

Entwicklung und Zukunft der selektivvertraglichen Versorgungsformen

6. DGIV-Bundeskongress

Ernst-Reuter-Haus Berlin

23.10.2009

Matthias Schrappe
www.schrappe.com



GQMG


AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT


universität**bonn**

gesoeko\svr\2009\koord.cdr

Koordination der Versorgung

- ➔ Koordination der Versorgung durch Leitlinien
- ➔ Koordination der Sektoren
- ➔ Koordination der Berufsgruppen

Prof. Dr. M. Schrappe

gesoeko\svr\titel\09.cdr

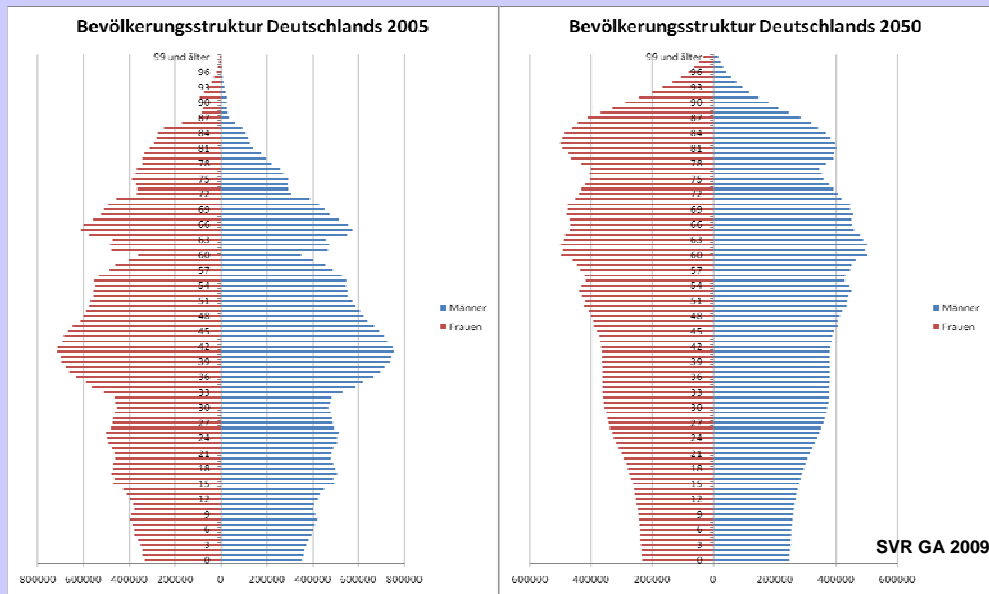
Auftrag vom 21.11.2007:

Sondergutachten des SVR 2009

"**Generationenspezifische Gesundheitsversorgung
in einer Gesellschaft des längeren Lebens**"

Prof. Dr. M. Schrappe

Demographische Entwicklung Deutschland

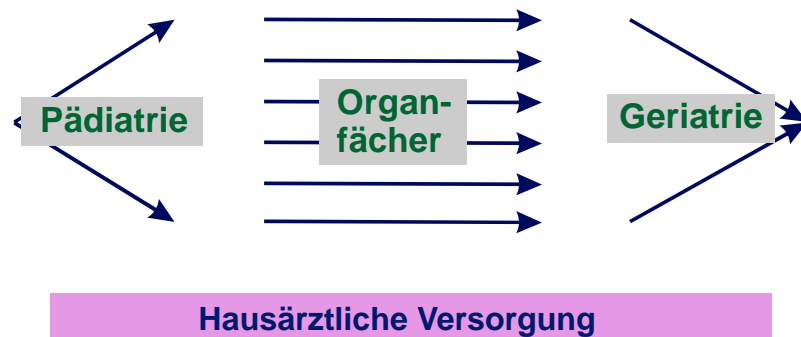


Koordination der Versorgung

- ➔ Koordination der Versorgung durch Leitlinien
- ➔ Koordination der Sektoren
- ➔ Koordination der Berufsgruppen

- ➔ Generationsbezogene Koordination

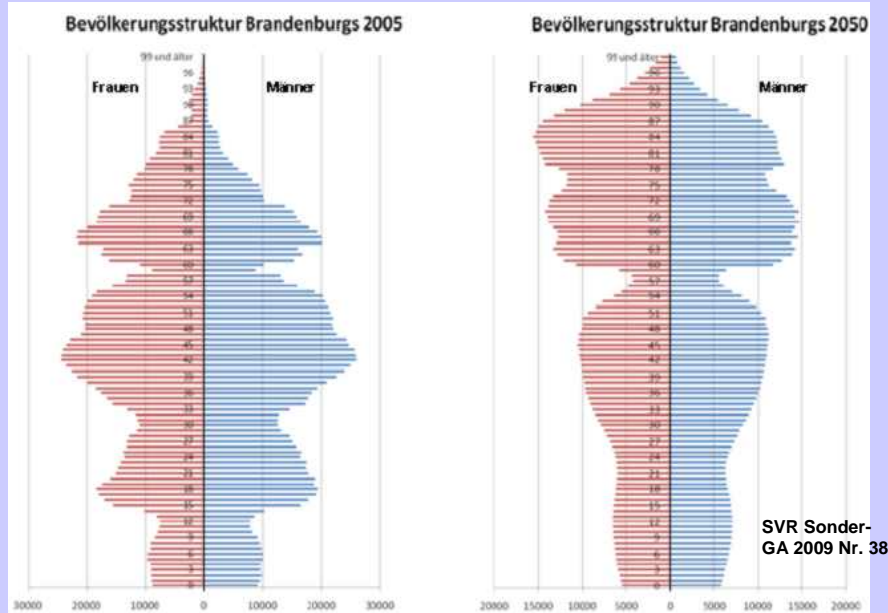
Transitionsversorgung



“Demographierisiko”

