



Die Referenten und Moderatoren des 4. Krankenkassensymposiums, v.li. n.re.: Stefan Attenbrunner, Horst-Günter Bohnenkamp (4sigma), Prof. Dr. med Michael Schütte, Prof. Dr. Helmut Vedder, Dr. med Hanna Kirchner, Dr. Christian Graf und Martin Fuchs (ICW)

4. Krankenkassensymposium, veranstaltet von ICW und 4sigma:

Effektive Vernetzung gefragt

Welche Bedeutung haben Patientencoaching, Disease-Management, Telemedizin und eHealth für das ganzheitliche Versorgungsmanagement von morgen? Und vor welchen Herausforderungen stehen die Krankenkassen? Diese Fragen standen im Zentrum des 4. Krankenkassensymposiums, das dieses Jahr unter dem Motto „Ganzheitliches Versorgungsmanagement - Herausforderungen in Zeiten des Wandels“ stand. Experten aus Forschung und Praxis beleuchteten das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln und präsentierten neue Lösungsansätze.

>> Prof. Dr. med. Michael Schütte, **Fachhochschule für Ökonomie und Management**, Essen, machte in seinem Vortrag „Integrierendes Prozessmanagement und der Aufbau neuer Versorgungsformen“ die Notwendigkeit zur integrierten Versorgung an drei Fakten fest. Da wäre zum einen die demografische Entwicklung in Deutschland zu nennen: Bis zum Jahr 2050 werde der Anteil der über 67-Jährigen um 55,3 Prozent ansteigen, so Prof. Schütte. „Entsprechend wird sich auch die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung nach SGB XI im Vergleichszeitraum verändern.“ War im Jahr 2000 noch jeder 41. Einwohner pflegebedürftig, wird 2020 bereits jeder 28. Einwohner Deutschlands gepflegt werden müssen. „Im Jahr 2050 hingegen wird jeder 16. Einwohner pflegebedürftig sein“,

erklärte Schütte.

Auch die Kosten zur Behandlung chronischer Krankheiten werden neuesten Prognosen zufolge weiter ansteigen. So werden die chronischen Krankheiten das Gesundheitswesen bis zum Jahr 2035 mit voraussichtlich 180 Milliarden Euro belasten. Zahlen, die nach Einschätzung von Prof. Schütte, für sich sprechen. Die Erkenntnis allein, dass Anstrengungen notwendig sind, genüge jedoch keineswegs. Als historisches Negativbeispiel des Erkenntnisgewinns ohne notwendige Handlungen folgen zu lassen, führte Schütte einen Satz des französischen Königs Ludwig XVI. an, den dieser auf dem Weg zum Schafott sagte: „Das alles habe ich seit 10 Jahren kommen sehen. Wie kam es nur, dass ich

nicht daran glauben wollte?“

Schütte führte weiter aus: „Die gesetzlichen Grundlagen für integrierte Versorgungsformen sind bereits gegeben.“ Auf dieser Basis könnten Modelle zum Aufbau neuer Managementprozesse entwickelt werden. Doch was heißt eigentlich „integriertes Prozessmanagement“? Laut Michael Schüttes Definition versuche „integrierendes Prozess-Management mit vorhandenen Mitteln mit Anwendung von Managementinstrumenten ein integriertes Betreuungsangebot bedürfnis- und bedarfsorientiert in angemessener Qualität und Kontinuität zu gewährleisten“. Konkret heißt das: „Vorhandene Ressourcen müssen in Nutzen für Patienten umgebaut werden.“ Dabei betonte Schütte die Bedeutung von Transparenz,

permanenter Optimierung und kontinuierlicher Kommunikation zwischen allen Beteiligten innerhalb des Managementprozesses. Last but not least spiele auch die gegenseitige „achtsame Wertschätzung“ eine maßgebliche Rolle für den Erfolg.

BARMER-Studie zur eGK

Erste Forschungsergebnisse der eBarmer Gesundheitsakte präsentieren Dr. Christian Graf, Abteilungsleiter Gesundheits-/Versorgungsmanagement der **BARMER**, und Dr. med. Hanna Kirchner, Barmer Forschungsvorhaben eGA. Gestartet wurde das Forschungsprojekt im August 2007 und das Ende ist für August 2010 vorgesehen. Im Zentrum der Untersuchung standen die Fragen: „Welchen Beitrag kön-

SCHWERPUNKT:
4. Krankenkassensymposium von ICW und 4sigma

> S. 1-4

Terminspeigel Oktober / November 2009

Datum	Wer	Ort
14.10.	Progenerika	Berlin
22.10.	Iges	Berlin
23./23.10	DGIV	Berlin
6.11.	Albertinen	Hamburg
23./24.11	spektrum K	Berlin
23./24.11	Handelblatt	Berlin
27./28.11	DVGPH	Dresden

In dieser Ausgabe vorgestellte und von „versorgungsmanagement kompakt“ (vm-k) empfohlene Termine.

nen elektronische Gesundheitsakten auf die Versorgung leisten?“. Und: „Wie bewerten Versicherte und Nutzer diese neuen Technologien?“ 96 Prozent der Versichertenbefragten sind der Auffassung, dass die elektronische Gesundheitsakte (eGA) die Behandlungssicherheit in Notfallsituationen erhöht. 95 Prozent derjenigen, die die Gesundheitsakte bereits nutzen, sehen vor allem Chancen darin, dass sie Untersuchungen bzw. Behandlungen besser nachvollziehen können und für 93 Prozent liegen die Möglichkeiten darin, „mehr eigene Kontrolle“ zu haben.

Betrachtet man die Versicherten in der Befragung, so schätzen chronisch Kranke die Chancen einer eGA höher ein als nicht chronisch kranke Personen. Interessanterweise schätzen Probanden mit Zugang zum Internet die Chancen einer eGA geringer ein, als Probanden, die keinen Internetzugang haben.

