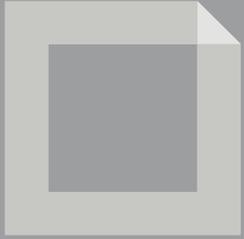


November 2017



STIFTUNG MÜNCH

THEMEN

Buch:
Robotik in der Gesundheitswirtschaft
Einsatzfelder und Potenziale

S. 3

16 Vorschläge der
Reformkommission G-BA
Gastbeiträge von Franz Knieps und
Dr. Ilona Köster-Steinebach

S. 4

Eugen Münch-Preis
2017

S. 14

Kategorien Versorgungsforschung und
praktische Anwendung – die Gewinner



AUSGEZEICHNET!
**WER DEN
EUGEN MÜNCH-PREIS
FÜR INNOVATIVE
GESUNDHEITSVERSORGUNG 2017
GEWONNEN HAT**



STIFTUNG MÜNCH

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

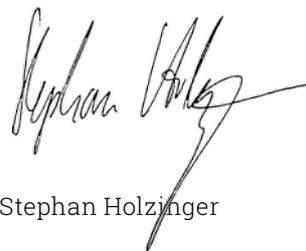
die Digitalisierung wird auch das hiesige Gesundheitswesen umpflügen. Wir als Stiftung Münch setzen uns für den sinnvollen Nutzen digitaler Innovationen ein, die das Potenzial haben, die Gesundheitsversorgung hierzulande zu verbessern. Digitalisierung ist dabei kein Selbstzweck. Für Patienten soll sie einen spür- und erlebbaren Nutzen bringen, Anbieter wiederum sehen in ihr auch einen Hebel, um angesichts des steigenden Finanzierungsdrucks ihre Effizienz weiter zu steigern.

Doch gilt es, dabei nicht das richtige Augenmaß zu verlieren. Denn Digitalisierung entwickelt sich an manchen Stellen bereits zum Hype – laut Duden eine „Welle oberflächlicher Begeisterung“. Das renommierte Gartner-Institut unterteilt die Reaktionen der öffentlichen Aufmerksamkeit, die einer neuen Technologie folgen, in einen Hype-Zyklus: Der anfängliche technologische Auslöser zieht einen Gipfel der überzogenen Erwartungen nach sich, der dann ins Gegenteil umschlägt – das Tal der Enttäuschungen. Aus diesem Tal führt schließlich der „Pfad der Erleuchtung“ zu einem realistischen Plateau der Produktivität.

Es gilt deshalb, genau zu prüfen, welche Innovationen tatsächlich den versprochenen Nutzen bringen können – und welche sich bei genauerem Hinsehen lediglich als eine Marketingblase entpuppen. So wie unsere Jury dies getan hat, die in diesem Jahr zwei Gewinner für den Eugen Münch-Preis auserkoren hat. Beide zeichnen sich dadurch aus, dass sie digitale Produkte – auch verbunden mit künstlicher Intelligenz – zum Nutzen der Patienten einsetzen. Nachgewiesenermaßen und solide.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und freue mich, mit Ihnen weiterhin in konstruktivem Austausch zu bleiben.

Ihr



Stephan Holzinger



Stephan Holzinger
Vorstandsvorsitzender
der Stiftung Münch

INDEX

- 02 ▶ Vorwort
- 03 ▶ Buch: Robotik in der Gesundheitswirtschaft – Einsatzfelder und Potenziale
- 04 ▶ 16 Vorschläge der Reformkommission G-BA, Gastbeiträge
- 09 ▶ Gesundheitswirtschaftsdialog
- 10 ▶ Das Think Camp
- 12 ▶ Eugen Münch-Preis für innovative Gesundheitsversorgung 2017
- 14 ▶ Eugen Münch-Preis für innovative Gesundheitsversorgung 2017 Die Gewinner
- 18 ▶ Was wurde aus ... Professor Dr. Leonie Sundmacher?
- 19 ▶ Neues Format 2018: BrainSnack Luncheon Roundtable-Gespräche

Buch

ROBOTIK IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT – EINSATZFELDER UND POTENZIALE

Robotik bietet vielfältige Potenziale, um sowohl Personal in ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen zu entlasten als auch hilfe- und pflegebedürftige Menschen zu unterstützen. Die Studie „Robotik in der Gesundheitswirtschaft – Einsatzfelder und Potenziale“ lotet die aktuellen und perspektivischen Einsatzmöglichkeiten in Krankenhaus, Rehabilitation, Altenpflege und zur Unterstützung des selbstständigen Lebens aus. Welche Szenarien sind in den kommenden Jahren realistisch und von der Branche gewünscht? Welche Hürden stehen dem Einsatz von Robotik im Gesundheitswesen entgegen und welche Voraussetzungen müssen dementsprechend geschaffen werden? Auf diese Fragen zeigt die Studie mögliche Antworten auf.

Das Buch enthält eine Übersicht über den Stand der Technik in Deutschland und in anderen Ländern, insbesondere Japan und Korea. Es zeigt Potenziale der Robotik für das deutsche Gesundheitswesen auf, entwirft Szenarien für die Jahre 2020 und 2030 und leitet Handlungsempfehlungen für die Akteure im Gesundheitswesen ab.

Das Buch dient als Anregung für die Akteure des Gesundheitswesens, um Vorstellungen und Ideen für den zukünftigen Einsatz von Robotik zu finden.



Voraussichtlicher Erscheinungstermin: Dezember 2017
medhochzwei-Verlag
ISBN Print: 978-3-86216-388-5
ISBN E-Book: 978-3-86216-389-2

16 VORSCHLÄGE DER REFORMKOMMISSION G-BA

Stärkung der hauptamtlichen, unparteiischen Mitglieder sowie neue Instrumente sollen Zugang von Innovatoren erleichtern und Interessenkonflikte auflösen



Die von der Stiftung Münch eingesetzte Reformkommission G-BA hat 16 Vorschläge erarbeitet, um strukturell bedingte Interessenkonflikte im G-BA aufzulösen und die Innovationsoffenheit des G-BA zu verbessern. Im Juni wurden sie der Öffentlichkeit vorgestellt – und platzten mitten in die zu dem Zeitpunkt heftig geführte Diskussion um die Neubesetzung der unparteiischen Mitglieder.

Zentraler Vorschlag ist die **Erhöhung der Zahl der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder des G-BA von derzeit drei auf neun** – zwei Drittel gewählt von den Trägerorganisationen und ein Drittel vom Bundestagesgesundheitsausschuss. Gleichzeitig bleibt der Sachverstand der von den Trägerorganisationen entsandten zehn Mitglieder bis auf deren Stimmrecht (wie bei den Patientenvertretern schon heute) unverändert erhalten. Um Innovatoren den Zugang zum System zu erleichtern, sollen Antrags- und Stellungnahme-rechte signifikant erhöht, eine Methodenschiedsstelle als wissenschaftliche Appellationsinstanz geschaffen

und das Beratungsrecht zu einem serviceorientierten Beratungsangebot ausgeweitet werden.