- ➔ Abnahme der Bevölkerungszahl
- ➔ Alterung der Bevölkerung
- ➔ Regionale Differenzierung
- ➔ Regionale Unterversorgung in der ambulanten und stationären Versorgung
- ➔ Komorbidität und Komplexität
- ➔ Kosten: Kompression *und* Expansion

Demographische Entwicklung Brandenburg



Koordination der Versorgung

- ➔ Koordination der Versorgung durch Leitlinien
- ➔ Koordination der Sektoren
- ➔ Koordination der Berufsgruppen

- ➔ Generationsbezogene Koordination
- ➔ Regionale Koordination der Versorgung

Prof. Dr. M. Schrappe

Demographie-adäquate Versorgung?

Das jetzige Gesundheitssystem wurde entwickelt nach Maßgabe der Behandlung akuter Erkrankungen

- ➔ Die Zukunft des Gesundheitssystems muss die Behandlung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten unter den Bedingungen der alternden Gesellschaft ermöglichen

Prof. Dr. M. Schrappe

Sondergutachten des SVR 2009

**"Koordination und Integration -
Gesundheitsversorgung in einer
Gesellschaft des längeren Lebens"**

Prof. Dr. M. Schrappe

Zugrundeliegende Evidenz

- ➔ 2 Systematische Reviews
- ➔ 1 Evidenzreport
- ➔ 2 umfassende Befragungen
- ➔ 4 externe Expertengutachten

Prof. Dr. M. Schrappe

Gutachten des SVR 2009

Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

- ➔ Generationenspezifische Versorgung: Koordinationsproblem
- ➔ **Demographischer Wandel**
- ➔ Spezifische Versorgungsprobleme ... bei Kindern/Jugendlichen
- ➔ ... im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (Transition)
- ➔ ... bei älteren und alten Menschen
- ➔ Gesundheitsversorgung: Status quo und Handlungsbedarf
- ➔ Generationen- und Populationsbezug: Ausgewählte Konzepte
- ➔ Zukunftskonzept: Koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug

Prof. Dr. M. Schrappe

Alterquotient 65: Bundesländer

	2005	2015	2025	2040
➔ Stadtstaaten				
• Berlin	26,30	32,45	39,41	54,27
➔ Flächenstaaten				
• Baden-W.	30,09	33,41	41,33	60,15
• Schleswig-H.	33,26	38,33	44,97	65,06
• Sachsen	36,41	43,73	56,57	68,95
➔ Deutschland				
• Gesamt	31,69	35,47	43,91	61,35

SVR Sonder-GA 2009, Nr. 32ff

Prof. Dr. M. Schrappe

AQ65: Anzahl >64J. / 100 Pers. 20-64J.

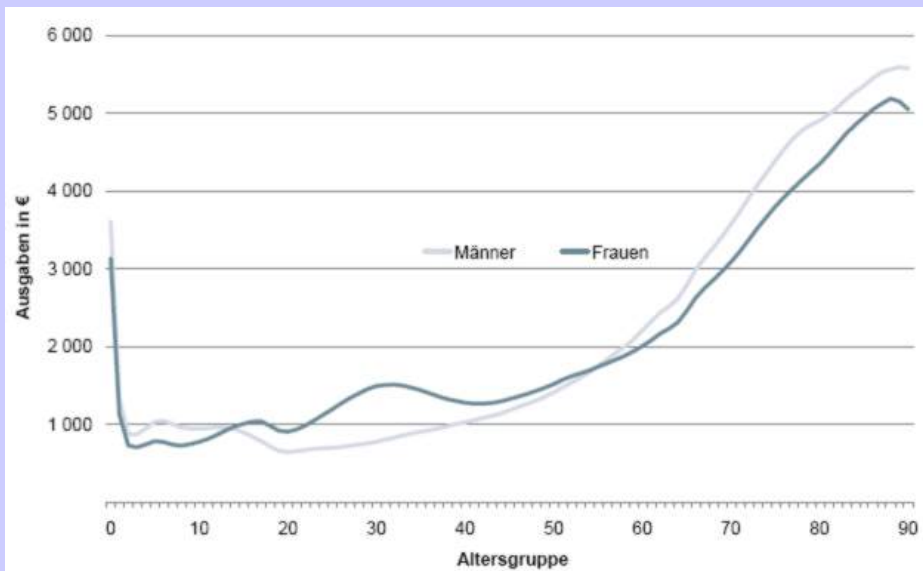
Demographische Entwicklung: Europa

Land	2007	2015	2025	2040	2050
Deutschland	33,11	35,47	43,74	59,41	61,38
Frankreich	28,02	33,21	40,54	48,89	49,66
Großbritannien	26,92	30,04	33,90	40,72	42,17
Italien	32,96	36,71	41,86	59,53	64,33
Österreich	27,91	30,13	36,47	50,56	52,92
Spanien	26,06	28,13	33,77	51,89	64,48
Schweiz	26,42	30,42	36,88	47,98	50,10
Niederlande	24,03	30,58	39,18	51,41	50,16
Norwegen	24,58	28,96	35,19	44,96	45,93
Schweden	29,81	34,90	39,44	45,40	46,38