Auch werden die Chancen einer eGA mit zunehmendem Alter höher bewertet. Als Barrieren, die gegen die Verwendung einer elektronischen Gesundheitsakte sprechen würden, nennen 81,3 Prozent der befragten Versicherten Datenunsicherheit und Sorge um unberechtigten Zugriff auf die Akte. Außerdem erwarten 64,9 Prozent der Versicherten, dass die Gesundheitsakte kostenlos sein sollte. Die Werbefreiheit für die Akzeptanz einer eGA ist 66 Prozent der Nutzer sehr wichtig. Auch der mögliche Einfluss der eGA auf das Arzt-Patientenverhältnis wurde unter den Nutzern abgefragt: So sind 62 Prozent der Ansicht, dass sie beim Arzt „besser Probleme ansprechen können“. Und 61,4 Prozent sagen, dass sie sich besser in der Lage fühlen, mit ihrem Arzt über ihre Krankheit zu sprechen.

Wichtig ist nach Einschätzung von Graf, dass „die derzeitigen Forschungserkenntnisse im Gesamtkontext betrachtet werden“. Unbedingt notwendig sei die Implementierung von Leistungserbringerdaten. Außerdem müssten die Schnittstellen für den Da-

transfer genau definiert und die Wünsche der Patienten noch stärker berücksichtigt werden. Graf's Schlussfazit war sogleich als Appell an die Politik zu ver-

stehen: „Die Beschleunigung der gematik-Prozesse ist eine zwingende Voraussetzung u.a. für die flächendeckende Verbreitung von Gesundheitsakten.“ <<

Kurz-Interview: Horst-Günter Bohnenkamp, Geschäftsführer 4sigma:

„Coaching verhindert stationäre Aufenthalte“

>> Sehr geehrter Herr Bohnenkamp, Erfahrungen aus Amerika USA zeigen, dass 65 bis 80 Prozent der chronisch Erkrankten ihre Krankheit weitgehend selbst managen können. Wie lauten Ihre Erfahrungen aus Deutschland?

Die 4sigma GmbH entwickelt und realisiert seit über zehn Jahren Programme zur Betreuung chronisch kranker Menschen. Unsere langjährige Erfahrung zeigt: Mit einer gezielten Unterstützung per Telefon können Chroniker lernen, die Krankheit besser zu kontrollieren und trotz und mit ihr ein selbstbestimmtes Leben führen. Bevor der Patient jedoch „Manager“ seiner Erkrankung sein kann, muss er zum „Experten“ seiner Krankheit werden. Er benötigt Beratung, Motivation und Information, die seine individuellen Bedürfnisse aufgreifen. Denn nur wer die Konsequenzen des eigenen Handelns sowie die Ziele der Therapie versteht, ist bereit und fähig, einen aktiven Beitrag für mehr Gesundheit und Lebensqualität zu leisten. Hier setzen unsere telefonischen Betreuungskonzepte an – nach dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Mit dem Ansatz des telefonbasierten Patientencoachings will ihr Unternehmen - wie auf dem 4. Krankenkassensymposium deutlich wurde - für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation schaffen. Was bringt die per Telefon geleistete Beratung denn?

Chroniker haben ein besonderes Bedürfnis nach Aufklärung und individueller Ansprache. Durch ein gezieltes Gesundheitscoaching und das regelmäßige persönliche Gespräch mit dem Berater kommen sie nachweislich besser mit der Erkrankung zurecht und können auch die ärztliche Therapie aktiver unterstützen. Die Zahlen unseres Pilotprojekts mit der CityBKK bestätigten dies: Nach einem Jahr stieg der Anteil der Teilnehmer, die ihre Krankheit regelmäßig selbst managten, um 23 Prozent, der Anteil derer, die auch mit Notfallsituationen sicher umgehen konnten, um etwa 30 Prozent. Auch hinsichtlich der Compliance und medizinischer Parameter zahlten sich die telefonischen Interventionen aus: Nach 12 Monaten konnten wir bezüglich einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme eine Verbesserung um 24 Prozent verbuchen, fast die Hälfte der Patienten verlor an Gewicht und 57 Prozent berichteten, ihr Ernährungs- und Bewe-

ungsverhalten positiv verändert zu haben.

Eine Frage ist immer die Finanzierung und der Return-on-Invest eines derartigen Coachings. Mit der City BKK startete ihr Unternehmen Anfang 2008 das Modellprojekt „Patientencoaching“. Welche Einsparungen - gemessen zum Beispiel aus Krankenhausaufenthalten und -kosten konnten erzielt werden? Und: Wie sieht die Bilanz unterm Strich aus?

Das Konzept des Patientencoaching schafft eine echte Win-Win-Situation: Mit der individuellen Beratung hilft die Kasse ihren Versicherten dabei, besser mit der Erkrankung zu leben und die eigene Gesundheit lange zu erhalten. Zugleich profitiert aber auch der Kostenträger unmittelbar. So sank beispielsweise die Zahl der Klinik-Einweisungen, die aufgrund akuter Verschlechterungen erforderlich waren, um über 60%. Für uns und die CityBKK ist diese positive Entwicklung ein durchschlagender Erfolg: Denn jeder Krankenhausaufenthalt bedeutet nicht nur eine Belastung für den betroffenen Patienten, sondern verursacht auch hohe Kosten. Durch die durchgeführten Interventionen gelang es, die Ausgaben im stationären Bereich um mehr als zwei Drittel sowie die Gesamtkosten pro Patient um 65% zu senken.

Von der Signal Iduna BKK wurde Ihr Unternehmen beauftragt, eine „DMP-Intensivbetreuung“ aufzubauen. Was sind die Zielparame-ter und -Outcomes?

