BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.

Managed Care

Geschäftsbericht 2012

Die Plattform
für Innovationen im
Gesundheitswesen

BMC

Bundesverband
Managed Care e.V.

Geschäftsbericht 2012

Managed Care

Vorstand & Geschäftsführung 2012

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

Susanne Eble
stellv. Vorstandsvorsitzende
Leiterin Gesundheitsmanagement
Berlin-Chemie AG

Ralf Sjuts
stellv. Vorstandsvorsitzender
Vorstandsvorsitzender patiodoc AG

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

Helmut Hildebrandt
Mitglied im Vorstand
Vorstand OptiMedis AG

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

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

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
Ehrenvorsitzender

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

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

Dr. Wolfgang Klitzsch
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Geschäftsführer
Ärztekammer Nordrhein

Ralph Lägel, MBA
kooptiertes Mitglied im Vorstand
Director Key Account Business Integrated
Health Europe Pfizer Pharma GmbH

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

Dr. Sascha Wolf
Geschäftsführer

Uta Heidenblut
Vorstandsreferentin

Barbara Turina
Referentin für Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit

Julia Hartung
BMC-Geschäftsstelle

Sabine Timmermann
Assistenz BMC-Geschäftsstelle

Christoffer Brandt
studentischer Mitarbeiter

Martina Krooß
studentische Mitarbeiterin

Bericht des Vorstandsvorsitzenden und des Geschäftsführers

Prof. Dr. Volker Amelung / Dr. Sascha Wolf

Zum Katechismus des deutschen Gesundheitswesens gehört die Klage über knappe Finanzen. Umso mehr hat die Gesundheitspolitik im Jahr 2012 sich die Augen gerieben angesichts der finanziell guten Verfassung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Doch so erfreulich diese Entwicklung auch sein mag, so wenig befindet sich das deutsche Gesundheitswesen im goldenen Zeitalter Arkadiens. Drohende regionale Versorgungslücken und zukünftig steigende Ausgaben aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen und von Multimorbidität sollten Grund genug sein, am Kurs nachhaltig stabiler Finanzen festzuhalten. Die reflexartig hervorgebrachten Begehrlichkeiten, die weit über die Grenzen der GKV hinausreichen, stehen symptomatisch für das Janusgesicht der deutschen Gesundheitspolitik. Denn während einerseits auf der Mikroebene handwerklich gute Arbeit geleistet wird, fehlt es andererseits an einer ordnungspolitischen Leitlinie.

Das Versorgungsstrukturgesetz ist sicherlich deutlich besser als sein Ruf und setzt beispielsweise mit der Förderung von Arztnetzen und dem Abbau von Reibungsverlusten zwischen den Sektoren die richtigen Schwerpunkte. Die Konzentration auf Detailregelungen führt jedoch zu einer massiven Zunahme von Regulierung. Gleichzeitig wird den Kassen durch das Fehlen einer langfristigen gesundheitspolitischen Vision die Planungssicherheit genommen. Wenn Krankenkassen nicht wissen, ob sie erwirtschaftete Finanzmittel behalten dürfen, dann verhindert das dringend notwendige Investitionen in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Doch gerade diese werden benötigt, soll es nicht weiterhin bei einer konjunkturabhängigen Berg- und Talfahrt bleiben.

Was bedarf es für eine in sich schlüssige gesundheitspolitische Strategie? Die größte anstehende Herausforderung des deutschen Gesundheitswesens besteht in der Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung. Schwer zu versorgende Regionen sind dadurch charakterisiert, dass der Versorgungsbedarf der Bürger qualitativ und logistisch nicht mehr ausreichend über die traditionellen Organisationsformen bedient werden kann. Entsprechend müssen diese Strukturen insgesamt auf den Prüfstand gestellt und weiterentwickelt werden. Mit den vorhandenen neuen kooperativen Organisationsmodellen liegen die hierzu notwendigen Instrumente zu großen Teilen bereits vor. In den kommenden Monaten sollten durch das gezielte Anziehen von Stellschrauben bestehende Hürden abgebaut und die Dynamik in der Ausbreitung solcher Modelle erhöht werden.

Gesundheitspolitische Impulse 2013

Sechs entscheidende Stellschrauben hat der BMC-Vorstand in seinem Grundsatzpapier „Gesundheitspolitische Impulse für das Jahr 2013“ herausgearbeitet. Es wird vor allem darauf ankommen, die Akteure des Gesundheitswesens für neue Versorgungsformen zu begeistern. Insbesondere die Ärzteschaft muss stärker eingebunden und von ihrer kollektiven „Depression“ befreit werden. Denn entgegen des Eindrucks säbelrasselnder Honorarverteilungskämpfe geht es bei den Ärzten in den wenigsten Fällen wirklich nur ums Geld. Es sind die Rahmenbedingungen, die den heutigen Versorgungsherausforderungen bislang nicht adäquat angepasst worden sind. Vergütungssysteme, die selbst von Experten kaum noch verstanden werden und dadurch jegliche Steuerungsfunktion verloren haben, Arbeitszeiten auf internationalem Rekordniveau und Sprechzeiten im einstelligen Minutentakt tragen wenig zur Motivation der Ärzte bei. Umso wichtiger ist es, diese von Bürokratie zu befreien und das ärztliche Aufgabenspektrum durch verstärkte Delegation und Substitution an andere qualifizierte Heilberufe neu zu definieren. Delegation und Substitution funktionieren jedoch nur dann effizient, wenn die technischen Voraussetzungen stimmen. Neben einer elektronischen Patientenakte, die diesen Namen wirklich verdient, müssen Lücken im Bereich der haftungsrechtlichen Risiken geschlossen werden. Das betrifft beispielsweise die Verantwortungsabgrenzung zwischen dem behandelnden Arzt oder der medizinischen Fachkraft und dem über Telemedizin angebundenen Konsiliararzt.

Damit die Vergütungssysteme echte Steuerungswirkung entfalten, muss die Honorierung medizinischer Leistungen sich mehr an der Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen ausrichten. Dazu ist die Versorgungsforschung weiter voranzutreiben. Zwar sind in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte bei der Analyse und Nutzung von Routinedaten erzielt worden. Es fehlt jedoch an Informatio-

BMC-Kongress 2013

nen, die eine valide Bewertung der Behandlungsqualität und der erreichten Gesundheitsergebnisse erlauben. Hierauf aufbauend sollte die nutzerorientierte Transparenz für die Patienten erhöht werden. Denn die Möglichkeiten, sich über die Qualität einzelner Leistungserbringer zu erkundigen, sind heutzutage begrenzt. Deshalb sind Verbesserungen im Bereich Public Reporting dringend notwendig. Das Gleiche gilt für die unterschiedlichen Versorgungsangebote der Krankenkassen. Viele Versicherte fühlen sich in der Regelversorgung gut aufgehoben und vertrauen den vermeintlich staatlich festgelegten Leistungen. Entsprechend vorsichtig begegnen sie oft neuen Versorgungsformen, deren Qualität sie im Vorfeld nicht beurteilen können. Gerade der zur Motivation der Versicherten wichtige Mehrwert bleibt häufig verborgen, da der Patient von der Optimierung der Prozessabläufe erst im konkreten Krankheitsfall profitiert.

Bei alledem ist eines jedoch klar: Ohne die notwendigen finanziellen Mittel wird es nicht gehen. Hier sind vor allem die Krankenkassen gefragt, von denen viele Investitionen in innovative Versorgungsformen scheuen. Das Risiko erscheint oftmals zu hoch, der Gewinn zu unvorhersehbar. Die wenigsten Projekte amortisieren sich in einem Jahr. Deshalb ist es wichtig, die Kassen von ihrem Budgetdenken zu befreien. Abhilfe schaffen könnte ein Innovationsfonds für Pilotprojekte. Um sicherzustellen, dass die Gelder sachgerecht verwendet werden, müssten die geförderten Projekte einer standardisierten Evaluation unterzogen werden.

Gelungener Jahresauftakt: Der 3. BMC-Kongress!

Das Sechs-Punkte-Papier des BMC wurde am 22. und 23. Januar auf unserem Jahreskongress der breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Getreu dem Motto „schneller, höher, weiter" setzte die Veranstaltung unter dem Titel „Zukunftsmodelle der medizinischen Versorgung – Impulse für das Wahljahr 2013" die erfreuliche Entwicklung der vergangenen Jahre fort. Mit fast 90 nationalen und internationalen Referenten waren mehr Redner denn je beteiligt. Über 400 Gäste konnten neben den Plenumsveranstaltungen zwischen 12 thematischen Foren und zwei erstmalig angebotenen Satellitensymposien wählen.

Das Eröffnungsplenum am ersten Kongresstag stand ganz im Zeichen der Politik. Ulrike Flach MdB, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, zog ein positives Fazit der Arbeit der aktuellen Bundesregierung. Dem widersprach Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Hamburg. Das Versorgungsstrukturgesetz habe die Chancen der Integrierten Versorgung bei weitem nicht ausgeschöpft. Mit ihrer Forderung nach mehr Investitionen in innovative Versorgungsformen traf sie zielsicher den Nerv der Kongressgäste. Dr. Ignazio Cassis, Mitglied im Schweizer Nationalrat, warnte jedoch davor, bei aller Ambition um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu vergessen, die Menschen mitzunehmen. Das Scheitern der Managed Care-Gesetzesvorlage in der Schweizer Volksabstimmung am 17. Juni 2012 verdeutliche, dass es nicht ausreicht, die richtigen Ideen zu haben, sondern man muss sie auch überzeugend vermitteln.

Für den Erfolg einer wahrlich grundlegenden Gesundheitsreform stand der Special Guest des Kongresses, Prof. Dr. Ab(raham) Klink, Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport a. D. der Niederlande, unter dessen Rigide der einheitliche Versicherungsmarkt in unserem Nachbarland eingeführt worden ist. Ob das holländische Modell auch eine Option für Deutschland darstellen könnte, wurde im Rahmen einer TED-Umfrage diskutiert. 70 Prozent der Teilnehmer votierten für eine Aufhebung der Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Eine knappe Mehrheit von 51 Prozent würde es zudem befürworten, wenn die Kassen ihre volle Beitragssouveränität zurückerhielten. Weitgehende Zustimmung erhielten die Vorschläge des BMC zur Einrichtung eines Innovationsfonds (74 Prozent) und zum Abbau formaler Unsicherheiten wie beispielsweise Aufsichtsgenehmigungen (81 Prozent), um die Integrierte Versorgung zu fördern. Fast zwei Drittel zeigten sich davon überzeugt, dass die Bedeutung der Industrie als Partner bei der Leistungserstellung und Prozessgestaltung im Rahmen von Selektivverträgen zukünftig erheblich zunehmen wird.

Mäßige Noten erhielt die Arbeit der aktuellen Bundesregierung. Über 80 Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass →

Bericht des Vorstandsvorsitzenden und des Geschäftsführers

Hauptstadt-Kongress – Medizin und Gesundheit 2012

← das Versorgungsstrukturgesetz nicht ausreichend sein wird, um Versorgungsengpässe im ländlichen Raum nachhaltig abzumildern. Umso erfreulicher war es, dass mit Dr. Harald Terpe MdB, Bündnis 90/Die Grünen, Stefanie Vogelsang MdB, CDU, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Barmer GEK, und Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, emerit. Professor der Medizinischen Hochschule Hannover, sich sowohl Vertreter der Politik als auch Experten des Gesundheitswesens den kritischen Fragen des Publikums stellten.

Eine ganz andere Facette brachte Prof. Dr. Bruno Frey von der Universität Zürich in das Programm. Unter dem Titel „Leben glückliche Menschen länger?" erläuterte er den Zusammenhang von Glück und Gesundheit aus Sicht der Ökonomie. Sein Vortrag stand exemplarisch für die Breite der Themen des BMC-Kongresses. Die durchweg namhaft besetzten Foren deckten nahezu alle aktuellen Themen der Gesundheitspolitik ab, sei es die Integrierte Versorgung, Patientencoaching, Krankenhausmanagement, Prävention, Biosimilars, Evaluierungen oder die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung.

Der BMC: Stark in den Regionen …

Neben unserer Fachtagung in Berlin am 4. Juli zum Thema „Strategien für schwer zu versorgende Regionen" mit rund 150 Teilnehmern erfreuten sich auch unsere lokalen Veranstaltungen erneut großen Zuspruchs. Mehr als 100 Gäste folgten unserer Einladung nach Leipzig und diskutierten am 12. November u. a. mit der sächsischen Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Christine Clauß MdL. Mit großem Erfolg ist auch unser neues Veranstaltungsformat „BMC Best Practice hautnah" gestartet. Am 31. Oktober besuchte eine Delegation von über 30 BMC-Mitgliedern das Gesunde Kinzigtal und erhielt dort unmittelbare Einblicke in die praktische Umsetzung eines solch ambitionierten und innovativen Versorgungsprojekts. Ebenfalls neu hinzugekommen ist unsere Kooperation mit der Hochschule Fresenius, mit der wir unter dem Label „BMC vor Ort Nord" gemeinsam zwei Veranstaltungen in Hamburg durchgeführt haben.

In Nordrhein-Westfalen wächst und gedeiht der BMC Regional NRW e. V., der auf ein bemerkenswertes Gründungsjahr zurückblickt. Bereits über 50 gewonnene Mitglieder zeugen von dem attraktiven Programm, das von unserem Zweigverein angeboten wird. Höhepunkte bildeten sicherlich das Praktikerseminar am 2. Mai in Münster und die 4. Fachtagung zum Thema „Potenziale des GKV-VStG in NRW" am 3. Juli in Düsseldorf.

… und auch international gut aufgestellt

Doch nicht nur unsere regionale Verankerung, sondern auch unsere internationalen Partnerschaften und Aktivitäten haben wir deutlich ausgebaut. Die wie gewohnt gemeinsam mit unserer Schweizer Schwesterorganisation Forum Managed Care durchgeführte Studienreise führte uns 2012 nach London. Inmitten einer Umbruchsphase im Zuge der aktuellen Reform konnten sich 22 Teilnehmer von den beeindruckenden Fortschritten des britischen Gesundheitssystems überzeugen. Im Gegenzug empfing der BMC Delegationen aus den Niederlanden, den USA und Brasilien. Auch neue Kooperationen sind entstanden. So waren wir auf dem World Health Care Congress in Abu Dhabi vertreten und werden auch auf dem kommenden Kongress in Washington dabei sein. Ein weiteres Highlight steht schon fast vor der Tür: am 11. und 12. April veranstaltet der BMC u. a. gemeinsam mit der International Foundation of Integrated Care die „13th International Conference on Integrated Care" in Berlin.

Mitglieder gestalten Programm!

Unser internes Programm war 2012 erneut von einer großen Vielfalt geprägt. Das ist vor allem unseren Mitgliedern zu verdanken, die wieder spannende Referenten und Themen vorgeschlagen und sich an den Veranstaltungen zumeist als Moderatoren aktiv beteiligt haben. Von Politik und Institutionen der Gesetzlichen Krankenversicherung über innovative Produkte der Wirtschaft bis hin zur Wissenschaft war das

Unterstützung im Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Barbara Turina übernahm zum 15. August die neu geschaffene Position der Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit beim BMC. Die Schweizerin hat an der Universität Zürich Geschichte, Soziologie und Politikwissenschaft studiert. Den Einstieg ins Gesundheitswesen fand sie über die Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei einem von der ETH Zürich getragenen Think Tank, der sich mit der Zukunft des Schweizer Gesundheitssystems auseinandersetzt. Im Anschluss war Barbara Turina stets an der Schnittstelle zwischen Kommunikation und Gesundheitswesen tätig. Der BMC freut sich, mit ihr eine gesundheitspolitisch sachkundige Kommunikationsexpertin gewonnen zu haben.

gesamte Spektrum vertreten. Auch unser Auftritt auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2012 wäre nicht möglich gewesen ohne die rege Mitwirkung unserer Mitglieder. Zum dritten Mal in Folge war der BMC mit einem der größten Stände präsent. Acht Unternehmen stellten unter dem Dach des BMC ihre Produkte vor und gestalteten ein attraktives Lounge-Programm mit bis zu 70 Gästen.

Über unsere bewährten Angebote hinaus haben wir neben dem BMC Best Practice hautnah zwei weitere neue Formate ins Leben gerufen: Im Juni 2012 fand der erste „Berlin Capital Talk“ mit dem Schweizer Nationalrat Dr. Ignazio Cassis statt. Und am 26. September wurde mit dem „Expertenforum“ zum Thema Entlassmanagement erstmalig eine öffentliche Arbeitsgruppensitzung durchgeführt. Über 80 Gäste sind eine schöne Bestätigung für die Qualität und Attraktivität unserer Fachgremien.

Unser Rückgrat: Arbeits- und Projektgruppen

All das wäre nicht möglich ohne unsere inhaltlichen Impulsgeber, die Arbeits- und Projektgruppen, deren Leitern und Mitgliedern ganz besonderer Dank gebührt. Umso mehr freuen wir uns darüber, dass im vergangenen Jahr drei neue Gremien konstituiert worden sind: Die Arbeitsgruppe „Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement“ sowie die Projektgruppen „Patientencoaching“ und „Ambulante Versorgungsunternehmen“. Alle drei Gremien haben bereits ihre Arbeit aufgenommen und sich zum Ziel gesetzt, rechtzeitig vor der Bundestagswahl Positionspapiere zu ihren jeweiligen Themen zu entwickeln.

Der Aktivität unserer Expertengremien ist es zu verdanken, dass der BMC seine Stellung als Ideenschmiede der Gesundheitswirtschaft und Ratgeber der Politik weiter gefestigt hat. Dies zeigt sich auch daran, dass der BMC nach dem Versorgungsstrukturgesetz zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegeneuausrichtungsgesetz am 21. Mai erneut als Sachverständiger geladen war.

15 Jahre BMC — Weiter auf Wachstumskurs

Auch 15 Jahre nach seiner Gründung am 23. Oktober 1997 befindet sich der BMC weiter auf Wachstumskurs. Seit Anfang 2012 konnten 23 Neumitglieder gewonnen werden, die Palette an attraktiven Veranstaltungsformaten ist erneut erweitert und die öffentliche Wahrnehmung und mediale Präsenz ausgebaut worden. Wie auf der vergangenen Mitgliederversammlung beschlossen, haben wir die BMC-Geschäftsstelle umgebaut und zwei neue Arbeitsplätze eingerichtet. Zudem freuen wir uns, Frau Barbara Turina als Referentin Presse/Öffentlichkeitsarbeit im Team des BMC willkommen zu heißen.

Strukturell gut aufgestellt starten wir in das spannende Wahljahr 2013. Unsere Arbeits- und Projektgruppen haben bereits die Stifte gespitzt, um die Positionen des BMC frühzeitig in die Politik hineinzutragen. Zudem ist die Gründung eines neuen Gremiums zu IT im Gesundheitswesen geplant. Mit BMC-Kongress, der 13th International Conference on Integrated Care, einer Fachtagung in Kooperation mit BPI und vfa, unseren Fachtagungen in Berlin und Hamburg, einem Expertenforum unserer AG Neue Versorgungsformen sowie den Aktivitäten unseres Zweigvereins in Nordrhein-Westfalen stehen mehr denn je öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen auf dem Programm. Bei alledem bleiben die exklusiv unseren Mitgliedern vorbehaltenen Formate jedoch das Kernstück des BMC. Unsere Studienreise wird uns in die Niederlande führen – und natürlich werden wir Ihnen auch 2013 eine Fülle an kleineren Veranstaltungen wie Hintergrundgespräche, WissensUpdates und Berlin Capital Talks anbieten.

Dabei zählen wir immer auf die tatkräftige Unterstützung unserer Mitglieder, ohne deren Engagement die zahlreichen Veranstaltungen und Aktivitäten des BMC nicht möglich wären. Der Ideen- und Gedankenaustausch mit Ihnen ist die Grundlage unserer Arbeit, Ihre breite Expertise und vielfältigen Ideen verleihen unseren Formaten und Positionen Leben und schaffen die im BMC so einzigartige offene Atmosphäre.

Herzlichen Dank!

Arbeits- und Projektgruppen – Think Tanks und Ideengeber

PG Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

Roger Jaeckel

AG Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Dr. Tanja Hantke
Dr. Karsten Neumann

AG Neue Versorgungsformen

Ralph Lägel, MBA
Dr. Volker Möws

PG Pflege und Integrierte Versorgung

Ralph Lägel, MBA

AG Plattform Versorgungssteuerung

Dr. Dominik Deimel

PG Patientencoaching

Dr. Thorsten Pilgrim

AG Arzneimittel-versorgung

Dr. Peter Blees
Susanne Eble

PG Ambulante Versorgungsunternehmen

Dr. Ursula Hahn
Dr. Albrecht Kloepfer

PG BMC vor Ort Nord

Rolf Kästner

AG Nutzenbewertung und Präferenzmessung

Prof. Dr. Axel Mühlbacher

PG Entlassmanagement

Dr. Dominik Deimel

Themenbezogene Projektgruppen

Dr. Sascha Wolf
Uta Heidenblut

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Arbeitsgruppe Neue Versorgungsformen

Leitung:
Ralph Lägel, *MBA, Director Key Account Business Integrated Health Europe, Pfizer Pharma GmbH*
Dr. Volker Möws, *Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, Techniker Krankenkasse*

Im Fokus der Arbeitsgruppe Neue Versorgungsformen (AG NVF) standen 2012 die Weiterentwicklung arztentlastender Versorgungsstrukturen, Selektivverträge unter Einbindung der Industrie als Partner bei der Leistungserstellung und der Prozessgestaltung sowie neue Versorgungsformen für die ältere Generation.

