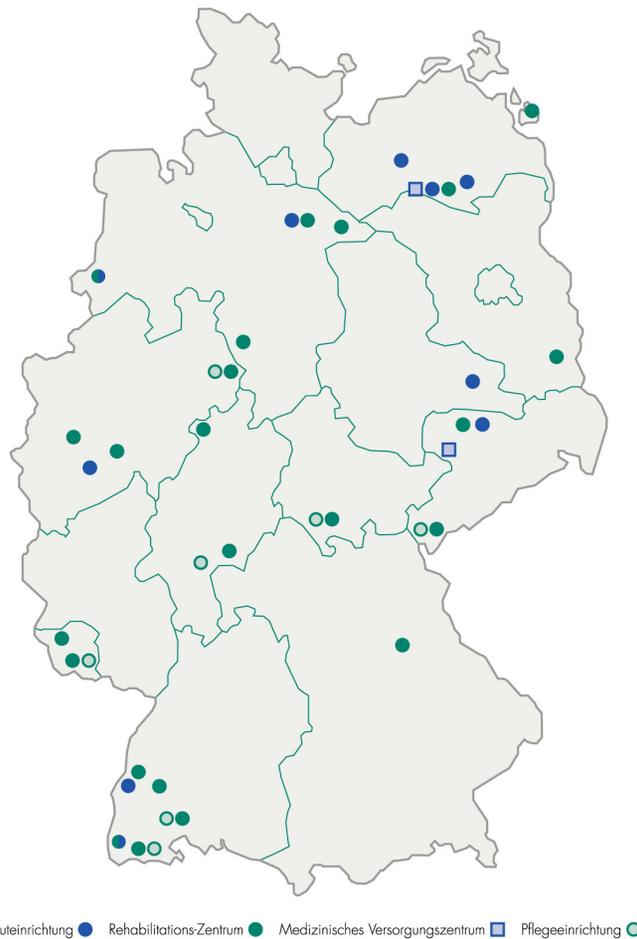


SO KOMMT GELD INS HAUS ?!?!–  
Tipps zum Abschluss von Verträgen zur  
Integrierten Versorgung

DGfM Herbstsymposium 2006

Dr. Boris Rapp  
MediClin  
Strategische Planung/Produktentwicklung

## MediClin – Großer Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen



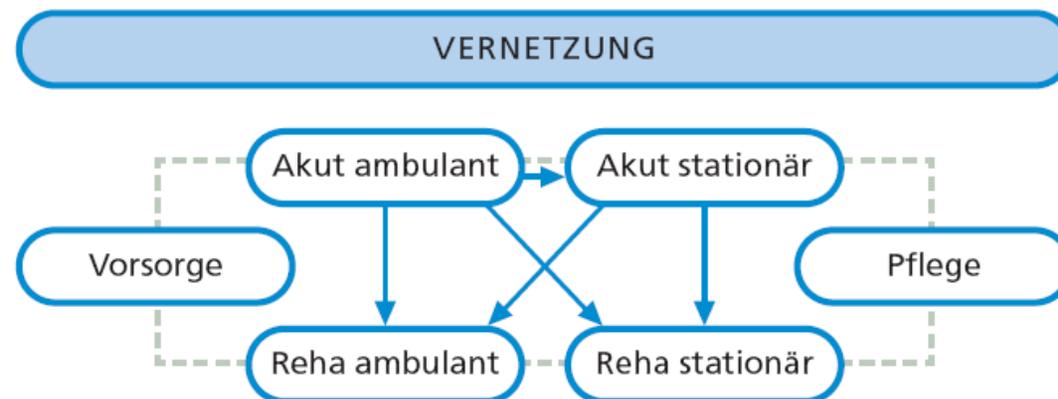
- 30 Klinikbetriebe
- 8 Pflegeeinrichtungen
- 2 MVZ
- in 11 Bundesländern vertreten

- Akutmedizin, Rehabilitation, Pflege
- eigene Softwaretochter (Cortex Software GmbH)

