BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.

Managed Care

Geschäftsbericht 2010

Die Plattform für Innovationen im Gesundheitswesen

BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.

Managed Care

Geschäftsbericht 2010

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen

Vorstand & Geschäftsführung 2010

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

Susanne Eble
stellv. Vorstandsvorsitzende
Leiterin Gesundheitsmanagement
Berlin-Chemie AG

Ralf Sjuts
stellv. Vorstandsvorsitzender
Leiter Gesundheitswirtschaft
Wolfsburg AG

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

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

Dr. Peter Wigge
Mitglied im Vorstand
Rechtsanwälte Wigge, Münster

Helmut Hildebrandt
Mitglied im Vorstand
Vorstand OptiMedis AG

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

Dr. Wolfgang Klitzsch
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Geschäftsführer
Ärztekammer Nordrhein

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

Ralph Lägel
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Manager Healthcare Structures &
Contract Development
Pfizer Pharma GmbH

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
Ehrenvorsitzender

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

Ralf Breitgoff
Geschäftsführer & Pressesprecher

Uta Heidenblut
Vorstandsreferentin

Julia Hartung
BMC-Geschäftsstelle

Bericht des Vorstandsvorsitzenden und des Geschäftsführers

Prof. Dr. Volker Amelung / Ralf Breitgoff

Mehr Wettbewerb, Innovationsfreundlichkeit, eine zukunftsfeste Finanzierung, Verbesserung der Versorgungsqualität – das sind immer noch die Ziele des Koalitionsvertrages von CDU und FDP. „An ihren Taten sollt ihr sie erkennen", heißt es im Johannes-Evangelium. Gemessen an diesen Worten, fällt die gesundheitspolitische Bilanz der Bundesregierung im Jahr 2010 eher durchwachsen aus. Was im vergangenen Jahr ins Bundesgesetzblatt geschrieben wurde, lässt viele Fragen unbeantwortet und manche Wünsche offen.

In den ersten 15 Monaten hat sich die Bundesregierung auf das Stopfen finanzieller Defizite konzentriert. Dies sei auch notwendig gewesen, so der Bundesgesundheitsminister. Einerseits wegen der Finanzkrise, andererseits, um die wichtigen strukturellen Fragen in Ruhe angehen zu können. Diesem Argument kann man durchaus folgen, wenn denn auch klar wäre, welche dieser Fragen wie gelöst werden sollen. Hier hat es die Bundesregierung versäumt, eine klare Vision zu formulieren, wie qualitativ-hochwertige Gesundheitsversorgung der Zukunft aussehen soll. Es reicht nicht, die Probleme zu benennen.

Die bisher gesetzten Signale sind wenig konsistent. Mehr Spielraum für die Kassen bei den Zusatzbeiträgen und damit auch Preissignale an die Versicherten sind ein richtiger Schritt zu mehr Wettbewerb. Preisstopp und Abschlagserhöhung bei der Pharma-Industrie gehören jedoch nicht in den marktwirtschaftlichen Instrumentenkasten. Wer die Krankenkassen künftig wieder der Zivilgerichtsbarkeit unterstellt und Elemente des Kartellrechts ins SGB V einführt, bekennt sich zu Wettbewerb und Unternehmertum. Wer die Kassen gleichzeitig im Status einer Körperschaft des Öffentlichen Rechts belässt, macht sie zu zahnlosen Tigern und hemmt ihre Innovationsbereitschaft. Holland sollte uns an dieser Stelle ein Vorbild sein. Das Fazit: Zu viel „Ja – Aber" zu wenig „Entweder – Oder"!

Qualitative Mindestanforderungen an ein Versorgungsgesetz

Zu neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen war fast gar nichts aus dem Ministerium zu hören. Dabei liegt hier das größte Potential. Der Anteil chronischer Erkrankungen liegt bereits heute bei fast 50 % und steigt kontinuierlich, gekoppelt mit zunehmender Multimorbidität. Aktuell erzeugen etwa 10 Millionen chronisch Kranker ca. 2/3 der Krankenhauskosten. Ein fragmentiertes System scheitert hier. Deshalb bedarf es innovativer Versorgungsformen über Berufsfelder und Sektoren hinweg. Von 2004 bis 2008 ist die Zahl integrierter Versorgungsverträge auf über 6.100 hochgeschnellt. Die meisten Verträge sind heute noch gültig, manche davon in modifizierter Form. Schlechte Verträge sind vom Markt verschwunden. Kann es ein besseres Argument für Wettbewerb um Versorgungsqualität geben?

Der BMC setzt sich für ein bürger- und stärker wettbewerblich orientiertes Gesundheitssystems ein. Die wesentlichen Variablen eines funktionierenden Gesundheitssystems sind Public-Private-Mix, Versorgungsmanagement und der Zugang zum System. Der BMC 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 der Gesundheitsversorgung. Aus dieser Perspektive hat der der BMC sechs grundsätzliche Anforderungen an ein Versorgungsgesetz formuliert, wenn es den anstehenden Herausforderungen Rechnung tragen soll. Das ausführliche Positionspapier des BMC ist Teil dieses Geschäftsberichts. Deswegen sollen an dieser Stelle nur die wichtigsten Punkte angesprochen werden.

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland muss auf breitere Füße gestellt und sinnvoll ergänzt werden. Dezentrale Problemlösungen sind zentralistischen Ansätzen vorzuziehen. Wettbewerbsorientierte Beziehungen zwischen den direkt zuständigen Akteuren der Versorgung versprechen mehr Effizienz als planwirt-

BMC-Kongress 2011: Blick ins Auditorium des Langenbeck-Virchow-Hauses.

schaftliche Vorgaben. Die Vergütung medizinischer Leistungen muss sich an der regionalen Versorgungsrealität orientieren. Sie muss flexibler ausgestaltet werden und sich stärker an der Qualität, insbesondere der Ergebnisqualität der erbrachten Leistung ausrichten (Pay for Performance). Die aktuelle Versorgungslandschaft wird weder den Bedürfnissen der nachwachsenden Arztgeneration noch künftigen Versorgungsherausforderungen gerecht. Deshalb gilt es, die Aufgaben medizinischer Berufe neu zu ordnen und interprofessionelle Kooperationen zu stärken. Die 50+1 Regelung für Medizinische Versorgungs-Zentren zugunsten der Ärzteschaft beschränkt diese Trägervielfalt ohne sachlichen Grund. Die Sorge, dass die Qualität der medizinischen Versorgung reinem Profitdenken geopfert würde, ist angesichts der zulassungsrechtlichen Anforderungen an MVZ unbegründet. Der BMC hält an seiner Forderung nach einem Innovationsfonds zur Forcierung neuartiger Versorgungskonzepte und -produkte fest. Die umfassende Evaluation ist Grundvoraussetzung bei der Erprobung innovativer Versorgungsmodelle, zumal wenn sie mit öffentlichen Geldern finanziert werden. Selektivverträge haben sich als Instrument für mehr Effizienz, mehr Qualität und mehr Kostenbewusstsein grundsätzlich etabliert. Gerade vor dem Hintergrund besserer intersektoraler Kooperation und der Prävention von Pflegebedürftigkeit gilt es, hier neue Möglichkeiten zu finden und diese weiter durch stärkere institutionelle und personelle Verzahnungen auszubauen; z. B. durch gemeinsame Versorgungsaufträge für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen und besonderen Erkrankungen.

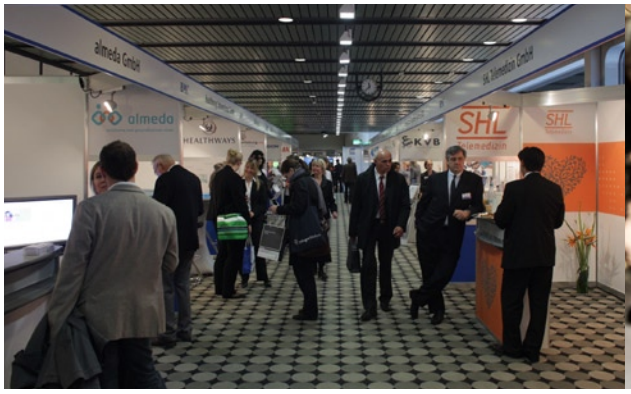
Der BMC-Kongress — Das neue Flaggschiff

Bereits zum Jahresauftakt hat der BMC Maßstäbe und ein dickes Ausrufezeichen in die gesundheitspolitische Landschaft gesetzt. Der BMC-Kongress 2011 war inhaltlich und zahlenmäßig ein voller Erfolg. Er stand unter dem Thema „Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand-Impulse für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ Über 50 Referenten und etwa 450 Teilnehmer beteiligten sich an den Podiumsdiskussionen und insgesamt neun thematischen Foren. Die Inhalte deckten die gesamte Palette des deutschen Gesundheitswesens ab.

Der BMC konnte zwei herausragende Key-Note-Speaker in seine Reihen begrüßen. Professor Jörg Debatin, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, nahm mögliche Versorgungsstrukturen des Jahres 2020 unter die Lupe. Aus Boston reiste Prof. Dr. Joel S. Weissman von der Harvard Medical School an. Sein Thema: „Putting the Patient first: Patient-Centered Primary Care and Health Reform“. Daniel Bahr, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, eröffnete den Kongress.

Ein hochkarätig besetztes Podium diskutierte Zukunftsmodelle von Selektivverträgen und gleichzeitig die Belastbarkeit des Kollektivvertrags. In den Foren ging es neben Themen wie „Populationsorientierte integrierte Versorgung“, „IT-Strategien für sektorenübergreifende Versorgungskonzepte“ oder „Sektorenübergreifende Konzepte von Krankenhäusern“ um Gesundheitsanalytik, erfolgreiche Konzepte in der Prävention, Medizinische Versorgungszentren, Versorgungsmanagement in Krankenkassen und Best-Practice-Beispiele des Patienten Coachings. →

Bericht des Vorstandsvorsitzenden und des Geschäftsführers



Unter dem Dach des BMC: Auf 180 qm präsentierten sich 11 Mitglieder beim „Hauptstadt-Kongress – Medizin und Gesundheit 2010“

← Mit dem Kongress ist der BMC in eine neue Stufe eingetreten. Er ist mehr denn je zu einer festen Größe in der Gesundheitsszene geworden. Auf dieser Basis möchte der BMC ein neues Forum für innovatives Versorgungsmanagement etablieren.

Die herausragende Zahl der Teilnehmer zeigt das ungebrochene, hohe Interesse an diesen Themen. Die Reaktion in den gesundheitspolitischen Medien war außergewöhnlich positiv. Ärztezeitung G+G und Gelber Dienst berichteten ausführlich über den Kongress. Albrecht Kloepfer schrieb im Gesundheitspolitischen Brief: „Wenn eine vergleichsweise kleine gesundheitspolitische Gruppierung wie der Bundesverband Managed Care (BMC) zur einem kostenpflichtigen Kongress ruft und die Teilnehmerliste nach über 500 Anmeldungen wegen Überfüllung geschlossen werden muss, dann kann und muss dieser Andrang wohl auch als politische Demonstration verstanden werden.“ Der Observer der Agentur für Gesundheitspolitische Information konstatierte: „Das große Auditorium im Langenbeck-Virchow-Haus war gut gefüllt – sogar die Empore war teilweise besetzt. Das Interesse am Thema „Neue Versorgungsformen“ ist offensichtlich groß (wie im Übrigen anscheinend auch die Organisationskraft des BMC).“

Breite Expertise — der Markenkern des BMC

Wissensmanagement, Fortbildung und wissenschaftlicher Austausch genießen beim BMC traditionell höchste Priorität. Fachtagungen, Hintergrundgespräche und die praxisnahen Workshops „WissensUpdate“ bleiben die Säulen der Arbeit im BMC. Mit diesen Veranstaltungen erreicht der BMC vor allem drei Ziele. Mit den Fachtagungen setzt er die wichtigen Themen auf die Agenda des deutschen Gesundheitswesens und schafft eine breite Plattform für informellen Austausch und Networking über den Verband. Die Hintergrundgespräche wie auch die „WissensUpdates“ geben die Möglichkeit, auf neue Themen aktuell und schnell zu reagieren. Ein Service, den die Mitglieder gerne und zahlreich nutzen.

Die BMC Studienreise hat sich im vergangenen Jahr endgültig als hochkarätiges Veranstaltungsformat mit internationalem Anspruch etabliert. Eine 15-köpfige Delegation besuchte im Herbst des vergangenen Jahres Boston, um sich über die aktuellen Entwicklungen auf dem amerikanischen Gesundheitsmarkt zu informieren, darunter zwei Vertreter des Forum Managed Care (FMC), unsrer Schweizer Partnerorganisation Das Gesundheitssystem in den USA ist eines der kostspieligsten der Welt. Trotz der hohen Kosten wenig Nutzen will man meinen, wenn man sich die Zahlen der Nichtversicherten anschaut – 32 Millionen Bürger der USA leben ohne Krankenversicherungsschutz. Die Wende kam im Frühjahr 2010, als Präsident Barack Obama den „Patient Protection and Affordable Care Act“ (PPACA) unterzeichnete. Die Delegation des BMC und des FMC diskutierten auf ihrer viertägigen Studienreise nach Boston im September 2010 intensiv mit namhaften Referenten u. a. des Gesundheitsministeriums, der Harvard University, der Harvard Medical School, des Mass. General Hospitals, Accenture und Medco über die Chancen und Risiken der Reform. Ein ausführlicher Bericht über die Reise ist ebenfalls in diesem Geschäftsbericht enthalten. Für das Jahr 2010 übernimmt das FMC die Organisation und Planung der Studienreise, voraussichtlich nach Großbritannien..

Die Ideenwerkstatt „BMC-Regional NRW“ hat endgültig Fuß gefasst. Mit einer Fachtagung, einem Praktikerseminar, zahlreichen Hintergrundgesprächen und Arbeitstreffen hat BMC-Regional NRW seine Aktivitäten im Jahr 2010 fortgesetzt und verstetigt. Die Potentiale und Perspektiven innovativer Vertrags- und Versorgungsformen in der Region NRW standen auf der 2. Fachtagung in Dortmund im Fokus. Mehr Transparenz bei den Qualitätsprüfungen in der Pflege war das Ziel des Praktikerseminars von BMC-Regional Ende Mai 2010. Wie sehr dieses Thema die Akteure umtreibt, belegt nicht zuletzt die hohe Beteiligung aus der gesamten Pflegebranche. Namhafte Referenten waren in den Technologiehof nach Münster gekommen, um ihre Sicht auf die nicht unumstrittenen Transparenzberichte und deren Veröffentlichung zu präsentieren.

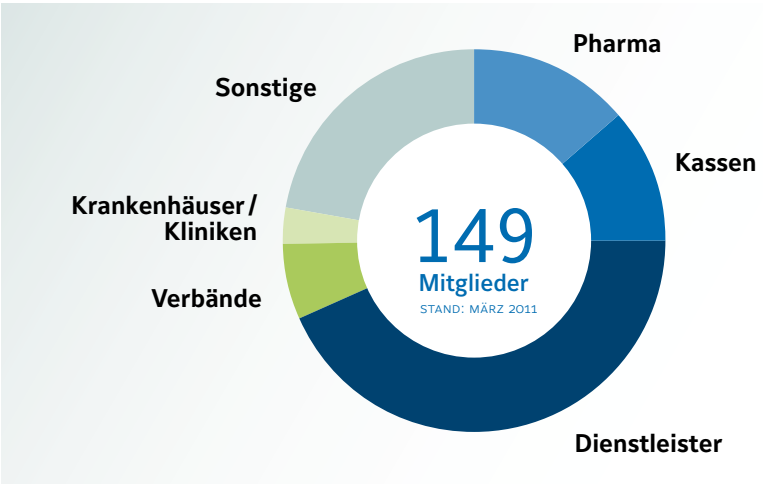
im ICC-Berlin.