„Arztentlastende Neue Versorgungsstrukturen"

Ein aufgrund von Bevölkerungsalterung und steigender Multimorbidität zukünftig wachsender Versorgungsbedarf steht einem drohenden Ärztemangel in schwer zu versorgenden Regionen gegenüber. Umso wichtiger ist es, die „Ressource Arzt" effektiv zu nutzen und über eine Neudefinition anderer Heilberufe effizienzfördernde Potenziale auszuschöpfen. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere im hausärztlichen Bereich neue Versorgungsformen unverzichtbar. Zielführend ist beispielsweise das Projekt AGnES, bei dem vor allem Hausbesuche an speziell ausgebildete medizinische Fachkräfte delegiert werden. Dr. Neeltje van den Berg von der Universitätsmedizin Greifswald, die hier wertvolle Pionierarbeit geleistet hat, stellte der AG NVF am 3. April 2012 die Grundzüge dieses Delegationsmodells und die erworbenen praktischen Erfahrungen vor. Das Modell werde kontinuierlich weiterentwickelt und optimiert. So wird AGnES 2 aktuell in Brandenburg mit den zusätzlichen Elementen des Fallmanagements getestet, wie Steffen Kruhl, Stellv. Unternehmensbereichsleiter Verträge, Forschung und Entwicklung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, erläuterte. Dass arztentlastende Versorgungsformen ein wichtiger Baustein sein können, um auch zukünftig die ambulante Versorgung flächendeckend sicherzustellen, betonte auch Dr. Ina Bossow vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Mecklenburg-Vorpommern. Als bundesweit flächendeckende Versorgungsform habe sich VERAH als Standard durchgesetzt, wie Anke Richter, stellv. Vorsitzende des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband und Landesvorsitzende des Hausärzteverbands Bremen, berichtete. Zwar verfüge dieses Modell nicht über einen so ambitionierten Ausbildungsumfang wie AGnES. Hinsichtlich der auf medizinische Fachkräfte übertragenen Tätigkeitsfelder wie Hausbesuche, Übernahme besonderer koordinierender Aufgaben im Rahmen des Fallmanagements, Unterstützung von Patienten und Angehörigen bei der Anwendung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Sicherung eines effizienten Praxismanagements besitze VERAH jedoch vergleichbare Effizienzpotenziale. Die AG-Teilnehmer zeigten sich in der anschließenden Diskussion davon überzeugt, dass arztentlastende Versorgungsstrukturen dazu geeignet sind, die Versorgung zu verbessern, Ärzten mehr Freiräume für die Behandlung einzelner Patienten zu geben und die Patientenfokussierung zu erhöhen.

„Selektivverträge mit Krankenkassen und Pharmaindustrie: EPIVISTA-IV-Vertrag zur Epilepsieversorgung – erste Ergebnisse"

Noch immer besitzen die Verträge zur Verbesserung der Versorgung zwischen Krankenkassen und pharmazeutischer Industrie, Medizintechnik oder anderen Industriezweigen eher Seltenheitswert. Dabei verfügen insbesondere diese Industriesparten über solide Kenntnisse der Strukturen im Gesundheitswesen und könnten aufgrund ihrer eigenen Prozesserfahrung wesentliche Beiträge für die Optimierung der Versorgung leisten. Darüber hinaus verfügen die Industriepartner über interessante technische Lösungsansätze und profunde Investitionsmöglichkeiten. Die Veranstaltung unter dem Thema „Selektiv-Verträge mit Krankenkassen und Pharmaindustrie" wollte dieses Thema am 6. Juni 2012 näher beleuchten und entsprechende Anregungen geben, das Industriepotenzial künftig stärker zu nutzen. Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des BMC e. V., gab in seinem Einführungsvortrag einen →

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

← Überblick über Status quo und Perspektiven von Selektivverträgen mit Krankenkassen und Pharmaindustrie. Im Anschluss erläuterte Dr. Marc Gabriel, Baker & McKenzie Partnerschaftsgesellschaft, die rechtlichen Rahmenbedingungen für Selektivverträge. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand sodann als Musterbeispiel der EPIVISTA-IV-Vertrag zur Epilepsieversorgung von Kindern. Karin Agor, Vertragsreferentin bei der Regionaldirektion Hamburg der Knappschaft-Bahn-See, und Dr. Thomas Peckmann, Healthcare Manager bei der Desitin Arzneimittel GmbH, stellten das Modell von Seiten der beiden Vertragspartner dar. Der Pharmahersteller zeigte, wie er mit Hilfe einer innovativen Softwarelösung die Therapie von einem an Epilepsie erkrankten Kind deutlich verbessert. Auf diese Weise könnten Versicherte der Krankenkasse effizienter und erfolgreicher versorgt werden. Alle Inhalte wurden von den Teilnehmern mit Spannung aufgenommen und profund diskutiert. Das Thema stieß auf ein hohes Interesse.

„Neue Versorgungsformen für die ältere Generation“

Die gezielte Verbesserung der Versorgung älterer Menschen stand im Fokus der Sitzung am 11. September 2012. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse insbesondere der Sportgerontologie erweitern die Möglichkeiten der Sekundärprävention. Hierzu zählt das Projekt „Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen“, das vom Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie an der Deutschen Sporthochschule Köln entwickelt und von Frank Nieder der AG vorgestellt wurde. Das Programm richtet sich an Hochbetagte und habe sich als effizientes Mittel zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und zum Erhalt der Alltagskompetenzen erwiesen. Dass die passende versorgungspolitische Antwort auf den demographischen Wandel nicht Hospitalisierungskonzepte sein sollten, betonte auch Prof. Dr. Tost, Stellv. Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald. Stattdessen empfahl er den verstärkten Einsatz von Telemedizin. Ein Problem bei der ambulanten Betreuung im Alter bestünde darin, dass bei vielen chronischen Erkrankungen eine engmaschige Kontrolle von Vitalwerten bzw. regelmäßige Arztkontakte notwendig seien. Gerade in ländlichen Regionen könne das wegen der damit verbundenen Anfahrtswege für ältere Menschen oder den Arzt mühsam sein. Eine Antwort sei die medizinische Fernbetreuung bei chronischen Erkrankungen unter Zuhilfenahme moderner Informations- und Kommunikationstechnologie. Am Beispiel der OcuNet Zentren und Praxen stellte Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH, innovative Ansätze zur Versorgung älterer Menschen in der Augenheilkunde dar. Unter der Fragestellung „Brauchen alte Menschen eine andere Medizin?“ skizzierte Dr. Norbert Lübke, Leiter KompetenzCentrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord seniorengerechte gesundheitliche Versorgungsstrukturen. Dabei empfahl er ein systemisches Umdenken weg von der Anbieter- und Sektorenorientierung und hin zu einer Fokussierung auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Abgerundet wurde die AG-Sitzung durch Awai Cheung, Lehrbeauftragter der DGUV sowie Buchautor und Inhaber der Akademie für asiatische Bewegungskunst, und einen Exkurs in die asiatische Heilkunst der Qi-Formel als natürliche Ressource für die Generation 80+.

Innovative Versorgungsmodelle und die Auswirkungen von Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen werden auch 2013 die AG NVF beschäftigen. Zu Beginn des Jahres steht der Bereich der Psychotherapie auf dem Programm. Im Rahmen eines öffentlichen Expertenforums sollen die Auswirkungen der Herausnahme aus dem ärztlichen Budgettopf und Optionen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität ohne übermäßig ansteigende Kosten für die Krankenversicherung diskutiert werden.

Projektgruppe Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

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

Bereits im Jahr 2011 hat die Projektgruppe „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung" (ASV) sich intensiv mit den möglichen Auswirkungen des neugestalteten § 116 b SGB V auseinandergesetzt und hierzu ein umfassendes Positionspapier erarbeitet. Der BMC begrüßt grundsätzlich den eingeschlagenen Weg des Gesetzgebers, über die ASV einen sektorenübergreifenden Versorgungsansatz einzuführen. Gleichzeitig appelliert der BMC an die Systemverantwortlichen, keine unterschiedlichen Zugangsbedingungen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu schaffen und für eine wirtschaftliche und bedarfsnotwendige Leistungsinanspruchnahme Sorge zu tragen.

Umso mehr wird es auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ankommen. Vor diesem Hintergrund fand am 30. Mai 2012 mit dem damaligen unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, Dr. Rainer Hess, ein BMC-Hintergrundgespräch statt. Er verwies darauf, dass die Definition des jeweiligen Behandlungsumfanges und dessen Vorhaltung bzw. Verfügbarkeit in den betreffenden Einrichtungen maßgebend für die finanziellen Auswirkungen der ASV sein werden. Gelinge die Bildung angestrebter Kooperationen nicht, drohe als Folge der neuen Vergütungsregelung eine unvertretbare Mengendynamik.

Auch im Rahmen der Fachtagung BMC vor Ort in Leipzig am 12. November stand die ASV mit im Mittelpunkt des Interesses. In Leipzig diskutierten Martin Degenhardt, Freie Allianz der Länder-KVen (Falk), Jens Hennicke, Landesvertretung der Techniker Krankenkasse in Sachsen-Anhalt, Dr. Axel Munte, Bundesverband ASV, sowie Dr. Jan-Hendrik Simon, Medizinische Hochschule Hannover, die Risiken, aber auch mögliche Chancen, welche durch die ASV für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in ländlichen Regionen sich ergeben können.

Auf dem BMC-Kongress am 22. und 23. Januar 2013 berichtete Dr. Regina Klakow-Franck, G-BA, dass die Umsetzung des neuen § 116 b SGB V eine große und detailreiche Herausforderung darstellt. So verlange der Gesetzgeber einheitliche Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Qualität. Die Anforderungen an den stationären Bereich könnten jedoch nicht eins zu eins auf die Niedergelassenen übertragen werden. Bedenken äußerte auch Thomas Ballast, stellv. Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse. Er forderte, Innovationen im Bereich der ASV zu begrenzen, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Patientennutzen und -sicherheit herzustellen. Auch befürchtete er, dass die neuen Landesausschüsse, die über die Zulassung zur ASV entscheiden müssen, schnell überlastet sein könnten. In diesem Fall würden möglicherweise Antragssteller allein aus dem Grund zugelassen, weil die Frist von zwei Monaten für Beanstandungen abgelaufen sei. Das Deutsche Ärzteblatt berichtete über dieses BMC-Forum ausführlich am 8. Februar 2013.

Nach einem Jahr Umsetzungspraxis zeichnet sich deutlich ab, dass die vom Gesetzgeber vorgegebene einjährige Umsetzungsfrist als überambitioniert angesehen werden muss und die Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsansatzes die Abarbeitung weitaus mehr Themen erfordert, als dies allein die gesetzliche Regelung vermuten lässt.

Im Jahr 2013 wird die PG die Fortschritte bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen der ASV weiterhin intensiv begleiten. Auftakt bildete bereits ein Hintergrundgespräch mit PD Dr. Stephan Schmitz, Vorsitzender des Berufsverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V., am 19. Februar 2013. Der Fokus der PG wird maßgeblich von den Beschlüssen zum so genannten Paragraphenteil der Richtlinie für die ASV beeinflusst werden, der am 21. März 2013 vom G-BA veröffentlicht werden soll. Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt bildet die Überarbeitung des bisherigen Positionspapiers, um zu diesem strukturpolitisch wichtigen Thema auch weiterhin seitens des BMC sprachfähig zu sein. →

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Arbeitsgruppe Plattform Versorgungssteuerung / Projektgruppe Entlassmanagement

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

Im Rahmen der Plattform Versorgungssteuerung standen 2012 zwei Themen besonders im Vordergrund: Patientencoaching und Entlassmanagement. Zum Thema Patientencoaching wurde eine neue Projektgruppe etabliert. Aufbauend auf das bereits 2011 erarbeitete Positionspapier, trug die Projektgruppe Entlassmanagement in 2012 die BMC-Empfehlungen in Politik und Öffentlichkeit. Im Rahmen eines neuen BMC-Veranstaltungsformates, dem Expertenforum, welches Arbeitsgruppensitzungen punktuell für Nicht-Mitglieder öffnet, diskutierten Experten aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens das Positionspapier und berieten über mögliche Weiterentwicklungen. Für 2013 plant die Plattform Versorgungssteuerung die Gründung einer weiteren Projektgruppe zum Thema „Bedeutung von eHealth in neuen Versorgungsformen".

PG Entlassmanagement

Wie schaffen wir es, das Entlassmanagement als effizienten Baustein des Versorgungsmanagements zu nutzen? Wie kann es gelingen einen strukturierten Behandlungspfad von der Einweisung im Krankenhaus bis hin in den ambulanten und rehabilitativen Sektor zu etablieren? Über 80 Gäste waren der Einladung der Plattform Versorgungssteuerung des BMC am 26. September gefolgt, um über diese und weitere Fragen zu beraten. Dreh- und Angelpunkt der Diskussionen bildete das Positionspapier „Entlassmanagement im Krankenhaus optimieren", das von einer multiprofessionellen Projektgruppe des BMC entwickelt worden ist. Gemeinsam mit Vertretern der maßgeblich betroffenen Verbände wurden die Lösungsvorschläge des BMC erörtert und weitere mögliche Handlungsoptionen ausgelotet.

Nach der Begrüßung durch Dr. Dominik Deimel, Leiter der Plattform Versorgungssteuerung und Mitglied im erweiterten BMC-Vorstand, stellte Dr. Michael Ossege, Rechts- und Fachanwalt für Medizinrecht bei der Rechtsanwaltskanzlei Wigge in Münster, den durch das Versorgungsstrukturgesetz modifizierten Rechtsrahmen für das Entlassmanagement vor. Zwar ginge das Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes einer Verbesserung der Verzahnung der Leistungssektoren in die richtige Richtung. Der Gesetzestext werde seinem komplexen Anspruch jedoch nur zu Teilen gerecht und ließe viele Fragen wie beispielsweise die der Finanzierung des Entlassmanagements oder der Möglichkeit des Schadensersatzes bei Nicht- oder Schlechterbringung offen.

Demgegenüber präsentierte Dr. Deimel die Lösungsvorschläge des BMC-Empfehlungskatalogs. Dabei handele es sich um Bausteine, die nicht nur in ihrer Gesamtheit, sondern auch einzeln übernommen werden könnten.

Die Empfehlungen des BMC:

- Etablierung eines „definierten Ansprechpartners" im Krankenhaus.
- Schaffung von übergreifenden Beurteilungs- (Assessment) Instrumenten im Entlassmanagement.
- Förderung der Vernetzung und Kommunikation der Krankenhäuser mit nachgelagerten Einrichtungen aus Medizin, Rehabilitation und Pflege sowie den Kostenträgern.
- Förderung von Maßnahmen des „Empowerments" des Patienten bzw. der Angehörigen.
- Verpflichtende Nachverfolgung der eingeleiteten Maßnahmen im Nachgang zur Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus.
- Aufbau von spezifischen, interprofessionellen Behandlungspfaden / Versorgungsketten für ausgewählte, wichtige Indikationen.
- Etablierung ambulanter „Ankerpunkte" (Patientenkoordinator/-begleiter) für die Übergabe aus dem stationären Bereich.
- Einrichtung von Instrumenten der Qualitätssicherung des Entlassmanagements im Krankenhaus.

Expertenforum Entlassmanagement am 26. September 2012

Nach diesem Gesamtüberblick stellten einzelne Mitglieder der BMC-Arbeitsgruppe ausgewählte Lösungsbausteine des Empfehlungskatalogs im Detail vor. Wie die erfolgreiche Etablierung eines Patientenkoordinators im Krankenhaus funktionieren kann, verdeutlichte Marie Luise Müller, Ehrenpräsidentin des Deutschen Pflegerats, anhand des Beispiels des Klinikum StadtSoest. Als Gegenpol zum stationären Patientenkoordinator bedürfe es eines ambulanten Ankerpunkts, an den der Krankenhausentlassmanager den Patienten übergeben kann. Hierbei könne es sich um eine Arztpraxis, speziell weitergebildetes medizinisches Fachpersonal, einen Pflegedienst, ein Homecare-Unternehmen, freiberufliche Care- und Case-Manager oder auch andere Professionen des Gesundheitswesens handeln, wie Sonja Laag, Leiterin Versorgungsprogramme bei der Barmer GEK Hauptverwaltung, erläuterte. Notwendig sei eine Grundqualifikation im humandienstlichen Arbeitsfeld sowie Methoden-, Beratungs- und sozialrechtlicher Kompetenzen.

Die notwendige Vernetzung in der Region könne nur nach dem Motto „Kooperation statt Konfrontation" gelingen, erklärte Thomas Müller, Geschäftsführer Unternehmensentwicklung/-steuerung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Neben dem Überleitungsmanagement müssten Weiterbildungsverbünde gegründet, die Notfallversorgung entsprechend organisiert und die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung und des Vertragsarztrechtänderungsgesetzes genutzt werden. Bei der Einführung eines strukturierten Entlassmanagements stelle sich auch immer die Frage der Finanzierung, unterstrich Frank Neuschulz, Versorgungsmanager bei der Deutschen BKK. Dabei gehe es nicht unbedingt darum, zusätzliche finanzielle Mittel ins Gesundheitssystem zu leiten. Am Indikationsbeispiel Vorhofflimmern zeigte er, dass die durch das Entlassmanagement sinkenden Folgekosten und eine zurückgehende Wiederaufnahmequote eingesparten Gelder zur Finanzierung herangezogen werden könnten.

In der von Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH, moderierten Podiumsdiskussion stieß der BMC-Empfehlungskatalog grundlegend auf breite Zustimmung. Dr. Bernd Metzinger, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., warnte jedoch davor, die Qualität des Entlassmanagements in Krankenhäusern generell in Frage zu stellen. Statt die völlige Neugestaltung anzustreben sollte es darum gehen, vorhandene Systeme gezielt zu verbessern. Zudem sei die nachstationäre Behandlung nicht Aufgabe des Krankenhauses, sondern des ambulanten Sektors. In diesem Zusammenhang hob er die vom BMC angestrebte Etablierung eines ambulanten Ankerpunkts hervor, da hierdurch die Kliniken einen direkten Ansprechpartner erhielten.

Die Bedeutung verlässlicher Partnerschaften zwischen stationärem und ambulantem Sektor unterstrich auch Birgit Pilz, Deutscher Pflegerat e. V. Dabei kritisierte sie die zu geringe Anzahl von Pflegestützpunkten, die die Rolle des ambulanten Ankers ebenfalls übernehmen könnten. Sibylle Kraus, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, begrüßte das Positionspapier des BMC. Bei einzelnen Lösungsbausteinen ginge das Papier jedoch nicht weit genug. So müssten auch Versorgungsstrukturen außerhalb des Gesundheitswesens, beispielsweise des Sozialwesens und der Kommunen, einbezogen werden.

Einen zusätzlichen Aspekt zur erfolgreichen intersektoralen Kooperation brachte Bernd Tews, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., ins Spiel. Er forderte einen systematischen Prozess, der über den heutigen Expertenstandard Entlassmanagement hinausgeht. Dazu gehörten auch die Einführung einer einheitlichen IT-Plattform und eine gemeinsame Dokumentation. Stefan Wöhrmann, Verband der Ersatzkassen e. V., bestätigte diesen Ansatz. Zudem sehe er das Entlassmanagement als Wettbewerbsfeld, das im Rahmen von Selektivverträgen verstärkt aufgegriffen werden sollte. Patrick Hilbrenner, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., stellte das Kostenproblem in den Vordergrund. Da die Krankenhäuser schon heute das Morbiditätsrisiko trügen, müsse klargestellt werden, wer die zusätzlichen Leistungen bezahlt.

Dr. Deimel zog zum Abschluss der Veranstaltung ein positives Fazit. Er bedankte sich für den wertvollen Input der geladenen Referenten und der zahlreichen Experten im Plenum. Der BMC werde die vorgebrachten Ergänzungsvorschläge bei der Weiterentwicklung des Positionspapiers eingehend prüfen. Er forderte alle Interessierten auf, sich an dieser spannenden Aufgabe zu beteiligen. →

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Projektgruppe Patientencoaching

Leitung:
Dr. Thorsten Pilgrim, *Sprecher der Geschäftsführung, AnyCare GmbH*

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist nicht nur geprägt durch eine steigende Anzahl älterer und alleinlebender Menschen, sondern ebenfalls durch eine Zunahme multimorbider und chronisch kranker Patienten. Diese Patienten haben ein erhöhtes Risiko für Krankheitsprogression, hohe (vermeidbare) Leistungsausgaben und einen Verlust an Lebensqualität – bis hin zu psychischen Folgeerkrankungen. Ihnen steht aktuell unter anderem eine auf die Leistungserbringung in Klinik und Praxis fixierte Fülle medizinischer Behandlungsmethoden – basierend auf indikationsbezogenen Leitlinien – zur Verfügung.

Hierin zeigt sich der Widerspruch im deutschen Gesundheitswesen. Aktuell gibt es keine standardisierten Behandlungsleitlinien für Patienten, die unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. Die Unterstützung im häuslichen Umfeld nimmt durch die zunehmende Anzahl der Menschen, die im Alter allein zu Hause leben, rapide ab. Ambulante Minutenmedizin, komplexe Polypharmazie und häufige Krankenhausaufenthalte beherrschen den Lebensalltag dieser Menschen.

Der Mensch selbst rückt im Behandlungsprozess immer weiter in den Hintergrund. Eigentlich wäre es erforderlich, dass Medizin viel mehr im Lebensumfeld dieser Patienten stattfindet, damit Medikamente tatsächlich genommen, Verhaltensänderungen umgesetzt und der Genesungsprozess des Patienten unterstützt wird. Doch unser Gesundheitssystem ist durch eine steigende Anzahl chronisch und auch psychisch kranker Patienten stark belastet, was dazu führt, dass der Mensch aus dem Fokus gerät. Dadurch bleiben die Potenziale des Patienten völlig ungenutzt.

In einem modernen Gesundheitswesen kann ein Großteil der Patienten befähigt werden, seine gesundheitliche Situation effektiver und effizienter zu organisieren. Durch gezielte Unterstützung in seinem Lebensumfeld kann er strukturelle Hürden im Gesundheitswesen für sich überwinden und Versorgungsangebote medizinisch und ökonomisch sinnvoll nutzen.

Wo in diesem Prozess das Patientencoaching ansetzt, wie es definiert wird und welche Anforderungen an das Patientencoaching gestellt werden, damit hat sich unter anderem die BMC-Projektgruppe „Patientencoaching" beschäftigt.