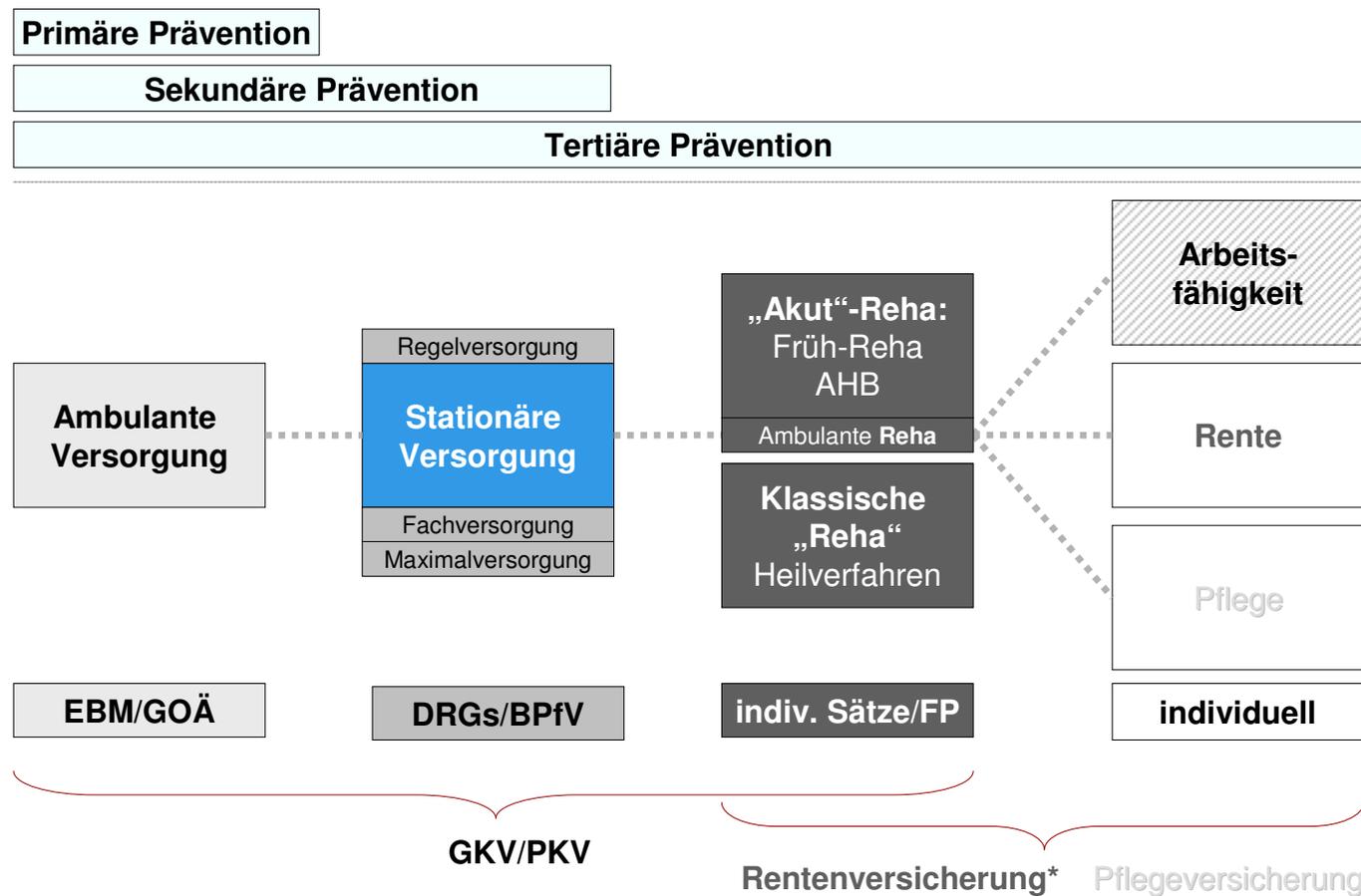
- 6.900 Mitarbeiter
- mehr als 7.700 Betten
- jährlich über 100.000 Patienten

## Vernetzung, Kooperationen und Integrierte Versorgung

- Sektorenübergreifende Kooperationen zentraler Bestandteil der Unternehmensstrategie
- Gesamte Versorgungskette des Patienten steht im Fokus
- Integration der medizinischen Sektoren notwendig für eine effektive Behandlung
- Bereits zahlreiche übergreifende Behandlungskonzepte realisiert
- Bislang 35 IV-Verträge bei der MediClin, 2 Medizinische Versorgungszentren



## Herausforderung der Vernetzung: Sektorengrenzen

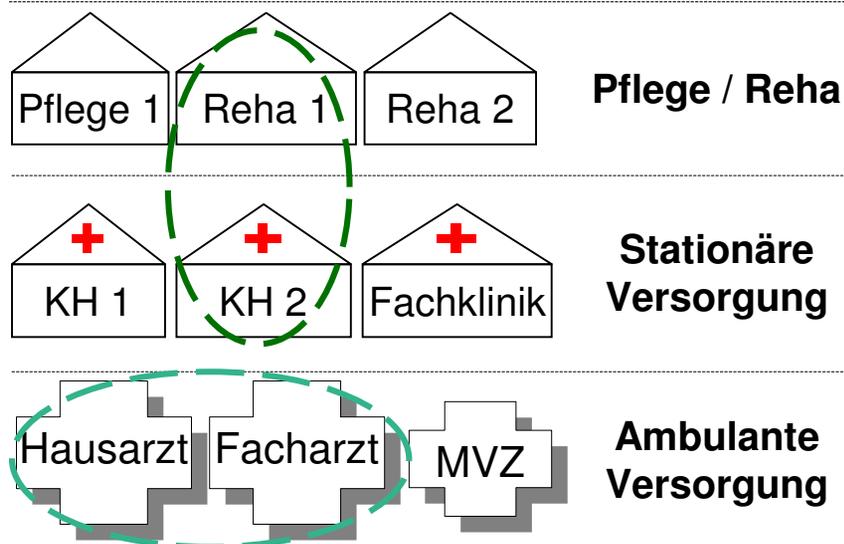


\*) plus  
Sonstige =  
Unfall-  
versicherung  
, Sozialamt,  
Bundesarbei-  
tsagentur,  
Jugendhilfe,  
PKV

## Möglichkeiten der IV

01. Januar 2000 Einführung der integrierten Versorgung durch Einbringung der §§ 140a-h SGB V

01. Januar 2004 Infolge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wurden bezüglich der integrierten Versorgung die §§ 140a-d SGB V geändert.

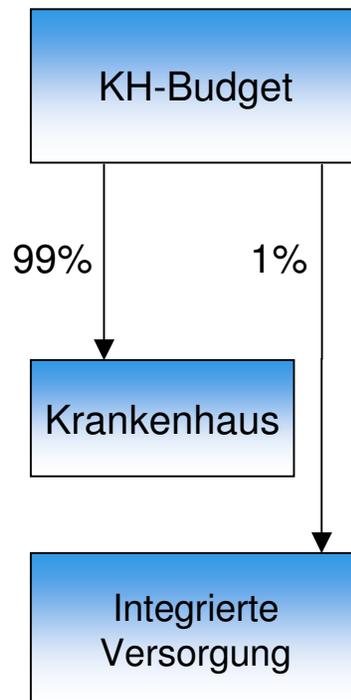


Neben der **vertikalen, sektorübergreifenden** (ambulant / stationär) ist auch eine **horizontale, interdisziplinär fachübergreifende** Versorgung innerhalb eines Sektors möglich (z.B.: vor-, nach-, teilstationär oder indikationsspezifische Behandlungspfade)

??? 2007 ??? Finanzierung? Integration der Pflege?