Wie kritisch würden die Vorschläge von den bisherigen Insidern und Profiteuren aufgenommen und bewertet, welche Entscheider vor die Nase gesetzt bekämen, die sie zwar weiterhin zu zwei Dritteln selber auswählen könnten, deren Amt dann jedoch so unabhängig wie das eines Richters ausgestaltet wäre? Welche Chancen sehen hingegen die im G-BA nicht vertretenen Outsider und potenziellen Innovatoren oder die strukturell unterprivilegierten Patientenvertreter? Eine spannende und mitunter kontroverse Diskussion fand dazu im September bei einem Luncheon Roundtable in den Räumen der Stiftung Münch mit namhaften Experten aller Seiten statt. Trotz unterschiedlichen Bewertungen im Detail waren sich dabei alle einig, dass vor allem die Reform der Verfahrensweisen, die Schaffung einer fachlichen Appellationsinstanz oder Schiedsstelle und die Erleichterung von systemischen Innovationen tatsächlich wünschenswert wären.

GASTBEITRAG VON FRANZ KNEIPS

DER GEMEINSAME BUNDESAUSSCHUSS IN DER DISKUSSION – ANMERKUNGEN ZU EINER SCHWIERIGEN DEBATTE



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist eine merkwürdige Institution. Kaum ein Normalbürger kennt ihn, doch fast jeder ist von seinen Entscheidungen betroffen.

Nahezu jeder Akteur des Gesundheitswesens kritisiert ihn, doch nur wenige machen brauchbare Vorschläge, wie tatsächlichen oder lautstark behaupteten Missständen abzuhelfen wäre. Alle wollen mitreden, viele wollen rein, andere drohen mit Austritt oder Umsetzungsblockade. Manchem – vor allem aus Legislative oder Exekutive – ist er ein Ärgernis, das es zu bändigen gilt. Vielen dient er als Projektionsfläche, vulgo Watschenmann, für eigene Versäumnisse oder gar zur Ummantelung von politischer Feigheit. Speziell ausländische Beobachter beneiden uns um ihn. Juristen bereitet er Kopfschmerzen, Ökonomen betrachten ihn als Betriebsunfall mangelnder ordnungspolitischer Stringenz, Sozialwissenschaftler wissen nicht so recht, was sie von ihm halten sollen.

KURZUM, DER G-BA IST EIN FASZINOSUM, DAS IMMER WIEDER ZUM GEGENSTAND VON DISKUSSIONEN WIRD UND 15 JAHRE NACH SEINER INSTALLIERUNG NIEMAN- DEN KALTLÄSST.

Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich die Stiftung Münch dieser Institution angenommen hat und ihr mit einer multiprofessionell zusammengesetzten Reformkommission zu Leibe gerückt ist. Dabei ist es verdienstvoll, nicht nur Schwächen der Aufbau- und Ablauforganisation herauszuarbeiten und (potenzielle) Fehlanreize für die Steuerung der Akteure zu identifizieren, sondern auch konkrete Handlungsvorschläge zu erarbeiten, die sich in die bisherige Steuerungssystematik des deutschen Gesundheitswesens und in die politische Entwicklungsgeschichte der Institutionen einfügen. Der kurze Beitrag kann nur auf wenige Aspekte eingehen, die dem Verfasser an der Schnittstelle von Politik, Recht und Praxis von besonderer Relevanz erscheinen, will aber gleichzeitig aufzeigen, in welchen Rahmen sich die Reformvorschläge einfügen sollten.

Aufgaben und Funktionen des Gemeinsamen Bundesausschusses und seiner Vorläufer sind seit der Weimarer Zeit bzw. der Restitution des Kassenarztrechts in der Nachkriegszeit kontinuierlich angewachsen. Komplexität und Kompliziertheit haben bis zur Undurchschau-

barkeit zugenommen. Längst ist der Kernbereich der Bestimmung des GKV-Leistungskatalogs um viele weitere Felder ergänzt worden. Qualitätssicherung, Nutzenbewertung, Wirtschaftlichkeitskriterien, Methodenbewertung, Innovationsförderung und strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) umreißen nicht abschließend weitere Aufgabenbereiche. Wenn die Politik nicht mehr weiterweiß oder sich im Detail zu verlieren droht, besinnt sie sich zumeist auf die Existenz der ansonsten wenig geliebten intermediären Institution zwischen Staat, Markt und Selbstverwaltung und erteilt neue Aufträge, zunehmend mit kurzer, oft unrealistischer Fristsetzung und unter Androhung der Ersatzvornahme. Der G-BA ist häufig ein beliebter Adressat, wenn Politik unangenehme, konflikträchtige Fragen nicht selber entscheiden will und einen Sündenbock sucht.

Das rechtliche Instrumentarium des Gemeinsamen Bundesausschusses ist begrenzt. In der Regel bedient sich der G-BA der Richtlinie als verbindliche untergesetzliche Norm mit verbindlicher Wirkung für Leistungsberechtigte und Leistungserbringer sowie (beabsichtigten oder unbeabsichtigten) Drittwirkungen, was ihm den schmeichelhaften Titel des „kleinen Gesetzgebers“, vor allem aber die nicht endenden Zweifel an der demokratischen Legitimation der Normsetzung eingebracht hat. Die damit einhergehenden Fragen, zu denen auch die Rolle des Bundesverfassungsgerichts bzw. einzelner seiner Richter zählt, können an dieser Stelle nicht geklärt werden. Klarheit vermag hier nur das Gericht selbst oder der Gesetzgeber zu schaffen. Bessere Anhaltspunkte können die Rechtsgutachten geben, die die Bundesregierung in Auftrag gegeben hat. Allerdings ist auch denkbar, dass sie den bestehenden Meinungen weitere hinzufügen, getreu dem Motto „Zwei Juristen, drei Meinungen“.

Ob die Vorschläge der Reformkommission zur Neubesetzung des Beschlussgremiums mit neun Unparteiischen, denen das Stimmrecht vorbehalten sein soll, alle Zweifel an der demokratischen Legitimation beseitigen können, soll hier nicht diskutiert werden. Schwerwiegender ist aus meiner Sicht, dass mit der Aberkennung des Stimmrechts der von den Trägerorganisationen benannten Mitglieder des Beschlussgremiums die gesamte Statik des G-BA zum Einsturz gebracht wird. Denn diese Trägerorganisationen stellen das Gros der Expertinnen und Experten in den Ausschüssen und Arbeitsgruppen, wo die fachliche Arbeit geleistet wird. Auch sorgen die Trägerorganisationen für Akzeptanz der G-BA-Entscheidungen

in der Praxis. Sie sind der Transmissionsriemen für die Umsetzbarkeit abstrakter Regelungen in die komplexe Realität. Geht die Akzeptanz für nicht selten schwierige und schmerzhaft Entscheidungen verloren, drohen Beschlüsse zu „unverbindlichen Hinweisen“ einer anonymen Bürokratie zu verkommen. Diese Gefahr würde verschärft, wenn man zudem dem Vorschlag folgte, die Amtszeit der Neutralen auf neun Jahre zu verlängern. Aus eigener Erfahrung sieht der Verfasser in der Regel kein Problem darin, dass Unparteiische von den Trägerorganisationen benannt werden, selbst wenn sie dort beschäftigt waren. Sie finden sich schnell in die Rolle eines Neutralen, da genau beobachtet wird, ob sie im Sinne der Entsendenden entscheiden.

