BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.

Managed Care

Geschäftsbericht 2011

Die Plattform für Innovationen im Gesundheitswesen

BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.

Managed Care

Geschäftsbericht 2011

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen

Vorstand & Geschäftsführung 2011

Prof. Dr. Volker Amelung
Vorstandsvorsitzender
Professor an der MHH (Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung)

Susanne Eble
stellv. Vorstandsvorsitzende
Leiterin Gesundheitsmanagement
Berlin-Chemie AG

Ralf Sjuts
stellv. Vorstandsvorsitzender
Vorstandsvorsitzender patiodoc AG

Dr. Peter Blees
Mitglied im Vorstand
Leiter Gesundheitspolitik
Merck Serono GmbH

Helmut Hildebrandt
Mitglied im Vorstand
Vorstand OptiMedis AG

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Mitglied im Vorstand
stellv. Vorstandsvorsitzender
Barmer GEK

Dr. Peter Wigge
Mitglied im Vorstand
Vorstandsvorsitzender BMC-Regional NRW e. V.
Rechtsanwälte Wigge, Münster

Dr. Dominik Deimel
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Geschäftsführender Gesellschafter
com2health GmbH

Dr. Wolfgang Klitzsch
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Geschäftsführer
Ärztekammer Nordrhein

Ralph Lägel, MBA
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Manager Contract Development Pain
Pfizer Pharma GmbH

Prof. Dr. Jürgen Wasem
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement
der Universität Duisburg-Essen

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
Ehrenvorsitzender

Prof. Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers
Ehrenmitglied
Partner der Rechtsanwaltssocietät Ehlers,
Ehlers & Partner

Dr. Sascha Wolf
Geschäftsführer (seit 1. August 2011)

Uta Heidenblut
Vorstandsreferentin

Julia Hartung
BMC-Geschäftsstelle

Bericht des Vorstandsvorsitzenden und des Geschäftsführers

Prof. Dr. Volker Amelung / Dr. Sascha Wolf

„Diese Regierung hat gehandelt", verkündete Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr MdB am 23. September in der ersten Lesung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) im Deutschen Bundestag. Und er hat recht: Untätigkeit kann man der schwarz-gelben Koalition beileibe nicht vorwerfen. 125 Änderungsanträge von Bundesrat und Regierungsfraktionen sowie die größte öffentliche Anhörung des Parlaments in der laufenden Legislaturperiode mussten bewältigt werden, bis das Reformpaket planmäßig am 1. Januar dieses Jahres in Kraft treten konnte. Man könnte meinen, Lob braucht weniger Worte als Kritik. Gemessen an diesem Maßstab muss das Urteil über die Gesundheitsreform verheerend ausfallen. Doch ein tieferer Blick in den Gesetzestext lohnt sich – denn das VStG ist besser als sein Ruf.

Ein Großteil der Kritik lässt sich sicherlich auf die sehr hohe Erwartungshaltung der Akteure des Gesundheitswesens zurückführen. Doch die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ist nicht mit einem Federstrich zu haben, sondern ein langer und mitunter steiniger Weg. „Gut Ding will Weile haben", wie der Volksmund sagt. Das gleiche gilt auch für die Soziale Pflegeversicherung. Es ist jedoch riskant, dauerhafte Leistungsausweitungen zu beschließen, ohne gleichzeitig die Weichen für deren nachhaltige Finanzierung zu stellen. Deshalb ist die Bundesregierung gut beraten, ihrer Willensbekundung zu mehr Eigenverantwortung und privater Vorsorge schnellstmöglich Taten folgen zu lassen. Auch werden die Versorgungsprobleme angesichts der voraussichtlich zunehmenden Nachfrage nach Leistungen kaum zu lösen sein, ohne die Themen Delegation und Substitution sowie Verzahnung der Leistungssektoren konsequent anzugehen.

Letztlich entscheidend für notwendige Strukturveränderungen sind jedoch weder die Politik noch sind es die Akteure des Gesundheitswesens. Es sind die Versorgungsherausforderungen selbst, die einen kontinuierlichen Prozess hin zu integrierten und kooperativen Modellen erzwingen werden. Aufgabe der Politik ist es, den Akteuren ausreichende Handlungsmöglichkeiten zu geben, Anreize für Innovationen zu setzen sowie die Rahmenbedingungen schrittweise nachzubessern. Nicht Revolution, sondern Evolution lautet das Gebot der Stunde.

Versorgungsstrukturgesetz — kein Durchbruch, aber besser als sein Ruf

Angesichts zunehmender Überalterung und Multimorbidität sowie fortschreitender Spezialisierung bei gleichzeitigem Fachkräftemangel stellt die Sicherstellung der wohnortnahen medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen eine der schwierigsten Versorgungsherausforderungen dar. Die im VStG angelegten Instrumente, die überwiegend auf finanzielle Anreize setzen, werden zur Bewältigung dieser Aufgabe nicht ausreichen. Stattdessen wird ein Bündel an Maßnahmen benötigt, die nicht nur das Gesundheitssystem an sich betreffen, sondern beispielsweise über den Ausbau der allgemeinen Infrastruktur und der Reform des Bildungswesens weit in andere politische Bereiche hineinragen.

Im Gesundheitssystem gehören die Stärkung der berufsfeldübergreifenden Kooperation, die Verlagerung von ärztlichen Tätigkeiten auf nichtärztliches, medizinisches Personal und die Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu den zentralen Stellschrauben. Der BMC begrüßt deshalb die durch einen Antrag der Regierungskoalition nachträglich eingefügte Änderung des § 87 b SGB V. Durch diesen erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen einzuführen und ihnen ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zuzuweisen. Die Umsetzung dieser langjährigen BMC-Empfehlung wird Ärztenetzen und dringend notwendigen qualitäts- und erfolgsorientierten Vergütungsformen (Pay for Performance) weiteren Auftrieb geben.

Auch mit der Neuformulierung des § 116 b SGB V und der Einführung eines weiteren Sektors der „Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung" können, bei allen berechtigten Befürchtungen hinsichtlich einer drohenden Mengenausweitung und unangemessen steigender Kosten aufgrund fehlender Steuerungsinstrumente, Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen verringert werden. Ebenso befördert die Verpflichtung der Krankenhäuser zu einem verbindlichen Entlassmanagement das Ineinandergreifen der unterschiedlichen Behandlungsstufen. All diese durchaus positiven Ansätze haben eines

BMC-Kongress 2012

gemein: Sie verfolgen das Ziel einer Verbesserung der intersektoralen Kooperation, ohne dabei jedoch die Blockaden der Integrierten Versorgung direkt anzugehen.

Blockaden der Integrierten Versorgung lösen!

Was müsste hierzu getan werden? Sicherlich führt kein Weg daran vorbei, die Rahmenbedingungen in den jeweiligen Sektoren aneinander anzupassen und die schwierigen Fragen der Sicherstellung, der Bedarfsplanung und einer praktikablen Budgetbereinigung zu klären. Das ist jedoch nur eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite ist es wichtig, den Akteuren die realistische Chance zu geben, durch unternehmerisches Handeln persönliche Vorteile zu erzielen. Dazu wäre es wichtig, die Krankenkassen von ihrem Budgetdenken zu befreien und ihnen mehr unternehmerische Handlungsspielräume zu geben. Zudem könnten Pilotprojekte und neue Versorgungsmodelle durch Innovationsbudgets, die sich beispielsweise aus zwei Prozent der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds speisen, finanziert werden. Um sicherzustellen, dass die Gelder sachgerecht verwendet werden, müssten die geförderten Projekte einer standardisierten Evaluation unterzogen werden. Für Ärzte wie auch die anderen Vertragspartner muss die Devise gelten: Leistung lohnt sich! Deshalb brauchen wir eine qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütung. Der hierdurch forcierte Qualitätswettbewerb muss schlussendlich den Versicherten transparent gemacht werden, damit sie die Versorgungsangebote miteinander vergleichen und sich gezielt für das aus ihrer Sicht optimale Modell entscheiden können.

Der 2. BMC-Kongress — das Flaggschiff bleibt auf Kurs

Strategien für schwer zu versorgende Regionen und Integrierte Versorgung standen auch im Mittelpunkt unseres BMC-Kongresses am 24. und 25. Januar 2012. Unter dem Motto „Patientenorientierung durch Wettbewerb“ brachte der BMC zum zweiten Mal die gesamte Gesundheitswirtschaft in Berlin zusammen: über 70 nationale und internationale Referenten beteiligten sich an den Podiumsdiskussionen und den insgesamt 12 thematischen Foren der mit 500 Anmeldungen restlos ausgebuchten Veranstaltung.

Wie im vergangenen Jahr konnte der BMC hochkarätige Keynote-Speaker begrüßen. Mit einem Appell an die anwesenden Akteure des Gesundheitswesens, die durch das VStG gegebenen Möglichkeiten für Wettbewerb zu nutzen, begann Ulrike Flach MdB, parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, ihre Eröffnungsrede. Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der Barmer GEK und Vorstandsmitglied des BMC, ließ in seiner Rede hingegen keinen Zweifel daran, dass seine Kasse derlei Wettbewerbsinstrumente im aktuellen Gesetz nicht erkenne. Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, stellte den reinen Marktmechanismus in einem solidarisch geprägten Gesundheitswesen grundsätzlich in Frage, sprach sich jedoch für mehr Vertragsfreiheiten für Krankenkassen und Leistungserbringer aus. Welchen Weg die Politik auf der Suche nach mehr Patientenorientierung letztlich auch einschlage, ohne Transparenz tauge Wettbewerb nichts, brachte es Prof. Dr. Gerd Gigerenzer vom Harding Zentrum für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung auf den Punkt.

Ob und wie Patientenorientierung in einem staatlichen Gesundheitssystem funktioniert, zeigte der eigens aus Ottawa in Kanada angereiste „Special Guest“ des BMC-Kongresses, Stephen Samis, Vice-President der Canadian Health Services Research Foundation. Er erläuterte, wie das riesige Flächenland durch die Weiterentwicklung der Telemedizin, materielle Anreize, Delegation ärztlicher Leistungen sowie die gezielte Ausbildung künftiger Landärzte die Zufriedenheit

Bericht des Vorstandsvorsitzenden und des Geschäftsführers

Hauptstadt-Kongress – Medizin und Gesundheit 2011

der Patienten gesteigert und das Problem schwer zu versorgender Regionen in den Griff bekommen hat.

Auf hochkarätigen Podien diskutierten u. a. der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, das Vorstandsmitglied der Rhön-Klinikum AG, Volker Feldkamp, sowie der Vorsitzende des Vorstands der AOK Niedersachsen, Dr. Jürgen Peter. Die durchweg namhaft besetzten Foren deckten alle aktuellen Themen der Gesundheitspolitik ab. Hierzu gehörten neben den schwer zu versorgenden Regionen und der sektorenübergreifenden Kooperation auch individualisierte Therapien in der Arzneimittelversorgung, Prävention, Patientenempowerment, Pflege, Selbstverwaltung, Ärztenetze und standardisierte Evaluationen. Ganz besonderer Aufmerksamkeit erfreuten sich die Beiträge unseres Schweizer Kooperationspartners Forum Managed Care.

Nicht zuletzt die umfassende Presseresonanz offenbarte, wie sehr der BMC im politischen Berlin etabliert ist. „Der BMC, der in diesem Jahr sein 15. Gründungsjubiläum feiert, hat sich [...] eine führende Position erarbeitet und stellt die neue Plattform bereit: Wo finden denn sonst die Diskussionen, z. B. zur sektorenübergreifenden Versorgung, statt?“, schreibt der Gesundheitspolitische Informationsdienst. Neben ausführlichen Artikeln, beispielsweise im Deutschen Ärzteblatt sowie in kma und G+G, berichtete die Ärztezeitung am 26. Januar auf ihrer Titelseite.

BMC baut auf Expertise seiner Mitglieder

Die Meinungen unserer Mitglieder und Gäste sind uns wichtig. Deshalb haben wir auf unserem Kongress erstmals die Teilnehmer im Rahmen einer TED-Umfrage inhaltlich eingebunden. Die 253 abgegebenen Voten verdeutlichen das große Potenzial der Integrierten Versorgung: Nur jeder Fünfte befürchtet einen zukünftigen Rückgang sektorenübergreifender Kooperationen. Bei deren Ausbreitung werden qualitätsorientierte Vergütungssysteme an Bedeutung gewinnen, meinen 54 Prozent. Sogar 80 Prozent sehen große Chancen für die Delegation ärztlicher Leistungen an medizinische Fachkräfte. Die Beurteilung der Gesundheitspolitik der Bundesregierung fällt mit einer vier (nach Schulnoten) mäßig aus. Umso erfreulicher war es, dass Vertreter sämtlicher Fraktionen des Deutschen Bundestags sich auf unserem Kongress den mitunter kritischen Fragen des Publikums stellten. Die vollständige TED-Umfrage kann auf der Homepage des BMC eingesehen werden.

Auch in unserer neuesten Publikation „Innovatives Versorgungsmanagement“ setzen wir auf die Expertise unserer Mitglieder und Partner. Über 100 Autoren diskutieren auf knapp 500 Seiten praktische Erfahrungen zu neuen Vertrags-, Versorgungs- und Organisationskonzepten sowie Ergebnisse aus Versorgungsforschung und -praxis – ein Kompendium innovativer Ideen, das seinesgleichen auf dem deutschen Büchermarkt sucht.

Präsenz in den Regionen gestärkt

Doch nicht nur in Berlin, sondern auch in den Regionen hat der BMC seine Präsenz weiter ausgebaut. Am 8. November standen regionale Gesundheits-, Versorgungs- und Präventionslösungen im Mittelpunkt unserer Fachtagung in Ulm mit rund 150 Teilnehmern. Gemeinsam mit über 30 Referenten aus Politik und Praxis diskutierten sie über die Auswirkungen des VStG auf die regionale Gesundheitsversorgung sowie Perspektiven für innovative Konzepte.

Ein ganz besonderer Meilenstein stellt die Gründung unseres Zweigvereins BMC-Regional NRW e. V. am 23. September in Münster dar. Damit verstärkt der BMC seine seit mehr als zwei Jahren erfolgreichen Aktivitäten im bevölkerungsreichsten deutschen Bundesland. In einer feierlichen Auftaktveranstaltung am 17. November hob der Gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn MdB, die Bedeutung regionalen Engagements im Gesundheitswesen hervor und unterstützte damit den Ansatz des BMC-Zweigvereins als Vorreiter in NRW.

Wechsel in der Geschäftsführung

Zum 1. August 2011 hat Dr. Sascha Wolf die Nachfolge von Ralf Breitgoff angetreten, der nach über drei Jahren die Geschäftsführung des BMC abgegeben hat. Der Vorstand des BMC dankt Herrn Breitgoff für seinen unermüdlichen Einsatz, ohne den der BMC nicht dort stehen würde, wo er heute ist. Dr. Wolf wechselte vom Wirtschaftsrat der CDU e. V. Er leitete dort über vier Jahre lang das Fachgebiet Gesundheitswirtschaft und war seit Herbst 2009 der stellv. Leiter der volkswirtschaftlichen Abteilung. Davor arbeitete er als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Öffentliche Finanzen der Humboldt-Universität und bei der Stiftung Marktwirtschaft. 2008 promovierte er zum Thema „Pharmaceutical Expenditure in Germany – Future Development, Political Influence and Economic Impact".

Exklusives Angebot für Mitglieder

Nach 2010 stellte der BMC 2011 erneut den größten Stand auf dem „Hauptstadt-Kongress Medizin und Gesundheit". 12 Mitgliedsunternehmen nutzten den BMC als Plattform, um ihre Produkte, Dienstleistungen und Inhalte zu präsentieren. Das umfangreiche Lounge-Programm eröffnete die Möglichkeit, sich am BMC-Stand über die neuesten Entwicklungen im Bereich Managed Care zu informieren und auszutauschen.

Neben den öffentlichen Veranstaltungen haben wir im vergangenen Jahr erneut ein vielfältiges Angebot an internen Aktivitäten geboten. Die Spannbreite reichte von zahlreichen Hintergrundgesprächen zu innovativen Versorgungskonzepten und aktuellen politischen Initiativen über anspruchsvolle WissensUpdates zu komplexen Gesundheitsthemen bis hin zur Studienreise nach Zürich und dem Austausch mit Schweizer Gesundheitsexperten und -praktikern.

Ideenschmiede der Gesundheitswirtschaft

Inhaltliche Impulsgeber bei all unseren Initiativen sind stets unsere Arbeits- und Projektgruppen. Auch im Jahr 2011 haben diese sich intensiv in die politische Diskussion zum VStG und zur Pflegereform eingebracht. Neben dem Grundsatzpapier des BMC-Vorstands zum Thema „Blockaden der Integrierten Versorgung lösen" und dem Empfehlungskatalog „Qualitative Mindestanforderungen an ein Versorgungsgesetz" konzentrierten sich die BMC-Fachgremien auf die Schnittstellenproblematik an den Sektorengrenzen. Mit den Papieren „Entlassmanagement im Krankenhaus optimieren", „Neugestaltung des § 116 b SGB V als Chance nutzen" und dem Abschlussbericht unserer Projektgruppe zum Thema „Pflege und Integrierte Versorgung" hat der BMC seine Stellung als Ideenschmiede der Gesundheitswirtschaft und Ratgeber der Politik wirkungsvoll untermauert. Die Empfehlungen unserer Fachgremien hat der BMC als geladener Sachverständiger im Rahmen der öffentlichen Anhörung zum Versorgungsstrukturgesetz des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags am 19. Oktober vertreten.

Ausblick

2011 war für den BMC ein überaus erfolgreiches Jahr. 25 neue Mitglieder konnten gewonnen, die Attraktivität der Veranstaltungen deutlich erhöht und die Wahrnehmung des BMC in Politik und Öffentlichkeit spürbar gesteigert werden. Bei alledem bewegen wir uns auf einem stabilen finanziellen Fundament – das Geschäftsjahr ist erneut mit einer schwarzen Null abgeschlossen worden.

Die wachsende Bedeutung des BMC ist für uns Motivation und Verpflichtung zugleich, unseren hohen Anspruch auch 2012 zu halten und weiter auszubauen. Mit dem „BMC-Presseseminar", den „BMC-Capital Talks" und dem „BMC-Best practice hautnah" stehen gleich drei neue Veranstaltungsformate auf der Agenda. Die inhaltlichen Leitlinien hat der erweiterte Vorstand des BMC auf seiner Klausurtagung Anfang Februar vorgegeben. So werden wir uns mit den Themen „Strategien für schwer zu versorgende Regionen" und „Standardisierte Evaluationen" beschäftigen. Die diesjährige Studienreise mit unserem Kooperationspartner Forum Managed Care wird uns voraussichtlich nach Großbritannien führen. Auch darüber hinaus wird der BMC seine internationalen Partnerschaften, beispielsweise mit dem World Health Care Congress Europe, weiter intensivieren.

Das ungebrochene Interesse von Nicht-Mitgliedern an unseren Veranstaltungen steht für das weiterhin vorhandene große Wachstumspotenzial des BMC. Hier sind alle BMC-Mitglieder herzlich zur Unterstützung eingeladen. Die im Herbst 2011 erfolgreich gestartete Kampagne „Mitglieder werben Mitglieder" werden wir auch in diesem Jahr fortführen.

Der Markenkern des BMC ist seine breite Expertise, das Besondere des BMC ist seine außergewöhnliche Atmosphäre, das Pfund des BMC ist das große Engagement seiner Mitglieder – dafür danken wir Ihnen!

Arbeits- und Projektgruppen – Think Tanks und Ideengeber

PG Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

Roger Jaeckel

AG Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

N.N.

AG Neue Versorgungsformen

Ralph Lägel, MBA
Dr. Volker Möws

PG Pflege und Integrierte Versorgung

Ralph Lägel, MBA

AG Plattform Versorgungssteuerung

Dr. Dominik Deimel

AG Arzneimittel-
versorgung
Dr. Peter Blees
Susanne Eble
PG Standardisierte
Evaluationen (neu)
N.N.
PG Strategien für
schwer zu versorgende
Regionen (neu)
BMC-Vorstand
AG Nutzenbewertung
und Präferenzmessung
Prof. Dr. Axel Mühlbacher
PG Entlassmanagement
Dr. Dominik Deimel
Themenbezogene
Projektgruppen
Dr. Sascha Wolf
Uta Heidenblut

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Arbeitsgruppe Neue Versorgungsformen

Leitung:
Ralph Lägel, MBA, Manager Contract Development Pain, Pfizer Pharma GmbH,
Dr. Volker Möws, Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, Techniker Krankenkasse

Im Fokus der AG Neue Versorgungsformen (NVF) standen 2011 die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung, Medizinische Versorgungszentren als Zukunftsperspektive für eine effiziente Gesundheitsversorgung und Integrierte Versorgung als Wachstumsmotor im stationären Bereich.

„Integrierte Versorgung – quo vadis?"

Zu welchen Auswirkungen die Ausweitung von Selektivverträgen auf die Gesundheitsversorgung führt und welche Anforderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen zu stellen sind, wurde in einer ersten Sitzung der AG NVF mit Hans-Holger Bleß, IGES Institut, diskutiert. Mit den Gesundheitsreformen von 2004 und 2007 wurden die Möglichkeiten der Krankenkassen ausgeweitet, in der ambulanten ärztlichen Versorgung und bei Arzneimitteln individuelle Verträge mit Leistungsanbietern zu schließen. Wenn Krankenkassen Selektivverträge mit Kliniken oder Arzneimittelherstellern ihrer Wahl abschließen, kann das für niedrigere Kosten und mehr Qualität sorgen – oder Versicherte faktisch von Leistungen ihrer Krankenkasse ausschließen. Entscheidend ist eine gute Regulierung, wie die neue Studie des IGES Institutes zeigt. So halten es die IGES-Experten für wahrscheinlich, dass sich die Entwicklung fortsetzt und die Krankenkassen künftig einen zunehmenden Teil der Gesundheitsversorgung individuell über Selektivverträge gestalten. Auch halten sie Selektivverträge grundsätzlich für geeignet, das Gesundheitswesen effizienter zu steuern. Darüber hinaus ist eine höhere Transparenz und eine stärkere Einbindung der Patienten erforderlich, so Hans-Holger Bleß.

