
**Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung
Wie viel Differenzierung ist produktiv für die GKV?**

Managementkompetenz und institutionelle Voraussetzungen

Vortrags- und Diskussionsveranstaltung
der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V.
6. September 2006, Berlin
Landesvertretung Sachsen-Anhalt beim Bund

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
Vorstandsvorsitzender
Bundesverband Managed Care

Kurzvorstellung: Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)



Das Spreekarree – die Adresse
des BMC im Regierungsviertel

Friedrichstraße 136
(Ecke Schiffbauerdamm)
10117 Berlin

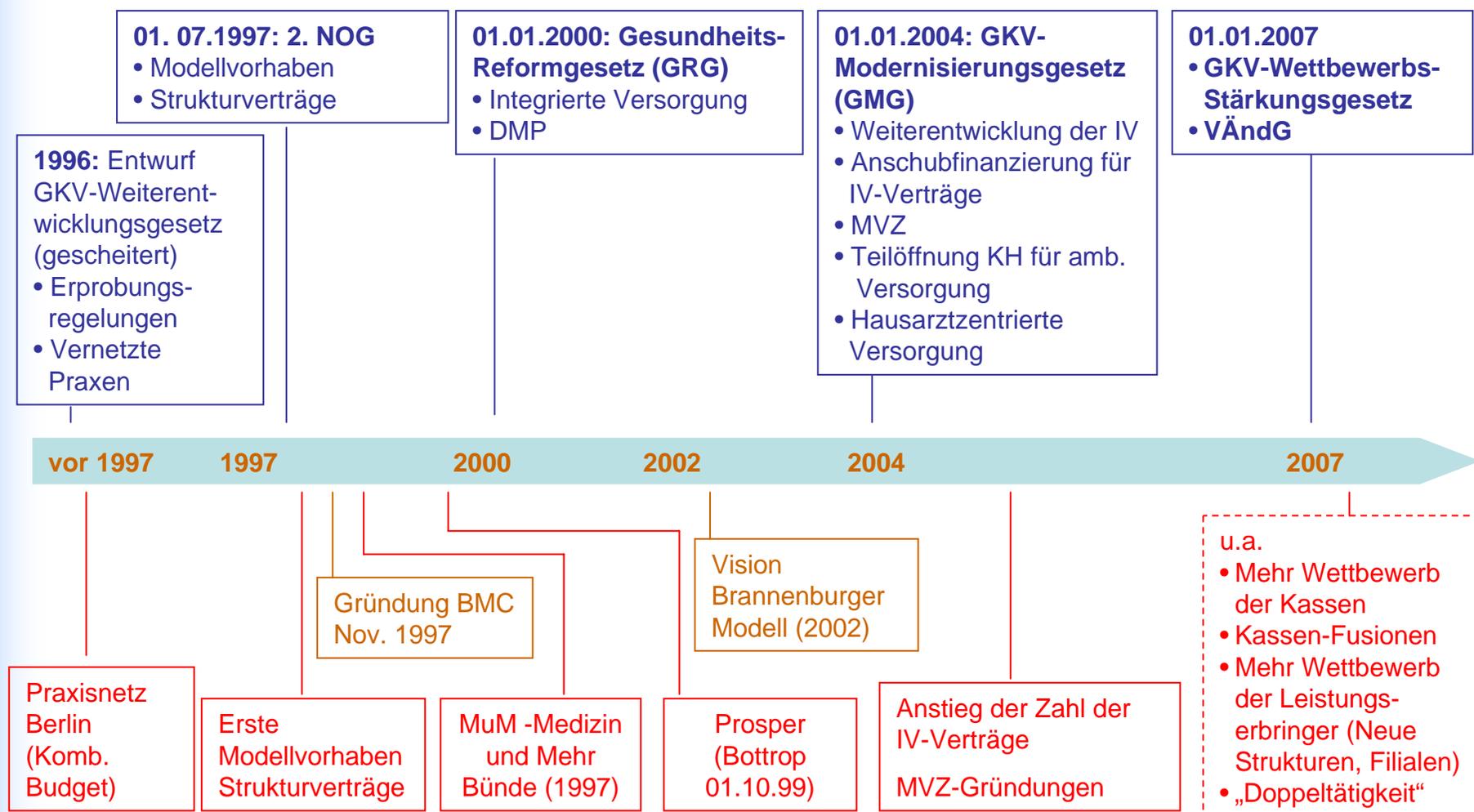
- Der **Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)** ist ein **pluralistisches bundesweites Forum für Gesundheitsmanagement**.
- Die **Mitglieder repräsentieren nahezu die gesamte Bandbreite aller Akteure des Gesundheitswesens**. Das sind Krankenhäuser, Heilberufe, Apotheken, Pharma- und Medizintechnikindustrie, Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, Krankenkassen, ärztliche Körperschaften, IT-Anbieter, Banken und andere Institutionen.
- Der BMC wurde 1997 gegründet.

GESUNDHEIT BRAUCHT ZUSAMMENARBEIT

Agenda

- Auswirkungen der Gesetzgebung der letzten 10 Jahre auf erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung und Beispiele für eine zunehmende Differenzierung der Produkte und Dienstleistungen
- Beispiele für Anforderungen an institutionelle Voraussetzungen und Managementkompetenz
- Zukunftsperspektiven

Gesetzgebung der letzten 10 Jahre vermehrt schrittweise die Gestaltungsoptionen für neue Vertrags- und Versorgungsformen



„Netzperiode“ = Trial and Error - Viele sind gescheitert

Gesetze	Umsetzung	Erfahrungen
<p>1996: Entwurf GKV-Weiterentwicklungsgesetz mit Erprobungsregelungen (Gesetzesvorhaben gescheitert)</p>	<p>Vernetzten Praxen Gründung und erste Erfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • z.B. Praxisnetz Berlin (Komb.Budget) • z.B. Medizinisches Qualitätsnetz München (Komb. Budget) 	<p>Häufiges Scheitern wegen</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlenden Erfahrungen auf Leistungserbringer- und Kassenseite • fehlender Managementkompetenz • Managementfehlern • strukturellen und organisatorischen Mängeln • mangelnder Verbindlichkeit der Kooperation der LE • Kommunikationsfehlern • Diskrepanz zwischen behaupteter und nachweisbarer Qualität
<p>01.07.1997 Zweites GKV-Neuordnungsgesetz (NOG)</p>		
<p>„Sowohl das wirtschaftliche als auch das ärztliche Management vieler Netze ist noch nicht ausreichend professionell. In beiden Bereichen benötigen die Netze kompetente Unterstützung.“</p> <p style="text-align: right;">Peter W. Westebbe „Ärzte im Netz“ (1999)</p>		

