

Integrierende Versorgungsformen in der Region

7. DGIV-Bundeskongress

Bonn, 05.11.2010



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Regionale Versorgung
- ➔ Qualitätsindikatoren mit regionalem Bezug
- ➔ Wettbewerb und Rahmenplanung
- ➔ Weitere Entwicklung



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Perspektive: Qualität und Sicherheit

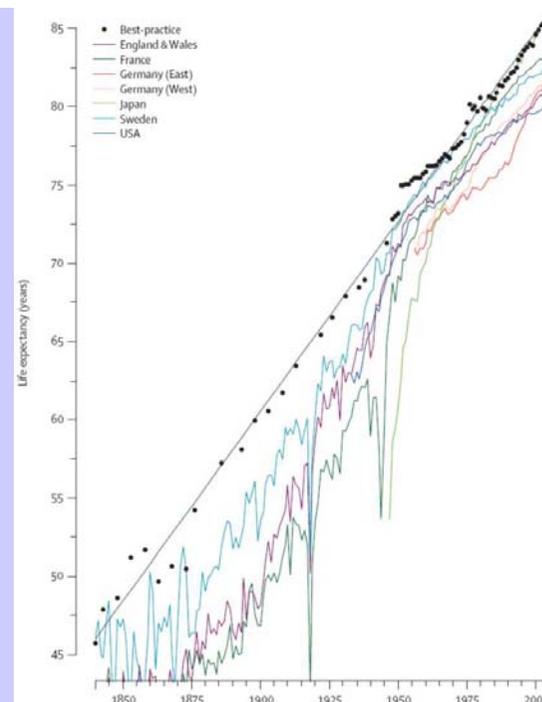
The End of the Quality Improvement Movement Long Live Improving Value