Großer Auftritt im ICC Berlin

Mit über 180 qm stellte der Bundesverband Managed Care e. V. den größten Stand auf dem „Hauptstadt-Kongress – Medizin und Gesundheit 2010". Unter dem Dach des BMC hatten sich 11 Mitglieder für den Gemeinschaftsstand zusammengefunden, um ihre Produkte, Dienstleistungen und Inhalte zu präsentieren. Gleichzeitig hatten die Besucher des Hauptstadtkongresses die Möglichkeit, sich am BMC-Stand im Rahmen des umfangreichen Lounge-Programms über die neuesten Entwicklungen im Bereich Managed Care zu informieren und auszutauschen. Auch hier präsentierte der BMC seine komplette Bandbreite. Gesundheitsdienstleister wie Healthways International, n:aip Deutschland, almeda oder SHL Telemedizin kamen genauso zu Wort wie die Pharmaindustrie (ratiopharm, lilly Deutschland). Die Beratungsunternehmen ARBUMA und ADVISION zeigten Perspektiven für Leistungserbringer in einem sich wandelnden Gesundheitsmarkt. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns präsentierte ihr Konzept einer qualitätsorientierten Vergütung in der ambulanten Versorgung. Die OptiMedis AG sprach über ihre Erfahrungen mit der Evaluation Integrierter Vollversorgungssysteme. Stichwort: „Gesundes Kinzigtal". Und schließlich die Wolfsburg AG zeigte, wie eine ganze Region die Herausforderungen, aber vor allem auch die Chancen des demografischen Wandels für ihre wirtschaftliche Entwicklung nutzen will.

Ausblick

Auf seiner Klausurtagung Anfang Februar hat der erweiterte Vorstand des BMC weitere Weichenstellungen für die nahe Zukunft vorgenommen. In einem ersten Schritt wird es darum gehen, die bestehenden Angebote und Produkte des BMC weiter zu verfestigen. Das gilt natürlich für den BMC-Kongress. Die Arbeitsgruppen werden aktiv in die inhaltliche Gestaltung des neuen Aushängeschildes eingebunden. Die im Frühjahr dieses Jahres erscheinende Publikation anlässlich des BMC-Kongresses 2011 im Rahmen der BMC-Schriftenreihe soll künftig zu einer festen Einrichtung werden. Das Format der BMC-Studienreise in Kooperation mit dem Schweizer FMC wird fortgeführt. Im Laufe dieses Jahres wird der Vorstand das Konzept eines „BMC-Preises" für innovative Versorgungsmodelle erarbeiten. Der oder die Preisträger sollen jeweils auf dem BMC-Kongress geehrt werden. Die Strukturen der Geschäftsstelle sollen und müssen in den kommenden drei Jahren organisatorisch aber vor allem kontinuierlich ausgebaut werden. Die Mitgliederakquise soll deshalb noch einmal verstärkt werden. Über 120 Nicht-Mitglieder auf dem BMC-Kongress zeigen nicht nur das Potential des BMC sondern auch das ungebrochene Interesse vieler Akteure im Gesundheitsmarkt an den Themen des BMC. Hier sind auch und vor allem alle BMC-Mitglieder herzlich zur Unterstützung eingeladen. Ja, sie sind im eigenen Interesse geradezu aufgefordert, das Netzwerk des BMC mitzugestalten und auszubauen. Denn das hat der Kongress gezeigt: der BMC lebt von der Vielfalt seiner Mitglieder, dem umfassenden Netzwerk, das daraus entsteht, und von seiner außergewöhnlichen Atmosphäre.



Mitgliederstruktur des BMC

BMC-Arbeitsgruppen

BMC-Regional NRW

Dr. Peter Wigge*
Wigge Rechtsanwälte

Dr. Thomas Hilse*
DKV – Deutsche Kranken-versicherung AG

Prävention

Dr. Wolfgang Klitzsch*
Geschäftsführer
Ärztekammer Nordrhein

Neue Versorgungsformen

Ralph Lägel*
Manager Healthcare Structures & Contract Development,
Pfizer Pharma GmbH

Plattform Versorgungssteuerung

Dr. Dominik Deimel*
Geschäftsführer com2health GmbH

Prof. Dr. Jürgen Wasem*
Lehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen

Das Kernstück des BMC – hier wird der Verband zum Think Tank, zum Ideengeber für das Gesundheitswesen.
Die Arbeitsgruppen entwickeln über die sonst so engen Grenzen der eigenen Interessenvertretung hinweg Strategien und Konzepte für die Gesundheitsversorgung der Zukunft.

Hier zeigt der BMC sein Profil als Lobbyist für Gesundheits-themen am deutlichsten. „Praxisorientierung auf solidem wissenschaftlichen Fundament" so das Motto des BMC.
Die BMC-Arbeitsgruppen sind der lebendige Beweis.

* Ansprechpartner

Arzneimittel-
versorgung strategisch
Susanne Eble*
BMC-Vorstand,
Leiterin Gesundheitsmanagement
Berlin-Chemie AG
Arzneimittel-
versorgung operativ
Dr. Peter Blees*
stellv. BMC-Vorsitzender,
Leiter Gesundheitspolitik
Merck Pharma GmbH
Nutzenbewertung
und Präferenzmessung
Prof. Dr. Axel Mühlbacher
Institut Gesundheitsökonomie und
Medizinmanagement, Hochschule
Neubrandenburg
Themenbezogene
Projektgruppen
Uta Heidenblut*
BMC-Vorstandsreferentin

Berichte aus den Arbeitsgruppen

Vertragswerkstatt § 73 c SGB V

Die Entwicklung der gesetzlich verordneten Hausarztverträge nach § 73 b SGB V bleibt nicht ohne Konsequenzen für die fachärztliche Versorgung. Entsprechende Reaktionen ließen nicht lange auf sich warten. Auch im Lager der Fachärzte wird intensiv über Selektivverträge nach § 73 c SGB V nachgedacht. Auf Seiten der Krankenkassen sind Verträge nach § 73 c SGB V ebenfalls ein aktuelles Thema. Ausgewiesene Experten berichteten über ihre Erfahrungen und diskutierten mit den Teilnehmern der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsformen".

Birgit Dziuk verdeutlichte anhand von Vertragsmodulen der Deutschen BKK (ExtraCheck Diabetes Auge, Diabetes Niere, Asthma, Koronare Herzerkrankungen) sowie Verträgen mit den Berufsverbänden der Kinder- und Jugendärzte bzw. der Deutschen Chirurgen die vielfachen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen des § 73 c SGB V. Dziuk hob hervor, dass die Beteiligung der Ärzte und Versicherten an den Programmen mitunter erheblich differiert, abhängig von der Vertragsgestaltung. Die Refinanzierung wird dabei für die Krankenkasse immer wichtiger. Künftig werden Add-On-Verträge ohne erkennbaren Zusatznutzen für die Krankenkasse und ihre Versicherten auslaufen. Verträge nach § 73 c SGB V sind laut Dziuk dann eine vielversprechende Zukunftsoption. Grundvoraussetzung seien jedoch zeitnahe und nachvollziehbare Bereinigungsoptionen bzw. die Möglichkeit der Refinanzierung aus anderen Leistungsbereichen.

Harald Möhlmann, Geschäftsführer des Bereichs Versorgungsmanagement, präsentierte im Anschluss den „Curaplan Augen" der AOK Berlin-Brandenburg auf Basis des § 73 c SGB V. Vertragspartner ist die Augenärztegenossenschaft Brandenburg. Ziel ist nicht nur, die bisher stationär erbrachten Operationen in den ambulanten Sektor zu verlagern. Genauso wichtig sei eine Steigerung der Versorgungsqualität durch qualifizierte Vernetzung im niedergelassenen Sektor, so Möhlmann. Für die Versicherten liege der Mehrwert darüber hinaus in der wohnortnahen prä- und postoperativen Betreuung. Mittlerweile nutzen etwa 4.800 Versicherte dieses Angebot.

In seinem Versorgungsprogramm für Kinder und Jugendliche „AOK – Junior" nutzt die AOK Berlin-Brandenburg den § 73 c zur Erweiterung des Basis IV-Vertrag nach § 140 a SGB V. Verschiedene Modulverträge ermöglichen zusätzliche Leistungen für die eingeschriebenen Patienten im Bereich der Früherkennungs-Untersuchungen, der Prävention beispielsweise durch spezielle Ernährungsprogramme sowie dem Angebot spezieller Jugendsprechstunden. Einschreibung der Patienten und besondere Einzelleistungen werden den Ärzten gesondert vergütetet. Die Erfolgsfaktoren für § 73 c – Verträge sieht Möhlmann in der Möglichkeit eines offenen Dialogs zwischen den Vertragspartnern. Transparenz sei das A und O. Durch leistungsbezogene Anreize rücke die Qualität in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung. Eine Baustelle bleibt aus Sicht Möhlmanns die Evaluation. Nur eine fundierte Evaluation gewähre dauerhaft attraktive Leistungsanreize bei der Honorierung als auch zufriedenstellende Versorgungsergebnisse. Die Leiterin des Berliner Büros der Barmer GEK, Claudia Korf, machte in diesem Zusammenhang noch auf einen weiteren Aspekt aufmerksam. Durch den § 73 c vollziehe sich Stück für Stück ein Wandel der Krankenkassen vom reinen Kostenträger zum Gesundheitspartner.

Ein wenig Wasser in den Wein goss der Vorsitzende der KV Bayerns, Dr. Axel Munte. So groß das Potential für Selektivverträge im Bereich der fachärztlichen Versorgung auch sei, dürfe der zum Teil erhebliche administrative Mehraufwand auf allen Seiten nicht unterschätzt werden. Bei den Ärzten muss durch die Identifikation, Information und Einschreibung von Patienten meist zusätzliche Abrechnungssoftware etabliert werden. Auf Seiten der Kassen muss das Verhandlungsteam aufgestockt werden. Der Prüfaufwand zur Vermeidung von Doppelabrechnungen steigt. Hinzu kommen Vertragscontrolling und –evaluation. →

Berichte aus den Arbeitsgruppen

Selektivverträge — Anforderungen an den Gesetzgeber

Der professionellen Integrierten Versorgung gehört angesichts gesellschaftlicher Herausforderungen und knapper Ressourcen die Zukunft. In der Frage nach der richtigen Balance zwischen kollektiv- und selektivvertraglichen Strukturen besteht jedoch nach wie vor großer Diskussionsbedarf. Wie durch Selektivverträge die Lösung zukünftiger Versorgungsprobleme gestärkt und ihre Umsetzung von allen Akteuren im Gesundheitsmarkt erleichtert werden kann, war eine weitere Frage, mit der sich AG „Neue Versorgungsformen" beschäftigte. Dabei wurden nicht nur Nutzen und Gefahren von Selektivverträgen aus Sicht von Krankenkassen und Leistungserbringern beleuchtet, sondern in interdisziplinären Arbeitsgruppen vor allem die Herausforderungen an den Gesetzgeber anhand konkreter Fragestellungen erarbeitet. Es fragt sich, ob Selektivverträge neben Kollektivverträgen tatsächlich zu erheblichen und nachhaltigen Qualitätssteigerungen und erhöhter Sicherstellung der Versorgung führen und letztlich deren Umsetzung den demografischen Herausforderungen gerecht werden.

Einig waren sich die Teilnehmer darüber, dass Selektivverträge grundsätzlich nützlich sind, um die Versorgungsqualität zu erhöhen, spezifische Versorgungsprobleme zu lösen, Marktpositionen und Handlungsspielräume zu schaffen. Daneben verstärken Selektivverträge den Wettbewerb im Gesundheitsmarkt und die Marktdifferenzierung. Andererseits können Selektivverträge nachteilige Auswirkungen durch unterschiedliche Leistungsangebote in Form einer Leistungsausgrenzung für Versicherte bewirken und das Morbiditätsrisiko verlagern. Ärzte werden mit erhöhter Vertragsadministration und Transaktionskosten konfrontiert.

Aus Sicht der Leistungserbringer müssen Innovationen langfristig finanzierbar sein. Kluge Modelle sind auf Dauer angelegt und erfordern auch bei den Leistungserbringern eine Planungssicherheit. Die Sorge vor der Erhebung eines Zusatzbeitrages behindert die Krankenkassen zurzeit zusätzlich bei der Implementierung innovativer Modelle. Für Leistungserbringer wird es künftig also nicht unbedingt leichter werden über Selektivverträge an das Geld der Kassen zu kommen. Andererseits seien die Kassen durchaus bereit, für eine „besondere Versorgung" auch „besondere Verträge mit entsprechenden Prämien" zu vereinbaren.

Die finanzielle Seite ist allerdings nur ein Aspekt. Durch die Ausweitung der möglichen Vertragspartner steigt zudem die Komplexität für alle Beteiligten. Als Bedingungen für den Abschluss von Selektivverträgen legen die Kostenträger Wert auf eine klare Definition der Abrechnungsmodalitäten, auf eine strukturierte Dokumentation und nicht zuletzt auf frühzeitig einsetzende Evaluation, Nutzenmessung und Transparenz.

Die Gegenüberstellung des Selektivvertrags- und des Kollektivvertragssystems zeigt, dass die Selektivverträge nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen nur additiv und nicht substitutiv zum Kollektivvertrag sind. Solange nicht die gesamte ambulante ärztliche Versorgung für die Versicherten aller Kassen flächendeckend selektivvertraglich geregelt ist und sich nicht sämtliche Leistungserbringer und Versicherte für die einzelvertraglich vereinbarten Lösungen freiwillig entschieden haben, muss es parallel eine kollektivvertragliche Versorgung geben. Qualitativ hochwertige Selektivverträge können dabei eine innovative Ergänzung zum Kollektivvertrag sein. Dies erfordert Gestaltungsfreiheit für die Akteure und damit ein klares Commitment zum Wettbewerb. Möglicherweise führt die aktuelle Dynamik bei den Kassenfusionen künftig dazu, dass mehr Selektivverträge abgeschlossen werden. Aus dieser Diskussion heraus hat sich mittlerweile eine Projektgruppe gebildet, die dem BMC-Vorstand neue Ansätze und Strategien zur Entwicklung von Selektivverträgen zugearbeitet hat.

1. Wettbewerblich organisierter Versorgungsbereich

Optional zu der gemeinsam gestalteten Notfall- und Basisversorgung erhalten die Krankenhäuser und die einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit, Verträge über eine kassenspezifische Leistungserbringung zu schließen. Dieser Einzelvertragsbereich eröffnet wettbewerbliche, individuelle sowie vom Kontrahierungszwang befreite Vertragsmöglichkeiten. Leistungserbringer und Kostenträger stehen sich als gleichberechtigte Partner in einem qualitätsgetriebenen

Leistungserbringungsprozess gegenüber. Die Erfahrungen aus der Umsetzung der Integrierten Versorgung zeigen, dass wettbewerbliches Handeln nicht zu Verwerfungen der Versorgungsstrukturen führt.

