

Herausforderung: Nachhaltige Gesundheitsversorgung

Thesen für :

Grün macht Gesünder – Gesundheitstag Ulm, 10.7.2010

Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal GmbH,
Haslach (Südbaden) und Vorstand OptiMedis AG, Hamburg

✓ Derzeitige Probleme im Gesundheitswesen:

- Die heutige Vergütung im Gesundheitswesen führt zu einem „Hamsterradeffekt“. Wer die Leistungsmenge erhöht und sich am besten die Schwächen des Systems zu eigen macht, wird belohnt
- Nicht die Genesung des Patienten sondern die Behandlung des Kranken wird entlohnt
- Nicht der Erfolg einer therapeutischen Intervention / eines Pharmakons / einer medizintechnischen Intervention sondern der Einsatz wird belohnt = Fehlanreize
- Einsparungen in Höhe von 11 bis 15 Milliarden € sind notwendig, um das Defizit im GKV-Bereich zu decken. und derartige Interventionen werden stetig weiterhin notwendig sein, solange das Hamsterrad bleibt

- ✓ Eine Ausweitung Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) oder eine Ausweitung von einer nur noch teilweisen Kostenerstattungen

Manko: Der Arzt wird in die Rolle eines Kaufmanns gedrängt und die Arzt-Patienten-Beziehung beschädigt.

- ✓ Pauschalierung von Leistungen

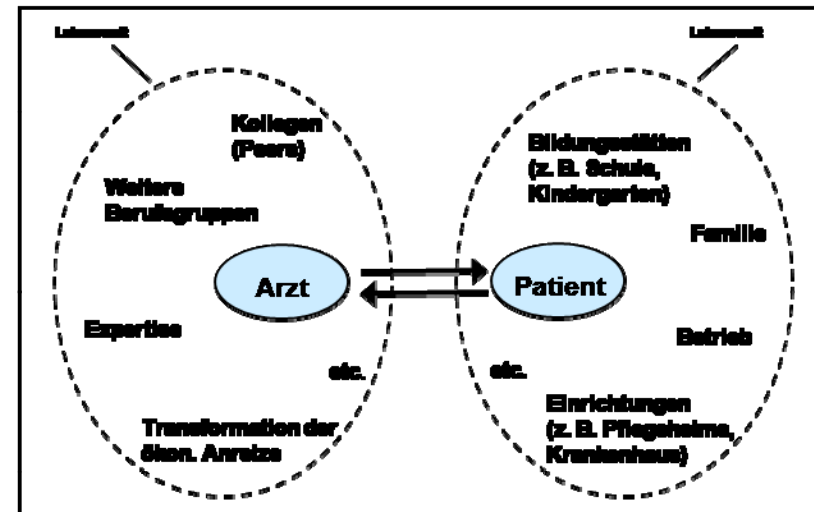
Manko: Pauschalierung führt zur Reduktion notwendiger Leistungen bzw. einer Verschiebung der Leistungserbringung in andere Sektoren.

- ✓ **Regional vernetzte Gesundheitsversorgung**

Pluspunkte: Balancierte Mischung aus leistungs- und erfolgsbezogener Vergütung, bei der die regional tätige Ärzteschaft die Versorgungsverantwortung für die regionale Population übernimmt. Dadurch wird gleichzeitig die wohnortnahe Versorgung auf dem Land gesichert.

- ✓ Gerade die zunehmenden chronischen Erkrankungen sind in hohem Maße untereinander und mit Lebensstilfragestellungen vergesellschaftet. Die nach Sektoren fragmentierte Versorgung wird weder den Bedürfnissen der Patienten noch den objektiven Bedarfen der Erkrankungen gerecht.
- ✓ Benötigt wird ein intensives evidence-based **präventives** und **therapeutisches sektor- und indikationsübergreifendes Management** in einer **optimalen Arzt-Patienten-Interaktion**.

