

Versorgungsmanagement

Tanja Obst | Leiterin Versorgungssteuerung



Inhalt

Motivation

Definition

Umsetzung in der DAK-Gesundheit

Praktische Beispiele

Begrenzende Faktoren

Quo Vadis VM?



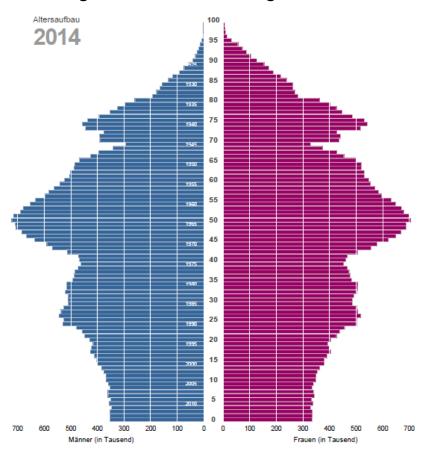
Gesellschaftlichen Entwicklungen begegnen





Demografie

13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Deutschland



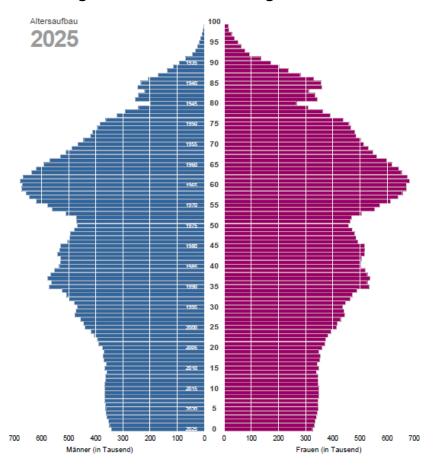
81,1 Mio. Einwohner Medianalter 45,4 Jahre Altenquotient 35





Demografie

13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Deutschland



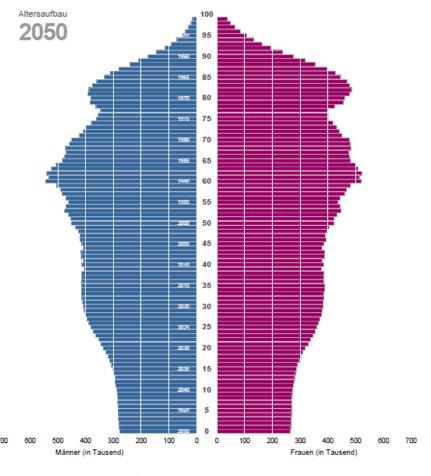
80,5 Mio. Einwohner Medianalter 46,8 Jahre Altenquotient 42

@ Statistisches Bundesamt 2015



Demografie

13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Deutschland



71,9 Mio. Einwohner Medianalter 50,9 Jahre Altenquotient 60





Demografie und Marktspaltung in der GKV

- Zunahme chronischer Erkrankungen, von Multimorbidität und komplexer Interventionen
- Alterseinkünfte in der Regel niedriger als Einkünfte der Erwerbstätigen – gleichzeitig höhere Inanspruchnahme der Leistungen

Ca. 20 Prozent der Versicherten verursachen ca. 80 Prozent der Kosten...