Dagegen erscheinen mir zwei andere Punkte als Hindernisse zur Gewinnung geeigneter Kandidatinnen und Kandidaten. Das ist zum einen die Karenzzeit von einem Jahr, in dem jemand nicht bei einer Trägerorganisation oder einem ihrer Mitglieder beschäftigt sein darf. Dies schließt einen großen Personenkreis aus, aus dem hervorragend qualifizierte Unparteiische gewonnen werden könnten. Ob eine nachgelagerte Abklingzeit, wie sie die Reformkommission fordert, demgegenüber sinnvoll und rechtlich zulässig ist, mag dahinstehen, zumal sie leicht für ganze Berufsgruppen – beispielsweise für Juristen oder Ökonomen – durch eine Tätigkeit als Anwalt oder Berater umgangen werden kann.

GRAVIERENDER DÜRFTE SICH DIE MITWIRKUNG DER POLITIK AM AUSWAHLPROZESS NEGATIV AUF DIE BEREITSCHAFT GEEIGNETER PERSONEN AUSWIRKEN, SICH DIESEM VERFAHREN ZU STELLEN.

Schon die Entstehungsgeschichte der entsprechenden Vorschrift hat mehr als ein Geschmäcke, geht sie doch auf eine öffentliche Kontroverse zwischen dem damaligen unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses und einem prominenten Gesundheitspolitiker zurück. Noch erheblicher dürfte sich die jüngste Zurückweisung beider Kandidaten der Trägerorganisationen durch einstimmigen Beschluss des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages einprägen. Was rund um diese Entscheidung bekannt wurde, trübt das Bild von der politischen Unabhängigkeit der Abgeordneten bedenklich ein. Hier wurde nicht „Rechtsgeschichte geschrieben“ (wie der Ausschussvorsitzende überschwänglich bekundete), sondern schmutzige Wäsche gewaschen und ein parteipolitisches Süppchen gekocht. Es ist bedauerlich, dass kein Gericht dieses Verfahren, das erhebliche Zweifel an der Rechtsstaatlichkeit begründet, durchleuchtet. Sonst würde manche

Lichtgestalt dunkel dastehen. Deshalb empfiehlt es sich, möglichst bald die Sphären von Selbstverwaltung und Politik an dem Punkt wieder schärfer zu trennen und auf Verfahrenselemente zu verzichten, die dem US-System entlehnt und dem deutschen Sozialrecht wesensfremd sind.

GERADE WAS DIE ÜBERPRÜFBARKEIT VON ENTSCHEIDUNGEN ANGEHT, BESTEHT DURCHAUS DISKUSSIONS- UND GEGEBENFALLS AUCH VERÄNDERUNGSBEDARF.

Gegen jede belastende oder verweigerte Entscheidung einer Behörde kann der Bürger Widerspruch einlegen und bei Nichtabhilfe klagen. Dies ist prinzipiell auch bei Entscheidungen des G-BA möglich. In der Praxis läuft dieser Rechtsschutz jedoch häufig leer, oder er kommt zu spät. Oft überfordert er auch die Gerichte, da beispielsweise schwierige Methodenfragen zu klären sind, die sich einer formalrechtlichen Überprüfung weitgehend entziehen. Daher erscheint der Vorschlag der Kommission, Methodenfragen durch ein Gremium aus hoch qualifizierten Experten im Rahmen der G-BA-Verfahren zu überprüfen, zielführend. Auch die Präzisierung der Verfahrensregelungen, die Erhöhung der Verfahrenstransparenz und die Ausweitung der Beteiligungsrechte der Betroffenen weisen in eine Richtung, die die Legitimation des G-BA stärkt. Denn wir wissen seit Luhmann, dass sich Legitimation vor allem aus den Verfahren speist. Der Kommissionsvorschlag könnte insoweit erweitert und modifiziert werden, als im G-BA eine Appellationsinstanz installiert würde, die eine generelle Überprüfung strittiger Fragen im Verfahren vornehmen könnte. In dieses Appellationsverfahren könnte – etwa durch entsprechende Antrags- und Mitwirkungsrechte – auch die Politik eingebunden werden. Inwieweit dadurch die Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit über den G-BA tangiert wäre oder gar abgelöst werden könnte, müsste sorgfältig geprüft werden.

Allerdings darf man sich keine Illusionen über die Auswirkungen solcher Regelungen machen. Sie verlängern die Verfahren im G-BA, deren Dauer schon heute Gegenstand heftiger Kritik ist. Und sie begünstigen mächtige Akteure, die finanzielle und personelle Ressourcen haben, solche Verfahren zu betreiben und durchzustehen. Ob die Verfahrenspraxis des G-BA Anhaltspunkte dafür hergibt, dass Outsider durch die Mitwirkung von Insidern benachteiligt werden, vermag der Verfasser nicht zu beurteilen. Er sieht vielmehr kritisch, dass Innovationen, die durch Akteure mit begrenztem Finanz- und/oder Zeitbudget in die Verfahren eingebracht werden, durch Dauer und Komplexität behindert werden oder gar ausscheiden. Daher wird allgemeiner zu diskutieren

sein, ob der G-BA für heutige und zu erwartende Innovationen hinreichend gerüstet ist oder ob wir speziell zur Bewältigung der sogenannten Digitalisierung nicht neue Instrumente und Verfahren brauchen. Als Stichworte mögen „Fast Tracks“ oder vorläufige Kurzbewertungen genügen. Hier stehen wir erst am Anfang einer Diskussion, die die nächsten Legislaturperioden prägen und die Arbeit des G-BA verändern wird.

ERSTE ERFAHRUNGEN SOLLTEN ZUM ANLASS GENOMMEN WERDEN, DIE AUFGABENZUWEISUNG AN DIE GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG KRITISCH ZU ÜBERPRÜFEN UND ZU FRAGEN, WELCHE AUFGABEN UND KOMPETENZEN VON DER GLOBALSTEUERUNGSEBENE AUF DIE EINZELWIRTSCHAFTLICHE EBENE ZURÜCKVERLAGERT WERDEN KÖNNTEN, ABER AUCH WO DER STAAT IN SEINER VERANTWORTUNG FÜR DASEINVSORGE UND INFRASTRUKTUR KLARERE VORGABEN MACHEN MUSS.

