

# Überblick "Managementgesellschaften" im Gesundheitswesen

**Titel:** „Managementgesellschaften – Gelegenheitsfenster für branchenfremde Akteure im Gesundheitswesen“

**Autoren:** Martin Gersch/Ralf Lindert/Susanne Schröder

**Datum:** 01.02.2010

---

**Gliederung:**

- 1. Einleitung**
- 2. Entwicklung und Status Quo besonderer Versorgungsformen im Gesundheitswesen**
  - 2.1 Gesetzliche Entwicklungsstufen zur Liberalisierung des 1. Gesundheitsmarktes
  - 2.2 Auswirkungen auf den 1. Gesundheitsmarkt - Besondere Versorgungsformen im Überblick
- 3. Managementgesellschaften - (geeignetes) Konstrukt für branchenfremde Akteure zur Beteiligung im 1. Gesundheitsmarkt?!**
  - 3.1 Definition & Einordnung
  - 3.2 Grundtypen von Managementgesellschaften
  - 3.3 Beispiele ausgewählter Managementgesellschaften in Deutschland
    - 3.3.1 almeda GmbH
    - 3.3.2 CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH
    - 3.3.3 FormareMed GmbH & Co.KG
    - 3.3.4 Gesundes Kinzigtal GmbH
    - 3.3.5 GMZ GmbH
    - 3.3.6 GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH
    - 3.3.7 via medis GmbH
- 4. Fazit und Ausblick**
- 5. Literatur**
- 6. Anhang**
  - 6.1 Überblick besondere Versorgungsformen
  - 6.2 Managementgesellschaften (MG) im Gesundheitswesen – Ausgewählte Beispiele

## 1. Einleitung

Der vorliegende Beitrag betrachtet das deutsche Gesundheitswesen aus einer ökonomischen Perspektive. Dabei richtet sich der Fokus der Betrachtung auf den so genannten Ersten Gesundheitsmarkt (Goldschmidt und Hilbert 2009; Kartte und Neumann 2008), auf welchem die medizinische Behandlung sämtlicher Indikationen im Rahmen der Regelversorgung an allen drei Gesundheitsstandorten – ambulant, stationär sowie im häuslichen Umfeld – (RVR 2009) nach den Vorgaben der Sozialgesetzgebung (v.a. SGB V, XI, XII) erfolgt.

In diesen traditionell gewachsenen Strukturen ist eine Beteiligung neuer Akteure, bspw. im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen, lediglich dann möglich, wenn die abschließenden Aufzählungen der einschlägigen gesetzlichen Normen dies explizit vorsehen (Kuhlmann 2004) sowie jeweils sektorenspezifische Instanzen und Gremien dies nach entsprechender Prüfung zulassen (z.B. Vergabe/Erteilung kassenärztlicher Zulassungen, ...). Insofern bestand für branchenfremde Akteure bislang nur die Möglichkeit, eigene Leistungsangebote als „industrielle Dienstleistungen“ an Akteure im Ersten Gesundheitsmarkt oder gegenüber dem Endkunden auf dem so genannten Zweiten Gesundheitsmarkt anzubieten, welcher durch freie, marktliche Strukturen sowie vorwiegend private Finanzierung (Erlösgenerierung außerhalb der Erstattung durch die Kostenträger im Sozialversicherungsbereich) gekennzeichnet ist (Henke 2009; Goldschmidt und Hilbert 2009; Kartte und Neumann 2008).

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Teilbereiche des deutschen Gesundheitswesens und stellt den Ersten Gesundheitsmarkt als Betrachtungsobjekt des vorliegenden Beitrags heraus.

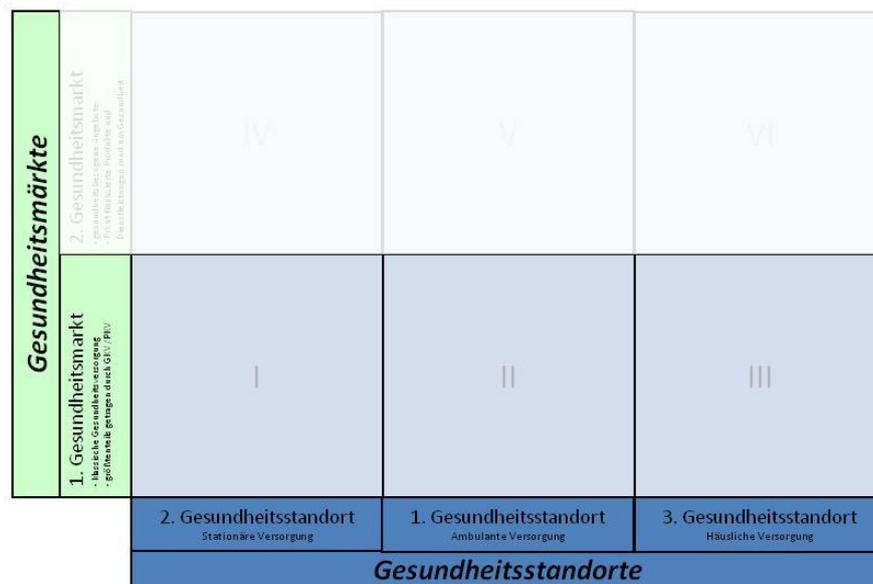


Abb. 1: Systematisierung und begriffliche Abgrenzung von Gesundheitsmärkten und -standorten  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Goldschmidt und Hilbert (2009), Eichener (2008) sowie Kartte und Neumann (2008).

## 2. Entwicklung und Status Quo besonderer Versorgungsformen im Gesundheitswesen

### 2.1 Gesetzliche Entwicklungsstufen zur Liberalisierung des Ersten Gesundheitsmarktes

In den letzten Jahren sind verstärkt Bestrebungen seitens des Gesetzgebers für eine Liberalisierung des bislang stark reglementierten und durch „verkrustete sektorale Strukturen“ (SVR 2009, S. 665) gekennzeichneten Ersten Gesundheitsmarktes speziell im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu beobachten. Nachfolgend werden die zentralen Schritte dieses Prozesses kurz dargestellt, welche zunehmend zu einer Öffnung des Ersten Gesundheitsmarktes auch für branchenfremde Akteure geführt haben – insbesondere im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV).