... und etwa 80% der Kosten entstehen in den letzten beiden Lebensjahren

 Folge: Gefahr der Überlastung der finanziellen Grundlagen des Systems



Systembeteiligte - Komplexität

Gesundheitspersonal

Gesundheitspersonal nach Einrichtungen in 1 000

Gegenstand der Nachweisung	2011		2012	
	insgesamt	darunter Frauen	insgesamt	darunter Frauen
Einrichtungen insgesamt	5 060	3 840	5 155	3 909
Gesundheitsschutz	37	25	37	25
ambulante Einrichtungen	2 149	1 753	2 187	1 784
Arztpraxen	692	570	699	576
Zahnarztpraxen	356	297	362	303
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	424	333	438	344
Apotheken	231	195	228	192
Einzelhandel	115	74	116	75
ambulante Pflege	291	255	302	265
sonstige ambulante Einrichtungen	40	29	41	30
stationäre/teilstationäre Einrichtungen	1 910	1 512	1 942	1 538
Krankenhäuser	1 130	858	1 148	872
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	119	92	119	92
stationäre/teilstationäre Pflege	661	562	675	573
Rettungsdienste	56	15	58	15
Verwaltung	221	141	221	142
sonstige Einrichtungen	168	125	173	129
Vorleistungsindustrien	519	269	538	276
pharmazeutische Industrie	129	63	141	69
medizintechnische/augenoptische Industrie	145	63	150	66
Großhandel/Handelsvermittlung	133	73	134	73
medizinische/zahnmedizinische Laboratorien	112	69	112	69

Gesundheitspersonal

nach ausgewählten Einrichtungen in Tsd.



@ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2014



Medizinischer Fortschritt



Immer bessere Behandlungsmöglichkeiten

In einem kürzlich erschienenen Fachartikel schreiben britische Forscher des University College London, dass im Jahr 2050 niemand unter 80 Jahren mehr an Krebs sterben müsse.

(BILD: dpa)

Wachsender Grad der Spezialisierung

- Grundsätzlich positiv: hohe Produktivität, kürzere Interventionszeiten und Qualität möglich
- Facharztspektrum: derzeit über 50 Facharztgebiete; Arbeitsteilung: nicht mehr Chirurg, sondern Hand-, Gefäß-, Neurochirurg

ABER

- Dilemma in Versorgungspraxis: Gesamtsicht fehlt insbes. für chron. Kranke und Multimorbide problematisch
- Spezialisierung schwächt die Kompetenz für Koordination und Kooperation in komplexen Versorgungszusammenhängen



Erwartung





Gesellschaftlichen Entwicklungen begegnen



Wachsender Bedarf an Koordination und Kooperation sowie an Unterstützung beim Management komplexer langwieriger Krankheitsverläufe

Steuerung nötig, um Finanzierbarkeit des Systems zu gewährleisten

Erwartung





Inhalt

Motivation

Definition

Umsetzung in der DAK-Gesundheit

Praktische Beispiele

Begrenzende Faktoren

Quo Vadis VM?



Definition

Keine einheitliche Definition...

- Aktive Gestaltung des Versorgungsprozesses von Patienten bzw.
 Versicherten vor, parallel zur und nach der Leistungserbringung im Gesundheitswesen
- Anwendungsorientierter Ansatz mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung bei gleichzeitiger Kostenreduktion (verbesserte Kosten-Effektivität der Versorgung).
- Versorgungsmanagement setzt an der institutionellen bzw.
 organisatorischen Meso-Ebene an und ist ein Instrument zur disziplin- und sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung und -koordination.

...aber ähnliche Grundvorstellung

DAK-Gesundheit: Sicherstellung der ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Betreuung des Kunden und seiner Erkrankung entlang des Versorgungspfades



Das bedeutet....

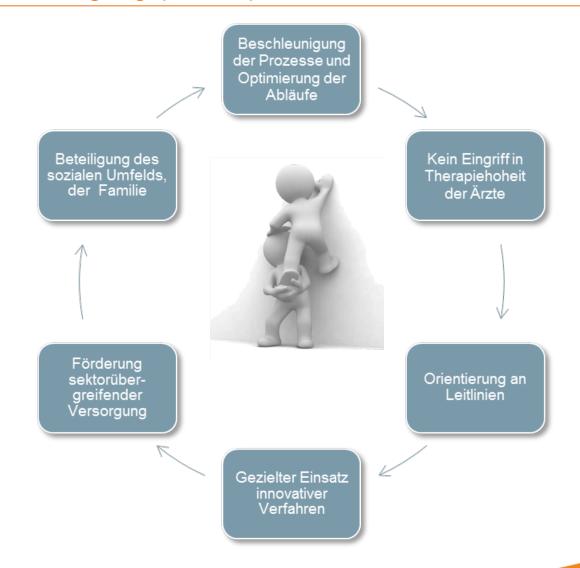
Management der Schnittstellen zwischen den Sektoren – Fokus:



