

Seit gut zwei Jahren arbeitet der BMC an einem Strategieprozess, in dem auf Grundlage von aktuellen Strömungen und Trends Anregungen für das Gesundheitswesen erarbeitet werden. Bevor voraussichtlich in diesem Jahr Ergebnisse zur Diskussion präsentiert werden, haben wir dem Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. Volker Eric Amelung (VEA) und Vorstandsmitglied Franz Knieps (FK) einige Fragen dazu gestellt.

22

Wie nehmen Sie den Strategieprozess wahr?

VEA: Ehrlicherweise ist der Strategieprozess deutlich schwieriger, als wir uns das anfangs ausgemalt haben. Trotzdem bin ich sehr froh, dass wir uns nicht mit ersten Kompromissen zufriedengegeben haben. Es ist nicht entscheidend, drei Monate früher oder später fertig zu werden. So konnten wir nach intensiven, breiten Diskussionen das Grundkonzept anpassen, sodass wir jetzt ein engeres, fokussierteres Papier entwickeln. Denken muss wehtun.

FK: Ich bin ja schon lange im Gesundheitswesen unterwegs – und es gibt nie leichte und schnelle Antworten auf komplexe und komplizierte Fragen. Das ist uns auch beim BMC bewusst. Wir wollen dort diskutieren, Positionen permanent hinterfragen und uns nicht mit dem Pareto-Optimum zufriedengeben. Mal sehen, ob uns das gelingen wird.

Welchen Einfluss hat die gegenwärtige Pandemie auf die Diskussion?

FK: Die Covid-19-Pandemie hat dazu geführt, dass wir auf vielen Ebenen nachdenken und diskutieren. Wenn sich im Laufe der Pandemie die Einnahmensituation für das Solidarsystem verschlechtert, was sind dann die zentralen Werte, die für unsere Gesundheitsversorgung essenziell sind? Darauf brauchen wir meines Erachtens eine gute



Antwort und müssen vor allem jetzt agieren, um an diesen Werten festzuhalten.

VEA: Viele von uns sind vermutlich momentan extrem verunsichert, wollen viel diskutieren und sind aber gleichzeitig auch etwas erschöpft von den vielen Expertenmeinungen und Positionspapieren. Aber Covid-19 forciert die Diskussionen über die grundlegenden Werte in unserem Gesundheitssystem. Diese war in den letzten Jahren deutlich zu kurz gekommen und ich freue mich sehr, dass Public Health wieder ein zentrales Thema wird.

Die Vorstandsmitglieder während der Vorstandsklausur 2018 auf Schwanenwerder.

„Wir regen an, mehr Ökonomie im Gesundheitswesen zu wagen. Ökonomie wird häufig als Ökonomisierung missverstanden, aber das ist Quatsch.“

Prof. Dr. Volker E. Amelung



Das neue Papier ist fokussierter als alte Entwürfe. Was ist einer der Schwerpunkte, Volker Amelung?

VEA: Wir regen an, mehr Ökonomie im Gesundheitswesen zu wagen. Ökonomie wird häufig als Ökonomisierung missverstanden, aber das ist Quatsch. Richtig ausgerichtet kann Gesundheitsökonomie wichtige Impulse vor allem für eine nutzenorientierte Gesundheitsversorgung liefern.

Für mehr Nutzenorientierung könnten wir uns beispielsweise die Potenziale von Nudging zu eigen machen, das immerhin mit diversen Nobelpreisen ausgezeichnet wurde. Es geht darum, unser System attraktiver zu gestalten. Viele Ansätze zur Verhaltensänderung im Gesundheitswesen haben etwas preußisch Freudloses. Nur leider klappt das häufig nicht. Also stellen wir uns die Frage, wie es für alle Beteiligten – Beschäftigte im Gesundheitswesen, Patientinnen und Patienten in einem Versorgungsprogramm, MitarbeiterInnen einer Krankenkasse – leichter wird, das Richtige zu tun. Damit können kleine Interventionen große Wirkungen haben.

Ein weiterer Schwerpunkt dreht sich um Daten und Qualitätsmessung. Franz Knieps, was wird dort thematisiert?

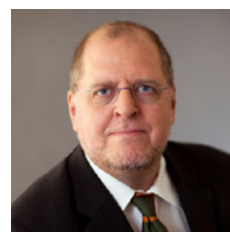
FK: Ein altbekanntes Problem ist, dass unser Gesundheitssystem angelegt ist, Menge zu erbringen, nicht Qualität. Dank neuer Technologien und der Fähigkeit, große Datenmengen zu analysieren, können gerade chronisch kranke Menschen in Zukunft besser und personalisierter versorgt werden. Die Erhebung und Veröffentlichung aufbereiteter Versorgungsdaten über Leistungserbringer und sektorenübergreifende Behandlungsverläufe wird dabei immer wichtiger.

Unabhängig davon, ob im Gesundheitssystem bestimmte Daten vorhanden sind, fehlt Patientinnen und Patienten jegliche Transparenz, um informierte Wahlentscheidungen zu treffen. Es ist nicht hinnehmbar, wie viele Sozialdaten erhoben und verarbeitet werden, aber wenn Patientinnen und Patienten einen geeigneten Behandlungsort suchen, müssen sie sich auf die Empfindung Einzelner in privaten Bewertungsportalen verlassen.

Und als Fazit?

VEA: Beim letzten Punkt bin ich ja eher bei Mintzberg – man darf das Messen nicht überschätzen! Extrem viel wissen wir, auch ohne es exakt zu messen – entscheidender ist, konsequent zu handeln und auch durchaus mal Konflikte zu akzeptieren.

Insgesamt ist mir besonders wichtig, mit dem BMC einen Ort zu schaffen, in dem viel und leidenschaftlich und kontrovers diskutiert wird, man es sich nicht zu einfach macht und trotzdem viel Spaß hat, das Gesundheitssystem pragmatisch im Sinne der Patienten und Patientinnen und den dort Beschäftigten weiterzuentwickeln.



Franz Knieps und Prof. Dr. Volker Amelung berichten zum aktuellen Strategieprozess.

MEHR VERNETZUNG, MEHR PATIENTENORIENTIERUNG, MEHR EFFIZIENZ

BMC-Kongress mit Rekordzahlen und ambitionierten Zielen

24





„Eine super Leistung mit hohem Mehrwert. Durchweg hochwertige und praxisnahe Beiträge und Referenten sowie interessante Formate, die eine aktive digitale Teilnahme ermöglichten. Man konnte sich kaum entscheiden, wo man am Liebsten dabei sein wollte. Deshalb auch ein Danke für die Aufzeichnung der Sessions zum Nachhören!“

Dr. Dominique Jaeger, Rechtsanwältin M&P Dr. Matzen & Partner

Sollte es an der Covid-19-Pandemie etwas Positives geben, gehört das wachsende Interesse an der Gesundheitsversorgung definitiv dazu. 855 TeilnehmerInnen in über 40 Sessions zeugten beim erstmals digital durchgeführten 11. BMC-Kongress im Januar nicht nur vom großen Gesprächsbedarf auch unter Expertinnen und Experten. Sie führten das jährliche, mit spannenden und kontroversen Diskussionen vollgepackte Veranstaltungshighlight des BMC auch auf Rekordkurs. Statt Bestwerten nach dem olympischen Motto „höher, schneller, weiter“ wurden eher die Stichworte „koordinierter, zielgenauer, effizienter“ zum wiederkehrenden Leitgedanken der beiden Kongresstage.

Welche Lehren sind aus der Pandemie zu ziehen?

Bereits zur Eröffnung betonte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, wie bedeutend eine funktionierende Koordination und Vernetzung für eine wirksame Versorgung sei. Bei der Pandemiebekämpfung betreffe dies z.B. Labor- und Intensivkapazitäten aber auch Gesundheitsdaten. So gesehen bedauerte er, dass die elektronische Patientenakte (ePA) erst zum Jahresbeginn gestartet sei, wäre sie doch bereits im letzten Jahr sehr hilfreich gewesen. Spahn warnte zugleich, die aktuell hohen Ausgaben für Digitalisierung und Pandemiebekämpfung allein als Kostenfaktor wahrzunehmen. Vielmehr seien diese als Investitionen in eine bessere Versorgung zu begreifen, die sich langfristig auszahlen.

Der BMC-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Volker Amelung spannte in seiner Begrüßung einen weiteren Bogen, welche Lehren aus der Pandemie zu ziehen seien. Es habe sich gezeigt, dass Versorgung nur im Zusammenspiel von Berufsgruppen, Technologien und Systemen funktioniere. Ein Krankenhausbett ohne qualifizierte Pflegekraft sei wirkungslos. Entsprechend müsse künftig die Arbeitszufriedenheit bei den Gesundheitsberufen achtsamer verfolgt werden, um die Personalausstattung sicherzustellen. Weiterhin sei deutlich geworden, dass Gesundheit mit anderen gesellschaftspolitischen Zielen wie dem Zugang zu Bildung oder wirtschaftlicher Entwicklung im Wettbewerb stehe. Zwischen diesen gelte es abzuwägen, was Gesundheitspolitik allein nicht bewältigen könne. Nicht zuletzt brachte Amelung seine Hoffnung zum Ausdruck, jene in der Krise erfolg-

ten Anpassungen der Versorgung, die sich als positiv herausgestellt hätten, dauerhaft zu erhalten. Digitale Versorgungslösungen und Videosprechstunden seien dafür Beispiele. Mit Blick auf die sich abzeichnende Diskussion zur Dämpfung der pandemiebedingten Kosten empfahl er stattdessen eine Effizienzinitiative. Diese müsse neben Potenzialen durch die Digitalisierung auch auf mehr Patientenorientierung abzielen, um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu minimieren.

Patientenorientierung führt zu besseren Versorgungsergebnissen

Überhaupt wurde die Forderung nach mehr Patientenorientierung in allen Keynote-Vorträgen erhoben. Prof. Ellen Nolte von der London School of Hygiene and Tropical Medicine stellte vor allem Verbesserungsbedarf bei chronischen Erkrankungen fest. Aktuell fehle eine systematische Messung von Patientenbedarfen und -erfahrungen, an der



„Besonders überrascht und beeindruckt war ich von der Interaktivität im virtuellen Raum. Ich habe einige Sessions besucht, bei denen nur kurze Präsentationsinputs und im Anschluss sehr lebhaft Diskussionen mit den Referenten und den Teilnehmern stattgefunden haben. Ich war etwas skeptisch, ob dies virtuell gelingt. Erfreut habe ich die letzten beiden Tage das Gegenteil miterlebt.“

Oliver Strehle, fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung

die Versorgung neu ausgerichtet werden müsse. Grundsätzlich müssten Patientinnen und Patienten als Experten ihrer eigenen Gesundheit begriffen und in Behandlungsstrategien einbezogen werden. Auch müssten die Anstrengungen für Health Literacy nicht nur auf die Wissensvermittlung an einzelne Personen, sondern an die Öffentlichkeit insgesamt ausgerichtet sein. Durch Beteiligung aller Gesundheitsberufe habe Großbritannien diese Public Health-Aufgabe professionalisiert und gute Erfolge verzeichnet. Die deutsche Versorgung habe zwar schnell auf die Pandemie reagiert, erreiche die europäischen Gesundheitsziele jedoch nur mittelmäßig, weshalb hier ein Austausch von Best Practices sinnvoll sei.

Klaus Bürg, Managing Director von Amazon Web Services, und Katharina Jünger, Gründerin und CEO von Teleclinic, ergänzten dies aus der Perspektive der digitalen Wirtschaft. So biete sich durch die Digitalisierung die Chance, die Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten enger zu vernetzen und Anwendungen schneller zum Nutzer zu bringen. Bürg erläuterte, Innovation müsse von den Patientenbedürfnissen ausgehen und „rückwärts“ zum Produkt entwickelt werden, um am Ende die NutzerInnen zu erreichen. Dabei seien Scheitern und Erfinden Zwillinge im Innovationsprozess, die es nicht nur in Forschungsabteilungen zu akzeptieren gelte. Jede und jeder Beteiligte in der Versorgung müsse dies verinnerlichen und daran mitwirken. Jünger bemängelte, dass dafür aktuell noch die nötigen Strukturen fehlten. Patientenwünsche würden nicht ausreichend berücksichtigt, weil die Politik eine nachfragegetriebene Versorgung scheue. Dies werde am Beispiel der Videosprechstunde deutlich, die sich in der Pandemie großer Beliebtheit erfreue, aber durch die begrenzte Abrechnungsfähigkeit pro Quartal und den Pflichtanteil von Präsenzprechstunden für Ärztinnen und Ärzte unnötig eingeschränkt werde. Wer es mit der Digitalisierung ernst meine, müsse diese radikaler vorantreiben und den Wettbewerb zwischen Anbietern fördern.

„Ich bin immer wieder gerne dabei und nehme sehr viele neue Impulse mit. Beim BMC-Kongress sind ja auch immer internationale Experten eingeladen – diesen Blick über den Tellerrand finde ich sehr hilfreich.“

Dr. Martina Kloepfer, Institut für Gender-Gesundheit



Digitale Lösungen allein sorgen noch nicht für Vernetzung

Wie die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung konkret beschleunigt werden kann, wurde im Anschluss in zahlreichen Fachforen thematisiert. Positiv bewertet wurde der Start der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und das Bewertungsverfahren im BfArM, das durch einen kooperativen Austausch geprägt sei. Für einen dauerhaften Versorgungseffekt seien jedoch noch viele Aufgaben zu erledigen. Neben der bislang fehlenden Interoperabilität von DiGAs und ePA müsse vor allem das Vertrauen von Ärztinnen und Ärzten in die neuen Technologien erhöht werden, um Veränderungsbereitschaft zu erzeugen. Dafür seien Aufklärung und transparente Kommunikation bspw. durch direkten Zugang zu klinischer Evidenz erforderlich. Auch müsse der tatsächlich entstehende Nutzen klarer werden. Der bloße Download einer App sei noch kein Erfolg, vielmehr wünschten sich die Kassen Versorgungsdaten aus den DiGAs zu erhalten, um patientenrelevante Ergebnisse messen zu können. Diese könnten offene Fragen zur Wirtschaftlichkeit beantworten und zugleich für outcomebasierte Preismodelle genutzt werden, die von Kassen und Anbietern gleichermaßen befürwortet wurden.

