Hildebrandt GesundheitsConsult

White Paper:
Anreize für Forschung und Entwicklung für Versorgungs- und Systeminnovationen im Gesundheitswesen

Verfasser:

Helmut Hildebrandt, Dr. Christoph Bischoff-Everding, Magnus Stüve, Dr. Thomas Kolzau, Peter Saade, Dr. Eva-Julia Weyler, Dr. Jörg Cortekar

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Webadresse: www.gesundheitsconsult.de

Projekt: White Paper: Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungs- und Systeminnovationen im Gesundheitswesen

Projektleitung: Helmut Hildebrandt

Projektbearbeitung: Dr. Christoph Bischoff-Everding, Magnus Stüve, Dr. Thomas Kolzau, Peter Saade, Dr. Eva-Julia Weyler

Stand: 3. Juni 2008

Anschrift: Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH
Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg
Telefon: 040 – 5148 55-0
Telefax: 040 - 5148 55-14
E-Mail: office@gesundheitsconsult.de
Website: http://www.gesundheitsconsult.de

Urheberrecht: Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Firma Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Im Fall der Zuwiderhandlung muss mit Strafantrag gerechnet werden.

Inhaltsverzeichnis

1 Vorschlag für die Entfaltung einer Kultur von Forschung und Entwicklung (F+E) für Versorgungs- und Systeminnovationen im Gesundheitswesen 5

1.1 Executive Summary 6

1.2 Bedarf für eine Kultur von Forschung und Entwicklung (F+E) für Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen 8

1.3 Ausrichtung von F&E für Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen 10

1.4 Was hat bisher die Umsetzung von Versorgungsinnovationen behindert? 11

1.5 Vorschlag für ein Maßnahmenpaket „Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungsinnovationen“ nach Ablauf der Anschubfinanzierung 13

1.5.1 Direkte gesetzgeberische Initiativen 13

1.5.2 Indirekte gesetzgeberische Befreiungen und Verpflichtungen für Krankenkassen und Versicherungen 14

1.5.3 Indirekte gesetzgeberische Befreiungen und Verpflichtungen für Leistungserbringer 16

1.5.4 Indirekte gesetzgeberische Befreiungen und Verpflichtungen für die gesundheitsnahe Industrie 17

1.5.5 Indirekte gesetzgeberische Befreiungen und Verpflichtungen für Patienten und Versicherte 18

2 Umfrage unter Meinungsbildern im Gesundheitswesen 19

2.1 Einleitung 19

2.2 Ziel 19

2.3 Methodik 19

2.4 Umfrageergebnisse 21

2.4.1 Anschubfinanzierung – kontrovers beurteilt 21

2.4.2 Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitswesen – benötigt die richtigen Anreize 24

2.4.3 Die Gesetzgebung - hier wird der größte Veränderungsbedarf gesehen 27

2.4.3.1 Krankenkassen und Versicherungen 27

2.4.3.2 Leistungserbringer (Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Hilfs- und Heilmittel, Pflege) 29

2.4.3.3 Industrie 30

2.4.3.4 Bevölkerung 31

2.5 Zusammenfassung der Umfrageergebnisse und Fazit 32

3 Anhang 37

3.1 Bezugsoption: Detailergebnisse der Umfrage 37

3.2 Über Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH 37

4 Verwendeter Fragebogen 39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Relativer Anteil der einzelnen Befragungsgruppen an allen Befragten ... 21

Abbildung 2 - Die Anschubfinanzierung hat Ihren Zweck erfüllt und ist in dieser Form nicht mehr nötig ... 22

Abbildung 3 - Die Anschubfinanzierung hat gerade erste Anstöße gegeben und muss deutlich aufgestockt werden, um Wettbewerbsanreize zu liefern ... 22

Abbildung 4 - Die Anschubfinanzierung war von vornherein verfehlt, hat falsche Anreize gesetzt und sollte abgeschafft werden ... 23

Abbildung 5 - Anschubfinanzierung in der Einzelbewertung ... 24

Abbildung 6 – Themenkomplex F&E Frage 2: Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen ist die Überwindung sektoraler Grenzen essentiell .. 25

Abbildung 7 Themenkomplex F&E Frage 1: ... 26

Abbildung 8 Themenkomplex F&E Frage 3: ... 26

Abbildung 9 Themenkomplex F&E Frage 4: ... 26

Abbildung 10 Themenkomplex F&E Frage 5: ... 26

Abbildung 11 - Möglichkeiten und Pflichten für Krankenkassen durch den Gesetzgeber ... 28

Abbildung 12 - Möglichkeiten und Pflichten für Leistungserbringer durch den Gesetzgeber ... 29

Abbildung 13 - Möglichkeiten und Pflichten für die Industrie durch den Gesetzgeber ... 31

Abbildung 14 - Möglichkeiten und Pflichten für die Bevölkerung durch den Gesetzgeber ... 32

Abbildung 15 – Die 15 am stärksten vertretenen Positionen ... 34

1 Vorschlag für die Entfaltung einer Kultur von Forschung und Entwicklung (F+E) für Versorgungs- und Systeminnovationen im Gesundheitswesen

Das Anreizmittel „Anschubfinanzierung“ zur Förderung der Integrierten Versorgung nach § 140 a ff SGB V endet mit dem Jahr 2008. Die Politik sucht nach Konzepten zur Weiterentwicklung der Anreizinstrumente nach 2008 und will Vorschläge erhalten, wie man bei Kostenträgern wie Leistungserbringern eine Kultur von Forschung und Entwicklung (F+E) für Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen aufbauen und nachhaltig implementieren könnte.

Dazu hat Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH im Laufe des Januar 2008 Meinungsbildner aus allen Bereichen des Gesundheitswesens (Vertragsärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser, Wissenschaft, Industrie) befragt. Aus den Antworten zu Anschubfinanzierung, den heutigen Hemmnissen für Forschung & Entwicklung und zur Einflussnahme durch den Gesetzgeber haben wir einen Vorschlag für die Entfaltung einer Kultur von Forschung und Entwicklung (F+E) für Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen als White Paper entwickelt. Im zweiten Teil des White Papers sind die Antworten der Befragten wiedergegeben, zum Teil auch ausgewertet nach dem beruflichen Kontext der Befragten. Eine Detailanalyse kann auf Anfrage gerne zugestellt werden.

In einer **zweiten Diskussionsschleife** wurden die Vorschläge den 190 Teilnehmern der Umfrage noch einmal vorgelegt und zur Diskussion gestellt.

1.1 Executive Summary

Versorgungsinnovationen und damit Systeminnovationen sind für die Zukunft des Gesundheitswesens, die Bewältigung der demografischen Herausforderung und die Vorbereitung der deutschen Gesundheitswirtschaft auf die Herausforderungen der Europäisierung von ganz entscheidender Bedeutung. Die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung (IV) hat in insgesamt 5.475 Verträgen (Stand 1.Q.2008, BQS)[1] wichtige Anstöße gegeben für die Entwicklung von Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen und hat zu großen Lerneffekten sowohl bei den Leistungserbringern wie bei den Kostenträgern geführt. Sie hat aber noch lange nicht das Potenzial ausgefüllt, das sich noch an Systemwirtschaftlichkeit für die Zukunft verbirgt. Mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung zum Ende 2008 und auch aufgrund von problematischen Anreizwirkungen des Gesundheitsfonds muss deshalb heute die Diskussion geführt werden, mit welchen Methoden eine Verstetigung der Entwicklung und Einführung von Versorgungsinnovationen befördert werden kann.

Das **White Paper fordert** dazu eine **stärkere Gesamtausrichtung des Gesundheitswesens und der ökonomischen Anreizmechanismen aller Beteiligten auf eine Ergebnisorientierung**, d. h. den produzierten Gesundheitsnutzen über den gesamten Behandlungsprozess und Krankheitszyklus hinweg.

Das White Paper diskutiert die Herausforderungen und die Bedarfe für eine Verstetigung von Versorgungsinnovationen in diesem Sinne und schlägt ein **Maßnahmenbündel** vor zur Entwicklung und Förderung einer Kultur von Forschung und Entwicklung (F+E) für Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen. Vier Kernelemente seien hier herausgehoben:

- **Einführung eines F+E-Anschubbudgets als Teil des Gesundheitsfonds:** Die Krankenkassen sollen für einen gewissen Anteil der Gesamtausgleichsbeträge des Gesundheitsfonds (wir denken an eine Größenordnung von 1-3%, d. h. 1,5 bis 4,5 Milliarden Euro) einen Nachweis führen, dass sie entsprechende Investitionen in F+E für Versorgungs- und Systeminnovationen vorgenommen haben. Wenn sie diesen Nachweis nicht führen können, dann geht dieser Anteil an den Gesundheitsfonds zurück und steht allen Krankenkassen wiederum für das nächste Jahr zur Verfügung. (Überführung der bisherigen Anschubfinanzierung mit dem 1% Einbehalt

[1] Quelle vgl.: http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20080331.pdf

bei den Vergütungen der Krankenhäuser und Ärzteschaft jetzt auf eine entsprechende Regelung bei den Krankenkassen) … Näheres vgl. S.15

- **Transparenzverpflichtung der Krankenkassen zu Berichten zur Versorgungsqualität ihrer Versicherten** anhand eines definierten Sets von Qualitätsindikatoren (Weiterentwicklung der bereits vorhandenen Qualitätsberichtsverpflichtungen der Krankenhäuser, jetzt auch auf Krankenkassen) …S.15
- **Ergebnisbezogene Modulation der selektiv- wie kollektivvertraglichen Vergütungen** in Abhängigkeit von dem geschaffenen Gesundheitsnutzen (im angloamerikanischen Sprachraum u. a. als „Pay-for-performance“ diskutiert). …. S.16
- **Gründung eines Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmensformen** im Bereich von Versorgungsinnovationen (etwa durch zinsbegünstigte Darlehen analog der Mittelstandsförderung über die Bankengruppe der Kreditanstalt für Wiederaufbau) ….S.13

Das White Paper greift mit seinen Vorschlägen zurück auf eine breite Diskussion, die national wie international in den Gesundheitswissenschaften wie der Gesundheitsökonomie und im Sachverständigenrat geführt wird. Verwiesen seien dazu u. a. auf die Beiträge von Krauth/Schwartz/Perleth/Graf von Schulenburg[2,] von Porter/Teisberg[3], Enthoven/Tollen[4] und Lüngen/Gerber/Lauterbach[5].

[2] *Krauth, Ch., Schwartz, F. W., Perleth, M., Graf von Schulenburg, J.-M.* : "Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen", 1997

[3] *Porter, M.E./Teisberg, E.O. (2006):* Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results, Boston (Mass.)

[4] *Enthoven, A.C./Tollen, L.A. (2005):* Competition in Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency, in: Health Affairs, W5, p.420ff (7.Sept.2005)

[5] *Lüngen, M./Gerber, A./Lauterbach, K.W. (2008):* Pay-for-Performance: Neue Impulse für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schnellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2007: Krankenhausvergütung – Das Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart, New York

1.2 Bedarf für eine Kultur von Forschung und Entwicklung (F+E) für Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen

Wenn es eine Gemeinsamkeit aller Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen gibt, dann sicherlich diese: Die heutigen Ablaufprozesse der Patientenversorgung sind vielfach aufgrund der sektoralen ökonomischen Begrenzungen nicht zeitgemäß, verursachen Unwirtschaftlichkeiten, sind nicht patientenfreundlich und bedürfen dringend der Veränderung. Aus epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Sicht, so u. a. in den letzten Gutachten des Sachverständigenrats, wird in diesem Zusammenhang die mangelnde Ergebnisorientierung der Versorgungsprozesse beschrieben. Die jeweiligen Verbände der Leistungserbringer beklagen die Begrenzung und Sinnwidrigkeit der sektoralen Budgetierung mit ihrer inhärenten Innovationsbremse durch die Deckelung der Budgets. Die Kostenträger sehen insbesondere die fehlende Effizienz des gesamten Behandlungsprozesses, wenn etwa aus sektoraler Budgetierung ambulante Leistungserbringer auf eine eigentlich mögliche intensivierte ambulante Betreuung zugunsten einer stationären Einweisung verzichten. Die Industrie wiederum beklagt, dass die Einführung neuer Techniken und Verfahren, die positive Wirkungen in einem anderen Sektor oder bei einem anderen Kostenträger hat, durch den „Sektorblick“ der jeweiligen Leistungserbringer behindert wird und so Wettbewerbsnachteile für Industrie wie das Gesundheitssystem als Ganzem produziert.

Als zum Beginn des Jahres 2000 die §§ zur Integrierten Versorgung 140a-h in das SGB V neu eingeführt wurden, geschah dies unter folgenden Überlegungen:

- Die bisher in Deutschland vorherrschende sektoral organisierte Gesundheitsversorgung verursacht Abstimmungsprobleme und Unwirtschaftlichkeiten.
- Die sektorale Versorgung führt notwendigerweise zu höheren Kosten für das Gesamtsystem, da jeder Sektor auf seine eigene Wirtschaftlichkeit achtet aber nicht auf die Gesamtwirtschaftlichkeit quer über den Behandlungsprozess. Aus Erfahrungen in der Schweiz und in den USA gab es Schätzungen, die bis zu 30 % Einsparmöglichkeiten prognostizierten.
- Statt der medizinischen Effizienz der Behandlung und statt eines gesundheitlichen Outcomes steht für die einzelnen Sektoren die je eigene Umsatz- und wirtschaftliche Erfolgsmaximierung im Mittelpunkt des Handelns – Diese Orientierung erweist sich als ein entscheidendes Hindernis für die Entwicklung von Prozesseffizienz.

- Da sich das System auf der zentralen Ebene als nahezu reformunfähig erwiesen hat, sollten auf der lokalen Ebene Reformen und unterschiedliche Experimente ermöglicht werden.[6]

Die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung mit der ihr innewohnenden Möglichkeit der Überbrückung der sektoralen Budgetierungen ist im Rückblick bei aller Kritik, im Detail durchaus als ein erfolgreicher Anstoß für erste Entwicklungen von vielversprechenden Versorgungsinnovationen zu verstehen. Dieser Anstoß sollte aber nicht abgebaut sondern weiter ausgebaut werden. Wenn sie jetzt nach Meinung des Gesetzgebers (und geltendem Recht) mit dem 31.12.2008 auslaufen soll, müssten dafür andere Wege und Mittel gefunden, den gleichen oder einen noch besseren Effekt zu entwickeln. Höhere Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit würden sich dabei nicht ausschließen, aber wie immer erfordert die Entwicklung von mehr Effizienz zunächst einmal das Investment in solche Effizienzsteigerungen und den Abbau entsprechender Hemmnisse. Hierfür marktorientierte Lösungen zu finden, halten wir für eine entscheidende, aktuell anstehende Aufgabe.

