

"Integrierte Versorgung"

Ein Überblick zum aktuellen Stand

Reha-Forum - Klinik Niedersachsen - 08.06.2005

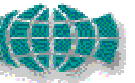
Helmut Hildebrandt

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

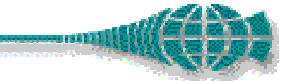
Hauptniederlassung:

Borsteler Chaussee 53, 22453 Hamburg, Tel: 040 - 514 85 50

E-Mail: hh@gesundheitsconsult.de



Helmut Hildebrandt



Ausbildung

Apotheker, Universität Marburg (D)
Pharmazeutisches Staatsexamen, 1977

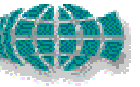
Beruflicher Erfahrungshintergrund

- **Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, Hamburg**
 - Mehrheitsgesellschafter und Geschäftsführer – 1991-akt.
 - - parallel – **OptiMedis AG** – Vorstandsvorsitzender – 03/2003 – akt.
 - - parallel - **Kreiskrankenhaus (umbenannt Elbe-Jeetzel Klinik) Dannenberg**
 - Geschäftsführer (kaufmännisch, strategisch) –08/1999 – 31.7.2002
 - - parallel - **Hildebrandt Fox International, Hamburg-Redlands**
 - Geschäftsführer und Berater in den USA und in D (Managed Care) - 1994-2000
- **World Health Organisation, Europäisches Regionalbüro, Kopenhagen**
 - Adviser im Bereich "Healthy Cities" und "Health Promoting Hospitals,, - 1982 – akt.
- **Werkstatt Gesundheit – Verein zur Förderung sozialer Innovationen im Gesundheitswesen, Hamburg**
 - Gründer und Geschäftsführer – 1988-91
- **Institut für Medizin-Soziologie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg**
 - Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter – 1984-1988
- **Apotheke am Gesundheitszentrum, Riedstadt b. Darmstadt (u.a.) – 1978-1982**

Wichtigste Branchen- und Beratungsfachgebiete

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ Krankenhäuser | ■ Strategische Beratung zum Eingehen von neuen Allianzen / Integrierte Versorgung nach § 140 a ff |
| ■ Krankenkassen / PKV | ■ Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung |
| ■ Arztpraxen / Apotheken | ■ Projektmanagement, Prozessoptimierung |
| ■ Medical-Industrie | ■ Erweiterung von Dienstleistungsangeboten |
| ■ Pharma-Industrie | ■ Qualitätsvergleiche - EFQM / Patientenzufriedenheit |
| ■ Politik, Öffentliche Hand | ■ Case und Disease Management, Managed Care |
| ■ Verbraucherverbände | |

Inhalt



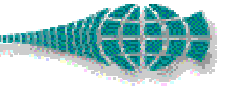
Gesetzgeber: Was ist „Integrierte Versorgung“

Aktueller Stand

Herausforderungen für die Zukunft

Ein Ausblick

Neue Versorgungsformen – Neue Freiheiten für Krankenkassen und Leistungserbringer



■ SGB V

- ◆ § 140 a-d Integrierte Versorgung
- ◆ § 73 b Hausarztzentrierte Versorgung
- ◆ § 137 f DMP Programme
- ◆ § 95 b Medizinische Versorgungszentren
- ◆ § 116 a Ambulante Behandlung durch Krankenhaus
- ◆ § 116 b Abs.2 Amb. Erbringung hochspez. Leistungen KH

Organisationsfreiheiten	Vertragsfreiheiten
Kooperationsformen	Integrierte Versorgung - Direktverträge
MVZ	DMP
Managementgesellschaften	Hausarztverträge
Ambulante Öffnung	Versandapotheken
	Mehrbesitz Apotheken

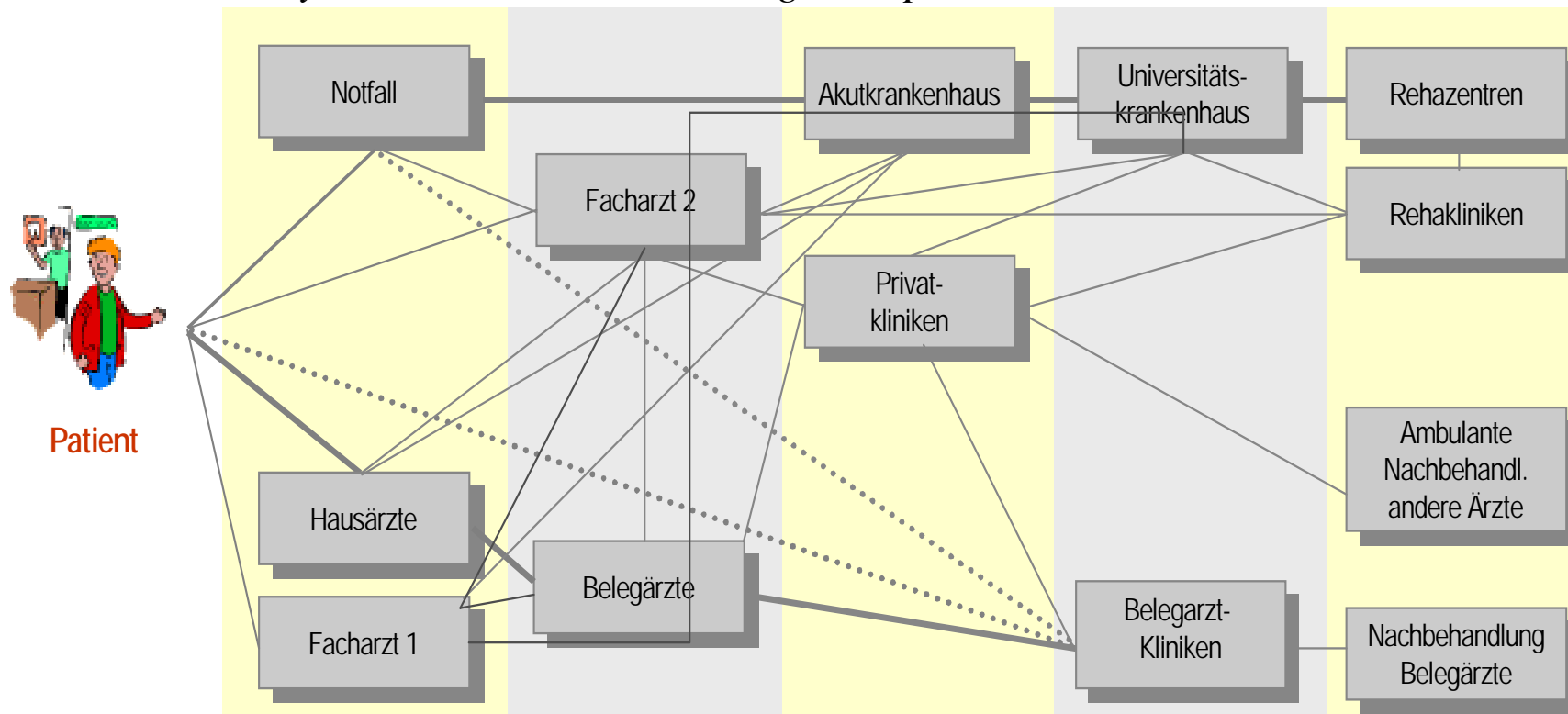


Vielzahl an Kombinationen möglich

Wie erlebt es der Patient heute?