Deutlich wurde aber auch, dass jenseits der DiGAs noch viele offene Baustellen bestehen. Bemängelt wurde ein fehlender Masterplan für die digitale Entwicklung der Versorgung, der Schnittstellen zwischen den zahlreichen neuen Technologien und Anwendungen definiere. So schaffe z.B. das e-Rezept erst in Verbindung mit ePA und Medikationsplan einen echten Mehrwert. Vor allem fehle

„Es hat uns alle etwas gefordert, aber wir sind vielfach von der Qualität der Beiträge belohnt worden. Aber die Sehnsucht bleibt: sich endlich wieder persönlich treffen können.“

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG



„[...] mit Henry Mintzberg hatte der Kongress seinen krönenden Abschluss gefunden. Ein wirklich inspirierender Event!“

Claudia Draemann, BIG direkt gesund



2 Kongresstage



855 TeilnehmerInnen
(davon 50% Frauen)



176 GastrednerInnen
(davon 42% Frauen)



44 Sessions



1.000 Ideen

es aber an einer Strategie, mit der neben den technischen Anforderungen auch die Akzeptanz von Gesundheitsberufen und Patientinnen und Patienten für digitale Lösungen erreicht werden kann. Beide Gruppen versprechen sich viel von einer effizienten datenbasierten Patientensteuerung, die Fehlversorgung verhindere. Voraussetzung dafür sei aber, dass Patientinnen und Patienten vorab möglichst präzise profiliert werden, um den individuellen Bedarf zu klären. Diesen Schritt könnten sie – auch mit digitaler Unterstützung – nicht alleine, sondern nur mit professioneller Unterstützung leisten.

Interprofessionelle Zusammenarbeit stärkt Koordination und Effizienz

Weitere Sessions diskutierten die ausbaufähige Arbeitsteilung und Koordination in der noch immer stark arztzentrierten Versorgung. Mittlerweile bestünden ausreichende Erfahrungen mit neuen Berufsbildern wie z.B. Community Health Nurses, Fachassistenten oder Physician Assistants, die Ärztinnen und Ärzte in Delegation unterstützen könnten. Oftmals fehle es aber noch am Zuspruch der Berufsverbände, die Veränderungen als Bedrohung betrachteten oder zumindest misstrauisch beobachteten. Mit Uneinigkeit sei die Politik aber nicht dafür zu gewinnen, den teilweise noch fehlenden rechtlichen Rahmen für neue Berufsbilder zu schaffen. Fortschritte seien daher nur zu erwarten, wenn die verschiedenen Gesundheitsberufe Vertrauen zueinander entwickelten.

Voraussetzung dafür seien zunächst klar geklärte Rollen und Aufgaben der unterschiedlichen Akteure. Diese dürften nicht in Konkurrenz zueinander auftreten und müssten zudem über ausreichend kommunikative Fähigkeiten verfügen. All dies könne mit einer gemeinsamen interprofessionellen Ausbildung gelingen. Wie es funktionieren kann, könne man am Beispiel der „Clinical Education Wards“ in Schweden beobachten. Die gemeinsamen Ausbildungsstationen, in denen

verschiedene Professionen eigenständig unter Supervision versorgen, würden in Deutschland bereits an einigen Standorten erprobt und sorgten dafür, dass die effiziente Zusammenarbeit der Berufsgruppen bereits frühzeitig erlernt und angewandt werde.

Ein Appell für mehr Kooperation zum Abschluss

Am Ende des Kongresses wurde es dann noch einmal grundsätzlich. Prof. Henry Mintzberg, Managementlegende an der kanadischen McGill University, präsentierte klare Gedanken zum Umbau der Gesundheitsversorgung, der statt detaillierter Maßnahmenpläne eine grundlegende Strategie erfordere. Aktuell gebe es einen dysfunktionalen Wettbewerb, der zu viel um Budgets und Betten ausgefochten werde und zu wenig um gute Ideen. Hierfür brauche es mehr Zusammenarbeit zwischen allen Versorgungsebenen. Tatsache sei aber, dass die verschiedenen Beteiligten aus Therapie, Pflege, Management und Verwaltung bislang nicht ausreichend miteinander kommunizierten und stattdessen allein nach Lösungen suchten. Ein gemeinsames Verständnis und vor allem gemeinsame Verantwortung für die erbrachte Versorgung sei dringend geboten. Dies sei umso wichtiger, als der Trend zur Spezialisierung in der Medizin fortschreite. Das Denken in Erkrankungskategorien habe zwar die Medizin erheblich verbessert und faszinierende Therapien hervorgebracht. Neue oder komplexe Erkrankungsbilder, Multimorbidität und informierte Patientinnen und Patienten, die an der Therapieentscheidung beteiligt werden wollen, zeigten jedoch, dass diese Methode nicht immer Erfolg verspreche. Teamarbeit und die gemeinsame Suche nach Lösungen müssten daher an Bedeutung gewinnen.

BMC ALS SACHVERSTÄNDIGER GEFRAGT

Ein Jahr vor der Bundestagswahl machte die Politik in Sachen Gesetzgebung weiter Tempo. Der BMC war als Sachverständiger bei mehreren Vorhaben dabei und brachte konkrete Änderungsvorschläge ein. Im Konzert der zahlreichen Verbände und Institutionen ist der BMC mittlerweile eine feste Größe, die bei Abgeordneten und im Gesundheitsministerium Gehör findet.

28

Digitale-Gesundheitsanwendungen- Verordnung

Im Frühjahr nahm der BMC Stellung zur Rechtsverordnung zum Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) mit dem das BMG die Anforderungen für den Zugang zum DiGA-Verzeichnis beim BfArM präziserte.



- ▶ Zügige Planungssicherheit für DiGA-Anbieter
- ▶ Breite Auslegung der mit dem DVG eingeführten Verfahrens- und Strukturverbesserungen
- ▶ Betonung von Patientensouveränität und Stärkung der Gesundheitskompetenz
- ▶ Datenschutzrechtliche Klarstellungen, die die Akzeptanz der Patienten fördern
- ▶ Zwingende Überführung von DiGA-Daten in die ePA, was für die Koordination von Behandlungsabläufen essenziell ist



- ▶ Hersteller sollten neben vertragsärztlichen Leistungen auch andere Sektoren oder therapeutische Leistungen benennen können, die für die DiGA erforderlich sind
- ▶ Neben vergleichenden Studien sollten auch Beobachtungsstudien zur Bewertung von Verfahrensverbesserungen herangezogen werden können
- ▶ DiGA sollten durch weitere Leistungserbringer verordnet werden können, wenn diese in entsprechenden Fachgebieten tätig sind
- ▶ Der Umfang der nachgewiesenen Versorgungseffekte sollte beim Erstattungsbetrag berücksichtigt werden (Pay for Outcome)
- ▶ Nach Marktzugang sollte der Nutzen mit Hilfe von Real-World-Data weiter untersucht und ggf. die Erstattung angepasst werden



- ▶ SGB-übergreifende Versorgungsformen werden ermöglicht
- ▶ Regional begrenzte Versorgungsinnovationen werden explizit ermöglicht und damit der Ablehnungspraxis durch das BAS widersprochen
- ▶ Auch nicht-ärztliche Leistungserbringer können an Versorgungsverträgen beteiligt werden, wodurch die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt wird
- ▶ Koordinierungs- und Managementaufgaben können an Dritte vergeben werden, was eine effiziente Arbeitsteilung ermöglicht
- ▶ Wirtschaftlichkeitsnachweis binnen vier Jahren entfällt
- ▶ Innovationsfondsprojekte können nach Förderende ohne weitere Prüfung als 140a-Vertrag fortgesetzt werden



- ▶ Die Fortführung von Innovationsfondsprojekten als Selektivvertrag ist allenfalls eine Übergangslösung, Ziel muss die Regelversorgung bleiben
- ▶ Nach wie vor fehlen Anreize für die Beteiligung an und die Skalierung von Selektivverträgen
- ▶ Die Prüfpraxis des BAS muss durch einen konkreten gesetzlichen Auftrag verändert und mit den Aufsichtsbehörden der Länder harmonisiert werden
- ▶ Krankenkassen sollten Dritte nicht nur an Verträgen beteiligen, sondern auch anonymisierte Sozialdaten teilen können
- ▶ Unnötiger Aufwand und ggf. einseitige Vertragsabbrüche durch die Pflicht, Altverträge bis Ende 2024 in die Neuregelung zu überführen

Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

Nachdem ein kurzfristiger Änderungsantrag noch gescheitert war, wurde im Herbst mit dem GPVG ein eigenes Gesetz u. a. zur Stärkung der Selektivverträge vorgelegt. Der BMC brachte Anregungen im Rahmen von Stellungnahmen und Anhörungen in Ministerium und Bundestag ein.

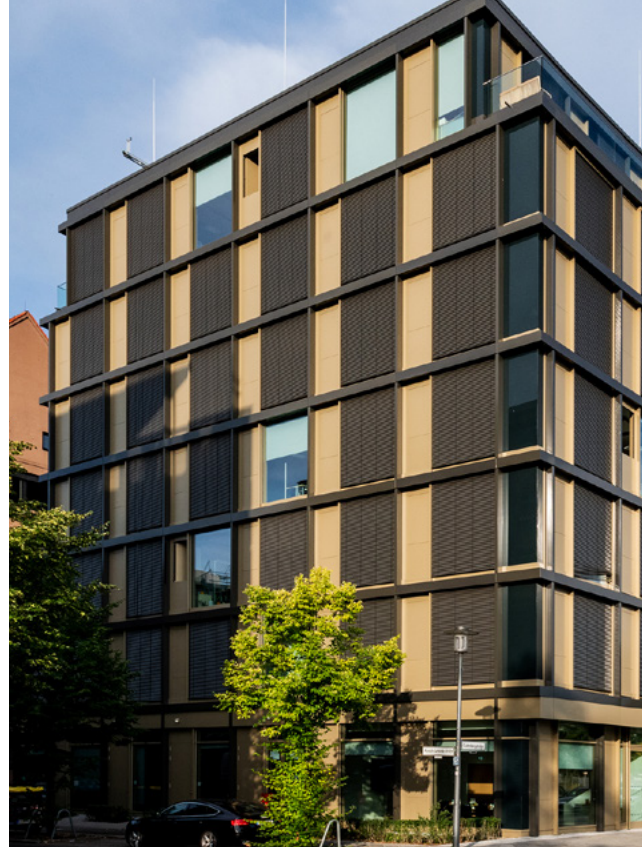
Unterstützung für die Gesundheitswirtschaft

Während des ersten Lockdowns bat die Berliner Senatsverwaltung für Wirtschaft den BMC um Hinweise, welchen Unterstützungsbedarf die Gesundheitswirtschaft habe, um die Auswirkungen abzumildern. Dazu wurden u. a. folgende Vorschläge eingereicht:

- ▶ Die erhöhten Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern (z.B. durch erhöhte Preise für notwendige Hilfsmittel) sollten finanziert werden um die Existenz dieser Einrichtungen zu sichern.
- ▶ Die im Krankenhausentlastungsgesetz enthaltenen Maßnahmen müssen regelmäßig neu bewertet und ggf. an den Bedarf angepasst werden.
- ▶ Verfügbare Ressourcen (z.B. Intensivbetten) müssen transparent werden, Vorhaltungskosten und bereitgestellte Notfallkapazitäten finanziert werden.
- ▶ In der ambulanten Versorgung sind zum Ausgleich der finanziellen Belastungen in erster Linie steuerliche Regelungen denkbar, bspw. eine Reduzierung der Steuervorauszahlungen.
- ▶ Für die Produktionsstandorte der Industrie sollten Standortdienstleistungen wie Kantine, Reinigungsdienste, Kitas etc. möglichst zügig geöffnet werden, um die Mitarbeiter in der kritischen Infrastruktur zu unterstützen und Personalausfällen vorzubeugen.
- ▶ Schutzmaterialien müssen bereitgestellt und bevorratet werden, insbesondere für medizinisches und pflegerisches Personal, Corona-Tests sollten ausgeweitet werden (auch hier mit Schwerpunkt auf Personal aus Medizin und Pflege).
- ▶ Der ÖGD muss gestärkt sowie Präventionsangebote ausgebaut werden, um zukünftige Pandemien zu vermeiden.

NEUES AUS DEM INNOVATIONSFONDS

30



+++ CHANCEN DES INNOVATIONSFONDS IN DER COVID-19-PANDEMIE SICHERN +++

Im Zuge der Corona-Pandemie stehen die laufenden Innovationsfondsprojekte besonderen Belastungen gegenüber. Beispielsweise sind durch Schwierigkeiten bei der Rekrutierung und den Aufschub elektiver Behandlungen im stationären Bereich Anpassungen der Versorgungs- und Evaluationskonzepte nötig. Zusätzlich wird der interne und externe Abstimmungs- und Kommunikationsprozess zwischen einer Vielzahl von Partnern erschwert. Dadurch entsteht ein erheblicher und unmittelbarer Mehraufwand für die Projekte. Der Innovationsausschuss hat in diesem Zusammenhang deshalb in der ersten Jahreshälfte die betroffenen Projekte dazu aufgefordert, eine formlose Einschätzung der Folgen auf ihre jeweiligen Projekte abzugeben.

In der BMC-Arbeitsgruppe „Geförderte Innovationsfondsprojekte“ sind seit einigen Jahren bereits viele der Projekte vernetzt und in regelmäßigem Austausch aktiv. Deshalb hat sich der BMC in Abstimmung mit diesen dazu entschlossen, dem Innovationsausschuss konkrete Vorschläge zu unterbreiten, die es laufenden Innovationsfondsprojekten ermöglichen, ihre Ziele trotz Pandemie zu erreichen:

Umwidmungsanträge erleichtern

Bis zu 10 Prozent des Projektvolumens und Laufzeitverlängerungen, die häufig sehr viel Ressourcen binden und vor allem zu einem zeitlichen Verzug führen, sollten formlos möglich sein. Kein Projekt sollte jetzt länger auf eine Prüfung warten müssen.

Mittelverwendung flexibilisieren

Die Mittelverwendung sollte flexibilisiert werden, indem Abweichungen, z.B. von bis zu 10 Prozent des Projektvolumens wie in vielen anderen Förderprogrammen üblich, nicht genehmigungs-, sondern rechnungspflichtig sind.

Anzeigepflicht entschärfen

Die Anzeigepflicht bei Änderungen, z.B. im Evaluationskonzept, sollte auf grundlegende Veränderungen beschränkt werden.

Evaluation der Auswirkungen

Die inhaltlich operativen Auswirkungen von Covid-19 auf die Projekte, insbesondere auf die Patient Journey der untersuchten Gruppe und auf die Arbeitsweise der handelnden Akteure, sollte mithilfe von Fragebögen evaluiert werden.