- *GKV-Gesundheitsreform 2000 (Inkrafttreten: 1. Januar 2000)*  
Wenngleich sich bereits in den 1970er Jahren erste Überlegungen zu einer stärker verzahnten (integrierten) Versorgung abzeichneten und mit der Einführung der Strukturverträge (§ 73a SGB V) und Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) erste Ansätze implementiert wurden, hat die Integrierte Versorgung erst im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes im Jahr 2000 offiziell in Deutschland Einzug erhalten (§ 140a-h SGB V). Diese war allerdings zunächst gekennzeichnet durch detaillierte Regelungen mit (relativ) wenig Gestaltungsspielraum mit der Folge, dass deren Entwicklung weit hinter den Erwartungen zurück blieb.
- *GKV-Modernisierungsgesetz (Inkrafttreten: 1. Januar 2004)*  
Im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 hat der Gesetzgeber die gesetzlichen Regelungen der Integrierten Versorgung umfassend reformiert und, neben der Einführung einer Anschubfinanzierung, u.a. den § 140b SGB V überarbeitet. Hierdurch wurde der Kreis der potenziellen Vertragspartner im Bereich der Integrierten Versorgung um so genannte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie um (nicht-medizinische) Träger, die eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten („Managementgesellschaften“) erweitert, die als Vertragspartner der Kostenträger so genannte Selektivverträge abschließen können (Deutscher Bundestag 2003; Kuhlmann 2004).
- *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (Inkrafttreten: 1. April 2007)*  
Mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 wurde der bereits im Rahmen des GMG eingeleitete Weg zur Intensivierung des Wettbewerbs fortgesetzt und die Vertragsfreiheiten der gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer im Bereich der besonderen Versorgungsformen erweitert. Unter anderem wurde der Kreis möglicher Vertragspartner im Rahmen der Integrierten Versorgung auf Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen ausgeweitet, wenngleich diese Möglichkeit bisher nur in geringem Maße genutzt wurde (vgl. BQS 2009).

Einen zusammenfassenden Überblick über die gesetzlichen Entwicklungsstufen gibt die nachfolgende Abbildung 2.

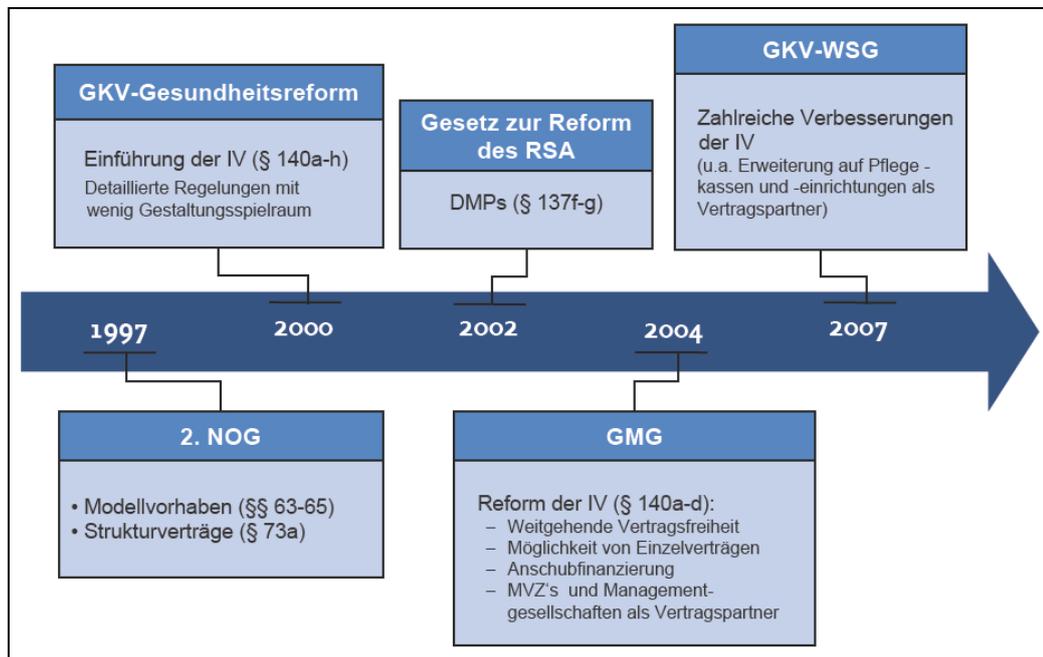


Abb. 2: Gesetzliche Entwicklungsstufen zur Liberalisierung des Ersten Gesundheitsmarktes  
Quelle: Eigene Darstellung.

## 2.2 Auswirkungen auf den Ersten Gesundheitsmarkt – Besondere Versorgungsformen im Überblick

Die im vorstehenden Abschnitt skizzierten Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen haben sukzessive die Herausbildung so genannter „besonderer Versorgungsformen“ im Ersten Gesundheitsmarkt bewirkt und vorangetrieben.

In Anlehnung an die begriffliche Abgrenzung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2009) umfassen die besonderen Versorgungsformen – neben den *Strukturverträgen* (§ 73a) – gemäß § 53 Abs. 3 SGB V die *Modellvorhaben* (§§ 63-65), die *Hausarztzentrierte Versorgung* (§ 73b), die *besondere ambulante Versorgung* (§ 73c), *strukturierte Behandlungsprogramme* (§ 137f-g) sowie die *integrierten Versorgungsformen* (§ 140a-d). Ein Überblick über die jeweils kennzeichnenden Merkmale der einzelnen Spielarten sowie deren Abgrenzung zur „herkömmlichen“ (kollektivvertraglichen) Versorgung gibt die nachstehende Abbildung 3; eine kurze Darstellung der einzelnen Versorgungsformen findet sich im Anhang.

Elemente	Versorgungsformen						
	herkömmliche Versorgung	Strukturverträge	Modellvorhaben	Hausarztzentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungsformen	strukturierte Behandlungsprogramme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63 - 65	§ 73b	§ 73c	§ 140a - d	§ 137f - g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	X <sup>3)</sup>
Verträge mit KVen möglich	X	X	X	(X) <sup>1)</sup>	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation möglich		X	X	(X) <sup>2)</sup>	(X) <sup>2)</sup>	X	

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

2) Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

3) Im Prinzip möglich, aber kaum relevant.

Abb. 3: Überblick - Besondere Versorgungsformen im Gesundheitswesen

Quelle: SVR (2009), S. 660.

Zentrales Merkmal dieser besonderen Versorgungsformen (ausgenommen Strukturverträge) stellt die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens der Kostenträger mit ausgewählten Leistungserbringern dar. Alle genannten Formen – mit Ausnahme der Hausarztzentrierten Versorgung – zielen darüber hinaus auf eine Integration der unterschiedlichen Schritte der Leistungserbringung bzw. eine interdisziplinär fachübergreifende Ausrichtung ab, mit dem Ziel, die insbesondere an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche (z.B. von ambulant zu stationär) auftretenden Effizienz- und Effektivitätsverluste zu verringern. Eine sektorübergreifende Orientierung besitzen jedoch nur die Modellvorhaben, strukturierten Behandlungsprogramme und integrierten Versorgungsformen (vgl. SVR 2009).

Eine besondere Stellung unter den aufgeführten Versorgungsformen nehmen in verschiedener Hinsicht die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V ein, deren Entwicklung v.a. durch finanzielle Anreize im Rahmen der mit dem GMG 2004 eingeführten Anschubfinanzierung (§ 140d SGB V) vom Gesetzgeber vorangetrieben wurde.

