

Lounge-Programm

BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.



Hauptstadtkongress 2012 Medizin und Gesundheit

13. bis 15. Juni 2012
im ICC Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch in diesem Jahr stellt der Bundesverband Managed Care e.V. erneut einen der größten Stände auf dem „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit“. Mit seinen aktuell über 150 Mitgliedern repräsentiert der BMC die gesamte Breite des deutschen Gesundheitsmarkts. Immer mehr Akteure schätzen den BMC als Plattform des inhaltlichen Austauschs jenseits partikularer Interessenvertretung. Nicht zuletzt der höchst erfolgreiche BMC-Kongress zu Beginn dieses Jahres ist ein deutliches Indiz. Der BMC ist die Plattform für Innovationen im Gesundheitswesen und das Forum für innovatives Versorgungsmanagement in Deutschland.

Unter dem Dach des BMC haben sich acht seiner Mitglieder für den diesjährigen Hauptstadtkongress zusammengefunden, um ihre Produkte, Dienstleistungen und Inhalte zu präsentieren. Gleichzeitig haben die Besucher des Hauptstadtkongresses die Möglichkeit, sich am BMC-Stand im Rahmen des Lounge-Programms über die neuesten Entwicklungen im Bereich Managed Care zu informieren und auszutauschen.

Der BMC und seine Mitglieder würden sich sehr freuen, Sie an unserem Gemeinschaftsstand **B6 Brückenfoyer** auf dem Hauptstadtkongress zum Informations- und Gedankenaustausch über gleichsam spannende wie innovative Themen begrüßen zu dürfen.

Prof. Dr. Volker Amelung
Vorstandsvorsitzender

Dr. Sascha Wolf
Geschäftsführer

Mit freundlicher Unterstützung von



MedicalContact AG

EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSOCIETÄT
München · Berlin



Das Programm

Mittwoch, den 13. Juni 2012

Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

12:30 – 12:40

Begrüßung

Prof. Dr. Volker E. Amelung, Vorstandsvorsitzender, Bundesverband Managed Care e.V.

12:40 – 13:00

Zwei, drei, viele Gesunde Kinzigtäler. Neue Partner, neue Ergebnisse, neue internationale Trends

Gesundes Kinzigtal gilt als ein Erfolgsmodell für eine populationsbezogene Variante der Integrierten Versorgung (IV). Aktuelle Ergebnisse belegen den Gesundheitsnutzen für die Bevölkerung und die wirtschaftlichen Vorteile für die Krankenkassen. Das IV-Projekt soll nicht nur im Kinzigtal weiter ausgebaut werden. In mehreren Regionen Deutschlands sollen IV-Modelle nach Kinzigtaler Vorbild aufgebaut werden. Beachtung findet das Modell auch in Europa. Von dort können auch neue Impulse für die IV in Deutschland kommen. Helmut Hildebrandt beleuchtet den aktuellen Status, die Strategien zur Vertiefung und Erweiterung des Modells und die internationalen Entwicklungen.

Helmut Hildebrandt, Vorstand, OptiMedis AG

13:00 – 13:20

Die ‚frühe Nutzenbewertung‘ des Bestandsmarktes – sachliche und rechtliche Überlegungen

Die mit dem AMNOG neu eingeführte Regelung des §35a Abs.6 SGB V stellt besonders pharmazeutische Unternehmer von versorgungs- oder wettbewerbsrelevanten „alten“ Arzneimitteln vor die Frage, ob und wie „nachträglich“ der Nutzen ihrer Arzneimittel bewertet werden kann, mit der möglichen Folge einer Preissenkung. Die gesetzlichen Bestimmungen sind interpretationsfähig. Ein kontrovers diskutiertes Thema in einem sich stets wandelnden Markt.

Prof. Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers, Rechtsanwalt und Arzt, Senior Partner, Ehlers, Ehlers & Partner Rechtsanwaltssozietät, München

13:20 – 13:40

Vernetzung: Qualität steigern – Kosten senken – Potenziale heben!

Sektorenübergreifendes Prozess- und Ressourcenmanagement durch die Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer reduziert Aufwand und Kosten bei Dokumentation und Verwaltung. Gleichzeitig führt der medienbruchfreie Informationsaustausch zu einer Verbesserung von Diagnostik und Therapie. Prozesstransparenz und netzweit einheitliche Qualitätsstandards in der Dokumentation gepaart mit einer institutionsübergreifenden regionalen Morbiditätsanalyse ermöglichen neue, wettbewerbsfähige Leistungen und Versorgungsaufträge.

Markus Mailik, Vorstand, IGV Connect AG

Donnerstag, den 14. Juni 2012

Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

13:00 – 13:20

Gesundheitsprogramm Herzinsuffizienz in Niedersachsen – Erkenntnisse & Potenziale aus einem der größten indikationsbezogenen Telemedizin-Programme Europas

Seit 2008 läuft in Niedersachsen eines der größten telemedizinischen Herzinsuffizienzprogramme. Das Programm wurde mit Unterstützung der MHH umfassend evaluiert. Die Ergebnisse belegen eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten, eine Stabilisierung der Lebensqualität und die Reduktion der Mortalität. Auf ökonomischer Seite sind relevante Einsparungen bei den Leistungsausgaben zu verzeichnen. Die Effekte sind bei definierten Subgruppen besonders ausgeprägt. Das Programm wurde mittlerweile bis Ende 2014 verlängert und auf die Ansprache der besonders relevanten Subgruppen hin ausgerichtet. Bei der Darstellung der Inhalte und Ergebnisse wird vergleichend Bezug zu anderen nationalen / internationalen Projekten genommen.

