

Vom Einzelplayer zum Networker:

Versorgungsnetzwerke und Kooperationsmodelle



Eckart Frantz, St. Josefs-Krankenhaus Potsdam,
Projektgruppe I.V. der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
2.Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung
Hamburg, 1.12.2006

Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



"Einzelplayer"



- Interne Kooperationen
- MVZ und VÄG
- Kooperationen außerhalb MVZ
- IV "Herz und Kreislauf" 2006
- Wohin geht die Reise ?

"Networker"

Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



"Einzelplayer"



- Interne Kooperationen
- MVZ und VÄG
- Kooperationen außerhalb MVZ
- IV "Herz und Kreislauf" 2006
- Wohin geht die Reise ?

"Networker"

Warum in die Ferne schweifen ?

Interne Kooperationen / Interdisziplinarität



Interdisziplinär arbeitende Bereiche (St.Josefs 2006/7):

	Med.L Leitung	Org.L Leitung
Beteiligung am Notarztdienst	Chir/Inn/Anästh.	Chirurgie
Notaufnahme / Rettungsstelle	Chirurgie/Innere	Chirurgie

Intermediärstation IMC

Schlaganfall-Einheit

Intensivstation ITS

OP

Ambulantes Zentrum

Funktionsdiagnostik

Endoskopie/Endosonog

Schwerstpflegebedarf-S

Kurzlieger-/Fußgänger-S

*Innere:IMC, *Anästhesie:...

und: interdisziplinäre...

- Behandlungsstandards,
- Konferenzen
(Tumor-, Angio-,
Labor-, Transfusion-,Hygiene-...)
- int./chir.Oberarztstelle
zur Leitung der Rettungsstelle
- Ethik-Gesprächskreis

Kostenreduktionspotentiale Stationäre Versorgung

Quantifizierbare Maßnahmen führen zu einem Kostenreduktionspotenzial von 7,5 bis 10 Mrd. €

... und zu positiven Anreizen beim Umgang mit Ressourcen

	Wirkungsmechanismus	Potenzial in Mrd. €
Portfoliostruktur	Konzentration auf Behandlungen mit großen Mengen	0,6 bis 0,8
Clinical pathways	Standardisierung von Behandlungspfaden	1,4 bis 1,6
Integrierte Versorgung	Nutzung des ambulanten Potenzials Anbindung Fachärzte, Med. Versorgungszentren Primärarztprinzip	2,0 bis 2,2 Nicht quantifiziert 0,6 bis 0,7
Serviceleistungen in Kliniken	Verbundbildung und Zentralisierung von Dienstleistungen	2,3 bis 3,3
Sekundärleistungen Kassen	Zentralisierung von Dienstleistungen	0,5 bis 1,7

(1) Die heutigen und die geplanten Zuzahlungen belaufen sich bereits auf circa 4,0 Mrd. Euro
Quelle: ADMED Analyse, RWI Analyse

inhaltliche Begründung für die Umsteuerung Stationär → Ambulant

- schonendere Verfahren [nicht- / semi-invasiv]
- klarere Fragestellungen [durch Vordiagnostik]
- häufigere "Zielaufträge" [insbesondere in Kooperationen]
- verbreitete Erwartung [informiertere Patienten]

aber:

- zahlreiche [semi-]invasive Verfahren erfordern auch bei ambulanter Durchführung den Backup eines Krankenhauses [Bsp.: Kardiol.: Stress-Echo, Spiro-Ergo, Defi-Test usw. Gastroent.: Polypabtragung; Häm./Onk.: Chemotherapie]

Gegenwärtige Formen ambulanter Leistungserbringung im Krankenhaus

- (abnehmend:) KV-Ermächtigungen
- (zunehmend:) Ambulantes Operieren
- (zunehmend:) Vorstationäre Behandlung § 115a SGB V
- (zunehmend:) Nachstationäre Behandlung § 115a SGB V
- **Externe Kooperationen** St. Josefs-KH:
Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie,
Hämatologie/Onkologie, [Gynäkologie, Radiologie, Dermatologie]
- (seit 2004) **Integrierte Versorgung** [Gynäkologie]
- (neu:) **Medizinisches Versorgungszentrum 1, 2, ...**



Wahrscheinlich

positive

Folgen:

Vertragsarztrecht-

änderungsgesetz

1.1.2007

Krankenhaus-Report 2005:

Voll- und Teilstationäre Behandlungen 2002 - 2003

Tabelle 14-10
Behandlungsformen 2003

Gegenstand der Nachweisung	2003	2002	Veränderung 2003 gegenüber dem Vorjahr
	Anzahl		in %
Behandlungsfälle			
– vollstationär	17 295 910	17 432 272	-0,8
– teilstationär	502 470	376 473	33,5
– vorstationär	1 417 411	1 169 529	21,2
– nachstationär	755 096	747 206	1,1
Ambulante Operationen	724 310	575 613	25,8

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2005

WIdO

Quelle: Klauber, Robra, Schellschmidt, Krankenhaus-Report 2005, Schattauer

Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



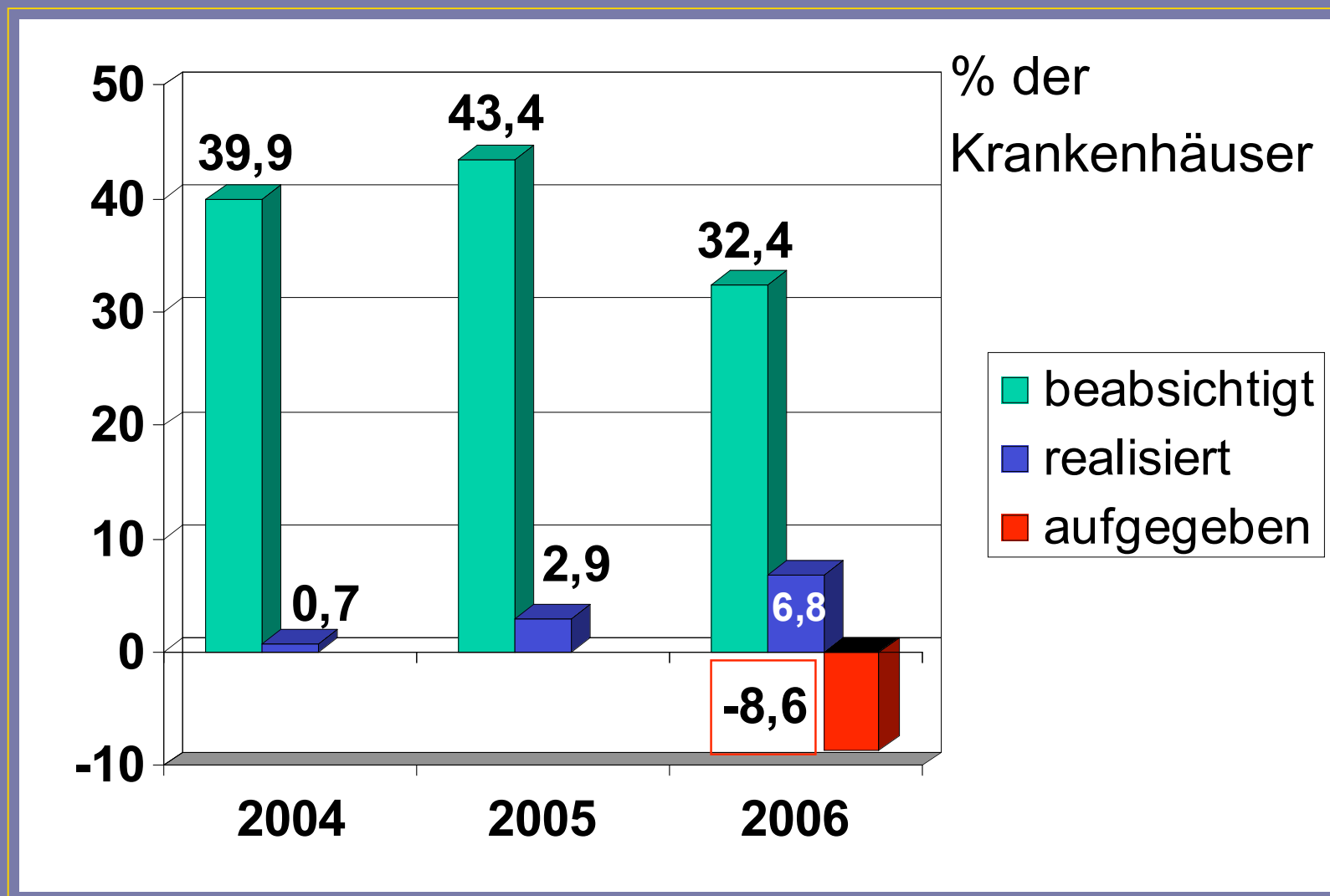
"Einzelplayer"



- Interne Kooperationen
- **MVZ und VÄG**
- Kooperationen außerhalb MVZ
- IV "Herz und Kreislauf" 2006
- Wohin geht die Reise ?

