

Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

Berlin, 15. September 2009

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Sachverständigenrat
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Ausgangspunkt: Besondere Merkmale des deutschen Gesundheitswesens

Arzt-Patient-Kontakte

(n. Grobe et al. 2008, 1,6 Mio. Versicherte der Gmünder ErsatzKasse)

- **92,6% der Bevölkerung** innerhalb eines Jahres bei ambulant tätigem Arzt
- **Ø 17,9 Arztkontakte/Jahr/Einwohner** davon 7,1 Kontakte mit Allgemeinärzten
- **Inanspruchnahme** in den letzten vier Jahren: **plus 7%** (*trotz* Einführung der Praxisgebühr)
- **Beliebiger Montag**: fast **8%**, an **Spizentagen** (z.B. 01.10.2007) **11,75%** der deutschen Bevölkerung (= **9,7 Mill. Personen**)

Diagnosen je Patient

(n. Grobe et al. 2008, 1,6 Mio. Versicherte der Gmünder ErsatzKasse)

- Bevölkerungsdurchschnitt pro Person/Jahr (2007):
25,8 (ICD-) Abrechnungsdiagnosen.
Bereinigt um Doppeldiagnosen etc.:
9,3 abklärungs-/behandlungsbed. Diagnosen
- Trotz fraglicher Validität abrechnungsbegründender Diagnosen:
 - **Versorgung** erscheint **fragmentiert**
 - Hinweise auf **mangelnde Kooperation** und **Prioritätensetzung**

Kurze Sprechstunden und lange Arbeitszeiten

- **Ärztliche Konsultationszeiten:** in Deutschland pro Patient um 30% kürzer als im europäischen Durchschnitt und damit die **kürzesten in Europa**.
- Dennoch haben deutsche Ärztinnen und Ärzte **längere Arbeitszeiten** (*IQWiG 2008*).
- **Fazit:** Deutsche Ärzte (und ihre Patienten) befinden sich in einem „**Hamsterrad**“

Verteilung der Vertragsärzte

Jahr	Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung	
	Allgemein-/Praktische Ärzte, Internisten, Kinderärzte		Alle anderen Facharztgruppen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1991	44.521	60,1%	29.542	39,9%
1992	45.831	59,3%	31.445	40,7%
1993	62.375	59,7%	42.181	40,3%
1994	62.340	58,7%	43.900	41,3%
1995	62.477	58,1%	45.020	41,9%
1996	59.828	54,8%	49.290	45,2%
1997	60.244	54,6%	50.151	45,4%
1998	59.120	52,5%	53.563	47,5%
1999	59.188	52,4%	53.746	47,6%
2000	59.601	52,3%	54.418	47,7%
2001	59.555	51,6%	55.890	48,4%
2002	58.844	50,7%	57.221	49,3%
2003	58.718	50,3%	57.977	49,7%
2004	58.837	50,3%	58.153	49,7%
2005	58.698	49,9%	58.849	50,1%
2006	58.602	49,5%	59.675	50,5%
2007	58.304	49,1%	60.554	50,9%

1993 bis 2007:

