

Es könnte doch so einfach sein. Erklärtes Ziel des sich in der Entwicklung befindlichen Versorgungsgesetzes ist die qualitative Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland. Dabei sind sicher viele Aspekte in die Betrachtung einzubeziehen. Doch scheint es, als wenn sich die politischen Protagonisten das Ganze schwerer machen als es z.T. notwendig wäre. Denn es gibt sie ja, die praxisbewährten und erfolgreichen Konzepte mit dem Focus auf Gesundheitseffizienz: Regionalisierungsansätze, professionelles sektorübergreifendes Management von Versorgungsprozessen und Anreizsysteme, die sich an der Effizienz der Gesunderhaltung einer Population orientieren werden bereits seit geraumer Zeit in wegweisenden Projekten im In- und Ausland umgesetzt. Und die Ergebnisse sprechen – wie aktuelle Zahlen aus der Schweiz wieder belegen - für sich. Es bräuchten „nur“ ein paar gesetzliche und politische Rahmenbedingungen angepasst zu werden, um diesen Konzepten zum flächendeckenden Durchbruch zu verhelfen. Aber noch scheint eher Verzagtheit zu regieren, es sieht nach Ruderbewegungen mal hin und mal her aus, eine eindeutige Stellungnahme ist noch nicht zu erkennen. „Investment in Health“, so hat die WHO schon vor Jahren gefordert. Wir würden das angesichts der Investitionsschwäche von Krankenkassen und Öffentlichem Sektor noch präzisieren: Wir brauchen ähnlich wie bei der Energieeffizienz heute dringend private Investitionen in Gesundheitseffizienzlösungen. Ohne Investitionssicherheiten und nachhaltige politische Absicherung ist so etwas kaum zu erwarten. Wir haben ein Konzept dazu erarbeitet und im BMG vorgestellt.

Spannende Lektüre wünschen Ihnen



Helmut Hildebrandt
- Vorstand -



Dr. Manfred Richter-Reichhelm
- Aufsichtsratsvorsitzender -

Referentenentwurf des Versorgungsgesetzes – Vernetzte Versorgungsmodelle werden kaum berücksichtigt ... oder vielleicht doch?

Am 10.06.2011 erschien der Referentenentwurf zum Versorgungsgesetz, der eine weitere Entwicklungsstufe nach den bisherigen Arbeitsentwürfen darstellt. Er kann unter folgender Adresse heruntergeladen werden:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/V/10_06_11_Referentenentwurf_Versorgungsgesetz.pdf.

Aus der Perspektive innovativer Versorgungsansätze fällt die Beurteilung dieses Entwurfs ernüchternd aus:

1. Der ganze Referentenentwurf setzt sich dem Vorwurf aus, als eher klientelorientiert gesehen zu werden: Diskriminierung von privaten Investitionen (etwa bei der MVZ-Trägerschaft), Öffnungsklauseln für höhere Vergütungen für die Ärzte- und Zahnärzteschaft.
2. Der Referentenentwurf lässt den großen Wurf völlig vermissen, atmet keine Zukunftskonzeption, sondern reagiert eher konservativ in der Beharrung der bestehenden Strukturen. Er ist sehr kleinteilig, in einem gewissen Sinn auch etwas resignativ: Etwas Deregulierung hier, dafür mehr föderale Regulierung da, die regionalen KVen werden gestärkt, einige vernünftige Regelungen auch dazwischen.
3. Insgesamt kommen die Selektivverträge bzw. insbesondere die § 140a Verträge und die populationsbezogenen IV-Managementgesellschaften nicht vor! Weder können sie sich bei besonderen Versorgungsengpässen als Leistungserbringer bewerben, noch hat man ihnen keinen klareren Rechtsstatus gegeben, sie fallen einfach aus jeglicher Aufmerksamkeit heraus. An einer Stelle tauchen sie auf und diese Stelle ist durchaus ambivalent: Der § 71 Abs 4 bringt eine Benehmenspflicht für Selektivverträge durch die obersten Verwaltungsbehörden der Länder, d.h. alle Verträge müssen dort vorgelegt werden. Für regionale Lösungen wäre das vertretbar, für überregionale Modelle eher schwierig.
4. Aber – es besteht noch Hoffnung: Schon im März bei seinem Besuch im Kinzigtal hatte der jetzige Bundesgesundheitsminister, damals noch parlamentarischer Staatssekretär Daniel Bahr, Hoffnungen auf Unterstützung geweckt, und zwischenzeitliche Gespräche auf Politik- und BMG-Seite scheinen einen gewissen Umdenkungsprozess in Gang gesetzt zu haben. Es gibt Anzeichen dafür, dass innovative Versorgungskonzepte und auch das Konzept der Gesundheitseffizienzinvestitionen in den Gesetzentwurf mit aufgenommen werden könnten.

