

Populationsbezogene Integrierte Versorgung

Tragfähige strategische Konzepte aus der Sicht eines großen MVZ
37. Berliner Krankenhausseminar

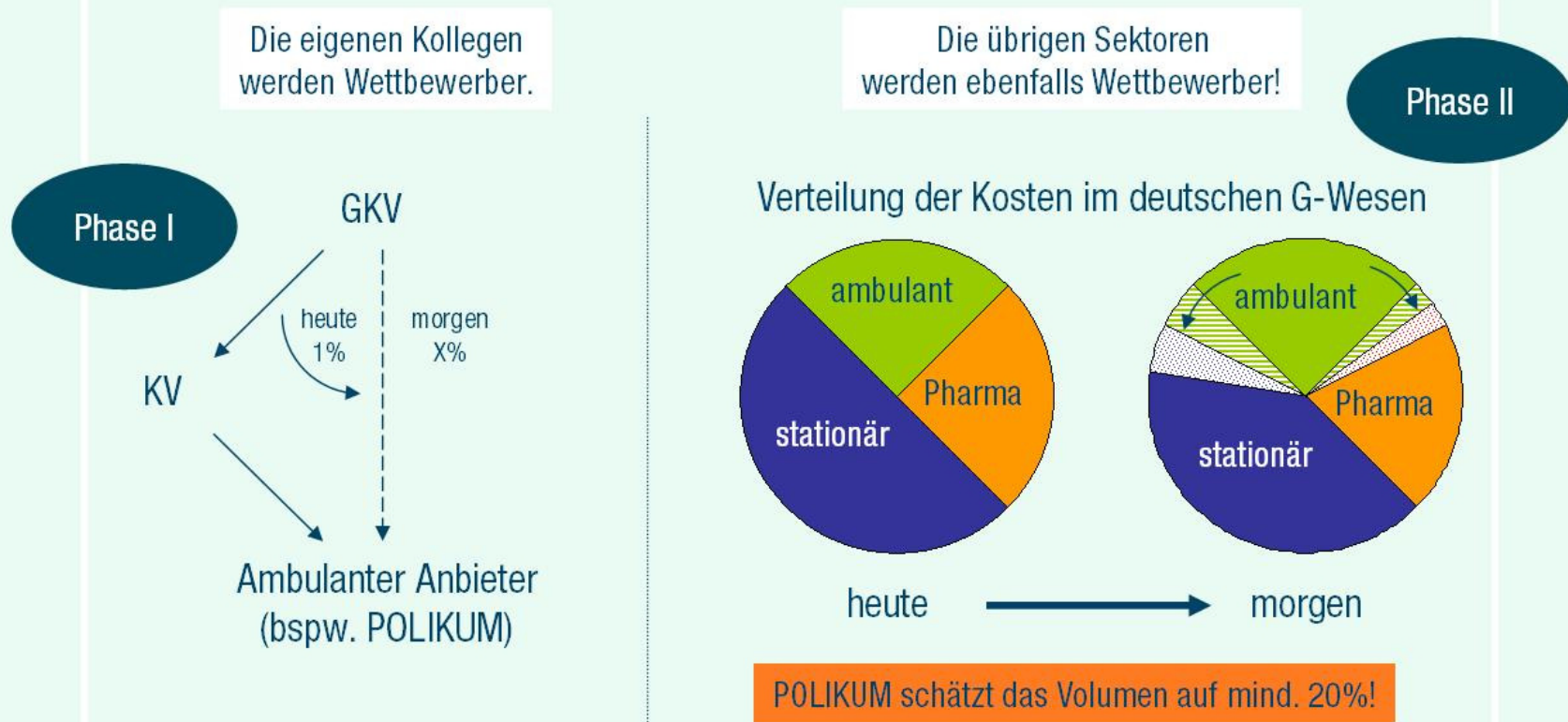
Berlin, den 4. Juli 2007

Dr. Ing. Felix Cornelius

STATEMENTS VORAB

- + Integrierte Versorgung bedeutet: Abschied von "einheitlich & gemeinsam"
- + Fallbeispiel: Erna Schmitz besucht früh Dr. A und spät Dr. B
 - + Bisher: Kein merklicher Wettbewerb
 - + In Zukunft: Entweder teilen sich A und B das Geld, oder Erna *darf* gar nicht mehr zu Dr. B!
- + Populationsbezogene IV ist die Königs(mörder)disziplin
 - + KV wird langfristig bedroht
 - + Maximale Aufwendungen in der Koordination der beteiligten Ärzte
 - + Notwendigkeit von Strukturen, über die es keine ernsthafte Kompetenz gibt

FINANZIERUNG: DIE 2 ERSTEN WETTBEWERBSPHASEN



GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
 KV = Kassenärztliche Vereinigung

FINANZIERUNG: BEISPIEL FÜR PHASE 3

Phase III

- + Denkbares Szenario
 - + Kasse kontrahiert regionales Leistungserbringer-Netzwerk (LE-N) für Komplettversorgung, evt. nach Ausschreibung (§73c)
 - + Kasse bietet Wahltarif an. Deal im wesentlichen: Der Versicherte erhält Discount, wenn er sich **exklusiv** an das LE-N bindet.
 - + Der Versicherte gibt seine allgemeine Versichertenkarte zurück. Im Gegenzug erhält er eine spezielle LE-N-Karte.
 - + Durch diese explizite Ausgliederung des Patienten aus dem System hat die Kasse Anspruch auf Budgetbereinigung ggü. der KV.
