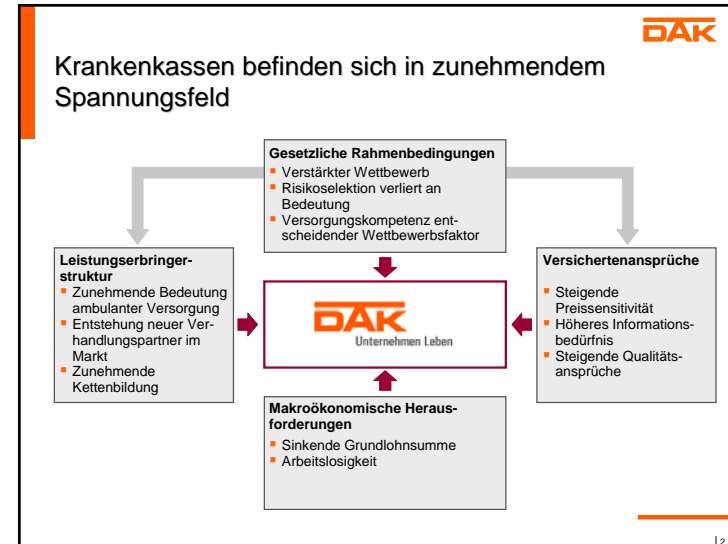





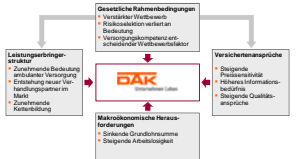

Selektivverträge – Zukunftsmodell für die ambulante Versorgung?

1. Düsseldorfer Symposium für Vertragsärzte 2011
Düsseldorf, 12. Januar 2011

Thomas Kerres, Vertragsmanager
DAK Vertragsgebiet NRW

Daraus leiten sich klare Erfolgsfaktoren ab



Fähigkeit zur Kundenbindung/-gewinnung über Differenzierung

- Konkurrenzfähiger Preis
- Innovatives Produktangebot mit medizinisch guter Versorgung
- Differenzierender Marktauftritt, z.B. über Kundennähe und Servicequalität

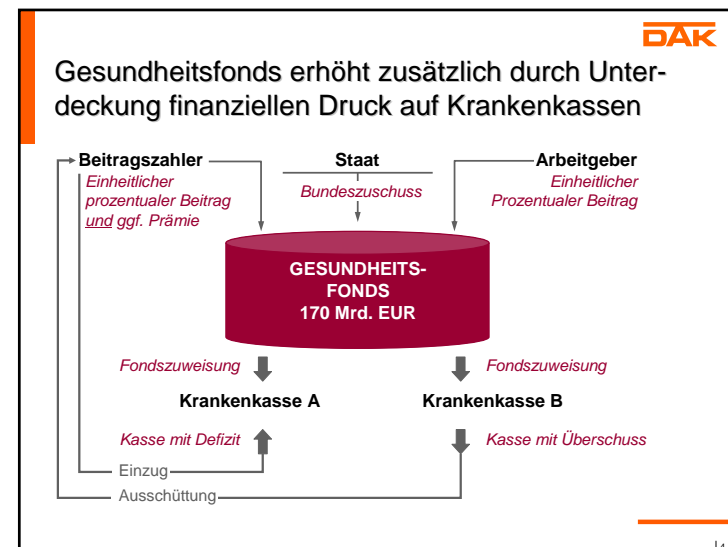
Kosteneffizienz

- Steuerungs- und Controlling-Kompetenz
- Vernetzung Einkaufsmacht gegenüber regional bzw. national agierenden Leistungserbringern
- Optimierung von Verwaltungskosten

Versorgungskompetenz

- Geeignete Datengrundlagen
- Vertragskompetenz
- Fähigkeit zur Steuerung von Versicherten und Leistungserbringern
- Attraktivität für potenzielle Vertragspartner

13



DAK

Alles neu durch Gesundheitsfonds und Morbi-RSA? Antwort: Klares Jein!