Dass die Integrierte Versorgung trotz Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2008 und der damit verbundenen mangelnden Investitionsbereitschaft der Krankenkassen Potentiale hat, zeigt das von Prof. Dr. Martin Gersch, Leiter des Competence Center E-Commerce der FU Berlin, vorgestellte „Monitoring IV". In diesem Projekt wird die aktuelle Chance ergriffen, durch eine umfassende Replikationsstudie bisher fehlende Klarheit und Transparenz über die Integrierte Versorgung in Deutschland sowie ihre Veränderung im Zeitablauf zu erlangen, indem eine Vollerhebung bei allen gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands im Hinblick auf ihr Engagement im Bereich „Besondere Versorgungsformen" durchgeführt wurde. Insgesamt gelang es, Antworten von 17 gesetzlichen Krankenversicherungen sowie drei BKK-Landesverbänden zu erhalten, die zusammen knapp 50 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten repräsentieren. Mit einem Anteil von 0,51 Prozent am Gesamtbudget der beteiligten Kassen ist die Integrierte Versorgung in ihrer Bedeutung zwar in 2010 rückläufig (2009 waren es noch 0,64 Prozent). Künftig planen die Kassen aber wieder einen Ausbau der Budgetanteile von 0,73 in 2011 und 0,76 Prozent in 2012.

Das Projekt „Monitoring-IV" soll auch in Zukunft dazu beitragen, die Veränderungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen auf der Grundlage jetzt verfügbarer Daten differenzierter begleiten und reflektieren zu können, so Prof. Dr. Martin Gersch.

Im Anschluß an Vorträge und Diskussion wurde von der Arbeitsgruppe die BMC-Bewertungsmatrix zur Integrierten Versorgung überarbeitet und aktualisiert.

„MVZ als Zukunftsperspektive für eine effiziente Gesundheitsversorgung"

Eine erste Zwischenbilanz der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsformen" verdeutlicht, dass MVZ nicht zu einer Revolution, sondern schrittweisen Evolution des Gesundheitssystems hin zu einer „Versorgung aus einer Hand" geführt haben und eine sinnvolle Ergänzung der ambulanten Versorgungsstrukturen darstellen.

Dr. Felix Cornelius, Geschäftsführer goMedus GmbH & Co. KG, setzte sich mit den Perspektiven ambulant basierter MVZ auseinander. Eine der Folgen des Versorgungsstrukturgesetzes könnte so aussehen: Wirtschaftlich bereits sehr aktive Ärzte konzentrieren ihre Privatversicherten im →

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

attraktiven Ambiente eines interdisziplinär aufgestellten MVZ mit schnellem und effizientem Online-Terminsystem – sehr gute medizinische Qualität trifft sehr gute strukturelle Rahmenbedingungen. Die gesetzlich Versicherten wären vorerst außen vor, gibt Dr. Felix Cornelius zu bedenken.

Die möglichen Perspektiven klinik-basierter MVZ stellte Friedel Helms-Ferlemann, Geschäftsführer Damp-MVZ in Mecklenburg-Vorpommern, dar. Die Befürchtung, Investitionen von Krankenhausträgern in ambulante Versorgungsstrukturen würden vor allem der bewussten Patientensteuerung und Mengenausweitung im stationären Bereich dienen, hat sich in der Praxis kaum bestätigt. Die Kliniken schließen aber eine wichtige Lücke in der medizinischen Sicherstellung in schwer zu versorgenden Regionen, wenn sie neben ihrem Kerngeschäft angebundene ambulante Strukturen unterhalten.

Wie sich MVZ-Perspektiven unter sich verändernden politischen Rahmenbedingungen darstellen, bewertete schließlich Franz Knieps, Partner bei Wiese Consult, Berlin. Die derzeit durch die Bundesregierung angestrebte Beschränkung der zulässigen Rechtsformen für MVZ sind nur sehr schwer nachvollziehbar. Der durch das Bundesgesundheitsministerium ursprünglich intendierte Wettbewerbsgedanke droht auf der Strecke zu bleiben. Statt kooperative Versorgungsformen zu stärken, wird deren Weiterentwicklung gehemmt und der dringend notwendige Investitionsmittelzufluss massiv eingeschränkt. Zudem folgt es keiner Logik, wenn der Gesetzgeber einerseits private Krankenhausketten zulässt und andererseits Investitionen in die neue Versorgungsform MVZ erschwert. Auf diese Weise wird auch der Bekämpfung der Unterversorgung im ländlichen Raum eine wichtige Chance genommen: Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ist für die Investitionen in ein rein ärztlich getragenes MVZ in Unterversorgungsregionen eine Refinanzierung kaum zu bewerkstelligen, während andere Träger über Querfinanzierungsmodelle dies durchaus leisten können.

Im Anschluss an Vorträge und Diskussion wurde von der Arbeitsgruppe die BMC-Bewertungsmatrix für Medizinische Versorgungszentren überarbeitet und aktualisiert.

Eine Zusammenfassung dieser AG und die resultierenden Vorschläge der BMC-Arbeitsgruppe können Sie in der Zeitschrift Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement nachlesen.

„Integrierte Versorgung als Wachstumsmotor im stationären Bereich?“

Ob Integrierte Versorgung als Wachstumsmotor im stationären Bereich gesehen werden kann, war die zentrale Frage der letzten Sitzung der AG NVF. Dr. Volker Möws, Leiter der TK Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, veranschaulicht, dass gerade IV-Verträge für Krankenhäuser viele Vorteile bieten, wie z. B. Schnittstellenoptimierung, bessere interne und externe Kooperationsmöglichkeiten, Mehrerlöse im neuen Versorgungsbereich sowie Wettbewerbsvorteile. Um das Interesse bei Akteuren im lokalen Gesundheitsmarkt zu wecken, ist es wichtig, die Vertragsinhalte transparent zu gestalten, so Dr. Volker Möws. Die Techniker Krankenkasse hat bereits 9 Verträge zur Integrierten Versorgung in Mecklenburg Vorpommern abgeschlossen. Dr. Stine Lutze, Oberärztin Hautklinik Universität Greifswald, stellte das Arbeiten mit einem IV-Vertrag an vielen praktischen Beispielen vor und konnte zeigen, wie sowohl Ärzte als auch Patienten davon profitieren. Besondere Vorteile werden durch teilstationäre Behandlungen erzielt, wobei es wichtig ist, die Patienten zu erreichen. Dies gelingt durch ein Einschreibeverfahren. Das durch die Hautklinik koordinierte sektorenüberschreitende Behandlungskonzept sichert eine zeitgleiche und abgestimmte Versorgung durch Hautexperten, Kinderärzte, Ernährungsberater und Psychologen aus einer Hand, so Dr. Stine Lutze.

Die Frage, ob die Integrierte Versorgung künftig Insellösung bleibt oder sich hin zur Regelversorgung entwickelt, wurde mit den Referenten und Teilnehmern der AG NVF rege diskutiert. Einigkeit bestand darin, dass die Integrierte Versorgung in den nächsten Jahren eher als Experimentierfeld für Innovationen in der Regelversorgung gesehen werden kann. Nichtsdestoweniger kann die Verlagerung von Transferleistungen in den teilstationären Bereich unterstützend wirken.

Projektgruppe Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

Leitung:
Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik,
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

Trotz zahlreicher Reformen ist die Überwindung der starren Sektorentrennung im Gesundheitswesen bislang nicht zufriedenstellend gelungen. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hat der Gesetzgeber als Reaktion darauf mit der Neugestaltung des § 116 b SGB V die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung" (ASV) eingeführt. Damit soll eine neue Versorgungssäule zwischen haus- und fachärztlichem sowie stationärem Sektor mit einem gleichberechtigten Zugang für beide Leistungsanbietergruppen etabliert werden.

Die BMC-Projektgruppe „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung", aus den Reihen der AG „Neue Versorgungsformen", hat sich intensiv mit den möglichen Auswirkungen des neugestalteten § 116 b SGB V auseinandergesetzt und einen umfassenden Empfehlungskatalog entwickelt.

Grundsätzlich befürwortet der BMC den von der Gesundheitspolitik vorgeschlagenen Weg, einen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungssektor mit einem sektorübergreifenden Versorgungsansatz einzuführen. Damit wird einerseits dem Grundsatz „ambulant vor stationär" Rechnung getragen. Gleichwohl besteht die Herausforderung darin, dass trotz fehlender Bedarfsplanung ein Ausgleich zwischen über- und unterversorgten Regionen geschaffen wird und es nicht zu unangemessenen steigenden Kosten und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den traditionellen Sektoren kommt.

Nichtsdestoweniger beinhaltet die vorgeschlagene gesetzliche Regelung gute Ansätze, ambulante spezialfachärztliche Leistungen nachhaltig zu fördern und bestehende Widersprüche an der Sektorengrenze aufzulösen. Denn die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass vergangene Reformversuche zu Inkonsistenzen und damit zu Reibungsverlusten an den Schnittstellen zwischen den Sektoren geführt haben. Deshalb bedarf es neuer Konzepte, die eine Gesundheitsversorgung über alle Sektoren hinweg mit identischen Voraussetzungen für alle qualifizierten Leistungsanbieter garantieren. In diesem Zusammenhang ist auch die Etablierung und Weiterentwicklung qualitäts- und ergebnisorientierter Vergütungssysteme notwendig, um dem Prinzip der Leistungsorientierung stärker gerecht zu werden. Schließlich kann mit einer besseren Förderung interprofessioneller Kooperationen auch ein positiver Anreiz zur Sicherung der Personalressourcen geschaffen werden. Ein stärkerer Ausbau institutioneller und personeller Verzahnungen ist dabei unumgänglich.

Folgende positiven Aspekte sprechen für die Implementierung eines neuen spezialfachärztlichen Versorgungssektors:

- Keine verdeckte Rationierung medizinischer Leistungen durch die Nichtanwendung von Budgetierungsmaßnahmen sowie Mengenbegrenzungsregelungen
- Verbesserung der Versorgungssituation, da keine planerischen Einschränkungen bei der Zulassung der Leistungserbringer bestehen
- Durch das Prinzip des Verbotsvorbehalts erfahren die Patienten einen schnelleren Zugang zu medizinischen Innovationen
- Positive Begleiteffekte in Bezug auf effizientere Auslastung vorhandener Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser und spezialisierte Vertragsarztpraxen)

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung kann künftig ein wichtiges innovatives Strukturmerkmal in der Gesundheitsversorgung darstellen. Es ist jedoch zwingend nötig, zahlreiche strukturelle Aspekte noch genauer auszugestalten, um funktionale versorgungsrelevante Behandlungsprozesse unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu implementieren.

Das nachstehende Positionspapier wurde entwickelt von der BMC-Projektgruppe „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung". →

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – Neugestaltung des § 116 b SGB V als Chance nutzen!

BMC Positionen

Mögliche Auswirkungen des neuen § 116 b SGB V

... auf das Gesundheitssystem als Ganzes:

Eine bessere Verzahnung der Sektoren hilft, überflüssige Krankenhauseinweisungen, Doppeluntersuchungen und vermeidbare Folgekomplikationen zu reduzieren. Somit können Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen gehoben werden. Der seit Jahren zu beobachtende Trend, dass ballungsstarke Regionen durch eine ambulante fachärztliche Überversorgung gekennzeichnet sind, könnte durch den neuen Ansatz jedoch eine weitere Fortsetzung erfahren.

Demgegenüber werden durch den neuen Versorgungssektor per se keine hinreichenden Anreize zur Überwindung der Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten geschaffen. Ein entscheidendes Qualitätsmerkmal könnte die spezialfachärztliche Versorgung im Zusammenwirken mit den angrenzenden, etablierten Leistungssektoren erfahren, den es jedoch genau zu beobachten gilt, um auch unerwünschten Auswirkungen frühzeitig entgegensteuern zu können.

... auf die Patienten:

Die ASV bietet die Chance einer Verbesserung der Versorgungssituation gerade bei seltenen oder schweren Erkrankungen, da die Zulassung von spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung deutlich erleichtert wird. Des Weiteren wird kein Rationierungsdruck bei diesen Leistungen zu erwarten sein, nachdem eine Mengenbegrenzung explizit nicht vorgesehen ist. Das Prinzip des Verbotsvorbehalts bietet zudem die Aussicht auf einen rascheren Zugang zu Innovationen, wobei es im Einzelfall zum Einsatz nicht validierter Verfahren kommen kann.

Eine Sicherstellung dieser Versorgungsleistungen insbesondere in ländlichen Regionen stellt aufgrund der nicht zu beachtenden Bedarfsplanung jedoch eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar.

... auf die Vertragsärzte:

Die Vorgabe einheitlicher Teilnahmevoraussetzungen und Rahmenbedingungen für ambulante wie stationäre Leistungsanbieter in der ASV stellt aus Sicht der niedergelassenen Ärzte zunächst eine positive Entwicklung dar. Auch wenn keine Bedarfsplanung zur Anwendung kommt und damit der wirtschaftliche Schutz bestehender Praxen in diesem Leistungsbereich aufgehoben wird, so führen die persönliche Leistungserbringung und die nicht anzuwendende Budgetierungspraxis für die Vertragsärzte zu spürbaren Verbesserungen.

Organisatorisch könnte jedoch die Abrechnung dieser Leistungen aufwändig für die niedergelassenen Praxen werden, da diese bilateral direkt mit den einzelnen Krankenkassen erfolgen soll. Der Gesetzgeber hat dafür aber die Möglichkeit geschaffen, dass regionale KVen gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ASV beauftragt werden können.

... auf die Krankenhäuser:

Den Krankenhäusern wird der Zugang zu ausgewählten ambulanten Leistungen erleichtert, weil der bisher vorgeschriebene staatliche Genehmigungsvorbehalt entfällt. Das bietet Krankenhäusern grundsätzlich die Chance, ihr Tätigkeitsfeld zu vergrößern und damit die Versorgungskette über die rein stationäre Betreuung hinaus zu erweitern. Insbesondere im ländlichen Raum können Krankenhäuser mit

dieser neuen Regelung dazu beitragen, dass bestehende Versorgungsdefizite adäquat beseitigt werden.

Auf der anderen Seite existiert jedoch das Risiko, dass eine weitere Expansion der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich hinein den Konflikt zu den niedergelassenen Ärzten verschärft. Diese Situation dürfte vornehmlich in bevölkerungsreichen Regionen und Ballungszentren vorzufinden sein.

... auf die Krankenkassen:

Der einfache Zugang von Leistungsanbietern zum neuen Versorgungssektor könnte zu einer erheblichen Ausweitung des Leistungsangebots – gerade auch in den ohnehin schon gut versorgten Ballungsräumen – führen. Da keine Budgetierung oder anderweitige Mengensteuerung vorgesehen ist, kann eine signifikante Mengenausweitung nicht ausgeschlossen werden. Die Neufassung des § 116b SGB V führt aber auch zu organisatorischen Herausforderungen bei den Krankenkassen: sollte die Abrechnung aller Leistungserbringer der spezialfachärztlichen Versorgung direkt mit der einzelnen Kasse erfolgen, so führt dies im Ergebnis zu einer Zunahme des Verwaltungsaufwandes.

... auf die Industrie:

Die Industrie ist insgesamt eher mittelbar betroffen. Als positiver Effekt kann eine frühzeitige Bereitstellung innovativer Diagnostik- und Therapieverfahren aufgrund des Verbotsvorbehalts angesehen werden. Aufgrund der fehlenden Mengenbegrenzung steht jedoch auch die Industrie vor der Herausforderung, diesen neuen Leistungssektor ökonomisch nicht zu übersteuern und damit unkontrollierte Mengensteigerungen billigend in Kauf zu nehmen. Die Erfahrung lehrt, dass in solchen Fällen die politischen Akteure durchaus bereit sind, kurzfristig wirkungsvoll gegenzusteuern.

Handlungsempfehlungen

Die ASV stellt ein wichtiges innovatives Strukturmerkmal in der künftigen Gesundheitsversorgung dar, welches jedoch der Ausgestaltung eines akzeptierten und funktionierenden Vertragswettbewerbs bedarf, um relevante Versorgungsprozesse unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu implementieren.

Dabei besteht die Herausforderung darin, dass trotz fehlender Bedarfsplanung ein Ausgleich zwischen über- und unterversorgten Regionen geschaffen wird und es nicht zu unangemessenen steigenden Kosten und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den traditionellen Sektoren kommt. Hierzu hat der BMC einen Empfehlungskatalog entwickelt.

Die Kernforderungen sind:

- Ausgewogenheit und praxisorientierte Ausgestaltung des durch den G-BA vorgegebenen Gestaltungsrahmens unter Einbezug der Organisationen der beteiligten Leistungserbringer.
- Vorgabe identischer Qualifikations- und Qualitätsanforderungen für alle ambulant und stationär tätigen Ärzte.
- Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
- Entwicklung und Einführung eines leistungsgerechten und ergebnisorientierten Vergütungssystems (ambulantes DRG-System).
- Nutzung der neuen gesetzlichen Möglichkeit, im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung spezialfachärztliche Leistungen gesondert zu vereinbaren im Sinne einer besseren strukturierten Versorgung (Managed Care). Dadurch können Freiräume für regionalspezifische Versorgungserfordernisse und Lösungen geschaffen werden.
- Zeitnahe Sicherstellung der Voraussetzungen für eine standardisierte Evaluation von Versorgungsstrukturen, Kosten und Qualität (z.B. Aufbau einer erforderlichen Datenbasis).

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Projektgruppe Pflege und Integrierte Versorgung

Leitung:
Ralph Lägel, MBA, Manager Contract Development Pain, Pfizer Pharma GmbH

Chronisch kranke, ältere und hochbetagte Menschen bestimmen zunehmend den Versorgungsalltag. Im Zuge der demographischen Entwicklung wird sich die Anzahl pflegebedürftiger Menschen aller Voraussicht nach verdoppeln. Die soziale Pflegeversicherung ist in ihrer heutigen Form kaum in der Lage, die anstehenden zukünftigen Versorgungsherausforderungen effizient zu erfüllen. Ein Kernproblem ist, dass integrierte Versorgungsformen, auf die viel Hoffnung gesetzt wurde, im pflegerischen Bereich auf hohe Hürden stoßen und mit einer flächendeckenden Ausbreitung sektorenübergreifender Behandlungsprozesse kurzfristig kaum gerechnet werden kann.

Das Bundesgesundheitsministerium, Unterabteilung Pflege, hat die Problematik erkannt und wollte mit Unterstützung des BMC weiterführende Lösungsansätze diskutieren und insbesondere eine weitere Ausgestaltung des § 92 b SGB XI erörtern. Ein interdisziplinäres Team aus Mitgliedern des BMC hat sich auf der Basis der Vernetzung vielfältiger Kompetenzen und Erfahrungen mit den Fragestellungen im Rahmen einer Projektgruppe auseinandergesetzt, um Wege für eine systemübergreifende Versorgung unter verstärkter Einbeziehung des Pflegesektors bahnen zu helfen.

Die BMC-Projektgruppe „Pflege und Integrierte Versorgung" hat in 2010/2011 und für die Unterabteilung Pflege des Bundesgesundheitsministeriums:

- einen Bericht zum Fragenkatalog des BMG verfasst und erläutert,
- einen Bericht zur Problemanalyse „Integrierte Versorgung und Pflege" erarbeitet und dargestellt,
- einen Bericht zu möglichen Lösungsansätzen im Bereich Pflege entwickelt und präsentiert sowie
- einen Bericht mit sechs konkreten Vorschlägen (Multiplikation von Erfolgskonzepten, Vorsorgeuntersuchung, Pflegeprozessdefinition, Entlassmanagement, Informationsplattform, Koordinationsfunktion) für die Gesetzgebung übergeben.

Darüber hinaus wurde mit Unterstützung der Projektgruppe das Konzept der „Gemeinwesenorientierten Primärversorgung" (goPV) zur verbesserten Versorgung (potenziell) Pflegebedürftiger entwickelt. Bei der goPV handelt es sich um einen alternativen Versorgungsweg, den eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) ihren Mitgliedern – insbesondere den Hausärzten – anbieten könnte. Ziele sind dabei die Etablierung kooperativer Strukturen, die konsequente Anwendung von Care- und Case-Management in der Regelversorgung sowie die Verbindung medizinischer, pflegerischer und sozialer Aspekte zu langfristig angelegten Behandlungsstrategien.

Das Modell wurde in der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik" der breiten Öffentlichkeit vorgestellt.

In der Projektgruppe engagierten sich längerfristig:

- Antje Frischmann, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)
- Uta Heidenblut, Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)
- Stefanie Kasper, ERGO Versicherungsgruppe AG
- Sonja Laag, BARMER GEK
- Ralph Lägel, MBA, Pfizer Pharma GmbH
- Dr. Niels Maderlechner, B-LUE Management Consulting GmbH
- Thomas Nöllen, SpectrumK Holding GmbH
- Dr. Udo Richter, n:aip Deutschland GmbH
- Evelyn Rohde, assist Heimpflege-Bedarf GmbH
- Dr. Monika Roth, Gesundes Kinzigtal GmbH
- Christoph Rupprecht, AOK Rheinland-Hamburg
- Clarissa Schulte, AOK Rheinland-Hamburg
- Christina Thole, Arbuma Consulting GmbH
- Andrea Wilhelmi, MediPlaza AG

Wir danken allen Teilnehmern für die engagierte und erfolgreiche Mitwirkung!

Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung

Leitung:
Dr. Peter Blees, Leiter Gesundheitspolitik,
Merck Serono GmbH
Susanne Eble, Leiterin Gesundheitsmanagement,
Berlin-Chemie AG

Die Beratungen der BMC-Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung standen insbesondere im Zeichen des 2011 in Kraft getretenen Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), das zu einer deutlichen Zunahme der Komplexität der Strukturen und Prozesse geführt hat. Die vom Gesetzgeber vorangetriebene Entwicklung der letzten Jahre, die Verantwortung für die Arzneimittelausgaben auf immer mehr Akteure zu verteilen, hat hierdurch eine Fortsetzung erfahren. Das „neue System" charakterisiert sich dadurch, dass Krankenkassen immer mehr zu Unternehmen werden, die Leistungserbringer sich vernetzen, multidimensionale Entscheidungsprozesse entstehen und der Informationsgehalt steigt.

Die zunehmende Komplexität und Regulierungsdichte wird insbesondere an dem neuen Preisbildungsverfahren und der frühen Nutzenbewertung deutlich. Umso wichtiger ist es für die pharmazeutischen Unternehmen, rechtzeitig eine Risikobewertung der Pipeline-Produkte vorzunehmen und die Auswirkung unterschiedlicher Entwicklungs-, Vermarktungs- und Bewertungsvarianten zu analysieren, betonte Prof. Dr. Matthias Schönermark, Medizinische Hochschule Hannover und Senior Vice-President bei der SKC Beratungsgesellschaft mbH. Mehr denn je kommt es darauf an, der Gefahr entgegenzuwirken, dass der deutsche Markt von Innovationen abgekoppelt wird, sind sich die Arbeitsgruppenmitglieder einig. Deutschland wird von 19 EU-Ländern als Referenzland zur Preisbildung eingesetzt, international sind es sogar 80 Länder. In diesem Zusammenhang schädigt auch die aktuelle Entscheidung des Bundesgesundheitsministeriums, trotz Milliardenüberschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung am Zwangsrabatt festzuhalten, die Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Pharmastandorts. Eine verantwortungsvolle Gesundheitspolitik sollte bei der Weiterentwicklung der Preisregulierung nicht nur den deutschen Markt, sondern auch die internationalen Auswirkungen sorgfältig mitberücksichtigen.

Ein weiteres Kernelement des AMNOG ist die Aufnahme von pharmazeutischen Unternehmen in den Kreis potenzieller Vertragspartner im Rahmen der Integrierten Versorgung. Entgegen der Meinung vieler Kritiker, die daran zweifeln, dass der Einbezug der Arzneimittelhersteller in die Integrierte Versorgung eine reelle Option darstellt, ist der erste Vertrag bereits in Kraft: Knappschaft, Desitin Arzneimittel GmbH und die Managementgesellschaft Deutsche Gesundheitssystemberatung haben in Schleswig-Holstein einen Vertrag für Kinder und Jugendliche mit Epilepsie abgeschlossen. Alexander Fröhlich, Leiter Healthcare Management bei Desitin, zeigte sich beim BMC von den großen Chancen des Projekts überzeugt und kündigte an, in absehbarer Zeit von den gesammelten Erfahrungen erneut zu berichten.

Neben dem AMNOG hat auch das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) Neuerungen für den Arzneimittelbereich gebracht. Mit der Hinzufügung des § 64 a SGB V wird ein Modellvorhaben auf Grundlage des von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) im April 2011 gemeinsam vorgelegten Arzneimittelkonzepts ermöglicht. Das Konzept sieht einen von den Vertragspartnern zu vereinbarenden Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis vor. Ärzte sollen sich auf die Verordnung von Wirkstoff, Stärke, Menge und Darreichungsform beschränken, während die Auswahl des Präparats den Apothekern überlassen wird, erklärte Friedemann Schmidt, Vizepräsident der ABDA. Der BMC wird die Umsetzung des im Vorfeld kontrovers diskutierten Modellvorhabens beobachten und auswerten.

Die Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung des BMC wird sich auch im Jahr 2012 mit der Weiterentwicklung der politischen Rahmenbedingungen des Arzneimittelsektors beschäftigen. Zu den Schwerpunktthemen gehören u. a. Optionen zur Stärkung des einheimischen Forschungsstandorts und der Innovationskraft der pharmazeutischen Industrie, individualisierte Arzneimitteltherapien, die Industrie als Vertragspartner sowie innovative Formen der Arzneimittelversorgung. Zudem wird der BMC ebenso intensiv wie die Verbände der Arzneimittelhersteller den AMNOG-Prozess hinsichtlich der frühen Nutzenbewertung und der Erstattungspreisverhandlungen begleiten.

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Arbeitsgruppe Plattform Versorgungssteuerung

Leitung:
Dr. Dominik Deimel, Geschäftsführender Gesellschafter, com2health GmbH

Mit der AG „Plattform Versorgungssteuerung" startete der BMC 2011 eine neue Arbeitsgruppe, die von Dr. Dominik Deimel, com2health, geleitet wird. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, Themen aus den Bereichen Case Management, Klinische Pfade und Informationstechnologie/e-Health in Projektgruppen, Hintergrundgesprächen, Workshops und sonstigen Veranstaltungen auszuarbeiten. Diese Plattform löst damit die bisherige AG Prozess- und IT-Management mit dem Ziel ab, Versorgungsprojekte unter dem Dach des BMC zu etablieren. Mit dem Fokus, die patientenorientierte Versorgung zu stärken, wird das Gremium zentrale Themenbereiche identifizieren und Lösungsansätze entwickeln. Damit wollen wir einerseits dem zunehmenden Bedarf der BMC Mitglieder an Themen aus dem Bereich der Versorgungssteuerung gerecht werden und andererseits ein Format schaffen, welches uns noch mehr Flexibilität bei der Gestaltung der Erarbeitung von Positionspapieren, Publikationen und sonstigen Veröffentlichungen gibt.

Die Auftaktveranstaltung fand Ende September 2011 statt, bei der die geplanten Inhalte der neuen Plattform sowie die Ergebnisse der an die Plattform angegliederten BMC-Projektgruppe „Entlassmanagement im Krankenhaus" vorgestellt wurden. Namhafte Referenten präsentierten ihre Konzepte zu dem Thema: „Erwartungen an eine effiziente Versorgungssteuerung".

Zukünftig wird die Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Gesundheitssystems immer mehr davon abhängen, wie die Versorgung chronischer und multimorbider Patienten organisiert ist, führte Prof. Dr. Volker Amelung, BMC Vorstandsvorsitzender, MHH Hannover, aus. Umso wichtiger ist es, die medizinischen Organisationsstrukturen an die neuen Versorgungsformen gezielt anzupassen und weiterzuentwickeln. Zur langfristigen Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vor Ort müssen dabei die Versorgungsstrukturen an die gesellschaftlichen Entwicklungen und Präferenzen der zukünftigen medizinischen Leistungserbringer angepasst werden. Wichtiger Ansatzpunkt ist weiter die Frage, wie die knapper werdende Ressource „Arztzeit" effizient eingesetzt werden kann.

Zunehmend gewinnt die Evaluation innovativer Versorgungskonzepte immens an Bedeutung, betonte Dr. Christian Krauth, MHH Hannover. Bisher sind nur wenige der existierenden IV-Verträge evaluiert worden, da zumeist erst im Rahmen von Verhandlungen über die Weiterführung von Programmen über Evaluation nachgedacht wird. Stattdessen sollte grundsätzlich vor Vertragsschluss anhand von randomisierten, kontrollierten Studien evaluiert werden, so Dr. Christian Krauth.

Auch die Krankenkassen stehen künftig vor großen Herausforderungen, eine effiziente Steuerung der Versorgung voranzutreiben. Derzeit ist das Rabattmanagement das wirksamste Steuerungsinstrument der einzelnen Krankenkassen in der Arzneimittelversorgung. Arzneimittel-Rabattverträge sind durch ihre bundesweite Wirkung, die klare Rechtsgrundlage und der Substitutionsverpflichtung wirtschaftlich erfolgreich, stellt Frank Neuschulz, Deutsche BKK, fest. Obgleich die Krankenkassen strategisch sehr an neuen Versorgungsmodellen zur Integrierten Versorgung interessiert sind, ist es ihnen aufgrund mangelnden Budgets nicht möglich, den Leistungsanbietern eine Add-on Vergütung zu zahlen. Um die Versorgung künftig effizient steuern zu können, sollte die Vernetzung von Anbietern durch monetäre Anreize gefördert werden und zudem geeignete Normen genutzt werden, so Frank Neuschulz.

In 2012 wird sich die Arbeitsgruppe „Plattform Versorgungssteuerung" u. a. intensiv mit dem Thema Patientencoaching beschäftigen.

Projektgruppe Entlassmanagement im Krankenhaus

Leitung:
Dr. Dominik Deimel, Geschäftsführender Gesellschafter, com2health GmbH

Der BMC befürwortet das Vorhaben der Bundesregierung, die Krankenhäuser mit dem Versorgungsstrukturgesetz zu einem verbindlichen Entlassmanagement zu verpflichten. Für die Sicherstellung einer strukturierten nachstationären Versorgung reicht die Etablierung eines rechtlichen Anspruchs jedoch nicht aus. Um ein reibungsloses Ineinandergreifen der unterschiedlichen Behandlungsstufen zu erreichen und Behandlungsbrüche zu vermeiden, müssten Medizin, Pflege, Rehabilitation und Sozialwesen besser koordiniert sein.

Beim Entlassmanagement handelt es sich um eine multiprofessionelle Aufgabe, die eine enge Kooperation des Krankenhauses mit allen Bereichen der Nachversorgung erfordert. Wir benötigen hier mehr Teamorientierung, Ansprechpartner mit klar definierten Zuständigkeiten, einen lückenlosen Informationsfluss sowie einheitliche Qualitäts- und Beurteilungskriterien, betont Dr. Dominik Deimel, Leiter der BMC Projektgruppe „Entlassmanagement im Krankenhaus“. Zudem komme es darauf an, die Eigenverantwortung von Patienten und Angehörigen durch mehr Unterstützung und Beratung zu stärken.

Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf mögliche Finanzierungsoptionen durch die Krankenkassen zu legen. Die Anreize für Krankenhäuser zur Investition in ein umfassendes Entlassmanagement liegen in der Verkürzung der Verweildauer, der Reduzierung der Wiederaufnahmerate und dem Aufbau erweiterter Patientenservices. Gemessen an der Höhe der notwendigen Aufwendungen ist das jedoch nicht ausreichend. Die Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach §112 SGB V sind in der DRG-Vergütung sowie in den tagesgleichen Pflegesätzen nur teilweise kalkulatorisch berücksichtigt worden.

Gemessen an den derzeit im Krankenhaus erbrachten Assessment-, Informations- und Koordinationsleistungen ist für ein gutes Entlassmanagement ein erheblicher Zusatzaufwand erforderlich. Für diesen Zusatzaufwand sollte auch eine entsprechende Vergütung angestrebt werden, für deren Umsetzung sich die Refinanzierung innerhalb des Morbi-RSA anbietet. Um den Nutzen für Versicherte und Kostenträger zu evaluieren, müssen die relevanten Patientengruppen mit einem Bedarf an übergreifender Versorgungssteuerung anhand von Diagnose, Schweregrad der Erkrankung und weiterer Parameter identifiziert und festgelegt werden. So lässt sich feststellen, ob in den DRGs der Zusatzaufwand für das Entlassmanagement berücksichtigt wurde.

Darüber hinaus sollten die zwischen Krankenhausgesellschaften und Verbänden der Krankenkassen vereinbarten Änderungen der Landesverträge nach §112 SGB V ausreichend Raum für innovative Modellvorhaben lassen. So können bilaterale Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen verbindlich definiert werden. Zu enge Rahmenbedingungen würden auf das notwendige Überschreiten regionaler Sektorengrenzen in der Versorgung kontraproduktiv wirken.

Um die Krankenkassen durch Anreize für ein aktives Entlassmanagement zu motivieren, sollten die Aufwendungen, die für die Etablierung von Patientenbegleitern entstehen, in der Verwaltungskostenpauschale aus dem Morbi-RSA berücksichtigt werden.

Die BMC Projektgruppe „Entlassmanagement“ bestehend aus Mitgliedsunternehmen der Bereiche der Krankenhäuser und Kostenträger sowie weiterer Akteure der Gesundheitsversorgung hat zur Lösung dieser komplexen Herausforderung einen umfassenden Empfehlungskatalog entwickelt. Ziel ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer Vermeidung des „Drehtüreffektes“ beizutragen. →

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Entlassmanagement im Krankenhaus optimieren!

BMC Positionen

1 | Etablierung eines „definierten Ansprechpartners“ im Krankenhaus

Für ein effizientes Entlassmanagement ist es wichtig, dass das Krankenhaus einen qualifizierten Ansprechpartner – im Sinne eines „Patientenkoordinators“ – zur Verfügung stellt, wobei auch eine Kooperation mit ambulanten Dienstleistern möglich ist. Der Patientenkoordinator hat die Aufgabe, auf Basis einer ganzheitlichen Beurteilung des Patienten und unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen, den erforderlichen Hilfebedarf in Art, Umfang und Dauer einzuschätzen, zu koordinieren und zu überwachen. Für alle beteiligten Akteure ist er gezielter Ansprechpartner. Eine Zusatzqualifikation im Case Management (nach Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Care- und Case Management, DGCC) ist wünschenswert.

2 | Schaffung von übergreifenden Beurteilungs- (Assessment) Instrumenten

Für den Patienten ist eine ganzheitliche Beurteilung unerlässlich. Um die künftigen notwendigen übergreifenden Versorgungsmanagement-Maßnahmen durch die Kranken- oder Pflegekasse einschätzen zu können, sind dabei medizinische, pflegerisch-therapeutische, rehabilitative und (psycho-)soziale Faktoren in die Beurteilung mit einzubeziehen. Eine standardisierte Durchführung und Dokumentation der ganzheitlichen Beurteilung stellt sicher, dass die erforderlichen Informationen an die jeweilige Kranken- bzw. Pflegekasse bei Bedarf weitergegeben werden können.

3 | Verbesserung der Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern

Alle Akteure außerhalb des Krankenhauses, wie z. B. niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Therapeuten u.a., müssen frühzeitig in die Organisation der Nachsorge eingebunden werden. Der Informationstransfer sollte in standardisierter Form sowohl an die nachbehandelnden Leistungserbringer (z. B. Hausarzt/Facharzt) als auch an die Kranken- und Pflegekasse erfolgen. Ebenso wichtig ist es, dass Patienten und Angehörige umfassend über medizinische, pflegerische und soziale Bewertungen informiert werden und Empfehlungen für Nachsorgemaßnahmen erhalten. Auch die Umsetzung eines standardisierten Datenaustausches zur Kostenübernahme bei rehabilitativen Maßnahmen zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und Rentenversicherungen ist zu empfehlen.

4 | Förderung des „Empowerments“ von Patienten und Angehörigen

Die Selbstbefähigung des Patienten und seiner Angehörigen, vorhandene Defizite (z. B. im pflegerischen Bereich) zu erkennen und zu beseitigen muss durch gezielte Schulung und Beratung behoben werden. Die Schnittstelle zu Selbsthilfegruppen und kommunalen Anlaufstellen ist dabei mit zu berücksichtigen. Die Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote (Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen u. a.) kann dadurch reduziert bzw. zeitlich verzögert werden und fördert bei Patienten mit entsprechender „Compliance“ die Selbstständigkeit bzw. die Möglichkeit der Pflege durch Angehörige.

Hand
empfel

5 | Evaluation von Maßnahmen nach Entlassung des Patienten

Trotz der Einführung des Expertenstandards „Entlassmanagement“ zeigt die Realität in den Krankenhäusern, dass eingeleitete Maßnahmen im Nachgang zum stationären Aufenthalt nur selten evaluiert werden. Diese Aufgabe kann primär von dem „Patientenkoordinator“ des Krankenhauses durch direkte Ansprache der Patienten und Angehörigen, des Hausarztes oder der nachversorgenden Einrichtung übernommen

werden. Die Maßnahmen können sekundär auch von einer nachversorgenden Einrichtung, wie z. B. dem Pflegedienst, geleistet werden. Das Entlassmanagement ist erfolgreich abgeschlossen, wenn der Patient von der nachgelagerten Versorgungsinstanz aufgenommen ist bzw. sich die Kranken- oder Pflegekasse um die weitere Versorgung kümmert.

6 | Aufbau von spezifischen, interprofessionellen Behandlungspfaden

Der Erfolg des Entlassmanagements hängt wesentlich von der Qualität der weiteren Versorgung ab. Die Disease-Management-Programme gemäß der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) zeigen, dass die Vorgabe indikationsspezifischer Versorgungsleitlinien hilfreich sein kann. Diese unterstützen die beteiligten Leistungserbringer, eine strukturierte, koordinierte und einheitliche Patientenversorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu erbringen und gleichzeitig Versorgungskontinuität und Nachhaltigkeit sicherzustellen. In einem ersten Schritt erfordert dies, Indikationen bzw. Patientengruppen zu identifizieren, die insbesondere von einem Entlassmanagement und differenzierten Versorgungsketten profitieren. Es erscheint dabei sinnvoll, dass der Gesetzgeber eine bundesweit einheitliche Vorgabe für die Vertragspartner definiert.

lungs-
hlungen

7 | Etablierung ambulanter „Ankerpunkte“ für die Übergabe aus dem stationären Bereich

Ein Entlassmanagement bei Patienten, die auf eine längerfristige oder kontinuierliche ambulante Betreuung angewiesen sind, kann nur nachhaltig organisiert werden, wenn auch in der ambulanten Versorgung ein „Ankerpunkt“ in Form eines Patientenkoordinators bzw. Patientenbegleiters vorhanden ist. Für die Koordination der interprofessionellen ambulanten Versorgung bietet sich z. B. der Hausarzt (und/oder dort weitergebildete MFA, z. B. „VerAH“, „EVA“, „MoNi“) als Anlaufstelle an. Für die Rolle des Koordinators lassen sich auch andere vorhandene oder im Aufbau befindliche Strukturen nutzen. So wären sowohl Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkten als auch freie Mitarbeiter („Care Manager“) in der Lage, diese Aufgabe zu übernehmen. Die tatsächliche Durchführung der ganzheitlichen Beurteilung, Koordination, des Monitorings und der Evaluation sollte in der Hand des Arztes oder einer hierfür entsprechend qualifizierten Fachkraft (mit Methodenkompetenz im Case Management und entsprechender beruflicher Qualifikation) liegen. Für diese Leistungen sind eine entsprechende Vergütung sowie eine Verzahnung mit dem für den Patienten zuständigen Sachbearbeiter in der Krankenkasse zu gewährleisten. Es sollte auch möglich sein, dass Krankenkassen diesen Koordinator (Modell Patientenbegleiter) durch eigenes Fachpersonal stellen. Die entsprechende Qualifikation des Patientenbegleiters sowie die enge Verzahnung zum betreuenden Arzt sind hierbei sicherzustellen.

8 | Etablierung von Qualitätssicherungs-Instrumenten

Um Qualitätsunterschieden entgegenzuwirken und einen allgmeinen Standard im Entlassmanagement zu erzielen, sind in den Krankenhäusern einheitliche Strukturen und Prozesse zu schaffen. Diese werden ergänzt um ein standardisiertes Assessment, einer Hilfeplanung sowie der Dokumentation. Durch die verbindliche Integration von Qualitätsindikatoren in bestehende Zertifizierungsverfahren der Krankenhäuser und ambulanten Versorger (z. B. ISO, KTQ, KPQM u. a.) kann eine Qualitätsverbesserung erreicht werden.

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Arbeitsgruppe Nutzenbewertung und Präferenzmessung

Leitung:
Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Hochschule Neubrandenburg

Im Fokus der Arbeitsgruppe „Nutzenbewertung und Präferenzmessung" standen in 2011 die Nutzenbewertung von Gesundheitstechnologien und Versorgungsprogrammen sowie Aspekte der patientenorientierten Gesundheitsversorgung.

