



Blick auf das Podium der bwcon-Veranstaltung „Zwei Jahre Selektivverträge“ (v.l.n.r.): Pferdt (Bosch BKK), Dr. Ailingner (IfH), Dr. Baumgärtner (MEDI), Dr. Staeck (Moderator), Dr. Hoberg (AOK BW), Stadler (ICW), Waller (ICW)

„Zwei Jahre Selektivverträge in Baden-Württemberg“, veranstaltet von **bwcon**

„Blaupause“ für Deutschland

Die Zeiten, in denen man Vertragsstrukturen im Rahmen einer Zettelwirtschaft bewältigt, sind vorbei“ (Dr. Hoberg, AOK Baden-Württemberg); „Wir müssen einfache Abläufe gestalten, auch durch die Unterstützung durch die IT“ (Pferdt, Bosch BKK); „Auch zum Krankenhaus hin stellt sich die Frage der IT-Schnittstelle, doch ich befürchte, sie werden langsamer sein als wir wollen“ (Dr. Baumgärtner, MEDI Deutschland) - drei Kurzstatements von Vortragenden und Podiumsdiskutanten der bwcon-Dialogveranstaltung „Zwei Jahre Selektivverträge in Baden-Württemberg - Chancen eines vernetzten Gesundheitswesens“. Klar wurde, dass über die hausarztzentrierten Verträge und deren Verknüpfung in den Facharztbereich in Baden-Württemberg etwas einzigartiges geschaffen wurde, was durchaus „Blaupause“ für eine im restlichen Deutschland noch lange nicht existente IT-Infrastruktur sein kann.

>> Während Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler aktuell davon auszugehen scheint, dass das kollektivvertragliche System die „Blaupause“ für die selektive Vertragswelt zu sein habe, sahen das die Vortragenden und Podiumsdiskutanten der bwcon-Dialogveranstaltung geradezu diametral. Dabei verliehen sie der politischen Diskussion einen neuen, weil endlich auch evidenzbasierten Argumentationsschub.

Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, gibt zwar offen zu, dass das gesamte System der Hausarzt- und erst recht das der

Facharztverträge erst ganz am Anfang stehe. Denn alle Partner seien „in eine neue Welt hinein gestartet“, in der die Struktur der Zusammenarbeit, die Systeme, Schnittstellen und Abrechnungssystematiken auf vertraglicher wie IT-Ebene neu aufgesetzt werden mussten. „Ich denke, wir haben zur Zeit etwa 30 Prozent dessen, was man an Effizienz wirklich heben könnte“, rechnet Hoberg vor. Vor Augen hat er dabei vor allem zu hebende Effizienzreserven in der Schnittstellenbetrachtung in Richtung Krankenhaus und im Bereich der Arzneimittel.

Vollkommen zu Recht, wie

ihm Thomas Pferdt, stellvertretender Vorstand der Bosch BKK, beipflichtet, der mit seiner recht überschaubaren Krankenkasse (200.000 Versicherte) nach eigenen Erfahrungen mit reinen Add-on-Verträgen auf die Struktur der AOK/MEDI-Hausarztverträge hat aufsetzen können. Und das mit Erfolg, den Hoberg zwar zu Recht annehmen mag, wenn er sagt, dass man „Effizienzbeurteilungen der Selektivverträge nicht kurzatmig in Gewinn und Verlustrechnung von Quartal zu Quartal umsetzen“ könne, weil es Jahre benötige, bis die ganze Kraft der Verträge dargestellt

werden könne. Doch Pferdt kann Effizienzsteigerungen schon heute evidenzbasiert beweisen.

Die Bosch BKK hat nämlich die qualitativen wie quantitativen Ergebnisse der vertraglichen Zusammenarbeit evaluieren lassen und wird die Ergebnisse am 2. November in Berlin publizieren. „Diese Ergebnisse werden die politische Diskussion um die Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen neu beleben“, ist sich Pferdt sicher. Denn seine Kasse habe in dieser Evaluation festgestellt, dass sich die Investitionen schon nach einem Jahr rentieren. Pferdt: „Ab dann kommt es zu erheblichen

SCHWERPUNKT:
bwcon: „Zwei Jahre Selektivverträge in Baden-Württemberg“

> S. 1-6

Terminspeigel IV/2010

Datum	Thema	Ort
28.10.10	Market Acc. & Health Economics	Berlin
02.11.10	Bosch BKK HZV-Zahlen	Berlin
03.11.10	1. Nation. Fachkongress Telemedizin	Berlin
04.11.10	7. DGIV-Bundeskongress	Berlin
13.11.10	Netzstrategien	Nürnberg
17.11.10	MEDICA 2010	Düsseldorf

Von „versorgungsmanagement kompakt“ (vm-k) empfohlene Termine.

Einsparungen vor allem im Krankenhausbereich, und zwar besonders dann, wenn es uns mit den ambulanten Versorgern vor Ort gelingt, die häusliche Versorgung gut zu gestalten.“

Diese Möglichkeit der Refinanzierung mache ihn zuversichtlich, dass im Bereich der Selektivverträge „trotz aller politischen Wirren und Vorschriften auch in Zukunft unternehmerisch vernünftige Entscheidungen“ getroffen werden können - und zwar immer dann, wenn es partnerschaftlich gelingt, „mit unseren Vertragspartnern Geld zu investieren, das wir an anderer Stelle refinanzieren können“. Das sei die Zukunft, die „wir für unsere Gesundheitsversorgung in Deutschland brauchen“.

Doch ebenso ist sich Pferdts sicher, dass die selektive Vertragswelt und die dazu nötige IT-Infrastruktur nur dann weiter wachsen können, wenn Partner gefunden würden, die die-



Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

se Vernetzung auch leben wollen.

Verträge müssen von allen gelebt werden

Dieses aktive Leben von Verträgen ist denn auch für Hoberg das A und O, der schon mal all denjenigen viel Spaß wünscht, die gezwungen waren, aufgrund von Schiedsamtentscheidungen in die



Thomas Pferdts, stellvertretender Vorstand der Bosch BKK

selektive Vertragswelt einzusteigen, und die im Prinzip Verträge nur per Copy und Paste übernommen, aber deswegen noch lange nicht verstanden hätten. Doch es reiche eben nicht aus, einen Vertrag abzuschreiben, man muss ihn - so Hoberg - „leben können und wollen“.