Die Leistungsbeschreibungen und -inhalte für diesen „wettbewerblich organisierten Versorgungsbereich" basieren auf den bestehenden Definitionen des DRG-Systems. Abweichend können zwischen den Vertragspartnern im Einzelfall für andere Leistungen (z. B. ambulante Krankenhausleistungen) andere Vergütungsarten vereinbart werden.

Die Vergütungshöhe für einzelne Leistungen kann individuell zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden (freie Preisvereinbarung). Dies gilt auch für mengenabhängige Rabattstaffelungen usw. Es besteht keine Abschlussverpflichtung. Die auf Landesebene vereinbarten Preise für die Basis- und Notfallversorgung wirken hier im Sinne eines Richtpreises, der im Rahmen der individuellen Vereinbarungen über- oder unterschritten werden kann. Sofern mit einem Krankenhaus optional keine Einzelverträge abgeschlossen wurden, gilt der für den Basis- und Notfallversorgungsbereich vereinbarte Preis.

Einstiegsmodell

Stationäre Leistungen, die sich zum Beispiel für einen „sanften" Einstieg in den wettbewerblich organisierten Versorgungsbereich eignen, sind Ein-Tages-DRG bzw. Leistungen eines Krankenhauses, die dem Grunde nach „ambulantes Potential" in sich tragen, Leistungen der Geburtshilfe bzw. teilstationär erbringbare Leistungen. Zusätzlich eignen sich die ambulanten Krankenhausleistungen gem. § 115 b – § 119 SGB V ebenfalls für einen sanften Einstieg. Weiterhin handelt es sich nicht um Notfallleistungen.

Einzelvergütungsverträge in der vorgeschlagenen Form hätten keine Auswirkung auf den Sicherstellungsauftrag der Länder. Das krankenhausplanerische Bestimmungsrecht bleibt unberührt. Durch den Ausschluss der Fälle im Rahmen der Notfallbehandlung bleibt die regionale Bereichsplanung für die Notfallversorgung unberührt. Die Wahlfreiheit des Versicherten bleibt erhalten. Die Vertragsabschlüsse sind freiwillig, die Vertragspartner bleiben gleichberechtigt.

Keine gesonderte Bereinigung der Krankenhausbudgets ist notwendig, da die Einzelvertragsleistungen bereits bei der prospektiven Budgetermittlung nicht mehr berücksichtigt werden. Diese Regelung wirkt sich dann mittelbar auch auf die Höhe der Landesbasisfallwerte aus.

Ebenso ist keine Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütungen erforderlich, da die ambulanten Krankenhausleistungen nicht Bestandteil dieser Vergütungsbudgets sind. Auch keine gesonderten Budgetausgleichsmechanismen, da für ambulante Krankenhausleistungen keine Budget- und Mengenplanung erfolgt. Eine Selektivvertragslösung kollidiert demzufolge nicht mit dem Erlösbudget bzw. mit dem Budget nach § 6 (3) KHEntgG.

Kollektiv ausgerichtete Versorgungssysteme

Das kollektiv ausgerichtete Versorgungsystem für die stationäre Basis- und Notfallversorgung am Krankenhaus bleibt unangetastet und unterliegt wie bisher der Versorgungplanung der Länder und den Regularien der Krankenhausfinanzierung. Um den Ländern den Überblick über die tatsächlich in Anspruch genommenen Kapazitäten im KH Bereich zu erhalten, sollten alle selektiven Verträge beim Land registrierpflichtig sein. Die Zulassungsregularien für die Ambulante Krankenhausbehandlung gemäß §§ 115 b – § 119 SGB V haben weiterhin Bestand. Bestehende Qualitätsvorschriften (Richtlinien GBA) sind als Mindeststandard zu definieren, dürfen einzelvertraglich aber überboten werden.

Notwendige Gesetzesänderungen

1. Ambulante Leistungen:
§ 115 b – § 119 SGB V: zusätzlicher Absatz für Möglichkeit der einzelvertraglichen Vergütung

2. Stationäre Leistungen:
§§ 16, 17, 18 KHG und KHEntgG: Zusatzregelungen für einzelvertragliche Vergütung (gültig bleiben auch die Zu- und Abschlagsregelungen) und Definition des Leistungsumfanges,
§ 4 (3) und § 6 (3) KHEntgG Ergänzung notwendig, Regelung analog § 4 (4) KHEntgG denkbar →

Berichte aus den Arbeitsgruppen

Integrierte Versorgung für die Pflege öffnen — BMG greift auf Expertise des BMC zu

Eine weitere Projektgruppe aus den Reihen der AG „Neue Versorgungsformen" diskutiert seit Mitte vergangenen Jahres in enger Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium die Frage der besseren Einbindung der Pflege in die Integrierte Versorgung.

Zur patientenorientierten, kosteneffektiven Versorgung vieler vor allem chronischer Erkrankungen müssen im GKV-System Maßnahmen getroffen und Investitionen vorgenommen werden, die sich erst im Bereich der Pflegekassen refinanzieren. Die Integrierte Versorgung über alle Sektoren hinweg kann dieses Problem lösen. Zurzeit gibt der zugehörige Rechtsrahmen allerdings nicht die dazu notwendigen Spielräume. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Problematik erkannt und will mit Unterstützung des BMC mögliche weiterführende Lösungsansätze finden. Ein interdisziplinäres Team im BMC setzt sich auf Basis der Vernetzung vielfältiger Kompetenzen und Erfahrungen mit den Fragestellungen auseinander. Es will in enger Abstimmung mit dem BMG Wege für eine systemübergreifende Versorgung unter verstärkter Einbeziehung des Pflegesektors bahnen helfen. Die Vorschläge des BMC sind in einem ersten Gespräch mit der Unterabteilung G 3 – Pflegesicherung im BMG auf hohes Interesse gestoßen.

In einem ersten Schritt empfiehlt die BMC-Projektgruppe eine eng umgrenzte Anpassung des Rechtsrahmens in § 92 b SGB XI, die es den Pflegekassen erlaubt, sich künftig an der Vergütung von Maßnahmen im Rahmen der Integrierten Versorgung zu beteiligen. Im Fokus stehen hier Leistungen im Bereich der GKV, die erst im Bereich der Pflegeversicherung kostenmindernd wirksam werden. Dies wäre ein wichtiger Anreiz für die Entwicklung von Interventionen zur Optimierung der Versorgung insbesondere bei chronischen Erkrankungen.

Aktuell existiert ein gewisser Widerspruch in den ökonomischen Interessenslagen der Beteiligten. Entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag versuchen die Pflege- und Krankenkassen grundsätzlich, mit den vorhandenen Beitragsmitteln die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Dabei steht unter gegenwärtiger Gesetzes- und Haushaltslage die kurzfristige Kostenreduzierung bzw. Kostenvermeidung im Vordergrund. Insbesondere Krankenkassen sind vorrangig nur auf ein Geschäftsjahr orientiert, um einen möglichen Zusatzbeitrag und damit Mitgliederverluste zu vermeiden. Der Blick auf sinnvolle und langfristig effizientere Entscheidungen wird oft verstellt. Aus dem Blickwinkel von pflegenden Einrichtungen und den Pflegekassen sollten viele Aktivitäten aller Beteiligten aber eher an einer mehrjährigen Perspektive orientiert sein. Insofern kommen Maßnahmen, die längerfristig den Pflegeaufwand verhindern oder mindern, derzeit kaum vor. Die Folge: Der Finanzbedarf steigt, obwohl nicht zwingend nötig. Gleichzeitig werden mögliche Interessen der Pflegekasse, die aktuelle Absichten der Krankenkasse nicht ausdrücklich bedienen, mit der Kraft des größeren Partners schlichtweg be- oder gar verhindert.

Aus Sicht der BMC-Projektgruppe kann die Dynamik bei der Entwicklung der Integrierten Versorgung durch entsprechende Einbeziehung der Pflege durchaus weiter belebt werden. Ein veränderter gesetzlicher Rahmen kann zu einer sektorenübergreifenden Versorgung in hoher Qualität viel beitragen. Eine erste Anpassung des § 92 b SGB XI wäre ein wichtiges Signal. Weitere Anpassungen sind denkbar und wünschenswert, bedürfen aber noch der vertiefenden Diskussion mit dem BMG, da mehrere Bereiche der Sozialgesetzgebung berührt werden. BMG und BMC haben sich darauf verständigt, den begonnenen konstruktiven Dialog fortzusetzen.

Die BMC-Projektgruppe wird geleitet von Ralph Lägel, MBA (Pfizer Pharma) und koordiniert von Uta Heidenblut, (BMC-Vorstandsreferentin).

Weitere Teilnehmer der Projektgruppe sind:

- Dr. Leander Fortmann (B-LUE Management Consulting GmbH)
- Antje Frischmann (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns)
- Dr. Christoph Heinemann (Eisai GmbH)
- Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG/BMC-Vorstand)
- Stefanie Kasper (ERGO Versicherungsgruppe AG)
- Dr. Clemens Kuhne (KKH-Allianz)

- Dr. Niels Maderlechner (B-LUE Management Consulting GmbH)
- Dr. Lars Mühlenhoff (B-LUE Management Consulting GmbH)
- Thomas Nöllen (SpectrumK)
- Dr. Udo Richter (n:aip Deutschland GmbH)
- Evelyn Rohde (assist GmbH)
- Dr. Monika Roth (Gesundes Kinzigtal GmbH)
- Christina Thole (Arbuma Consulting GmbH)
- Andrea Wilhelmi (MediPlaza AG)

Neue Geschäftsmodelle in der gemeinsamen ambulanten und stationären Versorgung

Moderne Kooperationsformen über die gesamte Versorgungskette unter einem Dach oder als Allianzen in einer Hand sind das Zukunftsmodell im Gesundheitswesen. Neben ausreichenden strukturellen Veränderungen im Krankenhausbereich sowie auf vertragsärztlicher Seite erfordern komplexere Kooperationsvereinbarungen den Ersatz der bisherigen Bedarfsplanung durch kleinräumige Versorgungsplanung sowie eine bessere IT–Vernetzung. Darin waren sich die rund 40 Teilnehmer der Arbeitsgruppe „Prozess- und IT-Management" einig. Neue Geschäftsmodelle in der gemeinsamen ambulanten und stationären Versorgung standen im Zentrum der Vorträge und Diskussionen. Für den BMC ist dieses eines der wegweisenden Themen im Versorgungsmanagement der Zukunft.

In seinem Vortrag zur sektorenübergreifenden Versorgung machte Dr. Klaus Heidelberg als Geschäftsführer der proDIAKO Krankenhausgruppe deutlich, wo die aktuellen Chancen und Hindernisse neuer Versorgungsmodelle liegen. Primäres Ziel der proDIAKO ist es, an den Standorten ein regional vernetztes Leistungsangebot von der Prävention über die Akutbehandlung – sowohl ambulant als auch stationär – bis hin zur Rehabilitation und Pflege anzubieten. Durch den Zusammenschluss von Standorten schafft proDIAKO somit kooperative Partnerschaften unter gesellschaftsrechtlichen Bedingungen und eine Basis für effiziente regionale Versorgungssysteme. Zusätzliche Vorteile bietet das proDIAKO-Casemanagement als integriertes Versorgungsmanagement. Es ermöglicht neben der Abbildung indikationsbezogener Behandlungsketten auch prozessoptimierte Abläufe, IT-gestützte Kommunikation und umfassende Patienteneinbindung.

Dr. Felix Cornelius, Geschäftsführer der goMedus GmbH&Co. KG präsentierte die Entwicklung neuer Strukturen für die optimale medizinische Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich sowie Ideen für netzwerkbasierte Tarife als Basis für die Kooperation von PKV und GKV. Durch den Aufbau von Gesundheitszentren und eines bundesweiten Fachärztenetzes in deutschen Großstädten hat goMedus neue Versorgungsstrukturen etabliert, durch die die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden kann. Beweisen sich die Netze in der Praxis, kann Einfluss auf die Krankenhäuser genommen werden.

Dr. Dominik Graf von Stillfried vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland in Berlin veranschaulichte die Chancen neuer Geschäftsmodelle zur sektorenübergreifenden Versorgung aus Sicht des KV–Systems. Strategische Optionen für Krankenhäuser sollten aus KV–Sicht nicht die Konzentration in regionalen Märkten sein, sondern die Etablierung der Häuser durch organisatorische ggf. räumliche und klinische Integration als unverzichtbarer Teil einer Versorgungskette. Das Versorgungsebenenkonzept der KBV liefere hierfür die Grundlage.

Die aufgezeigten Erfahrungen zeigen, dass neue Versorgungskonzepte in einer vernetzten ambulanten und stationären Versorgung ein hohes Maß an Potenzial zum Brückenbau zwischen den Sektoren bieten. Nur so kann der Patient schnell und unkompliziert durch eine hochwertige und effiziente Behandlung geführt werden. Die Vernetzung der Sektoren bringt auch Anforderungen an die Informationstechnologie mit sich, die bei der Gestaltung neuer Versorgungskonzepte zu berücksichtigen sind. →

Berichte aus den Arbeitsgruppen

← Die Elektronische Gesundheitsakte (EGA) — Top oder Flop? Welchen Mehrwert bringt die EGA für die Patientenversorgung ?

Die wachsende Bedeutung von E-Health führt zum Umdenken hinsichtlich der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Elektronische Gesundheitsakten gibt es von vielen Anbietern. Patienten wünschen sich, ihre Daten aus Praxis- oder Kliniksystemen übernehmen zu können. Wie und mit welchen Instrumenten neue Versorgungssysteme in den Markt gebracht werden und welche Rolle die EGA dabei spielt, stand in diesem Jahr ebenfalls im Fokus der AG Prozess- und IT-Management.

Eine Vielzahl von Projekten hat sich die Verbesserung der Kommunikation vor allem zwischen ambulantem und stationärem Bereich zwar zum Ziel gesetzt. Ebenso setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass eine effektive und kontinuierliche Versorgung von Patienten durch ein sektorenübergreifendes Behandlungsmanagement und IT-gestütztem Austausch von Patientendaten ein dazu notwendiges Instrument sind. Die Rolle des „mündigen Bürgers" jedoch wird in diesem Szenario meist noch unterschätzt.

Das Projekt EGA–NRW schickt sich seit Dezember 2007 an, diese Probleme zu lösen. Beteiligt sind zwei Ärztekammern, zwei Kassenärztliche Vereinigungen, eine Krankenhausgesellschaft, 23 Unternehmen, vier Forschungseinrichtungen, sechs Kostenträger und eine Datenschutzorganisation. Das Projekt wurde auf Initiative des NRW-Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales ins Leben gerufen.

Verschiedene Anbieter haben heute Softwaresysteme auf dem Markt, die Patienten und Versicherten erlauben, ihre persönlichen Gesundheitsdaten in einer elektronischen Akte zu verwalten. Kostenträger kooperieren mit einigen dieser Anbieter in Pilotprojekten, um ihren Mitgliedern eine solche Akte zur Verfügung zu stellen. Das „Befüllen" dieser Gesundheitsakten von Hand ist jedoch zeitaufwendig und beeinträchtigt daher die breite Akzeptanz dieser Systeme.

Standardisierte Schnittstellen, die die Datenübernahme aus Krankenhausinformations- und Praxisverwaltungssystemen ermöglichen, könnten hier Abhilfe schaffen, erklärte Dr. Klaus Juffernbruch von der Cisco Systems GmbH. Über diese Schnittstellen könnten auch Daten aus einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakten übernommen werden. All dies wäre für den Nutzer der Akte eine enorme Vereinfachung und würde Versicherte unterstützen, die gerne ihre Krankengeschichte selbst verwalten möchten.