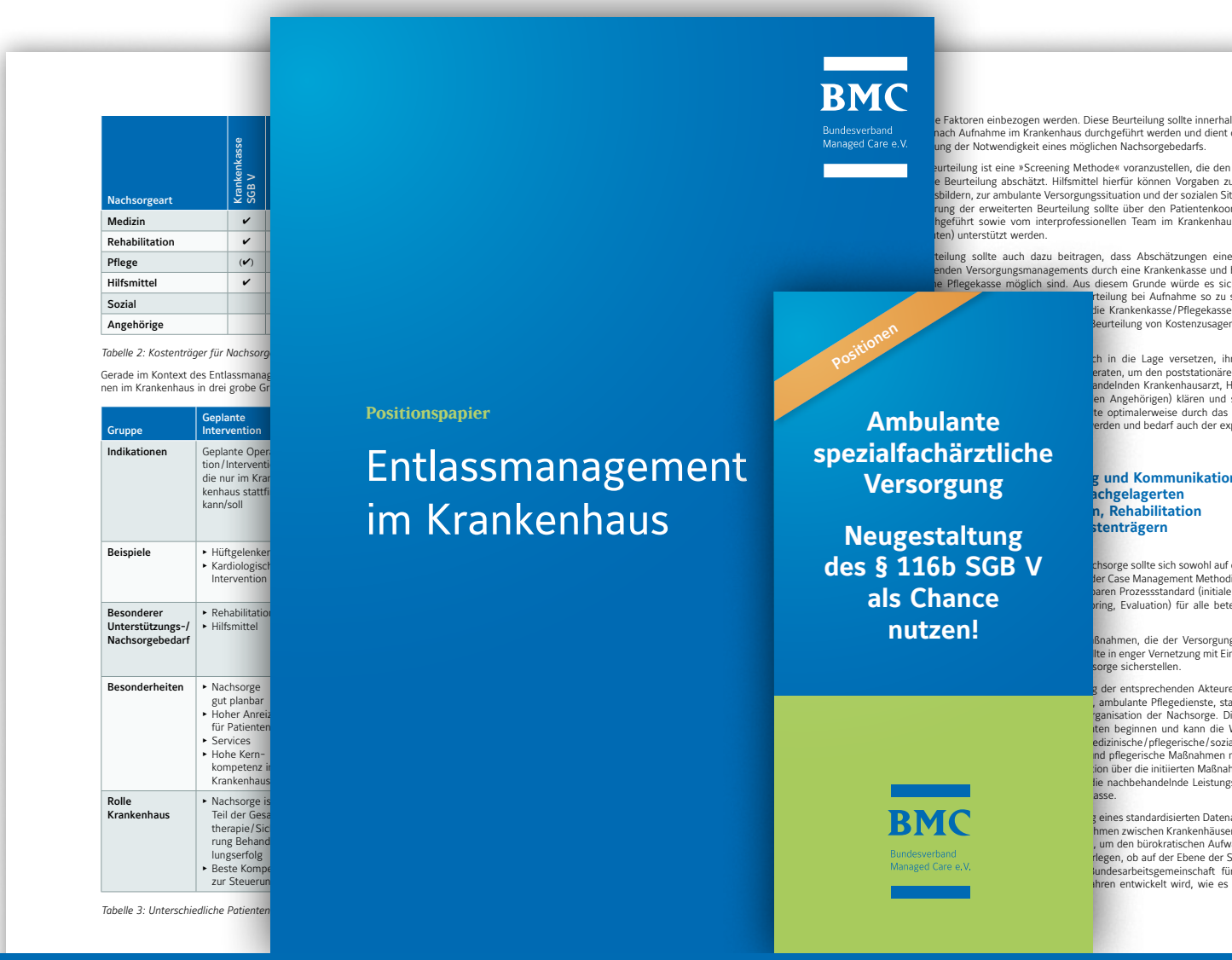
Um den Nutzen eingesetzter Versorgungsprogramme messen zu können, werden bei der Barmer GEK verschiedene Ansätze des Versorgungsmanagements zu themenbezogenen Gesamtkonzepten, wie z. B. Kardiologie, „Ältere", Regionen etc. zusammengeführt. Walter Ulrich, Sachgebietsleiter Versorgungsprogramme, Medizin- und Versorgungsanalyse der Barmer GEK, betont, dass die Nutzenbewertung das Ergebnis eines vieldimensionalen Prozesses ist, der sich im Spannungsfeld zwischen ökonomischer Notwendigkeit, humaner und sozialer Versorgungsverantwortung und gesundheitspolitischem Gestaltungswillen bewegt. Konkrete, messbare Kriterien für den Nutzen der Versorgungsprogramme sind Kundenzufriedenheit, Kundenbindung und -gewinnung, Leistungsentwicklung sowie die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung.

Helmut Hildebrandt, Vorstand OptiMedis AG, stellt die Herausforderungen und Ergebnisse bei der Nutzenmessung in real-life-Interventionen am Beispiel des Programms „Starkes Herz" dar. Mit dem „Starkes Herz"-Programm versucht Gesundes Kinzigtal, die hohe Sterbensrate bei Herzinsuffizienzpatienten zu verringern. Um den Nutzen des aufwändigen Programms zu messen, wurde ein Verfahren gewählt, das in den Gesundheitswissenschaften als „Zwillingsverfahren" bekannt ist. Jedem Teilnehmer wird dazu ein „Daten-Zwilling" zugewiesen, in diesem Fall ein Patient, der eine gleichschwere Herzinsuffiziens hat, das gleiche Alter und Geschlecht aufweist, von einem Arzt betreut wird, der kein Leistungspartner von Gesundes Kinzigtal ist, und ähnliche Vergangenheitskosten hat. Im Ergebnis sind von den 55 Teilnehmern von „Starkes Herz", die über einen Zeitraum von 2 Jahren mit Zwillingen verglichen wurden, sechs Patienten verstorben, bei den „Zwillingen" waren es 11. Helmut Hildebrandt vermutet, dass ein Grund für das bessere Überleben wahrscheinlich die genauere Dosierung der Arzneimittel ist, die mittels gezielter Betreuung durch Anrufe des Patienten jeweils der Situation angepasst werden können. Die Steigerung der Qualität der Betreuung und die Investitionen in das Programm haben sich auch auf der Kostenseite gelohnt, führt Helmut Hildebrandt aus. Anders als vielleicht zu erwarten haben die Teilnehmer im Programm „Starkes Herz" sogar für die AOK einen positiven Deckungsbeitrag erwirtschaftet.

Dr. Dr. Heinz Giesen, IKK classic, stellt zunächst fest, dass sich die Wertfrage der Gesundheitsversorgung aus der Sicht einer Krankenkasse grundsätzlich aus dem Blickwinkel des Kunden (Patienten und niedergelassene Ärzte) entscheidet. Die Zentralfrage ist, ob Anreize für Innovationen derzeit richtig gestaltet sind und welche „Werte" in der Gesundheitsversorgung überhaupt gefördert werden. Grundsätzlich ist der künftige „Königsweg" optimaler Versorgung vor Ort die regional organisierte Förderung der Gesundheit in sektorübergreifenden Diagnostik- und Behandlungspfaden in Kooperation von Krankenkasse, Leistungserbringern und Industrie. Die Realität zeigt jedoch ein anderes Bild.

In der Frühphase der Versorgung besteht der Wert der Gesundheitsversorgung für eine Krankenkasse zunächst in der Erzielung eines positiven Deckungsbeitrages durch zeitige Diagnostik. In der sich anschließenden Steuerungsphase wird die Gesunderhaltung des Patienten gefördert, um das Fortschreiten der Erkrankung zu reduzieren und damit den Zeitraum eines positiven Deckungsbeitrages zu verlängern. Problematisch ist jedoch, dass für dieses „Mehr an Gesundheit" die Anreize für die Krankenkassen derzeit nicht zielführend ausgestaltet sind. Die gesetzlichen Krankenkassen befinden sich seit dem 01.01.2009 im „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb", durch den eher Kostensenkung und Gewinnoptimierung zu Lasten der Entwicklung innovativer Versorgungsprogramme gefördert wird. Stattdessen sollten im Kassenwettbewerb Strategieoptionen, wie z. B. die Markenbildung, die Qualitätsführerschaft oder der Nischenanbieter stärker in den Fokus rücken.

Prägnante Positionierungen, umfassende Studien – der BMC als Ideenschmiede für ein innovatives, leistungsfähiges und patientenorientiertes Gesundheitssystem



Konstituierender Vorstand des BMC-Regional NRW e. V.

Dr. Peter Wigge
Vorstandsvorsitzender
Rechtsanwälte Wigge, Münster

Dr. Thomas Hilse
stellv. Vorstandsvorsitzender
ERGO Versicherungsgruppe AG

Claudia Schrewe
Mitglied im Vorstand
Management im ambulanten Gesundheitswesen

Regina Kajan
Mitglied im Vorstand
Bristol-Myers-Squibb GmbH & Co. KG

Anne Heger
Mitglied im Vorstand
KVWL Consult GmbH

Prof. Dr. Volker Amelung
Mitglied im Vorstand
Vorstandsvorsitzender BMC e. V.

Klaus Trudrung
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG

BMC-Regional NRW e. V.

Eines der wesentlichen Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens ist seine Steuerung durch nationale, überwiegend staatliche Vorgaben. Die medizinische Versorgung selbst wird allerdings vom Bürger und vom Patienten ausschließlich regional bzw. lokal wahrgenommen. Um eine Brücke zwischen den Entscheidungen in Berlin und deren Umsetzung in den Regionen zu schlagen, verfolgt der BMC-Regional NRW e. V. die Idee, die Qualität der regionalen Versorgung sowie eine Kooperationskultur zu fördern, die regionale Identität zu stärken und damit das Gesundheitssystem in NRW innovativ mitzugestalten.

Aktivitäten 2011

Gründung als Zweigverein

Die größte Aufgabe des BMC-Regional NRW e. V. für das Jahr 2011 bestand darin, die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Gründung als Zweigverein des BMC e. V. zu schaffen. Ziel des Aufbaus einer eigenen regionalen Organisationsstruktur war es, dem BMC-Regional NRW e. V. den notwendigen Handlungsspielraum zu geben, die Grundidee des Hauptvereines in regionalen Kontexten eigenständig und effektiv umsetzen zu können. Die offizielle Gründung des BMC-Regional NRW e. V. erfolgte am 23. September 2011 in Münster. Ungeachtet seiner neuen eigenständigen Rechtsform knüpft der BMC-Regional NRW e. V. an sein bisheriges Bestreben an, die Akteure in der Region für den Dialog zu aktuellen Themen der Gesundheitspolitik und deren regionalen Ausprägungen und Wirkungen zu gewinnen. Denn nur eine nachhaltige, auf der Basis von Vertrauen ausgerichtete Zusammenarbeit lässt Innovationsprozesse in der Region entstehen.

Veranstaltungen

Mit der 3. Fachtagung zum Thema „Erfolgsmodelle der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten“ hat der BMC-Regional NRW e. V. im Juli 2011 in Münster seine ganztägige Veranstaltungsreihe erfolgreich fortgesetzt. Im Fokus der Diskussion über die Potenziale, aber auch Hemmnisse von sektorenübergreifenden Kooperationsmodellen standen die Flexibilität der gesetzlichen Regelungen, die Berücksichtigung von Demografie und Morbidität bei der Versorgungsplanung, die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen Win-Win-Situation für alle Beteiligten sowie eine verbesserte Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern untereinander.

Um der Öffentlichkeit seine neue vereinsrechtliche Struktur vorzustellen, hat der BMC-Regional NRW e. V. am 17. November 2011 zu einer Auftaktveranstaltung nach Münster eingeladen und die Gelegenheit genutzt, mit Jens Spahn MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, über die Auswirkungen des GKV-Versorgungstrukturgesetzes auf die regionale Versorgung in NRW zu diskutieren. →

BMC-Regional NRW e. V.

← Ausblick 2012

Nirgendwo sonst in Deutschland ist die Pluralität aus internationalen Gesundheitskonzernen und innovativem Mittelstand ausgeprägter als in Nordrhein-Westfalen. Dass sich der BMC-Regional NRW e. V. in den vergangenen Jahren zu einer festen Größe in dieser gesundheitspolitischen Landschaft Nordrhein-Westfalens etabliert hat, zeigen nicht nur die stets hohen Teilnehmerzahlen seiner Veranstaltungen, sondern auch die Tatsache, dass sich innerhalb kürzester Zeit nach Gründung des Zweigvereins bereits 20 der in NRW regional tätigen Akteure des Gesundheitsmarktes für eine feste Mitgliedschaft im BMC-Regional NRW e. V. entschieden haben. Ziel für 2012 ist es selbstverständlich, diesen Mitgliederstamm auszubauen. In diesem Zusammenhang sei der Hinweis erlaubt, dass eine Mitgliedschaft für Mitglieder des BMC e. V. beitragsneutral möglich ist.

Das Jahr 2012 wird gesundheitspolitisch geprägt sein von der Ausgestaltung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes. Mit einem attraktiven, auf die regionalen Besonderheiten von NRW zugeschnittenen Programm, will sich auch der BMC-Regional NRW e. V. in den Dienst der Information und des Austauschs zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz stellen. Geplant sind die 4. Fachtagung „Regionale Potenziale des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes" am 29. Juni 2012 in Düsseldorf sowie ein BMC-Regional Forum „Begegnung – Dialog – Austausch" gegen Ende des Jahres. Verbunden werden diese Veranstaltungen mit je vier Fachgesprächen in den Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein, beispielsweise zu den Themen „Neuordnung der Vergütung für Ärztenetze" oder „Neue Akteure und Modelle zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung".

Kontakt zum BMC-Regional NRW e. V.

Scharnhorststraße 40 T 0251 53595 -0 wigge@bmcev.de
48151 Münster F 0251 53595 -99 **www.bmcev.de**

Das Antragsformular für eine Mitgliedschaft im BMC-Regional NRW e. V. finden Sie auf der Homepage www.bmcev.de unter „BMC-Regional NRW e. V."

Tagungsbericht BMC-Regional NRW e. V.

Fachtagung „Erfolgsmodelle der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten“ in Münster

Ein klarer Kooperationswille seitens aller Beteiligten des bundesdeutschen Gesundheitssystems, allerdings auch Vorbehalte gegen die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen, wurden bei der Fachtagung des BMC-Regional NRW e. V. zur sektorenübergreifenden Vernetzung des Gesundheitswesens deutlich. Die besondere Aktualität und Relevanz des Tagungsthemas der am 1. Juli 2011 in der Deutschen Rentenversicherung Münster ausgerichteten Veranstaltung sorgte für eine große Resonanz und einen bis auf den letzten Platz ausgebuchten Sitzungssaal. Besonders die im Verlauf der Tagung zur Sprache gebrachten Probleme und Hemmnisse, die derzeit eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Sektoren konterkarieren, holten die Teilnehmer bei ihrer alltäglichen Praxis ab. Dazu zählt die Notwendigkeit, vertrauensvoll aufeinander zuzugehen und Denkblockaden zu lösen genauso wie die Entwicklung eindeutiger gesetzlicher Regelungen. Als zukunftsweisend und ideenstiftend auch für die Gesetzgebung waren die präsentierten regionalen Kooperationsmodelle zu bewerten. Sie zeigten, dass Vernetzung und Zusammenarbeit erfolgreich funktionieren, wenn sie von allen gewollt und gelebt werden.

Einigkeit darüber, dass Kooperation besser ist als Konfrontation herrschte schon zu Beginn der Fachtagung bei der einführenden Diskussionsrunde zur Frage, wie Ärzte und Krankenhäuser ihre Zusammenarbeit verbessern können. Moderator Jörg Robbers brachte u. a. das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, die Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und das aufgrund von zunehmendem Ärztemangel in den Krankenhäusern an Bedeutung gewinnende Modell des Honorararztes auf die Agenda. Die Themen wurden von den Diskussionsteilnehmern Dr. med. Jörg Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbandes der Chirurgen, und Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Münster, differenziert beleuchtet.

Erleichterung sektoraler Verzahnung durch Gesetzgebung

Begrüßt wurde von beiden die Flexibilität, die von den Regelungen hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Versorgung ausgehe. Jedoch merkte insbesondere Rüggeberg die juristischen Schwierigkeiten in Bezug auf die Abrechenbarkeit von ambulanten Operationen durch externe Ärzte am Krankenhaus an und wünschte sich für die Zukunft, dass „am Krankenhaus Strukturen entstehen, die einen Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung erleichtern“. Auch Roeder hoffte auf eine gesetzliche Regelung, die die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor dadurch erleichtere, dass sie die Sorge beseitige „ein Bereich könne dem anderen etwas wegnehmen“. →

Tagungsbericht BMC-Regional NRW e. V.

Orientierung der Versorgungsplanung an Demografie und Morbidität

Die Tagungsleiter Dr. Thomas Hilse, Leiter des Geschäftsfelds Versorgungsmanagement der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln, und Dr. iur. Peter Wigge, Fachanwalt für Medizinrecht und Vorstandsmitglied im BMC, Münster, übergaben diese „in die Luft geworfenen Bälle" an die nun zum Thema „Sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung in NRW" folgenden Referenten. Dr. iur. Frank Stollmann, Leitender Ministerialrat des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, legte dar, dass sich die Gesetzgebung gemessen an den zuvor geäußerten Forderungen in die richtige Richtung bewege. Nach seiner Ansicht bedürfe es „einer sektorenübergreifenden, bedarfsorientierten Versorgungssteuerung auf Basis einer sorgfältigen Versorgungsanalyse, die über die Statistik von Arzt- und Bevölkerungszahlen hinaus die Altersstrukturen, Fallzahlen, Patientenströme und Infrastruktur einer Region prüft."

Auf die Notwendigkeit, Demografie und Morbidität stärker in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen als aktuell üblich, verwies auch Thomas Müller, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Zudem betonte er, dass die sektorenübergreifende Versorgungsplanung einer „Herkulesaufgabe" gleiche. Es sei ein „Spagat" zwischen der Wahrung der Eigenständigkeit und der Zusammenführung der Sektoren zu vollführen. Zudem müsse die sektorenübergreifende Versorgungsplanung beidseitig akzeptable Wettbewerbsbedingungen schaffen, Individualinteressen berücksichtigen sowie Anreize und Verbindlichkeiten zur Zusammenarbeit bieten. Als Lösungsansatz präsentierte Müller eine Orientierung an patientenbezogenen Prozessen und den Aufbau eines regionalen Versorgungsmanagements, welches „die Organisation und Durchführung der medizinischen Versorgung ergänzt um die Festlegung besonderer Versorgungsziele und Versorgungsprozesse, zunächst in ausgewählten Regionen", beinhalte.

Mit weiteren Ansätzen zur Ausgestaltung von Kooperationen wartete auch der Themenpunkt „Zuweisungsmanagement: wirtschaftlich, effektiv und rechtlich zulässig gestalten!" auf. Während der Vortrag von Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. biol. hom. Wilfried von Eiff, Centrum für Krankenhaus Management, Münster, die Wirksamkeit verschiedener Kooperationsmodelle darlegte, beschäftigte sich Dr. iur. Peter Wigge mit der Frage, welche Kooperationsformen rechtlich zulässig sind.

Erfolgreiche Kooperationen bedingen wirtschaftliche Effektivität und rechtliche Zulässigkeit

Als entscheidendes Merkmal für die Wirksamkeit von allen existierenden erfolgreichen Kooperationen nannte von Eiff das Vorhandensein einer Win-Win-Situation für die Beteiligten, wobei die Kostensenkung vorrangig vor der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Sektorenverzahnung gelte. Entsprechend seiner Ausführungen laufe diesbezüglich „die Praxis der Gesetzgebung voraus", und er mutmaßte, dass ein Blick in die Versorgungspraxis bessere Gesetze ermöglichen könne. Als wegweisend könne seiner Ansicht nach vor allem das Campus-Modell Bad Nauheim gelten.

Die aktuelle Problematik der Gesetzgebung legte Dr. Wigge im Anschluss detailliert dar. Er zeigte, dass das zunehmende Aufbrechen der Sektorengrenzen durch den Gesetzgeber in der Praxis eine Liberalisierung bewirke, die es früher nicht gab und somit weitreichende Hindernisse für Kooperationen aus dem Weg geräumt seien. Jedoch bestehe aufgrund von getrennter Vergütung und Budgets der Leistungen weiterhin eine Schnittstellenproblematik. Zudem führe in bestimmten Fällen eine unzulässige Vermischung von ambulanter vertragsärztlicher und stationärer Krankenhaustätigkeit zu einer Interessen- und Pflichtenkollision. Die gesetzlichen Regelungen zur vertragsärztlichen bzw. honorarärztlichen Beschäftigung erwiesen sich in diesem Zusammenhang

als nicht eindeutig genug, sodass wegen weitreichender Auslegungsmöglichkeiten die Gerichte über die Zulässigkeit sowie etwa über Fragen der Scheinselbständigkeit und die Abrechenbarkeit erbrachter honorarärztlicher Leistungen im Krankenhaus durch die Versicherer entscheiden müssten.

Im praxisbezogenen Teil der Fachtagung wurden erfolgreiche regionale Kooperationen vorgestellt. Unter der Überschrift „Gemeinsamer Abschluss von Selektivverträgen" stellte Dr. med. Stephan Kochen, Geschäftsführer von solimed – Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG, das Ärztenetzwerk solimed als Zusammenschluss niedergelassener Haus- und Fachärzte sowie der drei Solinger Krankenhäuser vor. Zielsetzung ist hier die Sicherstellung einer reibungsarmen qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung. Durch den Abschluss von populationsbezogenen IV-Verträgen mit der AOK Rheinland/Hamburg sowie der Barmer/GEK wird die Erzielung von Effizienzgewinnen angestrebt, die an das Netz ausgeschüttet werden. Als entscheidende Maßnahmen zur Zielerreichung nannte Dr. Kochen die Entwicklung verbindlicher Behandlungspfade, ein standardisiertes Dokumentationsverfahren und die elektronische Vernetzung aller beteiligten Leistungserbringer zum schnellen und umfänglichen Informationsaustausch.

Überwindung von Kooperationshindernissen durch verbesserte Kommunikation auf Vertrauensbasis

Als Referent zum gleichen Themenbereich brachte Dr. med. Michael Stephan-Odenthal sein Erstaunen zum Ausdruck, dass die von ihm vertretene Urologische Kooperation Leverkusen als Best Practice-Modell in NRW eingestuft werde. Das, was seinen Ursprung in einem Qualitätszirkel nahm, sei ein für die Leverkusener selbstverständliches Handeln und zudem dem medizinischen Egoismus geschuldet, sich selbst Arbeit zu ersparen. Im Jahre 2005 mündete diese Absicht in der Erarbeitung eines Behandlungspfades zum lokal begrenzten Prostata-Ca und im Abschluss eines IV-Vertrags mit AOK, BKK und IKK. Wenngleich die AOK diesen Vertrag 2008 kündigte, wurde die Kooperation in den prä- und poststationären Bereich ausgeweitet, das Medizinische Versorgungszentrum MediLEV einbezogen und in der Folge ein Prostatazentrum aufgebaut. Entscheidend sei laut Dr. Stephan-Odenthal, dass in Leverkusen der IV-Vertrag mehr angestoßen hat als die reine Vertragssituation. Die Bereitschaft, trotz der gesetzlichen Rahmenbedingungen den eingezäunten Sektor zu verlassen und auf Augenhöhe miteinander zu verhandeln, wertete er als Grundvoraussetzung für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Kooperationen. →

Tagungsbericht BMC-Regional NRW e. V.