Fachärzte: +43,6%

Hausärzte: -6,5%

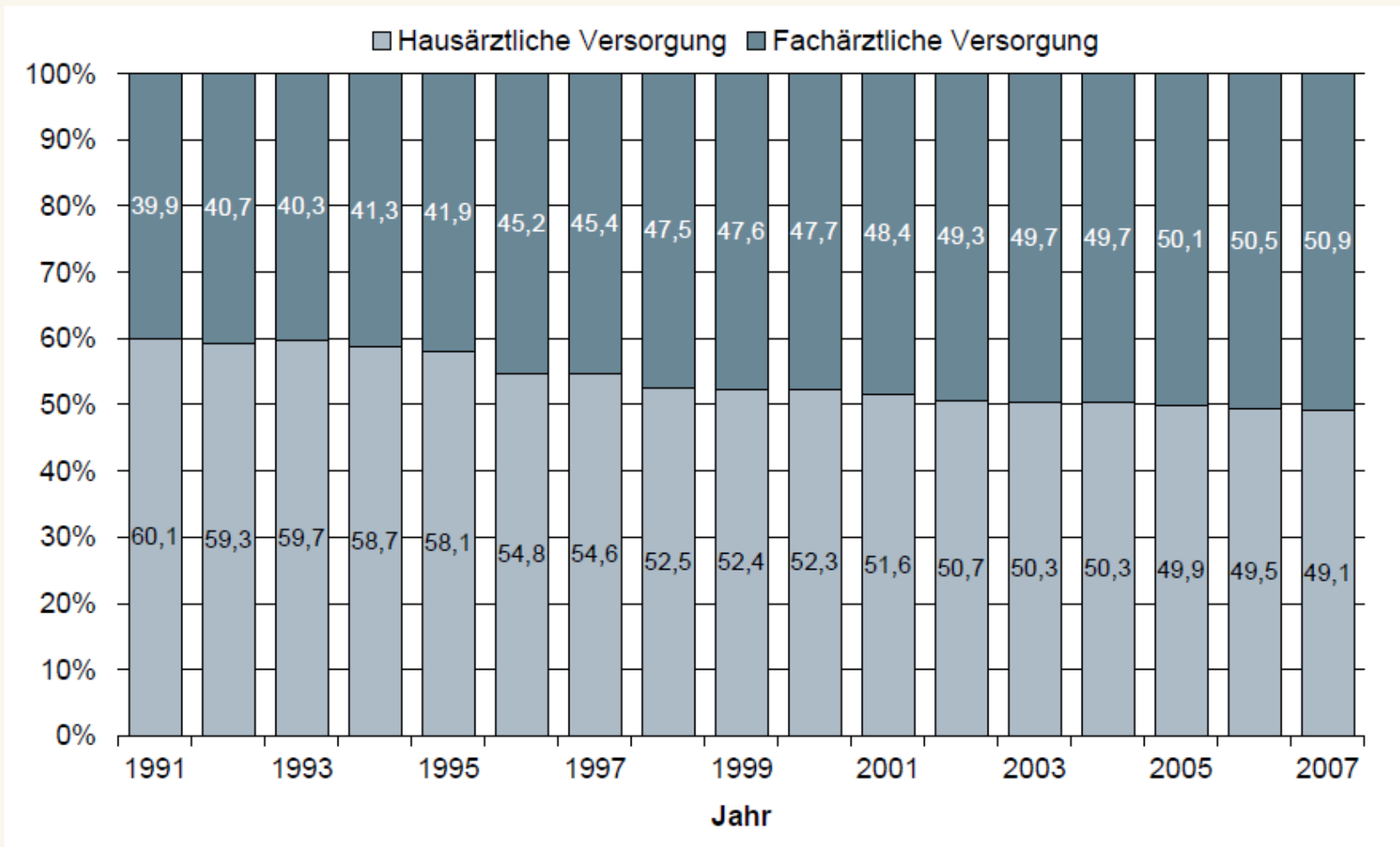
Tabelle 80, Seite 587

Vertragsärzte ohne Partner-Ärzte
ab 1993: auch neue Bundesländer
 ab 1996: Auf Grund der gesetzlich
 geforderten Entscheidung zur haus-
 ärztlichen Versorgung (GSG 1993)