 - + Kasse refinanziert den Discount über geringere Preise an LE-N.
 - + LE-N refinanziert geringere Preise durch Aufhebung der Budgetierung und hohe Partizipation an Einsparungen bei den veranlassten Leistungen.
- + Wer zahlt die Zeche? Nicht bzw. schlecht organisierte LE und Sekundärleister.

GANZ GROBES RECHENBEISPIEL (Phase 2)

- + Ambulantes Volumen = Zahlungen der Krankenkasse = Kopfpauschale
- + Annahme 1: Anteil von Patienten bei Versicherten 40%
- + Annahme 2: Anteil von Mitgliedern bei Versicherten 70%
- + Annahme 3: Durchschnittliche Kopfpauschale 100 Euro / Quartal (pro *Mitglied*)
- + Dann bedeuten 400 eingeschriebene Patienten:
 - + 1.000 Versicherte
 - + 700 Mitglieder
 - + 70.000 Euro / Quartal Zahlungen der Kasse (700 Mitglieder * 100 Euro)
 - + Die Kasse zahlt **58,33 Euro** pro Monat und eingeschriebenem Patient
- + Annahme 4: Veranlassung in Krankenhaus und Pharma 80%
 - + Gesamtvolumen pro e. P.: 140 Euro / Monat (3*58,33*80%)
- + Annahme 5: Einsparvolumen 20%; davon die Hälfte an den Veranlasser als Bonus
 - + entspricht **14 Euro pro eingeschriebenem Patient und Monat!**

VERTRAGSFÄHIGKEIT ALS SCHLÜSSEL

Vertragspartner: Krankenkasse Rechte & Pflichten Vertragspartner: Ärzte in der Ambulanz

↑
 Je größer das Volumen
 (= Anzahl Ärzte im Vertrag),
 desto größer das Interesse!

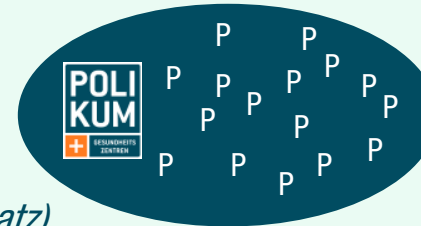
↑
 Wie kann eine Gruppe von Ärzten
 so organisiert werden, dass sie
 gleichzeitig und gleichartig die
 Pflichten eines Vertrages erfüllen?