"Networker"

MVZ-Gründungen 2004 - 2006



Probleme bei MVZ-Gründungen 2006

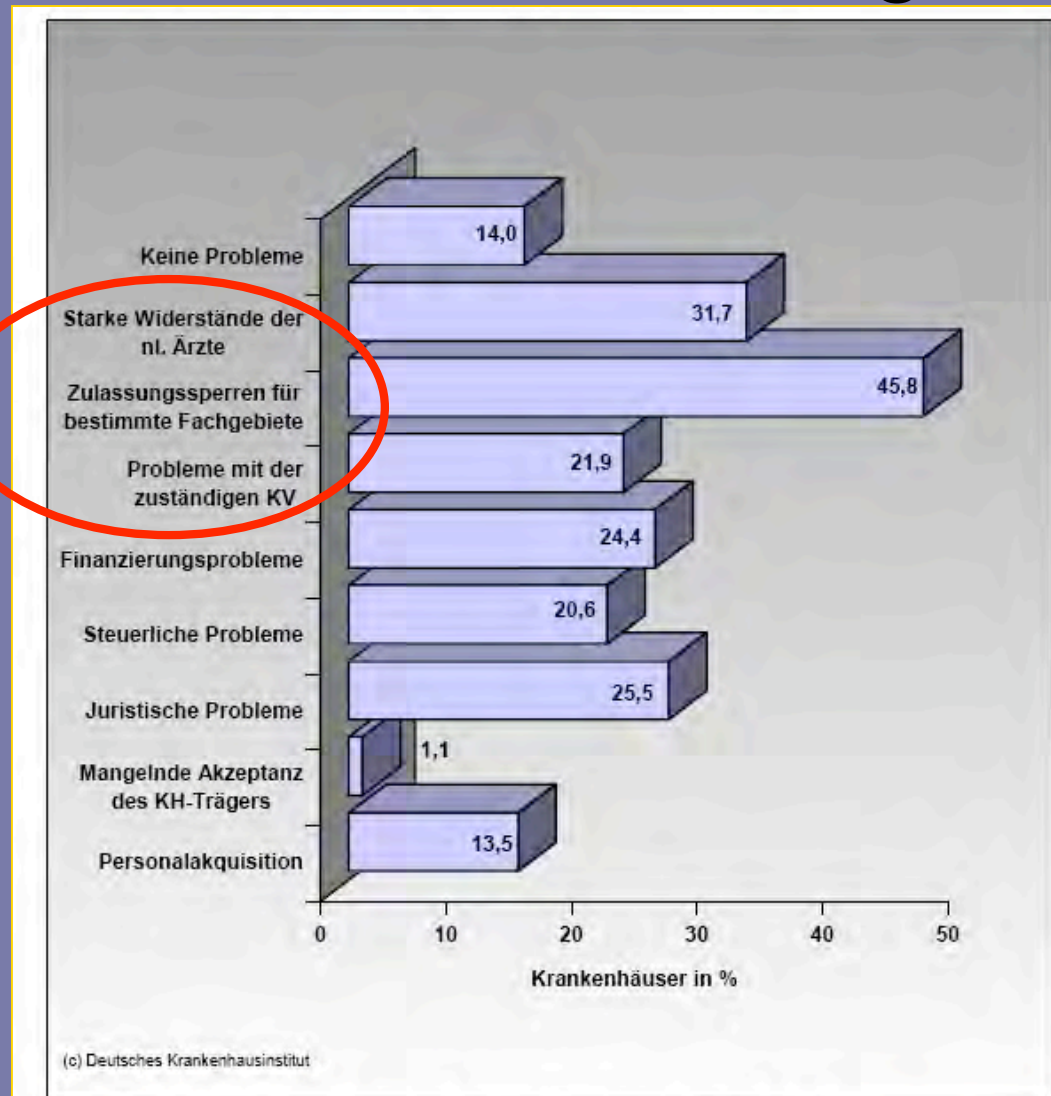
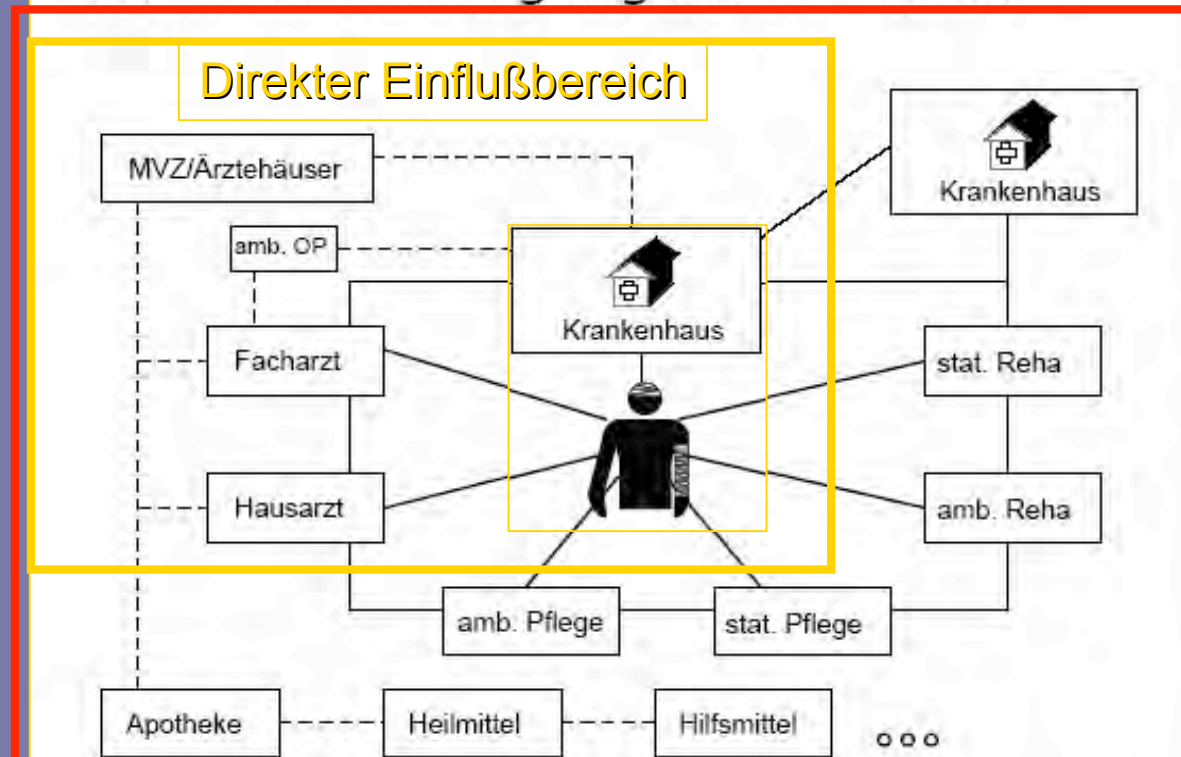


Abb. 39: Probleme bei der Gründung/ Teilnahme an einem MVZ

Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung

Strategische Herausforderung:
Patientenversorgung im Netzwerk



Wirklicher Einflußbereich

MVZ und VÄndG 2007



aus der amtlichen Begründung:

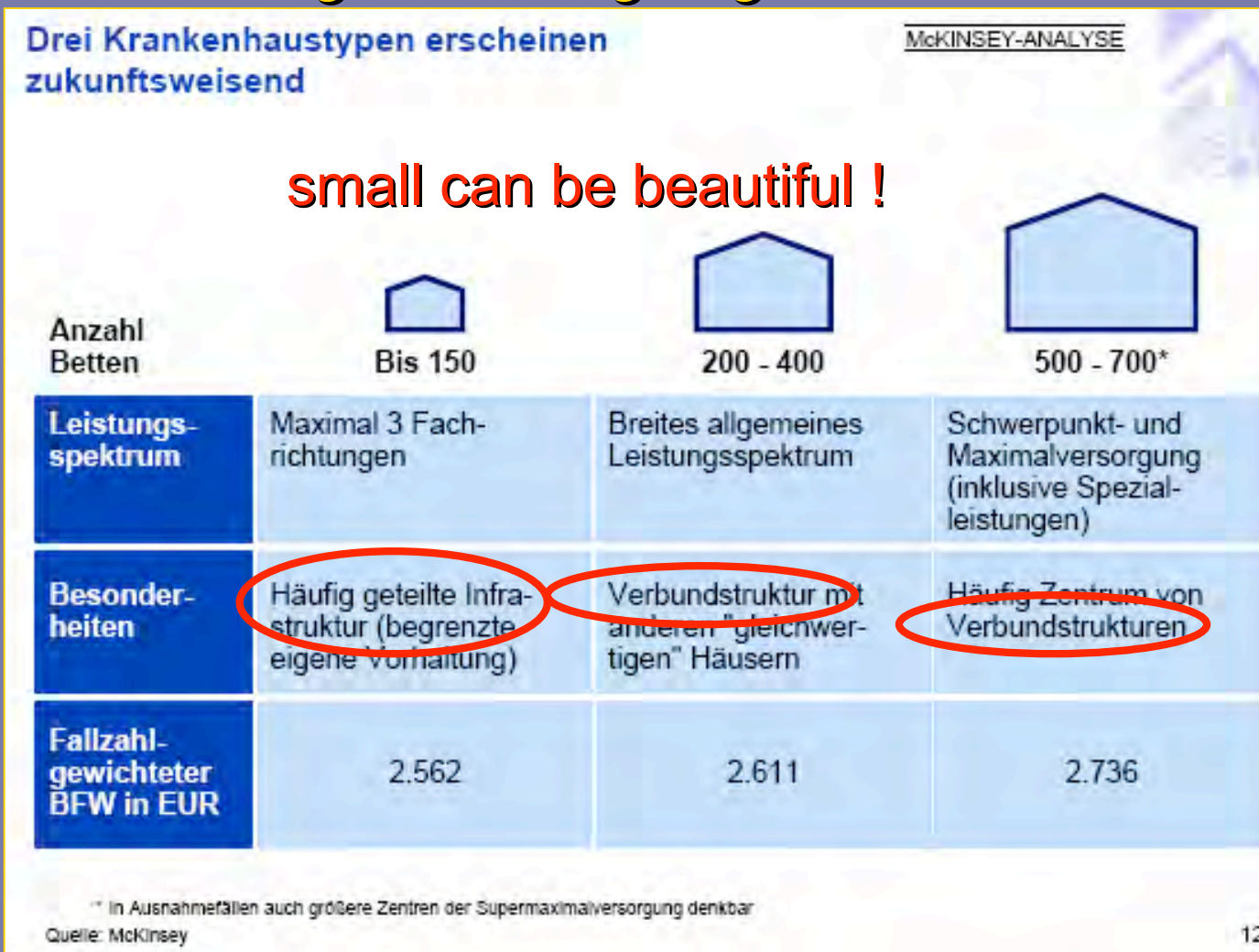
Vertragärzte können gleichzeitig auch als angestellter Arzt in einem Krankenhaus arbeiten. Eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt keine Ungeeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit in Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV.

