



**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland
- rechtsfähige Stiftung -**

Ambient Assisted Living, Berlin, 31.01.2008

Technik trifft auf Vertrags- und Versorgungsrealität

. Versuch einer Bewertung des Innovationspotenzials

Dr. Dominik von Stillfried
Geschäftsführer

Gliederung

- 1. Politische Gestaltung des GKV-Systems und die Konsequenzen**
- 2. Veränderung des Umfelds (jenseits gesundheitspolitischer Gestaltbarkeit)**
- 3. Erfolgsfaktoren auf dem künftigen Gesundheitsmarkt / Innovationspotenzial**



Teil 1 - Thesen

- **Das Gesundheitswesen steht mitten in einem auf ca. 20 Jahre angelegten Reformprozess**
- **Paradigmenwechsel: vom Solidarprinzip zum Vertragswettbewerb als Gestaltungsprinzip**
- **Die Folge: radikaler Umbau der GKV**



Reform der Krankenkassen (1)

Einnahmen seite

- Gesundheitsfonds vereinheitlicht Beiträge, verknappt Finanzen (2009), neue Finanzlage durch bundesweiten Ausgleich von Morbiditätsrisiken
- Beitragsgestaltung der Krankenkasse: Zusatzbeiträge & Wahltarife
- Begrenzung Zusatzbeiträge: 1% des Einkommens, 5% der Einnahmen
Einführung eines sGlobalbudgets%mit Insolvenzrisiken !!

Ausgabenseite

- Zentralisierung: Spitzenverband Bund ersetzt sKassenarten%
G-BA-Reform, Vergütungsreform Vertragsärzte (2009)
- Individualisierung: Direktverträge für Wahltarife; Rabattverträge & preferred provider%(Heil- und Hilfsmittel, hausarztzentrierte Versorgung, besondere fachärztliche Versorgung, Integrationsverträge)
Zwang zu kassenspezifischer Vertragsdifferenzierung !!



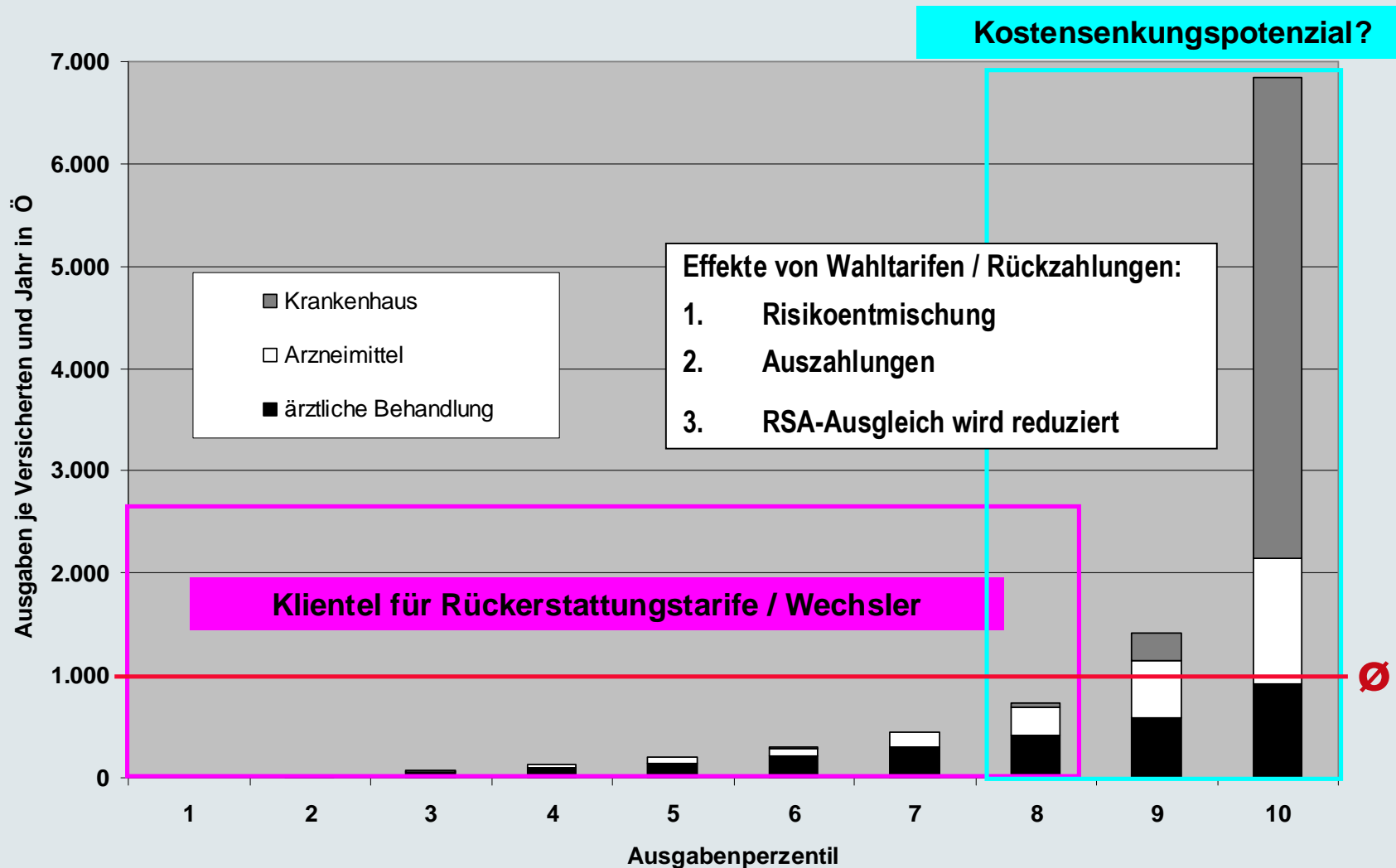
Reform der Krankenkassen (2)