Der Ko-Produktionsprozeß von Gesundheit zwischen Arzt und Patient in Ihrer jeweiligen Umgebung



Eigene Darstellung, Hildebrand 2009

- ✓ Hierfür wird eine **interdisziplinäre Kooperation der Ärzte** und eine **neue Management-Instanz** benötigt... für die Organisation der Versorgungsabläufe wie für die parallel zu organisierende Gesundheitsförderung / Salutogenese.
- ✓ Optimal hat diese Instanz einen **ökonomischen Salutogenese-Anreiz**, der die gelungene Optimierung und zielgerichtete **Gesundheitsförderung** und damit die relativ gesunkenen Gesundheitskosten quer über alle Sektoren **belohnt**. Dazu muss das IV-System laufend datengestützt **hinzu lernen können**.
- ✓ Von hoher Bedeutung dabei: Der Patient als **„Co-Produzent“** muss **Subjekt** bleiben und darf nicht in neuer Form wiederum zum Objekt gemacht werden.

Vorstand der OptiMedis AG: **Helmut Hildebrandt**

Apotheker und Gesundheitswissenschaftler, über 20 Jahre Kompetenz als Berater für die WHO, für Ministerien, Krankenhäuser und Ärztenetze, vielfältige Managementenerfahrungen



Ziel: Aufbau regionaler Integrierter Vollversorgungslösungen als Basis für eine nachhaltige sozial gerechte Gesundheitsversorgung. Betonung einer gesundheitswissenschaftlichen und Public Health Perspektive sowie einer Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention.

Zurzeit: Drei Managementgesellschaften und fünf Entwicklungsverträge mit Ärztenetzen bzw. einem Städtischen Klinikum – Verhandlungen mit zahlreichen Krankenkassen

Gründung: 2003, bekanntestes Pilotprojekt: Gesundes Kinzigtal GmbH

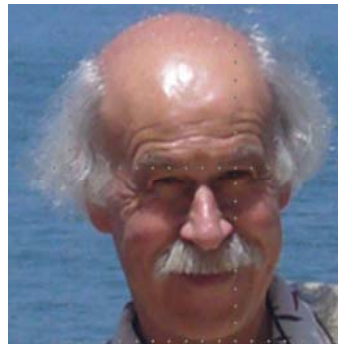
Zurzeit 15 Mitarbeiter/innen mit Gesundheitsökonomie, Management und IT-Hintergrund

Aufsichtsrat der OptiMedis AG

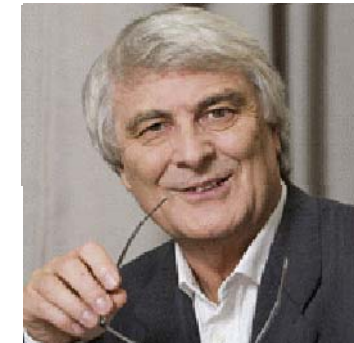
**Dr. med. Manfred
Richter-Reichhelm,**
Vorsitzender