So haben die Erfahrungen mit der elektronischen Gesundheitskarte hinlänglich bewiesen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung mit Vetospielern auf allen Ebenen nicht geeignet ist, sowohl die Grundsatzentscheidungen für die Schaffung einer zeitgemäßen Telematikinfrastruktur zu treffen als auch die Applikationen für die Nutzung auszugestalten. Auch wenn der G-BA hier nur am Rande betroffen ist, sollte auf der Basis dieser Erfahrungen grundlegender diskutiert werden, auf welcher Ebene mit welchen (ordnungspolitischen) Instrumenten die Herausforderungen der Digitalisierung, der Globalisierung, des medizinischen Fortschritts und des soziodemografischen Wandels (die Aufzählung ist nicht abschließend) bewältigt werden können. Dies gilt auch für Aufbau, Kompetenzen und Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses, den viele Akteure und Betrachter als den mächtigsten Akteur im deutschen Gesundheitswesen ansehen.

Folglich sind die Vorschläge der Reformkommission Gemeinsamer Bundesausschuss der Stiftung Münch eine gute Diskussionsgrundlage, um eine breitere Diskussion über die Steuerung des Gesundheitswesens anzustoßen, die Herausforderungen der nächsten Dekaden über die Grenzen einer Legislaturperiode hinaus zu identifizieren, Lösungsalternativen zu erarbeiten und neue Instrumente und Verfahren zu erproben. Dabei sollte man sich keine Illusionen über die Reformresistenz von Akteuren

und Institutionen machen – die manche als Resilienz gegenüber dem Zeitgeist loben –, aber trotzdem Vorschläge in die Diskussion bringen, wenn sich ein Fenster der Möglichkeit öffnet. Auf längere Sicht suchen sich Probleme geeignete Lösungen und wird die Praxis sowohl ideologische Vorbehalte als auch versteckte Interessen überwinden.

Abschließend sei vor zu hohen Erwartungen und zu viel Pathos gewarnt. So ist das Gemeinwohl, das der Kommission als Zielbild besonders am Herzen liegt, kein objektiver Maßstab, sondern das Ergebnis von Abwägungsprozessen, die bestimmten Kriterien genügen müssen: demokratische Partizipation der Betroffenen, Transparenz insbesondere in Bezug auf Interessenkonflikte, faire Verfahrensgestaltung, wissenschaftlich vertretbares Ergebnis sowie Offenheit für Evaluierung und Korrekturen (erneut ist die Aufzählung nicht abschließend). Nicht der revolutionäre Big Bang, sondern die kontinuierliche Anpassung an die Herausforderungen der Zeit sind das Kennzeichen einer Gesundheitspolitik, die von Visionen und anspruchsvollen Zielen geleitet und von der praktischen Vernunft im demokratischen Diskurs getrieben wird. **Hierzu hat die Stiftung einen wichtigen Beitrag geleistet.**



FRANZ KNEIPS

war als Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegesicherung im Bundesministerium für Gesundheit wesentlich an der Schaffung des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligt. Er ist heute Vorstand des BKK-Dachverbands. Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder.

GASTBEITRAG VON DR. ILONA KÖSTER-STEINEBACH ZUR STUDIE UND ZU DEN REFORMVORSCHLÄGEN DER KOMMISSION DER STIFTUNG MÜNCH ZUM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS



Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass sich eine Kommission auf Anregung der Stiftung Münch mit der Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses beschäftigt hat. Insbesondere teilen wir die Einschätzung, dass „der Fall einer entscheidungsbestimmenden Interessenharmonie von GKV und Leistungserbringern gegen die Interessen der Gesellschaft (insb. Beitragszahler zur GKV und Patientinnen und Patienten) möglich“ ist.

VON DEN VORGESCHLAGENEN ÄNDERUNGEN MÖCHTEN WIR VOR ALLEM DIE ERHÖHUNG DER TRANSPARENZ ÜBER DIE BERATUNGEN (Z. B. IN DEN UNTERAUSSCHÜSSEN) POSITIV HERVORHEBEN.

Ebenso positiv bewertet der vzbv auch den Gedanken der Verfahrensbeschleunigung für die Integration von Innovationen in den gesetzlichen Leistungskatalog – selbstverständlich unter Beachtung von Nutzen und Risiken. Dazu ist ein an Patientensicherheit und -nutzen ausgerichteter und der jeweiligen Fragestellung angepasster Umgang mit Evidenz erforderlich, der von der vorgeschlagenen Methodenschiedsstelle unterstützt werden kann.



DR. ILONA KÖSTER-STEINEBACH

ist Referentin für Gesundheitspolitik der Verbraucherzentrale Bundesverband und im G-BA seit 2010 für die Patientenseite als Repräsentantin der Verbraucherzentrale vertreten.



Einen Bericht über die Arbeit der Reformkommission, die Studie „Bestandsaufnahme G-BA“ und die 16 Vorschläge der Reformkommission finden Sie auf unserer Internetseite:

www.stiftung-muench.org

GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSDIALOG

Seit dem Sommer beteiligt sich die Stiftung Münch gemeinsam mit der Hochschule Fresenius am Gesundheitswirtschaftsdialog der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft KPMG.

Bei der ersten Veranstaltung mit dem Titel „Die Selbstoptimierung und ihre Folgen“ diskutierten der Vorstand der Allianz PKV, Daniel Bahr, die Landesgeschäftsführerin der Barmer Bayern, Claudia Wöhler, die Soziologin Professor Elisabeth Wacker (TU München) und der smart-patient-Gründer Sebastian Gaede in München in Anwesenheit von mehr als 100 Teilnehmern. Und auch in Düsseldorf, wo zum selben Thema Dr. Daisy Hünefeld (Vorstand der St. Franziskus-Stiftung), Dorothee Schumacher (Mitglied der Unternehmensleitung der pronova BKK) und Professor Jochen A. Werner (Vorstandsvorsitzender des Uniklinikums Essen) als Experten geladen waren, stieß das Format auf großes Interesse.

Die Veranstaltungsreihe wird 2018 fortgesetzt.



Gesundheitswirtschaftsdialog NRW
am 22. September in Düsseldorf:

Wolfgang Goetzke, Geschäftsführer, gewi-Institut
für Gesundheitswirtschaft e. V.

Annette Kennel, Stiftung Münch

Professor Andreas Beivers, Hochschule Fresenius

Dorothee Schumacher, Mitglied der Unternehmens-
leitung, pronova BKK

Prof. Dr. Jochen A. Werner, Vorstandsvorsitzender,
Universitätsklinikum Essen

Dr. Daisy Hünefeld, Vorstand St. Franziskus-Stiftung

Udo Banke, Director, KPMG



THINK CAMP

LERNEN. UMSETZEN. NETZWERKE BILDEN.

Aus Erfahrung wird man klug – aber für Veränderungen muss man alte Denkmuster über Bord werfen. Beim Think Camp der Stiftung Münch treffen deshalb die Erfahrung und das Wissen renommierter Experten von heute auf die frischen Ideen und den Tatendrang der Experten von morgen.

Das Think Camp versammelt die Teilnehmer an einem Wochenende, um sich zu einer bestimmten Fragestellung neue Lösungsansätze zu überlegen. Sie erhalten wichtige theoretische Kenntnisse

von den Experten und setzen dann ihr Wissen in kreative Konzepte um, die sie abschließend präsentieren.