JA

- Etablierung des Gesundheitsfonds**
 - Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes
 - Verlust der Beitragssatz-Autonomie der Krankenkassen
- Umgestaltung des Risikostrukturausgleichs mit Morbiditätsorientierung**
 - Berücksichtigung von 80 definierten chronischen Erkrankungen
 - Abschaffung des Risikopools und Abkopplung der DMP

+

NEIN

- Fortbestand der Problematik in der Gesundheitsversorgung: Massive Defizite aufgrund von **Über-, Unter- und Fehlversorgung**
- Steigender Anteil von **Älteren und Chronikern** in der Bevölkerung
- Weiterhin **steigende Leistungsausgaben** bei ausstehender Neuregelung der GKV-Finanzierung
- Junge und Gesunde auch künftig attraktive Zielgruppen aller Krankenkassen

15

DAK

BACKUP

Der neue Risikostrukturausgleich berücksichtigt neben indirekten Merkmalen direkte Morbiditätszuschläge

Quelle: in Anlehnung an J. Hecken, BVA, 10. Juli 2008

16

DAK

Neben Optimierung der Ausgaben jetzt auch Steigerung der Einnahmen im Fokus der Krankenkassen

	AUSGABENSEITE	EINNAHMENSEITE
Frage	ALT Wie lassen sich die Leistungsausgaben senken?	NEU Wie lässt sich die Morbiditätsdokumentation optimieren?
Maßnahme	Optimierung und Reduzierung der Leistungsausgaben	Gezielte Steuerung der Versicherten zu Ärzten/ Krankenhäusern zur Provokation der auslösenden Dokumentationen (Diagnosen/Arzneimittel)?!

17

DAK

Denkbare Lösungsschwerpunkte einer Produktstrategie unter den neuen Rahmenbedingungen

Optimierung der Leistungsausgaben weiter im Mittelpunkt	<ul style="list-style-type: none"> Morbi-RSA verschiebt Fokus in Richtung chronischer Erkrankungen Ziel jeder Steuerung ist dauerhafte Stabilisierung von Krankheitsverläufen
Einnahmeseite rückt in den Blick	<ul style="list-style-type: none"> Priorisierung von Maßnahmen unter Deckungsbeitragsicht Sicherstellung der Einhaltung von Kodierrichtlinien, ggf. Einführung einer Rechnungsprüfung
Neue Versorgungsangebote/Tarife für definierte Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> Attraktive, qualitätsgesicherte Produkte für ausgewählte Kollektive Unterstützung/Belohnung der innerhalb ihrer Morbiditätsgruppe relativ Gesunden
Differenzierung durch Service und Qualität	<ul style="list-style-type: none"> Überlegenes Leistungsportfolio relativiert Preisargument Ideal: Trotz besseren Angebots Vermeidung eines Zusatzbeitrags

18

DAK

Krankenkassen im Spannungsfeld zwischen Vermeidung des Zusatzbeitrags und hochwertigem Leistungsangebot

VORGESTERN	GESTERN	HEUTE und MORGEN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassenspezifischer individueller Beitragssatz ▪ Leistungsangebot der Krankenkasse entsprechend ihrer Klientel/Strategie ▪ Positionierung als Preis- oder Qualitätsführer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einheitsbeitrags-satz ▪ Differenzierung ausschließlich über Leistungsangebot und Servicequalität ▪ Mitgliederzuwächse bei Versorgerkassen mit attraktiven Leistungsangeboten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufflammen der Preisdiskussion durch Zusatzbeiträge ▪ Leistungsangebot und Service nicht mehr überragendes Kriterium ▪ Wieder Positio-nierung als Preis- oder Qualitätsführer

19

DAK

Krankenkassen werden – je nach Positionierung – nur Leistungen anbieten, die sie...