Die Signal Iduna IKK hat das Potential eines aktiven Versorgungsmanagements erkannt, nämlich einen positiven Deckungsbeitrag bei gleichzeitig hoher Versichertenzufriedenheit und Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer zu erwirtschaften. Aus dem bestehenden Pool an Versicherten in den IKK promed-DMP-Programmen identifizieren wir diejenigen, die einen erhöhten Betreuungsbedarf haben und hohe Kosten verursachen. Die Betreuung erfolgt anschließend bedarfsorientiert in vier Risikoklassen; mit dem Ziel, die Lebensqualität der DMP-Teilnehmer zu erhöhen, die Compliance und medizinischen Parameter zu verbessern und die Befähigung zum Krankheits-Selbstmanagement zu steigern. Im Sinne einer verbesserten Versorgung ist auch eine enge Einbindung des behandelnden Arztes vorgesehen. <<



Horst-Günter Bohnenkamp, 4sigma

Kurz-Interview: Martin Fuchs, Deutschland-Geschäftsführer des eHealth Spezialisten **InterComponentWare AG**

„Medizinische Datenautobahn ist längst in Betrieb“

Die Debatte über Steuerungsinstrumente und deren Wirksamkeit beherrscht derzeit die politische und öffentliche Diskussion über das Gesundheitssystem. Die Komplexität des Themas führt allerdings dazu, dass der inhaltliche Fokus eher selten auf dem Gesamtsystem liegt. Beim Basis-Roll-out der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in Nordrhein bestimmen beispielsweise die Themen Datenschutz und Akzeptanz die politische und mediale Reflektion.

>> Herr Fuchs, wieso wird im Zusammenhang mit dem seit wenigen Tagen in Nordrhein gestarteten Rollout der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zwar über Datensicherheit, aber nicht über die grundlegende Voraussetzung gesprochen, nämlich die Telematik-Infrastruktur, die für den effizienten Datenfluss im Gesundheitswesen unabdingbar ist?

Die IT-Industrie hat sich in den letzten Jahren hauptsächlich auf zwar sinnvolle, aber vereinzelte Lösungen fokussiert. Es gibt im Markt eine Menge Systeme und Lösungen, die nicht „miteinander sprechen“ können. Allein der deutsche Markt für Praxisverwaltungssysteme teilt sich auf unter fünf großen und vielen kleineren Anbietern, deren Produkte nur bedingt aufeinander abgestimmt sind. Aber es gibt bereits erfolgreiche erste Schritte auf dem Weg hin zu einem umfassend vernetzten Gesundheitswesen. Praxisbeispiele im In- und Ausland beweisen, dass der Datenaustausch über Sektorengrenzen hinweg heute schon möglich ist. Ein vernetztes Gesundheitswesen ist aber nur auf Basis einer zugrundeliegenden Telematik-Infrastruktur möglich.

Darauf kapriziert sich ja die gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) seit Jahren, was Ihr Mitbewerber Frank Gotthard (CompuGroup) in der letzten Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ auch bemängelt: Man unterhalte sich zu viel über Infrastruktur denn über sinnfällige Inhalte.

Bei der Einführung der eGK - das anspruchsvollste IT-Vorhaben in Deutschland - spielt die Telematik-Infrastruktur jedoch die zentrale Rolle. Die Infrastruktur ist die Grundlage für die Vernetzung von etwa 140.000 Ärzten, 21.000 Apotheken, 2.200 Kliniken und allen Krankenkassen mit rund 80 Millionen privat und gesetzlich Versicherten. Mitgezählt sind dabei noch nicht die mehr als 5.000 Zahnärzte und die zahlreichen Gesundheitsberufe, vom Physiotherapeuten über Homöopathen bis hin zu Orthopädieschuhmeistern.

Diejenigen, die das Thema medial oder politisch diskutieren, konzentrieren sich auf die Themen, die rund um die 100.000er Tests und rund um den geplanten Roll-out der eGK diskutiert werden.

Eine zentrale Rolle spielen dabei natürlich die Themen Datensicherheit und Datenhoheit. Gerade das Thema Datenhoheit im Bereich der gesundheitsbezogenen Daten muss im Sinne einer bürgerorientierten Sicherheitsstruktur diskutiert werden. Aber diese Themen befassen sich nicht mit dem Kern dessen, um den es aktuell eigentlich gehen sollte: dem Aufbau einer neutralen zukunftsfähigen Infrastruktur. Nur mit einer solchen Infrastruktur werden wir in der Lage sein, die kommenden Herausforderungen im Gesundheitswesen qualitativ hochwertig und effizient zu lösen. Und die Herausforderungen sind zahlreich: die demografische Entwicklung hin zur Alterspyramide sowie die zunehmende Chronifizierung, die mit einer immer höheren Multimorbidität einhergeht. In jeder Herausforderung liegen gleichzeitig Chancen. Die Chancen ergeben sich aus der Vernetzung der Leistungserbringer, denn nur in einem vernetzten Gesundheitswesen ist eine sektorenü-

bergreifende, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung möglich.

Sie sind mit Ihrem Unternehmen InterComponentWare AG (ICW) an der technischen Umsetzung des AOK-Hausarztvertrags in Baden-Württemberg beteiligt. Werden die Hausarztverträge der Telematik-Infrastruktur zum Durchbruch verhelfen?

Das Beispiel des Hausarztzentrierten Versorgungsvertrags (HZV) in Baden-Württemberg zeigt, wie eine landesweit genutzte Telematik Infrastruktur den Modernisierungsprozess im Gesundheitswesen einläuten kann. In diesem Bundesland wird bereits heute Zukunft gemacht, denn hier ist die medizinische Datenautobahn längst in Betrieb.

Weil bereits am 1. Juli 2008 die AOK Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) und der MEDI-Verbund den Hausarztzentrierten Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, der auch eine neue Datenvernetzung erforderte.