Wettbewerbselemente

- Preiswettbewerb für Krankenkassen:
Rückzahlung / Vermeidung von Zusatzbeiträgen
Wettbewerb um günstige Risiken (Ausgaben < RSA- Gutschrift)
- Tarifbildung:
1. günstige Sonderangebote für interessante Risikogruppen
2. neue Versorgungsangebote
aber: verbindliche gruppenäquivalente Prämienkalkulation,
keine Quersubvention zwischen Tarifen
Club-Bildung = Risikoentmischung erfordert Risikomanagement !!
- Individuelle Vertragsgestaltung:
Arzneimittelrabattverträge, preferred provider bei Heil- und Hilfsmitteln,
selektive Verträge mit Vertragsärzten/Krankenhäusern;
Benchmark = Versorgungsaufwand < RSA-Gutschrift (Regelversorgung)
strategisches Ziel = Regelbindung der Anbieter / Versicherten !!



Wettbewerb ↔ Risikoentmischung



Strukturwandel der Krankenkassen

- Verbandsreform, Wahltarife, Vertragswettbewerb minimiert Spielraum für kleine Krankenkassen und solche mit regional kleinem Marktanteil (BKK, EK)
- Finanzierungsreform, vertragsärztliche Vergütungsreform (2009), geplante Bilanzierung nach HGB mindert Spielraum für Regionalkassen (AOK, IKK)
- Fusionstendenz, Bildung überregionaler Kassenkonglomerate !!



Vergütungsreform Vertragsärzte

Politische Motivation

- Einheitliche Gebührenordnung: Jeder Arzt kennt Preise seiner Leistungen
- Verantwortung der Krankenkasse: Das Morbiditätsrisiko (standardisierte Behandlungskosten nach Alter, Geschlecht, Behandlungsdiagnosen) liegt bei den Krankenkassen
- Vertragliche Mengensteuerung: Vereinbarung des notwendigen Behandlungsbedarfs ersetzt gesetzliche Budgetvorgaben
- Wettbewerbsförderung:
 - Jeder Versicherte hat seinen „Rucksack“ (risikogewichtete Prognose der Behandlungskosten): Das Geld folgt dem Versicherten
 - Vergleichbarkeit der Versorgungsangebote („Benchmark“) und Beginn des Wettbewerbs unterschiedlicher Versorgungsangebote

Kernstück des WSG . tritt in Kraft ab 2009 !!



Auflösung der Sektoren

- **Wegfall des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen (nicht aber ihrer Sicherstellungsaufgaben)**
Selektivverträge schaffen abgeschlossene Sondersysteme%z.B. hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V), besondere fachärztliche Versorgung (§ 73c SGB V), Integrationsversorgung (§§ 140a ff SGB V)
 - **Öffnung der Krankenhäuser (§ 116b SGB V)**
 - **Neue Versorgungsstrukturen fördern Konzentrationsprozesse**
 - Medizinische Versorgungszentren (MVZ): Kapitalgesellschaft, fachübergreifende Anstellung von Ärzten; Kettenbildung
 - Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG): Filialbildung, fachübergreifende Anstellung, Teilniederlassung & Anstellung
 - **Delegation ärztlicher Leistungen an Assistenzberufe**
- Strukturwandel der Anbieterseite fördert regionale sSpezialangebote%o



„Endpunkt“ der Reformagenda ?