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

BT-Drucks. 16/2474

Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



"Einzelplayer"



- Interne Kooperationen
- MVZ und VÄG
- **Kooperationen außerhalb MVZ**
- IV "Herz und Kreislauf" 2006
- Wohin geht die Reise ?

"Networker"

Unsere Struktur...



Unsere Struktur...

und unsere derzeitigen Kooperationen

ambulant stationär

- 1.4.2006**
MVZs St. Josefs-Krankenhaus:
- Allgemeinärztin
 - Chirurg
 - Gynäkologin
 - Radiologe
 - Urologe

	Klin. Psych. Psychosom.	Herzkatheterlabor
Chir. Praxis	Kinderarzt	Pneumolog. Funkt.-Dx.
Chir. Beleg.		Gastroenterolog. Praxis
 Chirurgie	 Gyn./GebH.	 Innere Med.
 Neurologie	 AnästH./ITS	 Radiologie
Neurochir.	VerbundKH	VerbundKH
Psychiatrie		

...sbildungs-Kooperationen mit Nephrologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Angiologie, Psychiatrie, Geriatrie ...

Unsere Struktur...

Kooperationen der Inneren Abteilung

Klin. Psych.
Psychosom.

Rad. Praxis:
CT & MRT

KI. E.v.B

stationär

ambulant

"Öffnung des KH für amb. Versorgung"

DMP D.M.
DMP K.H.E.

Integrierte Versorgung

ambulantes Operieren



Herzkatheterlabor

Pneumologe

Gastroenterologe

Nephrologe/Dialyse

VerbundKH

Hämatol. / Onkologe

Gastroenterologe

Angiologe

Diabetologe

weitere Ermächtigte

WB-Koop.: Nephrologie, Pulmologie, Angiologie, Geriatrie, Gastroent.

DRG 2006 und ACS: weiterhin Erlös-Chaos



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Allgemeine Problemfelder: Verlegungs-Konstellationen

Kh A	Kh B	Kh A	Erlös A	Erlös B	Σ Erlös
<24h	1 Tag	4 Tage	1.543 €	2.036 €	3.579 €
25h	1 Tag	4 Tage	1.823 €	2.036 €	3.859 €
25h	< 24 h	4 Tage	4.407 €	?	4.407 €
<24h	4 Tage	-	703 €	4.407 €	5.110 €
25h	4 Tage	-	703 €	3.052 €	3.755 €

o.k.

A zu ↑

B n.v.

A zu ↓

B zu ↓

Pat. mit akutem Myokardinfarkt
Baserate 2.800,- €

Kh A ohne HKLabor F60B
Kh B mit HKLabor F52B

Kooperationen außerhalb MVZ hier: Koop. mit anderen Kliniken

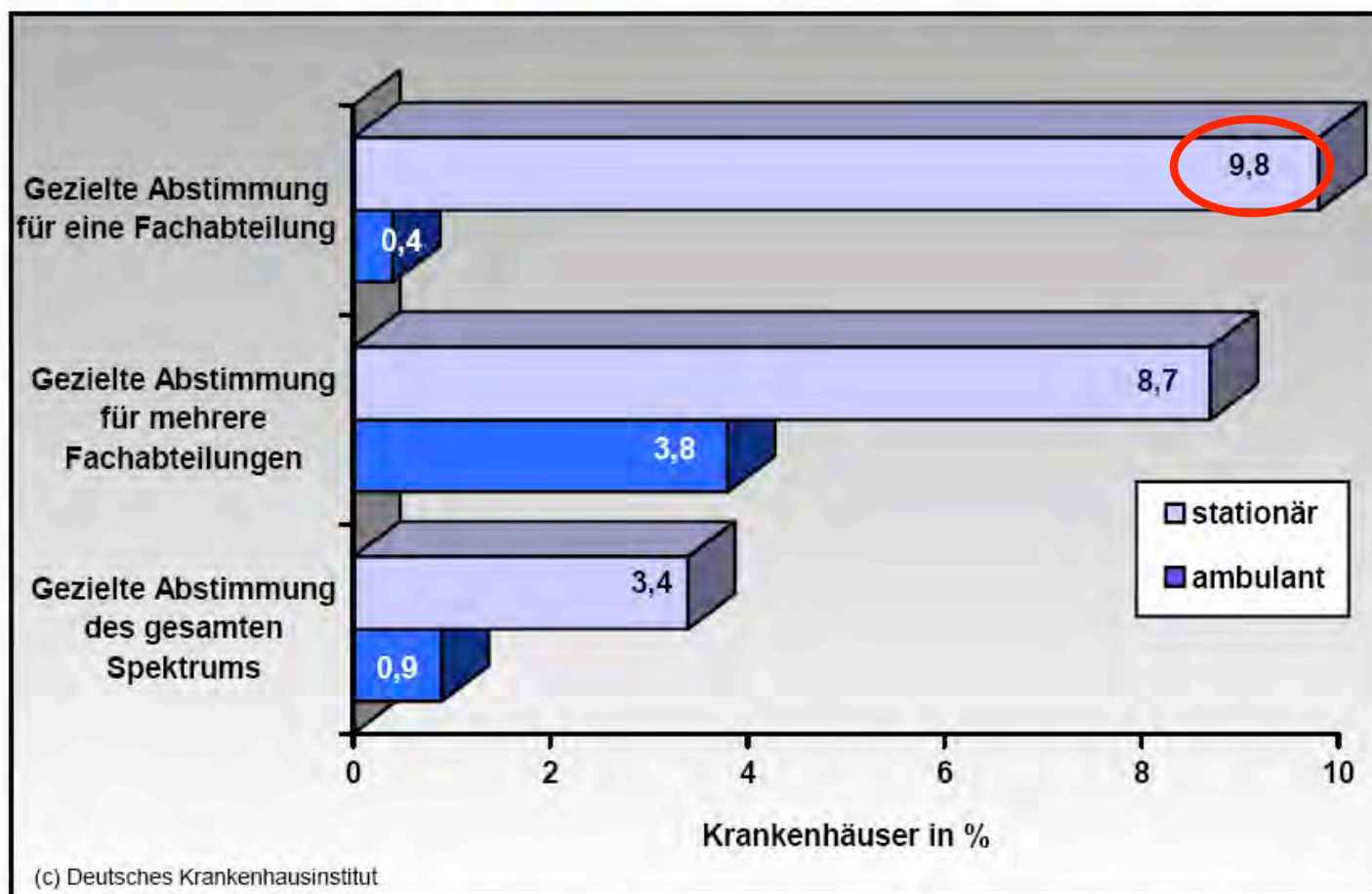


Abb. 15: Abstimmung stationäres und ambulantes Leistungsspektrum mit anderen Krankenhäusern - Häufigkeiten

Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



"Einzelplayer"



- Interne Kooperationen
- MVZ und VÄG
- Kooperationen außerhalb MVZ
- IV "Herz und Kreislauf" 2006
- Wohin geht die Reise ?

"Networker"