Der HZV sichert teilnehmenden Ärzten nicht nur neue wirtschaftliche Rahmenbedingungen, sondern hat darüber hinaus für den Aufbau einer hoch sicheren Telematik-Infrastruktur in Baden-Württemberg gesorgt, auf deren Basis die Vernetzung der Ärzte möglich ist. Die Infrastruktur ist so konzipiert, dass über sie nicht nur Hausarztverträge nach § 73b, sondern auch Facharztverträge nach § 73c und weitere Versorgungsmodelle möglich sind. Dabei können Ärzte, Apotheker und andere medizinische Leistungserbringer hoch sicher und zuverlässig mit Vertragspartnern wie Krankenkassen, Arztverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen, Klinikverbänden und auch mit dem Bürger/Patienten vernetzt werden. Unabhängig von der Einführung der eGK bietet der auf Basis der ICW-Infrastruktur abgewickelte HZV schon jetzt allen Beteiligten Mehrwerte – durch die reibungslose Online-Abrechnung oder durch die Fernbetreuung einer zunehmenden Zahl chronisch Kranker in der Fläche.

Wie ist die Resonanz der Ärzte in Baden-Württemberg, nachdem in Nordrhein erst eine 30prozentige Resonanz der dort niedergelassenen Ärzte feststellbar war, überhaupt ein Lesegerät zu bestellen?

Die Resonanz seitens der Ärzte und Patienten in Baden-Württemberg ist sehr positiv: über 3.000 Ärzte und über 634.000 Versicherte nehmen bereits am HZV in Baden-Württemberg teil.

Eine hoch sichere und flexible IT-Infrastruktur mit direktem Anschluss der Leistungserbringer ist sicher eine zwingende Voraussetzung



Martin Fuchs, ICW Deutschland

zung für weitere bundesweite Reformvorhaben. Welche Anwendungen werden auf uns zukommen?

Die Telematik-Infrastruktur ermöglicht Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen und kann hoch spezialisierte Arbeitsplätze schaffen. Zusätzlich erschließt sie neue Exportmärkte. Eine flächendeckende, hoch sichere, neutrale Telematik-Infrastruktur hat das Potenzial, Deutschlands Wettbewerbsfähigkeit zu stärken. Sie wird darüber hinaus weitere zahlreiche Innovationen nach sich ziehen. Diese Innovationen bieten Mehrwerte und ermöglichen echte Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen. Dazu zählen z.B. persönliche Gesundheitsakten, in dem der Bürger/Patient seine gesundheitsrelevanten Informationen sammelt, speichert und verwaltet.

Stichwort Gesundheitsakte: Welche Rolle spielt Ihre Gesundheitsakte „LifeSensor“ in einem vernetzten Gesundheitswesen?

Die Telematik-Infrastruktur für Hausarztverträge schafft die Voraussetzung zur Einführung der eGK und ihrer freiwilligen Anwendungen, zu denen auch elektronische Gesundheitsakten zählen. In einer elektronischen Gesundheitsakte wie „LifeSensor“ können neben der Arzneimitteldokumentation auch Befunde, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, Impfungen und weitere medizinische Daten sektorübergreifend abgelegt werden.

Diese Informationen kann der Patient bei Bedarf von ihm autorisierten Leistungserbringern wie Ärzten oder Apothekern zugänglich machen. Dieser Ansatz ist besonders im Bereich der Telemedizin interessant. Hausärztliche Befunde oder vom Patienten zu Hause erfasste Werte wie z.B. Blutdruck oder Gewicht können an spezialisierte Zentren übertragen werden, so dass der Patient besser gemonitort werden kann. Elektronische Gesundheitsakten stellen den größten Mehrwert der Telematik-Infrastruktur dar. Eine zentrale Rolle spielt in diesem Zusammenhang der Bürger, der sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung wahrnehmen kann. Wichtig zu erwähnen ist dabei, dass die Datenhoheit und die Entscheidung darüber, wer wann auf welche Daten in der persönlichen Gesundheitsakte zugreifen darf, ausschließlich beim Bürger/Patienten liegen.

Das heißt also, dass die Gesundheitsdaten des einzelnen Bürgers die system- und sinnstiftenden Grundeinheiten darstellen?

Nicht die Gesundheitsdaten des einzelnen Bürgers, sondern der Bürger zusammen mit seinen Gesundheitsdaten sind die system- und sinnstiftenden Grundeinheiten im Gesundheitswesen. In dem beschriebenen Szenario rückt der Patient und Mensch in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems. Wir verfolgen mit unserem Ansatz das ursprüngliche Ziel des Gesundheitssystems: die Gesundheit des Patienten sicherzustellen und Krankheit so schnell wie möglich zu heilen. Aber das alles ist nur dann sinnvoll, wenn die Gesundheitsakte des Bürgers/Patienten mit den Leistungserbringern vernetzt ist. Das bedeutet gleichzeitig, dass die im Bereich Gesundheit

engagierten IT-Unternehmen dazu übergehen werden, nicht länger über einzelne Softwareprodukte oder Softwareservices nachzudenken, sondern über wirkliche Mehrwertservices.

Wie wird ein wie auch immer gearteter Mehrwert für das System wie für die Verbraucher generiert?

Mehrwert im Gesundheitswesen lässt sich nicht generieren, wenn die zur Verfügung gestellten Daten proprietär oder in verschiedenen Daten-Silos getrennt gehostet werden. Bei unseren Vernetzungslösungen und bei der „LifeSensor“-Gesundheitsakte haben wir keinen monopolistischen Ansatz gewählt. Unsere Philosophie lautet „vernetzen statt ersetzen“. Das bedeutet, dass wir über eine offene eHealth-Plattform bereits bestehende IT-Komponenten miteinander verbinden. Nur auf diese Weise können Daten genau dann zur Verfügung gestellt werden, wenn man sie benötigt, z.B. im Notfall, bei der Chroniker-versorgung, für ökonomische Bewertungen oder zur Optimierung der Versorgungsqualität. Das alles ist nur über die Vernetzung möglich und nur so kann Transparenz im Gesundheitswesen geschaffen werden.