Bis zum Ende des Jahres 2008 führte diese zu einem Abschluss von 6.407 – bzgl. der Vertragsgegenstände überwiegend indikationsübergreifenden<sup>1</sup> – IV-Verträgen mit einem von den Kassen geschätzten Ausgabenvolumen von 811 Mio. EUR sowie 4,036 Mio. teilnehmenden Versicherten (Stichtag: 31.12.2008, BQS 2009).

Wenngleich die Werte aufgrund von möglichen Mehrfachnennungen und Doppelerfassungen tendenziell zu hoch ausgewiesen sind und der Anteil der IV-

<sup>1</sup> Bezogen auf das Vergütungsvolumen überwiegen im Zeitraum 2004 – 2008 dagegen Versorgungsangebote zur Durchführung kardiologischer, neurochirurgischer und orthopädisch-unfallchirurgischer Leistungen. Im Zeitraum April 2007 – Dezember 2008 nehmen Verträge zur Behandlung der Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe sowohl im Hinblick auf die Anzahl der Verträge, die Teilnehmeranzahl als auch das geschätzte Vergütungsvolumen die größte Bedeutung ein; gefolgt von Erkrankungen des Kreislauf- und des Nervensystems (BQS 2009).

Leistungsausgaben (2008: 656 Mill. EUR; Quelle: KBV 2010) an den Gesamtleistungsausgaben der GKV (151, Mrd. EUR) mit 0,4% nach wie vor relativ gering ist, zeichnet sich tendenziell sowohl im Hinblick auf die Anzahl der Teilnehmerzahlen als auch bzgl. des geschätzten Vergütungsvolumen eine deutliche Zunahme der Bedeutung der integrierten Versorgung in den Jahren 2004 – 2008 ab (vgl. Abb. 4).

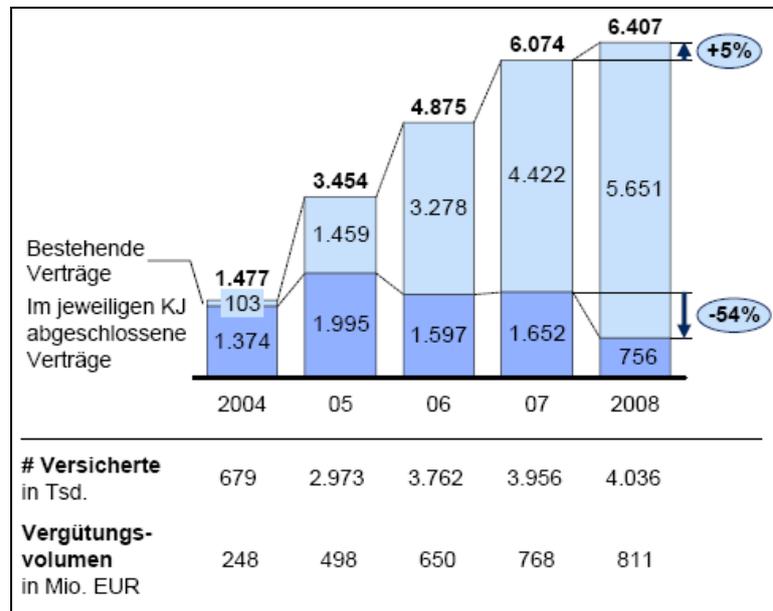


Abb. 4: Gemeldete Verträge zur Integrierten Versorgung (2004 – 2008)  
Quelle: Möhlmann (2009) basierend auf Angaben der BQS gGmbH.

Auch nach dem Ende der Anschubfinanzierung zum 31.12.2008 konnten ca. zwei Drittel der Verträge fortgeführt werden; zudem wurden weitere geschlossen (Hildebrandt und Melle 2010). Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt auch der Vorsitzende des Sachverständigenrates, Prof. Wille, nach dessen Meinung seit dem Ende der Anschubfinanzierung nur etwa 20% der Ende 2008 bestehenden IV-Verträge eingestellt wurden. (Eine genaue Entwicklung der integrierten Versorgung nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung lässt sich bisher nicht exakt erkennen – seit 2009 erfolgt keine Meldung/Erfassung der IV-Verträge über die BQS. Hier sind entsprechende zukünftige Studien und Erhebungen abzuwarten.)

Die zunehmende Bedeutung integrierter Versorgungsformen geht zudem einher mit der sukzessiv erfolgten Erweiterung der vertraglichen Gestaltungsspielräume, die sich zum einen in der Vielzahl möglicher Kombinationen mit anderen Versorgungsformen als auch der Vielfalt potenzieller Vertragspartner widerspiegeln.

So kommen auf der Seite der Leistungserbringer, neben niedergelassenen Ärzten/Ärztennetzen, Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen (und deren Kombinationen), seit dem GKV-Modernisierungsgesetz auch Medizinische Versorgungszentren und Managementgesellschaften als direkte Vertragspartner der

Kostenträger in Frage und ermöglichen hierdurch u.a auch (bisher) branchenfremden Akteuren eine Beteiligung an den besonderen Versorgungsformen.

Wenngleich die mit der Vielzahl an Gestaltungsmöglichkeiten einhergehende Komplexität Integrierter Versorgungsverträge zunehmend eines professionellen Managements Bedarf (vgl. Hildebrandt und Melle 2010), ist die Beteiligung von Managementgesellschaften noch relativ gering. In den seit April 2007 geschlossenen und bis Dezember 2008 noch aktiven 1.424 Verträgen waren lediglich 4% (51) Managementgesellschaften als direkte Vertragspartner beteiligt (BQS 2009).

Perspektivisch lassen sich dennoch im Zuge der Weiterentwicklung und Ausweitung integrierter Versorgungsangebote entsprechende Entwicklungstendenzen abzeichnen, die u.a. auch durch die zunehmend aktive Mitgestaltung branchenfremder Akteure vorangetrieben werden.

### **3. Managementgesellschaften – (geeignetes) Konstrukt für branchenfremde Akteure zur Beteiligung im Ersten Gesundheitsmarkt?!**

#### **3.1 Definition & Einordnung**

Mit Inkrafttreten des GMG (2004) wurde der Kreis möglicher Vertragspartner im Rahmen integrierter Versorgungsverträge nach § 140b SGB V – neben Trägern von Medizinischen Versorgungszentren – um so genannte Managementgesellschaften erweitert. Der Gesetzgeber hat den Begriff der Managementgesellschaft definiert als Träger, „[...] die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten“ (Deutscher Bundestag 2003, S. 129) und durch die Aufnahme der Managementgesellschaft als Vertragspartner in den § 140a Abs. 1 Nr. 4 SGB V auch branchenfremden Akteuren eine Beteiligung an neuen Versorgungsformen ermöglicht.<sup>2</sup>

Managementgesellschaften können dabei Aufgaben ganz unterschiedlicher Art wahrnehmen, wie beispielsweise Aufbau-, Steuerungs-, Refinanzierungs- und Koordinierungsfunktionen; darüber hinaus aber auch die Konzeption neuer Versorgungsformen bis hin zur Vollversorgung (vgl. Koch 2009).