Die Gruppe wurde im Juni 2012 unter der Arbeitsgruppe „Plattform Versorgungssteuerung" gegründet mit dem Ziel, das „Patientencoaching" politisch auf eine höhere Ebene zu heben. Innerhalb von drei konstruktiven und arbeitsintensiven Treffen hat die Arbeitsgruppe Eckpunkte für ein Positionspapier entworfen, welche sich unter anderem mit folgenden Fragen auseinandersetzen:

- Was versteht man unter Patientencoaching und was sind die Ziele?
- Wo liegen die Schnittstellen im Patientencoaching und wer setzt es um?
- Welche Anforderungen muss der Patientencoach erfüllen und warum geht es zukünftig nicht mehr ohne ihn?
- Wie funktioniert Patientencoaching und wer finanziert es?
- Was ist der Nutzen des Patientencoachings und was wird von den einzelnen Akteuren erwartet?

Die Projektgruppe wird sich auch in 2013 dem Thema „Patientencoaching" annehmen. Auf der Agenda stehen die Finalisierung des Positionspapiers sowie die Operationalisierung der Thematik, um das Patientencoaching weiter in den Köpfen der Politik zu manifestieren.

Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung

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

Obgleich der Arzneimittelsektor nicht im Fokus des Versorgungsstrukturgesetzes steht, kann die Reform zu spürbaren Auswirkungen auf die pharmazeutische Industrie führen. Dies betrifft insbesondere die Etablierung des neuen Bereichs der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Bundesverbands ASV berichtete auf der AG-Sitzung am 13. April 2012 von den Chancen und Risiken des neuen Sektors für die Industrie. Von entscheidender Bedeutung werde es sein, wie für kostenintensive Leistungen wie beispielsweise hochpreisige Medikamente ein indizierter und leitliniengerechter Einsatz gesichert werden kann. Die Qualifikationsvoraussetzungen für spezielle ärztliche Eingriffe müssten klar definiert, die Leistungserbringer durch eine Software bei der Festlegung des idealen Diagnostik- und Therapiepfades unterstützt und die elektronische Dokumentation verpflichtend eingeführt werden werden, forderte Dr. Munte.

Die folgenden Sitzungen standen insbesondere im Zeichen des 2011 in Kraft getretenen Arzneimittelmarkneuordnungsgesetzes (AMNOG). Dr. Manfred Zipperer, Ministerialdirektor a. D. und Vorsitzender der Schiedsstelle nach § 130 b Abs. 5 SGB V, gab am 6. September tiefe Einblicke in den gesetzlichen Auftrag, die Struktur und Arbeitsweise der Schiedsstelle. Zwar habe bislang erst ein Schiedsverfahren stattgefunden, es sei jedoch zu erwarten, dass die Inanspruchnahme zukünftig erheblich zunehmen werde. Im Anschluss stellte Dr. Siegfried Throm, Geschäftsführer Forschung / Entwicklung / Innovation im Verband forschender Arzneimittelhersteller, das 2. AMG-Änderungsgesetz detailliert vor. Positiv wertete Dr. Throm u. a., dass hinsichtlich Arzneimittelfälschungen und Pharmakovigilanz die EU-Regelungen eins zu eins übernommen worden sind. Im Gegenzug kritisierte er insbesondere die nicht im Gesetzestext fixierte Vertraulichkeit der ausgehandelten Erstattungsbeträge.

Am 25. Oktober begrüßte die AG Thomas Müller, Leiter der Abteilung Arzneimittel im Gemeinsamen Bundesausschuss, sowie Prof. Dr. Matthias Schönermark von der SKC Beratungsgesellschaft. Während Müller über den Status quo der Nutzenbewertung neuer Wirkstoffe unter dem AMNOG berichtete, gab Prof. Schönermark wertvolle Hinweise zu möglichen Verhandlungstaktiken für die pharmazeutische Industrie. Die hohe Komplexität des Nutzenbewertungs- und Preisbildungsverfahrens erfordere eine in sich geschlossene Strategie und eine umfassende Analyse unterschiedlicher Entwicklungs-, Vermarktungs- und Bewertungsvarianten.

Den Jahresabschluss bildeten am 6. Dezember Dr. Charalabos-Markos Dintsios, HTA & Gesundheitsökonomie Evaluation beim Verband forschender Arzneimittelhersteller, und Dr. Antje Haas, Abteilungsleiterin Arznei- und Heilmittel beim GKV-Spitzenverband. Dr. Dintsios schilderte die bisherigen Erfahrungen mit dem AMNOG und der frühen Nutzenbewertung aus Sicht der Industrie. Er zog eine kritische Zwischenbilanz zu den G-BA-Beschlüssen mit Befristung. Die Perspektive der Kostenträger wurde von Frau Dr. Haas vertreten. Sie verwies auf Probleme durch nicht ausreichende gesetzliche Regelungen hin sowie die kritische Auslegung von Begriffen wie Behandelbarkeit und Heilung.

Der Austausch von Erfahrungen wird auch im Jahr 2013 im Mittelpunkt der Arbeit der AG Arzneimittelversorgung stehen. Darüber hinaus wird der BMC am 8. Mai eine Fachtagung in Kooperation mit dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) und dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa) zum Thema „Personalisierte Medizin“ durchführen. Über den Tellerrand des Arzneimittelsektors hinaus sollen Impulse für eine neue Innovationskultur im deutschen Gesundheitswesen gesetzt werden. →

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

← Arbeitsgruppe Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Leitung:
Dr. Tanja Hantke, *Stabsbereich Medizin, Die Schwennninger Krankenkasse*
Dr. Karsten Neumann, *Geschäftsführer, IGES Institut GmbH*

Angesichts zunehmender beruflicher Anforderungen, der Bevölkerungsalterung und einer anhaltend niedrigen Geburtenrate wird das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) immer mehr zu einem entscheidenden Erfolgsfaktor für den Erhalt und die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. Eine sich wandelnde Arbeitswelt erfordert die Entwicklung einer Personalpolitik und einer Unternehmenskultur, die dazu beitragen, die Gesundheit und damit die Leistungspotenziale der Mitarbeiter zu stärken und vorhandene Arbeitskraftressourcen auszuschöpfen. Davon sind alle Altersgruppen betroffen. Einerseits müssen die Bedürfnisse einer älter werdenden Belegschaft berücksichtigt werden. Andererseits gilt es in gleichem Maße, jüngere Mitarbeiter vor Überbelastungen zu schützen und insbesondere das Voranschreiten psychischer Erkrankungen einzudämmen.

Von einem professionellen BGM sollten beide Seiten profitieren: Während Arbeitnehmer durch Abnahme der Krankheitshäufigkeit und Hinauszögern des Voranschreitens chronischer Erkrankungen an Lebensqualität gewinnen, verringern sich im Unternehmen die Kosten durch Fehltage und eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Zahlreiche Studien versprechen Renditen, welche die eingesetzten Ressourcen um ein Mehrfaches übertreffen. Wenn BGM trotzdem noch nicht flächendeckend umgesetzt wird, so liegt das an aktuell vorhandenen Hürden.

Aus diesen Gründen hat der BMC seine Arbeitsgruppe Prävention um den wichtigen Aspekt des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erweitert. Das Interesse an dem neuen Gremium ist groß. Mehr als 40 Teilnehmer fanden sich am 22. November im Spreekarree in Berlin ein, um der konstituierenden Sitzung der AG Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement beizuwohnen.

Eröffnet wurde die Sitzung von den beiden Leitern der AG, Dr. Tanja Hantke, Die Schwenninger Krankenkasse, und Dr. Karsten Neumann, IGES Institut GmbH. Dr. Neumann führte ins Thema ein. Dabei stellte er die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen sowie die Auswirkungen insbesondere auf das Gesundheitswesen und die Arbeitswelt dar. Es werde deutlich, dass Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement als zentrale gesellschaftliche Aufgaben wahrgenommen werden müssten.

Anschließend sprach MinDirig Norbert Paland, Bundesministerium für Gesundheit, zur Präventionsstrategie der Bundesregierung. Er wies darauf hin, dass die Entwicklung einer Präventionsstrategie eine schwierige und langwierige Aufgabe sei. Ein vollumfänglicher Gesamtansatz würde mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nur an der Komplexität scheitern, sondern habe auch aus politischer Sicht kaum Aussicht auf Umsetzungserfolg. Das Zuständigkeitsgeflecht im föderalen System würde hierzu einen Staatsvertrag zwischen Bund und Ländern erfordern. Ein zentraler Ansatzpunkt stelle aus seiner Sicht die Frage dar, wie ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement für kleinere und mittlere Unternehmen ermöglicht und gefördert werden kann. Hier sehe er nicht nur die Politik, sondern auch die Krankenkassen in der Pflicht. So sollten diese bei kleinen Unternehmen nicht allein den Wettbewerbsgedanken sehen, sondern auch die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit anderen Kassen.

Werner Mall, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, bestätigte die Notwendigkeit einer verstärkten Zusammenarbeit. Um die Reichweite der Prävention zu erhöhen seien verbindliche, vertraglich gesicherte Kooperationen auf regionaler Ebene erforderlich. Ein Best Practice Beispiel lieferte Prof. Dr. Sabine Nitsche, Professorin an der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin und Leiterin des Projekts InnoGema. Dieses verfolge einen regionalen Netzwerkansatz. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Verbände, regionale Unternehmen sowie Anbieter von Gesundheits-

Konstituierende Sitzung der AG Prävention und BGM am 22. November 2012

dienstleistungen würden miteinander verzahnt, um hierdurch alle Leistungen aus einer Hand anbieten zu können. Die Betreuung der Unternehmen durch InnoGema erfolge in 5 Phasen und beinhalte u. a. Gespräche mit Schlüsselpersonen im Unternehmen und die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung.

Andreas Schmidt, Geschäftsführer des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, zeigte den Teilnehmern anschließend zehn Erfolgskriterien des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf. Die Einhaltung dieser zehn Erfolgskriterien bilde die Grundlage für eine dauerhaft effektive und auch von den Mitarbeitern akzeptierte Gesundheitsförderung. Die Vorgehensweise des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung entspreche der Prämisse der Hilfe zur Selbsthilfe. Ziel sei es, die Unternehmen so lange anzuleiten und zu begleiten, bis sie selbständig und dauerhaft ein erfolgreiches BGM durchführen können.

Die Vorträge bildeten die Grundlage für die anschließende Diskussion zur Ausrichtung des angestrebten BMC-Positionspapiers, das klar auf das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement fokussiert werden soll. Die Präventionsstrategie des Bundesgesundheitsministeriums könnte einen ersten Schritt darstellen. Weitere müssten folgen. Dabei sieht der BMC nicht nur die Politik in der Verantwortung, sondern auch die Wirtschaft, die Sozialversicherungsträger sowie selbstverständlich auch die Arbeitnehmer selbst. Das Bewusstsein, dass Unternehmen, die BGM aktiv betreiben, sich hierüber einen Wettbewerbsvorteil erarbeiten können, muss gezielt befördert werden. Zudem ist die Gesundheit der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der sich alle beteiligen sollten.

Umso wichtiger sei es, dass BGM in den Unternehmen zur Chefsache werde. BGM müsse auf allen Hierarchie- und Funktionsebenen implementiert werden. Jeder Mitarbeiter sollte den Nutzen und die gesellschaftliche Verpflichtung verstehen und in seiner unmittelbaren Arbeitsumgebung die Vorteile erkennen. Die gezielte Weiterentwicklung der BGM-Maßnahmen sollte auf Grundlage eines professionellen Qualitätsmanagements erfolgen. Zudem komme es darauf an, dem Mittelstand den Zugang zu BGM zu erleichtern. Denn die Beratung zu passgenauen Angeboten, die Vernetzung geeigneter Dienstleister und Leistungserbringer sowie die Koordinierung ihrer Leistungen erfordern Strukturen und Qualifikationen, über die einzelne KMU in der Regel nicht verfügen. Ein möglicher Lösungsweg bestehe darin, adäquate Strukturen nicht betriebsbezogen, sondern in Form regionaler Netzwerke aufzubauen. Auch müssten insgesamt die steuerlichen Fördermöglichkeiten verbessert und einfacher gestaltet, evidenzbasierte Leitlinien entwickelt und mit Hilfe standardisierter Evaluationen die Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität unterschiedlicher BGM-Maßnahmen sichergestellt werden.

→

Berichte aus den Arbeits- und Projektgruppen

Arbeitsgruppe Nutzenbewertung und Präferenzmessung

Leitung:
Prof. Dr. Axel Mühlbacher, *Hochschule Neubrandenburg*

Im Fokus der Arbeitsgruppe standen in 2012 die methodischen Anforderungen der Evaluation von Selektivverträgen der ambulanten Versorgung, der Einbezug von Patientenpräferenzen in gesundheitsökonomische Evaluationen sowie die Methode der Discrete Choice Experimente bei der Erhebung von Lebensqualitätsdaten.

Am 2. April sprach Curt Kösters, Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie, über die Möglichkeiten zur Evaluation der ambulanten Versorgung am Beispiel der Homöopathie. Selektivverträge seien im Bereich der Homöopathie weit verbreitet. Vertragsmodelle mit Einzelleistungsvergütungen nähmen dabei eine dominante Rolle ein. Insgesamt gesehen aber leide der Markt für Selektivverträge unter der kritischen Einstellung der Krankenkassen. So komme ein Großteil der Verträge nicht dadurch zustande, dass die Kassen von deren Vorteilen überzeugt sind, sondern weil die Versicherten innovative Versorgungsangebote zunehmend nachfragen. Die fehlende Überzeugung der Kassen führe dazu, dass homöopathische Projekte unter besonderer Beobachtung stehen. Umso wichtiger sei es, dass im Rahmen der Selektivverträge wirkungsvolle Instrumente zur Qualitätssicherung implementiert seien und die Projekte evaluiert werden. Die zur Anwendung in der Homöopathie in Frage kommenden Evaluationskonzepte unterlägen grundlegenden methodischen Problemen. Schwierig sei insbesondere die Bildung passender Vergleichsgruppen. Grundlegend empfiehlt Kösters für Evaluationen der Homöopathie: Langfristige Zeiträume von 24 Monaten, Besetzung der konventionellen Vergleichsgruppe anhand des Kriteriums „Erstzugang zum Facharzt" sowie ein zusätzlicher intra-individueller Vergleich (24 Monate vor und nach der Behandlung).

PD Dr. Andreas Gerber-Grote, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, zeigte am 9. Juli auf, welche Möglichkeiten zum Einbezug von Patientenpräferenzen im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation derzeit wahrgenommen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) könne das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln beauftragen. Die Durchführung einer solchen Bewertung stelle aufgrund der Existenz multipler relevanter Endpunkte und – daraus folgend – mehrerer Effizienzgrenzen eine komplexe Herausforderung dar. Ein möglicher Lösungsansatz bestehe in der Anwendung von Verfahren der multi-kriteriellen Entscheidungsfindung. Hierzu zählten die Conjoint Analyse (CA) und der Analytic Hierarchy Process (AHP). Beide Verfahren seien zur Erprobung in einem Pilotprojekt des IQWiG unter Einbezug externer Sachverständiger ausgewählt worden. Die Ergebnisse wurden dem G-BA im Herbst 2010 präsentiert. Eine klare Entscheidung zugunsten eines Verfahrens sei aber bislang weder vom IQWiG noch vom G-BA getroffen worden.

Benjamin M. Craig, PhD, Associate Professor und Assistant Member, Health Outcomes & Behavior Moffit Cancer Center, Florida, stellte am 9. November die Methode des Discrete Choice Experiments (DCE) und ihren Nutzen für die Evaluation von klinischen Interventionen bzw. die Dokumentation der Lebensqualität vor. Die Grundannahme bestehe darin, dass die Wahl der Kunden den Wert eines Produkts, einer Methode oder Therapie definiere. Um den Nutzen der Gesundheitsversorgung zu optimieren und Kunden besser zu versorgen, müsse man verstehen, wie diese durch Behandlungen beeinflusst werden und welchen Wert sie diesen beimessen. Sehr viel wurde bis heute unternommen, um die klinische Evidenz zu verbessern. Es seien aber kaum Methoden eingeführt worden, welche Evidenz zusammenfassen, um Gesundheitspolitik und Patientenversorgung anzuleiten. Craig sieht DCE als wirksamste Methode zur Erfragung der Wertbeimessung von Kunden. DCEs zeigten auf, was Kunden auswählen und ebenso ihre Gründe dafür. Sie seien die Basis der meisten ökonomischen Studien und könnten eines Tages sogar Kosteneffektivitätsanalysen ersetzen.

Konstituierende Sitzung der Projektgruppe Ambulante Versorgungsunternehmen am 19. Dezember 2012

Projektgruppe Ambulante Versorgungsunternehmen

Leitung:
Dr. Ursula Hahn, *Geschäftsführerin, OcuNet GmbH & Co. KG*
Dr. Albrecht Kloepfer, *Büro für gesundheitspolitische Kommunikation*

Jenseits der klassischen Praxis versuchen sich seit einigen Jahren größere Versorgungsunternehmen in der ambulanten Versorgung zu etablieren. Mit der Gründung der neuen Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen" schafft der BMC eine Plattform für diese jungen und innovativen Betriebs-, Wirtschafts- und Versorgungsformen.

Das Wirtschaftsgeschehen im ambulanten Bereich ist kleinteilig und zerklüftet. Anders als in weiten Teilen der stationären Versorgung, wo sich verschiedene Anbieter zusammenschließen und dadurch Wettbewerbsvorteile u. a. beim Einkauf erzielen, sind traditionelle Praxen bei der Organisation ihres Wirtschaftens meist auf sich allein gestellt. Diese Praxen sind untereinander und über die Sektorengrenzen hinweg kaum vernetzt. Aus dieser Kleinräumigkeit resultieren nicht nur Nachteile bei Investitionen und Einkauf, sondern es können auch handfeste Versorgungsprobleme entstehen. Die fehlende Vernetzung führt vielfach zu unzureichenden Abstimmungen bei Terminvergaben, begünstigt Doppel- und Mehrfachuntersuchungen und kann Fehlmedikationen zur Folge haben.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen fixieren diese kleinräumige Bewirtschaftung des ambulanten Sektors zusätzlich. So sind beispielsweise Aktiengesellschaften die Betreibung von und die Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) untersagt, was das Potential für investive Kapitalzuflüsse in die ambulante Versorgung mindert.

Eine relativ neue Organisationsform, die ambulanten Versorgungsunternehmen, setzt demgegenüber auf Größe und Kooperation: In einem zentral organisierten Unternehmen arbeiten (häufig angestellte) Ärzte verschiedener Fächer oder Subspezialisierungen zusammen; an einem oder mehreren Standorten erbringen sie eine große Bandbreite medizinischer Leistungen.

Mit der Gründung der neuen Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen" setzt der BMC ein Zeichen und verschafft dieser bislang im politischen Raum organisatorisch nicht vertretenen Betriebs- und Wirtschaftsform eine Plattform. Die Initiatoren der Projektgruppe, Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin eines Zusammenschlusses von Prototypen dieser Organisationsform aus der Augenheilkunde, und Dr. Albrecht Kloepfer vom Büro für gesundheitspolitische Kommunikation haben den Begriff „ambulante Versorgungsunternehmen" bewusst weit gefasst. Sie verstehen darunter diejenigen Anbieter, welche in der unmittelbaren Patientenversorgung mit Schwerpunkt im ambulanten Sektor tätig sind, in einer Trägerschaft Managementfunktionen und disziplinarische Kompetenz bündeln, ein Einkommenserzielungsinteresse verfolgen sowie mindestens zwei Filialen betreiben oder eine entsprechende Expansion anstreben. Träger sind Leistungserbringer (meist MVZ) oder auch Managementgesellschaften, welche die klassischen Netze und Vertragsgemeinschaften mit primär unabhängigen Praxen führen. Die Projektgruppe soll als Ort des Austauschs für die betreffenden Unternehmen untereinander dienen und das gegenseitige Lernen und Kennenlernen fördern.

An der erfolgreichen konstituierenden Sitzung am 19. Dezember diskutierten Experten aus zahlreichen Bereichen der Gesundheitswirtschaft, u. a. Franz Knieps, Partner Wiese Consult GmbH, und Dr. Horst Bitter, Rechtsanwalt der Rechtsanwaltssocietät Ehlers, Ehlers & Partner GmbH, über die Rahmenbedingungen für zukunftsträchtiges unternehmerisches Handeln in der ambulanten Versorgung.

Vorstand BMC Regional NRW e. V.

Dr. Peter Wigge
Vorstandsvorsitzender
Rechtsanwälte Wigge, Münster

Klaus Trudrung
stellv. Vorstandsvorsitzender
Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG

Claudia Schrewe
Mitglied im Vorstand
Management im ambulanten Gesundheitswesen

Günter van Aalst
Mitglied im Vorstand
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen der Techniker Krankenkasse

Dr. Thomas Hilse
Mitglied im Vorstand
HILSE:KONZEPT

Dr. Thomas Kriedel
Mitglied im Vorstand
Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

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

BMC Regional NRW e. V.

Nirgendwo sonst in Deutschland ist die Pluralität aus internationalen Gesundheitskonzernen und innovativem Mittelstand ausgeprägter als in Nordrhein-Westfalen. Der BMC Regional NRW möchte dies nutzen und verfolgt die Idee, die Qualität der regionalen Versorgung sowie eine Kooperationskultur zu fördern, die regionale Identität zu stärken und damit das Gesundheitssystem in NRW innovativ mitzugestalten. Seit der Gründung als regionaler Zweigverein des BMC e. V. Ende 2011 ist es dem BMC Regional NRW gelungen, eine Vielzahl der in NRW regional tätigen Akteure des Gesundheitsmarktes für eine feste Mitgliedschaft im BMC Regional NRW zu gewinnen. Auch die im Jahr 2012 erneut erfolgreichen Fachveranstaltungen bestätigen, dass sich der BMC Regional NRW zu einer festen Größe in der gesundheitspolitischen Landschaft Nordrhein-Westfalens etabliert hat.