Die Entwicklung hin zu Mehrwertservices verläuft in drei Wellen. In der ersten Welle geht es um den Roll-out der Infrastruktur, wie wir ihn eben in Nordrhein sehen. Dieser umfasst neben der eGK und Heilberufeausweisen auch Kartenmanagementsysteme, Kartenlesegeräte und DSL-Anbindung. In der zweiten Welle werden treibende Applikationen auf Basis der Infrastruktur etabliert. In der dritten Welle schließlich können Services und Mehrwertdienste in Form von Produkten und Serviceangeboten realisiert werden. Dazu zählen auch elektronische Gesundheitsakten. Da ICW aber einen offenen eHealth-Plattformansatz verfolgt, kann der Bürger/Patient bereits heute schon von den Mehrwerten einer Gesundheitsakte profitieren, unabhängig von der Einführung der eGK, die eben begann

In dem Szenario, das Sie hier beschreiben, würde die IT also zum wahren Steuerungsinstrument?

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen sind nur mit Hilfe von IT-Lösungen zu meistern. Die eHealth-Plattform muss so flexibel angelegt sein, dass die Steuerung über den jeweiligen Fachmann erfolgen kann.

Und ICW will dabei mitwirken?

Natürlich. Eine wichtige Rolle wird dabei ICW spielen, indem zum Beispiel unser Unternehmen mit wichtigen Partnern als Lösungsanbieter auftreten wird. Neben einer gelungenen Datenvernetzung werden aber sicher noch weitere Themen zukünftig eine Rolle spielen. <<

„versorgungsmanagement kompakt“

>> Die grundlegende Problematik, dass in einem solidarisch finanzierten System Wettbewerb und Kommerz erlaubt, ja politisch gewollt sind, wird alle Beteiligten des Gesundheitssystems immer wieder aufs Neue an Grenzen führen; und zwar immer dann, wenn das von Gesellschaft und Politik zur Verfügung gestellte Budget zwischen den einzelnen Leistungserbringern aufgeteilt werden muss, was ja auch schon eine Form der

Priorisierung ist. Dass diese budgetäre Verteilung möglichst effizient und effektiv zu erfolgen hat, ist das eine; das andere ist, dass vor allem auf Leistungsträger eine Fülle von Lösungs-



ansätzen und diversen Möglichkeiten - ob nun im Bereich des eHealth oder der Telemedizin, der Kommunikations- oder der Customer-Relationship-Technologie, der integrierten Verträge oder der DMP - zugetragen werden, die in ihrer jeweiligen Effizienz und Effektivität erst einmal eingeschätzt und eingeordnet werden müssen.

Das braucht es in erster Linie Information; aber auch Empfehlungen, welche der vielen Termine in den kommenden Wochen und Monate die wirklich wichtigen sind. Auch hier schafft der neue „versorgungsmanagement kompakt“ in Form von Entscheider-Informationen für Leistungsträger etwas mehr Transparenz. <<

Ihr

Peter Stegmaier
Herausgeber VM-K

INSIGHT Health zur aktuellen Entwicklung der Rabattsituation bei der AOK:

AOK-Rabattmarkt ist im Umbruch

Die letzten Rabattausschreibungen - insbesondere der AOK - belegen einen Wandel in der Rabattstrategie der Krankenkassen. Bestimmten bislang Portfolioverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern den Großteil des sogenannten Rabattmarktes, werden diese nun nach und nach durch Rabattverträge abgelöst, die über EU-weite Ausschreibungen zustande kommen und sich auf ausgewählte Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen fokussieren. Zumindest kurzfristig führt das bei der AOK zu einem Mengenrückgang bei den rabattierten Arzneimitteln.

>> Noch im Mai 2009 waren 68,2 Prozent aller AOK-Verordnungen im generikafähigen Markt (Generika, Altoriginale und Biosimilars) rabattiert. Dies entspricht 11,1 Mio. Packungen mit einem Umsatzvolumen von 109 Mio. Euro nach Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers (ApU). Mit dem Start der Rabattverträge (am 1. Juni 2009) über 63 Wirkstoffe aus der letzten AOK-Ausschreibung ist dieser Anteil zunächst auf 54,4 Prozent zurückgegangen.

Betrachtet man nur die ausgeschriebenen 63 Wirkstoffe, dann wird der Rückgang noch deutlicher: Von 80,9 Prozent auf 51,9 Prozent. Dieser Rückgang bedeutet allerdings, so die Experten von **INSIGHT Health**, nicht zwangsläufig eine Verringerung der Einsparpo-

tenziale der AOK. Zum einen sind die Rabattquoten bereits im Juli wieder auf über 57 Prozent gestiegen. Zum anderen darf man davon ausgehen, dass die Rabatthöhen, die über die Ausschreibungen erzielt werden können, in der Regel deutlich über jenen der Portfolioverträge liegen.

Umsetzungsquoten

Bei den meisten Wirkstoffen aus den aktuellen Rabattverträgen liegt die Umsetzungsquote zwar deutlich höher, aber immer noch signifikant unter dem Niveau der abgelösten Portfolioverträge. So lag z.B. die Umsetzungsquote bei dem Wirkstoff Simvastatin in den alten Verträgen zuletzt bei 88,1 Prozent. Aktuell erreicht sie 77,9 Prozent.

Während die Rabattverträge der letzten AOK-Ausschreibung gerade erst gestartet sind, hat die Kasse kürzlich bereits ein neues Vergabeverfahren für 87 Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen eröffnet. Wie schon bei der letzten Ausschreibung entspricht jeder Wirkstoff einem Fachlos, für das wiederum fünf Gebietslose gebildet werden. Auf die jetzt ausgeschriebenen Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen entfielen in den letzten zwölf Monaten (August 2008 bis Juli 2009) 49 Mio. Verordnungen, die einem Umsatzvolumen in Höhe von mehr als 750 Mio. Euro nach ApU entsprechen.

Die Arzneimittelhersteller sind angehalten, bis zum 16. Oktober ihre Angebote abzugeben. Damit ist ein straffer Zeitplan vorgegeben, laufen doch parallel noch

Ausschreibungen der Techniker Krankenkasse, der Innungskrankenkassen sowie einiger Betriebskrankenkassen unter der Federführung von **spectrum|K**.