Genau das ist es, was die Vertragspartner in Baden-Würt-

temberg (und Bayern) von anderen unterscheidet. Hoberg: „Es geht uns um eine Qualitätsorientierung, um eine Ausrichtung an Leitlinien und an evidenzbasierter Medizin, was keineswegs zum Start selbstverständlich ist, sondern einen mehrjährigen Kampf hinter diesen Verträgen bedeutet.“

Aber auch, dass man wechselseitig bereit sei, eine partnerschaftliche Grundstruktur und ergebnisabhängige Vergütungselemente einzuführen. Hoberg stört sich daran die oft geäußerte Kritik oder auch manifesten Meinung in der Politik, dass mit der selektiven Vertragswelt Ärzte pauschal Geld fürs Nichtstun bekämen. „Es geht eben nicht darum, wechselseitig möglichst raffinierte Ausbeutungsstrukturen in der Vergütung zu realisieren“, sagt Hoberg ganz deutlich, der damit auch eine neue gemeinsame, aber auch wechselseitige Verantwortung von Kassen und

Signal für die Facharztschiene

>> „Ohne den AOK-Vertrag hätte es alles nicht gegeben.“ Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender des Ärzteverbands MEDI Deutschland, ist sich sicher, dass die Tatsache, dass heute nicht nur über hausarztzentrierte Verträge, sondern auch über Facharztverträge geredet wird, nicht selbstverständlich und alleine der AOK Baden-Württemberg geschuldet sei. Trotz allen politischen Gegenwinds aus Berlin ist er sich aber ebenso sicher, dass darum zumindest Baden-Württemberg das Thema Facharztverträge wird aufrufen können - vielleicht als einziges Bundesland. Denn Facharztverträge könne es sinnvollerweise ohne vorweg gehende Hausarztverträge gar nicht geben. Baumgärtner mit Blick aus dem „Ländle“ auf die Republik: „Doch bundesweit sind Facharztverträge fast ein weißes Feld.“

Durch die Historie mit der AOK könne das Thema der an die HZV andockenden Facharztverträge eigentlich nur Baden-Württemberg als Muster für die ganze Republik aufbauen. Doch dazu müsste die Politik auf Bundes- wie Landesebene zuerst einige strategische Fragen beantworten, zuvorderst jene: Was will die Politik in Bund und Land mit den Fachärzten? Will sie überhaupt noch eine fachärztliche Versorgung? Will sie keine? Will sie die Öffnung der Krankenhäuser? Oder nur dort die fachärztliche Versorgung?

Gerade im Hinblick auf diese offenen Fragen seien die in Baden-Württemberg existierenden Haus- und Facharztverträge ein wichtiges politisches Signal und auch ein Bekenntnis seines Verbandes, der beide Berufsgruppen in sich vereint, dass „wir die ambulante Versorgung in den Praxen freier niedergelassener Ärzte wollen“ - wohlgerichtet auf

Haus- wie auch Facharztebene.

Doch dazu brauche es auch eine mögliche IT-Vernetzung, die auf KV-Ebene nur rudimentär vorhanden sei. Dies sei der Tatsache geschuldet, dass sehr unterschiedliche Systeme in den Praxen installiert seien, die bis heute nicht miteinander kommunizieren könnten. Anders dagegen der stationäre Sektor. Baumgärtner: „Wer beispielsweise das Klinikum Stuttgart betrachtet und sieht, wie deren Einheiten und auch Fachärzte

miteinander vernetzt sind, dann kann man fragen, wer in der Zukunft die größeren Chancen hat.“ Gerade vor diesem Hintergrund ist für ihn das Thema der Verträge und der dazu nötigen Versorgungs- und auch IT-Infrastruktur wichtig, das auch Schluss machen würde mit im KV-System völlig beliebigen Schnittstellen zwischen Haus-, Facharzt und Krankenhaus. Seine Kritik an der KV und den in diesem System organisierten Ärzten: „Sie können machen, was sie wollen“, wie

- mit dem nächsten Facharzt zusammenarbeiten oder nicht,
- seitens der Hausärzte in ein Krankenhaus einweisen, obwohl der Facharzt nebenan das gleiche anbietet wie das Krankenhaus,
- das Krankenhaus sich intern die Patienten zuweisen, damit der Patient durch die einzelnen Abteilungen geschleust wird. <<



Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender des Ärzteverbands MEDI Deutschland

Leistungserbringern in der Versorgungssteuerung einfordert.

Mit dem selektiven Kontrahieren wird eine neue Versorgungs- und Vertragsstruktur aufgebaut, die man nach Hoberg nicht mehr im Rahmen einer Zettelwirtschaft, über Loseblattsammlungen oder durch 14-täglichen Versand von CDs bewältigen könne. Diese „Zeiten sind vorbei“, denn es bedürfe einer gemeinsam entwickelten IT-Infrastruktur, die alleine in der Lage sei, die mit selektiven Verträgen einhergehende hohe Komplexität und Veränderungsgeschwindigkeit überhaupt handhaben zu können. Hoberg: „Alleine schon deshalb ist viel an Veränderungsbereitschaft und auch an Investitionen erforderlich - von unserer Seite, aber auch auf Seiten der Vertragsorganisationen der Ärzte als auch bei den Ärzten selbst, die in die Verträge gehen.“

Hoher Zeit- und Erfolgsdruck - auch für die IT

Hinter all der gewollten besseren Versorgungsqualität steht immer die Frage der Refinanzierung. Diese wird für Dr. Werner Baumgärtner, den Vorsitzenden des Ärzteverbands MEDI Deutschland, vor allem dadurch definiert, inwieweit es gelingt, Schnittstellen-Problematiken zu lösen. Hier würden die kontrahierenden Hausarzt- und Facharztverbände inzwischen eng zusammen arbeiten; sie versuchten auf freiwilliger Basis, Schnittstellen zwischen Fachärzten, vom Hausarzt zum Facharzt und zum Krankenhaus zu definieren.

Während das die dazu benötigte IT-Infrastruktur innerhalb der Vertragsgemeinschaft schon hergibt, stellt sich für Baumgärtner hier die Frage nach der IT-Schnittstelle zum stationären Sektor. Er sei da eher pessimistisch, sagt er, und meint an die Riege der bei der bwcon-Veranstaltung anwesenden Vertreter der Softwarehäuser gewandt: „Sie werden langsamer sein, als wir wollen.“

Das Thema Zeit ist ein ganz

wichtiges, aber auch jenes des überall aufscheinenden Erfolgsdrucks. Immerhin haben es die kontrahierenden selektiven Vertragspartner mit Unterstützung der IT geschafft, innerhalb weniger Jahre parallel zu einer neuen Versorgungsstruktur den Nukleus einer IT-Infrastruktur zu schaffen, der von Baden-Württemberg aus auf die ganze Republik übertragbar wäre. „Die Erfahrungen aus der HZV zeigen, dass die Telematik-Infrastruktur marktreif ist“, erklärt dazu ICW-Vorstand Jörg Stadler, dessen Unternehmen für die Vertragspartner neben einer hochsicheren Konnektortechnologie eine umfassende IT-Infrastruktur entwickelt hat.