## Finanzierung / Rechnungskürzung

In den Jahren 2004 bis 2006 werden von den Krankenkassen bis zu 1% der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen zur Finanzierung der Integrationsversorgung einbehalten (§ 140d SGB V)

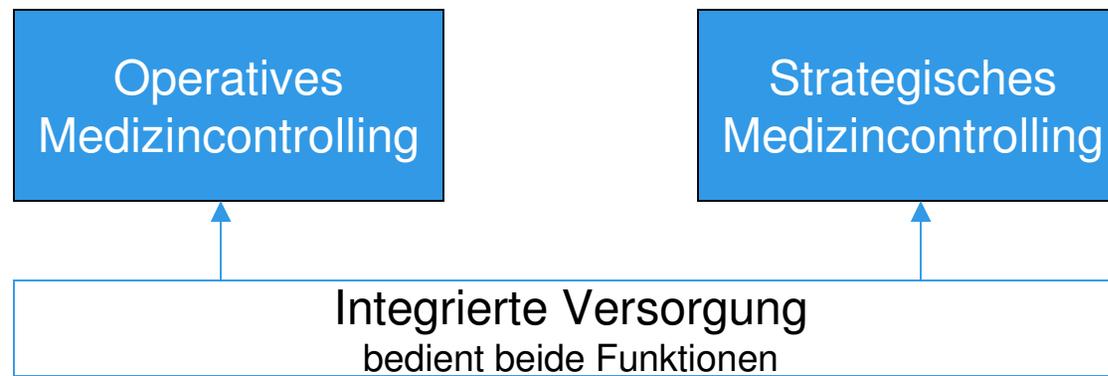


### Eckdaten der Finanzierungsneuregelungen

- Keine zusätzlichen finanziellen Mittel, nur Neuverteilung
- Ausschließlich bei Vorlage eines Integrationsvertrags und der Notwendigkeit der Mittel; pauschaler Einbehalt nicht möglich
- Der Kürzungssatz hängt vom IV-Volumen ab, also auch weniger als 1% denkbar
- Einheitlicher Kürzungssatz im Krankenhausbereich
- Betroffene Krankenhäuser definieren sich nach der im Integrationsvertrag angegebenen Versorgungsregion, die identisch mit der KV-Region sein soll
- Melde- und Auskunftsverfahren der gem. Registrierungsstelle zur Unterstützung und Umsetzung des § 140 d SGB V\*

\*bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH

## Gehört die IV ins Medizincontrolling?



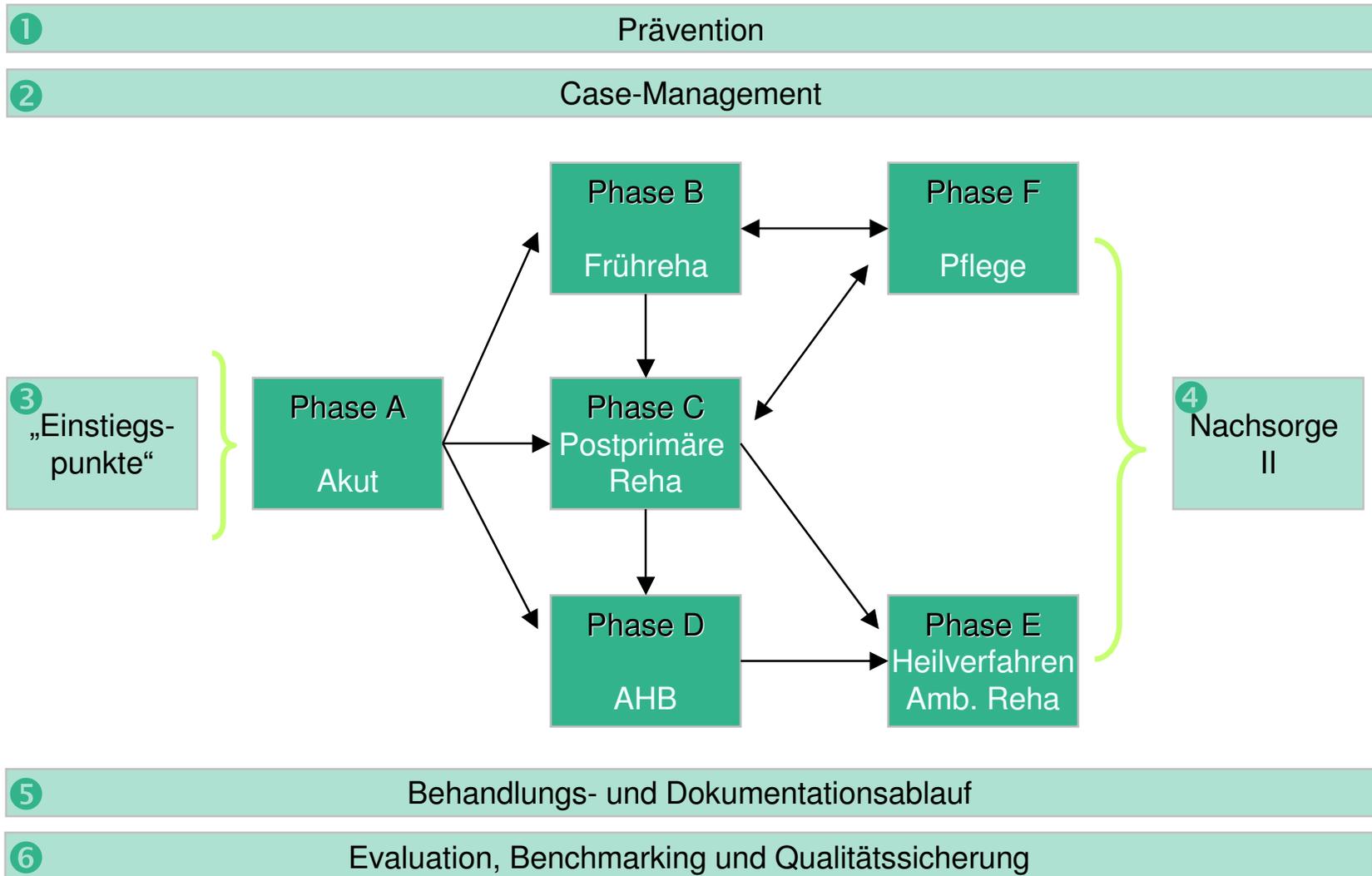
- Qualitative Weiterentwicklung des Medizincontrollings  
(von der Kodierqualität zur strategischen Positionierung)
- Schnittstelle zwischen Anspruch  
(Nutzung der IV-Finanzierung) und  
Wirklichkeit  
(IV-Verträge „auf dem Papier“ ohne Nutzung medizinischer Vorteile)
- Übersetzer zwischen Administration (Kostenoptimierung) und Medizin  
(Qualitätsverbesserung)