- Ziele
 - ✓ Steigerung der Versorgungsqualität
 - ✓Optimierung der Abläufe eines Versorgungsprozesses
 - ✓ Steigerung der Effizienz der Versorgung



Unsere Versorgungsphilosophie





Inhalt

Motivation

Definition

Umsetzung in der DAK-Gesundheit

Praktische Beispiele

Begrenzende Faktoren

Quo Vadis VM?



Regionale Organisation



- 600 Gesundheitsberater in 46
 Regionalzentren vor Ort
 zusammengefasst in 6
 Geschäftsgebieten
- Gesundheitsberater spezialisiert auf Themen- und Steuerungsschwerpunkte
- umfangreiche inhaltliche und kommunikative Ausbildung



Erfolgsfaktoren

Kundenbedürfnisse erkennen



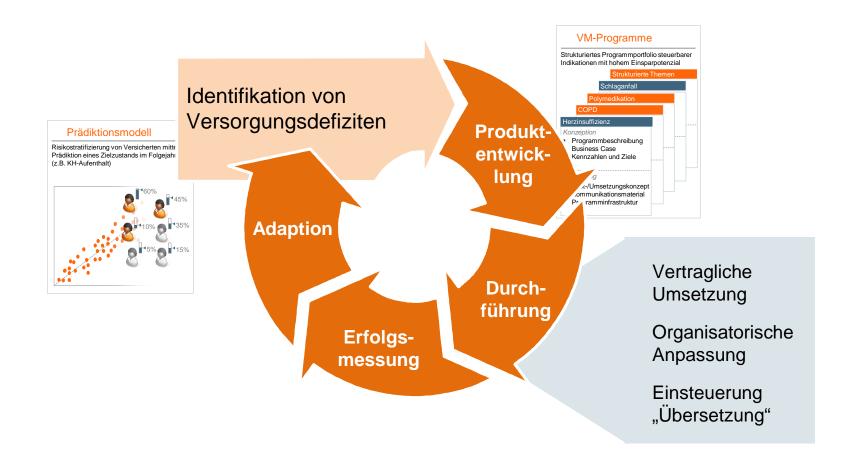
Passgenaue Lösungen finden



- Spezialisierung auf typische Versorgungsprobleme
- Wohnortnähe, gute Erreichbarkeit, hohe Verfügbarkeit
- Berücksichtigung des individuellen und aktuellen Informationsund Betreuungsbedarfs
- Einfache Informationsbereitstellung
- Bereitstellung bedarfsorientierter Versorgungsprogramme
- Regionale Kompetenz
- Professionalisierung der Mitarbeiter: Steuerungsschwerpunkte mit umfangreicher inhaltlicher und kommunikativer Ausbildung
- Pilotierung über ein oder mehrere Regionen
- Auswahl Pilot-Regionen anhand definierter Kriterien, z.B.
 regional-spezifische Gegebenheiten, Erfahrungen, Personal
- Erkenntnisse der Pilotierung fließen in den Rollout ein



Zentrale Organisation VM-Kreislauf aus einer Hand





Wesentliche Programmschritte

Geeignete Prädiktion

- Welchen Patienten nützt ein Versorgungsmanagement?
- Konkretes akutmedizinisches Ereignis
- Analyse von Clustern aus vorhandenen Versorgungsinformationen
- Am besten: Prädiktorenset zum frühzeitigen Erkennen von Risikofaktoren mit dem Ziel, Eskalationen durch VM zu vermeiden = Predictive Modeling, d.h. Überwindung der Vergangenheitsbezogenheit der Routinedaten

Identifikation von Versorgungsdefiziten Produktionendell Rammingen understenden von Versorgungsdefiziten Adaption Produktionen von Versorgungsdefiziten von V

