Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Prof. Dr. Volker Amelung und Prof. Dr. Martin Gersch im MVF-Interview

„Für alle muss gelten: Innovation lohnt sich“

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV) hat in Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) 2012 die 2. Erhebungsrunde ihres Krankenkassen-Befragungsprojektes „Monitoring I.V.“ abgeschlossen. Durchgeführt und ausgewertet wurde die Erhebung vom Competence Center E-Commerce (CCEC) der Freien Universität Berlin. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach über das Projekt und die derzeitige Situation in der Integrierten Versorgung mit Prof. Dr. Stefan G. Spitzer (DGIV), Prof. Dr. Volker Amelung (BMC) und Prof. Dr. Martin Gersch (CCEC).

>> Warum hatte sich die DGIV in ihrem Projekt „Monitoring I.V.“ zur Durchführung einer 2. Erhebungsrunde entschlossen?

Spitzer: Mit unserer ersten Erhebungsrunde hatten wir in diesem Projekt Daten bis zum Sommer 2010 erfasst. Über die Entwicklung der Integrierten Versorgung im Folgezeitraum gab es eher Mutmaßungen als gesicherte Erkenntnisse. Hinzu kam, dass das Versorgungsstrukturgesetz ersichtlich keine neuen inhaltlichen Impulse für die integrativen Versorgungsformen gesetzt hat. Wir wussten zwar im Großen und Ganzen über die Entwicklung im Lande Bescheid, denn wir sind nah dran an dieser Versorgungsform. Aber über die Einstellung der gesetzlichen Krankenkassen zur Integrierten Versorgung gab es in der Vergangenheit doch schon unterschiedliche Äußerungen in der Öffentlichkeit. Aus unserer Sicht war es wichtig, der öffentlichen Diskussion über die Einstellung der Leistungsträger zur I.V. wieder eine rationale Grundlage zu geben. Außerdem hatte die Auswertung der ersten Erhebungsrunde neue Fragen aufgeworfen, auf die wir jetzt auch in der neuen Erhebung Antworten einholen konnten. Zudem sind insbesondere Längsschnittuntersuchungen über mehrere Zeitpunkte interessant, durch die man den Veränderungsprozess und seine Hintergründe besser analysieren kann.



Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorstandsvorsitzender der DGIV.

Was gab für den BMC die Veranlassung, sich an dem Projekt zu beteiligen?

Amelung: Die aktuelle Situation trägt fast schon absurde Züge. Alle befürworten die I.V. und sprechen über notwendige strukturelle Veränderungen in der medizinischen Versorgung. Doch darüber, was in der Versorgungsrealität wirklich passiert und bereits erreicht worden ist, tappen wir spätestens seit Auslaufen der Anschubfinanzierung weitestgehend im Dunkeln. Umso wichtiger sind Projekte wie Monitoring I.V. Eines sollte uns klar sein: Wenn wir die I.V. gezielt befördern und weiterentwickeln wollen, dann müssen wir auch wissen, wo der Schuh drückt und welche Stellschrauben nachgezogen werden sollten. Für den BMC, der sich seit seiner Gründung vor 15 Jahren an vorderster Front für innovative Versorgungsformen einsetzt, stand daher außer Frage, dass wissenschaftliche Studien notwendig sind.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte für sein Sondergutachten 2012 auch eine umfangreiche Befragung der Krankenkassen und Krankenhäuser zur Integrierten Versorgung vorgenommen. Wie ist Ihre Befragung zu der Erhebung des SVR Gesundheit einzuordnen?

Gersch: Die Erhebungszeiträume und Stichtage von Monitoring-IV I (2009/2010) und II (2012) liegen jeweils in den zeitlichen Lücken der SVR-Erhebungen, in denen gesetzliche Veränderungen entweder wirksam wurden (z.B. Wegfall der Anschubfinanzierung in M-IV I) oder sich neu anbahnten (z.B. Einführung VSG in M-IV II). Dadurch können wir Antworten zu ähnlich erhobenen Fragen - etwa zu Erwartungen an die besonderen Versorgungsformen - vor dem jeweiligen Hintergrund der scheinbar großen gesetzlichen Dynamik analysieren und über die Zeit im Zusammenspiel mit den Ergebnissen der SVR-Erhebung eine Längsschnittperspektive einnehmen. Erst hierdurch werden interessante Erkenntnisse über den Verlauf des Veränderungsprozesses möglich.