Management-Theorie - Die Praxis war anfangs häufig weit davon entfernt

PERSPECTIVES ON MANAGED CARE

ORIGINALIA



Abb. 2: Die Aufgaben eines Netzmanagers

Quelle: M.C. Müller, A. Kammerloher in „Perspectives on Managed Care“ 3/4 1998

GRG - „Integrierte Versorgung am Horizont“

Gesetz

01.01.2000 GKV-
Gesundheitsreform-
gesetz (GRG)
IV (§§ 140 a-h SGB V)

Umsetzung

Aufgrund der
Regelungsdichte und
Komplexität der
Vorschriften nur
zögerliche erste
Umsetzungsversuche
der integrierten
Versorgung in der
Praxis

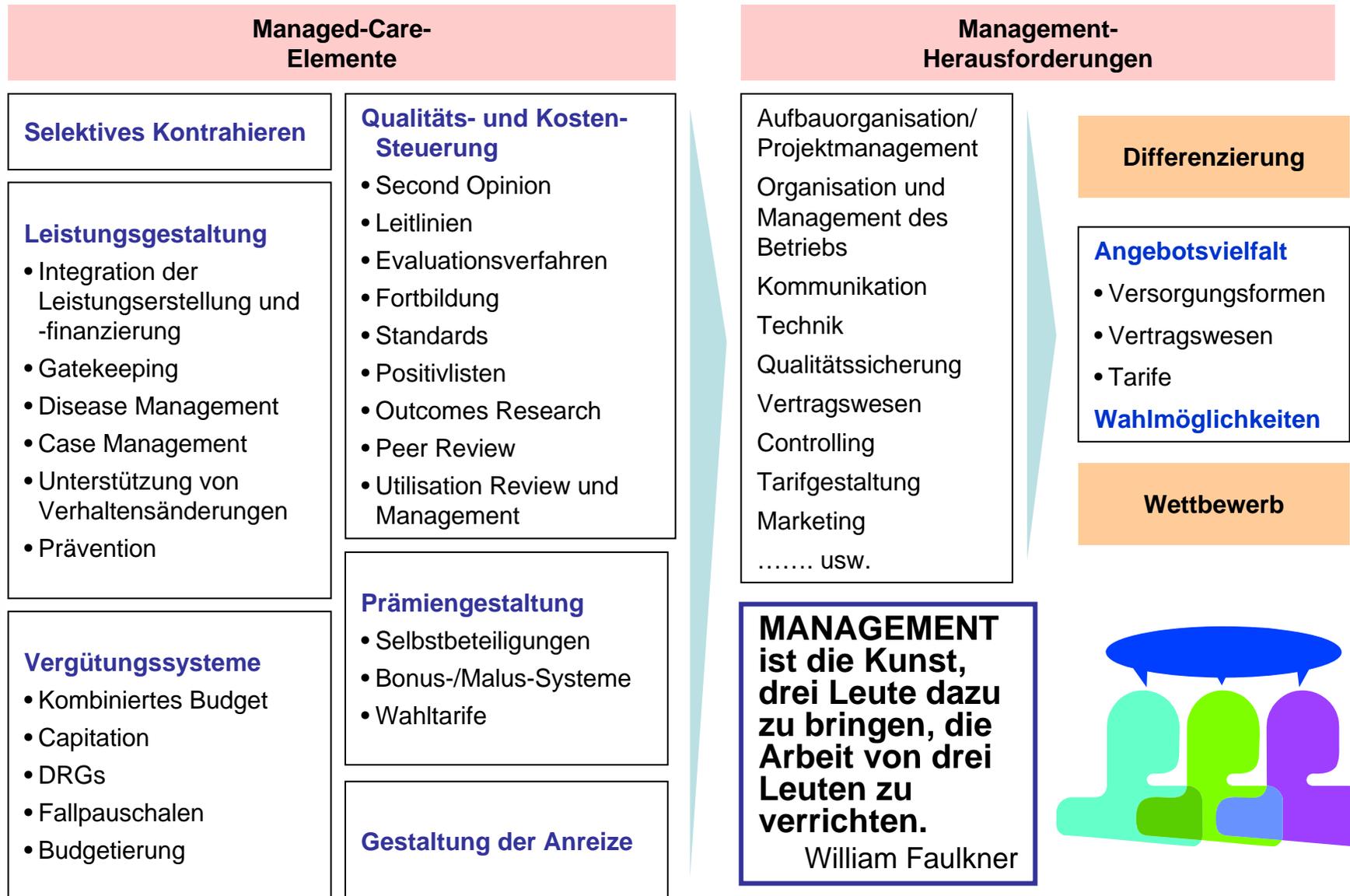
Erfahrungen

- Zu hohe Regelungsdichte
- beeinträchtigt die Gestaltungsmöglichkeiten
 - bremst die Entwicklung neuer Strukturen und Prozesse
 - erschwert selektive Verträge