Die Innovation und Veränderung von Versorgungslösungen wird dabei immer auf die Widerstände derjenigen stoßen, die für sich in der Beibehaltung der aktuellen Versorgungslösung mehr Vorteile finden. Deshalb muss eine gesetzgeberische Initiative notwendigerweise Mittel und Wege suchen, wie die Innovatoren, wenn sie tatsächlichen Mehrnutzen für die Gesundheit der Bevölkerung entwickeln, belohnt werden.

Der Entwicklung von Versorgungsinnovationen ist im Übrigen nicht nur ein gesundheitspolitisches, sondern in vielfältiger Weise auch ein wirtschafts- und beschäftigungspolitisches Thema. Hier können Erfahrungen aufgebaut werden, die der deutschen Gesundheitswirtschaft einen internationalen Wettbewerbsvorteil verschaffen können. Zahlreiche Länder arbeiten an Überlegungen zur günstigeren und besseren Organisation der Gesundheitsversorgung und suchen nach Lösungen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander zusammen bringen. Die bisher im Kontext der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung in Deutschland entwickelten Modelle einer transsektoralen und zum Teil auch alle Indikationen überspannenden Versorgungsinnovation können dabei durchaus eine Leitfunktion für die Zukunft übernehmen.

Letzteres insbesondere deswegen, weil die US-amerikanischen Managed Care Modelle – aus deren Erfahrungsschatz sich die deutschen Eigenentwicklungen zum Teil bedient haben – auf dem Hintergrund des amerikanischen Gesundheitsmarktes in vielen Län-

[6] Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG …, Hildebrandt, H., vorgelegt zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 23.6.2003 zur BT-Drs 15/1170 sowie 1174 und 1175

dern eine gewisse Abstoßungswirkung entfalten und die Kombination einer Integration der Versorgung mit einem solidarischen aber wettbewerblich organisierten Krankenkassensystems durchaus reizvoll erscheint. Eine kluge Entfaltung von Versorgungs- und Systeminnovationen kann deshalb für die deutsche Gesundheitswirtschaft und die Weiterentwicklung des gesetzlichen wie auch privaten Krankenversicherung ein ganz entscheidender Erfolgsfaktor werden auch in der Übertragung auf die Angleichung der Rahmenbedingungen im europäischen wie auch weltweiten Kontext.

1.3 Ausrichtung von F&E für Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen

Ende 2007 hat ein Expertengremium in einem MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“, veranstaltet von dem Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung, eine exzellente Beschreibung von Innovationen im Gesundheitswesen entwickelt, dem wir uns hier anschließen wollen:

„Innovation im Gesundheitswesen ist nicht nur die Entwicklung und Einführung neuer Produkte, Prozesse und Strukturen. Vielmehr wird ein grundlegender Perspektivenwechsel erforderlich, um grundsätzlich neue Potenziale zur Verbesserung des Gesundheitssystems erkennen und realisieren zu können. Dies gilt für viele Bereiche, vor allem bedeutet es aber einen Paradigmenwechsel von einer krankheitsorientierten zu einer gesundheitserhaltenden Strategie, die Ausrichtung des Systems auf Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde, die ganzheitliche Berücksichtigung ihres individuellen Bedarfs, und die alle Politikfelder übergreifende Betrachtung der Gesundheit als entscheidende Grundlage und Chance.“[7]

Der etwas engere Bereich der Versorgungsinnovationen, das heißt das Aufbrechen der sektoralen Schranken (bzw. in der Wirtschaft würde man sagen, das „Reengineering“ der Versorgungsprozesse), muss die oben angesprochene Ausrichtung mit aufnehmen. Das heißt es muss um die gezielte gesamtgesellschaftlich sinnvolle Entwicklung von Gesundheitsnutzen stiftenden Versorgungsinnovationen gehen: Innovationen müssen sich ausrichten auf einen überlegenen Kosten-Nutzen des veränderten Prozessgeschehens gegenüber der herkömmlichen Vorgehensweise. Dieser Kosten-Nutzen wird bei den in ihrer Prävalenz besonders wichtigen kostenintensiven chronischen Krankheiten nicht von heute auf morgen nachzuweisen sein, sondern wird auf mehrere Jahre zu

[7] Memorandum zu Dimensionen der Innovation im Gesundheitswesen, MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“, Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung, 10.Dez.2007, S.2.

rechnen sein und durchaus komplexe Evaluationsformen benötigen. Wichtiger ist es, die Entwickler und ihre möglichen Vertragspartner bei den Krankenkassen dafür zu incentivieren, diese gesamtgesellschaftlich wichtige Aufgabe nicht erst morgen, sondern bereits heute in Angriff zu nehmen.

Erfolgreiche Versorgungsinnovationen zeichnen sich insofern durch folgende Bestandteile aus:

- Sie gehen direkt heran an die tatsächliche Veränderung und Optimierung der Ablaufprozesse;
- Sie entwickeln eine umfassende Planung der gesamten Behandlungskette;
- Sie entfalten wirksamen Anreize für Prävention;
- Sie achten zwar die jeweiligen wirtschaftlichen Interessen der einzelnen Leistungserbringer, bringen diese aber in ein wirtschaftliches Anreizsystem, das die Qualität des Ergebnisses der Arbeit belohnt und nicht die Anzahl der Leistungen;
- Sie übernehmen einen Anteile an Gesamtverantwortung gegenüber den Krankenkassen und dem Patienten;
- Sie beziehen den Patienten aktiv in die Planung und Absprache der Therapie (als „Co-Therapeut“) ein und etablieren eine formalisierte aktive Patientenbeteiligung;
- Sie unterziehen ihre Arbeit und deren Ergebnisse einer intensiven Evaluation und kooperieren eng mit der Versorgungsforschung.

1.4 Was hat bisher die Umsetzung von Versorgungsinnovationen behindert?

An dieser Stelle wird im Gesundheitswesen immer schnell auf die Unbeweglichkeit der körperschaftlichen Strukturen verwiesen und den etablierten Machtzentren vorgeworfen, sie wollten diese nicht mit evtl. neu entstehenden Zentren teilen. Dieser Vorwurf ist im Großen und Ganzen sicherlich berechtigt, u. E. aber nicht die Hauptursache. Auch die Komplexität der emotionalen Seite des Geschehens, des Unverständnisses und der Konflikte zwischen Niedergelassenen und dem Krankenhaus, der Angst vor dem Verlust der Selbständigkeit, die Sorge um das Transparentwerden von Qualitätsmängeln etc. lassen sich als Gründe argumentieren – und vielerorts als eine der Scheiternsursachen finden, erklären aber immer noch nicht hinreichend die Vorsicht, mit der bisher an das Thema gegangen wird. Unseres Erachtens (und hier sind wir uns einig mit den Schluss-

folgerungen eines 2003 in der Zeitschrift für Arbeit und Sozialpolitik erschienenen Artikels[8]) muss primär einer ökonomischen Analyse der Vorrang gegeben werden.

Entwickelt und investiert wird da, wo mit hinreichender Sicherheit nachhaltig mit unternehmerischem Engagement Geld verdient werden kann. Und genau diese hinreichende Sicherheit fehlt bisher. Im Grunde mangelt es einer unternehmerischen Herangehensweise und dies erklärt sich aus folgenden Faktoren:

- Hohe Vorab-Investitionskosten: Die Unterschiedlichkeit der unterschiedlichen Systeme ambulant und stationär, Heilmittel, Pharma etc. erfordert eine aufwändige und komplexe Neuentwicklung z.B. von
  - Ablaufstrukturen („integrierte Behandlungsleitfäden“),
  - Synthese unterschiedlicher Codierungen und IT-Systeme (ICD 9,10 für Ärzte und Krankenhäuser unterscheiden sich, es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher IT-Systeme und viele Ärzte arbeiten noch ganz ohne EDV) und
  - Leistungsabrechnung (HVM/EBM im Vertragsärztebereich, Pflegesätze bzw. DRGs im KH-/Reha-Bereich, GOÄ im Privatbereich) bei Nebeneinander von herkömmlicher Finanzierung und IV-Finanzierung
- Unsicherheit der möglichen Refinanzierung der Investitionskosten:
  - Unsicherheit der Investition: Werden Krankenkassen und Politik auf Dauer IV honorieren? Kann die Kostenentwicklung durch Morbiditätsveränderung und technolog. Entwicklung dauerhaft abgebildet werden? Wie verändern sich die Rahmenbedingungen aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds und der Morbi-RSA?
  - Werden die international gesehenen Einsparungspotenziale auch in Deutschland erreicht werden?

Gleichzeitig müssen die Unsicherheiten und Egoismen der jeweiligen Partner in diesem Veränderungsprozess berücksichtigt werden. Das beginnt bei den Kassen und geht über die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Niedergelassenen, die Krankenhäuser bis hin zu den Patienten.

Eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung und die Schaffung einer grundsätzlichen Kultur und der entsprechend erforderlichen Etats für Forschung und

[8] Jacobs, Klaus (2003): Höchste Zeit für sinnvollen Wettbewerb in der GKV. In: Gesundheits- und Sozialpolitik Heft 3/4, März/April 2003, 57. Jahrgang. Baden-Baden: Nomos: 14-17

Entwicklung (F&E) für Versorgungsinnovationen müssen insofern auf verschiedenen Ebenen zugleich ansetzen.

1.5 Vorschlag für ein Maßnahmenpaket „Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungsinnovationen“ nach Ablauf der Anschubfinanzierung

In unserem Vorschlag lassen wir uns von dem Gedanken leiten, dass die beste Förderung von „Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungsinnovationen“ dann gelingt, wenn die Finanzierung **implizit in den Marktregularien** enthalten ist. Jede separate Förderung auf Zeit hat dagegen immer auch problematische Anreizwirkungen, dennoch kann gelegentlich auf eine solche Anstoß gebende Wirkung nicht verzichtet werden. In unserem Vorschlag kombinieren wir deshalb Elemente aus den beiden Anreizwegen.

1.5.1 Direkte gesetzgeberische Initiativen

Wenn die von uns (und anderen) beschriebene Situation korrekt wieder gegeben ist, dann fehlen zur nachhaltigen Entwicklung von Versorgungsinnovationen eine entsprechende nachhaltige Verdienstmöglichkeit und eine ausreichende Kapitaldecke.

Als Lösung für das letztere schlagen wir die Prüfung folgender Gestaltungsoptionen vor:

- Gründung eines zeitbegrenzt auf zehn Jahre angesetzten **Kapitalfonds** zur **Investitionsfinanzierung für Unternehmensformen** im Bereich von **Versorgungsinnovationen** entsprechen der in 1.4 beschriebenen Ausrichtung

  Prüfung, ob ein solcher Kapitalfonds mit anteiligen Sicherheitsverzichten und begünstigten Zinssätzen besser als wirtschaftspolitische oder gesundheitspolitische Initiative umgesetzt werden sollte.

  Für das Erstere wäre evtl. eine eigenständige Förderung über die **Bankengruppe der Kreditanstalt für Wiederaufbau** (analog ihrer Mittelstandsförderung) denkbar, für das Zweite wäre an eine direkte entsprechende Förderung aus dem **Gesundheitsfonds** zu denken.

  Beide Fondslösungen ließen sich verknüpfen mit evtl. spezieller zusätzlich begünstigter Förderung von Unternehmensgründungen, die auf spezifische gesundheitspolitisch gewünschte Ziele hin arbeiten, so z. B. für die Aufrechterhaltung von medizinischer Versorgung in ländlichen Räumen, für die spezielle Beachtung der Einbeziehung von älteren Arbeitnehmern oder sozial schwächeren Bevölkerungsteilen oder auch Genderaspekten in die Versorgungsinnovation.

Insbesondere für die Gesundheitsfonds-Lösung würde sich eine begleitende Evaluationsverpflichtung anbieten, die Antragsteller auf eine unabhängige **Kosten-Nutzen-Analyse** ihrer Ergebnisse über einen ausreichend langen Zeitraum hin verpflichtet und die dafür benötigten Mittel in einem ausreichenden Maße zur Verfügung stellt.

Zum speziellen Anreiz und zur Belohnung von Unternehmensgründungen mit positivem gesamtgesellschaftlichem Kosten-Nutzen könnte ein teilweiser Rückzahlungsverzicht an die Ergebnisevaluation gebunden werden.

1.5.2 Indirekte gesetzgeberische Befreiungen und Verpflichtungen für Krankenkassen und Versicherungen

Mittel- bis langfristig wirkende Versorgungsinnovationen, insbesondere solche mit Einbeziehung von präventiv wirksamen Elementen, führen Krankenkassen und Versicherungen in die Problematik, dass die Kosten heute zu Buche schlagen, die Erträge aber erst zeitlich verschoben produziert werden. Zu diesem Zeitpunkt aber könnte a) der Versicherte die Krankenkasse bereits verlassen haben und/oder b) die Krankenkasse selber könnte bereits nicht mehr existieren, da sie aufgrund der erhöhten heutigen Kosten evtl. im Wettbewerb um Erstattungen bzw. Zusatzbeiträge nicht mehr bestehen konnte. Aus diesem Dilemma entsteht ein Disincentive für F&E.

Eine besondere Chance sehen wir dagegen in der Verpflichtung zur qualitäts- und ergebnisbezogenen Berichterstattung sowie in der langfristigen Befreiung der Krankenkassen aus der Kameralistik und dem Rechtsrahmen der Körperschaft öffentlichen Rechts – insbesondere letzteres auch unter dem Gesichtspunkt der europaweiten Konvergenz und damit der Export- und Weiterentwicklungschancen der deutschen Krankenkassen und Versicherungsunternehmen. Der aktuelle vorgelegte Kabinettsentwurf des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes enthält hier durchaus erste Ansätze, etwa in der Annäherung an das HGB, müsste aber noch weiter daraufhin optimiert werden.

Als Lösung schlagen wir die Prüfung folgender Gestaltungsoptionen vor:

- In den **Haushalts- und Buchführungsvorschriften der Krankenkassen** wird eine eigene Regelung für die Behandlung von **F&E-Investitionen** eingeführt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bereitet im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Bedingungen vor, unter denen entsprechende sächliche wie Dienstleistungsinvestitionen als **F&E** kategorisiert und als abschreibungsfähig (und auf welchen Zeitraum) werden dürfen, über das Bundesversicherungsamt erfolgt die Kontrolle.

