

Symposium vom 30. August 2004 in München:

Innovative Versorgungsformen – Optimierte Therapie für KHK-Patienten?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Drug-Eluting Stents sicher und wirksam sind und die Lebensqualität der Patienten mit koronarer Herzkrankheit erhöhen. Es ist daher absehbar, dass der Einsatz von Drug-Eluting Stents auf mittlere Sicht kosteneffektiv sein wird. Darüber hinaus können wir damit rechnen, dass die neue Stent-Technologie einen nicht unbeträchtlichen Anteil der Bypass-Operationen ersetzen wird, was wiederum zu Einsparungen im Gesundheitssystem führt. Trotzdem ist die »Penetrationsrate« von medikamentenbeschichteten Stents in Deutschland äußerst gering. Im europäischen Ländervergleich nimmt Deutschland mit 7–10 % den letzten Platz ein. Das liegt vor allem an den höheren Investitionskosten pro Stent im Vergleich zu reinen Edelmetall-Stents.

Nun werden seit Anfang des Jahres innovative Versorgungsformen im Rahmen der Gesundheitsreform verstärkt gefördert. Verträge zur integrierten Versorgung sowie Disease-Management-Programme haben zum Ziel, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern als auch den Ressourceneinsatz zu optimieren und damit Kosten zu sparen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die neuen Versorgungsformen nicht auch den Einsatz von Drug-Eluting Stents ermöglichen.

Rund 100 Kardiologen aus Praxis und Klinik sowie Ökonomen und Krankenkassenvertreter diskutierten diese Frage im Rahmen der Initiative InnoKardio. Es freut mich sehr, Ihnen die Ergebnisse in diesem Newsletter vorstellen zu dürfen. Weitere Informationen zu InnoKardio finden Sie auf der Rückseite.

Mit besten Grüßen



Prof. Dr. med. Sigmund Silber, Kardiologische Praxis und Praxisklinik, 1. Vorsitzender des BNK-Bayern

Drug-Eluting Stents: Neue Europäische Richtlinien, Situation in Deutschland und das Bayern-Modell

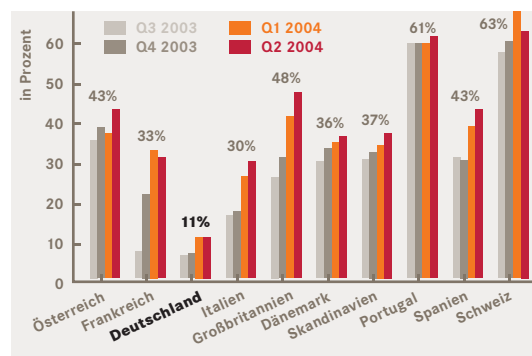
Was ist eine Innovation?

Laut Gesetz bleiben patentgeschützte Substanzen von der Festbetrags-Gruppenregelung ausgeschlossen, wenn sie eine therapeutische Verbesserung wie geringere Nebenwirkungen aufweisen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Regelung jedoch auf den Wegfall oder das erheblich seltenere Vorkommen schwerwiegender (!) Nebenwirkungen in Form von tödlichen oder lebensbedrohlichen Komplikationen, Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlungen beschränkt. Es stellt sich die Frage, ob Drug-Eluting Stents (DES) nach dieser Regelung als innovativ bewertet würden. Die ohnehin schon niedrige Mortalität kann durch den Einsatz von DES nicht weiter reduziert werden. Auch lebensbedrohliche Komplikationen werden mit Hilfe der beschichteten Stents nicht verhindert, da man eine In-Stent-Restenose in der Regel nicht als lebensbedrohlich bezeichnen kann. Jedoch steht fest, dass DES sowohl Arbeitsunfähigkeit als auch einen Krankenhausaufenthalt vermeiden können. Die Entscheidung, ob sie eine Innovation darstellen oder nicht, kann also mit Spannung erwartet werden.

Neue Strukturen der Patientenversorgung

Im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) ist die ambulante und stationäre Struktur bei den Versorgungsformen durch die integrierte Versorgung sowie durch Disease-Management-Programme (DMP) und diverse Sondermodelle erweitert worden.