zum PREISFÜHRER machen	zum QUALITÄTSFÜHRER machen
No-name-Produkte	Private-label-Produkte (Branding)
Einfache Standardprodukte	Leistungspakete i.S.v. System-, Problemlösungen
Ohne Zusatznutzen	Wahrnehmbarer Value-added
Nicht erklärungsbedürftig	Beratungsintensiv
Neutral	Emotional aufgeladen
→ Nachweislich niedriger Preis "Gesundheitsdiscounter"	→ Nachweislich hohe Qualität "Gesundheitsgestalter"

110

DAK

Leistungsangebot muss Markenimage spiegeln, zur Differenzierung taugen, Wiedererkennungswert besitzen

Das **Markenimage** verspricht Produkte mit definierter **Leistung** und definierter **Qualität** zu definierten **Kosten**

Der Kunde (Versicherter/Patient) erwartet konsistente Produkte gleichartigen **Markencharakters** – zur **Differenzierung** der Wettbewerber und zur **Wiedererkennung** des Anbieters

Deshalb müssen **Krankenkassen** von den **Leistungserbringern** eindeutig **definierte Produkte** für die Versorgung ihrer Versicherten einkaufen können

↓

Leistungsanbieter sind aufgefordert, PRODUKTE anzubieten

- Strukturierung der Angebote
- Differenzierung der Angebote

111

DAK

WERBUNG

DAK ist positioniert als Qualitätsführer mit positivem Markenimage und hohem Wiedererkennungswert

DAK
Unternehmen Leben

Die MARKE DAK steht für ...

- ... die **aktive Begleitung** unserer Kunden gemäß ihren Bedürfnissen
- ... die **umfassende Betreuung** mit **maßgeschneiderten Produkten** – ein Leben lang und **lebensphasengerecht**

Die EINZIGARTIGKEIT des Leistungsangebotes der DAK entsteht durch ...

- ... die **Vielfalt** und **hohe Qualität** der Produkte – an den Erwartungen unserer **Kunden orientiert**
- ... eine **individuelle Beratung** mit **hoher fachlicher und Service-Qualität**
- ... wahrnehmbaren **Zusatznutzen** in **innovativen** und **qualitätsgesicherten** Angeboten

112

DAK

Mit strukturierten Produkten kann DAK ihren Kunden Lösung von Versorgungsproblemen anbieten

<p>HISTORISCHES Produkt</p> <ul style="list-style-type: none"> Leistung nicht bekannt und nicht vergleichbar Qualität nicht vereinbart und nicht überprüfbar Prozesskette nicht festgelegt Zielbeschreibung fehlt Auf Kundenerwartungen kann nicht eingegangen werden <p>→ Zufallsergebnis</p>	<p>STRUKTURIERTES Produkt</p> <ul style="list-style-type: none"> Leistung inhaltlich beschrieben Qualität definiert und messbar Produktionsprozess optimiert Struktur-, Prozess- und Ergebnisziele festgelegt Kundenerwartungen berücksichtigt <p>→ Problemlösung</p>
---	--

13

DAK

DAK hat Produktportfolio deutlich zugunsten von Selektivverträgen vergrößert

SELEKTIVNACHFRAGE

- Kundenorientiert
- Zielgruppenspezifisch
- Sektorenübergreifend
- Prozessoptimiert
- Qualitätsgesichert
- Evidenzbasiert
- Lösungsorientiert

DAK SELEKTIVVERTRÄGE

- >300 IV-Verträge (§ 140a)
- DAK als Kooperationspartner von MVZs
- Verträge zur Spezialversorgung (Gamma Knife u.a.)