Wie schon bei den vorausgegangenen Ausschreibungen sind nach Auffassung von **INSIGHT Health** die Arzneimittelhersteller angehalten, die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen für die einzelnen Wirkstoffe bei den Ausschreibungen der verschiedenen Kassen(gruppen) zu beachten.

Neben der Frage nach dem Marktpotenzial gilt es z.B. auch das Potenzial etwaiger Wettbewerber zu analysieren. Zudem ist abzuschätzen, wie sich Umsätze und Deckungsbeiträge bei den einzelnen Wirkstoffen je nach Ausgang der Ausschreibung voraussichtlich entwickeln werden. <<

„Was bringt die Zukunft?“

>> „Was geht schon heute und was bringt die Zukunft?“ fragt das **BKK-Gemeinschaftsunternehmen spectrum|K** in seiner 2. Tagung „Versorgungsmanagement & IT-Lösungen“ am **23./24. November** in Berlin. Dabei gibt spectrum|K einen tiefen Einblick in den umfangreichen Prozess des Versorgungsmanagements. Infos: www.spectrumk.de. <<

„Der PEP von IV-Modellen“

>> Das 5. Hamburger Symposium (des **Albertinen-Diakoniewerks**) zur Integrierten Versorgung trägt den Titel „Probieren, Etablieren, Profilieren – der PEP von IV-Modellen“ und findet am **6. November** im Grand Elysee statt. Infos: **GSB** Deutsche Gesundheitssystemberatung: info@deutsche-gsb.de <<

„Health“-Forum

>> Die **Handelsblatt** Jahrestagung „Health“ ist jedes Jahr der Treffpunkt für die Gesundheitspolitik und -wirtschaft. Rund zwei Monate nach der Bundestagswahl informieren am **23./24. November** die wichtigsten Akteure über künftige gesundheitspolitische und ökonomische Strategien. Ein Schwerpunkt der Tagung ist die Finanzierung des Gesundheitssystems. Auf der „Health“ diskutieren Daniel Bahr (FDP), Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Carola Reimann (SPD) und Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU) über parteipolitische Perspektiven und legen Konzepte zur Gestaltung der Gesundheitspolitik vor. <<

Präventions-Kongress

>> Der Deutsche Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health e.V. (**DVGPH**) lädt in Kooperation mit dem Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V. (**FVPHS/SA**) zum 3. Nationalen Präventionskongress nach Dresden ein. Der Kongress findet traditionell im Deutschen Hygiene-Museum statt, diesmal vom **27./28. November**. „Mit der Fortsetzung dieser Kongressreihe wenden wir uns an alle an Prävention und Public Health interessierten Wissenschaftler und Praktiker,“ erklärt Tagungspräsident Prof. Dr. Dr. W. Kirch. Registrierung/Hotelbuchung unter: <http://www.intercom-dresden.de/praevention09/> <<

Iges: „Innovationen in der Krise“

>> Der 7. **Iges**-„Kongress zum Fortschritt im Gesundheitswesen von morgen“ findet am **22. Oktober** im Auditorium Friedrichstrasse statt. Thema: „Innovationen in der Krise“. Anmeldung: kongress@iges.de. <<

Wie aus Aut idem Off label werden könnte

>> Einerseits gibt es im kulminierenden Streit um die Substitution sicherlich verschiedene Standpunkte, die man einnehmen kann, wie diverse juristische Gutachten zeigen. Andererseits ist die Auslegung der Substitution wirkstoffgleicher Arzneimittel gewiß nicht trivial und nur durch Juristen durchführbar, denn hier geht es nicht nur um (sicher mögliche) Einsparpotenziale aus Rabattverträgen, sondern um Zulassungs- und Haftungsfragen, aber auch um medizinisch-relevante Fragen der Sicherheit und Compliance.

Während die **AOK** im Sinne des Spargedankens die Position vertritt, dass ein Austausch auch dann erfolgen kann, wenn bei einer wirkstoffgleichen Substanz nicht alle Indikationsgebiete abgedeckt sind, verweisen Branchenverbände auf Haftungsfragen sowie auf Complianceprobleme: beispielsweise eben dann, wenn Patienten - falls sie den Beipackzettel lesen sollten - das betreffende Anwendungsgebiet für das verschriebene Medikament gar nicht vorfinden.

Ausgelöst wurde die zur Zeit leider nur juristisch geführte Debatte durch den Arzneistoff „Omeprazol“, für den die AOK zum 1. Ju-

li einen Rabattvertrag mit dem Hersteller **KSK-Pharma** abgeschlossen hatte, der die N2-Packung mit nur 56 statt üblicherweise 60 Tabletten und die N3-Packung mit 98 statt 100 anbietet.

Für die Substitution in der Apotheke müssen die Apotheker aber nun einmal die Vorgaben der Aut-idem-Regelung beachten. Die besagt (zur Zeit), dass Arzneimittel nur dann ausgetauscht werden dürfen, wenn sie exakt den gleichen Wirkstoff und Wirkstärke, aber auch die gleiche Darreichungsform und Packungsgröße haben wie das verordnete Medikament.

Jetzt ist nach detaillierten Berechnungen des Branchenverbands **Progenerika** - selbst Kritiker werden dem zustimmen müssen - 56 nicht gleich 60 und 98 nicht gleich 100. Ob nun die 4 oder 2 Pillen weniger gleich zu geringerer Compliance oder gar zu Mehrverordnungen (weil eine 56er Packung eben etwas früher aufgebraucht ist als eine 60er) führen werden, sei mal dahingestellt.

Weit wichtiger ist in diesem Zusammenhang die Frage der Zulassung, die **IMS Health** in seinem 13. Flashlight ins Feld führt: Würde nämlich die Haltung der AOK anerkannt, bedeutete dies eine

ganz neue Art der Wettbewerbsbenachteiligung. **IMS**: „Wenn beispielsweise ein Hersteller für ein Indikationsgebiet keine Zulassung besitzt, aber die Produkte als austauschbar gelten, dann ist der Hersteller, ohne Aufwendungen und Kosten für die Zulassung erbracht zu haben, im Vorteil.“ Das wäre dann so etwas wie eine Zulassungserweiterung qua Aut idem!