- In Fortsetzung des Gedankens der 1% Anschubfinanzierung wird ein z. B. **auf 1-3%-erhöhter Anteil** an den **Gesamtbeitragseinnahmen** des **Gesundheitsfonds** einem **F&E-Konto** zugeführt. Über dieses F&E-Konto kann die einzelne Krankenkasse ihrem ihr zustehenden Gesundheitsfondsanteil entsprechend verfügen, allerdings muss sie entsprechende F&E-Investitionen im Nachgang nachweisen. Auch hier wiederum können die Anforderungen an erfolgreiche Versorgungs- und Systeminnovationen, wie sie in 1.4. definiert wurden, als Grundlage genommen werden. Wenn sie dazu nicht in der Lage ist, dann muss sie die Gelder an den Fonds zurückzahlen und diese werden dem Fondsvermögen für das nächste Jahr zugeführt.
- Krankenkassen und Versicherungen sind gleichzeitig darauf zu verpflichten, innerhalb eines angemessenen Zeitraums **Qualitäts- und Ergebnisberichte** des **Gesundheitszustands ihrer Versicherten** und seiner Entwicklung über die Zeit – in Erweiterung der BQS-Berichterstattung für Krankenhäuser – und einen Bericht über ihre **Investitionen** in die **F&E für Versorgungsinnovationen** zu veröffentlichen. Diese Berichte sollen den Versicherten und der Öffentlichkeit entsprechende Transparenz und Entscheidungshilfe geben und ermöglichen, diejenige Krankenkasse auszusuchen, die am ehesten ihnen durch gute selektiv- wie kollektivvertragliche Versorgungssysteme die Gewähr für einen hohen eigenen Gesundheitsnutzen bietet. Jenseits des Vergleichs der Zusatzbeiträge (und damit der Kosten) werden damit Krankenkassen belohnt, die sich durch erfolgreiche Anstrengungen in Primär- wie Sekundärprävention von den anderen abheben. Der Gemeinsame Bundesausschuss könnte hierfür in enger Zusammenarbeit mit den Vertretern der Patienten und Versicherten und der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung ein entsprechendes Anforderungsmodell an derartige Berichte entwickeln.
- Es ist zu befürchten, dass die Rechtsform der Körperschaften öffentlichen Rechts für ein aktives investives Verhalten der Krankenkassen mittelfristig nicht ausreichen könnte. Deshalb sollte der Gesetzgeber darüber hinaus prüfen, inwiefern auch Gesetzlichen Krankenkassen **Rechtsformen** jenseits der Körperschaften öffentlichen Rechts ermöglicht werden können, etwa im Sinne der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. In diesem Zusammenhang sind eine umfangreiche Prüfung der vergaberechtlichen und steuerrechtlichen Vorschriften und die Entwicklung eines **Regelungsrahmens** vorzusehen, um eine rechtliche Behinderung der neuen Rechtsformen von vornherein zu vermeiden, eine öffentliche Regulierung aber dennoch durchzusetzen. Vorbilder in anderen europäischen Ländern wie der Schweiz oder den Niederlanden existieren bereits.

1.5.3 Indirekte gesetzgeberische Befreiungen und Verpflichtungen für Leistungserbringer

Die Leistungserbringer, ob aus der Ärzteschaft, den Krankenhäusern, der Pflege oder auch aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens, sehen sich heute damit konfrontiert, dass ihre Leistung in ihrer Vergütung

- unabhängig ist von dem damit geschaffenen Gesundheitsnutzen, d.h. dem gesellschaftlich geschaffenen Wert (die abrechenbare DRG eines Krankenhauses differiert so z.B. nicht nach der Mehr- oder Minderinanspruchnahme an vertragsärztlichen Leistungen im anschließenden Jahr aufgrund einer evtl. erhöhten Gesundheitskompetenz des Patienten, die ihm im Krankenhaus durch entsprechende Schulungen vermittelt worden wäre);
- unter dem Druck von bereits heute möglichen Ausschreibungen in Selektivverträgen steht. Leistungserbringer befürchten in diesem Zusammenhang, dass bei einer solchen Ausschreibung Krankenkassen dem kurzfristigen Anreiz des niedrigsten Preises auf Kosten des mittel- bzw. langfristig kostengünstigsten Preis-Leistungsverhältnisses nachgeben könnten.

Beide Situationen führen für die Leistungserbringer zu einem Disincentive für F+E der von uns vorgeschlagenen Ausrichtung. Das Interesse der Leistungserbringer wird dagegen einseitig auf eine Senkung von Produktionskosten und Erhöhung der Leistungsmengen orientiert. Während ersteres durchaus gesamtwirtschaftlich zu begrüßen ist, hat der zweite Anreiz im Gesundheitswesen mehrheitlich problematische Züge.

Als Lösung schlagen wir die Prüfung folgender Gestaltungsoptionen vor:

- Als Belohnung von höherer Outcome-Qualität gestützt durch Ergebnisdaten, die über die einzelnen Sektoren hinausgehen, schlagen wir die gesetzgeberische Unterstützung und Ausrichtung der Krankenkassen auf **„Pay for performance“ Vergütungen** vor, wie sie in den USA und in UK für Krankenhäuser und z. T. Ärztegruppen eingeführt werden bzw. bereits eingeführt worden sind. Dabei gilt es zu beachten, dass keine steuerrechtlichen Hürden für die Leistungserbringer aufgebaut werden.
- Zur Vermeidung von „Gaming“-Effekten von Krankenkassen mit Leistungserbringern gegen die Versicherten sollte seitens des Gesetzgebers geprüft werden, **alle selektivvertraglichen Regelungen** auf die **Einführung von ergebnisabhängigen Vergütungsanteilen** zu verpflichten. Wir sind uns bewusst, dass entsprechende Be-

rechnungsmethoden erst über einen längeren Zeitraum bei entsprechender Datenqualität entwickelt werden können und dass die heutigen Datenschutzanforderungen zum Teil einer solchen transparenten Bewertung entgegenstehen. Eine **Anpassung** der **Datenschutzanforderungen** halten wir in der Abwägung zwischen dem Daten- und dem Gesundheitsschutz für notwendig.

1.5.4 Indirekte gesetzgeberische Befreiungen und Verpflichtungen für die gesundheitsnahe Industrie

Die gesundheitsnahe Industrie reicht von den Pharmaherstellern über die Medizintechnik, die Telemedizin und Medizinsoftware bis hin zu der Biotech-Industrie, den Disease Management Dienstleistern, und den aufkommenden Telemonitoring-Dienstleistern. In gewissem Sinne lassen sich auch die den Medizinischen Versorgungszentren und den Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung der gesundheitsnahen Industrie zuordnen, auch wenn sie systematisch den Leistungserbringern angehören. Sie stehen insbesondere vor dem Problem der Sektorengrenzen, d. h. dass ein Produkt oder eine Dienstleistung jenseits des Sektors Nutzen entfaltet, in dem es eingesetzt wird, dem anwendenden Leistungserbringer aber dieser Nutzen nicht zum Vorteil gereicht sondern sogar noch das Budget belastet. Auch hier ein Disincentive gegen die Weiterentwicklung von intelligenten Versorgungslösungen. Mit den Risk Share und Shared Value-Modellen der § 130 a Verträge sind hier erste übergreifende Lösungen entwickelt worden, derartige Vertragsformen gilt es weiter zu entwickeln.

Als Lösung schlagen wir die Prüfung folgender Gestaltungsoptionen vor:

- **Ausweitung der Vertragsmöglichkeiten** zwischen Anbietern im Bereich der **gesundheitsnahen Industrie** und der **Krankenkassen** und Krankenversicherungen nach dem Modell des § 130 a im Sinne der Entwicklung von Versorgungsinnovationen
- Herausnahme von **Risk Share** und **Shared Value-Modellen** aus der **Jurisdiktion des Vergaberechts** – auch schon im Vorwege einer Befreiung der Krankenkassen aus den Regelungen der Körperschaft öffentlichen Rechts.

1.5.5 Indirekte gesetzgeberische Befreiungen und Verpflichtungen für Patienten und Versicherte

Die Vermehrung der Wahlfreiheiten der Versicherten hat sich bisher vor allem auf die Beitragssatzhöhe bezogen. Inzwischen ist es aber Zeit, hier durch entsprechende Transparenzvermehrung auch die qualitative und ergebnisbezogene Seite stärker zu betonen, zumal die Versicherten und Patienten die Hauptleidtragenden fehlender Prozessinnovationen im Gesundheitssystem sind. Die bei den Krankenkassen beschriebene Pflicht zu Qualitäts- und Ergebnisberichten wird hier schon einen ersten Anreiz setzen, die F+E Verpflichtungen und Befreiungen ebenso wie die anderen Vorschläge in den Teilabschnitten 1.4.1 – 1.4.4 werden ebenso Nutzen stiften, dennoch halten wir weitere Regelungen für notwendig.

Als Lösung schlagen wir die Prüfung folgender zusätzlicher Gestaltungsoptionen vor:

- **Ausweitung der Wahltarife** für Krankenkassen mit der Möglichkeit, auch **regionalisierte** Wahltarife für kleinere Regionen anzubieten (da die Einführung von Wahltarifen heute mit relativ hohen Transaktionskosten verbunden ist, sollte hier durch den Gesetzgeber geprüft werden, ob die Anforderungen an derartig kleinräumig regionalisierte Tarife verringert werden könnten)
- Ausweitung der Möglichkeiten von **präventiven Wahltarifen** mit variabler Laufzeitfestlegung (im Gegenzug zur nachgewiesenen Mitarbeit der Versicherten an der Senkung ihres Morbiditätsrisikos und bei definierten Investitionsverpflichtungen der Krankenkassen in Prävention)

2 Umfrage unter Meinungsbildern im Gesundheitswesen

2.1 Einleitung

Die zur Förderung von Integrierter Versorgung konzipierte Anschubfinanzierung endet mit Beginn des Jahres 2009. Das BMG hat deshalb die Verbände gebeten, Konzepte zur Weiterentwicklung der Anschubfinanzierung zu entwickeln und Vorschläge zum Aufbau einer Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitswesen zu unterbreiten. Hildebrandt GesundheitsConsult hat dies zum Anlass genommen, eine entsprechende Befragung verschiedenster Akteure des Gesundheitswesens durchzuführen.

2.2 Ziel

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, ein Beratungsunternehmen mit knapp 20-jähriger Erfahrung im Bereich von Versorgungsoptimierung und Integrierter Versorgung, hat auf Basis eines standardisierten Befragungsbogens Meinungsbilder verschiedener Vertreter von Krankenkassen, stationärer und ambulanter Leistungserbringer, der Gesundheitsindustrie und weiterer Akteure aus dem erweiterten Umfeld des Gesundheitswesens (zusammenfassend „Sonstige“) abgefragt und ausgewertet. Aus den Rückmeldungen zu den unterschiedlichen Aspekten wie Anschubfinanzierung, Optimierung der Forschungs- und Entwicklungskultur oder Einflussmöglichkeiten des Gesetzgebers lassen sich vielversprechende Ansätze zur Förderung einer am Versorgungsbedarf orientierten Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitsmarkt ableiten.

2.3 Methodik

Die Umfrage erfolgte vor dem BSG-Urteil zur Interpretation des Barmer Hausarztvertrages und anderer Verträge in der Zeit vom 11. bis 31. Januar 2008 als Online-Umfrage auf Basis eines standardisierten Fragebogens[9]. Adressiert wurden Kunden, Kooperationspartner und weitere kooperierende Akteure aus dem Gesundheitswesen. Eingegangen sind die Antworten von 203 Befragungsteilnehmern, davon konnten 190 ausgewertet werden. Diese 190 Befragungsteilnehmer wurden je nach Tätigkeit den Kategorien

[9] Siehe 4. Verwendeter Fragebogen.

„Krankenkasse“ [KK] mit 25 Befragungsteilnehmern, „Krankenhaus“ [KH] mit 40 Befragungsteilnehmern, „Industrie“ [IN] mit 32 Befragungsteilnehmern, „ambulante Leistungserbringer“ [AL] mit 29 Befragungsteilnehmern (inklusive Apotheken und KVen) und „Sonstige“ [SO] mit 64 Befragungsteilnehmern (z.B. Politik, Wissenschaft, Medien, Consulting) zugeordnet. Die Befragten sind vornehmlich in leitenden Funktionen tätig.

Im standardisierten Fragebogen wurden für jede der 30 vorgegebenen Fragen fünf verschiedene Antwortoptionen angeboten, die Befragten konnten die aus ihrer Sicht zutreffende durch Ankreuzen auswählen. Die Bewertungsskala erstreckte sich von {-2}: Entspricht überhaupt nicht meiner Meinung und {-1}: Entspricht nicht meiner Meinung über {0}: Keine Meinung; bis hin zu {+1}: Entspricht meiner Meinung und {+2}: Entspricht völlig meiner Meinung.

Die erhaltenen Antworten stellen ebenso wie die Analyse der Befragungsergebnisse ein aktuelles Meinungsbild der unterschiedlichen Akteure dar, ein Anspruch auf Repräsentativität der Befragungsergebnisse ist damit nicht verbunden.

