

Versorgungsforschung: Evaluation der Integrierten Versorgung

6. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
2. Nationaler Präventionskongress

Dresden, 24.-27.10.2007

M. Schrappe



1993 Gesundheitsstrukturgesetz

“Die Änderungen im Krankenhausrecht und insbesondere des Krankenhausfinanzierungsrechts gehen über eine evolutorische Weiterentwicklung weit hinaus, konstitutionelle Elemente werden aufgegeben, Instrumente des Systemwandels zwingend vorgeschrieben und die „Revolution“ der stationären Krankenhausversorgung an den Horizont gemalt.”

H.R. Bourmer 1993

Prof. Dr. M. Schrappe

Gesundheitspolitik seit 1972

Expansion
(Kostendeckung)

- ➔ KVKG 1.9.1977 Ehrenberg
- ➔ KVKG II 1.1.1982 Ehrenberg
- ➔ RAÄG 1.1.1983 Blüm
- ➔ GRG 1.1.1989 Blüm

Cost Containment
(Kostendämpfung)

- ➔ **GSG 1.1.1993 Seehofer**
- ➔ GKV-NOG 1.1.1996 Seehofer
- ➔ GKV-NOG II 1.1.1997 Seehofer
- ➔ GKV-SoIG 1.1.1999 Fischer

Value of Care
(Wettbewerb)

- ➔ **GKV 2000 1.1.2000 Fischer**
- ➔ GRRSA 1.1.2002 Schmidt
- ➔ Fallpauschalgesetz 1.1.2002 Schmidt
- ➔ **GMG 1.1.2004 Schmidt**
- ➔ **WSG 1.4.2007 Schmidt**

Prof. Dr. M. Schrappe

GKV 2000 § 140a:

Integrierte Versorgung Stand 22.12.1999

(1) Integrierte Versorgungsformen auf Grund der Verträge nach den §§ 140b und 140d ermöglichen eine **verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung** der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140d.

GKV-Reform 2000 ff

- ➔ Allgemeine Weiterentwicklung des SGB V
- ➔ DRG
- ➔ Krankenhausbedarf: Indikatoren
- ➔ **Transsektorale Versorgungsformen**
- ➔ EBM, HTA und Leitlinien
- ➔ Qualitäts- und Preiswettbewerb: Patientenautonomie

Prof. Dr. M. Schrappe

Gutachten des SVR 2007

"Kooperation und Verantwortung -
Voraussetzungen einer
zielorientierten Gesundheitsversorgung"

- ➔ Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe
- ➔ **Integrierte Versorgung**
- ➔ Krankenhaus
- ➔ Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit
- ➔ Primärprävention in vulnerablen Gruppen

Prof. Dr. M. Schrappe

Sektor-übergreifende Versorgung

- ➔ Integrierte Versorgung nach § 140a ff SGB V
- ➔ Komplexpauschalen
- ➔ Disease Management nach § 137 f + g SGB V
- ➔ Medizinische Versorgungszentren nach § 95a SGB V
- ➔ Teilstationäre Versorgung (DRG-Gesetzgebung, zuletzt KFPV 2004, § 6)
- ➔ Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung einschl. ambulantes Operieren

Prof. Dr. M. Schrappe

Admissions due to ADE

Prospective observational study on 18820 admissions >16y,
2 UK hospitals, 11/01-04/02

- ➔ ADE rate 6,5%
- ➔ Directly causing admission 5,2%, 1,3% by screening
- ➔ 70% probable and definitive, 30% possible cause
- ➔ Risk factors older age, female gender
- ➔ Fatality rate 2,3%, overall rate 0,15% (all admissions)
- ➔ Mean LOS 8 days, 4% of bed capacity
- ➔ Annual costs for NHS €706 mill.



Pirmohamed et al. BMJ 329, 2004, 15

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L.