Eine umfangreiche Ausarbeitung können Sie gern unter office@optimedis.de bestellen, hier nur ein „Appetizer“. Es geht darum, was das Gesundheitswesen von der Debatte zur Energieeffizienz lernen kann und es wird dort für „Intelligente Gesundheitsnetze“ und die Belohnung von Gesundheitseffizienzinvestitionen als Elemente eines modernen Versorgungstrukturgesetzes plädiert.

Anregungen zum Referentenentwurf des „Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstrukturgesetz) – Stand 20.6.2011

Für das Gesundheitswesen von der Debatte zur Energieeffizienz lernen

– Ein Plädoyer für „Intelligente Gesundheitsnetze“ und die Belohnung von Gesundheitseffizienzinvestitionen als Elemente eines modernen Versorgungsstrukturgesetzes

So wie aufgrund der heutigen Verschwendung von Energie und ihrer ineffizienten Produktion und Speicherung sowie mangelhaften Abstimmung und vielen Medienbrüchen im Energiefluss der Aufbau intelligenter Stromnetze (Smart Grids) als zentrale Ressource für Optimierung in der Zukunft angesehen wird, kann der Aufbau intelligenter Gesundheitsnetze (**Smart Grids in Health**) eine wichtige Rolle spielen. Ihre Funktion bestünde analog zur Debatte im Energiebereich in der Optimierung der produzierten Gesundheitseffizienz für eine definierte Region und Bevölkerung.

U.a. wird vorgeschlagen, den § 140d „Anschubfinanzierung, Bereinigung“ durch einen neuen

§ 140d „Intelligente Gesundheitsnetze, Investitionen in Gesundheitseffizienz“ zu ersetzen, in dem vor allem folgendes geregelt wird:

- Definition der Gesundheitsnetze und ihrer Rolle in der Versorgungsverantwortung
- mögliche Gesellschafter (z.B. Kommunen bzw. interkommunale Arbeitsgemeinschaften, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie lokale Unternehmen, Forschungseinrichtungen und private Firmen),
- Rechte und Pflichten der Netze und ihrer Gesellschafter
- Fragen des Investments und der Finanzierung

Auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer Kooperation mit Praxisnetzen und Intelligenen Gesundheitsnetzen nach § 140d können in einem neuen § 73d „Qualitätskontrollierte interdisziplinäre Versorgung“ neue Möglichkeiten geschaffen werden:

- Zur Förderung von Qualität und Effizienz der interdisziplinären vertragsärztlichen Versorgung vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband der Krankenkassen in den Verträgen nach §82 Abs.1 bis zum 30.6.2012 Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, die einem wohnortnahen Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (Praxisnetz) bzw. Intelligenen Gesund-

heitsnetzen nach § 140d Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen.

- Klar definierte Kriterien für die Anerkennung von Vereinigungen nach §73 d sowie das Verfahren der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung.
- Vergabe einer Betriebsstättennummer an zertifizierte Vereinigungen nach §73 d und Gewährung eines Vergütungsaufschlags für spezifische Entwicklungsaufgaben zugunsten der gesamten vertragsärztlichen Versorgung.

Ziel ist die Schaffung eines lernenden Systems zur Qualitätssteigerung in der ambulanten Versorgung.