Robert H. Brook, MD, ScD

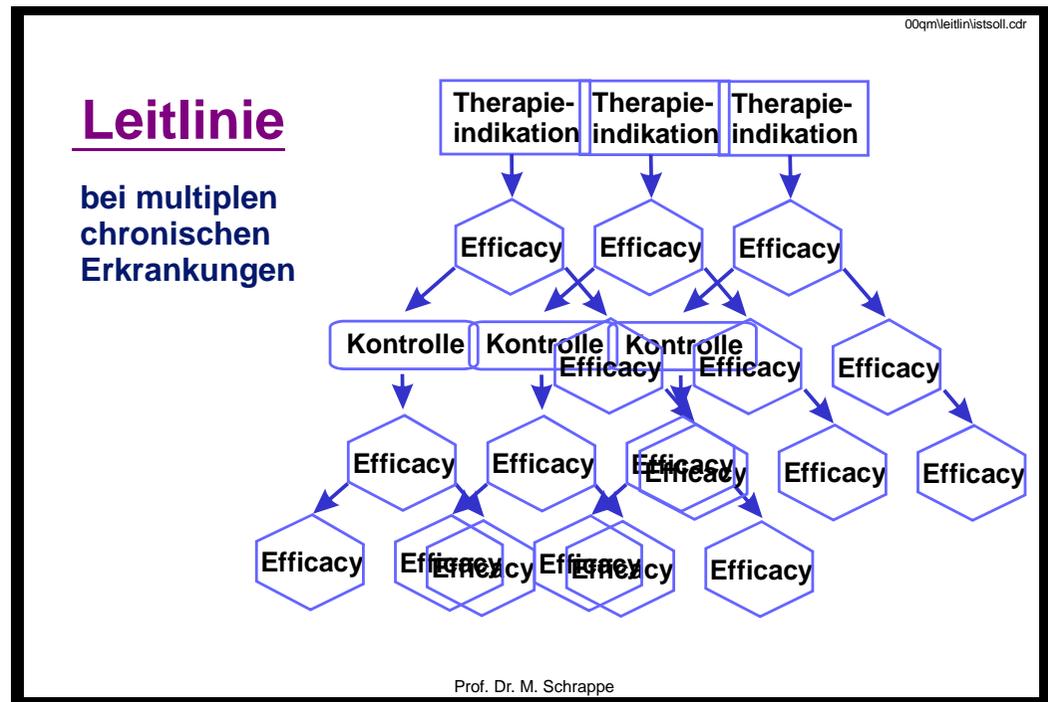
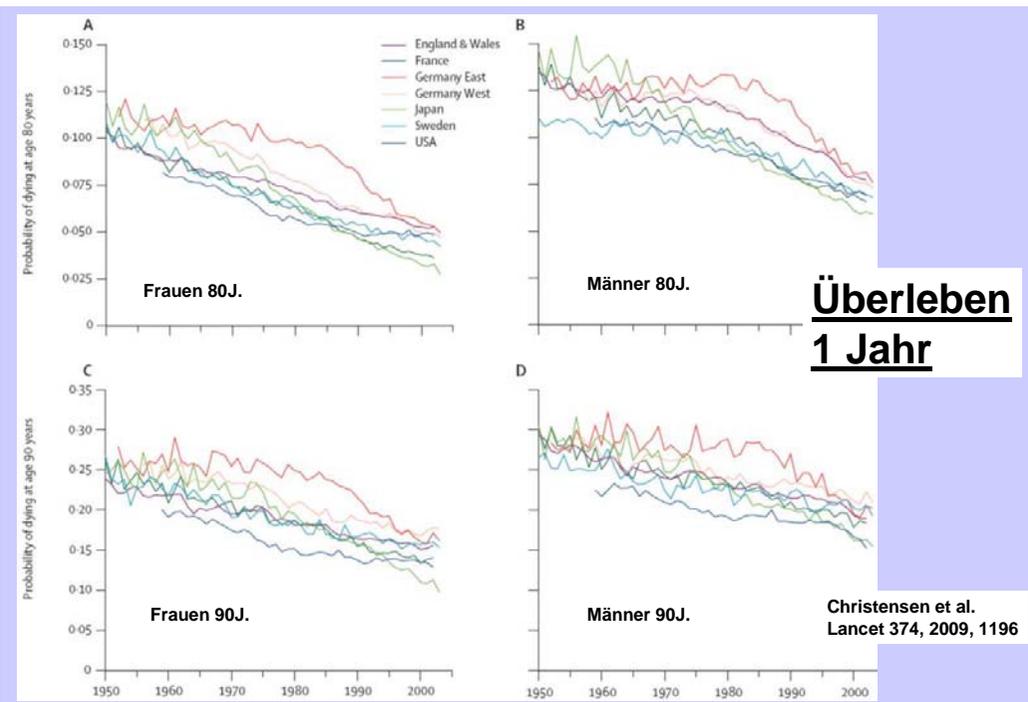
THE MODERN ACADEMIC QUALITY IMPROVEMENT movement began more than 40 years ago with a series of articles that highlighted substantial deficiencies in the way care was provided.¹ In response, multiple efforts to improve quality were launched. Medical processes that affected patients' health were identified. Methods of measuring how well the processes were performed in day-to-day practice were developed, and many suggestions were made regarding how the processes could be performed better and care improved.

"quality of health care" had caught the attention of the US public and whether sufficient resources were being invested in the quality movement to actually improve care. As a result, there was a major effort to relabel and morph the quality improvement movement into the patient safety movement.⁸

The difference between quality and safety is not clear. If a surgeon removes the wrong limb, is that a quality problem or a safety problem? Are errors of commission (ie, placing a feeding tube in the lungs as opposed to the stomach) and errors of omission (ie, failing to give a surgical patient anticoagulation) problems of quality or safety? In any event, refocusing quality to safety seemed to have reenergized the



Lebenserwartung



Die falsch verteilten Ärzte

Deutschland lebt es nicht an Ärzten. Aber die Mediziner lassen sich nicht gleichmäßig nieder. Sie wollen nicht aufs Land, obwohl dort der Umsatz sicher ist und unternehmerische Chancen locken. Fast alle zieht es stattdessen in die Städte.

