

BMC

BUNDESVERBAND
MANAGED CARE e.V.



Gesundheit für Generationen

**BMC-Vision 2010
für eine zukunftsfähige
Gesundheitsreform**

Handlungsfelder

**Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)
Charitéstr. 4, 10117 Berlin
Tel. 030-28094480
Fax 030-28094481
E-Mail.: bmcev@bmcev.de
www.bvmanagedcare.de**

Die BMC-Vision 2010

für eine zukunftsfähige Gesundheitsreform

Eine der zentralen gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Herausforderungen ist gegenwärtig die zukunftsfähige Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Während viele Reformvorschläge die Finanzierung in den Vordergrund stellen, setzt die BMC-Vision bei der größten und bisher weitgehend vernachlässigten Ressource an: dem individuellen gesundheitlichen Verhalten der Bürger. Sie verfügen über das wesentliche Potenzial zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Zerstörung ihrer Gesundheit. Und damit über den größten Kostenfaktor und das größte Sparpotential im Gesundheitswesen. Dies gilt auch – unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensumstände – für Behinderte, Schwerkranke und soziale Randgruppen.

Dazu muss den Bürgern und Versicherten jedoch eine bei Bedarf abrufbare professionelle Unterstützung und Anleitung (Coaching) zur Verfügung stehen. Das institutionelle Gesundheitssystem kann nämlich im Durchschnitt nur maximal 40% zur Erreichung der allgemeinen Gesundheitsziele beitragen. (Diese Feststellung basiert auf Angaben des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen und wurde durch neuere Untersuchungen bestätigt).

Das deutsche Gesundheitswesen hat aber in der Vergangenheit gerade den Aspekt der Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung vernachlässigt. Es gibt zu geringe Anreize zum eigenverantwortlichen Handeln der Bürger. Die Folge ist auch eine unsolidarische Überbeanspruchung und Fehlnutzung des Systems.

Das Leitbild:

Der Bürger als wichtigster Sachwalter seiner eigenen Gesundheit

Das Leitbild der BMC-Vision ist der kompetente und eigenverantwortlich handelnde Bürger als wichtigster Sachwalter seiner eigenen Gesundheit, der nicht gleich die helfenden Ressourcen von Staat und Gesundheitssystem in Anspruch nimmt, wenn er eine Situation auch selber meistern könnte. Die Solidargemeinschaft sollte erst dann eintreten, wenn der Einzelne in seiner finanziellen, sozialen und/oder physischen Leistungsfähigkeit überfordert ist.

Der BMC mahnt deshalb einen Paradigmenwechsel an. Er fordert die gesetzliche Verankerung dieses Konzeptes in einer Neuformulierung des § 1 SGB V.

In der Sichtweise des BMC sollte der Bürger seine Gesundheit entsprechend seinem Leistungsvermögen weit gehend eigenverantwortlich gestalten, basierend auf einem gesetzlich definierten Standard und einer allgemeinen solidarischen Versicherungspflicht. Die Selbstbestimmung ist Element der Solidarität, die sowohl Rechte wie auch Pflichten definiert.

Dieser Paradigmenwechsel modifiziert auch den Managed-Care-Gedanken: An Stelle der Fremdsteuerung des Versicherten tritt die Förderung des gesundheitlichen Selbstmanagements.

Der Bürger wird in dieser Rolle durch unterstützende Dienstleistungen und Produkte sowie gesetzliche Rahmenbedingungen gestärkt und gefördert.

Der BMC definiert dafür vier Handlungsfelder.

Die Handlungsfelder

1

Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bürger

Bildungssystem - Individuelles Coaching

Die Erziehung zu einem bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit ist eine vorrangige gesamtgesellschaftliche Aufgabe und findet auf allen Stufen des Bildungssystems statt.

Ergänzend zu den herkömmlichen Heilberufen unterstützen qualifizierte, frei wählbare Gesundheitsberater die Bevölkerung in allen Gesundheitsfragen, entwickeln Präventionsstrategien und koordinieren Versorgungspartner. Sie stellen eine professionelle Schnittstelle zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern dar. Gesundheitsberatung ist eine eigene, qualifizierte Dienstleistung.

Die Bürger entwickeln sich zu kundigen Nachfragern auf dem Gesundheitsmarkt.

2

Die informationelle Vernetzung

Telematik - e-Health - Transparenz

Im Gesundheitswesen steht eine einheitliche Telematikplattform mit Standards für Kommunikation und Dokumentation medizinischer Informationen zur Verfügung. Gesunde und kranke Bürgerinnen und Bürgern haben Zugang zu zertifizierten Gesundheitsinformationssystemen.

Die Gesundheitsdaten jedes Bürgers werden in einer individuellen elektronischen Patientenakte zusammengefasst, auf die nur der Versicherte selbst unbegrenzten Zugriff hat. Die Patientenakte unterstützt eine strukturierte, sektorenübergreifende und sowohl wirtschaftliche wie effiziente Gesundheitsversorgung. Leistungserbringer können sich mit ihren Stärken und Spezialgebieten präsentieren. Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung und Fortbildung sind für den Bürger ohne Mühe abrufbar.

3

Die kooperativen Versorgungsangebote Sektorübergreifende Strukturen und Prozesse

Zur Optimierung der Patientenversorgung kooperieren Gesundheitsdienstleister aus den verschiedensten Bereichen (Sektoren) in Netzwerken und bieten Versorgungspakete an.

Daraus ergibt sich eine Angebotsvielfalt, aus der der Bürger seinen Bedürfnissen entsprechend frei wählen kann.

Dabei gibt es neben Gesundheitsunternehmen, in denen Ärzte und andere Gesundheitsdienstleister zusammenarbeiten, virtuelle Gesundheitsnetze, die entweder von Gesundheitsdienstleistern gebildet oder von Bürgern individuell und ihren eigenen Bedürfnissen entsprechend gestaltet werden.

Der Gesetzgeber schafft hierfür die geeigneten Rahmenbedingungen sowie Anreize für Dienstleister und Kostenträger zum Aufbau solcher Angebote.

Versicherte und Patienten erhalten ihrerseits Anreize zur Nutzung integrativer Versorgungsangebote.

4

Das Qualitätsmanagement der Dienstleister, Produkte, Technologien und Prozesse

Alle im Gesundheitswesen handelnden Personen und Institutionen sind zu einem umfassenden, kontrollierbaren aber in seinem Aufwand überschaubaren und angemessenen Qualitätsmanagement verpflichtet. Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen werden – wann immer möglich und sinnvoll – von den Beteiligten selbst gesetzt und überprüft.

Für zugelassene Technologien, Prozeduren, Prozesse und Produkte sind nach Ablauf einer spezifischen Frist Nachweise zur Effektivität und Effizienz im Verhältnis zu Innovationen vorgeschrieben. Der qualitätsorientierte Wettbewerb, in dem die Vertragspartner qualitätsorientierte Versorgungsformen entwickeln und anbieten können, wird gefördert.

Flankierend zur medizinischen Versorgung evaluieren möglichst regional angesiedelte und bürgernah agierende unabhängige Institutionen die Ergebnisse. Durch Rückkoppelung und Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse findet eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -verbesserung statt.