Stadler ist sich sicher, dass die Industrie mit dem heutigen Stand der Technik in der Lage sei, die Akteure im Gesundheitswesen sicher und zuverlässig zu vernetzen - wenn man sie denn ließe.

Oder sie nicht an real-existenten Problemen aus der Anfangsphase dieses ehrgeizigen Projekts messen würde. „Ganz klar gab es bei diesem Roll-out auch Probleme“, gibt Stadler offen zu, was aber auch normal sei bei einer absolut unterschiedlichen Ausstattungsstruktur von Internet-Providern, Routern, PCs bis hin zu einer völlig divergenten Praxissoftwarewelt. Doch dieses Problem sei mit dem Konnektor und dem sogenannten „gekapselten Kern“ gelöst, in dem sich im Prinzip die gesamte Welt der selektiven Vertragswelt abspielt und der in jedes Praxisverwaltungssystem implementierbar ist.

„Damit ist schon heute eine intersektorale Vernetzung mit Apotheken und Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Laboren, Reha-Kliniken und sonstigen Leistungserbringern möglich“, blickt Stadler in eine gar nicht so ferne Zukunft einer möglichen bundesweiten Telematik-Infrastruktur. Das heißt, falls der heute schon existente Ausbau der Telematik-Infrastruktur in Baden-Württemberg zur Maxime für ganz Deutschland gemacht würde. <<

Zahlen & Fakten

>> Aktuell sind in der hausarztzentrierten Versorgung, die zwischen der AOK Baden-Württemberg und MEDI seit ziemlich genau zwei Jahren existiert, 930.000 AOK-Versicherte eingeschrieben. Als Zielvorstellung nennt AOK-BW-Vorstandsvorsitzender Hoberg 1 bis 1,1 Millionen. Das seien jene Versicherte, „von denen wir wissen, dass ein hoher Versorgungsbedarf existiert und es Sinn ergibt, dass diese Patienten in einer hausarztzentrierten Versorgung sind“.

Innerhalb der HZV in Baden-Württemberg und Bayern kontrahieren zur Zeit 3.700 von rund 7.000 Hausärzten. Dazu Hoberg: „Nun kann man philosophieren, ob das viel oder wenig ist.“ Die AOK jedenfalls geht davon aus, dass - weil für die Versorgung wichtige, viele große Versorgerpraxen dabei sind - mit 3.700 schon eine „ganz gute Quote erreicht“ sei.

In der Kardiologie ist das Netz noch deutlich weniger dicht. Derzeit sind deutlich über 50 % der Kardiologen und 15.000 Versicherte eingeschrieben. <<

>> Die Bosch BKK (insgesamt circa 200.000 Versicherte) begann bereits 2007 regionale Kooperationsverträge abzuschließen, freiwillig und noch vor der verpflichtenden Regelung, mit:

- 10 Ärztenetzen
- rund 2.400 Ärzten
- 15 Krankenhäusern
- rund 64.000 Versicherten bundesweit.

Laut Pferdts seien 2.400 Ärzte zwar nicht viel, aber ausreichend, weil über 90 % der Ärzte identifiziert wurden, die 20 oder mehr Bosch-BKK-Versicherte behandeln.

Seit 2009 wurden mit HÄV/MEDI in Baden-Württemberg

und HÄV in Bayern Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung geschlossen, mit

- rund 8.000 Hausärzten
- rund 30.000 Versicherten in Baden-Württemberg und 20.000 in Bayern.

Dabei ähnelt die Vergütungssystematik der des AOK-Vertrags, wobei die Themengebiete der Versorgungssteuerung folgende sind:

- AU-Management, Hilfsmittelversorgung, Arzneimittelmanagement
- kontinuierliche Weiterentwicklung der Zusammenarbeit in acht Arbeitsgruppen
- IT-Anbindung über HÄVG/Praxissoftware der Ärzte. <<

>> ICW hat über 1.700 Konnektoren installiert, der Rest der Praxen ist über sogenannte Soft-VPNs vernetzt. In Baden-Württemberg und Bayern sind zusammen mehr als 7.000 gekapselte Kerne installiert. Rund drei Viertel aller Praxisverwaltungsoftware-Anbieter haben diesen Kern bereits in ihrer Software integriert. Darüber hinaus gibt es aktuell rund 400 „Hausarzt+“-Nutzer in Baden-Württemberg. <<

>> Durch eine Spezialisierung im KV-System - die Fallzahl-Abstufung - bekommt eine Praxis umso weniger Geld pro Patient, desto mehr Patienten sie pro Quartal behandelt - und zwar fallend von rund 50 Euro auf 37,50 Euro, wie Dr. Franz Ailinger (IfH) auf der bwcon-Veranstaltung vorrechnete. Eine größere Landpraxis mit etwa 2.400 Patienten pro Quartal erwirtschaftet somit rund 106.000 Euro. Schreibt dieser Arzt seine Patienten dagegen in der HZV ein, bekommt er pro Patient und Quartal im Durchschnitt 80 Euro, was sich auf 192.000 Euro Quartalsumsatz summiert. <<

Interview: Die beiden ICW-Vorstände Peter Kirschbauer und Jörg Stadler über zwei Jahre HZV und IT-Infrastruktur

„Die ganze Welt der Selektivverträge in einem Kern“

Folgt man der auf der bwcon-Veranstaltung kürzlich in Stuttgart vorgetragenen Argumentation von Dr. Werner Baumgärtner, dem Vorsitzenden von MEDI Deutschland, sowie von Dr. Rolf Hoberg, dem Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, dann hat „die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) auf Bundesebene deutlich an Innovationspotenzial eingebüßt“, sofern der aktuelle Kabinettsbeschluss zum GKV-Finanzierungsgesetz unverändert umgesetzt werden sollte. Das sind Worte - nachzulesen auch in aktuellen Pressemitteilungen - der HZV-Kooperationspartner in Baden-Württemberg, wobei gleich klargestellt worden ist, dass das AOK-Hausarztprogramm, für das der eHealth-Spezialist InterComponentWare AG (ICW) den gekapselten Kern sowie Konnektor und IT-Infrastruktur bereitstellt, bis mindestens Ende 2015 fortgeführt werden soll. Ebenso wird davon auszugehen sein, dass die mit vielen anderen Krankenkassen geschlossenen Hausarztverträge zumindest bis 2012 Bestand haben werden. Dennoch: Die Zeit läuft, in der die Riege der Vertragspartner und ICW als Telematik-Dienstleister beweisen können, ob Hausarztverträge positive Effekte auf Versorgungsqualität und Ökonomie zeitigen. Im Interview: ICW-Vorstandsvorsitzender Peter Kirschbauer und Vorstand Jörg Stadler.