Integrierte Versorgungs-Teilnahme 2006

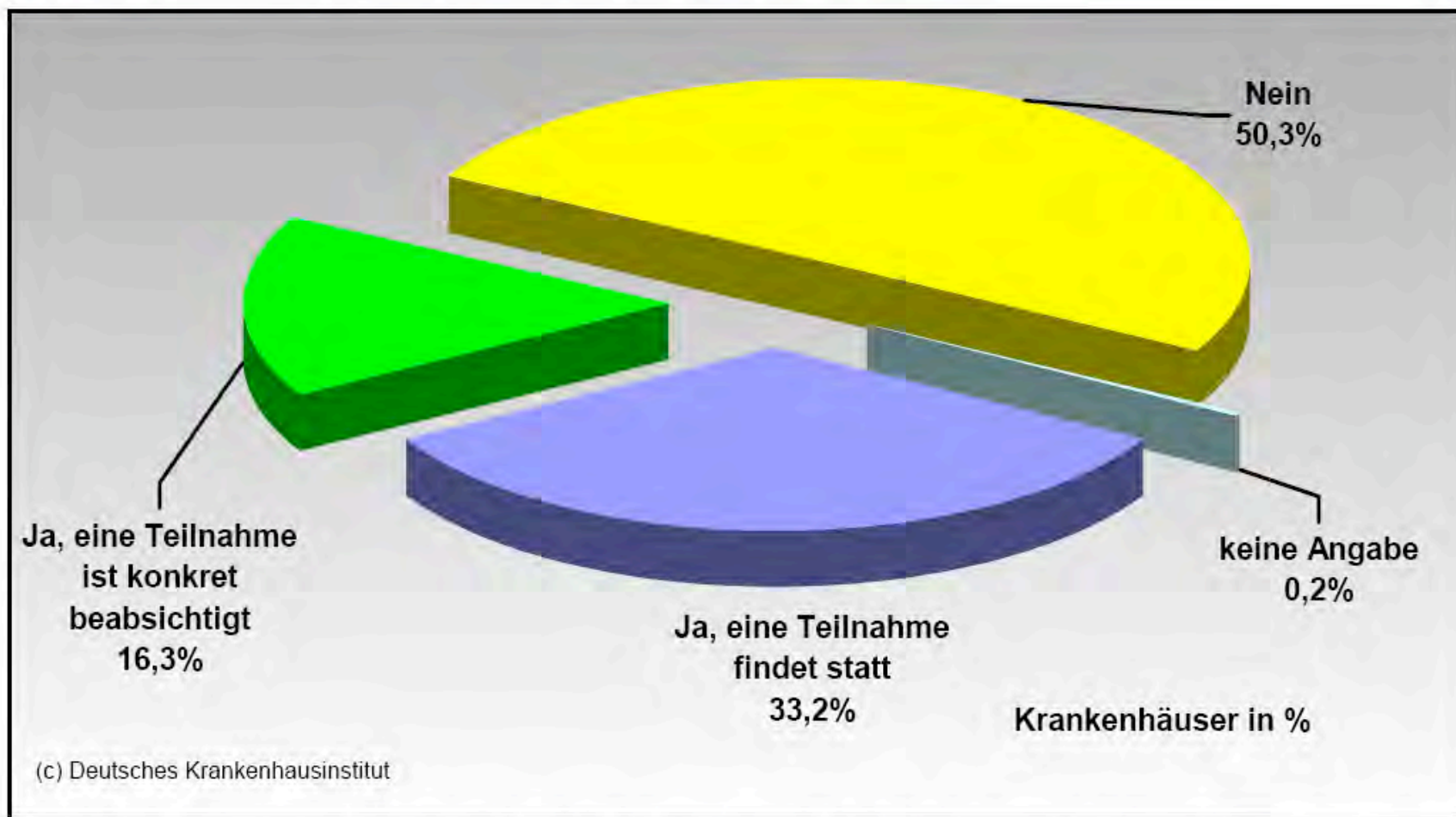
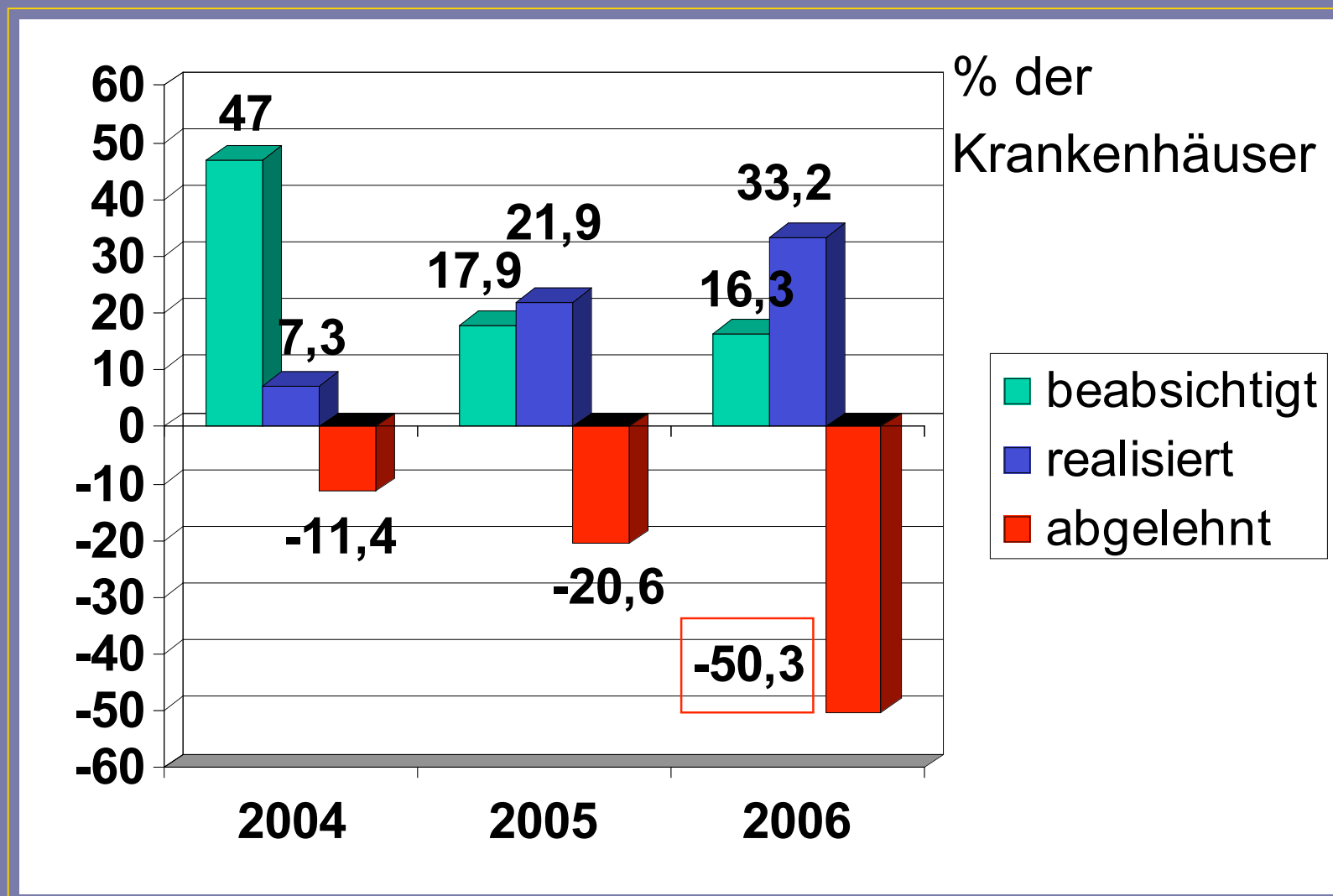


Abb. 41: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Integrierten Versorgung

IV-Teilnahme 2004 - 2006



Integrierte Versorgungs-Teilnahme 2006

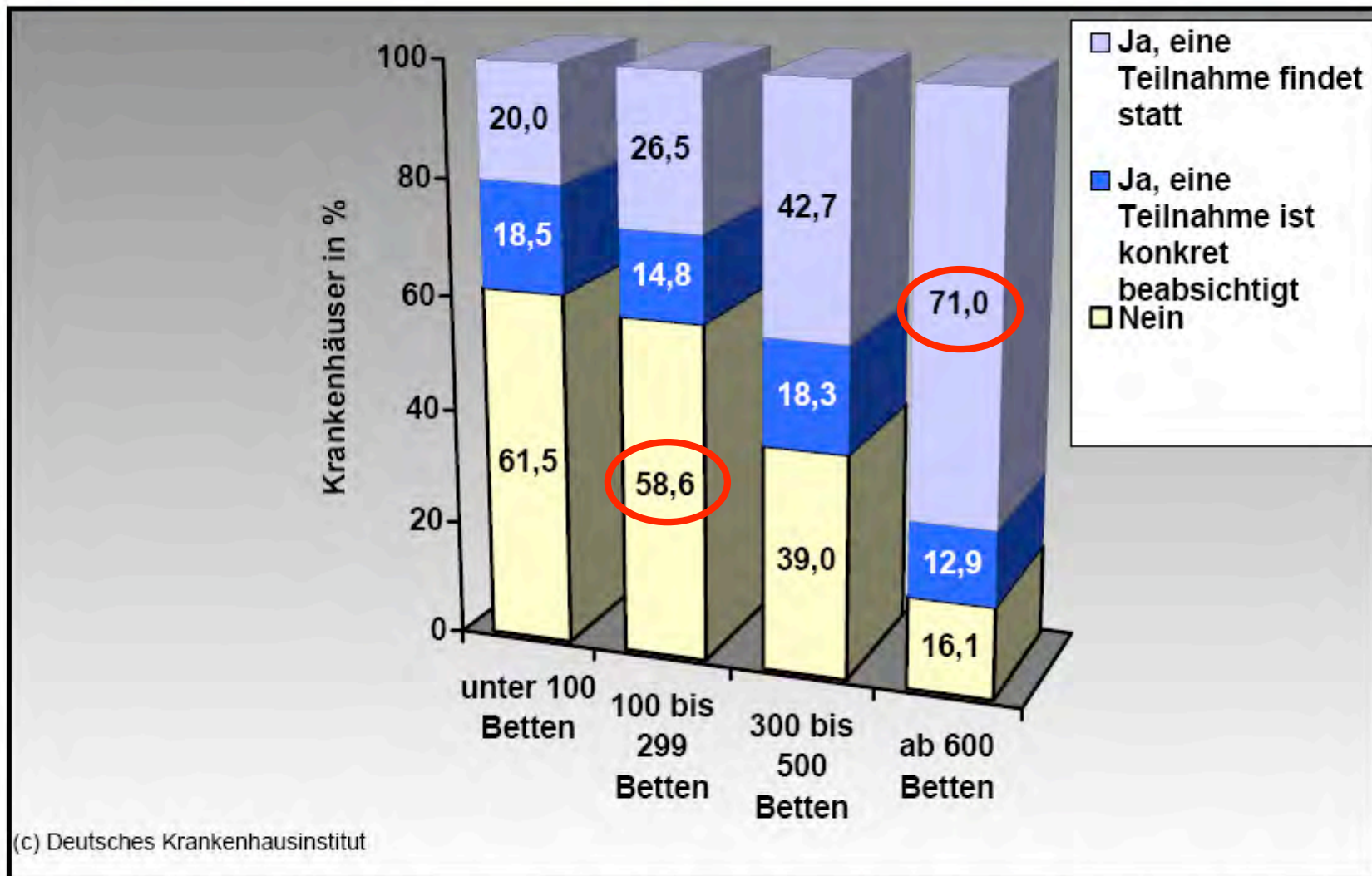
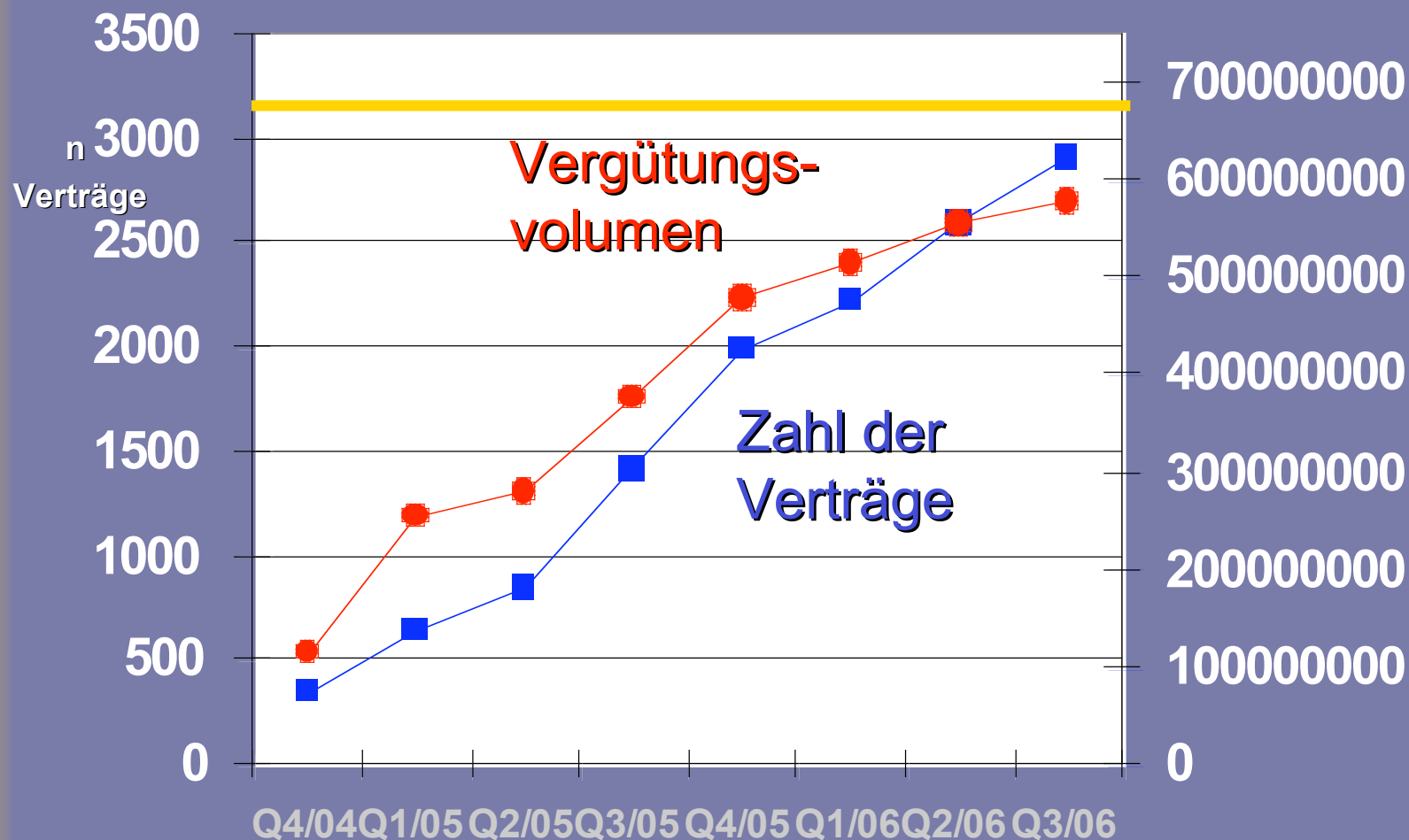