Neben ähnlich erhobenen Aspekten zur Entwicklung und Bedeutung der Integrierten Versorgung seit dem Ende der Anschubfinanzierung unterscheidet sich Monitoring-IV auch in der zweiten Erhebungsrunde von der SVR-Erhebung wieder dadurch, dass wir den „Zoom“ auf alle besonderen Versorgungsformen (nach §53 Abs.3 SGB V) erweitert haben. Dadurch beziehen sich die erhobenen Aussagen in Monitoring-IV nicht nur auf Fragen der Integrierten Versorgung (nach §140a-d, SGB V) oder der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (nach 73c, SGB V), sondern können breiter interpretiert werden. Darüber hinaus sehen wir die Fokussierung auf die sogenannte Vormarktphase, also den Bedingungen für das Entstehen eines Vertrages, als komplementäre Ergänzung zur SVR-Erhebung an, in der ja vor allem relevante Faktoren für Vertragsbeendigungen im Vordergrund standen. Aus dieser Perspektive konnten wir wertvolle Einsichten zu strategischen Einschätzungen der einzelnen Kassen gewinnen.

Waren Sie mit der Beteiligung der Krankenkassen an Ihrer Erhebung zufrieden?

Gersch: Wir konnten im Vergleich zur ersten Erhebungsrunde die Rücklaufquote steigern und können nun Aussagen treffen, die für rund 58 % der gesetzlich Versicherten stehen. Damit sind wir sehr zufrieden, zumal wir einen guten Querschnitt der Versicherungen und dabei auch sehr interessante Kassen mit divergierenden Strategien im Hinblick auf besondere Versorgungsformen gewinnen konnten. Natürlich bleibt in

der Wissenschaft immer der Wunsch nach noch mehr Rücklauf, aber die Ergebnisse zeigen uns, dass wir mit den erhobenen Daten eine interessante und aussagekräftige Typenbildung vornehmen und signifikante Aussagen von großer Relevanz ableiten können.

Können Sie uns einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse Ihrer 2. Erhebungsrunde geben?

Gersch: Die wichtigste Erkenntnis dieser zweiten Erhebungsrunde ist, dass die Streuung der Bedeutungsvermutungen im Vergleich zur ersten Erhebungsrunde von 2009/2010 erheblich zugenommen hat. Das bedeutet, dass im Feld der Krankenkassen sehr viel stärker polarisiert wird hinsichtlich der Bedeutungseinschätzung der besonderen Versorgungsformen, so dass neben Optimisten jetzt erstmals Skeptiker zu identifizieren sind (vgl. Abbildung).

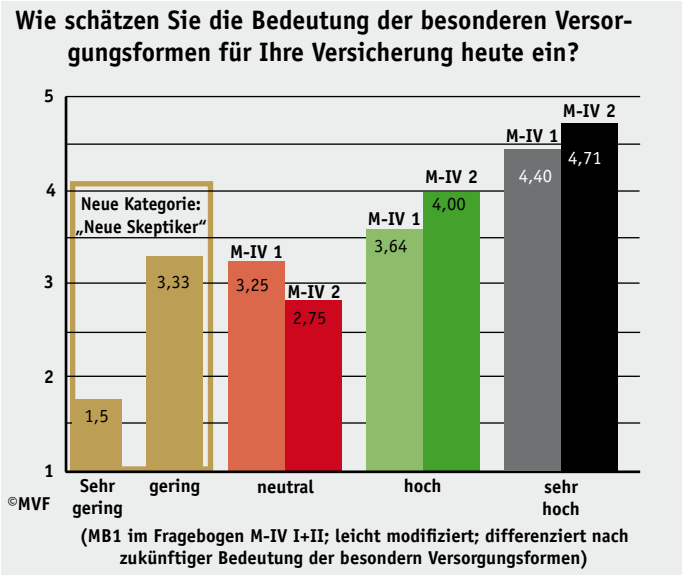


Abb. 1: Zukünftige Bedeutung der besonderen Versorgungsformen. Legende: MW = 3,75 (M-IV I), MW = 3,7 (M-IV II); 1 = als sehr gering, 5 = als sehr hoch