Problematik der Patienten-Steuerung

Im Gesundheitssystem mit verteilten Steuerungs-Kompetenzen



Aus einem Vortrag von Dr. Leo Buchs, Schweiz 2002: **Integrated Health Care+**

Medizinisches Ziel von Integrierter Versorgung: Optimierung der Behandlungskette

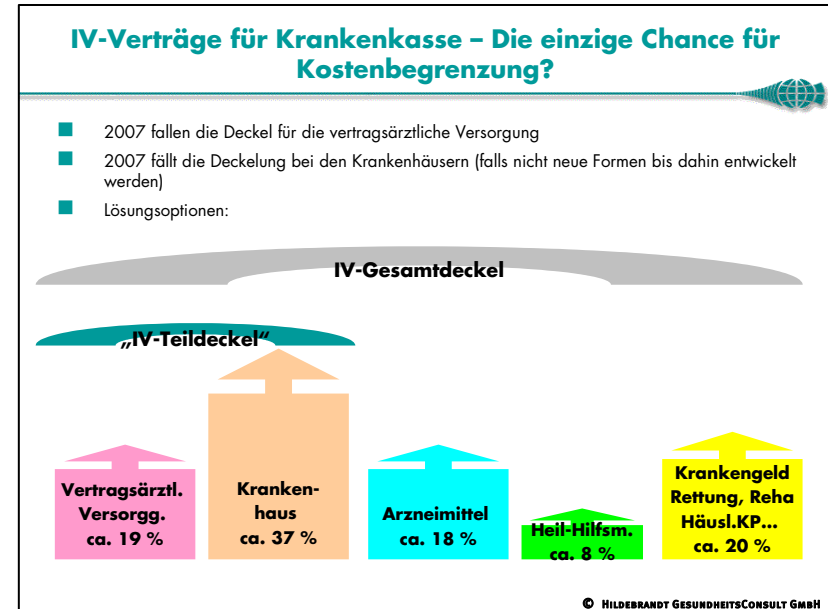


- Steuerung und Management von Krankheitskarrieren über die Sektorengrenzen hinweg: Prävention vermeidbarer negativer Verläufe
- Nutzung aller Optionen: Selbsthilfe... Prävention... Gesundheitsförderung... ambulant vor stationär vor ... Mobilisation...
- Belohnung der „guten“ Medizin: „Gut“ im Sinne von geringer Invasivität, „richtige Medizin“ am „richtigen Ort“

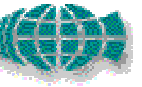


„Integrierte Versorgung“ für die Krankenkassen

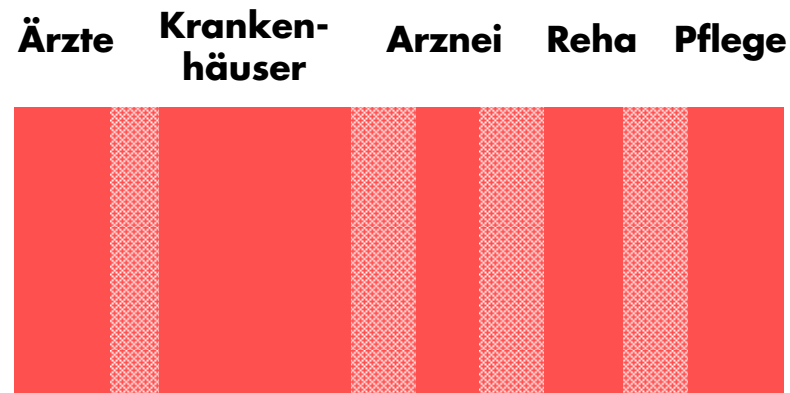
- 1. Die ökonomische Perspektive:
 - ◆ Vertragsfreiheit – Einzelverträge
 - ◆ Einkauf von Leistungen – fast frei von allen Begrenzungen
 - ◆ Entwicklung neuer Produkte
 - ◆ Supply Chain-Management
 - ◆ Lieferanten in die Versorgungsprozesse und Preisbildung integrieren
- 2. Die medizinische Perspektive
 - ◆ Versorgung klüger gestalten
 - ◆ Prävention und Gesundheitsförderung
 - ◆ Die richtigen Innovationen frühzeitiger einsetzen
- 3. Die wettbewerbliche Perspektive
 - ◆ Kostenverringerung relativ zur Konkurrenz
 - ◆ Attraktivere Produkte
 - ◆ Mitglieder halten, neue gewinnen



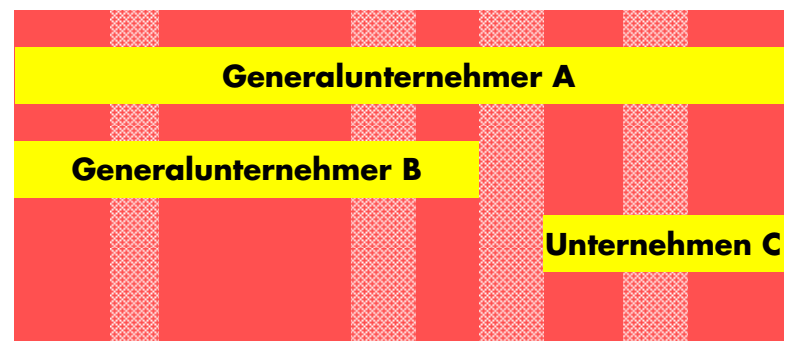
Die Grundidee von Managed Care / Capitation



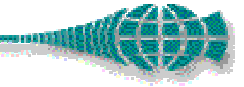
- Besonderes Merkmal des Gesundheitswesens: Geprägt durch **ständische** Formen und durch eine Vielzahl von **Sektorengrenzen** und **Zusatzkosten** durch **Schnittstellen**



- **Lösung: Reengineering** der Versorgungskette durch **Generalunternehmer** mit einer Vergütung in Form einer Globalvergütung pro Anzahl der eingeschriebenen Versicherten = in den USA Capitation genannt

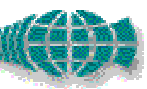


Definition Integrierte Versorgung (§ 140a-d SGB V)



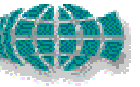
- Versorgungs- und Vergütungsform, die mindestens zwei Sektoren der Versorgung miteinander in der Form eines Einzelvertrags nach § 140b verknüpft.
- Zweite Form der Regelversorgung
- Die Beteiligung der Versicherten ist freiwillig („Einschreibung“).
- Die Vertragsgestaltung und der Ort der Leistungserbringung unterliegen nur geringen Begrenzungen und die Zulassungsregelungen sind in Teilen aufgehoben.
- Die Vergütung ist frei gestaltbar: wie bisher / additiv im Sinne einer Honorierung zusätzl. Case Management / Komplexpauschale / prospektiv im Sinne einer Capitation / Jahresvergütung ...
- Gestaltungsherausforderung: „Win-win-win-Lösungen“ zwischen Krankenkassen, Patienten und Leistungsanbietern

Definition Integrierte Versorgung (§ 140a-d SGB V)



- Versorgungs- und Vergütungsform, die mindestens zwei Sektoren der Versorgung miteinander in der Form eines IV-Vertrags nach § 140b verknüpft.
- Zweite Form der Integrierten Versorgung
- Die Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Versorgung
- Die Vergütung der Leistungserbringer unterliegt den Bestimmungen der IV-Verträge, soweit diese in Teilen durch die Bestimmungen der IV-Verträge ersetzt sind.
„Booster bis zum 31.12.2006“:
Krankenkasse dürfen bis zu 1% der Rechnungssummen von Ärzten und Krankenhäusern einbehalten (soweit analoges Volumen in IV-Verträgen vereinbart ist)
- Die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt nach den Bestimmungen der IV-Verträge (z.B. Honorar, Zusatzleistungen, Prospektivvertrag, etc.)
prospektiv im Sinne der IV-Verträge (z.B. Prospektivvertrag, etc.)
z.B. Prospektivvertrag, etc. /
- Gestaltungsherausforderung: „Win-win-Lösungen“ zwischen Krankenkassen, Patienten und Leistungserbringern

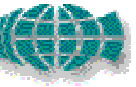
Generalfreistellungsklausel



- Prinzipielle Freiheit für die Gestaltung der Verträge:
- SGB 5 § 140b Absatz 4:

Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist.