Eurostat 2008, Annahme „junge Bevölkerung“

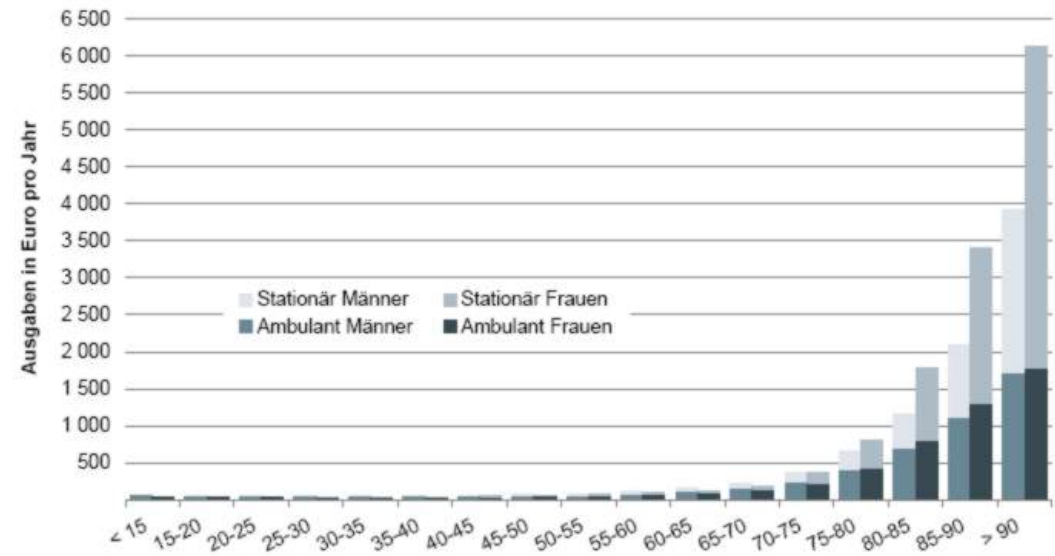
SVR Sonder-GA 2009 Nr. 62

Gesundheitsausgaben Deutschland, GKV



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 68

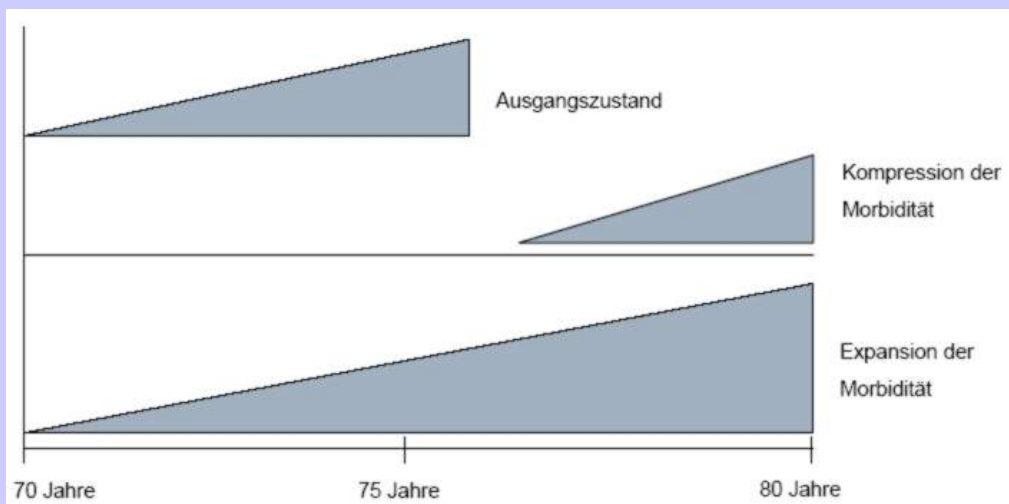
Ausgaben soziale Pflegeversicherung 2007



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 626

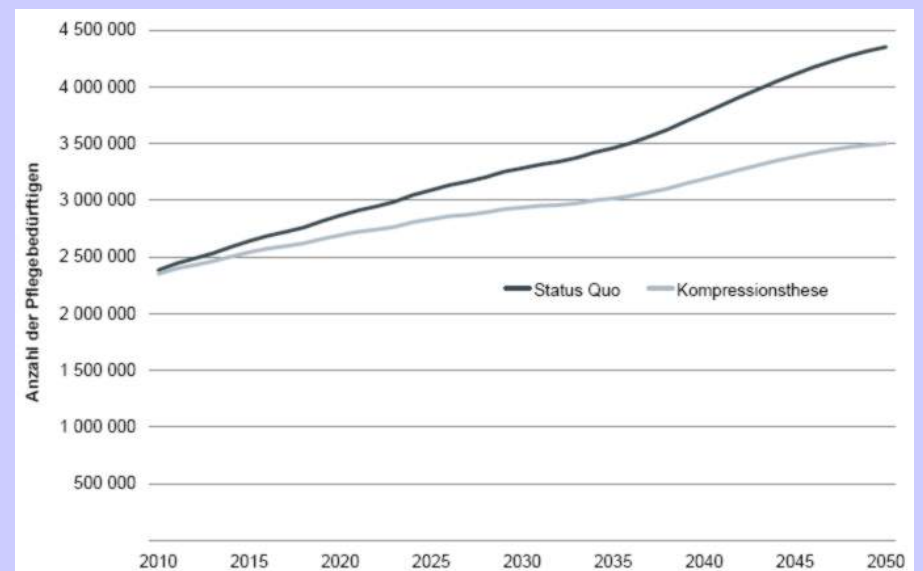
Mortalitätsexpansion versus -kompression

(jeweils absolute Varianten)



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 77

Prognose Pflegebedarf bis 2050: Kompression



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 631

Gutachten des SVR 2009

Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

- Generationenspezifische Versorgung: Koordinationsproblem
- Demographischer Wandel
- Spezifische Versorgungsprobleme ... bei Kindern/Jugendlichen
- ... im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (Transition)
- ... bei älteren und alten Menschen
- **Gesundheitsversorgung: Status quo und Handlungsbedarf**
- Generationen- und Populationsbezug: Ausgewählte Konzepte
- Zukunftskonzept: Koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug

Prof. Dr. M. Schrappe

Coordination of Care: WHO 2005 & 2008

PATIENTS' EXPERIENCES

Schoen et al. Health Affairs
2005, DOI 10.1377/htaff.W5.509

Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health In Six Countries

Patients' voices can provide policy leaders with a happening at the front lines of care.

by Cathy Schoen, Robin Osborn, Phuong Trang Huy Kinga Zapert, Jordon Peugh, and Karen Davis

**Schoen et al. Health Affairs
28, 2009, w1-18**

PATIENTS' EXPERIENCES

In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries, 2008

Chronically ill U.S. patients have the most negative access, coordination, and safety experiences.

by Cathy Schoen, Robin Osborn, Sabrina K.H. How, Michelle M. Doty, and Jordon Peugh

Prof. Dr. M. Schrappe

Besondere Versorgungsformen

Capitation mögl.

- | | | |
|--------------------------|-------------|-------------|
| ➤ Strukturverträge | §73a | + |
| ➤ Modellvorhaben | §§63-65 | + |
| ➤ HZV | §73b | (+) |
| ➤ Bes. amb. Versorgung | §73c | (+) |
| ➤ Integrierte Versorgung | §§140a-d | + |
| ➤ DMP | §137f-g | §137f-g |
| ➤ MVZ | §95 Abs. 1 | §95 Abs. 1 |
| ➤ P4P | §136 Abs. 4 | §136 Abs. 4 |

SVR Sonder-GA 2009 Nr. 859ff

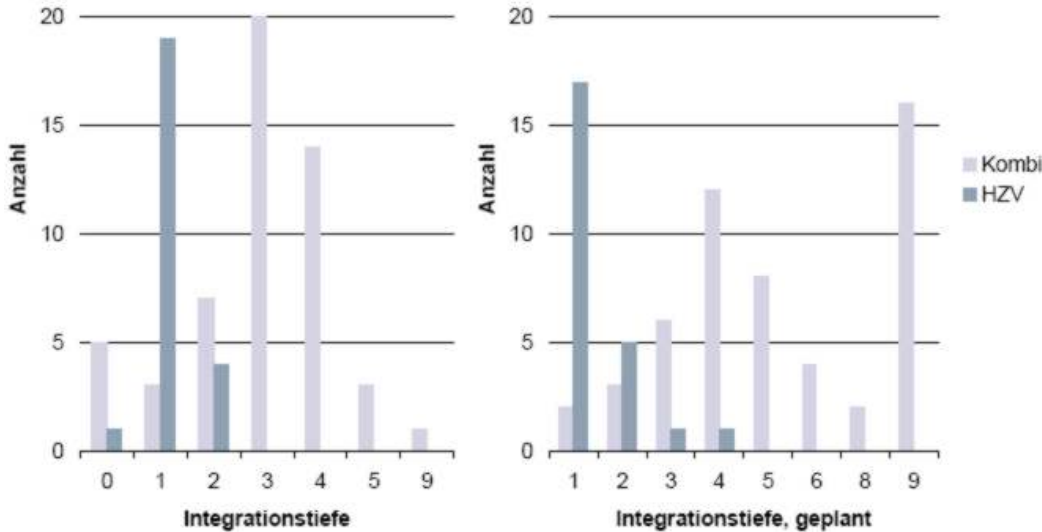
Prof. Dr. M. Schrappe

Umfrage: Besondere Versorgungsformen

		Gesamt N=81		HZV N=26		Kombi N=55	
		n	%	n	%	n	%
Gesetzliche Grundlage* (SGB V)	§ 64	2	2,5	0		2	3,6
	§ 73b	35	43,2	26	100,0	9	16,4
	§ 73c	7	8,6	0		7	12,7
	§ 140a-d	51	63,0	0		51	92,7
Bezugsgebiet	regional	42	51,9	5	19,2	37	67,3
	landesweit	34	42,0	16	61,5	18	32,7
	bundesweit	5	6,2	5	19,2	0	
Initiative ging aus von* Keine Angaben = 4	Krankenkasse	65	80,2	22	84,6	43	78,2
	Leistungserbringer	25	30,9	2	7,7	23	41,8
	Dritten	6	7,4	1	3,8	5	9,1
Vertragspartner	KV-Beteiligung	20	24,7	18	69,2	2	3,6
	Ärzteverband	15	18,5	6	23,1	9	16,4
	Ärztetzetz	35	43,2	0		35	63,6
	Sonstige	11	13,6	2	7,7	9	16,4

SVR Sonder-GA 2009 Nr. 874ff

Bes. Versorgungsformen: Integrationstiefe



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 883ff

gesoeko/svr2009/titel09.cdr

Gutachten des SVR 2009

Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

- Generationenspezifische Versorgung: Koordinationsproblem
- Demographischer Wandel
- Spezifische Versorgungsprobleme ... bei Kindern/Jugendlichen
- ... im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (Transition)
- ... bei älteren und alten Menschen
- Gesundheitsversorgung: Status quo und Handlungsbedarf
- **Generationen- und Populationsbezug: Ausgewählte Konzepte**
- Zukunftskonzept: Koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug

Prof. Dr. M. Schrappe

Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung

- EU-Konzept zur Primärversorgung
- Patient-Centered Medical Home
- Bellagio-Modell
- Roadmap des RCGP
- Chronic Care Modell
- Multiprofessionelle Kooperationsmodelle
- Managed Care