Zudem konnten wir aus den Längsschnittdaten Typen generieren, die sich unterscheiden lassen in ihrer Entwicklungsrichtung der Bedeutungseinschätzung über die Zeit. Da gibt es Kassen, die entweder seit 2004 stabil an die Bedeutung der besonderen Versorgungsformen glauben („stabile Optimisten“), deren Bedeutungszuschreibung anfänglich verhalten war und jetzt sogar wächst („wachsende Fans“) oder anders herum anfänglich sehr stark war und über die Zeit abnimmt („wachsende Skeptiker“). Zwischen diesen unterscheidbaren Typen variieren z.B. sowohl die Erwartungsbreite, die strategischen Einschätzungen als auch die wahrgenommenen Hürden besonderer Versorgungsformen. Damit konnten wir die generelle Aussage des Sachverständigenrates, dass hier kein signifikantes Wachstum in Sicht sei, so nicht bestätigen. Unsere Ergebnisse sprechen dafür, dass nachwievor „hoffnungsvolle zarte Pflänzchen“ existieren. Allerdings ist durchaus die Gefahr erkennbar, dass auch diese mit zunehmender Bürokratie und Hürden der Umsetzung von Projekten der besonderen Versorgungsformen „zertrampelt“ werden könnten.



Prof. Dr. Martin Gersch, Professur für das Fachgebiet Betriebswirtschaftslehre sowie Competence Center E-Commerce.

Man könnte den Eindruck gewinnen, dass die Diskussion um das „Wohl und Wehe“ der Integrierten Versorgung wieder an Intensität zugenommen hat. Wie beurteilen Sie die derzeitige Lage der Integrierten Versorgung in Deutschland?

Spitzer: Die Integrierte Versorgung gem. §§ 140a ff. SGB V ist unverändert die innovativste Versorgungsform in Deutschland. Leider teilt sie derzeit das Schicksal der anderen Selektivversorgungsformen: Zu wenig vertragliche Freiheiten und zu viel staatliche Regulierung lassen sie nicht so zur Entfaltung kommen, wie es das enorme Potential, das in dieser Versorgungsform steckt, ermöglichen würde. Es ist müßig, jetzt darüber zu streiten, wem der Schwarze Peter für die zwischenzeitlich entstandene Situation einer sich nicht wie erwartet weiterentwickelnden I.V. zugesteckt werden könnte. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat jedenfalls hier den Finger in manche Wunde gelegt. Wir sind sehr dankbar, dass endlich vieles beim Namen genannt wurde und hoffen jetzt natürlich darauf, dass der Gesetzgeber so schnell wie möglich das in den letzten Jahren Versäumte nachholt und der Integrierten Versorgung endlich die Förderung zu Teil werden lässt, die ihr gebührt.

Dem unverändert bestehenden Interesse an der Integrierten Versorgung auf Kassenseite steht eine noch nicht befriedigende Versorgungsrelevanz dieser Versorgungsform gegenüber. Welche Hauptprobleme der Integrierten Versorgung bedürfen aus Ihrer Sicht einer dringenden Lösung?

Amelung: Interesse allein reicht nicht aus, auch die Rahmenbedingungen müssen stimmen. Aus Sicht der Kassen ist es völlig rational, wenn sie zögern, Investitionen in I.V. zu tätigen. Das Risiko erscheint vielen zu hoch, der Gewinn zu unvorhersehbar. Die wenigsten Projekte amortisieren sich in einem Jahr. Deshalb ist es wichtig, die Kassen von ihrem Budgetdenken zu befreien. Abhilfe schaffen könnte ein Innovationsfonds für Pilotprojekte, der sich beispielsweise aus zwei Prozent der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds speist. Um sicherzustellen, dass die Gelder sachgerecht verwendet werden, müssten die geförderten Projekte einer standardisierten Evaluation unterzogen werden. Auch der Vorschlag des Sachverständigenrates zur Vergabe von zinsverbilligten Darlehen ist ein möglicher Weg. Für Ärzte wie auch die anderen Vertragspartner muss die Devise gelten: Innovation lohnt sich! Das Morbiditätsrisiko könnte teilweise auf integrierte Versorgungsverbünde übertragen werden. Schlussendlich brauchen wir für einen stärkeren Qualitätswettbewerb mehr Transparenz für die Versicherten, damit sie die Versorgungsangebote miteinander vergleichen und sich gezielt für das aus ihrer Sicht optimale Modell entscheiden können.

Der Sachverständigenrat hat sich in seinem diesjährigen Sondergutachten sehr umfangreich und auch recht kritisch mit dem Stand der Budgetbereinigung für die in der Selektivversorgung erbrachten ambulanten Leistungen auseinandergesetzt. Was halten Sie von den dazu unterbrei-

teten Empfehlungen des Rates?