Die Versorgungsformen unterscheiden sich im Wesentlichen durch die (Nicht-)Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und die sektorenübergreifende Behandlung. Während die KV bei der integrierten Versorgung laut Gesetz nicht beteiligt werden muss, laufen die DMPs primär über die Kassenärztliche Vereinigung. Bei den Sondermodellen ist eine Zusammenarbeit mit der KV gar nicht vorgesehen. Die sektorenübergreifende Behandlung steht bei der integrierten Versorgung im Mittelpunkt, spielt aber bei den DMPs und den Sondermodellen keine Rolle.



1 Einsatz von Drug-Eluting Stents in Europa

(Quelle: Marktforschungsdaten)

Steigerung der Lebensqualität durch DMPs

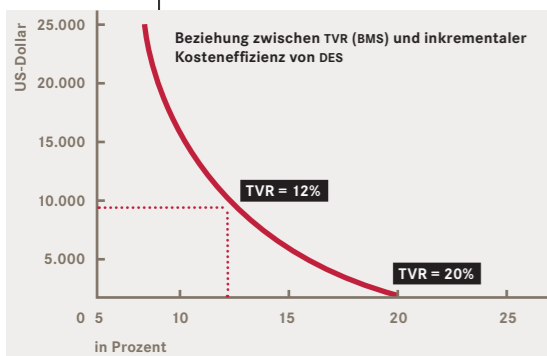
In Bayern steht man jetzt kurz vor dem Abschluss eines DMP-Vertrags für die koronare Herzkrankheit, wobei die Patienten entsprechend der evidenzbasierten Leitlinien auch mit innovativen Medizinprodukten und Arzneien versorgt werden sollen. Dabei laufen die behandelnden Ärzte jedoch Gefahr, Regressforderungen seitens der Krankenkassen zu unterliegen, da die Budgets schnell überschritten wären. Deshalb sollte in jedem DMP ein Regressausschluss für KHK Medikamente vertraglich vereinbart werden.

Kostenerstattung von Drug-Eluting Stents

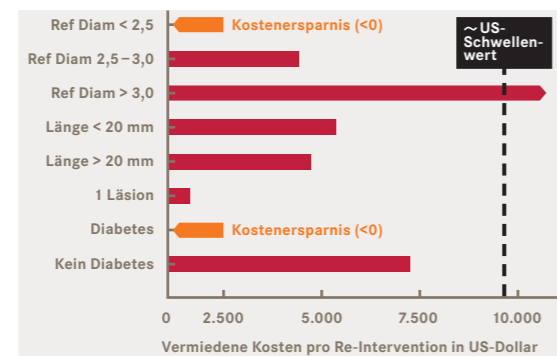
Aus den Europäischen Leitlinien für den Einsatz von beschichteten Stents geht klar hervor, dass derzeit nur zwei Stents für die Behandlung in Betracht kommen: Taxus und Cypher. Bislang werden in Deutschland allerdings nur 7–10 % der Patienten mit DES versorgt. → Bild 1 Das liegt vor allem an der bislang mangelnden finanziellen Erstattung durch die Krankenkassen. Seit kurzem hat jedoch die AOK Bayern zugesagt, im vertragsärztlichen Bereich die Sachkosten für jeden eingesetzten Taxus- und Cypher-Stent zu übernehmen. Die Kostenübernahme gilt dabei für alle Indikationen, die den Einschlusskriterien der großen klinischen Studien entsprechen. Es gibt also auch durchaus positive Ansätze im deutschen Gesundheitswesen, die eine bessere Versorgung des Patienten ermöglichen.

Prof. Dr. med. Sigmund Silber, Kardiologische Praxis und Praxisklinik, 1. Vorsitzender des BNK-Bayern

DES-Studien: Sind die vorliegenden Daten ausreichend?



1 Sensitivitätsanalyse (Quelle: Greenberg et al., JACC 43, 2004) | 2 Kosten-Effektivitäts-Analyse TAXUS IV für Subgruppen



Kosteneffizienz mit DES ist schnell erreicht

Bei Interventionsstudien kann das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis pro vermiedener Revaskularisierung zur Bewertung herangezogen werden. In der Sensitivitätsanalyse sieht man, dass der in den USA akzeptierte Schwellenwert von 10.000 USD für die Kosteneffizienz der Behandlung bei einer TVR-Rate von durchschnittlich 12 % erreicht wird. → Bild 1