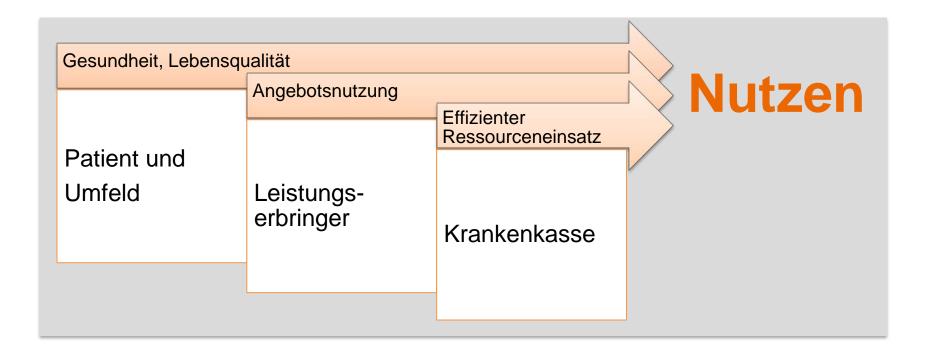
Konkrete Programmentwicklung

- Business Case
- Definition der Programmziele
- Entwicklung geeigneter Umsetzungsstrategien
- Zielgenaue und transparente Kommunikation

Controlling und Evaluation



Vermittlung von Nutzen für alle Beteiligten



Voraussetzung: Transparenz über Vorgehen, Ziele und Ergebnisse



Inhalt

Motivation

Definition

Umsetzung in der DAK-Gesundheit

Praktische Beispiele

Begrenzende Faktoren

Quo Vadis VM?



Beispiel Schlaganfallsteuerung



Rundum – Versorgung aus einem Guss

Grundpfeiler:

- Frühzeitige Koordination
- Aktives Kümmern
- Intensive Netzwerkpflege
- Nachsorge



Schlaganfall







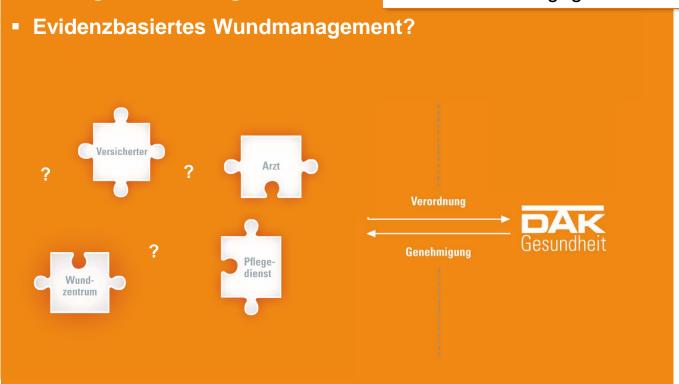
- Interventionsleitfaden
 - übersichtliche Darstellung des Schlaganfall-Steuerpfades
 - Klare Handlungsanweisungen und detaillierte Hintergrundinformationen
- Gesprächsleitfaden für Gesundheitsberater
 - Definition von Gesprächszeitpunkten, Assessment-Fragen und Maßnahmen
 - Vorschläge für weitere Vertiefungsthemen
 - Detaillierte Hintergrundinformationen zu Ursachen, Risikofaktoren und Therapie
- Informationsmaterial f
 ür die Versicherten
 - Entstehung, Symptome, Vorsorge durch Reduzierung der Risikofaktoren, Verhalten im Notfall, Prävention



Beispiel chronische Wunden – Versorgungssituation

- Patientencompliance?
- Richtige Verordnung?