- Wenige **Krankenversicherungskonzern**e bieten im Rahmen staatlicher Mindeststandards hochdifferenzierte Tarife an.
- Tarifmanager agieren wie Fondsmanager: Sie erwerben für ihre Versicherten regional **Versorgungszertifikate** (Anrechte auf Behandlung) per **Ausschreibung**.
- **Anbieter(konsortien)** bewerben sich um den Zuschlag für Versorgungsaufträge in einer Region.
- **Anbieterwettbewerb** sorgt für einen ständigen **Veränderungs- und Kostensenkungsdruck**. Es konkurrieren nicht-ärztliche Heilberufe und qualifizierte Krankenschwestern, Ärzte einzeln oder in Verbänden; ambulante Versorgungszentren, Krankenhausketten, Reha- und Pflegeeinrichtungen, integrierte Versorgungszentren, Kompetenzzentren (Telemedizin), Pharma- und Medizintechnikkonzerne, ...



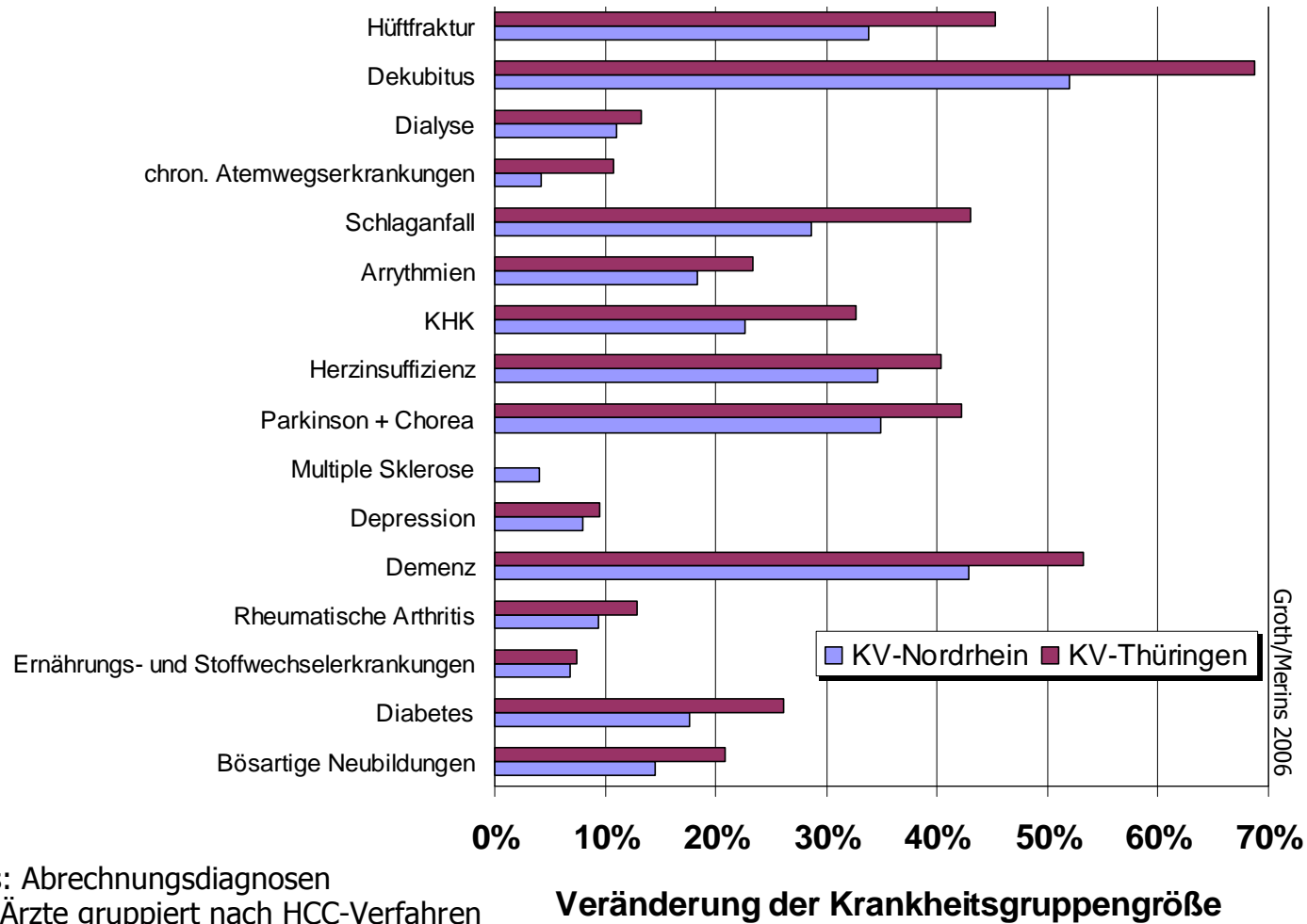
Teil 2: Veränderung des Umfelds

- **Alters- und Geschlechtsstruktur der Ärzte** verändern sich; *Rollenverständnis und Lebensplanung* von Ärzten werden differenzierter.
Das heute noch maßgebliche Rollenmodell der 1960er Jahre wird 2020 nur noch randständige Bedeutung haben.
Dies betrifft auch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt.
- **Zugang zum Kapitalmarkt** für Anbieter (Praxisgründer / Krankenhäuser) verändert sich.
Anbieter sind Unternehmen, d.h. Rating gemäß Businessplan / mittelfristiger Geschäftsplanung / Performance
- Deutschland wird uneinheitlicher.
Weitreichende Folgen von **Demografie und Migration** müssen in der Planung von Versorgungsangeboten berücksichtigt werden.
Der Alterungsprozess der Bevölkerung wird durch Migration regional und lokal stark moduliert.