← Modelle der „Gemeinsamen Erfüllung von Versorgungsaufträgen" wurden anhand der Zusammenarbeit des Gesundheitsnetz Viersen AG und dem Allgemeinen Krankenhaus Viersen, der kooperativen Erfüllung von § 116 b SGB V im Bereich Multiple Sklerose im Sauerland und der sektorenübergreifenden Kooperation in der Onkologie in Münster aufgezeigt. Auch hier betonten die Referenten, dass ohne eine Vertrauensbasis und eine funktionierende Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern die Zusammenarbeit nicht denkbar sei.

Dr. med. Johann Heinrich Arens von der Gesundheitsnetz Viersen AG mit Sitz in Brüggen und Florian Nedden, Geschäftsführer der Medical Management Partner GmbH & Co. KG, Krefeld, stellten in diesem Zusammenhang den von ihnen entwickelten VIEP-Patientenschlüssel vor. Mit diesem als Marke etablierten Zugangscode erhalten die Ärzte, Hebammen und Krankenhäuser der Region auf freiwilliger Basis Zugang zu Patientendaten, wodurch Vernetzung und Kommunikation in der Versorgung erleichtert wird.

Vertrauensvollen fachlichen Austausch gab auch Dr. med. Markus Heibel, MBA, Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Sauerlandklinik Hachen, als Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Kooperation an. Er berichtete, dass die große Zustimmung aus der Region hinsichtlich der Beantragung einer Spezialklinik nach § 116 b der vorherigen Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in die strategische Planung zu verdanken sei.

Prof. Dr. med. Jörg Haier, Koord. Direktor des Comprehensive Cancer Center Münster und Leiter Internationale Patienten des Universitätsklinikums Münster, merkte an, das Funktionieren einer sektorenübergreifenden Kooperation hinge vornehmlich davon ab, dass sie nicht paragraphenbasiert ist, sondern sich einerseits an dem orientiere, wo gegenseitige Unterstützung nötig sei und anderseits eine Optimierung der Patientenversorgung im Fokus stünde.

Bezogen auf die eingangs der Veranstaltung seitens Tagungsleiter und Moderator Dr. Thomas Hilse in den Raum gestellten Frage, ob Versorgung mit Blick auf das neue Versorgungsgesetz und die noch weiter zu entwickelnden Vergütungsstrukturen streng geregelt werden solle oder Versorgung Wettbewerb vertrage, lieferten die Referenten zahlreiche richtungsweisende Anhaltspunkte. Die Forderung nach eindeutigen Regelungen, die keine Gesetzesauslegungen durch die Gerichte nach sich zögen, könnte den Weg für die Entwicklung effektiver sektorenübergreifender Kooperationen genauso ebnen wie der von den Akteuren der Best-Practice-Modelle gewonnene pragmatische Erfahrungsschatz.

BMC vor Ort in Ulm

Fachtagung „Regionalisierung der Gesundheitsversorgung – Das Versorgungsstrukturgesetz: Motor oder Bremse für regionale Versorgungskonzepte?“

Regionale Gesundheits-, Versorgungs- und Präventionslösungen standen im Mittelpunkt der Fachtagung des Bundesverbands Managed Care e. V. am 8. November in Ulm mit rund 150 Teilnehmern. Gemeinsam mit über 30 Referenten aus Politik und Praxis diskutierten sie über die Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes auf die regionale Gesundheitsversorgung sowie Chancen und Perspektiven für innovative Konzepte.

Die Bundesregierung hat sich mit dem Versorgungsstrukturgesetz große Ziele gesetzt: Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung, Flexibilisierung und Regionalisierung der vertragsärztlichen Vergütung, Verzahnung der Leistungssektoren sowie die Stärkung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit. Bei den konkreten Umsetzungsvorhaben fällen die Gäste des BMC jedoch ein differenziertes Urteil: Während die zunehmende Regulierung bei Medizinischen Versorgungszentren kritisiert wird, sehen viele die Etablierung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung als Chance für den Abbau von Reibungsverlusten zwischen den Behandlungssektoren. Gleichwohl dürften die Gefahren möglicher unangemessen hoher Kostensteigerungen nicht übersehen werden, weshalb politische Nachbesserungen zu empfehlen seien.

Weitere Schwerpunkte der Veranstaltung bildeten indikations- und populationsorientierte Versorgungsmodelle. In diesem Zusammenhang begrüßten die Teilnehmer die vom Gesetzgeber geplante Einführung gesonderter Vergütungsregeln für Ärztenetze, durch die kooperative Verbünde einen weiteren Schub erhalten könnten. Zudem wurden in den Workshops regional erfolgreiche Modelle beispielsweise zur telemedizinischen Versorgung, zum Chronikermanagement sowie zum Patientencoaching präsentiert.

Zum Abschluss der beiden Hauptpodien stellten sich Ministerialdirigent Manfred Zach, Abteilungsleiter im Sozialministerium Baden-Württemberg, sowie die Landtagsabgeordneten Manfred Lucha, Bündnis90/Die Grünen Baden-Württemberg, und Dr. Otto Bertermann, Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion im Bayerischen Landtag, den Fragen der Gäste und legten die Positionen der Bundesländer zum Versorgungsstrukturgesetz dar.

Das große Interesse an unserer Fachtagung in Ulm zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, die Diskussion um die Entwicklung eines innovativen und zukunftsfähigen Gesundheitssystems in die Regionen zu tragen. Deshalb wir der BMC seine Aktivitäten im Rahmen der fest etablierten und erfolgreichen Veranstaltungsreihe „BMC vor Ort“ weiter stärken.

Impressionen vom BMC-Kongress

Über 70 Referenten, 12 parallele Foren, die gesamte Bandbreite gesundheitspolitischer Themen – der BMC brachte zum 2. Mal den deutschen Gesundheitsmarkt zusammen

Fotografien: Jens Schicke

Dr. Erwin Lotter MdB, FDP
Dr. Carola Reimann MdB, SPD
Dr. Albrecht Kloepfer
Dr. Martina Bunge MdB, Die Linke
Birgitt Bender MdB, Bündnis 90/Die Grünen
Lothar Riebsamen CDU / CSU

BMC
Bundesverband Managed Care e.V.

Langenbeck-Virchow-Haus

Managed Care als Regelversorgung – Vorbild Schweiz?

15-köpfige BMC-Delegation im Erfahrungsaustausch mit Schweizer Gesundheitsexperten und -praktikern

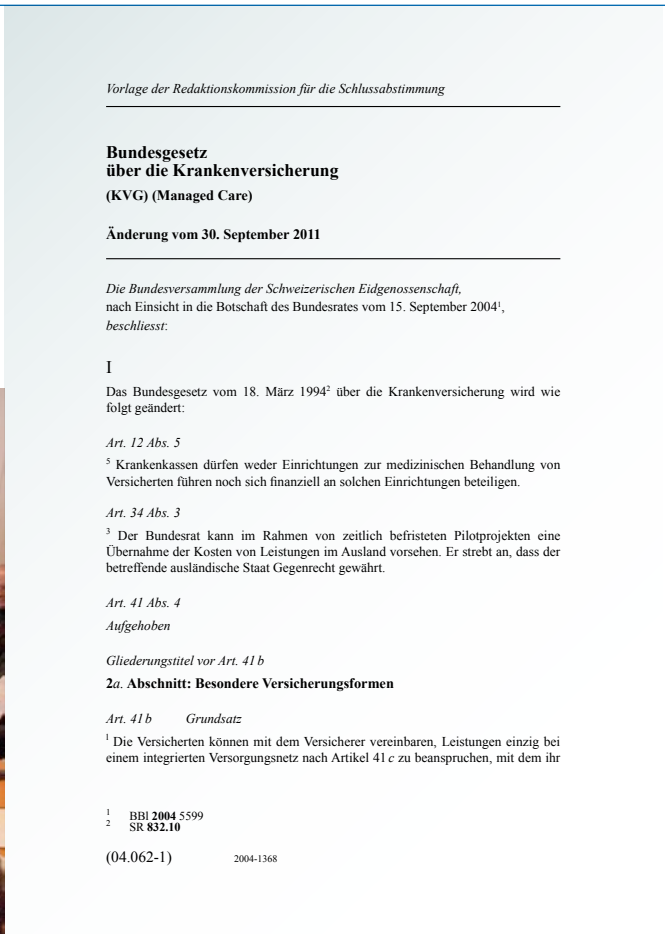
Mit nahezu Zweidrittelmehrheit hat das Schweizer Parlament am 30. September 2011 eine Gesundheitsreform beschlossen, die aus deutscher Perspektive wahrlich revolutionäre Züge trägt: Der Anteil der Versicherten in integrierten Versorgungsmodellen soll von heute 13 Prozent der Bevölkerung auf 60 Prozent erhöht werden. Über zwanzig Jahre nach der Eröffnung der ersten Health Maintenance Organization 1990 in Zürich übernimmt die Schweiz damit erneut europaweit die Vorreiterrolle im Bereich des Managed Care. Vor diesem Hintergrund war der Bundesverband Managed Care am 2. und 3. Dezember mit einer 15-köpfigen Delegation bei seinem Schweizer Kooperationspartner Forum Managed Care in Zürich und Bern zu Gast.

Wenn in der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland die Schweiz herangezogen wird, dann zumeist mit dem Hinweis auf die weltweit zweithöchsten Pro-Kopf-Ausgaben. Setzt man die Kosten jedoch in Relation zur Wirtschaftskraft, dann liegen die Eidgenossen mit 11,4 Prozent im Jahr 2009 sogar unterhalb des deutschen Anteils von 11,6 Prozent. Man ist deshalb gut beraten, das Vorurteil eines vermeintlich überteuerten Schweizer Gesundheitssystems aufzugeben und sich stattdessen mit der bemerkenswerten Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung in unserem Nachbarland zu beschäftigen. Diese findet ihren Ausdruck nicht nur in einer der international höchsten Lebenserwartungen, sondern auch in der hohen Zufriedenheit der Patienten und in der großen Anziehungskraft auf deutsche Mediziner, die mittlerweile zehn Prozent der ärztlichen Versorgung in der Schweiz stellen.

Managed Care als Regelversorgung

Dr. Ignazio Cassis, Mitglied des Schweizer Nationalrats und Vizepräsident des Berufsverbands der Schweizer Ärzteschaft (FMH), gab den Teilnehmern der Studienreise tiefe Einblicke in die jüngste Gesundheitsreform der Eidgenossen. Diese sieht vor, dass die Out-of-Pocket-Zahlungen für integrierte Versorgungsmodelle verringert werden. So soll für alle in integrierte Versorgungsverträge eingeschriebenen Versicherten die Selbstbeteiligung auf maximal CHF 500 (ca. € 405) gesenkt und für alle anderen auf maximal CHF 1.000 (ca. € 910) erhöht werden. Zudem soll der prozentuale Selbstbehalt in der „ungesteuerten Versorgung“ von 10 auf 15 Prozent angehoben werden. Verbunden mit der weiterhin geringeren Prämie für die Versicherten in Modellen der Integrierten Versorgung wird ein massiver ökonomischer Anreiz zur Beteiligung an der „gesteuerten“ Versorgung gesetzt.

Ausschlaggebend gewesen für diesen mutigen Reformschritt sind der Erfolg und die dynamische Ausbreitung von kooperativen Versorgungsformen. Mittlerweile sind die Hälfte aller Schweizer Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater in Ärztenetzen organisiert. 84 Prozent davon haben mit den Krankenversicherern eine Budgetmitverantwortung vereinbart. Verbunden mit einem hohen Grad an Eigenverantwortung der Versicherten und einem ausgeprägten föderalen Wettbewerb ist der Nährboden für eine Vielzahl an Leuchtturmprojekten neuer Versorgungsformen und für Innovationen im Gesundheitswesen gelegt worden.



Vorlage der Redaktionskommission für die Schlussabstimmung

Bundesgesetz
über die Krankenversicherung
(KVG) (Managed Care)

Änderung vom 30. September 2011

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004[1],
beschliesst:

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994[2] über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 12 Abs. 5

[5] Krankenkassen dürfen weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen noch sich finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen.

Art. 34 Abs. 3

[3] Der Bundesrat kann im Rahmen von zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Übernahme der Kosten von Leistungen im Ausland vorsehen. Er strebt an, dass der betreffende ausländische Staat Gegenrecht gewährt.

Art. 41 Abs. 4

Aufgehoben

Gliederungstitel vor Art. 41 b

2*a*. **Abschnitt: Besondere Versicherungsformen**

Art. 41 b *Grundsatz*

[1] Die Versicherten können mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig bei einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41 *c* zu beanspruchen, mit dem ihr

[1] BBl **2004** 5599
[2] SR **832.10**

(04.062-1) 2004-1368

Best practice — Beispiele innovativer Versorgungsformen

Von der Effizienz innovativer Versorgungsformen in der Schweiz konnte sich die BMC-Delegation vor Ort überzeugen. Prof. Dr. Claudia Steurer-Stey und Kaba Dalla Lana vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich stellten das Chronic-Care-Management-Programm zur Behandlung von COPD-Patienten vor, das nicht nur auf speziell vorbereitete Praxisteams, sondern auch auf informierte, in den Behandlungsprozess aktiv involvierte Patienten setzt. Ergebnis seien 21 Prozent weniger Hospitalisierungen und 42 Prozent weniger Notfallkonsultationen. In eine ähnliche Richtung zielt das von Urs Zanoni vorgestellte, hausarztbasierte Projekt Futuro Chronic Care Management, das Patientenempowerment mit ganzheitlicher Betreuung und telefonischer Beratung kombiniert und im Januar 2013 starten soll.

Von signifikanten Effekten konnte auch Dr. Josef Faller, Chief Medical Officer beim Telemedizin-Anbieter Medi24, berichten. Die Arztpraxis mit 70 Mitarbeitern und bis zu 3.000 Konsultationen am Tag ist führender Telemedizinanbieter der Schweiz und absoluter Pionier in diesem Bereich. Die ausschließlich telefonisch angebotene Leistung gliedert sich in zwei Stufen: Versorgungsstufe eins, die Telekonsultation, bietet neben der medizinischen Beratung im Akutfall auch allgemeine medizinische Informationen, Prüfung von Medikamenten-Interaktionen und die Vermittlung von Leistungserbringern. Auf Versorgungsstufe zwei erhalten die Patienten eine Anleitung zur Selbstbehandlung und Arzneimittel-Empfehlungen. Neben speziell ausgebildeten medizinischen Fachberatern steht dabei ein interdisziplinäres Fachärzteteam zur Verfügung. Zudem führt Medi24 in Kooperation mit Krankenkassen, anderen Dienstleistern und Pharmaunternehmen persönliches Coaching für chronisch Kranke durch (Disease Management) und ist dabei in der Lage, deren Vitalparameter laufend zu überwachen (Telebiometrie). Die Ergebnisse der Telekonsultation sprechen für sich: Nach eigenen Angaben ändern 81 Prozent der Anrufenden, die die Absicht haben, direkt eine Notfallstation aufzusuchen, nach der Beratung ihr Verhalten in Richtung einer kostengünstigeren Versorgungsstufe. Die Patienten erhalten demnach nicht nur eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Darüber hinaus können auch medizinisch nicht notwendige Arztbesuche vermieden werden.

Die Sicht der Versicherungen wurde von Dr. Jürg Vontobel, Mitglied der Geschäftsleitung der CONCORDIA, dargestellt. 71 Prozent der Versicherten hätten 2011 bei der CONCORDIA ein Managed-Care-Modell gewählt. Dies zeige, dass innovative Versorgungsformen die Phase eines stabilen Wachstums erreicht hätten. →

Managed Care als Regelversorgung – Vorbild Schweiz?

Vorbild Schweiz?

In Deutschland sind wir von dem Mut der Schweizer Reformen weit entfernt. Das betrifft nicht nur die Politik, sondern auch weite Teile der Krankenkassen, der Leistungserbringer und der Patienten. Während auf Seiten der Versicherer insbesondere das enge Regulierungskorsett und die fehlende Finanzhoheit oftmals Investitionen in innovative Projekte erschweren, erweisen sich auf Seiten der Ärzte der geringe wirtschaftliche Handlungsdruck, die hohe Arbeitsbelastung und die Komplexität vieler Selektivverträge als Hemmschwellen. Auch die Versicherten stehen neuen Versorgungsformen eher skeptisch gegenüber. Die meisten fühlen sich in der Regelversorgung gut aufgehoben und vertrauen der vermeintlich vom Staat gewährleisteten Qualität. Nichtsdestoweniger hat auch in Deutschland ein Trend begonnen, der zuversichtlich stimmen sollte. Gerade die für die Schweizer Entwicklung so wichtigen kooperativen Versorgungsformen befinden sich auch bei uns auf dem Vormarsch. Die Anzahl der Ärztenetze hat sich in den letzten 10 Jahren von 200 auf 400 verdoppelt, die der eingeschriebenen Ärzte von 10.000 auf 30.000 sogar verdreifacht. Zwar sind uns die Eidgenossen wichtige Schritte voraus. Doch letztlich ließe sich alles, was in der Schweiz mach- und anwendbar ist, auch in Deutschland erreichen – und umgekehrt. Denn auch die Schweizer können von den Erfahrungen in Deutschland lernen, beispielsweise im Bereich der Disease Management Programme oder beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.

Partnerschaft mit FMC weiter gestärkt

Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des BMC, und PD Dr. Peter Berchtold, Präsident des FMC, betonten, wie wichtig der Blick über den nationalen Tellerrand für die Stärkung des Ideenwettbewerbs um gute Versorgungskonzepte sei. BMC und FMC werden daher zukünftig ihre Kooperation weiter intensivieren. Sechsmal im Jahr werden BMC-Mitglieder über ihre Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem in der Schweizer Zeitschrift „Care Management" unter der eigens hierfür neu eingerichteten Rubrik „Deutschland" berichten. Zudem planen beide Verbände auch für 2012 eine gemeinsame Studienreise – das Ziel lautet voraussichtlich Großbritannien.

An der Studienreise am 2. und 3. Dezember 2011 nahmen teil:

- Prof. Dr. Volker Amelung, Bundesverband Managed Care e. V.
- PD Dr. Peter Berchtold, Forum Managed Care
- Dr. Dominik Deimel, com2health GmbH
- Linus Drop, Sanvartis GmbH
- Uta Heidenblut, Bundesverband Managed Care e. V.
- Dr. Jens Finnern, CompuGroup Medical Deutschland GmbH
- Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG
- Dr. Stefan Kottmair, almeda GmbH
- Ralph Lägel, MBA, Pfizer Deutschland GmbH
- Dr. Volker Möws, Techniker Krankenkasse
- Lars Pannicke, AnyCare GmbH
- Dr. Udo Richter, n:aip Deutschland GmbH
- Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Barmer GEK
- Dr. Elisabeth Siegmund-Schultze, KKH-Allianz
- Dr. Dominik Graf von Stillfried, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
- Dr. Christian Thieme, Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Dr. Reinhard Thoma, Algesiologikum GmbH
- Dr. Sascha Wolf, Bundesverband Managed Care e. V.

Ausblick 2012

I. Arbeits- und Projektgruppen

Arbeitsgruppe Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung

Dr. Wolfgang Klitzsch, Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, zieht sich nach vier erfolgreichen Jahren von der Leitung der AG Prävention zurück. In dieser Zeit hat das Gremium Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Prävention entwickelt und wertvolle Impulse in der politischen Diskussion gesetzt. Hierfür danken wir Herrn Dr. Klitzsch herzlich. Gleichzeitig freuen wir uns darüber, dass er uns als kooptiertes Mitglied im BMC-Vorstand mit seiner Expertise und seinem Erfahrungsschatz bei der Fortentwicklung unserer Arbeitsgruppe weiter unterstützen wird. Der Schwerpunkt der AG wird zukünftig um den immer bedeutender werdenden Aspekt „Betriebliche Gesundheitsförderung" erweitert. Auftakt bildete hierzu unser WissensUpdate am 15. Februar, u. a. mit Norbert Paland, Leiter der Unterabteilung Prävention im Bundesgesundheitsministerium, zum Thema „Mit nachhaltiger Gesundheitsförderung in einer sich wandelnden Arbeitswelt Wettbewerbsfähigkeit sichern!"

Projektgruppe Schwer zu versorgende Regionen

Die nachhaltige Sicherstellung der medizinischen Versorgung in schwer zu versorgenden Regionen gehört zu den schwierigsten gesundheitspolitischen Herausforderungen. Deshalb hat der BMC-Vorstand auf seiner Strategieklausur beschlossen, eine Projektgruppe zu gründen, die anhand einer Beispielregion die bereits heute existierenden Versorgungsprobleme analysiert, die Komplexität der zu lösenden Probleme aufzeigt und einen Maßnahmenkatalog entwickelt. Das Projekt ist auf zwei Jahre angelegt und steht direkt unter der Schirmherrschaft des BMC-Vorstands.

Projektgruppe Standardisierte Evaluationen

Aktuell existieren im deutschen Gesundheitswesen rund 6.000 Verträge zur Integrierten Versorgung. Doch Erkenntnisse über deren Wirksamkeit hinsichtlich Kosten- und Qualitätsentwicklung gibt es kaum. Bestehende gesundheitsökonomische Evaluationen lassen aufgrund unterschiedlicher Qualitätsstandards, Methoden und Datengrundlagen aussagekräftige Vergleiche kaum zu. Für mehr Transparenz und Fundierung von Investitionsentscheidungen sowie zur objektiven Beurteilung der Wirksamkeit von Interventionen wird die neue PG eine „Checkliste" qualitativer Mindestanforderungen und standardisierter Vorgehensweisen entwickeln.

