

**Symposium der Stiftung Praxissiegel:
Qualitätsstrategien in integrierten Versorgungsstrukturen**

Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch neue Versorgungsformen

Hans-Dieter Nolting

IGES Institut

IGES Institut GmbH · www.iges.de
Friedrichstr. 180-183 · 10117 Berlin · Germany
☎ +49 30 230 80 90 · ☎ +49 30 230 80 911

Übersicht

- **Einleitung**
- **Mehr Qualität und Effizienz durch integrierte Versorgung?**
- **Treiberfaktoren für Qualität und Effizienz**
- **Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis**

Vielfalt von (mehr oder weniger) integrierten Versorgungsansätzen

- **Spektrum der beteiligten Sektoren bzw. Leistungserbringer:** Hausärzte, Fachärzte, Akut-Krankenhäuser, ambulante Reha, stationäre Reha, Apotheken usw.
- **Breite des Versorgungsspektrums:** Einzelne Interventionen oder Indikationen (Hüft-TEP, Schlaganfall), enges Indikationsspektrum (chronische Wunden), breite Indikationsbereiche (Onkologie), Populationen (Kinzigital)
- **Regionale Erstreckung:** eng begrenzt (Klinik XY), KV-Bezirk, bundesweit
- **Grad der Integration:** intensivierte Kooperationsbeziehungen, formal abgesicherte Aufgabenverteilungen, verbindlich definierte Behandlungspfade und Verantwortlichkeiten

Reviews zu den Effekten von integrierten Versorgungsformen sind verfügbar

Integrated care

The review found that linking the care provided by family doctors, hospitals, and community groups and using teams of different professionals could improve quality of care, symptoms, and costs.

- ✓ There is some evidence that integrating the care provided in the community and in hospital can improve healthcare **resource use** and reduce costs.
- ? There is some evidence that integrating care may improve certain **clinical outcomes**, although few studies in the UK support this. There is inconsistent evidence about the effect of integrating care on the **quality of care** provided.
- ✓ There is some evidence that multidisciplinary teams may improve patient **satisfaction** and reduce healthcare **costs**.
- ? There is inconsistent evidence about the effects of multidisciplinary teams on **clinical outcomes**.
- ✓ There is evidence that care led by nurses usually has similar clinical outcomes and quality to physician-led strategies.

aus: Singh D: Transforming Chronic Care, 2005

- **Die meisten Studien beziehen sich auf Formen von Integrationsversorgung, die man auch als verbesserte intra- und intersektorale Kooperation bezeichnen kann:**
 - evidenzbasierte Behandlungspfade
 - definierte Aufgabenverteilungen und Überweisungsbeziehungen
 - strukturierter Informationsaustausch
 - einheitliche Dokumentation von Prozess- und Ergebnisindikatoren

- Keine Detailübersicht zur Wirksamkeit einzelner Maßnahmen zur Steigerung von Qualität und Effizienz in der IV.

Stattdessen:

- **Welche Potenziale bezüglich Qualitäts- und Effizienzsteigerung sind mit einer Integration verbunden, die über Verbesserungen von Kooperation und Koordination hinausgeht?**
- **Was sind die wichtigsten Treiberfaktoren für die Realisierung dieser Potenziale?**
- **Wie lassen sich diese Treiber schrittweise in der Praxis der integrierten Versorgung aktivieren bzw. verstärken?**

Übersicht

- **Einleitung**
- **Mehr Qualität und Effizienz durch integrierte Versorgung?**
- **Treiberfaktoren für Qualität und Effizienz**
- **Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis**

- Studie von *Feachem, Sekhri & White* (BMJ 324:135-143, 2002)
- Umfangreiche Diskussion über die Konsequenzen in UK
- Bestätigung wichtiger Ergebnisse durch *Ham et al.* (BMJ 327:1257, 2003)
- Vergleich der Versorgung im britischen NHS und in einem integrierten Versicherungs-Versorgungs-System in Kalifornien:
 - Kaiser Foundation Health Plan (Versicherung, non-profit),
 - Kaiser Foundation Hospitals (Krankenhausträger, non-profit),
 - Permanente Medical Groups (Ärztliche Gruppenpraxen, for-profit)