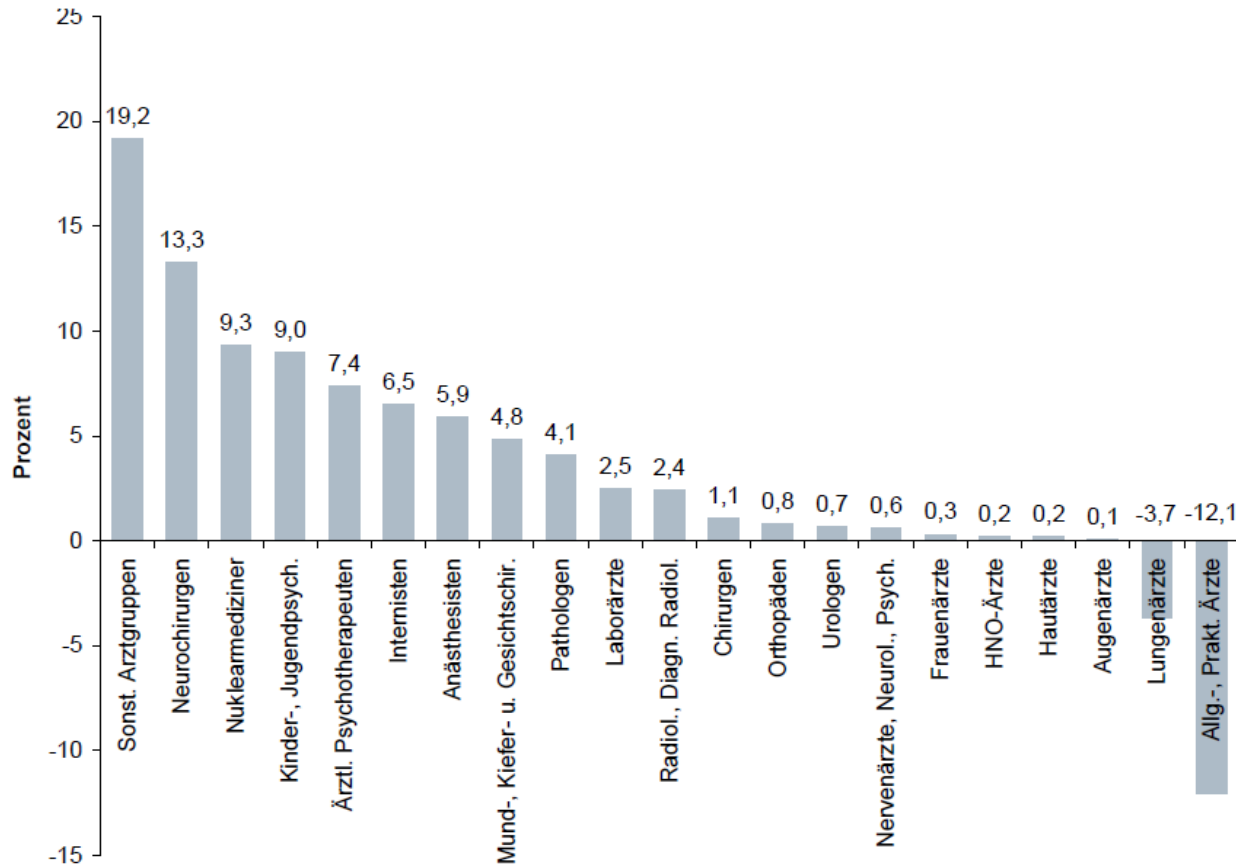
Quellen: Kopetsch 2003, 44;
 Gesundheitsberichterstattung des
 Bundes 2008, eigene Berechnungen

Verteilung der Vertragsärzte

(Abb. 49, S. 588)



Mittlere jährliche Wachstumsraten 1996-2007



Sonst. Arztgruppen: u. a. Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Hygieniker, Immunologen, Mikrobiologen, Pharmakologen, Physiologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner.

Abb. 50, Seite 590
hausarztnahe
Facharztgruppen:
niedrige Zuwächse

krankenhausnahe
Spezialisten: hohe
Wachstumsraten

Quellen:
 KBV, Gesundheits-
 berichterstattung des
 Bundes 2008, eigene
 Berechnungen

Bewertung dieser Entwicklung

- **Überdurchschnittliche Zunahme** krankenhaushnaher Leistungen durch hoch spezialisierte Fachärzte:
per se noch *kein* Indiz für ineffiziente oder ineffektive Gesundheitsversorgung
- **Ineffiziente sektorale Konkurrenz:**
 - a) **mangelnde Verzahnung** mit stationärem Sektor
 - b) **unzureichende Wettbewerbsbedingungen** zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern

Nachwuchs!?

- **Weiblich** (60 > 70%)
- Sucht **mehr Flexibilität**: weniger dauerhafte örtliche Bindungen (u.a. anspruchsvolle Partner)
- **Weniger** bereit, **Risiken/langdauernde Verpflichtungen** einzugehen (Schulden, Regresse etc.)
- **Mehr (angestellte) Teilzeittätigkeiten** gesucht
- Eher in **Kooperationen** tätig
- Eher **städtisch** orientiert
- Eher **Fächer** mit strukturierter **Weiterbildung**, geringerer **Arbeitsbelastung**, besserem **Einkommen**, höherem **Sozialprestige** ...

Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

Sachverständigenrat

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Kernziele

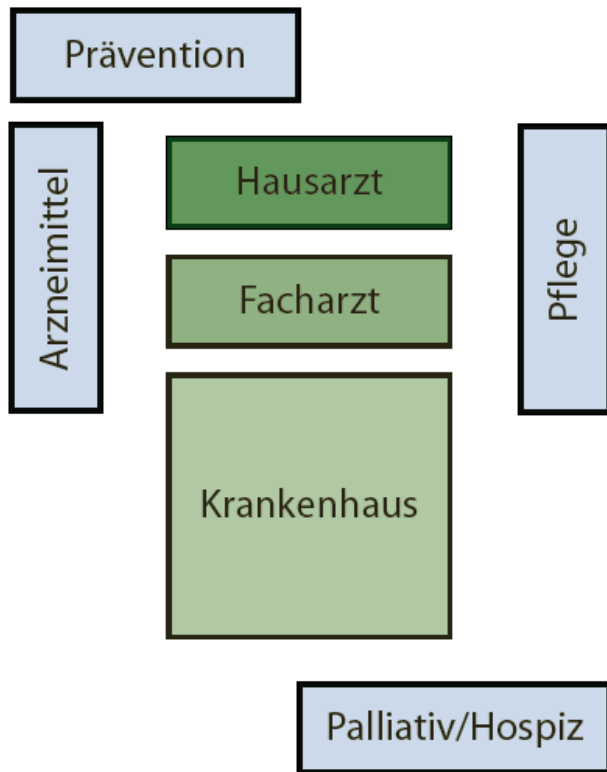
- Einstellung auf **demographischen Wandel, Änderung des Morbiditätsspektrums**
- Stärkung von **Nachhaltigkeit** und **Prävention**
- **Reduktion unnötiger Kontakte/Arbeitsbelastungen:** „Raus aus dem Hamsterrad!“
- Überwindung ineffizienter sektoraler Konkurrenz: **bessere Koordination**
- **Bedarfsgerechte Struktur** der Leistungserbringer
- Für den **Nachwuchs** attraktive Arbeitsbedingungen
- ...

Ausgewählte Konzepte

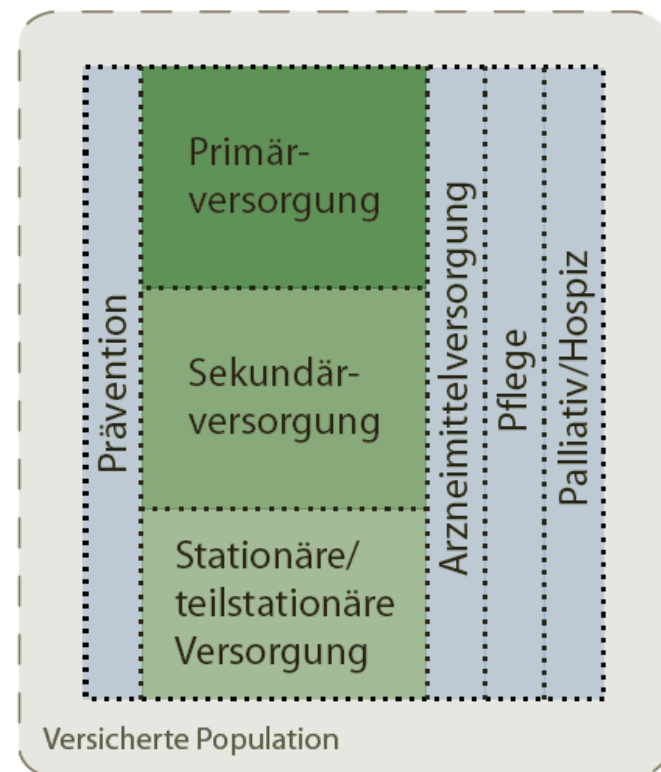
- **EU-Konzept zur Primärversorgung**
- **Patient-Centered Medical Home**
- **Bellagio-Modell** zur bevölkerungsorientierten Primärversorgung
- **Roadmap** des Royal College of General Practitioners
- **Chronic Care-Modell** zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker
- **Kooperation mit anderen Berufsgruppen** (AGnES, MoPra, VERAH)
- **Managed Care** (eigener systematischer Review)

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend



Hauptmerkmale der Versorgung

- **Koordiniert** (sektorübergreifend integriert)
- **Populationsbezogen** (versichertenbezogen)
- **Regional differenziert**

- Vorweg: *keine* unreflektierte 1:1-Übernahme von US-amerikanischen Managed Care-Modellen, aber Adaptation sinnvoll erscheinender Elemente und Maßnahmen
(eigener systematischer Review)

Eckpunkte (I.)