SVR Sonder-GA 2009, Kap. 7

Prof. Dr. M. Schrappe

gesoeko/svr2009/kap7.cdr

Koordination

- Leitlinien und andere professionell orientierte Programme
- Normativ-regulatorische Steuerung
- Organisationen, die regional und sektorübergreifend die Versorgung verantworten, unter Aufhebung des Provider-Payer Splits

Prof. Dr. M. Schrappe

gesoeko/vm/koord.cdr

Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung

- ➔ EU-Konzept zur Primärversorgung
- ➔ Patient-Centered Medical Home
- ➔ Bellagio-Modell
- ➔ Roadmap des RCGP
- ➔ Chronic Care Modell
- ➔ Multiprofessionelle Kooperationsmodelle
- ➔ **Managed Care**

SVR Sonder-GA 2009, Kap. 7

Prof. Dr. M. Schrappe

Managed Care: Elemente

- ➔ Interne Finanzierung
- ➔ Erklärte Ziele
- ➔ Strukturen
- ➔ Instrumente

SVR Sonder-GA 2009, Nr. 965

Prof. Dr. M. Schrappe

A	Interne Finanzierung
1	Integration von Leistungserbringung und Finanzierungsfunktion (Aufhebung Trennung provider/payer) in unterschiedlicher Ausprägung
2	Versichertenbezogene prospektive Pauschalen (prospective capitation payment)
B	Erklärte Ziele
1	Outcome-Orientierung (z.B. equity)
2	Effizienz verbessern, Kosteneinsparung
3	Integration der Sektoren und der regionalen Leistungsanbieter erhöhen
4	Präventions-Orientierung
5	Im Kontext des Gutachtens: Generationen-bezogene Versorgung ermöglichen
C	Strukturen
1	Populationsbezug statt Erkrankungsbezug
2	Regionaler Bezug
3	Selektives Kontrahieren mit Leistungserbringern möglich
4	Qualitäts-bezogene Vergütungsanreize (P4P)
5	Leistungs- und Vertragsgestaltung basiert auf Management-strukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern
D	Instrumente
1	Beschränkung der Arztwahl
2	Gatekeeping durch Haus-/Primärärzte
3	Disease Management innerhalb des Managed Care-Programmes
4	Case Management innerhalb des Programmes
5	Qualitätsmanagement, Indikatoren (einschließlich area-Indikatoren) und public disclosure
6	Leitlinien und Behandlungspfade
7	Utilization Review insbesondere bei seltenen und teuren Leistungen

Managed Care: Definition

“Als Managed Care wird ein Versorgungssystem bezeichnet, das

- die Leistungserbringung und Finanzierung in unterschiedlichem Ausmaß zusammenfasst.

Dabei

- sieht es ein prospektiv pauschaliertes Finanzierungssystem vor.

Managed Care verfolgt die Ziele,

- Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer regionalen, Outcome-orientierten Gesundheitsversorgung zu integrieren,
- sowie deren Effizienz u.a. durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug zu verbessern.”

Prof. Dr. M. Schrappe

SVR 2009, Nr. 965

Managed Care: Definition (2)

gesoeko\mcmc_def.cdr

“In der Umsetzung werden

- selektives Kontrahieren und
- die Etablierung von Managementstrukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern eingesetzt.

Die Arztwahl kann in unterschiedlichem Maße eingeschränkt sein, Instrumente wie

- Gatekeeping,
- Disease Management,
- Case Management
- Qualitätsmanagement,
- Leitlinien und
- utilization review

kommen in verschiedenen Kombinationen und wechselndem Umfang zur Anwendung.”

Prof. Dr. M. Schrappe

SVR 2009, Nr. 965

Unterformen Managed Care

gesoeko\svr2009\MC_Typen.cdr

➔ Systematisierung als Basis der Evaluation

- ➔ Typ 1: Direkte Anstellung von Ärzten bei Managed-Care Trägern
- ➔ Typ 2: Freies Kontrahieren von Ärzten/Krhs. mit Managed-Care Trägern, unter Capitation
- ➔ Typ 3: Freies Kontrahieren ohne Capitation, aber anderen Formen der Anreizbildung (z.B. P4P)

SVR Sonder-GA 2009 Nr. 1119

Prof. Dr. M. Schrappe

SR: Einschlusskriterien

gesoeko\svr2009\sysrevlek.cdr

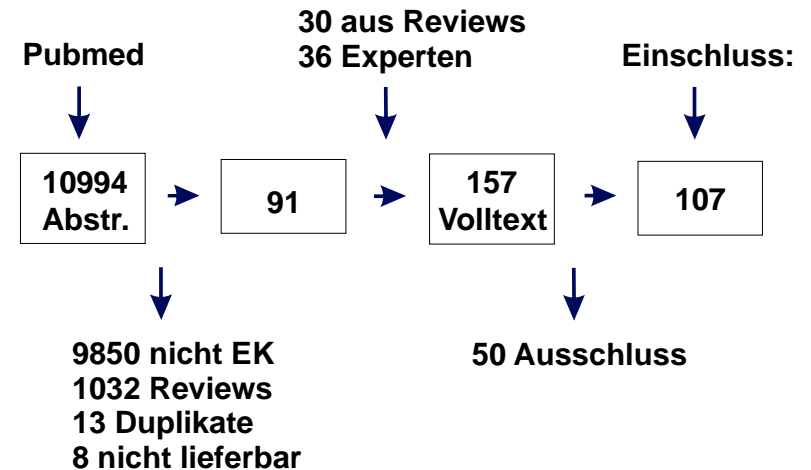
- ➔ Kontrollierte Studie
- ➔ Definierte Population (Versicherte)
- ➔ Intervention: definierte Managed Care Form
- ➔ Kontrolle: anderes Finanzierungssystem
- ➔ Definierte Endpunkte
- ➔ Primärdaten oder definierte, aus anderen Gründen erhobene Daten