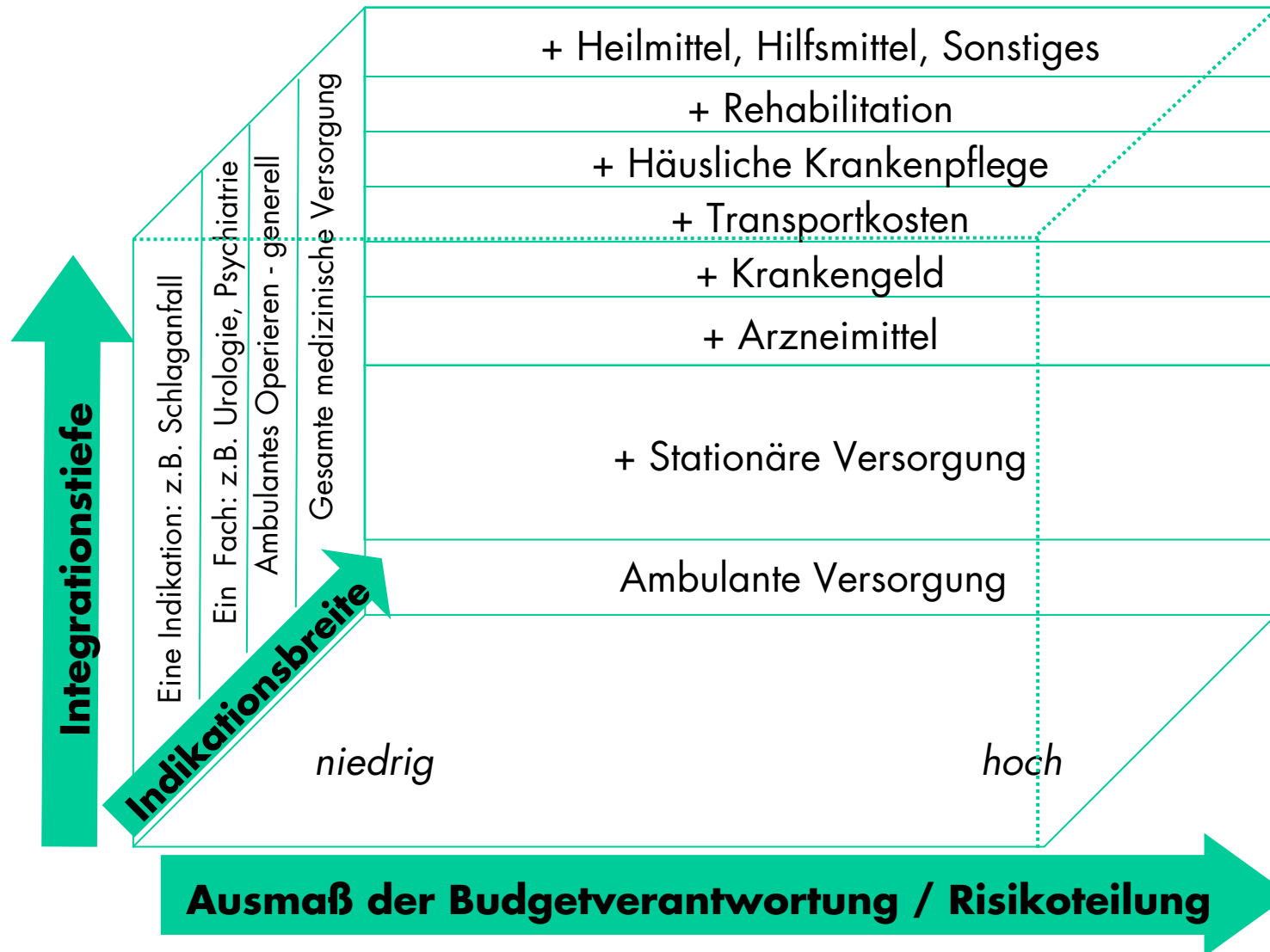
Begrenzung ... negative Entscheidung des GemBA



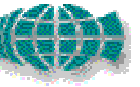
- Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen **nur solche Leistungen** sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse
 - ◆ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 (Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und im Rahmen der Beschlüsse
 - ◆ nach § 137c Abs. 1 (Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 überprüft auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind.)

keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Der Raum von Möglichkeiten in der Integrierten Versorgung nach § 140 a



Inhalt



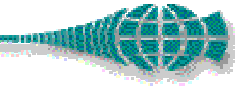
Gesetzgeber: Was ist „Integrierte Versorgung“

Aktueller Stand

Herausforderungen für die Zukunft

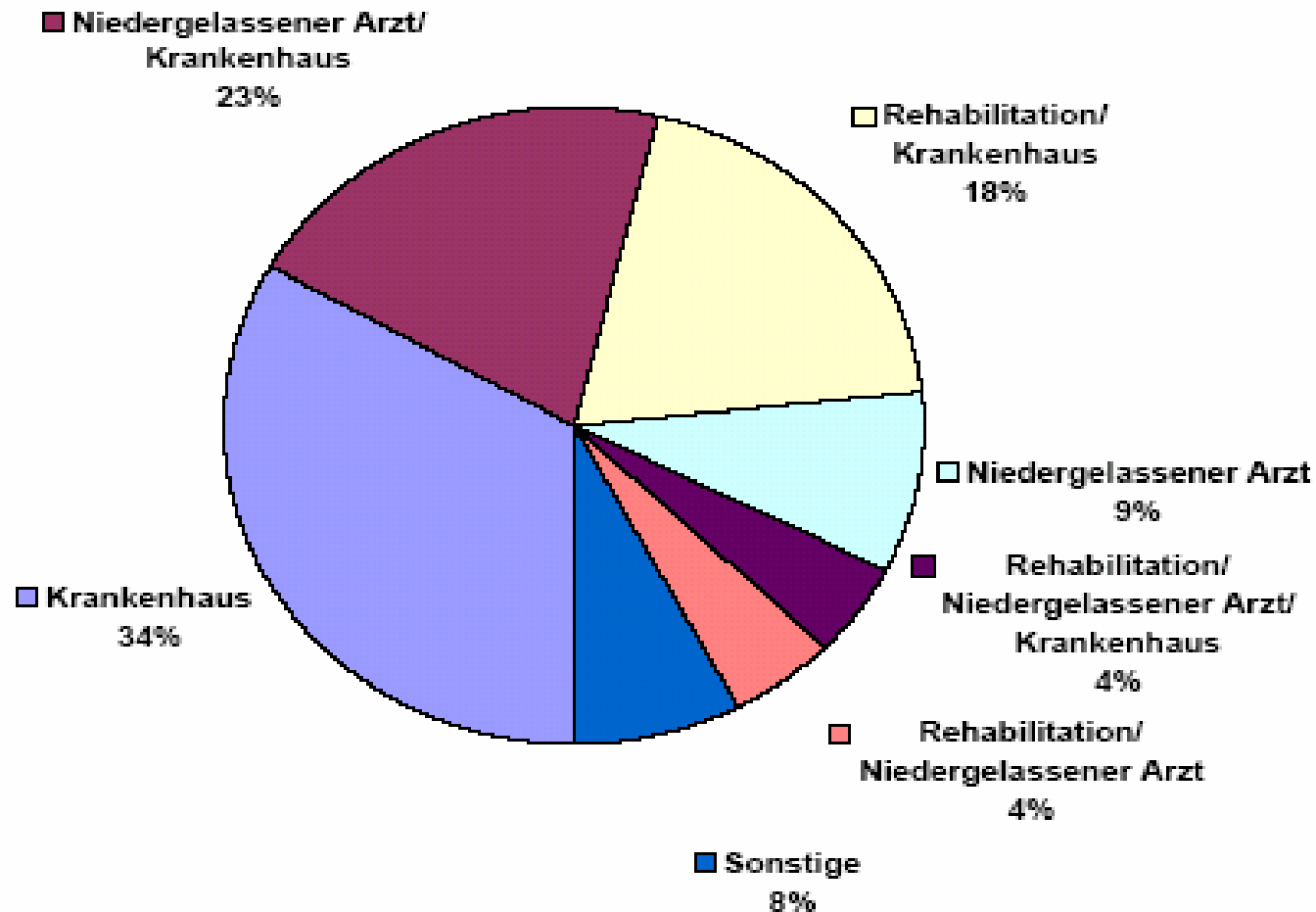
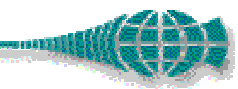
Ein Ausblick

Offizielle Statistik: 31.03.2005



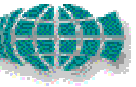
- 613 IV-Verträge* (lt. Gemeinsame Registrierungsstelle der BQS)
- Finanzvolumina zusammen: 237.379.036 Euro (vom Gesetzgeber vorgegebener Finanzierungsrahmen für die Förderung der Integrierten Versorgung von insgesamt 680 Millionen Euro pro Jahr)
- Durchschnittlicher Abschlagssatz in 2004: 0,23 Prozent
- Zur Zeit ca. 10-20 Verträge, die pro Woche neu geschlossen werden
- Entwicklungstrend: zunehmend komplexere und anspruchsvollere Verträge