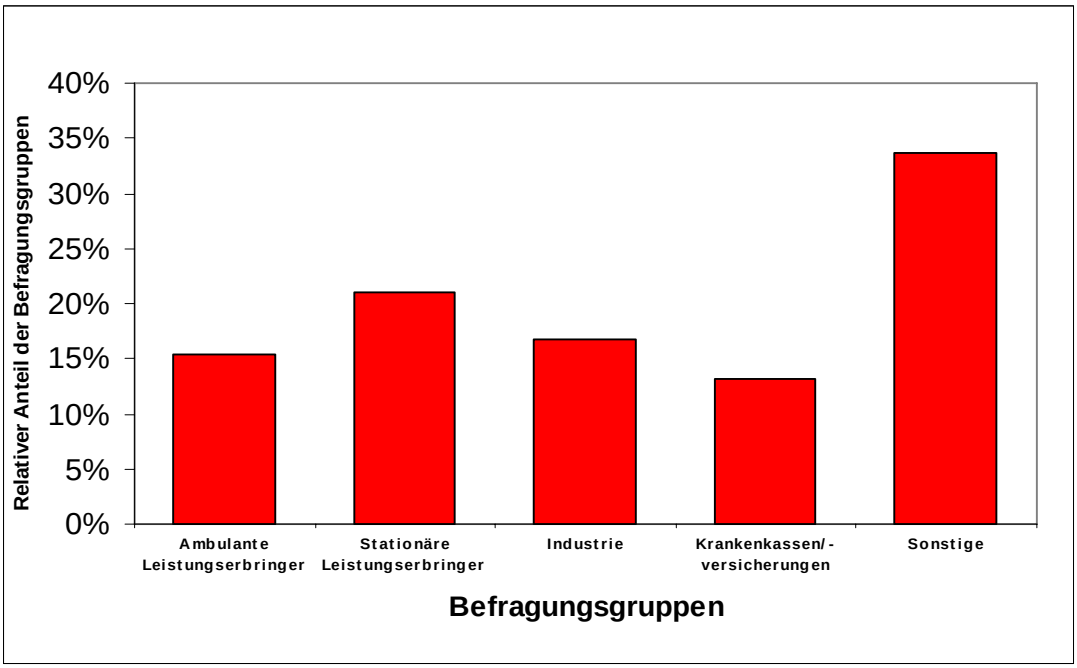
Zur Ermittlung der prinzipiell zustimmenden bzw. ablehnenden Antworten wurden innerhalb der gültigen Rückmeldungen für jede Fragestellung die Antwortkategorien {+1} und {+2} der Gruppe der zustimmenden und die Antwortkategorien {-1}:und {-2} der Gruppe der ablehnenden Antworten zugeordnet. Eine Gewichtung fand bewusst genau so wenig statt wie eine Berücksichtigung der Ausprägung 0 (keine Meinung). Auf dieser Basis wird im ersten Auswertungsschritt je Fragestellung der relative Anteil der zustimmenden bzw. ablehnenden Antworten an den Gesamtantworten bestimmt.

Bei der sich anschließenden Detailanalyse werden dann die gewichteten Meinungsbilder der einzelnen Befragungsgruppen heraus gearbeitet und zur Veranschaulichung in Form von Balkendiagrammen dargestellt. Dabei werden alle fünf einzelnen Antwortoptionen berücksichtigt und nach ihrem numerischen Wert gewichtet. Das Befragungsergebnis wird für jede Frage und für jede Befragungsgruppe in Form des jeweiligen Mittelwertes dargestellt.

Abschließend wird für jede einzelne Frage die „Durchschnittsmeinung aller Befragungsteilnehmer“ (auf Basis des gewichteten Mittelwerts) ermittelt und in Beziehung zu den „befragungsgruppenspezifischen Durchschnittsmeinungen“ gesetzt, um gruppenspezifische Unterschiede in der Bewertung zu erkennen.

Die folgende Abbildung 1 gibt eine Übersicht über den relativen Anteil der einzelnen Befragungsgruppen an den Gesamtteilnehmern.

Abbildung 1 – Relativer Anteil der einzelnen Befragungsgruppen an allen Befragten



2.4 Umfrageergebnisse

2.4.1 Anschubfinanzierung – kontrovers beurteilt

Absicht bei der Formulierung der Fragen zur Anschubfinanzierung war es, ein Meinungsbild darüber abzufragen, ob die Anschubfinanzierung retrospektiv als sinnvoll und prospektiv als notwendig beurteilt wird. Darüber hinaus war es das Ziel, Anregungen für eine eventuelle zukünftige Ausgestaltung zu erhalten.

Eine Mehrheit der Befragten (52,4% Zustimmung gegenüber 35,5% Ablehnung) sieht die Anschubfinanzierung als ein geeignetes Instrument zur sinnvollen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens an. Dementsprechend wird sie von 54,6% der Befragten (bei 36,8% Ablehnungen) als weiterhin notwendig empfunden. 49,1% der Befragten befürworten (bei 41,8% Gegenstimmen) eine zukünftige Aufstockung, um den Wettbewerbsanreiz im Gesundheitsmarkt zu intensivieren. Diese wenn auch nicht durchgehende Befürwortung bringt einer der Teilnehmer in seinem Kommentar so auf den Punkt: „Wer die Rahmenbedingungen vieler Akteure im Gesundheitswesen kennt, weiß, dass jeder

eigene Interessen vertritt und sich nicht allzu viele Experimente erlauben kann. Anschubfinanzierungen bieten in dieser Situation die erforderliche Absicherung der Beteiligten.“ Die folgenden Abbildungen 2-4 zeigen das Gesamtmeinungsbild aller Befragungsteilnehmer zu den in Bezug auf die Anschubfinanzierung formulierten Fragen.

Anschubfinanzierung – Gesamtmeinungsbild

Abbildung 2 - Die Anschubfinanzierung hat Ihren Zweck erfüllt und ist in dieser Form nicht mehr nötig

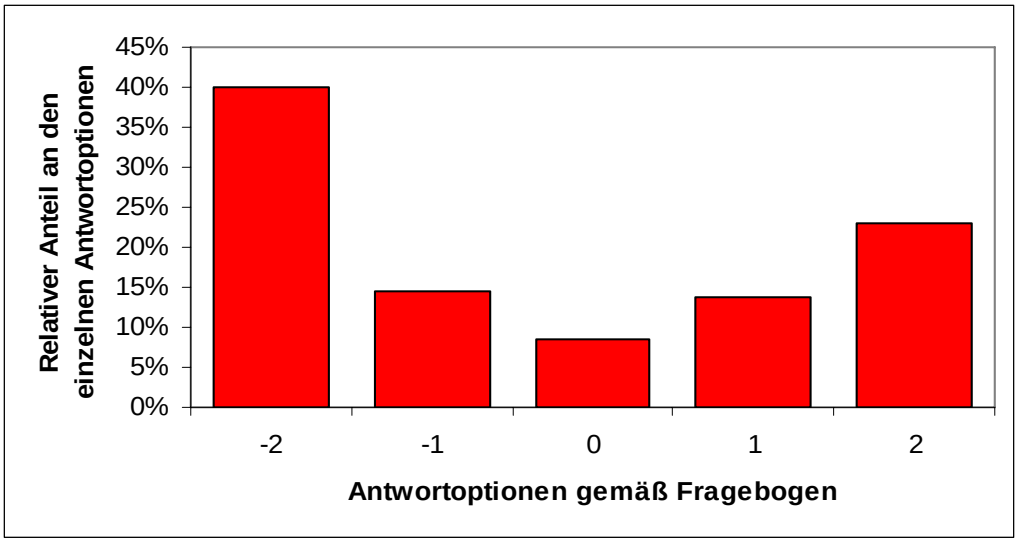


Abbildung 3 - Die Anschubfinanzierung hat gerade erste Anstöße gegeben und muss deutlich aufgestockt werden, um Wettbewerbsanreize zu liefern

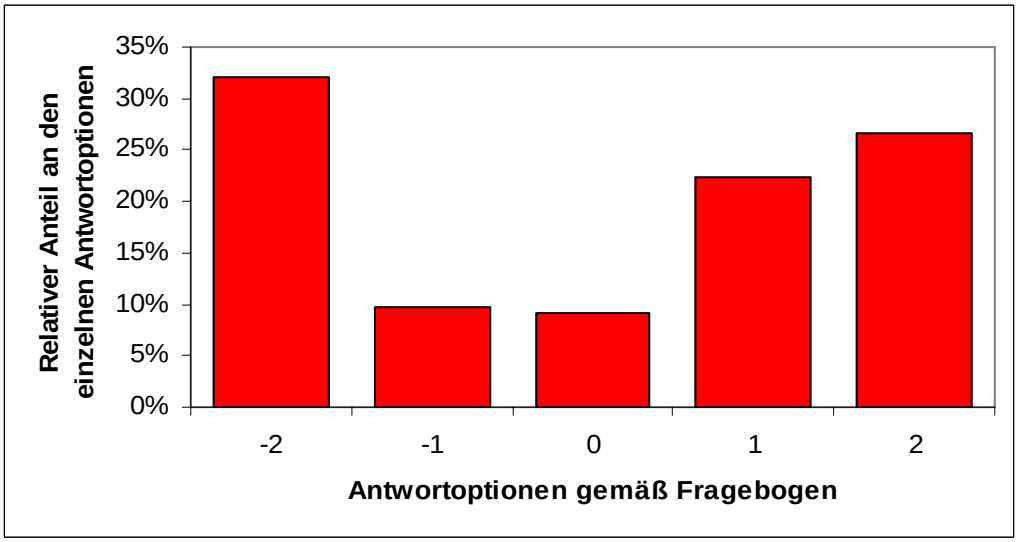
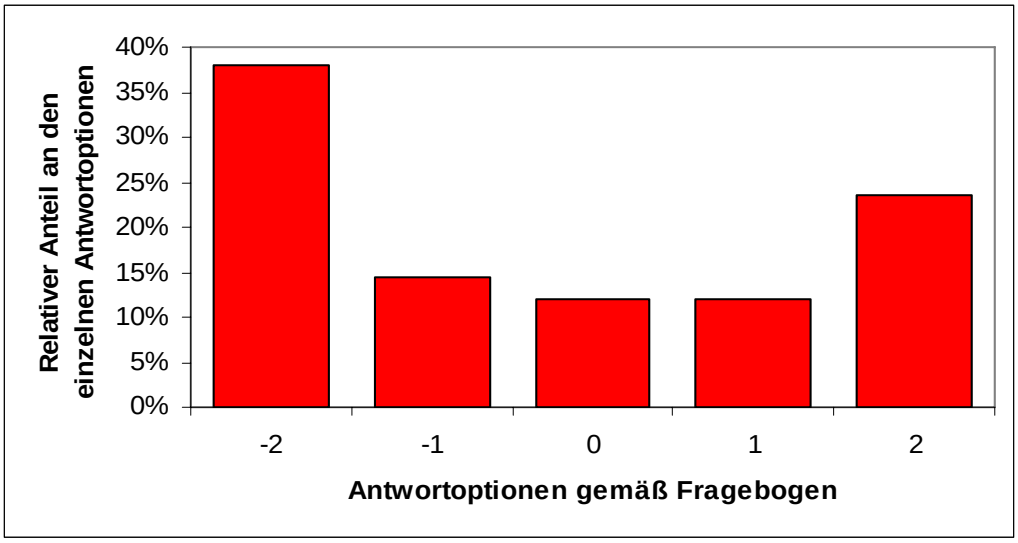


Abbildung 4 - Die Anschubfinanzierung war von vornherein verfehlt, hat falsche Anreize gesetzt und sollte abgeschafft werden



Abbildungen 2-4: {-2}: Entspricht überhaupt nicht meiner Meinung und {-1}: Entspricht nicht meiner Meinung über {0}: Keine Meinung; bis hin zu {+1}: Entspricht meiner Meinung und {+2}: Entspricht völlig meiner Meinung.

Einerseits ist also eine positive Resonanz zur Anschubfinanzierung erkennbar. Andererseits zeigt sich aber auch eine deutliche Heterogenität bei den Antworten. Dies leitet sich z.B. aus den 35,5% der Stimmen ab, die der Aussage zustimmen, dass die Anschubfinanzierung von vorn herein verfehlt war und falsche Anreize geschaffen hat und deshalb abgeschafft werden sollte. Besonders deutlich wird dieses heterogene Meinungsbild bei der Auswertung der zielgruppenspezifischen Detailanalyse. Die nachfolgende Abbildung 5 dokumentiert die Meinungen der einzelnen Befragungsgruppen und hebt die jeweils am stärksten vom Durchschnittswert divergierende Befragungsgruppe hervor.

Abbildung 5 - Anschubfinanzierung in der Einzelbewertung

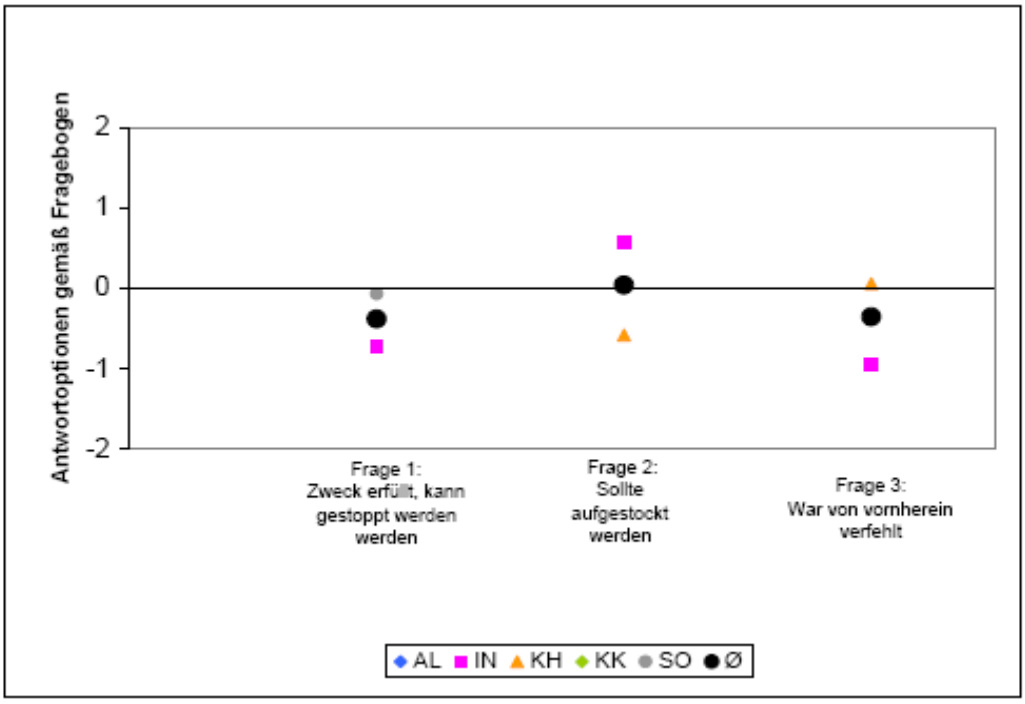


Abbildung 5: AL: Ambulante Leistungserbringer; IN Industrie; KH: Krankenhaus; KK: Krankenkasse SO: Sonstige

2.4.2 Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitswesen – benötigt die richtigen Anreize

Die Förderung einer Forschungs- und Entwicklungskultur im deutschen Gesundheitswesen ist ein wichtiges Ziel vieler Reformbemühungen. Uns hat interessiert, in welchen Bereichen Verbesserungspotenziale gesehen werden, wie konkrete Verbesserungen erreicht werden können und welche politischen Rahmenbedingungen dafür als notwendig erachtet werden.