## Beispiel 1

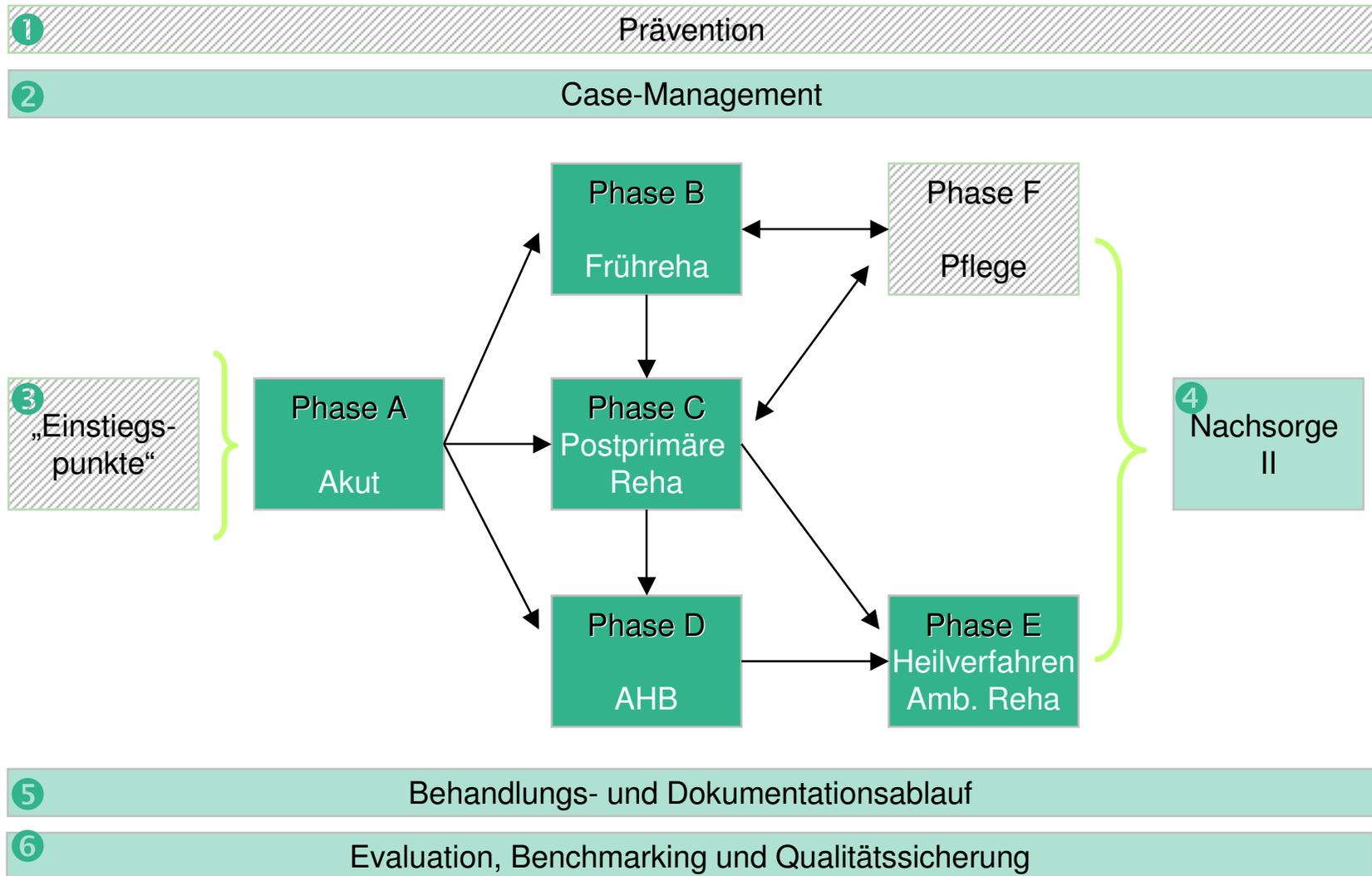
MediClin-Kooperationsmodell  
Integrierte Rehabilitation