**Prof. Dr. med. Dr. phil.
Alf Trojan,**
stv. Vorsitzender



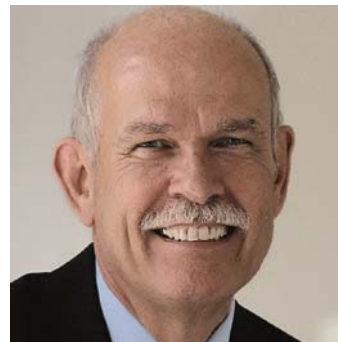
**Prof. Dr. rer. nat
Gerd Glaeske**



**Dr. med. Hans-Nikolaus
Schulze-Solce**



**Prof. Dr. rer. pol.
Eberhard Wille**

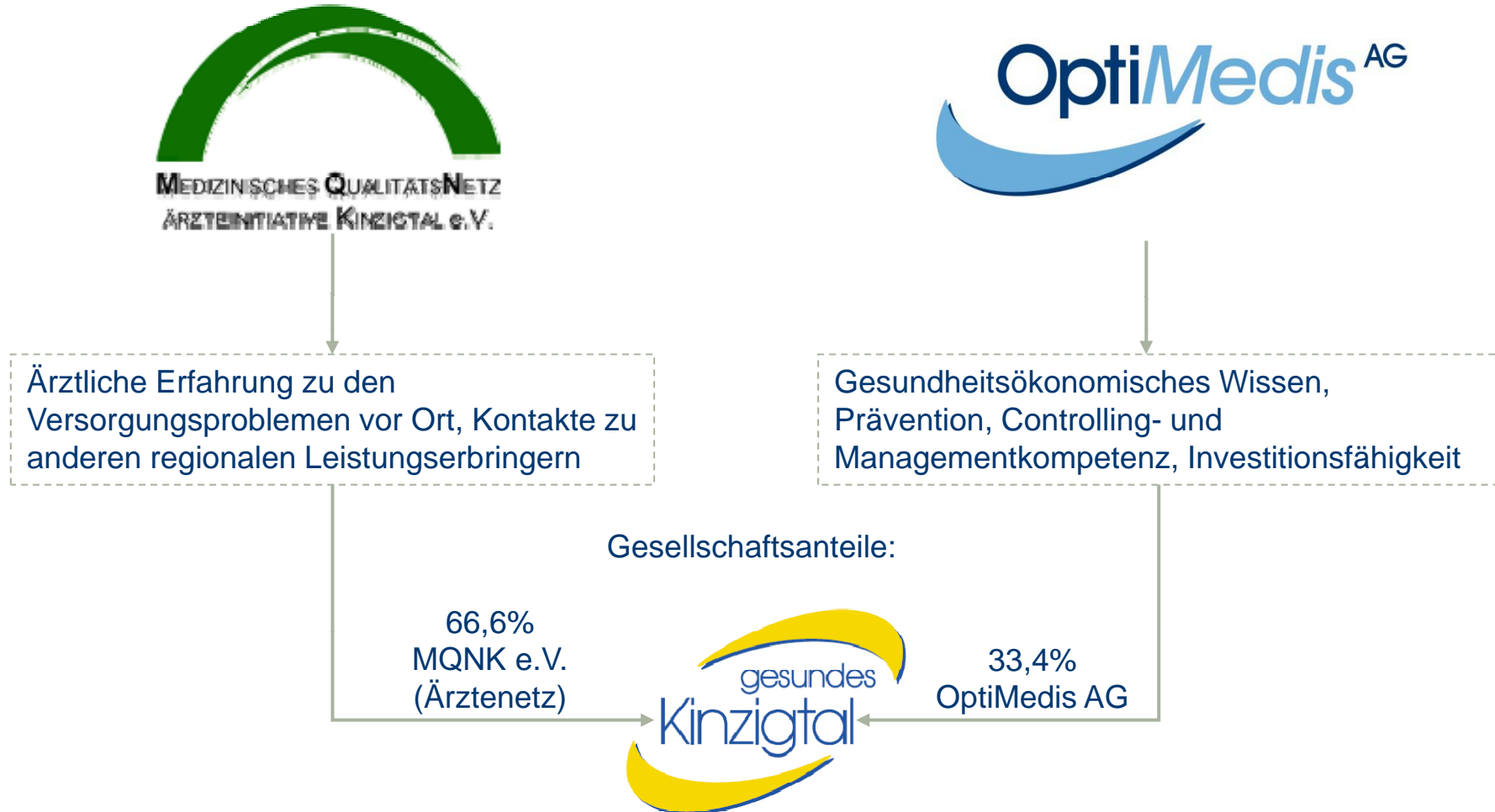


**Dr. Hans Jürgen
Ahrens**

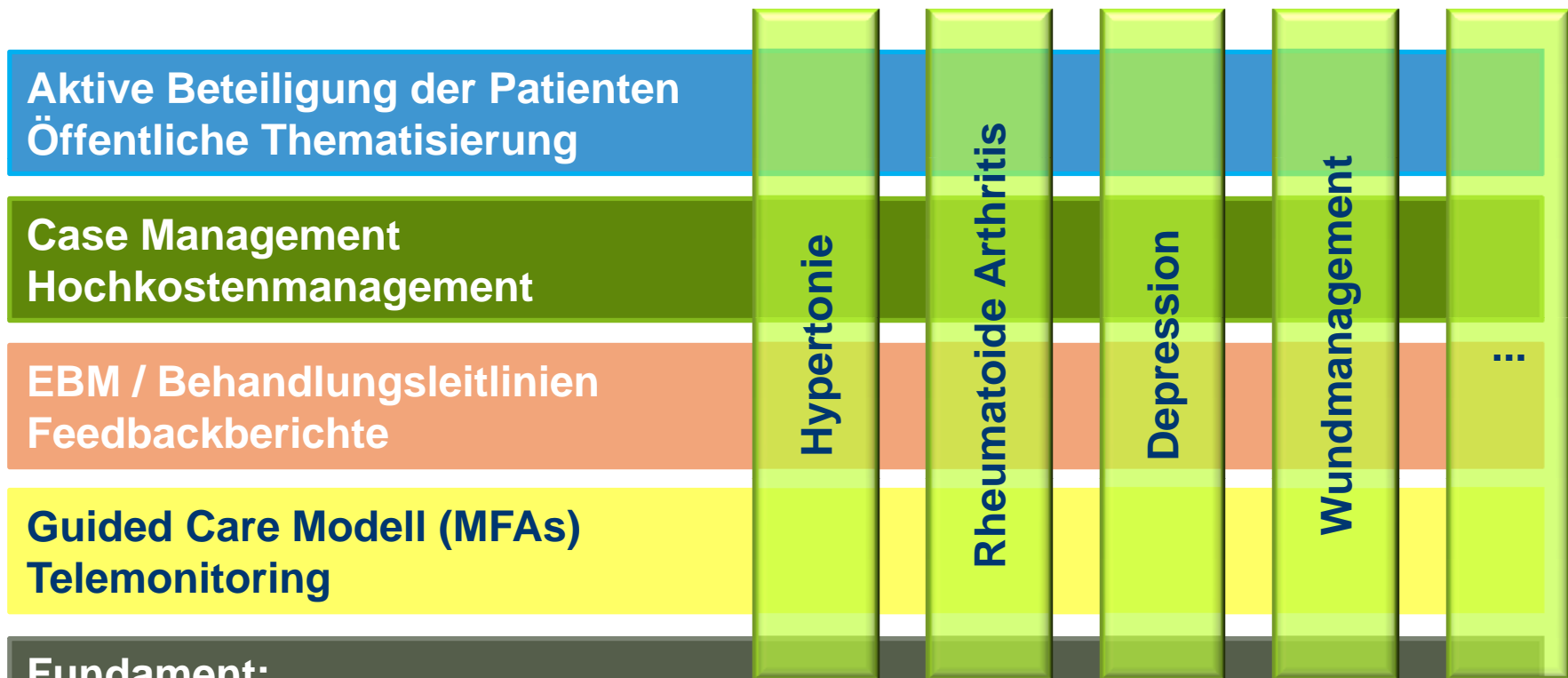


Gesundes Kinzigtal GmbH: Integrierte Vollversorgung für eine Region

Zwei engagierte Partner:



Disease Management nach Indikationen (Beispiele)





Fundament:

- Nachhaltiges Interesse der Ärzteschaft durch indirekte Beteiligung am erzeugten Gesundheitsnutzen
- Hohe Effektivität durch gezieltes regionales intersektorales Management

Vernetzung – ca. 75 Leistungspartner und 260 Personen....

Stand Juli 2010	Akteure	Anzahl
Einwirkung über Leistungspartner und Programme auf Versicherte der AOK und LKK (Gesamtzahl ca. 30.000, davon über die Haus- bzw. Fachärzte bzw. Öffentlichkeitsarbeit erreicht)		ca. 65%
Direkte Mitgliedschaft bei Gesundes Kinzigtal (ca. 24% der Versicherten = ca. 40% der Gesamtkosten)		6.925
Leistungspartner	Haus-, Fachärzte u. Psychotherap. ca. 54% der Praxen Praxispersonal = Medizinische Fachangestellte	57 ca. 155
	Kliniken ca. 85% der Fallzahlen abgedeckt	7
	Physiotherapeuten	3 + 5
	Pflegeheime ... ca. 60% der Heimplätze	10
	Ambulante Pflegedienste	5
Weitere Kooperationspartner	Apotheken ... ca. 60%	14
	Fitness-Studios ... ca. 80%	7
	Vereine wird noch ständig erweitert	25