Über alle Befragungsgruppen hinweg besteht großer Konsens (84% Zustimmung und 4% Ablehnung), dass im bestehenden Vergütungssystem die zwischen den jeweiligen Sektoren und Fachgruppen bestehenden Grenzen adäquaten Anreize verhindern und diese Hürden abgebaut werden müssten. Als „das“ herausragende Ergebnis der Umfrage (87% Zustimmung bei 3% Ablehnung) wird die Forderung formuliert, die Voraussetzungen für eine „transsektorale Vernunft“ deutlich zu verbessern. Kritisiert wurde, dass insbesondere Krankenkassen aber auch die Leistungserbringer bisher keine Motivation haben, Etats für Forschung & Entwicklung zur Verfügung zu stellen (82% Zustimmung bei 5% Ablehnung). Grundsätzlich rege das derzeitige System eher dazu an, kurzfristig zu planen und die Bereitschaft der Akteure im Gesundheitswesen zu langfristig sinnvol-

len Investitionen im Sinne von mehr Gesundheitsnutzen zu unterdrücken. Es sollten Foren geschaffen werden, die Raum für offene und faire Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren der Gesundheitsversorgung bieten (69% Zustimmung bei 13%Ablehnung). Im Rahmen der abgegebenen Kommentare wird z.B. ein „Innovationsforum Gesundheit Deutschland“ vorgeschlagen, welches mit Vertretern unterschiedlicher Interessengruppen aus Theorie und Praxis besetzt werden sollte.

Für alle zu diesem Themenblock gehörenden Aussagen finden sich auch bei einer Detailanalyse keine relevanten Abweichungen in den einzelnen Befragungsgruppen. Die nachfolgenden Abbildungen 6 - 10 fassen deshalb die Gesamtgruppenergebnisse zu den einzelnen Fragenkomplexen zusammen. Die eindeutigste Aussage der gesamten Befragung und auch dieses Themenkomplexes ist in der folgenden Abbildung 6 dargestellt, die weiteren Auswertungsergebnisse zu diesem Fragenkomplex sind in den Abbildungen 7 bis 10 abgebildet.

Abbildung 6 – Themenkomplex F&E Frage 2: Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen ist die Überwindung sektoraler Grenzen essentiell

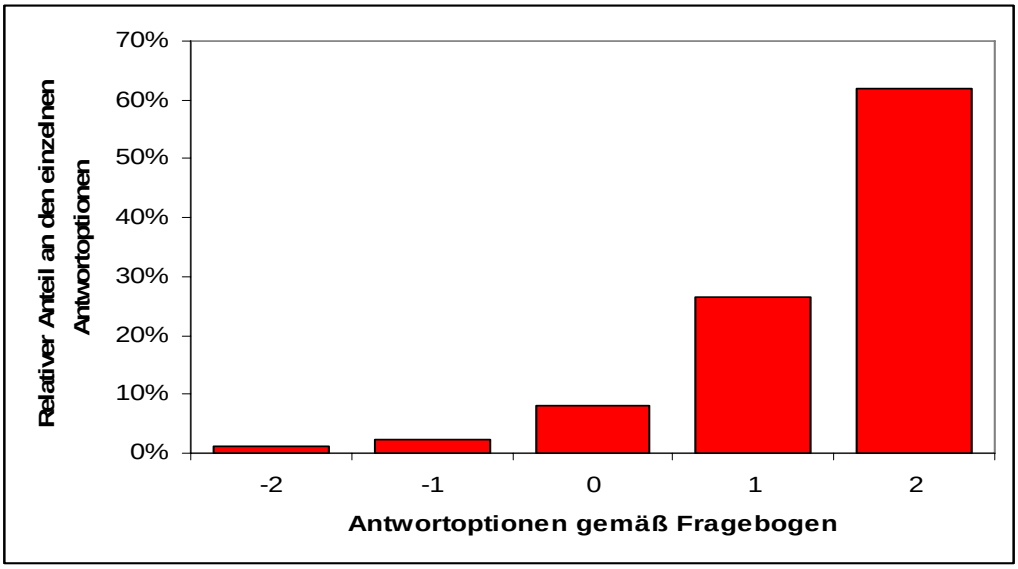


Abbildung 6: {-2}: Entspricht überhaupt nicht meiner Meinung und {-1}: Entspricht nicht meiner Meinung über {0}: Keine Meinung; bis hin zu {+1}: Entspricht meiner Meinung und {+2}: Entspricht völlig meiner Meinung.

Abbildung 7 Themenkomplex F&E Frage 1:

Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen fehlen die Anreize im bestehenden Vergütungssystem

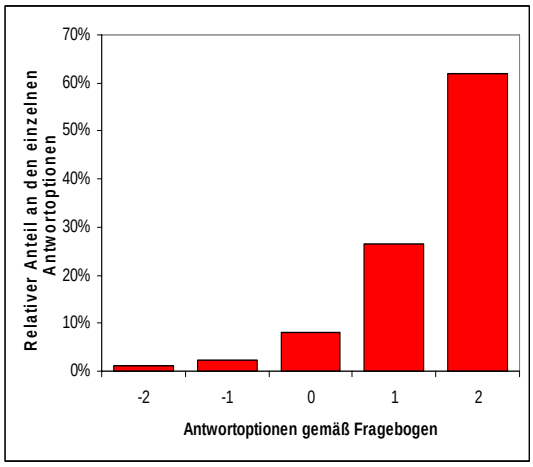


Abbildung 8 Themenkomplex F&E Frage 3:

Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen fehlen die Anreize für langfristige Investitionen

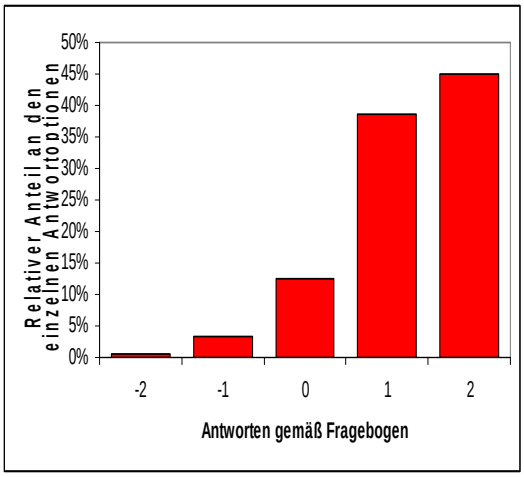


Abbildung 9 Themenkomplex F&E Frage 4:

Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen fehlen F&E-Etats bei den Krankenkassen und Leistungserbringern

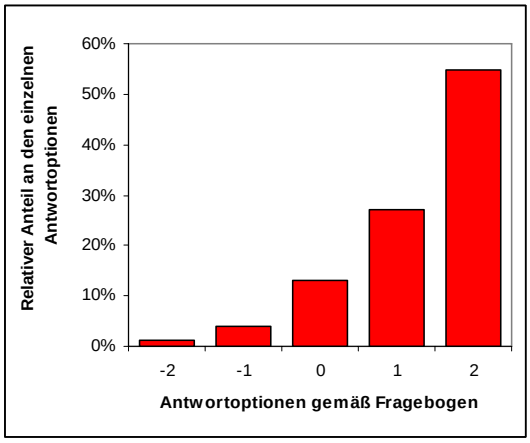


Abbildung 10 Themenkomplex F&E Frage 5:

Es gibt zuwenig Treffpunkte und zu selten eine offene, faire Kommunikation zwischen den verschiedenen Zweigen der Gesundheitswirtschaft.

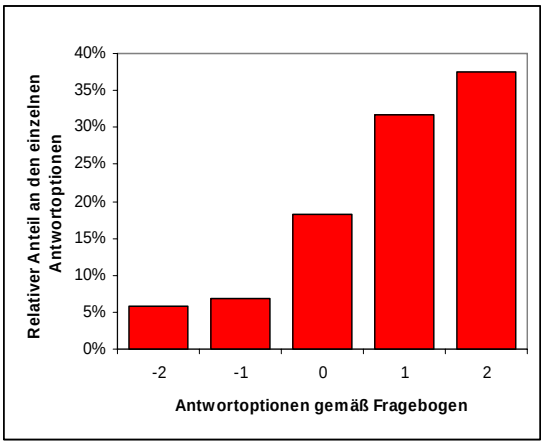


Abbildung 7-10: {-2}: Entspricht überhaupt nicht meiner Meinung und {-1}: Entspricht nicht meiner Meinung über {0}: Keine Meinung; bis hin zu {+1}: Entspricht meiner Meinung und {+2}: Entspricht völlig meiner Meinung.

2.4.3 Die Gesetzgebung - hier wird der größte Veränderungsbedarf gesehen

Bei welchen Akteuren liegt der größte Veränderungsbedarf und was sind die Chancen und Möglichkeiten der Gesetzgebung für eine verbesserte Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitswesen? Welche Möglichkeiten soll die Gesetzgebung den Akteuren des Gesundheitswesens bereitstellen und welche Pflichten soll sie Ihnen auferlegen? Liegen die besonderen Innovationspotenziale im Bereich der Krankenkassen, bei den ambulanten und stationären Leistungserbringern oder in der Industrie? Oder muss der Hebel vielleicht an anderer Stelle, nämlich z. B. bei der Bevölkerung, angesetzt werden?

2.4.3.1 Krankenkassen und Versicherungen

In der alle Teilnehmergruppen umfassenden Gesamtbetrachtung wurde das Innovationspotenzial bei Krankenkassen und Versicherungen heterogen bewertet. Keine klare Aussage ist zu erkennen bei der Beantwortung der Frage, ob Krankenkassen die Möglichkeit zum vollen Unternehmensstatus erhalten sollen oder eigene medizinische Einrichtungen etablieren dürfen. Mehrheitliche Zustimmung findet die Forderung, Krankenkassen den Abschluss von Selektivverträgen zu ermöglichen. Dieses befürworten 59% der Befragten bei 28% Ablehnung. Beim Thema Finanzierung von Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen bei den Krankenkassen wurde sowohl die Möglichkeit, diese aus den Beiträgen heraus leisten zu dürfen (65% Zustimmung bei 21% Ablehnung) als auch vor allem die Erlaubnis, diese auch abschreiben zu dürfen (65% Zustimmung bei 15% Ablehnung) als richtiger Ansatz bewertet. Die Verpflichtung der Krankenkassen zu Forschungs- und Entwicklungsbudgets, die bei Nichtverwendung in einen zentralen Topf fließen, findet Zustimmung bei 59% der Befragten (bei 22% Ablehnung). Eine Pflicht zur Veränderung der Buchhaltungsvorschriften bei Krankenkassen mit der Option zur Abschreibung von F&E Leistungen findet über alle Gruppen Zustimmung (70% Zustimmung bei 15% Ablehnung). Ein Kommentator empfahl, die Kosten für Forschung und Entwicklung direkt aus dem Gesundheitsfonds zu finanzieren und bei einem Zuschlag von z. B. 0,1%-Punkten umgerechnet ca. 1 Mrd. Euro zur Verfügung stellen zu können. In Abbildung 11 sind die Meinungsbilder der einzelnen Berufsgruppen dargestellt. Die jeweils am stärksten vom Durchschnitt divergierenden Befragungsgruppen sind hervorgehoben.

Abbildung 11 - Möglichkeiten und Pflichten für Krankenkassen durch den Gesetzgeber

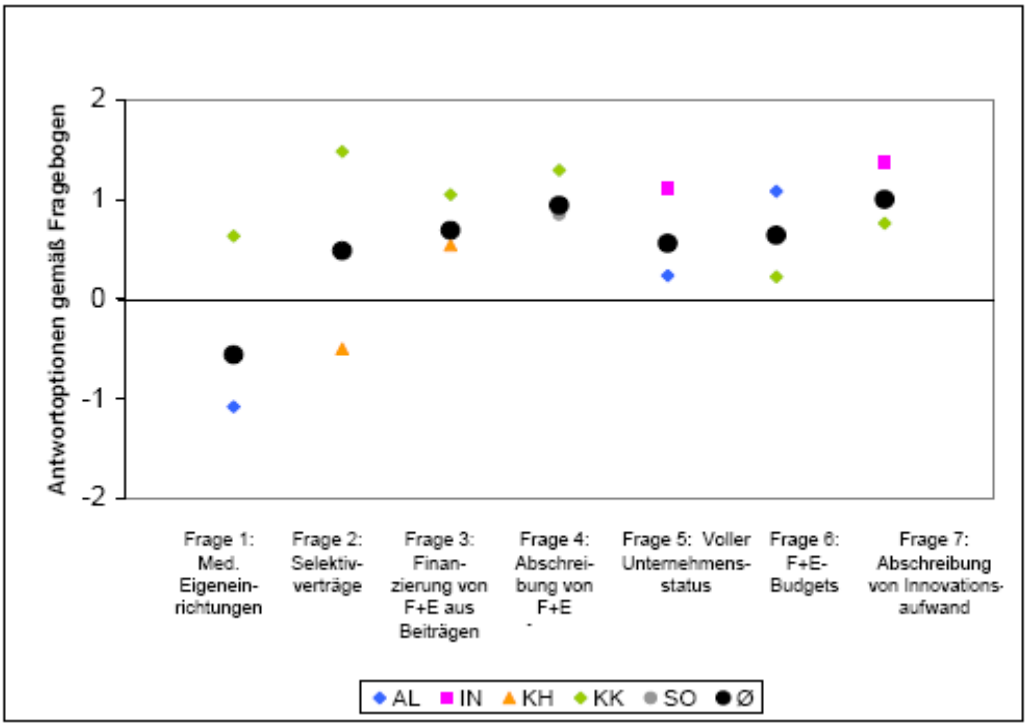


Abbildung 11: AL: Ambulante Leistungserbringer, IN: Industrie, KH: Krankenhäuser, KK: Krankenkassen, SO: Sonstige.

Eine Betrachtung der einzelnen Befragungsgruppen unterstreicht die Kontroversität der Antworten. Dies wird besonders deutlich, wenn die Frage gestellt wird, ob den Kassen die Gründung von medizinischen Eigeneinrichtungen und der zunehmende Abschluss von Selektivverträgen ermöglicht werden soll. Krankenkassen wünschen sich dies, Krankenhäuser hingegen lehnen dies entschieden ab. Insgesamt divergieren die Meinungen am stärksten zwischen den Befragten aus den Bereichen Krankenhäuser und Krankenkassen. Zudem ist eine Zweiteilung erkennbar, in der sich die zwei folgenden Gruppen gegenüberstehen: Auf der einen Seite stationäre und ambulante Leistungsanbieter und auf der anderen Seite Krankenkassen, Industrie und Sonstige. Interessant ist zudem, dass sich Befragte aus der Industrie (mit 70% Zustimmung) deutlich von den Meinungen der anderen Gesundheitsakteure abheben. Die Gesundheitsindustrie würde es z.B. gerne sehen, wenn die Krankenkassen die Möglichkeit erhielten, einen vollständigen Unternehmensstatus zu erlangen.