+++ PATRICIA EX IN DEN EXPERTENPOOL DES INNOVATIONSFONDS BERUFEN +++

BMC-Geschäftsführerin Patricia Ex wurde in den Expertenpool des Innovationsfonds berufen. Der ehrenamtlich tätige Expertenpool wurde im Rahmen des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) initiiert und löst den bisher tätigen Expertenbeirat ab. Er setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft und Versorgung zusammen

und wird auf Basis eines Vorschlagsverfahrens vom Innovationsausschuss benannt. Die Experten führen in ihrer Funktion Begutachtungen der eingegangenen Förderanträge durch und geben Empfehlungen an den Innovationsausschuss ab. Die Benennung erfolgt für zwei Jahre.

+++ BMC NUTZT DAS KONSULTATIONSVERFAHREN +++

Zur Identifizierung von zukünftigen Förderthemen unter dem Einbezug externer Expertise hat der Innovationsausschuss das Konsultationsverfahren gestartet. Hierbei können Akteure des Gesundheitswesens, die nicht dem Innovationsausschuss angehören, Vorschläge für Themen und Kriterien zur Förderung von neuen Versorgungsformen, der Versorgungsforschung und der Evaluation von Richtlinien des G-BA einbringen.

Der BMC hat für das erste Konsultationsverfahren einige Versorgungslücken identifiziert, die in bisherigen Förderbekanntmachungen nicht oder nicht ausreichend angesprochen wurden, und insgesamt sieben Vorschläge für zukünftige Förderbekanntmachungen eingereicht. Zwei Vorschläge betreffen den Bereich der Versorgungsforschung und sollen die Verbesserung der intersektoralen Prozessqualität sowie die datenbasierte Abgrenzung von homogenen Versorgungsregionen adressieren.

Im Bereich der neuen Versorgungsformen hat der BMC fünf Themenvorschläge platziert. Ein Thema beschäftigt sich damit, durch sozialleistungs-trägerübergreifende Versorgungsmodelle Versorgungsbedarfe in Regionen mit besonderer Einwohnerstruktur hinsichtlich soziodemografischem oder -ökonomischem Status, Migrationshintergrund usw. zu fördern. Ein weiteres Thema adressiert den Zugang spezifischer Patientengruppen (z. B. Schwangere, ältere und pflegebedürftige Menschen) zu psychotherapeutischen Leistungen. Im Vordergrund stehen Konzepte zur Vereinfachung des Zugangs und die Steigerung der Früherkennung potenzieller psychotherapeutischer Versorgungsbedarfe. Die weiteren Themenvorschläge beschäftigen sich darüber hinaus mit der Übertragung international bewährter Versorgungskonzepte in Deutschland, Versorgungsmodellen zur Steigerung der Zufriedenheit von Gesundheitspersonal und der zielgruppengerechten Kommunikation von Gesundheitsthemen zwischen verschiedenen LeistungserbringerInnen und PatientInnen.

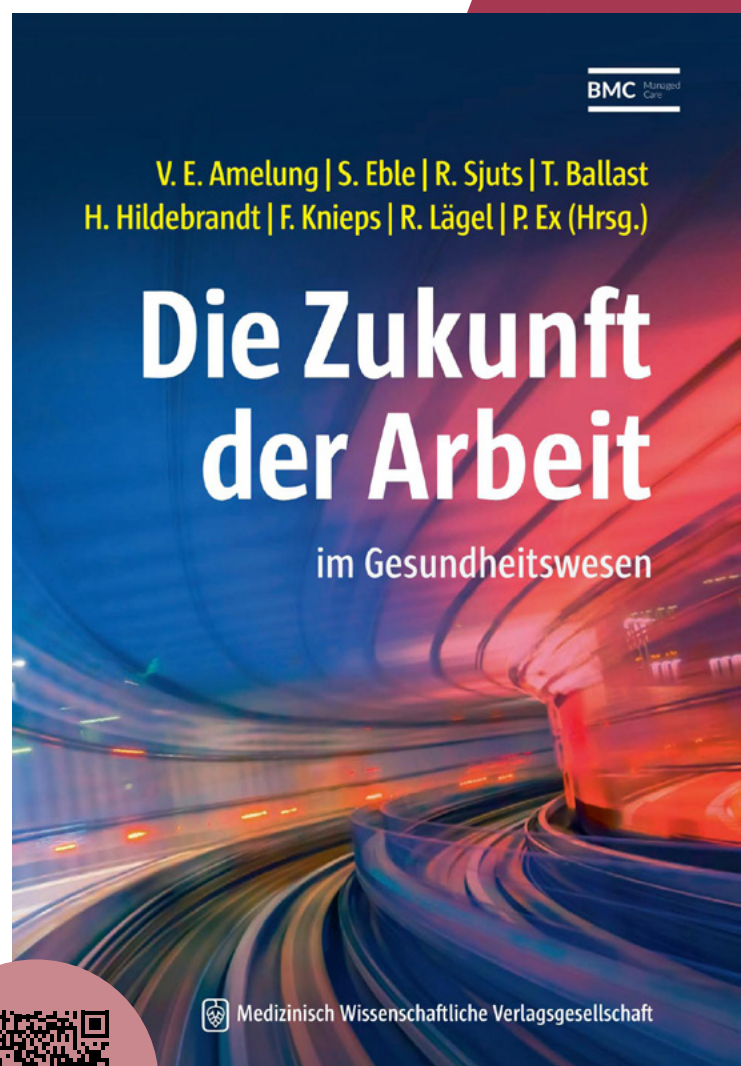
BMC-SCHRIFTENREIHE VIII: DIE ZUKUNFT DER ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN

Im Juni 2020 wurde Band VIII der BMC-Schriftenreihe veröffentlicht: „Die Zukunft der Arbeit“ beleuchtet die großen Strategie- und Handlungsfelder zur Gestaltung der zukünftigen Arbeitswelten im Gesundheitswesen.

32

Als wir die Inhalte im Sommer 2019 konzipierten, konnten wir nicht ahnen, wie relevant das Buch bei seiner Veröffentlichung sein würde. Bereits vorab wurde deutlich, dass Umbrüche in der Arbeitswelt auch im Gesundheitswesen bevorstehen – von neuen Beschäftigungsformen und Erwartungen an Arbeitgeber, neuen beruflichen Rollen und Formen der Zusammenarbeit, sich wandelnden personellen Anforderungen, bis hin zu neuen Möglichkeiten durch Einführung digitaler Arbeits- und Versorgungsprozesse. Das Buch betrachtet neue Herausforderungen im Kontext der zum Teil massiven Veränderungen von Technologie, Gesellschaft und Politik. Welchen Beitrag können digitale Lösungen liefern? Welche Instrumente und Organisationsmodelle sollen eingesetzt werden, um beides zu erreichen: eine gute und menschliche Versorgung sowie ein gesundes und inspirierendes Arbeitsumfeld?

35 Artikel von 68 Autorinnen und Autoren aus dem BMC-Umfeld sollen inspirieren, vielfältige neue Lösungswege zu suchen und konstruktiv zu gestalten, anstatt in verkrusteten Diskussionen zu verharren. Damit setzen die Beiträge in einem Mix aus wissenschaftlichen Hintergrundartikeln und Einblicken aus der Praxis wichtige Impulse zur Gestaltung der zukünftigen Arbeitswelten im Gesundheitswesen – auch für die Zeit nach der Pandemie.



Das Buch ist auch als E-Book erschienen, mit der Möglichkeit zum Download der Beiträge.

Amelung, Volker Eric; Eble, Susanne; Sjuts, Ralf; Ballast, Thomas; Hildebrandt, Helmut; Knieps, Franz; Lägél, Ralph, Ex, Patricia (Hrsg.) (2019): Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen.

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

ISBN: 978-3-95466-507-5

DIE SCHWERPUNKTE FÜR DAS VERSORGUNGSSYSTEM DER ZUKUNFT

1

EINLEITUNG UND HINTERGRUND

- Ressource Mensch im Gesundheitswesen
- Trends
- Strukturwandel
- Reformansätze
- gute Pflege und Patientenzufriedenheit
- von Systemen zu Netzwerken

4

BERUFSBILDER UND AUSBILDUNG DER ZUKUNFT

- Entwicklung von Berufen
- Reformstudiengänge Medizin
- Akademisierung
- Akademische Pflege
- Physician Assistants und Lotsenkonzepte
- Aus- und Weiterbildung

2

WANDEL IM ARBEITSMARKT GESUNDHEIT

- New Work
- Arbeitszeitmodelle
- Beschäftigungsformen
- Führung
- Personalentwicklung und -rekrutierung
- Relevanz von Geschlecht und Generation

5

EINFLUSS DER DIGITALISIERUNG UND NEUER TECHNOLOGIEN

- Digitalisierung vs. digitale Transformation
- Akzeptanz
- Bildung
- analog, elektronisch, smart
- Berufliche Anforderungen
- Arbeits- und Versorgungsprozesse
- Praxis-Apps

3

INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT

- theoretische Grundlagen
- Status Quo
- Interprofessionalität
- Zusammenarbeit in Arztnetzen und Krankenhäusern
- sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung

UNSER HERZLICHER DANK GILT ALLEN AUTORINNEN UND AUTOREN:

F.C. Afraz · V.E. Amelung · W. Bachmann · D. Baumann ·
H.-J. Beckmann · A. Belliger · P. Berchtold · A. Berghöfer ·
C. Biermann · M. Brinkmeier · I. Cichon · C. Dreher · U. Düvelius ·
J.P. Ehlers · W. Eichhorst · A. Emmermacher · P. Ex · C. Flügel-
Bleienheuft · H.R. Fortmann · A. Frevel · D. Fuchs · H. Geißler ·
B. Gibis · L. Hager · A. Hempen · W. Hentrich · S. Hermeneit ·
M. Hoffmann · M. Hofmann · S. Hofmann · H. Höppner ·
K. Hurrelmann · P. Hüttl · N. Idler · R. Janssen · A. Kemter ·
C. Kittlick · B. Klapper · M. Kloepfer · P. Köbe · S. Kopp · H. Kotte ·
S. Krolow · A. Kulin · C. Kurscheid · D. Matusiewicz · A. Paeger ·
S. Pfisterer-Heise · T. Pilgrim · J. Prölß · B. Runschke · J. Schäfer ·
G. Schick · C. Schmitz · E. Siegmund-Schultze · B. Sottas ·
K. Stahl · D.C. Stohr · J. Thiel · M. van Loo · J. Wagenknecht ·
W. Weber · J. Wegge · A. Wehmeier · U. Weigeldt

DIGITAL HEALTH BRAUCHT NUTZEN-ERLEBNISSE FÜR ALLE AKTEURE

Das Jahr 2020 gab den Startschuss für das BMC-Innovationspanel. Nachdem die Idee zu einem Datenpanel bereits lange im BMC herangereift war, bot das letzte Jahr die Chance ein solches Projekt zu realisieren. Zukünftig werden regelmäßig Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen zu aktuellen Entwicklungen, politischem Handlungsbedarf und Innovationen für die Versorgung befragt.

34

Digital Health bleibt bisher bekanntermaßen hinter seinem Potenzial zurück. Doch wo genau liegen die Bedenken und Hürden, die wir überwinden müssen, um die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung sinnvoll zu etablieren? Zu diesen Fragen gibt das Innovationspanel 2020 mit dem Fokus auf den Digitalisierungsfortschritt im Gesundheitswesen wichtige Erkenntnisse. In das Panel flossen 578 Fragebögen aus 711 Rückläufern von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens sowie Tiefeninterviews mit Expertinnen und Experten ein. Die Befragten bilden dabei die gesamte Perspektive der Branche ab. Die Ergebnisse der quantitativen Befragung wurden in einem frei nutzbaren Chartbook veröffentlicht.

Potenziale von Digital Health unumstritten

In der öffentlichen Diskussion wird Digital Health teilweise als Allheilmittel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung angepriesen. Durch verbesserte Dokumentation und flexibel vorhandene Daten soll die Behandlungsqualität erhöht werden. Gleichzeitig wird Digital Health ein Kostensenkungspotenzial zugesprochen. Um zu erfahren, wie realistisch diese Mehrwerte sind, haben wir die Expertinnen und Experten gefragt, welche Auswirkungen auf Qualität und Kosten sie von Digital Health erwarten und in welchen Bereichen durch Digitalisierung der größte Mehrwert erwartet werden kann.

Fast einstimmig erwarten die Expertinnen und Experten, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung durch Digital Health verbessert wird – 93

Prozent teilen diese Auffassung. Auch das Kostensenkungspotenzial wird bestätigt: Nach anfänglichem Investitionsaufwand erwarten 72 Prozent langfristige Kostensenkungen. Die größten Mehrwerte von Digital Health erwarten die Befragten in (1) der digitalen Interaktion zwischen Leistungserbringern und PatientIn, (2) der digitalen Datenverwaltung und – mit deutlichem Abstand – (3) in der Stärkung der Gesundheitskompetenz.