>> Was können die Vertragspartner, was kann ICW im Sinne der HVZ tun?

Stadler: Man muss vor und auch nach dem Inkrafttreten des AMNOG - und hier ist das letzte Wort über die tatsächliche Formulierung der die Selektivverträge betreffenden Passagen noch nicht gesprochen - strikt trennen; einerseits zwischen der Situation, wie sie sich derzeit in Baden-Württemberg heute, in naher und mittelfristiger Zukunft darstellt, und andererseits zwischen der bundesweit zu beobachtenden realen Vertragssituation - ebenfalls heute und in Zukunft. Sicher ist es so, dass - wenn Herr Bundesminister Dr. Philipp Rösler bei seiner Meinung bleiben und diese auch im Gesetz durchsetzen sollte, dass das kollektive Vertragssystem die Blaupause für das selektive sein sollte - das künftige selektive Kontrahieren nicht gerade gefördert wird, um es einmal positiv auszudrücken.

Kirschbauer: Doch andererseits wurden in den vergangenen zwei Jahren, in denen Hausarztzentrierte Verträge in Baden-Württemberg existieren und nach und nach mit Leben erfüllt wurden, Fakten geschaffen; und zwar Fakten, die man nicht einfach ignorieren kann.

Als da an Fakten wären? Eventuell sogar solche, bei denen man an eine vielleicht irgendwann einmal real existierende IT-Infrastruktur denken kann, in die sich ein bestehendes selektives Vertragsgeschehen integrieren können muss?

Kirschbauer: Das Entscheidende der Situation in Baden-Württemberg ist, dass die IT-Struktur hier den Anwendungen folgt und nicht umgekehrt. Denn hier wurde die IT bisher einzig und alleine von der hausarztzentrierten Versorgung getrieben. Hätte es diese neue Vertragswelt nicht gegeben, wäre auch die derzeit schon vorhandene und auch funktionierende Infrastruktur nicht vorhanden.

Wieder kommt das Stichwort „Blaupause“ in die Diskussion, aber sicher etwas anders verstanden, wie mir scheint.

Stadler: Genau umgekehrt verstanden. In Baden-Württemberg existiert bereits heute eine intakte IT-Infrastruktur, die HZV-Ärzte mit den Krankenkassen vernetzt - allen voran mit der AOK Baden-Württemberg, aber auch mit der Bosch BKK und anderen. Diese IT-Infrastruktur ist schon lange keine Blaupause mehr, sondern wurde institutionalisiert und industrialisiert. Und: Sie funktioniert und könnte einen bundes-

weiten Roll-out erfahren.

Wäre es denn möglich, auf einer Basis der in Baden-Württemberg bereits heute existenten IT-Infrastruktur eine größere, ja bundesweite Lösung zu schaffen?

Kirschbauer: Sicher. Wir haben bei der bundesweiten IT-Infrastruktur das klassische Henne-Ei-Problem: Es gab bislang keine Mehrwertapplikationen, weil es keine Infrastruktur gab und umgekehrt wegen fehlender Mehrwertapplikationen keinen Business-Case, um auch nur annähernd die Infrastruktur zu finanzieren. Doch in Baden-Württemberg wurde das Henne-Ei-Problem über die Selektivverträge gelöst.

Stadler: Die Sicherheitsanforderungen, die wir bereits heute in Baden-Württemberg erfüllen, würden einen bundesweiten Rollout erlauben. Im Idealfall müssten unsere Konnektoren, die nach Maßgabe unserer Vertragspartner - der AOK und MEDI Baden Württemberg - von Anfang an gematik-kompatibel ausgerichtet wurden, beim BSI zertifiziert werden. Doch mit dem BSI sind wir schon heute im Gespräch, um auch außerhalb des Paragraphen 291a eine Zertifizierung zu bekommen. Wenn das gelingt und davon gehen wir aus, setzen wir auf einem wirklich sicheren Standard auf, der auch unangreifbar ist - ob von den Teilnehmern der Selbstverwaltung, von Datenschützern oder von wem auch immer.

Eine der Hauptfragen, die uns wohl künftig beschäftigen sollte, wird auch sein, inwieweit es Ihre IT schafft, nach oben zu skalieren oder auch zu standardisieren.

Kirschbauer: Das ist eine Frage der Technik und der nötigen Praktikabilität. Natürlich will der Arzt in seinem Tagesablauf nicht mit zu vielen unterschiedlichen Abläufen, Formularen und Oberflächen kon-



Peter Kirschbauer, Vorstandsvorsitzender ICW

„In Baden-Württemberg existiert bereits heute eine intakte IT-Struktur, die HZV-Ärzte mit den Krankenkassen vernetzt.“

Jörg Stadler

MEDI Baden Württemberg - von Anfang an gematik-kompatibel ausgerichtet wurden, beim BSI zertifiziert werden. Doch mit dem BSI sind wir schon heute im Gespräch, um auch außerhalb des Paragraphen 291a eine Zertifizierung zu bekommen. Wenn das gelingt und davon gehen wir aus, setzen wir

frontiert sein, das ist ja auch verständlich. Richtig ist, dass gewisse Abläufe und Oberflächen der IT-Anwendungen mehr als heute standardisiert werden müssen, aber das ist nicht so sehr unser, denn das Problem der diversen Praxis- oder auch Kliniksystemanbieter.

Weil Sie einen fest definierten „gekapselten“ Kern anbieten?