KOLLEKTIVNACHFRAGE

- Gemeinsam/einheitlich
- Leistungserbringerorientiert
- Sektorenspezifisch
- Unstrukturiert
- Quantitätsorientiert
- Ungeprüft
- Strukturkonservativ

14

DAK

Dabei Erprobung aller Optionen selektiven Kontrahierens gemäß DAK-Versorgungsphilosophie

Innovationsförderung

- Vernetzung Ambulant / Stationär / Rehabilitation
- Gezielter Einsatz fortschrittlicher Technologien und Methoden
- Optimierung der Strukturqualität

DAK Versorgungsphilosophie

Qualitätssteigerung

- Leitlinienorientierung
- Klar definierte Ergebnisverantwortung
- Orientierung an Evidence-based Medicine

Patientengerechte Versorgung und Kundenorientierung

- Inhaltliche Konsistenz, "Behandlung aus einem Guss"
- Prozessbeschleunigung / Ablaufoptimierung
- Bessere Therapie für verbreitete Krankheitsbilder

15

DAK

Selektivverträge konnten volles Potential bisher jedoch noch nicht entfalten

Häufig erreichen wir unser **Ziel** einer **qualitativ höherwertigen** und auch **wirtschaftlicheren Versorgung** unserer Kunden

ABER

↓

Der **Kundennutzen** wird vom Versicherten oft **nicht** oder **nicht so intensiv wahrgenommen**

UND

↓

Die **Mehvergütung** wird durch Leistungserbringer **nicht in Mehrnutzen umgesetzt (Qualität, Wirtschaftlichkeit, Komfort** für den Kunden, **Imagebildung** für die Krankenkasse)

16

Einführung des Gesundheitsfonds verschärft Spielregeln: Mehrnutzen muss dem Kunden jederzeit deutlich sein

- ! **Wechselbereitschaft** der Kunden **wird steigen** –
Zusatzbeitrag bzw. Prämienausschüttung weisen die Marschrichtung
 - ! **Mehrvergütungen** für Leistungserbringer bergen das **Risiko** von
Zusatzbeiträgen – der Kunde zahlt unmittelbar und allein
 - ➔ **Mehrkosten** muss überproportionaler **Mehrnutzen** gegenüberstehen
 - ➔ **Qualität** (medizinische Versorgung)
 - ➔ **Kundenorientierung** (individueller Komfort)
- ➔ **SONST SCHEITERN SELEKTIVVERTRÄGE**

Anforderungen an alle zukünftigen DAK-spezifischen Leistungsangebote

- Direkter **Vorteil** für den Versicherten (**Kundennutzen**) wird als **Ziel** explizit **definiert** und präzise **operationalisiert**
 - **Qualität, Wirtschaftlichkeit, Kundenzufriedenheit, Image:**
Die Erfolgsparameter werden **objektiv messbar** definiert und
idealerweise zur Basis einer **erfolgsorientierten Vergütung**
 - Die **Leistungserbringer** arbeiten **mit uns** mit, zum Beispiel in
Steuerungsgremien
 - Über die **Leistungserbringer** erfolgt die **Vermittlung des
Mehrwertes** an den Kunden
- ➔ **BASIS FÜR ERFOLGREICHES PRODUKTPORTFOLIO**

Produktstrategie der DAK: Zielpositionierung Qualitäts- führer, Selektivverträge als taugliches Instrument

- ➔ Gesundheitsfonds nivelliert historisch unterschiedliche Beitragssätze;
Unterscheidung in Preis- und Qualitätsführer wird wieder folgen
- ➔ Daher **Angebot** eines zielgruppenspezifischen **differenzierten
Produktportfolios** zur Kundenbindung **erfolgsnotwendig**
- ➔ DAK nutzt **Selektivverträge** zur **Optimierung der Versorgung** und
wichtiges **Instrument zur Positionierung als Qualitätsführer**
- ➔ **Selektivverträge** sind für DAK nur sinnvoll, wenn die **Versorgungs-
qualität** erhöht und die **Refinanzierung** gewährleistet ist

Und was bringt die Zukunft? Erhebliche Dynamisierung in der GKV wird sich fortsetzen