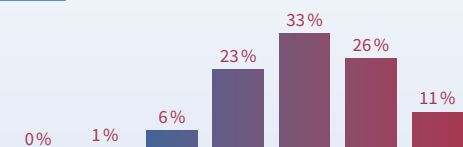
93%

der Befragten erwarten eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Digital Health

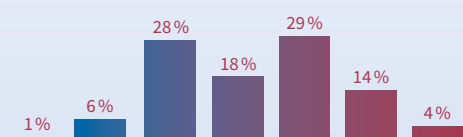
Einfluss von Digital Health auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

links = starke Kostensenkung
mitte = keinen Effekt
rechts = starke Kostensteigerung

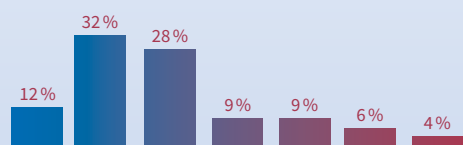
in den nächsten 12 Monaten (n=547)



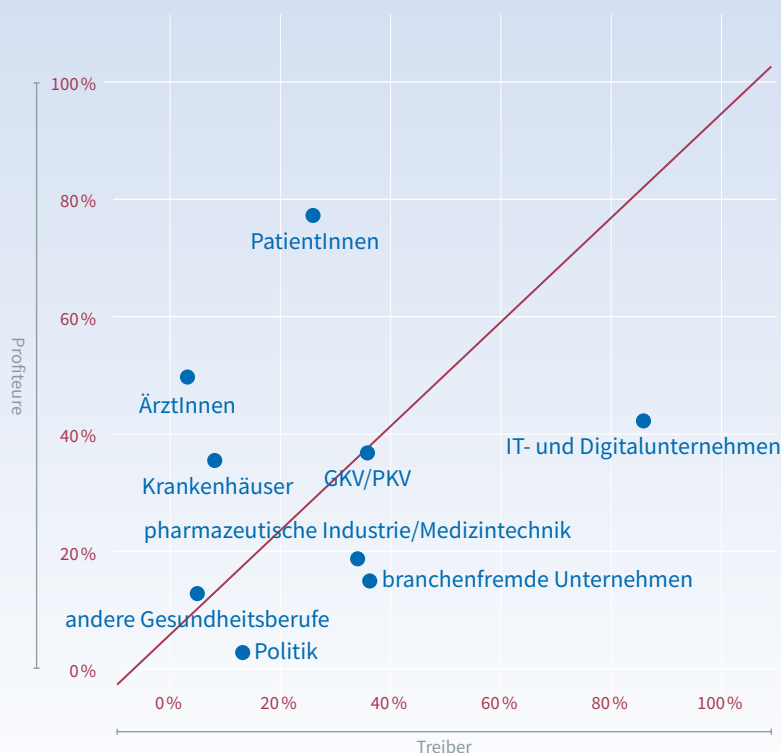
in den nächsten 1–4 Jahren (n=548)



nach 4 Jahren (n=552)



Treiber und Profiteure von Digital Health



(36%), die Krankenversicherungen (35%) sowie die pharmazeutischen Unternehmen und Medizinproduktehersteller (34%).

Die Gegenüberstellung von Treibern und Profiteuren verdeutlicht, dass Aufwand und Nutzen von Digital Health bisher nicht bei denselben Akteuren liegen. Patientinnen und Patienten gelten primär als Profiteure und weniger ausgeprägt als Treiber. Ärztinnen und Ärzte als die zweitstärksten Profiteure werden von nur 6% der Befragten als treibende Kraft wahrgenommen. Auf der anderen Seite wird IT- und Digitalunternehmen als stärksten Treibern weniger Mehrwert zugeschrieben. Allein die Krankenkassen werden gleichermaßen als Treiber und Profiteur wahrgenommen.

Leistungserbringer müssen überzeugt werden

Aktuell steht die Digitalisierung weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda, dennoch kämpfen Stakeholder mit ganz individuellen Herausforderungen der digitalen Transformation. Wir haben die Expertinnen und Experten deshalb gefragt, welche die aktuell größten Herausforderungen im Zusammenhang mit Digital Health dar-

Paradoxes Rollenverständnis der Akteure

Um die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzubringen, benötigt es die Unterstützung aller beteiligten Akteure. Man würde meinen, dass jene die Entwicklung vorantreiben, die sich hiervon den größten Mehrwert versprechen. Doch ist für jede Gruppe ihr individueller Mehrwert in der digitalen Transformation bereits erkennbar? Wir haben unsere Expertinnen und Experten gefragt, wen sie als die größten Profiteure wahrnehmen, wer die digitale Transformation bereits unterstützt und wer zukünftig noch überzeugt werden muss.

86 %

geben an, dass die
aktuelle Gesundheits-
politik Digital Health
beschleunigt

Der Großteil der Befragten sieht die Patientinnen und Patienten (77%) als die größten Profiteure von Digital Health. Mit einigem Abstand folgen Ärztinnen und Ärzte (49%) und IT-/Digitalunternehmen (41%). Diese Einschätzungen sind dabei auch vom eigenen Tätigkeitsbereich abhängig: Zwar werden die Patientinnen und Patienten über alle Branchen hinweg als die größten Profiteure gesehen, die Befragten aus Selbstverwaltung und Politik sehen allerdings die IT-Unternehmen nahezu gleichauf. Pharma- und Medizintechnikindustrie sehen die Vorteile eher bei Ärztinnen und Ärzten (25%), diese wiederum eher in der IT-Branche (28%). Als jene Akteure, die die Verbreitung von Digital Health gegenwärtig am stärksten fördern sind IT- und Digitalunternehmen mit 82 Prozent die mit Abstand am häufigsten gewählte Gruppe. Ihnen folgen die branchenfremden Unternehmen

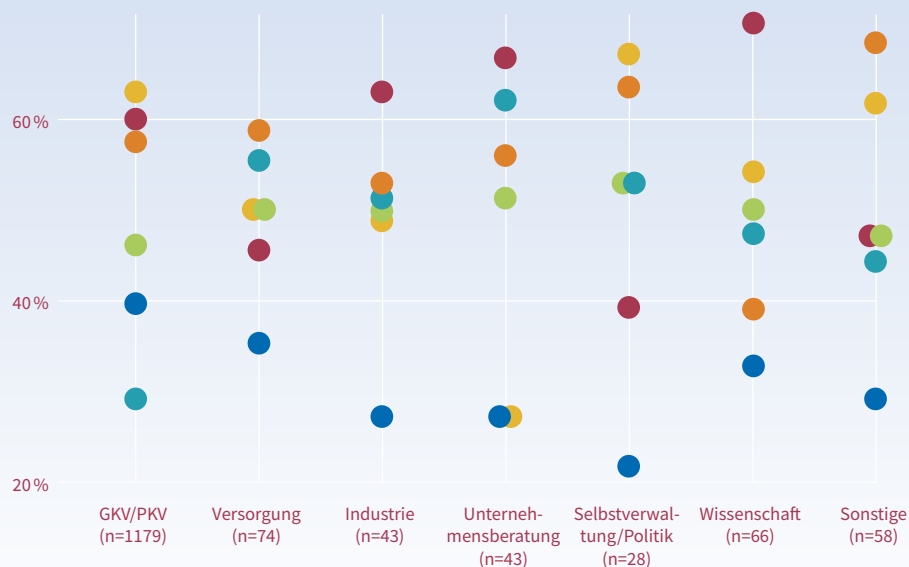


Über das Panel

- **Erhebung:** Quantitative Befragung mithilfe eines Online Fragebogen-Tools (Juni–Juli 2020); Qualitative, leitfadengestützte Experteninterviews, digital aufgezeichnet und anschließend nach wissenschaftlichen Transkriptionsregeln transkribiert.
- **Stichprobe:** Quantitative Befragung: 5.347 Personen wurden angeschrieben; Rücklaufquote 13,3% (n = 711); In Studie eingeschlossene Fragebögen n=578; Qualitative Interviews n = 24
- **Zielgruppe:** Experten der Gesundheitswirtschaft aus folgenden Branchen: Gesetzliche und private Krankenversicherung, ambulante und stationäre Versorgung, Politik, Selbstverwaltung, Digitalunternehmen, Pharma- und Medizintechnikindustrie. Nicht repräsentativ für die deutsche Bevölkerung.

Herausforderungen von Digital Health in Abhängigkeit zum Tätigkeitsfeld

- Akzeptanz der LeistungserbringerInnen
- Technische Infrastruktur auf Unternehmens- und Systemebene
- Datenschutz und Datensicherheit
- Regulatorische Rahmenbedingungen
- Finanzierung (Vergütung und Investition)
- Akzeptanz der PatientInnen



36

stellen und inwieweit die politischen Maßnahmen geeignet sind, die digitale Transformation voranzubringen.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit den gesundheitspolitischen Entwicklungen. 86 Prozent der Befragten geben an, dass die aktuelle Gesundheitspolitik Digital Health beschleunigt. Nur 10 Prozent sind gegenteiliger Ansicht. Ein Großteil der Befragten beobachtet außerdem einen Zuwachs an digitalen Angeboten von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (65%), Krankenkassen (70%) und einen ver-

stärkten Wettbewerb zwischen Anbietern digitaler Innovationen (65%) aufgrund der gesundheitspolitischen Gesetzgebung.

Die Herausforderungen der Akteure mit der Digitalisierung sind sehr individuell. 24 Prozent identifizierten die Akzeptanz der LeistungserbringerInnen als die größte Herausforderung. Dahinter folgen die technische Infrastruktur (21%) sowie Datenschutz und Datensicherheit (20%). Je nach Tätigkeitsfeld zeigen sich hier differenzierte Unterschiede. Wissenschaft (71%), Unternehmensberatungen (67%) und Industrie (64%) sehen die Akzeptanz der LeistungserbringerInnen als größte Herausforderung an. Bei Selbstverwaltung und Politik (39%) spielt diese eher eine untergeordnete Rolle. Demgegenüber werden Datenschutz und Datensicherheit von Unternehmensberatungen (28%) eher als marginales Problem gesehen, während sie bei Selbstverwaltung und Politik (68%) sowie bei Krankenversicherungen (63%) im Fokus stehen.

BMC-Innovationspanel im eHealth-Monitor 2020

Im November ist unter Beteiligung des BMC der eHealth Monitor unseres Mitglieds McKinsey erschienen. Dieser wird regelmäßig die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems systematisch und faktenbasiert verfolgen. Die Analyse soll Entscheidern und Akteuren im Gesundheitswesen einen aktuellen Überblick über relevante Entwicklungen, Neuerungen und Prognosen liefern.

Im Rahmen des eHealth Monitors ist auch ein erster Beitrag zum BMC-Innovationspanel mit dem Titel „Durch Nutzenerfahrung die Transformation beschleunigen“ erschienen.

Wir danken McKinsey für die tolle Kooperation und wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre.



Zahlungsbereitschaft trotz offensichtlichem Nutzen sehr gering

Der Alltag wird immer digitaler und vieles erledigen wir heute bereits online. Digitale Gesundheitsangebote finden hingegen nur langsam Anklang. Doch wie sehen Nutzungsverhalten und Akzeptanz gerade bei den in der Branche aktiven Akteuren aus? Und welchen Einfluss können monetäre Anreize und digitale Affinität auf die Akzeptanz und die Nutzung digitaler Angebote haben?

Auch bei den Expertinnen und Experten sind digitale Lösungen anderer Branchen bereits zum Standard geworden – 96 Prozent der Befragten nutzen mindestens oft ein Smartphone, 89 Prozent nutzen

Online-Banking und 63 Prozent kaufen online ein. Digitale Lösungen im Gesundheitswesen sind jedoch bisher weniger verbreitet. Während immerhin 75 Prozent schon einmal eine Gesundheits-App genutzt haben, haben 76 Prozent der Befragten bislang keine Erfahrungen mit der Videosprechstunde. Für den Kontakt mit ihrer Krankenkasse hingegen nutzen Versicherte bereits vornehmlich digitale Angebote. Wer außerdem häufig digitale Lösungen in anderen Branchen nutzt, ist auch gegenüber digitalen Gesundheitsleistungen aufgeschlossener. Vor allem Gesundheits-Apps werden deutlich öfter verwendet (64 % vs. 26 %), bei der elektronischen Patientenakte beträgt der Unterschied immerhin fünf Prozentpunkte (24 % vs. 19 %).

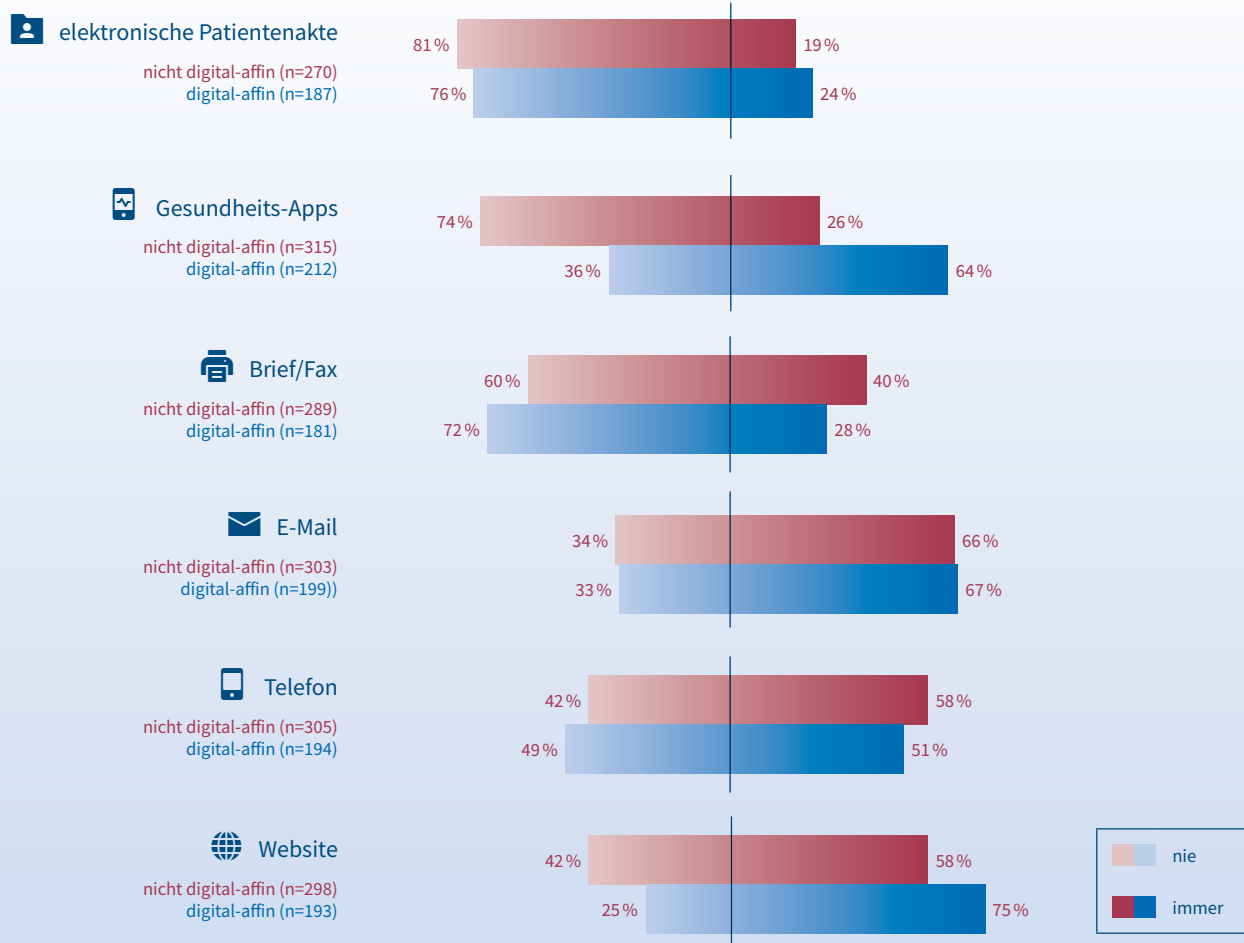
Die Zahlungsbereitschaft für Gesundheits-Apps hingegen ist selbst bei akutem Versorgungsbedarf gering. Bei einem Preis von 5 Euro monatlich geben zwar 48 Prozent der Befragten an, eine von Arzt oder Ärztin empfohlene App wahrscheinlich zu kaufen, bei 15 Euro sinkt der Anteil jedoch bereits auf 37 Prozent. Demgegenüber können bereits geringe finanzielle Vorteile die Akzeptanz der Videosprechstunde und der digitalen Kom-

munikation mit der Krankenkasse steigern. Bei einer Beitragsrückerstattung von 50 Euro jährlich würden bereits 62 Prozent der Befragten den ausschließlich digitalen Erstkontakt zum Arzt oder zur Ärztin wahrscheinlich akzeptieren. Höhere Erstattungsbeträge würden den Anteil dabei nur geringfügig steigern. Bei ebenfalls 50 Euro jährlicher Beitragsrückerstattung würden 60 Prozent der Befragten sehr wahrscheinlich oder wahrscheinlich ausschließlich digital mit ihrer Krankenkasse kommunizieren. Bei einem höheren Betrag steigt der Anteil auf über 70 Prozent der Befragten.