Noch viel weitreichender ist aber, dass die neue Substitutionsauffassung der AOK die Zulassung als solche berühren würde. Wenn nämlich auf einmal alle Arzneimittel mit Wirkstoffgleichheit als austauschbar gelten, obwohl es nur ein gemeinsames Anwendungsgebiet gibt, würde die eindeutige Abgrenzung zum „off label use“ schwierig - so **IMS**.

Das aber wiederum gebiert Haftungsfragen. Denn das Bundesministerium für Gesundheit (**BMG**) sieht den Apotheker in der Substitutionspflicht, indes ohne das gesetzlich eindeutig zu verankern. Doch wer haftet, wenn ein entsprechend „indikationsfremder“ Austausch zu einem für den Patienten nachweislich schädlichen Ergebnis führt? Laut **BMG** verbleibt die Haftung beim Hersteller, während die Industrie - gestützt auf ein Gut-

achten - die Auffassung vertritt, dass sich die Haftung dann auf den Apotheker und die Ärzte verlagert. Und zwar immer dann, wenn der Apotheker ein Medikament außerhalb seiner zugelassenen Indikation abgibt bzw. der Arzt Aut-idem nicht ausgeschlossen hat.

Ob der ganze Ärger sich lohnt? Nach Berechnungen von **INSIGHT Health** darf daran gezweifelt werden - auch wenn dafür andere Gründe als rechtliche schuld sind. „Omeprazol“ ist für **IH** nämlich ein Paradebeispiel dafür, dass auch ein hoher Rabatt den Rückgang rabattierter Verordnungen nicht ausgleichen kann. Nach aktuellen Werten - die **IH** auf der Basis einer kontinuierlichen Vollerhebung aller abgerechneten GKV-Rezepte ermittelt - lag im Juli 2009 der Anteil rabattierter Verordnungen des AOK-Rabattpartners **KSK** an allen „Omeprazol“-Verordnungen zu Lasten der AOK bei nur 8,6%, während die Umsetzungsquote bei diesem Wirkstoff - bezogen auf alle damaligen Rabattpartner - noch im Mai bei 84,6% lag. Der Grund für die niedrige Quote ist indes echt trivial: **KSK** hatte zum Ausschreibungszeitpunkt gar nicht alle handelsüblichen Packungsgrößen in seinem Portfolio. <<

„6. Dialog am Mittag“ zur Problematik der Substitution

>> „Rabattverträge, Anwendungsgebiete und aut idem“ heisst der Titel des 6. „Berliner Dialogs am Mittag zur zukünftigen Arzneimittelversorgung“, wie immer veranstaltet vom Branchenverband **Pro Generika**. Diskutiert werden im Konferenzbereich des Restaurants „Manzini-Mitte“ am **14. Oktober** in der Reinhardtstr. 14 die Hintergründe, die zu den unterschiedlichen Auslegungen der Substitutionsvoraussetzung „für den gleichen Indikationsbereich zugelassen“ führten. Die Diskussion darüber hat nicht nur in den

Fachkreisen, sondern auch in der breiten Öffentlichkeit hohe Wellen geschlagen und soll mit der Veranstaltung auf ein fachlicheres Niveau gebracht werden.

In der Auseinandersetzung geht es um eine Vielzahl von Aspekten, die vom Arzneimittelrecht über das Haftungsrecht sowie über die Arzneimittel- und Therapiesicherheit bis hin zur potenziellen Non-Compliance der Patienten und daraus resultierenden Weiterungen und Konsequenzen reichen. Anmeldungen: franziska.strobel@progenerika.de. <<

Eine Auslegungsfrage?

Im Streit um die Substitution haben erst einmal Juristen das Wort. So sind zugelassene Generika nach Meinung des Medizinrechtlers Professor Alexander Ehlers „im Hinblick auf Unbedenklichkeit und Wirksamkeit genau so sicher wie das Original“. In einem kürzlich in Berlin vorgestellten Gutachten kommt die Kanzlei **Ehlers, Ehlers & Partner** im Auftrag der **AOK** zu dem Schluss, dass wirkstoffgleiche Medikamente ausgetauscht werden können. Im Interview mit dem AOK-Medienservice erklärte Ehlers, dass der Gesetzeswortlaut aber durchaus äußerst unbestimmt gefasst sei und dadurch gewisses Konfliktpotenzial insbesondere im Hinblick auf die grundrechtlich garantierten Eigentumsrechte der pharmazeutischen Unternehmer, aber auch im Hinblick auf zulassungsrelevante Fragen und die Ausgestaltung von Fachinformation und Packungsbeilage berge.

Studien & Erkenntnisse

>> Responder identifizieren, diese früher therapieren und dadurch unnötige Behandlungen vermeiden - dies sind die Ziele der aktuell startenden **PREDICT**-Studie. Um den Therapieerfolg einer Etanercept-Therapie noch besser vorherzusagen zu können, führt **Wyeth BioPharma** gemeinsam mit Prof. Dr. Gerd-Rüdiger Burmester und seinen Mitarbeitern der Klinik Rheumatologie und klinische Immunologie, **Charité** - Universitätsmedizin Berlin und dem **Max-Planck-Institut** für Molekulare Genetik diese neuartige Studie durch. Sie dient der Identifikation von Antikörpern gegen neue Autoantigene, die mit Etanercept-Non-Respondern assoziiert sind. >>

>> Das **Mammographie-Screening** ist für über 10 Millionen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren die wichtigste Maßnahme zur Brustkrebsfrüherkennung. Gemäß Beschluss des Deutschen Bundestages vom Juni 2002 orientiert sich das Screening-Programm an den „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ und genügt damit höchsten Qualitätsanforderungen.