Der von der Firma Desitin Arzneimittel GmbH entwickelte Elektronische Anfallskalender „EPIVISTA" für Epilepsie-Patienten, geht über bisherige Ansätze hinaus. Dieser Kalender beweise, so Dr. Thomas Peckmann, Healthcare Manager bei Desitin, dass eine elektronische Gesundheitsakte sowohl als Informations- als auch als Kommunikationsmedium für den Patienten dienen kann. Das Ziel: dem Patienten selbst die Möglichkeit zu geben, seine elektronische Gesundheitsakte zu führen sowie diese via Internet abrufen und pflegen zu können, unabhängig von Ort und Zeit. Epivista unterstützt die strukturierte Datenablage, hat ein differenziertes Zugriffsmanagement, eine Erinnerungsfunktionen und ermöglicht die Kommunikation über Schnittstellen.

Erfolgsversprechende Konzepte liegen also auf dem Tisch. Es hapert bei der Umsetzung. Mit dem derzeitigen sektoralen Finanzierungssystem ist eine bundesweite Standardisierung der EGA allerdings kaum möglich. Zum Einen wird niemand ohne Weiteres in Technologie investieren. Zum Anderen entsteht ohne Veränderung der Versorgung durch neue Versorgungsmodelle nicht der nötige Druck in Standardisierungen zu investieren. Entscheidend ist, dass Anreize für eine effektive Zusammenarbeit geschaffen werden. Die neuen Geschäftsmodelle in der Versorgung existieren bereits, wachsen und müssen für die Leistungserbringer über den Weg, Verträge schließen zu können, integriert werden.

BMC Regional

Leitung: Dr. Peter Wigge, Dr. Thomas Hilse

Seit nunmehr 13 Jahren setzt sich der BMC als pluralistischer Verein auf Bundesebene für innovative Systementwicklung im Gesundheitswesen ein. Aber Gesundheitsversorgung heißt in erster Linie Versorgung vor Ort. So sind viele Akteure im deutschen Gesundheitsmarkt in erster Linie regional engagiert. Deshalb war es konsequent, dass der BMC den Schritt in die Region gemacht hat und diesen Akteuren die Möglichkeit gibt, ihre Kompetenz in die Diskussion um die Entwicklung eines innovativen und zukunftsfähigen Gesundheitswesens einzubringen. In Nordrhein-Westfalen hat der BMC den Startpunkt für seine Regionalisierung als Pilotphase gesetzt.

Vier Ziele hat sich BMC-Regional für die nächsten Jahre gesetzt:

1) Erhöhung der Innovationsfähigkeit des Gesundheitssystems

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung wird dadurch bestimmt, in welcher Weise innovative Ideen, Produkte und Dienstleistungen aufgenommen werden. Die Umsetzung von Innovationen, Lösungen, Produkten und Dienstleistungen ist unter den gegenwärtigen Bedingungen in vielfältiger Hinsicht gehemmt. BMC Regional NRW wird daran mitwirken, innovativen Ideen in NRW eine faire Chance zu ermöglichen.

2) Förderung der Kooperationskultur in der Region

Viele Managed-Care Modelle bilden den formalen Rahmen für eine qualifizierte Kooperationskultur zwischen den Sektoren, den Leistungsanbietern und insbesondere den Professionen. Die Qualität der Kooperation wird durch regionale Faktoren bestimmt und lässt sich durch vertrauensbildende Maßnahmen, gemeinsame Unternehmensziele, positive Kooperationserfahrungen genauso fördern, wie durch entsprechende Bildungsanstrengungen in den unterschiedlichen Berufen.

3) Regionale Identität stärken

Das deutsche Gesundheitswesen in den letzten 20 Jahren ist gekennzeichnet gewesen, durch überwiegend zentral staatliche Eingriffe. Die Versorgung selbst wird vom Bürger und vom Patienten allerdings lokal, regional bzw. landesweit erlebt. BMC-Regional NRW wird sich dafür einsetzen, die Qualität der Versorgung, die Kooperationskultur und die Verantwortung in regionalen, lokalen Kontexten zu fördern.

4) Investive Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung fördern

Nur eine langfristig ausgerichtete Zusammenarbeit in den Regionen auf der Basis von Vertrauen lässt organische Innovationsprozesse entstehen. Dazu gehört auch, dass Leistungen für die Bürger transparent sind, dass Veränderungen und Innovationen fair bewertet werden können (Versorgungsforschung) und dass im lokalen Kontext sich Investitionen in die Eigenverantwortung der Bürger (Prävention) langfristig lohnen.

Werkstatt Managed Care NRW

Im Rahmen einer „Werkstatt Managed Care NRW" sollen Mitgliedern des BMC, aber auch Dritten, folgende Möglichkeiten eröffnet werden:

- → Vorstellung regionaler Versorgungsprojekte mit anschließender Reflexion und Diskussion der Versorgungsidee in der BMC-Gruppe;
- → Unterstützung bei der Verschaffung von Erstkontakten und der Partnersuche;
- → Möglichkeit der Inanspruchnahme von (kostenpflichtigen) Beratungsangeboten der BMC-Mitglieder oder Dritter bei Bedarf.

Die aktuellen Termine sowie die Kontaktdaten für BMC-Regional NRW finden Sie unter: http://www.bmcev.de/BMC-Regional.366.0.html

Versorgungspotentiale noch nicht ausgeschöpft

BMC-Regional NRW trifft sich zur 2. Fachtagung in Dortmund – Mehr als 90 Teilnehmer

Ermutigt und bestärkt durch den Erfolg der ersten Fachtagung im Herbst 2009 in Münster hat BMC-Regional NRW seine Aktivitäten auch auf diesem Feld im Jahr 2010 fortgesetzt. Die Potentiale und Perspektiven innovativer Vertrags- und Versorgungsformen in der Region NRW standen auf der 2. Fachtagung in Dortmund im Fokus. An praktischen Beispielen und Erfahrungen diskutierten die Referenten mit den mehr als 90 Teilnehmern, unter der Leitung von Rechtsanwalt Dr. Peter Wigge und Dr. Thomas Hilse, Leiter Versorgungsmanagement der DKV Deutsche Krankenversicherung AG. Neben den Krankenkassen als Vertragspartner präsentierten Arztnetze und regionale Verbünde ihren eigenen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation. Dienstleister und Berater gaben Handlungsempfehlungen für andere Projekte. Gleichzeitig hatten die Teilnehmer der Tagung anhand von gezielten Fragen die Möglichkeit, ihre Einschätzungen zu aktuellen Strukturfragen des deutschen Gesundheitssystems abzugeben.

Vom Payer zum Player – aber wie?

Die Analyse von Dr. Heinz Giesen, Dezernatsleiter Verträge bei der IKK Signal-Iduna, kann nicht überraschen: „Die Rahmenbedingungen für Krankenkassen haben sich grundlegend geändert." Ob Strukturverträge, Hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung, europaweite Ausschreibungen oder neue Möglichkeiten der Produktentwicklung erfordern neue Strategien. Um einen positiven Deckungsbeitrag je Versicherten zu erzielen, ist das aktive Versorgungsmanagement der kritische Erfolgsfaktor im Wettbewerb der Krankenkassen. Allerdings ist die Zielgruppe des Versorgungsmanagements schwierig zu definieren. Erschwerend kommt hinzu, dass bei fehlendem „Innovationsbudget" „first mover"-Effekt nicht immer positiv sein muss.

„Kundenorientierung als Service-Versprechen" lautet die Strategie der IKK-Iduna. Kunden sind für Giesen Versicherte und Leistungserbringer gleichermaßen. Beide Gruppen müssen das im Selektivvertrag definierte Versorgungsangebot akzeptieren. Die Idee: den Mehrwert bei jedem Kontakt erlebbar machen. Die Antwort der IKK Signal Iduna auf diesen Anspruch ist ein Versorgungswahltarif. Vorteile des Versicherten sind Befreiung von der Praxisgebühr beim Haus- oder Facharzt sowie eine Gesundheitsprämie von bis zu 100 Euro bei gesundheitsbewusstem Verhalten und aktiver Teilnahme. Den Leistungserbringern winkt nicht nur eine verlässliche Vergütung in Euro. Gleichzeitig entfallen Budgetierung, Fallzahlbegrenzung und Abstaffelung. Faktoren wie die Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen oder Doppeluntersuchungen sollen am Ende für die Kasse die Refinanzierung gewährleisten. Ein nicht risikofreies Unterfangen, wie auch Giesen einräumt, weswegen die Innovationsbereitschaft bei den Krankenkassen mitunter doch gehemmt scheint. Für 84 Prozent der Tagungsteilnehmer jedenfalls haben die Kassen den Wandel vom Payer zum Player noch nicht vollzogen, auch wenn wiederum 70 Prozent den Kassen durchaus ein ernstes Interesse an Selektivverträgen unterstellen.

Denkblockaden lösen – Transparenz schaffen

Dabei gibt es für die Praxisnetzberaterin Claudia Schrewe gewichtige Gründe für die Kostenträger Selektivverträge mit niedergelassenen Ärzten abzuschließen. Mehr als 80 Prozent der GKV-Ausgaben werden durch Ärzte veranlasst. Als weitere Argumente nennt Schrewe den Selektivvertrag als Marketinginstrument zur Gewinnung von Neukunden sowie die Abbildung von Morbi-RSA Diagnosen. Stellt man jedoch dieselbe Frage in die andere Richtung fallen die Zweifel – zumindest bei den Teilnehmern der Fachtagung – deutlicher aus. Nur knapp die Hälfte unterstellt der Ärzteschaft ein ernsthaftes Interesse an Selektivverträgen. Aber auch für niedergelassene Ärzte ist der Trend in diese Richtung kaum mehr aufzuhalten. Schrewes Prognose: im Jahr 2015 wird mehr als die Hälfte des Einkommens einer Arztpraxis aus Selektivverträgen bestritten.

Man wird sich also an einen Tisch setzen und partnerschaftlich verhandeln müssen, um gegenseitige Vorbehalte abzubauen. Besonders hier sieht Schrewe Nachholbedarf. Noch seien die Verträge allzu kassenspezifisch ausgestaltet. Die Konkurrenzsituation der Kassen forciere viele Einzelverträge. Die Anzahl möglicher Patienten sei zu gering, und am Ende falle die Übersicht schwer. Das erhöht nicht gerade die Transparenz. Ein offensichtliches Grundproblem des niedergelassenen Bereichs. Nur einer der befragten Kongressteilnehmer hält den ambulanten Gesundheitsmarkt für transparent. Hinzu kommt eine emotionale Komponente auf beiden

Seiten: die immer noch verbreitete Sorge der Ärzte vor Fremdbestimmung und wachsender Bürokratie. Gleichzeitig sehen Kassen in Ärzten häufig nicht den Versorgungspartner sondern den Verhandlungsgegner, der nur an den eigenen Geldbeutel denke. Erst ein offener Dialog der Parteien ermögliche eine Interessensvertretung beider Seiten, so das Fazit der Netzberaterin. Nur mit dem Blick auf den Verlauf des Behandlungsprozesses und dessen Steuerung gebe es eine Perspektive für alle.

Ideell-emotionale Befindlichkeiten und organisatorisch-wirtschaftliche Notwendigkeiten zusammenzuführen, das hat sich die KVWL Consult zur Aufgabe gemacht. „Wir unterstützen und begleiten die potentiellen Vertragspartner von der Vertragsentwicklung bis zur Vertragsabwicklung." erläuterte Gesundheit-Netzmanagerin Anne Heger. Sie hat vor allem drei Erfahrungen gemacht. Die frühzeitige Einbindung aller Beteiligten erhöht die Akzeptanz eines IV-Vertrags. Neben einem durchdachten medizinischen Konzept bedarf es schlanker Abwicklungsmechanismen. Das erhöht den Organisationsgrad. Und schließlich bedarf es klarer Handlungsvorgaben, wenn nicht alles planmäßig läuft.

Nur so könne die Motivation gehalten, gegebenenfalls sogar gesteigert werden, so Heger. Die KVWL Consult sieht sich hier nicht nur als reiner Abrechnungsdienstleister, obwohl verständliche Abrechnungsunterlagen und möglichst niedriger Abrechnungsaufwand allein schon die Transparenz erhöhen. Allerdings ist für Anne Heger ein IV-Vertrag mehr als eine Versorgungsidee plus Finanzierungsmodell. Jeder IV-Vertrag benötigt eine gemeinsame und ein von allen gelebtes Konzept.

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt Dr. Peter Westebbe. Er ist Leiter der Synthema Institut für angewandte Kommunikation und Sozialforschung GbR. Sein Institut hat vor zehn Jahren die ersten Gründungen von Ärztenetzen begleitet und untersucht. Seine Analyse: „Die Begeisterung vieler der damaligen Netzärzte beruhte auf der Vorstellung, sie könnten die medizinische Versorgung in ihrem Sinne ändern." Am Ende habe man sich aber in genau den Organisationsformen wieder gefunden, die man doch eigentlich hatte verlassen wollen. Die Gründung vieler Arztnetze sei von eher emotionalen, zum Teil illusionären Motiven getragen worden, die dann der Wirklichkeit nicht standhielten. „Es genügte nicht, das Gute zu wollen, es war auch nötig, dafür viel zu tun."

Diese Erfahrung mindert jedoch nicht Westebbes Optimismus. Seiner Überzeugung nach gehört der Integrierten Versorgung die Zukunft. Die niedergelassenen Ärzte werden sich ihre eigenen Netzwerke schaffen und mit Fachkollegen sowie medizinischen Einrichtungen kooperieren. Damit dies gelinge, müsse man aus der Vergangenheit lernen. Unabdingbar seien eine funktionierende Kommunikationsstruktur sowie die Etablierung einer selbstkritischen Fehlerkultur. Sein Fazit kommt einem Appell gleich: „Wir alle werden die integrierte Medizin in Zukunft wahrscheinlich mehr brauchen als wir uns das heute vorstellen können." Dass Westebbe mit seiner Zuversicht nicht ganz falsch liegt, zeigt auch die Befragung der Teilnehmer. 84 Prozent würden, wenn Sie Arzt wären, einem regionalen Verbund beitreten. Fast ebenso viele glauben, dass nicht nur der ideelle sondern auch der finanzielle Aspekt eine Rolle für den Beitritt spielt. Und wiederum nur zwei haben Zweifel, dass die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen umsetzbar sei.

Die OptiMedis AG blickt mittlerweile auf langjährige Erfahrung im Aufbau und Management Integrierter Versorgungssysteme zurück. Zur Überprüfung des Erfolgs Integrierter Versorgung seien umfassendes Controlling und Datenanalyse unumgänglich, erklärte Chef-Controller Alexander Pimperl. Das gilt für alle Wirtschaftssektoren und für den Gesundheitsmarkt nicht minder. Gleichzeitig schafft Erfolgskontrolle umfassende Transparenz und fördert die Motivation. Man weiß, was man erreicht hat und was (noch) nicht.