## Optimale Schlaganfallversorgung



## Kooperationsmodell Integrierte Rehabilitation

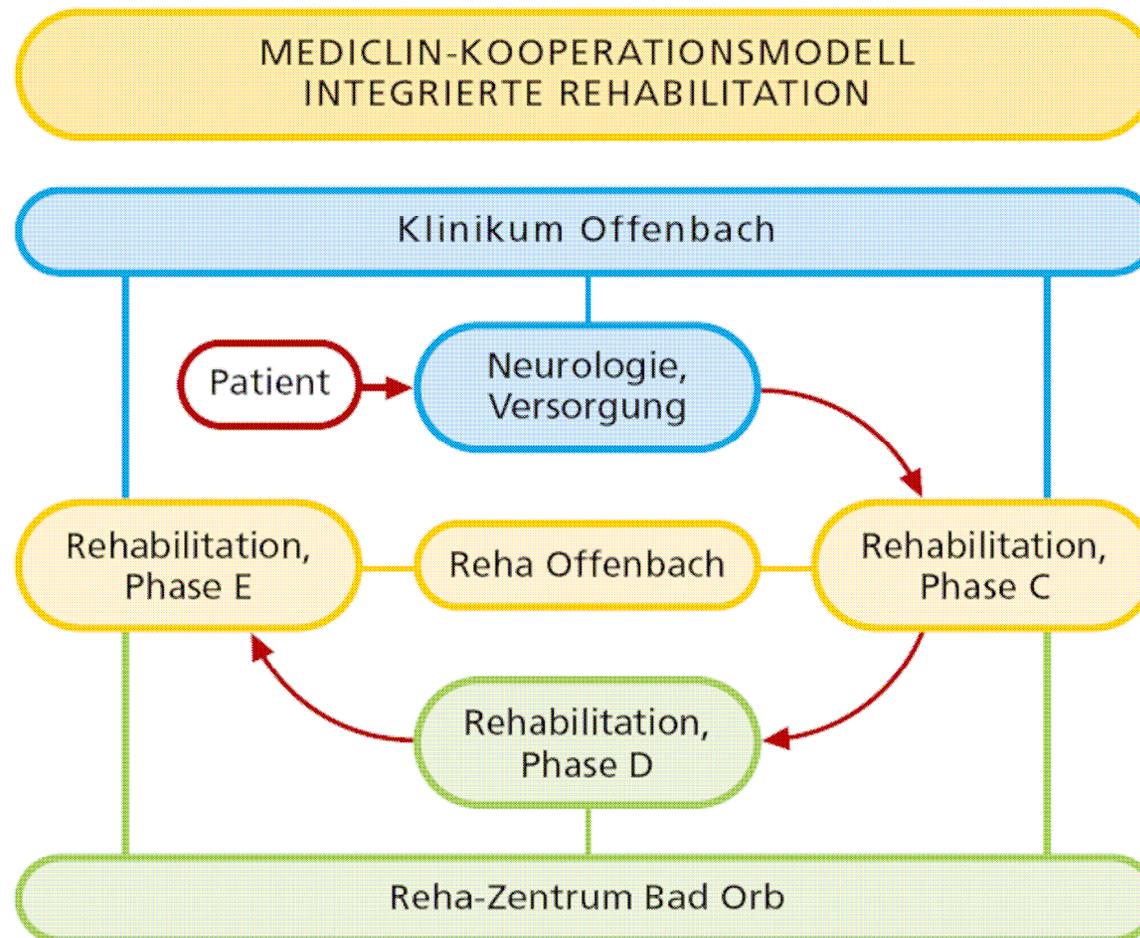


## Situation vor Beginn

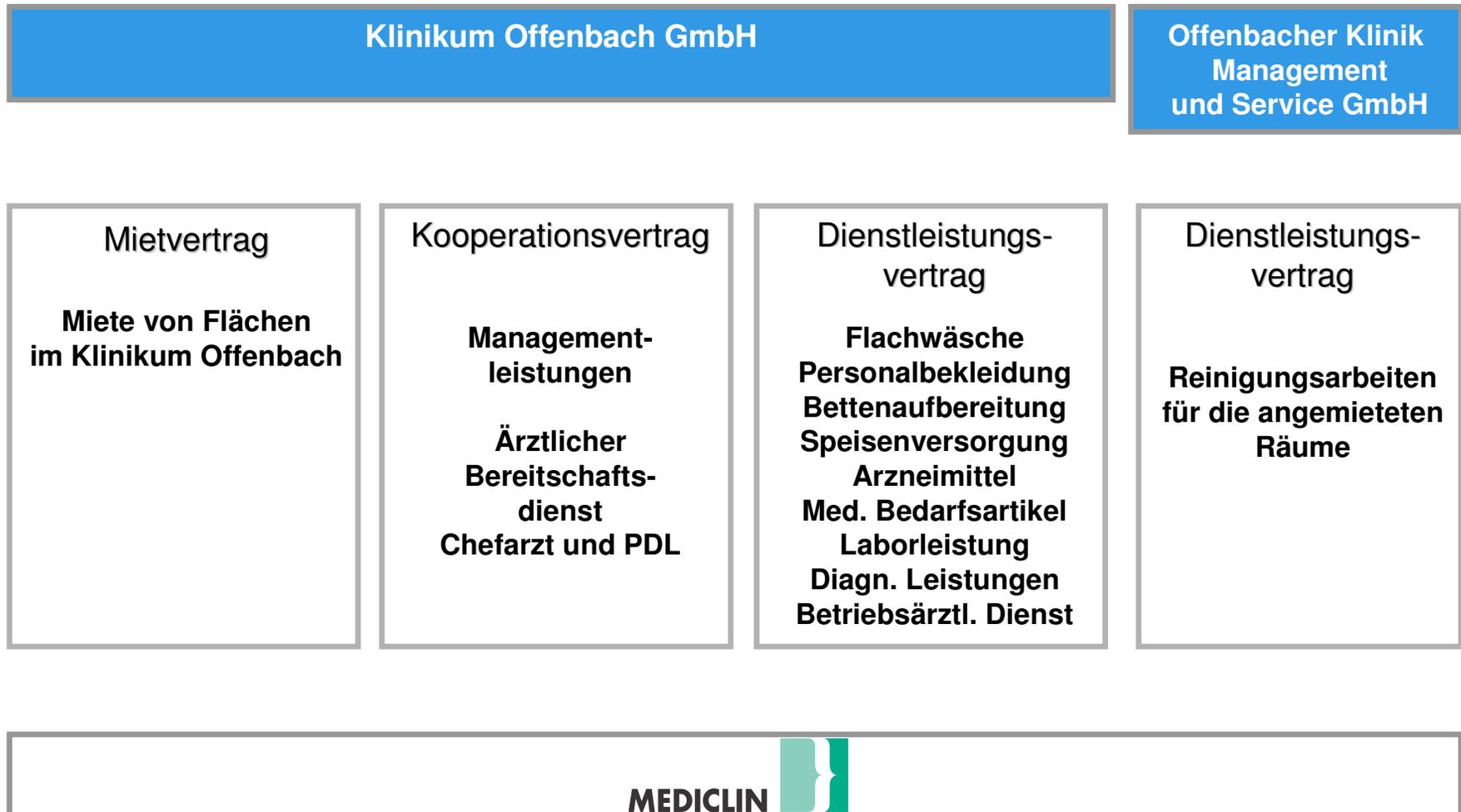
- Heterogene und individuelle Behandlung und Versorgung der Schlaganfall-Patienten
- Zahlreiche unterschiedliche Nachbehandler, hier lediglich Therapieempfehlungen, keine strukturierte, standardisierte Behandlung
- Betroffen ca. 800 Fälle (mehr als 6% der Schlaganfallpatienten in Hessen)