Kürzlich hat die **Kooperationsgemeinschaft Mammographie** den ersten Evaluationsbericht über das Mammographie-Screening-Programm in Deutsch-

land vorgestellt, und dem **G-BA** vorgelegt. Der Bericht umfasst den Zeitraum der Jahre 2005 bis 2007 und gibt nicht nur einen Einblick in die Struktur und Organisation des Screenings, sondern zeigt insbesondere die Ergebnisse erhobener Qualitätsparameter auf. Diese orientieren sich eng an den Vorgaben der Europäischen Leitlinien. Hierzu gehören zum Beispiel die Einladungs- und Teilnahmeraten, die Anzahl und Größe der im Screening entdeckten bösartigen Tumoren und der Anteil derjenigen Frauen, die zur Abklärung eines verdächtigen Befundes eingeladen wurden. >>

>> Für **Nierenzellkarzinom**-Patienten mit hohem Risiko hat Temeosolimus (Torisel®) einen signifikanten Überlebensvorteil von 49 Prozent gegenüber der bisherigen Standardtherapie mit Interferon-alfa gezeigt. Die Patientengruppe, die von dem mTOR-Inhibitor profitiert, ist dabei wesentlich größer als bisher angenommen.

Nach einer aktuellen Auswertung unter Berücksichtigung der Hudes-Kriterien aus der Zulassungsstudie ARCC liegt der Anteil aller Nierenzellkarzinom-Patienten mit hohem Risiko derzeit bei etwa 39 Prozent. Über den konkreten Einsatz von Temeosolimus bei Hochrisiko-Patienten sprachen Experten beim gemeinsamen Satelliten-Symposium von **Roche** und **Wyeth** auf dem 61. Kongress der **Deutschen Gesellschaft für**

Urologie in Dresden. >>

>> Eine der bislang größten Untersuchungen zur Therapie einer Tumorvariante wird wahrscheinlich weltweit die Behandlungsstandards verändern. Diese **anaplastischen Gliome** sind mittelbösartige Hirntumore, die in Zukunft differenzierter und damit mit weniger Nebenwirkungen behandelt werden können. Statt wie bisher üblich nach der Operation die erweiterte Tumorregion zu bestrahlen oder Strahlen- und Chemotherapie zu kombinieren, können Ärzte nunmehr den jährlich rund 750 Neuerkrankten in Deutschland eine alleinige Chemotherapie anbieten. Damit werden mindestens gleich gute Resultate erzielt, die Präferenzen

und Lebensumstände der Patienten können aber besser berücksichtigt werden.

„Wir haben gezeigt, dass eine alleinige Chemotherapie ebenso gut ist wie eine Strahlentherapie, bei der man langfristig mit beträchtlichen Nebenwirkungen rechnen muss“, erläuterte Prof. Michael Weller, Direktor der Neurologischen Klinik des **UniversitätsSpital Zürich** auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (**DGN**) in Nürnberg. Er hatte zusammen mit Prof. Wolfgang Wick von der neurologischen **Universitätsklinik Heidelberg** und weiteren Kollegen in der so genannten NOA-04-Studie 318 Patienten mit anaplastischen Gliomen des WHO-Grads III untersucht, die in rund 30 Kliniken aus ganz Deutschland behandelt worden waren. <<

6. DGIV-Bundeskongress

>> „Integrierte Versorgung als gesundheitspolitisches Prinzip“ ist das Motto des diesjährigen 6. **DGIV-Bundeskongresses** am **22./23. Oktober** in Berlin. Die Modelle der integrierten und selektivvertraglichen Versorgung eröffnen bei einer Vielzahl von Erkrankungen für Leistungserbringer und Leistungsträger die Möglichkeit, das Ziel einer optimierten medizinischen Versorgung und Pflege der Patienten gemeinsam zu erreichen.

Mit 52 Referenten und Moderatoren ist der fachliche Teil

des Kongresses in der gesamten Bandbreite der neuen Versorgungsformen umfassend abgedeckt. Den Eröffnungsvortrag hält Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Vorstandes der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**. Am zweiten Kongresstag geben Franz Knieps, Abteilungsleiter im **Bundesministerium für Gesundheit**, und Professor Eberhard Wille, Vorsitzender des **Sachverständigenrates**, ihre Einschätzung zur zukünftigen Gesundheitspolitik und selektivvertraglichen Versorgungsformen. <<

Impressum versorgungsmanagement kompakt – Entscheiderinformationen für Leistungsträger

<p>versorgungsmanagement kompakt Entscheiderinformationen für Leistungsträger 1. Jahrgang</p>	<p>Redaktion Olga Gnedina gnedina@vm-k.de</p>	<p>Tel +49-(0)228-76368-0 Fax +49-(0)228-299799714 heiser@vm-k.de</p>	<p>Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.</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 Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der</p>	<p>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>Herausgeber Peter Stegmaier, Bonn stegmaier@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>Abonnement „versorgungsmanagement kompakt“ erscheint sechsmal jährlich. 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. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr.</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 Printed in Germany</p>	<p>Auflage 1.000 Exemplare</p> <p>Leserzielgruppe Entscheider in Krankenkassen</p> <p>Portal: VM-K.de (im Aufbau)</p>	



4sigma

quality for healthcare

GESUNDHEITSMANAGEMENT NACH MASS

4sigma setzt seit über 10 Jahren durchgängige Konzepte zur telefonbasierten strukturierten Patienten- und Versichertenbetreuung um. Die langjährige Erfahrung und gewachsene Kompetenz sind die Garanten für die hohe Qualität unserer Gesundheitsdienstleistungen.

Mit ihrem innovativen, modularen Produktportfolio ist 4sigma für alle Beteiligten im Gesundheitswesen ein starker Partner.

-  Versorgungsmanagement
-  Gesundheitshotline
-  Präventionsprogramme
-  Disease-Management
-  Integrierte Versorgung
-  Telemonitoring

Mit einem starken Partner
auf Erfolgskurs!

4sigma quality for
healthcare

4sigma GmbH
Bajuwarenring 19
82041 Oberhaching

Fon: +49 89 950084 - 0
Fax: +49 89 950084 - 410
E-Mail: info@4sigma.de
www.4sigma.de