Bereits geringe finanzielle Vorteile können die Akzeptanz der Videosprechstunde und der digitalen Kommunikation mit der Krankenkasse steigern.

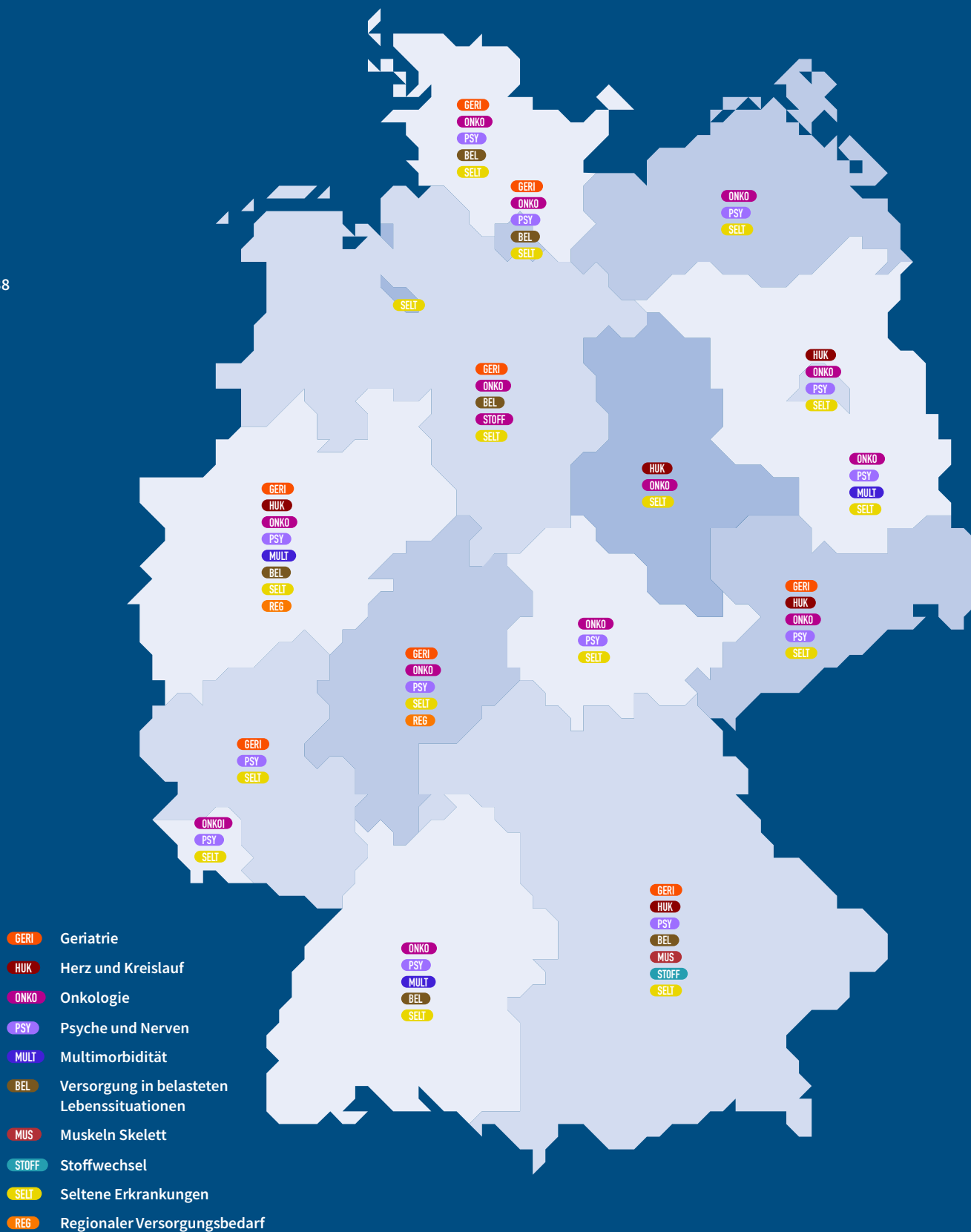
37

Nutzung digitaler Produkte und Kommunikationswege in Abhängigkeit zur digitalen Affinität



LOTSENPROJEKTE IN DEUTSCHLAND

38



BMC-PLATTFORM FÜR LOTSENPROJEKTE WÄCHST BESTÄNDIG

Nach dem Auftakt im Vorjahr hat der BMC seine Aktivitäten beim Thema Gesundheitslotsen nochmals verstärkt. Eine detaillierte Befragung von Lotsenprojekten, ihre Vernetzung in der AG Gesundheitslotsen und zahlreiche politische Gespräche haben dazu geführt, dass unser Anliegen, die Koordinierung von Leistungen durch Lotsen in der Regelversorgung zu etablieren, näher gerückt ist. Das entstandene Netzwerk und die praxisorientierten Lösungsvorschläge machen den BMC gegenüber Politik und Fachöffentlichkeit zum gefragten Ansprechpartner.

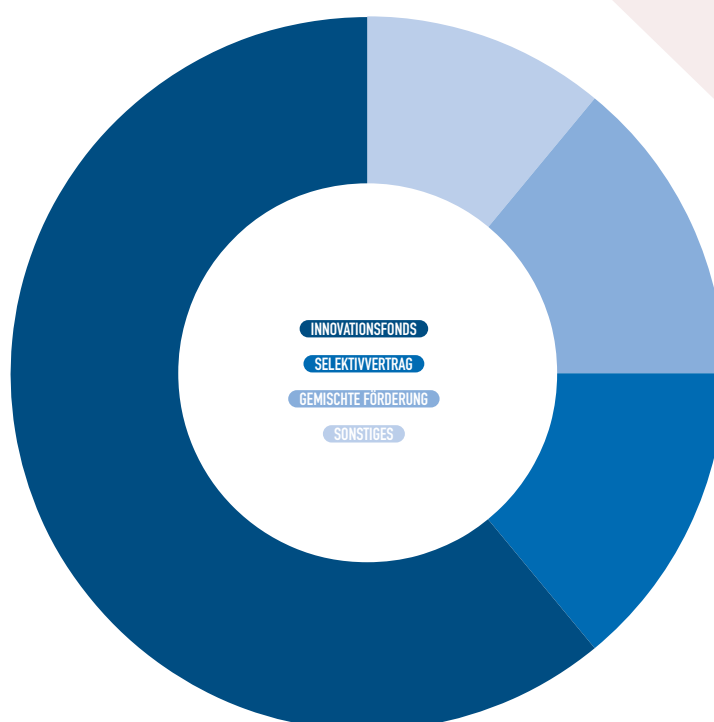
39

Projektlandkarte stellt breiten Erfahrungsschatz dar

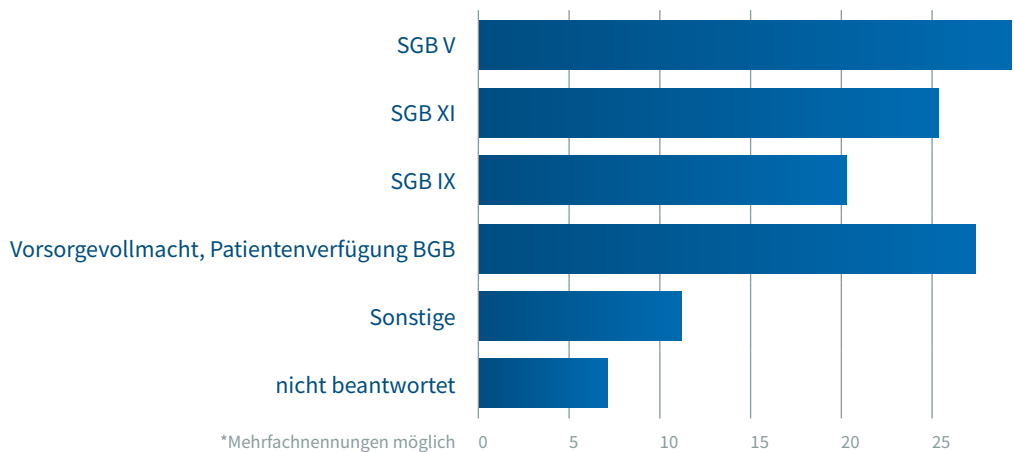
Bereits im Frühsommer fand eine Befragung von Innovationsfondsprojekten statt, in denen Gesundheitslotsen erprobt werden. Über 80 Prozent der angeschriebenen Konsortien beteiligten sich, dazu weitere auf Selektivverträgen und anderen Förderprogrammen basierende Versorgungsmodelle, so dass zunächst 38 Modellvorhaben identifiziert werden konnten. Damit wurde nicht nur deutlich, wie groß der Erfahrungsschatz mit Gesundheitslotsen bereits ist. Auch offenbarte sich eine große Vielfalt unter den Modellvorhaben mit ihren verschiedenen Einsatzgebieten, was beim Formulieren eines Regelleistungsanspruchs berücksichtigt werden muss.

Um einen besseren Überblick über die zahlreichen Ansätze zu erhalten, hat der BMC eine Projektlandkarte erstellt (siehe Beilage zum Geschäftsbericht). Sie verdeutlicht, dass die Einsatzgebiete von Lotsen überwiegend dort sind, wo komplexe Versorgungsbedarfe mit hohem Koordinierungsaufwand auftreten so z.B. in der Geriatrie, der Onkologie, bei Herz-Kreislauf- und psychischen Erkrankungen oder übergreifend bei Multimorbidität. Nicht selten liegt dem Bedarf statt einer Erkrankung auch eine besonders belastende Lebenssituation zugrunde, was verdeutlicht, dass Lotsenleistungen nicht auf den engen Bereich der Krankenversicherung begrenzt sein dürfen. Insgesamt

Finanzierung der Lotsenprojekte überwiegend durch den Innovationsfonds



Gesundheitslotsen beraten zu verschiedenen Sozialleistungen*



40

samt haben in den dargestellten Projekten bereits über 75.000 Patientinnen und Patienten von Gesundheitslotsen profitiert. Im Zuge der Evaluationen wird also in Kürze eine breite Evidenzgrundlage vorliegen, mit der die positiven Praxisberichte untermauert werden können.

AG Gesundheitslotsen schafft Voraussetzungen zur Überführung in die Regelversorgung

Neben einer anschaulichen Übersicht bot die Projektlandkarte auch die Grundlage für eine engere Vernetzung der Verantwortlichen in der AG Gesundheitslotsen. Dass unter den Beteiligten ein großer Wunsch nach Austausch und Koordination besteht, wurde bereits in den ersten digitalen Treffen deutlich. Neben Erfahrungsberichten konnte so auch ein abgestimmtes Vorgehen gegenüber der Politik vorbereitet werden.

Auch inhaltlich diskutierten die AG-Mitglieder entscheidende Fragen, die vor einem Regelleistungsanspruch geklärt sein müssen. Dazu gehörte insbesondere der nötige Leistungsumfang in Abgrenzung zu bereits bestehenden Angeboten. Schon die Umfrage hatte offenbart, dass Lotsen vielfältige Aufgaben übernehmen. Ausgehend vom Case-Management-Regelkreis informieren sie Patientinnen und Patienten zu Leistungen mehrerer Sozialgesetzbücher, unterstützen bei der Inanspruchnahme, koordinieren Maßnahmen und erstellen individuelle Hilfepläne. Zudem vernetzen sie systematisch regionale LeistungserbringerInnen, um die optimale Versorgung sicherzustellen.



Im Rahmen der Diskussionen wurde klar, dass der Leistungsumfang – etwa analog zu den existierenden Pflegegraden – je nach Unterstützungsbedarf unterschiedlich ausfallen kann. Die Betreuung selbst kann z.B. per Hausbesuch, telemedizinisch, telefonisch oder mit Hilfe digitaler Kommunikation erfolgen, wobei stets ein sozialräumlicher Bezug zur Gewährleistung ist. Nicht zuletzt kann es auch sinnvoll sein, Angehörige einzubeziehen.

Offene Punkte werden geklärt

In zahlreichen politischen Gesprächen wurde deutlich, dass der durch Gesundheitslotsen adressierte Versorgungsbedarf erkannt ist und ein Leistungsanspruch prinzipiell befürwortet wird. Die entstandene Transparenz über bestehende Projekte und die konkreten Angaben zum Leistungsumfang u.a. in Abgrenzung zu Tätigkeiten der Hausärztinnen und Hausärzte sind dabei sehr hilfreich. Dennoch bleiben offene Punkte, die geklärt werden müssen, um weitere Unterstützung zu gewinnen und einen Weg für die Überführung in die Regelversorgung zu zeichnen. Dazu gehört neben dem Qualifikationsbedarf der Lotsen vor allem ihre institutionelle Anbindung, die rechtliche Verankerung und natürlich die Finanzierung.

Keiner dieser Punkte wird ein Selbstläufer sein. Allein die umfangreichen, von Lotsen unterhaltenen Netzwerke zu Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern verdeutlichen, an welchen Stellen in der Versorgung sie angebunden sein könnten. Auch freiberufliche Lotsen oder spezifische Lotsengesellschaften sind denkbar. Beim

Dass die AG kontinuierlich weitere Interessierte anzieht und wächst, ist ein gutes Zeichen, dass der Weg stimmt.