Stadler: Exakt. In diesem Kern spielt sich im Prinzip die gesamte selektive Vertragswelt ab. Und „gekapselt“ heißt er deswegen, weil eine hohe Sicherheitsstruktur verhindert, dass die in ihm gespeicherten und nur den Vertragspartnern bekannten Vertragsdetails nach außen dringen. An diesen Kern docken nun diverse Praxissoftwarelösungen anderer Anbieter an, die entsprechende Formulare, Prozeduren und Oberflächen bereit halten. Diese Anbieter sind natürlich aufgerufen, weit mehr als bisher zu standardisieren.

Nachfrage zum „gekapselten“ Kern: Wie viele unterschiedliche selektive Verträge können denn über ein und den selben „gekapselten Kern“ abgewickelt werden? Man kann sich schwer vorstellen, dass in einem Kern 100 oder auch 600 verschiedene Verträge gemanaged werden können, auch wenn die Standardisierung hoch und die Grundmodule gleich sind. Irgendwo muss es doch eine natürliche oder technische Grenze geben.



Jörg Stadler, Vorstand ICW

Kirschbauer: Der Technik sagt: Es kommt immer darauf an. Im Grunde genommen ähneln sich die verschiedenen Verträge heute und werden es auch zukünftig tun. Diese Ähnlichkeit wird im Kern standardisiert abgebildet und muss deshalb nicht 100 oder auch 600 mal in verschiedener Form vorhanden sein. Darüber hinaus gibt es regelbasierte Systeme mit Parametern, die fast jede Kasse zwar unterschiedlich definieren mag, die aber wiederum regelbasiert verarbeitet werden können.

Stadler: Schwierig wird es bei den Verträgen, die in den Ablauf der Praxissysteme eingreifen müssen.

Mit dem Kern haben Sie ein abgeschlossenes Geschäftsmodell, und wo es schwierig wird, sind die Praxissoftware-Anbieter zuständig?

Kirschbauer: Das wäre zu einfach. Wir wollen und können natürlich helfen, zum Beispiel beim Thema Formulare. So könnten wir beispielsweise Heilmittelformulare über unseren Kern an die Nutzeroberfläche bringen und in jedem Arztsystem anzeigen lassen. Die dazu benötigten Daten könnten teilweise schon heute aus Web-Services übernommen werden, damit das entsprechende Formular schon teilweise ausgefüllt ist. Dann braucht der Arzt nur noch wenige Angaben zu machen, die gegen Wertetabellen abgeprüft werden. Und wenn das Formular keine Fehler aufweist, kann es über den Kern an die verarbeitende Stelle verschickt werden. Das wäre ein Service, der allen PVS-Anbietern viel Entlastung bringen würde, weil eine notwendige technische Lösung eben nur einmal im Kern programmiert werden muss und nicht x-mal in jedem PVS.

„Die Fragestellung sollte eher lauten: Was hat der Patient davon?“

Peter Kirschbauer

Was ist mit Ihrer HZV-Softwarelösung „Hausarzt+“?

Kirschbauer: Neben der Entwicklung des gekapselten Kerns treiben wir gleichzeitig die Entwicklung von Hausarzt+ weiter voran und werden unsere vertraglich zugesagten Verpflichtungen voll erfüllen. In bilateralen Gesprächen und Workshops gehen wir auf die PVS-Anbieter zu, um gemeinsame Stärken zu definieren, oder auch Schwächen zu eliminieren.

Wo liegen denn die Problemfelder?

Stadler: IT ist und darf nie Selbstzweck sein. Doch ebenso klar muss sein, dass ohne IT ein so komplexes Vertragsgebilde wie das der Hausarztverträge oder auch Facharztverträge nie funktionieren kann. Gerade in der Anfangszeit sah man die Schwierigkeiten, die ein derartiges Unterfangen automatisch mit sich bringt: Das ist vor allem eine wahre Flut von Änderungen, ob nun seitens der Politik, des Datenschutzes oder seitens der Vertragspartner. Für uns als IT-Anbieter bedeutete dies einen enormen Zeitdruck bei der Umsetzung all dieser Anforderungen.

Warum?

Kirschbauer: Es ist ja nicht einfach, wenn sich die Vertragspartner gegen den Druck des KV-Systems oder auch anderer Gruppierungen der Selbstverwaltung auf ein selektives Vertragsgeschehen verständigen und dafür eine ganz neue Versorgungsstruktur aufbauen. Darüber wird verhandelt und - im positiven Sinne - gestritten. Doch wenn sie sich einmal geeinigt haben, wollen sie die dafür nötigen IT-Strukturen natürlich möglichst bereits gestern implementiert sehen. Das kann man verstehen. Doch es bleibt ein enormer Zeit- und auch Erfolgsdruck, dem im Prinzip alle ausgesetzt sind.

Wie kann man das verbessern?

Stadler: Das ist teilweise schon geschehen, indem seitens der Vertragspartner sogenannte Pflichtenhefte erstellt werden, auf deren Basis wir und alle anderen involvierten Softwarehäuser entwickeln können. Doch ist das Pflichtenheft einmal verabschiedet, rennt wieder die Zeit.

Was ist denn mit Ihrer Gesundheitsakte?

Von technologischer Seite her betrachtet könnten alle Patientendaten per Mausklick von Hausarzt+ oder anderen PVS-Systemen in die Gesundheitsakte geladen werden.

Was aber derzeit nicht oder nur zu selten getan wird.

Kirschbauer: Stimmt. Leider ist es uns und auch den Vertragspartnern der selektiven Verträge noch nicht gelungen, dem Arzt zu kommunizieren, welchen Kernnutzen er oder sein Patient davon hat.

Das führt auf das Problem der bundesweiten IT-Infrastruktur zurück: Solange die zentrale Nutzen-Frage nicht geklärt ist, nützen die beste Struktur oder auch Applikationen herzlich wenig. Dazu die Gretchenfrage: Was hat der Arzt von einer Gesundheitsakte, außer dem Fakt, dass die Daten im Notfall oder im Zweifel auch bei einem Arztwechsel einem anderen Arzt schnell, ausführlich und in digitaler Form zur Verfügung stehen?

Kirschbauer: Die Gegenfrage lautet, ob der Arzt wirklich etwas von einer Gesundheitsakte haben muss. Oder auch: Muss der Arzt denn dafür bezahlt werden, dass er sie mit Patientendaten füllt? Die Fragestellung sollte doch eher lauten: Was hat der Patient davon?