Arbeitsgruppen[1]

Arzneimittelversorgung
Dr. Peter Blees, Susanne Eble

Neue Versorgungsformen
Ralph Lägel, MBA, Dr. Volker Möws

Nutzenbewertung und Präferenzmessung
Prof. Dr. Axel Mühlbacher

Plattform Versorgungssteuerung
Dr. Dominik Deimel

Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung
N.N.

Projektgruppen[2]

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
Roger Jaeckel

Entlassmanagement
Dr. Dominik Deimel

Pflege und Integrierte Versorgung
Ralph Lägel, MBA

Standardisierte Evaluationen
N.N.

Strategien für schwer zu versorgende Regionen
BMC-Vorstand

[1] *eine Sitzung pro Quartal* [2] *flexible Arbeitsgestaltung*

Termine auf einen Blick (Planung)

Interne Aktivitäten	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
BMC-Hintergrundgespräche	2 – 3 Termine	2 – 3 Termine	2 – 3 Termine	2 – 3 Termine
BMC-Capital Talks		24. April	*	*
BMC-WissensUpdate	15. Februar		5. September	29. November
BMC-Best Practice hautnah			*	*
BMC-Studienreise			im September	
BMC-Jahresempfang				22. Oktober

Externe Aktivitäten	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
BMC-Kongress	24. / 25. Januar			
BMC-Fachtagung in Berlin			4. Juli	
BMC vor Ort in Leipzig				12. November
BMC-Pressegespräch		*		*

Kooperationen	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Hauptstadtkongress		13. – 15. Juni		
FMC-Symposium		21. Juni		
World Health Congress Europe		23. / 24. Mai		

BMC-Regional NRW e. V.	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
BMC-Regional Fachgespräche	2 Termine	2 Termine	2 Termine	2 Termine
BMC-Regional Fachtagung		29. Juni		
BMC-Regional Forum				*

** Termin steht zum Druckzeitpunkt noch nicht fest.*

II. Neue Veranstaltungsformate

BMC-Capital Talks

Viermal wird der BMC zu einer exklusiven Gesprächsrunde im kleinen Kreis (15 Personen) mit einem hochkarätigen nationalen oder internationalen Entscheidungsträger aus Politik und Wirtschaft einladen.

BMC-Best practice hautnah

Gerade bei innovativen Versorgungskonzepten ist es wichtig, sie hautnah zu erleben, mit den Mitarbeitern vor Ort zu sprechen und sich einen eigenen Eindruck zu verschaffen. Deshalb gibt der BMC zwei- bis dreimal einer Delegation seiner Mitglieder unmittelbar Einblicke in die praktische Umsetzung besonders ambitionierter und innovativer Konzepte, sei es im Gesunden Kinzigtal, bei almeda oder dem Algesiologikum.

BMC-Pressegespräche

Exklusiv für Journalisten und Pressesprecher wird der BMC zwei Presseseminare durchführen. Ausgewählte Experten aus den Reihen der BMC-Mitglieder stellen sich den Fragen der Journalisten, geben Einblicke in die Auswirkungen gesundheitspolitischer Entscheidungen und der aktuellen Rahmenbedingungen auf die praktische Arbeit der Akteure im Gesundheitswesen. Den Startschuss gab Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellv. Vorsitzender der Barmer GEK am 14. November 2011. Die Ärztezeitung berichtete auf ihrer Titelseite.

III. BMC-Regional NRW e. V.

Der BMC hat am 23. September 2011 den BMC-Regional NRW e. V. in Münster gegründet. Der Zweigverein richtet sich an alle Akteure im Gesundheitswesen mit einem Bezug in die Region. Im Jahr 2012 veranstaltet der BMC-Regional NRW eine Fachtagung „Potenziale des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes“ sowie ein BMC-Regional Forum „Begegnung – Dialog – Austausch“. Verbunden mit acht Fachgesprächen in Münster und Köln, beispielsweise zu den Themen „Neuordnung der Vergütung für Ärztenetze“ und „Neue Akteure und Modelle zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung“, bietet der BMC-Zweigverein ein attraktives, auf die regionalen Besonderheiten von NRW zugeschnittenes Programm.

Positionen, Themen und Ziele

Blockaden der Integrierten Versorgung lösen!

Sektoren- und berufsfeldübergreifende Versorgungskonzepte sind ein entscheidender Schlüssel für ein patientenorientiertes und wirtschaftliches Gesundheitssystem. Denn nur durch Vernetzung und ganzheitliche Behandlungsabläufe können unnötige Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden, individuell maßgeschneiderte Therapien ermöglicht und ein effizienzfördernder Innovationswettbewerb in Gang gesetzt werden. Doch obwohl der Gesetzgeber in den vergangenen elf Jahren weitreichende Handlungsspielräume für Integrierte Versorgung (IV) geschaffen hat, stagniert ihr Anteil an der medizinischen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es hat sich gezeigt, dass der politische Wille allein nicht ausreichend ist, um der IV zum Durchbruch zu verhelfen. Neue Versorgungsformen werden sich nur dann erfolgreich etablieren, wenn sie einen Mehrwert für alle Beteiligten bieten. Dafür müssen die Rahmenbedingungen so geschaffen werden, dass sich unternehmerisches Handeln der Beteiligten im Sinne der Produktion von Gesundheitsnutzen auch lohnen kann.

Statt durch immer weitere Sonderformen der Versorgung einer Verkomplizierung und Zersplitterung des Gesamtsystems Vorschub zu leisten, sollte der Gesetzgeber seinen Fokus gezielt auf die IV ausrichten. Denn sie dient sowohl als Mittel zum Wettbewerb zwischen den Krankenkassen als auch als Experimentierfeld der Regelversorgung für neue Behandlungsmethoden. Beides hat seine Berechtigung. In einem Gesundheitssystem müssen innovative Versorgungskonzepte erprobt werden können. Gleichzeitig braucht es Wettbewerb. Denn nur im Wettstreit der Krankenkassen untereinander werden sich effiziente Versorgungsformen herausbilden, die letztendlich zu einem dynamischen Aufbrechen der Sektorengrenzen auch in der Gesamtversorgung führen. Entscheidend dabei ist die Akzeptanz der IV bei den Patienten und den Vertragspartnern. Sie alle müssen die Chance auf persönliche Vorteile sehen. Im Endeffekt bleibt die Durchsetzung der IV eine Frage von Finanzierung und Honorierung.

Der BMC-Vorstand hat im Vorfeld des Versorgungsstrukturgesetzes den folgenden Empfehlungskatalog entwickelt. →

Blockaden der Integrierten Versorgung lösen!

BMC Positionen

Leistungserbringer

Der erforderliche Aufwand für die Organisation und die Mitarbeit an einer IV gegenüber dem daraus mit hinreichender wirtschaftlicher Sicherheit entstehenden Nutzen erscheint für viele Leistungserbringer als zu groß. Die grundsätzliche Bereitschaft ist da, die möglichen Vorteile für Patienten und Krankenkassen und für die Kooperation untereinander werden gesehen, aber angesichts der bereits vorhandenen hohen Arbeitsbelastung, der Unsicherheit über das Zustandekommen von Verträgen und deren Nachhaltigkeit wird die Kosten-Nutzen-Bilanz zu häufig eher negativ eingeschätzt.

Weitere Probleme zeigen sich in ungeklärten Datenschutzfragen sowie der Mehrwertsteuerproblematik. Damit ein höheres Engagement erfolgt, muss sich das Verhältnis zwischen Nutzen und Aufwand positiv verändern. Zudem fühlen sich viele Ärzte von der Komplexität der IV-Verträge überfordert.

Versicherte

Viele Versicherte fühlen sich in der Regelversorgung gut aufgehoben und vertrauen den staatlich festgelegten Leistungen. Entsprechend vorsichtig begegnen sie oft neuen Versorgungsformen, deren Qualität sie im Vorfeld nicht beurteilen können.

Ein Vergleich der Angebote unterschiedlicher Krankenkassen ist aufgrund fehlender Informationen für den Patienten schwierig. Gerade der zur Motivation der Versicherten wichtige Mehrwert bleibt häufig verborgen, da der Patient von der Optimierung der Prozessabläufe erst im konkreten Krankheitsfall profitiert.

Aus Sicht des BMC bestehen folgende zentrale Blockaden der Integrierten Versorgung

Krankenkassen

Aktuell fokussiert sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf das Vermeiden von Zusatzbeiträgen. Langfristig angelegte Projekte der IV, die hohe Anfangsinvestitionen erfordern, lassen sich mit einem auf das Geschäftsjahr orientierten „Budgetdenken" nicht vereinbaren. Investitionen im klassischen Sinne entsprechen nicht der Systemlogik von Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Die Investitionsplanungen der Kassen werden zusätzlich durch den Gesundheitsfonds und dessen verzögerte Korrekturabrechnungen erschwert. Ein weiteres Problem ist die nicht praxisgerechte Budgetbereinigung zwischen Regelversorgung und IV. Auch liegen zu wenige valide Evaluationsergebnisse vor. Insgesamt gesehen führen sowohl der Verhandlungs- und Investitionsaufwand als auch die Wechselwirkungen zur Regelversorgung dazu, dass der für die IV erforderliche Einsatz zum Teil als unangemessen hoch eingestuft wird. Deshalb müssen die Krankenkassen sehr genau abwägen, ob in selektive Verträge investiert werden soll und welcher Vertragstyp dafür der Richtige ist (IV, § 73b, § 73c SGB V).

Sektorengrenzen

Die IV wurde mit dem Ziel eingeführt, die starren Sektoren in der medizinischen Versorgung sukzessive aufzubrechen. Das kann jedoch nur funktionieren, wenn die Rahmenbedingungen in den jeweiligen Sektoren aneinander angepasst werden. Die Fragen der Sicherstellung, der Bedarfsplanung und einer praktikablen Budgetbereinigung müssen schnellstmöglich geklärt werden. Insbesondere getrennte Budgets im ambulanten und stationären Bereich erzeugen den Anreiz der Akteure des einen Sektors, zu Lasten der Akteure des anderen Sektors finanziell zu profitieren.

Das Sektorendenken und der Wettstreit um Budgets schaden dem notwendigen gegenseitigen Vertrauen der potenziellen Vertragspartner und erschweren jedweden Verhandlungsprozess.

Der BMC empfiehlt

1 Verbesserung der Investitionsmöglichkeiten von Krankenkassen und Leistungserbringer.

Weder Leistungserbringer noch Krankenkassen werden ohne zusätzliche Anreize die erforderlichen Anfangsinvestitionen für eine spürbare Ausweitung innovativer Versorgungsformen aufbringen. Deshalb fordert der BMC die Einführung von Innovationsbudgets, die sich aus zwei Prozent der Einnahmen des Gesundheitsfonds speisen. Die eine Hälfte des Budgets sollte für die Entwicklung hochinnovativer Versorgungsformen und Pilotprojekte durch die Krankenkassen eingesetzt werden.

Die andere Hälfte dient der Anschubfinanzierung von IV-Verträgen durch die Leistungserbringer bzw. deren Verbünde. Sollten in einem Jahr die Innovationsbudgets nicht ausgeschöpft werden, fließen die Mittel zurück in den Gesundheitsfonds. Hauptaugenmerk liegt auf der Hebung von Effizienzpotenzialen sowie der Steigerung von Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Der sachgerechte Einsatz der Mittel ist durch eine Evaluation der geförderten Projekte sicherzustellen. Alternativ bietet sich eine Zertifizierung an. Darüber hinaus sollte ein kreditäres Investitionsprogramm z.B. in Trägerschaft der KfW zur Förderung von kooperativen Versorgungsstrukturen aufgesetzt werden.

2 Qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütung und Budgetbereinigung.

Nur eine qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütung motiviert den Arzt wie auch die anderen Partner zur bestmöglichen Versorgung des Patienten und forciert den angestrebten Qualitätswettbewerb. Durch teilweise Übertragung des Morbiditätsrisikos auf integrierte Versorgungsverbünde und einer Gewinnbeteiligung werden Mengenausweitungen ein wirkungsvoller Riegel vorgeschoben. Gleichzeitig gilt es, die Compliance der Patienten durch Beteiligung an den Effizienzgewinnen zu erhöhen.

Schließlich muss auch die Krankenkasse ihre Optimierungspotenziale ausschöpfen und kalkulieren können. Hierzu liegen zu wenige valide Evaluationsergebnisse vor. Es bedarf einer ausreichenden Budgetbereinigung ohne Einigungsvorbehalt sämtlicher Vertragspartner.

3 Unterstützung der Handlungsfähigkeit von Krankenkassen und Versorgungspartnern.

Das Budgetdenken einer Krankenkasse ist mit einer auf Mittel- bis Langfristigkeit ausgelegten privatwirtschaftlichen Investitionslogik nicht vereinbar. Umso wichtiger ist es, die Finanzhoheit der Krankenkassen zu stärken und ihnen Investitionsplanungen für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren zu ermöglichen. Hierzu ist es erforderlich, den Kassen mehr unternehmerische Freiräume zu geben, beispielsweise bei den Investitionsabschreibungen.

Überorganisierte administrative Abstimmungserfordernisse erschweren und behindern wettbewerbliche Vertragsformen. Deshalb sollten die Bundesländer zwar Anregungs- und Initiativrechte, aber keine Abstimmungsrechte erhalten. Kassenärztlichen Vereinigungen sollten insbesondere für Regionen mit Versorgungsengpässen die Möglichkeit gegeben werden, auch regional organisierten Ärztenetzen und Integrierten Versorgungsverbünden die Trägerschaft von Arztsitzen und Medizinischen Versorgungszentren anzuvertrauen. Ein Leistungserbringerstatus für Managementgesellschaften der IV ermöglicht klare Verantwortlichkeiten und Schutzrechte im Datenschutz und gibt verbesserte Möglichkeiten bzgl. der Vermeidung von überbordenden Mehrwertsteuerverpflichtungen.

4 Förderung von Ärztenetzen durch gesonderte Vergütungsregeln (§ 87b SGB V).

Mit ihrem Antrag zur Einführung gesonderter Vergütungsregeln für Ärztenetze setzen die Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und FDP einen wichtigen Impuls für den Ausbau von Praxisverbünden. Die Möglichkeit, Netzen eigene Honorarbudgets zuzuweisen, befördert innovative Vergütungssysteme und eröffnet die Chance, populationsorientierte Versorgungsmodelle zu stärken. Umso wichtiger ist es, dass diese Initiative der Regierungsfraktionen mit dem Versorgungsstrukturgesetz umgesetzt wird. Der BMC fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu auf, zügig praxisgerechte Richtlinien zu definieren und von dem Instrument gesonderter Vergütungsregeln für Ärztenetze Gebrauch zu machen.

Die fünf Säulen des Gesundheitssystems

Entwicklungsarbeit

Die Mitglieder des BMC leisten Entwicklungsarbeit in verbandsinternen Arbeits- und Projektgruppen. Dort werden interdisziplinäre und sektorübergreifende 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.

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.

Kooperation

Der BMC dient seinen Mitgliedern zur Kontaktvermittlung und Kontaktpflege. Der BMC kooperiert mit dem Schweizer Forum Managed Care und setzt langfristig auf Kooperation mit allen Verbänden, die vergleichbare Ziele verfolgen.

Wissens-Management

Der BMC vermittelt seinen Mitgliedern aktuelle Informationen aus Politik, Wirtschaft und Gesundheitswesen des In- und Auslands. Der BMC trägt durch Wissens- und Erfahrungstransfer dazu bei, dass sich seine Mitglieder frühzeitig im Gesundheitsmarkt orientieren, positionieren und bewähren können

Öffentlichkeitsarbeit

Der BMC informiert über zentrale Themen von Managed Health Care und integrativer Versorgung. Der BMC engagiert sich darüber hinaus in der Öffentlichkeit für effizientere Formen der Gesundheitsvorsorge.

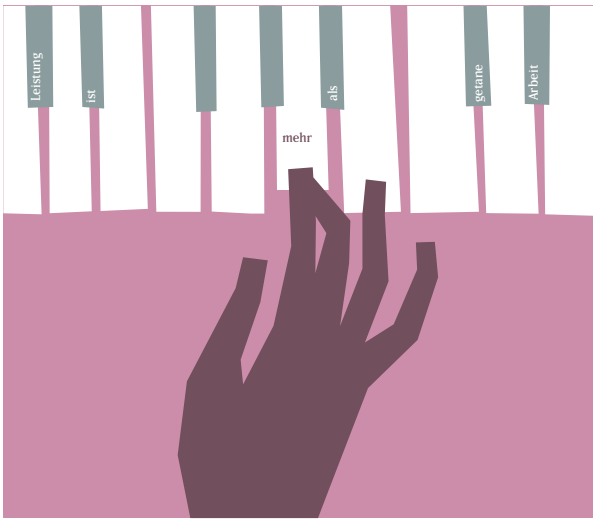
Die Positionen des BMC

Der Bundesverband Managed Care befürwortet den markt- und leistungsorientierten Wettbewerb im Gesundheitswesen auf Basis der Grundwerte eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems. Grundlage eines effizienten Gesundheitssystems ist die Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.
Insbesondere die Stärkung der Prävention ist von zentraler Bedeutung für die Nachhaltigkeit und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung und unterstützt Generationenfestigkeit.

Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung

Integrierte Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren als Ansatz im Gesundheitswesen grundsätzlich etabliert. Jetzt geht es darum, die verschiedenen Modelle aufeinander abzustimmen und Fehlentwicklungen zu stoppen.

Es geht um die Integration Integrierter Versorgung. Im Mittelpunkt steht für den BMC insbesondere die Verbesserung der Behandlung chronisch Erkrankter (chronic care). Vor allem gilt es, evaluierte erfolgreiche, lokale Pilotprojekte auf andere Regionen zu übertragen und parallel komplexere, populationsbezogene Versorgungskonzepte zu entwickeln.

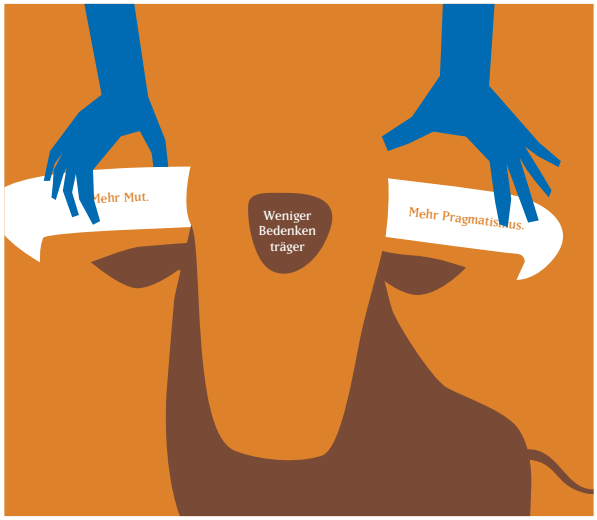


Leistung ist mehr als getane Arbeit „Pay For Performance"

Der Erfolg einer Behandlung ist für die Vergütung in den meisten Fällen ebenso wenig ausschlaggebend wie die Qualität der Therapie oder die Zufriedenheit des Patienten. Ein Leistungserbringer wird in erster Linie dafür bezahlt, dass er behandelt und nicht dafür, wie er behandelt.

Ergebnis und Qualität einer Therapie hängen sicherlich auch unmittelbar von der Mitwirkung des Patienten ab. Dieser Umstand darf bei der Leistungsbewertung nicht außer Acht gelassen werden, ist aber kein grundsätzliches Argument gegen eine stärkere erfolgs- und leistungsorientierte Vergütung.

Die Positionen des BMC



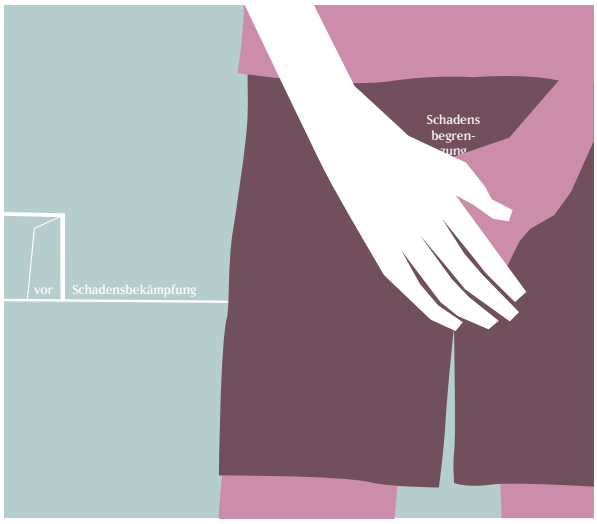
Mehr Mut — Weniger Bedenkenträger — Mehr Pragmatismus

Innovationen beziehen sich nicht nur auf Produkte, Therapien, diagnostische Möglichkeiten, sondern auch auf Verfahren, Betreuungskonzepte, Technologien etc. Die Politik hat zwar Institutionen geschaffen, die Innovationen im Gesundheitswesen nach Kosten und Nutzen bewerten.

Aber eine in sich konsistente Vorstellung, wie diese Innovationen fair und transparent den Versicherten zugänglich gemacht werden sollen, existiert gegenwärtig nicht. Der Gesundheitsmarkt der Zukunft braucht vor allem offene Strukturen und weniger staatliche Reglementierungen. Sein herausragendes Merkmal ist Lernfähigkeit.

Innovationen bedürfen der aktiven Förderung und dürfen nicht in erster Linie als Kostenfaktor begriffen werden. Einfache und pragmatische Bewertungsinstrumente garantieren die Förderung von Innovationen.