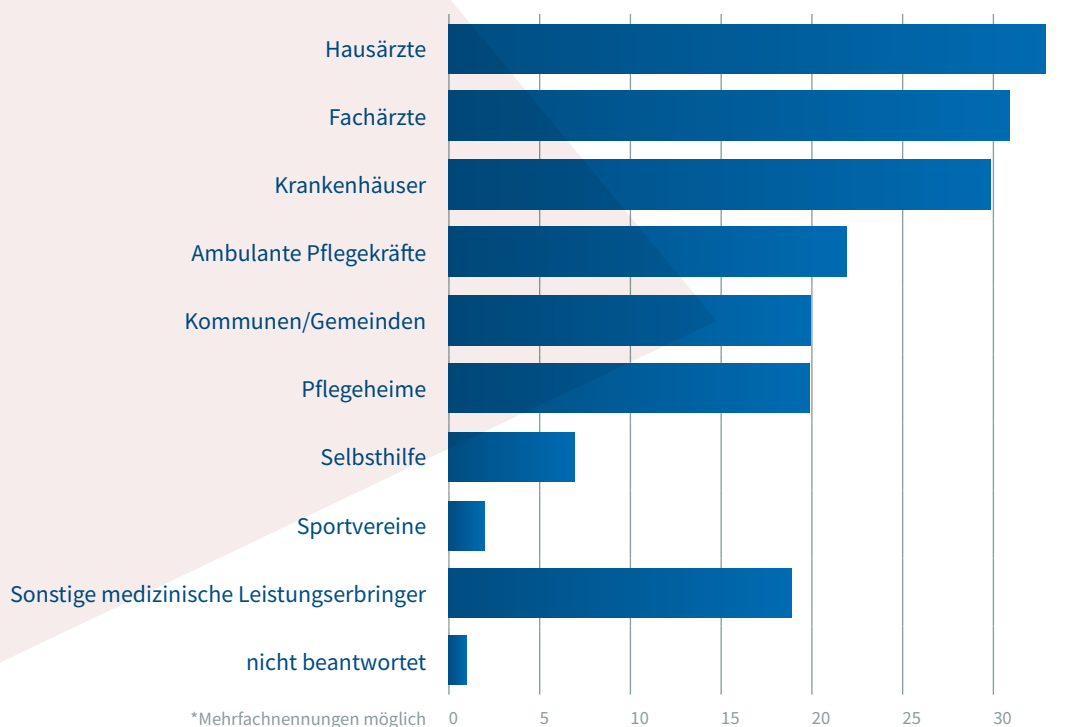
Qualifizierungsumfang gilt es insbesondere für die Weiterbildung geeignete Curricula zu definieren, die die Qualität der Lotsenleistungen sicherstellen. Diesen Fragen wird sich der BMC in diesem Jahr widmen und weiter auf den Regelleistungsanspruch hinwirken. Dass die AG kontinuierlich weitere Interessierte anzieht und wächst, ist ein gutes Zeichen, dass der Weg stimmt.



Leitung: Cornelia Kittlick, Jenny Kossian

Sie haben Interesse mitzuwirken? Dann melden Sie sich gerne unter bmcev@bmcev.de.

Gesundheitslotsen unterhalten ein großes Netzwerk*



SHOPPING FOR IDEAS: INTERNATIONALE BEST PRACTICES AUS DER SCHWEIZ

Der Unterschied, der den Unterschied macht, liegt am Ende – wie in vielen Lebensbereichen – vielleicht in der Haltung: Während viele Player im deutschen Gesundheitswesen dazu tendieren, nichts zu tun, bevor der Rechtsrahmen steht, fördert die Kultur der direkten Demokratie in der Schweiz, dass erst gestaltet und anschließend geregelt wird, was nötig ist.

42

Die Schweiz mit ihren 26 teilsouveränen Kantonen und einer Vielfalt an Amtssprachen ist weithin als Finanz- und Industriestandort mit weltweit etablierten pharmazeutischen Herstellern und der besten Schokolade bekannt. Auch in der schnellen Umsetzung von Strategien für ein zukunftsfähiges und qualitätsgesichertes Gesundheitssystem zeichnet sie sich aus. Bei der Digitalisierung zeigen die Akteure im Schweizer Gesundheitssystem, dass trotz eines föderalistischen Systems durch einen geeigneten regulativen Rahmen und einer gemeinsamen Zielsetzung schnell Entwicklungsfortschritte realisiert werden können.

Viele telemedizinische Möglichkeiten, digitale Gesundheitsdienste oder interprofessionelle Ausbildungsmodelle, die im deutschen Gesundheitswesen sehr schleppend oder kaum vorankommen, sind im Schweizer System längst Realität. Mit der Etablierung von Konzepten wie den Convenient Care Clinics ist der direkte Zugang zu medizinischen Leistungen in Zentren des alltäglichen Konsums angekommen und branchenfremde Player ermöglichen im Schweizer Gesundheitswesen einen komfortablen und qualitativ hochwertigen Zugang zur Versorgung.

Im Rahmen, der in Kooperation mit dem fmc organisierten Studienreise nach Zürich erhielt der BMC vom 30. August bis 1. September 2020 mit einem abwechslungsreichen Programm tiefe Einblicke in die Institutionen und Best Practices des Schweizer Gesundheitssystems.

Einsparungen aus alternativen Versicherungsmodellen von Krankenkassen werden an die Versicherten weitergegeben

Mehr als zwei Drittel der Schweizer Versicherten sind in einem alternativen Krankenkassenvertrag, z. B. in Hausarzt- oder Telemedizinverträge, eingeschrieben.

Der Wettbewerb ist hierbei gleichermaßen auf Qualität wie auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtet.

Die Einsparungen durch die gesteuerte Versorgung belaufen sich im Durchschnitt auf ca. 14 Prozent pro Versichertem und werden zum Großteil in Form von Prämienrabatten an die eingeschriebenen Versicherten weitergegeben.

Telemedizin wird durch niedrigschwellige Angebote zur Untersuchung ergänzt

Durch den Einsatz des Diagnosegerätes TytoCare von Santé24 können bei telemedizinischen Konsultationen auch Untersuchungen durchgeführt werden. Das Gerät vereint verschiedene medizinische Instrumente (z. B. Stethoskop, Dermatoskop, Thermometer, u.v.m.) mit denen Untersuchungen zu Hause selbst durchgeführt werden können. Die Untersuchungsdaten können dann digital an die Praxis versendet oder per Videochat direkt mit einem Arzt oder einer Ärztin besprochen werden.

In einem anderen Modell wird die Grundversorger-Kompetenz von Apotheken ausgebaut, wie bspw. mit dem Swica-Produkt medpharm. Ohne Voranmeldung kann dort eine medizinische Erstabklärung in Anspruch genommen werden.

Branchenfremde Player ergänzen das Schweizer Gesundheitswesen durch ihre Angebote

Neben den etablierten Playern führen auch branchenfremde Akteure Innovationen in das Gesundheitssystem ein. Beispiele sind die Supermarktkette Migros, die ambulante Versorgung anbietet, der Telefonieanbieter Swisscom, der Prozesse für Gesundheitseinrichtungen digitalisiert, sowie die Schweizer Post als Betreiber des Patientendossiers (Schweizer ePA). Sie gehören zu den Innovationstreibern, weil sie erhebliche Investitionen in die Infrastruktur des Gesundheitswesens leisten.

Coaches übernehmen 40 Prozent der Konsultationen bei chronischen Behandlungsprogrammen

Coaches übernehmen im Rahmen von chronischen Behandlungsprogrammen knapp 40 Prozent der vormals durch Ärzte durchgeführten Konsultationen.

Für die interprofessionelle Ausbildung zeigt sich zudem, dass besonders die räumliche Nähe zwischen medizinischen, pflegerischen und weiteren Heilberufen eine wichtige Rolle für die Zufriedenheit der Auszubildenden und PatientInnen spielt. Dies entspricht der Idee eines Gesundheitscampus, wie sie auch vom BMC in der Vergangenheit immer wieder in die Diskussion eingebracht wurde.

Arztnetze sind in Hausarzt- oder HMO-Modellen am finanziellen Risiko beteiligt

Indem die Leistungserbringernetze am finanziellen Risiko beteiligt sind, zahlt sich eine bessere Versorgungscoordination und Patientensteuerung direkt für sie aus.

Einige Netze wie bspw. mediX glänzen zudem durch ihr Engagement in zertifizierte Prozesse und Strukturen sowie eine hohe Bereitschaft zu Transparenz und Benchmarking von Behandlungsdaten zwischen den beteiligten Praxen.

Durch die Gestaltung von Behandlungspfaden, den Einsatz von Coaches sowie klare Rollen- und Aufgabenverteilung erreicht bspw. Sanacare, dass 45 Prozent ihrer Bluthochdruck-, Typ 2 Diabetes- und COPD-Patienten vollständig adhärent sind. Das ist fast doppelt so hoch wie in der Standardversorgung.

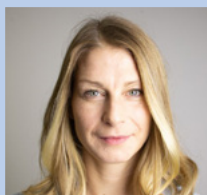
Wir danken unserem Schweizer Partnerverband fmc für das hervorragende Programm und die klasse Vorbereitung der Studienreise in die Schweiz.

MIT DEN BMC-WEBGESPRÄCHEN IMMER BESTENS INFORMIERT!

Gekommen, um zu bleiben: Innerhalb kürzester Zeit haben sich die Webgespräche als kurzweiliges und niedrighschwelliges Veranstaltungsformat im BMC-Programm etabliert.

44

Mit den weitreichenden Kontaktbeschränkungen und Veranstaltungsverböten standen auch wir im März 2020 vor der Frage, wie wir den Austausch zwischen unseren Mitgliedern ermöglichen können. Denn gerade unter den neuen Herausforderungen durch die Pandemie schien uns die Möglichkeit eines regelmäßigen Austausches wichtiger denn je! Schnell haben wir mit den BMC-Webgesprächen ein neues Format gefunden und führen nun bereits seit Ende März fast wöchentlich digitale Gespräche mit Entscheidungsträgern aus dem Gesundheitswesen.



Anja Adler,
betterplace lab



Prof. Dr. Volker Amelung,
Bundesverband Managed Care



Thomas Ballast,
Techniker Krankenkasse



Mark Barjenbruch,
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen



Dr. Axel Baur,
McKinsey & Company



Prof. Dr. Andréa Belliger,
Institut für Kommunikation & Führung IKF



Inga Bergen,
Visionäre der Gesundheit



Prof. Dr. Eva Maria Bitzer,
Pädagogische Hochschule Freiburg



Nora Blum,
Selfapy



Dr. Michael Brinkmeier,
Deutsche Schlaganfall-Hilfe



Dr. Nicolas Busch,
Boston Consulting Group



Prof. Dr. Dieter Cassel,
Universität Duisburg-Essen

Auswirkungen der Corona-Pandemie

Die ersten Webgespräche standen ganz im Zeichen der Corona-Pandemie und deren Folgen für unser Gesundheitssystem. Welche Herausforderungen ergeben sich für die ambulante und stationäre Versorgung? Welche Auswirkungen hat die Pandemie auf die Kassen, die Arzneimittelforschung oder bspw. auch auf Innovationsfondsprojekte? Und wie waren die Pandemie-Maßnahmen im Frühjahr aus politischer und rechtlicher Sicht einzuordnen? Diese und viele weitere Fragen haben uns zu Beginn unserer Webgesprächsreihe besonders umgetrieben. Dabei haben wir auch einen Blick in andere Länder und Regionen geworfen und erfahren, wie der Pandemie in Asien und in der Schweiz begegnet wurde.

Aktuelle Trends im Gesundheitswesen

Im Laufe der Monate haben wir unseren Themenkatalog erweitert und uns vermehrt auch wieder aktuellen Trends im Gesundheitswesen gewidmet. Dabei haben wir uns nicht nur gefragt, wie sich die Digitalisierung im Gesundheitswesen erfolgreich implementieren lässt und welchen Beitrag digitale Gesundheitsanwendungen dabei leisten können, sondern auch Best-Practice-Ansätze zur intersektoralen Versorgung, innovative Gesundheitsregionen und viele weitere Themen diskutiert.

Und es geht weiter!

Es hat sich auch nach einigen Monaten gezeigt, dass das Interesse an einem regelmäßigen Austausch zu aktuellen Gesundheitsfragen weiterhin sehr groß ist, weshalb wir unsere Webgesprächsreihe im neuen Geschäftsjahr mit vielen interessanten und spannenden Themen fortsetzen werden. Bleiben Sie dabei!



Dr. Alina Dahmen,
Dr. Becker Klinikgruppe



Dr. Daniel Dettling,
zukunftsInstitut



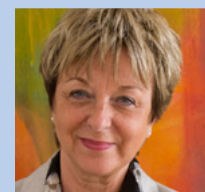
Dr. Stefan Etgeton,
Bertelsmann Stiftung



Dr. Patricia Ex,
*Bundesverband
Managed Care*



Mira Faßbach,
Bündnis Junge Ärzte



Hedwig François-Kettner,
ProGeWi



Dr. Anne Sophie Geier,
*Spitzenverband Digitale
Gesundheitsversorgung*



**Prof. Dr. Ferdinand
Gerlach,**
SVR-Gesundheit



Prof. Bernd Griewing,
RHÖN-KLINIKUM



**Prof. Dr. Bertram
Häussler,**
IGES Institut



Dr. Ursula Hahn,
OcuNet



**Dr. h. c. Helmut
Hildebrandt,** *Optimedis*



Dr. Rolf Hömke, *Verband
Forschender Arzneimittelhersteller*



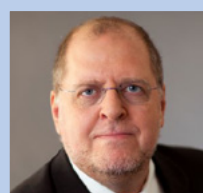
Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, *MdB, Bündnis
90/Die Grünen*



Dr. Andreas Klar,
Boston Consulting Group



Dr. Martina Kloepfer,
*Institut für Gender-
gesundheit*



Franz Knieps,
BKK Dachverband



Dr. Ursula Kramer,
HealthOn



Alexander Krauß, *MdB,
CDU*



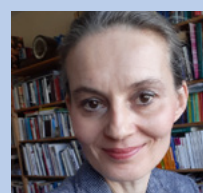
Dr. Mathias Krisam,
läuft GmbH



**Prof. Dr. Clarissa
Kurscheid,**
figus



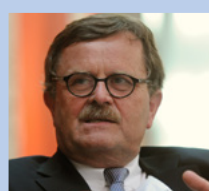
Dr. Roy Kühne, *MdB,
CDU*



Sonja Laag,
BARMER



Friedrich Lämmel,
Thryve



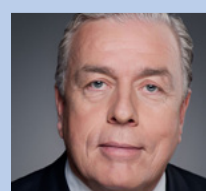
**Prof. Dr. Frank Ulrich
Montgomery,**
Weltärztebund



Birgit Pätzmann-Sietas,
Deutscher Pflegerat



Dr. Mani Rafii,
BARMER



Dr. Klaus Reinhardt,
Bundesärztekammer



Astrid Salomon,
BKK VBU



**Dr. Alexander
Schachinger,**
EPatient Analytics



**Prof. Dr. Matthias
Schrappe,**
Universität Köln



Dr. Ute Seeland,
*Charité – Universitäts-
medizin Berlin*



Dr. Stefan Spycher,
*Bundesamt für Gesund-
heit in der Schweiz*



Björn Stahlhut,
Deutsches Rotes Kreuz



**Prof. Dr. Christoph
Straub,** *BARMER*



Patrizia Thamm,
pronova BKK



Dr. David Traub,
Roche Pharma AG



Prof. Dr. Volker Ulrich,
Universität Bayreuth



Betül Unaran,
Zur Rose



Dr. Anke Walendzik,
*Universität Duisburg-
Essen*



Marcel Weigand,
*Unabhängige Patienten-
beratung Deutschland*



Ellen Zimmermann,
BKK VBU

DIE BMC-ARBEITSGRUPPEN IM ÜBERBLICK

Die Arbeitsgruppen des BMC bieten nicht nur eine Plattform zum Austausch und zum Vernetzen, sondern auch die Möglichkeit, gemeinsam Strategien und Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu erarbeiten. Die Vielfalt der Mitglieder sorgt dabei für eine Vielzahl an Perspektiven über die Grenzen der eigenen Interessenvertretung hinaus. Nachfolgend finden Sie daher einen kurzen Überblick über die Arbeit der Arbeitsgruppen im vergangenen Jahr.