Amelung: Eine unzulängliche Bereinigung kann die Ausbreitung integrierter Versorgungsprojekte erheblich behindern. Die aktuellen Regelungen sind sicherlich verbesserungsfähig. Der administrative Aufwand ist schlichtweg zu hoch. Auch besteht die Gefahr, dass im Rahmen des Selektivvertrags erbrachte Leistungen nicht als bereinigungsrelevant anerkannt werden. Der Sachverständigenrat schlägt daher eine interne Bereinigung vor, d.h. Ärzte rechnen wie gewohnt mit den KVen ab, leiten die Honorare für die im Selektivvertrag erbrachten Leistungen an die jeweilige Kasse weiter und erhalten im Gegenzug eine selektivvertraglich vereinbarte Vergütung. Inwieweit dieser Vorschlag administrativ leichter umsetzbar ist, wird sich zeigen. Zudem besteht das Problem, dass bei diesem Verfahren nicht sämtliche erreichten Einsparungen den Selektivvertragspartnern zugute kommen. Denn wenn beispielsweise durch den Einsatz innovativer Honorierungsformen die Leistungsinanspruchnahme zurückgeht, sinkt im gleichen Maße der Betrag, den die Kassen von den KVen bekommen. Das Reizvolle an dem Vorschlag des Sachverständigenrates ist, dass es den Selektivvertragspartnern selbst überlassen bleiben soll, welche Bereinigungsform sie wählen. Dann wird sich letztlich im Wettbewerb herausstellen, welches Verfahren sich durchsetzen wird.



Prof. Dr. oec. Volker Amelung, Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbands Managed Care e. V.

Die DGIV setzt sich für die Verwirklichung des „Prinzips der Integrierten Versorgung" auch in der Regelversorgung ein. Wie zufrieden sind Sie mit dem hier erreichten Stand der Entwicklung?

Spitzer: Das muss man differenziert sehen. Es steht für uns außer Zweifel, dass es ein grundsätzliches gesamtgesellschaftliches Bedürfnis danach gibt, dass alle Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen ihr Leistungspotential so einsetzen und dabei so zusammenarbeiten, dass der bestmögliche Effekt für die Bürgerinnen und Bürger daraus entsteht. Wenn man sich die Konsequenzen aus dem demografischen Wandel in unserer Gesellschaft ungeschönt vor Augen führt, sind wir auch sehr auf diese Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen in unserer Versorgung - über alle Sektorengrenzen hinweg - angewiesen. In Ansätzen ist auch das Bemühen des Gesetzgebers erkennbar, in dieser Richtung Einfluss auf die zweifellos bestehenden Gruppeninteressen bei Leistungserbringern und -trägern zu nehmen. Der „neue Versorgungsbereich" ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist ein solcher Versuch. Positiv sehen wir auch die Integrationsbestrebungen aus Optimierungsgedanken der Versorgungswirklichkeit heraus. Die gegen nicht geringe Widerstände erfolgten Klarstellungen der Bundesregierung, dass Krankenhäuser auch mit Hilfe von „freien Kooperationsärzten" ihre stationären wie ambulanten Patienten versorgen dürfen, sind hier ein gutes Beispiel. Unter dem Strich bleibt aber noch sehr viel zu tun und wir sind mit dem Tempo der Entwicklung nicht zufrieden. <<

Prof. Dr. Eberhard Wille verdeutlichte beim Kamingespräch der DGIV die Sicht des Sachverständigenrats zur IV

Finanzierungsidee für „Entdeckungsverfahren"

Mit zwölf Vorträgen stellte der Sachverständigenrat im Rahmen eines Symposiums im September 2012 sein aktuelles Gutachten rund 300 Vertretern von Verbänden, Ministerien, kommunalen kommunalen Einrichtungen, Unternehmen sowie Wissenschaftlern vor. Prof. Dr. Eberhard Wille, der Stv. Vorsitzende des Rats, rundete den Vortragsreigen vor rund 30 Teilnehmern beim exklusiven Kaminabend der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) im Berliner Chinaclub ab.