- **Qualitativ hochwertige Primärversorgung** als Fundament, entscheidend: Koordination der Gesundheitsversorgung
- **Definierte Population** (*defined population*)
Grundvoraussetzung für populationsbezogene Ansätze, mit Einschreibung, möglichst viele Entscheidungen vor Ort/in der Region
- **Patientenzentrierte Versorgung** (*person centred*)
mit Ausrichtung an Bedürfnissen bzw. Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker

Eckpunkte (II.)

- **Umfassende, horizontal + vertikal** (sektorenübergreifend) **koordinierte Grundversorgung** aus einer Hand (*comprehensive, co-ordinated care*)
- **Kontinuierliche Versorgung** (*long-term continuity*): Informationsverluste und diskontinuierliche Betreuung (bei chronisch Kranken) vermeiden
- **Gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit** (*available, accessible, equitable*): niedrigschwellige Erreichbarkeit nach objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen für alle Bevölkerungsgruppen

Eckpunkte (III.)

- **Weiterentwicklung der Vergütungs-/Honorierungssysteme** (*payment mix*): umfassende risiko-adjustierte kontaktunabhängige Capitation kombiniert mit qualitätsbezogenen Anreizen
- **Erprobung und Evaluation wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP)**
- **regionale bzw. lokale Adaptation:**
Anpassung an existierende Versorgungsstrukturen und lokale Erfordernisse/Präferenzen

Capitation

- **Capitation** als **prospektives Vergütungssystem**
- Zu erwägende und zu erprobende **Instrumente**:
 - Cost Sharing-Verträge für definierte Leistungen einer Behandlungsart,
 - Diagnosis Related Groups (DRGs) für einen erbrachten Fall
 - Risk-Sharing im Sinne eines *payment by results*, und
 - **umfassende (Full-)Capitation**, die alle Leistungen für alle (eingeschriebenen) Versicherten einbezieht (Capitation i. e. Sinne)
- Bei allen Varianten: **Gefahr v. Patientenselektion** u. **Qualitätsmängeln** (z.B. Leistungsverweigerung)
- Deshalb: **Qualitäts(zu)sicherung, Transparenz** und Stärkung der **Patientenrechte**

Ergänzend: qualitätsbezogene Anreize

- **Area-Indikatoren:** ergänzen leistungserbringerbezogene Indikatoren
(Entwicklung z.B. durch fachlich unabhängige Institution nach § 137a SGB V, vgl. auch GA 2007, Ziffer 501)
- **Access-Indikatoren:** beschreiben Zugang zu Leistungen auf allen Ebenen
(GA 2007, Ziffer 491ff)
- **Qualitätsindikatoren** für Versorgung von Patienten mit **multiplen und chronischen Erkrankungen**

Gatekeeping

- International häufig: **Zugang zu spezialisierter Versorgung durch Haus-/Primärärzte**
Ziele: Optimierung der Behandlungsabläufe, Qualitätssteigerung, Kosteneffektivität
- **Systematischer Review des Rats**: Hinweise auf gleichwertige Gesundheitsergebnisse u. gesundheitsbezogene Lebensqualität, verringerte Kosten
- **Empfehlung: kein *isoliertes* Gatekeeping**, aber Versorgungsmodelle mit zielgerichteter und koordinierter Überweisung zum Fachspezialisten

Primärversorgung: Kriterien

- **Zugänglichkeit** (*accessibility*), **Gleichheit** (*equity*)
Angemessenheit (*appropriateness*), **Qualität** (*quality*)
Effizienz (*efficiency*), **Kontinuität** (*long-term continuity*),
Bevölkerungsbezug (*community/public health oriented*)
- **Meta-Review des Rats** (22 Reviews, über 1.000 Studien):
 - **Bestätigt Bedeutung** der Kriterien
 - **Länder mit starker Orientierung** daran **im Vorteil**
 - **Allgemeinmedizinische Versorgung** generell: besonders **bei chronischen Erkrankungen** vorteilhaft
 - **Spezialisten: seltene, einige akute** Erkrankungen
 - **Kosteneffektivität** zumeist **höher**
 - Aber: **zahlreiche** methodische **Limitationen**

Zukunftskonzept: Umsetzung am Beispiel von Primärversorgungspraxen (PVP)