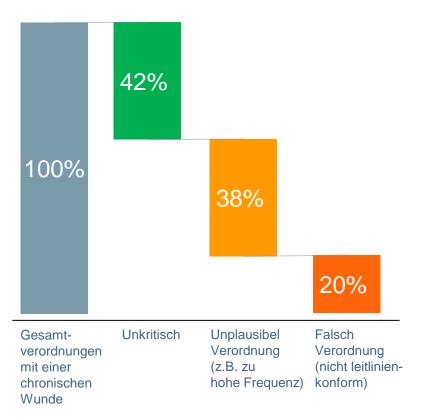
Untersuchungsanlass: Kostensteigerungen und Studienergebnisse – ein qualitätsgesicherter und kontinuierlicher Versorgungsrahmen ist aktuell nicht flächendeckend gegeben.





Beispiel Chronische Wunden - Ausgangslage

Auswertung der Hauptverordnungen



Unterversorgung

- Mangelnde Versorgung der Wunden
- Wundversorgung nicht leitlinienkonform

Fehlversorgung

- Verschlechterung des Wundstatus durch "falsche" Wundprodukte
- Verzögerung der Wundheilung
- Häufig inadäquate Wundversorgung

Überversorgung

- DAK-G bezahlt Wundversorgung für nicht vorhandene Wunden
- Wundversorgung nicht leitlinienkonform

Abrechnungsoptimierung

- Über 20% Betrugsfälle
- Wundheilung regelhaft zum Quartalsende

Hauptverordnungen oft nicht aussagekräftig oder nicht nachvollziehbar: Achtung nächste Folie - Extrembeispiel



Beispiel Chronische Wunden...



Laut ärztlicher
Verordnung HKPF
= Diabetes OHNE
Komplikationen



Chronische Wunden – Ziel: Einsatz von Wundberatern





Chronische Wunden – Aufgaben Wundfachberater



- erkennt Defizite innerhalb der Wundversorgung
- berät (Fach-)Arzt, Pflegedienst, Angehörige und Patient zur Wundsituation
- verbindet die Schnittstellen der Versorgung chronischer Wunden
- unterstützt die beteiligten Akteure ohne in die therapeutische Hoheit des Arztes einzugreifen
- sichert somit eine leitliniengerechte
 Wundbehandlung

Alle Schritte erfolgen auf ausdrücklichen Wunsch und Veranlassung des Versicherten – die Krankenkasse erhält keinerlei medizinische Informationen



Beispiel Weaning

- Kontinuierlicher Anstieg der Patientenzahlen mit außerklinischer Intensivpflege und maschineller Beatmung
 - Beatmete Patienten werden direkt in die außerklinische Intensivpflege (oft häusliche Versorgung) übernommen
 - Wahrscheinlichkeit zur Entwöhnung von der maschinellen Beatmung sinkt mit zunehmender Beatmungsdauer
 - Lebensqualität der Patienten bleibt eingeschränkt
- Weaningeinheiten nicht in allen Krankenhäusern
- Zunehmende Vernetzung von Pflegediensten mit Intensivstationen und Sozialdiensten der Krankenhäuser (Markt für außerklinische Intensivpflege rund 1,5 Mrd. Gesamtvolumen)



Beispiel Weaning



Optimierung der Abläufe des Versorgungsprozesses

- Entlassmanagement f\u00fcr vollbeatmete Patienten vor Entlassung aus der station\u00e4ren Behandlung in die au\u00derklinische Intensivpflege
 - Information an DAK-G über unsere DAK-Weaning-Hotline
 - Bei grundsätzlichem Weaningpotenzial Klärung mit Krankenhausarzt und Kontaktvermittlung zum Ärzteteam der Weaningeinheit
- Verlegung in ein nach WeanNet zertifiziertes Weaning-Zentrum zwecks Weaningversuch

Voraussetzung: Aufbau guter Kontakt sowohl zu Klinik als auch Weaningzentrum



Weaning

 Erstellung von Informationsmaterialien für Patienten und Ärzte über prolongiertes Weaning.





Inhalt

Motivation

Definition

Umsetzung in der DAK-Gesundheit

Praktische Beispiele

Begrenzende Faktoren

Quo Vadis VM?



Möglichkeiten des VM derzeit stark begrenzt

Sozialdatenschutzrichtlinien erschweren oder verhindern sinnvolle VM-Aktivitäten

- Für Krankenkassen maßgeblich: SGB X und SGB V
- Zentrale Vorschrift § 284 SGB V:
 - Abschließende Festlegung, in welchem Umfang Krankenkassen Sozialdaten

erheben

verarbeiten

nutzen

dürfen

- Darüber hinaus laut BfDI Legitimation nur durch eine besondere Rechtsgrundlage möglich
- Einverständniserklärung oder Schweigepflichtsentbindung des Arztes durch den Versicherten/Patienten laut BfDI nicht ausreichend – kein gleichberechtigtes Rechtsverhältnis



Exkurs: Rechtsgrundlagen für VM



Nicht wirklich klar geregelt – je nach Einzelfall verschiedene Rechtsgrundlagen (oft auch in Kombination) heranzuziehen – Überblick:

- § 11 SGB V Versorgungsmanagement
- § 43 I Nr. 2 SGB V Hilfe zur Selbsthilfe durch Patientenschulungsmaßnahmen für Chroniker
- § § 63 ff. SGB V Modellvorhaben
- § 73 b SGB V hausarztzentrierte Versorgung
- § 73 c SGB V besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 137 f und g SGB V DMP
- § § 140 a ff. SGB V IV

Problem: oft aufwändige, strenge Vorgaben und Verfahrensvorschriften einzuhalten, daher unflexibel, langsam und oft teuer in der Implementierung



Folge der engen Auslegung des BfDI

- Ansprache der Versicherten außerhalb der DMP-Krankheitsbilder und ohne selektivvertragliche Grundlage im SGB V oft nicht möglich
- Am Beispiel DMP:

Asthma

COPD

Herzinsuffizienz

Brustkrebs

Diabetes

künftig ggf. Depression und Rücken

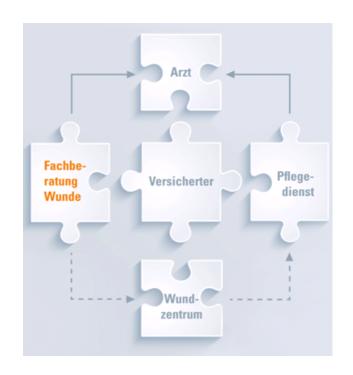
Undifferenzierte Ansprache – nur bei Beratungsanlass

Jedoch Bedarf nach Versorgungsmanagement groß, gleichzeitig Routinedaten der Krankenkassen mit großem Steuerungspotential:

- Erkennen von Fehlversorgung und Handeln beim Abweichen vom Versorgungspfad
- Frühzeitige Intervention bei drohender Verschlechterung
- Erkennen von Risikopotentialen



Am Beispiel chronische Wunden – Handeln nur unter äußerst umständlichen und zeitverzögernden Rahmenbedingungen möglich



- Nach der Auffassung der Bundesbeauftragten für den Datenschutz dürfen Abrechnungsdaten nicht zur Prüfung der Leistungsqualität zusammengeführt werden
- Keine proaktive Ansprache der Versicherten möglich
- Keine Möglichkeit, den Versicherten nach seinem Unterstützungsbedarf bei der Behandlung zu befragen

Anhand der Abrechnungsdaten könnten Fehlversorgungen schnell erkannt und thematisieren werden, dies ist aber nicht zulässig!



Warum so starke Begrenzungen?

Grundregeln nachvollziehbar – Sozialdaten als hohes Gut

Tätigkeitsbericht es Bundesdatenschutzbeauftragten 2013/2014:

- Versorgungsmanagement als grundlegende Infragestellung des für Krankenkassen geltenden Sachleistungsprinzips
- Angst vor gläsernem Patienten
- Fehlende Rechtsgrundlage

Selbstzweck?

Rahmen schaffen statt Polemik!

Zu enge Auslegung!