Das Think Camp richtet sich an Studierende ab dem 5. Semester, Doktoranden und Postdoktoranden sowie Nachwuchsführungskräfte, die das Gesundheitssystem der Zukunft aktiv gestalten wollen. Für die Teilnahme ist eine Bewerbung erforderlich.

AUS ERFAHRUNG LERNEN ODER DAS RAD NEU ERFINDEN – ANDERE GESUNDHEITSSYSTEME ALS VORBILD?

2. BIS 4. MÄRZ 2018 IN BERLIN

Details folgen unter www.stiftung-muench.org

**JETZT SCHON
BEWERBEN!**

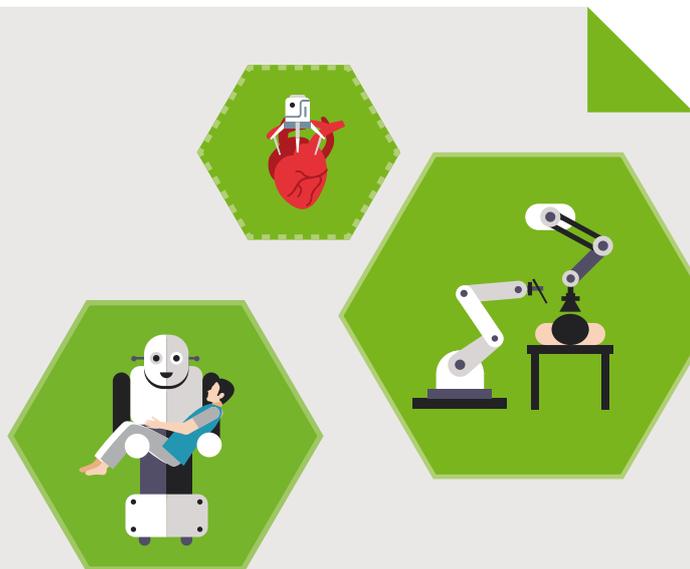
**NETZ.WERK.MACHER.
DAS FORMAT FÜR NACHWUCHSWISSENSCHAFTLER
UND JUNGE FÜHRUNGSKRÄFTE**

WEITERE INFORMATIONEN FINDEN SIE AUF UNSERER INTERNETSEITE:
www.stiftung-muench.org

VERNETZUNG DER EXPERTEN VON HEUTE UND MORGEN: DAS THINK CAMP HAT SICH ALS BELIEBTES FORMAT ETABLIERT

Wie können Roboter in die Gesundheitsversorgung integriert werden? Welche Berufe sind im Gesundheitswesen der Zukunft erforderlich? Wie müsste ein Koalitionsvertrag aussehen, um Netzwerkmedizin zu fördern?

Zu diesen Themen trafen sich jeweils 15 junge Wissenschaftler und Berufsanfänger aus unterschiedlichen Fachrichtungen mit führenden Experten beim Think Camp der Stiftung Münch. Es entstanden Konzepte und Positionen aus Sicht der „jungen Generation“ – die die Gesundheitsversorgung der Zukunft tragen und finanzieren muss und deren Ansichten in die Gestaltung einfließen sollten.



„Wir sind beeindruckt, was die Teilnehmer an den drei Tagen alles leisten und erarbeiten“, so Professor Boris Augurzky, wissenschaftlicher Geschäftsführer der Stiftung Münch. Dabei kommt neben der Arbeit auch das gesellige Beisammensein nicht zu kurz. So entstanden viele neue, interessante Kontakte – sowohl zwischen den Teilnehmern als auch mit und unter den Dozenten.



Und das sagen die Think Camp-Teilnehmer:

„ Ich kann es gar nicht oft genug sagen: Es war eine großartige Veranstaltung!

”

Die Ausrichtung des Think Camps als Veranstaltungsreihe, bei der Out-of-the-box-Denken nicht nur möglich, sondern sogar erwünscht ist, legt damit den Grundstein für innovative Konzept- und Produktideen.

”

Sehr schön fand ich, dass der Workshop an sich einen Vernetzungscharakter hat, der dazu beitragen kann, neue Wege der Gesundheitsversorgung zu entdecken und zu beschreiten.

Die Arbeiten, die bei den Think Camps entstanden, sind auf unserer Internetseite veröffentlicht:
<http://www.stiftung-muench.org/netz-werk-macher/>

EUGEN MÜNCH-PREIS FÜR INNOVATIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG 2017

Mit dem Eugen Münch-Preis für innovative Gesundheitsversorgung, den die Stiftung Münch in diesem Jahr zum dritten Mal verliehen hat, werden eine Arbeit aus der Versorgungsforschung und eine praktische Anwendung ausgezeichnet – jeweils dotiert mit einem Preisgeld von 20.000 Euro. Besonders attraktiv macht den Preis zudem die Vernetzung mit namhaften Personen und Unternehmen des Gesundheitswesens: Die Gewinner profitieren von den Kontakten, die sie nicht zuletzt bei der Preisverleihung knüpfen können, bei der sie in kleinem Rahmen in Anwesenheit von viel (Gesundheits-)Prominenz geehrt werden.

Die Resonanz auf die diesjährige Ausschreibung war überwältigend: 100 Bewerbungen gingen bis zum Ende der Einreichungsfrist ein. Keine leichte Aufgabe für die Jury, die sich unter den vielen und durchweg qualitativ hochwertigen Arbeiten für einen Gewinner je Kategorie entscheiden musste.



Eugen Münch-Preis für innovative Gesundheitsversorgung 2018

Nach der Preisverleihung ist vor der Ausschreibung:

Auch 2018 verleihen wir wieder den Eugen Münch-Preis für innovative Gesundheitsversorgung. Details folgen in Kürze.



SO ARBEITET DIE JURY

Nach dem Ablauf der Bewerbungsfrist erhalten die Jurymitglieder Zugang zu allen Einsendungen. Jedes Jurymitglied wählt daraus seine Top 7 in jeder Kategorie, die Bewertungen werden zusammengefasst und daraus eine Shortlist erstellt. Aus dieser werden dann bei der Jury-sitzung die Gewinner gewählt – auf Basis der Kriterien, die in der Ausschreibung formuliert sind.

Ist ein Jurymitglied befangen, weil eine Kooperation mit dem Team einer eingereichten Arbeit besteht, meldet er dies. Er kann diese Arbeit nicht vorschlagen und nicht darüber abstimmen. In diesem Jahr betraf dies Jurymitglied Dr. Peter Langkafel: Er ist als Geschäftsführer von Healthcubator an der DigiThep GmbH beteiligt, die hinter SpeechAgain steht. Er hat die Arbeit nicht vorgeschlagen und sich bei Diskussion und Abstimmung der Stimme enthalten.