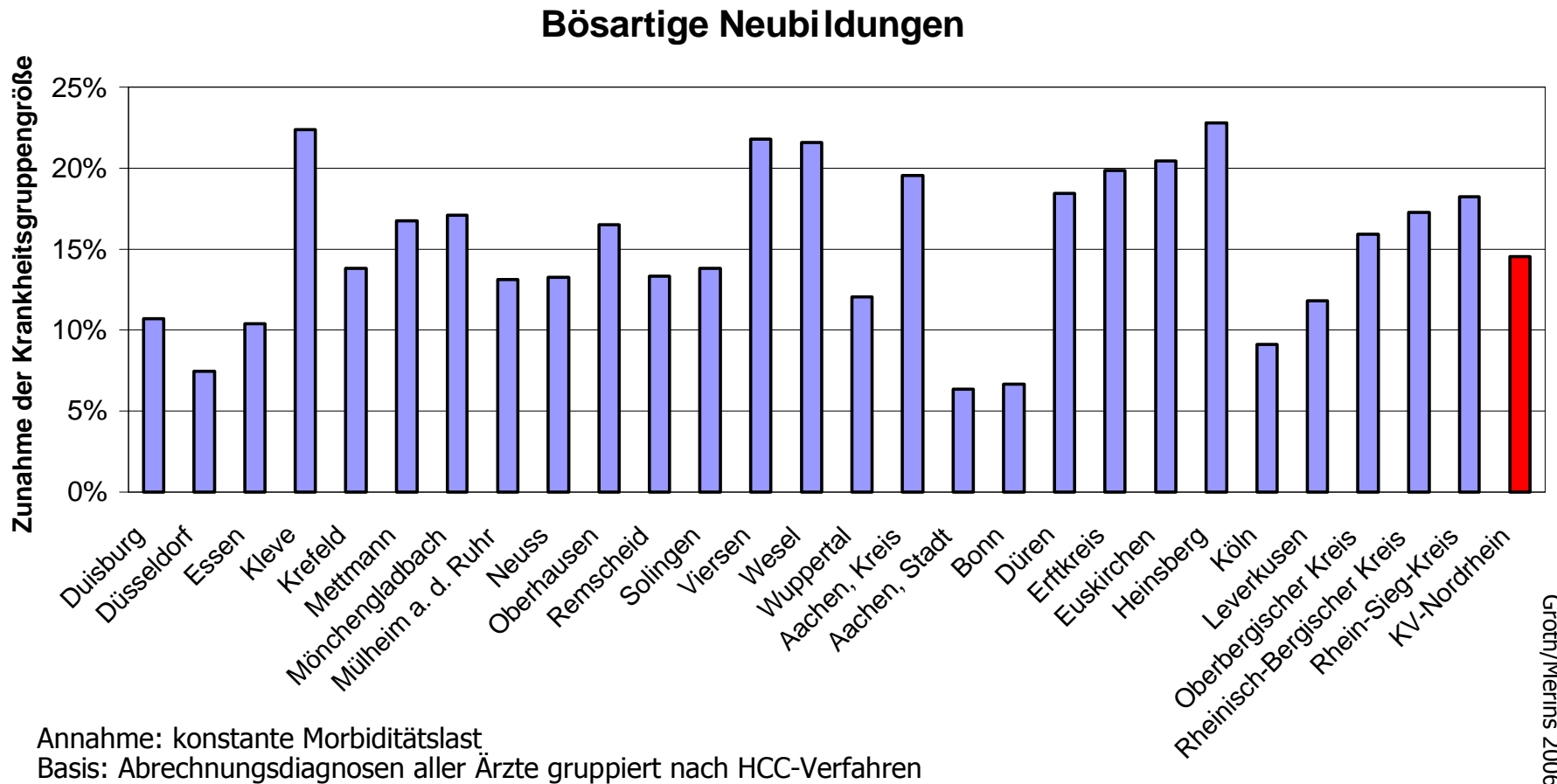
Effekte von Alterung & Migration

Annahme: konstante altersspezifische Morbiditätslast



Effekte von Alterung & Migration

Veränderung der Prävalenz auf Kreisebene, KV-Nordrhein, 2003 - 2020



Teil 3 – Innovationspotenzial?

- bisher: einheitliches Leistungsversprechen bei Kassenvielfalt
künftig: Vielfalt von Tarifen w eniger Versicherungskonzerne
- bisher: einheitliches Vertragsrecht (Kollektivvertrag) nach Sektoren
künftig: alle Anbieter medizinischer Versorgung konkurrieren
E ggf. gemeinsam als Konsortien E um Zuschläge für regional begrenzte, populationsbezogene Versorgungsaufträge
- bisher: Pflichtmitgliedschaft (Versicherte; Kollektivvertragspartner)
künftig: Präferenzentscheidung zw ischen alternativen Clubs
- bisher: Intransparenz über Preis/Qualität
künftig: risikogewichtetes Preissystem schafft Vergleichbarkeit
- bisher: Angebotsseitige Steuerung, keine alternativen Angebote
künftig: Nachfrageseitige Steuerung, Versicherte/Patienten entscheiden
mit den Füßen über Erfolg der Anbieter
- **Folge: Versichertenbindung wird zum strategischen Ziel für die Anbieterseite.**



Erfolgsfaktoren

➤ **Neue Erfolgsfaktoren (ab 2009):**

- **Produktdefinition** / Standortadäquates Versorgungskonzept
- Zugang zum **Kapitalmarkt**: Business Plan, Kunden-Nutzen, Qualität des Versorgungsteams und Management-Kapazität sind zentrale Beurteilungskriterien
- **Vernetzung**: strategische Partner aus anderen Versorgungsbereichen gewinnen, Arbeitsteiligkeit / Informationsaustausch definieren