Wunsch: Festlegung pragmatischerer Rahmenvorgaben

Hoffnung durch GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Entlassmanagement und Krankengeldfallmanagement als explizite Aufgaben der

Krankenkassen aufgenommen



Mehr Steuerungsmöglichkeiten notwendig

DAK-Gesundheit

Undifferenzierte Ansprache aller Versicherten

Leistung nur auf Abruf

Zielgruppenadäquate Ansprache

Kein gesetzlicher

Datenschutz als Barriere

Auftrag!





Vom Angebot profitierender Versicherter



"Gieskannenprinzip"

gesundheitsbewusster, risikoarmer Versicherter



Inhalt

Motivation

Definition

Umsetzung in der DAK-Gesundheit

Praktische Beispiele

Begrenzende Faktoren

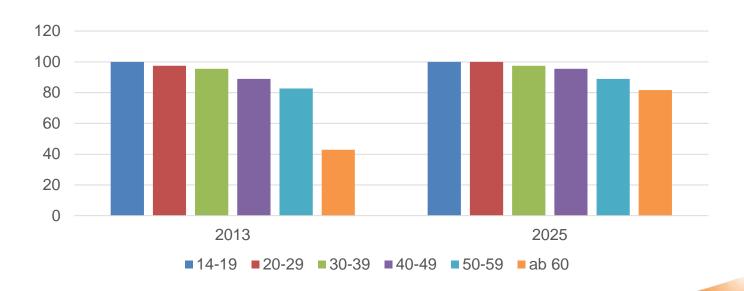
Quo Vadis VM?



Digitale En wicklung

- Online-Affinität steigt kontinuierlich
- Immer mehr Internetaufrufe über Smartphone
- Der digitale Wandel betrifft jede Branche
- Big Data: Daten sinnvoll auswerten
- Internet der Dinge
- Vernetzung nimmt immer mehr zu

- Kunden fordern
 - ✓ Self-Service
 - √ 24/7-Erreichbarkeit
 - Angebote Mobil
 - ✓ Kommunikation auf ihren Kanälen





Versorgung heute.... Und morgen?



- Versorgung offline & standortbezogen
 räumliche Nähe als relevanter
 Faktor
- VM-Programme an Diagnosen ausgerichtet verbunden mit der stillschweigenden Unterstellung, dass morbide ältere Menschen nicht in der online-Welt unterwegs sind
- Handeln im wesentlichen reaktiv
- Schleppende Entwicklung der digitalen Unterstützung – Stichwort Telemedizin, online-Coachings, Apps Konzentration auf Fitness, Wellness – Primärprävention – Krankheitsverläufe steuernde Apps eher selten



- Flexibilität & Ortsunabhängigkeit durch Nutzung technischer Möglichkeiten
- Produkt- /Leistungsangebot inkl.
 Versorgungspfad ist auf Basis der Lebensphasen in die Online-Welt überführt und wird genutzt – ganzheitlicher modularer Ansatz
- Zielgruppenspezifische Anknüpfungspunkte umfassen Vorsorge- sowie Versorgungsleistungen
- Betreuung der Kunden über Video-Chat etc.



Digitales Versorgungsmanagement

Nur flankierend oder in Teilen oder ganz ersetzend?

Erste Schritte sind getan – Frage der Entwicklungsgeschwindigkeit ist aber abhängig von der Entwicklung einiger Rahmenbedingungen:

- Keine Transparenz über bereits vorhandene Lösungen Nischenarbeit, jeder baut seine eigene Lösung
- Oft technikgetriebenes Vorgehen
- Fitness-Klientel für Markt interessanter als Chroniker
- Wiederstand tradierter Systemanhänger
- Wer soll das bezahlen? Entwicklungsleistungen mit oft teurer Anschubfinanzierung - Risikotragung, Kassenauftrag Versorgungsforschung aber nicht Gelder für technische Innovation, Preiswettbewerb fordert kurzfristige Amortisierung
- Und der bereits erwähnte Datenschutz Stichwort Freiwilligkeit