Abb. 42: Teilnahme an der Integrierten Versorgung nach Bettengrößenklassen

Gemeldete IV-Verträge

Vergütungs-
volumen

1%



Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (BQS)

Kardiologische IV-Verträge 2006



Integrierte Versorgung

[zurück zur Suche](#)

[neue](#)

Thema: Herz- und Kreislauferkrankungen

Bundesland:

Kasse: **AOK Brandenburg** ([Kassenprofil](#))

1. Vertragsname

Pro CARDIO Plus Potsdam

2. Medizinischer Bereich

Koordination, Steuerung und Begleitung der Versorgung des Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit

3. Ort / Region

West-Brandenburg

4. Partner

Kardiologische Gemeinschaftspraxis Potsdam; St. Josefs-Krankenhaus Potsdam

5. Behandlungsmerkmale

Optimierung der Behandlung von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit

6. Teilnahmevoraussetzungen

Koronare Herkrankheit, Teilnahme am DMP KHK

7. Kostenzuschüsse

keine

Herz-/KI-Krank. 156

Atemwege 29

Diabetes 26

Herz-/KI-Krankheiten:

AOK 11

BEK 23

DAK 18

TK 17

BKKs 53

IKKs 7

andere 37

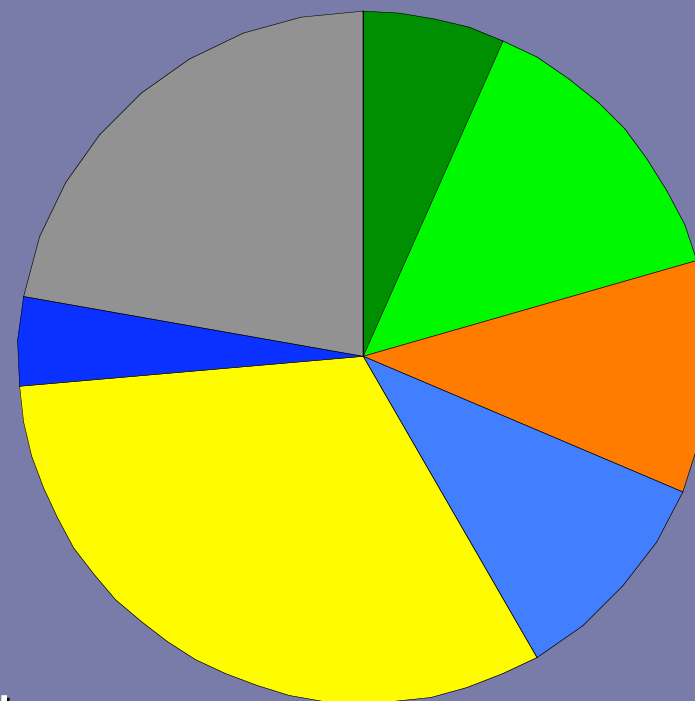
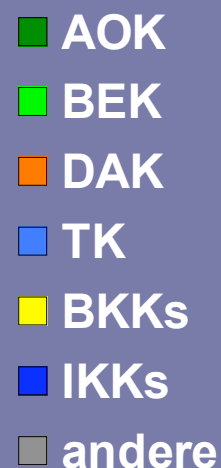
<http://krankenkassenratgeber.de/iv.php>

Kardiologische IV-Verträge 2006

Zahl der Verträge:	Herz-/KI-Krank.	156
	Atemwege	29
	Diabetes	26

IV-Verträge über Herz-/Kreislauf-Krankheiten nach beteiligten Krankenkassen:

AOK	11
BEK	23
DAK	18
TK	17
BKKs	53
IKKs	7
andere	37



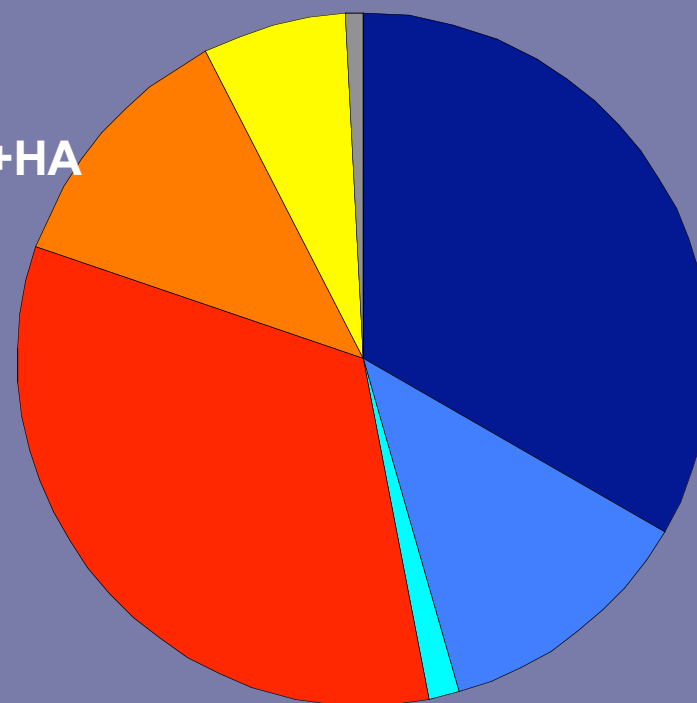
<http://krankenkassenratgeber.de/iv.php>

Kardiologische IV-Verträge 2006

(n=145 Verträge über Herz-Kreislaufkrankheiten)