- | SICHER | ABSEHBAR |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 2010 Gesundheitsreform ■ Neuregelung der GKV-
Finanzierung ■ Reform des Leistungskatalogs ■ Stärkung der Selektivverträge
als Wettbewerbselement ■ Funktionelle Konvergenz GKV-
PKV | <ul style="list-style-type: none"> ■ Immer wieder Gesundheitsreformen
bei gleichzeitig steigenden Ausgaben ■ Steigender Eigenanteil der
Versicherten; Steuerzuschüsse? ■ Definition von Basisleistungen; höhere
Hürden für Innovationen ■ Diversifikation des Leistungsangebots ■ Institutionelle Konvergenz GKV-PKV |

DAK

Kunden: Wenig überraschende Tendenzen mit großer Wirkung

SICHER	ABSEHBAR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Älter ▪ Kränker ▪ Informierter ▪ Preissensibler ▪ Mit sinkender Kundenloyalität / preisreagibler 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überaltert ▪ Mehr chronisch Kranke, mehr Multimorbide, mehr lebensstilbedingte Erkrankungen ▪ Verminderung des Informationsungleichgewichts ▪ ... und gleichzeitig anspruchsvoller ▪ Zunahme der Mitgliederfluktuation

| 21

DAK

Leistungserbringer: Die Formenvielfalt nimmt zu

SICHER	ABSEHBAR
<p>Ambulant</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liberalisierung/Flexibilisierung der Berufsausübung ▪ Neue Organisationsformen ▪ Stärkere Pauschalierung der Vergütung <p>Stationär</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investitionsstau ▪ Kein einheitlicher Bundes-BFW ▪ Fortsetzung der Privatisierung ▪ Öffnung KH für spezialisierte ambulante Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Änderung der Erwerbsbiographien wie in der freien Wirtschaft ▪ Praxen als echte SMEs ▪ Fallpauschalen und Ergebnismessung? ▪ Zwei-Klassen-Gesellschaft der Krankenhäuser ▪ Krankenhaus-Finanzierung? ▪ Konzentrationsprozess mit vielen großen Ketten ▪ Endlich: engere Verzahnung oder nur stärkerer Wettbewerb ambulant / stationär?

| 22

DAK

Kostenträger: Aus der freien Wirtschaft bekannte Entwicklungen mit spektakulärer Nachhaltigkeit

SICHER	ABSEHBAR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschleunigung des Konzentrationsprozesses durch Gesundheitsfonds ▪ Abschluss der Entschuldung ▪ Einheitliche Anwendung des Insolvenzrechts ▪ 150 Kassen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fusionen auch kassenartenübergreifend ▪ Fusionen im AOK-System ▪ Kassensterben ▪ 30-50 Kassen; wenige Player mit 15-20% Marktanteil