SVR SonderGA 2009, Nr. 991

Prof. Dr. M. Schrappe

Literaturrecherche

00qm\leitlin\fehler.cdr



SVR SonderGA 2009, Nr. 991

Prof. Dr. M. Schrappe

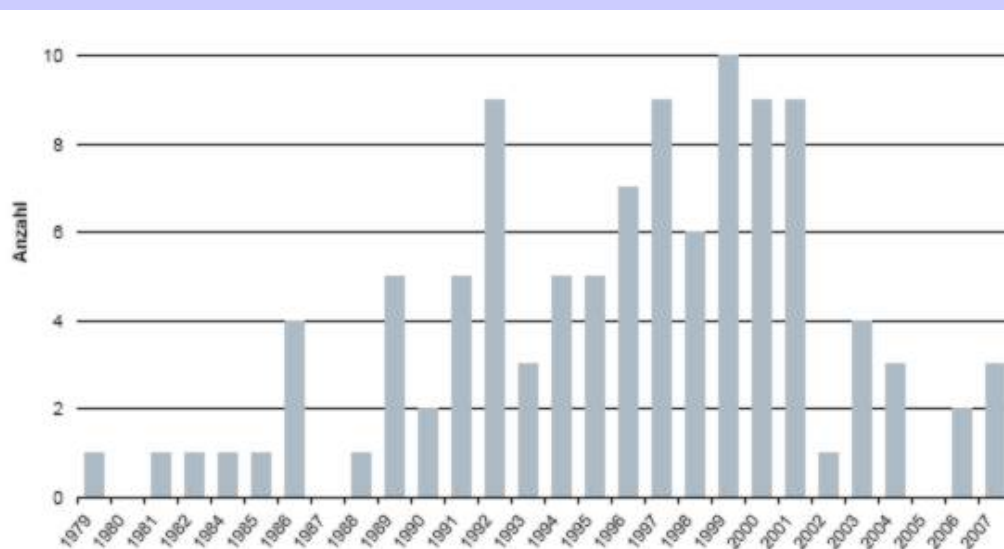
Studiendesign

- ➔ RCT n = 6
- ➔ Quasi-experimentell n = 5
- ➔ Prospektive parallele Kohortenstudie n = 21
- ➔ Retrospektive parallele Kohortenstudie n = 37
- ➔ Querschnittsstudie n = 34
- ➔ Andere n = 4
- ➔ GESAMT n = 107

Ergebnis alle Studien

Effekt auf Qualität	Anzahl der Studien	Anteil der Studien in %
positiv	18	16,8
überwiegend positiv	21	19,6
neutral	40	37,4
überwiegend negativ	11	10,3
negativ	17	15,9
Gesamt	107	100,0

Studien: Erscheinungsjahr



Managed Care: Qualität

Auswirkungen

Positive

- Prävention
- Koordination
- Kostenkontrolle
- Spezifische Gruppen

Negative

- Vorenthaltung
- Access
- Arztwahl
- Risikoselektion

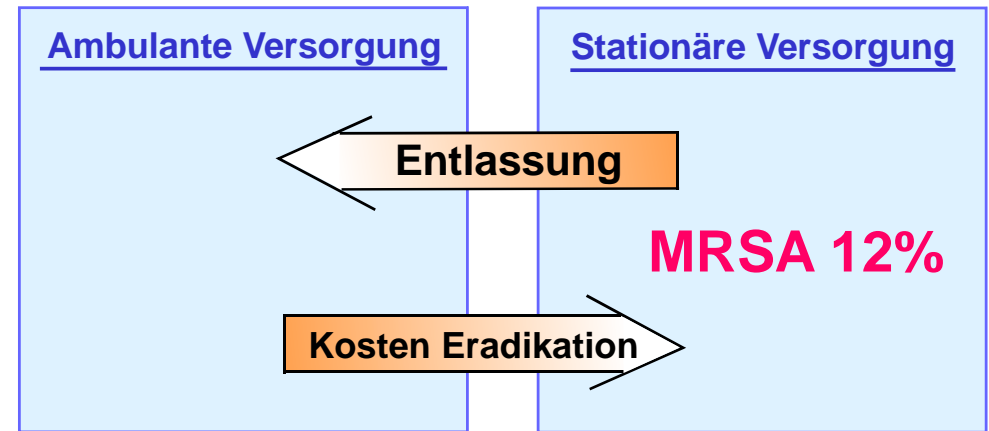
Managed Care: 8 Thesen des SVR

- ➔ (1) MC/MC-Elemente in Konkurrenz zu anderen Konzepten
- ➔ (2) Keine Einschränkung der Trägerschaft möglich
- ➔ (3) Die verschiedenen MC-Typen sind differenziert zu sehen
- ➔ (4) Gefahr der Risikoselektion besteht
- ➔ (5) Populationsbezogene Qualitätsindikatoren sind notwendig und müssen auf chronisch und ältere Erkrankte fokussieren
- ➔ (6) Prävention wird gefördert, wenn Zeithorizont adäquat
- ➔ (7) Versorgung in ländlichen Regionen beachten!
- ➔ (8) Besondere Bedeutung des Gatekeeping und des Zugangs zur sekundärfachärztlichen Versorgung