Safety: internationaler Vergleich

Befragung 2005 von Erwachsenen aus AUS, CAN, NZ, UK, USA, D mit chron. Erkrankung oder schwerer Erkrankung in Anamnese
 Sponsor: Commonwealth Fund, in D durch IQWiG

Ergebnisse I:

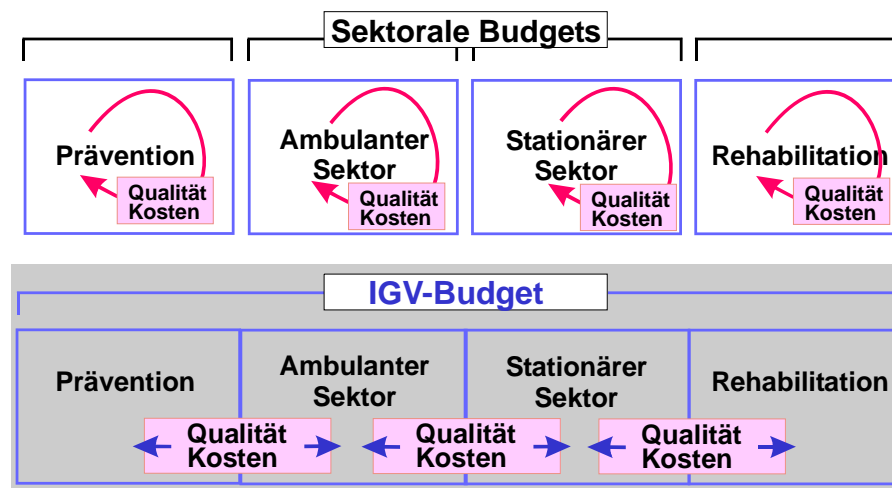
Befragte Patienten in Grundeigenschaften vergleichbar

- ➔ Vor Krhs-Behdlg Risiken erklärt: 57-61%
- ➔ Nosokomiale Infektion: 3-10%
- ➔ Genügende Schmerztherapie: 74-82%
- ➔ Kommunikationsfehler bemerkt: 19-22%
- ➔ Schlechte Koordination b. Entlassung: 33-60%
- ➔ Wiederaufnahme (u.a. als Notfall): 10-20%

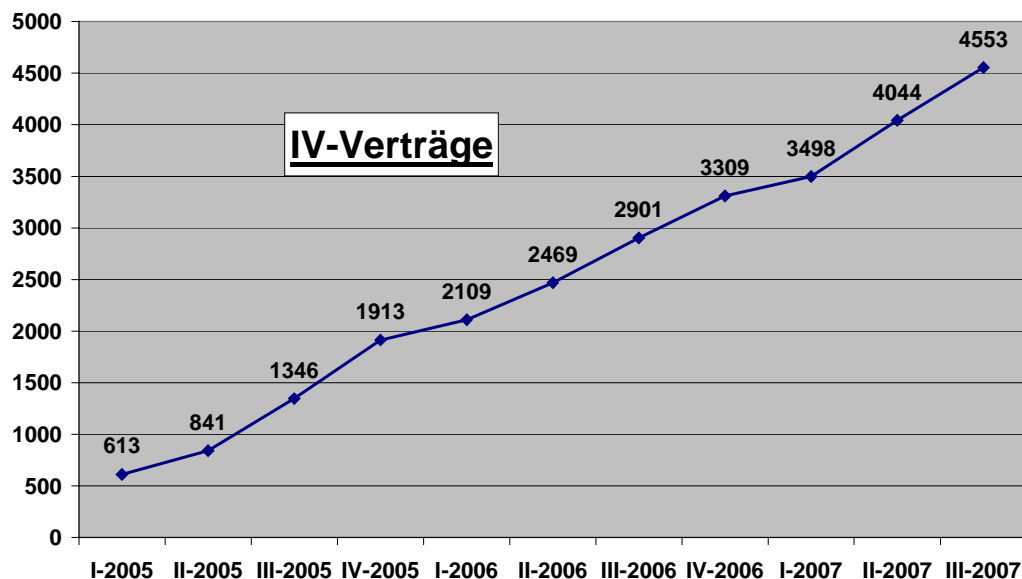
Schoen et al. Health Affairs 2005, DOI 10.1377/htaff.W5.509