## Ziele des IV-Modells

- Verbesserte Versorgungsqualität der Schlaganfallpatienten
- Erweiterung des Leistungsangebotes
- Belegungssicherung und Umsatzsteigerung
- Ausbau bestehender Kooperationsbeziehungen
- Wirtschaftliches Handeln und Nutzen vorhandener Ressourcen



## Leistungsbeziehungen zwischen MediClin und Klinikum Offenbach



## Integrierte Rehabilitation: Was ist erreicht?

- Alle großen Krankenkassen beteiligt
- Aufklärung Patienten/Angehörige über IV-Modell zu Beginn
- Abgestimmte Ärztliche Leitung
- Ärzte-Rotation zwischen Akut und Reha
- Behandlungskontinuität (Frühe Integration Reha-Therapeuten)
- Strukturiertes Case-Management und Angehörigenbetreuung
- Definierte Nachsorgeuntersuchungen (Niedergelassene/Akuthaus)
- Evaluationsbogen
- Ambulantes „Therapiepaket“ im Anschluss an die Reha\*
- Evaluation der Heil- und Hilfsmittelversorgung vor Ort\*
- Beteiligung QS in der Schlaganfallversorgung Hessen (Akut/Reha)

## Integrierte Rehabilitation: Wie geht es weiter?

### Herausforderungen und Fragen

- Medienbrüche bei Patientendokumentation
- Engere Einbindung der Niedergelassenen
- Prävention?
- Früherkennung?
- Patienten in Phase F?
- Weitere Nachsorge? Tertiäre Prävention?
- Unterschiedliche Verträge je Kostenträger // Administrativer Aufwand?

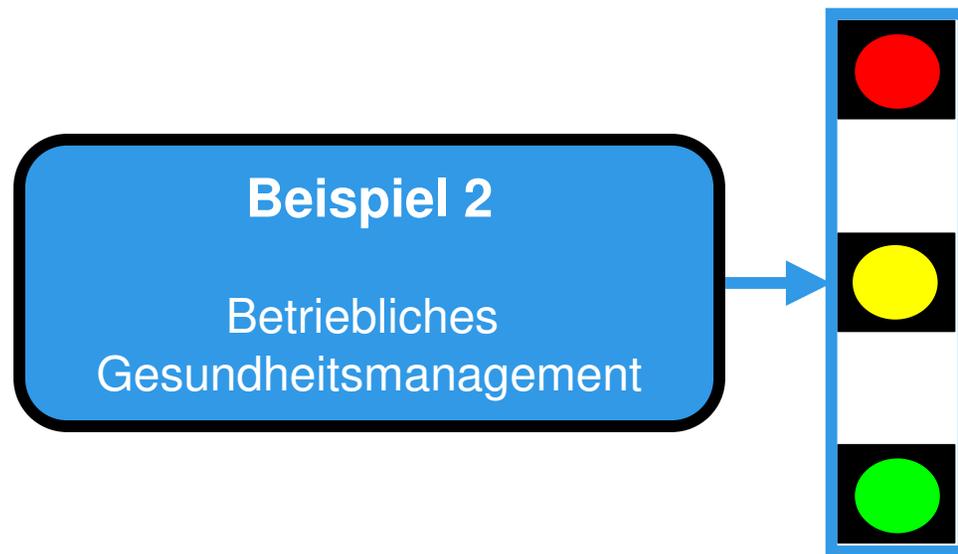
## Integrierte Rehabilitation: Vorteile für die Beteiligten

### Vorteile aus Sicht des Krankenhauses

- Vermarktung eines integrativen Konzeptes  
→ höhere Akzeptanz als Kompetenzzentrum / Belegungssicherung
- Kostenersparnis durch zeitnahe Verlegung in die Rehabilitation
- Geringer administrativer Aufwand durch enge Anbindung an die Rehabilitation
- Optimale Nutzung der Ressourcen (Kooperations- und Dienstleistungsverträge)

### Vorteile aus Sicht des Reha-Partners

- Belegungssicherung
- Früher Einstieg in die Rehabilitation → bessere Prozess- und Ergebnisqualität