In Abhängigkeit von der Ausgestaltung der vertraglichen Beziehungen der Managementgesellschaften mit den Kostenträgern und Leistungserbringern lassen sich verschiedene Typen von Managementgesellschaften identifizieren, die im nachfolgenden Abschnitt näher beschrieben und systematisiert werden.

---

<sup>2</sup> Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Beteiligung von Managementgesellschaften als mögliche Vertragspartner bieten auch die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b Nr.3 SGB V) sowie die besondere ambulante Versorgung (§ 73c Nr. 3 SGB V).

### 3.2 Grundtypen von Managementgesellschaften

Entsprechend der konkreten Gestaltung der vertraglichen Beziehungen lassen sich nach Koch (2009) folgende drei Typen bzw. „Gestaltungsebenen von Managementgesellschaften“ unterscheiden:

**(1): Managementgesellschaft als „spezialisierte Leistungserbringer“**

Die Managementgesellschaft ist Dienstleister für die Kostenträger neben „traditionellen“ Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern, etc.) und tritt insofern als (eine Art) „spezialisierte Leistungserbringer“ gegenüber der Kasse auf. Zur Verbesserung ihres Angebotes kann die Managementgesellschaft ggf. zusätzliche Leistungen - auch branchenfremder Akteure, z.B. bei Anbietern aus der Industrie - einkaufen.

**(2): Managementgesellschaft als „Orchestrator“**

In diesem Fall tritt die Managementgesellschaft als Vollversorger und damit einziger Vertragspartner der Krankenkasse auf. Die erforderlichen Versorgungskapazitäten werden bei einzelnen Leistungserbringern und (ggf. branchenfremden) Leistungsanbietern eingekauft und entsprechend koordiniert. Die Managementgesellschaft fungiert hierbei als so genannter „Orchestrator“ (vgl. Gersch et al. 2010).

**(3): Managementgesellschaft als „orchestrierendes Konsortium“**

Analog zum Typ (2) tritt die Managementgesellschaft nach außen als einziger direkter Vertragspartner der Krankenkasse auf, besteht aber im Innenverhältnis aus (mehreren) Anteilseignern, „...die ihre jeweiligen Fähigkeiten und ihr Kapital als Partner in eine neue Gesellschaftsform einbringen“ (Koch 2009, S. 129).

Neben dem externen Vertrag mit dem Kostenträger besteht folglich darüber hinaus ein interner Vertrag mit den Kooperationspartnern (Leistungserbringer/branchenfremde Akteure) innerhalb der Managementgesellschaft. In Abhängigkeit von der Ausgestaltung des internen Vertrags lassen sich verschiedene Kooperations- bzw. Konsortientypen differenzieren (in Anlehnung an Backhaus und Voeth 2010, die dies in Investitionsgüterbranchen differenzieren):

- Generalunternehmerschaft,
- Offenes Konsortium.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines Joint Ventures, bei dem die Managementgesellschaft mit eigener Rechtsform als Kapitalgesellschaft sowie Kooperationspartnern als Anteilseignern realisiert wird.

Die nachfolgende Abbildung 5 fasst die drei Grundtypen bzw. vertraglichen Gestaltungsebenen von Managementgesellschaften (vereinfacht) zusammen. In allen drei Fällen kann die Managementgesellschaft dabei auch 100%ige Tochtergesellschaft eines Industrieunternehmens sein.

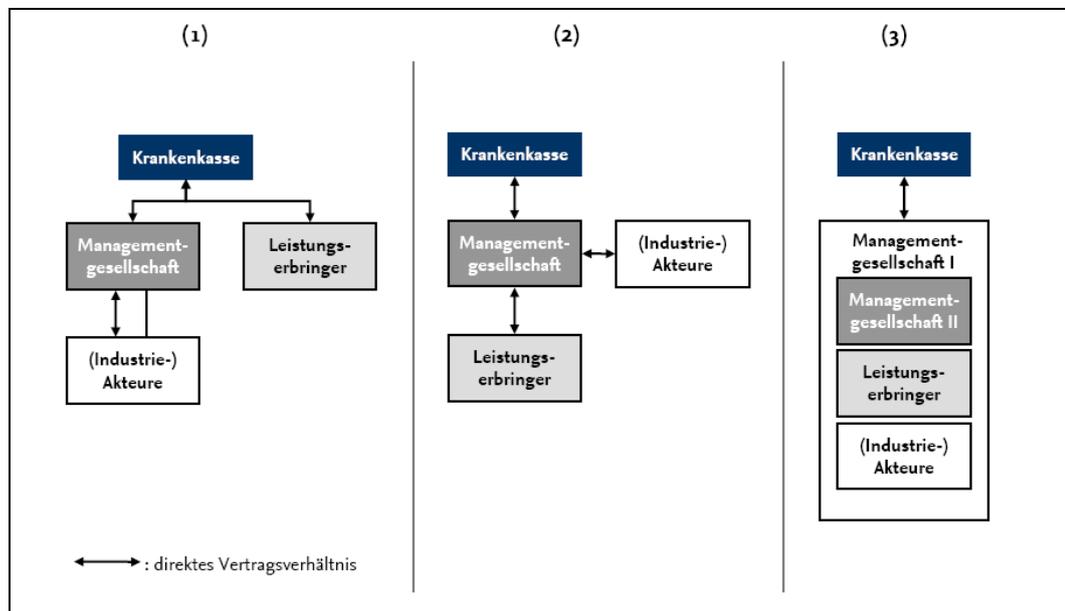


Abb. 5: Grundtypen von Managementgesellschaften

Quelle: Modifiziert nach Koch (2009), S. 130.

Im Hinblick auf die Wahl der Rechtsform sowie die Beteiligung an einer Managementgesellschaft gibt es keine verpflichtenden Vorgaben (vgl. Koch 2009). Für die Gründung von Managementgesellschaften stehen daher alle Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, d.h. sowohl Personengesellschaften und juristische Personen des Privatrechts, als auch Kapitalgesellschaften und Vereine (vgl. Deutscher Bundestag 2003). Des Weiteren ist grundsätzlich auch die Beteiligung branchenfremder Akteure möglich, unter der Voraussetzung, dass diese den Vertragspartnern (Kostenträgern und Leistungserbringern) offengelegt wird (vgl. Koch 2009).

### 3.3 Beispiele ausgewählter Managementgesellschaften in Deutschland

Nachfolgend werden exemplarisch ausgewählte Managementgesellschaften in Form einer Kurzdarstellung präsentiert. Eine ausführlichere Systematisierung anhand der Kriterien Träger, Kooperationsform, Rechtsform, Geschäftsmodell und adressierte Krankheitsbilder sowie die Zuordnung zu den identifizierten Grundtypen finden sich im Anhang.

### **3.3.1 almeda GmbH**

Die almeda GmbH wurde 2009 durch den Zusammenschluss der Mercure Assistance Deutschland GmbH und der ArztPatient almeda AG innerhalb der ERGO/Münchener Rück Versicherungsgruppe gegründet und ist u.a. spezialisierter Anbieter für integrierte Serviceleistungen im Gesundheitsbereich. In diesem Bereich entwickelt almeda schwerpunktmäßig (leitlinienbasierte) telemedizinische Gesundheitsprogramme und setzt diese im Auftrag v.a. von privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen national und international um. Derzeit werden ca. 25.000 eingeschriebene Patienten mit verschiedenen Indikationen (chronische Atemwegserkrankungen, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Diabetes, Adipositas, Migräne/Kopfschmerz, Rückenschmerz und Depression) aktiv betreut (Brocki et al. 2010).

### **3.3.2 CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH**

Die im Mai 2007 in Berlin gegründete CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH fungiert als Managementgesellschaft für mehrere indikationsspezifische IV-Modelle in einem Versorgungsverbund. In diesem Verbund sind derzeit über 300 Fachärzte, über 150 assoziierte Anästhesisten, 150 Pathologen und Hausärzte, 6 Krankenhäuser und 3 ambulante Operationszentren sowie 85 Krankenkassen organisiert. Neben Leistungen zu Vertragsgestaltung und -management übernimmt die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH auch die Abrechnung der im Netzwerk erbrachten Leistungen, die Betreuung der Netzwerk-(Vertrags-)Partner sowie das Controlling, Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen (vgl. CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH 2010).

### **3.3.3 FormareMed GmbH & Co.KG**

FormareMed wurde 2007 als Dienstleistungsunternehmen des BKK-Landesverbandes NORD mit dem Ziel gegründet, das Management und die Weiterentwicklung innovativer Versorgungsverträge der BKK zu übernehmen. Seit 2009 sind die Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein eG und die MD Medicus Holding GmbH als Gesellschafter hinzugekommen. Die FormareMed GmbH & Co.KG ist damit die erste Managementgesellschaft, in der zugleich ärztliche Interessen und die Kostenträgerseite repräsentiert sind. Ihr Aufgabenbereich umfasst die Entwicklung und Umsetzung von Projekten zwischen Krankenkassen und medizinischen Leistungserbringern (vgl. FormareMed GmbH & Co.KG 2010).

### **3.3.4 Gesundes Kinzigtal GmbH**

Die Gesundes Kinzigtal GmbH ist ein im Jahr 2005 gegründetes Gemeinschaftsunternehmen des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK) und der auf integrierte Versorgung spezialisierten OptiMedis AG, die nach ähnlichem Vorbild weitere Managementgesellschaften gründete (Gesundes Leinetal GmbH und Gesunder Odenwald GmbH).

Die Gesundes Kinzigtal GmbH organisiert – bis auf zahnärztliche Leistungen - die gesamte Gesundheitsversorgung einer definierten Population und bietet damit eine regionale, populationsbezogene Vollversorgung für 30.000 Versicherte an. Im Zentrum des mit der AOK Baden-Württemberg geschlossenen IV-Vertrags steht dabei eine erfolgsabhängige Vergütung in Form eines Einsparcontractings, durch das die Finanzierung langfristig erfolgen soll (vgl. Seiler 2007). Darüber ist sie u.a. zuständig für das gesamte Vertragsgeschäft, die Akquise und das Marketing.

### **3.3.5 GMZ GmbH**

Die GMZ GmbH (Gesundheitsmanagement Zentral Gesellschaft) wurde 1998 von sieben Ärztesellschaften gegründet. Zentrales Ziel war und ist dabei die Etablierung einer umfassenden, flächendeckenden, populationsbezogenen Versorgung (unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten). Das Management der GMZ GmbH umfasst die Organisation und Koordination der Kooperationen zwischen den einzelnen eingebundenen Ärzten und (medizinischen) Leistungserbringern, Kostenträgern (AOK Bayern, KKH, BKK BMW) und weiteren Kooperationspartnern, u.a. der InterComponentWare AG (ICW), als Partner für die elektronische Gesundheitsakte und das medizinische Datenmanagement, und der i-motion GmbH als Serviceprovider. Die GMZ GmbH ist zudem verantwortlich für die gesamte Finanzsteuerung, die interne und externe Kommunikation sowie das Datenmanagement des Versorgungsverbands (vgl. Schmid 2007).

### **3.3.6 GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH**

Die GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH ist eine 100%ige Tochter der Albertinen Krankenhaus-Gruppe (Koch 2009). Sie ist zuständig für das Management verschiedener indikationspezifischer, sektorübergreifender Versorgungskonzepte (mit regionalem Fokus), wie z.B. das Norddeutsche Herznetz, das Norddeutsche Orthopädiennetz oder das Deutsche Gefäß- und Wundnetz. Neben Managementaufgaben, die u.a. die Koordination organisatorischer Prozesse sowie das Controlling und die Abrechnung der Leistungen umfassen, übernimmt die GSB als Vertragspartner von Krankenkassen und Leistungsanbietern auch die Entwicklung, Vertragsverhandlungen sowie die Implementierung neuer Versorgungskonzepte (vgl. GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH 2010).

### **3.3.7 via medis GmbH**

Die via medis GmbH entwickelt neue Versorgungskonzepte für den Gesundheitsmarkt und ist zuständig für das Management des indikationsbezogenen IV-Versorgungsmodells „Niere aktiv“ für Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. Sie ist Vertragspartner der Krankenkassen, Leistungserbringer und Gesundheitsdienstleister (z.B. Ärzte/Ärztenteams, Apotheken, Arzneimittelhersteller, Heil- und Hilfsmittelbetriebe) sowie weiterer Kooperationspartner, zu denen u.a. IT-Dienstleister zählen (vgl. via medis GmbH 2010).

Neben diesen anzutreffenden „Managementgesellschaften i.e.S.“ (§ 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V), haben Akteure unterschiedlicher Branchen das Gelegenheitsfenster zur Mitgestaltung erkannt und versuchen in ähnlicher Weise den Eintritt auf den Ersten Gesundheitsmarkt („Managementgesellschaften i.w.S.“). Unternehmen wie Siemens, Philips oder GE sind von der ursprünglichen Erbringung einzelner Teilleistungen gewechselt und streben perspektivisch die Übernahme gesamter Prozesse inkl. Risikoübernahme durch Pauschalen an (FTD 2009).