Netzagentur nimmt Form an

Nach zwei Runden der Diskussion und Entwicklungsarbeit, an der sich anfänglich ca. 20 Arztnetze und Organisationen beteiligt haben (inzwischen haben sich eine ganze Reihe weiterer Interessenten gemeldet), steht nun der nächste Schritt an: Am 8.7. soll eine Satzung der Netzagentur vorgestellt, diskutiert und beschlossen werden. Damit wird die Vertretung der Gesundheitsnetze offiziell gegründet, die dann auch auf der Berliner Ebene eine stärkere Vertretung garantieren kann.

Rückenwind aus der Schweiz

Zürich, 16.6.2011, Jahrestagung des Forums Managed Care. Zum wiederholten Mal hat OptiMedis die Ehre, die Ergebnisse des Gesunden Kinzigitals zu präsentieren und erntet viel Aufmerksamkeit und Zustimmung. Drei Vorteile sahen Schweizer Versicherer wie Netze in dem Kinzigital –Modell: Die Langfristigkeit mit dem Anreiz in Prävention und Lebensstiländerungen sowie in den Aufbau von Infrastruktur zu investieren, die Datenverfügbarkeit mit der Fähigkeit, diese unter dem Aspekt der optimalen Intervention zu analysieren und an ihnen zu lernen sowie die Populationsorientierung statt der Rechnung über die Einschreibung.

Wenngleich sich die Schweizer Bedingungen nicht in allen Bereichen 1:1 auf Deutschland übertragen lassen und einige Schwächen noch umfassen, so lassen doch die wirtschaftlichen Ergebnisse von sechs der ältesten etabliertesten Praxisnetze aufhorchen: In den Jahren 2006 bis 2009 liegen die Einspa-

FORUM
MANAGED
CARE **fmc** Symposium, 16.06.2011
Hallenstadion Zürich

Vertikale Integration:
**Genug der
Worte – Taten!**

nen in den Jahren 2006 bis 2009 liegen die Einspa-

rungen im Schnitt bei 13%, wobei das schlechteste Netz bei 8%, das beste Netz bei 20% liegt. Hierbei muss allerdings erwähnt werden, dass in der Schweiz aufgrund von Risiko-selektion vor allem jüngere und gesündere Patienten eingeschrieben werden. Geht man davon aus, dass die Effekte bei älteren und morbideren Patienten (die z.B. im Gesunden Kinzigital die Mehrheit darstellen) größer ausfallen, dann wird deutlich, dass im Kinzigital ausgehend von einer für 2009 prognostizierten Kostenreduktion von 5,99% noch viel Luft nach oben ist! Dieser Vergleich macht deutlich, welches Potential im Bereich Managed Care liegt und welche Effekte langfristig von professionell gemanagten Systemen zu erwarten sind. Eine Kurzpräsentation der Ergebnisse der Schweizer Studie können unter http://www.fmc.ch/uploads/tx_templavoila/Track_1_3_Einspareffekte_M_Modelle_Konstantin_Beck.pdf heruntergeladen werden. Eine ausführlichere Veröffentlichung kann bei den Autoren bestellt werden.

PS: Die Erfolgsrechnung für die Netze ist extrem aufwändig, produziert vielfältige Fragen und Unsicherheiten und ist für die Netze notwendigerweise eine „Blackbox“. Auch die von der CSS präferierte Zwillingsmethode (drei Methoden mit doch recht unterschiedlichen Ergebnissen waren verglichen worden) ist in sich vielfältig kritisierbar - dies beginnt z.B. in der Frage der Zwillingsauswahl, der Rechnungsweise über mehrere Jahre, der Incentivierung bzw. Disincentivierung von präventiven Interventionen und endet noch lange nicht bei der Frage der Risikoselektion und ihrer kalkulatorischen Eliminierung.

PPS: Nach wie vor wird in der Schweiz heftig über die Umkehrung des Regelversorgungssystems zwischen National- und Ständerat und Parteien und Verbänden – und demnächst vielleicht in einer Volksabstimmung - diskutiert. Über 50% der Bevölkerung sind schon heute in einem selektivvertraglichen Modell organisiert – die Managed Care Initiative will jetzt Selektivverträge zur Regel und die bisherige Normalform zur Sonderregelung machen.

Von P4P zu P4O oder "No outcome, No income!"