- **Versorgte Bevölkerung (2000)**
 - NHS: ca. 55 Mio. (gesamte Bevölkerung UK)
 - KP: ca. 6,1 Mio. in CA (USA gesamt ca. 8,2 Mio.)
- **Vergleichsdimensionen:**
 - Kosten pro Kopf, adjustiert nach Leistungsumfang des Systems, Alters- und Sozialstruktur, Preisniveau usw.
 - Versorgungsstruktur (Inputs, z.B. Facharzttdichte)
 - Inanspruchnahme (Krankenhaustage/1.000, Verweildauer)
 - Responsivität (z.B. Wartezeiten)
 - Ausgewählte Qualitätsindikatoren

- **Die adjustierten Kosten (2000) sind sehr ähnlich:
NHS 1.764 \$ - KP 1.951 \$ pro Kopf (+11%)**
- **Die KP-Versicherten bekommen jedoch mehr für ihr Geld:**
 - Höhere Dichte von Ärzten, Fachärzten, nicht-ärztl. Fachkräfte
 - Erheblich geringere Wartezeiten sowohl auf hausärztliche, als auch auf fachärztliche und stationäre Behandlung
 - Längere Arztkontaktzeiten in der Primärversorgung:
NHS 8,8 min - KP 20 min (Hausärzte)
 - Mindestens gleiche oder sogar bessere medizinische Qualität (Impfrate bei Kindern; Screenings auf Mamma-/Zervix-Ca; jährliche Augenhintergrunduntersuchung bei Diabetikern; Betablocker nach MI; Häufigkeiten PTCA, Bypass-Op)

Warum kann KP für das gleiche Geld mehr leisten?

- **Krankenhaustage pro 1.000 Personen pro Jahr (2000):**
 - NHS 1.000 Tage
 - KP 327 Tage (altersadjustiert)
- **Vordergründige Ursache:**
 - KP setzt von der teuersten Ressource - akutstationäre Behandlung - im Vergleich zum NHS so viel weniger ein, dass erhebliche Mittel frei sind, mit denen sich Zugang, Responsivität usw. verbessern lassen.

Fragen:

- **Effizienz: Was macht KP anders als das NHS?**
- **Qualität: Warum investiert KP die Effizienzgewinne in die Steigerung der Qualität?**

Faktoren, die nicht als Erklärung in Frage kommen



- **Geringerer Umfang des Leistungspakets bei KP im Vergleich zum NHS**
 - Soweit erkennbar in der Studie berücksichtigt (z.B. Zahnmedizin)
- **KP versorgt Population mit geringeren Gesundheitsrisiken (gesünder, reicher)**
 - Ältere Versicherte (Medicare) sind bei KP adäquat repräsentiert.
 - Sozioökonomische Unterschiede (wenig Reiche und sehr Arme bei KP) durch Adjustierung berücksichtigt
- **Bevölkerung Kaliforniens ist weniger morbide als in UK**
 - Identische Lebenserwartung, große Ähnlichkeit der Lebensumstände

Faktoren, die nicht als Erklärung in Frage kommen



- **Aktive Versichertenselektion durch KP**
 - 93% der KP-Versicherten gelangen durch staatliche oder gruppenbasierte Programme zu KP, bei denen keinerlei Gesundheitsprüfung stattfindet
 - Kündigung der Versicherung bei Eintritt von Krankheiten ist verboten
- **Anspruchslose Versicherte**
 - Amerikanische Patienten sind sehr anspruchsvoll
 - Hohe Qualitätstransparenz
- **Anspruchslose Ärzte**
 - Permanente Medical Groups sind von den beiden anderen Organisationen (Kaiser Health Plan/Hospitals) unabhängige Gruppenpraxen
 - Ärztliche Partnerschaftsgesellschaften mit Gewinnerzielungsinteresse
 - KP konkurriert mit allen anderen Akteuren des amerikanischen Gesundheitsmarkts um fähiges Personal

- Einleitung
- Mehr Qualität und Effizienz durch integrierte Versorgung?
- Treiberfaktoren für Qualität und Effizienz
- Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis

***Feachem et al.* nennen vier Hauptgründe für die Überlegenheit von KP gegenüber dem NHS**

- „Tatsächliche“ Integration der Versorgung
- Behandlung auf der jeweils kosteneffektivsten Versorgungsstufe
- Nutzung der Informationstechnologie
- Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten

- Evidenzbasierte **klinische Behandlungspfade** bestimmen das jeweils adäquate Behandlungssetting.
- Ambulante Versorgung durch große **multidisziplinäre Gruppenpraxen** ermöglicht sehr umfassendes ambulantes Behandlungsspektrum.
- **Nicht-ärztliche Fachkräfte** (Krankenschwestern, Arztassistenten) mit weit reichenden Kompetenzen spielen eine wichtige Rolle.
- Gut ausgebaute **intermediäre Versorgungsmöglichkeiten** sind integriert (häusliche Pflege, professionelles Entlassungs-/Überleitungsmanagement).
- Wirksame **Kontrolle** der steuernden Ärzte über die Nutzung der **stationären Behandlungsressourcen**.
- Besonderer Schwerpunkt auf **Selbstmanagement, Prävention**

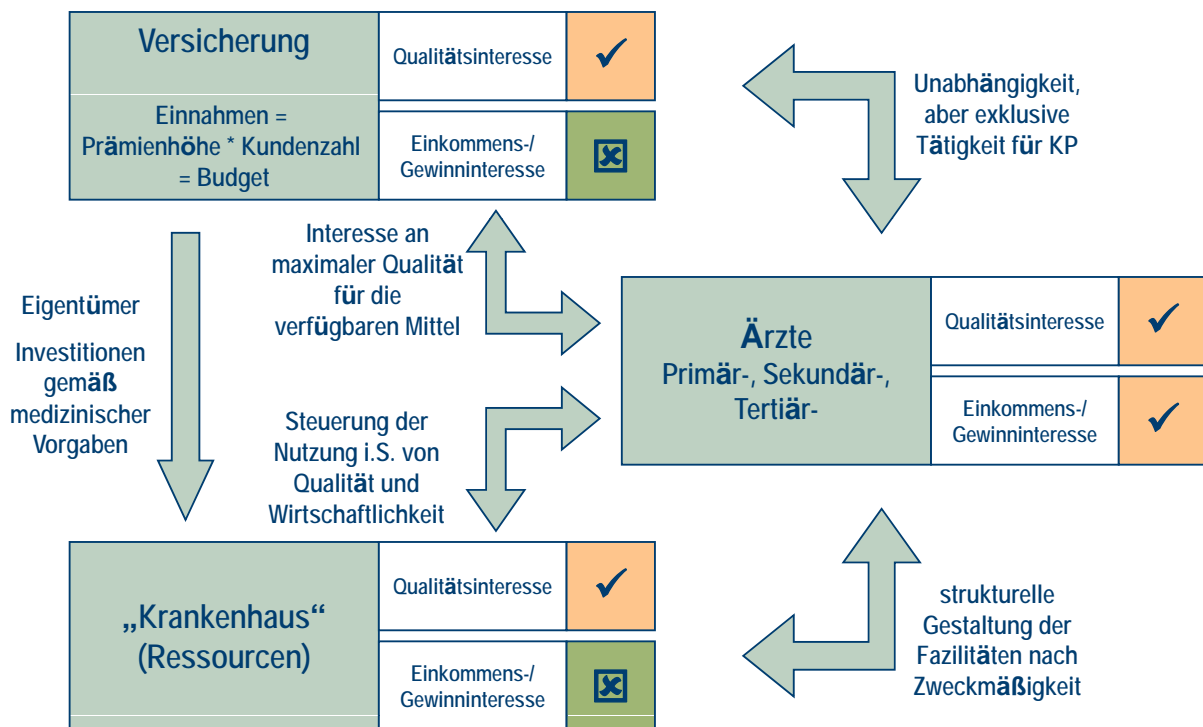
Informationstechnologie

- Einsatz von IT zur **Steigerung der medizinischen Produktivität**: Entlastung von administrativen Aufgaben, effizientes Informationsmanagement (elektronische Patientenakten), Entscheidungsunterstützung.
- Unterstützung des **Managements von Patienten** mit chronischen Krankheiten (Remindersysteme usw.)
- Entwicklung der Praxissoftware in Deutschland wird dagegen noch immer kaum durch medizinische Produktivitätsaspekte getrieben, sondern durch Abrechnung, Administration, Kontrolle

- Verantwortung und Kontrolle über die gesamte Versorgung von **Versichertenpopulationen**.
- Organisation der Versorgungsketten nach **medizinischer Zweckmäßigkeit**, nicht nach Budget- oder Auslastungsgesichtspunkten.
- Integration von **finanzieller Verantwortung** und **medizinischer Führung** durch die Ärzte in den Permanente Medical Groups („physician leadership“, „clinical governance“).
- **Organisationsform**, die herkömmliche Interessenskonflikte neutralisiert und **konsistente Anreize** setzt.