Anteile der Vertragspartner-Kombinationen an gemeldeten Verträgen*

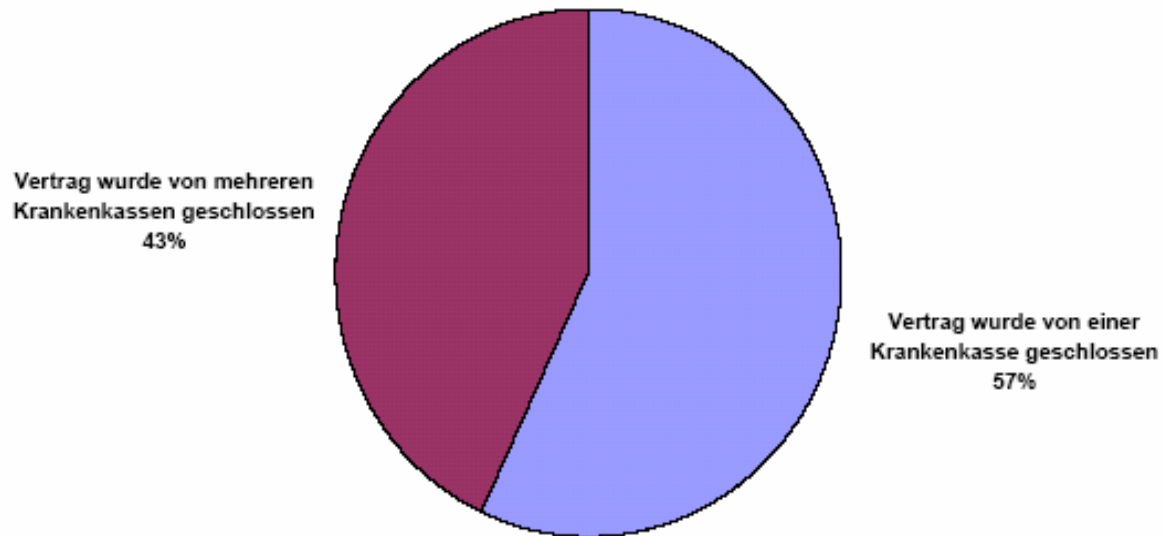


***Erfasst werden nur die direkten Vertragspartner der gemeldeten Verträge zur IV. Die Daten lassen keinen Rückschluss auf die in der Versorgungskette kooperierenden Leistungserbringer zu.**

Offizielle Statistik: 31.03.2005



- Direkte Vertragspartner auf Kostenträgerseite:
- ◆ Vertrag wurde von einer Krankenkasse geschlossen: **349**
- ◆ Vertrag wurde von mehreren Krankenkassen geschlossen: **264**



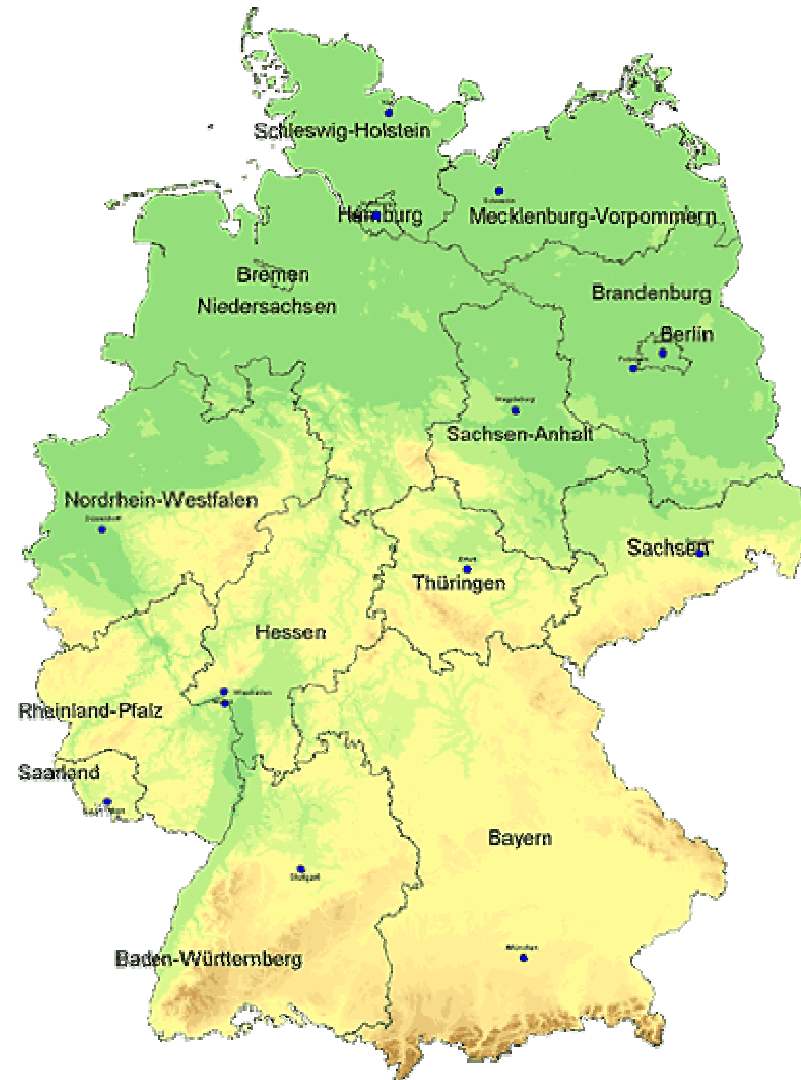
Übersichten : www.bqs-online.de

www.gesundheitsconsult.de/db

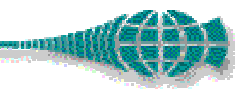
Themen – Beispiel aus der Website einer Krankenkasse



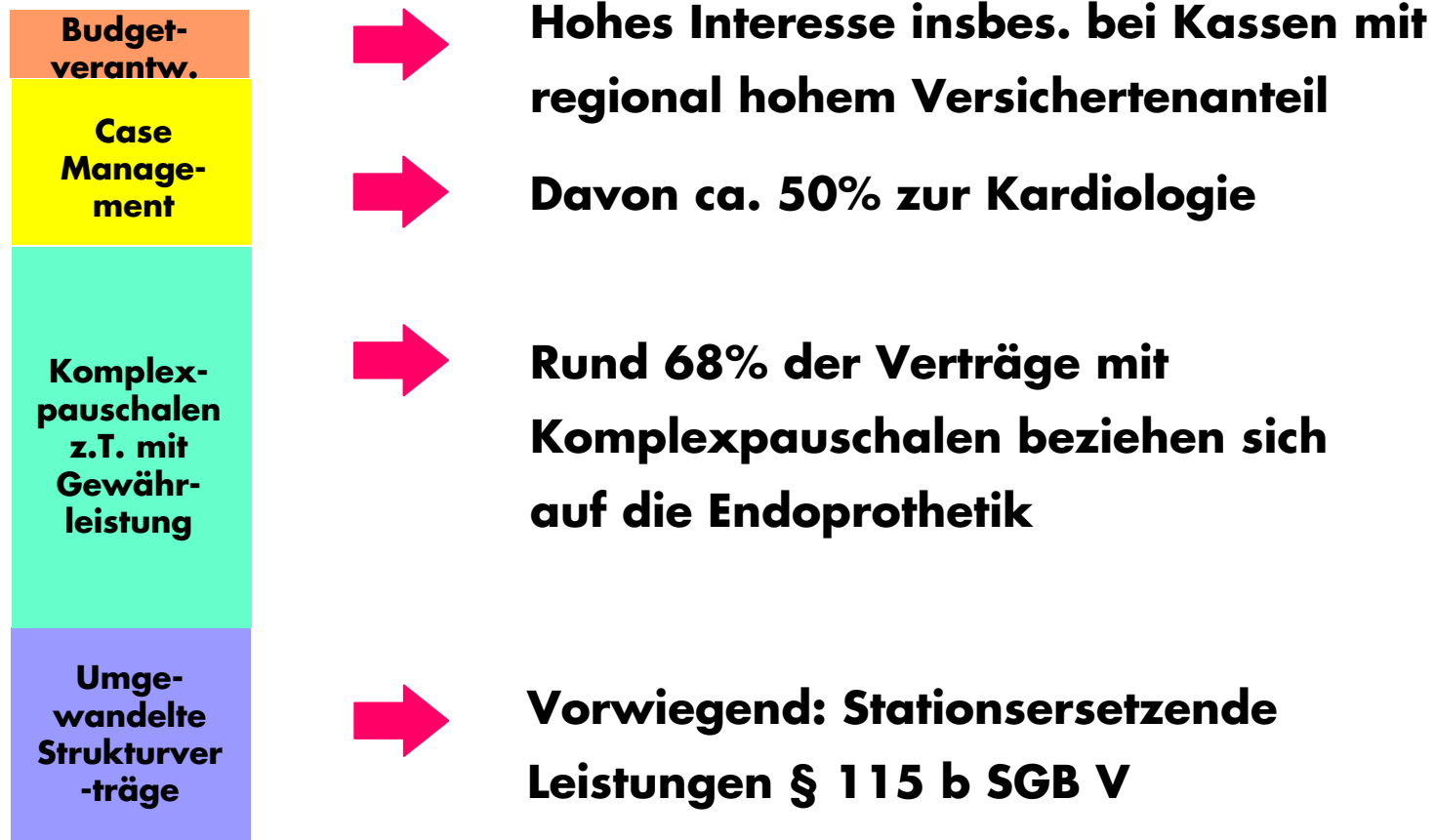
- ADHS
- Adipositas
- akuter Myokardinfarkt
- Ambulante Operation
- arterielle Durchblutungsstörungen
- Arthroskopie
- Asthma
- Augenheilkunde
- Bandscheibenoperationen
- Blasentumor
- Brustkrebs
- chirurgisch-orthopädische Eingriffe
- Chronisch obstruktive Bronchitis
- Chronische Schmerzen
- Eingriffe am Ellenbogen
- Geburtshilfe
- Gerontopsychiatrie
- Grauer Star
- Gynäkologie
- Herzerkrankungen
- Herzkatheteruntersuchung
- Herzschrittmacherwechsel, HNO
- Hörsturz
- Hüftendoprothetik
- Kardiochirurgie
- Kardiologie
- Knieendoprothetik
- Kniegelenk
- Koronare Herzkrankheit
- Krampfader-Operation
- kurzstationäre Operationen
- Leisten- und Bauchwandbrüche
- Lungenemphysem (COPD)
- Mandeloperation (Tonsillen)
- Medikamenten beschichtete Stents (Implantation)
- Onkologie
- Operative Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie)
- Orthopädie
- orthopädische Chirurgie
- palliativ Behandlung
- Parkinsontherapie
- Phlebologie
- Psychiatrie
- PTCA Behandlung
- rheumatologisch-neuromuskulären Erkrankungen
- rheumatologische Sprechstunde.
- Schwangerschaft
- Thrombosen
- Tinnitus
- Urologie
- Varicosis
- Varikosis
- Wirbelsäulenleiden



Vorrangige Handlungsfelder der Verträge zur Integrierten Versorgung

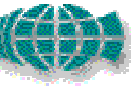


- Auswertung der IV-Datenbank nach Vertragstyp und Indikation bestätigt weitgehend die ersten Vermutungen



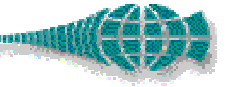
- ➔ Von den erfassten Verträge entfallen ca. 40% auf die Endoprothetik, ca. 25% auf die allg. Chirurgie, ca. 15% auf die Kardiologie, ca. 8% auf die Psychiatrie

Erforderliche Kompetenz



- Prozesskonzept: Sektorübergreifend optimierter, qualitätsgesicherter Behandlungsprozess
- Win-Win-Konzept: Für Krankenkassen und Leistungserbringer
- Finanzierung/Budgetkonzept: Übernahme Budgetverantwortung für gesamten Behandlungsprozess (Indikation – Rehabilitation / Nachsorge)
- Kooperations- und Vertragskonzept: Kooperationsvereinbarungen mit Partnern / Vertragswissen
- Start/Marketingkonzept: Definition des/der Startpunkte/s der integrierten Versorgung / Vorteile für Patienten und Niedergelassene
- Steuerungs-/Controlling-/Managementkonzept: Die eigentliche Herausforderung

Schwachpunkte vieler Verträge = Anfangsphase



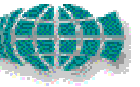
- Die Einbeziehung Niedergelassener ist unbefriedigend
- Die Gewinnung der Patienten / Anzahl ist unbefriedigend
- Die Fallführung ist händisch und aufwändiger als gedacht
- Das Controlling ist auf beiden Seiten (Kasse und Krankenhaus) unterentwickelt
- ...

Risiken der Mehrheit der bisherigen IV-Verträge



- Gefahr der **Mengeninduzierung** = Steigerung der Eingriffszahlen / Fortsetzung der Einzelleistungsvergütung = Risiko für die Krankenkasse: Wirtschaftliches Interesse des Gesundheitspartners an der Vermehrung der eigenen Leistungen
- **Risikoselektion** = Auswahl der sich in die IV-Einschreibenden erfolgt durch Leistungserbringer / Bei einem einheitlichen Preis für IV aber unterschiedlichem Preis in der Nicht-IV und unterschiedlicher Morbidität und Comorbidität des Patienten kann der LE nach dem Risiko (und dem daraus erzielbaren Preis bzw Gewährleistung/Nichtgewährleistung) selektieren
- **Verschiebeeffekte** in andere Sektoren = Indikationsorientierte Verträge produzieren neue Anreize für die Gesundheitspartner gezielt Kosten in andere Sektoren zu verschieben (z.B. Erfahrungen aus Berlin: IV und KV)
- Hohe **Vertragsentwicklungs- und Controllingkosten** = Hohe Transaktionskosten bei im Verhältnis kleinvolumigen Verträgen / Komplexe Verträge erfordern eine entsprechende Abbildung auch in der EDV und in Routineauswertungen, ein händisches Controlling wäre viel zu teuer
- **Qualitätskontrollaufwände** = Festpreise können GPs zu Qualitätsminderung veranlassen – Kasse muss dieses wiederum kontrollieren und eindämmen

Inhalt



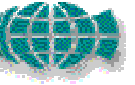
Gesetzgeber: Was ist „Integrierte Versorgung“

Aktueller Stand

Herausforderungen für die Zukunft

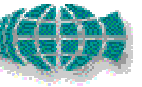
Ein Ausblick

Herausforderungen auf allen Seiten

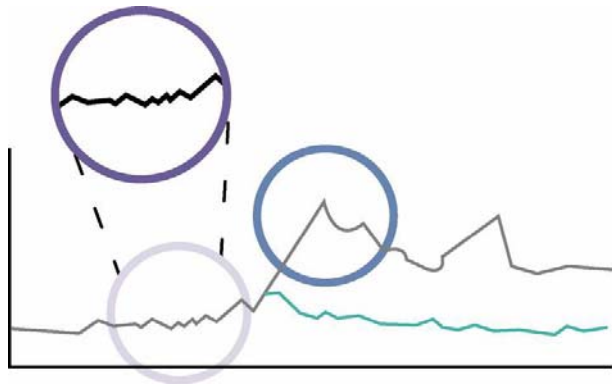


- Datenlage und Analysekapazität verbessern zu versorgungsprozess-bezogenen Kosten quer über die Sektoren der Krankenkassen / und die Datenlage der Anbieter
- Evaluation des Outcomes von IV-Verträgen (ökonomisch & medizinisch & Patientenzufriedenheit)
- Weiterentwicklung von Refinanzierungskonzepten (Berücksichtigung von Forschungs- & Entwicklungskosten)
- Weitere Fortführung der Sektorenintegration
- Einbeziehung der Industrie – Pharma, Telemedizin, Innovationen
- Vertragskompetenz weiterentwickeln
- Versorgungspolitische und kostenseitige Priorisierung

Welche Indikationen ?