Aktivitäten 2012 — Veranstaltungen

Fachgespräche

Im März 2012 hat der BMC Regional NRW erstmals das Veranstaltungsformat der Fachgespräche bestehend aus einem Impulsreferat mit anschließender Plenumsdiskussion aufgenommen. Die Exklusivität dieser Veranstaltungen liegt in der begrenzten Teilnehmerzahl sowie der kostenlosen Teilnahme für Mitglieder des BMC Regional NRW. Themen der Fachgespräche in Köln sowie in Hamm waren „Neue Akteure und Modelle zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung“ bzw. „Neuordnung der Vergütung von Arztnetzen“. Aufgrund der positiven Resonanz hat der BMC Regional NRW dieses Veranstaltungskonzept mit einer zweiten Runde der Fachgespräche im Herbst 2012 in Köln und Münster fortgesetzt. Dabei standen die Themen „Innovative Arzneimittelversorgung am Beispiel des Arzneimittel-Checks der AOK Rheinland/Hamburg“ sowie „Qualifizieren, delegieren und kooperieren – Erfolgsfaktoren zukunftsorientierter Versorgung in Westfalen-Lippe“ im Fokus.

Praktikerseminar

Anfang Mai 2012 lud der BMC Regional NRW zu einer halbtätigen Fachveranstaltung nach Münster ein, die sich mit „Aktuellen Fragen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Leistungserbringern nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz“ befasste. Dabei konnten die weit über 100 Teilnehmer nicht nur mit Fachexperten über die neuen Rahmenbedingungen des Versorgungsstrukturgesetzes für die Akteure im Gesundheitswesen diskutieren. Es wurden auch Best-Practice-Beispiele vorgestellt, die die Chancen einer gemeinsamen Patientenversorgung von stationären und ambulanten Leistungserbringern verdeutlichen.

Fachtagung

Mit der 4. Fachtagung zum Thema „Potenziale des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes für NRW“ hat der BMC Regional NRW im Juli 2012 in Düsseldorf seine ganztägige Veranstaltungsreihe erfolgreich fortgesetzt. Im Fokus der Diskussion standen u. a. die landespolitischen Strategien zur Umsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes in NRW, die von Herrn Dr. Frank Stollmann, Leitender Ministerialrat im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, vorgestellt wurden. Aber auch die Fragen der Finanzierbarkeit der Sicherstellung der Patientenversorgung nach den neuen Rahmenbedingungen durch das Versorgungsstrukturgesetz und die damit verbundenen Veränderungen im Krankenversicherungsmarkt wurden intensiv diskutiert. →

BMC Regional NRW e. V.

BMC Regional NRW – 1. ordentliche Mitgliederversammlung

Am 22. November 2012 fand nach der Gründungsversammlung im September 2011 die erste ordentliche Mitgliederversammlung des BMC Regional NRW in Münster statt. Nach einem ausführlichen Rückblick auf das bisherige Geschäftsjahr 2012 durch den Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Wigge und einer Darlegung der aktuellen Haushaltslage sowie des Haushaltsplans für 2013 durch den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden und Schatzmeister Herrn Dr. Hilse stand die Wahl des Vorstandes im Mittelpunkt der Mitgliederversammlung. Die Mitgliederversammlung hat folgende Mitglieder als neuen Vorstand für die kommenden vier Jahre bestätigt bzw. neu gewählt:

Vorstandsvorsitzender:
Dr. Peter Wigge, *Rechtsanwälte Wigge*

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender und Schatzmeister:
Klaus Trudrung, *Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG*

Beisitzer:
Claudia Schrewe, *Management im ambulanten Gesundheitswesen*
Günter van Aalst, *Leiter der Landesvertretung NRW der Techniker Krankenkasse*
Dr. Thomas Hilse, *HILSE:KONZEPT*
Dr. Thomas Kriedel, *Vorstandsmitglied der KVWL*

Kooptiertes Vorstandsmitglied:
Regina Kajan, *Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KG*

Ausblick 2013

Der neue Vorstand möchte die erfolgreiche Arbeit des BMC Regional NRW fortsetzen und hat sich zum Ziel gesetzt, den bestehenden Mitgliederstamm von inzwischen 52 Mitgliedern weiter auszubauen. In diesem Zusammenhang sei der Hinweis erlaubt, dass eine Mitgliedschaft für Mitglieder des BMC e. V. beitragsneutral möglich ist.

Ferner wird der BMC Regional NRW an seinem erfolgreichen Veranstaltungskonzept festhalten und auch im Jahr 2013 nicht nur seinen Mitgliedern, sondern allen Interessierten wieder exklusive Fachgespräche und eine ganztägige Fachtagung zu den Themenbereichen der spezialfachärztlichen Versorgung sowie Patientenrechte und Patientensicherheit anbieten.

Der Termin für das kommende Praktikerseminar steht bereits fest: Am 17. April 2013 lädt der BMC Regional NRW zu einer Veranstaltung zum Thema „Zukunft der ärztlichen Vertragsstrukturen – Innovativ im Kollektiv?“ ein, die sich mit dem Verhältnis des Kollektiv- zum Selektivvertrag beschäftigen wird.

Kontakt zum BMC Regional NRW e. V.

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

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

Tagungsbericht BMC Regional NRW e. V.

Fachtagung „Potenziale des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes für NRW“ in Düsseldorf

Was die Umsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ein halbes Jahr nach dessen Inkrafttreten in NRW im Sinne regionaler Strategien bewirkt, diskutierten am 3. Juli 2012 die Referenten und Teilnehmer der 4. Fachtagung des Bundesverbands Managed Care Regional NRW. Durch den regionalen Schwerpunkt dieser in der Hauptverwaltung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in Düsseldorf ausgerichteten Veranstaltung ließen sich konkrete Änderungen sowie Konsequenzen für die Akteure vor Ort ableiten. Wichtige Aspekte hierzu lieferten die Sichtweisen und Prognosen der großen Player des Gesundheitswesens. Roter Faden aller Vorträge und Standpunkte war die Frage, wie die Sicherstellung der Patientenversorgung angesichts der veränderten Rahmenbedingungen geleistet und finanziert werden kann. Entsprechend wurden auch mögliche Veränderungen im Krankenversicherungsmarkt thematisiert.

Mit dem Wunsch, im Laufe der Fachtagung zu einer Einschätzung zu gelangen, wohin das Gesundheitswesen steuert, wie dessen Finanzierung erfolgen und die Patientenversorgung gesichert werden kann, begrüßte Georg Heßbrügge, Direktor der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, die Teilnehmer und Referenten der 4. Fachtagung des BMC Regional NRW. Die Erwartung eines diskussionsreichen Tages, zu denen die geladenen namhaften Vertreter des Gesundheitswesens ihren Beitrag leisten würden, teilte Heßbrügge mit dem als Tagungsleitung fungierenden Vorstand des BMC Regional NRW, Dr. Peter Wigge und Dr. Thomas Hilse.

Dr. Wigge betonte, dass der BMC mit dieser Fachtagung nicht nur eine weitere zu den zahlreichen Veranstaltungen mit dem Thema GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hinzufügen wolle, sondern den Fokus bewusst auf die Umsetzung in Nordrhein-Westfalen gelegt habe. Denn das sei, so betonte Dr. Hilse später, der regionale Schwerpunkt des BMC Regional NRW. Ziel solle es daher sein, aufzuzeigen, was das GKV-VStG für die Akteure vor Ort bedeutet.

Förderung intersektoraler Kooperation durch Umsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes in NRW

Den Einstieg in den ersten Themenblock „Strategien zur Umsetzung des GKV-VStG in NRW“ und eine Aufklärung, was sich in der Region durch das GKV-VStG ändern wird, lieferte Dr. Frank Stollmann, Leitender Ministerialrat im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW. Grundsätzlich beurteile die Landesregierung das GKV-VStG positiv und leite von der aus ihm resultierenden Frage, ob das System mehr Kooperation oder mehr Konkurrenz zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor benötige, eine verstärkte Förderung der Verzahnung ab, so Stollmann. Als kritisch betrachte die NRW-Regierung laut Stollmann die komplette Umgestaltung des Verfahrens zur ambulanten spezialfachärztlichen →

Tagungsbericht BMC Regional NRW e. V.

← Versorgung nach § 116 b SGB V und die damit verbundene Aufgabe des Genehmigungsverfahrens. Die kritische Sicht auf den § 116 b SGB V griff Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) auf und verdeutlichte, dass akute Probleme sich damit nicht lösen ließen. Weitere Lösungsansätze für die zuvor schon von Dr. Potthoff aufgezeigten Herausforderungen aufgrund der mit der Bevölkerungsentwicklung verbundenen Zunahme der Patienten mit altersassoziierten Krankheiten stellte Rolf Boddenberg, Vorstandmitglied der BKK vor Ort, dar. Seine aufgeführten „Strategien der Krankenkassen zur Sicherstellung der zukünftigen Patientenversorgung in der Region" berücksichtigten vor allem die veränderte Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenversicherung, welche sich durch den zunehmenden Wechsel der Mitglieder vom aktiven Berufsleben in die Rente verschlechtert.

Wie die Krankenhäuser sich den Veränderungen durch das GKV-VStG zu stellen haben, führte anschließend Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., aus. In seinem Vortrag über „Vorstellungen der Krankenhäuser über die Beteiligung an der ambulanten Versorgung" postulierte er drei Erwartungen, die seitens der Krankenhäuser vor Inkrafttreten des GKV-VStG vorherrschten. Die erste von Blum genannte Vorstellung der Krankenhäuser eines Abbaus der Ungleichbehandlungen und Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor kann das Gesetz nur mit der Ausnahme des § 116 b SGB V einlösen. Bezüglich der zweiten Vorstellung der Krankenhäuser, welche in einer Forderung nach Rechtssicherheit der notwendigen Kooperationen zwischen den Sektoren durch klare gesetzliche Regelungen bestand, legte Blum dar, dass diese bislang noch nicht umfassend erfüllt sei. Die dritte Vorstellung der Krankenhäuser vor dem GKV-VStG bezog sich auf die Neugliederung der medizinischen Versorgung zur zukunftsfähigen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Sicherung der Patientenversorgung durch regional zugeschnittene Kooperationsmodelle und vertrauensvolle Kommunikation

Der zweite Themenblock der Fachtagung bot Raum für die Formulierung von Standpunkten zur Sicherstellung der Patientenversorgung. Dirk Schmedding, Arzt für Chirurgie und Unternehmensleiter Neue Versorgungsformen der ckt. – Christliche Krankenhaus Träger GmbH, referierte zur „Sicherstellung der Patientenversorgung im ländlichen Raum durch Kooperation zwischen Krankenhaus, MVZ und niedergelassenen Ärzten". Als Vertreterin der Ärztekammer Nordrhein formulierte die Oberärztin am Klinikum Leverkusen, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, ihren Standpunkt zur „Delegation ärztlicher Leistungen und deren erfolgreicher Umsetzung" in Form von sechs Thesen. Tenor dieser auf dem Rheinischen Ärztetag formulierten Position ist ein klares „Ja" zur Delegation, zur Weiterentwicklung der Aufgabenverteilung und der Entlastung von arztfremden Tätigkeiten. Die Thesen mündeten in folgendes Fazit: Kooperation, so die Referentin, funktioniere nicht per Gesetz, Verordnung oder Katalog, sondern müsse von den Berufsgruppen im Gesundheitswesen selbst gestaltet werden. Motivation für Kooperation dürfe nicht nur eine mögliche Kosteneinsparung oder Mangelverwaltung sein. Im Vordergrund solle das Ziel einer besseren Versorgung und einer höheren Berufszufriedenheit stehen. Eine Diskussion um die Verschiebung von Aufgaben im Sinne von Delegation oder Substitution greife zu kurz, weil sich daraus weder Qualitätsverbesserungen noch Einsparungen beim Personal ergeben würden. Stattdessen sollten Teamstrukturen gestärkt werden, um positive Synergien entstehen zu lassen. Bereits vorhandene und funktionierende Teamstrukturen, wie bspw. in der Geriatrie oder der Palliativmedizin, sollten Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung seien, da die Fokussierung auf Probleme und Konfliktfelder lähmen könne. →

THÜSING

HILSE

BMC
SCHREWE
HILSE

POTTHOFF

KRIEDEL

Tagungsbericht BMC Regional NRW e. V.

Dualität des Krankenversicherungssystems als Garant für Leistungssicherheit im Gesundheitswesen

Im Themenblock 3 zur Zukunft des Krankenversicherungsmarktes bezog Dr. Frank Schulze Ehring, Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik des Verbands der privaten Krankenversicherungen, zur Bürgerversicherung Stellung. Eine Bürgerversicherung, so Schulze Ehring, verschärfe das Demografie- und Ausgabenproblem, da das Umlagesystem dann alle Bürger umfasse und dadurch an seine Grenzen stoße. Der Referent setzte sich abschließend vehement für ein Fortbestehen der Dualität aus GKV und PKV ein, da die PKV als Teil des Gesundheitswesens Garant für Vielfalt, Eigenverantwortung, Leistungssicherheit und Teilhabe am medizinischen Fortschritt sei.

Als Vertreter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen der Techniker Krankenkasse referierte Ulrich Adler zum Thema „Die privatrechtliche Organisation der Krankenversicherung in den Niederlanden – Vorbild für Deutschland?". Grundlegendes Merkmal der Krankenversicherungsreform 2006 in den Niederlanden war die Unterscheidung in eine Basisversicherung und eine Zusatzversicherung. Dabei wurden private und gesetzliche Krankenversicherung in einen gemeinsamen wettbewerblichen Versicherungsmarkt mit sozialrechtlichen Vorgaben überführt. Versicherte haben nunmehr eine starke Position durch eine Vielzahl von Wahlmöglichkeiten zu Tarifen und Leistungen sowie einen vereinfachten Wechsel zwischen diesen. Die Reform wird in den Niederlanden als Erfolg bewertet. Bei einer Einführung eines einheitlichen Versicherungsmarktes lassen sich nach den Ausführungen des Referenten folgende Eckpunkte übernehmen: eine wettbewerbliche Steuerung des Versicherungsmarktes, die Wahlfreiheit für die Versicherten als Anreiz für Kosteneffizienz und Qualität sowie ein zwischen PKV und GKV angeglichenes Vergütungsniveau. Die PKV müsse zudem in den Risikostrukturausgleich der GKV einbezogen werden. „Für die Akzeptanz ist aber ein großer gesamtgesellschaftlicher Konsens erforderlich", so Adler zusammenfassend.

Den Abschluss der Veranstaltung bildete der Vortrag von Prof. Thüsing vom Institut für Arbeitsrecht und Recht der sozialen Sicherheit der Universität Bonn mit dem Titel „Effiziente und solidarische Sicherung – Verfassungs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen eines Wettbewerbs in der Krankenversicherung". Zu Beginn seiner Ausführungen stellte er klar, dass die verschiedenen Märkte in Gesundheitsversorgung und Krankenversicherungen auch ganz unterschiedliche Wettbewerbsbetrachtungen zulassen und auch der Begriff in unterschiedlichsten Formen in Gesetzen und Gutachten verwendet wird. „Das Grundgesetz erlaubt eine Privatisierung der GKV", so Prof. Thüsing im Rahmen eines Fazits. Eine 1:1-Übertragbarkeit des niederländischen Systems auf Deutschland sei aber nicht gegeben.

Fazit und Ausblick

Aus Sicht des Veranstalters BMC Regional NRW konnte durch das breite Spektrum der Referate und die engagierte Diskussion im Plenum das Tagungsziel erreicht werden. Es wird kritisch zu fragen sein, ob das GKV-VStG die praktischen Impulse in Bezug auf die drängenden Zukunftsfragen der Gesundheitsversorgung in NRW zu setzen vermag. Der BMC Regional NRW wird diesen Prozess aufmerksam begleiten.

BMC-Fachtagung „Strategien für schwer zu versorgende Regionen“

Was tun gegen Fachkräftemangel? Auf diese Frage suchte der BMC im Rahmen seiner Fachtagung am 4. Juli in Berlin zum Thema „Strategien für schwer zu versorgende Regionen“ Antworten.

Rund 150 Gäste diskutierten mit 20 Referenten aus Politik, Praxis und Wissenschaft, wie die Instrumente des Versorgungsstrukturgesetzes genutzt werden können und welche erfolgreichen Modelle sich bereits im Markt etabliert haben. Einig waren sich die Teilnehmer darin, dass es keinen einzelnen Königsweg zur Lösung des Problems gibt, sondern es eines strategischen Gesamtkonzepts bedarf, in welchem körperschaftliche ebenso wie privatwirtschaftliche Lösungen eingebunden werden müssen.

Ein Best Practice-Beispiel stellte Dr. Jens Grothues, Facharzt für Allgemeinmedizin, vor. Nach eigenen Worten „inspiriert“ von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gründete er in der Kleinstadt Beverungen ein integriertes Gesundheitszentrum, in dem neben Hausärzten auch beispielsweise Orthopäden, Nephrologen, Chirurgen und Diabetologen Zweigpraxen unterhalten. Auf diese Weise sei es gelungen, in der Kleinstadt eine höhere Dichte an Fachärzten zu generieren als in den benachbarten Kreisstädten. Das überörtliche, freiberuflich vernetzte, integrierte Haus- und Facharzt-Zentrum sei gleichsam ein Plädoyer für eine neue Form der Kooperation von Gesundheitsberufen auf regionaler Ebene.

Doch nicht nur von der Seite der niedergelassenen Ärzte, sondern auch die Krankenhäuser werden zunehmend Treiber innovativer, zum Teil sektorenübergreifende Projekte. So stellte Harald Stender, Geschäftsführer des Westküstenklinikums, ein MVZ vor, das gemeinsam von Klinik und Ärztegenossenschaft getragen wird. Ziel sei es, das Krankenhaus für ambulante fachärztliche Versorgung in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten zu öffnen. Die Zusammenarbeit mit der Ärztegenossenschaft stelle eine erfolgreiche strategische Variante zur Einbindung der niedergelassenen Ärzte dar.

Abgerundet wurde das Bild von Dr. Burkhard John, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt. Unter dem ambitionierten Vortragstitel „Das körperschaftliche System erfindet sich neu“ stellte er die Ansätze zur Versorgungssicherung in Sachsen-Anhalt beispielsweise über KV-Filialpraxen vor. Dass Fehlversorgung nicht nur ein Thema für ländliche Regionen, sondern auch für Großstädte ist, verdeutlichte Dr. Matthias Gruhl, Leiter

des Amtes für Gesundheit in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Hamburg. Bei der Bedarfsermittlung von personellen Ressourcen in einem kleinräumigen Planungsgebiet müsse zukünftig auf eine Datenbasis zurückgegriffen werden, die soziale Disparitäten in der Prävalenz von Morbiditäten hinreichend berücksichtigt, lautete seine Empfehlung.

In den drei parallelen Foren wurden neben privaten, gemeinschaftlichen und körperschaftlichen Lösungen insbesondere auch berufsgruppenübergreifende Kooperationsmodelle vorgestellt und intensiv diskutiert. Am Ende der Veranstaltung kamen die Teilnehmer zu einem optimistischen Gesamtergebnis: Kreativität und Kooperationswille sind in der Praxis größer als vermutet. Best Practice-Beispiele gibt es zu genüge. In Zukunft wird es darauf ankommen, diese in die Fläche zu tragen.

BMC vor Ort in Leipzig

Fachtagung „Regionale Versorgungskonzepte – Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes“

Die Fragen, ob das Versorgungsstrukturgesetz seinen hohen Erwartungen gerecht wird und zur Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen und zu mehr Innovation und Koordination im Gesundheitswesen führt, standen im Mittelpunkt der BMC Fachtagung in Leipzig am 12. November. Die mehr als 100 Teilnehmer diskutierten gemeinsam mit den über 20 Referenten aus Politik und Praxis, welchen Beitrag das Versorgungsstrukturgesetz zur Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung leisten kann.

Wie wichtig es ist, die Diskussion über die Ausgestaltung und Zukunft der medizinischen Versorgung da hin zu bringen, wo sie stattfindet, nämlich in die Regionen, betonte zur Eröffnung der Veranstaltung Ralph Lägel, MBA, Director Key Account Business Integrated Health Europe, Pfizer Pharma GmbH. Christine Clauß, MdL, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, schloss sich dieser Ansicht an. In ihrem einleitenden Vortrag zur Gesundheitsversorgung in Sachsen und deren zentralen Herausforderung und Perspektiven betonte sie den Umstand, dass Sachsen als „deutscher Alterspionier“ sich bereits heute intensiver mit den Problem der demographischen Entwicklung für das Gesundheitswesen befassen muss.

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellv. Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, fokussierte in seinem anschließenden Beitrag auf das Versorgungsstrukturgesetz aus Sicht der Krankenkassen. Er sieht viele positive Ansätze für eine effektivere Bedarfssteuerung durch das VStG gegeben. Ziel der neuen Bedarfsplanung müsse eine bessere Verteilung, aber nicht eine generelle Ausweitung der Arztzahlen sein.

Welche Strategien man in Brandenburg zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung vor Ort verfolgt, führte Lutz O. Freiberg, Geschäftsführer IGiB – Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg, aus. Andrea Mrazek, M.A., M.S. (USA), Beisitzerin des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer und Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, warf die Frage auf, ob in der Psychiatrie ein Versorgungsnotstand herrsche und kam zum Schluss, dass durch das VStG keine wesentlichen Verbesserungen aus der Sicht der Psychotherapeuten entstehen. Eine Übersicht zur Integrierten Versorgung in Sachsen und Thüringen lieferte im Anschluss Christian Gumprecht MdL, Mitglied des Thüringer Landtags, Sprecher für Soziales, Familie und Gesundheit, Seniorenpolitischer Sprecher.

Das Vormittagsplenum wurde mit einer Podiumsdiskussion abgeschlossen. Am Nachmittag wurden in drei parallel laufenden Foren einzelne Aspekte des VStG unter die Lupe genommen. Neue Impulse für die Integrierte Versorgung, die Chancen und Risiken der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung sowie berufsgruppenübergreifende Lösungen für schwer zu versorgende Regionen waren hier die zentralen Themen. Die Ergebnisse aus den Foren wurden anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert.