>> Bei seinem Vortrag zur „Integrierten Versorgung aus Sicht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen" ging Wille vor allem auf den Wettbewerb an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Behandlung sowie die Schwachstellen der besonderen Versorgungsformen ein, um die Ratsempfehlungen zum Wettbewerb an den Schnittstellen und die Idee des darlehensbasierten Vorschlags zur Förderung innovativer Versorgungskonzepte besser erklären zu können. „Man macht ja nur einen Vorschlag zur Finanzierung, wenn man glaubt, dass IV anders im Sand verlaufen würde", erklärte Wille. Besondere Versorgungsformen, zur Zeit eher ungenutzt, brauchen nach Meinung des Sachverständigenrats eine besondere Art der Finanzierung. Während die Wissenschaft - so auch Prof. Dr. Volker Amelung (s. Interview) auf einen Innovationsfonds setzt, der sich beispielsweise aus zwei Prozent der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds speist, schlägt der SVR eine darlehensbasierten Förderung innovativer Versorgungskonzepte vor. Diese Form hätte, so Wille, den Vorteil, dass so

- die Krankenkassen beim Start der Projekte finanziell entlastet,
- ein eindeutiger Planungszeitraum für die Refinanzierung der Projekte vorgegeben,
- keine Mitnahmeeffekte erzeugt,
- der Gesundheitsfonds oder kollektive zentrale Budgets kaum - und wenn dann nur im nachgewiesenen Erfolgsfall - belastet sowie
- die finanziell relevanten Entscheidungen stärker von der ex ante-Beurteilung auf die spätere ex post-Evaluation verlagert würden.

Dieser Sichtwechsel ist für den Ökonomen ausschlaggebend. Seiner Meinung nach prolongiert der Gesetzgeber den Fehler, den er bei hausarztzentrierten Verträgen gemacht hat, indem auch bei integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d und Strukturverträgen nach §

73 c SGB V vorgegeben wurde, dass bei etwaigen Mehrausgaben die Beitragssatzstabilität - wie vorher schon bei hausarztzentrierten Verträgen nach §73 b - durch vertraglich abgesicherte Einsparungen kompensiert werden muss. „Das ist eine Verkennung von Wettbewerb“, meint Wille. Denn Wettbewerb sei immer „ein Entdeckungsverfahren“, bei dem kein Mensch hundertprozentig garantieren könne, dass die damit verbundenen Mehrausgaben sich nachher rechnen, weil ein jedes dieser Modelle nun einmal mit einem gewissen Risiko verbunden sei. Doch das sei bei den hausarztzentrierten Verträgen der Ausfluss einer Kaskade der Regulierung gewesen. Erst hätte der Gesetzgeber die Kassen gezwungen derartige Verträge abzuschließen, wobei von vornherein klar gewesen sei, dass die Hausarztverbände versuchen werden, diesen Zwangszustand in Honorarverhandlungen auszunutzen. Daraus resultierten dann wieder schon vorher absehbare Missstände, auf die der Gesetzgeber wieder reagierte. Wille: „Auf eine unsinnigen Regulierung folgte die zweite unsinnige“ - eben die Vorschrift, dass im Rahmen hausarztzentrierter Versorgung die Honorarzuwächse nicht höher sein dürfen als in der normalen Kollektivversorgung, was wiederum eine Beschneidung von Freiheitsrechten gewesen sei.

„Das Schlimme ist, dass das Versorgungsstrukturgesetz diese Vorschriften auch auf den 73c und den 140a-d ausgedehnt hat“, sagt Wille und verweist auf ein sehr eindeutiges Rundschreiben des Bundesversicherungsamts (BVA). Wille: „Wenn das BVA diese Vorschrift ernst nimmt, bedeutet das den Tod der integrierten Versorgungsformen.“ Genau darum müsse es eine darlehensbasierte Förderung solcher Versorgungsformen geben, nur so könne das - laut einer Umfrage des SVR - derzeit stagnierende Engagement der Kassen bezüglich der integrierten Versorgung beflügelt werden. <<

Beitragssatzstabilität

„Konkret sind die Vereinbarungen über die Vergütung so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Seit Einführung eines gesetzlichen einheitlichen Beitragssatzes (§ 241 SGB V) ist die Regelung dergestalt auszulegen, dass bei Selektivverträgen die Erhebung bzw. Erhöhung eines Zusatzbeitrages verhindert werden soll. Wir möchten Sie daher bitten, uns bereits mit Übersendung der Verträge jeweils darzulegen, ob die im Gesetz (§ 140 d Abs. 2 S. 1 SGB V, § 73 c Abs. 6 S. 2 SGB V) vorgeschriebene Bereinigung der Gesamtvergütung bei ambulanten vertragsärztlichen Leistungen durchgeführt wird.“
aus: Rundschreiben des BVA vom 6. März 2012 zu Selektivverträgen nach §§ 73 c, 140 a ff. SGB V.