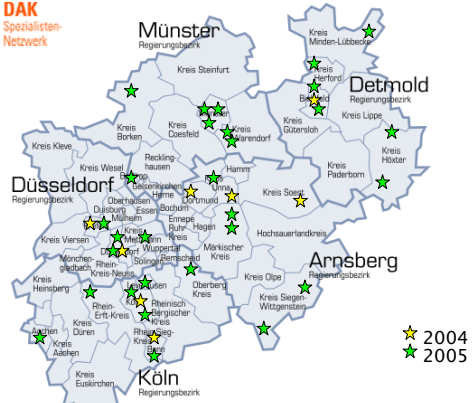
| 23

DAK

Beispiel: Integrierte Versorgung – Start 2004

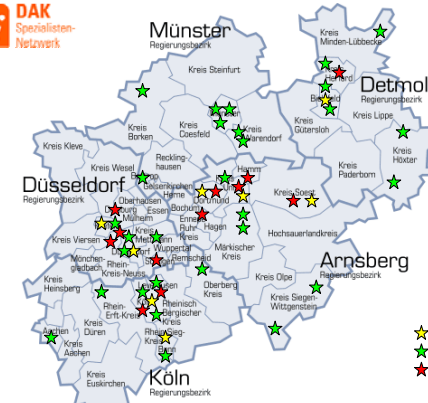
| 24

Integrierte Versorgung – Fortgang 2005



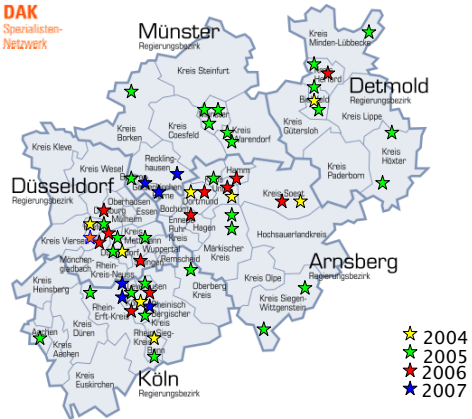
★ 2004
★ 2005

Integrierte Versorgung – Fortgang 2006



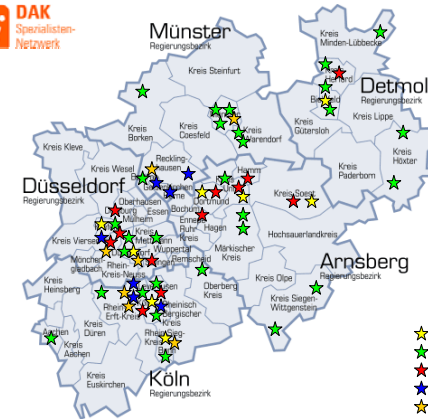
★ 2004
★ 2005
★ 2006

Integrierte Versorgung – Fortgang 2007

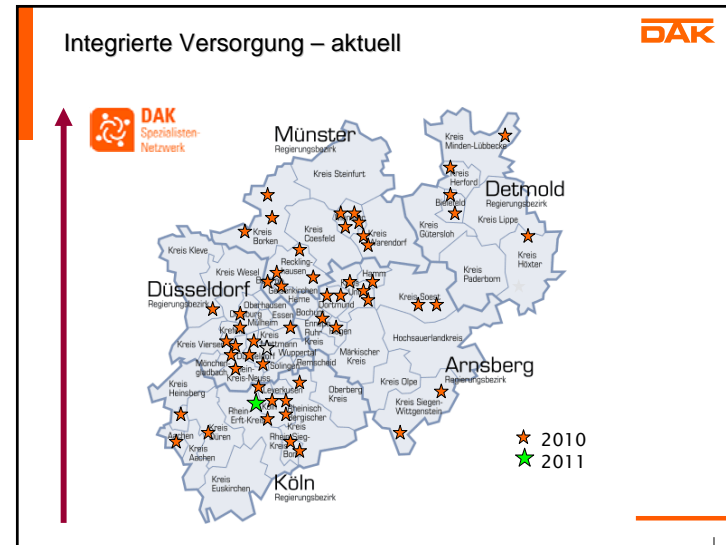
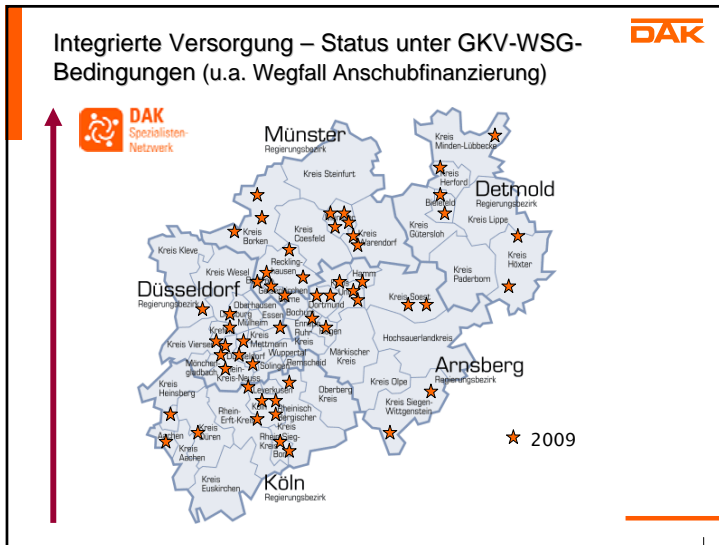