Dr. Marlies Volkmer, MdB, stellv. Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, legte in ihrer Rede nochmals die Einschätzung der Politik zum VStG und dessen bisherigen Umsetzungstand dar. Dr. Peter Blees, Leiter Gesundheitspolitik, Merck Serono GmbH, fasste zum Schluss die meist diskutierten und kontroversesten Themen des Tages zusammen. Er schlug in seinem Fazit den Bogen zurück zum Tagungsauftakt und sah im großen Interesse und der regen Beteiligung der Teilnehmer die These von Ralph Lägel bestätigt, dass es für die Zukunft der Versorgung äußerst wichtig ist, vor Ort über deren Ausgestaltung zu diskutieren.

Die Fachtagung „BMC vor Ort“ 2013 ist bereits in Planung. Diese wird am 22. Oktober 2013 in Hamburg stattfinden.

Best Practice hautnah – Gesundes Kinzigtal

Über 30 Teilnehmer waren am 31. Oktober nach Haslach im Kinzigtal gereist, um im Rahmen der Veranstaltung BMC-Best Practice hautnah unmittelbare Einblicke in die Funktionsweise des Versorgungsmodells Gesundes Kinzigtal zu gewinnen.

Empfangen wurden die Gäste im Geschäftssitz der Gesundes Kinzigtal GmbH. Zum Auftakt der Veranstaltung begrüßte Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die aus dem ganzen Bundesgebiet angereisten Teilnehmer. Er eröffnete das Programm mit einem Vortrag zu den Funktionsbedingungen des Gesunden Kinzigtals. Für das Gelingen eines solchen populationsorientierten Modells müssten zahlreiche Voraussetzungen erfüllt sein. Die regionale Verankerung, die unternehmerische Ausrichtung auf den „richtigen" Erfolg und eine langjährige Vertragsbasis als Anreiz für Investment seien nur einige davon. Im Anschluss präsentierte Hildebrandt Evaluationsergebnisse einer aktuellen Studie zur Akzeptanz, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung im Gesunden Kinzigtal.

Nach den Ausführungen von Hildebrandt gewährten Mitarbeiter von der Gesundes Kinzigtal GmbH Einblicke in Details ausgewählter Gesundheitsprogramme sowie deren Messung und Gesamtwirtschaftlichkeit.

Die Teilnehmer erfuhren aber nicht nur viele wissenswerte Details aus dem Kinzigtal. Joop Raams, Vorsitzender des Niederländischen Hausarztvereins und Vorstand bei zorggroep Diamuraal Eemland, und Dr. Siegrid M. Mohnen, Researcher am National Institute for Public Health and the Environment, Niederlande, berichteten über die Erfahrungen mit Integrierter Versorgung aus ihrem Heimatland. Im Mittelpunkt ihrer Ausführungen standen die Auswirkungen der niederländischen Gesundheitsreform auf die ambulanten Anbieter sowie die Versorgungsqualität.

Der Abschluss der Veranstaltung führte thematisch zurück ins Kinzigtal. Über die Bedeutung des Modells aus Sicht der Krankenkassen, der Patienten und der lokalen Politik diskutierten Stephan Kroiher, AOK Südlicher Oberrhein, Jürgen Gerhardt, Sprecher des Patientenbeirats, und Dr. Karla Mahne, stellv. Bürgermeisterin von Haslach. Sie gewährten Einblicke in die jeweilige Motivation sich an der Integrierten Versorgung zu beteiligen und sprachen offen über Hürden bei der Umsetzung.

Gastgeber Helmut Hildebrandt und Dr. Sascha Wolf, Geschäftsführer des BMC, zogen zum Abschluss der Veranstaltung ein positives Fazit und äußerten sich sehr erfreut über die interessanten Diskussionen und die rege Beteiligung der Gäste am Programm. Vom direkten Austausch vor Ort sowie mit den internationalen Gästen profitierten nicht nur die Teilnehmer; auch die Gastgeber konnten viele Impulse für ihre zukünftige Arbeit mitnehmen. Die nächste BMC-Best Practice hautnah-Veranstaltung ist bereits in Planung. Im 3. Quartal 2013 steht ein Besuch in München bei almeda auf dem Programm.

Impressionen vom BMC-Kongress

Rund 90 Referenten, 12 thematische Foren, 2 Satellitensymposien – der BMC läutet mit seinem 3. Kongress das spannende Wahljahr 2013 ein.

Fotografien: Jens Schicke

Pfizer

Entlassmanagement

NHS im Wandel – Hält die Gesundheitsreform in England was sie verspricht?

BMC-Delegation erhält auf ihrer Studienreise tiefgehende Einblicke ins britische Gesundheitssystem

Der englische National Health Service (NHS) befindet sich mitten in der Umbruchphase. Die im April 2013 in Kraft tretende Gesundheitsreform soll dem britischen Gesundheitssystem, welches zielstrebig seinem schlechten Ruf entwächst, einen weiteren Effizienz- und Qualitätsschub bringen. Mit der Übertragung der Budgetverantwortung auf hausärztliche Clinical Commissioning Groups, der Verlagerung der Gesundheitsversorgung auf die lokale Ebene und die Absenkung der Zugangsbarrieren für Leistungserbringer wird ein spürbarer Schritt in Richtung Liberalisierung gewagt. Ob dieser die erhoffte Wirkung zeigen wird, stand im Zentrum der Referate und Gespräche der BMC-Studienreise.

22 Teilnehmer zählte die gemeinsam mit dem Kooperationspartner Forum Managed Care durchgeführte Studienreise nach London. Vom 21. – 22. September war die Gruppe mit Vertretern aus der Schweiz, Österreich und Deutschland in der englischen Hauptstadt zu Gast und erhielt im regen Austausch mit den Experten Einblicke ins Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs.

Benchmarking-Modelle

In seinem Auftaktvortrag fokussierte Prof. Dr. Gwyn Bevan von der London School of Economics and Political Science auf die Vor- und Nachteile verschiedener Steuerungs- und Benchmarking-Modelle im stationären Bereich. An eindrücklichen Beispielen aus den USA, Großbritannien und Italien zeigte er interessante Paradoxien sowie Erfolgsmodelle auf. Steuerungssysteme beispielsweise, welche auf der Publikation von Qualitätsreporten basieren, erzielten signifikante Qualitätsverbesserungen der Gesundheitsleistungen, weil sich die verantwortlichen Leistungserbringer vor einem Reputationsverlust fürchteten. Patienten hingegen nutzten bei der Wahl eines Krankenhauses diese Qualitätsinformationen nicht und blieben unabhängig vom Abschneiden ihrem Krankenhaus treu. Bevan betonte die noch ungenutzten Potenziale, welche öffentliche Rankings für die Qualitätssteigerung in Gesundheitssystemen haben können. Diese seien zwar bei den Evaluierten nicht beliebt, könnten jedoch äußerst effektiv sein, würden sie mit Zielvereinbarungen kombiniert.

Prof. Dr. Martin Roland von der University of Cambrigde sprach im Anschluss über die Erfahrungen mit Pay-for-Performance und Chronic Disease Management-Programmen in Großbritannien. Als praktizierender Hausarzt berichtet er aus erster Hand. Er wies darauf hin, dass Pay-for-Perfomance zwar effektiv ist, aber die Gefahr von unerwünschten Nebeneffekten mit sich bringen. Ebenso müssten nebst finanziellen Anreizen immer auch Möglichkeiten zur Reputationssteigerung gegeben werden, um neue Entlohnungsmodelle zum Erfolg zu führen.

Erfolgsfaktoren für Integrierte Versorgung

Am Nachmittag des 21. gastierte die BMC-Delegation im King's Fund, wo zum Auftakt der Nachmittagssession Dr. Nick Goodwin einen Überblick über Schlüsselfaktoren zur erfolgreichen Implementierung von Integrierter Versorgung lieferte. Seine Ausführungen wurden im Anschluss von Prof. Dr. Dennis Kodner mit Beispielen Integrierter Versorgung für die ältere Generation in den USA und Großbritannien illustriert. Beide waren sich einig, dass Integrierte Versorgungs-Modelle nur erfolgreich sein können, wenn man diese ganz zielgerichtet, sei es für eine Personengruppe oder Region, entwickle. Ebenso betonten sie die Bedeutung der Teamarbeit bei der Integrierten Versorgung. Gerade wenn sektorenübergreifend gearbeitet werde, sei ein gegenseitiges Verständnis und Vertrauen unter den Leistungserbringern unerlässlich.

Philip DaSilva, Leiter des Commissioning Development in Derbyshire, gab den Teilnehmern mit seinen Ausführungen zur Entwicklung der Clinical Commissioning Groups in Derbyshire einen Eindruck davon, wie die aktuelle Gesundheitsreform in den einzelnen Bereichen umgesetzt wird.

Walk-In Centre — arztfreie Versorgung

Noch näher an die Praxis gelangte die BMC-Delegation beim Besuch des Soho Walk-In-Centres. Die ausschließlich von sogenannten nurse practitioners (Krankenschwestern mit Zusatzausbildung) geführte Walk-in Praxis betreut jährlich über 40.000 Patienten mit leichteren Erkrankungen und Verletzungen und erfreut sich bei den Patienten großer Beliebtheit. Im Walk-In-Centre des nationalen englischen Gesundheitsdienstes (NHS) ist bereits seit zwölf Jahren möglich, was in Deutschland noch nicht einmal in Modellversuchen klappt: Erfahrene Krankenschwestern versorgen Patienten mit leichteren Erkrankungen selbstständig ohne ärztliche Aufsicht. Auch das Verschreiben von Medikamenten aus der hauseigenen Apotheke fällt in den Zuständigkeitsbereich der Krankenschwestern – dies versetzte →

NHS im Wandel – Hält die Gesundheitsreform in England was sie verspricht?

← die Teilnehmer der Studienreise in großes Staunen. Die leitende Krankenschwester Andrea Broughton berichtete in eindrücklicher Weise aus dem Praxisalltag und erzählte über anfängliche Diskrepanzen mit den Hausärzten. Mittlerweile seien die von Krankenschwestern geführten Walk-In Kliniken in London aber gut akzeptiert.

Am Abend stand mit Jim Easton ein hochkarätiger Redner aus dem Gesundheitsministerium auf dem Programm. Er sprach über die Umsetzungsstrategien der Gesundheitsreform aus politischer Perspektive und rundete damit das Programm des ersten Tages ab.

Zu Beginn des zweiten Tages der Studienreise referierte Ruth Thorlby, Senior Fellow beim Nuffield Trust, über die Herausforderungen, welche die Reform für die Regierung mit sich bringt. Sie wies darauf hin, dass die jetzige Reform mit ihrer radikalen Umstrukturierung eine der bisher größten Herausforderungen für den NHS darstellt. Dr. Dr. Kalipso Chalkidou vom NICE International zeigte im Anschluss, wie die Gesundheitsleistungen in Großbritannien evaluiert werden und es zur Entwicklung von neuen Vergütungsansätzen kommt. Ihre Präsentation machte deutlich, dass das NICE im Grunde als Think Tank des NHS betrachtet werden muss.

Zum Abschluss des Programms sprach Callum Caldwell, Regional Director Integrated Health Europe bei Pfizer, und gewährte einen Blick auf die britische Gesundheitsreform aus Perspektive der Industrie. Caldwell betonte, dass die Reform für die Industrie die Möglichkeit biete, neue Geschäftsfelder zu eröffnen, die über ihr ursprüngliches Tätigkeitsfeld hinausgehen. Für Pfizer bedeute dies, dass sie versuchen, eine neue Rolle im Gesundheitssystem zu finden und sich beispielsweise in der Funktion von Beratern oder dem Management von Integrierten Versorgungslösungen zu etablieren.

Lohnenswerter Blick über den Tellerrand

Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des BMC, und PD Dr. Peter Berchtold, Präsident des FMC, betonten abschließend beide, wie wichtig, aufschluss- und lehrreich solche Einblicke in andere Gesundheitssysteme sind, um neue Ideen für erfolgreiche Versorgungskonzepte zu gewinnen. BMC und FMC werden zukünftig ihre Kooperation weiter intensivieren. Für kommendes Jahr ist bereits die nächste gemeinsame Studienreise in Planung. Das Ziel für 2013 lautet Niederlande.

An der Studienreise am 21. und 22. September 2012 nahmen teil:

Prof. Dr. Volker Amelung, *Bundesverband Managed Care e. V.*
PD Dr. Peter Berchtold, *Forum Managed Care*
Linus Drop, *Sanvartis GmbH*
Dr. Sveja Eberhard, *AOK Niedersachsen*
Dr. Josef Faller, *Medi24 – Mondial Service Switzerland AG*
Martin Göhl, *MSD Sharb & Dohme GmbH*
Hand-Bernhard Henkel-Hoving, *KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG*
Helmut Hildebrandt, *OptiMedis AG*
Prof. Dr. Heinz Janßen, *Hochschule Bremen*
Dr. Susanne Klein, *Techniker Krankenkasse*
Ralph Lägel, *MBA, Pfizer Pharma GmbH*
Dr. Claudine Motta, *Sanacare*
Dr. Udo Richter, *n:aip Deutschland GmbH*
Christoph Rupprecht, *AOK Rheinland/Hamburg*
Dr. Christof Schmitz, *College-M*
Stefan Schütz, *Meconex*
Dr. Elisabeth Siegmund-Schultze, *KKH-Allianz*
Barbara Turina, *Bundesverband Managed Care e. V.*
Dr. Melanie von Wildenrath, *Medizinische Hochschule Hannover*
Dr. Jürg Vontobel, *Concordia*
Ulrich Weigeldt, *Deutscher Hausärzteverband*
Dr. Sascha Wolf, *Bundesverband Managed Care e. V.*

Rückblick 2012

Hintergrundgespräche und WissensUpdates

Auch in 2012 wurden im Rahmen der BMC-Hintergrundgespräche innovative Versorgungskonzepte, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und politische Vorhaben von Experten vorgestellt und umfassend diskutiert. In den insgesamt 12 Hintergrundgesprächen wurde u. a. die Zukunftsperspektive der PKV und GKV, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die Managed Care-Abstimmung in der Schweiz, die Auswirkungen des AMNOG sowie neue Trends im Gesundheitswesen unter die Lupe genommen. Namhafte Experten wie Franz Knieps, Partner Wiese Consult, Dr. jur. Rainer Hess, damaliger Vorsitzender Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), PD Dr. Peter Berchtold, Präsident FMC, Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender Deutscher Hausärzteverband, und Birgitt Bender, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, oder Dr. Rolf Koschorrek MdB, Obmann im Ausschuss für Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, sorgten für ein jeweils hochstehendes Programm.

Das WissensUpdate am 15. Februar 2012 widmete sich dem Thema „Erfolgsfaktor Betriebliche Gesundheitsförderung". MinDir Norbert Paland, Leiter der Unterabteilung Prävention im Bundesministerium für Gesundheit, Jörg Auffarth, Leiter Vertrieb arvato direct services Wilhelmshaven GmbH, und Dr. Christian Gravert, Leiter Gesundheitsmanagement, Leitender Arzt, Deutsche Bahn AG, boten fundierte Einblicke in den neuesten Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderungen und setzten sich intensiv mit den Fragen der Workshop-Teilnehmer auseinander. Am 14. Februar 2013 folgte ein WissensUpdate zum Status quo der Telematik mit MinRat Dr. Matthias von Schwanenflügel, Prof. Dr. Arno Elmer, Hauptgeschäftsführer der gematik, und Dr. Jens Finnern, CompuGroup Medical AG.

Capital Talk

Am 24. April sprach Dr. Ignazio Cassis, Mitglied im Schweizer Nationalrat und ehem. Vizepräsident der Schweizer Ärzteschaft (FMH), im exklusiven Kreis zum gegenwärtigen Stand der Integrierten Versorgung in der Schweiz. Im Vorfeld der Volksabstimmung zum Managed Care Gesetz, welches den Anteil der Versicherten in Integrierten Versorgungsmodellen von heute 13 Prozent auf 60 Prozent hätte erhöhen sollen, erörterte Cassis die einzelnen Gesetzesänderungen und deren Folgen für die Praxis bei Annahme des Gesetzes. Ausführlich ging er auf die Argumente der Reformgegner und deren Kampagnenführung ein und ermöglichte den Teilnehmern des Capital Talks einen sehr anschaulichen Einblick ins aktuelle Geschehen der Schweizer Gesundheitspolitik.

Ausländische Gäste

In 2012 empfing der BMC mehrere ausländische Delegationen. Am 5. März war eine rund 30-köpfige Gruppe Gesundheitsökonomie-Studierender der University of Michigan at Ann Arbor sowie der University of North Carolina at Chapel Hill gemeinsam mit Bayreuther Studierenden in Berlin beim BMC zu Gast. Am 5. Juni empfing der BMC eine niederländische Delegation in der Hauptstadt und lud diese zum gemeinsamen Abendessen ein mit Dr. Heinrich-Daniel Rühmkorf, zu dieser Zeit Staatssekretär im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, der den Gästen in perfektem Holländisch das deutsche Gesundheitssystem erläuterte und aktuelle Kontroversen darlegte. Ein weiterer Höhepunkt stellte der Besuch einer Delegation des Brasilianischen Versicherers Unimed am 27./28. September in München dar. Die rund 20-köpfige Gruppe von Ärzten aus dem Großraum Belo Horizonte besuchte die Bayerische Landeshauptstadt im Rahmen einer Studienreise durch Europa. Für ihren Aufenthalt in München organisierte der BMC in Zusammenarbeit mit zwei Mitgliedern, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem Algesiologikum, zwei Veranstaltungsvormittage.

Ausblick 2013

Arbeitsgruppen[1]

Arzneimittelversorgung
Dr. Peter Blees, Susanne Eble

Neue Versorgungsformen
Ralph Lägel, MBA, Dr. Volker Möws

Nutzenbewertung und Präferenzmessung
Prof. Dr. Axel Mühlbacher

Plattform Versorgungssteuerung
Dr. Dominik Deimel

Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement
Dr. Tanja Hantke, Dr. Karsten Neumann

Projektgruppen[2]

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
Roger Jaeckel

Ambulante Versorgungsunternehmen
Dr. Ursula Hahn, Dr. Albrecht Kloepfer

BMC vor Ort Nord
Rolf Kaestner

Entlassmanagement
Dr. Dominik Deimel

Patientencoaching
Dr. Thorsten Pilgrim

Pflege und Integrierte Versorgung
Ralph Lägel, MBA

[1] i. d. R. eine Sitzung pro Quartal [2] flexible Arbeitsgestaltung

Arbeitsgruppe „Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement"

Am 22. November fand in Berlin die konstituierende Sitzung der AG Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement statt. Die neue AG ist eine Erweiterung der ehemaligen AG Prävention, welche der BMC vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und dem zunehmenden Bedeutungsgewinn von Gesundheitsmanagement für Unternehmen ins Leben gerufen hat. Erstes Ziel der AG ist es, ein Positionspapier zu entwickeln, welches im Frühherbst 2013 präsentiert werden soll.

Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen"

Die Ende 2012 neu gegründete Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen" unter der Leitung von Dr. Ursula Hahn und Dr. Albrecht Kloepfer wird 2013 ihre Arbeit aufnehmen. Im Zentrum ihrer Beratung wird die Erarbeitung eines Positionspapiers stehen, welche den jungen Wirtschafts- und Betriebsformen der ambulanten Versorgungsunternehmen mehr politische Sichtbarkeit verschaffen soll.

Projektgruppe „BMC vor Ort Nord"

In Kooperation mit der Fresenius Hochschule wird die neue Projektgruppe BMC vor Ort Nord regelmäßig zu Hintergrundgesprächen in Hamburg einladen. Von Seiten des BMC wird die PG koordiniert von Rolf Kaestner, Projekt Partner Gruppe. Den Auftakt bildeten am 18. September Dr. Stefan Hentschel vom Hamburgischen Krebsregister und Prof. Dr. Gebauer vom Katholischen Marienkrankenhaus in Hamburg zu aktuellen Strategien in der Krebsversorgung. Am 24. Oktober beriet die PG zur Zukunft der niedergelassenen Versorgung in der Elb-Metropole.

Termine auf einen Blick (Planung)

Interne Aktivitäten	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
BMC-Hintergrundgespräche	3 – 4 Termine	3 – 4 Termine	3 – 4 Termine	3 – 4 Termine
BMC-Capital Talks	*		*	
BMC-WissensUpdate	14. Februar	*		*
BMC-Best Practice hautnah			*	*
BMC-Studienreise		31. Mai / 1. Juni		
BMC-Jahresempfang				30. Oktober

Externe Aktivitäten	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
BMC-Kongress	22. / 23. Januar			
BMC-Fachtagung in Berlin		25. Juni		
BMC-Fachtagung mit BPI und VFA	8. Mai			
BMC-Expertenforum	19. März		*	
BMC vor Ort in Hamburg				22. Oktober
BMC-Pressegespräch		*		*

Kooperationen	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
FMC-Symposium		27. Juni		
13th International Conference on Integrated Care		11. / 12. April		
World Health Care Congress Washington		8. – 10. April		

BMC Regional NRW e. V.	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
BMC Regional Fachgespräche	*		*	
BMC Regional Fachtagung		*		
BMC Regional Praktikerseminar		17. April		

** Termin steht zum Druckzeitpunkt noch nicht fest.*

Projektgruppe „Patientencoaching"

In einem stetig teurer werdenden Gesundheitssystem mit einer wachsenden Bevölkerung älterer, alleinlebender, chronisch kranker und/oder multimorbider Patienten wird das bestehende System keine ausreichende Versorgung sichern können. Daher müssen alle noch nicht genutzten Ressourcen überprüft und ausgeschöpft werden, um die Versorgung im deutschen Gesundheitssystem auf einem qualitativen und effizienten Stand zu halten. Die Ressource „Patient" wird durch das Patientencoaching aktiviert und genutzt, indem der Patient befähigt wird, mit seiner Erkrankungssituation umzugehen. Um das Patientencoaching im Gesundheitssystem zu verankern, wird die Projektgruppe ein Positionspapier erarbeiten, welches Handlungsempfehlungen an die Politik sowie einen Leitfaden für die Umsetzung in der Praxis enthalten soll.