2.4.3.2 Leistungserbringer (Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Hilfs- und Heilmittel, Pflege).

Bei den Fragen über die potenzielle Rolle der Leistungserbringer äußerten sich alle Befragungsgruppen relativ einheitlich. Sowohl die Möglichkeit zu erweiterten Vertragsfreiheiten und die Förderung von mehr Qualitätswettbewerb als auch die Verpflichtung zu mehr Ergebnisverantwortung und zunehmender Erfolgsmessung (im Sinne von Outcomes über die Sektorengrenzen hinweg als Bedingung und als Teil der Preisfindung) wurde von den Befragten (im Durchschnitt 83% Zustimmung gegenüber 5% Ablehnung) eindeutig befürwortet. Die Pflicht zu einer vollen Mehrwertsteuer für alle Marktteilnehmer, eine Anregung aus dem Kreis der Gesundheitswirtschaftsinitiative, wird hingegen mehrheitlich abgelehnt (57% Ablehnung; 18% Zustimmung). Abbildung 12 dokumentiert die Meinungsbilder der einzelnen Gruppen und hebt die jeweils am stärksten vom Durchschnitt divergierende Befragungsgruppe hervor.

Abbildung 12 - Möglichkeiten und Pflichten für Leistungserbringer durch den Gesetzgeber

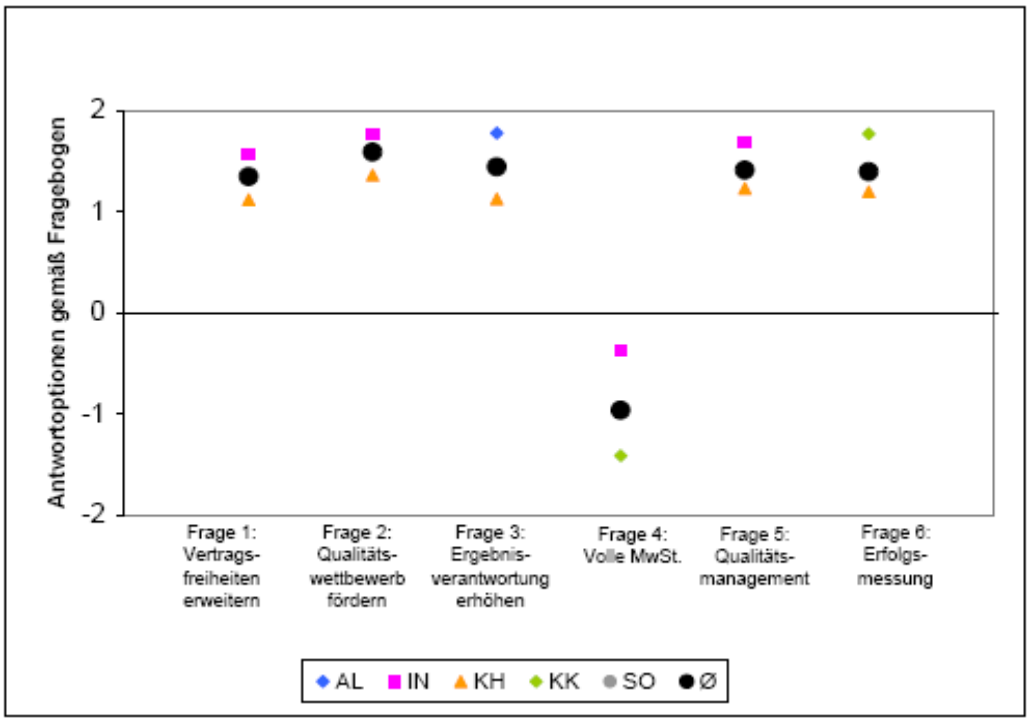


Abbildung 12: AL: Ambulante Leistungserbringer, IN: Industrie, KH: Krankenhäuser, KK: Krankenkassen, SO: Sonstige.

2.4.3.3 Industrie

Die Antworten auf die Fragen nach der potenziellen Rolle der Industrie ließen gruppenübergreifend das folgende Meinungsbild erkennen: Einer Beteiligung der Industrie als Partner an Selektivverträgen stimmt eine überwiegende Mehrheit der Befragten zu (66% Zustimmung bei 18% Ablehnung). Die Übernahme von Ergebnisverantwortung und die Erbringung von Kosten/Nutzen-Nachweisen innerhalb einer definierten Zeitspanne durch die Industrie wurde von allen Befragten inklusive der Industrie selbst stark befürwortet (71% Zustimmung; 8% Ablehnung). Eine Einflussnahme der Industrie auf den G-BA wurde hingegen genauso wie eine Beteiligung an Versorgungsstrukturen (z.B. MVZ oder Apotheken) mehrheitlich verneint und nur von den Industrievertretern positiv beurteilt. Eine stringente Forderung wurde aus dem Umfeld der Krankenkassen formuliert: „Die Industrie müsste zu einer Erweiterung der Produkthaftung verpflichtet werden.“

Im Vergleich zur Gesamtanalyse liefert die Einzelanalyse aufgeteilt in die jeweiligen Befragungsgruppen ein differenziertes Bild. Ein ausgewogenes Stimmungsbild gibt es nur bei den Pflichten, die der Industrie auferlegt werden sollten. Zu den Möglichkeiten, die der Gesetzgeber der Industrie bieten sollte, bestehen hingegen sehr unterschiedliche Ansichten. Wenn es um die Möglichkeit zu Vertragspartnerschaften bei Selektivverträgen, einer größeren Beteiligung bei der Ausrichtung der G-BA Kriterien oder einer unternehmerischen Beteiligung an Versorgungsstrukturen geht, sind ambulante Leistungsträger dezidiert dagegen eingestellt und grundsätzlich anderer Meinung als die Befragten aus der Industrie. Noch deutlicher als bei der Frage, was der Gesetzgeber den Krankenkassen ermöglichen bzw. auferlegen sollte, bilden auch hier ambulante Leistungserbringer und Krankenhäuser die eine Fraktion und Vertreter der Industrie, der Krankenkassen und Sonstige die andere. Abbildung 13 dokumentiert die Meinungen der einzelnen Befragungsgruppen und hebt für jede Frage die jeweils am stärksten vom Durchschnitt divergierende Befragungsgruppe hervor.

Abbildung 13 - Möglichkeiten und Pflichten für die Industrie durch den Gesetzgeber

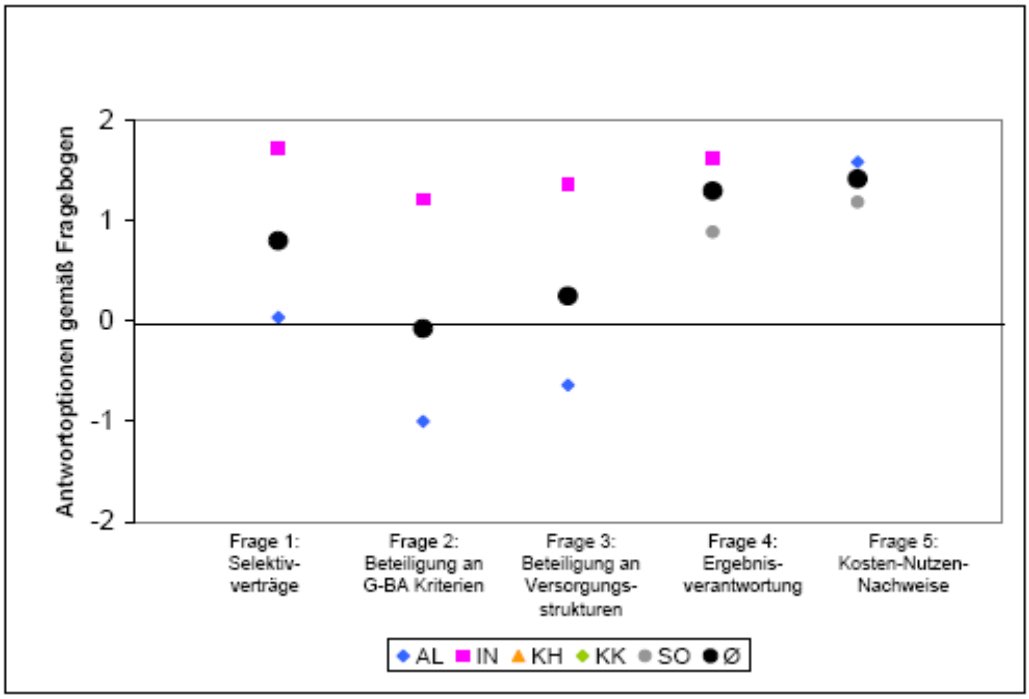


Abbildung 13: AL: Ambulante Leistungserbringer, IN: Industrie, KH: Krankenhäuser, KK: Krankenkassen, SO: Sonstige.

2.4.3.4 Bevölkerung

Größere Transparenz durch Qualitäts- und Outcomedarlegung von Leistungserbringern und Krankenkassen wurde im Durchschnitt mit 85% Zustimmung bei 5% Ablehnung als eines der eindeutigsten Resultate unserer Befragung von allen befragten Gruppen gefordert. Eindeutig befürwortet wurden im Sinne einer Fortführung der angestoßenen Liberalisierung (64% Zustimmung bei 8% Ablehnung) auch erweiterte Wahl-Tarifoptionen über § 53 SGB V hinaus. Zustimmung fand auch, dass der Bevölkerung bestimmte Pflichten vom Gesetzgeber auferlegt werden sollten. Dies gilt z. B. für die Einführung von "Health Savings Accounts" und stärkerer privater Vorsorge (66% Zustimmung bei 15% Ablehnung). Allerdings antworteten bei diesem Thema auch durchschnittlich 18% der Befragten mit einer klaren Ablehnung und eine ganze Reihe der Befragten begründete dies in ihren Kommentaren damit, dass eine Verpflichtung zu Prävention und Vorsorge einen zu starken Eingriff in die individuelle Freiheit des Einzelnen bedeuten würde. Aus der Einzelanalyse, siehe nachfolgende Abbildung, ergibt sich erneut, dass stationäre und ambulante Leistungsanbieter ähnliche und von den drei restlichen Befragungsgruppen oftmals deutlich abweichende Meinungsbilder haben. Deutlich wird dies bei dem Vorschlag, dass der Gesetzgeber die Bevölkerung zu Prävention und Screening verpflichten soll. Industrie, Krankenkassen und Sonstige fordern

dieses weit weniger stark bzw. haben die erwähnten Vorbehalte. Abbildung 14 dokumentiert die Meinungen der einzelnen Befragungsgruppen und hebt bei jeder Frage die jeweils am stärksten vom Durchschnitt divergierenden Befragungsgruppe hervor.

Abbildung 14 - Möglichkeiten und Pflichten für die Bevölkerung durch den Gesetzgeber

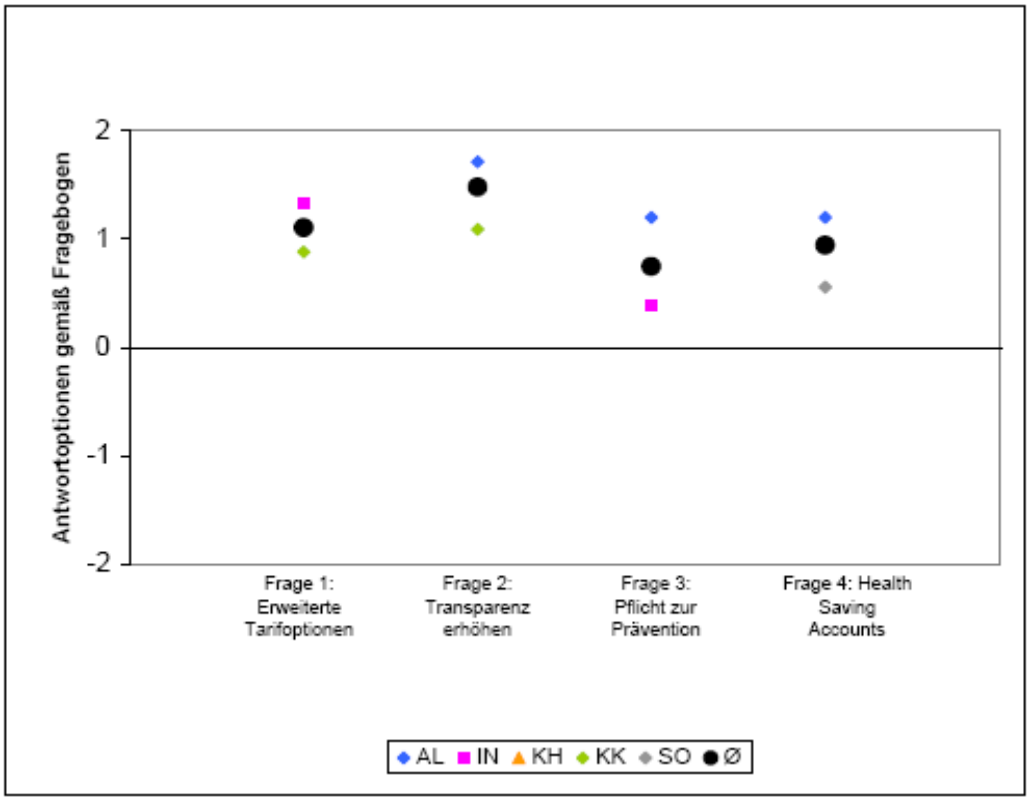


Abbildung 14: AL: Ambulante Leistungserbringer, IN: Industrie, KH: Krankenhäuser, KK: Krankenkassen, SO: Sonstige.