DIE JURY 2017:

Sebastian Balzter, Redakteur FAZ

Prof. Stefan Felder, Professor für Health Economics, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Basel, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)

Prof. Dr. Jochen Gensichen, Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin, Klinikum der LMU München

Prof. Achim Jockwig, Vorstandsvorsitzender des Klinikums Nürnberg

Dr. Tobias Johann, Managing Partner der Rheingau Founders

Dr. Peter Langkafel, CEO von Healthcubator

Dr. Mani Rafii, Mitglied des Vorstands der BARMER

Uwe Schwenk, Director der Bertelsmann Stiftung

EUGEN MÜNCH-PREIS FÜR INNOVATIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG 2017 DIE GEWINNER

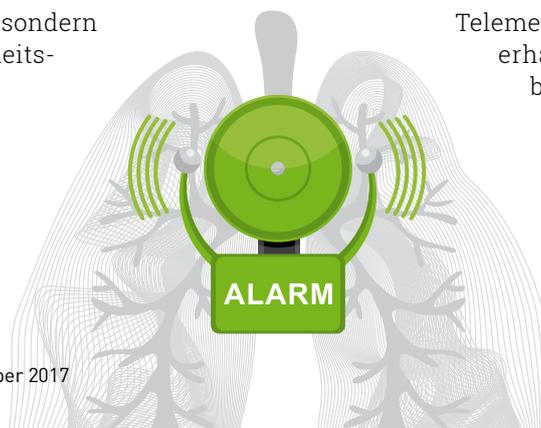
▶▶▶ BEHANDLUNG VERBESSERT, KOSTEN REDUZIERT: DMITRIJ ACHELROD GEWINNT IN DER KATEGORIE VERSORGUNGSFORSCHUNG MIT SEINER ARBEIT „GESUNDHEITSÖKONOMISCHE EVALUATION VON TELEMONITORING FÜR COPD IN DEUTSCHLAND“ DOTIERT MIT 20.000 EURO

Atemnot ohne jegliche körperliche Anstrengung – für Patienten mit einer fortgeschrittenen COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), gehört dies ebenso zum Alltag wie permanenter Husten und „Auswurf“. Ihre Lunge ist dauerhaft geschädigt („chronisch“), die Gefäße sind verengt („Obstruktion“). Die Beschwerden verstärken sich im Lauf der Zeit und bestimmen zunehmend das Leben der Patienten. Am Ende ist kein normaler Alltag mehr möglich, die Patienten sind auf Hilfe angewiesen und schließlich pflegebedürftig. Die Erkrankung ist häufig: Allein in Deutschland sind rund sechs Millionen Menschen betroffen – Tendenz steigend. Damit verursacht die COPD nicht nur viel Leid, sondern auch hohe Kosten für das Gesundheitssystem.

Eine Heilung ist nicht möglich. Im Vordergrund der Therapie steht daher, die Lebensqualität zu erhalten und den Krankheits-

fortschritt zu verlangsamen. Besonders gefährlich ist die „Exazerbation“, eine akute Verschlechterung des Zustands. Sie kann durch einfache virale Infekte oder auch Umwelteinflüsse wie zum Beispiel Hitze oder Kälte ausgelöst werden. In dem Fall ist meist eine Behandlung im Krankenhaus nötig. Durch die Erkrankung ist der Patient Dauergast in der Praxis seines Arztes und oft auch Stammgast im Krankenhaus.

Um die Situation der Patienten zu verbessern, kommt das Telemonitoring zum Einsatz. Das größte Projekt bundesweit derzeit wird von der AOK Bayern und SHL Telemedizin durchgeführt. Die Patienten erhalten je nach Gesundheitszustand bis zu zwei Monitoring-Geräte (Spirometer und Pulsoxymeter), die mit einem internetfähigen Endgerät, der Telemonitoring-Konsole, verbunden sind. Damit messen die Patienten mindestens einmal





Dmitrij Achelrod

Nach seinem Studium der Betriebswirtschaft in Deutschland und Frankreich absolvierte Dmitrij Achelrod seinen Master in Gesundheitsökonomie an der London School of Economics (LSE). Seine anschließende Promotion am Hamburg Center for Health Economics (Universität Hamburg) und am Health Economics Research Centre (HERC, Oxford University) schloss er zum Thema „Measuring the Value of Healthcare Innovation“ in 2016 mit dem Prädikat „summa cum laude“ ab.

Achelrod sammelte Berufserfahrung in Start-ups sowie in Konzernen in den Bereichen digitale Medizin, Medtech und Consulting. Er ist Autor mehrerer wissenschaftlicher Publikationen und erhielt zahlreiche Auszeichnungen, unter anderem Stipendien der Studienstiftung des deutschen Volkes sowie den Brian Abel-Smith Prize der LSE. Seit 2016 ist er für das Start-up QuantCo als Data-Scientist für quantitative Modellierung im Gesundheitssektor tätig. Achelrod ist zudem ehrenamtliches Mitglied des Komitees bei Young Forum Gastein (European Health Forum Gastein).

BEGRÜNDUNG DER JURY

„Die Arbeit von Achelrod, die im *European Journal of Health Economics* publiziert wurde, überzeugt durch ihre außerordentliche methodische Qualität, die Verwendung von Routinedaten ist vorbildlich für die Versorgungsforschung“, fasst Jurymitglied Professor Stefan Felder die Meinung der Jury zusammen. Um die Daten der Teilnehmer an der Studie mit denen der Patienten vergleichen zu können, die regulär behandelt wurden, kamen neue Methoden der Risikoadjustierung zum Einsatz („Entropy Balancing“ und „Dif-Dif-Schätzer“).

Achelrod konnte belegen, dass durch Telemonitoring innerhalb eines Jahres die Mortalität um drei Prozentpunkte und gleichzeitig die gesamten Versorgungskosten um 895 Euro gesenkt werden konnten. „Bei derzeit knapp sechs Millionen COPD-Patienten ist die Arbeit damit von großer Bedeutung und schlägt eine Brücke zwischen Medizin und Gesundheitsökonomie“, betont Jurymitglied Professor Jochen Gensichen.

pro Woche ihre Vitaldaten, die automatisch an das Telemonitoring-Center übertragen und dort in einer elektronischen Patientenakte gespeichert werden. Das Telemonitoring-Center ist durchgängig besetzt. Zusätzlich beantworten die Patienten mit einem Touchpad an der Konsole wöchentlich COPD-spezifische und generelle Gesundheitsfragen, die ebenfalls in die Patientenakte im Telemonitoring-Center einfließen. Außerdem finden in individuell vereinbarten Zeitabständen Telefongespräche statt.

Nehmen Patienten an diesem Projekt teil, wird zudem zu Beginn mit dem behandelnden Arzt festgelegt, welche konkreten Schritte im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustands erfolgen müssen. Dies wird ebenfalls in der Akte hinterlegt. Ein Algorithmus berechnet auf Grundlage der gesammelten Patientendaten die Wahrscheinlichkeit einer akuten Verschlechterung. Ist diese hoch, wird der Patient vom Telemonitoring-Center telefonisch kontaktiert, um die Medikation anzupassen bzw. andere vordefinierte Maßnahmen zu treffen.