Stand Juli 2010	Programme	TN
	<p>Starkes Herz: Stufenförmig aufgebautes Gesundheitsprogramm für Herzinsuffizienz-Risikopatienten mit einem extern durch ein Call Center + Telemed. begleit. Ast</p>	67
	<p>Gesundes Gewicht: frühzeitige Erkennung und Versorgung von Patienten mit Metabolischem Syndrom</p>	129
	<p>Rauchfreies Kinzigtal: Ärztl. intensiv begleitete Raucherentwöhnung mit multimodalem Programm</p>	132
	<p>AGIL – Aktive Gesundheitsförderung im Alter: Gruppentraining mit weitergehenden individualisierten Informationen zu Gesundheit u. besserem Management</p>	511
	<p>Psycho – Akut: Pat. In akuten Krisen, kurzfristige ärztlich/psycholog. Therapie</p>	129
	<p>Starke Muskeln – Feste Knochen: Multimodales fach-ärztl.-hausärztl. Progr. zur Präv. von osteop. Frakturen</p>	466
	<p>Sozialer Dienst: Spez. hausärztl. + sozialarb. Gesundheits- und Sozialberatung bei komplexen Problemlagen</p>	78

Stand Juni 2010		DMPs und weitere Angebote für eingeschriebene Versicherte				
Disease-Management-Programme	Diab. M. Typ 2	KHK	Brustkrebs	Asthma	COPD	Gesamt
	841	280	17	99	155	1.392
	Gesundes Kinzigtal bewegt - Gutscheinprogramm für die aktive Mitgliedschaft in Sport- und Turnvereinen in Höhe von 15 EUR und Rabatte auf Mitgliedschaften in Fitness-Studios					
180 Teilnehmer	Vorsorgeuntersuchung U10 und U11 sowie Sehschwäche (Amblyopie): Kosten werden für Kinder, die bei GK eingeschrieben sind, übernommen					
	Aqua-Fitness Angebot und weitere Angebote im Rahmen des Programms „Gesundes Gewicht“					
1.561 Teilnehmer	Spezielle Ernährungsberatungen					
	Regelmäßige kostenfreie Gesundheitsvorträge ab Januar 2009 zu allgemeinen Gesundheitsthemen in der Geschäftsstelle					

- ✓ 90% unserer Praxen sind zertifiziert nach QEP damit sind wir die Region in Deutschland mit dem höchsten Prozentsatz an zertifizierten Praxen
- ✓ Das erste vom MDK bewertete Pflegeheim im Kinzigtal ist Leistungspartner und hat die Note 1,0 in allen geprüften Bereichen errungen
- ✓ Unsere Geschäftsstelle (= 12 Mitarbeiter) hat ebenfalls einen QM-Prozeß nach DIN ISO gestartet
- ✓ Unsere Leistungspartner Krankenhäuser arbeiten eng mit der BQS zusammen und veröffentlichen ihre Ergebnisdaten

Qualitätszirkel

Die ärztlichen und therapeutischen Leistungspartner von Gesundes Kinzigtal haben sich verpflichtet jährlich ein bis zwei Qualitätszirkel mit insgesamt sechs Sitzungen zu besuchen. In diesen Sitzungen werden gemeinsam medizinische Leitlinien (damit sind praxisorientierte Handlungsempfehlungen gemeint) auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand entwickelt, die den Arzt bei der Behandlung definierter Krankheiten leiten können. 2008 trafen sich 14 Qualitätszirkel zu 48 Sitzungen.

- ✓ Für rund 20 Indikationen haben wir regional angepasste Behandlungsleitlinien auf der Basis der Nationalen Versorgungsleitlinien und den Leitlinien der Fachgesellschaften
- ✓ Wir lassen uns intensiv evaluieren

- ✓ Einen siebenstelligen Betrag investieren die Partner in die begleitende Evaluation.
- ✓ Der **EKIV-Newsletter** berichtet darüber quartalsweise. Alle Interessierten an der Evaluation können den Newsletter durch Eintrag auf der EKIV-Internetseite kostenlos abonnieren.



Die ökonomische Basis: Die Managementgesellschaft investiert und profitiert von ihrem Erfolg