SVR Sonder-GA 2009, Nr. 1119

Prof. Dr. M. Schrappe

Perspektive: MRSA und Sektoren



Prof. Dr. M. Schrappe

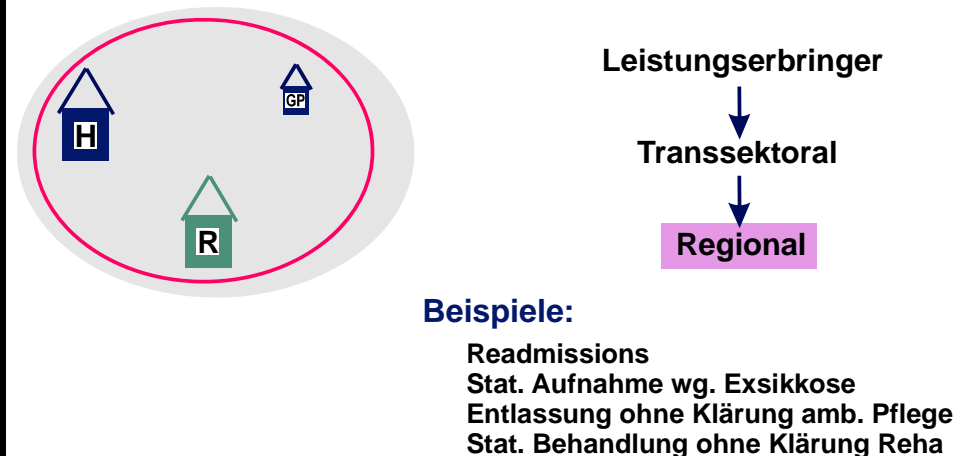
Perspektive: MRSA und Sektoren

Populationsbezogene Versorgung

MRSA 0,5%
der stat. Patienten

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität: die Sektorproblematik



Prof. Dr. M. Schrappe

Managed Care: Indikatoren

- *area*- statt *provider*-Indikatoren
- Indikatoren zum Zugang zur Versorgung (*access*)
- Indikatoren zur Versorgung von Patienten mit chronischen und multiplen Erkrankungen

SVR Sonder-GA 2009, Nr. 1188

Prof. Dr. M. Schrappe

Institute for Patient Safety

Medical Faculty of the
Friedrich-Wilhelms-
University of Bonn

➤ Start

- 1.1.2009, official opening 8.5.2009

➤ Teaching

- Integration in education of health professions

➤ Research topics

- Patient safety indicators, epidemiology and measurement, implementation research, safety culture

➤ Financing

- Federal Ministry of Health, donations, 28 sponsors



Prof. Dr. M. Schrappe



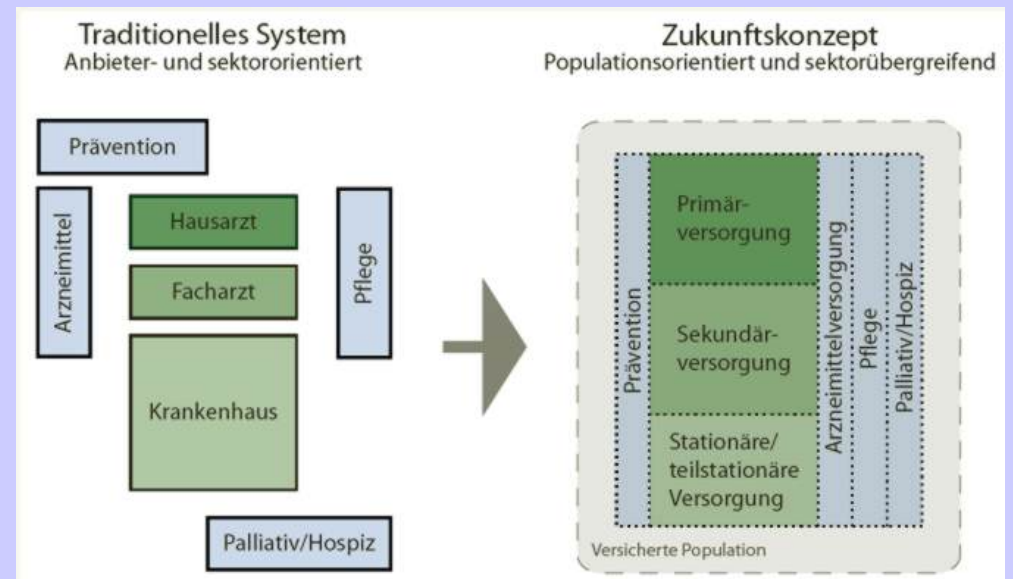
Gutachten des SVR 2009

Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

- Generationenspezifische Versorgung: Koordinationsproblem
- Demographischer Wandel
- Spezifische Versorgungsprobleme ... bei Kindern/Jugendlichen
- ... im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (Transition)
- ... bei älteren und alten Menschen
- Gesundheitsversorgung: Status quo und Handlungsbedarf
- Generationen- und Populationsbezug: Ausgewählte Konzepte
- **Zukunftskonzept: Koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug**