Von Claus Peter Müller von der Grün

Das verschärfte Problem ist die ungleiche Verteilung der Ärzte. In den Städten sind alle Ärzte unabhängig davon, ob sie ein Arztamt innehaben, zu finden. In den ländlichen Gebieten hingegen ist die Versorgung oft unzureichend. Dies führt zu einer Überkonzentration von Ärzten in den Städten und einer Unterversorgung in den ländlichen Gebieten.

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Regionale Versorgung
- ➔ Qualitätsindikatoren mit regionalem Bezug
- ➔ Wettbewerb und Rahmenplanung
- ➔ Weitere Entwicklung

Matthias Schrappe
 Institut für Patientensicherheit
 Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
 www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com

“Demographierisiko”

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

Prof. Dr. M. Schrappe

“Demographierisiko”

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Coordination of Care: WHO 2005 & 2008

00qmrmallgintema3.cdr

PATIENTS' EXPERIENCES

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

Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences 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 Huynh,
Kinga Zapert, Jordon Peugh, and Karen Davis

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

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

Gliederung

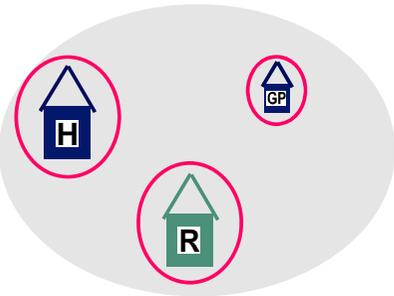
- ➔ Einführung
- ➔ Regionale Versorgung
- ➔ Qualitätsindikatoren mit regionalem Bezug
- ➔ Wettbewerb und Rahmenplanung
- ➔ Weitere Entwicklung



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Qualität: die Sektorproblematik



Leistungserbringer

↓
Transssektoral

↓
Regional

Regionalisierung vs. Zugang

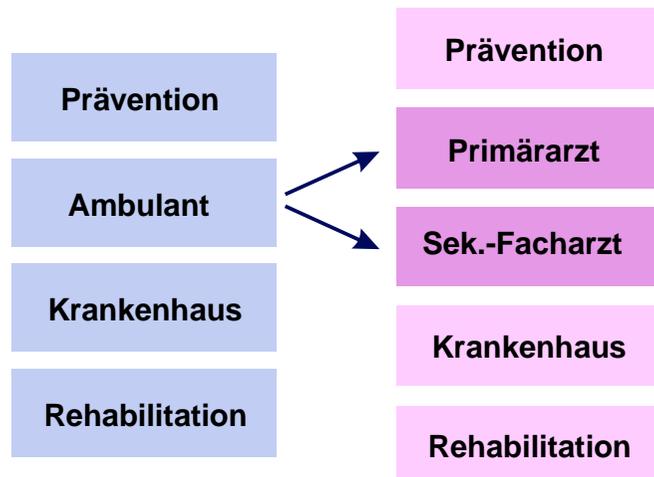
→ Tendenz zur Regionalisierung

- Mindestmengenregelung nach §137 SGB V
- Qualitätsindikator Leistungsmenge
- Veröffentlichung der Fallzahlen im Qualitätsbericht
- Zentrumsbildung
- Grenzkosten und vermutete Skaleneffekte