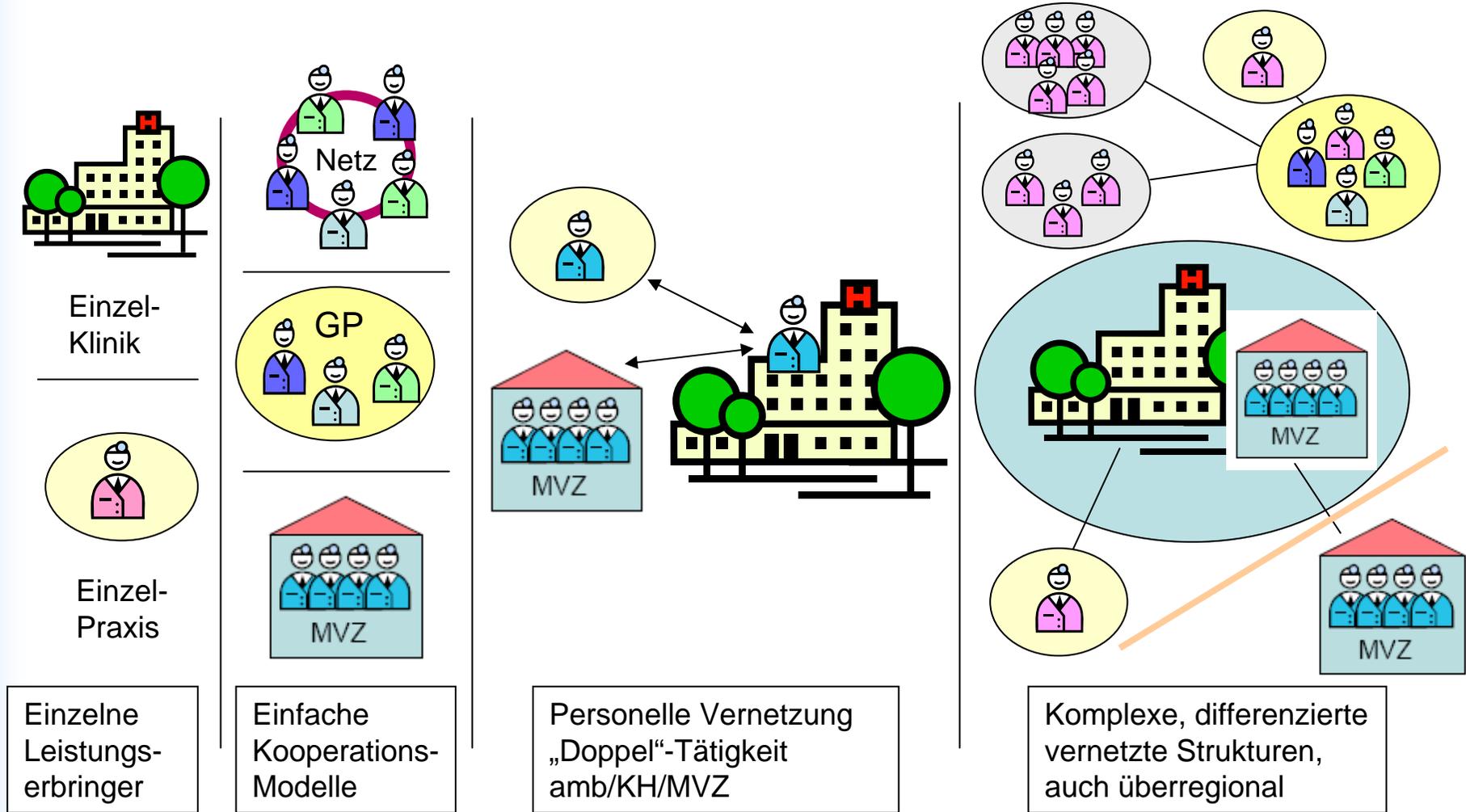
GMG – „IV kommt in Fahrt“ – „Gesundheitsunternehmen“ beginnen sich zu etablieren

Gesetz	Umsetzung	Erfahrungen
<p>01.01.2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vereinfachung der Regelungen zur IV • Anschubfinanzierung • MVZ (§ 95 SGB V) • Teilöffnung der Krankenhäuser (§ 116 b SGB V) • hausarztzentrierte Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Wachsende Zahl von IV-Verträgen (überwiegend indikationsbezogen) • Bisher nur wenige populationsbezogene Verträge <ul style="list-style-type: none"> - z.B. PNN – Populationsmodell „Qualität und Effizienz“ - z.B. Kinzigtal • MVZ-Gründungen mit steigender Tendenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Je differenzierter die Strukturen und Verträge, desto mehr steigen die Anforderungen an Managementkompetenz • Kosten-Nutzen-Rechnung unterschiedlich • Erste Evaluationen

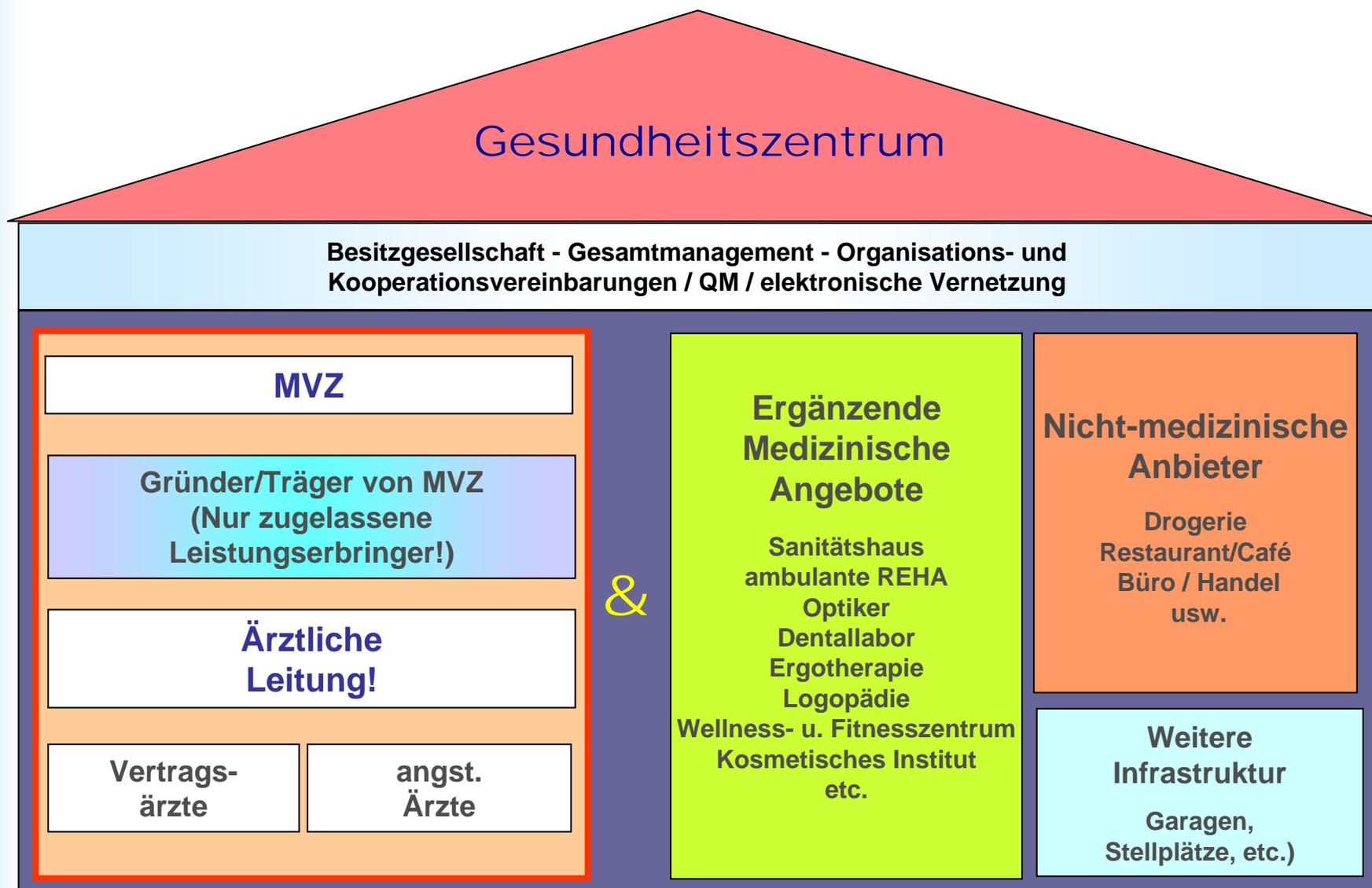
Vielfalt der Gestaltungsoptionen ermöglicht Einsatz von Managed-Care-Elementen - verlangt aber bei der Umsetzung Managementkompetenz