„Market Access & Health Economics“-Forum des Georg Thieme Verlages

Zwei Jahre AMNOG

Das dritte Diskussionsforum „Market Access & Health Economics“, das der Georg Thieme Verlag am 24. Oktober veranstaltete, war ein voller Erfolg. Die Teilnehmerzahl wächst stetig: In diesem Jahr waren es bereits knapp 150 Teilnehmer aus Industrie, Agenturen und Krankenkassen, die im voll besetzten Saal des Berliner Ellington Hotels mit namhaften Experten aus verschiedenen Perspektiven die Erfahrungen nach zwei Jahren Arzneimittelmarktneuordnungesetz (AMNOG) diskutierten. Thema der Veranstaltung waren in diesem Jahr vor allem die Preisverhandlungen im Rahmen des AMNOG.

>> Welche Einflussmöglichkeiten bleiben der Arzneimittelindustrie bei den Verhandlungen zwischen Herstellern und Spitzenverband? Diese und andere Fragen zu Preisverhandlungen diskutierten die Teilnehmer unter Leitung von Reinhard Rychlik, Direktor des Institutes für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid, mit Vertretern aus Politik, Industrie und Verbänden. So erhielten die Teilnehmer einen Überblick über die Positionen der Kassen, Pharmahersteller, Behörden und Institute. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, sprach über die Umsetzung des AMNOG aus Sicht des G-BA. Über die Umsetzung des AMNOG aus Sicht des IQWiG referierte Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln. Antje Haas, Leitung der Abteilung Arznei- und Heilmittel des GKV-Spitzenverbands, erklärte die Preisfindung im GKV-Spitzenverband. Christoph Straub, Vorsitzender des Vorstands der BARMER GEK, sprach über Mehrwertverträge und Versorgungsforschung. Henning Fahrenkamp, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V., widmete seinen Vortrag dem Thema „Was heißt hier fair? 2 Jahre AMNOG aus Sicht der Industrie“. Karl Broich, Vizepräsidenten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), erklärte die Festlegung der Indikation und Anforderungen an aktive Vergleichstherapie durch das BfArM. Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands der forschenden Arzneimittelhersteller, referierte über die notwendige Weiterentwicklung der AMNOG-Verfahren aus Sicht der Industrie. Über die Ergebnisse des AMNOG aus Sicht des betroffenen Herstellers berichteten Dieter Paar, Medizinischer Direktor Sanofi-Aventis von Österreich und von der Schweiz, und Beate Kretschmer von Lilly Deutschland. Im Anschluss an jeden Vortrag nahmen sich die Redner Zeit, um Fragen zu beantworten und zu diskutieren. <<

Frischer Wind fürs Gesundheitswesen

Young Lions gestartet

Sieben Monate nach ihrer ersten Parlamentssitzung präsentierten die Nachwuchskräfte des Young Lions Gesundheitsparlaments im Oktober erste Ansätze, wie sich das Gesundheitswesen besser für die Zukunft aufstellen ließe. Rund 80 engagierte, junge Köpfe waren auf Initiative des forschenden Arzneimittelherstellers Janssen im März zusammengekommen und arbeiten bundesweit ehrenamtlich zusammen. Bis Anfang 2013 sollen die detaillierten Ergebnispapiere stehen und im „Parlament“ verabschiedet werden.

>> „Wir sind beeindruckt, wie engagiert und zielgerichtet die jungen Abgeordneten ihre Ideen verfolgen und umsetzen“, schildert Dr. Ina Rudolph von der Geschäftsführung des Initiators Janssen. „Erstmals suchen wir mit dieser Initiative den gezielten Austausch mit der jungen Generation. Unser zentrales Anliegen ist es, nachrückende Entscheidungsträger für gesundheitspolitische Themen zu interessieren, neue Ideen anzustoßen und damit kommende Trends frühzeitig zu erkennen.“

Ein sechsköpfiges Präsidium unter Leitung von Dr. David Matusiewicz (28), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Duisburg-Essen, steht dem Parlament vor, das bereits fünf thematisch gegliederte Ausschüsse zu dringenden Fragestellungen zur Entwicklung des Gesundheitssystems gegründet hat. <<