Zur Evaluation greift die Managementgesellschaft auf einen umfassenden Datenpool zurück. Er speist sich aus den Daten der Krankenkassen, der Beteiligten und der lokalen Managementgesellschaft. Zum Abgleich werden Daten aus einer Kontrollgruppe herangezogen. Im Gesunden Kinzigtal sind dies zum Beispiel die nicht in den IV-Vertrag eingeschriebenen Versicherten der beteiligten Krankenkassen. Rückschlüsse auf einzelne Patienten sind nicht möglich. Die Daten werden im Laufe des Verfahrens pseudonymisiert und bis auf einzelne Indikationen verfeinert, so dass am Ende der Gesundheitszustand einer Patientengruppe mit der analogen Kontrollgruppe einerseits und die jeweilige Kostenstruktur →

Versorgungspotentiale noch nicht ausgeschöpft

← andererseits miteinander verglichen werden können. Damit sind Krankheits- und verlaufsbezogene Auswertungen möglich und ein Lernen bzgl. der Effektivität einer Intervention.

Die Praxis zeigt: „Es geht"

Dass Berufsgruppen übergreifende Kooperationen und integrierte Versorgung möglich sind und erfolgreich arbeiten können, zeigen drei Beispiele, die auf der Tagung präsentiert wurden. Das Projekt „Lippe in Form", der „Herzinfarktverbund Essen" und das „solimed – Ärztliches Qualitätsnetz Solingen".

Die Ärztenetz Lippe GmbH hat mit dem Projekt „Lippe in Form" der Fettleibigkeit den Kampf angesagt. Die Bundesrepublik hat im EU-Vergleich die meisten Übergewichtigen. Bei den Fettleibigen belegen die Deutschen Platz 4 (23,3 % Frauen) und Platz 6 (22,5 % Männer) im europaweiten Ranking. Der Kreis Lippe macht da keine Ausnahme, auch wenn die Quote von 20 % einen Hauch unter dem bundesweiten Schnitt liegt. Jedes Standortteam besteht neben einem Facharzt für Ernährungsmedizin aus Verhaltens-, Sport- und Ernährungstherapeuten, die die Projektteilnehmer umfassend betreuen, erklärte die Projektmanagerin Regina Eckel. Ebenso in die Kooperation eingebunden sind Gesundheitsanbieter vor Ort das Klinikum Lippe für die wissenschaftliche Begleitung sowie weitere Facheinrichtungen wie die Klinik für gestörtes Essverhalten in Bad Oeynhausen. Pharma Firmen unterstützen das Projekt finanziell, unabhängig vom Einsatz von Medikamenten. Das Programm wird stetig anhand der Kassendaten evaluiert, die Betreuerteams kontinuierlich geschult und die Teilnehmer regelmäßig befragt. Im Oktober 2009 ist „Lippe in Form" als Pilotprojekt gestartet. Ab Herbst dieses Jahres soll mit „Lippe off smoke" das nächste Präventionsprojekt an den Start gehen.

Mit dem Herzinfarktverbund Essen wurde 2004 rheinlandweit erstmalig ein Vertrag zur Integrierten Versorgung von Herzinfarktpatienten geschlossen. Diese, für Deutschland beispielhafte, Kooperation zwischen kardiologischen Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Kardiologen und Hausärzten, der Stadt Essen und verschiedenen Kostenträgern hatte zum Ziel, die Behandlung von Patienten mit akutem Herzinfarkt zu verbessern. Seit seiner Gründung diente der Herzinfarktverbund wiederholt als Modell für andere, regionale Versorgungsnetzwerke in Deutschland und wurde 2006 mit dem renommierten Innovationspreis Ruhr ausgezeichnet. Eine der beteiligten Einrichtungen ist die Klinik für Kardiologie und Angiologie am Elisabeth-Krankenhaus in Essen. Deren Leiter Prof. Dr. Georg V. Sabin verwies nicht ohne Stolz auf die Ergebnisse der vergangenen Jahre: „Das Modell des Herzinfarktverbundes Essen zeigt, dass in einer Großstadt mit knapp 600.000 Einwohnern eine leitlinienkonforme STEMI-Therapie mit pPCI flächendeckend umsetzbar ist." In knapp zwei Drittel der Fälle konnte im ersten Jahr der vorgegebene Kontakt-bis-Ballon Zeit von weniger als 120 Minuten realisiert werden. Patienten mit sehr kurzen Kontakt-bis-Ballon Zeiten zeigten einen Trend zu einer niedrigeren 30-Tage-Sterblichkeitsrate. Ergebnisse, die ohne integriertes Versorgungsmodell wohl nur schwer zu erreichen sind.

Ein gutes Beispiel für neue Kommunikationskultur ist „solimed – Ärztliches Qualitätsnetz Solingen". 2004 gegründet, gehören solimed fachübergreifend mittlerweile 143 Mitglieder an. Das Ärztenetz hat damit einen Marktanteil von 48 Prozent. solimed hat in den vergangenen sechs Jahren eine handlungsfähige Firmenstruktur etabliert, mit aktiven Ärzten, professionellem Netzmanager als Vollzeitkraft und einem Netzbüro als Servicezentrale. Fundament der Kommunikationskultur sind verbindlich definierte Ziele und Standards, ein einheitliches Qualitätsmanagement, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlungspfade, gemeinsame Schulungen sowie gegenseitige Unterstützung und Verbindlichkeit innerhalb des Netzes. Darauf setzt eine umfassende IT-Infrastruktur auf. Diese beinhaltet den komplett automatisierten Datenaustausch zwischen Netzärzten und Kliniken. Alle Praxen wurden umgestellt auf einheitliche EDV/AIS: MCS-Isynet. Die Vernetzung erfolgt über die dezentrale Netzakte comdoXX. Ein Zentralserver zur Sammlung medizinischer Daten kommt aus Gründen der Datensicherheit nicht zum Einsatz. Darauf legt solimed-Geschäftsführer Dr. Stephan Kochen gesteigerten Wert. Die IT-Infrastruktur ist durch den TÜV zertifiziert. Die Wartung erfolgt eigens über einen solimed–EDV-Techniker. Im vergangenen Jahr wurde solimed mit dem Innovationspreis der Ärztekammer Nordrhein und dem zweiten Platz beim Gesundheitspreis des Landes NRW ausgezeichnet.

Transparenzberichte Pflege

BMC Regional NRW sorgt für „Aufklärung“

Mehr Transparenz bei den Qualitätsprüfungen in der Pflege war das Ziel des Praktikerseminars von BMC-Regional Ende Mai 2010. Wie sehr dieses Thema die Akteure umtreibt, belegt nicht zuletzt die hohe Beteiligung aus der gesamten Pflegebranche. Namhafte Referenten waren in den Technologiehof nach Münster gekommen, um ihre Sicht auf die nicht unumstrittenen Transparenzberichte und deren Veröffentlichung zu präsentieren, darunter mit Dr. Matthias v. Schwanenflügel auch ein hochrangiger Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen dabei die Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie das Verhältnis zwischen den verschiedenen Prüfeinrichtungen. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 hat der Gesetzgeber in §115 SGB XI die Veröffentlichung der Pflegetransparenzberichte im Internet angeordnet. Auf diese Weise soll mehr Transparenz in die Leistungen und Qualität der stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sichergestellt werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Veröffentlichung fehlerhafter Transparenzberichte für vorbildlich geführte Pflegeeinrichtungen erhebliche wirtschaftliche und rufschädigende Auswirkungen haben können.

Der regen Diskussion mit dem Auditorium stellten sich Vertreter des MDK, der Landesverbände der Pflegekassen, der Sozialbehörde und des Bundesministeriums für Gesundheit. Darüber hinaus kamen auch Verantwortliche von Einrichtungsträgern sowie Juristen zu Wort. Dem Ziel, die unterschiedlichen Erwartungen an das neue Instrumentarium der Qualitätsprüfung in der Pflege vorzustellen und gegenseitiges Verständnis für die einzelnen Positionen zu vermitteln, wurde die Veranstaltung mehr als gerecht.

Pflege-TÜV so nicht zulässig

Mehr als nur bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch eine Entscheidung des Sozialgerichts Münster vom Spätherbst vergangenen Jahres. Das Gericht hat den Pflege-TÜV in seiner gegenwärtigen Form und die Veröffentlichung der Ergebnisse im Internet für unzulässig erklärt. Das hat die Medizinrechtskanzlei Wigge jetzt mitgeteilt. „Für unsere Mandanten sind solche Veröffentlichungen nicht hinnehmbar!“, erklärte Dr. Michael Ossege von der Rechtsanwaltskanzlei Wigge. Die Kanzlei ist Mitglied im Bundesverband Managed Care und hatte das Verfahren vor dem Sozialgericht Münster begleitet. Kanzlei-Chef Dr. Peter Wigge ist Mitglied im Vorstand des BMC.

Das Sozialgericht hält die Bewertungskritierien für ungeeignet und stützt sich u. a. auf eine Studie, die vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen in Auftrag gegeben wurde. „Das Besondere an dieser Entscheidung ist, dass zum ersten Mal in Deutschland gegen den Pflege-TÜV im Rahmen eines Urteils entschieden wurde.“, so Dr. Ossege weiter.

Der Pflege-TÜV war 2008 im Zuge der Reform der Pflegeversicherung eingeführt worden. Dabei prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und bewertet diese nach Schulnoten. Die Ergebnisse werden anschließend in sogenannten Transparenzberichten zusammengefasst und im Internet veröffentlicht. Der Pflege-TÜV sorgte bereits vor seiner Einführung für Unmut bei den Pflegeeinrichtungen. Auch unter Experten wird das Bewertungssystem als unzureichend und als „ergebnisverfälschend“ eingestuft.

Impressionen vom BMC-Kongress

Fotografien: Marko Priske

Die USA auf gesundheitspolitischem Reformkurs

15-köpfige Delegation aus Deutschland und der Schweiz gewinnt tiefe Einblicke in die aktuelle amerikanische Diskussion

Das Gesundheitssystem in den USA ist eines der kostspieligsten der Welt. Trotz der hohen Kosten wenig Nutzen will man meinen, wenn man sich die Zahlen der Nichtversicherten anschaut – 32 Millionen Bürger der USA leben ohne Krankenversicherungsschutz. Die Wende kam im Frühjahr 2010, als Präsident Barack Obama den „Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) unterzeichnete. Die Delegation des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC) und des Schweizer Verbandes Forum Managed Care (FMC) diskutierten auf ihrer viertägigen Studienreise nach Boston im September 2010 intensiv mit namhaften Referenten u. a. des Gesundheitsministeriums, der Harvard University, der Harvard Medical School, des Mass. General Hospitals, Accenture und Medco über die Chancen und Risiken der Reform.

PPACA und ACOs

Der „Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) ermöglicht nunmehr jedem Amerikaner stufenweise Zugang zu einer Krankenversicherung. Bis 2019 sollen nach Berechnungen des „Congressional Budget Office" 32 Millionen Amerikaner zusätzlich abgesichert sein, so dass in Zukunft fast 95 % der Bevölkerung Krankenversicherungsschutz genießen. Ab 2014 wird eine Grundversicherung für jeden Bürger Pflicht. Nichtversicherten droht dann eine Strafe in Höhe von bis zu 2,5 % ihres Einkommens. Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten werden ab 2014 dazu verpflichtet, ihren Mitarbeitern eine Krankenversicherung anzubieten. Noch in diesem Jahr werden die Kinder die größten Nutznießer des Gesetzes sein. Eltern können ihre Kinder bis zum Alter von 26 Jahren in ihre Familienversicherung aufnehmen. In vielen Bundesstaaten liegt diese Grenze bislang bei 19 oder 20 Jahren. Den Versicherern winkt dadurch ein Zusatzgeschäft gerade bei Jüngeren. Die Erwachsenen können erst ab 2014 vom Gesetz profitieren. Seit Einführung der Krankenversicherungsprogramme für Pensionäre und Bedürftige, Medicare und Medicaid vor 45 Jahren, ist dies die größte Reform in den USA. Das bisherige staatliche System Medicaid für Geringverdiener wird erheblich ausgeweitet. Unterstützung erhalten nun auch Familien mit einem Jahreseinkommen bis 88.000 USD (65.000 Euro). Der im Kern private Markt für Krankenversicherungen in den USA bleibt mit der Reform jedoch erhalten. Die ursprünglich geplante zusätzliche gesetzliche Versicherung wurde nicht umgesetzt. Letztendlich geht es um die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten in den Krankenversicherungen, wie der Einführung einer Reihe unterschiedlicher Leistungspakete von „Bronze"(übernimmt 60 % der Kosten) bis „Platin" (übernimmt 90 % aller Kosten). Finanziert wird die Gesundheitsreform durch weniger Ausgaben im Medicare-Programm und durch höhere Steuern und Abgaben. Amerikaner mit einem zu versteuernden Jahreseinkommen von 200.000 USD und mehr müssen einen erhöhten Medicare-Beitrag zahlen. Die Ausweitung des Versicherungsschutzes soll in den ersten zehn Jahren rund 938 Milliarden USD kosten. Hinzu kommen

mehr als 100 Milliarden USD sonstige Mehrausgaben im Bereich der Krankenversicherungen, auch für verbesserte Leistungen.

In 2012 sieht die Reform die Integration von „Accoutable Care Organizations (ACOs)“ vor. Darunter versteht man nachhaltige Organisationsstrukturen für die Integration sektorübergreifender Versorgung. Diese „ACOs“, die ähnlich vielfältig zusammengesetzt sein können wie unsere Integrierten Systeme nach § 140 a SGB V, sollen die Verantwortung für eine hochwertige qualitative regionale Versorgung übernehmen und werden im Gegenzug an den Einsparungen beteiligt. Der amerikanische Gesetzgeber setzt bei den ACOs auf die Überzeugungsfähigkeit der Ärzte und die Einsicht der Patienten. Der Patient muss in das Programm nicht eingeschrieben sein. ACOs verbesserten die Qualität der Versorgung bei konstanten Kosten, so Manuel T. Lowenhaupt, Accenture, Boston.

Transparenz durch Reporting

Um die Transparenz zu erhöhen, sieht die Reform ab 2013 ein neues Reportsystem vor. Eine nationale, öffentlich zugängliche Datenbank, in der pharmazeutische Firmen und Medizingerätehersteller jede Zahlung an Ärzte eintragen müssen, die höher ist als 10 USD. Die Datenbank wird den Namen, die Adresse und das Fachgebiet des Zahlungsempfängers enthalten sowie den Betrag, das Datum, den Anlass der Zahlung und das Produkt, das mit der Zahlung im Zusammenhang steht.

Die Frage, wie Pharmafirmen die Reform unterstützen und wie sie selbst davon betroffen sind, konnte die BMC-Delegation von Mitarbeitern der EMD Serono, Boston sowie des amerikanischen Verbandes der Pharmazeutischen Hersteller „PhRMA“ erfahren. Medical Part D, State Children's Health Insurance Program (SCHIP), Partnership to Fight Chronic Disease (PFCD), coalition with Families USA in 2009 sind nur einige Beispiele für den Beitrag der Industrie. Darüber hinaus hat die Pharmaindustrie zugesichert, den Preis ihrer Produkte von 103 Milliarden USD in den nächsten 10 Jahren zu reduzieren. Es soll Preisnachlässe für verschreibungspflichtige Medikamente von 50 % geben. →

Die USA auf gesundheitspolitischem Reformkurs

Vorreiter Massachusetts

Die Reform lehnt sich an ein 2006 in Massachusetts beschlossenes Gesetz an. Diese umfassende Reform basierte auf dem Grundsatz, dass die Verantwortung für einen allgemeinen Krankenversicherungsschutzes Aufgabe des Staates, der Arbeitgeber und der Bürger ist. Das entscheidende Ziel, möglichst vielen der bisher nicht- oder unterversicherten Menschen einen Krankenversicherungsschutz zu verschaffen, erreichte man, indem Arbeitgeber mit mehr als 10 Beschäftigten verpflichtet wurden, ihren Angestellten eine Krankenversicherung anzubieten oder aber einen dafür notwendigen Geldbetrag (295 USD pro Jahr) zu bezahlen. Wer das nicht macht, muss mit Strafen bis zur Hälfte der Versicherungskosten rechnen. Mit „low-cost products" soll auch möglichst vielen Personen des Bundesstaates eine Versicherung ermöglicht werden. Gleichzeitig sollen die Menschen vor dubiosen Praktiken der Versicherungsgesellschaften geschützt werden. Diese verweigern oft die Kostenübernahme für eine Behandlung oder kündigen im Krankheitsfall den Vertrag.