Stadler: Und der Patient hat definitiv einen Nutzen davon. Wenn ich mich als Beispiel nehme: Ich habe heute eine künstliche Hüfte und hatte zuvor 20 Jahre lang Schmerzen, bis ich endlich richtig behandelt wurde. Meine Gesundheitsdaten waren früher bei 16 verschiedenen Ärzten und zwei Krankenhäusern verteilt. Ich habe dann irgendwann all diese Dokumente und Bilder abgeholt - teilweise unter Androhung von rechtlichen Schritten. Dann habe ich meine Krankheitsgeschichte, die man mir eigentlich verweigern wollte, in einer Gesundheitsakte zusammengefasst und bin zu einem neuen Arzt gegangen, dem ich die Historie und alle Bilder präsentiert habe. Der hat sich ein Röntgenbild, ein CT und ein MRT genommen und mir die Sachlage erklärt: „In 18 Monaten brauchen Sie eine neue Hüfte. Machen wir einen Termin aus.“ Nach der OP war ich mit einer neuen Hüfte ausgestattet, was mir eine ganz neue Lebensqualität gebracht hat. Dabei hat der Arzt kein einziges Mal neu geröntgt, sondern sich nur die bestehenden Bilder angesehen, dann eine Prognose gestellt und mir die richtigen Medikamente verordnet. Genau das ist das, was unser Gesundheitssystem um ein Vielfaches effizienter als heute machen würde.

Was vielleicht auch ein Zeichen für eine neue Vertrauensgesellschaft wäre.

Kirschbauer: Bis wir dahin kommen, liegt noch etwas Weg vor uns, weil eben Doppel- und Dreifachuntersuchungen nach wie vor möglich sind.

Wie kann dieses System in ein vielleicht besseres überführt werden?

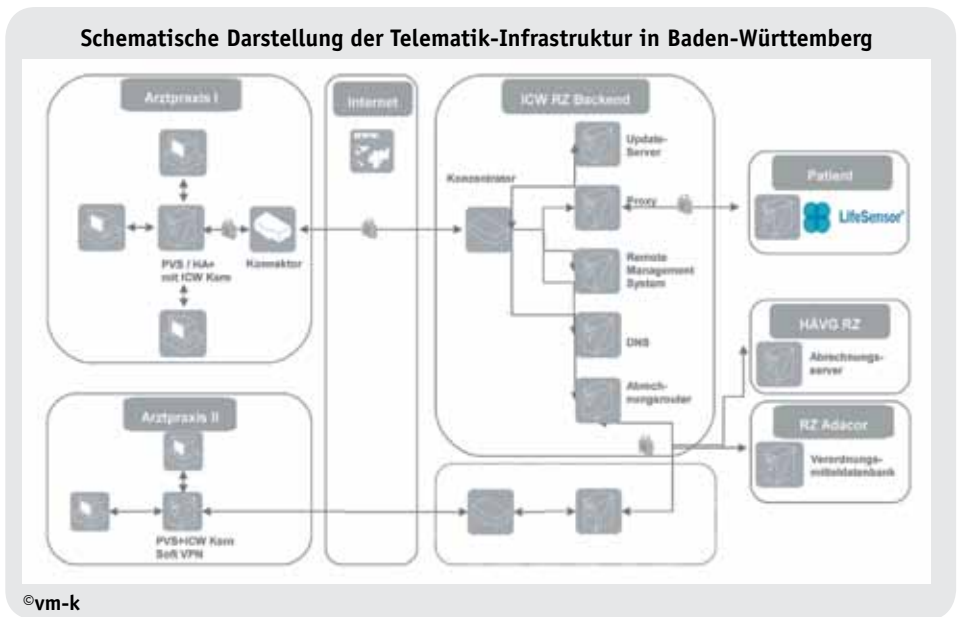
Stadler: Das passiert ja schon in den HZV-Verträgen, indem sich Kassen und Ärzteschaften auf ein strukturiertes Versorgungsmodell geeinigt haben. Das ist der erste Schritt. Nun muss der zweite folgen, der dazu führt, dass die Ärzteschaft die ihnen zur Verfügung stehenden Patientendaten in digitaler Form vorhält.

Kirschbauer: Das tun sie derzeit deshalb zu wenig, weil diese Möglichkeit noch zu wenig in ihrem EDV-gestützten Arbeitsablauf integriert ist. In unserer HZV-Softwarelösung Hausarzt+ gibt es diese Möglichkeit übrigens seit langem und die wird auch genutzt. Würden Ärzte die für eine Patientenakte nötigen Informationen aber nun in allen Praxissoftwares auf Knopfdruck einstellen oder auch zum weiter behandelnden Arzt schicken können, würden sie das auch machen - zumindest mehr als bisher.

Wo sehen Sie für ihr Unternehmen die Zukunft? In Hausarzt+ - einer HZV-Vertragssoftwarelösung mit einer eigenen Oberfläche? Im „gekapselten“ Kern - der als so etwas wie „Intel inside“ der HZV-Vertragswelt zu verstehen sein mag?

Stadler: Im Vergleich zum gekapselten Kern wird Hausarzt+ immer weniger nachgefragt. Das zeigen die aktuellen Installationszahlen: Bei rund 7.000 Vertragsärzten läuft unser gekapselter Kern, bei nur 400 Hausarzt+. Unser Ziel muss es demnach sein, mehr als bisher der Enabler der selektiven Vertragswelt zu sein.

Kirschbauer: Daneben haben wir noch weitere Lösungen in un-



serem Portefeuille. Dazu zählen Lösungen für die Klinikvernetzung oder das Versorgungsmanagement sowie für die Telemedizin. Hier möchte ich das Forschungsprojekt der Berliner Charité „Partnership for the Heart“ nennen, an dem wir mitarbeiten. Hier geht es darum, dass telemedizinische Leistungen bei Herzinsuffizienz Anerkennung in den Regelleistungen finden.

Sind das alles ganz verschiedene IT-Welten oder setzen diese auf gemeinsamen Standards auf?

Kirschbauer: Wir nutzen hauptsächlich eine Integrations-Plattform für die Entwicklung von Anwendungen und Lösungen. Sie unterstützt sowohl Intergrations- als auch Datenaustauschszszenarien.

Was wiederum auch schon eine eigene kleine IT-Infrastruktur darstellt.

Stadler: Sicher. Unsere Plattform hostet Daten, bietet Vernetzungsmöglichkeiten und Content Management. Das Motto von ICW heißt ja: Vernetzen statt Ersetzen. Gerade das Vernetzen der verschiedenen Teilnehmer ist eine Kernkompetenz, in der wir viel Erfahrung haben und die entsprechende Technologie anbieten.