46



BMC-INITIATIVE SÜDWEST

Leitung: Daniel Dröschel, Dr. Lutz Hager

Unter dem Titel „Arztpraxen im Wandel – neue Wege in der Primärversorgung“ veranstaltete die BMC-Initiative Südwest am 21. Oktober 2020 ein Digitalforum, um Möglichkeiten für eine zukunftsfeste und flächen-deckende Primärversorgung zu diskutieren. Manne Lucha, MdL und Minister für Soziales und Integration in Baden-Württemberg, betonte dabei insbesondere die Rolle, welche die Primärversorgung als erster persönlicher Zugangspunkt zum medizinischen System in der Bewältigung der Corona-Pandemie innehatte und forderte eine bessere Verknüpfung der einzelnen Sektoren. Dr. Tia Pham, Associate Professor am Department of Family and Community Medicine der Universität Toronto, zeigte am Beispiel Kanadas auf, wie mithilfe von Primärversorgungszentren eine interprofessionelle und teambasierte Gesundheitsversorgung ermöglicht wird. In digitalen Breakout-Sessions wurden im Rahmen des Forums zudem die Themen neue Berufsbilder im Gesundheitswesen, digitale Versorgungslösungen sowie Organisationsmodelle im Wandel diskutiert.

Dr. Lutz Hager, Minister
Manne Lucha, MdL und
Daniel Dröschel beim
Digitalforum „Arztpraxen im
Wandel – neue Wege in der
Primärversorgung“.



AG NEUE VERSORGUNGSFORMEN

Leitung: Ralph Lägell, Prof. Dr. Volker Möws

Schwerpunkt der AG-Arbeit bildeten digitale Innovationen sowohl im Umgang mit der Corona-Pandemie als auch im Hinblick auf die Einführung der elektronischen Patientenakte und deren Potenziale für die Patientenversorgung. Dabei wagte die Arbeitsgruppe auch einen Blick in andere Länder und schaute sich die Digitalisierungsstrategie Estlands und den Einsatz von digitalen Gesundheitsdienstleistungen zur Pandemiebekämpfung in der Schweiz an. Daneben wurde in gemeinsamen Sitzungen mit der AG Geförderte Innovationsfondsprojekte zudem die Frage nach der Überführung von Innovationsfondsprojekten in die Regelversorgung diskutiert und Vorschläge für neue Förderlinien erarbeitet.



Bundesverband Managed Care e.V.



AG ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Leitung: Dr. Susanne Eble, Dr. Silvia Woskowski

Die Corona-Pandemie stand im Zentrum der Aufmerksamkeit der Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung und hier im speziellen die Pandemie-Gesetzgebung für den Arzneimittelbereich. Dabei wurden u. a. Regelungen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung als auch Möglichkeiten zum Inverkehrbringen von Arzneimitteln ohne Zulassung diskutiert.



AG INTERSEKTORALE VERSORGUNG

Leitung: Dr. Ursula Hahn, Prof. Roger Jaeckel

In ihren Sitzungen hat sich die Arbeitsgruppe im vergangenen Jahr insbesondere mit sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen sowie mit Vergütungskonzepten für ambulante und ambulant erbringbare bzw. intersektorale Leistungen auseinandergesetzt. Dabei wurde deutlich, dass es für eine gelungene sektorenübergreifende Versorgung einer Neuausrichtung und Flexibilisierung des derzeitigen Versorgungsangebotes bedarf. Die derzeitige Abschottung der Leistungssektoren verhindere entsprechende Innovationen. Zudem würden neue Modelle häufig aus den jeweiligen Sektoren heraus gedacht und seien daher wenig innovativ. Dieses Denken gelte es daher durch bessere Kommunikation und Kooperation untereinander aufzubrechen.

Hinweis:

Eine ausführliche Darstellung der Arbeitsergebnisse der AG Gesundheitslotsen finden Sie auf den Seiten 38–41. Informationen zu der AG Digital Health sowie der AG Nutzenbewertung und Präferenzmessung finden Sie auf unserer Website.

Interesse an einer Mitarbeit?

Wenn Sie sich aktiv in den Arbeitsgruppen beteiligen möchten, wenden Sie sich bitte an die BMC-Geschäftsstelle unter bmcev@bmcev.de.



AG PFLEGE

Leitung: Dr. Jürgen Fröhlich, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker

Im Zuge der Corona-Pandemie wurde die Bedeutung der Pflege für unser Gesundheitssystem noch einmal deutlich, gleichzeitig wurden aber bereits bekannte Probleme noch einmal verschärft. Die Arbeitsgruppe hat sich daher einem breiten Themenkatalog gewidmet, um Vorschläge für eine zukunftsfeste Ausgestaltung des Pflegesystems zu erarbeiten. Neben der Sicherstellung einer nachhaltigen und generationenübergreifenden Finanzierung wurden u. a. Möglichkeiten zur Versorgungsverbesserung durch die ambulante ärztliche Versorgung in stationären Pflegeheimen oder eine interprofessionelle Neuordnung des Berufsbildes bspw. durch Maßnahmen der Heilkundeübertragung sowie Möglichkeiten im Rahmen der Digitalisierung der Pflege diskutiert.



AG GEFÖRDERTE INNOVATIONSFONDSPROJEKTE

Leitung: Dr. Michael Brinkmeier

Um die besonderen Herausforderungen für Innovationsfondsprojekte durch die Corona-Pandemie zu berücksichtigen, hat die Arbeitsgruppe in einem Positionspapier Maßnahmen zur Flexibilisierung der Förderrichtlinien und zur Verschlinkung administrativer Prozesse vorgeschlagen. Daneben wurde in gemeinsamen Sitzungen mit der AG Neue Versorgungsformen zudem die Frage nach der Überführung von Innovationsfondsprojekten in die Regelversorgung diskutiert und Vorschläge für neue Förderlinien erarbeitet.

REGIONALE FACHTAGUNG ZUR VERSORGUNGSSITUATION IN THÜRINGEN

Mit Impulsen aus Landesebene, Selbstverwaltung und Wissenschaft wurden im Rahmen der regionalen Fachtagung in Erfurt Chancen und Hürden für eine regionale Versorgungssteuerung diskutiert.

48



Bevor die Corona-Krise sich im März zur Pandemie entwickelte und weitreichende Kontaktbeschränkungen beschlossen wurden, fand die regionale BMC-Fachtagung „Versorgung in Thüringen weiterdenken“ am 20. Februar 2020 noch vor Ort in Erfurt statt. Die rund 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden von Prof. Dr. Volker Amelung, BMC-Vorstandsvorsitzender, und seinem Stellvertreter Ralf Sjuts begrüßt. Professor Amelung betonte in seiner Einführung, dass die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen eigentlich vorhanden seien, um innovative Versorgungslösungen zu ermöglichen, wir es aber mit einem Umsetzungsproblem zu tun hätten, das durch die Silostrukturen im deutschen Gesundheitssystem hervorgerufen werde. Dadurch würden Innovationen letztendlich ausgebremst.

Gerade die Digitalisierung sei im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen noch wenig fortgeschritten, wie Birgit Dziuk, Landesgeschäftsführerin der BARMER in Thüringen, in ihrem Beitrag ausführte. Ursächlich dafür seien die starke Fragmentierung des Systems und seiner Akteure, hohe regulatorische Hürden sowie ein ungleiches Verhältnis von Kosten und Nutzen. Gleichwohl arbeite die BARMER aber in zahlreichen Projekten daran, digitale Innovationen in die Versorgung zu integrieren. Um den zukünftigen

„Die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen sind eigentlich vorhanden, um innovative Versorgungslösungen zu ermöglichen.“

Prof. Dr. Volker E. Amelung

Herausforderungen für die ärztliche Versorgung (Abnahme von Einzelpraxen, Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte) gerecht zu werden, empfahl Dr. Annette Rommel, erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, zum einen eine stärkere Ausrichtung auf kooperative Strukturen wie bspw. Intersektorale Gesundheitszentren. Darüber hinaus komme der Telemedizin eine wichtige Rolle in der Sicherstellung der Patientenversorgung zu. Als Beispiel nannte sie hierbei u. a. das Projekt TeleArzt, in dessen Rahmen die hausärztliche Versorgung durch telemedizinische Delegation auf nichtärztliche Praxisassistenten erweitert werden könne.

Damit solche Digitalisierungsprojekte letztendlich auch überzeugend im Versorgungsalltag ankommen, seien laut Dr. Markus Leyck Dieken vorher einige wichtige Grundpfeiler einzuschlagen. Zum einen müsse die Datenverfügung bei den Patientinnen und Patienten liegen. Vertraulichkeit und Strukturierung der Daten seien zudem essenziell, so der Geschäftsführer der gematik. Darüber hinaus könne eine zielgerichtete Digitalisierung nur über bundesweite Infrastrukturen und Standards erfolgen. Nutzerinnen und Nutzer müssten außerdem frühzeitig positive Erfahrungen mit den Anwendungen machen, damit sich diese auch langfristig durchsetzen würden.

Mit „PAIN 2020“, einem interdisziplinären multimodalen Schmerztherapieangebot der BARMER und des Universitätsklinikums Jena, sowie dem Projekt „Telekonsil in Pflegeeinrichtungen“ der AOK Plus wurden anschließend zwei innovative Projekte aus der Region vorgestellt. In der abschließenden Podiumsdiskussion diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aus Selbstverwaltung, Landesebene und Wissenschaft die aktuelle Versorgungssituation in Thüringen und Hürden für eine regionale Versorgungssteuerung.

Im Februar noch vor Ort: Die Veranstaltung fand in den Räumlichkeiten des Augustinerklosters in Erfurt statt.

NETZWERKEN MIT ABSTAND

50

Nachwuchskräfte und Newcomer im Gesundheitswesen finden seit jeher im Brown-Bag-Kreis des BMC Gleichgesinnte, die sich austauschen, netzwerken und den Horizont erweitern wollen. In Zeiten der Pandemie gar nicht so einfach – der beliebte Brown-Bag-Stammtisch konnte 2020 nur ein einziges Mal im Frühjahr stattfinden. Ein neues Format musste her mit frischen Ideen, offener Diskussion und Kennenlernen auf Distanz. Voilà, das „Brown Bag Brainstorming“ war geboren. Mehr als 30 TeilnehmerInnen brachten auf diesem Weg zahlreiche Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung ein.

BROWN BAG

Das Konzept des „Brown Bag“-Netzwerkes hat sich in den vergangenen Jahren zu einem festen Bestandteil im BMC etabliert.

Im Gesundheitswesen bisher einzigartig, hat der BMC mit „Brown Bag“ ein Format geschaffen, welches sich exklusiv an Nachwuchskräfte richtet.

Wir unterstützen beim Aufbau eines stabilen, professionellen Netzwerkes, generieren Wissen zu fachlichen Themen sowie Soft Skills und bieten Einblicke in bekannte Institutionen des Gesundheitswesens.



Brown Bag Brainstorming **Ambulante Versorgung erneuern**

- ▶ Die neue Generation von Ärztinnen und Ärzten will statt als selbständige Einzelkämpfer eher in einem Versorgungsnetz tätig sein. Darauf muss sich die Versorgungsplanung einstellen.
- ▶ Die Versorgungsplanung muss sich stärker am tatsächlichen Bedarf orientieren. Die Zusammenarbeit in Versorgungsnetzen muss dabei obligatorisch sein. Wo erfolgreiche Versorgungsnetze bestehen, müssen diese überregional skaliert werden.
- ▶ Eine Nachfragesteuerung mittels Managed Care ist unumgänglich, sonst werden die Ressourcen nie ausreichen. Patientinnen und Patienten benötigen Anreize, diese Strukturen in Anspruch zu nehmen.
- ▶ Praxen sind mit dem Tagesgeschäft ausgelastet, so dass von der ambulanten Versorgung kaum Innovationen ausgehen. Hier müssen Freiräume geschaffen werden.





Brown Bag Brainstorming **Krankenhäuser zukunftsfit aufstellen**

- Die Zukunft für Krankenhäuser liegt in der Vernetzung und Leistungen außerhalb des Hauses. Kliniken können bundes- oder EU-weit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zusammenarbeiten und ihre spezialisierte Expertise z. B. mittels Telekonsil zur Verfügung stellen.
- Rein stationär werden immer weniger Leistungen erbracht. Krankenhäuser können mit Hilfe virtueller Patientenpfade sektorenübergreifend tätig werden, z. B. die Daten im Versorgungsablauf analysieren und mit Videosprechstunden unterstützen.
- Die Transformation kann als bottom-up-Prozess durch erfolgreiche Projekte in einzelnen Regionen gelingen. Dafür werden die Länder als Unterstützer benötigt.
- Der Nutzen von Versorgungsnetzen statt kleinen singulären Kliniken muss für Patientinnen und Patienten erläutert werden, damit politische Unterstützung für die Umsetzung wächst.