Prof. Dr. M. Schrappe

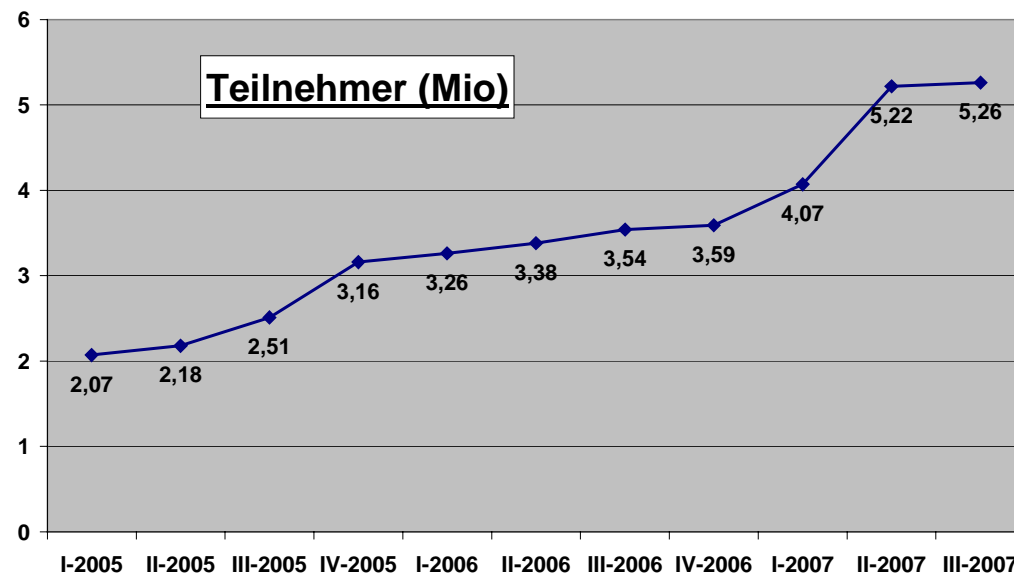
IGV: Überwindung der sektoralen Budgets



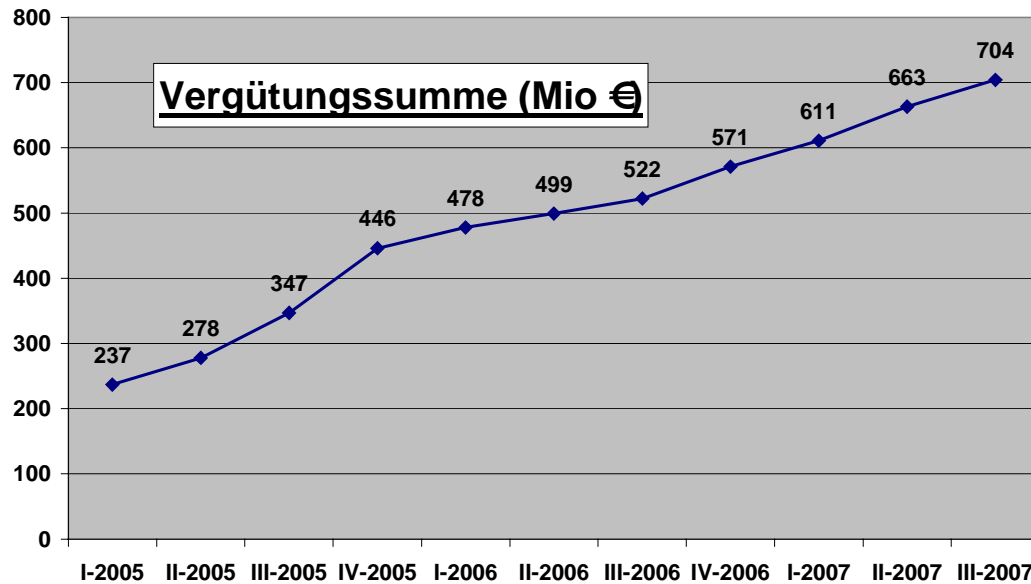
Prof. Dr. M. Schrappe



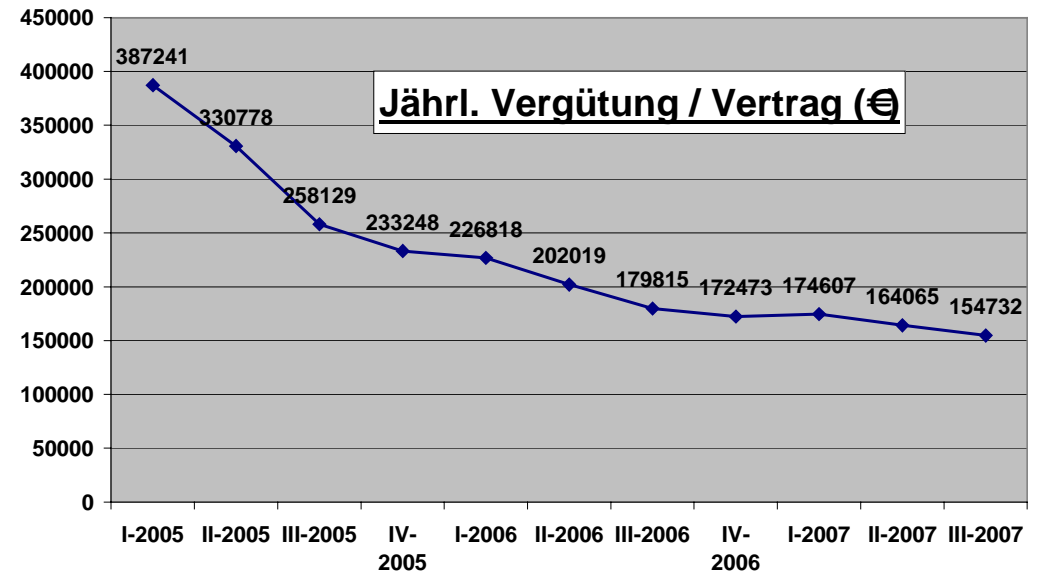
Quelle: BQS-Website, 22.10.2007



Quelle: BQS-Website, 22.10.2007



Quelle: BQS-Website, 22.10.2007



Quelle: BQS-Website, 22.10.2007

WSG: Integrierte Versorgung

- Wichtige transsektorale Versorgungsform
- Sektoren- oder fachgebietsübergreifende Versorgung
- Einbeziehung Pflege
- Soll "populationsbezogene Flächendeckung" ermöglichen
- Verwendung der Anschubfinanzierung nur für populationsbezogene Versorgung und ist an Registrierungsstelle zu melden (§140d Abs. 5)
- Kostenträger direkte Vertragspartner der Anbieter
- Wahltarife nach §53 sind anzubieten
- Beitragsstabilität nach §71,1 SGB V bis 2006 aufgehoben
- Keine wissenschaftliche Evaluation vorgeschrieben

§140a-f SGB V, 02.02.2007

Prof. Dr. M. Schrappe

Wahltarife nach §53 SGB V

"(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c 137f und 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung vorsehen."

Prof. Dr. M. Schrappe

Integrierte Versorgung

- ➔ **Komplexpauschalen**