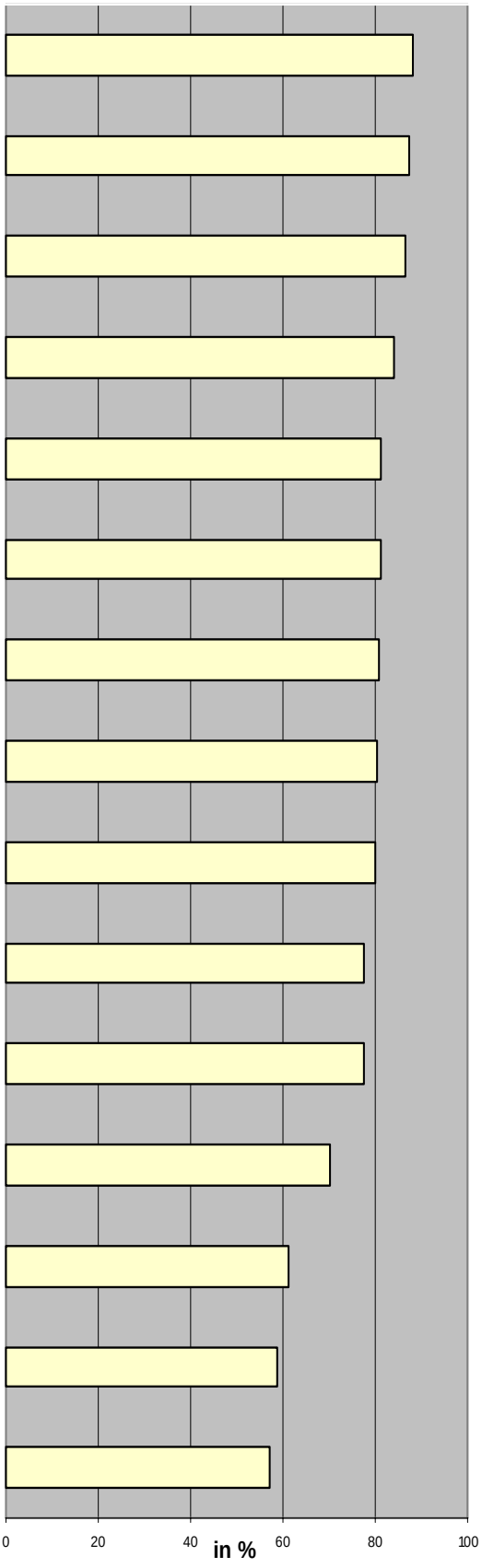
2.5 Zusammenfassung der Umfrageergebnisse und Fazit

Um die Kernaussagen aus den Antworten unserer Umfrage bzgl. der Optimierung einer Forschungs- und Entwicklungskultur im deutschen Gesundheitswesen darzustellen, haben wir die 15 am stärksten (und unabhängig von einzelnen Befragungsgruppen) vertretenden Positionen unserer Befragung ermittelt und in der folgenden Abbildung 15 dargestellt. Dazu wurden diejenigen Antworten von Teilnehmern ohne konkrete Meinung mit dem Skalenwert {0} aus der Bewertung eliminiert. Der Anteil aller zustimmenden Antworten (Antwortkategorien {+1} und {+2}) wurden genauso wie der aller ablehnenden Antworten (Antwortkategorien {-1}:und {-2}) ungewichtet zusammen gefasst. Der Differenzbetrag aus dem Anteil zustimmender Antworten und dem Anteil ablehnender Antworten ist in Prozent dargestellt. Die Frage mit dem in diesem Sinne größten Differenz-

betrag zwischen dem Anteil zustimmender und ablehnenden Antworten erhält den Rang 1.

Abbildung 15 – Die 15 am stärksten vertretenen Positionen

1.	Themenblock 2; Frage 2: Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen ist die Überwindung sektoraler Grenzen essentiell.
2.	Themenblock 3; Frage 2: Der Gesetzgeber sollte den Qualitätswettbewerb bei den Leistungserbringern intensiver fördern.
3.	Themenblock 6; Frage 2: Der Gesetzgeber sollte der Bevölkerung größere Transparenz durch Qualitätsdarlegung mit Outcome von Leistungserbringern und Krankenkassen ermöglichen.
4.	Themenblock 2, Frage 1: Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen sollten Anreize im bestehenden Vergütungssystem geschaffen werden.
5.	Themenblock 5; Frage 5: Der Gesetzgeber sollte die Industrie zu Kosten/Nutzen-Nachweisen innerhalb einer definierten Zeitspanne verpflichten.
6.	Themenblock 3; Frage 3: Der Gesetzgeber sollte die Leistungserbringer zu mehr Ergebnisverantwortung verpflichten.
7.	Themenblock 3; Frage 6: Der Gesetzgeber sollte Leistungserbringer zur Erfolgsmessung (im Sinne von Outcomes) über die Sektorengrenzen hinweg als Bedingung und als Teil der Preisfindung verpflichten.
8.	Themenblock 2; Frage 3: Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen sollte die Motivationsgrundlage für langfristige Investitionen geliefert werden.
9.	Themenblock 3; Frage 5: Der Gesetzgeber sollte die Leistungserbringer zu mehr Qualitätsmanagement und -sicherung verpflichten.
10.	Themenblock 2; Frage 4: Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen muss die Motivationsgrundlage für die Bereitstellung F&E Etats bei Krankenkassen geliefert werden.
11.	Themenblock 3; Frage 1: Der Gesetzgeber sollte den Leistungserbringern eine Erweiterung der Vertragsfreiheiten ermöglichen.
12.	Themenblock 5; Frage 4: Der Gesetzgeber sollte die Industrie zur Übernahme von Ergebnisverantwortung verpflichten.
13.	Themenblock 6; Frage 1: Der Gesetzgeber sollte der Bevölkerung erweiterte Tarifoptionen über § 53 SGB V hinaus ermöglichen.
14.	Themenblock 2; Frage 5: Für die positive Weiterentwicklung der F&E Kultur im Gesundheitswesen sollte es mehr Treffpunkte und eine faire, offene Kommunikation zwischen den verschiedenen Interessengruppen der Gesundheitswirtschaft geben.
15.	Themenblock 4; Frage 7: Der Gesetzgeber sollte Krankenkassen und Versicherungen zu einer Änderung der Buchhaltungsvorschriften für die Krankenkassen verpflichten, um somit die Abschreibung von Innovationsaufwand zu ermöglichen.



Fazit

Einig waren sich die meisten Teilnehmer in der Auffassung, dass das deutsche Gesundheitswesen dringend den Ausbau einer eigenen Forschungs- und Entwicklungskultur zu Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen und zur Sicherung des Zugangs von Innovationen in das Gesundheitssystem benötigt. Die jetzigen sektoralen Budgetgrenzen führten zu Blockaden des institutionellen Denkens und behinderten damit in vielfältiger Form die Weiterentwicklung einer modernen und über die Sektoren hinaus weisenden effizienten Medizin.

Die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung ist im Rückblick bei aller Kritik im Detail durchaus als ein erfolgreicher Anstoß für erste Entwicklungen von vielversprechenden Versorgungsinnovationen zu verstehen. Dieser Anstoß sollte aber nicht abgebaut, sondern intelligent weiter entwickelt werden. Wenn sie jetzt nach Meinung des Gesetzgebers mit dem 31.12.2008 auslaufen soll, müssten dafür andere Wege und Mittel gefunden werden, um den gleichen oder einen noch besseren Effekt zu erzielen. Höhere Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit würden sich dabei nicht ausschließen, aber wie immer erfordere die Entwicklung von mehr Effizienz zunächst einmal das Investment in solche Effizienzsteigerungen und den Abbau entsprechender Hemmnisse. Hierfür Lösungen zu finden, ist die aktuell anstehende Aufgabe.

Auf der gesetzgeberischen Seite wurde insbesondere betont, dass der Gesetzgeber die richtigen Anreize zur Förderung des Qualitäts- und Effizienzwettbewerbs setzen müsse, so dass sich langfristige Investitionen „rechnen können“ und entsprechende Forschungs- und Entwicklungsetats bei Krankenkassen und Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden. Im Falle der Krankenkassen wurde u. a. darüber nachgedacht, ob derartige Investitionen z.B. durch Abschreibungsoptionen über mehrere Jahre verteilt werden könnten bzw. ob und ggf. wie hierfür Mittel aus dem künftigen Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden könnten. Für die Leistungserbringer wurde die Verpflichtung zur Qualitäts- und Ergebnisdarlegung in Verbindung mit Kosten-/Nutzen-Nachweisen und Ergebnisverantwortung durchweg als wichtiger Impulsgeber für Versorgungsinnovationen gesehen, auch wenn die Leistungserbringer sich selbst ungern auf den öffentlichen Prüfstand begeben wollen. Als positive Belohnung von höherer Outcome-Qualität gestützt durch Ergebnisdaten, die über die einzelnen Sektoren hinausgehen, wurden etwa „Pay for performance“ Vergütungselemente vorgeschlagen, wie sie in den USA und in UK für Krankenhäuser und Ärztegruppen eingeführt werden. Dieses sei der Anfang für mehr Transparenz bei Leistungserbringern, Industrie und Krankenkassen gegenüber der Bevölkerung und den mündigen Versicherten und Patienten. Mehr Transparenz und bessere Information werden als überaus notwendig eingestuft, da die Nachfragesteuerung nicht mehr durch Gremien und Experten allein, sondern auch durch preis- und qualitätssensible „Konsumenten“ erfolge und erfolgen solle.

Auch könne die Bevölkerung erst bei einem guten Informationsniveau ein genügendes Bewusstsein für Prävention und eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge in einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung entwickeln. Ohne die Einbeziehung der Bevölkerung und ihrer Eigeninitiative wiederum könne eine Umkehr von der heutigen Krankheitsorientierung zu einer dezidierten Gesundheitsorientierung im Gesundheitssystem nicht erreicht und das damit verbundene volkswirtschaftliche Potenzial nicht realisiert werden. Dieses erscheint angesichts der absehbaren demographischen Entwicklung aber notwendiger denn je.

3 Anhang

3.1 Bezugsoption: Detailergebnisse der Umfrage

Für die gruppenspezifische Auswertung der Antworten auf die einzelnen Fragen haben wir einen eigenen Detailband ausgearbeitet. Wenn Sie an diesen konkreten Detailergebnissen der Umfrage interessiert sind, teilen Sie uns dies bitte unter office@gesundheitsconsult.de oder 040-5148550 mit oder schauen Sie im Internet unter www.gesundheitsconsult.de nach. Wir stellen Ihnen die Detailergebnisse dann gerne kostenlos als pdf zur Verfügung.

3.2 Über Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH engagiert sich als spezialisiertes unabhängiges Beratungsunternehmen seit der Gründung im Jahre 1991 in allen Teilbereichen der Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft einschließlich verwandter Bereiche wie Life Sciences, Medical Wellness und gesundheitsbezogener IT-Dienstleistungen.. Mehr als 500 nationale und internationale Mandanten wurden durch die Beratungsleistungen von Hildebrandt GesundheitsConsult bereits darin unterstützt, einen gesundheitlichen Mehrnutzen für ihre Patienten, Kunden, Anteilseigner und die Bevölkerung zu entwickeln..

Das Team von Hildebrandt GesundheitsConsult setzt sich aus Experten der Bereiche Public Health und Life Sciences zusammen, hierzu gehören Ärzte, Gesundheitsökonomen, Pharmazeuten, Pflege-, Betriebs- und Naturwissenschaftler u. a. Berufsgruppen. Ergänzt wird das Know-how durch ein Kompetenznetzwerk assoziierter Partner.

Schwerpunkte unseres Handelns:

- Die zukunftssichere strategische Planung und Positionierung von Leistungserbringern, Krankenversicherungen und anderen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft wie aber auch Planungsbehörden mit Ausrichtung auf nachhaltigen Gesundheitsnutzen.
- Die Konzipierung innovativer neuer Versorgungsformen, die gesundheitsökonomische Modellierung und Kalkulation, die Verhandlungsführung mit Kostenträgern sowie ggfls dritten Partnern sowie die Begleitung bei der Umsetzung.

- Die Ausarbeitung bzw. Optimierung von Organisations- und Prozessabläufen, die Entwicklung betriebswirtschaftlicher Berechnungen und die Kalkulation von Business Plänen.

Bei unserer Arbeit lassen wir uns von folgenden Grundüberzeugungen leiten:

Gesundheit und Gesundheitsnutzen als Ziel: Wir leisten einen Beitrag für die Optimierung der Gesundheit der Bevölkerung, die Qualität der Versorgung und die erfolgreiche Weiterentwicklung von Produkten, Prozessen und Strukturen der Versorgung, der Organisation des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft.

Veränderungen als Herausforderung: Wir stellen uns den Herausforderungen, die aus den Veränderungen des Gesundheitswesens erwachsen. Wir wollen einen Beitrag dazu leisten, dass der notwendige Wandel human und effizient gestaltet wird.

Positionierung im Wettbewerb: Wir wissen, dass Gesundheit kein Markt wie jeder andere ist, schließen daraus aber nicht, dass das Gesundheitssystem nicht zunehmend wettbewerblich ausgerichtet werden kann. Nur durch Wettbewerb entstehen gesellschaftlicher Wert und sichtbarer Kundennutzen in Form von Behandlungsergebnissen.