Doch nützt das Telemonitoring tatsächlich? Der Nachweis fehlte bisher. Dmitrij Achelrod hat ihn mit seiner Studie erbracht, die er im Rahmen seiner Dissertation am Hamburg Center for Health Economics mit seinen Kollegen Tom Stargardt und Jonas Schreyögg durchgeführt hat. **Mit einem klaren Ergebnis: Ja, Telemonitoring trägt dazu bei, die Behandlung der COPD-Patienten deutlich zu verbessern** – bei gleichzeitiger Senkung der Kosten. Für die Studie untersuchte der Wissenschaftler die Krankenkassen-Abrechnungsdaten von 651 Projektteilnehmern und 7.047 Patienten aus der Regelversorgung und evaluierte Leistungsanspruchnahme, Mortalität und medizinische Kosten über eine Periode von zwölf Monaten. Dabei setzte Achelrod anspruchsvolle statistische Verfahren ein, um eine unverzerrte Aussage über den Effekt des Telemonitorings treffen zu können.

Die Ergebnisse zeigen, dass durch das Telemonitoring das Mortalitätsrisiko der Patienten um 49 Prozent gesenkt wurde. Die Inanspruchnahme von Leistungen sank ebenfalls: Krankenhausaufenthalte und das Aufsuchen einer Notaufnahme waren seltener erforderlich. **Die positiven Effekte waren bei Patienten mit sehr schwerer COPD am stärksten ausgeprägt.** Auch ökonomische Vorteile konnte Achelrod nachweisen: Die Leistungsausgaben pro Patient reduzierten sich um insgesamt 895 Euro. Zwar stiegen die ambulanten Ausgaben (70 Euro) und die Anzahl der verschriebenen Pharmazeutika (1,76 Verschreibungen), doch die Krankenhauskosten sanken um 1.056 Euro.

„Dies ist die erste deutsche Studie, die einen klaren klinischen und ökonomischen Mehrwert eines großangelegten Telemonitoring-Projekts für COPD demonstrieren konnte“, fasst Achelrod zusammen und fügt hinzu: „Das Programm ließe sich problemlos auf weitere Kassen und Versorgungsregionen skalieren.“

▶▶▶ SPEECHAGAIN – WIEDER AM LEBEN TEILHABEN DANK DIGITALER THERAPIE

DR. ALEXANDER WOLFF VON GUDENBERG UND TEAM ERHALTEN EUGEN MÜNCH-PREIS IN DER KATEGORIE PRAKTISCHE ANWENDUNG DOTIERT MIT 20.000 EURO

Kennen Sie jemanden, der stottert? Die Wahrscheinlichkeit ist theoretisch hoch, denn ein Prozent der Bevölkerung leidet darunter, bei Kindern sind es sogar fünf Prozent. Dass Sie dennoch vermutlich niemanden kennen, liegt vielleicht auch daran, dass die Betroffenen sich häufig zurückziehen. Denn sie stehen unter immensem Leistungsdruck, in vielen Fällen ist soziale Isolation die Folge.

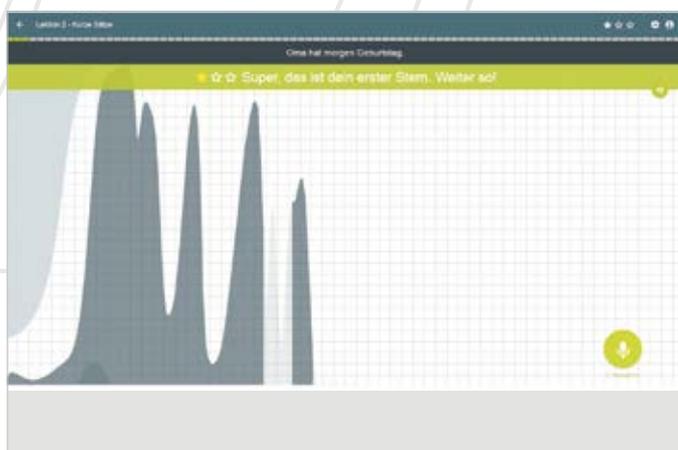
Ambulante Hilfe bietet die Logopädie. Doch einen geeigneten Therapeuten zu finden, ist nicht einfach, und die vielen erforderlichen Termine in großen Abständen müssen über einen langen Zeitraum in der Praxis wahrgenommen werden – nicht zuletzt ein Zeit- und Organisationsproblem. Deshalb wird die Logopädie von den S3-Leitlinien, den von den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelten Therapieempfehlungen, lediglich „schwach empfohlen“. In ihrer Verzweiflung nehmen viele Stotterer schließlich unseriöse Angebote an oder wenden sich an „Heiler“.

Der Arzt Dr. Alexander Wolff von Gutenberg ist selbst betroffen und bezeichnet sich als „massiven Stotterer“. Er hat es jedoch geschafft, die Sprachblockade so weit zu überwinden, dass er gut aktiv kommunizieren kann. Keine Selbstverständlichkeit, denn auch er hat eine Odyssee an erfolglosen Therapien hinter sich. Dass es ihm ein An-

liegen ist, auch andere Stotterer so weit zu bringen, liegt auf der Hand. **1996 gründete er das Institut der Kasseler Stottertherapie, wo er mit der von ihm entwickelten „Hybrid-Therapie“ seitdem über 3.000 Stotternden erfolgreich geholfen hat.** Grundlage der Arbeit ist der „weiche Stimmeinsatz.“ Damit erlernen die Betroffenen ein Werkzeug, das sie einsetzen, um die Sprechblockade zu überwinden und so flüssig sprechen zu können.

Doch nicht jeder kann nach Kassel kommen und die Übungen müssen über einen längeren Zeitraum ausgeführt werden. 2011 kam von Gutenberg schließlich auf eine Idee, die dieses Problem lösen könnte, nämlich eine reine Onlinetherapie ohne Präsenz vor Ort. Der Stotternde arbeitet zu Hause, der Therapeut im Institut unterstützt ihn dabei synchron.

Die Erfolge der Präsenz- und der Onlinetherapie sind gleichermaßen nachhaltig. Wurden sie regelmäßig über einen Zeitraum von einem Jahr durchgeführt, können die Betroffenen auch nach drei Jahren noch flüssig sprechen. „Diesen Erfolg zeigt eine herkömmliche logopädische Behandlung nicht“, betont von Gutenberg. Denn Stottern kann zwar sehr gut therapiert, werden – aber nie vollständig geheilt.



2015 schließlich entstand die Idee, den Zugang zur Therapie für die Betroffenen an jedem Ort und zu jeder Uhrzeit zu ermöglichen – unabhängig von einem Therapeuten. Dies bietet SpeechAgain.

SpeechAgain ist nicht nur Monitoring oder Unterstützung, sondern eine vollständige Therapie des Stotterns anhand des weichen Stimmeinsatzes – streng nach den S3-Leitlinien und evidenzbasiert. Die Betroffenen können ihre Sprachübungen allein auf ihrem Rechner, Tablet oder Smartphone absolvieren. Hinter dem Programm steckt moderne automatische Spracherkennung und künstliche Intelligenz (KI). Es gibt vor, was der Nutzer sagen soll, wertet das Gesprochene aus und visualisiert als Biofeedback auf dem Bildschirm, ob die Übung korrekt ausgeführt wird oder nicht – für den Anwender in Echtzeit zu erkennen und zu korrigieren. Die Fortschritte werden durch die KI analysiert, und darauf aufbauend werden die Übungen erstellt. Der Patient wird motiviert, das Programm fortzusetzen. „Bereits nach wenigen Tagen verbessert sich der Sprachfluss“, so von Gudenberg.