- **Markenbildung**: Qualitätsmanagement und -transparenz (i), informelle Informations- und Bewertungsmechanismen (ii)

➤ **Versorgung kleiner regionaler Clubs mit spezifischen Bedürfnissen**

- klare **Kommunikation des Nutzens**: Warum soll diese Alternative gewählt werden?
- Versicherte / Patienten mit chronischen Krankheiten sind als **Co-Produzenten** der Ergebnisse aktiv mit einzubinden



Erfolgsfaktoren

➤ Hohe Anforderung an Unternehmensplanung

Gute Antworten auf

- **strategische Kernfrage:** in welchem Markt bewege ich mich?
- **operative Kernfrage:** erlaubt Rendite die notwendige Entwicklung?



Marktentwicklung

- **These:** Zunehmende **Überschneidung** der Teilmärkte medizinische Versorgung / AAL Produkte&Dienstleistungen; **Wachstumspotenzial:**
 - **Kostenübernahme:** einzelne AAL-Produkte / Dienstleistungen werden Teil des erstattungsfähigen Leistungsspektrums von Krankenkassen (Nachweis der Wirksamkeit, Effizienz)
 - **Vergünstigung:** Private AAL-Investitionen als Voraussetzung für vergünstigte Wahltarife (Nachweis von Einsparung)
 - **Produktives Investment:** Anbieter investieren in AAL-Produkte / Dienstleistungen, um eigene Versorgungskonzepte effizienter zu gestalten (Nachweis der Einsparung)

- **Caveats:**
 - Abgrenzung medizinischer Versorgung von Produkten des täglichen Lebens
 - technische Lösungen aufwändig/nicht standardisiert/kombinierbar
 - Mangelnde Akzeptanz technischer Lösungen vs. persönlicher Kontakt (bei Patienten, Ärzten, Krankenkassen)