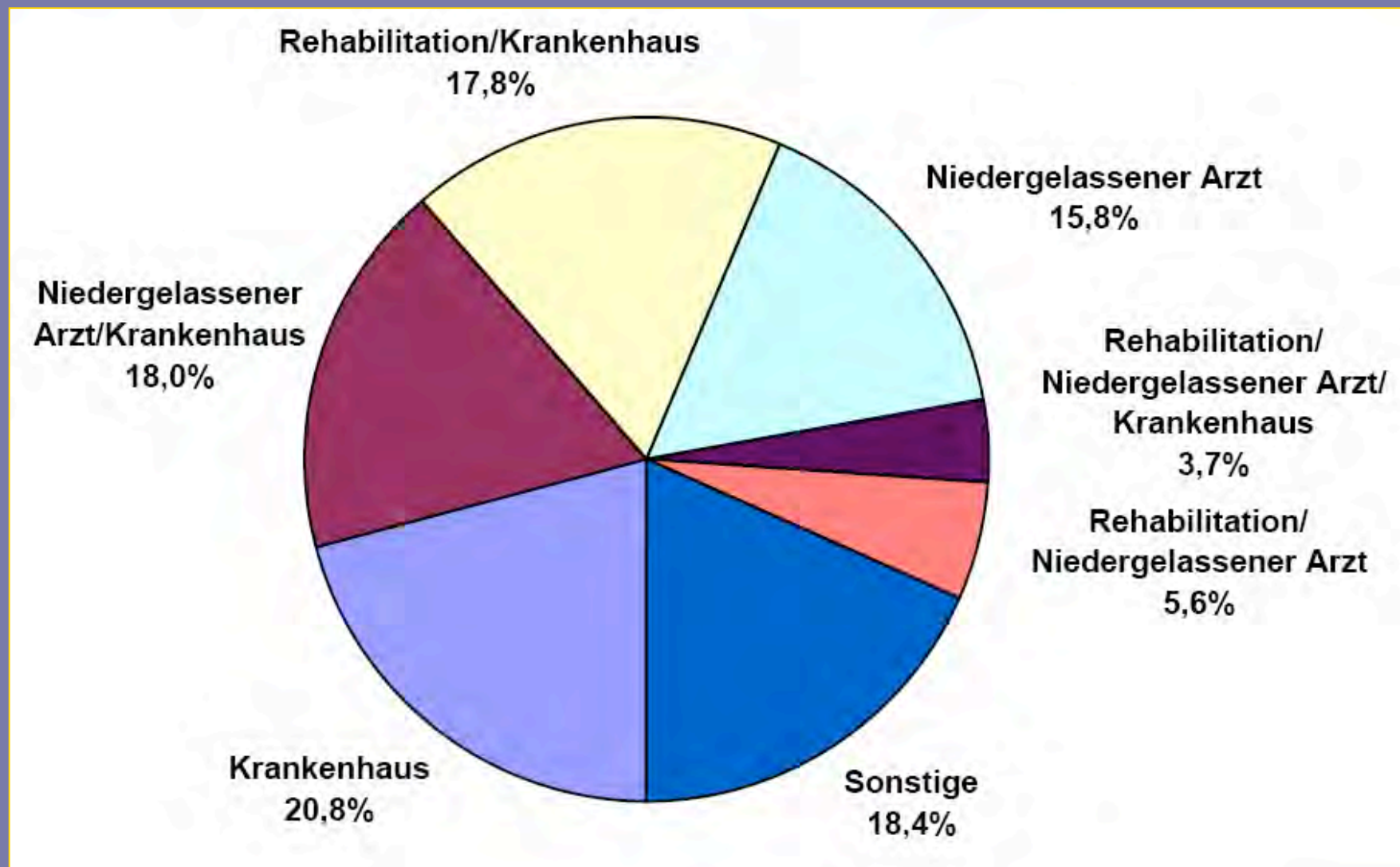
IV-Verträge über Herz-/Kreislauf-Krankheiten
nach beteiligten Leistungserbringern:

KH+FA+HA	44	■ KH+FA+HA
KH+FA	16	■ KH+FA
KH+HA	2	■ KH+HA
KH	44	■ KH
FA+HA	16	■ FA+HA
FA	9	■ FA
HA	-	■ k.A.



<http://krankenkassenratgeber.de/iv.php>

Gemeldete IV-Verträge (3.Qu.2006)

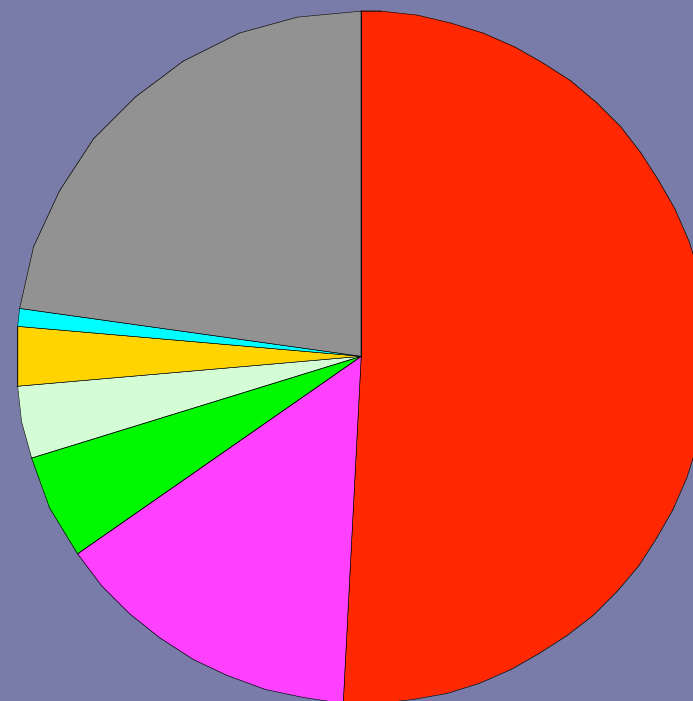


Kardiologische IV-Verträge 2006

(n=145 Verträge über Herz-Kreislaufkrankheiten)

IV-Verträge über Herz-/Kreislauf-Krankheiten
mit besonderen Leistungsinhalten:

Herzkatheter-Leistungen	73	■ HK
Drug-eluting Stents	21	■ DES
Cardiac MR	7	■ MR
Telemedizin	5	■ Tele
Schrittmacher	4	■ SM
KiKA(Pflege)	1	■ KiKa
		■ k.A.



<http://krankenkassenratgeber.de/iv.php>

Kardiologische IV-Verträge 2006

(n=145 Verträge über Herz-Kreislaufkrankheiten)

IV-Verträge über Herz-/Kreislauf-Krankheiten mit besonderen Merkmalen:

Garantie-Versprechen	20
Anthropsophische Inhalte	1
Arzneimittelsteuerung	1
Physisches Training	1
Diabetologie	1

<http://krankenkassenratgeber.de/iv.php>

IV-Verträge/Krankenhaus 2006

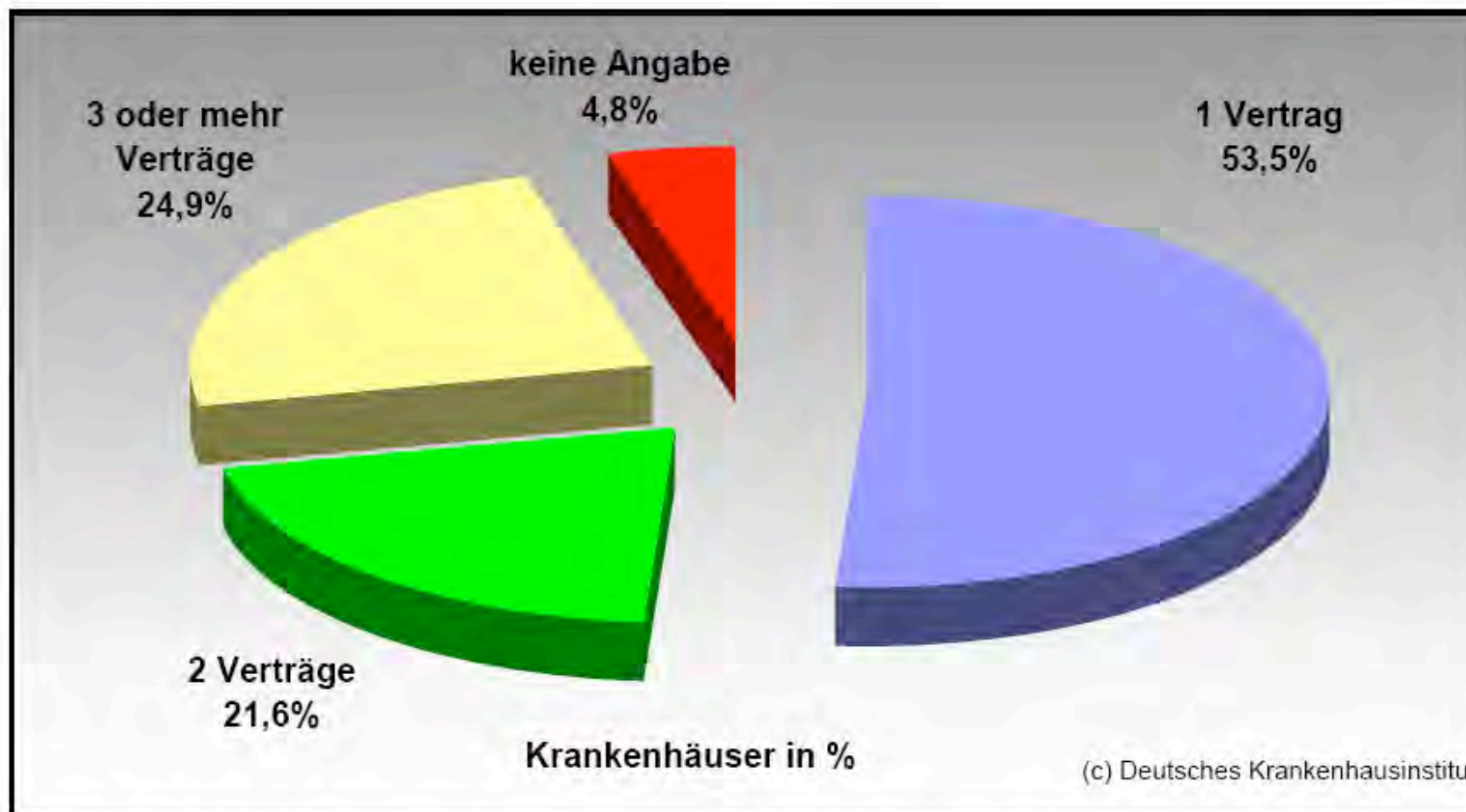
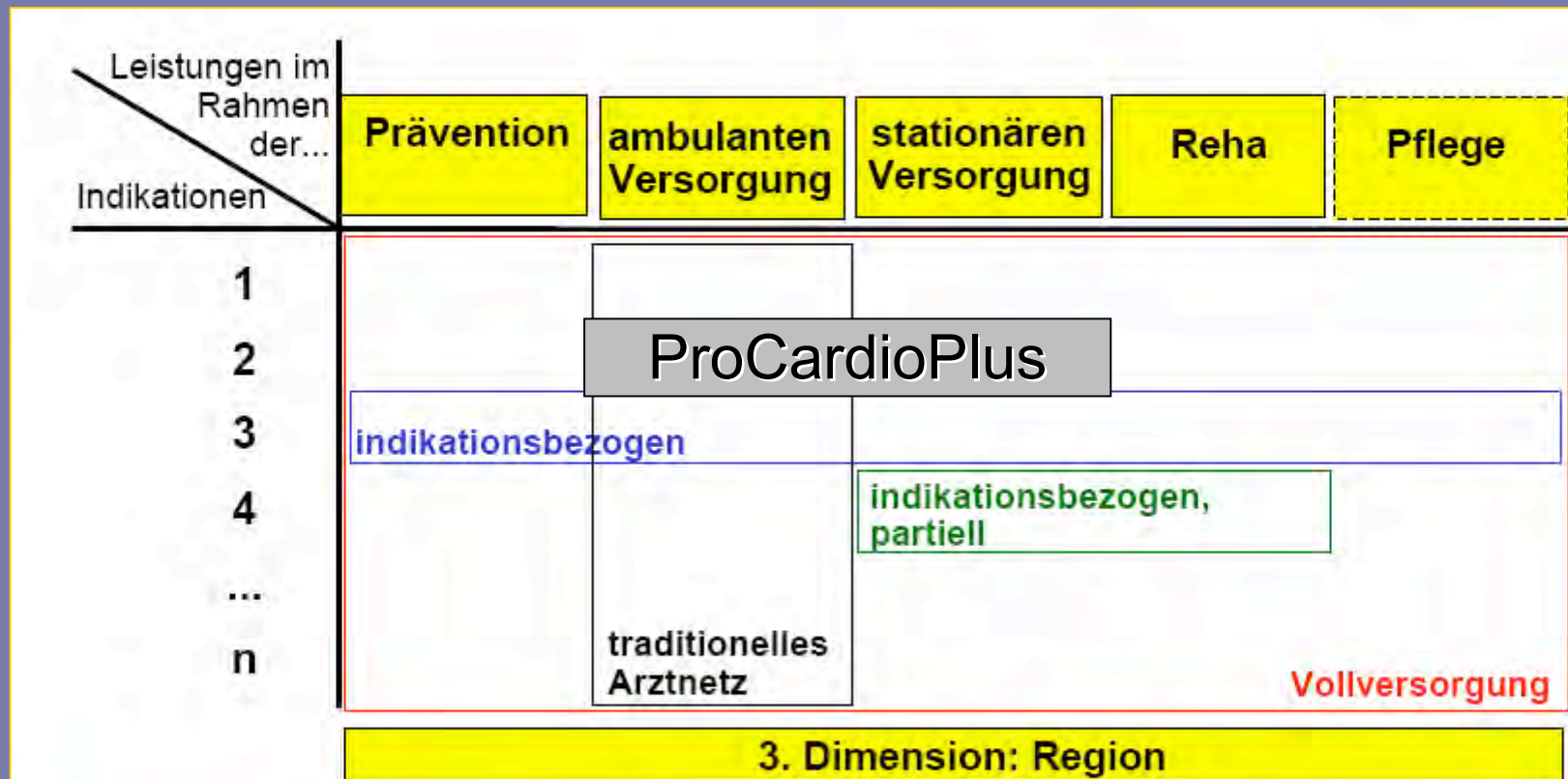