Integration von finanzieller Verantwortung und medizinischer Führung

- **Finanzielle Verantwortung:**
 - Ärzte steuern und verantworten den Einsatz der verfügbaren Finanzmittel (Fundholding)
 - Ärzte profitieren von einem möglichst effizienten Einsatz der Mittel
- **Medizinische Führung (clinical governance):**
 - Ärzte legen nicht nur die Behandlungspfade fest, denen die Patienten durch gegebene Strukturen folgen sollen
 - Ärzte beeinflussen auch die Strukturen selbst:
Welche Fachabteilungen und diagnostischen Einrichtungen wollen wir im Krankenhaus haben, welche halten wir andernorts vor?



Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten

- **KP muss sich in einem sehr wettbewerbsintensiven Umfeld behaupten:**
 - Starke Einkäufer (Staat, Unternehmen) üben Qualitäts- und Preisdruck aus
 - Die Versicherten können i.d.R. jedes Jahr den Health Plan wechseln: Zufriedenheit und Loyalität der Patienten sind eminent wichtig
 - Hohes Maß an Qualitätstransparenz im amerikanischen Gesundheitsmarkt
- **Folge:**
Effizienzgewinne nur abzuschöpfen, statt sie in Qualitätssteigerungen zu investieren wäre riskant .

- **Das KP-System macht die Ärzte mit ihren fachlichen und wirtschaftlichen Interessen zu Treibern von Qualität und Effizienz.**
- **„The root lesson from Kaiser Permanente is that clinicians need to run the health service - all of them together - with shared bottom line responsibility.“** (Light & Dixon, BMJ 328:763, 2004)

Übersicht

- **Einleitung**
- **Mehr Qualität und Effizienz durch integrierte Versorgung?**
- **Treiberfaktoren für Qualität und Effizienz**
- **Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis**

- **Entstehung von „Integrationsversorgern“**
 - Nur die Verbesserung von Kooperation und Koordination zwischen Beteiligten, mit letztlich partikularen Interessen reicht nicht aus.
 - Es müssen Versorgungsanbieter neuen Typs entstehen, die ein genuines Eigeninteresse an der Realisierung möglichst kosteneffektiver Behandlungspfade haben.
 - Entwicklungen, die eher mit Desintegration einher gehen sind kritisch zu beobachten:
 - Vertiefung des Schismas zwischen Haus- und Fachärzten
 - Verlagerung von ambulanter Spezialversorgung in Krankenhäuser
 - Etablierung von „Disease Management“-Services durch Dienstleister, die neben der ärztlichen Versorgung operieren.

- **Entwicklung der Fähigkeit zum Fundholding**
 - Das Potenzial zur Steigerung von Effizienz und Qualität hängt vor allem davon ab, welchen Dispositionsspielraum die Integrationsversorger haben.
 - Pauschalvergütungen im Sinne eines Fundholding erweitern diesen Spielraum.
 - Sie sind jedoch nur bei einer angemessenen Risikoteilung zumutbar: Das Morbiditätsrisiko muss beim Versicherer bleiben, das Leistungsrisiko muss auf den Versorger übergehen.
 - Die fortschreitende Entwicklung im Bereich der Risikoadjustierung (Risikostrukturausgleich, zukünftiges ambulantes Vergütungssystem) schafft die technischen Voraussetzungen für erweitertes Fundholding.

▪ Erhöhung der Wettbewerbsrelevanz von IV

- Die stimulierenden Wirkungen des Wettbewerbs auf die integrierte Versorgung werden sich erst dann stärker entfalten, wenn Art und Umfang ihres IV-Angebots für die Kassen wettbewerbsrelevant werden.
- Dies dürfte mit indikationsspezifischen und regional begrenzten IV-Verträgen nur in geringem Maße zu erreichen sein.
- Größere und umfassender angelegte IV-Angebote sind erforderlich, die tendenziell dazu führen, dass die Versicherten eine Versicherung mit ihrem IV-Versorgungsmodell identifizieren.
- Die im Krankenhausbereich bereits fortgeschrittene Entwicklung zur Schaffung von mehr Qualitätstransparenz muss schnellstmöglich im ambulanten bzw. integrierten Bereich nachvollzogen werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

www.IGES.de