★ 2004
★ 2005
★ 2006
★ 2007

Integrierte Versorgung – Fortgang 2008



★ 2004
★ 2005
★ 2006
★ 2007
★ 2008



Integrierte Versorgung – KVNO (seit 2004)

	Gesamt	Ø je Vertrag
Verträge	38	
HA	247	6,5
FA	993	26,1
KH	73	1,9
Reha/Pflege	39	1,0
LE Gesamt	1352	35,5
„Niedergelassene“	1240	91,7%

27 Indikationen
13.000 Versicherte

- 4.350 stat. ersetzend
- 1.130 Rückenschmerz
- 1.100 Endoprothetik
- 900 DFS
- 550 Kardiologie
- 430 Neurologie
- 410 Psych/Sucht
- 400 Rheuma

IV-Verträge bieten Gestaltungsspielraum für neue Versorgungsansätze

Entwicklung der IV in den letzten 6 Jahren

- 1. Generation: Einfache **Komplexpauschalen** (Krankenhaus/Reha)
- 2. Generation: Umfassende **endpunktorientierte Versorgung** einer Indikation, z.B. "Herz im Takt"
- 3. Generation: **Populationsmodelle**, z.B. "prosper" in drei Bundesländern

HEMHNISSE


- Unterschätzung der **Transaktionskosten**
- Fehleinschätzung des Zeit-/Ressourcenbedarfs für die **Evaluation**
- Finanzierung aus sich selbst heraus, nach Wegfall der **Anschubfinanzierung**

Erprobung unterschiedlicher Versorgungsansätze bei gleicher Indikation mit kleinen Fallzahlen und geringem Risiko


Marktbereinigung bei Ansätzen, die sich nicht bewähren (bislang bereits Kündigung von 11 Verträgen)


Rheinland-, NRW- oder bundesweites **Ausrollen** erfolgreicher Konzepte

IV-Portfolio (Indikation- NRW) 2011 DAK



Nordrhein





- Ambulante OP
- AMD
- Chron. Wunden
- Diabetisches Fuß-Syndrom
- Endoprothetik
- Frühe rheumatoide Arthritis
- Kolonrektales Karzinom
- Neurochirurgie
- Nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom
- Psychische Erkrankungen

→

- Schizophrenievereinbarung (KV)
- „Willkommen Baby“

→

- Kinderostheopathie
- Kinderchirurgie
- Protonen – und Schwerionentherapie
- Herzschrittmacher Wechsel und Implantation (Cardiomessenger)
- Malignes Lymphom
- Niere-Aktiv-Plus
- Gamma-Knife
- Brust- und Eierstock-CA
- videounterstützte Parkinsontherapie
- „Auf die Beine“

33

Fazit: Die DAK wird ihr Produktangebot stetig ausdifferenzieren – in jeder Weise selektiv DAK

ANGEBOT HEUTE

- Einige Produkte sind definiert
- Erwartungen der Patienten werden **z.T. berücksichtigt**
- Zusatznutzen meist **medizinischer** oder **ökonomischer** Natur
- Produktentwicklung im Rahmen der Möglichkeiten des **bestehenden Angebotes**

MORGEN

- Es wird eine **differenzierte Produktpalette** vorgehalten
- **Einbeziehung** der Patienten in die **Produktbeschreibung**
- Zusatznutzen ist für Patienten **individuell und unmittelbar** zu erfahren
- Produktentwicklung abgestimmt auf **Markenimage** und Marken-anforderungen

34

DAK



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

35