Abb. 43: Anzahl der Integrationsverträge pro Krankenhaus

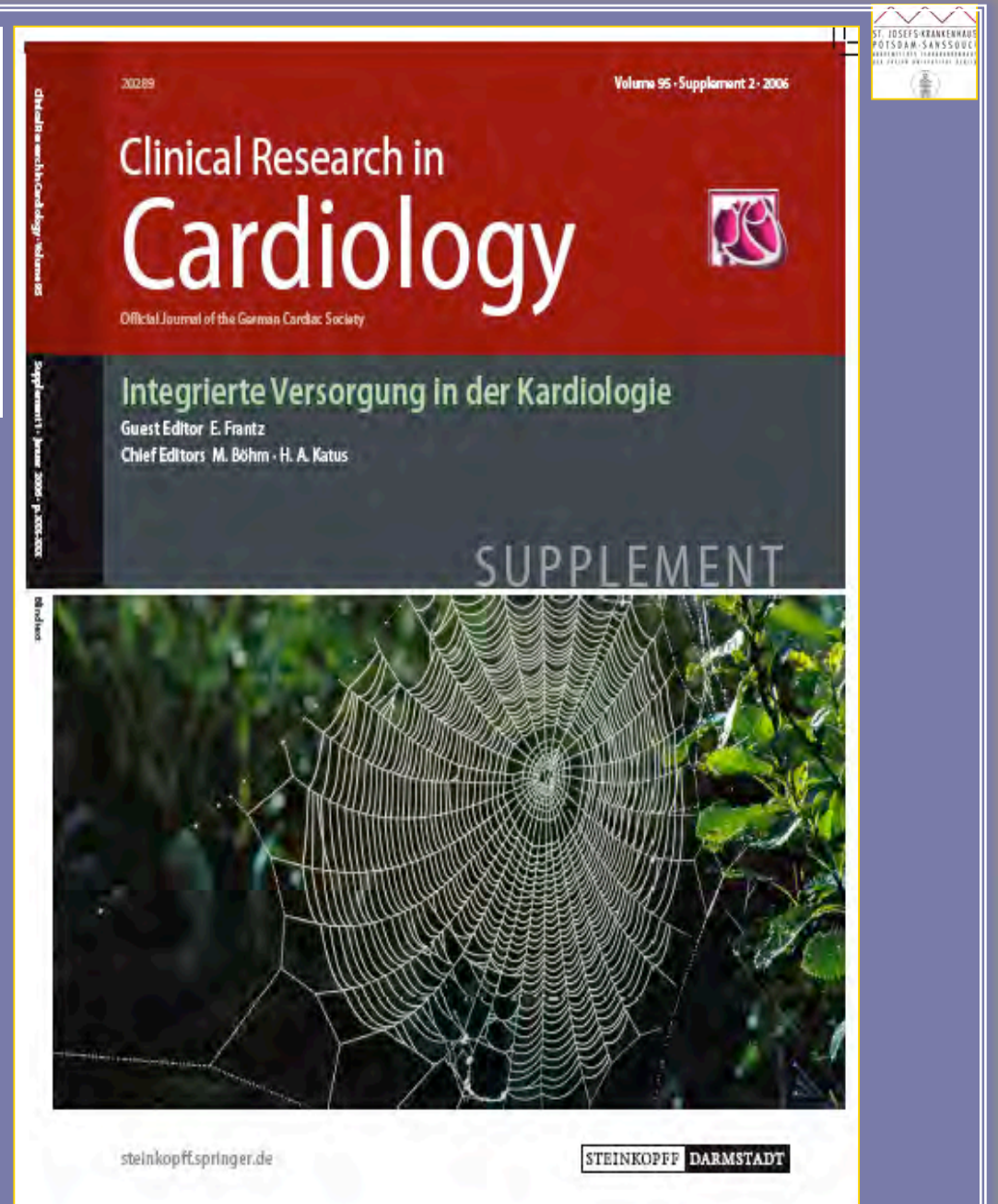
Krankenhaus-Barometer, dki, Nov.2006, www.dkgev.de

Integrierte Versorgung: Ausdehnung der Modelle



Supplement 2/2006 "Clinical Research in Cardiology" (bish.: "Zeitschrift für Kardiologie")

...enthält u.a. den
kompletten
Kriterienkatalog
"Integrierte Versorgung
in der Kardiologie"



Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



"Einzelplayer"



- Interne Kooperationen
- MVZ und VÄG
- Kooperationen außerhalb MVZ
- IV "Herz und Kreislauf" 2006
- **Wohin geht die Reise ?**

"Networker"

Wohin geht die Reise ?

Integrierte Versorgung in der Gesundheitsreform

- **Streichung der Rückzahlungspflicht** der Kassen für nicht verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung.
- Die Integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt und künftig im Hinblick auf eine **bevölkerungsbezogene Flächendeckung** ausgebaut.
- Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vergütungssystems im ambulanten Bereich wird die **Anschubfinanzierung verlängert**.
- **Pflegeversicherung** und **nichtärztliche** Heilberufe können integriert werden.

Deutscher Bundestag Drucksache 16/3100 16. Wahlperiode 24.10. 2006

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

bei Erfolg der I.V.: Beeinträchtigung der DRG-Kalkulation ?

- ∅ Grenz-Verweildauern
- ∅ Budget-Bereinigung
- ∅ *Mindestmengen*



Folgejahre: Budgetreduzierung ?

I.V. als Ablösung der Regelversorgung ??
(s. Koalitionsvertrag !)

Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



"Einzelplayer"

- Interne Kooperationen
- MVZ und VÄG
- Kooperationen außerhalb MVZ
- IV "Herz und Kreislauf" 2006
- Wohin geht die Reise ?



"Networker"

Kooperationen in der stationären Grund- und Regelversorgung



"Einzelplayer"



- Interne Kooperationen: **nutzen !**
- MVZ und VÄG: **explosiv !**
- Kooperationen außerhalb MVZ: **nutzen !**
- IV "Herz und Kreislauf" 2006: **mager !**
- Wohin geht die Reise ? **das GKV-WSG**
läßt fast alle Fragen offen

"Networker"

Ein Forum zur Diskussion dieser und ähnlicher Fragen:



Eine Veranstaltung der ALKK
Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte

www.gpkkp.de



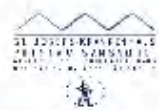
und des BNK
Bundesverband Niedergelassener Kardiologen



mit dem Institut für Sportmedizin und
Prävention der Universität Potsdam



unter der Schirmherrschaft der DGK
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
- Herz- und Kreislaufforschung e.V.