Ist die TVR-Rate höher, reduzieren sich die Kosten. Ab einer Rate von 20 % erreicht man die Kostenneutralität. Ist die Rate noch höher, wird sogar Geld gespart. Je geringer die Kostendifferenz zwischen DES und BMS wird, desto schneller werden Kosteneffizienz, -neutralität und -einsparungen erreicht. Eine weitere Kosteneffektivitätsanalyse aus der SIRIUS-Studie zeigt, dass zwar die Anfangskosten für DES wesentlich höher sind als für BMS, die Differenz jedoch innerhalb eines Jahres erheblich abnimmt und nur noch 309 USD beträgt. Das kommt daher, weil die Folgekosten durch häufigere Revaskularisierungen deutlich höher sind. Die Kosteneffektivitätsanalyse der TAXUS IV Studie belegt, dass, bis auf Patienten mit einem Gefäßdurchmesser von mehr als 3 mm, alle Subgruppen deutlich unter dem Schwellenwert von 10.000 USD liegen und damit kosteneffektiv sind.

→ Bild 2

Bei Patienten mit einem Gefäßdurchmesser von unter 2,5 mm sowie Diabetikern werden sogar Kosten eingespart. Weitere Hochrechnungen besagen, dass Kosten eingespart werden könnten, wenn ca. 20 % der Mehrgefäßerkrankungen nicht mit Bypass-Operationen, sondern mit DES behandelt würden. Alles in allem scheint damit bestätigt, dass sich der Einsatz von DES vor allem bei Risikogruppen auf mittlere und lange Sicht lohnt.

PD Dr. med. Volker Klauss, Oberarzt, Medizinische Poliklinik Innenstadt, Klinikum der LMU

Zur Beurteilung von Effizienz, Einsatzgebieten und Finanzierung von Drug-Eluting Stents (DES), wurden Daten aus elf randomisierten Studien zu DES (CYPHER und TAXUS sowie nicht polymerbeschichtete Paclitaxel-Stents) und Bare Metal Stents (BMS) in einer Meta-Analyse (Mohan N. Babapulle et al., Lancet 2004) verglichen. Dabei fiel die Gesamtmortalität mit ca. 1 % als auch die Myokardinfarktrate mit rund 3 % nach einem Jahr bei beiden Stent-Arten sehr niedrig aus. Endgültige Aussagen bezüglich Tod und Myokardinfarkt können daher nicht getroffen werden. Bei den MACE-Raten gab es deutliche Unterschiede zwischen DES mit 8 % und BMS mit 16 %. Auch die TLR-Rate konnte mit Hilfe von DES um fast 70 %, das Risiko der angiographischen Restenose um 80 % reduziert werden. Rechnet man die eher ungünstigen Ergebnisse der nicht-polymerbeschichteten Stents heraus, so sind die Vorteile von DES bei MACE, TLR und der angiographischen Restenose noch ausgeprägter.

Registerdaten bestätigen Studienergebnisse
Um zu prüfen, ob die Ergebnisse der randomisierten Studien auf den Klinikalltag übertragen werden können, werden in einem laufenden HTA-Bericht Daten aus Beobachtungsstudien und Registern verglichen (Prof. Dr. J. Wasem, Univ. Duisburg-Essen). Anhand von Registern können

die Sicherheit und Evaluierung der Therapie in primär nicht untersuchten Subgruppen überprüft und die Indikationskriterien in Erfahrung gebracht werden, da nicht randomisierte Register im Gegensatz zu randomisierten Studien eine sehr große Indikationsbreite abdecken. Die ausgewerteten Registerdaten unterstreichen dabei klar die Studienergebnisse.

Kosteneinsparung mit Hilfe von DES?

Anhand von Daten aus dem US Medicare Programm (Greenberg et al., JACC 43, 2004) wurden die Kosten pro Restenose bei Verwendung von BMS errechnet. Bei einer klinischen Restenoserate von ca. 14 % liegen diese bei ca. 2.500 USD pro Patient. Geht man davon aus, dass DES in den USA pro Stück 2.000 USD teurer sind und dass pro Patient und Eingriff durchschnittlich 1,4 Stents benötigt werden, dann entstehen zusätzliche Kosten von 2.800 USD pro Behandlung. Damit liegt man 300 USD über dem Schwellenwert von 2.500 USD. Für den Fall, dass die Restenose mittels DES nicht eliminiert werden kann, erhöhen sich die Kosten noch weiter. Von einer Kosteneinsparung kann deshalb nicht die Rede sein. Generell wird diese bei der Anwendung innovativer Technologien eher selten erreicht. Man legt daher das Kriterium der Kosten-Effektivität an.