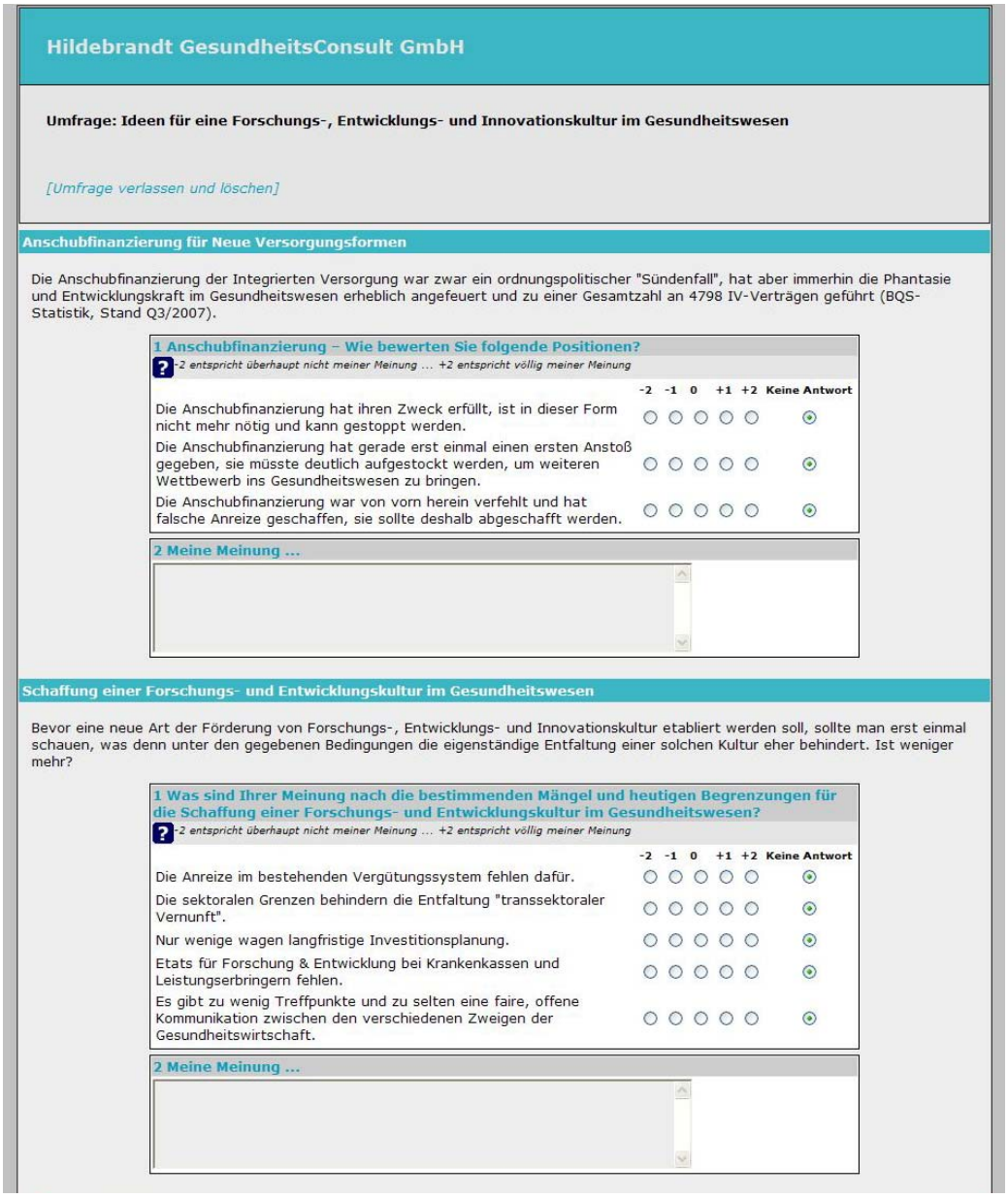
Interdisziplinäre Kompetenz: Wir können die zukünftigen Herausforderungen nur im Team mit interdisziplinärem Verständnis aufnehmen. Wir verfügen über Wissen aus den unterschiedlichen Gesundheitsberufen mit den Erkenntnissen moderner Organisations- und Managementtheorien. Wir ergänzen unser eigenes Know-how durch ein großes Netzwerk kompetenter Kooperationspartner.

Kontinuität und Innovationen: Wir sehen Traditionen als wertvolle Inspirationen und Chancen für einen nachhaltigen USP und nutzen diese für die Weiterentwicklung. Innovationen sind insofern für uns kein Selbstzweck sondern müssen sich anknüpfen an die Geschichte der Institutionen.

Lebendige Arbeitsatmosphäre: Wir leben in der Erfahrung, dass eine offene Kommunikation, Glaubwürdigkeit und Respekt im Umgang miteinander und mit unseren Mandanten die Voraussetzung für dauerhaften Erfolg sind.

Mehr Informationen über Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH finden Sie auf der Website www.gesundheitsconsult.de.

4 Verwendeter Fragebogen



Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Umfrage: Ideen für eine Forschungs-, Entwicklungs- und Innovationskultur im Gesundheitswesen

[Umfrage verlassen und löschen]

Anschubfinanzierung für Neue Versorgungsformen

Die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung war zwar ein ordnungspolitischer "Sündenfall", hat aber immerhin die Phantasie und Entwicklungskraft im Gesundheitswesen erheblich angefeuert und zu einer Gesamtzahl an 4798 IV-Verträgen geführt (BQS-Statistik, Stand Q3/2007).

1 Anschubfinanzierung – Wie bewerten Sie folgende Positionen?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Die Anschubfinanzierung hat ihren Zweck erfüllt, ist in dieser Form nicht mehr nötig und kann gestoppt werden.	○	○	○	○	○	◉
Die Anschubfinanzierung hat gerade erst einmal einen ersten Anstoß gegeben, sie müsste deutlich aufgestockt werden, um weiteren Wettbewerb ins Gesundheitswesen zu bringen.	○	○	○	○	○	◉
Die Anschubfinanzierung war von vorn herein verfehlt und hat falsche Anreize geschaffen, sie sollte deshalb abgeschafft werden.	○	○	○	○	○	◉

2 Meine Meinung ...

Schaffung einer Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitswesen

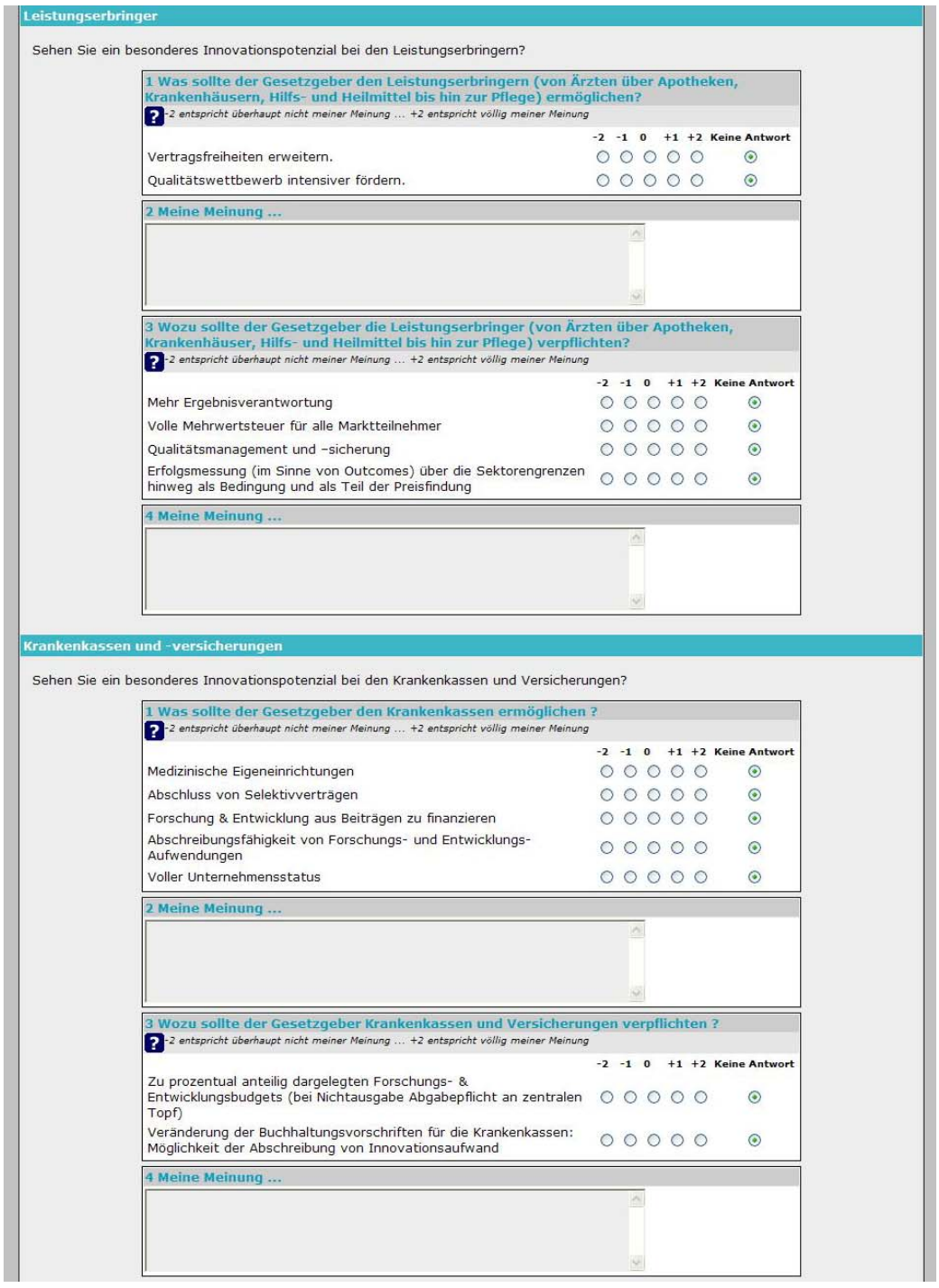
Bevor eine neue Art der Förderung von Forschungs-, Entwicklungs- und Innovationskultur etabliert werden soll, sollte man erst einmal schauen, was denn unter den gegebenen Bedingungen die eigenständige Entfaltung einer solchen Kultur eher behindert. Ist weniger mehr?

1 Was sind Ihrer Meinung nach die bestimmenden Mängel und heutigen Begrenzungen für die Schaffung einer Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitswesen?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Die Anreize im bestehenden Vergütungssystem fehlen dafür.	○	○	○	○	○	◉
Die sektoralen Grenzen behindern die Entfaltung "transsektoraler Vernunft".	○	○	○	○	○	◉
Nur wenige wagen langfristige Investitionsplanung.	○	○	○	○	○	◉
Etats für Forschung & Entwicklung bei Krankenkassen und Leistungserbringern fehlen.	○	○	○	○	○	◉
Es gibt zu wenig Treffpunkte und zu selten eine faire, offene Kommunikation zwischen den verschiedenen Zweigen der Gesundheitswirtschaft.	○	○	○	○	○	◉

2 Meine Meinung ...



Leistungserbringer

Sehen Sie ein besonderes Innovationspotenzial bei den Leistungserbringern?

1 Was sollte der Gesetzgeber den Leistungserbringern (von Ärzten über Apotheken, Krankenhäusern, Hilfs- und Heilmittel bis hin zur Pflege) ermöglichen?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Vertragsfreiheiten erweitern.	○	○	○	○	○	◉
Qualitätswettbewerb intensiver fördern.	○	○	○	○	○	◉

2 Meine Meinung ...

3 Wozu sollte der Gesetzgeber die Leistungserbringer (von Ärzten über Apotheken, Krankenhäuser, Hilfs- und Heilmittel bis hin zur Pflege) verpflichten?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Mehr Ergebnisverantwortung	○	○	○	○	○	◉
Volle Mehrwertsteuer für alle Marktteilnehmer	○	○	○	○	○	◉
Qualitätsmanagement und -sicherung	○	○	○	○	○	◉
Erfolgsmessung (im Sinne von Outcomes) über die Sektorengrenzen hinweg als Bedingung und als Teil der Preisfindung	○	○	○	○	○	◉

4 Meine Meinung ...

Krankenkassen und -versicherungen

Sehen Sie ein besonderes Innovationspotenzial bei den Krankenkassen und Versicherungen?

1 Was sollte der Gesetzgeber den Krankenkassen ermöglichen ?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Medizinische Eigeneinrichtungen	○	○	○	○	○	◉
Abschluss von Selektivverträgen	○	○	○	○	○	◉
Forschung & Entwicklung aus Beiträgen zu finanzieren	○	○	○	○	○	◉
Abschreibungsfähigkeit von Forschungs- und Entwicklungs-Aufwendungen	○	○	○	○	○	◉
Voller Unternehmensstatus	○	○	○	○	○	◉

2 Meine Meinung ...

3 Wozu sollte der Gesetzgeber Krankenkassen und Versicherungen verpflichten ?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Zu prozentual anteilig dargelegten Forschungs- & Entwicklungsbudgets (bei Nichtausgabe Abgabepflicht an zentralen Topf)	○	○	○	○	○	◉
Veränderung der Buchhaltungsvorschriften für die Krankenkassen: Möglichkeit der Abschreibung von Innovationsaufwand	○	○	○	○	○	◉

4 Meine Meinung ...

Industrie

Sehen Sie ein besonderes Innovationsotenzial bei der Industrie (von Medizintechnik über Pharmazie und IT bis hin zu Diagnostik und Biotech)? Experten gehen z. B. davon aus, dass der Herausforderung des demografischen Wandels und den damit einhergehenden Kostensteigerungen durch medizinische Innovationen begegnet werden kann, die durch eine Verbesserung der Gesundheit im Alter diesen Effekt ausgleichen oder sogar überkompensieren.

1 Was sollte der Gesetzgeber der Industrie ermöglichen?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Vertragspartner bei Selektivverträgen	○	○	○	○	○	◉
Größere Beteiligung in der Ausrichtung der G BA Kriterien	○	○	○	○	○	◉
Unternehmerische Beteiligung an Versorgungsstrukturen (z. B. MVZ, Apotheken)	○	○	○	○	○	◉

2 Meine Meinung ...

3 Wozu sollte der Gesetzgeber die Industrie ermöglichen ?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Übernahme von Ergebnisverantwortung	○	○	○	○	○	◉
Kosten/Nutzen-Nachweis innerhalb einer definierten Zeitspanne	○	○	○	○	○	◉

4 Meine Meinung ...

Bevölkerung

Sind wir in Deutschland im Gesundheitswesen zu expertenzentriert? Vielleicht liegen die wirklichen Innovationspotenziale statt dessen in der Bevölkerung und in anderen Kunden- und Rollenmustern?

1 Was sollte der Gesetzgeber der Bevölkerung ermöglichen?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Erweiterte Tarifoptionen über § 53 SGB V hinaus	○	○	○	○	○	◉
Größere Transparenz durch Qualitätsdarlegung mit Outcome von Leistungserbringern und Krankenkassen	○	○	○	○	○	◉

2 Meine Meinung ...

3 Wozu sollte der Gesetzgeber die Bevölkerung verpflichten?

-2 entspricht überhaupt nicht meiner Meinung ... +2 entspricht völlig meiner Meinung

	-2	-1	0	+1	+2	Keine Antwort
Pflicht zur Prävention und Screening	○	○	○	○	○	◉
Einführung von "Health Savings Accounts" und stärkerer privater Vorsorge	○	○	○	○	○	◉

4 Meine Meinung ...

Ihre Ideen

1 Vielleicht haben diese Fragen bei Ihnen ganz andere Ideen ausgelöst? Hier ist der Platz dafür:

Ihre E-Mail-Adresse

1 Allen Teilnehmern bieten wir die Übersendung der Auswertung an. Wenn Sie daran interessiert sind, geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse an.

E-Mail-Adresse

Umfrage zwischenspeichern und weitermachen

Absenden