Leitung: Dr. Eckart Frantz
St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie



**Danke
für Ihr
Interesse!**



Ich hoffe, ich habe mich nicht in diese Situation gebracht ...

Innere Medizin im DRG-System 2006

- Kooperationen (MVZ, IV)

Neue integrierte Versorgungsformen erweitern die Spielräume für die Krankenhäuser

Ambulante OPs nach § 115 b SGB V

- Vermeidung von stationären OPs und Verlegung in den ambulanten Bereich
- Sicherung von patientengerechter und wirtschaftlicher OP-Versorgung
- Verbesserung der Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhaus

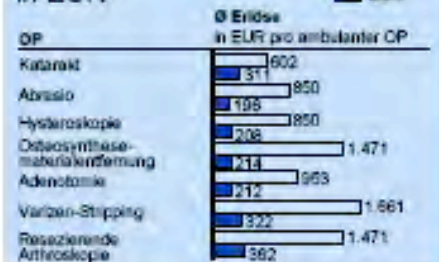
Integrationsverträge nach § 140 a SGB V

- Integration stationärer und ambulanter Versorgung fach- und sektorübergreifend
- Ziel ist Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Integration von mindestens 2 Leistungserbringern durch vertragliche Bindung

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V

- Fachübergreifende Einrichtungen zur fachübergreifenden Versorgung von Patienten
- Ärztliche Leitung
- Tätigkeit von Ärzten als Angestellte und/oder als niedergelassene Vertragsärzte
- Gründung durch Krankenhäuser möglich

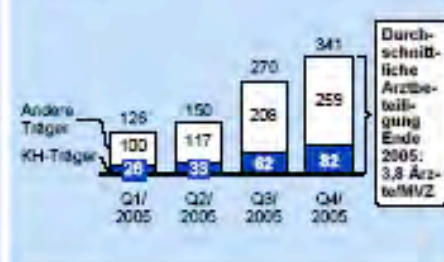
Erlöse ambulanter und stationärer OPs* in EUR



Integrationsverträge in Deutschland** in Prozent



MVZ nach Trägerschaft Anzahl



* EVN-Abrechnung in Berlin

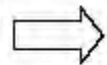
** Verträge in mehreren Regionen pro Krankenkasse werden einfach gezählt

Innere Medizin im DRG-System 2006

- Überlebensstrategien

Anforderungen modernes KH-Management 1 und an moderne Chef- und Oberärzte

- Fallzahlmaximierung (unter Berücksichtigung CM-Kennzahlen) und Verweildauerreduzierung
- Eine Strategie im Hinblick auf das medizinisch-pflegerische Fachkonzept sowie auf die **regionale Vernetzung** mit eigenen und anderen Leistungsanbietern.
- Ein **exzellentes Kosten- und Erlösmanagement** (i.S. von -controlling)
Eine **Qualität** (medizinisch-pflegerische **Konzepte**, Betreuung, etc.), die sich aus Sicht von Patienten, niedergelassenen Ärzten ... von anderen Anbietern unterscheidet.
- (4) Eine den neuen Anforderungen entsprechende bauliche Struktur: **Investitionstätigkeit**
- (5) Eine die Ablaufsteuerung unterstützende **IT** (Elektronische Patientenakte).



Schlüsselfaktor: Strategie und Konzept

Christliches Profil als Chance

Deutsches
Ärzteblatt
10.10.2003

Marketing im Krankenhaus

Christliches Profil als Chance

Die Unternehmenskultur christlich geführter Krankenhäuser könnte bald ein entscheidender Vorteil am Markt sein.

Markus Holtel

Kaum eine ökonomische Disziplin genießt außerhalb der Betriebswirtschaft einen derart schlechten Ruf: Dem Marketing hängt der Ruch von übertriebenen Verkaufsparolen und falschen Versprechungen an. Das tief sitzende Missverständnis über die Aufgaben des Marketings hat Nonprofit-Organisationen wie Krankenhäuser lange davon abgehalten, sich professionell damit zu beschäftigen. Dabei ist Marketing eine ernst zu nehmende Disziplin und umfasst weit mehr als die Verkaufsförderung. Es hilft, Märkte exakt zu analysieren und auf Kundenwünsche einzugehen. So kann die Produktpalette optimiert und eine spezifische Unternehmenskultur gepflegt werden. Funktionierendes Marketing bestimmt die Ausrichtung des Betriebs, füllt Leitsätze mit Leben und formuliert sie alltagstauglich aus, damit sie beim Kunden wirken. Wie alle Ökonomen neigen auch Marketing-Experten dazu, in ihrem Fach das gesamte Un-

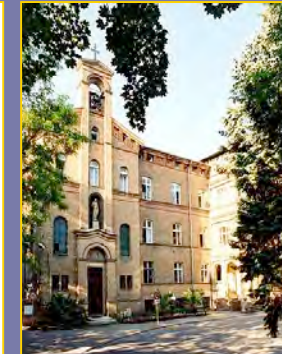
oder improvisiert. Deshalb sollten auch Nonprofit-Organisationen wie konfessionelle oder öffentliche Krankenhäuser nicht auf dieses wertvolle Instrument verzichten.

Die absehbaren Umbrüche auf dem Krankenhausmarkt werden zu einem intensivierten Wettbewerb dreier Gruppen führen: Freigemeinnützige, öffentliche

und Einfühlsamkeit des Personals gesehen. Öffentliche Krankenhäuser nehmen meist eine Kompromissstellung zwischen beiden Extremen ein.

Doch diese Prämissen rücken zunehmend in den Hintergrund. Die Privatwirtschaft hat in allen Branchen lernen müssen, stärker kundenorientiert zu denken. Die Bedarfswirtschaft ist auf dem

Wege, Ökonomie wertfrei und ohne Berührungängste als Mittel zum Zweck einzusetzen. Ökonomische Termini fließen inzwischen unverkrampft in den Sprachgebrauch ein. Man spricht ohne Zögern von kirchlichem Profil als „Markenprodukt“ und von der Spiritualität als „Kapital der Caritas“. Die Strategien nähern sich an. Vor diesem Hintergrund ist es für christliche Krankenhäuser ein wichtiger Ansatz, ihr konfessionelles Profil im Marketing einzusetzen: Es gilt, das vorhandene positive Image konfessioneller Träger zu



Integrierte Versorgungs-Teilnahme 2004 vs. 2005

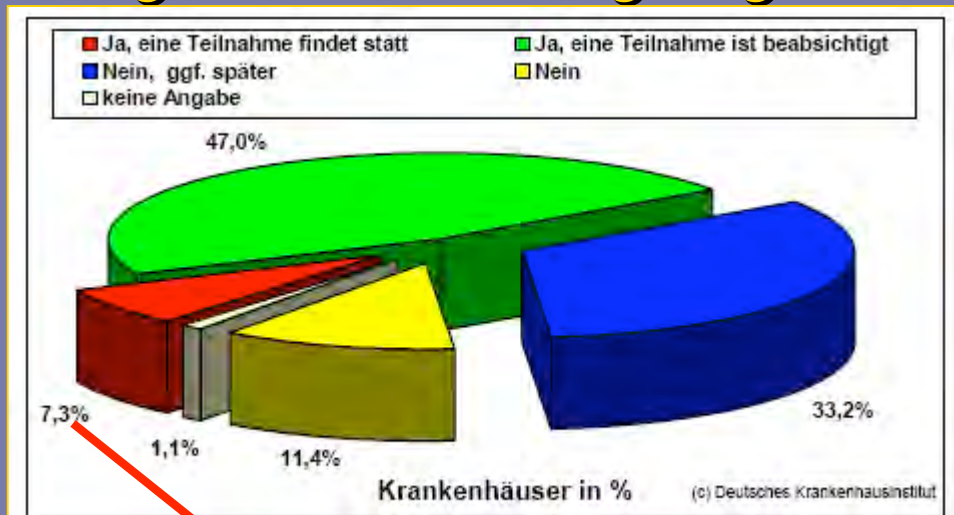


Abb. 23: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Integrierten Versorgung

2004

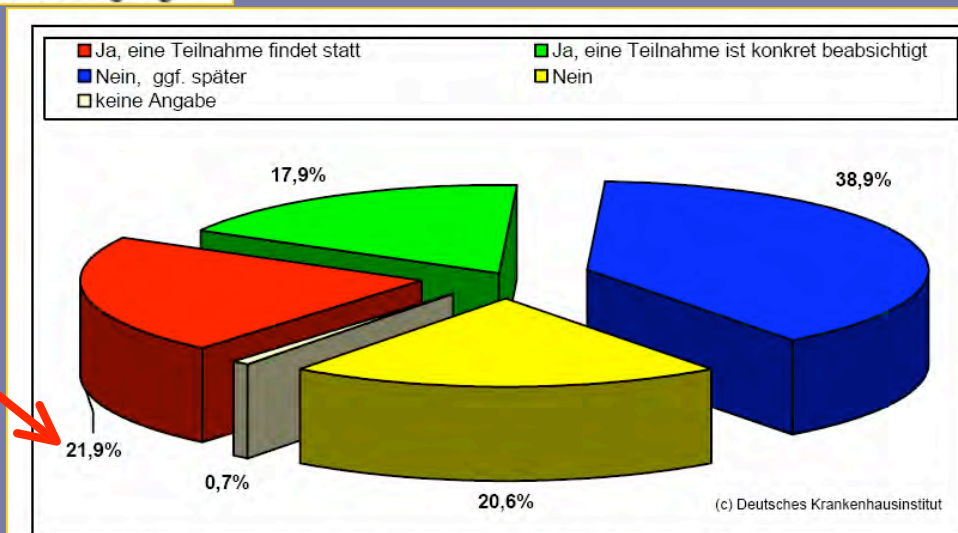


Abb. 37: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Integrierten Versorgung

2005