Wie sehen Ihre Prognosen zu einer bundesweiten IT-Infrastruktur im Gesundheitsbereich aus?

Kirschbauer: Die Hauptfrage ist, inwieweit divergente Kräfte versuchen werden, Hoheit über eine derartige Infrastruktur zu erlangen. Wird dem so sein, was zu vermuten ist, dann wird es irgendwann einmal zwei bis drei selbstverwaltungsunabhängige Infrastrukturen geben.

Stadler: Darüber hinaus ist zu vermuten, dass - selbst wenn einmal eine Telematik-Infrastruktur nach § 291a kommen wird - sie so stark reglementiert wäre, dass sie dem Wunsch nach Mehrwertanwendungen kaum nachkommen können. Und selbst wenn, wird es parallele Infrastrukturen geben, um den allgemeinen Bedarf des Markts überhaupt abdecken zu können. <<

Das Gespräch führte Peter Stegmaier.

„Blaupause“

>> Ob eine „Blaupause“ in unserer digitalisierten Welt noch von Bedeutung ist, mag dahingestellt sein. Zumindest ist es ein wunderschöner antiquierter Ausdruck aus dem 19. Jahrhundert, der übrigens ein silberloses fotografisches Lichtpausverfahren bezeichnet; was in Zeiten von Barcodes, Scans und Copy & Paste darauf hinweisen mag, welch analoger Sozialisation jene entspringen, die solches Vokabular in die aktuelle politische Diskussion einbringen, und mit der sie die selektive Vertragswelt und die dazu nötige IT-Infrastruktur des 21.

Jahrhunderts beschreiben wollen.

Bei letzterer geht es um Soft VPNs, Konnektoren, Kerne, intersektorale Vernetzungen und mögliche Remote-Management-Systeme und

ebenso um Invests, die in Total-Costs-of-Ownerships berechnet werden.

Mein Traum: Das möglichst bald die Riege der Entscheider, die unser Versorgungs- und IT-System der Zukunft entwerfen soll, mehr und mehr aus Digital Natives bestehen mag! <<

Ihr

Peter Stegmaier
Herausgeber vm-k

Studien & News

>> Auf dem 9. Versorgungsforschungskongress in Bonn stellte das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) eine erste bundesweite Umfrage unter Krankenhäusern bzgl. des Themas Patientensicherheit vor - von 1.820 angeschriebenen Häusern antworteten 484:

- 71 % der befragten Krankenhäuser verfügen über konkrete Maßnahmen zur Verhütung von Anwendungsfehlern in der Arzitherapie.
- 85 % führen ein systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten durch.
- 76 % nehmen an der „AKTION Saubere Hände“ teil.
- 62 % binden das Nationale Referenzzentrum KISS ein.
- 94 % haben ein systematisches Dekubitus- und Wundmanagement.
- 63 % setzen Checklisten bei Operationen ein.
- 59 % verfügen umfassend (27 %) oder teilweise (32 %) über eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das klinische Risiko-Management.
- 26 % haben keine verbindliche Strategie oder planen erst deren

Entwicklung (16 %).

- 39 % der teilnehmenden Krankenhäuser haben eine, 37 % mehrere Personen in zentraler Funktion beschäftigt, die sich im Durchschnitt mit der Hälfte ihrer Arbeitszeit um die Umsetzung des klinischen Risiko-Managements bemühen. Organisatorisch sind sie zumeist ganz (54 %) oder teilweise (27 %) im Qualitätsmanagement angesiedelt.
- 73 % der Teilnehmer geben an, dass es in ihrem Krankenhaus Fallkonferenzen oder Besprechungen gibt, in denen kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler zum Thema gemacht werden. Nur in 23 % der Häuser finden solche Besprechungen in allen Abteilungen und Kliniken statt, in etwa 60 % der Fälle sind die Treffen berufsgruppenübergreifend und mit Beteiligung von klinischem Personal.
- 84 % gewinnen Informationen über Patienten gefährdende Risiken durch die Analyse von Abrechnungsdaten und Daten der externen Qualitätssicherung (und eigener Kennzahlen wie interner Komplikationsstatistiken).

- Bei 51 % werden Krankenaktenanalysen zur Informationsgewinnung genutzt, jedoch meist unsystematisch. <<

>> Zum 1. Oktober treten AOK-Arzneimittelrabattverträge für zwölf weitere Wirkstoffe in Kraft. Sie laufen über zwei Jahre. Umsatzstärkster neuer Vertragswirkstoff ist der Blutgerinnungshemmer Clopidogrel. Allein für diesen Wirkstoff haben die AOKen im vergangenen Jahr rund 143 Millionen Euro ausgegeben. Mit Inkrafttreten der inzwischen fünften Tranche hat die AOK-Gemeinschaft aktuell 155 Wirkstoffe unter Vertrag. Sie decken alle markt- und ausgabenrelevanten Generika (Nachahmerpräparate) ab. Vertragspartner der AOK bei den derzeit parallel laufenden Vertragstranchen III, IV und V sind insgesamt 41 pharmazeutische Unternehmen. <<

>> Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen verläuft - wie von Experten erwartet - deutlich schlechter als im vergangenen Jahr. Während die Krankenkassen im 1. Halbjahr 2009 noch einen Überschuss von 1,2 Mrd. Euro verbucht hatten, betrug der Überschuss im 1. Halbjahr 2010 nur noch rund 112 Mio. Euro. Für das Gesamtjahr 2010 rechnete der Schätzerkreis bislang mit einer Unterdeckung der Kassenausgaben durch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds in Höhe von 3,1 Milliarden Euro. <<

DGTelemed gründet in Bayern

>> Die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin gründete Ende September in Ebersberg ihren Landesverband Bayern. Der bayerische Landesverband wird nach Berlin-Brandenburg und NRW die dritt-