Neuer Themenschwerpunkt IT und Versorgungssteuerung

Eine leistungsstarke Telematik-Infrastruktur und moderne telemedizinische Anwendungen sind das Rückgrat für eine effiziente Prozesssteuerung im Gesundheitswesen. Als Triebfeder für organisatorische Innovationen tragen sie maßgeblich zur Überwindung sektoraler Schnittstellen bei und ermöglichen ganzheitliche Therapieabläufe. Damit bilden sie die Grundlage für eine Verbesserung der Behandlungsqualität und die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen. Vor diesem Hintergrund hat sich der BMC entschlossen, 2013 einen thematischen Schwerpunkt auf die Bereich IT und E-Health zu setzen. Auftakt hierzu bildet das Wissens-Update am 14. Februar zum Thema „Steht die Telematik vor dem Durchbruch?". Geplant ist zudem die Gründung einer Projektgruppe zu diesem Thema unter dem Dach der Arbeitsgruppe Plattform Versorgungssteuerung.

Positionen, Themen und Ziele

Gesundheitspolitische Impulse für das Jahr 2013 – Empfehlungen des BMC

Die medizinische Versorgung in Deutschland zeichnet sich noch immer durch eine gute Erreichbarkeit sowie ein hohes Qualitätsniveau aus. Drohender Ärzte- und Pflegekräftemangel, die Zunahme betreuungsintensiver chronischer Erkrankungen und von Multimorbidität sowie die Leistungserstellung in weitgehend voneinander abgeschotteten Sektoren werden die flächendeckende Versorgung vor Ort zukünftig jedoch zunehmend gefährden. Wenn schwer zu versorgende Regionen dadurch charakterisiert sind, dass der Versorgungsbedarf der Bürger qualitativ und logistisch nicht mehr ausreichend über die traditionellen Organisationsformen bedient werden kann, so müssen die Strukturen insgesamt auf den Prüfstand gestellt und weiterentwickelt werden. Selektivverträge haben wesentlich dazu beigetragen, dass die Krankenkassen sich mittlerweile zu oft sehr leistungsstarken Akteuren im Gesundheitswesen gewandelt haben. Die Integrierte Versorgung hat damit die Initialzündung für strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen gegeben.

Diese Entwicklung gilt es weiter zu fördern und zu fordern. Denn neue kooperative Organisationsmodelle wie Ärztenetze und Medizinische Versorgungszentren, indikations- und populationsorientierte Versorgungsstrukturen, arztentlastende Delegation und Substitution sowie neue Mobilitätskonzepte und Technologien können entscheidend dazu beitragen, Behandlungsprozesse zu optimieren und Effizienzpotenziale zu erschließen. Das Versorgungsstrukturgesetz hat beispielsweise mit der Förderung von Arztnetzen und dem Abbau von Reibungsverlusten zwischen den Sektoren wichtige Schwerpunkte gesetzt. Um Ärzte und Patienten zur Teilnahme an neuen Versorgungsmodellen zu motivieren, notwendige Investitionen freizusetzen sowie Wettbewerb und Unternehmertum im Gesundheitswesen zu stärken, werden diese jedoch nicht ausreichen.

Der BMC-Vorstand hat den folgenden 6-Punkte-Katalog entwickelt. →

Gesundheitspolitische Impulse für das Jahr 2013 – Empfehlungen des BMC

BMC Positionen

1 Ärztliche Tätigkeit auf ihren Kern zurückführen!

Das Tätigkeitsfeld der deutschen Ärzte ist im internationalen Vergleich dadurch gekennzeichnet, dass es ein weit größeres Spektrum aufweist und auch Aufgaben beinhaltet, die ebenso gut durch andere, teilweise wirtschaftlicher arbeitende und womöglich auch geeignetere Berufsgruppen ausgeführt werden könnten. Folgen sind eine mit über 50 Wochenstunden deutlich längere Arbeitszeit, doppelt so viele Konsultationen pro Arzt wie beispielsweise in den USA oder den Niederlanden und Sprechstunden im einstelligen Minutentakt.

Umso wichtiger ist es, die Ärzte von Bürokratie zu befreien und das ärztliche Aufgabenspektrum durch verstärkte Delegation und Substitution an andere entsprechend qualifizierte Heilberufe neu zu definieren. Pilotprojekte wie AGnES weisen hier in die richtige Richtung. Erste Evaluationen zeigen, dass durch intensive, oftmals IT-gestützte berufsgruppenübergreifende Kooperationen Ärzte entlastet werden können, ohne dass hierdurch die Betreuung der Patienten oder die Qualität der medizinischen Versorgung leidet.

Die Empfehlungen des BMC

2 Vergütungssysteme anreizgerecht gestalten!

Honorarverhandlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung erwecken oftmals den Eindruck von Umverteilungskämpfen. Ursächlich ist jedoch weniger die Höhe der Gesamtvergütung als vielmehr die Ausgestaltung der Verteilungsmechanismen. Die hohe Komplexität der heutigen Vergütungssysteme wird im Detail selbst von Experten kaum noch verstanden. Planungssicherheit und Steuerungswirkung gehen dadurch verloren.

Die Vergütung medizinischer Leistungen muss sich an der regionalen Versorgungsrealität orientieren. Sie muss vereinfacht und flexibler ausgestaltet werden und sich 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 Sektorengrenzen halt machen. Dies würde auch die Einführung sektorenübergreifender IT-Lösungen befördern, die dazu prädestiniert sind, sektorenübergreifende Schnittstellen zu überwinden und den reibungslosen Informationsaustausch zu gewährleisten.

3 Effizienzpotenziale durch Telematik und Telemedizin ausschöpfen!

Während außerhalb des Gesundheitswesens der technische Fortschritt durchwegs positiv bewertet und als Treiber für Produktivitätssteigerung und Wachstum angesehen wird, erfolgt die Einschätzung des medizinisch-technologischen Fortschritts differenzierter. Einerseits wird mit diesem zwar die Hoffnung auf eine Steigerung von Lebensqualität und -erwartung verbunden. Andererseits steht er als Synonym für wachsende Gesundheitsausgaben. Mit der Ausbreitung innovativer Versorgungsformen, die insbesondere auf Koordinierung, sektorenübergreifender Prozesssteuerung und Vernetzung beruhen, gewinnen jedoch die effizienzfördernden organisatorischen Erneuerungen zunehmend an Bedeutung.

Damit die Telematik ihr volles Potenzial entfalten kann, müssen rechtliche und finanzielle Hürden überwunden werden. Die Patientenversorgung ist durch zahlreiche datenschutz-, haftungs- und berufsrechtliche Normen geregelt. Die Sicherstellung der Integrität und Vertraulichkeit der Daten genießt daher hohe Priorität. Hinzu treten haftungsrechtliche Risiken durch die Problematik der Verantwortungsabgrenzung zwischen behandelndem Arzt und Konsiliararzt. Fehlende Rechtssicherheit sollte daher schnellstmöglich beseitigt werden. Ein entscheidender Schlüssel für eine effiziente gesteuerte Versorgung ist zudem eine umfassende elektronische Patientenakte, deren Informationsgehalt über die aktuelle elektronische Gesundheitskarte deutlich hinausgeht. Sollten die Akteure des Gesundheitswesens sich nicht einigen können, so ist der Gesetzgeber gefragt, einen einheitlichen Standard durchzusetzen.

4 Investitionen durch Innovationsfonds auslösen!

Trotz der hohen Anzahl von Selektivverträgen stagniert der Anteil der Ausgaben für Integrierte Versorgung an den GKV-Gesamtausgaben bei unter einem Prozent. Noch immer scheuen die Krankenkassen größere Investitionen. Das Risiko erscheint vielen zu hoch, der Gewinn zu unvorhersehbar. Die wenigsten Projekte amortisieren sich in einem Jahr. Deshalb ist es wichtig, die Kassen von ihrem Budgetdenken zu befreien. Weder Leistungserbringer noch Krankenkassen werden ohne zusätzliche Anreize die erforderlichen Anfangsinvestitionen für eine spürbare Ausweitung innovativer Versorgungsformen aufbringen.

Abhilfe schaffen könnte ein Innovationsfonds für Pilotprojekte. Um sicherzustellen, dass die Gelder sachgerecht verwendet werden, müssten die geförderten Projekte einer standardisierten Evaluation unterzogen werden. Denn solange keine belastbaren Evaluationen existieren, werden IV-Verträge immer zur Disposition stehen und ihre Ausbreitung immer begrenzt bleiben.

5 Versorgungsforschung und nutzerorientierte Transparenz vorantreiben!

Das Versorgungssystem gleicht in weiten Teilen noch immer einer Black Box. Zwar sind in den vergangenen Jahren insbesondere bei der Analyse und Nutzung von Routinedaten erhebliche Fortschritte erzielt worden. Es fehlt jedoch an darüber hinausgehenden Informationen, die eine valide Bewertung der Behandlungsqualität und der erreichten Gesundheitsergebnisse erlauben. Dies erschwert nicht nur die gezielte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen durch die Krankenkassen und Leistungserbringer, sondern behindert auch einen transparenten Qualitätswettbewerb. Viele Versicherte fühlen sich in der Regelversorgung gut aufgehoben und vertrauen den vermeintlich staatlich festgelegten Leistungen. Entsprechend vorsichtig begegnen sie oft neuen Versorgungsformen, deren Qualität sie im Vorfeld nicht beurteilen können. Gerade der zur Motivation der Versicherten wichtige Mehrwert bleibt häufig verborgen, da der Patient von der Optimierung der Prozessabläufe erst im konkreten Krankheitsfall profitiert.

Für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb bedarf es daher zweierlei. Zum einen werden mehr Investitionen in die Versorgungsforschung benötigt. Zum anderen muss die nutzerorientierte Transparenz über verstärktes Public Reporting verbessert werden. Internetangebote wie Arztbewertungsportale oder Krankenhausnavigatoren sind erste Schritte in die richtige Richtung. Die Informationen sind jedoch für eine objektive Bewertung von Prozess- und Ergebnisqualität nicht ausreichend. Zertifizierungen und öffentliche Bereitstellung von standardisierten Evaluationen könnten einen Beitrag dazu leisten, Informationslücken zu schließen.

6 Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement forcieren!

Die Bundesregierung verfolgt mit ihrer Präventionsstrategie zu Recht das Ziel, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung in allen gesellschaftlichen Schichten zu erhöhen und zu aktivieren. Die Verpflichtung der Krankenkassen, einen Betrag von mindestens sechs Euro für Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement aufzuwenden, ist ein möglicher Weg. Darüber hinaus muss Prävention verstärkt als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angegangen und nicht nur in der Gesundheitspolitik, sondern auch in der Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik verankert werden. Dies hätte zudem den Vorteil, dass Prävention nicht zwischen den vielfältigen Interessen im Gesundheitswesen zerrieben wird.

Um angesichts der Bevölkerungsalterung ihre internationale Wettbewerbsfähigkeit nicht zu verlieren, ist es für einheimische Unternehmen entscheidend, ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement zu etablieren. Gerade kleinere und mittlere Unternehmen verfügen jedoch oftmals nicht über die hierfür notwendigen Ressourcen. Deshalb ist es wichtig, Fördermechanismen einfacher zu gestalten und die Vernetzung von KMU für eine kooperative Organisation des Betrieblichen Gesundheitsmanagements voranzutreiben.

Die fünf Säulen des Gesundheitssystems

Entwicklungsarbeit

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

Politische Arbeit

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

Kooperation

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

Wissens-Management

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

Öffentlichkeitsarbeit

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

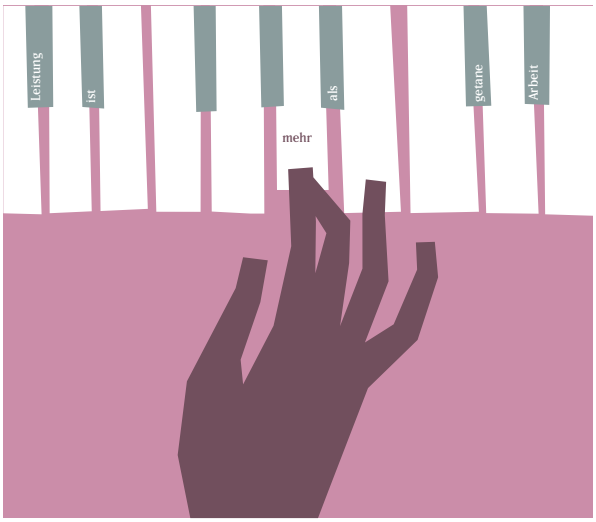
Die Positionen des BMC

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

Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung

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

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

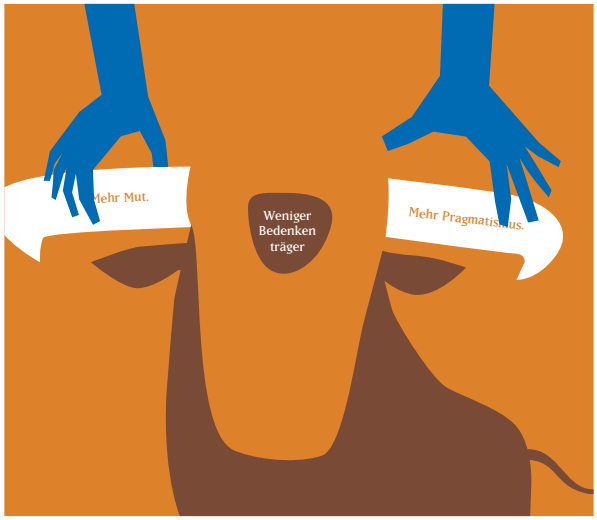


Leistung ist mehr als getane Arbeit „Pay For Performance"

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

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

Die Positionen des BMC



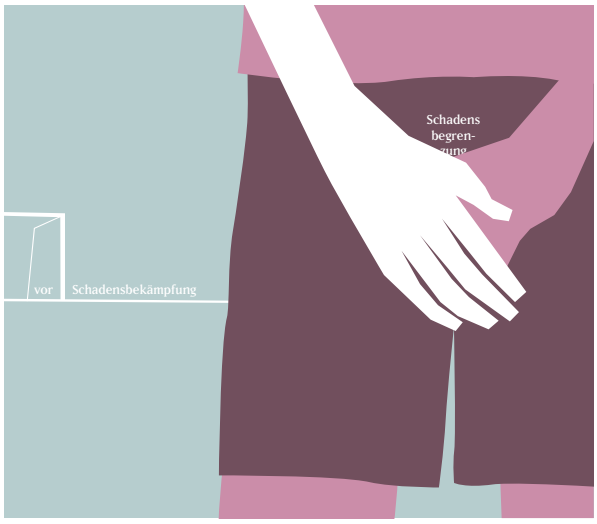
Mehr Mut — Weniger Bedenkenträger — Mehr Pragmatismus

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

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

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

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

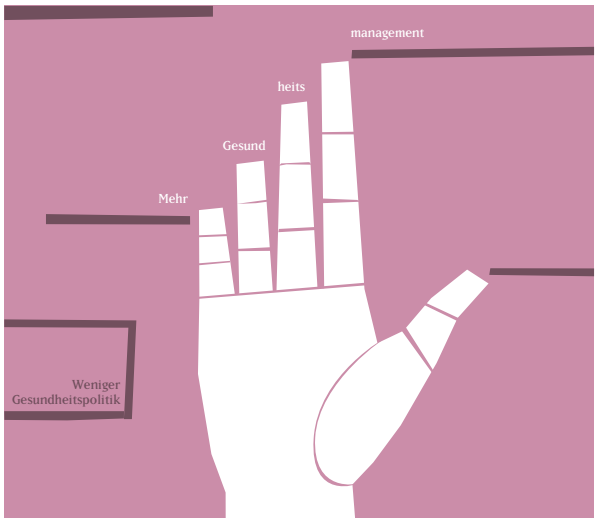


Schadensbegrenzung vor Schadensbekämpfung — Vorrang für Prävention

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

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

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

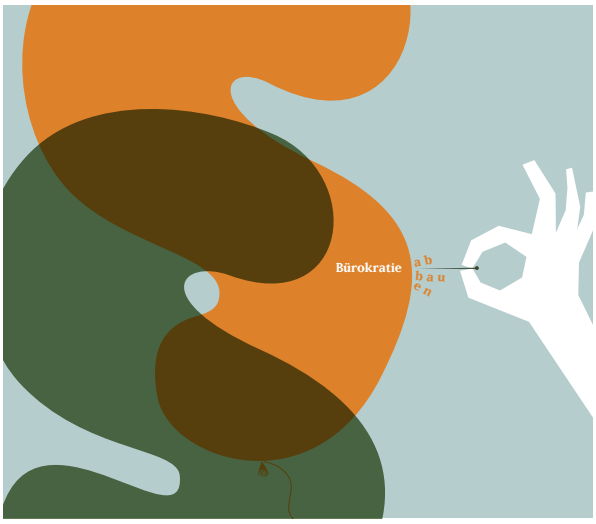


Weniger Gesundheitspolitik Mehr Gesundheitsmanagement

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

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

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



Abbau von Bürokratie

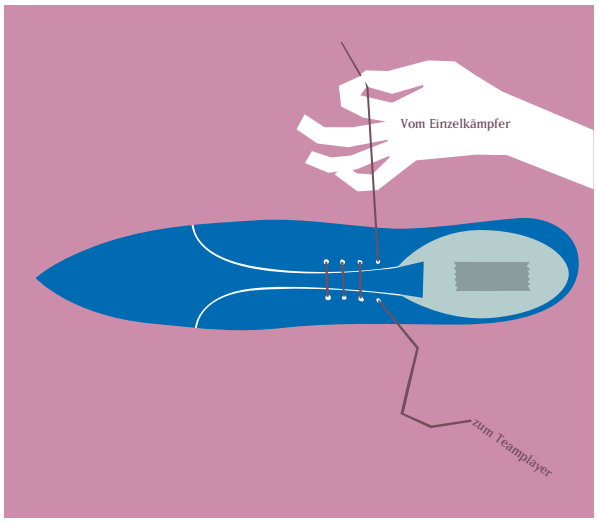
Das deutsche Gesundheitssystem ist geprägt durch einen ungesunden Gegensatz: Formal zugestandene Freiheiten der Akteure (Therapiefreiheit, freie Arztwahl, Freiheit der Forschung etc.) werden durch starke staatliche Eingriffe und bürokratische Kontrollmechanismen unterlaufen.

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

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

Kontrolle ist gut – Vertrauen ist besser!