Sachverständigenrat

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Primärversorgungspraxen (PVP)

Merkmale: Ansatzpunkte für Veränderungen

- **„Entwickelte Organisationen“**
- Größere Einheiten: **4-6 Ärzte, spezialisierte MFAs und Krankenschwestern**
- Einschreibemodell: **Feststehende Population**
- **Teamansatz:** Einbeziehung nichtärztlicher Berufe
- **Liaison:** mit Fachspezialisten aus Klinik/Praxis
- **Hausärzte** als Koordinatoren/Moderatoren **mit Letztverantwortung**
- Erweiterte **Öffnungszeiten**, flexible **Arbeitszeiten**

Primärversorgungspraxen (PVP)

Merkmale: differenzierte Versorgungsangebote

- Systematische **Analyse/Stratifizierung nach Risiko der Patientenpopulation** (z.B. Diabetiker)
- **Spezielle Versorgungsangebote** (z.B. ImpfreCALL) für unterschiedliche Patientengruppen
- Strukturierte, interdisziplinäre Versorgung in **separaten Sprechstunden**
- **Case Management**, langfristiges **Monitoring**, **Schulung** chronisch Kranker **durch MFAs**
- **Einbeziehung chronisch Kranker** in die Therapie
- **Kommunikationswege**: E-Mail, Telefonsprechst.

Primärversorgungspraxen (PVP)

Problem

Kontinuität d. Arzt-Patient-Beziehung!?

- Studie in 284 Hausarztpraxen in zehn europäischen Ländern (inklusive Deutschland): **Patienten fühlen sich in kleineren Praxen signifikant besser betreut** als in größeren Praxen mit mehreren Ansprechpartnern bzw. Mitarbeitern (Wensing et al. 2008)

→ Teamlet-Modell

(Arzt *plus* MFA/Pflegekraft)

Voraussetzungen für PVP

- **Personalentwicklung** für **Ärzte** (Moderation, Management, Organisationsentwicklung) und **MFAs** (Praxis-, Case Management, VERAH etc.)
- Räumliche **Infrastruktur, IT-Unterstützung**
- Gezielte **Qualitätsentwicklungsstrategien**
- **Honorierung**: Team-, Präventions-, Koordinations-, Kooperations- und Management**leistungen**
- **Finanzielle Förderung**: IT-Lösungen (auch Telemonitoring), Qualitätsförderung (z.B. Leitlinien, QM), Erreichbarkeit (auch via Internet/Telefon)

Hausärztliche Versorgung im ländlichen Bereich

- Vor allem im ländlichen (und ärmeren städtischen) Bereich gefährdet
- Nach regionalen Besonderheiten:
zentrale Hausarztversorgung mit Konzentration in zentralen Orten *und/oder*
dezentrale Hausarztversorgung: jede Gemeinde als Standort ärztlicher Grundversorgung, Sicherstellung z.B. über „Kooperationspraxen“
- Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner/km²:
„Landarztträume“ mit Anpassung der Vergütung

Sektoren überwinden (I.)

- **Stärkung der primärärztlichen Versorgung** mit dem **Ziel optimaler Koordination**
- Vorausgesetzt: ineffiziente **sektorale Konkurrenz** der sekundärfachärztl. Versorgung **überwinden**
- Sektorübergreifende, populationsbezogene Versorgung mit „**Finanzierung aus einer Hand**“
→ **Neubestimmung der Position und Aufgabenstellung** aller vier Bereiche:
 - primärärztliche
 - ambulante sekundärfachärztliche
 - am Krankenhaus erbrachte sekundärfachärztliche
 - vollstationäre Versorgung

Sektoren überwinden (II.)