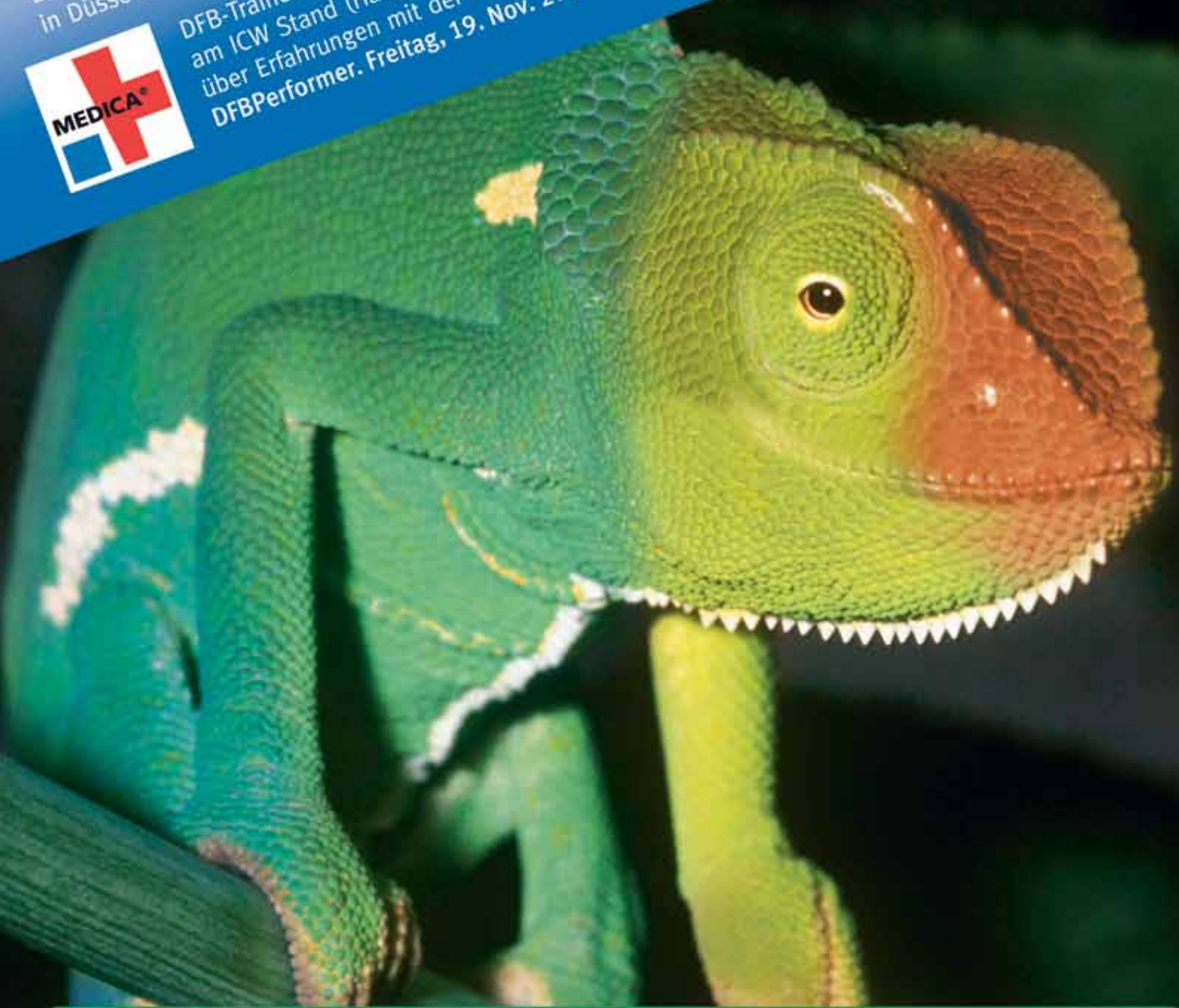
stärkste Gruppe in der DGTelemed sein, einer bundesweiten Vereinigung zur Förderung, Verbreitung, Markteinführung und Publizierung innovativer Entwicklungen und Produkte in der Telemedizin. <<

Impressum versorgungsmanagement kompakt - Entscheiderinformationen für Leistungsträger

<p>versorgungsmanagement kompakt Entscheiderinformationen für Leistungsträger 2. Jahrgang</p> <p>Herausgeber Peter Stegmaier, Bonn stegmaier@vm-k.de</p> <p>Chefredaktion Peter Stegmaier (verantw. Redakt.) Kölnstr. 119, 53111 Bonn Tel +49-(0)228-76368-0 Fax +49-(0)228-76368-01 stegmaier@vm-k.de</p>	<p>Redaktion Olga Gnedina gnedina@vm-k.de</p> <p>Verlag eRelation AG - Content in Health Vorstand: Peter Stegmaier Kölnstr. 119, 53111 Bonn www.ereRelation.org mail@ereRelation.org</p> <p>Verlagsleitung Peter Stegmaier</p> <p>Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil) Kölnstr. 119, 53111 Bonn Tel +49-(0)228-76368-0</p>	<p>Fax +49-(0)228-76368-01 heiser@vm-k.de</p> <p>Marketing Boris Herfurth herfurth@vm-k.de</p> <p>Abonnement „versorgungsmanagement kompakt“ erscheint unterschiedlich oft pro Jahr. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 60 EUR. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 45 EUR. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 9,21 EUR; Ausland 36 EUR.</p>	<p>Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.</p> <p>Layout eRelation AG, Bonn</p> <p>Druck Kössinger AG Fruehaufstraße 21 84069 Schierling info@koessinger.de Tel +49-(0)9451-499124 Fax +49-(0)9451-499101</p>	<p>Printed in Germany</p> <p>Urheber- und Verlagsrecht Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten</p>	<p>Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.</p> <p>Auflage mehr als 1.000 Exemplare</p> <p>Leserzielgruppe Entscheider in Krankenkassen</p> <p>Portal www.vm-k.de</p>
---	--	--	---	--	--

Besuchen Sie uns auf der MEDICA
in Düsseldorf, 17. bis 20. November 2010

DFB-Trainer Hans-Dieter Flick berichtet
am ICW Stand (Halle 15 G34)
über Erfahrungen mit der eHF-basierten ICW Lösung
DFBPerformer. Freitag, 19. Nov. 2010 – vormittags



Effiziente IT-Unterstützung für Ihr modernes Versorgungsmanagement

Effizientes Versorgungsmanagement ist entscheidend, um den Marktanforderungen und dem Wettbewerb gerecht zu werden. Integrierte Versorgungsformen leben von intelligenten IT-Lösungen, die bei der Optimierung von Betriebsprozessen und Kosten unterstützen und die Vernetzung aller Beteiligten gewährleisten. Der ICW Care and Disease Manager (CDM) ermöglicht im Rahmen kunden- und indikationsspezifischer Programme (einschließlich DMP) die Steuerung. Ein wichtiger Baustein also für Ihr umfassendes Versorgungsmanagement.

Mehr Informationen: Telefon +49 (0) 6227 385 0
www.icw-global.com/cdm

ICW Care and Disease Manager –
Das intelligentere System passt sich an.