Michael P. Blasius, Leiter Vertrieb Gesundheit & Marketing, almeda GmbH

13:20 – 13:40

Medizinproduktemarkt im Umbruch? Innovationen im rechtlichen Kontext

Für die Hersteller von Medizinprodukten ergeben sich in der täglichen Praxis vor allem im Hinblick auf den Marktzugang in erstattungsrechtlicher Hinsicht nicht selten erhebliche Schwierigkeiten. Diese liegen nicht zuletzt in den bestehenden hohen Hürden begründet, wenn es darum geht, neue Produkte in den klinischen Alltag einzuführen. Medizinprodukte, die mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verbunden sind, unterliegen im Vergleich zu Arzneimitteln einem sehr differenzierten Regelwerk in Bezug auf die Einführung von Innovationen in den Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Innovative Medizintechnik wird hier in erster Linie über den stationären Sektor in die Versorgung eingeführt, da aufgrund des dort bestehenden Verbotsvorbehalts gemäß § 137c SGB V eine Erbringung und Finanzierung der Innovation – anders als im ambulanten Sektor – zunächst grundsätzlich möglich ist. Dass die erforderliche Nutzenbewertung von Medizinprodukten in verschiedener Hinsicht problembehaftet sein kann bzw. ist, müssen in der täglichen Praxis vor allem Hersteller, aber auch Patienten immer wieder schmerzhaft erfahren. Ob und inwieweit hier die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführte Erprobungsregelung gemäß § 137e SGB V Abhilfe schaffen kann, wird sich in der täglichen Anwendung noch zeigen.

Dr. jur. Christian Rybak, Rechtsanwalt, Partner, Ehlers, Ehlers & Partner Rechtsanwaltssozietät, München

Das Programm

Donnerstag, den 14. Juni 2012

13:40 – 14:00

Erfolgsmessung im Versorgungsmanagement – Was funktioniert, was funktioniert nicht?

Das Umsetzen eines erfolgreichen Versorgungsmanagements (VM) ist für moderne Kostenträger aus GKV und PKV unerlässlich geworden. Ohne dieses Instrument ist eine nachhaltige Beeinflussung von ökonomischem Erfolg und Versicherungszufriedenheit kaum noch erreichbar. Doch wie erkennt man, ob ein VM erfolgreich ist? AnyCare blickt auf mehrere Jahre Erfahrung in der Erfolgsmessung von VM zurück. Als „Goldstandard“ kristallisiert sich dabei zunehmend das „Propensity Score Matching“ heraus. Dieser Vortrag geht auf die Notwendigkeit, das Vorgehen, die Ziele und erste Erfahrungen in der Erfolgsmessung von VM-Programmen ein.

Dr. Thorsten Pilgrim, Geschäftsführer, AnyCare GmbH

14:00 – 14:20

Fachkräftemangel und demographischer Wandel: Rezepte gegen das krankende Gesundheitssystem

Der sich abzeichnende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen macht grundlegende Veränderungen des Systems notwendig. Bereits 2020 werden in Deutschland nach Vollzeitstellen berechnet fast 56.000 Ärzte fehlen. Bis 2030, so Schätzungen, wird etwa jede zweite Arztstelle in Praxen nicht besetzt sein – wenn nicht Rezepte gegen das krankende Gesundheitssystem gefunden werden. Schuld am Fachkräftemangel ist in erster Linie der demografische Wandel. Die Alterung der Gesellschaft lässt die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen steigen. Gleichzeitig gehen in den kommenden Jahren immer mehr Mediziner in den Ruhestand, ohne dass ausreichender Nachwuchs zur Verfügung steht. Zudem verlangt die Feminisierung des Arztberufes nach neuen Arbeitsbedingungen. Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender der patiodoc AG, stellt Lösungen vor, die dem drohenden Kollaps entgegen wirken.

Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender, patiodoc AG



Bundesverband
Managed Care e.V.

Wer ist der BMC?

Der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) ist ein bundesweiter pluralistischer Verein für innovative Systementwicklung im Gesundheitswesen. Er versteht sich als Forum für zukunftsfähige, qualitäts-gesicherte und patientenorientierte Konzeptionen.

Er fördert in diesem Zusammenhang die Kontakte seiner Mitglieder untereinander sowie mit Partnern im deutschen und europäischen Gesundheitsmarkt.

Seine Mitglieder repräsentieren nahezu die gesamte Bandbreite aller Akteure des Gesundheitswesens. Das sind Krankenhäuser, Heilberufe, Apotheken, Pharma- und Medizintechnikindustrie, Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, Krankenkassen, ärztliche Körperschaften, IT-Anbieter, Banken und andere Institutionen.

Der BMC wurde 1997 gegründet und zählt über 150 Unternehmen und Institutionen zu seinen Mitgliedern.