Ein weiterer Vorteil von SpeechAgain: Vor Situationen, die für die Betroffenen mit Aufregung verbunden sind, kann einfach ein Übungsmodul durchgeführt werden – der Sprachfluss bleibt dann auch in der Stresssituation erhalten. Geeignet ist die Therapie ab zehn Jahren.

Die digitale Stottertherapie von SpeechAgain hat großes Potenzial, denn sie ist in allen Sprachen einsetzbar. Bisher steht sie in Deutsch und Englisch zur Verfügung, in Deutschland ist sie derzeit nach einer Initialbehandlung am Kasseler Institut für Stottertherapie zugänglich. Die Markteinführung in den USA läuft gerade. SpeechAgain ist seit dem 1. Oktober 2017 über den German Accelerator in New York vertreten.

SpeechAgain ist ein Produkt der DigiThep GmbH, an der die Healthcubator GmbH und die Kasseler Stottertherapie beteiligt sind.



Das Team von SpeechAgain: Dr. Alexander Wolff von Gudenberg, Sven Burdack, Emilia Rudolf, Dr. Harald Mollberg, Johanna Joch, Dr. Florian Höning, Dr. Peter Langkafel



Foto: © KST/nh

Dr. Alexander Wolff von Gudenberg

Dr. Alexander Wolff von Gudenberg ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Sprach- und Stimmstörungen. Als Stotternder nahm er an zwölf unterschiedlichen Therapien (unter anderem Logopädie und diverse psychologische Ansätze) teil. 1999 gründete er das Institut der Kasseler Stottertherapie, an welchem in Präsenz- und Onlineintensivkursen mittlerweile mehr als 3.000 stotternde Menschen erfolgreich behandelt wurden. Seitdem ist es ihm ein zentrales Anliegen, möglichst vielen Betroffenen Hilfe anzubieten. Er wurde mehrfach mit bedeutenden Preisen ausgezeichnet. 2015 gründete er zusammen mit zwei Partnern die DigiThep GmbH zur Entwicklung der weltweit ersten digitalen Stottertherapie.

Jurymitglied Dr. Peter Langkafel ist als Geschäftsführer von Healthcubator an der DigiThep GmbH beteiligt, die hinter SpeechAgain steht. Er hat die Arbeit nicht vorgeschlagen und sich bei Diskussion und Abstimmung der Stimme enthalten.

BEGRÜNDUNG DER JURY

SpeechAgain zeichnet sich dadurch aus, dass es Stotternden den Zugang zu einer digitalen Therapie an jedem Ort, zu jeder Zeit und unabhängig von einem Therapeuten ermöglicht – gemäß den S3-Leitlinien und evidenzbasiert. Damit erhält eine praktische Anwendung den Eugen Münch-Preis, die belegt, dass moderne Technologie erfolgreich zur Therapie eingesetzt werden und für die Patienten einen großen Vorteil bieten kann.

RÜCKBLICK: UNSERE PREISTRÄGERIN 2015

WAS WURDE AUS ... PROFESSOR DR. LEONIE SUNDMACHER?



Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Preisträgerin 2015

”

Prof. Dr. Leonie Sundmacher

Im Jahr 2015 habe ich den ersten Eugen Münch-Preis für Versorgungsforschung zu empirischen Netzwerken von Akteuren und Hospitalisierungen infolge ambulant-sensitiver Diagnosen erhalten. In der Zwischenzeit ist nicht nur der Fachbereich Health Services Management deutlich gewachsen, wir haben auch mit Erfolg ein großes Projekt auf den Weg bringen können, das die Eigenschaften dieser empirischen Netzwerke in der Versorgungslandschaft und das Potenzial von Feedback zu Qualitätsindikatoren an Netzwerke innerhalb einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht. Die Konsortialgemeinschaft besteht aus vier Universitäten und wissenschaftlichen Instituten, drei Krankenkassen und vier Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Preis war nicht nur ein einmaliges freudiges Ereignis, sondern auch Anerkennung und Ermutigung, den ausgezeichneten Forschungsfragen weiter nachzugehen.



Neues Format 2018: **BRAINSNACK** DIE ALTERNATIVE ZU KANTINE UND KONGRESS

Kongresse gibt es in Hülle und Fülle. Doch scheinen die Themen überall ähnlich und auch die Referenten wiederholen sich, wie nicht zuletzt eine Auswertung von 121 Digital-Health-Veranstaltungen des Jahres 2016 der Bertelsmann Stiftung zeigt.* Und nur um ein paar Kontakte zu pflegen, lohnt sich der Aufwand im dicht gepackten Berufsalltag meist nicht.

Deshalb bietet die Stiftung Münch ab 2018 ein neues Format: den BrainSnack. Um die Mittagszeit senden wir in 30 Minuten kompakt neue Einsichten und interessante Gespräche mit Experten aus einem etwas anderen Blickwinkel jenseits des Mainstreams. Live übertragen, interaktiv, online abrufbar. Drei Folgen sind für 2018 geplant.



Moderation: Martin U. Müller, Redakteur DER SPIEGEL

Details auf unserer Internetseite, via Newsletter oder über den Twitterkanal der Stiftung.

* <https://blog.der-digitale-patient.de/digital-health-veranstaltungen-2016/>

LUNCHEON ROUNDTABLE- GESPRÄCHE

Auch 2017 haben wir wieder ausgewählte hochrangige Experten eingeladen, die aktuelle Themen des Gesundheitswesens mit uns in kleiner Runde diskutieren. Auf der Agenda standen der Wettbewerb der Krankenkassen, Ambient Assisted Living, medizinische Innovationen, Entwicklungen in der Pflege und eine Bewertung der Reformvorschläge zum G-BA – eine breite Palette. Die Teilnehmer schätzen an den Gesprächsrunden, dass eine intensive Diskussion möglich ist, in die alle unabhängig von Funktion und Amt offen und kontrovers ihre Einschätzung einbringen. Es entstehen interessante Einblicke und wertvolle Kontakte für alle Beteiligten.

Die Gespräche werden zusammengefasst und auf der Internetseite veröffentlicht. Die Erkenntnisse daraus fließen in die weitere Stiftungsarbeit ein.





IMPRESSUM

Herausgeber: Stiftung Münch
Möhlstr. 9
81675 München
T +49 (0)89 452 4519 - 0
F +49 (0)89 452 4519 - 44
kontakt@stiftung-muench.org

Verantwortlich für den Inhalt: Stephan Holzinger
Redaktion: Annette Kennel

Erscheinungsdatum: 11/2017

Gestaltung: CUBE Werbeagentur GmbH, München

Sie können den Newsletter auch regelmäßig
in elektronischer Form als PDF beziehen.
Schreiben Sie uns eine E-Mail an:
kontakt@stiftung-muench.org