Welchen Einfluss die Reform auf den „Commonwealth Massachusetts" hat, welche Herausforderungen das Commonwealth bis 2014 bewältigen muss und welche vielfältigen Reformfortschritte die Bürger in Massachusetts zu erwarten haben, erfuhren die Teilnehmer der BMC-Delegation in einem ausführlichen Gespräch mit Ministerin, Secretary Dr. Bigby, Gesundheitsministerium in Boston. Die Regierung subventioniert Privathaushalte, damit diese eine Krankenversicherung kaufen können. Bis zu 19 Millionen Haushalte, die auf den neuen Märkten Versicherungsschutz kaufen, werden im Schnitt mit 6.000 USD im Jahr unterstützt. In 2011 soll das Medicaid-Programm zudem auf eine größere Anzahl von Bürgern ausgedehnt werden und Medicare will ein Präventivprogramm implementieren. Massachusetts kann mit diesen Bausteinen der Reform die niedrigste Rate Nichtversicherter im Land (2,7 Prozent) aufweisen. Viele der Reformen im „Affordable Care Act" (ACA) traten im September 2010 in Form des Versicherungsschutzes in Kraft, den die Einwohner von Massachusetts schon seit langem genießen können. Seit Mai 2009 wurden mehr als 406.000 Menschen staatlich versichert. Ungefähr 190.000 (45 Prozent) davon sind privat versichert.

Die Herausforderung bleibt groß

Es gibt auch Gebiete in den USA, wo der „Affordable Care Act" (ACA) weniger großzügig ist als in Massachusetts. Die verantwortlichen Reform-Workgroups stehen vor der Herausforderung, die Unterschiede künftig einheitlich zu regeln, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern und die Entwicklung neuer Qualitätsstandards zu etablieren. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten sei es Zeit, ein einheitliches Gesundheitssystem in den Vereinigten Staaten zu entwickeln, so die Ministerin. Kritisch bleiben weiterhin die steigenden Ausgaben und die Steuerung der Kosten – eine Herausforderung für alle Akteure. Die Zahl der Nicht-Versicherten soll zwar erheblich sinken, wenn die Hauptbestandteile der Reform in Kraft treten: eine Versicherungspflicht für (fast) alle Einwohner, verknüpft mit Finanzierungshilfen und einer Ausweitung gesetzlicher Versicherungsprogramme. Dieser Teil des Gesetzes tritt erst 2014 in Kraft. Für die überwiegende Zahl der Menschen wird die positive Wirkung der Reform also erst in einigen Jahren spürbar sein. Bis dahin, so die übereinstimmende Meinung, gebe es noch jede Menge wirtschaftlicher Belastungen und finanzieller Schmerzen auszuhalten. Dabei wird aber auch klar, dass trotz der Umsetzung der Reform bis 2019 noch 23 Millionen oder 8% der Gesamtbevölkerung keinen Krankenversicherungsschutz haben werden.

Auch wenn die Gesundheitsversorgung durch die jetzige Reform etwas gerechter wird, rüttelt sie letzten Endes nicht an der Tatsache, dass die Regeln des Marktes weiterhin den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmen.

Internationale Perspektive weiter schärfen

Der BMC hat sich die Förderung der Kontakte seiner Mitglieder zu Partnern im deutschen genauso wie im ausländischen Gesundheitsmarkt zur Aufgabe gemacht. Nach Israel im vergangenen Jahr war Boston das zweite Ziel einer BMC-Studienreise. Sowohl das hohe Interesse der Mitglieder als auch die inhaltliche Qualität haben den BMC in seiner Meinung bestätigt. Der Blick über den nationalen Tellerrand schärft die Perspektive und stärkt den Ideenwettbewerb um gute Versorgungskonzepte. Auch für dieses Jahr ist schon die nächste Studienreise ins Auge gefasst. Voraussichtliches Ziel ist Großbritannien.

Positionen, Themen und Ziele

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.

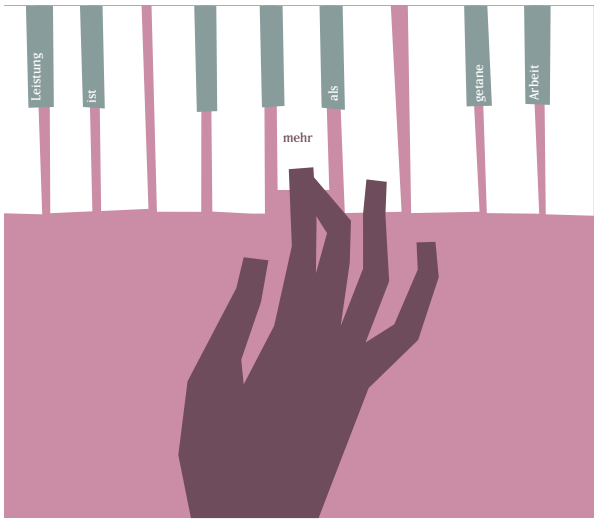
Die Positionen des BMC

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.

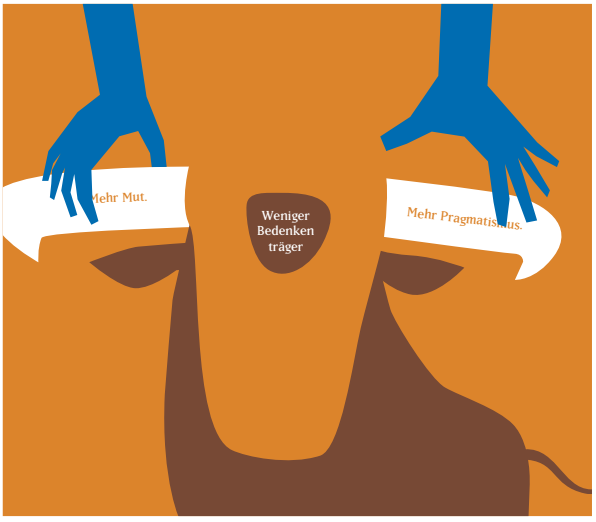
Es geht um die Integration Integrierter Versorgung. Im Mittelpunkt steht für den BMC insbesondere die Verbesserung der Behandlung chronisch Erkrankter (chronic care). Vor allem gilt es, evaluierte erfolgreiche, lokale Pilotprojekte auf andere Regionen zu übertragen und parallel komplexere, populationsbezogene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



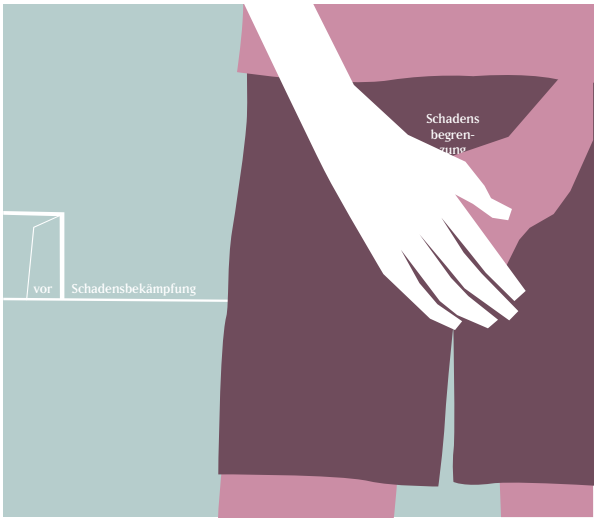
Mehr Mut — Weniger Bedenkenträger — Mehr Pragmatismus

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.



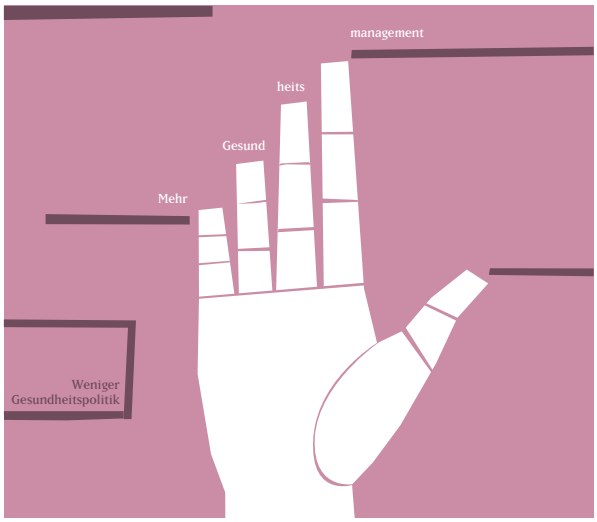
Schadensbegrenzung vor Schadensbekämpfung — Vorrang für Prävention

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 Eigen-verantwortung 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.

Die Positionen des BMC

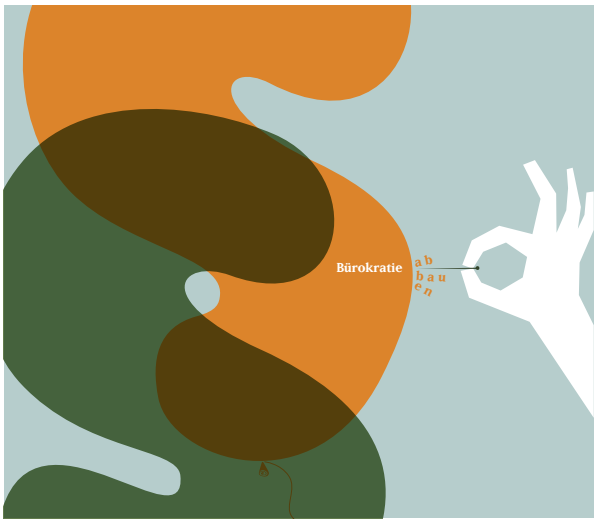


Weniger Gesundheitspolitik Mehr Gesundheitsmanagement

Die Geschichte des deutschen Gesundheitswesens ist geprägt vom Zusammenspiel staatlicher Einflussnahme und Selbstverwaltungs-elementen. 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.



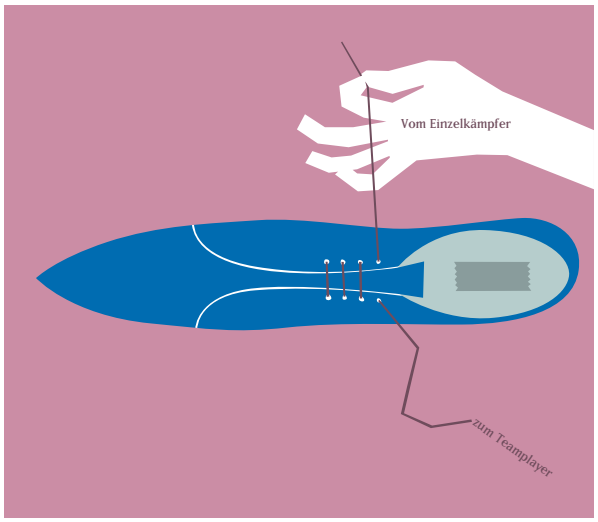
Abbau von Bürokratie

Das deutsche Gesundheitssystem ist geprägt durch einen ungesunden Gegensatz: Formal zugestandene Freiheiten der Akteure (Therapie-freiheit, 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!

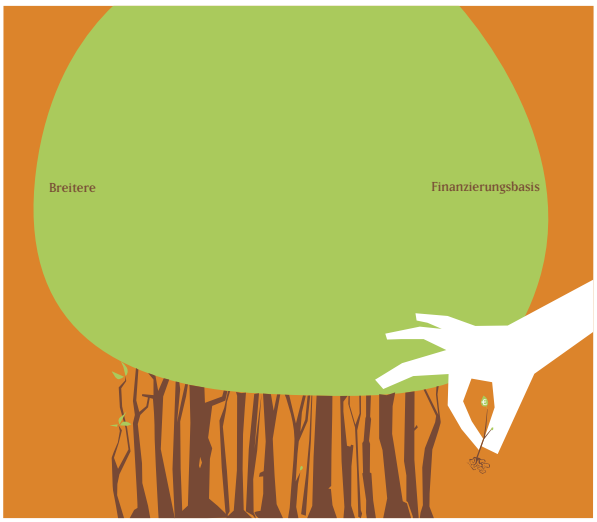


Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer

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.

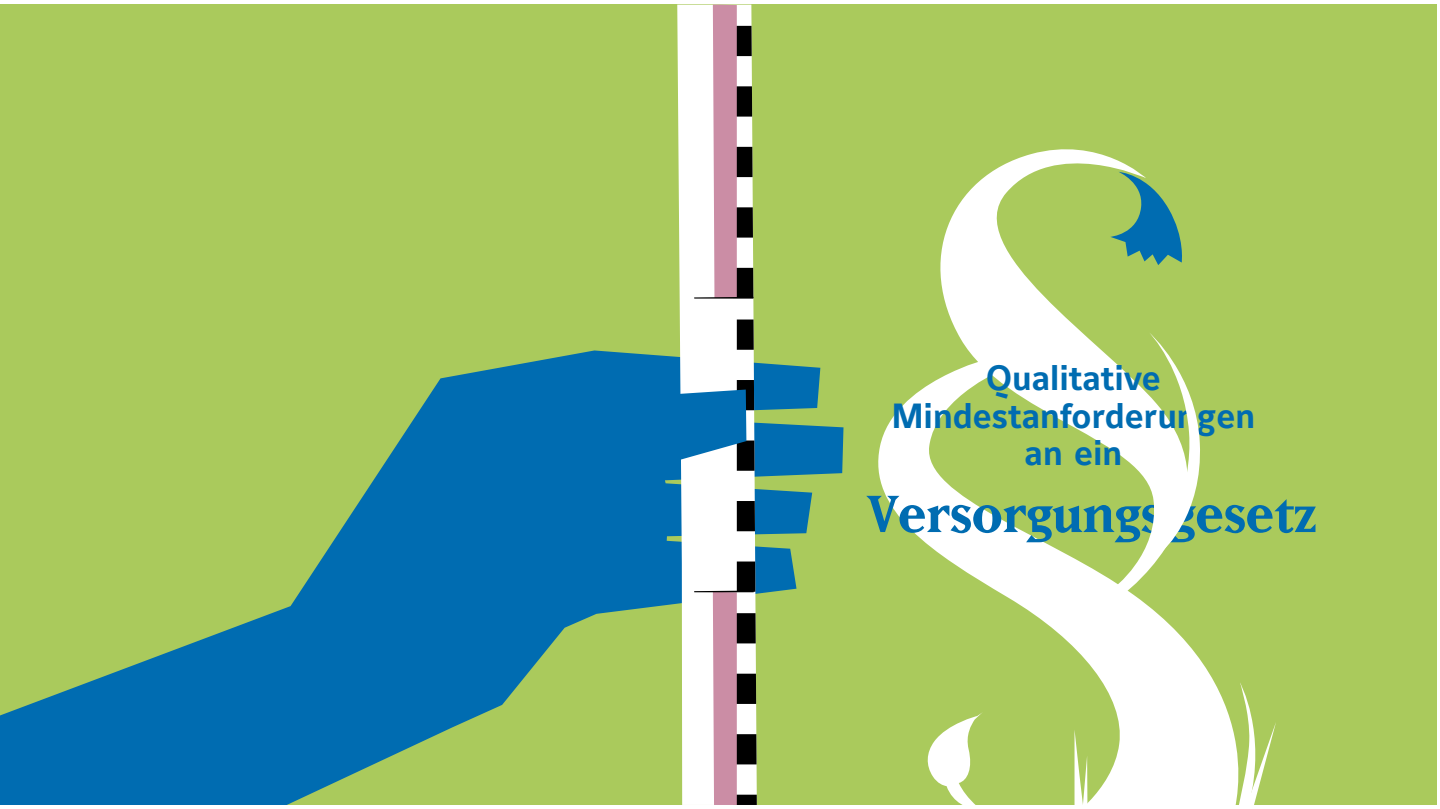
Die Kooperation verschiedener Profis mit unterschiedlichen Kompetenzen unter klaren Bedingungen der individuellen bzw. der koordinierenden Verantwortung ist eine zentrale Herausforderung.