Definierte Einzelbehandlung
- ➔ **Indikations-basierte IV**
Case Management
- ➔ **Populations-basierte IV**
Gatekeeper: Reduktion Krankenhauskosten
- ➔ **Integrierte regionale Gesundheitsversorgung**
Unterversorgung: Krankenhaus-zentriert, MVZ

modif. n. Jendges, Oberender, Krhs-Report 2005, S. 67 ff

Prof. Dr. M. Schrappe

WSG: Integrierte Versorgung

- ➔ **Wichtige transsektorale Versorgungsform**
- ➔ **Sektoren- oder fachgebietsübergreifende Versorgung**
- ➔ **Einbeziehung Pflege**
- ➔ **Soll "populationsbezogene Flächendeckung" ermöglichen**
- ➔ **Verwendung der Anschubfinanzierung nur für populationsbezogene Versorgung und ist an Registrierungsstelle zu melden (§140d Abs. 5)**
- ➔ **Kostenträger direkte Vertragspartner der Anbieter**
- ➔ **Wahltarife nach §53 sind anzubieten**
- ➔ **Beitragsstabilität nach §71,1 SGB V bis 2006 aufgehoben**
- ➔ **Keine wissenschaftliche Evaluation vorgeschrieben**

§140a-f SGB V, 02.02.2007

Prof. Dr. M. Schrappe

"Populationsbezogene Flächendeckung"

"Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z.B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierte Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird."

WSG-E 11.10.2006, Begründung

Prof. Dr. M. Schrappe

Disease Management: Definition

Disease Management ist eine

- ➔ **Sektor-übergreifende Versorgungsform, die**
- ➔ **sich an Patienten-Populationen mit speziellen Risiko-Konstellationen und nachgewiesenen Qualitätsdefiziten der Versorgung richtet,**
- ➔ **durch den Einsatz Evidenz-basierter Leitlinien sowie**
- ➔ **durch die Eigeninitiative von Patienten**
- ➔ **eine Verbesserung des Outcomes (relative Wirksamkeit) erreicht und**
- ➔ **auf der Basis transsektoraler Budgets finanziert wird.**

Schrappe 2002

Prof. Dr. M. Schrappe

WSG: Integrierte Versorgung

- Wichtige transsektorale Versorgungsform
- Sektoren- oder fachgebietsübergreifende Versorgung
- Einbeziehung Pflege
- Soll "populationsbezogene Flächendeckung" ermöglichen
- Verwendung der Anschubfinanzierung nur für populationsbezogene Versorgung und ist an Registrierungsstelle zu melden (§140d Abs. 5)
- Kostenträger direkte Vertragspartner der Anbieter
- Wahltarife nach §53 sind anzubieten
- Beitragsstabilität nach §71,1 SGB V bis 2006 aufgehoben
- Keine wissenschaftliche Evaluation vorgeschrieben

§140a-f SGB V, 02.02.2007

Prof. Dr. M. Schrappe



• Integrierte Versorgung, in der alle Partner für Ihre Gesundheit eng zusammenarbeiten. Zum Beispiel garantierte Qualität für Behandlungsabläufe und Operationen, bessere Beratung und mehr Service für DAK-Patienten.

Sparen Sie die Praxisgebühr!

Ihre Partner für Qualität –

Integrierte Versorgung: Kontext

- "alte Regelungen": ambulantes Operieren, Institutsambulanz, Polikliniken
- GRRSA 2002: DMP
- GMG 2004: MVZ (§95), Zulassung der Krhs. zu ambulanten (116a) und hochspezialisierten Leistungen (§116b), Hausarzt-zentrierte Versorgung (§73b), Anreiz durch Bonusregelung (§65b)
- VRÄndG und WSG 2007:
 - Pflicht zur Hausarzt-zentrierten Versorgung (§73b)
 - Angebot "besondere ambul. ärztl. Versorgung" (§73c)
 - Angestellte Ärzte in örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (VRÄndG Art. 5, §32 ZulassungsVO für Vertragsärzte)

Prof. Dr. M. Schrappe

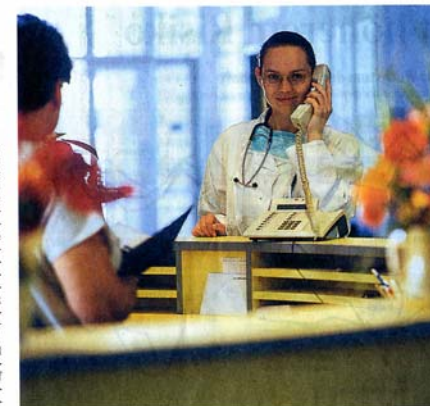
Ersatzkassen schreiben ambulante Versorgung aus

In Kassel wollen die Ersatzkassen mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen erproben. Sie schreiben erstmals die ambulante ärztliche Versorgung in einer Region aus. Die niedergelassenen Ärzte wehren sich.

KASSEL, 17. Oktober. Neun von zehn Deutschen gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an. Benötigen sie ambulante ärztliche Hilfe, müssen sie zum Vertragsarzt gehen, sonst erhielten sie eine Rechnung als Privatpatient. Der Vertragsarzt ist wiederum Mitglied der Kassenzentralen (KV). Letztere stellt – im Fachjargon der deutschen Sozialversicherung ausgedrückt – die ambulante ärztliche Versorgung sicher. Die gesetzlichen Kassen rechnen ambulante Leistungen in der Regel nur mit der KV ab. Damit hat diese bisher das Monopol zur ambulanten Behandlung des Millionenheeres der Kassenspendanten inne.

Doch der Gesetzgeber will das Kartell der Anbieter durch mehr Wettbewerb brechen. Die Kassen sollen nicht mehr auf die KV als alleinigen Vertragspartner angewiesen sein. Seit der jüngsten Gesundheitsreform dürfen sie nach Paragraph 73 c des Sozialgesetzbuches V die ambulante Versorgung in einer Region auch von anderen Anbietern einkaufen, sofern sie diese ausschreiben.

Im Raum Kassel will der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) die Chance zum ersten Mal nutzen. In der Stadt Kassel, im Landkreis und im südlich angrenzenden Schwalm-Eder-Kreis hat der Verband die gesamte ambulante ärztliche Versorgung ausgeschreiben. Thomas Ballast, Leiter der Vertragsabteilung beim VdAK, sagt, die Ausschreibung sei neu und einmalig in Deutschland. Der Verband habe in ganz Deutschland nach möglichen ambulanten Versorgungsstrukturen gesucht, die für den Versuch geeigneter seien. Partner haben er im Raum



Im Test: Telefon- und Samstagsservice für Patienten in Kassel

Foto: Ina von

schnelle Terminvermittlungen, kurze Wartezeiten und mit einem „Case-Manager“ zur Kundenbetreuung mehr Service geboten werden. Die Versorgung der Patienten solle nicht billiger, sondern besser werden. Die Angebotsfrist ende am 2. November. Jeder, nicht nur das Medikum, könne sich bewerben. Die Kassen zahlten an den neuen Anbieter dieselbe Kopfpauschale, wie sie die KV je Mitglied einer gesetzlichen Kasse als Gegenleistung für die Sicherstellung der Behandlung erhalten. Gehe ein Patient, der sich in das Modell eingeschrieben habe, in der Testregion nicht zu einem Arzt, der am Modell teilnehmen wolle, sei dieser Vertrags-

der KV, ihrer eigenen Organisation, über Jahre hinweg ihren argsten Feind ausgemacht zu haben schien und zahlreiche Vertragsärzte nicht müde wurden, mit der Rückgabe der Kassenzulassung zu drohen, wandte sich das Blatt nun. Die Autoren offenbarten im Internetforum ihre Furcht vor Wettbewerb. Sie schrieben, sie fühlten sich an „The day after“, den Tag nach dem Atomschlag, erinnert, sollte ein „Gesundheitskonzern“ den Zuschlag erhalten. Man vermutete, hier wolle ein privater Klinikkonzern „Rendite“ machen. Es gab sogar einen Hinweis auf Lynchjustiz gegenüber möglichen Vertragsunterzeichnern.

stellen zu können. Das Medikum deckt derzeit acht ärztliche Fachrichtungen ab, nötig sind aber zwanzig. Im Schreiben des GNN, das offiziell nicht auf den Weg geschickt wurde, aber im Umlauf ist, heißt es: „Wenn Sie trotz aller Warnungen überlegen, an dem Medikum-Vertrag teilzunehmen, verlassen Sie sich bitte nicht auf mündliche Zusagen, sondern lesen Sie das Kleingedruckte genau.“

Uwe Popert, Vorsitzender des GNN, lehnt die Versorgung nach Paragraph 73 c ab, denn diese führe das „gadenlos billige“ und qualitativ herausragende ambulante deutsche Gesundheitswesen in „amerikanische Verhältnisse“. Es werde im Chaos versinken. Es gehe der Politik darum, die ambulant tätigen Fachärzte „pleite zu machen“. Auf die Ausschreibung des VdAK könne nur ein Arzt eingehen, dessen Praxis nicht ausgelastet sei, der andere für sich zu seinen Gunsten arbeiten lassen wolle, oder ein Kollege, der für die Versorgung im Testmodell nur gesunde Patienten aussuche, die lediglich geringe Kosten verursachten. Popert bezweifelt, dass die Kassen die KV mit zuverlässigen Daten versorgen werden, um Patienten aus dem Testmodell, die sich zugleich im hergebrachten KV-System fremdversorgen lassen werden, herausrechnen zu können.

Popert will nun die KV gleichsam ein zweites Mal errichten. Am 10. November werde sich eine Ärzte-Genossenschaft gründen. Ziel sei es, 90 Prozent der etwa 2200 Vertragsärzte in Nordhessen als Mitglieder zu gewinnen. Für die Genossen sollen Verträge mit Außenstehenden, wie mit Ordu und dem Medikum, genehmigungspflichtig werden. Ferner wirft Popert die Frage auf, ob das Medikum nicht gegen die Berufsordnung der Ärzte verstöße, wenn es teilnehmende Ärzte mit einer Pauschale entlohne.

Ordu sagt, er habe Gespräche mit dem VdAK und den Ortskrankenkassen geführt. Er habe die KV einbezogen, als es „konkret geworden“ sei. Wenn es zu einem Vertrag kommen sollte, werde er selbstverständlich alle Vereinbarungen der Ärztekammer vorlegen. Ordu ver-

Besondere ambulante ärztliche Versorgung n. §73c SGB V

"(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung ... anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche ... umfassen.
 (2) Die Versicherten erklären ihre freiwilligen Teilnahme ..., indem sie sich ... verpflichten, ... nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. "

Besondere ambulante ärztliche Versorgung n. §73c SGB V

"(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebotes nach Absatz 1 ... Einzelverträge schließen mit
 1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,
 2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
 3. Trägern dieser Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
 4. Kassenärztlichen Vereinigungen. "

Managed Care und IV

Int. Vers.

- ➔ Selective contracting
- ➔ Gatekeepers (referral to specialists)
- ➔ Incentives for "in plan" treatment
- ➔ Prior authorization for non-emergency treatment
- ➔ Utilization review and quality assurance
- ➔ Capitation fees
- ➔ Preferred selection of providers in networks



Gesundheitspolitik

STV Strukturverträge
 HOV Hausarzt-zentr. Vers.
 BesAV Besondere amb. Vers.
 IV Integrierte Versorgung

	StrV	Modell	HOV	BesAV	IV	DMP
SGB V	§73a	§63-5	§73b	§73c	§140a-d	§137f-g
Sektor-übergreifend		X			X	X
Selektives Kontrahieren		X	X	X	X	
Sicherstellungsauftrag eingeschr.			X	X	X	
Bes. finanzielle Anreize					X	X
Capitation					X	

The New England Journal of Medicine

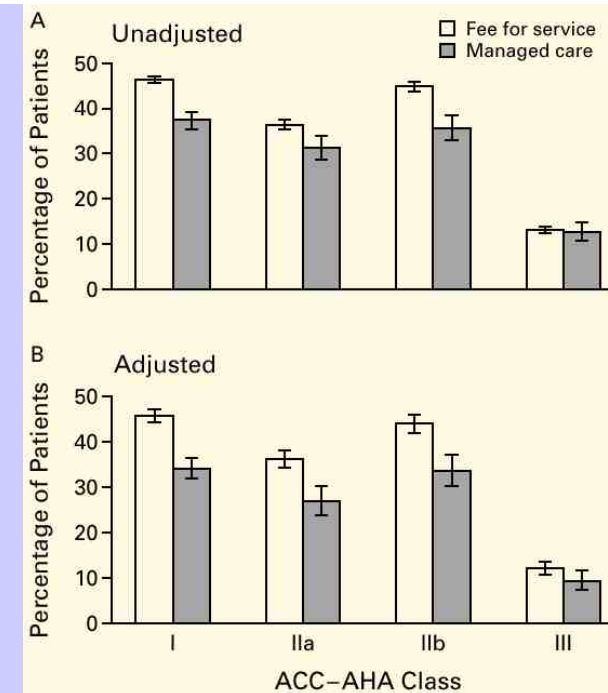
Special Article

APPROPRIATENESS OF CORONARY ANGIOGRAPHY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION AMONG MEDICARE BENEFICIARIES

Managed Care versus Fee for Service

EDWARD GUADAGNOLI, PH.D., MARY BETH LANDRUM, PH.D., ERIC A. PETERSON, M.PHIL., MARTIN T. GAHART, PH.D.,
THOMAS J. RYAN, M.D., AND BARBARA J. MCNEIL, M.D., PH.D.

N. Engl. J. Med. 343, 2000. 1460-6



WSG: Integrierte Versorgung

gesoeko\int_vers\int_vers.cdr

- ➔ Wichtige transsektorale Versorgungsform
- ➔ Sektoren- oder fachgebietsübergreifende Versorgung
- ➔ Einbeziehung Pflege
- ➔ Soll "populationsbezogene Flächendeckung" ermöglichen
- ➔ Verwendung der Anschubfinanzierung nur für populationsbezogene Versorgung und ist an Registrierungsstelle zu melden (§140d Abs. 5)
- ➔ Kostenträger direkte Vertragspartner der Anbieter
- ➔ Wahltarife nach §53 sind anzubieten
- ➔ Beitragsstabilität nach §71,1 SGB V bis 2006 aufgehoben
- ➔ Keine wissenschaftliche Evaluation vorgeschrieben

§140a-f SGB V, 02.02.2007

Prof. Dr. M. Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. M. Schrappe