Integrierte Versorgung aus Sicht des Krankenhausmanagements

Die Grundlagen zur freiwilligen integrierten Versorgung sind bereits seit 2000 im SGB festgeschrieben. In den letzten Jahren haben sich die Krankenhäuser und Kassen jedoch der komplexen Aufgabe, sektoren- und fachübergreifende Versorgungsverträge abzuschließen, selten gestellt. Deshalb hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) Anfang diesen Jahres die Anschubfinanzierung ins Spiel gebracht. Diese ermächtigt die Krankenkassen, die Rechnungen der Krankenhäuser und

die Zahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) um 1 % zu kürzen. Voraussetzung dafür ist, dass die eingesparten Mittel zur Finanzierung der integrierten Versorgung eingesetzt werden. Da die Kürzungen für viele Krankenhäuser enorme Einkommenseinbußen darstellen, zeigen diese nun tatsächlich ein verstärktes Interesse an integrierten Versorgungsmodellen.

Pragmatische Lösungen sind gefragt

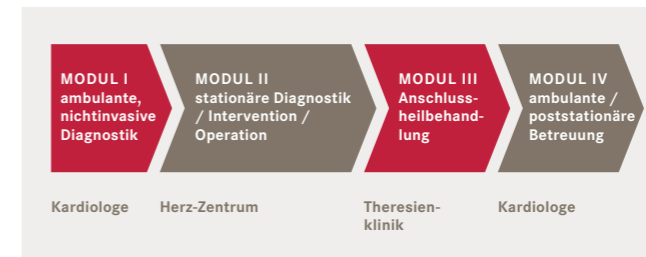
Das Herz-Zentrum Bad Krozingen war schon

in den letzten Jahren mit einer Vielzahl von (Fach-)Ärzten und Kliniken gut vernetzt. Der Schritt zur integrierten Versorgung musste so nur noch formell vollzogen werden. Hier bot sich die Barmer Ersatzkasse an, da sie genau für das im Herz-Zentrum angebotene Leistungsspektrum einen Vertragspartner suchte. Da beide Parteien für eine pragmatische Lösung waren, konnte der Vertrag trotz vielfältiger und komplexer Regelungen schnell umgesetzt werden. Zwei Grundbedingungen waren dabei sehr wichtig:

Erstens, lediglich drei Vertragspartner entscheiden über die Ausgestaltung eines Rahmenvertrages und zweitens, die niedergelassenen Vertragsärzte werden auf einfachstem Weg eingebunden.

Modulares Abrechnungssystem anstatt Pauschalvergütung

Grundvoraussetzungen für eine Vertragsgestaltung sind, dass mehrere Sektoren beteiligt sind, die Leistungen nach den Grundsätzen des DRG-Systems abgerechnet werden und die Preisgestaltung akzeptabel ist. Im Vertrag wurde jedoch keine Pauschalvergütung in Form von Durchschnittswerten vereinbart, sondern ein modular aufgebautes Abrechnungssystem, das die verschiedenen Leistungen ordentlich abbildet. In diesem gibt es vier maximale Module, die aufeinander aufbauen und entsprechend dem DRG-System klassifiziert sind. → Bild 1
Nur die Leistungen werden abgerechnet, die auch tatsächlich erbracht wurden. Grundpart-



1 Leistungs- und Abrechnungsmodule

ner des Vertrages sind die Barmer Ersatzkasse, das Herz-Zentrum sowie die Theresienklinik in Bad Krozingen. Niedergelassene Vertragsärzte werden nach Zustimmung der Patienten und ihres Arztes einbezogen und direkt durch die Vertragspartner vergütet. Alle Versicherten der Barmer Ersatzkasse können auf freiwilliger Basis teilnehmen. Die Bonusregelung in Form einer Erstattung der von den Patienten geleisteten gesetzlich geregelten Zuzahlungen in Höhe von 50 % (maximal in Höhe von 150 Euro) schafft einen Anreiz zur Teilnahme. Zudem muss der Patient für die prä- und post-