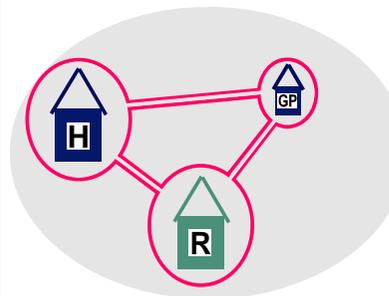
→ Zugang zur Versorgung

- Finanzierung
- Soziale Inanspruchnahme
- Geographische Erreichbarkeit

Sektorale Optimierung



Qualität: die Sektorproblematik

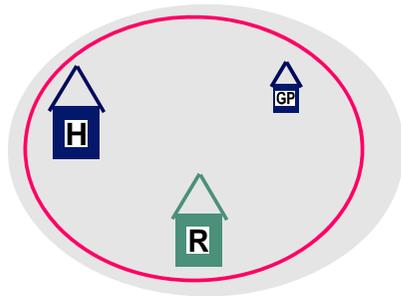


Leistungserbringer

↓
Transssektoral

↓
Regional

Qualität: die Sektorproblematik



Leistungserbringer



Transsektoral



Regional

Beispiele:

Readmissions
Stat. Aufnahme wg. Exsikkose
Entlassung ohne Klärung amb. Pflege
Stat. Behandlung ohne Klärung Reha

Prof. Dr. M. Schrappe

Patient Safety Indicators (PSI)

der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Modul des Healthcare Cost and Utilization Program (HCUP-II)

erarbeitet aufgrund eines mehrstufigen Verfahrens durch das UCSF-Stanford Evidence-based Practice Center:

1. Identifikation von 200 möglichen Parametern
2. Auswahl 34 "most promising" Parametern
3. Auswahl 20 "accepted" Indikatoren, zusätzlich 17 Indikatoren mit niedrigerer Validität

McDonalds et al. AHRQ Publ. 02-0038, Rockville 2002, und AHRQ March 2003

Prof. Dr. M. Schrappe

Patient Safety Indicators - Area Level

- (21) Foreign Body Left During Procedure
- (22) Iatrogenic Pneumothorax
- (23) Selected Infections Due to Medical Care
- (24) Postoperative Wound Dehiscence
- (25) Accidental Puncture or Laceration
- (26) Transfusion Reaction
- (27) Postoperative Hemorrhage oder Hematoma

McDonalds et al. AHRQ Publ. 02-0038, Rockville 2002, und AHRQ March 2003

Prof. Dr. M. Schrappe

Healthcare Cost and Utilization Program (HCUP)

Provider level

- Volume indicators
- Mortality indicators
- Utilization indicators

Area level

- Utilization indicators
- Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) /avoidable hospitalizations

CABG rate
Hysterectomy rate
Laminectomy rate
PTCA rate

n. Davies et al. Refinement of the HCUP Indicators, AHRQ May 2001

Prof. Dr. M. Schrappe

Healthcare Cost and Utiliz

Provider level

- ➔ Volume indicators
- ➔ Mortality indicators
- ➔ Utilization indicators

Area level

- ➔ Utilization indicators
- ➔ Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)
/avoidable hospitalizations

Dehydration admission rate
Bacterial pneumonia adm. rate
Urinary infection adm. rate
Perforated appendix adm. rate
Angina admission rate
Adult asthma admission rate
COPD admission rate
CHF admission rate
Diab. short term compl. adm. rate
Uncontrolled diabetes adm. rate
Diabetes long term compl. adm. r.
Hypertension admission rate
Lower extremity amputation r.
Ped. asthma adm. rate
Ped. gastroenteritis adm. rate

n. Davies et al. Refinement of the HCUP Indicators, AHRQ May 2001

Prof. Dr. M. Schrappe

Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn



Prof. Dr. M. Schrappe



PSI-Register des IfPS: area-Indikatoren

- Systematischen Review: 6000 Qualitätsindikatoren
- Davon: 2973 potentielle Patientensicherheitsindikatoren (PSI)
- Davon: 707 area-Indikatoren
 - davon 332 reine area-Indikatoren
Beispiel: „Problems with Child Birth“ (PSI für das Gesundheitssystem von OECD-Staaten)
 - 375 Indikatoren auf area- und provider-Level
Beispiel: „Unplanned re-admission to an intensive care unit“ (Australian Institute for health and welfare: towards national indicators of safety and quality in health care)
 - 104 area-Indikatoren beziehen sich auf AMTS
Beispiel: „heart failure – Prescribing of beta-blockers“ (NHS Clinical Indicators Report)
- davon 35 reine area-AMTS-PSI, 69 area+provider-Ebene



Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Regionale Versorgung
- ➔ Qualitätsindikatoren mit regionalem Bezug
- ➔ Wettbewerb und Rahmenplanung
- ➔ Weitere Entwicklung



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Auftrag vom 21.11.2007:

Sondergutachten des SVR 2009

"Generationenspezifische Gesundheitsversorgung
in einer Gesellschaft des längeren Lebens"

Koordination der Versorgung

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

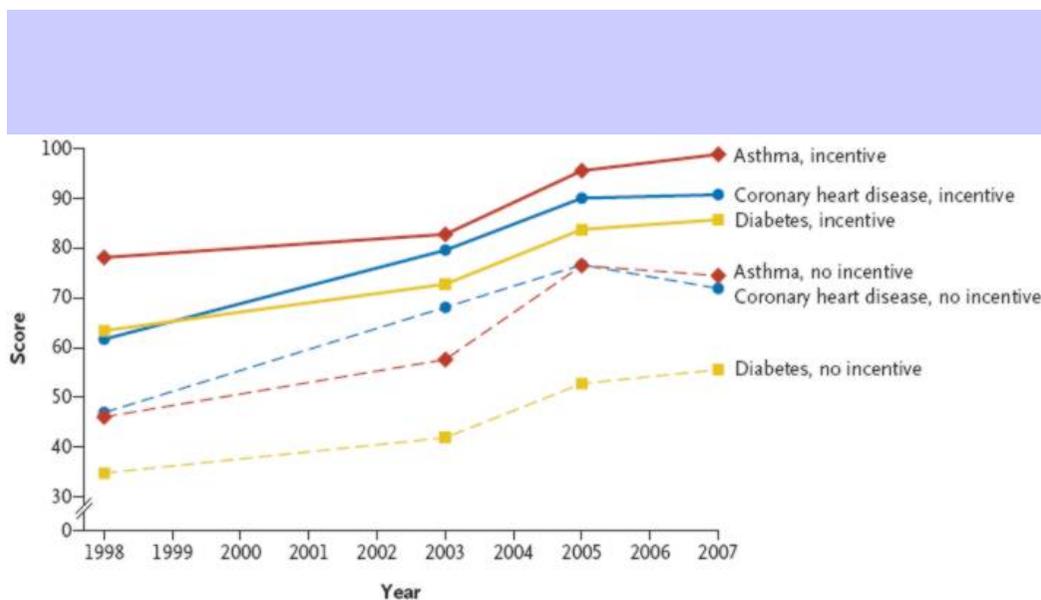
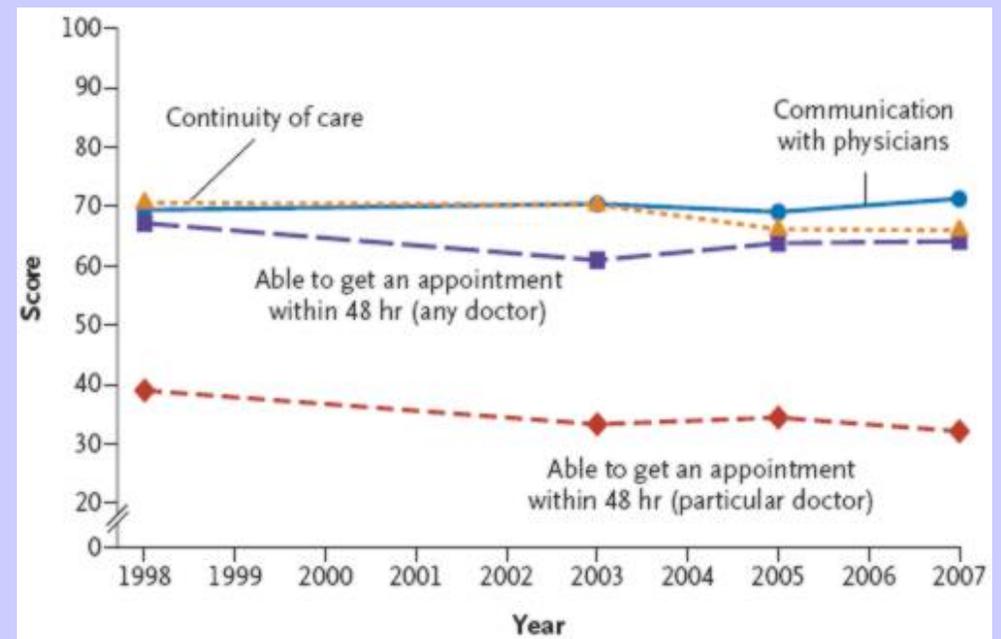
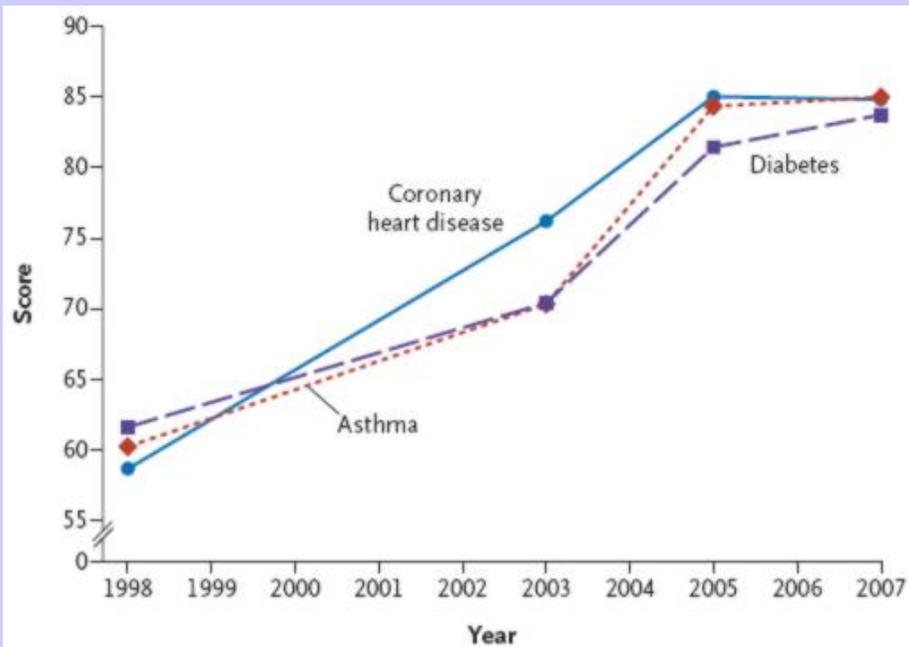
- ➔ Generationsbezogene Koordination
- ➔ Regionale Koordination der Versorgung