Die Positionen des BMC

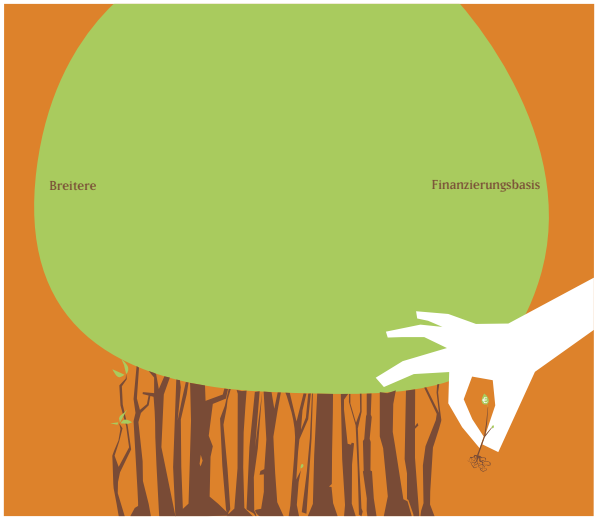


Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer

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

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

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



Breitere Finanzierungsbasis und Generationengerechtigkeit

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

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

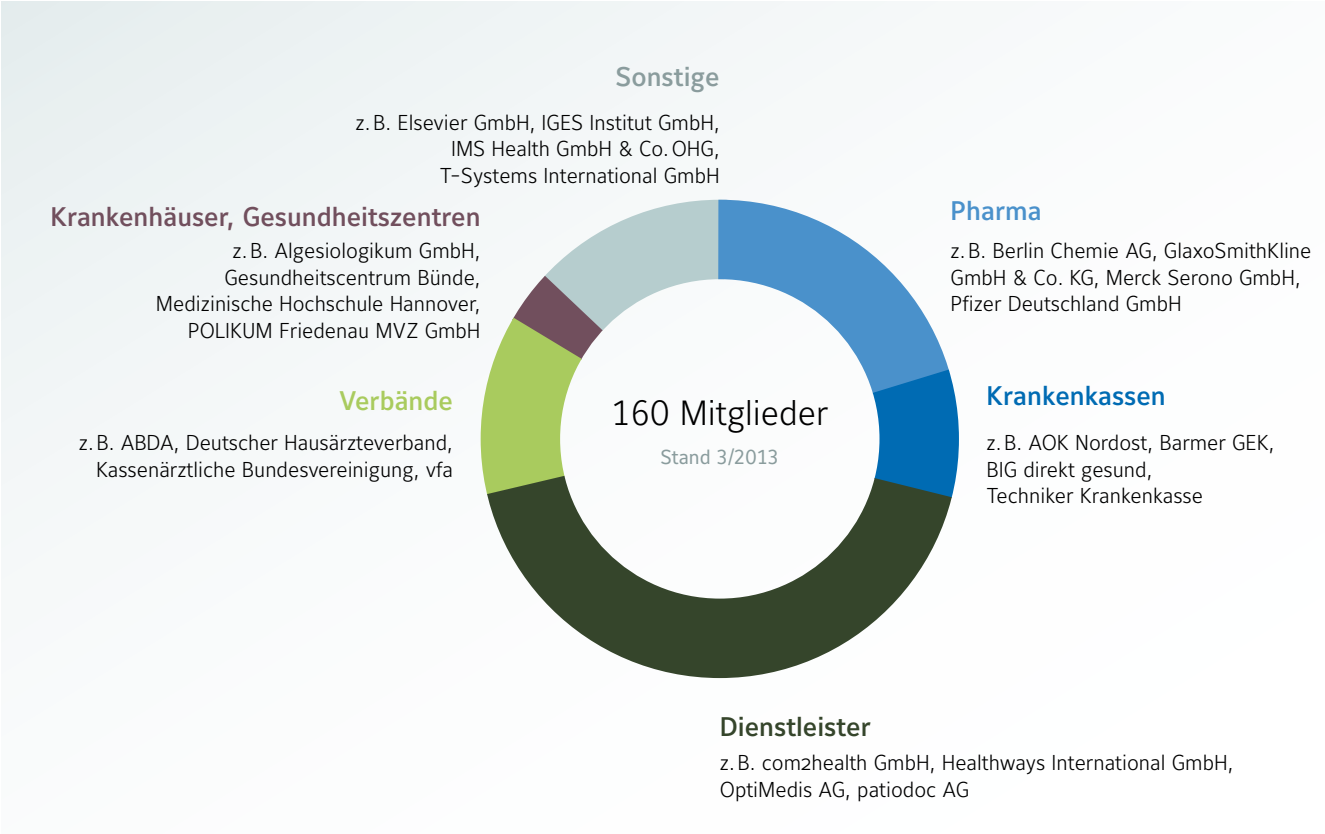
Mitglieder des BMC im Überblick

4sigma GmbH
ABDA Bundesvereinigung
Abbvie Deutschland GmbH & Co. KG
Deutscher Apothekerverbände
Accenture GmbH
Adler Apotheke
Agfa HealthCare GmbH
Algesiologikum GmbH
Alk-Abello Arzneimittel GmbH
Almeda GmbH
Amelung, Prof. Dr. Volker E.
AnyCare GmbH
AOK Niedersachsen
AOK Nordost
AOK Rheinland/Hamburg
AON Benfield Rückversicherungsmakler
arvato direct service Wilhelmshaven GmbH
assist Heimpflege-Bedarf GmbH
Astellas Pharma GmbH
Astra Zeneca GmbH
AvidiaMed GmbH
BARMER GEK
Bayer Vital GmbH
Beratung und Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Beratungs- und Prüfgesellschaft BPG mbH
Berlin Chemie AG
BIG direkt gesund
BKK im Unternehmen e. V.
BKK vor Ort
Blees, Dr. Peter
Bönsch, Rudolf
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
Büro für gesundheitspolitische Kommunikation
Bundespsychotherapeutenkammer
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
BVMed e. V.
Centrum für Schlaganfallforschung Berlin
Chiesi GmbH
Chugai Pharma Marketing Ltd.
CiscoSystems GmbH
com2health GmbH
CompuGroup Medical AG
Data-to-Decision AG
DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Deutscher Hausärzteverband e. V.
Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte
Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
DKV Deutsche Krankenversicherung AG (ERGO Versicherungsgruppe AG)
Dr. Grosch Consulting
Ehlers, Prof. Dr. Dr. Alexander P. F.
Eisai GmbH
Elsevier GmbH, Finanz- u. Rechnungswesen
ETL ADVISION Steuerberatungsgesellschaft AG
Europa Apotheek Venlo B. V.
Forest Laboratories Deutschland GmbH
Forum Managed Care
FPZ AG
Friebe & Partner
Gesundheitsstadt Berlin e. V.
GFS mbH
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
GMC Systems mbH
Grünenthal GmbH
GWQ ServicePlus AG
Hartmann Rechtsanwälte
health care Akademie
Healthways International GmbH
Henke, Prof. Dr. Klaus-Dirk
HGC GesundheitsConsult GmbH
I3G – Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen
IGES Institut GmbH
IGV Connect AG
IMS Health GmbH&CO.OHG
INOGES AG
InterComponentWare AG
iSOFT Health GmbH
Janßen, Prof. Dr. Heinz J.
Janssen-Cilag GmbH
Johnson & Johnson Holding GmbH
Kaestner, Rolf
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KKH Kaufmännische Krankenkasse
Klinikum Stadt Soest GmbH
Klitzsch, Dr. Wolfgang
Kluger, Dr. Robert
KVWL-Consult GmbH
LAV Baden-Württemberg
LIBERTAMED GmbH
Lilly Deutschland GmbH
Lohmann & Birkner Health Care Consulting GmbH
Lundbeck GmbH
Marketflow Frank Flies
MediPlaza AG
Medizinische Hochschule Hannover
Merck Serono GmbH
Meyer-Lutterloh, Dr. Klaus
MSD Sharp & Dohme GmbH
Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG
n:aip Deutschland GmbH
Novartis Pharma GmbH
Nycomed GmbH
OcuNet GmbH & Co. KG
OptiMedis AG
patiodoc AG
Pfizer Deutschland GmbH
POLIKUM Friedenau MVZ GmbH
PVS pria GmbH
Rechtsanwälte Wigge
Rehavital Gesundheitsservive GmbH
Roche-Diagnostics Deutschland GmbH
Rübel, Reiner
Sanvartis GmbH
Schmid, Dr. Elmar
Schroeder-Printzen & Kaufmann Rechtsanwälte
Schumacher, Dr. Nikolaus
SERVIER Deutschland GmbH
sgh consulting
SHL Telemedizin GMBH
SKC Beratungsgesellschaft MbH
Solimed Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG
spectrum|K GmbH
Städtisches Krankenhaus Maria-Hilf
Takeda Pharma GmbH
Techniker Krankenkasse
Thomsen, Dr. Martin
T-Systems International GmbH
Unternehmen Gesundheit UGOM GmbH+Co. KG
Verband der Privatärztlichen VerrechnungsStellen
Vipharm GmbH
VitalHealth Software Germany GmbH
Voss, Hanswerner
Wasem, Prof. Dr. Jürgen
Wolf, Prof. Dr. Thomas
Wolfsburg AG
Zur Rose Pharma GmbH

Neue Mitglieder 2012
(Stand: März 2013)

AMTS-System GmbH
Awinta GmbH
Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e. V.
Daiichi Sankyo Deutschland GmbH
Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
GEDIKOM GmbH
Gesundheitscentrum Bünde
gevko GmbH
H+M Healthcare Management Systemlösungen GmbH & Co. KG
IKK Südwest
inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
K|M|S Vertrieb und Services AG
KovarHuss GmbH Policy Advisors
M&P Dr. Matzen & Partner
Mölnlycke Health Care GmbH
PHARMABRAIN GmbH
Pro Generika e. V.
Quintiles Commercial Deutschland GmbH
Roche Pharma AG
Siemens Betriebskrankenkasse
Vendus Sales & Communication Group GmbH
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.

Mitgliederstruktur 2012



Veranstaltungen 2012 / 2013

Fachtagungen / Kongresse

24. – 25. Januar 2012	**BMC-Kongress: Patientenorientierung durch Wettbewerb** Langenbeck-Virchow-Haus (Berlin)
4. Juli 2012	**Fachtagung: Strategien für schwer zu versorgende Regionen** Konrad-Adenauer Stiftung (Berlin)
12. November 2012	**Fachtagung: Regionale Versorgungskonzepte – Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes** Steigenberger Grandhotel Handelshof (Leipzig)
22. – 23. Januar 2013	**BMC-Kongress: Zukunftsmodelle der medizinischen Versorgung – Impulse für das Wahljahr 2013** Langenbeck-Virchow-Haus (Berlin)

Studienreisen

21./22. September 2012	**London (Großbritannien)**
31. Oktober 2012	**BMC-Best Practice hautnah: Gesundes Kinzigtal (Haslach)**

Hintergrundgespräche

13. März 2012	**Chancen und Risiken eines einheitlichen Versicherungsmarktes – Zukunftsperspektiven von GKV und PKV** Mit: Franz Knieps, Partner Wiese Consult
25. April 2012	**Mehr Transparenz für Patienten – Arzt- und Pflegelotse der Ersatzkassen** Mit: Ulrike Elsner und Oliver Blatt, Verband der Ersatzkassen e. V.
23. Mai 2012	**Ergebnisse der Studie zur Vernetzung im Gesundheitswesen („Connect Health")** Mit: Dr. Hans Aubauer und Dr. Sebastian Krolop, Accenture GmbH
30. Mai 2012	**Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V – Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes** Mit: Dr. Rainer Hess, Gemeinsamer Bundesausschuss
21. Juni 2012	**Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung** Mit: Hans-Dieter Nolting, IGES Institut Berlin, Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung
5. Juli 2012	**Out of the Box! Neue Trends im Gesundheitswesen erkennen** Mit: Nikolaus Huss und Andreas Kovar, KovarHuss Policy Advisors, sowie Nikolaus Schumacher, PriceWaterhouseCoopers Deutschland AG
11. Juli 2012	**Evaluationsergebnisse der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg** Mit: Ulrich Weigeldt, Deutscher Hausärzteverband
1. August 2012	**Schweizer Bevölkerung lehnt Managed Care-Gesetzesvorlage ab – Lessons learned zum Nationalfeiertag** Mit: PD Dr. Peter Berchtold, Forum Managed Care Schweiz
2. Oktober 2012	**Qualitätsmarker für Praxisnetze als Ausweis ihrer § 87 b – Eignung** Mit: Dr. Bernhard Gibis, Kassenärztliche Bundesvereinigung
16. Oktober 2012	**Möglichkeit der Nutzung von Sekundärdaten** Mit: Dr. Torsten Hecke, Techniker Krankenkasse
6. November 2012	**Gesundheitspolitische Weichenstellungen und Perspektiven** Mit: Dr. Rolf Koschorrek MdB, CDU/CSU-Bundestagsfraktion
21. November 2012	**Gesundheitspolitische Herausforderungen – Grüne Antworten** Mit: Birgitt Bender MdB, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen →

Veranstaltungen 2012/2013

← 5. Februar 2013	**Honorarkonflikt 2013, In der Falle – Kassenärztliche Vereinigungen im Spannungsfeld zwischen Bundesvorgaben, Landesverhandlungen und innerärztlicher Umverteilungsdebatte** Mit: Mark Barjenbruch, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
19. Februar 2013	**Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – Brennpunkt Onkologie** Mit: PD Dr. Stephan Schmitz, Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen
21. Februar 2013	**Gesundheitspolitische Herausforderungen aus Sicht der FDP** Mit: Jens Ackermann MdB, FDP-Bundestagsfraktion

Wissensupdate

15. Februar 2012	**Erfolgsfaktor Betriebliche Gesundheitsförderung – Mit nachhaltiger Gesundheitsförderung in einer sich wandelnden Arbeitswelt Wettbewerbsfähigkeit sichern** Mit: MinDir Norbert Paland, Bundesministerium für Gesundheit, Jörg Auffarth, arvato direct services Wilhelmshaven GmbH, Schortens, und Dr. Christian Gravert, Deutsche Bahn AG.
14. Februar 2013	**Steht die Telematik vor dem Durchbruch? Status Quo und Perspektiven** Mit: MinR Dr. Matthias von Schwanenflügel, Bundesministerium für Gesundheit, Prof. Dr. Arno Elmer, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte, und Dr. Jens Finnern, CompuGroup Medical AG

Weitere Veranstaltungen

5. März 2012	**Delegation der University of Michigan, der University of North Carolina sowie der Universität Bayreuth zu Besuch beim BMC**
24. April 2012	**Berlin Capital Talk mit Dr. Ignazio Cassis, Schweizer Nationalrat** Berlin Capital Club (Berlin)
5. Juni 2012	**Delegation von Gesundheitsexperten aus den Niederlanden zu Besuch beim BMC**
18. September 2012	**BMC vor Ort Nord** Aktuelle Strategien der Krebsversorgung für das deutsche Gesundheitswesen Hochschule Fresenius (Hamburg)
27./28. September 2012	**Delegation des brasilianischen Versicherers Unimed zu Besuch bei der KV Bayerns und dem Algesiologikum in Kooperation mit dem BMC**
22. Oktober 2012	**Jahresempfang** Oxymoron (Berlin)
24. Oktober 2012	**BMC vor Ort Nord** Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer im Ärztenetz Hochschule Fresenius (Hamburg)

18. Februar 2013	**Berlin Capital Talk mit Prof. Dr. Katsuaki Matsumoto, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt Japans, Universität Hokkaido** Berlin Capital Club (Berlin)

BMC Regional NRW e. V.

12. März 2012	**Fachgespräch: Neue Akteure und Modelle zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung** Hochschule Fresenius, Media Park (Köln)
21. März 2012	**Fachgespräch: Neuordnung der Vergütung für Arztnetze** Gut Kump (Hamm)
2. Mai 2012	**Praktikerseminar: Aktuelle Fragen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Leistungserbringern nach dem GKV-VStG – Welche Chancen bietet das Versorgungsstrukturgesetz für die Akteure im Gesundheitswesen?** Westfälisch Lippische Sparkassenakademie (Münster)
3. Juli 2012	**Fachtagung: Potenziale des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes in Nordrhein-Westfalen** Deutsche Apotheker- und Ärztebank (Düsseldorf)
27. September 2012	**Fachgespräch: Innovative Arzneimittelversorgung am Beispiel des Arzneimittel-Checks der AOK Rheinland-Hamburg** Hochschule Fresenius, Media Park (Köln)
10. Oktober 2012	**Fachgespräch: Qualifizieren, delegieren und kooperieren – Erfolgsfaktoren zukunftsorientierter Versorgung in Westfalen-Lippe** Ärztekammer Westfalen-Lippe (Münster)

Kooperationen

13. – 15 Juni 2012	**Hauptstadtkongress: Medizin und Gesundheit (Berlin)**
21. Juni 2012	**FMC-Symposiums 2012 (Zürich)**
14. – 17. November 2012	**Medica (Düsseldorf)**
9. – 11. Dezember 2012	**World Health Care Congress (Abu Dhabi)**

Medienspiegel (Ausrisse 2012 und 2013)

← E-HEALTH-COM 04/2012

GROSSER AUFTRITT IM ICC

Unter dem Dach des Bundesverbands Managed Care (BMC) präsentierten sich acht seiner Mitglieder auf dem Hauptstadtkongress 2012 Medizin und Gesundheit in Berlin.

Auch in diesem Jahr stellte der BMC einen der größten Stände auf dem „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit" im Berliner ICC. Mit seinen aktuell über 150 Mitgliedern repräsentiert der BMC die gesamte Bandbreite des deutschen Gesundheitsmarkts. Immer mehr Akteure schätzen ihn als Plattform des inhaltlichen Austauschs jenseits partikularer Interessenvertretung, als Ideenschmiede für innovatives Versorgungsmanagement und neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen.

Acht seiner Mitglieder hatten sich im ICC zusammengefunden, um ihre

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

Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG, stellte den Status quo des Erfolgsmodells „Gesundes Kinzigtal" vor. Gemeinsam mit den Teilnehmern wurden die Chancen zur weiteren Ausbreitung populationsorientierter Kooperationsmodelle diskutiert. Ein entscheidender Baustein für Kosteneffizienz bei Dokumentation und Verwaltung stellt die Etablierung eines sektorenübergreifenden Prozess- und Ressourcenmanagements dar. In diesem Zusammenhang zeigte Markus Malik, Vorstand der IGV Connect AG, dass der medienbruchfreie Informationsaustausch zu einer Verbesserung von Diagnostik und Therapie führt.

Die Auswirkungen der frühen Nutzenbewertung bei Arzneimitteln wurden von Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers beleuchtet. Dabei fokussierte er auf das juristisch kontrovers diskutierte The-

Medizinprodukten die geforderte Nutzenbewertung problembehaftet ist. Inwieweit die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführte Erprobungsregelung eine geeignete Lösung darstellt, werde sich erst in der täglichen Anwendung erweisen.

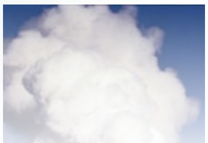
Michael P. Blasius, Leiter Vertrieb & Marketing der almeda GmbH, referierte zum Gesundheitsprogramm Herzinsuffizienz in Niedersachsen. Die in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführte Evaluation belege eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten, eine Stabilisierung der Lebensqualität und eine Reduktion der Mortalität. Insgesamt gewinnt die Evaluation neuer Versorgungskonzepte zunehmend an Bedeutung. Dies betonte auch Dr. Thorsten Pilgrim, Geschäftsführer der AnyCare GmbH. In seinem

← Gesundheit und Gesellschaft 2/13

Mehr Dampf im Kessel, bitte!

Die Idee ist simpel: Haus- und Fachärzte arbeiten eng zusammen, um die Behandlung zu optimieren. Doch die integrierte Versorgung stockt. Helfen könnte ein Innovationsfonds, so der Tenor bei einer Tagung des Bundesverbandes Managed Care. Von Thomas Hommel

Erstens kommt es anders und zweitens als gedacht. Auch Dr. Ignazio Cassis, Mitglied des Schweizer Parlaments, musste jüngst diese Erfahrung machen. Der gelernte Arzt war fest davon ausgegangen, das Gros der Eidgenossen votiere für die flächendeckende integrierte Versorgung im Land. Schließlich praktiziert die Schweiz seit gut 20 Jahren Managed Care



Den Kopf nicht in den Sand Absicht des Gesetzgebers, r rierter Versorgung die Sek zu verzahnen und dafür Sel zu schaffen, sei richtig, sagt Gesundheitssenatorin Cor Storcks (SPD). „Das Inter schluss der Verträge aber sch Rechtsrahmen sei unklar, der Vertragsfindung mühsa in den Sand stecken solle ab

← kma Februar 2013

BMC-Kongress

6 Nahezu gefüllte Sitzreihen: Die Parlamentarische Staatssekretärin Ulrike Flach spricht das Grußwort zum Kongress. Thema im Bundestagswahljahr ist selbstredend die gesundheitspolitische Agenda der Bundesregierung.

7 Mittagspause: BMC-Teilnehmer nutzen die Pause für intensive Gespräche an den Stehtischen – und natürlich zum Essen.

Fotos: BMC/Schicke

BUND Gütesiegel „Energie sparendes Krankenhaus"

8 Ökologische Vorreiter: Drei Berliner Kliniken sind von der Umweltorganisation BUND für ein beispielhaftes Engagement beim Energiesparen ausgezeichnet worden: das katholische Franziskus-Krankenhaus, das diakonische Krankenhaus Bethel und das anthroposophische Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe.

Foto: Teich

18. Jg. 1. Februar 2013 kma

← Deutsches Ärzteblatt 08.02.2013

POLITIK

NEUE RICHTLINIE DES G-BA

§ 116 b: Viel Arbeit, viel Skepsis

Bis März will der Gemeinsame Bundesausschuss die allgemeinen Regeln für den neuen Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung formulieren. Ob das gelingt? Noch sind schließlich viele Details zu bedenken.

Keiner wird bestreiten, dass es sinnvoll ist, die sektorübergreifende Kooperation von Krankenhaus- und Vertragsärzten zu fördern, um Patienten mit seltenen Erkrankungen oder schweren Krankheitsverläufen besser zu versorgen. An der Grundlage entsprechender Ansätze, § 116 b Sozialgesetzbuch V, gab es jedoch von Anfang an Kritik. Es sei deshalb zu begrüßen, „dass der Gesetzgeber das Thema neu angefasst hat", befand Dr. med. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dort für die neue Richtlinie zuständig. Beim jüngsten Kongress des Bundesverbands Managed Care stellte Klakow-Franck jedoch auch klar, dass die Umsetzung des neuen § 116 b „eine große und detailreiche Herausforderung ist".

Das hat mehrere Gründe: So verlangt der Gesetzgeber einheitliche Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Qualität im neuen Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Die Anforderungen an den stationären Bereich könne man aber „nicht eins zu eins auf die Niedergelassenen übertragen", stellte Klakow-Franck klar. Kliniken würden nun einmal vieles unter einem Dach vorhalten, die Vertragsärzte jedoch nicht. Andererseits muss der G-BA festlegen, wie eine qualitativ gute Kooperation ausgestaltet sein soll. Beispielsweise indem er vorgibt: Wie weit entfernt für Patienten darf die nächste Intensivstation liegen? Wie häufig müssen ASV-Ärzte gemeinsame Sprechstunden anbieten?

Klakow-Franck betonte zudem: „Unser Anspruch ist unverändert, dass wir einen fairen Wettbewerb ermöglichen wollen." Dass dies gerade dort schwer durchzusetzen sein wird, wo Kliniken und Niedergelassene bereits heftig konkurrieren, ist ihr bewusst. Ob und wie der G-BA sie zur gesetzlich vorgeschriebenen Zusammenarbeit bewegen will, bleibt abzuwarten. Schon während des Gesetzgebungsverfahrens wurde kritisiert, die Vorgaben zur sektorübergreifenden Kooperation könne man gut umgehen.

Als weitere Herausforderung gilt das Ziel, im neuen Versorgungsbereich eine medizinisch begründete Mengenentwicklung auszulösen anstelle einer angebotsinduzierten. Klakow-Franck warnte, man dürfe nicht bestimmte Definitionen dazu nutzen, indirekt die Menge zu beeinflussen. Die ASV solle allein mit Hilfe von Qualitätskriterien gesteuert werden.

Für Patienten: Informationen

Dr. med. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands ambulante spezialfachärztliche Versorgung, zeigte sich skeptisch. Schon das was eine schwere Verlaufsform einer Erkrankung sei, sei schwer zu definieren: Welche Rolle spielen Komplikationen? Nebenwirkungen der Behandlung? Multimorbidität? Munte, ehemals Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, sieht zudem Regelungslücken. Dürfe ein Arzt etwa allein entscheiden, ob er einen Patienten für die ASV vorsehe? Müsse man einen Patienten dazu beraten, weil er eventuell lieber in Ruhe sterben wolle als noch nach allen Regeln der ASV behandelt zu werden? „Da müsst Ihr etwas aufschreiben", forderte Munte salopp, aber unmissverständlich G-BA-Informationen für Patienten.

Zahlreiche Bedenken hatte auch Thomas Ballast, Vorstand der Techniker-Krankenkasse. Er forderte, Innovationen im Bereich der ASV zu begrenzen, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Patientennutzen und -sicherheit herzustellen. Sorgen bereiten ihm zudem die neuen Landesausschüsse, die über die Zulassung zur ASV entscheiden müssen. Ballast befürchtet, dass sie schnell überlastet sein könnten. Dann würden möglicherweise viele Antragsteller zugelassen, nur weil die Frist von zwei Monaten für Beanstandungen abgelaufen sei.