Einen Schritt weiter geht in diesem Zusammenhang bereits die Linde AG mit REMEO®, einem innovativen Homecare-Konzept für langzeitbeatmete Patienten. Mit diesem schließt Linde die Lücke zwischen der Betreuung langzeitbeatmeter Patienten im Krankenhaus und der Heimversorgung und gibt der adressierten Zielgruppe, u. a. Patienten der Indikationen Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung der höchsten Eskalationsstufe (COPD-4) sowie Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und weiterer neuromuskulärer Erkrankungen, das zentrale Leistungsversprechen, statt einer intensivmedizinischen stationären Betreuung die ambulante Versorgung dieser Personen im häuslichen Umfeld zu ermöglichen (Linde AG 2006; Gersch et al. 2010). Linde übernimmt als Orchestrator mit REMEO® die Koordination der in Form eines Wertschöpfungsnetzwerkes initiierten Zusammenarbeit benötigter Akteure (Pflegefachpersonal, Fachärzte, Physio- und Sprachtherapeuten, Ernährungsberater etc.). Da bislang auf vielen der relevanten Wertschöpfungsstufen keine geeigneten „best-class Akteure“ identifiziert werden konnten, fungiert Linde bei REMEO® auf diesen Stufen zudem als Spezialisierter Leistungserbringer (z.B. REMEO®-eigenes Pflegefachpersonal, Wartung der eingesetzten Endgeräte) (vgl. Gersch et al. 2010).

#### **4. Fazit und Ausblick**

Zusammenfassend lassen sich folgende Aspekte festhalten, die auch einen kurzen Ausblick auf die weiteren Entwicklungslinien im Bereich der Managementgesellschaften und deren Beteiligung an den besonderen Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen ermöglichen.

Sowohl der gesetzlich regulierte Erste Gesundheitsmarkt mit seinen Bereichen Gesundheit und Pflege, als auch der Zweite Gesundheitsmarkt mit seinen marktlichen Strukturen und den damit verbundenen weniger regulierten Möglichkeiten der Platzierung von Leistungsangeboten, können als zentrale Zukunftsmärkte in Deutschland identifiziert werden. National sowie auch international bieten sich aktuell und zukünftig auch für deutsche Unternehmen attraktive potenzielle Märkte als Wettbewerbsarenen.

In den vorstehenden Ausführungen wurde die zu verzeichnende Tendenz zur Ausweitung der besonderen Versorgungsformen aufgezeigt. Derzeit formieren sich neue Allianzen, welche mit innovativen Geschäftsmodellen versuchen, die Wertschöpfungsarchitekturen der Zukunft aktiv (mit) zu gestalten. Für branchenfremde Akteure, wie z.B. Telekommunikations- und Infrastrukturanbieter, bietet sich dadurch aktuell ein Gelegenheitsfenster, welches es zu nutzen gilt, um aktiv an der Gestaltung solcher Strukturen mitwirken zu können.

In diesem Zusammenhang stellen Ambient Assisted Living (AAL) und E-Health ein mögliches Betätigungsfeld dar. Darüber hinaus besteht aber auch im Bereich der Prozessunterstützung der bisherigen Strukturen im Sinne eines Technisierungspotenzials ein aussichtsreiches Feld, in welches Erfahrungen und Expertise aus anderen Branchen eingebracht werden können. All dies birgt wiederum Potenziale hinsichtlich Effizienz- und Effektivitätssteigerungen in sich, durch deren Realisierung im Gesundheitswesen Einsparungen erzielt werden können, an denen die beteiligten Akteure partizipieren können.

Entscheidend ist jedoch, dass eine Reduktion auf (z.B.) technische Einzelaspekte gänzlich zu kurz greift, um die (u.a. medizinischen und ökonomischen) Chancen besonderer Versorgungsformen sowie das mit ihnen verbundene Veränderungs- und Transformationspotenzial gegenüber traditionellen Wertschöpfungsarchitekturen im jeweiligen Einzelfall zu verstehen.

## 5. Literatur

- Amelung, V.E.; Lägel, R. (2008): Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Eine Idee setzt sich durch, in: Amelung, V.E.; Meyer-Lutterloh, K.; Schmid, E.; Seiler, R.; Lägel, R.; Weatherly, J.N. [Hrsg.]: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2008, S. 35-75.
- Backhaus, K.; Voeth, M. (2010): Industriegütermarketing, 9. Aufl., München: Vahlen 2010.
- Brocki, P.; Hess, J.; Jaramillo de la Roche, J. (2010): Nutzenaspekte von Telemedizin im Versorgungsmanagement am Beispiel der Gesundheitsprogramme der almeda GmbH. e-Health 2010, [http://www.almeda.com/pdf/091119\\_Beitrag\\_eHealth\\_Home.pdf](http://www.almeda.com/pdf/091119_Beitrag_eHealth_Home.pdf), abgerufen am 25.01.2010.
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung, <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d-Aktualisierung.pdf>, abgerufen am 31.01.2010.
- Bundesversicherungsamt (2010): DMP, [http://www.bundesversicherungsamt.de/cIn\\_048/nn\\_1046648/DE/DMP/dmp\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bundesversicherungsamt.de/cIn_048/nn_1046648/DE/DMP/dmp__node.html?__nnn=true), abgerufen am 28.01.2010.
- CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH (2010): Verbundversorgung, <http://www.convema.com/verbundversorgung.html>, abgerufen am 31.01.2010.
- Deutscher Bundestag (2003): Drucksache 15/1525, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/015/1501525.pdf>, abgerufen am 31.01.2010.
- Eichener, V. (2008): Wohnen als dritter Gesundheitsstandort. Vortrag auf dem VdW südwest Innovatives Wohnen Verbandstag, Darmstadt 10. September 2008.
- FormareMed GmbH & Co.KG (2010): Neue Versorgungsformen erfordern neue Konzepte, <http://formaremed.de/ueber-formaremed/index.php>, abgerufen am 31.01.2010.
- FTD – Financial Times Deutschland (2009): Voll versorgte Klinik, in: FTD Gesundheitswirtschaft, 24.11.2009, <http://www.ftd.de/unternehmen/handel-dienstleister/gesundheitswirtschaft/:gesundheitswirtschaft-voll-versorgte-klinik/50038242.html?mode=print>, abgerufen am 29.01.2010.
- Gabler Verlag [Hrsg.] (2010): Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: hausarztzentrierte Versorgung (Gatekeeping), <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17943/hausarztzentrierte-versorgung-gatekeeping-v7.html>, abgerufen am 28.01.2010.
- Gersch, M.; Lindert, R.; Bengler, K. (2010): "Orchestratoren" als Beispiel neuer Geschäftsmodelle im Bereich E-Health@Home, in: AAL-Kongress 2010. Assistenzsysteme im Dienste des Menschen – zuhause und unterwegs, Tagungsband 3. Deutscher AAL-Kongress, Berlin, 26.-27.01.2010 (im Druck).
- Goldschmidt, A. J. W.; Hilbert, J. (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Band 1, WIKOM; Wegscheid 2009, S. 20ff.

- GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH (2010): Neue Impulse für innovative Versorgungskonzepte, [http://www.deutsche-gsb.de/images/gsb/gsb\\_flyer.pdf](http://www.deutsche-gsb.de/images/gsb/gsb_flyer.pdf), abgerufen am 31.01.2010.
- Hermann, C., Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., Schwartz, F.W., Witzenrath, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparungscontractings, Gesundheits- und Sozialpolitik 5-6: 11-29.
- Hildebrandt, H.; Melle, C. (2010) Höherer Gesundheitsnutzen durch Integration telemedizinischer und ambienster Monitoringsysteme in quartiersbezogene Vollversorgungskonzepte“, Vortrag auf dem AAL-Kongress 2010. Assistenzsysteme im Dienste des Menschen – zuhause und unterwegs, 3. Deutscher AAL-Kongress, Berlin, 27.01.2010.
- Karsten, K. (2008): Besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V, <http://www.healthtax.de/2008/01/06/besondere-ambulante-versorgung-nach-73c-sgb-v/>, abgerufen am 28.01.2010.
- Karte, J.; Neumann, K. (2008): Der Gesundheitsmarkt. Roland Berger Studie zum Gesundheitsmarkt, München 2008.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2010): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009. Gesetzliche Krankenversicherung, <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=a5c950fabcb11f43637820fdaebb2898&DocId=003760797&Page=1>, abgerufen am 30.01.2010.
- Kuhlmann, J. M. (2004): Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG, in: Das Krankenhaus, Jg. 96, Heft 1, Januar 2004, S. 13-18.
- Koch, K. (2009): Integrierte Versorgung und die Rolle der Pharmaindustrie. Dissertation an der Fakultät für Rechtswissenschaft und Volkswirtschaftslehre. Universität Mannheim.
- Linde AG (2006): Finanzbericht 2006. Konzernlagebericht. Wiesbaden, 2006.
- Möhlmann, T. (2009): Integrierte Versorgung – Erwartungen aus Sicht einer Unternehmensberatung: erfüllt oder enttäuscht? Vortrag auf dem 6. DGIV- Bundeskongress, Berlin 23.Oktober 2009.
- Mühlbacher, A.; Ackerschott, S. (2007): Die Integrierte Versorgung, in: Wagner, K.; Lenz, I. [Hrsg.]: Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse, Stuttgart: Kohlhammer 2007, S. 17-46.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. (Abrufbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/GA2009-LF.pdf> [15.07.2009])
- Schmid, E. (2007): Die GMZ GmbH und der Patient-PartnerVerbund, in: Weatherly, J. N.; Seiler, R.; Meyer-Lutterloh, K.; Schmid, E.; Lägél, R.; Amelung, V.E. (Hrsg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 173-187.
- Seiler, R. (2007): Die Schwarzwaldformel – das Modell „Gesundes Kinzigtal“, in: Weatherly, J. N.; Seiler, R.; Meyer-Lutterloh, K.; Schmid, E.; Lägél, R.; Amelung, V.E. (Hrsg.):

Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 139-149.

via medis GmbH (2010): via medis GmbH, <http://www.viamedis-nierenzentren.de/index.php?id=8>, abgerufen am 31.01.2010.

## **6. Anhang**

### **6.1 Überblick besondere Versorgungsformen**

Die besonderen Versorgungsformen ermöglichen den Vertragspartnern (Leistungserbringern und Kostenträgern) die Bereitstellung spezifischer Versorgungsangebote, welche unabhängig sind von den bisherigen, obligatorisch auf Kollektivverträgen basierenden Versorgungsangeboten (SVR 2009). Im Einzelnen handelt es sich um die nachfolgend beschriebenen Versorgungsformen, welche im SGB V verankert sind und mit Ausnahme der sog. Strukturverträge nach § 73a SGB V ein selektives Kontrahieren gestatten.

#### **2.2.1 Modellvorhaben nach §§ 63 – 65 SGB V**

Modellvorhaben nach §§ 63 – 65 SGB V bieten Krankenkassen eine Möglichkeit, zeitlich befristet Verträge mit einzelnen Ärzten, Praxisgemeinschaften oder Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen (Mühlbacher und Ackerschott 2007; Amelung und Lägél 2008).

#### **2.2.2 Strukturverträge nach § 73a SGB V**

Strukturverträge nach § 73a SGB V stellen eine besondere Variante der vertragsärztlichen Versorgung dar, mit welcher das Ziel der Schaffung neuer Versorgungsstrukturen mittels innovativer Versorgungsmodelle verfolgt wird (Mühlbacher und Ackerschott 2007; Amelung und Lägél 2008).

#### **2.2.3 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V**

Die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V stellt als Gatekeeping-Modell ein spezielles Instrument im Bereich Managed Care bzw. Integrierter Versorgung dar. Dabei umfasst dieser Ansatz die gezielte Leistungssteuerung seitens eines entsprechend qualifizierten Arztes. Insbesondere Allgemeinmediziner, niedergelassene Internisten sowie Gynäkologen erscheinen hier geeignet, da sie im Krankheitsfall die erste Anlaufstelle für Patienten sind und somit eine Lotsenfunktion entlang der Versorgungskette übernehmen. Sie werden im Rahmen dieses Konzeptes als Hausarzt bezeichnet (Gabler 2010).

#### **2.2.4 Besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V**

Die durch das GKV-WSG eingeführte besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V ermöglicht den Krankenkassen, ohne Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit Leistungserbringern besondere Versorgungsverträge im Bereich der ambulanten Versorgung abzuschließen. Gegenstand solcher besonderen Versorgungsverträge können sämtliche Leistungen des ambulanten Behandlungsspektrums sein. Speziell Fachärzte können ohne Überweisungsvorbehalt

an diesen Verträgen beteiligt werden. Die sich ergebenden Pauschal-Vergütungen werden regelmäßig außerhalb der Gesamtvergütung bzw. des Budgets gezahlt (Karsten 2008).

### **2.2.5 Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f-g SGB V**

Bei den Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f-g SGB V handelt es sich um sektorenübergreifende, indikationsbezogene Behandlungsprogramme, sogenannte Disease Management Programme (DMP), für ausgewählte Indikationsgebiete chronischer Erkrankungen. Hinsichtlich ihrer Ausgestaltung basieren DMP auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin. Bislang wurden seit ihrer Einführung im Jahr 2002 DMP für folgende chronische Erkrankungen entwickelt: Diabetes mellitus Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheiten, Asthma bronchiale sowie Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (kurz COPD) (Bundesversicherungsamt 2010).

### **2.2.6 Integrierte Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V**

Die Integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V ermöglichen eine sektorenübergreifende Leistungserbringung einer Vielzahl potenzieller Akteure mit dem Ziel einer ganzheitlichen, effektiven und effizienten Leistungserstellung (Mühlbacher und Ackerschott 2007; Amelung und Lägerl 2008).