Vielfalt der Versorgungsstrukturen wird infolge des VÄndG und GKV-WSG weiter zunehmen



Variante einer kombinierten Angebotsstruktur „MVZ plus“ MVZ als Teil eines Gesundheitszentrums

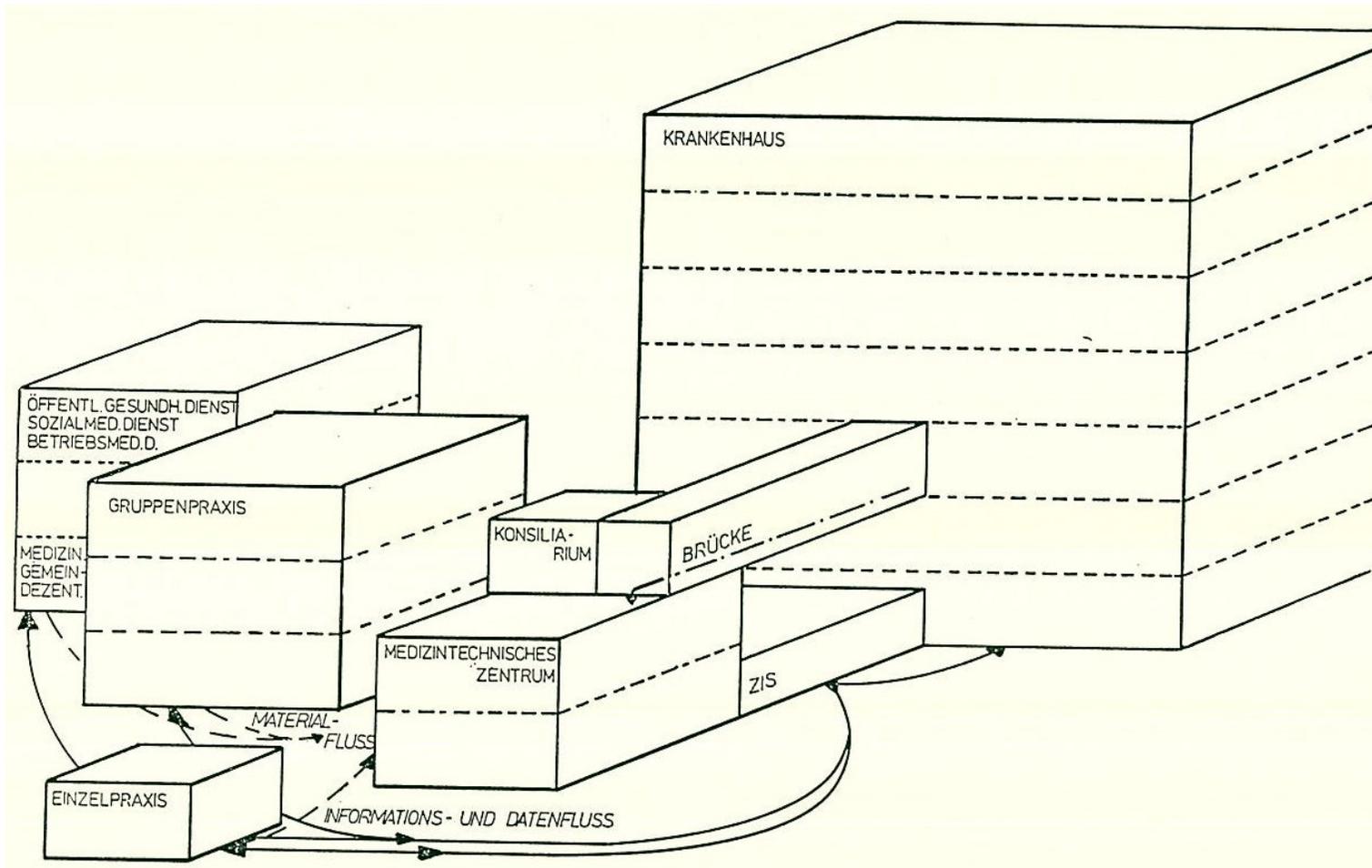


Gesundheitsmarkt 2013

„Der Gesundheitsmarkt ist auf die vielfältigste Art und Weise in Bewegung und verspricht in den nächsten Jahren sowohl viele neue Produkte und Dienstleistungen als auch eine veränderte Nachfragestruktur.“