Sind Sie nicht sympathisch verspielt, die Amerikaner mit Ihren Abkürzungen? Der Arzt und Epidemiologe Prof. David Nash, Dean der Jefferson School of Population Health at Thomas Jefferson University in Philadelphia, empfahl kürzlich unter diesem Titel in seinem Blog den Austausch von P für Performance zu O für Outcomes. Er beschrieb den Ansatz wie folgt: "In a P4O approach, hospitals, physicians, and other provider groups are offered incentives for reducing potentially preventable events (PPEs) -- events that both harm patients and raise costs." Er bezog sich dabei auf einen Aufsatz von John E. McDonough, von der School of Public Health, Harvard University, in Kaiser Health News v. 9. Mai 2011.

Unser Eindruck: Der Schritt von der Performance-Messung (verstanden als Einhaltung bestimmter Richtlinien) hin zur Outcome-Überprüfung überzeugt zunächst. Aber: So plausibel das Konzept der potentially preventable events (PPEs) ist, und 3M-Forscher konnten durchaus interessante Erfolge damit nachweisen, so fraglich könnte der Netto -

Kosten-Nutzen einer solchen Intervention sein, da in einem solchen Konzept wieder Transaktionsaufwände in erheblichem Maße entstehen, vom Aufwand für die Messung und Risikoadjustierung, der Vermeidung von Risikoselektion bis hin zur Vergütung für das Outcome. Wir setzen deshalb weiterhin auf einen populationsorientierten Ansatz mit einer Vergütung für das aggregierte Deckungsbeitrags-Plus über die Gesamtpopulation. Dies ist deutlich einfacher zu berechnen, stabiler und weniger manipulationsgefährdet. Aber wir sind keine Puristen: In dem Erfolgsbeteiligungskonzept, das wir im Kinzigtal anwenden wollen, nutzen wir eine Mischung von ökonomischem Outcome-Anteil und Performance- sowie Engagement-Indikatoren. D.h. "No outcome - no (Zusatz-)income".

SWR-Fernsehen berichtet 45 Min über Gesundes Kinzigtal: Ein Blick in die Produktion vor Ort

Am Mittwochabend lief im SWR (3.Programm – Titel: „Nie wieder Rückenschmerzen“) eine Reportage über eine dreiviertel Stunde über die Arbeit mit drei Rückenschmerz-Patienten im Rahmen unseres Projekts Gesundes Kinzigtal. Er beschreibt über ein Jahr die Arbeit und die Herausforderungen, die sich einer intensiven und strukturierten Arbeit mit den Patienten stellen. Nach Angaben des SWR hatte er knapp 500.000 Zuschauer und damit einen sehr guten Marktanteil von 7,4%. Der Erfolg der Sendung zeige sich auch am Zuschauertelefon, das inzwischen, so der zuständige Redakteur, "heiß laufe". Auch in der Geschäftsstelle gingen schon zahlreiche Anfragen zu dem Beitrag ein – zeitweilig mussten drei Mitarbeiter parallel Telefondienst machen – und die beiden betroffenen Ärzte wurden überflutet.

In den nächsten Tagen wird der Beitrag mehrfach wiederholt, und auf der Mediathek des SWR können Sie ihn sich auch im Internet ansehen

<http://swrmediathek.de/player.htm?show=6cca6b60-9675-11e0-997d-0026b975f2e6> - link auch von der Website von GK)

EinsPlus:

Freitag, 24.06.11, um 6.15 Uhr
Samstag, 25.06.11, um 3.00 Uhr

SWR-Fernsehen: Dienstag, 28.06.11 um 0.55 Uhr



Gesundes Kinzigtal zum Anfassen: Jahresbericht 2010 erschienen und erhältlich

Die „Wette“ aus dem Jahr 2005 war erfolgreich: Höhere Qualität, mehr Prävention und verbesserte Wirtschaftlichkeit können zusammen erbracht werden. Wie das die Kollegen im Kinzigtal gemacht haben und welche Ergebnisse sie für die Patienten mit Herzschwäche, mit Osteoporose und mit psychischen Erkrankungen schon dokumentieren können, das zeigt der Jahresbericht 2010. Damit nachvollzogen werden kann, mit welchem Herzblut alle Beteiligten mitziehen und engagiert mitarbeiten, ist der persönlichen Resonanz von Ärzten, Medizinischen Fachangestellten, Therapeuten und unseren Mitgliedern, den Patienten, viel Raum gegeben worden. Eine Chronologie der Ereignisse führt durch die Arbeiten in den einzelnen Gemeinden und Praxen, beschreibt die vielfältigen Programme und die Arbeit des Patientenbeirats.