Nur die Aussicht auf deren Umsetzung schafft den Anreiz zu Forschung und Entwicklung und somit zur Verbesserung der Versorgung des Einzelnen.

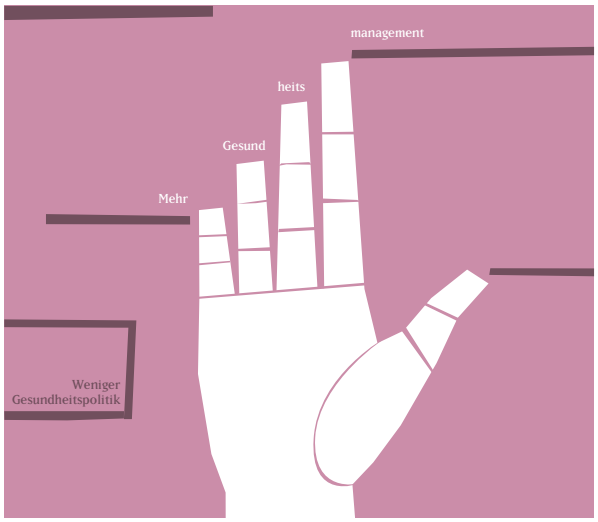


Schadensbegrenzung vor Schadensbekämpfung — Vorrang für Prävention

Immer dann, wenn ein Gesundheitsschaden eingetreten ist, fährt das deutsche Gesundheitssystem seine Kapazitäten hoch. Das zeugt von wenig Effizienz. Viele Krankheitsverläufe sind mittlerweile besser vorhersagbar.

Vieles könnte durch frühzeitiges Eingreifen verhindert werden. Der Schlüssel dazu heißt Prävention und die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten. Das heißt nicht, Patienten im Stich zu lassen, sondern sie durch Informations-, Leistungs- und Abrechnungs-Transparenz mit den notwendigen Kompetenzen auszustatten.

Dazu gehört auch die kritische Überprüfung des Sachleistungsprinzips. Hierzu bedarf es einer Diskussion frei von Ideologie. Das Sachleistungsprinzip müsste durch ein Vertragsprinzip ersetzt werden. Der BMC bedauert das erneute Scheitern eines Präventionsgesetzes. Ähnlich wie Bildung muss Prävention als Investition in die Zukunft und nicht als Kostenbelastung der Gegenwart begriffen werden.

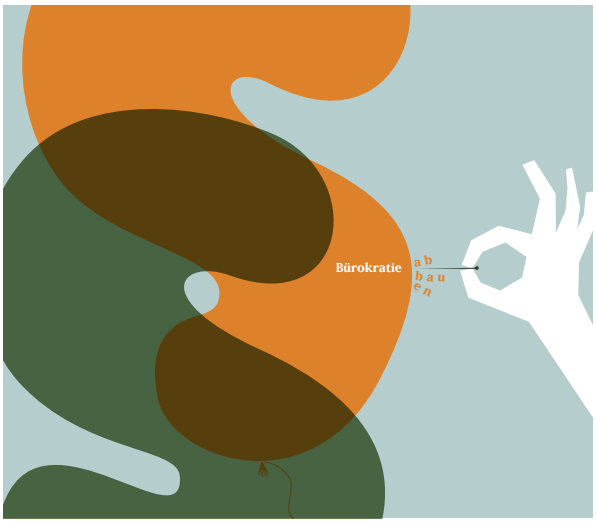


Weniger Gesundheitspolitik Mehr Gesundheitsmanagement

Die Geschichte des deutschen Gesundheitswesens ist geprägt vom Zusammenspiel staatlicher Einflussnahme und Selbstverwaltungselementen. Vor etwa zehn Jahren wurde mit der Etablierung wettbewerblicher Strukturen in Deutschland begonnen. Sie verläuft jedoch sehr zögerlich. Wer es ernst meint mit Prävention und Eigenverantwortung, muss marktwirtschaftlichen Mechanismen mehr Raum geben.

Der Staat wird deshalb nicht überflüssig. Er muss die Informations-, Leistungs- und Abrechnungstransparenz garantieren und Vereinbarungen zwischen den Akteuren überwachen und Mindeststandards der Versorgung definieren. Die Bürger müssen durch gesetzliche Regelungen vor Missbrauch geschützt werden.

Der Staat darf aber weder die Wahlfreiheit der Bürger einschränken, noch Einfluss auf die Angebotspalette der Marktakteure nehmen. Das Wohl der Patienten und wirtschaftlicher Erfolg im Gesundheitsmarkt sind keine gegensätzlichen Pole sondern zwei Seiten derselben Medaille.



Abbau von Bürokratie

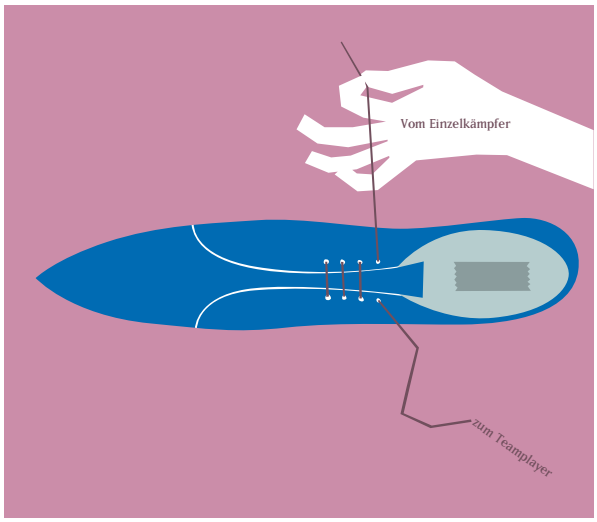
Das deutsche Gesundheitssystem ist geprägt durch einen ungesunden Gegensatz: Formal zugestandene Freiheiten der Akteure (Therapiefreiheit, freie Arztwahl, Freiheit der Forschung etc.) werden durch starke staatliche Eingriffe und bürokratische Kontrollmechanismen unterlaufen.

Diese Kontrollmechanismen sind Ausdruck von Misstrauen, weil sie versuchen, „in vorauseilendem Gehorsam“ Missbrauch zu verhindern. Es bedarf eines Perspektivwechsels. Freiheit ist kein Garant gegen Missbrauch, bürokratische Überwachung aber genauso wenig. Im Gegenteil! Dringend benötigte Arbeitszeit wird für Tätigkeiten vergeudet, die im Grunde nichts mit der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Bürger zu tun haben.

Darunter leiden das Engagement und die Leistungsbereitschaft aller Akteure. Dieser Umstand schadet dem Vertrauen in die medizinische Versorgung auf Dauer mehr als die Gefahr des Missbrauchs.

Kontrolle ist gut – Vertrauen ist besser!

Die Positionen des BMC

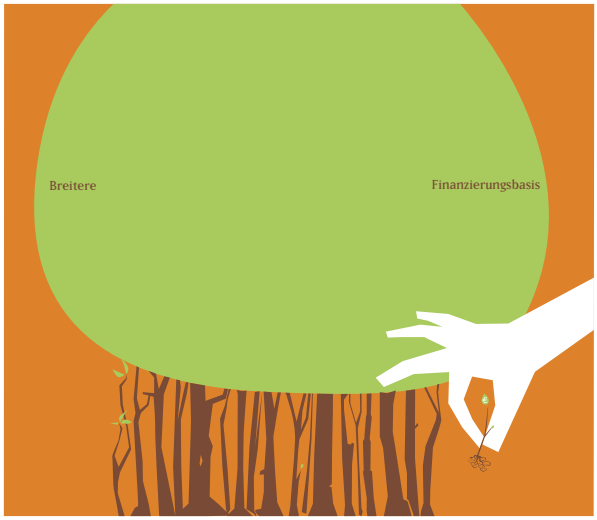


Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer

Kooperation steigert die Qualität. Kooperation ist gleichsam eine Form der Kontrolle, die auf Vertrauen basiert. Wie in allen wirtschaftlichen Bereichen verliert auch im Sektor „Gesundheit“ das Wettbewerbsmodell „Akteur gegen Akteur“ an Bedeutung. Es wird ersetzt durch den Wettbewerb zwischen kooperierenden Netzwerken, getragen von der Erkenntnis, dass in einer stärker differenzierenden Gesellschaft niemand alles leisten kann.

Die Sicherung reibungsloser Abläufe durch Vernetzung der Partner mit Hilfe moderner Informations- und Kommunikationstechnologie ist ebenso Grundvoraussetzung wie der konsequente Einsatz von adäquaten Managed-Care-Elementen.

Die Kooperation verschiedener Profis mit unterschiedlichen Kompetenzen unter klaren Bedingungen der individuellen bzw. der koordinierenden Verantwortung ist eine zentrale Herausforderung.



Breitere Finanzierungsbasis und Generationengerechtigkeit

Die Weiterentwicklung des jetzigen Gesundheitssystems zum Gesundheitsmarkt der Zukunft bedeutet keinesfalls die Aufgabe des Solidarprinzips. Unvorhersehbare Gesundheitsrisiken bedürfen weiterhin der solidarischen Absicherung. Allerdings braucht es eine Neudefinition des Verhältnisses von Solidarität und Subsidiarität. Die Gerechtigkeit zwischen den Generationen gilt es konsequent zu gewährleisten.

Um diesen solidarischen Schutz zu garantieren, muss die Finanzierung auf eine breitere Basis gestellt werden, durch Abkopplung vom Arbeitseinkommen und Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten.

Mitglieder des BMC im Überblick

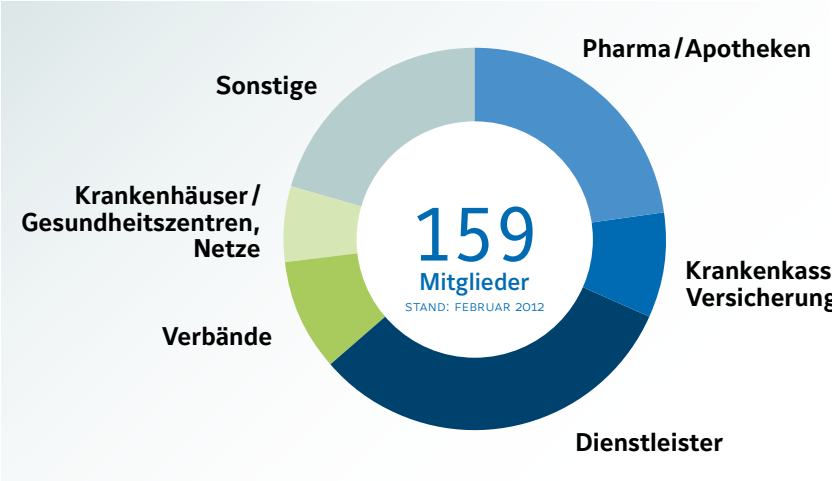
4sigma GmbH
Abbott GmbH & Co. KG
ABDA Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Accenture GmbH
Adler Apotheke
ADVISION Steuerberatungsgesellschaft mbH
Agfa HealthCare GmbH
Algesiologikum GmbH
almeda GmbH
Amelung, Prof. Dr. Volker
ANGERMANN & PARTNER International Consultants GmbH
AnyCare GmbH
AOK Nordost
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
AON Benfield Rückversicherungsmakler
Apotheken- und Ärzteabrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH
arvato direct service Wilhelmshaven GmbH
Ärztekammer Nordrhein
assist Heimpflege-Bedarf GmbH
Astellas Pharma GmbH
Astra Zeneca GmbH
Avidia Med GmbH
BARMER GEK
Beratung und Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Beratungs- und Prüfgesellschaft BPG mbH
Berlin Chemie AG
BIG direkt gesund
BKK Hoesch
BKK im Unternehmen e. V.
BKK vor Ort
Blees, Dr. Peter
B-lue Management Consulting GmbH
Bönsch, Rudolf
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
Büro für gesundheitspolitische Kommunikation
Bundespsychotherapeutenkammer
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
BVMed e. V.
Chiesi GmbH
Chugai Pharma Marketing Ltd.
com2health GmbH
CompuGROUP Medical Deutschland GmbH
Data-to-Decision AG
DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH
Deutsche BKK
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Eisai GmbH
Europa Apotheek Venlo B.V.
Forum Managed Care
Gesundheitsstadt Berlin e. V.
GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG
Grünenthal GmbH
GWQ ServicePlus AG
Hartmann Rechtsanwälte
Hausärzteverband
health care Akademie
Healthways International GmbH
Henke, Prof. Dr. Klaus-Dirk
Hexal AG
Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH
I3G – Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen
IGES Institut GmbH
IMS Health GmbH & Co. OHG
INNOMEDIS AG
InterComponentWare AG
iSOFT Health GmbH
Janßen, Prof. Dr. Heinz J.
Janssen-Cilag GmbH
Johnson & Johnson Holding GmbH
Kaestner, Rolf
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KKH-Allianz
Klitzsch, Dr. Wolfgang
Kluger, Dr. Robert
Kossow. Prof. Dr. Klaus-Dieter
KVWL-Consult GmbH
LAV Baden-Württemberg
Lilly Deutschland GmbH
Lundbeck GmbH
Marketflow Frank Flies
Medco International GmbH
MedicalContact AG
MediPlaza AG
Merck Serono GmbH
Meyer-Lutterloh, Dr. Klaus
Mitsubishi Pharma Deutschland GmbH
MSD Sharp & Dohme GmbH
Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG
Munte, Dr. Axel
n:aip Deutschland GmbH
Novartis Pharma GmbH
Nycomed Deutschland GmbH
OcuNet GmbH & Co. KG
OptiMedis AG
Pfizer Deutschland GmbH
POLIKUM Friedenau MVZ GmbH
PriA Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Rechtsanwälte Wigge
Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers
Roche-Diagnostics Deutschland GmbH
Rübel, Reiner
Sanicare Apotheke
Sanvartis GmbH
Schmid, Dr. Elmar
Schroeder-Printzen & Kaufmann Rechtsanwälte
Schulze-Solce, Dr. Nick
Schumacher, Dr. Nikolaus
SERVIER Deutschland GmbH
sgh consulting
SHL Telemedizin GMBH
SKC Beratungsgesellschaft mbH
Solimed Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG
spectrum|K GmbH
Städtisches Krankenhaus Maria-Hilf
Takeda Pharma GmbH
Techniker Krankenkasse
Thomsen, Dr. Martin
T-Systems International GmbH
Unternehmen Gesundheit UGOM GmbH+Co. KG
VAMED Management- und Service GmbH Deutschland
Verband der Privatärztlichen VerrechnungsStellen
Vipharm GmbH
Voss, Hanswerner
W.Vieten Consulting
Wasem, Prof. Dr. Jürgen
Wolf, Prof. Dr. Thomas
Wolfsburg AG
Zur Rose Pharma GmbH

Neue Mitglieder 2011

(Stand: März 2012)

Alk-Abello Arzneimittel GmbH
AOK Niedersachsen
Bayer Vital GmbH
Centrum für Schlaganfallforschung Berlin
CiscoSystems GmbH
Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
Dr. Grosch Consulting
Elsevier GmbH
Forest Laboratories Deutschland GmbH
FPZ AG
Friebe & Partner
Gesundheitscentrum Bünde
GFS mbH
GMC Systems mbH
H+M Healthcare Management Systemlösungen GmbH
IGV Connect AG
INOGES AG
Klinikum Stadt Soest GmbH
Lohmann & Birkner Health Care Consulting GmbH
Medizinische Hochschule Hannover
patiodoc AG
Pro Generika e. V.
Rehavital Gesundheitsservive GmbH
VitalHealth Software Deutschland GmbH

Kampagne „Mitglieder werben Mitglieder“



Mitgliederstruktur des BMC

Der Bundesverband Managed Care e. V. ist in eine neue Entwicklungsstufe eingetreten. Mit seinen rund 160 Mitgliedern repräsentiert er mittlerweile die gesamte Breite des deutschen Gesundheitsmarktes. Der BMC-Kongress hat sich mit rund 500 Teilnehmern unter den Leuchtturmveranstaltungen im politischen Berlin fest etabliert. Seine Arbeits- und Projektgruppen genießen bis weit in die Politik hinein den Ruf als „Ideenschmiede“ der Gesundheitswirtschaft. Darüber hinaus ist er durch seine Tagungsreihe „BMC Vor Ort“ und seinen Zweigverein „BMC-Regional NRW e. V.“ auch auf Landesebene zur zentralen Plattform für Innovationen im Gesundheitssystem geworden.

Angesichts des steigenden Kostendrucks und der demographischen Entwicklung ist es höchste Zeit, effizienten und patientenorientierten Versorgungsstrukturen zum Durchbruch zu verhelfen. Hierzu sind Maßnahmen notwendig, die deutlich über das Versorgungsstrukturgesetz hinausgehen. Daher ist es besonders wichtig, dass der BMC seine politische Überzeugungskraft weiter erhöht. Dies wird umso eher gelingen, je mehr Unternehmen der Gesundheitswirtschaft er repräsentiert.

Deshalb wird der BMC seine Kampagne „Mitglieder werben Mitglieder“ weiter fortführen.

Wir bieten Ihnen an:

- → Einmalige Reduktion Ihres Mitgliedsbeitrags um 750 Euro* für jedes bis zum 30. Juni 2012 von Ihnen geworbene Neu-Mitglied.
- → Gerne können Sie diesen Betrag auch zur Begleichung von Teilnahmegebühren zu BMC-Veranstaltungen oder zum Sponsoring nutzen.

Lassen Sie uns gemeinsam anpacken, das Fundament des BMC weiter zu festigen, damit er noch stärker als bisher seinen wichtigen Beitrag für ein qualitativ hochwertiges und effizientes Gesundheitssystem leisten kann.

Wir zählen auf Sie!

** Sollte die erzielte Prämie höher als der Jahres-Mitgliedsbeitrag ausfallen, so wird der überschüssige Betrag in Form von Freikarten oder Sponsoring zu BMC-Veranstaltungen abgegolten.*

Veranstaltungen 2011/2012

Fachtagungen / Kongresse

31. Januar – 1. Februar 2011	**BMC-Kongress: Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand – Impulse für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem** Langenbeck-Virchow-Haus (Berlin)
8. November 2011	**Fachtagung: Regionalisierung der Gesundheitsversorgung – Das Versorgungsstrukturgesetz: Motor oder Bremse für regionale Versorgungskonzepte?** Maritim-Hotel (Ulm)
24. – 25. Januar 2012	**BMC-Kongress: Patientenorientierung durch Wettbewerb** Langenbeck-Virchow-Haus (Berlin)

Studienreise

2. – 3. Dezember 2011	**Zürich (Schweiz)**

Hintergrundgespräche

25. Januar 2011	**Versorgungsmanagement 2011 – Perspektive eines großen Kostenträgers** Mit: Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Barmer GEK
23. Februar 2011	**Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen – Versorgungsprozesse besser gestalten** Mit: Dirk Pfitzer, Porsche Consulting GmbH
22. März 2011	**Grüne Gesundheitsperspektiven** Mit: Birgitt Bender MdB, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen
25. Mai 2011	**Europa auf dem Weg zu nationalen E-Health-Strukturen – Woran es in Deutschland fehlt** Karl Stroetman, empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung

→

Veranstaltungen 2011/2012

← 9. Juni 2011	**Einblicke ins Versorgungsgesetz** Mit: MinDir Dr. Ulrich Orlowski, Bundesgesundheitsministerium
22. Juni 2011	**Arztauskunft und -bewertungsportale am Beispiel des Barmer GEK Arztnavi** Mit: Dr. Christian Graf, Barmer GEK, Christoph J. Rupprecht, AOK Rheinland/Hamburg, Prof. Dr. Dr. Daniel Strech, Medizinische Hochschule Hannover
29. Juni 2011	**Pay for Performance in England** Mit: Dr. Mirella Cacace, RAND Europe
5. Juli 2011	**Versorgungsgesetz** Mit: Jens Spahn MdB, CDU/CSU-Bundestagsfraktion
7. September 2011	**Studie zu regionalen Besonderheiten** Mit: Dr. Michael Erhart, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung
26. Oktober 2011	**Was ist Integrierte Versorgung wert?** **Zur Evaluation kooperativer Versorgungsangebote** Mit: Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld
1. Dezember 2011	**Gemeinsames Konzept der ABDA und KBV zur Arzneimittelversorgung** Mit: Friedemann Schmidt, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
14. Dezember 2011	**IV-Vertrag zur Epilepsieversorgung zwischen der Desitin Arzneimittel GmbH und der Knappschaft** Mit: Alexander Fröhlich, Desitin Arzneimittel GmbH

Wissensupdate

18. Januar 2011	**Frühbewertung und Kurz-Dossiers – Arzneimittelbewertung auf Basis der neuen gesetzlichen Regelungen** Mit Dr. Charalabos-Markos Dintsios, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
7. September 2011	**Regionale Vollversorgung – Entwicklung und Etablierung eines Versorgungsmanagements** Mit: Mark Kuypers, Solimed – Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG, Herbert Langer, AOK Rheinland/Hamburg, Dr. Volkmar Männl, Praxisnetz Nürnberg Nord

15. Februar 2012	**Erfolgsfaktor Betriebliche Gesundheitsförderung – Mit nachhaltiger Gesundheitsförderung in einer sich wandelnden Arbeitswelt Wettbewerbsfähigkeit sichern** Mit: MinDir Norbert Paland, Bundesgesundheitsministerium, Jörg Auffarth, arvato direct services Wilhelmshaven GmbH, Dr. Christian Gravert, Deutsche Bahn AG

BMC-Pressegespräche

14. November 2011	**Integrierte Versorgung** Mit: Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Barmer GEK, und Prof. Dr. Volker Amelung, Medizinische Hochschule Hannover

BMC-Regional NRW e. V.