- **Sekundärfachärztliche Versorgung** wird **gestärkt**:
 - ineffiziente konkurrierende Strukturen mit hohen Investitions- und Vorhaltekosten beendet
 - Ort der Leistungserbringung nach Maßgabe medizinischer und pflegerischer Gesichtspunkte
- **Prävention, palliativmedizinische Versorgung** und **Arzneimittelversorgung** **gemeinsame Aufgaben** aller vier Bereiche

Keine Präferenz für Trägergruppen oder Betreibermodelle

- **Drei Trägergruppen** für sektorübergreifende / populationsbezogene Versorgung wahrscheinlich: **Kliniken/-zusammenschlüsse, Krankenversicherungen, Gruppen niedergelassener Ärzte**
- **Voraussetzungen** für Einführung von „Managed Care“-Elementen im SGB V **weitgehend gegeben**
(GA 2007, Ziffer 378 ff)
- Breites Spektrum von Vertragsoptionen, Auswahl der präferierten Varianten als **Suchprozess**

Beispiele, Initiativen

- **Gesundes Kinzigtal** (Ziffer 885)



- **Prosper-Netze** der Knappschaft (Ziffer 888)

prosper

- **AOK-Verträge BaWü** (Ziffer 882)



- **SCHAAZ** – Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum (Ziffer 1165)



- **Gesundes Leinetal**



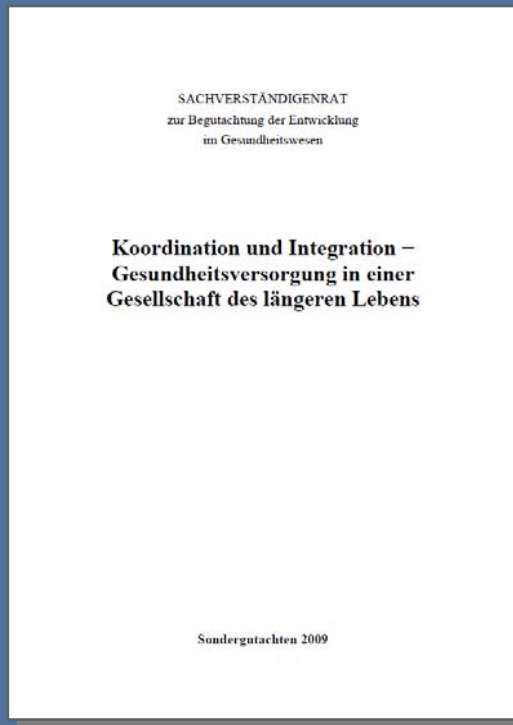
- **solimed**



- ...

Versorgungsforschung

- **Gutachten: weitreichende Veränderungen** für das deutsche Gesundheitssystem vorgeschlagen
- Wissenschaftliche **Evaluation notwendig**:
 - Konsequenzen für Versicherte, Leistungserbringer, Kostenträger und gesamtes System?
 - Entscheidung, ob neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breit implementiert werden sollen
- Ergebnisse für Weiterentwicklung der GKV wichtig: **Kassen** sollten gesetzlich Möglichkeit haben, **Studien mit festem prozentualen Anteil der Leistungsausgaben** zu finanzieren



Langfassung
(Download)



Kurzfassung
(Download)



Bundesanzeiger
Verlagsgesellschaft

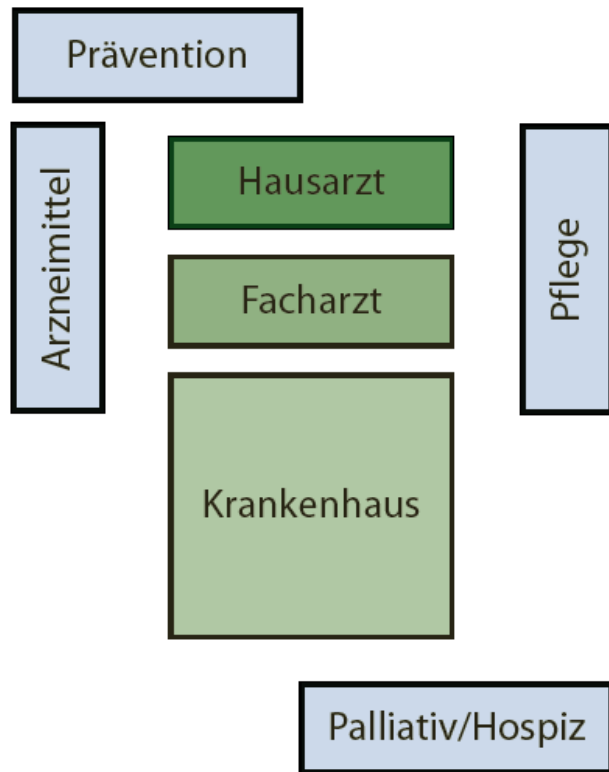
weitere Informationen unter:
www.svr-gesundheit.de

Sachverständigenrat
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend