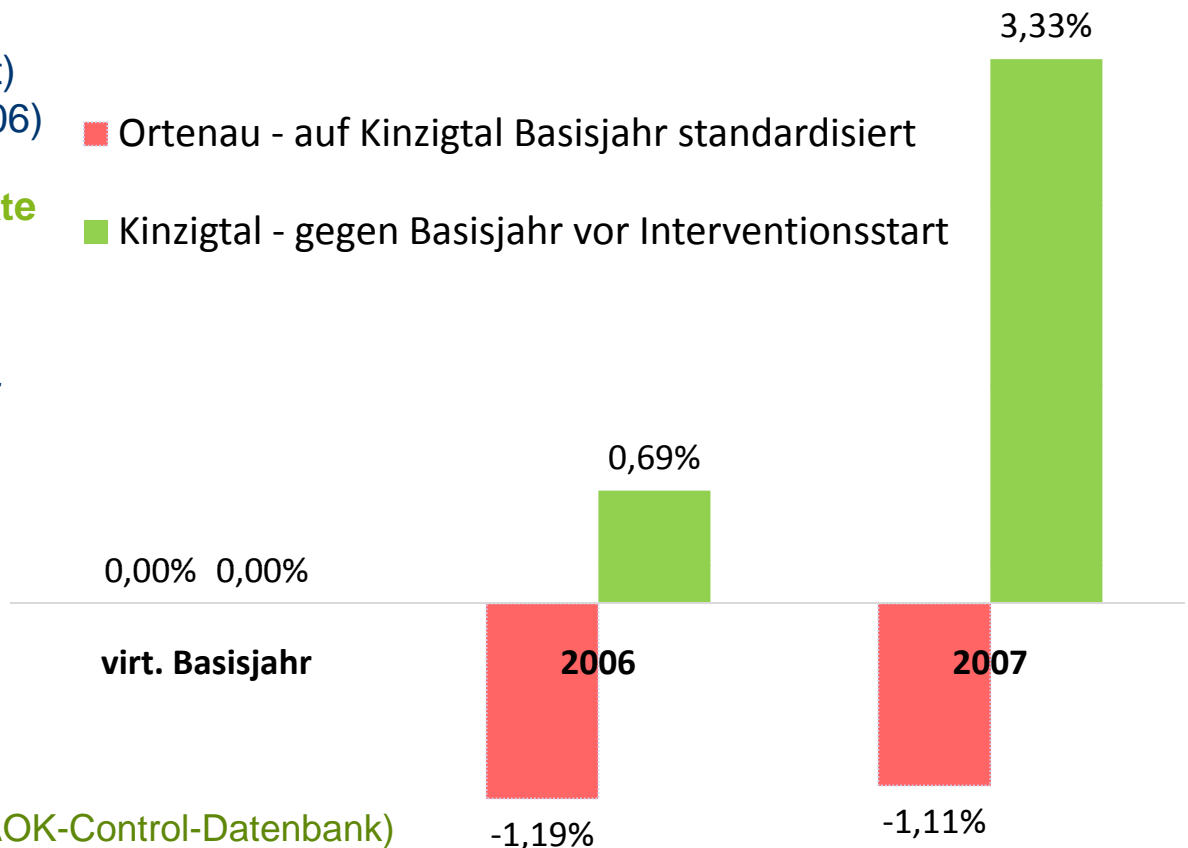


Anm. Ausgangsbasis für diese vereinfachte Darstellung ist ein Deckungsbeitrag vor dem Beginn der Intervention von 0. Regionale DB-Unterschiede vor Intervention werden durch eine Bereinigung der RSA-Zuweisungen um einen prozentuellen Unterschiedsfaktor berücksichtigt.

- ✓ 20% geringere Multimedikationsrate im Kinzigtal (nur 5,7 % der Versicherten erhalten gleichzeitig mehr als 5 Wirkstoffe) - gegenüber einer Vergleichspopulation (Matched Pairs) in BaWü
- ✓ IV-Versicherte Herzinsuffizienz-Patienten mit NYHA-Stadium II-IV erhalten in erhöhtem Maße ACE/AT1/Betablocker 100 % zu 97,8 % im Kinzigtal (Nicht-IV) bzw. 94,6 % BW-Vergleich
- ✓ IV-Mitglieder, die an Demenz erkrankt sind, erhalten keine Psycholeptika, im Unterschied zu 7,2% (Nicht-IV) und in BW zu 11%
- ✓ Bei IV-versicherten Diabetikern wird häufiger der Augenhintergrund untersucht 46,9 % zu 30,3 % im Kinzigtal (Nicht-IV)

- ✓ Der Deckungsbeitrag im Basisjahr = Jahr vor dem Interventionsstart wurde auf Null standardisiert
- ✓ Im Jahr **2006 = + 0,69 Prozentpunkte** Verbesserung ggüb. Normkosten = Durchschnitt von Deutschland (West) (Start der Einschreibungen Mitte 2006)
- ✓ Im Jahr **2007 = + 3,33 Prozentpunkte** Verbesserung ggüb. Normkosten
- ✓ Demgegenüber hat sich die Region **Ortenau** (ohne Kinzigtal) gegenüber den Normkosten um **- 1,11 % verschlechtert**
- ✓ Besonders bemerkenswert ist das Ergebnis, da es sich auf **alle** Versicherten (nicht nur die von den GK-Ärzten erreichten bzw. eingeschriebenen) bezieht.

Entwicklung des Deckungsbeitrags Kinzigtal vs. Ortenau im Vergleich



- ✓ IV-Data Auswertung Kinzigital 2005 (vor dem Start) bis 2008 – auf alle Versicherten, aber ohne HLB 1 und 2 (Ärzte + Zahnmedizin) und mit Standardisierung auf den Zeitpunkt vor der Intervention

Jahr	Einsparungen in EURO	Prozentpunkte zum Jahr vor der Intervention
2005	- €	0,00%
2006	1.340.501 €	3,18%
2007	4.954.089 €	11,39%
2008	4.700.469 €	10,37%

- ✓ Ein gesundheitswissenschaftlich ausgerichteter **Populationsansatz** in engem Schulterschluss mit einer bewussten Ärzteschaft „**rechnet**“ **sich mit den erzielten Einsparungen**.
- ✓ Es ergeben sich offensichtlich reale **Veränderungen in den Arzt-Patienten-Beziehungen, den Krankenhauseinweisungen und den Verordnungen**. Auch die **Gesundheitsprogramme** entfalten demnach **Wirkung**.
- ✓ **Unsere Schlussfolgerung: Das Grundkonzept geht schneller auf als gedacht**. Das OptiMedis-Modell des „Investment in health“ bietet eine Grundlage für eine Umorientierung hin zu mehr Prävention.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



www.optimedis.de

- ✓ **Gesetzgeber** ermöglicht **nachhaltiges Wirtschaften und Kapitalausstattung**
 - Korrektur der **Selektivvertraglichen Regelungen** auf **Nachhaltigkeit** und **Überprüfbarkeit**
 - **Kapitalfonds** zur Investitionsfinanzierung für Unternehmensformen (z. B. begrenzt auf zehn Jahre) - als wirtschaftspolitische oder gesundheitspolitische Initiative
 - Ein einheitliches Recht der **Datenschutzanforderungen** für Leistungserbringer, Krankenkassen und Managementgesellschaften

- ✓ **Gesetzgeber** ermöglicht nachhaltiges Wirtschaften und **Kapitalausstattung**
 - **Kapitalfonds** zur Investitionsfinanzierung für Unternehmensformen (z. B. begrenzt auf zehn Jahre) - als wirtschaftspolitische oder gesundheitspolitische Initiative
 - Ein **einheitliches Recht der Datenschutzanforderungen** für Leistungserbringer, Krankenkassen und Managementgesellschaften

✓ **Krankenkassen** als sozial verantwortliche **Unternehmen**

- **Haushalts-** und **Buchführungsvorschriften** der Krankenkassen erweitert auf eine eigene Regelung für die Behandlung von F&E-Investitionen
- Analog der 1% IV-Anschubfinanzierung: **Anteil** an den Gesamtbeitragseinnahmen des **Gesundheitsfonds** auf ein F&E-Konto
- **Qualitäts- und Ergebnisberichte** des Gesundheitszustands ihrer Versicherte
- Bericht über Investitionen in **F&E** für **Versorgungsinnovationen**

- ✓ Leistungserbringer und Qualitätsdifferenzierung
 - Weiterentwicklung aller selektivvertraglichen Regelungen auf die Einführung von **ergebnisabhängigen** Vergütungsanteilen
 - Dazu Förderung des Aufbaus von **managementfähigen Infrastrukturen** „Quality needs systems“
- ✓ Versicherte und Patienten in größerer Qualitätstransparenz („Konsumenten“)
 - Ausweitung der Wahltarife, ggf. auch regionalisierte Wahltarife incl. **Qualitäts- und Ergebnisberichte** des Gesundheitszustands der Versicherten der Krankenkassen