## Zielsetzungen: Betriebliches Gesundheitsmanagement (I/II)

- Frühzeitiges Erkennen gesundheitlicher Probleme und Risiken bei Mitarbeitern  
(Betriebliches Frühwarnsystem)
- Frühzeitige Einleitung gezielter und nachhaltiger Präventions- oder  
Rehabilitationsmaßnahmen
- Möglichst nahtlose Verzahnung zwischen medizinischen und beruflichen  
Interventionen (z. B. bei Wiedereingliederung)
- Integrations- und Ability-Management zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Nachhaltige Sicherung des Mitarbeiterpotentials für das Unternehmen

Zielsetzungen: Betriebliches Gesundheitsmanagement (II/II)

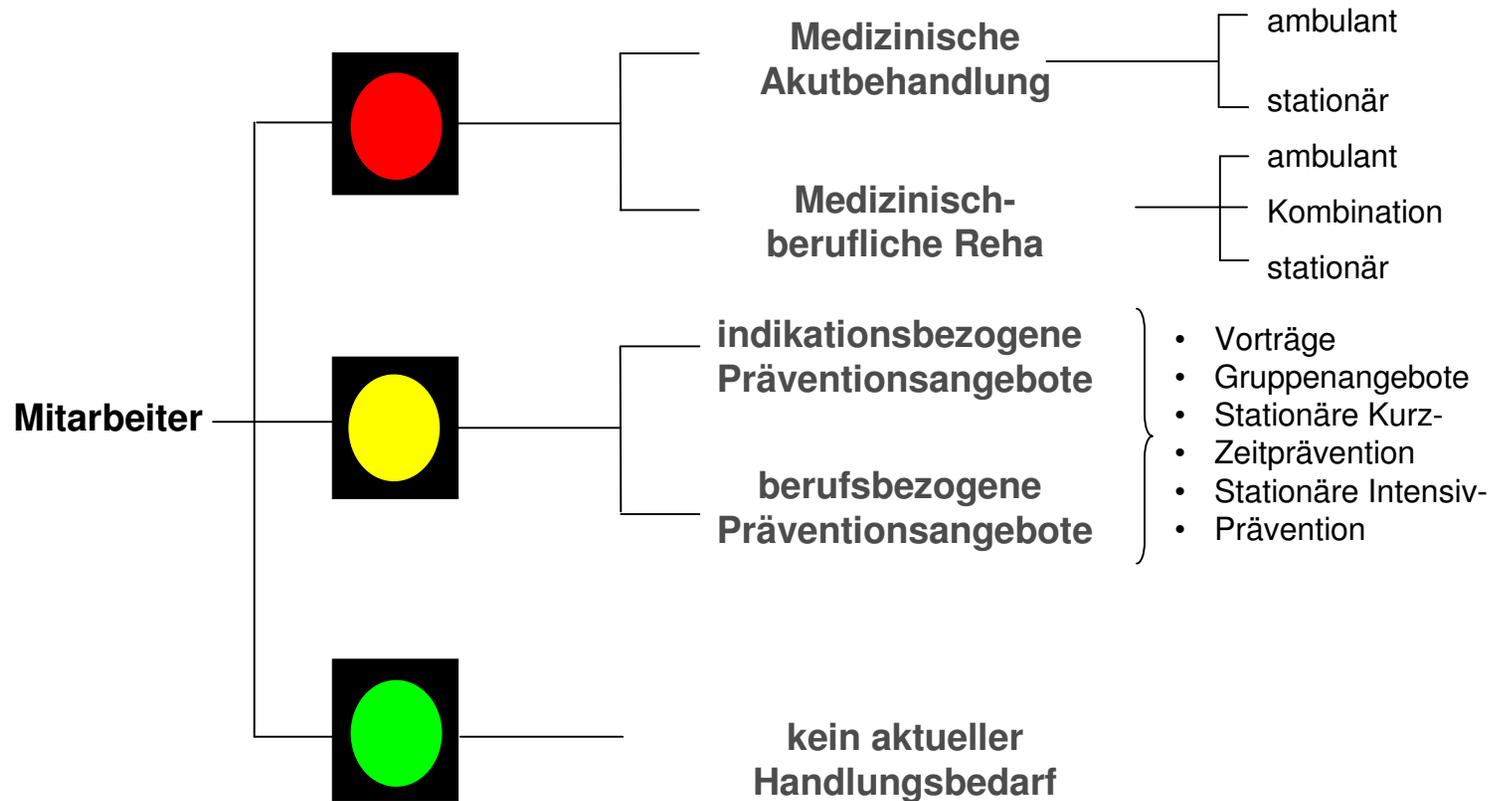
Absenkung von Fehlzeiten im Betrieb

Reduktion von Behandlungskosten

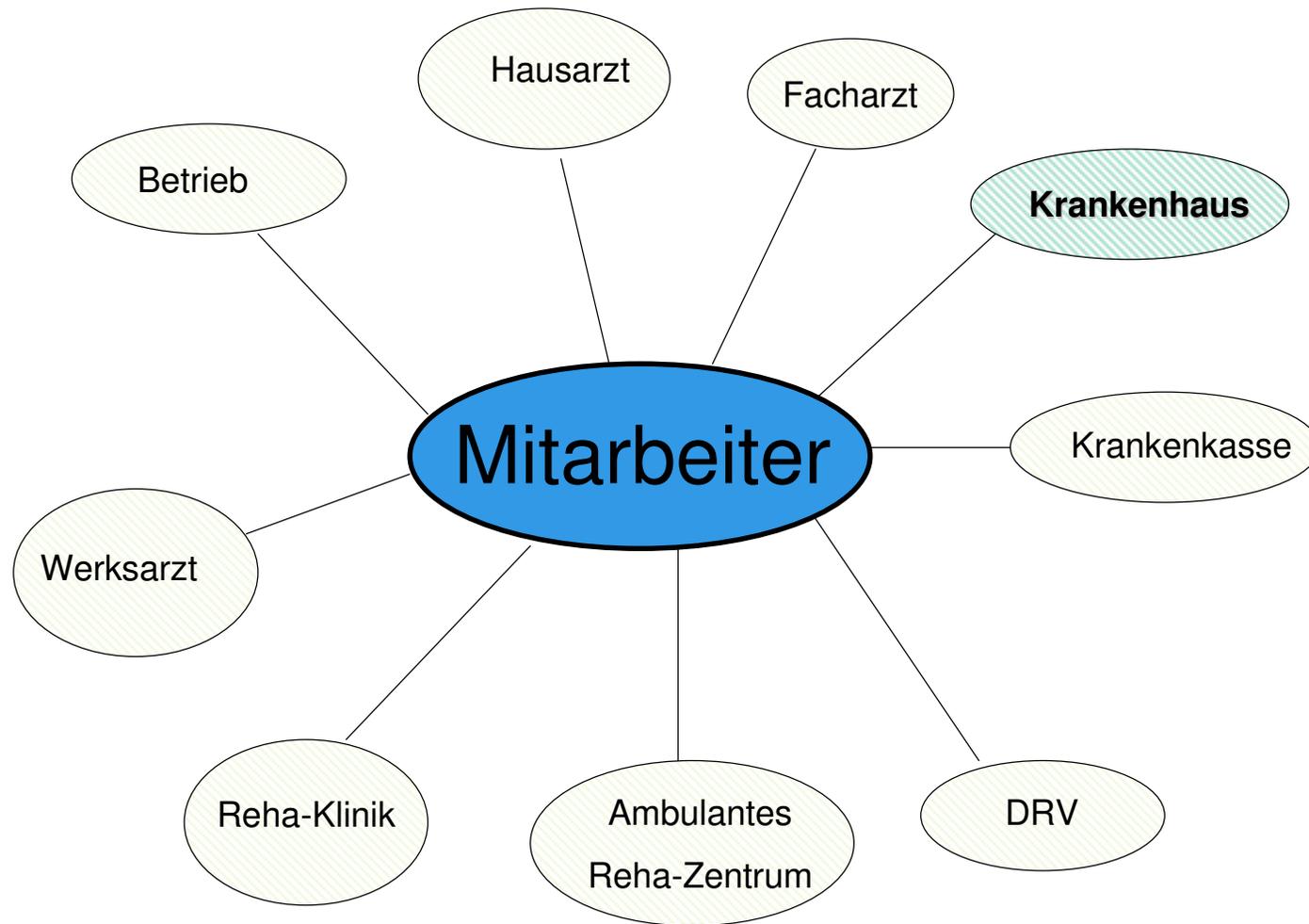
Reduzierung von Lohnersatzleistungen

Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit

## MediClin-Ampelmodell zur Maßnahmensteuerung



## Im Fokus: der Mitarbeiter



## Welche Diagnosen eignen sich für das Modell

- Häufige Fehlzeiten
- Lange Fehlzeiten
- Chance auf Präventions- bzw. Reha-Erfolg
- Beeinträchtigung der Lebensqualität
- Hohe Quote langfristig Berufsunfähiger



z. B.  
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

## Erster IV-Vertrag Betriebliches Gesundheitsmanagement

- Teilnehmer: Werksangehörige von  *A Brand like a Friend*
- Partner aus sämtlichen Bereichen (3 Projektgruppen: Vertrag, medizinisches Konzept und Evaluation):
  - BKK Essanelle 
  - Akutkrankenhaus
  - Niedergelassene Ärzte
  - stationäre Reha
  - ambulante Reha
  - werksärztlicher Dienst
  - Rentenversicherung (!)
- Abgestimmtes Screening-, Diagnostik-, Behandlungs- und Dokumentationskonzept  