Prof. Dr. M. Schrappe

„Zukunftskonzept“ des SVR



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 1179

BULLETIN OF
THE NEW YORK ACADEMY
OF MEDICINE



Vol. 49, No. 5

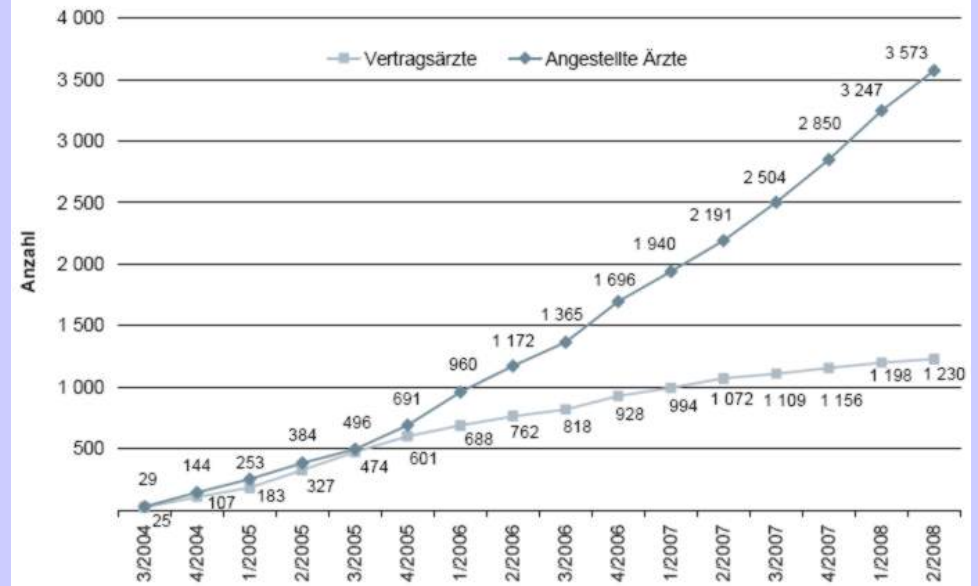
MAY 1973

A FUNCTIONAL MODEL FOR IMPROVING
THE MEDICAL CARE SYSTEM*

FRANK G. SLAUGHTER, M.D.
Jacksonville, Fla.

IN 1938 I wrote my first novel—after what might be called an internship and residency in fiction writing that produced roughly 100,000 words a year for four years and an income of \$12.00 from the sale of

MVZ: Art der Berufsausübung



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 751

BULLETIN OF
THE NEW YORK ACADEMY
OF MEDICINE



Vol. 49, No. 5

MAY 1973

A FUNCTIONAL MODEL FOR IMPROVING
THE MEDICAL CARE SYSTEM*

FRANK G. SLAUGHTER, M.D.
Jacksonville, Fla.

IN 1938 I wrote my first novel—after what might be called an internship and residency in fiction writing that produced roughly 100,000 words a year for four years and an income of \$12.00 from the sale of

medical heresy.

"medical Bolshevik."

Rhön legt Strategie für den ambulanten Sektor vor

Klinikkonzern will Patienten zuordnen und wachsen

VON LUKAS HEINY, HAMBURG

Der private Krankenhauskonzern Rhön-Klinikum drängt als Vollversorger in den ambulanten Gesundheitsmarkt. „Unsere Wachstumschancen sind enorm“, sagte Vorstandschef Wolfgang Pföhler und kündigte an, massiv Arztstühle aufzukaufen: „Wir setzen alles daran, hier mit Kraft und Geschwindigkeit vorzustoßen.“

Offensiver als andere Klinikträger treibt Rhön neue Geschäftsmodelle im 36 Mrd.-€ schweren ambulanten Markt voran. Auf der Hauptversammlung hat Pföhler die Strategie nun konkretisiert.

Flächendeckend will er Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit bis zu 50 Ärzten aufbauen, um neben stationärer auch ambulante Medizin anzubieten. In zwei Stufen je nach Schweregrad der Erkrankung sollen Patienten entweder in den MVZ und kleinen Polikliniken oder in den größeren Häusern des Konzerns behandelt werden. Medizinische Geräte, Personal und

Immobilien sollen so effizienter genutzt werden, so Pföhler. Ein Großteil der stationären Patienten werde künftig ambulant betreut.

Bereits 2007 setzte Rhön mit ambulanten Leistungen 105 Mio. € um, bei 2 Mrd. € Gesamtumsatz. Inzwischen betreibt der Konzern 18 MVZ. 2007 wurden dort nur 79 000 Patienten behandelt, 20 sollen es 40 Prozent mehr sein.

Die niedergelassenen Ärzte Rhön über Gewinnbeteiligungen das Modell lotsen. Außerdem hat Rhön vor zwei Wochen Kooperationen in regionalen Netzwerken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angekündigt.

Strategisches Ziel ist es, sich medizinischer Komplettanbieter zu positionieren. Dann können Konzern lukrative Versorgungsträger für ganze Regionen rufen und schließen. Oder als Vollversorger auftreten, private Prämien würde daneben der Grundversorger Zusatzdienste anbieten wie beim ADAC“, sagte J.

Zügellosigkeit hinter dem Schutzzaun

Der Krieg der Ärzte

ganz besonderes Zuckerl fehlt aus Sicht der Hausärzte nicht: Die Staatsregierung habe ihnen versprochen, „das Eindringen der Kapitalgesellschaften in unser ambulantes Gesundheitssystem“ zu verhindern. Nach der Sommerpause sollen mit dem Hausärzterverband darüber Gespräche geführt werden.

Im Hausärzterverband sind rund 70

Sektor ausdehnen. Das Potenzial ist heute kaum vorstellbar.“

Für viele der 118 000 niedergelassenen Ärzte ist das eine Kampfansage. „Das große Fressen hat begonnen“, kommentierte das „Deutsche Ärzteblatt“ den Vorstoß. Die Freie Ärzteschaft warnt vor einer „Verdrängung der freien Arztpraxen durch die Gesundheitsindustrie“. Von Dumpingpreisen ist die Rede. „Die Arztpraxen werden gezielt ausgehungert“, schimpft Verbandschef Martin Grauduszus. „Die Profiteure sind Gesundheitsheuschrecken.“

Es braut sich etwas zusammen. Krankenhausmanager und Finanz-

Managed Care in Deutschland

- ➔ Arzt- und KV-Netze
- ➔ Krankenhäuser
- ➔ Krankenkassen

Prof. Dr. M. Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. M. Schrappe