- Die wirklichen Einsparungen / Nutzen für die Krankenkassen entstehen aus den Einsparungen durch das verbesserte Gesamtmanagement über den Lebenszyklus einer Erkrankung

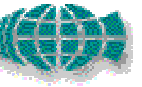


**Frühzeitige Identifikation + Management
= Verhinderung hochaufwändiger
Langzeitfolgekosten**

**Gecoachte Selbstbestimmung des Patienten, bei
Rückgriff auf die vorhandenen positiven
Ressourcen und aktiver Unterstützung**

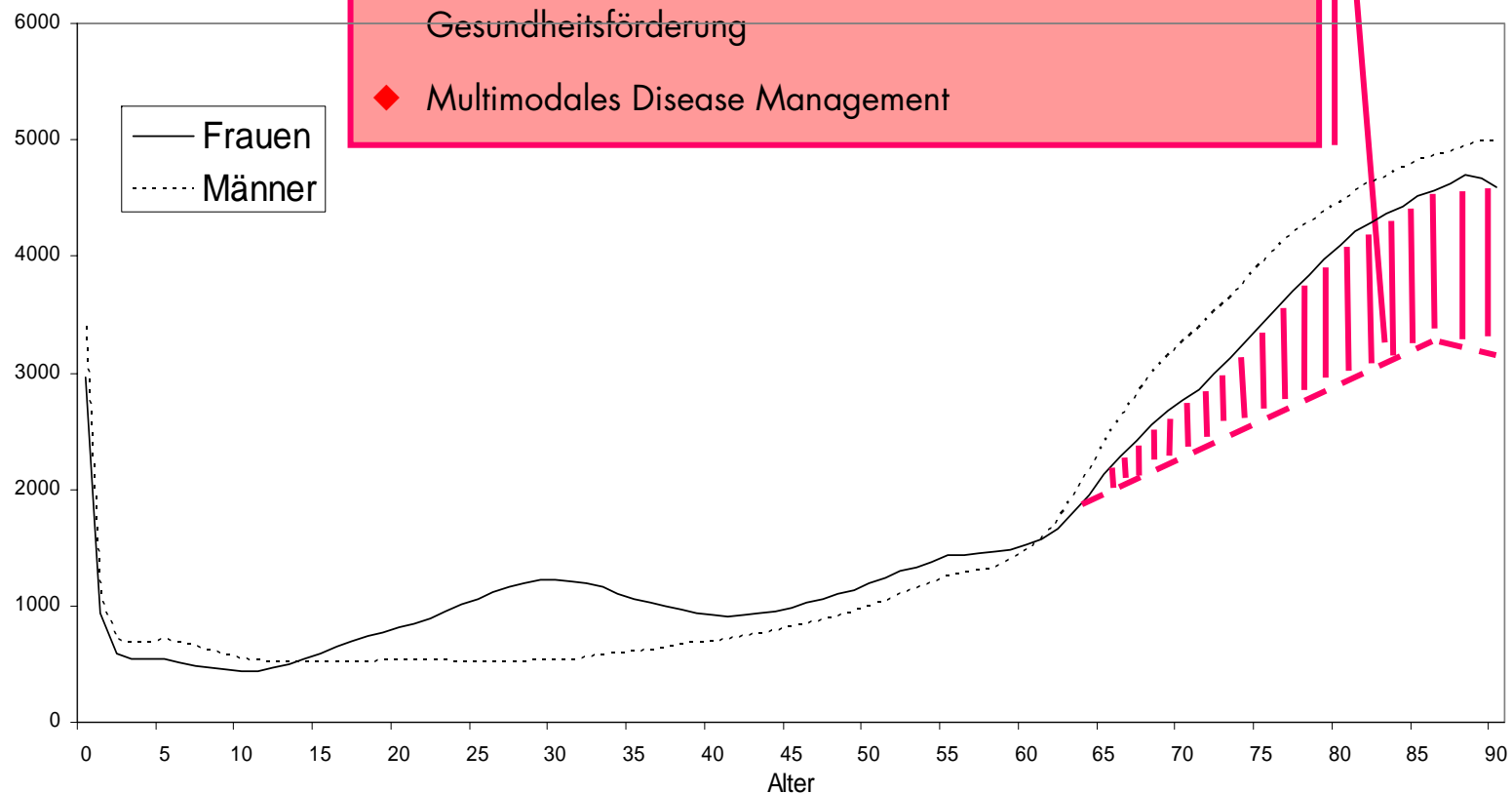
- Besonders interessant: Hoch aufwändige Indikationen und Themenfelder, wie z.B.
 - ◆ chronische Schmerzpatienten / rheumatoide Arthritis / Multiple Sklerose
 - ◆ Herzinfarkt – entsprechend Schlaganfall
 - ◆ Demenz / Alzheimer / Inkontinenz
 - ◆ Oberschenkelhalsbrüche + Folgen
 - ◆ onkologische Erkrankungen + Folgen / Prostata-CA, Colon-CA

Ökonomische Chance für eine optimierte Versorgung im Alter

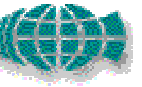


Beispiel: Ansatzpunkte für die IV in der Geriatrie:

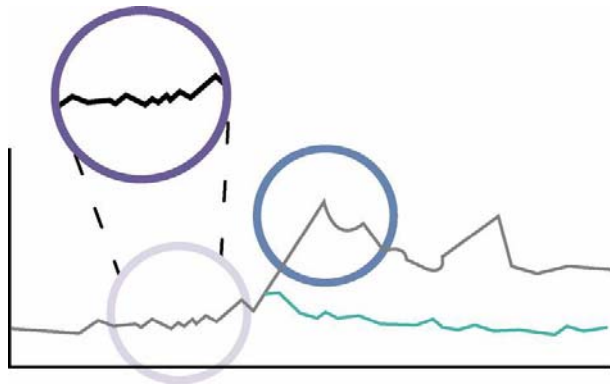
- ◆ Effizientere Pharmakotherapie / Complianceförderung
- ◆ Case Management Unterstützung
- ◆ Sturzprophylaxe / Bewegungsförderung / Gesundheitsförderung
- ◆ Multimodales Disease Management



Welche Indikationen ?



- Die wirklichen Einsparungen / Nutzen für die Krankenkassen entstehen aus den Einsparungen durch das verbesserte Gesamtmanagement über den Lebenszyklus einer Erkrankung



**Frühzeitige Identifikation + Management
= Verhinderung hochaufwändiger
Langzeitfolgekosten**

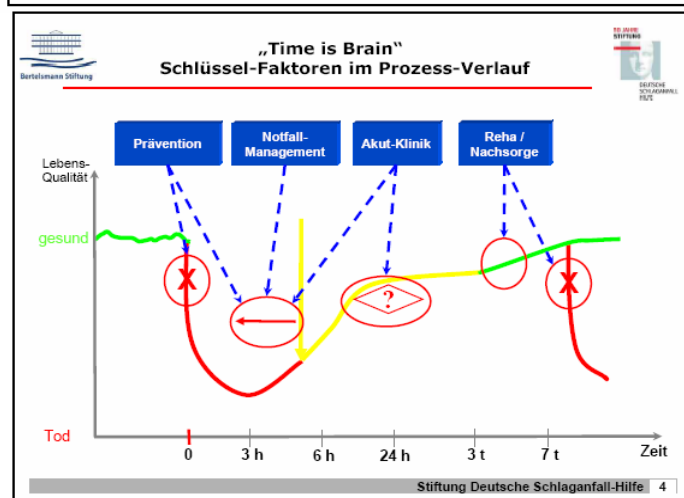
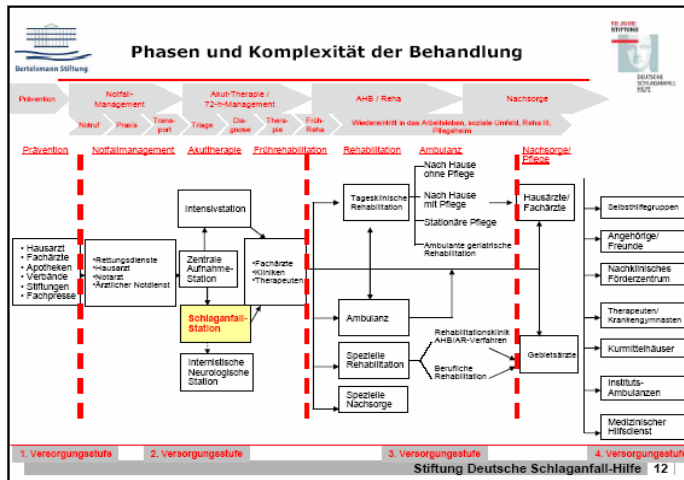
**Gecoachte Selbstbestimmung des Patienten, bei
Rückgriff auf die vorhandenen positiven
Ressourcen und aktiver Unterstützung**

- Besonders interessant: Hoch aufwändige Indikationen und Themenfelder, wie z.B.
 - ◆ chronische Schmerzpatienten / rheumatoide Arthritis / Multiple Sklerose
 - ◆ Herzinfarkt – entsprechend Schlaganfall
 - ◆ Demenz / Alzheimer / Inkontinenz
 - ◆ Oberschenkelhalsbrüche + Folgen
 - ◆ onkologische Erkrankungen + Folgen / Prostata-CA, Colon-CA