Brown Bag Brainstorming **LeistungserbringerInnen für die Digitalisierung gewinnen**

- Es braucht mehr Kommunikation, um Hemmnisse und Befürchtungen abzubauen. Das beinhaltet den offenen Umgang damit, dass Nutzen erst mittelfristig entstehen wird. MFAs müssen gewonnen werden, um Ärztinnen und Ärzte zu überzeugen.
- Testzeiträume für digitale Anwendungen müssen ausreichend sein, um technisch unausgereifte Prozesse zu minimieren und die Akzeptanz nicht zu gefährden.
- Sanktionen und Fristen für die Umsetzung von Digitalisierungsschritten wirken zwar, schaffen aber keine intrinsische Motivation, mehr zu tun als gesetzlich gefordert.
- Ärztinnen und Ärzte brauchen einen Anreiz zur Umstellung, der durch Digitalisierung entstehenden Einkommensausfall kompensiert.



BMC @ SOCIAL MEDIA – MIT UNSEREN ZIELGRUPPEN NEU VERNETZT

2020 haben wir den BMC verstärkt in den sozialen Netzwerken repräsentiert.

Bei unseren Aktivitäten in den sozialen Medien geht es uns nicht nur darum, eigene Inhalte zu kommunizieren, sondern auch um den Austausch zu weiteren aktuellen Themen innerhalb des Gesundheitswesens. Unsere zunehmende Reichweite und die Relevanz unserer Inhalte, denen die Personen aktiv folgen, zeugen vom Erfolg, uns auch innerhalb der sozialen Medien als inhaltliche Plattform zu etablieren und mit den Menschen aus der Gesundheitsbranche zu vernetzen.

TWITTER

217

Tweets 2020

2646

Follower

22.225

Tweet Impressions
(Durchschnitt im Monat)

Da Twitter vor allem als Plattform für politische Diskurse dient und hier neben vielen Verbänden auch Politiker und politische Entscheidungsträger aktiv sind, lassen sich die neuesten Entwicklungen und Diskussionen in Echtzeit verfolgen. Darüber hinaus vernetzt es uns mit den relevanten Akteuren und erhöht unsere Sichtbarkeit im gesundheitspolitischen Diskurs.

Top-Tweet 3.664 Impressions bekommen

Es ist da! 🐦

Unser neues Buch "Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen" ist fertig und vollgepackt mit Beiträgen zu den Themen **#NewWork**, **#Interprofessionelle Zusammenarbeit**, Berufsbilder und **#Ausbildung der #Zukunft** und **#Digitalisierung** in der Arbeitswelt. Freut euch drauf! pic.twitter.com/tz3kZ63NjJ



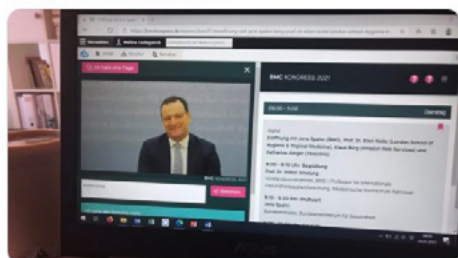
1 3 9 26

Jens Spahn hat retweetet



BMC e.V. @BMC_eV · 19. Jan.

Gesundheitsminister Jens Spahn begrüßt die TeilnehmerInnen des **#bmck21**: Digitalisierung, Vernetzung und die Stärkung der Pflege sind elementar für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen!



Jens Spahn

24

3

29

1

1

Top-Tweet 2.660 Impressions bekommen

Morgen geht es um unsere Gesundheitswelt im

Jahr 2049 🌐

Mit dabei sind [@daniel_dettling](#), [@Inga_Bergen](#), [@MiraFass](#), Hedwig François-Kettner @, [@MammaMiaMagazin](#), Christoph Straub [@BARMER_Presse](#) & David Traub [@Roche_de](#)

Seid dabei: bmcev.de/event/webgespr...
twitter.com/BMC_eV/status/...

1 1 8

LINKEDIN

474

Follower

255

Neue Follower 2020

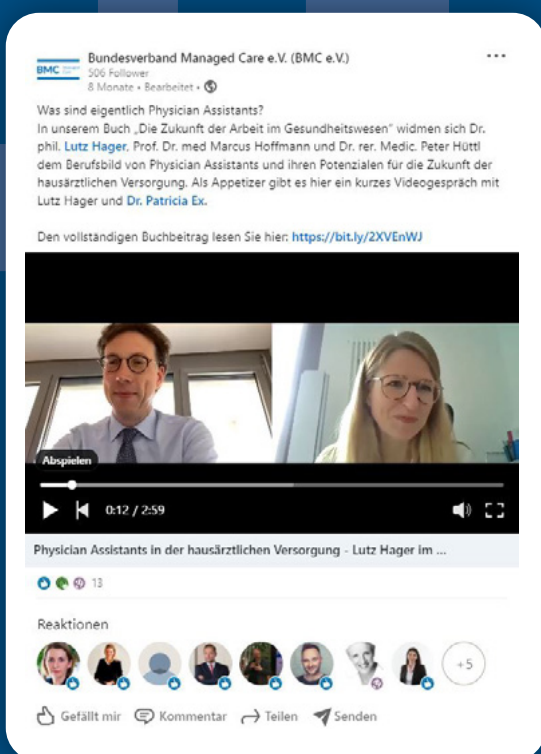
(Januar bis Dezember 2020)

127

Seitenaufrufe

(Durchschnitt im Monat)

53



Neu ausgebaut haben wir auch unsere Aktivitäten auf LinkedIn. Das Business-Netzwerk dient vor allem der Präsenz des BMC als Verein sowie als Kooperationspartner für Unternehmen.



Branchen

22%

Krankenhaus & Gesundheitsbereich

9%

Pharmazie

9%

IT und Services

MEDIEN & VERÖFFENTLICHUNGEN

(AUSWAHL)

„Wir wissen seit 25 Jahren was zu tun ist.“

„Der BMC-Kongress ist generell ein Jahrmarkt fortschrittlicher Versorgungskonzepte. Für jede Herausforderung, sei es in Ballungsräumen, auf dem Land oder wo auch immer, ist etwas dabei. Das deutsche Gesundheitswesen ist viel innovativer, als oft gesagt wird.“

Prof. Dr. Volker Amelung in:
Ärzte Zeitung, Dossier Managed Care, vom 22.01.2020

2020

JAN

FEB

MRZ

APR

MAI

JUN

JUL

Dr. Patricia Ex, Malte Behmer, Prof. Dr. Volker Amelung in:
Monitor Versorgungsforschung, Ausgabe 04/2020, S. 24–29

Mit Patientenlotsen Managed Care ermöglichen

„Lotsen sind eine konsequente Antwort auf mehr Patientensorientierung. Je stärker Patientenzufriedenheit als Indikator für Leistungsfähigkeit gesehen wird, desto wichtiger ist es, sich Gedanken zu machen, inwiefern der Versorgungspfad aus Sicht der Patienten Sinn macht.“

„Große Impfstoffmengen nicht vor 2021 verfügbar“: Pharmaverband warnt vor übertriebenen Erwartungen im „Rennen gegen die Pandemie“

Forscher der University of Oxford etwa sind optimistisch, schon im Juni einen wirksamen Impfstoff zu haben; (...). Optimismus, den der Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) entschieden bremst. In einer Präsentation, die vfa-Vertreter am Montag vor Mitgliedern des Gesundheit-Thinktanks Bundesverband Managed Care (BMC) hielten, heißt es: „Weitgehende Einigkeit unter Experten: große Impfstoffmengen nicht vor 2021 verfügbar.“

In: **Business Insider**, vom 20.05.2020

Über das Buch „Zukunft der Arbeit“ in:
Health und Care Management, vom 07.07.2020

New Work: Wie sich das Gesundheitswesen neu aufstellt

Ein Buch mit hohem Praxisbezug und Inspirationen für zukünftige Arbeitswelten im Gesundheitswesen. Die Fachexperten aus verschiedenen Disziplinen liefern eine breite Palette mit Handwerkszeug, um die eigene Personalarbeit auf die Zukunft auszurichten.

Vom nationalen zum internationalen Gesundheitssystem

„Um ihr Potential voll entfalten zu können und Digital Health zu realisieren, müssen sich Gesundheitssysteme verschiedener Länder miteinander vernetzen. Der Trend dazu besteht – die Entwicklung angemessen voranzutreiben ist eine der großen Aufgaben der kommenden Jahre.“

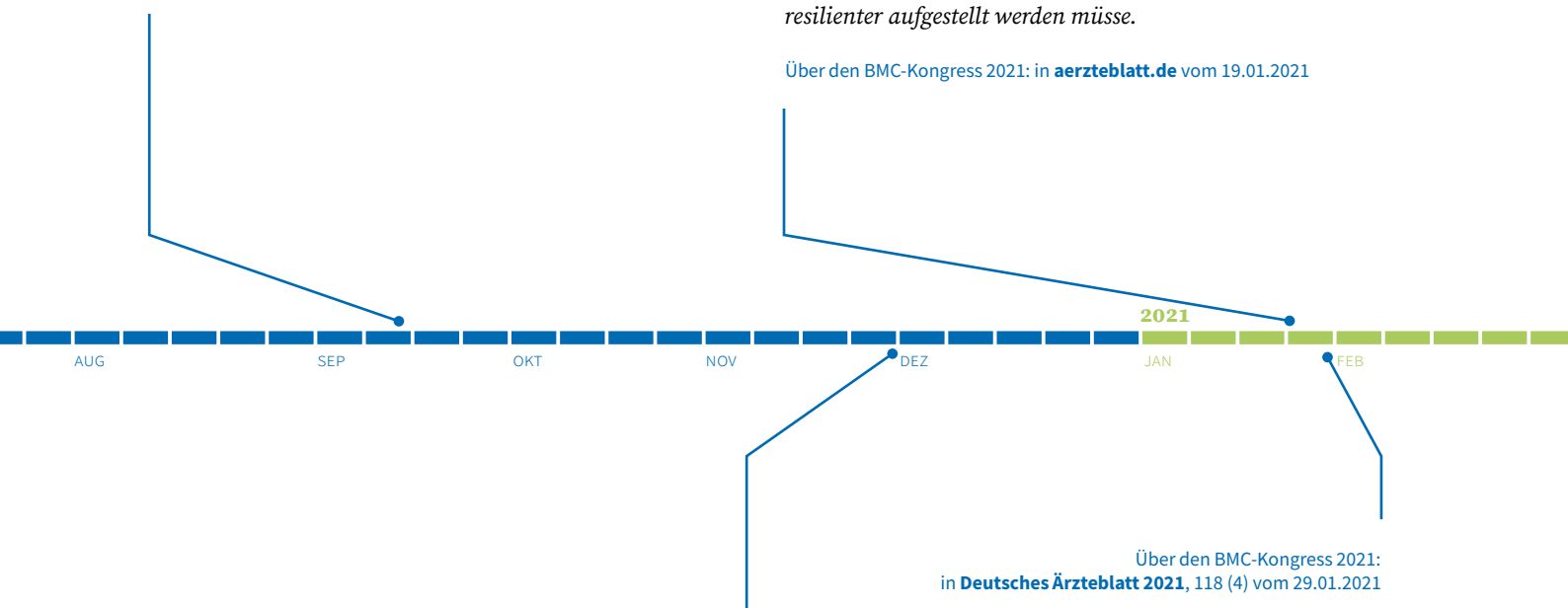
Dr. Patricia Ex und Prof. Dr. Volker Amelung in:
Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ), 11.09.2020

Spahn will Gesundheitswesen per Digitalisierung leistungsfähiger machen

Aus der Coronapandemie müssten die entsprechenden Lehren gezogen werden, betonte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) heute im Rahmen des Jahreskongresses des Bundesverbands Managed Care (BMC). Dies gelte insbesondere für das deutsche Gesundheitssystem, welches sich insgesamt bewährt habe, aber noch leistungsfähiger und resilienter aufgestellt werden müsse.

Über den BMC-Kongress 2021: in [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de) vom 19.01.2021

55



Prof. Dr. Volker Amelung in:
Gesundheit und Gesellschaft Digital, Ausgabe 12/2020, S. 1–3

„Plattform für frische Ideen“

Ganz sicher ist sich Amelung etwa, dass nach der Bundestagswahl im Herbst nächsten Jahres das Thema Kostendämpfung nach mehr als zehn Jahren wieder auf die Tagesordnung kommen wird. Schon aktuell sehen die Kassenfinanzen nicht gerade rosig aus. „Daher sollten wir uns jetzt überlegen: Wo können wir Effizienzen heben?“ 20 Jahre sei im nächsten Jahr die Debatte über Unter-, Über- und Fehlversorgung alt.

Zehn Jahre AMNOG: Das Gesetz wirkt

Mit dem AMNOG wurden vom Gesetzgeber Einsparungen in Höhe von zwei Milliarden Euro pro Jahr angestrebt. „Dieses Ziel wurde im Jahr 2018 erstmals erreicht, als die Einsparungen bei 2,6 Milliarden Euro lagen“, erklärte der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, auf einem virtuellen Kongress des Bundesverbands Managed Care (BMC) Mitte Januar. 2019 seien die Einsparungen sogar auf mehr als 3,5 Milliarden Euro angestiegen. Diese Einsparungen orientieren sich allerdings an den Preisen, die die Hersteller im ersten Jahr frei wählen können.

SPONSORING- UND MEDIENPARTNER

Unser herzlicher Dank gilt allen Sponsoring- und Medien-Partnern für die freundliche Unterstützung unserer Kongresse und Studienreisen im Jahr 2020!



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,
Dr. Patricia Ex

Satz & Grafik

FGS Kommunikation, Berlin

Repro

trigger.medien.gmbh, Berlin

Bildnachweis

S. 9 – Owen Egan
S. 20 – Maren Strehlau
S. 28 – DBT / Stephan Erfurt
S. 29 – DBT / Sebastian Fischer, _ideazione
S. 30 – Svea Pietschmann / G-BA
S. 31 – Svea Pietschmann / G-BA
S. 35 – Glenn Carstens-Peters / unsplash.com
S. 40 – WavebreakMediaMicro / stock.adobe.com
S. 42 – Rico Reutimann / unsplash.com
S. 48 – lapping / pixabay.com
S. 50 – Patrick Tomasso / unsplash.com
S. 51 – Surface / unsplash.com



www.bmcev.de