HypoVereinsbank Research 2003, Studie: Gesundheitsmarkt 2013

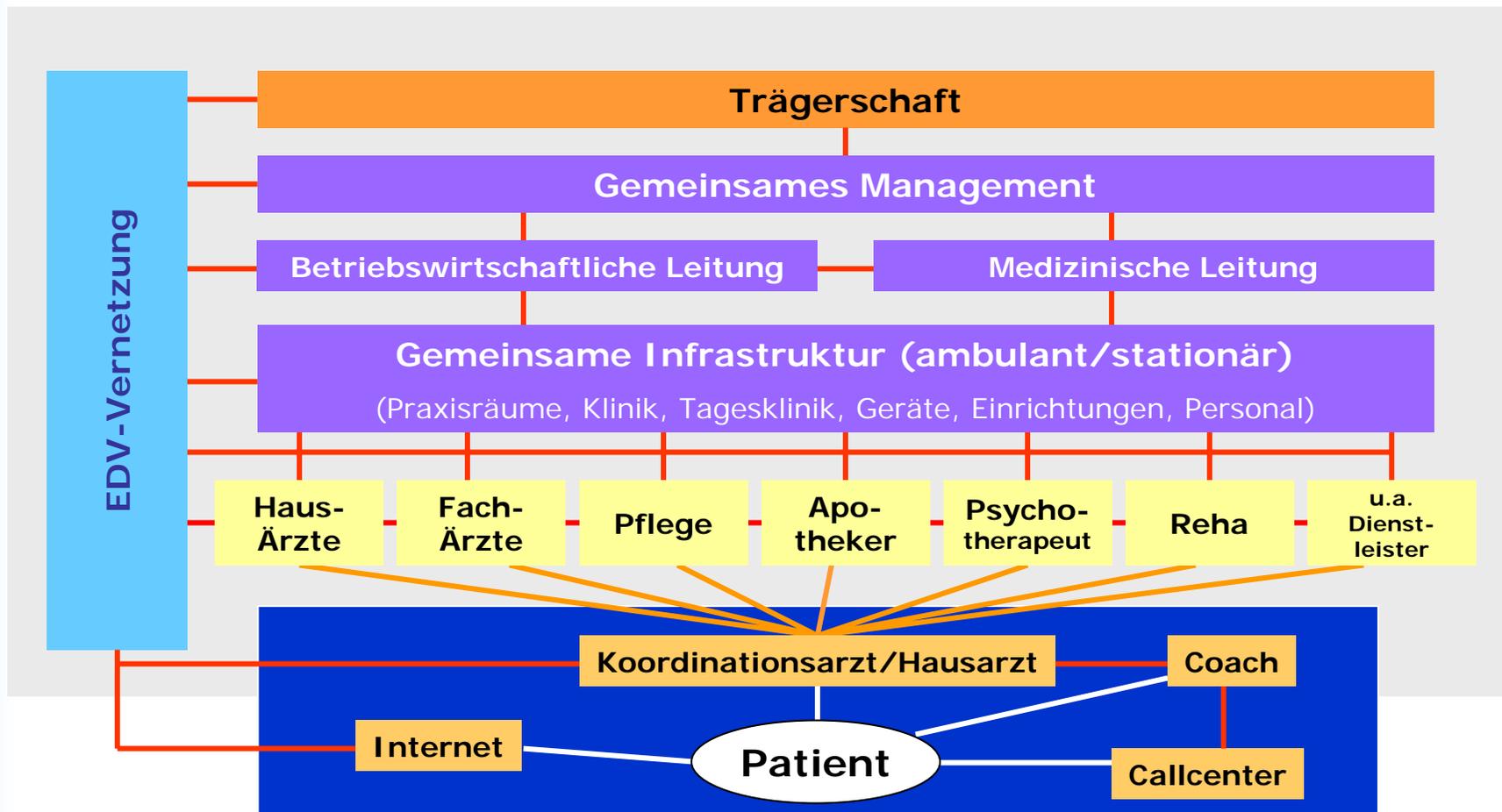
Integrierte Versorgung ist keine neue Idee: Vision 1975



(Prof. Erwin Jahn: Systemanalyse der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik.
in: Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeiten- Möglichkeiten - Grenzen.
WSI-Forum am 25. und 26. April 1975. WSI-Studie Nr. 32, Bund-Verlag Köln, 1975, S. 42)

2001: Vision „Brannenburger Modell“ Ein klar strukturiertes Versorgungsunternehmen

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh - Berlin, 06.09.2006 - Gesellschaft für Sozialen Fortschritt



Entwickelt vom Verein für integrative Patientenversorgung e.V. - München

Institutionelle Anforderungen an integrative Versorgungssysteme

Merkmale	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV	Stufe V	Stufe VI
Kombiniertes Budget, Capitation, Budgetverantwortung, Versorgungsvertrag						X
Gemeinsame Trägerschaft, Gesellschaftsrechtliche Einheit Wirtschaft. Schicksalsgemeinschaft					X	X
Verbindliches gemeinsames betriebswirtschaftliches Management				X	X	X
Gemeinsame Nutzung der Infrastruktur			X	X	X	X
Verbindliches gemeinsames medizinisches und pharmazeutisches Management (DM, Qualitätssicherung)		X	X	X	X	X
IT- Vernetzung (Dokumentation, Patientenakte, Datentransfer, etc.)	X	X	X	X	X	X

Integrative Versorgungssysteme erfordern neue Strategien

- für Organisation und Management
- zur Integration der Sektoren sowie der Vernetzung sozialer und medizinischer Dienste und Einrichtungen
- für die Finanzierung
- usw

Was ist zu tun?

1. Auswahl geeigneter Themenfelder
2. Ermittlung des Marktpotenzials
3. Konkurrenzanalyse
4. SWOT-Analysen
5.

Wie?