Qualitäts-bezogene Anreizsysteme

- ➔ Veröffentlichung von Qualitätsdaten
"public disclosure"
 - Qualitäts-bezogenes Patienten- und Einweiser-
verhalten, Reputation als Anreiz
- ➔ Qualitäts-bezogene Vergütung
"pay for performance"
 - Finanzielles Anreizsystem

P4P Primary Care UK

- ➔ **Design:**
 - interrupted time series analysis
 - 42 family practices '98, '03 (pre), '05, '07 (post)
 - indicators asthma, diabetes, coronary heart dis.,
pat. perception access, continuity, communication
- ➔ **Results:**
 - rate of improvement '05 increased for asthma
and diabetes, not for chd.
 - '07 ceiling effect
 - indicators not associated with incentive decreased
for asthma and coronary heart disease
 - no difference for acces to care and interpersonal
aspects, but reduction of continuity of care
immediately after introduction of p4p



Koordination

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

Managed Care: Elemente

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

SVR Sonder-GA 2009, Nr. 965

Prof. Dr. M. Schrappe

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

Unterformen Managed Care

➔ Systematisierung als Basis der Evaluation

- ➔ **Typ 1:** Direkte Anstellung von Ärzten bei Managed-Care Trägern
- ➔ **Typ 2:** Freies Kontrahieren von Ärzten/Krths. 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

Managed Care in Deutschland

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Regionale Versorgung
- ➔ Qualitätsindikatoren mit regionalem Bezug
- ➔ Wettbewerb und Rahmenplanung
- ➔ Weitere Entwicklung



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Optimismus ist notwendig:

- ➔ Konkurrierende Zuständigkeit Bund-Länder
- ➔ Heterogene Regelungen zum Innovationstransfer
- ➔ Konkurrenz innerhalb der Selbstverwaltung
- ➔ Fachlicher Entwicklungsrückstand
- ➔ Datenquellen
- ➔ ...

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

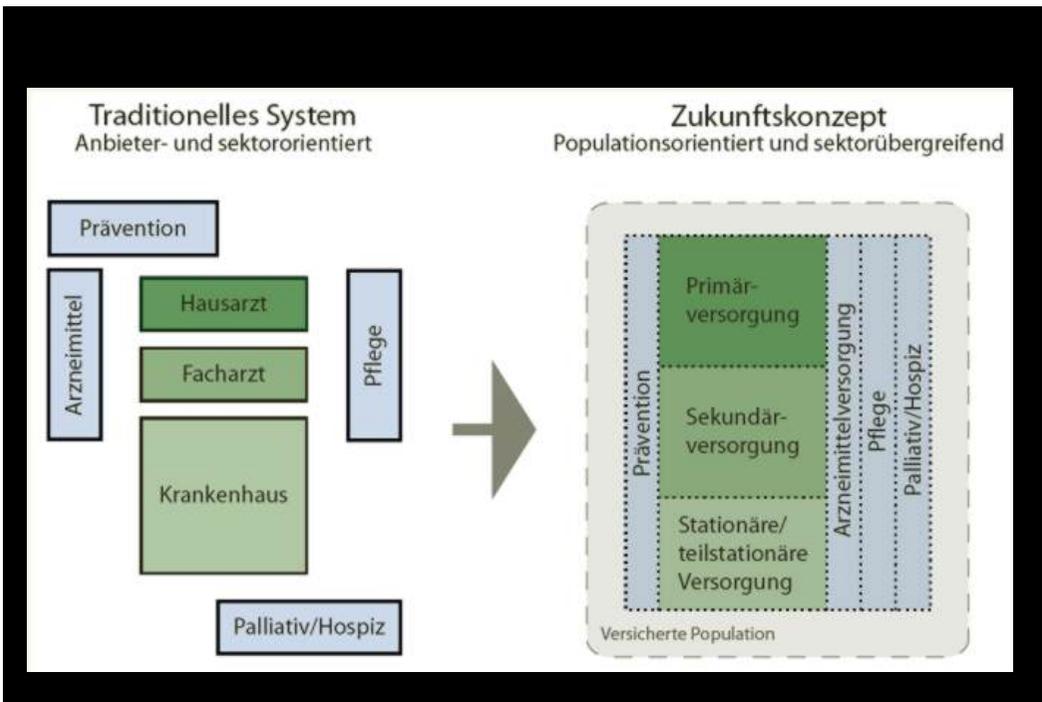
Prof. Dr. M. Schrappe

Drei "große Linien"

- ➔ Veränderte "Work-Life Balance" der Gesundheitsberufe
- ➔ Entwicklung fortgeschrittener Organisationsformen
- ➔ Effizienz im Bereich der sekundär-fachärztlichen Versorgung

SVR Sonder-GA 2009

Prof. Dr. M. Schrappe



Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Prof. Dr. M. Schrappe