KOOPERATION NACH REGELN

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich vorgenommen, bis 21. März 2013 den sogenannten Paragrafenteil der Richtlinie für die neue ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) zu beschließen. Darin werden die Regeln formuliert, nach denen Krankenhaus- und Vertragsärzte in diesem neuen Bereich kooperieren dürfen, zum Beispiel: Wer ist berechtigt, Leistungen zu erbringen? Nach welchen Prinzipien dürfen die Ärzte im Kernteam Kollegen hinzuziehen? Wie schnell müssen kooperierende ASV-Ärzte erreichbar sein? Welche Dokumentationsregeln gelten?

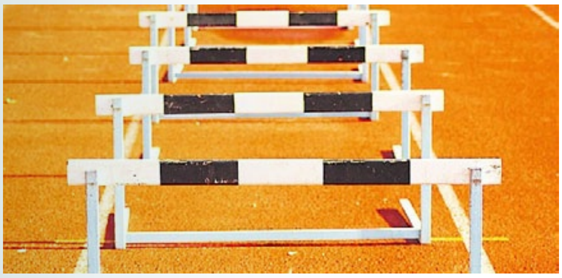
Zusätzlich wird der G-BA die sogenannten erkrankungsspezifischen Anlagen abstimmen, vermutlich nach und nach. Mit ihnen würde für die vom neuen § 116 b Sozialgesetzbuch V umfassten Erkrankungen festgelegt, welche Voraussetzungen und Vorgaben für die Behandlung beispielsweise von schweren Verläufen bei Magen-Darm-Tumoren, Rheuma oder auch bei seltenen Erkrankungen zu beachten sind.

← Ärzte Zeitung 15.01.2013

Spezialfachärzte gegen zu hohe Hürden

Niedergelassene Fachärzte sehen die ambulante spezialfachärztliche Versorgung als große Chance - wenn ein fairer Wettbewerb mit Krankenhäusern ermöglicht wird.

Von Thomas Trappe



Spezialfachärzte warnen: Die gewünschte Verlagerung in die ambulante Versorgung klappt nicht, wenn Hürden zu hoch liegen.

© cxvalentina / fotolia.com

LEIPZIG. Die spezialfachärztliche Versorgung kann dazu führen, dass sich der Trend der Konzentration auf Ballungszentren verschärft. Damit würde die Versorgung in demografisch problematischen Regionen noch prekärer.

Davon geht Jens Hennicke, Leiter der TK-Landesvertretung Sachsen-Anhalt aus, wie er in Leipzig beim Kongress des Bundesverbands Managed Care deutlich machte.

Der Kongress beschäftigte sich mit den Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes auf die regionale medizinische Versorgung. Die jüngste Reform hat mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) eine neue Versorgungsform etabliert.

Hennicke begründete seine Prognose damit, dass es bei dem neuen Modell "kein echtes bedarfsabhängiges Genehmigungsverfahren" gebe. Stattdessen gelte der Grundsatz: "Wer kann, der darf".

Damit gebe es kein Instrument, die ASV auf dem Land zu stärken. Die Konzentration von Versorgungsangeboten au[...]tische Regionen könnte die Folge sein.

"Kranke Menschen in länd[...] Regionen dürfen nicht vernachlässigt werden, während in Ballungsräumen ein Übera[...]ot existiert", sagte Hennicke. Es müsste deshalb ein bedarfsabhängiges Verfah[...] tabliert werden, um einer Unterversorgung vorzubeugen.

"ASV eine große Chance"

← Ärzte Zeitung 06.07.2012

Konzepte gegen Ärztemangel: Die Basis macht es vor

Was tun gegen den Ärztemangel? Der Bundesverband Manged Care hat eine Zwischenbilanz gezogen - mit erstaunlichem Ergebnis: Aktionen gegen den Mangel kommen fast durchweg von den Ärzten vor Ort. Kreativität und Kooperationswille sind oft größer als vermutet.

Von Helmut Laschet

BERLIN. Der Deus ex Machina lässt auf sich warten. Die eine große Lösung gegen Ärztemangel und Unterversorgung und ländlichen Problemregionen wird es nicht geben.

Kommt der Arzt hier noch zum Patienten? Die Optimisten unter den Ärzten sind zuversichtlich - und kreativ vor Ort.

© imagebroker / imago

Längst aber ist die Basis aktiv und kreativ geworden - die absehbare Not vor Ort hat innovative Kräfte freigesetzt und alte Animositäten obsolet gemacht. Zum Beispiel zwischenambulanter und stationärer Versorgung.

Beispiel Landkreis Dithmarschen im Südwesten von Schleswig-Holstein. Hier arbeitet das Westküstenklinikum (WKK) an zwei Standorten und musste befürchten, dass bei einer erodierenden ambulanten Versorgung auch die Zuweiser fehlen.

"Indirekte Ausraubung" war die Befürchtung, so WKK-Chef Harald Stender.

Seine Strategie: Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch MVZ in gemeinsamer Trägerschaft mit der Ärztegenossenschaft, Öffnung des Krankenhauses für ambulante fachärztliche Versorgung in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten.

Nur eines hat nicht funktioniert: Ein kombiniertes ambulant-stationäres Landkreis-Budget für die Gesundheitsversorgung, mit dem - auch bei sinkender Arzt- und Fallzahl - das Geld in der Region hätte gehalten werden können. Dagegen gab es noch zu viel Vorbehalte der Vertragsärzte.

Prinzip: "Der Arzt kommt zum Patienten"

Beispiel Wesermed-Gesundheitszentrum in Bewerungen, einer 6000-Einwohnerstadt im Grenzgebiet von Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Hessen.

Ländlicher Raum mit weiten Wegen zu den nächstliegenden Kliniken und Fachärzten.

Die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt war es, die den Hausarzt Dr. Jens Grothues unternehmerisch inspirierte: zu einem integrierten Gesundheitszentrum, indem Hausärzte mit ihrem Team die notwendige fachärztliche Versorgung vor Ort organisieren.

In diesem Gesundheitszentrum erhalten beispielsweise Orthopäden, Nephrologen, Chirurgen und Diabetologen eine eingerichtete Dependence.

Der Arzt, auch der Facharzt, kommt zum Patienten, ist das Credo von Grothues, der sich bei der BMC-Tagung in Berlin darüber freut, eine höhere Facharztdichte in der Kleinstadt Bewerungen als in den benachbarten größeren Kreisstädten realisiert zu haben.

← Schwarzwälder Bote 03.11.2012

Die Delegation des BMC mit Geschäftsführer Sascha Wolf (vorne, Fünfter von links) und Helmut Hildebrandt (vorne, Achter von links) in Haslach. Foto: Merck

Lob für »richtigen Weg« im Kinzigtal

Bundesverband Managed Care auf Praxisbesuch bei der Gesundes Kinzigtal in Haslach / Ideen mitnehmen

Haslach (red/tn). Vertreter des Bundesverbands Managed Care haben die Geschäftsstelle von Gesundes Kinzigtal in Haslach be-

»Wenn es um intelligente Versorgungsprojekte in Deutschland geht, kommt man an Gesundes Kinzigtal nicht vorbei«, sagte Wolf.

Zwar sei die Integrierte Ver-

nen sprach Haslachs Bürgermeisterstellvertreterin Karla Mahne über die Bedeutung und Auswirkungen, und Jürgen Gerhardt vom Patientenbeirat der Gesundes Kinzigtal

scheidende Schlüssel für ein zukunftsfähiges, qualitativ hochwertiges und bezahlbares Gesundheitssystem«.

Die Gesundes Kinzigtal GmbH ist eine Gemeinschafts-

tungserbringer hinweg – auch außerhalb der Region.

Grundlage ist ein Vertrag zur Integrierten Versorgung. Der Erfolg ist langfristig angelegt: Ziel ist, heute mehr in

28 11. Oktober 2012 DIE ZEIT № 42

WIRTSCHAFT

Zieht zusammen!

Weniger Stress, mehr Kooperation – so sollen Mediziner morgen arbeiten. Ärztehäuser und Versorgungszentren wenden dieses Prinzip bereits heute an VON ANNE KUNZE

Dilek Raddatz, Internistin, kann keine Leidensgeschichte erzählen. Sie hat genug Freizeit im Leben und genug Geld. Deswegen spricht die 44-jährige Ärztin davon, dass sie morgen wieder sieben Kilometer durch den Volkspark joggen und am Wochenende viel Zeit mit ihrem Mann verbringen wird.

Eine Frau wie Dilek Raddatz hat in dem Bild, das Funktionäre der niedergelassenen Ärzte verbreitet haben, keinen Platz. Wochenlang hatten die Standesvertreter mit den Verhandlungsführern der Krankenkassen gestritten. Am Dienstagabend einigte man sich auf bis zu 1,27 Milliarden Euro mehr Honorar im kommenden Jahr für die niedergelassenen Ärzte. Zuvor hatten die Ärztefunktionäre mit Streik gedroht und behauptet, es käme so wenig Geld in den Praxen an, dass sich das Geschäft kaum mehr lohne.

»Viele Funktionäre kämpfen für ein aussterbendes Modell«, sagt Professor Volker Amelung von der Medizinischen Hochschule Hannover, wo er zu internationalen Gesundheitssystemen forscht. Wenn Amelung einen Arzt der Zukunft beschreibt, dann sieht dieser aus wie Dilek Raddatz. Denn die Internistin hat keine eigene Praxis, sondern arbeitet in einem medizinischen Versorgungszentrum, einem von ganz wenigen in Deutschland.

Amelung sagt, von den einzelnen Ärzten, die sich eine Praxis und eine Zulassung kaufen, werde es bald immer weniger geben. Er zitiert Befragungen wie die der Ruhr-Uni Bochum. Studien wie diese sagen, dass sich immer weniger der angehen-

Allgemeinmediziner gemacht hat, und der Orthopäde, was der Kardiologe gemacht hat.«

Dabei soll auch die Qualität steigen. Denn die Ärzte, die in niedergelassenen Praxen so behandeln können, wie sie es für richtig halten, verpflichten sich hier zu gemeinsamen Qualitätsstandards.

Otto gründete das erste privat betriebene medizinische Versorgungszentrum. Er nannte es Polikum und eröffnete es in einem ehemaligen Krankenhausgebäude. Heute ist der alte Klinkerbau mit Glas ausgebaut. Wartebereiche und Behandlungsräume sind in einheitlichen Orangetönen gehalten, die Praxen auf fünf Stockwerken verteilt. Mittlerweile ist das Polikum eine Kette mit vier Gesundheitszentren und rund hundert angestellten Ärzten. In der Filiale Charlottenburg arbeitet Dilek Raddatz, die Ärztin, die so gern joggt.

Der Umstand, dass Ärzte für Firmenketten arbeiten wie Köche, Fitnesstrainer oder Frisöre, irritiert zunächst viele Patienten. Gibt es nicht eine besondere Bindung zwischen Arzt und Patient? Eine, die nicht übertragbar ist? Ist Gesundheit wirklich eine Dienstleistung wie jede andere? »Es gibt Grenzen«, sagt selbst Otto. »Bei den Hausärzten ist den meisten Menschen die persönliche Bindung wichtig.«

Ärzte, die nicht ganz so weit gehen wie die Angestellten von Wolfram Otto, aber trotzdem vernetzt arbeiten wollen, schließen sich oft zu Gemeinschaftspraxen zusammen. Eine der großen professionellen Ärzte-WGs befindet sich in der Axel-Springer-Passage in Kreuzberg. Morgens stel-

tient in einem medizinischen Versorgungszentrum behandelt, wird die Behandlung durch mehrere Ärzte wegen desselben Anlasses oft insgesamt weniger gut von den Kassen bezahlt.

Darum treibt Stephan Kewenig, Gastroenterologe und Geschäftsführer im Polikum, auch seine angestellten Ärzten an, Umsatz zu machen. Zum Beispiel sollen sie ihren Patientendurchlauf erhöhen. »Am Anfang dachten alle, sie könnten sich ewig Zeit nehmen für jeden Patienten«, sagt Stephan Kewenig, »aber das kann man sich heutzutage als Arzt unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten kaum mehr leisten.« Kewenig trägt ein gestärktes weißes Hemd, eine goldumrandete Brille und goldene Manschettenknöpfe. Nichts an ihm erinnert an den gutmütigen Doktor vom Land. Er ist mitverantwortlich für die Geschäfte des Unternehmens, das gerade noch schwarze Zahlen schreibt.

Ärzten, die zuerst niedergelassen gearbeitet haben und dann in ein medizinisches Versorgungszentrum wechseln, fällt es oft schwer, sich in einem Angestelltenverhältnis wiederzufinden. »Das betrifft auch wirtschaftliche Ziele, wie sie ein Zentrumsmanager vorgibt«, sagt Marc Kurepkat, ehemaliger Chef einer Kette von medizinischen Versorgungszentren.

Im Polikum möchte Geschäftsführer Kewenig auch Patienten dazu bringen, verstärkt Leistungen in Anspruch zu nehmen, die von der Kasse extra honoriert werden. Leistungen wie die vorsorgliche Darmspiegelung. »Wir haben einen großen Stamm von Patienten, den wir hier besser als in einer Einzelarztpraxis informieren und beraten können. Wir können sie anmailen, Plakate aufhängen, an jeder Rezeption Aufsteller machen, Flyer verteilen und Helferinnen motivieren, Patienten anzusprechen«, sagt Kewenig.

← Die Zeit 11.10.2012

International Journal of Integrated Care

Volume 12, 27 March 2012
Publisher: Igitur publishing
URL:http://www.ijic.org
URN:NBN:NL:UI:10-1-112901 / ijic2012-16
Copyright: (cc) BY
Submitted: 15 Februray 2012, revised 29 Februray 2012, accepted 29 Februray 2012

Perspectives

Integrated care in Germany—a stony but necessary road!

Volker Amelung, PhD, Professor for International Healthcare Systems Research, Medical University of Hannover, President, German Managed Care Association (BMC), Bundesverband Managed Care e.V., Friedrichstraße 136, 10117 Berlin, Germany

Helmut Hildebrandt, CEO, OptiMedis AG, Borsteler Chaussee 53, 22453 Hamburg, Germany

Sascha Wolf, PhD, Managing Director, German Managed Care Association (BMC), Friedrich

← IJIC 03/2012

Integrierte Versorgung – Vom Hoffnungsträger zum Ladenhüter der deutschen Gesundheitspolitik?

VOLKER E. AMELUNG
UND SASCHA WOLF

Prof. Dr. Volker E. Amelung, Vorstandsvorsitzender, Bundesverband Managed Care e. V., Institut für Epidemiologie, So-

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sic keiner Krise: Die medizinische Versorgung ge immer noch zu den besten der Welt. Nicht Re sondern Evolution lautet daher das Gebot de Stunde. Der entscheidende Treiber für notwe änderungen ist weder die Politik

← Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2012

BMC informiert über Managed Care

BERLIN (eb). Welche neuen Entwicklungen gibt es bei Managed Care? Darüber informiert der Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) im Lounge-Programm an seinem Stand auf dem Hauptstadtkongress (Brückenfoyer, Stand B6).

Hauptstadtkongress 13. bis 15. Juni 2012

Unter dem Dach des BMC haben sich acht seiner Mitglieder zusammengefunden, um auf dem Kongress ihre Produkte, Dienstleistungen und Inhalte zu präsentieren. Der BMC stellt dadurch auch dieses Jahr wieder einen der größten Stände.

Der Verband hat nach eigenen Angaben derzeit über 150 Mitglieder - von Heilberufen über die Medizintechnikindustrie bis hin zu Krankenkassen. Er repräsentiert somit die ganze Breite des deutschen Gesundheitsmarktes.

Aus diesem Grund wird er von Branchenteilnehmern immer mehr geschätzt, zum Beispiel als Plattform, um sich inhaltlich jenseits partikularer Interessen austauschen zu können. Der BMC bietet ein Forum für innovatives Versorgungsmanagement in Deutschland.

← Ärzte Zeitung 14.06.2012

www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 01/13 6. Jahrgang

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

„Anwendungsmöglichkeiten statistischer Risikomodelle" (Haupt)
„Qualität des Entlassungs- und Überleitungsmanagements" (Jung)
„Balanced Scorecard-Ansatz - Kinzigtal" (Pimperl)

FOKUS: I.V.

← Monitor Versorgungsforschung 01/13

RANDNOTIZ
Sabine Rieser

Melissa Camara Romero musste ein Jahr lang mit ihrem Medizinstudium pausieren. Kein Wunder: Sie war 2012 Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) und schien auf Diskussionspodien zu leben. Noch immer will man von ihr, aber auch den nachgerückten Präsidiumskollegen wissen, wie angehende Ärztinnen und Ärzte ticken und mit welchen Tricks man sie in die heimische Patientenversorgung locken könnte.

Die Unabhängigkeit sei vielen Kommilitonen wichtig, erläuterte Ro-

Später Charme der Praxis

mero Mitte Januar beim Kongress des Bundesverbands Managed Care. Unabhängigkeit bedeute räumliche Flexibilität: „Wenn mir der Job oder die Gegend nicht mehr gefällt, suche ich mir etwas anderes." Deshalb seien Klinikstellen attraktiver als eine eigene Praxis.

Bei der bvmd weiß man zudem, dass Unternehmertum nichts ist, worum Medizinstudierende sich reißen. Auch dass die Niederlassung den meist zutreffenden Ruf hat, dafür müsse man neben der Mobilität

← Deutsches Ärzteblatt 02.2013

Glück hält gesund

Ein Top-Ökonom und Glücksexperte aus der Schweiz, ein Ex-Minister aus den Niederlanden: Der Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care setzt internationale Akzente. Aber auch die heimische Gesundheitspolitik im Wahljahr 2013 kommt nicht zu kurz. Von Thomas Hommel

Bruno S. Frey hat einen schönen Beruf. Als Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität Zürich beschäftigt er sich seit Jahren mit der Frage, ob glückliche Menschen gesünder sind als unglückliche Zeitgenossen. Erst kürzlich hat Frey ein Buch dazu geschrieben, für das er Dutzende internationaler Untersuchungen sichtete. Darunter auch die „Nonnenstudie", bei der sich zeigte, dass junge Frauen, die sich selbst als glücklich bezeichnen, länger leben als jene, die sich vor dem Eintritt ins Kloster als unglücklich einstufen. Klosterfrauen eignen sich für derartige Studien besonders gut, da sie unter ähnlichen Bedingungen alt werden. Frey zog daraus den Schluss: Eine

politische Debatte in Deutschland hineinzutragen", sagt BMC-Vorstandsvorsitzender Professor Volker Amelung.

Nicht kopieren, sondern lernen. Überhaupt spielten beim Kongress internationale Erfahrungen eine wichtige Rolle, betont BMC-Geschäftsführer Dr. Sascha Wolf. Abraham Klink, der ehemalige niederländische Gesundheitsminister, beispielsweise berichte über die groß angelegte Gesundheitsreform seines Landes zum 1. Januar 2006. Als wichtigste Neuerung wurde damals die Unterscheidung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufgehoben und ein einheitliches System auf privatrechtlicher Basis mit einer stark wettbewerblichen

niger eine Volksabstimmung gegen Managed Care, sondern eher eine für den Erhalt der freien Arztwahl, die an höhere Beiträge gekoppelt werden sollte."

Gesetze mit Leben füllen. Umfänglich erörtert werden beim Kongress auch aktuelle Entwicklungen im hiesigen Gesundheitssystem. Ein Jahr nach Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes,

← Gesundheit und Gesellschaft 12/12

Neue Strukturen sollen Klarheit schaffen

Entlassungsmanagement auf dem Prüfstand

Die Projektgruppe des Bundesverbands Managed Care e.V. (BMC) „Entlassungsmanagement im Krankenhaus" will die Eigenverantwortung von Patienten und Angehörigen auch in der ambulanten Pflege stärken und damit auch eine Verbesserung zwischen ambulanter und klinischer Versorgung bewirken. Dazu seien folgende Schritte erforderlich:

- Etablierung eines „definierten Ansprechpartners" im Krankenhaus
- Schaffung von übergreifenden Assessment-Instrumenten
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern untereinander und mit den Kostenträgern
- Förderung des „Empowerment" von Patienten und Angehörigen
- Verpflichtende Nachverfolgung der eingeleiteten Maßnahmen nach der Entlassung
- Etablierung ambulanter „Ankerpunkte"
- Aufbau von spezifischen interprofessionellen Behandlungspfaden
- Einführung von standardisierten Qualitätssicherungsinstrumenten
- Vergütung des Zusatzaufwands von Krankenhäusern und ambulanten Koordinatoren

Eine Kurzversion des Positionspapiers des BMC kann unter www.bmcev.de abgerufen werden. Weitere Informationen erhalten Sie von Dr. Sascha Wolf
Geschäftsführer BMC e.V.
Friedrichstraße 136
10117 Berlin
Tel.: 030 28 09 44 80
E-Mail: wolf@bmcev.de

← PFLEGE kompakt 3/2012

Schwestern mit Walk-In-Praxis

Lange Wartezeiten, marode Gebäude, veraltete Strukturen – die Klischees über das britische Gesundheitswesen halten sich hartnäckig. Doch die Wirklichkeit ist für deutsche Besucher überraschend anders. Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

Kurz vor dem Wochenende herrscht noch einmal Hochbetrieb im „Soho NHS Walk-In-Centre" mitten in London. Ungefähr 40 meist jüngere Patienten sitzen im Empfangsraum und warten geduldig darauf, dass sie von Andrea Broughton oder einer ihrer Kolleginnen in dunkelblauer Schwesterntracht aufgerufen und in eines der Behandlungszimmer gebeten werden. Liege, Blutdruckmessgerät,

← Gesundheit und Gesellschaft 11/12

Impressum

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

Satz & Grafik
FGS Kommunikation, Berlin

Repro
KÖNIGSDRUCK, Berlin

© 2013

Die Schriftenreihe des BMC

Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren

Innovative Modelle der Praxis

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

Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren

Von der Idee zur Umsetzung

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

Managed Care in Europa

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

Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft

Perspektiven erkennen – Chancen ergreifen – Strategien umsetzen

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

Innovatives Versorgungsmanagement

Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand

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

BMC

www.bmcev.de