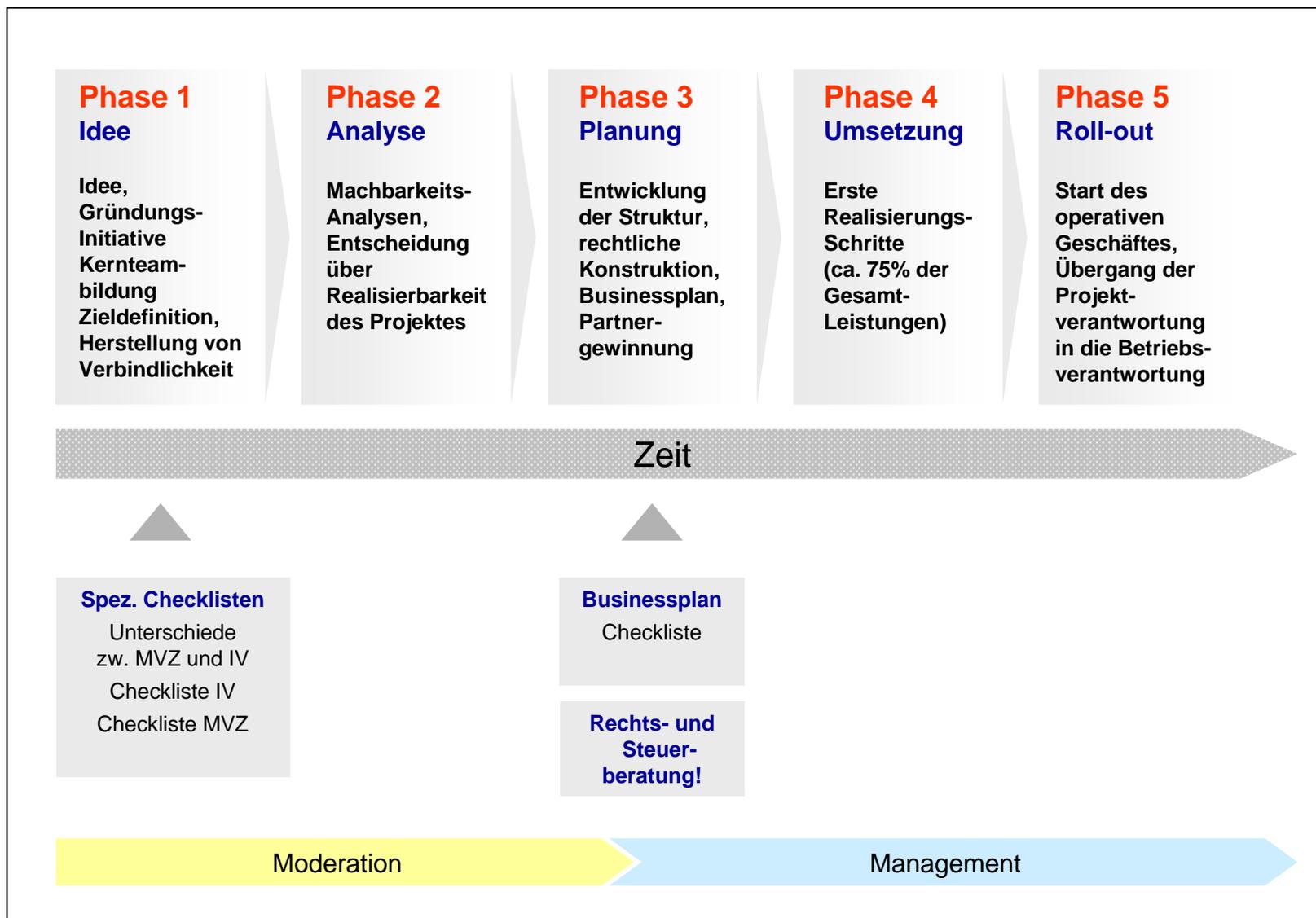
1. Entwicklung eines Business-Plans
2. Projektmanagement
3. Marketingkonzept
4. PR-Konzept
5. Gestaltung der Anreizsysteme
6. Qualitätskontrolle usw.....

Mit wem?

1. Identifizierung potenzieller Partner
2. Auswahl der Partner
3.

.... und professionelles Projektmanagement bei der Gründung von neuen Versorgungsmodellen

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh - Berlin, 06.09.2006 - Gesellschaft für Sozialen Fortschritt



„Der Aufbau der operativen Strukturen einer IV-Gesellschaft ist für die Initiatoren sicherlich eine Herausforderung. Durch die Einbindung vorhandenen Management-Know-hows sowie der Nutzung bestehender Steuerungsinstrumente sind diese Herausforderungen zu bewältigen.“

Prognos 2005, Machbarkeitsstudie einer populationsbezogenen integrierten Vollversorgung

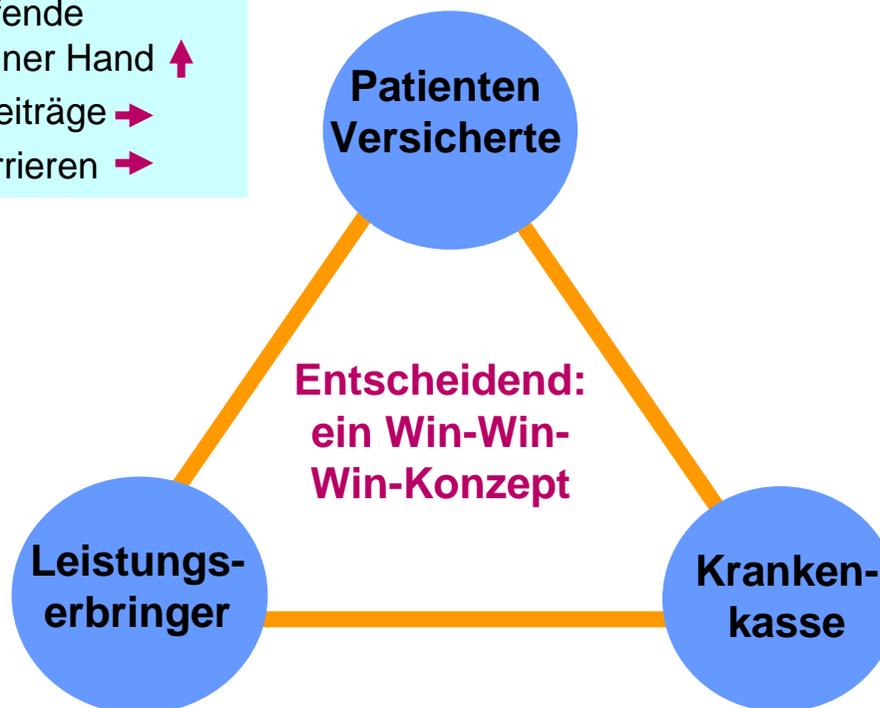
Integrative Versorgungssysteme: Erfolgsfaktoren

- Starke und einheitliche Unternehmenskultur
- Verbindlichkeit
- Einheitliche und vernetzte IT-Infrastruktur
- Professionelles Management
- Adäquate Anreizsysteme und Kontrollsysteme
- Erlebbarer und belegbarer Nutzen für Patienten
- Überzeugende Kommunikation mit Versicherern und Patienten



Nutzen für alle Beteiligten ist Voraussetzung für den nachhaltigen Erfolg neuer Versorgungsformen