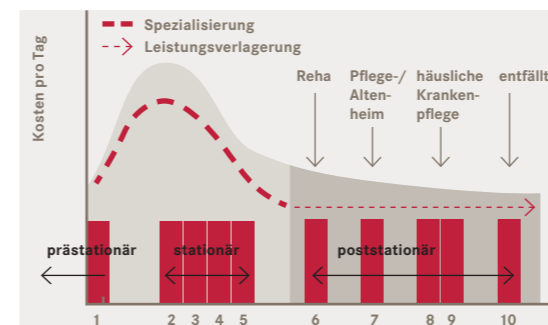
stationäre Behandlung beim niedergelassenen Vertragsarzt keine Praxisgebühr bezahlen, da keine Abrechnung über die KV erfolgt.

Weiterentwicklung geplant

In Bad Krozingen nehmen die Patienten das Angebot sehr gut an. Auch die Zusammenarbeit mit der Reha-Klinik und den niedergelassenen Kardiologen und die administrative Abwicklung funktionieren problemlos. Angesichts dessen ist eine Weiterentwicklung des Vertrages beabsichtigt. So sollen zum Beispiel andere Reha-Kliniken, ambulante Reha-Einrichtungen und weitere medizinische Leistungen einbezogen werden.

Bernhard Grotz, Kaufmännischer Direktor, Herz-Zentrum Bad Krozingen

Integrierte Vergütung: Eine Voraussetzung für integrierte Versorgung

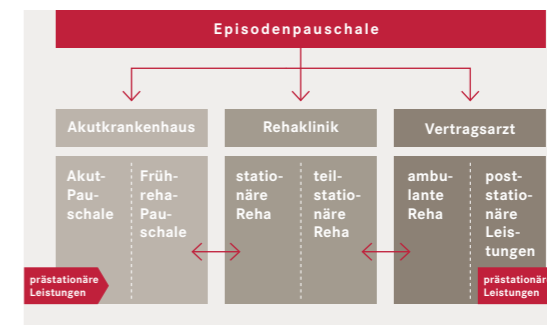


1 Spezialisierung der Behandlungsprozesse durch DRGs | 2 Episodenbezogene Vergütung

Das Management der Koordination und Integration der Behandlungsprozesse wird zunehmend zu einer eigenständigen Aufgabe, da immer mehr Spezialisten an einem Behandlungsprozess beteiligt sind. Im Gesundheitssektor wird diese Aufgabe einerseits dem Hausarzt zugeordnet, andererseits versuchen zunehmend die Krankenkassen diese Funktion zu übernehmen. Oft kommt es dabei zu einem Bündnis zwischen Krankenkassen und Hausärzten. Die Integration der Versorgungsabläufe ist im Rahmen des GMG neu angestoßen worden. In Deutschland gibt es einen spezifischen, zusätzlichen Bedarf an Integration, der durch die Sektoralisierung unseres Gesundheitssystems begründet wird. Die Sektoralisierung der Versorgung geht aber letztlich auf die Sektoralisierung der Vergütung zurück, weshalb eine integrierte Versorgung in erster Linie scheitert. Ohne eine Integration der Vergütung dürfte keine nachhaltige Integration der Behandlungsprozesse erreichbar sein.

Zunehmender Integrationsbedarf durch DRGs

Der Integrationsbedarf wird durch die Einführung der DRGs wahrscheinlich weiter zu-



nehmen. Denn die Krankenhäuser müssen ihre Behandlungsprozesse im Zuge der DRG-Abrechnung zeitgleich vertiefen und verkürzen. So übernehmen sie die Patienten zu einem späteren Zeitpunkt von den vorgelagerten Behandlungseinrichtungen und geben sie zu einem früheren Zeitpunkt an die nachgelagerten Behandlungseinrichtungen ab. → Bild 1
Durch die DRGs gibt das Krankenhaus Leistungen an die vor- und nachgelagerten Leistungserbringer ab. Den abgegebenen Leistungen folgen jedoch keine entsprechenden Vergütungsanteile, denn die Krankenhäuser sind nicht gewillt zu rationalisieren, um die Rationalisierungseffekte an andere Leistungsanbieter abzugeben. Hier muss das Vergütungssystem insgesamt neu gestaltet werden.