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.



Der BMC ist pluralistisch orientiert und vertritt keine Partikularinteressen. Aus dieser Position heraus setzt er sich für ein bürger- und stärker wettbewerblich orientiertes Gesundheitssystems ein. Die wesentlichen Variablen eines funktionierenden Gesundheitssystems sind Public-Private-Mix, Versorgungsmanagement und der Zugang zum System.

Der BMC 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 der Gesundheitsversorgung.
Aus dieser Perspektive formuliert der BMC sechs grundsätzliche Anforderungen an ein Versorgungsgesetz, wenn es den anstehenden Herausforderungen Rechnung tragen soll.

1 Sicherstellung 2.0

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland muss auf breitere Füße gestellt und sinnvoll ergänzt werden. Dazu braucht es sektorenübergreifende Entscheidungsmechanismen, die den regional unterschiedlichen Versorgungsrealitäten Rechnung tragen. Die Länder können jedoch nicht aus ihrer grundgesetzlichen Verantwortung entlassen werden. Gleichzeitig wird die Versorgung vom Bürger lokal, bzw. regional nachgefragt und erlebt.

Der BMC begrüßt deshalb die Einbeziehung der kommunalen und regionalen Vertretungen in die Diskussion um die Sicherstellung medizinischer Versorgung. Auf eine ausreichend kleinteilige Orientierung ist dabei zu achten. Wettbewerbsorientierte Beziehungen zwischen den direkt zuständigen Akteuren, wie zum Beispiel Ausschreibungen, versprechen mehr Effizienz. Bei Versorgungsengpässen zieht der BMC wettbewerbliche Lösungen planwirtschaftlichen Vorgaben vor, um Versorgungssicherheit zu generieren.

2 Intelligente Vergütung

Die Vergütung medizinischer Leistungen muss sich an der regionalen Versorgungsrealität orientieren. Sie muss flexibler ausgestaltet werden und sich stärker an der Qualität und insbesondere der Ergebnisqualität der erbrachten Leistung ausrichten (Pay for Performance). Deshalb darf die Vergütung ebenso wie die Versorgung nicht an den Sektoren-

grenzen halt machen. Sektoren übergreifende Leistungen müssen auch sektorenübergreifend vergütet werden.

Kostenträger und Leistungserbringer müssen in die Lage versetzt werden, die Erprobung innovativer Versorgungsmodelle durch finanzielle Anreize zu fördern. Der BMC verweist in diesem Zusammenhang auf sein bereits Ende 2009 vorgelegtes Konzept eines Innovationsfonds als Impulsgeber für ein modernes Gesundheitssystem. (s. auch Punkt 5.)

3 Sicherung der Personalressourcen

Die aktuelle Versorgungslandschaft wird weder den Bedürfnissen der nachwachsenden Arztgeneration, noch künftigen Versorgungsherausforderungen gerecht. Deshalb gilt es die Aufgaben medizinischer Berufe neu zu ordnen und interprofessionelle Kooperationen zu stärken. Nicht alle gesundheitlichen Leistungen müssen unter Arztvorbehalt stehen.

Deshalb bedarf es einer Qualifizierungsoffensive für nicht ärztliche Gesundheitsberufe sowie der Entwicklung neuer Berufsbilder jenseits originär ärztlicher Aufgaben. Dies steigert sowohl die Attraktivität des Arztberufes als auch pflegerischer Berufsbilder. Dazu gehört auch und vor allem der Ausbau telemedizinischer Angebote.

4 Organisation vertragsärztlicher Versorgung

Komplexe Versorgungsherausforderungen und wachsender Arztmangel erfordern Trägervielfalt. Die 50+1 Regelung für Medizinische Versorgungszentren zugunsten der Ärzteschaft beschränkt diese Trägervielfalt ohne sachlichen Grund. Die Sorge, dass die Qualität der medizinischen Versorgung reinem Profitdenken geopfert würde, ist angesichts der zulassungsrechtlichen Anforderungen an MVZ unbegründet.

Diesem Anliegen kann auch durch eine verbesserte gesetzliche Normierung der Kompetenzen der ärztlichen Leitungsebene in MVZ Rechnung getragen werden. Managed-Care-Ansätze brauchen auch ein betriebswirtschaftliches Management. Ebenso sollte die Wahl der Rechtsform keiner Beschränkung unterliegen. Managementgesellschaften von Ärztenetzen bedürfen des Status als Leistungserbringer mit allen damit verbundenen rechtlichen Folgen. Nur so können sie aktiv in den Sicherstellungsauftrag eingebunden und gleichzeitig zu notwendigen datenschutzrechtlichen Regelungen verpflichtet werden.

5 Evaluation neuer Versorgungsformen

Der Zugang von Innovationen (Produkte und Prozesse) ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor moderner Gesundheitssysteme. Weder Leistungserbringer, noch Krankenkassen können die erforderlichen Anfangsinvestitionen allein erbringen. Der BMC fordert deshalb einen Innovationsfonds, der die Entwicklung neuartiger Versorgungskonzepte und -produkte forciert. Gleichzeitig muss aber auch der Nutzen solcher innovativen Modelle nachgewiesen werden, damit sie Eingang in die Regelversorgung finden.

Deshalb ist umfassende Evaluation eine Grundvoraussetzung bei der Erprobung innovativer Versorgungsmodelle, zumal wenn sie mit öffentlichen Geldern finanziert werden.

6 Selektivverträge und intersektorale Kooperation ausweiten

Selektivverträge haben sich vor allem im niedergelassenen Bereich als Instrument für mehr Effizienz, mehr Qualität und mehr Kostenbewusstsein grundsätzlich etabliert. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen konnten selektivvertragliche Möglichkeiten bisher noch nicht in vollem Ausmaß nutzen.

Vor dem Hintergrund besserer intersektoraler Kooperation und der Prävention von Pflegebedürftigkeit gilt es, neue Möglichkeiten zu finden und diese weiter durch stärkere institutionelle und personelle Verzahnungen auszubauen; z. B. durch gemeinsame Versorgungsaufträge für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen und besonderen Erkrankungen.

Das Instrument der Ermächtigungen sollte durch vertragliche Lösungen abgelöst werden.

Innovationsfonds als

Der Zugang zu Innovationen (Produkte und Prozesse) ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor moderner Gesundheitssysteme. In Deutschland besteht noch erhebliches Steigerungspotential.

Der BMC fordert deshalb einen Innovationsfonds, der die Entwicklung neuartiger Versorgungskonzepte und -produkte forciert. Das Versorgungsmanagement chronisch, meist multimorbid Kranker, ist dabei die größte Herausforderung. Verschärfend wirkt die demografische Entwicklung. Das deutsche Gesundheitssystem zählt zu den leistungsfähigsten weltweit, wird aber aufgrund starrer Sektorengrenzen der Herausforderung kaum gerecht. Sowohl indikations-, als auch populationsbezogen müssen vermehrt innovative sektoren- und berufsfeldübergreifende Versorgungskonzepte entwickelt werden. Weder Leistungserbringer, noch Krankenkassen können die erforderlichen Anfangsinvestitionen allein erbringen. Das gesamte Gesundheitssystem ist gefordert.

Warum Deutschland einen Innovationsfonds braucht?

Als größtes Innovationshemmnis erweist sich derzeit der Gesundheitsfonds aufgrund der mit ihm verbundenen „Zusatzbeitragsverhinderungspolitik" der Krankenkassen. Seitens der (Pflicht-)Beitragszahler besteht berechtigterweise eine Erwartung an die Kostenträger, mit den Beitragseinnahmen sehr gewissenhaft umzugehen. Die starke gesetzliche Regulierung des Gesundheitsmarktes engt den Spielraum für den Einsatz der generierten Mittel zusätzlich ein. Kurzum: Eine Krankenkasse in ihrem heutigen Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts wird ihr Geld nie so einsetzen, wie ein Unternehmer, der sich aus einer Investition in die Zukunft einen Fortschritt für sein Unternehmen erhofft. Die Folge: Die Investitionsbereitschaft der Kostenträger wird gebremst. Innovationen kaum gefördert.

Gleichzeitig ist mittlerweile unstrittig, dass die Herausforderungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt sowie den demografischen Wandel neuer, innovativer Versorgungsmodelle bedürfen. Der Markt muss als Suchprozess verstanden werden. Ein wettbewerbs- und patientenorientiertes Gesundheitssystem braucht Vielfalt in den Versorgungsstrukturen. Wer jedoch Neues entwickeln will, muss das Neue testen dürfen. Er muss auch scheitern dürfen, ohne sich dem Vorwurf der Verschwendung von Beitragsgeldern ausgesetzt zu sehen. Während die Kostenträger aufgrund der gesetzlichen Überregulierung nicht leisten dürfen, können die Leistungserbringer in ihren heutigen Strukturen in den meisten Fällen gar nicht erbringen. Es fehlen die wirtschaftlichen Ressourcen. Auch hier scheitern viel versprechende Ideen bereits vor der Umsetzung.

Eine angemessene, zeitlich begrenzte Anschub- oder Überbrückungsfinanzierung über den Innovationsfonds würde den Ausweg aus dieser Zwickmühle weisen.

Welche Projekte fördert der Innovationsfonds?

Im Vordergrund stehen Prozessinnovationen (z. B. Chronic-Care-Modelle, Ärztenetze, verschiedene Formen Integrierter Versorgung) und keine Produktinnovationen im klassischen Sinne. Es geht beispielsweise nicht um die Entwicklung eines neuen Bild gebenden Verfahrens oder eines neuen Arzneimittels. Hier besteht auch kein erhöhter Förderungsbedarf. Es geht darum, bestehende Dienstleistungen, Produkte und Strukturen in einer neuen Art zusammenzuführen. Es geht

ferner darum, zu testen, wie technische oder pharmazeutische Innovationen diese Prozesse unterstützen können. Und es geht darum, diese Prozessinnovationen in unterschiedlichen Regionen unter unterschiedlichen Bedingungen entwickeln zu dürfen. Was in München funktioniert kann nicht zwingend eins zu eins auf den Landkreis Nordfriesland übertragen werden.

Hauptaugenmerk liegt auf der Hebung von Sparpotentialen, genauso wie auf der Steigerung von Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Die Vergabe der Mittel ist gebunden an eine umfassende Evaluation der Projekte. Die Förderung ist zeitlich befristet, da sich die Versorgungsmodelle nach ihrer Erprobung selbst tragen müssen.

Die Mittel könnten als klassische Anschubfinanzierung gewährt werden. Denkbar wäre auch ein zinsfreies und im Erfolgsfall rückzahlbares Überbrückungsdarlehen. Die zweite Variante würde das Interesse an wirtschaftlichem Erfolg und wirtschaftlicher Tragfähigkeit des geförderten Projektes deutlich steigern. Das finanzielle Risiko für die Allgemeinheit würde minimiert, blindes Experimentieren verhindert.

Wer darf Mittel aus dem Innovationsfonds beantragen?

Grundsätzlich alle Akteure in und um das Gesundheitswesen; hier bedarf es keiner Einschränkung. Schließlich sollen Prozessinnovationen vorangetrieben werden. Es widerspräche dem Ansatz des BMC, irgendeinen Akteur auszuschließen. Wer sich in der Lage sieht, durch seinen Beitrag Versorgungsprozesse und –produkte zu entwickeln oder zu verbessern, sollte dies tun können. Die Spielregeln des SGB V. müssen für den Innovationsfonds angepasst werden.

Wie finanziert sich der Innovationsfonds?

Aus Sicht des BMC handelt es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher ist zu überlegen, wie neben der Gesetzlichen Krankenversicherung auch weitere Gruppen wie die private Versicherungswirtschaft in den Fonds einbezogen werden können. Insgesamt ist von einem Finanzmittelbedarf in Höhe von 2 % des derzeitigen Finanzvolumens des Gesundheitsfonds auszugehen.

Wer entscheidet über die Vergabe der Mittel?

Um größtmögliche Transparenz zu gewährleisten, sollten sich die Strukturen des Gremiums, das über förderungswürdige Projekte entscheidet, an denen einer Stiftung orientieren. Denkbar wäre ein Kuratorium, was sich zusammensetzt aus Vertretern verschiedener Ministerien sowie gesellschaftlich anerkannter Persönlichkeiten.

Die Entwicklung innovativer Versorgungsprozesse und –produkte ist eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Deshalb sollte nicht nur das Bundesgesundheitsministerium Vertreter in dieses Kuratorium entsenden dürfen, sondern gleichberechtigt auch die Ministerien für Wirtschaft und Technologie, für Forschung und Bildung, für Arbeit und Soziales, für Verbraucherschutz sowie für Familie, Frauen, Senioren und Jugend. Die Gruppe der gesellschaftlich relevanten Persönlichkeiten sollte ein ähnlich breites Spektrum abbilden.

Die Akteure des Gesundheitswesens sind Teilnehmer im Prozess und damit nicht in die Entscheidung über die Vergabe einzubinden.

Der Regionalität der Versorgung ist unbedingt Rechnung zu tragen. Deshalb bedarf es nicht nur eines zentralen sondern auch mehrerer regionaler Fördertöpfe. Um die enge regionale Bindung der Förderung zu gewährleisten, bedarf es einer strikten Trennung der Förderungstöpfe. Über die Verteilung der regionalen Fördermittel entscheiden dann auch regionale Gremien eigenständig, die sich genauso zusammensetzen wie das bundesweite Gremium. Der Zuschnitt der Förderregionen sollte nicht zu kleingliedrig ausfallen. Der BMC schlägt deshalb vor einzelne Bundesländern zu sinnvollen vier oder fünf Einheiten zusammenzufassen.