1. Juli 2011	**3. Fachtagung: „Erfolgsmodelle der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten“**
17. November 2011	**Feierliche Auftaktveranstaltung** Ärztekammer Westfalen-Lippe (Münster) Mit: Jens Spahn MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Weitere Veranstaltungen

24. Oktober 2011	**Jahresempfang** Opernpalais (Berlin)

Medienspiegel (Ausrisse 2011 und 2012)

KONGRESS PATIENTENORIENTIERUNG

IV-Verträge: Die Pflege fehlt

Allgemeinärzte, Medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte koope
Patienten selbstständig zu Hause leben können oder optimal versorg
das wäre wünschenswert. Doch die Hürden für solche Ansätze sind i

Prof. Dr. Volker Amelung ist, was Kooperationen im Gesundheitswesen angeht, Optimist. „Zur integrierten Versorgung gibt es keine Alternative, wenn wir die Patienten auch künftig hochwertig versorgen wollen", hat der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands Managed Care (BMC) vor kurzem im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt betont. Und sich gewünscht, man solle nicht immer nur herausstreichen, was nicht funktioniert, sondern die Herausforderungen „sportlicher sehen und einfach Spaß am Verbessern haben".

Beide Elemente kamen im Forum „Integrierte Versorgung und Pflege" zur Sprache, einem von

nen, hält die Wissenschaftlerin e
auch für notwendig, Versorgung au
Sicht der Patienten zu strukturierer
Gerade die Krankheitsverläufe vo
Chronikern seien durch Auf- un
Ab-Phasen geprägt. Bei einer
krankheitsbedingten Wechsel de
Versorgungsebene drohe statt Mil
derung häufig die Entwicklung ei
ner „Patientenkarriere". Derartig
Verschlechterungen ließen sich au
Scheffers Sicht vermeiden, wen
man stärker auf Versorgungskonti
nuität achten würde.

Aus einer BMC-Arbeitsgrupp
berichtete Sonja Laag, Sachgebiets
leiterin Versorgungsprogramme Arzt
netze/MVZ und Ältere bei de
Barmer GEK. Innerhalb der A
wurde diskutiert, wie man Pflege

Schaffe ich es noch zu Hause?
Experten finden: Die Antwort könnte öfter „ja" lauten, wenn es zweckmä- ßigere Hilfe für den

PATIENTENORIENTIERUNG PER WETTBEWERB

Führt die Konkurrenz der Leistungsanbieter tatsächlich zu einer besseren Versorgung für Versicherte? Antworten auf diese und andere Versorgungsstrukturfragen gab es beim BMC-Jahreskongress im Januar.

Bringt Wettbewerb im Gesundheitswesen den von allen Akteuren gewünschten Versorgungserfolg? Oder hat er in einem fragilen System wie dem der Gesundheit eigentlich wenig zu suchen? Die Antworten der Redner, die der Bundesverband Managed Care (BMC) zu seinem Jahreskongress 2012 geladen hatte, zeigten, wie schwer sich Gesundheitspolitiker, Ökonomen und Wissenschaftler noch immer mit einer klaren Linie tun.

Prof. Dr. Jürgen Wasem stellte das Vorhandensein von Wettbewerb im Gesundheitswesen zunächst grundsätzlich in Frage. Schließlich, so der Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement an der Universität Duisburg Essen, herrschten im Gesundheitswesen gesellschaftliche Erwartungen an Solidarität, die einen

heitsökonom die noch immer fehlende Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Leistungserbringer.

Kaum Einigkeit über das richtige Maß und die damit erzielte Wirkung von Wettbewerb im Gesundheitswesen bestand unter den geladenen Gesundheitspolitikern von CDU/CSU, SPD, FDP sowie von Grünen und LINKEN. Während die SPD-Bundestagsabgeordnete Dr. Carola Reimann in der Politik ihrer Partei durchaus wettbewerbliche Ansätze vertreten sah, konnte der FDP-Bundestagsabgeordnete und Arzt Dr. Erwin Lotter derlei Ansätze nicht erkennen. „Ich habe mich als Arzt während der Zeit von Ministerin Ulla Schmidt sehr reglementiert gefühlt", sagte das Mitglied im Landesfachausschuss Gesundheit Baden-Württemberg. Für die Grünen-Bundestagsabgeordnete Birgitt Bender wiederum zählt einzig der Wettbewerb um Beiträge und um Versorgungsqualität; für den CDU-Bundestagsabgeordneten Lothar Riebsamen hat Wettbewerb in Qualitätsfragen nichts zu suchen, für die

Es sei ein bloßes „Weiterentwicklungsgesetz" ohne Impulse für Patientenorientierung durch Wettbewerb.

Welchen Weg die Politik auf der Suche nach mehr Patientenorientierung auch einschlage, ohne Transparenz tauge Wettbewerb nichts, brachte es Prof. Dr. Gerd Gigerenzer vom Harding Zentrum für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung während des BMC Kongresses auf den Punkt. Denn nur durch klare, verständliche Strukturen und korrekte Kommunikation seitens der Ärzte und der Medien könne sich Wettbewerb im Gesundheitswesen richtig entfalten, befand der Wissenschaftler, der amerikanische Richter, deutsche Ärzte und Manager in der Kunst des Entscheidens und im Umgang mit Risiken und Unsicherheiten trainiert.

Ob und wie Wettbewerb und Patientenorientierung in einem staatlichen Gesundheitssystem wie dem Kanadas funktionieren, erläuterte der Vize-Präsident der Kanadischen Health Service Research Foundation, Stephen Samis.

BMC
Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)
Friedrichstraße 136
D - 10117 Berlin
www.bmcev.de

← Deutsches Ärzteblatt 10.02.2012

Weichenstellung oder Signalstörung?

Welche Art von Wettbewerb macht im Gesundheitswesen Sinn? Und wie viel davon steckt im neuen Versorgungsstrukturgesetz drin? Die Meinungen darüber gehen auseinander, wie der Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care deutlich machte. Von Thomas Hommel

Für Ökonomen ist die Sache eindeutig: Wettbewerb führt zu mehr Wirtschaftlichkeit, verbessert die Qualität von Waren und Dienstleistungen und zwingt die Unternehmen dazu, stärker auf die Bedürfnisse und Wünsche der Konsumenten einzugehen. Akteure, die sich im Gesundheitswesen tummeln, tun sich bei der Beantwortung der Frage, wie viel Wettbewerb in ihrem Arbeitsbereich denn wohl Sinn macht, etwas schwerer. Zwar hat sich das Gesundheitswesen binnen weniger Jahre zu einem wichtigen Feld der wirtschaftspolitischen Debatte entwickelt – das entsprechende Stichwort lautet „Gesundheitswirtschaft". Gleichwohl wird die schlichte Übertragung marktlich orientierter Wettbewerbskonzepte auf den Gesundheitsbereich von vielen noch immer als problematisch angesehen.

Hat der Gesetzgeber die Weiche in Richtung Wettbewerb richtig gestellt?

nomen und mancher Krankenkassenmanager das Modell des Vertragswettbewerbs – wohl wissend, dass dafür längst

Schritt nach vorn oder zurück? Als Motor für mehr „Patientenorientierung durch Wettbewerb" stufte die Parl

← Gesundheit und Gesellschaft 2/12

*Gemeinwesen*orientierte Primärversorgung (goPV): Eine Herausforderung für Kassenärztliche Vereinigungen

SONJA LAAG, UDO RICHTER, RALPH LÄGEL, UTA HEIDENBLUT UND SASCHA WOLF

Sonja Laag, Sachgebietsleiterin Versorgungsprogramme, BARMER GEK

Dr. Udo Richter, Geschäftsführer, naip Deutschland GmbH

Ralph Lägel, MBA, Manager Contract Development Pain, Pfizer Pharma GmbH

Uta Heidenblut, Vorstandsreferentin, Bundesverband Managed Care e. V.

Dr. Sascha Wolf, Geschäftsführer, Bundesverband Ma-

Die soziale Pflegeversicherung ist in ihrer heutigen Form kaum in der Lage, die anstehenden zukünftigen Versorgungsherausforderungen effizient zu erfüllen.[1] Ein Kernproblem ist, dass integrierte Versorgungsformen im pflegerischen Bereich auf hohe Hürden stoßen und mit einer flächendeckenden Ausbreitung sektorenübergreife Behandlungsprozesse zumindest kurzfristig kaum gerechnet werden kann. Deshalb stellt der vorliege Beitrag als Alternativmodell das Konzept der gemeinwesenorientierten Primärversorgung vor. Zi sind die Einführung von Care- und Case-Manageme in der Regelversorgung sowie die Verbindung medizinischer, pflegerischer und sozialer Aspekte zu langfristig angelegten Behandlungsstrategien.

1. Rahmenbedingungen

Chronisch kranke, ältere und hochbetagte Menschen bestimmen zunehmend den Versorgungsalltag. Von den im Dezember 2009 rund 2,34 Millionen pflegebedürftigen Personen waren nur 320.000 jünger als 60 Jahre. Noch deutlicher wird dieser Befund, wenn man

der Pflegebedürftigen werden z
versorgt. Davon erhalten 1,07 M
ausschließlich Pflegegeld und
folglich in der Regel durch A
ge betreut. Weitere 550.000 P
dürftige im privaten Haushalt
teilweise oder vollständig dur
ambulanten Pflegedienst verso
2007 ist die Inanspruchnahme

← Gesundheits- und Sozialpolitik 5–6/2012

← E-HEALTH-COM 01/2012

Wie viel Wettbewerb steckt im Versorgungsgesetz?

Beteiligung der Länder an der Bedarfsplanung wird eher skeptisch gesehen

BERLIN (af). Kaum Impulse für den Wettbewerb, zu viel Einfluss für die Bundesländer. Das Versorgungsstrukturgesetz (VSG) stößt im Gesundheitswesen auch drei Wochen nach Inkrafttreten noch auf Kritik.

Immerhin: „Maßvoll gut" nannte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, das Paragrafenwerk beim Kongress des Bundesverbandes Managed Care am Dienstag in Berlin. Darin steckten Chancen, dem Ärztemangel auf dem Land zu begegnen und im Verein mit der Novelle der Approbationsordnung junge Mediziner für den Hausarztberuf zu begeistern.

Die Regionalisierung der Bedarfsplanung nannte Montgomery „klug". Konkret stören ihn die erweiterten Beteiligungsmöglichkeiten der Länder in der Selbst-

Die Bedarfsplanung kehrt in die Region zurück. © VRD / fotolia.com

← Ärzte Zeitung, 26.01.2012

Der Urologe

Organ der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Organ des Berufsverbandes der Deutschen Urologen

Elektronischer Sonderdruck für V. Amelung

Ein Service von Springer Medizin

Urologe 2011 · 50:1566–1572 · DOI 10.1007/s00120-011-2752-2
© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der privaten Homepage und institutionellen des Autors

V. Amelung · S. Wolf

Gesundheitssystem im Umbruch

Ärztenetze: Treiber für integrierte Versorgung?

www.DerUrologe.de

Springer Medizin

← Der Urologe 2011

mehr → http://bmcev.de/Medienspiegel.284.o.html

ÄRZTE ZEITUNG AUSGABE 1 MITTWOCH, 11. MAI 2011 5

Hauptstadtkongress 2011
MEDIZIN UND GESUNDHEIT

nen versuchen, zu ihrem Recht zu kommen. Umso wichtiger ist es aus Sicht der KKH-Allianz, die beunruhigend hohe Zahl an Behandlungsfehlern in deutschen Krankenhäusern zu verringern. Deshalb engagiert sich die KKH-Allianz gemeinsam mit dem MDK Niedersachsen in einem Projekt zur Erhöhung der Patientensicherheit.

Bei dem speziell für Kliniken entwickelten Programm werden Sicher-

und Medizin ähnliche Fehlerquellen. Deshalb würden Piloten und Mediziner bei dem Projekt gemeinsam das OP-Personal schulen.

Die Chirurgen sitzen nicht in einem echten Flugzeug – sondern in einem Simulator der Lufthansa auf dem Hannoveraner Flughafen: Training im Cockpit – das ist das Motto. Ziel der Übung ist es, am Hochrisiko-Arbeitsplatz OP standardisierte, kollegiale Kommunikation einzu-

Niedersachsen, der das Flugtraining leitet. „Oft fehlt diese Einsicht im OP." Dutschek wünscht sich auch für Operationsteams Briefings vor der OP, an denen alle teilnehmen – vom Anästhesisten über die OP-Schwestern bis zum Assistenz- und Chefarzt.

Beim Training am Simulator etwa muss der Chirurg vor dem Einstieg ins Cockpit an einem Bildschirm prüfen, welche Probleme andere Airlines in den letzten T

listen und der „Read-Back-Methode": A fragt, B wiederholt die Frage und antwortet.

Training im Cockpit – für teilnehmende Ärzte eine Erfahrung, die in besonderer Weise für mögliche Fehler sensibilisiert. Können Krankenhäuser von der Luftfahrt lernen? Ein Thema, das heute beim Hauptstadtkongress diskutiert wird. *(cben/eb)*

Von Piloten lernen – Gelebtes Risikomanagement

Infos beim Bundesverband Managed Care

Mit über 180 qm stellt der Bundesverband Managed Care wie schon im vergangenen Jahr den größten Stand auf dem Hauptstadt-Kongress. Im Rahmen des umfangreichen Lounge-Programms haben die Besucher des Hauptstadtkon-

← Ärzte Zeitung, 11.05.2011

Wegbereiter für Managed Care

Für Modelle intensiver Zusammenarbeit von Kliniken, Haus- und Fachärzten warber auf dem Jahres-Kongress 2011 des Bundesverbandes Managed Care. International zeigen, dass damit die Qualität der Versorgung steigt und die Kosten sinken. Von I

Wie geht es mit der medizinischen Versorgung weiter – angesichts der demografischen Entwicklung und der geänderten Patientenbedürfnisse? Welche Rolle spielen dabei alternative Versorgungsformen? Die Fragen, die Gesundheitspolitiker derzeit am meisten umtreiben, standen auch im Mittelpunkt eines großen Kon-

Versorgung in Deutschland verbessern soll. Ausschlaggebend seien nicht nur die Altersentwicklung der Bevölkerung und die sich daraus ergebenden neuen medizinischen Anforderungen, etwa bei der Versorgung multimorbider Patienten. Auch die Unzufriedenheit niedergelassener Ärzte mit der Honorarreform trotz

bildungsprozess z
sorgungsgesetzes
Regierungskoalitio
nannte aber denn
um die es dabei ge
legen, den Akteur
raum in der Bed
Außerdem richte

← Gesundheit und Gesellschaft 2/11

320 Forum

Der aktuelle Herausgeberkommentar

Wie die Blockaden der Integrierten Versorgung nachhaltig aufzubrechen sind

Der Anteil sektoren- und berufsfeldübergreifender Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen stagniert – das ist leider Fakt. Dabei hatte es vielversprechend begonnen. Durch die finanziellen Anreize, die die Gesetzgeber 2004

der Regelversorgung gut aufgehoben. Für die Krankenkassen hingegen ist es schwer, bei einer guten Regelversorgung engagiert andere Versorgungsformen zu bewerben. Denn im Umkehrschluss müssten sie damit tatsächlich vorhandene Defizite

Das ist jedoch nur eine S
Auf der anderen Seite i
Akteuren die realistisch
durch unternehm

← Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 16/2011

IV-Verträge für Versicherte ein Buch mit sieben Siegeln

IV-Verträge gelten als Testfeld für Innovationen. Das Interesse der Versicherten an den Verträgen ist jedoch gering.

BERLIN (sun). Immer noch gibt es zu wenige Informationen über die Qualität von Selektivverträgen. Das haben Verbraucherschützer in Berlin

schwarzes Loch", sagte Ilona Kösters-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband anlässlich der Veranstaltung „AOK im Dialog". Weder bei den Kassen noch bei den Ärzten können sich Versicherte leicht über die Verträge informieren, kritisierte Kösters-Steinbach die fehlende Transparenz der Verträge. Gesundheitsexperten gehen davon aus, dass dies eine wesentliche Ursache dafür ist, warum nur wenige Patienten von Integrierter Versorgung profitieren.

Doch das ist nicht die einzige Blo-

diese Art des Wettbewerbs finde derzeit nicht statt, beklagte AOK-Chef Jürgen Graalmann. Statt dessen habe sich ein „Zusatzbeitrags-Vermeidungswettbewerb" entwickelt. Daran werde auch das von der schwarz-gelben Koalition auf den Weg gebrachte Versorgungsstrukturgesetz nichts ändern. Dort sei der Wettbewerb zum „Appendix" verkommen.

Graalmann forderte klare Rahmenbedingungen dafür, welche Leistungen künftig im Kollektivvertrag zu erbringen seien und welche in Direktverträgen mit Leistungsanbietern

← Ärzte Zeitung, 18./19.11.2011

Blockaden bei integrierter Versorgung lösen!

BMC fordert Innovationsbudgets für IV-Verträge

BERLIN (sun). Die Integrierte Versorgung (IV) gewinnt an Bedeutung – doch noch immer gibt es zu viele Blockaden, um IV-Verträge umzusetzen. Das hat der Bundesverband Managed Care (BMC) kritisiert.

Im Wesentlichen geht es um mangelnde finanzielle Anreize. „Die Anschubfinanzierung hat die IV-Verträge vorangebracht", betonte Barmer GEK-Vize Rolf Schlenker. Diese ist jedoch Ende 2008 ausgelaufen. Der Aufwand für die IV-Verträge sei hoch; die finanziellen Spielräume der Kassen seien in Zeiten des Gesundheitsfonds eingeschränkt, so Schlenker. Zudem entstünden relevante „Abschlusskosten".

Andererseits seien gerade IV-Verträge die „wettbewerbliche und innovationsfördernde Würze" im Gesundheitssystem. Sie gelten als ein Experimentierfeld für neue Be-

handlungsmethoden. Der BMC f
dert daher den Gesetzgeber auf, s
nen „Fokus gezielt auf IV" aus
richten. Weder Ärzte noch Kass
könnten ohne finanzielle Anre
die notwendigen Startinvestitio
für neue IV-Verträge aufbring
Daher seien Innovationsbudg
notwendig. Der BMC fordert z
Prozent des Gesundheitsfonds,
wäre 3.4 Milliarden Euro.

Doch die Finanzen sind nicht
einzige Problem der IV-Verträ
kritisieren Experten. Deutschlan
weit gibt es etwa 6000 Verträge
integrierten Versorgung. Die B
mer GEK hat mehr als 200 solc
Verträge abgeschlossen. Etwa 45
der insgesamt acht Millionen B
mer GEK-Versicherten nehmen d
an teil. Dieses geringe Interesse
ruhe darauf, dass Patienten „v
sichtig" neuen Vertragsformen
gegneten, so Experten.

Siehe auch Seit

← Ärzte Zeitung, 18./19.11.2011

Pay for Performance ist kein Allheilmittel

Pay for Performance löst nicht alle Probleme des deutschen Gesundheitswesens, sondern ist nur eines unter vielen möglichen Modellen für die ärztliche Vergütung. Darauf weist der Gesundheitsökonom Volker Amelung hin.

Von Angela Mißlbeck

← Ärzte Zeitung, 22.03.2011

Jahresempfang des BMC

Berlin, 24.10.2011
Berlin und seine Locations haben sich im de
– viele Verbände und Vereine haben „ihren
ihren Events auf Wanderschaft.

Der Bundesverband Managed Care (BMC) l
das hochherrschaftliche Opernpalais entsch
BMC Jahresempfang stattfand.

← highlights 25/2011

Abrissarbeit an der Sektorenmauer

Integrierte Versorgung gilt als Hebel für mehr Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Gleichwohl stockt die Zahl entsprechender Verträge. Der Bundesverband Managed Care will neue Impulse geben. Von Thomas Hommel

Jeder Fußball-Trainer weiß es. Auch ein exzellenter und taktisch gewiefter Einzelspieler ersetzt noch lange keine gut eingespielte Mannschaft. Auf dem Gesundheitsfeld verhält es sich ähnlich wie

Wirtschaft und Politik, G+G ist Medienpartner. „Auch nach Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes liegen zentrale Baustellen im Gesundheitswesen noch vor uns", sagt BMC-Geschäftsführer Dr.

nicht beurteilen könnten. Ersch
komme hinzu, dass die Rahmen
gungen für Integrierte Versorgu
immer nicht so seien, dass entspr
Verträge an Zahl und Fahrt gew

← Gesundheit und Gesellschaft 12/11

Impressum

Herausgeber
BMC – Bundesverband
Managed Care e. V.
Friedrichstraße 136
10117 Berlin

Satz & Grafik
FGS Kommunikation, Berlin

Repro
Pinguin Druck GmbH, Berlin

© 2012

Die Schriftenreihe des BMC

Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren

Innovative Modelle der Praxis

Weatherly / Seiler / Meyer-Lutterloh / Schmid / Lägel / Amelung (Hrsg.)
Berlin 2007
288 Seiten
ISBN 978-3-939069-20-1

Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren

Von der Idee zur Umsetzung

Amelung / Meyer-Lutterloh / Schmid / Seiler / Weatherly (Hrsg.)
2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin 2008
279 Seiten
ISBN 978-3-939069-05-8

Managed Care in Europa

Amelung / Deimel / Reuter / van Rooij / Weatherly (Hrsg.)
Berlin 2009
252 Seiten
ISBN 978-3-939069-64-5

Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft

Perspektiven erkennen – Chancen ergreifen – Strategien umsetzen

Deimel / Henke / Jersch / Kästner / Lägel / Weatherly / Meyer-Lutterloh (Hrsg.)
Berlin 2009
180 Seiten
ISBN 978-3-939069-78-2

Innovatives Versorgungsmanagement

Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand

Amelung / Eble / Hildebrandt (Hrsg.)
Berlin 2011
486 Seiten
ISBN 978-3-941468-47-4

BMC

www.bmcev.de