Integration der Vergütung erforderlich

Ein Ansatz besteht darin, dass die Krankenkassen nur mit solchen Leistungserbringern eine integrierte Vergütung vereinbaren, die bereit sind, ihre Leistungsprozesse gegenseitig abzustimmen und zu integrieren. So könnte für

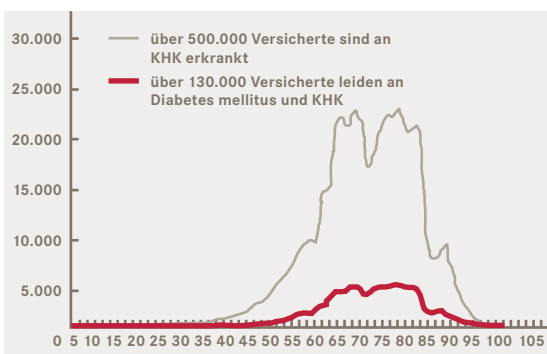
einen ganzheitlichen Behandlungsablauf vom Akutkrankenhaus über die Rehabilitationsklinik bis hin zum Vertragsarzt eine episodenspezifische Vergütung vereinbart werden. Diese kann allerdings nur für spezifische Krankheitsabläufe definiert und ausgehandelt werden, was aus Sicht der

Krankenkassen eher unbefriedigend bzw. nur ein Teilerfolg ist. → Bild 2

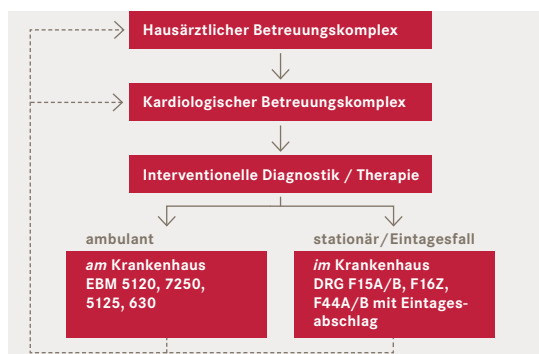
Ein weitreichenderer Ansatz besteht darin, dass die Krankenkassen ihre Versicherten um eine freiwillige Einschreibung bei einem entsprechenden Verbund von Leistungserbringern bitten. Die Versicherten würden dann die Leistungen des Versorgungsnetzes exklusiv in Anspruch nehmen und die Krankenkassen würden dem Versorgungsnetz für jeden Versicherten eine Pauschale überweisen. Da das Versorgungsnetz das Morbiditätsrisiko trägt, müsste es je nach individuellem Risiko der Versicherten abgestufte Vergütungen verlangen. Innerhalb des Versorgungsnetzes könnten die Vergütungspauschalen nach eigenem Maßstab verteilt werden. Zunächst dürften in Deutschland jedoch die krankheitsbezogene integrierte Versorgung sowie dazu passende integrierte Vergütungsmodelle vorherrschen.

Prof. Dr. Günter Neubauer, Professor für Sozial- und Gesundheitsökonomik an der Universität der Bundeswehr München, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik

Integrierte Versorgung aus Sicht der Barmer Ersatzkasse



1 Altersverteilung der KHK-Patienten der BARMER Ersatzkasse | 2 Integrierte Versorgung KHK



Die Rahmenbedingungen zur Umsetzung der integrierten Versorgung sind mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wesentlich vereinfacht worden. Langwierige und schwierige Verhandlungen zur Rahmenvorgabe mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind somit nicht mehr erforderlich. Daneben ist die Kassenärztliche Vereinigung von der Beteiligung an der integrierten Versorgung ausgeschlossen worden. Des Weiteren besteht neben der sektorübergreifenden Versorgung nun auch die Möglichkeit, die interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung zu integrieren. So können auch Ärzte verschiedener Fachrichtungen, beispielsweise im ambulanten Sektor, eine integrierte Versorgung durchführen. Kernstück der integrierten Versorgung nach dem gesetzlichen Auftrag bleibt die Verbesserung der Versorgungsqualität für den Patienten durch abgestimmte und qualitätsgesicherte Behandlungsabläufe. Zur finanziellen Unterstützung dieser Versorgungsform wurden die Krankenkassen verpflichtet, bis zu 1 % der ärztlichen Gesamtvergütung und der Ausgaben für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung einzubehalten. Diese Regelung zur Anschubfinanzierung ist bis zum Ende des Jahres 2006 befristet.