Beispiel: Schlaganfall – Management der Behandlungskette

Mit der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe entwickeln wir z.Zt. ein Konzept für eine qualitätsgesicherte und ökonomisch tragfähige Integrierte Schlaganfallversorgung



Handlungsfelder mit qualitativem und ökonomischem Potenzial

Verbesserungspotenzial Notfallmanagement und Akutversorgung

Kasse: Krankenhauskosten, Krankentagegeld, Hilfs-, Arzneimittel

Patient: Outcome, Lebensqualität, evtl. Verlust Erwerbsfähigkeit

Verbesserungspotenzial (Früh-) Rehabilitation

Kasse: Krankenhaus- u. evtl. Rehakosten, Krankentagegeld, Hilfs-, Arzneimittel

Patient: Outcome, Lebensqualität, Ausmaß der Wiederherstellung (evtl. Erwerbsfähigkeit)

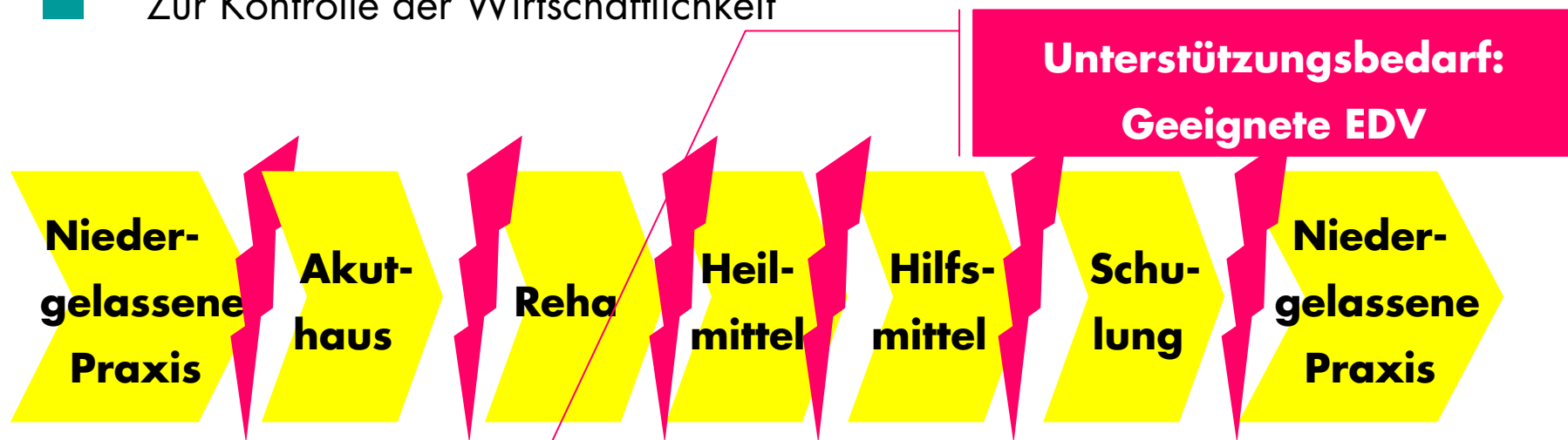
Verbesserungspotenzial Nachsorge und Wiedereingliederung

Kasse: Krankenhauskosten (Wiederaufnahmen!), Krankentagegeld, Hilfs-, Arzneimittel

Patient: Outcome, Lebensqualität, evtl. Verlust Erwerbsfähigkeit

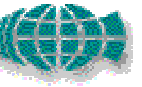
Gesteuerte Versorgung benötigt Koordinatoren

- Zur Aufrechterhaltung des korrekten Kommunikationsflusses
- Zur Prozesssteuerung / Entwicklung und Verfeinerung der „Clinical Pathways“
- Zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit



Der „IV-Koordinator“ kontrolliert und steuert den Prozess und ist Ansprechpartner (analog OP-Koordinator)

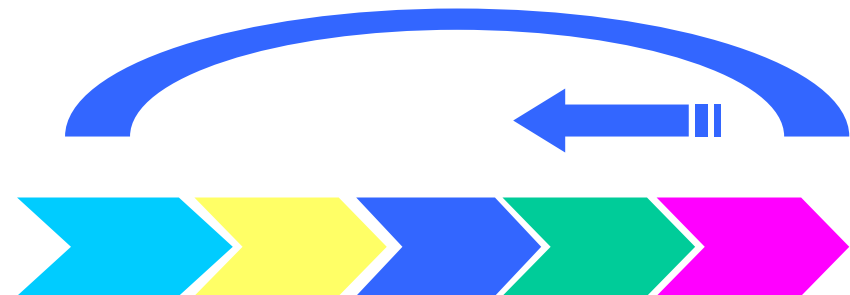
Mögliche ökonomische Ziele unter Integrierter Versorgung



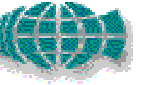
- Maximierung des Ertrags durch **Maximierung** der Leistungen in der Wertschöpfungskette



- Maximierung des Ertrags durch Übernahme einer pauschalierten Honorierung bei **Minimierung** der Produktionskosten durch optimierte Gesundheit

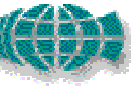


Budgetverantwortung – Populationsmodell



- Übernahme einer Vollversorgung in einer Region oder für eine Indikation – Finanzierung gegenüber den bisherigen Kosten
- Ertrag des Leistungserbringers dann: Delta zwischen bisherigen Gesamtkosten und den verminderten Produktionskosten unter optimiertem Regime
- Leistungserbringer wechselt damit die Seite: Vom (ökonomisch motivierten) Interesse an der Krankheit hin zum Interesse an einer höchst möglich erreichbaren Gesundheit (Salutogenese)