Ggf. Erweiterung um Angehörige und Ehemalige (v. a. Rentner)

## IV Betriebliches Gesundheitsmanagement: Herausforderungen und Fragen

### Herausforderungen aus Sicht des Krankenhauses

- „Präventives“ Konzept → Akutaufenthalt soll vermieden werden
- Steuerung der Patienten in „fremder Hand“

### Weitere Herausforderungen

- Bei über 90% der Patienten Kostenträger die Rentenversicherung
- Berücksichtigung der Rentenversicherung im IV-Vertrag/ Steuerung
- Wer führt das Case-Management durch (Werksarzt, Niedergelassener, RV-Träger ???)
- Wer zahlt die reinen Präventionsleistungen???
- Wie werden Patienten abgebildet, die nur einen Teil der Behandlungsstufen durchlaufen?  
(Ist nur ambulante Vorstellung beim niedergelassenen Arzt auch schon IV??)

## Fazit Integrierte Versorgung: Kommt so Geld in Haus?

- IV bleibt fester Bestandteil des Gesundheitswesens
- Weitere Finanzierung allerdings fraglich (Gesundheitsreform 2007)
- Chancen für Krankenhäuser:
  - Vernetzung mit Kooperationspartnern
    - Belegungssicherung
    - Frühere Verlegung von Patienten in nachfolgenden Versorgungsformen
    - Bessere Nutzung von Ressourcen (Kostenvorteile) durch Kooperations- und DL-Verträge
    - Weg zur besseren Zusammenarbeit mit Niedergelassenen
  - Nutzen als Marketinginstrument
    - Höheres „Ansehen“ bei Kostenträgern und Patienten → Belegungssicherung
    - Erleichterung der PR-Arbeit

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Boris Rapp

Strategische Planung  
Produktentwicklung

[www.mediclin.de](http://www.mediclin.de)  
[boris.rapp@mediclin.de](mailto:boris.rapp@mediclin.de)