Bereits 29 Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen

Die BARMER greift diese neuen Möglichkeiten aktiv auf. Im laufenden Jahr hat die Ersatzkasse bereits 29 Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen. Der Schwerpunkt liegt bislang auf der Integration der aufwändigen stationären Versorgung herzchirurgischer und endoprothetischer Patienten. Dieser erfolgt zumeist unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte in der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Nachsorge. Mit diesen Verträgen soll auch die Wirtschaftlichkeit gesteigert werden, denn eine in sich abgestimmte Versorgung kann insgesamt preiswerter angeboten werden als bisher. Der Versicherte erhält bei der Teilnahme an der integrierten Versorgung einen Bonus in Höhe von 50 % seiner geleisteten Zuzahlung. → Bild 1

Dauerhaft bessere Versorgung durch verstärkte Zusammenarbeit

Während die integrierte Versorgung im stationären Bereich die Schnittstellen zwischen der Akut- und Rehapphase sowie der Nachsorge verbessert, geht es in einem abgeschlossenen zweiten Entwicklungsschritt darum, chronisch kranken Versicherten dauerhaft eine bessere

Versorgung zu ermöglichen. Dazu wurde mit dem Recklinghäuser Arztnetz für Information und Qualität und dem Elisabeth-Krankenhaus eine integrierte Versorgung für Patienten mit chronischer koronarer Herzkrankheit vereinbart. Es ist der erste Vertrag bundesweit, der die ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung sowie die ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung gezielt miteinander verbindet. Wesentliche

medizinische Inhalte der Versorgung entsprechen den Vorgaben der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) zum Bereich des Disease-Management-Programms KHK. Andere Bestandteile dieser integrierten Versorgung, insbesondere die »Clinical Pathways«, wurden unmittelbar im Ärztenetz selbst entwickelt. Vereinbart wurden Schnittstellen zwischen Hausärzten und Kardiologen sowie Indikation und Kontra-Indikation für Koronarangiographien. Auch die leitliniengerechte Medikation und die kontinuierliche Betreuung des eingeschriebenen Versicherten durch den Hausarzt sind Bestandteil dieser Versorgung. → Bild 2

Diese Vereinbarungen sollen beispielhaft auch für weitere integrierte Versorgungsformen im Bereich der Kardiologie in Deutschland stehen. Die BARMER hat daher den Vertrag aus Recklinghausen in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Niedergelassener Kardiologen überarbeitet und auf diese Weise eine Mustervereinbarung geschaffen, die regionalen kardiologischen Netzwerken zur Verfügung steht.

Joachim Stamm, Hauptabteilungsleiter Leistungen, Verträge und Pflege der BARMER Ersatzkasse, Wuppertal

InnoKardio – Innovationen für die Kardiologie

InnoKardio ist ein freiwilliger und unabhängiger Zusammenschluss von Kardiologen mit klinischer und wissenschaftlicher Expertise auf dem Gebiet der koronaren Herzkrankheit. Ziel der Initiative ist es, die Versorgung kardiologischer Patienten in Deutschland auf höchstem diagnostischen und therapeutischen Niveau sicherzustellen, ohne dabei die ökonomischen und gesundheitspolitischen Erfordernisse außer Acht zu lassen. Die Initiative versteht sich als Katalysator, der wissenschaftliche Fortschritte

sowie praxisrelevante Empfehlungen zur Risikoerkennung, Diagnostik, Prävention und Therapie an relevante Interessengruppen weiterleitet und mit ihnen diskutiert. Dabei wird ein hohes Maß an Zusammenarbeit angestrebt. An erster Stelle steht dabei die Förderung des Austausches mit Ärztegruppen. Eine andere wichtige Aufgabe wird die Information und Kommunikation mit weiteren Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen sowie den Medien sein. Die Initiative setzt sich aus einzelnen Regionalgruppen mit min-

destens sechs und höchstens zwölf Mitgliedern zusammen. Die Qualifikation für eine Mitgliedschaft ergibt sich aus Art und Umfang der folgenden Kriterien: Publikationen, Referententätigkeit, praktische Erfahrungen sowie Engagement im Gesundheitswesen.

Weitere Auskunft zu InnoKardio erhalten Sie bei: wolfgang.bocksch@charite.de | gross@fvk.charite-buch.de | Klauss@med.uni-muenchen.de | th.lewalter@uni-bonn.de | ssilber@med.de