## 6.2 Managementgesellschaften (MG) im Gesundheitswesen – Ausgewählte Beispiele

Managementgesellschaft	TYP	Träger (Branche)	Kooperationsform	Rechtsform	Geschäftsmodell	Krankheitsbild
1 <b>almeda GmbH</b> <sup>1</sup> (München)	(1)	<b>Träger:</b> ERGO/Münchener Rück Versicherungsgruppe  Branche: Versicherungen	MG als Vertragspartner privater und gesetzlicher Krankenkassen;	GmbH	<b>Typ:</b> Spezialisierter Leistungserbringer  <b>Leistungsangebot:</b> - Konzeption und Umsetzung telemedizinischer Versorgungsprogramme im Auftrag von v.a. privaten und gesetzlichen Krankenkassen	Indikationsspezifische Programme für: - chronische Atemwegs- erkrankungen - Herzinsuffizienz - Bluthochdruck - Diabetes - Adipositas - Migräne/ Kopfschmerz - Rückenschmerz - Depression  Indikationsüber- greifendes Versorgungsprogramm für multimorbide Patienten

<sup>1</sup> Brocki et al. (2010).

2 <b>CONVEMA Versorgungsma- nagement GmbH</b> (Berlin)	(2)	<b>Träger:</b> CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH  <b>Branche:</b> Gesundheitswesen	MG als Vertragspartner der Krankenkassen und Vertragspartner der Leistungserbringer (Ärzte)  (Verbundversor- gungsmodell)	GmbH	<b>Typ:</b> Systemischer Dienstleister / Orchestrator  <b>Leistungsangebot:</b> - Vertragsgestaltung - Vertragsmanagement und Controlling - Betreuung von Vertragspartnern - Abrechnung - Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung	Indikationsspezifische Programme für: - HNO - Gynäkologie - Chirurgie - Orthopädie - Augenheilkunde
3 <b>Formare Med GmbH &amp; Co.KG</b> (Hamburg)	(1)	<b>Träger:</b> BKK-Landesverband NORD, Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein eG und MD Medicus Holding GmbH  <b>Branche:</b> Gesundheitswesen	MG als Vertragspartner der Kassen (BBK) und medizinischen Leistungserbringern	GmbH & Co.KG	<b>Typ:</b> Spezialisierte Leistungserbringer  <b>Leistungsangebot:</b> - Entwicklung und Umsetzung von Projekten zwischen Krankenkassen und medizinischen Leistungserbringern - Beratungs- und Unterstützungsleistungen (u.a. Marktanalyse, Controlling und Evaluation der Verträge)	Programmabhängig (überwiegend indikationsüber- greifend)

4 <b>Gesundes Kinzigtal GmbH<sup>2</sup></b> (Haslach)	(3)	<b>Träger:</b> Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK) & OptiMedis AG	MG als Vertragspartner der Krankenkasse (AOK B- W) und Vertragspartner der Leistungserbringer	GmbH	<b>Typ:</b> Systemischer Dienstleister/ Orchestrator; Integrierter Versorger mit Risikoübernahme	Indikations- übergreifend (populationsbezogen)
		<b>Branche:</b> Gesundheitswesen			<b>Leistungsangebot:</b> - Koordination der Versorgungsprozesse über die Sektoren hinweg - Verhandlung von Verträgen mit Ärzten und anderen Leistungserbringern - Steuerung und Organisation der Leistungsansprüche eingeschriebener Versicherter - Management und Auszahlung zusätzlicher Vergütungen an Leistungsträger - Durchführung von Studien	
		<b>Form:</b> Gemeinschaftsunternehmen des MQNK e.V. (66,6%) & der OptiMedis AG (33,4%)			<b>Finanzierung / Erlösmodell:</b> - privat und öffentlich (Mischfinanzierung) - Einspar-Contracting mit AOK - private Zuzahlungen von Patienten	

<sup>2</sup> Hermann, C./Hildebrandt, H. et al (2006).

5	<b>GMZ GmbH</b> (Greifenberg)	(3)	<b>Träger:</b> 4 Gesellschafter (Ärztegesellschaften)  <b>Branche:</b> Gesundheitswesen	MG als Vertragspartner der Krankenkassen, Leistungserbringer(- verbänden) und weiteren Kooperationspartnern	GmbH	<b>Typ:</b> Systemischer Dienstleister/ "Orchestrator" sowie Community/Netzwerk  <b>Leistungsangebot (u.a.):</b> - Zentrales Management der angeschlossenen Vereine, Verbünde und Netze - Vertragsgestaltung, Verhandlung und Umsetzung von IV-Verträgen - Projekt- und Finanzmanagement - Qualitätsmanagement - Interne und externe Kommunikation und Koordination	In Abhängigkeit vom konkreten IV-Vertrag:  (1) mit AOK –Bayern: ind.-übergreifend  (2) mit KKH: Schlaganfall  (3) mit BKK BMW: ind.-übergreifend
6	<b>GSB Deutsche Gesundheitssys- temberatung GmbH</b> (Hamburg)	(1)	<b>Träger:</b> Albertinen Krankenhaus- Gruppe  <b>Branche:</b> Gesundheitswesen  <b>Form:</b> 100%ige Tochter der Albertinen Krankenhausgruppe	MG als Vertragspartner der Krankenkassen und Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen und der Industrie	GmbH	<b>Typ:</b> Spezialisierte Leistungserbringer  <b>Leistungsangebot:</b> - Konzeption, Vertragsgestaltung und -verhandlung sowie Implementierung integrierter Versorgungskonzepte - Management, Marketing, Controlling der Verträge - Abrechnung extrabudgetärer Leistungen mit den Krankenkassen	Indikationsspezifische Programme für: - Herzerkrankungen - Erkrankungen des Stütz- und Bewegungs- apparates - Wund- und Gefäßerkrankun- gen - Epilepsie

7 <b>via medis GmbH</b> (Büren)	(2)	<b>Träger:</b> via medis GmbH  <b>Branche:</b> Gesundheitswesen	MG als Vertragspartner der Krankenkassen und Vertragspartner der Leistungserbringer	GmbH	<b>Typ:</b> Systemischer Dienstleister / Orchestrator  <b>Leistungsangebot:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marktanalyse</li> <li>- Entwicklung medizinischer Versorgungskonzepte inkl. leitlinienorientierter, medizinischer Versorgungspfade (Qualitätssicherung)</li> <li>- Prozessentwicklung, Strukturierung und Darstellung innovativer Versorgungskonzepte</li> <li>- Integration von IT-Lösungen für Versorgungsnetzwerke inkl. Schnittstellen</li> <li>- Netzwerkbildung/Koordination von Leistungserbringern</li> <li>- Entwicklung von Case-Management Strukturen inkl. Personalqualifizierung</li> <li>- Entwicklung integrierter Dokumentationsverfahren</li> <li>- Vertragsgestaltung, -verhandlung und -abschluss</li> <li>- Prozessmanagement, Abrechnung und Controlling</li> <li>- Umsetzung und Implementierung von Versorgungskonzepten</li> <li>- Marketing, Patientenschulungen, -symposien</li> </ul>	Indikationsspezifisch <ul style="list-style-type: none"> <li>- chronische Niereninsuffizienz (IV-Programm „Niere aktiv“)</li> </ul>
---------------------------------------	-----	---	---	------	--	---