Version 1: MZV



(POLIKUM Ansatz)

Version 2: Netz mit Management



(Kinzigital-Ansatz)

WOHER KOMMEN DIE EINSPARUNGEN?

Argumente für eine POLIKUM-artige Struktur im ersten Schritt

- + Öffnungszeiten → Rettungsstelle
- + Digitale Akte → Redundanzfreiheit
- + Enges, barrierefreies Zusammenspiel → Sicherheit
- + Qualitätsmanagement → Freiheit zur Konzentration auf Effizienz
- + Paralleles Einphasen der Verträge als zusätzlicher Anreiz
--- zusätzliche *aktive* Effekte

} "*passive*" Effekte

SCHWIERIGKEITEN FÜR NETZWERK-ÄRZTE

per aspera ad astra

- + Öffnungszeiten *Organisation, Mühe*
 - + Digitale Akte *Organisation, Geld, Unsicherheit*
 - + Sich managen lassen *Organisation, Geld*
 - + Qualitätsmanagement *Organisation, Geld*
 - + Offenheit / Anti-Kartell *Unsicherheit*
- Diverse zu schluckende Kröten...
- POLIKUM als Vorbild hilft, um zu verdeutlichen, dass die "Kröten" durch zusätzliche langfristige Sicherheit und hohe finanzielle Partizipation überkompensiert werden können.

"POLIKUM ALS VORBILD": AUF DEM WEG ZUR MARKE

Orientierung



Information



Technologie



- + 70 Stunden Sprechzeit pro Woche
- + (Nahezu) fachliche Vollversorgung
- + Angebot folgt der Nachfrage



Management

STATUS @ POLIKUM: FAST VOLLVERSORGUNG

+ Hausärzte (14)	+ Augenheilkunde (1)
+ Anästhesie (2)	+ Kinder (2)
+ Chirurgie (3)	+ Neurologie (2)
+ Dermatologie (3)	+ Orthopädie (2)
+ Diabetologie (3)	+ Plast. Chirurgie (1)
+ Gastroenterologie (1)	+ Phlebologie (1)
+ HNO (3)	+ Psychiatrie/Psychologie (2)
+ Homöopathie (1)	+ <i>Radiologie (4)</i>
+ Kardiologie (2)	+ Nuklearmedizin (1)
+ Pneumologie (1)	+ Zahnmedizin (3)
+ Apotheke	+ Podologie
+ Sanitätshaus	+ Ernährungsberatung
+ Physiotherapie	+ Schulung

BAUSTEINE DES MARKENWACHSTUMS

- + *Flagships*: Maximal-MVZs mit Kapazität von 80 Ärzten / 200 MA
 - + Vorauss. noch 2007 Startschuss von 2 Parallelprojekten in Deutscher Großstadt
- + Umbau von Ärztehäusern / Polikliniken, Ziel bis etwa 40 Ärzte
 - + Vertragsabschluss für Pilotprojekt noch in diesem Monat
- + Exzellenznetzwerk à la Star Alliance; mindestens 2 Ärzte
 - + Gründung in diesem Sommer; Zielgröße bis Ende 2007: 10 große Praxen
- + Der fahrende Geselle: Ambulantes Angebot in dünnst besiedelten Regionen
 - + POLIKUM ist in beiden Mamma-Screeningregionen Brandenburgs aktiv; Start Anfang 2008; Hauptfokus Mobile Einheiten / Telemedizin

Ziel: Maximierung der eingeschriebenen, zentral koordinierten Patientenzahl

HERZLICHEN DANK!

POLIKUM Gruppe

Dr.-Ing. Felix Cornelius
Strategie & Entwicklung – Mitglied der Geschäftsleitung
Leipziger Platz 8
10117 Berlin
030 – 89 79 50 0

felix.cornelius@polikum.de