Inhalt



Gesetzgeber: Was ist „Integrierte Versorgung“

Aktueller Stand

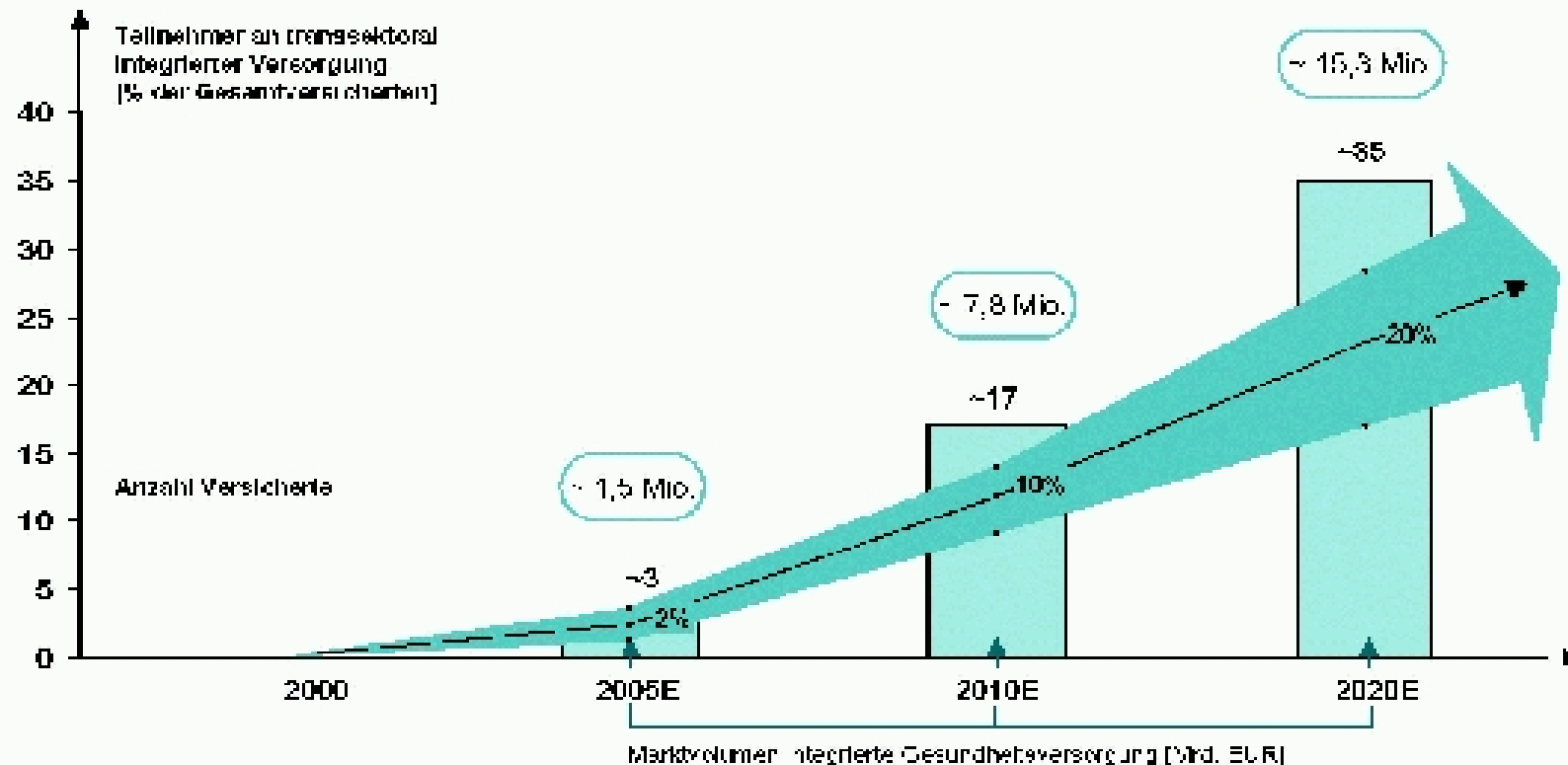
Herausforderungen für die Zukunft

Ein Ausblick

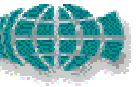
Prognose zur Zukunft der IV – durch Dritte

Integrierte Versorgungsformen werden sich kontinuierlich, jedoch mit träger Dynamik entwickeln

Geschätzte Entwicklung der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung

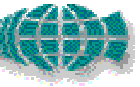


Herausforderungen Integrierte Versorgung = Form des Managed Care



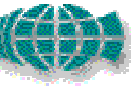
- Mit dem § 140 a-d und dem § 95 besteht in Deutschland die Option für ein umfassendes Managed Care á la USA
 - ◆ POS-Modelle, Group-Model, Staff-Model.... vgl. Bundesknappschaft: Prosper
- Zahlreiche Vertragsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und „Systemanbietern“ sind möglich, die Spanne reicht von
 - ◆ „Garantie“-Verträgen über
 - ◆ konkrete Leistungsvereinbarungen – Mengenvereinbarungen außerhalb der Budgets – und
 - ◆ Organisations- und Steuerungsleistungen – bis hin zur Restriktion auf definierte Leistungsanbieter – und
 - ◆ Arrangements zwischen Leistungsanbietern und Industrie in „shared value agreements“ bis hin zu
 - ◆ „shared risk agreements“ freier Art
- Schaffen wir es in Deutschland (Europa) eine sozial und ethisch verantwortliche Version der „strukturierte Versorgung = Managed Care“ aufzubauen (oder schaffen wir nur eine Kopie der US-Versionen?)
 - ◆ Patientensouveränität
 - ◆ Partnerschaft und Vertrauen
 - ◆ Effizienz aus überlegener Qualität und salutogenetischer statt pathogenet. Ausrichtung

These: Erwartung für die nächsten 5-10 Jahre – Integrierte Versorgung auf dem Vormarsch

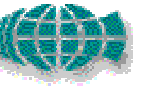


- Marktvolumen der Integrierten Versorgung in der Größenordnung von 3-4 Milliarden EUR
- Fast flächendeckende Erfassung mit IV-Verträgen mit regionalen Häufungen in den Städten – aufgrund der Wettbewerbssituation von Ärzten und Krankenhäusern
- Der Gesetzgeber hat sich in 2006/2007 zugunsten einer Fortsetzung des Förderprogramms zugunsten Integrierter Versorgung entschieden
- Es wird sich eine Gruppe von Managementgesellschaften herausgebildet haben, in denen die „Health Care Industry“ in starkem Maße involviert ist
- Ausländische Investoren und HMOs werden sich in Deutschland in Managementgesellschaften eingekauft haben
- Herausbildung von „Marken“ analog zur Konsumgüter- und Hotelindustrie
- Integrierte Versorgung ähnlich dem deutschen Modell wird in anderen europäischen Staaten ebenfalls erprobt und erhält von der EU die Bescheinigung für die Europatauglichkeit

Weitere Informationen



- Weiterführende Informationen: Siehe Homepage www.gesundheitsconsult.de
- Eine eigene Datenbank zu IV-Verträgen und Abschlägen finden sich unter www.gesundheitsconsult.de/db
- Für Fragen in Bezug zu dem Aufbau Integrierter Systeme haben wir eine eigene unentgeltlich nutzbare E-Mail-Hotline eingerichtet: iv-hotline@gesundheitsconsult.de



■ Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

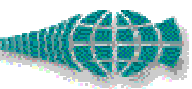
Helmut Hildebrandt

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Borsteler Chaussee 53, 22453 Hamburg, Tel: 040 - 514 85 50

E-Mail: hh@gesundheitsconsult.de

16 Jahre - Hildebrandt GesundheitsConsult



Die Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH ist eine unabhängige Beratungsfirma, die als Offspring aus dem Universitätsklinikum Eppendorf (Hamburg) seit 1989 speziell im Sozial- und Gesundheitswesen tätig ist.

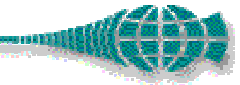
Geschäftsführer: Helmut Hildebrandt & Dr. med. Christoph Bischoff-Everding

- **Integrierte Versorgung, Gesundheits- und Disease Management**
- **Strategische Beratung und betriebswirtschaftliche Gutachten**
- **Marktanalysen und Befragungen „Patienten-Monitor^R“**
- **Prozeßmanagement und -optimierung / Projekt- und Qualitätsmanagement (TQM, insbes. EFQM)**
- **Merger & Acquisition / Sanierungsgeschäftsführung (auf Zeit)**
- **Organisationsentwicklung, Konfliktmoderation und Coaching**

Kooperation: Wirtschaftsprüfer, Juristen, Architekten/Designer

WHO – Health Promoting Hospitals

Hildebrandt GesundheitsConsult



Hildebrandt GesundheitsConsult ist der führende krankenkassenexterne Know How Träger für Integrierte Versorgungsnetze in Deutschland und verfügt über praktische Erfahrung aus jüngster Zeit

- Hildebrandt GesundheitsConsult ist seit vielen Jahren maßgeblich an der Diskussion zur **Integrierten Versorgung in Deutschland** beteiligt und befindet sich dazu in einem intensiven **Dialog** mit Ministerien, Spitzenverbänden der Krankenkassen, der KBV wie aber auch den jeweils Handelnden vor Ort.
- So ist HGC auch zur Zeit in ganz Deutschland an der Gestaltung integrierter Versorgungsnetze beteiligt und hat bereits mehrere Klienten – **Ärztssysteme / Ärztenetze wie Kliniken und sogar auch BSHG-Langzeiteinrichtungen** – bei der konkreten Gestaltung von Versorgungsverträgen unterstützt. Dabei hat Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH umfangreiche Erfahrungen aufbauen können, wie die vielfältigen Schwierigkeiten in der **konkreten Aufbauarbeit** positiv überwunden werden können und welche **Regeln und Gesetzmäßigkeiten** für die jeweiligen Interessen der Mitspieler – von Niedergelassenen über Kliniken bis hin zu Verbänden und KVen – dabei zu beachten sind.
- Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH hat so z.B. den **ersten vollumfänglichen IV-Vertrag nach § 140 SGB V mit Budgetverantwortung entwickelt** (IMD-Nds) und verfügt über fertige Lösungsmodulare u.a. für Prostata-CA, Schlaganfälle, Schmerzpatienten, Rheuma.
- Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH hat ein umfangreiches **medizinisches Fachwissen** und verfügt über vielfältige Kontakte und gewachsene Beziehungen zu Hochschulklinikern wie herausragenden Experten, u.a. **in den Bereichen Urologie, Kardiologie, Neurologie und Onkologie**.



Ein **Gutachten zu IV und MVZs** in den **Neuen Bundesländern** für das **Bundesministerium f. Raumordnung „Aufbau Ost“** wurde soeben vorgestellt

Neu

Gemeinsam mit der **Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe** betreibt Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH ein bundesweites **Pilotvorhaben** für ein **Qualitätsmodell Integrierte Schlaganfallversorgung**, auf die sich inzwischen über 200 Interessenten (Leistungserbringer wie Krankenkassen, Industrie wie Wissenschaft) angemeldet haben