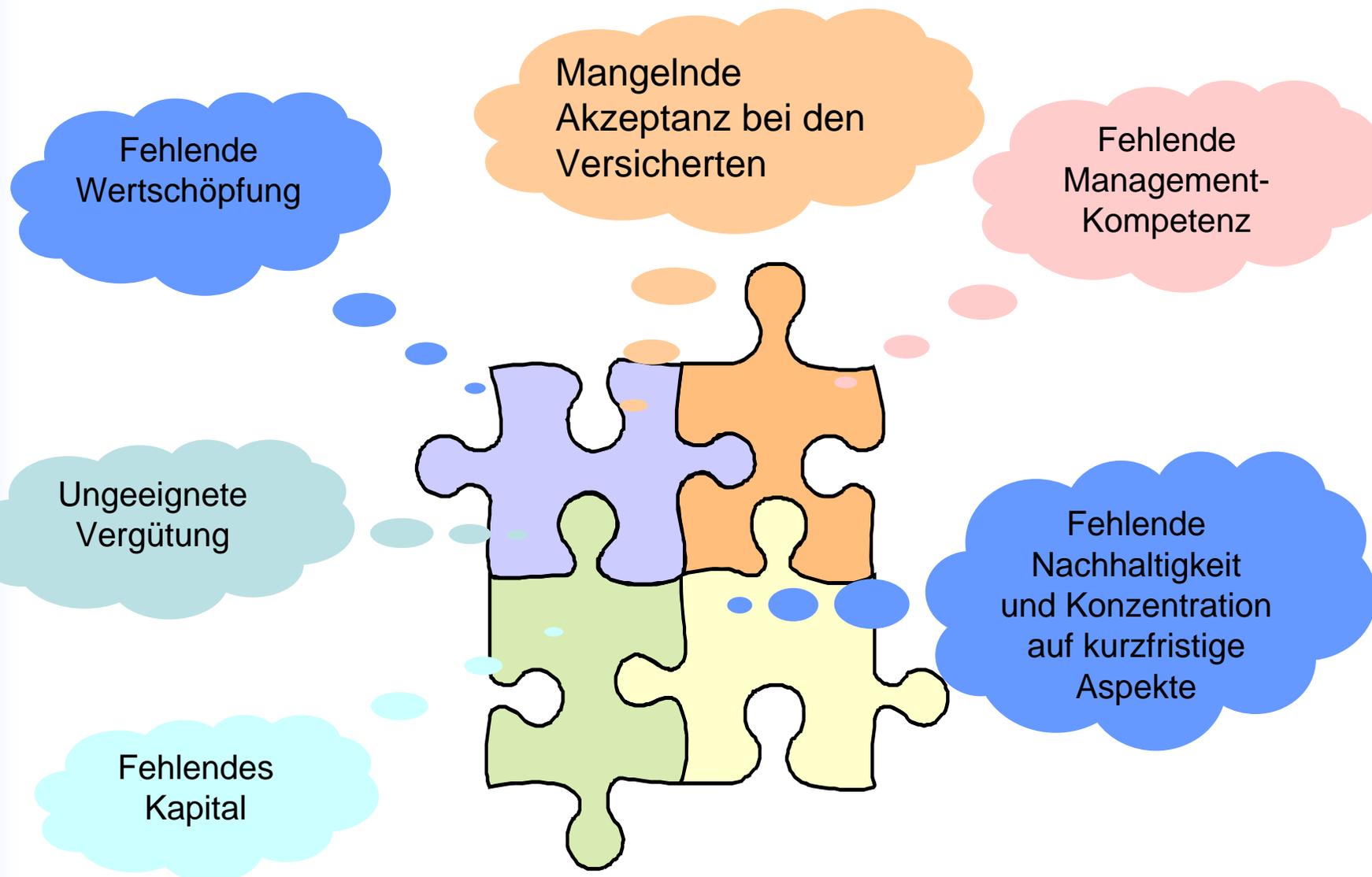
- Qualitätsgesicherte, fach- und sektoren-übergreifende Versorgung aus einer Hand ↑
- Krankenkassen-Beiträge →
- Keine Zugangsbarrieren →



- Effiziente Versorgungsprozesse ↑
- Kosten ↓
- Gewinn ↑
- Chancen im Wettbewerb ↑

- Kosten ↓
- Versorgungsqualität ↑
- vom Payer zum Player ↑
- Wettbewerbsvorteile →

Scheitern nicht ausgeschlossen



Trend zu unternehmerischen Strukturen wird zunehmen ➔ „Gesundheitsunternehmen“

- Unternehmen werden von Profis gegründet und von Profis gemanaged.
- Die neuen Unternehmen werden „Marken“ bilden und im Wettbewerb untereinander und mit herkömmlichen unkoordinierten Versorgungssystemen treten.
- Es wird Filial- und Kettenbildung geben.
- Versicherte und Patienten werden mehr Wahl-Möglichkeiten haben.
- Transparenz, Qualitätssicherung und Patientenorientierung dieser neuen Angebote auf dem Gesundheits-Markt werden wichtige Erfolgsfaktoren sein.