Mitglieder des BMC im Überblick

4sigma GmbH
Abbott GmbH & Co. KG
ABDA Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Accenture Care Management Services Germany
Adler Apotheke
ADVISION Steuerberatungsgesellschaft mbH
Agfa HealthCare GmbH
Almeda GmbH
Alternus GmbH
amedus Development AG
Amelung, Prof. Dr. Volker
ANGERMANN & PARTNER International Consultants GmbH
AnyCare GmbH
AOK Berlin Brandenburg
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
AON Benfield Rückversicherungsmakler
Apotheken- und Ärzteabrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH
ARBUMA Consulting GmbH
arvato direct service Wilhelmshaven GmbH
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 im Unternehmen e. V.
Blees, Dr. Peter
B-lue Management Consulting GmbH
Bönsch, Rudolf
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
Bundespsychotherapeutenkammer
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
Büro für gesundheitspolitische Kommunikation
BVMed e. V.
Chugai Pharma Marketing Ltd.
com2health GmbH
CompuGROUP Medical Deutschland GmbH
Daimler BKK
Data-to-Decision AG
Desitin Arzneimittel GmbH
Deutsche BKK
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Dräger & Hanse BKK
easyApotheke Trade Marketing GmbH
Ehlers, Prof. Dr. Dr. Alexander P.F.
Eisai GmbH
Forum Managed Care (Geschäftsstelle c/o College-M)
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Grünenthal GmbH
health care akademie e. V.
Healthways International GmbH
Henke, Prof. Dr. Klaus-Dirk
Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH
ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KG aA
IGES Institut GmbH
IMS Health GmbH & Co. OHG
INNOMEDIS AG
INSIGHT Health GmbH & Co. KG
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
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
Pfizer Deutschland GmbH
Philips GmbH
POLIKUM Friedenau MVZ GmbH
PriA Dienstleistungen im Gesundheitswesen
ratiopharm GmbH
Rechtsanwälte Wigge
Roche-Diagnostics GmbH
Rothe, Dr. Ulrike
Rübel, Reiner
Sanicare Apotheke
Sanvartis GmbH
Schmid, Dr. Elmar
Schönermark, Kielhorn und Collegen
Schroeder-Printzen & Kaufmann Rechtsanwälte
Schulze-Solce, Dr. Nick
Schumacher, Dr. Nikolaus
SERVIER Deutschland GmbH
SHL Telemedizin GmbH
spectrum|K GmbH
Städtisches Krankenhaus Maria-Hilf
Takeda Pharma GmbH
Techniker Krankenkasse
Thomsen, Dr. Martin
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

Neue Mitglieder 2010

(Stand: 31.01.2011)

actmedic GmbH
ALGESIOLOGIKUM GmbH
BKK Hoesch
Chiesi GmbH
Europa-Apotheek Venlo B.V.
Gesundheitsstadt Berlin e. V.
GFS mbH
GWQ ServicePlus AG
Hartmann Rechtsanwälte
Hausärzteverband
Hexal AG
I3G – Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen
IGV Connect AG
IMPULS Praxis- und Unternehmensberatung
Medco Health Solutions GmbH
Medical Contact AG
Medimed GmbH
MediPlaza AG
OcuNet GmbH & Co. KG
OptiMedis AG
sgh consulting
solimed
T-Systems International GmbH
Unternehmen Gesundheit UGOM GmbH & Co. KG
VitalHealth Software Deutschland GmbH
xx-well.com AG
Zur Rose Pharma GmbH

Veranstaltungen 2010

Fachtagungen / Kongresse

27. Januar 2010	**Deutschland hat gewählt – Schwarz-Gelb unter der Lupe** Auditorium des IGES Instituts (Berlin)
21. April 2010	**Generationengerechte Angebote für Gesundheit** Arena Wolfsburg AG (Wolfsburg)
31. Januar – 1. Februar 2011	**Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand** **Impulse für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem** Langenbeck-Virchow-Haus (Berlin)

Studienreise

26. – 29. September 2010	**Boston (USA)**

Hintergrundgespräche

20. Januar 2010	**ATRIO-MED: Umsetzungserfahrungen und Perspektiven** mit: Dr. Torsten Hecke, Techniker Krankenkasse
26. Januar 2010	**Care Management** mit: Dr. Matthias von Schwanenflügel, Bundesministerium für Gesundheit
24. Februar 2010	**Stiftung Warentest Gesundheit !? – Wege zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen** mit: Dr. Stefan Etgeton, VZBV
24. März 2010	**Methoden der Evaluation komplexer Interventionen – am Beispiel der integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal** mit: Dr. Achim Siegel, M.P.H., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
12. April 2010	**Methoden zur Berechnung von Capitation und Versorgungspauschalen – Schweizer Erfahrungen** mit: PD Dr. Konstantin Beck, CSS Gruppe & Rudolf Bönsch, Aktuar (DAV)

→

Veranstaltungen 2010

← 28. April 2010	**Strategiezentrum und Gesundheitscampus in NRW** mit: Dr. Andreas Meyer-Falcke, Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen
20. Mai 2010	**Zwischen Zeigefinger und Eigenverantwortung – Ansätze für erfolgreiche Prävention** mit: Prof. Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
29. Juni 2010	**Zusammenspiel von GKV und PKV** mit: Ingo Kailuweit, KKH-Allianz
27. Juli 2010	**Die „New Company"** mit: Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
18. August 2010	**Nutzenbewertung und Vereinbarung von Erstattungsbeträgen (AMNOG)** mit: Ulrich Dietz, Bundesministerium für Gesundheit
30. August 2010	**Kooperation statt Konfrontation – Optionen zur Überwindung der Schnittstelle ambulant/stationär** mit: Dr. Christoph Straub, Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG
21. September 2010	**Entwicklung des Arzneimittelmarktes & der Arzneimittel-Atlas 2010** mit: Prof. Dr. Bertram Häußler, IGES Institut GmbH
8. November 2010	**Gesundheitspolitische Perspektiven nach AMNOG und Finanzreform** mit: Dr. Rolf Koschorrek, CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Deutschen Bundestag
18. November 2010	**Optionen für schwer zu versorgende Regionen** mit: Dr. Heinrich-Daniel Rühmkorf, Staatssekretär im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
7. Dezember 2010	**AOK-FacharztProgramm Kardiologie – erste Erfahrungen mit §73c-Verträgen** mit: Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender MEDI Deutschland
25. Januar 2011	**Versorgungsmanagement 2011 – Pespektive eines großen Kostenträgers** mit: Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stv. Vorstandsvorsitzender BARMER GEK
23. Februar 2011	**Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen – Versorgungsprozesse besser gestalten** mit: Dirk Pfitzer, Geschäftsbereichsleiter Porsche Consulting GmbH
22. März 2011	**Grüne Gesundheitsperspektiven** mit: Biggi Bender, gesundheitspolitische Sprecherin Bündnis 90/Die Grünen

WissensUpdate

17. März 2010	**Vergaberecht im Gesundheitswesen – Rechtssicherer Umgang mit Ausschreibungen** mit: Steffen Amelung (Rechtsanwalt, Councel, Clifford Chance Partnergesellschaft von Rechtsanwälten, Wirtschaftsprüfern, Steuerberatern und Solicitors, Frankfurt am Main) Langenbeck-Virchow-Haus
11. Mai 2010	**Fusionen im GKV-System – Auswirkungen auf das Versorgungsmanagement** mit: Thomas Bodmer (Vorstand BKK Gesundheit, Frankfurt), Manfred Richter (Leiter Geschäftsbereich Markt BKK VOR ORT, Bochum), Dr. Michael Ossege (Rechtsanwalt in der Rechtsanwaltkanzlei Dr. Wigge, Münster) Langenbeck-Virchow-Haus
20. September 2010	**Versorgungsforschung** mit: Prof. Dr. Holger Pfaff, Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln Langenbeck-Virchow-Haus
18. Januar 2011	**Frühbewertung und Kurz-Dossiers** Arzneimittel-Bewertung auf Basis der neuen gesetzlichen Regelungen mit: Dr. Charalabos-Markos Dintsios, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

→

Veranstaltungen 2010

← BMC-Regional NRW

27. Mai 2010	**Praktikerseminar** Qualitätsprüfung von Pflegeheimen – Anforderungen an die Veröffentlichung von Transparenzberichten Technologiehof Münster
23. Juni 2010	**Fachtagung** Versorgungsmanagement vor Ort Potentiale und Perspektiven für Kooperationen Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (Dortmund)

weitere Veranstaltungen

28. Oktober 2010	**Jahresempfang des BMC im Opernpalais**

Medienspiegel (Ausrisse 2010)

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

← Deutsches Ärzteblatt 30. April 2010

INTERVIEW

Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care

„Zur integrierten Versorgung gibt es keine Alternative“

Volker Amelung über kleine Verträge, die nicht schaden, gute Leute an den falschen Stellen und Geduld als Tugend im Versorgungsgesc

Wer Prof. Dr. Volker Amelung (44) besucht, darf mit Weitsicht rechnen: Durch die großen Fenster seines Büros fällt der Blick über die Spree hinüber zur Berliner Museumsinsel.

Auch Amelung selbst, vor kurzem als Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes

← E-HEALTH-COM 03/2010

ERFOLGREICHER AUFTRITT IM ICC

Der Bundesverband Managed Care (BMC) präsentierte sich mit seinen Mitglie stadtkongress 2010 Medizin und Gesundheit in Berlin.

Mit über 180 m² stellte der Bundesverband Managed Care e.V. den größten Stand auf dem „Hauptstadtkongress 2010 Medizin und Gesundheit“. Mit seinen aktuell fast 150 Mitgliedern repräsentiert der BMC die gesamte Breite des deutschen Gesundheitsmarkts. Das sind Krankenhäuser, Heilberufe, Apotheken, Pharma- und Medizintechnikindus

← Management & Krankenhaus 02/2010

Markt als Suchprozess

Innovationsfonds soll neue Versorgungskonzepte anstoßen

Qualitätsorientierte Vergütung – Ärztliche Leistung richtig bewerten

Volker Amelung, Berlin

Schlüsselwörter
Qualitätsorientierte Vergütung, Integrierte Versorgung, Versorgungsforschung, Public Reporting

Zusammenfassung
Die Diskussion um qualitätsorientierte Vergütung oder Pay for Performance (P4P) in Deutschland kann nicht wirklich d
schen. Mehr Leistungsorientierung bei der Vergütung ärztlicher Leistungen ist lediglich ein weiterer Mosaikstein in der
malisierung“ des Gesundheitssystems. Was für den Dienstleistungssektor im Allgemeinen gilt, bricht sich im Bereic
Gesundheitsversorgung Stück für Stück Bahn. Einen wichtigen Impuls für die deutsche Diskussion hat einerseits das G
ten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) von 2007 gesetzt sowie
seits die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit ihrem Projekt „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und
zahlen“, die die Grundlage für Erfolgsmessung darstellen. So kommt der SVR in seinem systematischen Literaturreview z
Ergebnis, dass 21 von 28 Studien positive Effekte aufweisen. Der Ausbau der Integrierten Versorgung in Deutschland un
Möglichkeiten neuer Vertragsformen der über die Regelungen in §§ 73 b und c zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV
speziellen fachärztlichen Versorgung haben die Debatte weiter beflügelt. Allerdings sind die bisher vorliegenden Erge
allenfalls ein Fingerzeig. Auch darauf weist der SVR in seinem Gutachten aus 2007 ebenso eindrücklich hin und fordert
deutlichen Ausbau der Versorgungsforschung. Das ändert nichts daran, dass P4P international zu den bedeutendsten Ein
lungen der vergangenen Jahre gehört.

← BERLIN MEDICAL 02.10

„Krankheiten machen nicht an Sektorengrenzen halt“

Der integrierten, kooperativen Versorgung gehört die Zukunft im Gesundheitswesen, so die Prognose von Professor Volker Amelung vom Bundesverband Managed Care.

Von Thomas Hommel

Krankenhaus zu tun. Funktioniert die Abstimmung der Beteiligten untereinander nicht, leidet die Qualität der Versorgung. Der Patient fühlt sich schlecht, der Arzt ist frustriert und die Kasse zahlt obendrauf.

Integrierte Versorgung (IV) wäre ein Ansatz, der zeigt, dass es anders geht. Mit der Beendigung der Anschubfinanzierung sei nicht das To-
desurteil

tenversorgung bewirkt hätten u
wo noch Nachbesserungsbedarf b
stehe. Leicht falle das den Deutsch
aber offenbar nicht, meint Amelu
„Ich habe manchmal den Eindru
bei uns muss alles auf Anhieb pass
und funktionieren – wenn nicht, wi
es sofort in Bausch und Bogen ge
det.“ Strukturinnovationen beko
me man mit dieser Geisteshaltu
nicht hinein ins Gesundheitssyste

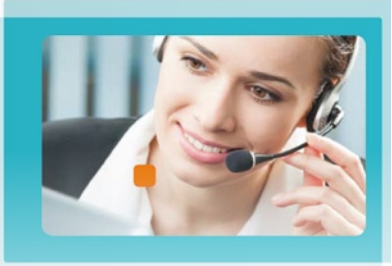
← Ärzte Zeitung, 03.11.2010

← almeda aktuell 01/10

„Ich sehe keine Alternative zur Telemedizin“

Ein Interview mit Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

„Nichts ist günstiger als bessere Versorgung.“



Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Gesundheitssystemforscher an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Telemedizinische Behandlungsprogramme – insbesondere vom Typ „Telemonitoring bei Herzinsuffizienz“ – sind hinsichtlich ihrer medizinischen Erfolge weitgehend unumstritten und werden mittlerweile in den entsprechenden Leitlinien empfohlen. Dennoch wird der gesundheitsökonomische Effekt noch immer kontrovers diskutiert. **almeda aktuell** hat darüber mit Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Gesundheitssystemforscher an der Medizinischen Hochschule Hannover, gesprochen.

Herr Prof. Amelung, ist die eingangs erwähnte Skepsis berechtigt?

„Eine gewisse Skepsis ist verständlich, wenn man das Kernproblem der Telemedizin betrachtet: Die Kosten für telemedizinische Programme fallen unmittelbar an, während ihr

der Versorgungsqualität und wird die landläufige Einschätzung „bessere Versorgung ist teurere Versorgung“ von der Erkenntnis abgelöst „nichts ist günstiger als bessere Versorgung“, so bestünde eigentlich kein Grund zur Skepsis. Zumal sich mit der obligaten Optimierung der Studienlage das Risiko

← Gesundheit und Gesellschaft 2/11

Wegbereiter für Managed Care

Für Modelle intensiver Zusammenarbeit von Kliniken, Haus- und Fachärzten warben auf dem Jahres-Kongress 2011 des Bundesverbandes Managed Care. Internationali 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 Kongresses des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC) in Berlin. Unter dem Titel „Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand“ spannte das Programm mit 60 hochkarätigen Referenten einen weiten Bogen und zog damit 500 Fachleute in die Hauptstadt. G+G gehörte zu den Medienpartnern des Kongresses.

Die Politik will Strukturen verändern.

Daniel Bahr, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, erklärte, warum die Bundesregierung in diesem Jahr ein Gesetz auf den Weg bringen will, das die medizinische 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

„Selektivverträge zwischen Ärzten, Kliniken und Kassen können Impulsgeber für die Versorgung sein.“

hoher finanzieller Zugewinne habe „eindrucksvoll gezeigt: Es reicht nicht, in vorhandene Strukturen Geld zu pumpen, wir müssen die Strukturen verändern“. Der FDP-Politiker betonte, der Mei-

Eidgenossen setzen auf Arztnetze

Impressum

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

Satz & Grafik
FGS Kommunikation, Berlin

Repro
Druckpunkt, Berlin

© 2011

Die Schriftenreihe des BMC

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

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

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.)
Erscheint ca. Mai 2011
300 Seiten
ISBN 978-3-941468-47-4

www.bmcev.de