Download unter http://gesundes-kinzigtal.de/images/stories/Bilder/Download/gk_jahresbericht_2010_web.pdf

Kooperationspartnerschaft für das Qualitätsmanagement abgeschlossen: ProCert

Der Aufbau eines Regionalen Integrierten Versorgungssystems erfordert früher oder später qualitative Investitionen z.B. in elektronische Vernetzung, Patientenkommunikation, Terminkoordination oder – und das ist eine der elementaren Anforderungen der Krankenkassen - Qualitätsmanagement. OptiMedis hat mit geprüften und für gut befundenen Anbietern

„Patientenorientiertes Denken steht bei uns im Vordergrund. Das kann sektorenübergreifend sein und somit ein Beispiel für andere Regionen. Prävention ist uns wichtig und muss von den Kassen belohnt werden.“

Dr. Horst Michalek, Neurologe in Hausach

entsprechender Produkte und Dienstleistungen Sonderkonditionen ausgehandelt, die den Einkauf zu besonders

ma
einer Viel-

günstigen Preisen ermöglichen. So auch mit der Firma ProCert (www.procert.de), die nach intensiver Prüfung zahl von Wettbewerbern sowohl aus preislichen wie auch qualitativen Gründen das Rennen machte. ProCert berät sowohl ISO als auch QEP, bereitet

OptiMedis AG
Services & Benefits

Vorteile für OptiMedis-Partnernetze.
Von uns. Für Sie.



Matrix-Zertifizierungen vor und gewährt außerdem einen Preisnachlass, wenn Praxen bereits einen bestimmten Entwicklungsstand im Qualitätsmanagement vorweisen können.

Über eine Kooperationspartnerschaft für die EPA-Zertifizierung verhandeln wir noch. Für alle Nachfragen zum Bereich „Benefits & Services“ wenden Sie sich bitte an a.meyer@optimedis.de. Praxisnetze, die auch von unseren günstigen Einkaufskonditionen profitieren wollen, sind herzlich zu einer Kooperation mit OptiMedis eingeladen. Wir unterbreiten Ihnen gern ein unverbindliches Angebot.

Ärztegemeinschaft Reckenberg (Rheda-Wiedenbrück) stößt zum OptiMedis-Verbund hinzu

Rheda-Wiedenbrück hat ca. 47.000 Einwohner, das Arztnetz umfasst 55 Praxen, je zur Hälfte HÄ und FÄ. Dreh- und Angelpunkt des Netzes ist das Medizinische Notfallambulanz- und Therapiezentrum („MediNatz“), das von den niedergelassenen Ärzten vor Ort gegründet wurde und in Kooperation mit spezialisierten Dienstleistern betrieben wird. Neben der Notfall-Ambulanz werden hier Gesundheitsdienstleistungen (Fortbildungen, Reha, Fitness) angeboten. Auch ein Sanitätshaus befindet sich in dem modernen und repräsentativen Gebäude.

Reformen im Notfall-Konzept der KV Westfalen-Lippe haben dazu geführt, dass die Notfall-Ambulanz in Rheda-Wiedenbrück nicht mehr berücksichtigt wird und daher geschlossen werden muss. Da man in dem Netz bestrebt ist, die Gesundheitsversorgung in der Region zu verbessern, gleichzeitig aber auch eine neue Bestimmung für das MediNatz sucht, ist man bestrebt, zusammen mit OptiMedis vor Ort ein Integriertes Vollversorgungssystem nach Kinzigtaler Vorbild aufzubauen. OptiMedis blickt dieser Kooperation mit Vorfreude entgegen, da mit der AEGR ein Praxisnetz zum OptiMedis-Verbund hinzustößt, das zum einen ein vielversprechendes Entwicklungspotential bietet und zum anderen in einer für OptiMedis strategisch interessanten Region liegt.