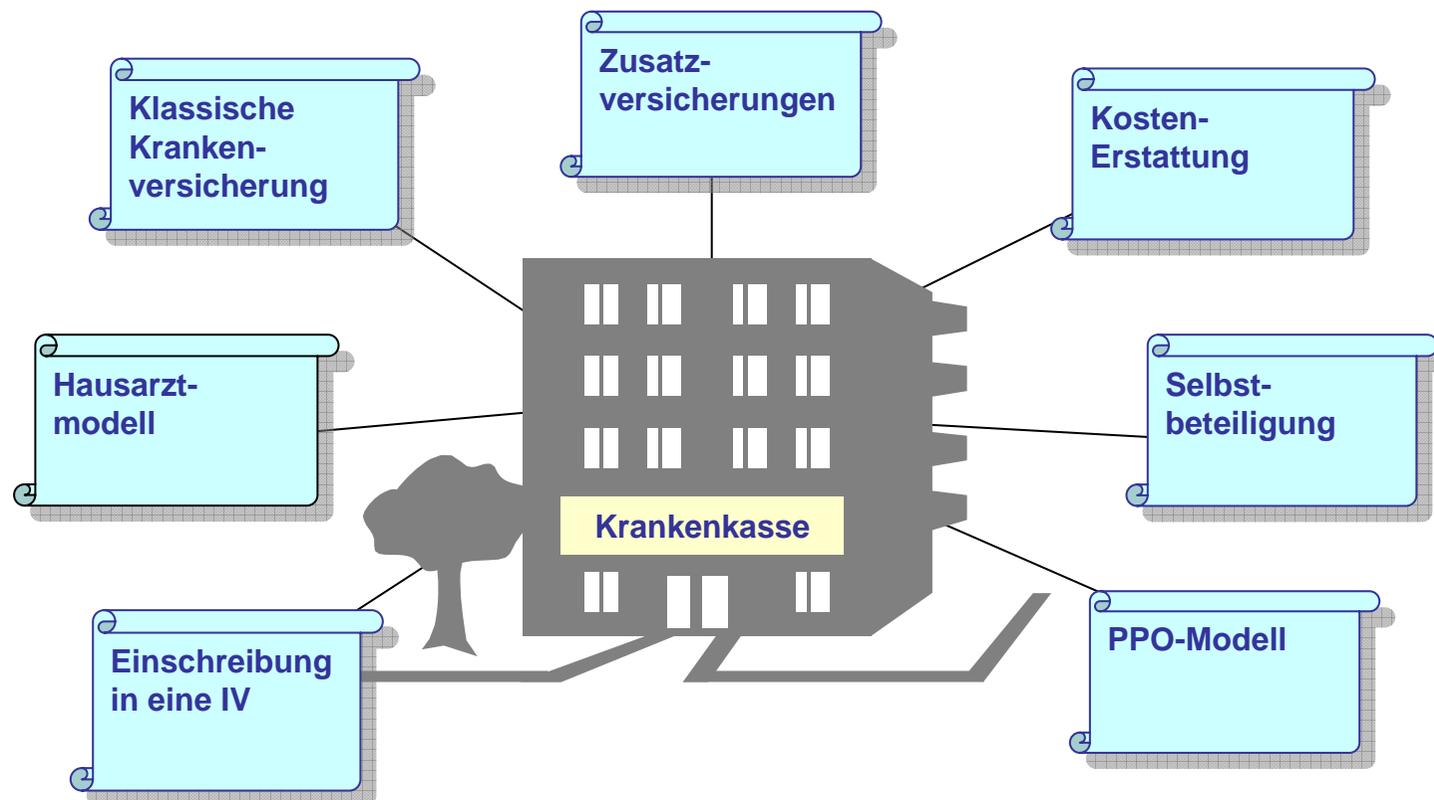
Gesundheitsversorgung 2020

- *„Den Kern der Leistungen stellen große Netze von Leistungsanbietern dar.“*
- *„Die Anbieter von Versorgungsnetzen verfügen über strategische Plattformen, die Visionen, Werte sowie messbare strategische Zielsetzungen transparent machen und sicherstellen, dass alle operativen Entscheidungen die definierten Ziele erfüllen.“*

Ernst & Young 2005, Studie: Gesundheitsversorgung 2020

Differenzierung der Versicherungstarife (Beispiele)

Krankenkassen werden unterschiedliche Präferenzen der Versicherten berücksichtigen und differenzierte Versicherungstarife anbieten. Dies bringt unternehmerische Herausforderungen mit sich und erfordert Managementkompetenz.



In einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem muss sich der Staat aus der Detailregulierung zurückziehen

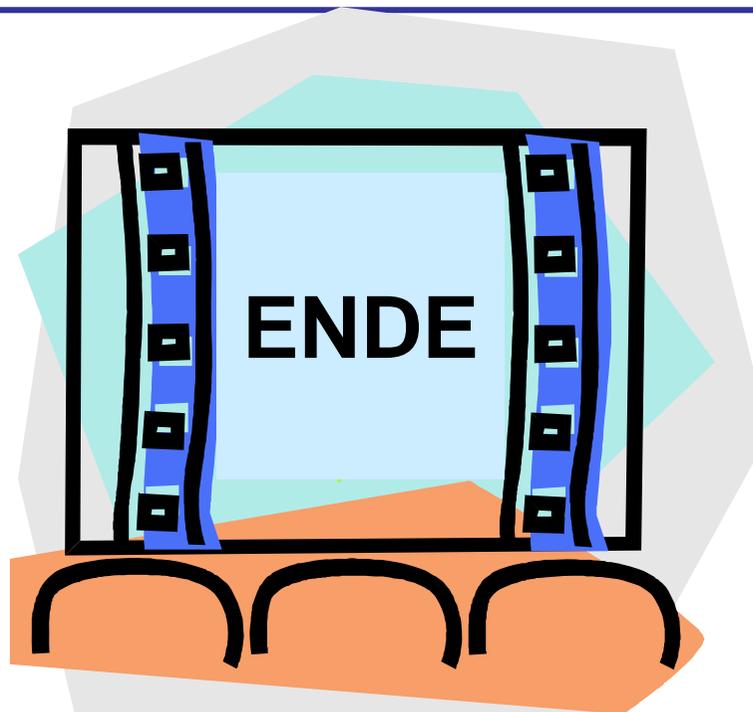
Beispiele für verbleibende staatliche Aufgaben:

- Definition eines Mindestumfanges an Gesundheitsleistungen, zu dem jeder Bürger ungehinderten Zugang hat (Absicherung bei schweren schicksalhaften Erkrankungen und Überforderung der individuellen Leistungsfähigkeit)
- Definition der Grenzen der Solidarität
- Förderung der Transparenz für die Versicherten über Inhalte und Qualität der vielfältigen Modelle der Leistungserstellung, z.B. durch nicht-staatliche Organisationen (Modell „Stiftung Warentest“ im Gesundheitswesen oder NCQA)
- Rahmenbedingungen für einen versicherungstechnischen Lastenausgleichs

Fazit und Ausblick



- Es zeichnet sich ein zunehmender Trend zu kooperativen Versorgungsstrukturen und zur Differenzierung der Angebote unter Einsatz von Managed-Care-Elementen ab.
- Die Komplexität der Versorgungsangebote und neuer unternehmerischer Strukturen wird zunehmen.
- Managementkompetenz wird sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Krankenkassen in zunehmendem Maße benötigt.
- Das Leistungsgeschehen wird durch gezielte Anreize und differenzierte Vergütungsformen gesteuert.
- Transparenz und Nachweis der Qualität und des Nutzens der Angebote sowie professionelle Kommunikation sind entscheidende Faktoren für die Inanspruchnahme durch Versicherte und Patienten.



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit**