

# Versorgungslücken

Kurieren neue Methoden das kranke Gesundheitssystem?

Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender der KKH-Allianz

10. Berliner Dialog, 14. Mai 2009

**KKH**

**Allianz** 

# Inhalt

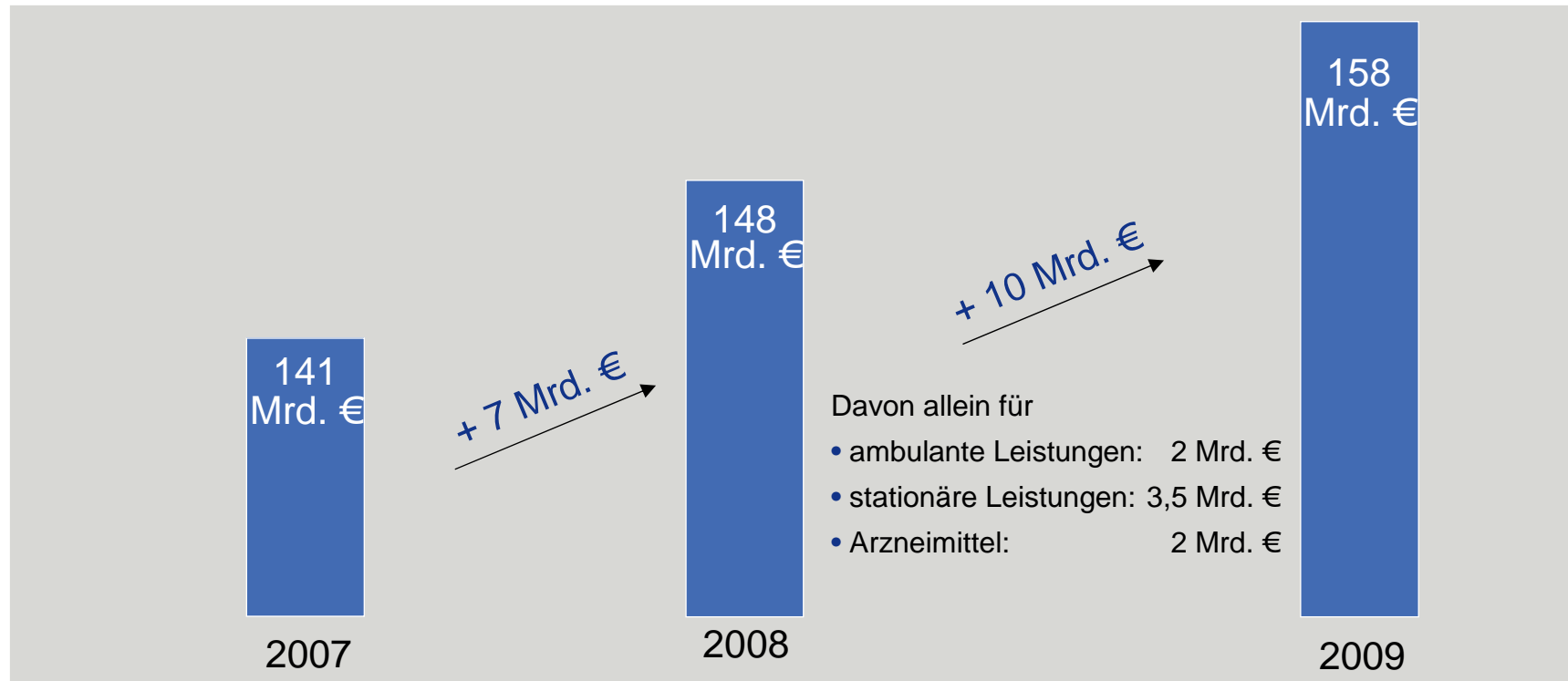
- 1 Einführung: Aktuelle Situation
- 2 Erkenntnisse der KKH-Allianz aus dem Gesundheitscoaching
- 3 Erkenntnisse der KKH-Allianz aus anderen Programmen
- 4 Unterschiede in der ärztlichen Versorgung
- 5 Fazit

# 1

Einführung: Aktuelle Situation

## Finanzieller Sprengstoff: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

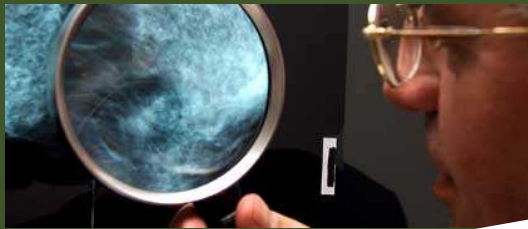
### Leistungsausgaben ohne Verwaltungskosten



▶ Hohe Leistungsausgaben als Merkmal einer guten Versorgung?

# Pressestimmen zur aktuellen Lage

Arzt beim Mammografie-Screening:  
"Überdiagnosen und Übertherapien,"  
(Spiegel-online 21.04.2009)



circulation 279.004  
issue 16/04/2009  
page 27

## Schlampereien auf der Intensivstation

Erschreckende Ergebnisse einer multinationalen Studie: Medikamente werden häufig falsch verabreicht – Ursache sind Zeitmangel und Routine

Frankfurter Allgemeine  
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

### Ärztetkammer mit Honorarsteigerung nicht zufrieden

BERLIN, 21. April. Die zehnpromillesteigerung für Ärzte

Handelsblatt  
153384  
22/04/2009  
4

## Immer mehr Ärzte – und doch zu wenig

Schon warnt die Bundesärztekammer vor „Wartelistenmedizin“

circulation 387.064  
issue 06/03/2009  
page 13

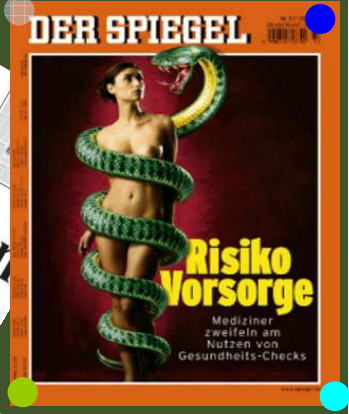
## Ärzte auf den Barrikaden

title Deutsches Ärzteblatt  
circulation 395.610  
issue 19/2009  
page A-906

## Arzneimittel: Ausgaben steigen um 1,4 Milliarden Euro

Frankfurter Allgemeine  
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

...ung der Ärzte zu schieben. Das sollte man ihr nicht durchgehen lassen. Sie



## Das sagen die Experten: Schwerpunkt Versorgungsdefizite

„Die vorhandenen Qualitätsmängel wurzeln häufig in **Koordinationsdefiziten**, die wiederum mit mangelnder Transparenz, unzureichendem Wettbewerb und inadäquaten Anreizsystemen einhergehen.“

Sachverständigenrat 2005

„....Danach kommen die Patienten zu dem gleichen Schluss wie wir Experten: Die **Koordination** ist nach wie vor **schwach ausgeprägt** – trotz DMP.“

Prof. Dr. Busse, TU Berlin

## Versorgungsqualität im Zeitalter des Gesundheitsfonds?



„Die Kassen erhalten neue Verhandlungsmöglichkeiten, um für ihre Versicherten die **beste Qualität** zu bezahlbaren Preisen anbieten zu können.

Der Fonds sorgt präzise für einen Ausgleich der Risiken und die Kassen können sich darauf konzentrieren, tatsächlich nur noch für die **beste Versorgung** ihrer Kunden zu sorgen.“

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zur Verabschiedung des GKV-WSG

## Ausgangslage bei ausgewählten Erkrankungen

Diabetes mellitus	Koronare Herzkrankheit	Rheuma
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Über 50 % der Amputationen sind Schätzungen zufolge vermeidbar</li><li>▪ 36 % davon sterben ein Jahr nach dem Eingriff</li><li>▪ Die Anzahl junger Erkrankter nimmt zu</li></ul> <p>Quelle: Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Weltweit die häufigste Todesursache</li><li>▪ 1,2 Mio. Patienten erhalten keine ausreichende Versorgung</li><li>▪ Nur 50 % der ambulant versorgten Patienten erhalten die Dosierungen nach Leitlinien</li></ul> <p>Quelle: Destatis, Verband der forschenden Arzneimittelhersteller 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ca. 9 Mio. Deutsche leiden an rheumatischen Erkrankungen</li><li>▪ 1/3 der Erkrankten bezieht eine Erwerbsminderungsrente</li><li>▪ Nur 30 % erhalten bei „Nicht-Rheuma-Spezialisten“ eine leitliniengerechte Basistherapie</li></ul> <p>Quelle: Rheumaforschungszentrum und Deutsche Rheuma-Liga</p>

▶ Fakten erfordern neue Lösungen – gerade bei den großen Volkskrankheiten.



# 2

Erkenntnisse der KKH-Allianz  
aus dem Gesundheitscoaching

# Eine Lösung? Vom sektorbezogenen Fallmanagement zum Versorgungsmanagement

KKH-Allianz Gesundheitsberatung seit Juli 2007

Zwei Versorgungszentren in München und Halle

Im Fokus: Ausgewählte Risikopatienten

- Chronische Erkrankungen (häufig multimorbide)
- Psychiatrische Erkrankungen
- Pflegebedürftige

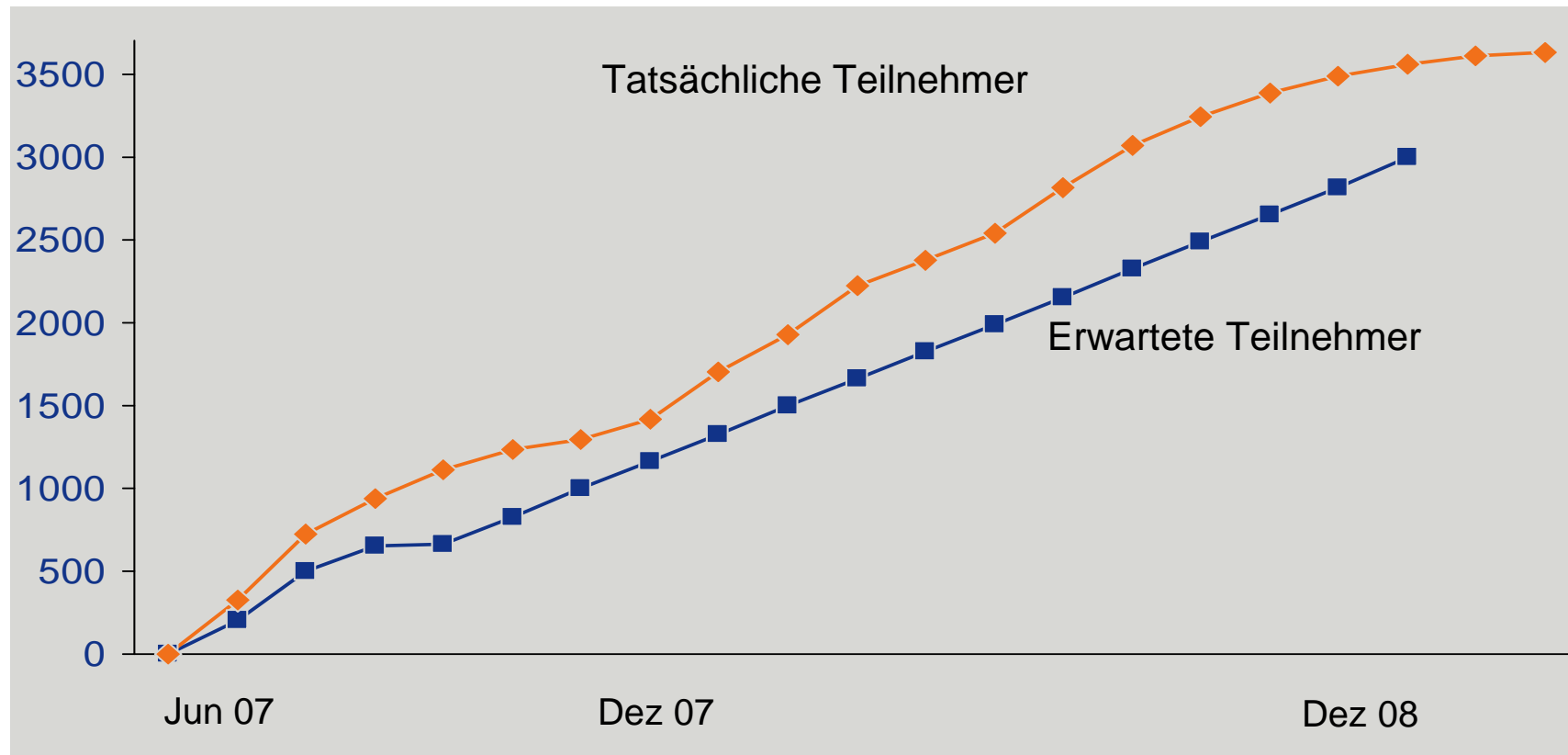
Telefonische Beratung: Inhalt und Ziele

- Betreuung durch speziell ausgebildete Krankenschwestern und -pfleger
- Beratung nach evidenzbasierten Leitlinien
- Individuelle und ganzheitliche Beratung des Versicherten, Motivation zum eigenverantwortlichen Umgang mit seiner Erkrankung



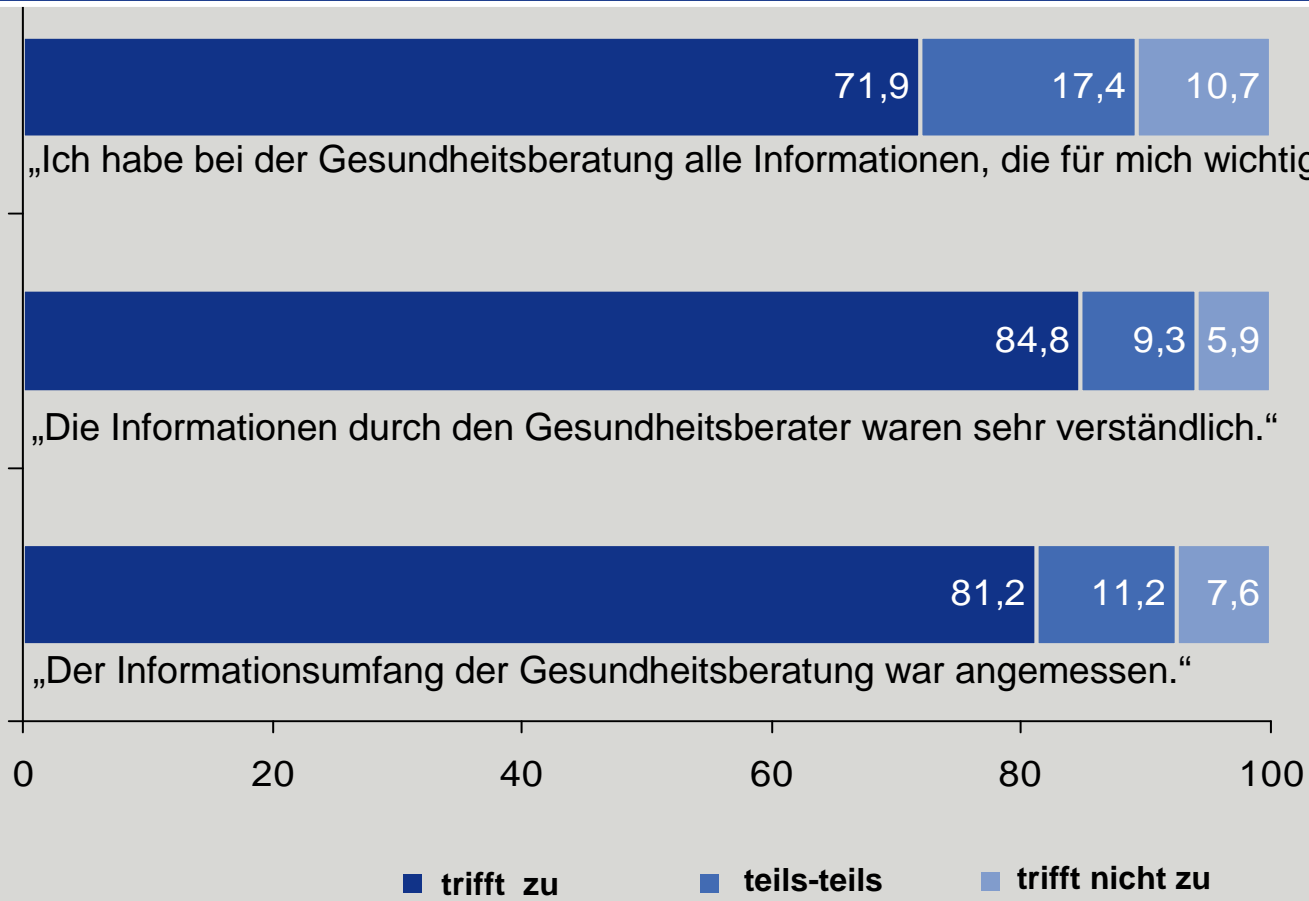
## Große Akzeptanz bei den Versicherten: Die Einschreibungen übertreffen alle Erwartungen

Anzahl erwarteter und tatsächlicher Teilnehmer



# Teilnehmer bewerten Coaching sehr positiv

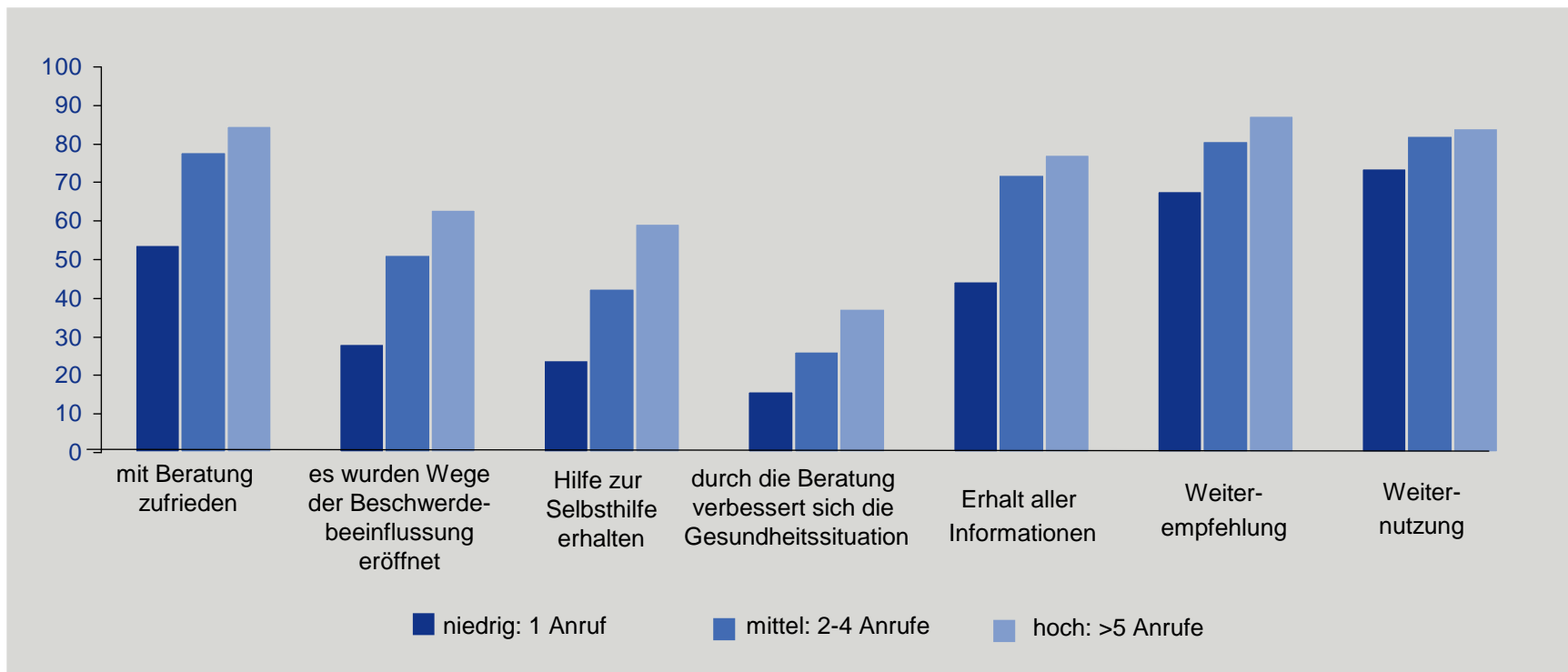
## KKH-Allianz Gesundheitscoaching: Evaluation der Uni Freiburg



Quelle: Abschlussbericht Universität Freiburg (jeweils ca. 800 Antworten)

# Beratungsfrequenz und Bewertung der Gesundheitsberatung

## Zustimmung in % bei unterschiedlicher Anruhfrequenz in 3 Monaten



Quelle: Abschlussbericht Universität Freiburg (jeweils ca. 800 Antworten)

▶ Je höher die Anruhfrequenz, desto besser die Bewertung.

## Teilnehmer berichten von gesünderem Lebenswandel

Risikofaktor	liegt vor (%)	nach Beratung verbessert (%)
Bewegungsmangel	61,5	55,4
Übergewicht	60,1	58,1
Stress und Hektik	59,1	49,7
Ungesunde Ernährung	52,8	80,7
Alkoholkonsum	19,1	52,1
Rauchen	16,1	57,5
Unregelmäßige Medikamenteneinnahme	17,1	46,3

Quelle: Abschlussbericht Universität Freiburg (jeweils ca. 800 Antworten)

▶ Die Universität Freiburg bestätigt den Erfolg des Versorgungsmanagements der KKH-Allianz.

## Coaching aus Sicht der Versicherten

### Erkenntnisse aus zwei Jahren Coaching

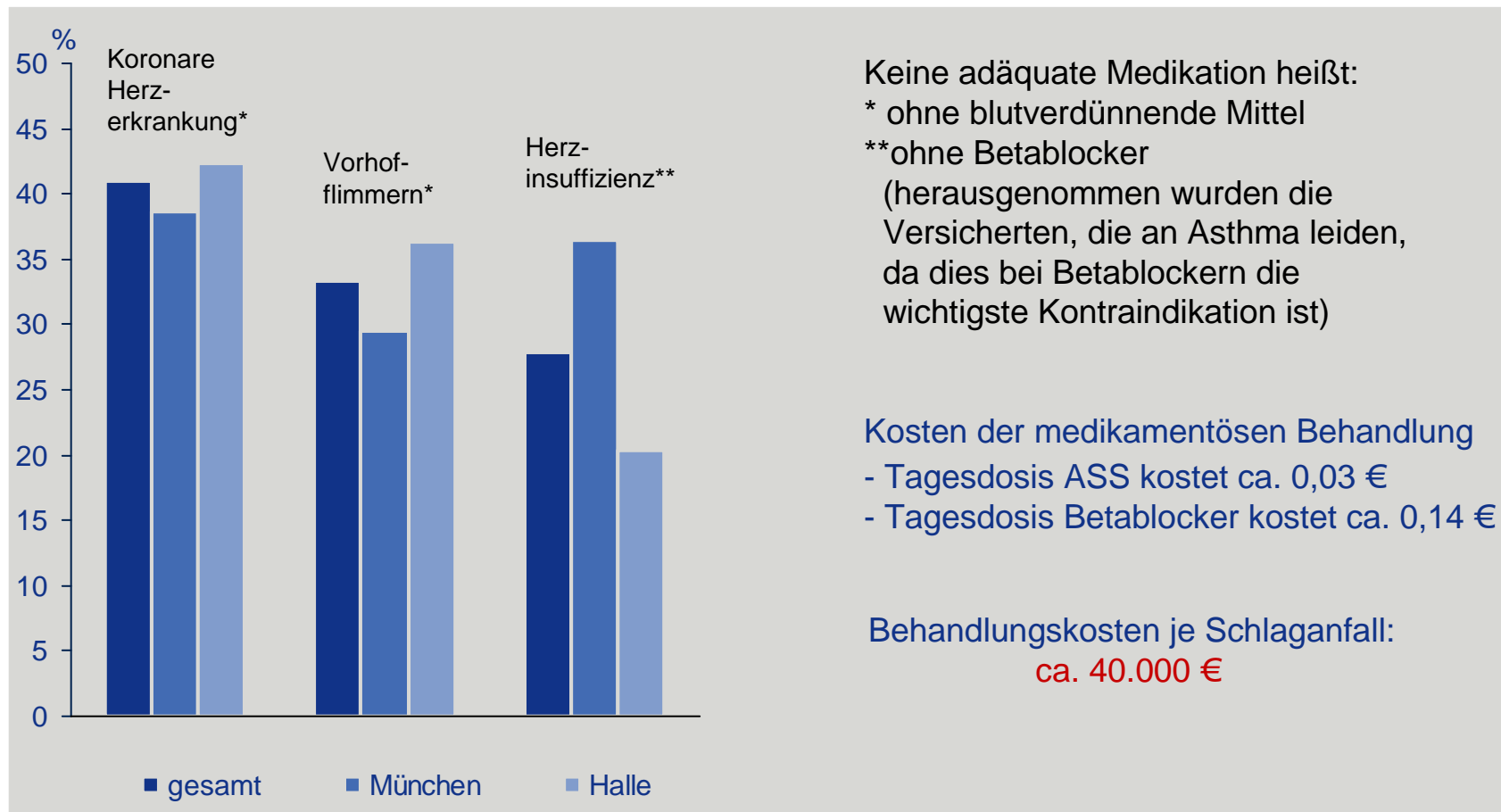
- Die Versicherten bewerten das Angebot sehr positiv
- Risikofaktoren werden individuell reduziert
- Informationsdefizite können behoben werden



▶ Das Nutzenpotenzial des Gesundheitswesens könnte besser ausgeschöpft werden. Gesundheitsberatung der KKH-Allianz als Schritt in die richtige Richtung.

## Erschreckende Versorgungslücken festgestellt

### Erkrankte, die entgegen der Leitlinien keine adäquate Medikation erhalten, in Prozent



Quelle: KKH-Allianz Daten / Auswertung durch Accenture



# Diabetes: Patienten werden zu selten an Facharzt überwiesen

am Bsp. Baden-Württemberg

**Indikationsspezifischer Bericht für die Gemeinsame Einrichtung zum DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Berichtszeitraum 01.07.2007 bis 31.12.2007  
Erstellungstag: 30.06.2008

**In diesem Bericht**

- Überblick  
Seite: 2
- Kernbericht  
Seite: 3 und 4
- Längsschnittdarstellung von HbA1c-Wertklassen  
HbA1c-Zielwerterreichung  
Blutdruck-Wertklassen  
Seite: 5

**Patienten im Bericht**

Kernbericht: 210822 Patienten  
Verlaufsbezogene Darstellung: 301763 Patienten

Seit DMP-Beginn gingen für 301763 Patienten der KV Dokumentationsbogen in der Berichtsstelle ein. Im Berichtszeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007 liegen für 210822 Patienten Dokumentationsbogen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. (Davon 29327 neue Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 181495 Patienten mit mindestens einer -folgedokumentation).

**Ergebnisse im Überblick**

Auf der Basis der im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele sind die folgenden Ergebnisse erreicht worden.

Thema	Ziel nicht erreicht	Ziel erreicht
Hypoglykämie		✓
Hyperglykämie		✓
Empfohlene Medikation		✓
Metformin		✓
Augenarzt	↑	
Diabetischer Fuß	↑	
HbA1c-Wert		✓
HbA1c-Zielwert		✓
Blutdruck		✓

**Altersverteilung**

Die Patienten aller Praxen der KV sind durchschnittlich 67 Jahre alt.

Alter	Anzahl	Anteil
<=45 Jahre	8986	4,3%
45-55 Jahre	23304	11,1%
55-65 Jahre	48949	23,2%
65-75 Jahre	76026	37,1%
>75 Jahre	51777	24,6%

**Im DMP-Vertrag vereinbartes Ziel:**  
65 % der Patienten mit auffälligem Fußstatus werden durch einen Diabetologen mitbehandelt

**Erreichtes Ziel:**  
Nur 23,5 % der Patienten mit auffälligem Fußstatus werden durch einen Diabetologen mitbehandelt

Der geringe Anteil der Patienten, der durch einen Spezialisten mitbehandelt wird, bestätigt die – auch im Gesundheitscoaching festgestellte – Unterversorgung.

## Von Versicherten berichtete Erschwernisse

### Probleme in der fachärztlichen Behandlung

Versicherter

- **Behandlung beim Hausarzt:**  
Versicherte werden zu spät oder gar nicht an einen Facharzt überwiesen
- **Wartezeiten:**  
Versicherte müssen lange auf einen Termin warten
- **Anfahrt:**  
Facharzt ist teilweise weit entfernt
- **Fahrtkosten:**  
Starke finanzielle Belastung der Versicherten

Arzt

Facharztbesuch unterbleibt oder wird nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung wahrgenommen.

## Coaching aus Sicht der Versorgungsforschung

### Erkenntnisse aus zwei Jahren Coaching

- Bestehende Versorgungsdefizite können nur teilweise behoben werden
- Zusätzlich besteht ein erheblicher Verbesserungsbedarf, der nur anderweitig behoben werden kann



▶ Analysen der Krankenkassen liefern unverzichtbare Hinweise, um Defizite im Gesundheitssystem aufzudecken und abzuschaffen.

# 3

Erkenntnisse der KKH-Allianz  
aus anderen Programmen

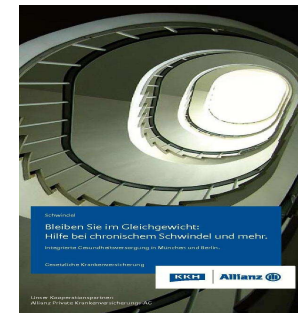
# Versorgungsdefizite bei Schwindel

## Analyse der Versorgungssituation\*

- Oftmals Jahre bis zur Diagnosestellung
- Häufige Fehldiagnosen
- $\frac{3}{4}$  der Schwindelpatienten kennen die Ursache ihrer Beschwerden nicht
- Unnötige Untersuchungen und Verordnung unwirksamer Therapien, 50 % waren unnötig im Krankenhaus
- Wartezeiten von 3 - 4 Monaten (in Berlin)
- 15.500 Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres bei knapp 600 analysierten Versicherten (pro Versicherten: 26 Tage)

## Lösung der KKH-Allianz: IGV-Modell Schwindel

- Vernetzung aller notwendigen Fachdisziplinen
- Rasche Ursachenklärung und Therapieeinleitung
- Vermeidung unnötiger Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte
- Behandlungsorte: Berlin und München



▶ Ein Problem bleibt: zu wenig Schwindelexperten

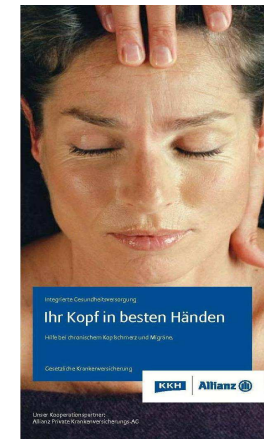
# Versorgungsdefizite bei Migräne

## Analyse der Versorgungssituation\*

- Über 10 % der Bevölkerung leiden an Migräne (Verhältnis 3:1 für Frau:Mann)
- Ca. 75 % aller Erkrankten ohne leitliniengerechte Behandlung
- Folgen: Unnötige Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld- und Stationärkosten, vermeidbare Chronifizierung, Fehlmedikation bis zur Abhängigkeit
- Expertenwissen auf ca. 40 Schwerpunktpraxen verteilt
- Betroffene ohne sektorübergreifende Versorgung

## Lösung der KKH-Allianz: IGV-Modell Migräne

- Hohe Behandlungsqualität durch Spezialisten und Vernetzungen mit deutlicher Reduzierung der Kopfschmerz- und Krankenhaustage
- Ausgezeichnet von Prof. Porter (Harvard) als eines der drei weltweit besten Versorgungsmodelle
- Behandlungsorte: Berlin, Essen, Jena und München



Ein Problem bleibt: zu wenig Migräneexperten

## Versorgungsdefizite bei Rheuma

### Analyse der Versorgungssituation\*

- Therapiebeginn: Im Schnitt nach 1,3 Jahren statt empfohlener 3 Monate
- Einsatz teurer Arzneimittel ohne Berücksichtigung der Leitlinien
- Unsichere Diagnostik bei den Hausärzten
- Wartezeit beim Rheumatologen: 3 - 6 Monate
- Rheumaschulung nur für 2 % der Patienten
- Rheumatologische Behandlung effektiver als hausärztliche (z. B. Hälfte an Arbeitsunfähigkeitstagen, sechsmal bessere Schmerzreduktion)

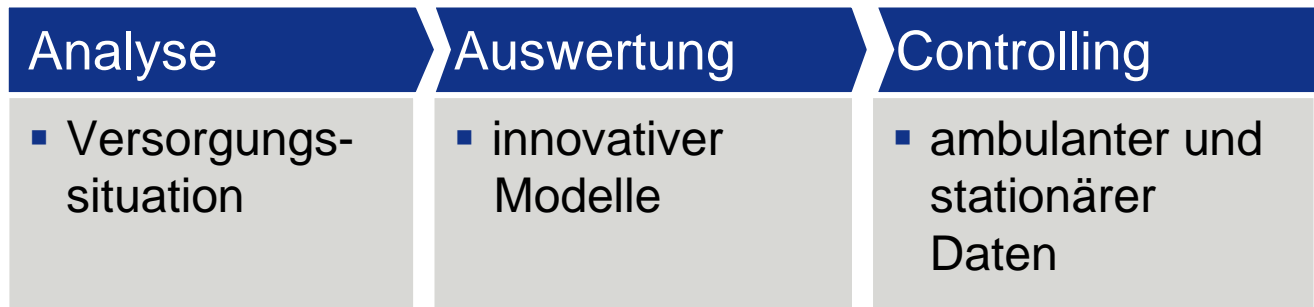
### Lösung der KKH-Allianz: IGV-Modell Rheuma

- Termin beim Rheumatologen innerhalb von 14 Tagen
- Behandlungsqualität auf höchstem Niveau
- Keine unnötigen Doppeluntersuchungen
- Schneller Therapiebeginn
- Einbindung von Schulungen
- Behandlungsorte: Niedersachsen und Brandenburg



► Ein Problem bleibt: zu wenig Rheumatologen

## Strategische Vertragsentwicklung schließt Versorgungslücken



Die KKH-Allianz erhält wichtige Erkenntnisse für die Anpassung und Weiterentwicklung der Programme. Defizite wie lange Wartezeiten, mangelnde leitliniengerechte Therapie, Informationslücken oder unklare Diagnostik kommen erst so zum Vorschein.

▶ Mit diesen Erkenntnissen gelingt den Krankenkassen eine gezielte Verbesserung der Versorgungsqualität.

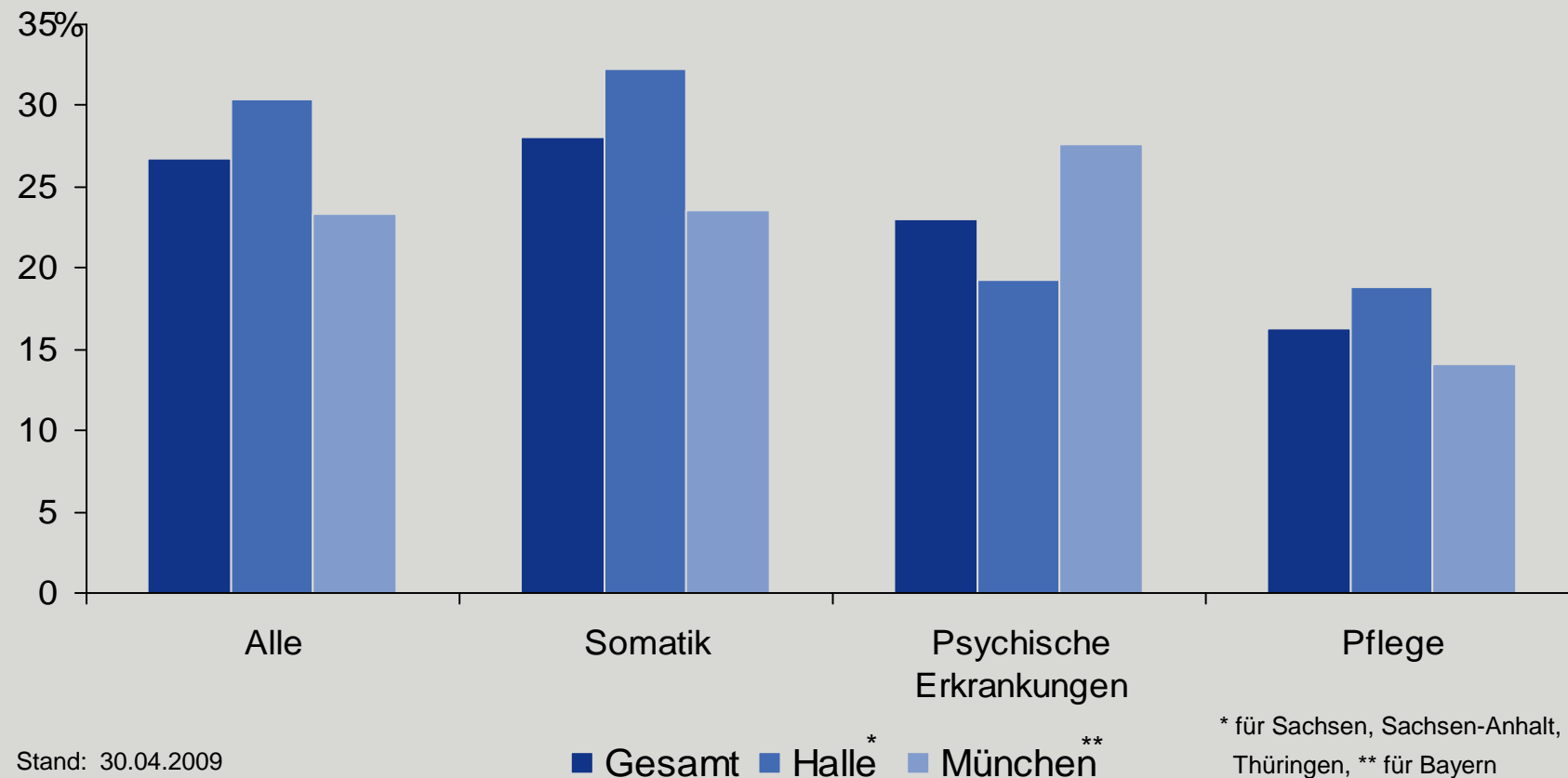


# 4

Unterschiede in der ärztlichen  
Versorgung

## Versorgungsbedarf in allen Regionen gleich?

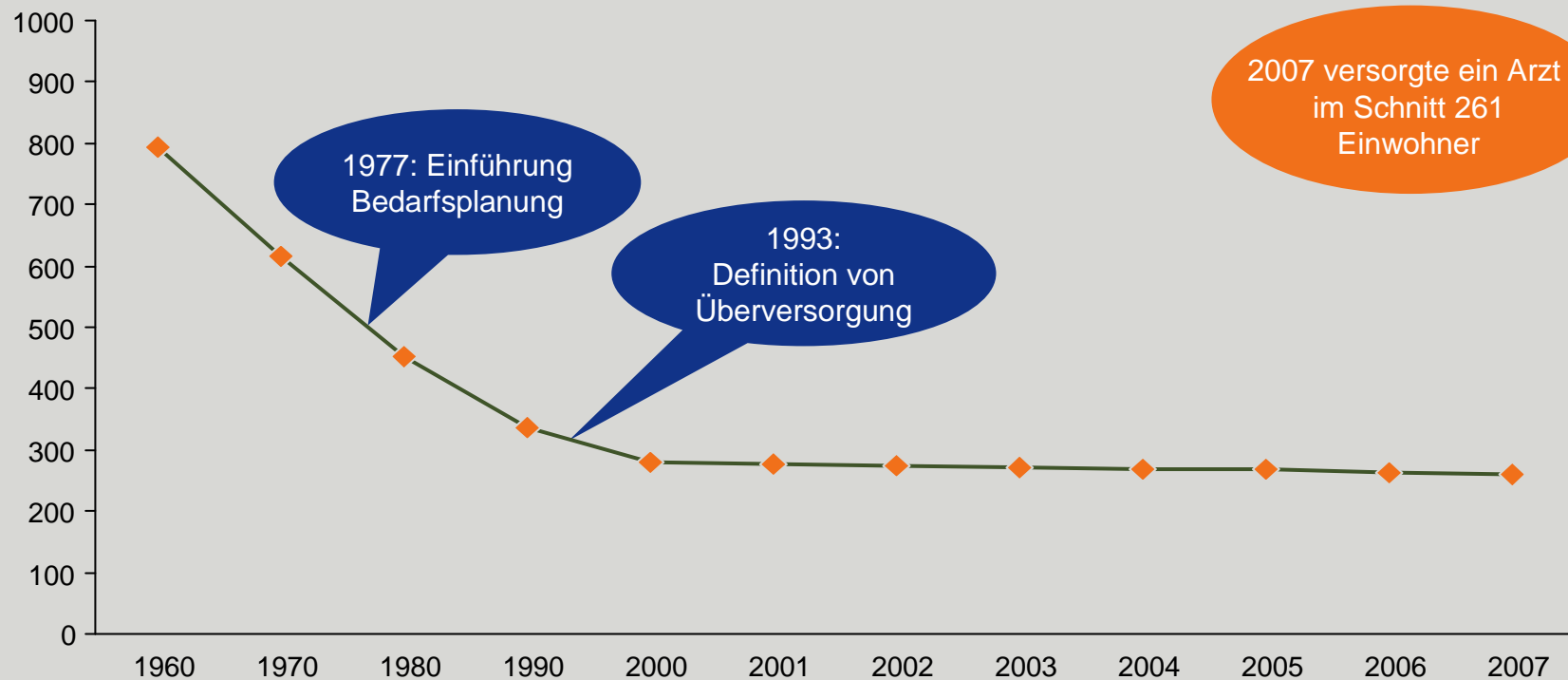
### Einschreibequoten beim Gesundheitscoaching in Prozent



Einschreibequoten weisen auf einen unterschiedlichen Versorgungsbedarf hin.  
Höhere Einschreibung in Halle als Ersatz für den Arztbesuch?

## Durchschnittlich hohe Arztdichte – mit steigender Tendenz

### Einwohner je Arzt



► Zum Vergleich: In den Niederlanden kommen auf einen berufstätigen Arzt 317 Einwohner, in Norwegen 345 und in Großbritannien 557.

## Fakten zur fachärztlichen Versorgung

- Überversorgung mit Ärzten und Fachärzten im Durchschnitt nicht belegbar.
- Beispiel Diabetes:  
Die empfohlene Arztdichte entspricht in etwa den tatsächlichen Zahlen, allerdings mit **großen regionalen Unterschieden!**

Quelle: Deutsche Diabetes Gesellschaft 2008, IGES mit Rürup 2008

Dichte der niedergelassenen Fachärzte je 1.000 Einwohner:

- Bayern 0,8 (München 1,6)
- Sachsen-Anhalt 0,6
- Berlin 1,1

Quelle: Statistisches Bundesamt und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008



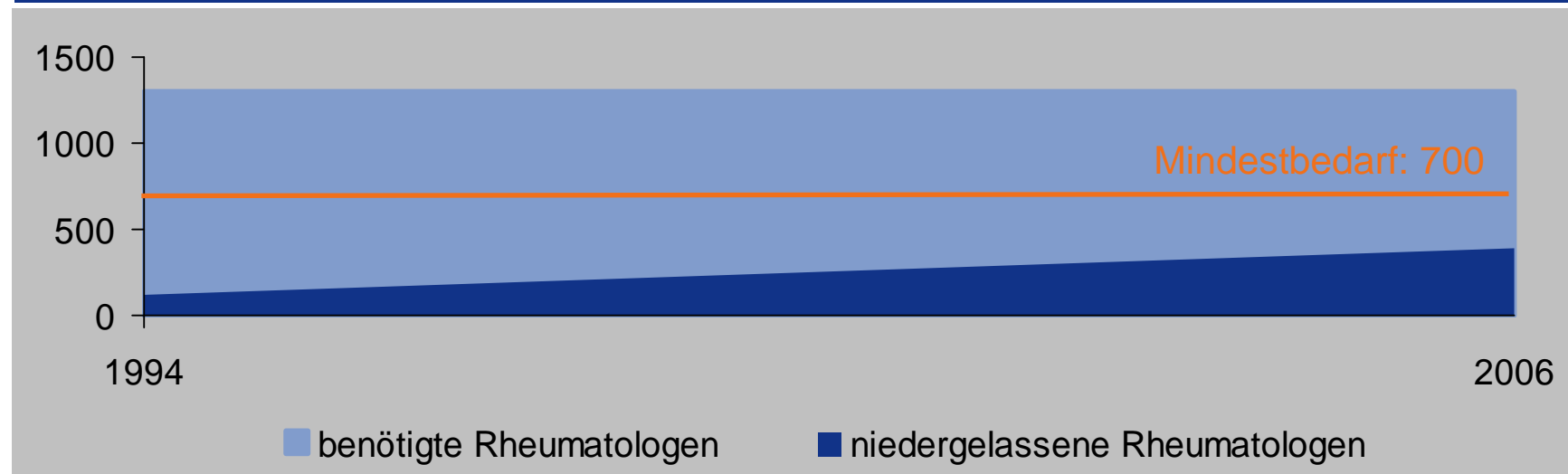
Die Bedarfsplanung erfolgt nach Einwohnern und ist nicht geeignet, die Versorgung bedarfsgerecht zu gestalten.



Es sind Differenzierungen bei Planung, Zulassung und Nachbesetzung nach Schwerpunkten des Arztes und der Morbidität der Bevölkerung erforderlich.

## Unterversorgung mit Rheumatologen lange in Kauf genommen

### Anzahl der Rheumatologen



Quelle: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie 1994 und 2008

- Kompromiss bei der Bedarfsplanung 1994 ging von einem Rheumatologen pro 100.000 Einwohner aus.
- Benötigt wurden jedoch mindestens zwei.

▶ Es gibt Unterversorgungen bei speziellen Ärzten, deren Schwerpunkt (hier: Rheumatologie) bei der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt wird.

## Große regionale Unterschiede in der Rheumatologendichte

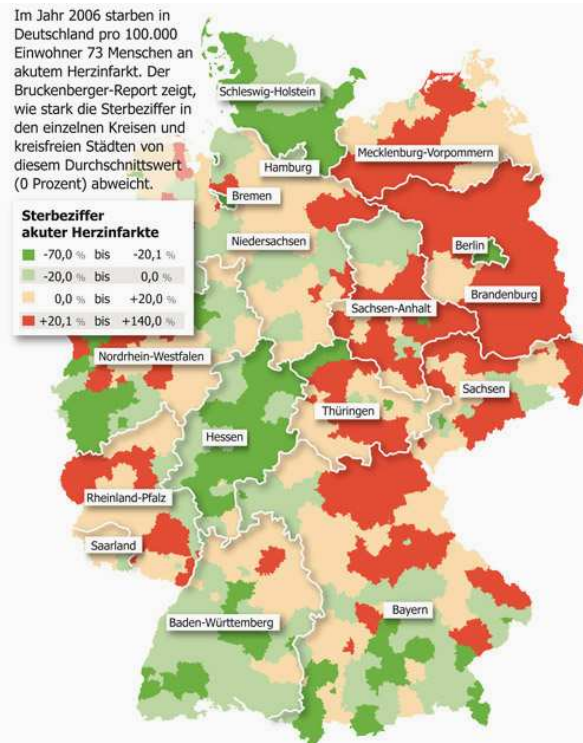
	in absoluten Zahlen		bezogen auf 100.000 Einwohner	
	Rheumatologen	Ermächtigte Rheumatologen	Rheumatologen gesamt*	Versorgungslücke*
Bayern	64	18	0,81	1,19
Sachsen-Anhalt	14	5	0,89	1,11
Berlin	29	5	1,19	0,81

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie 2008

Bei einem Bedarf von 2 Rheumatologen je 100.000 Erwachsene fehlen für eine optimale Versorgung **insgesamt 911** Rheumatologen (d.h.: **120** in Bayern, **24** in Sachsen-Anhalt und **23** in Berlin)

► Auch hier wird – unabhängig vom konkreten Bedarf – nur die Arztgruppe ohne Schwerpunkt (wie z.B. Rheumatologe) ausgeschrieben.

## Versorgungsstruktur zeigt regionale Differenzen



Quelle: Stern 2008

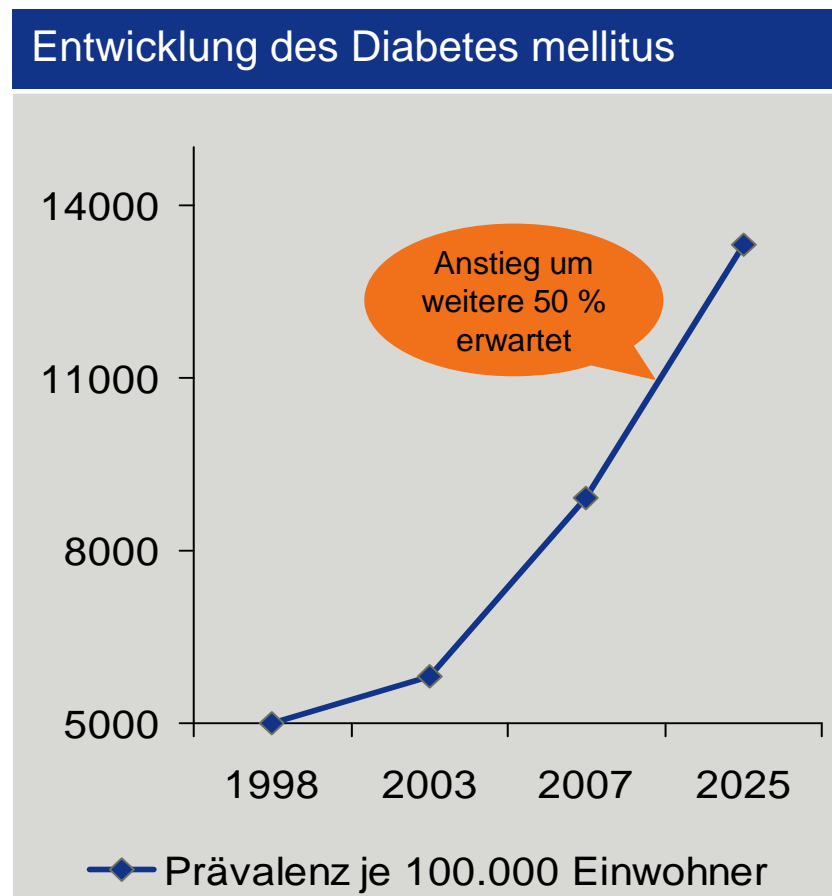
	Bayern	Sa.-Anhalt
Anzahl Kardiologen	368	45
Einwohner pro Kardiologen	31.000	50.000
Sterbeziffer nach Herzinfarkt je 100.000 Einwohner	71	104

Quelle: Herzbericht 2007, KV Bayern 2007 und KV Sachsen-Anhalt 2007, KKH Weißbuch Prävention Herzgesund 2004

▶ Eine generelle Überversorgung liegt nicht vor – regionale Versorgungsstrukturen werden zum Risikofaktor.

# Krankheiten verändern sich, die Versorgungsplanung nicht

Veränderung der Erkrankungsrate		
Asthma bei Kindern*	in den letzten 4 Jahren	+ 30 %
Demenz	innerhalb von 10 Jahren	+ 25 %
Herzinfarkt	in den letzten 5 Jahren	- 25 %
Krebs	innerhalb von 4 Jahren	+ 1 %
Hypertonie	in den letzten 8 Jahren	+ 24 %
Diabetes	in den letzten 9 Jahren	+ 78 %



Quelle: Robert-Koch-Institut, MONICA/KORA-Herzinfarktregister, Krebsregister NRW, Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und International Diabetes Federation

\*Auswertung der KKH-Allianz-Daten 2004 bis 2007 bei Kindern und Jugendlichen, die die Diagnose erhielten



## Berücksichtigung regionaler Unterschiede

Status quo	Rezept
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Versorgungsqualität u.a. abhängig von regionalen Strukturen</li><li>▪ Bestimmte „Schwerpunkt-Ärzte“ fehlen, sind regional sehr unterschiedlich und unabhängig vom Bedarf verteilt</li><li>▪ Bedarfsplanung orientiert sich nicht an Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen (Bsp.: Fehlt ein Kardiologe oder Diabetologe, wird ein Internist ausgeschrieben)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bedarfsplanung berücksichtigt tatsächlichen Versorgungsbedarf anhand der Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung des Arztes</li><li>▪ Zulassung kann an Verpflichtung zur Weiterbildung entsprechend des Versorgungsbedarfs geknüpft werden</li></ul>

▶ Die Politik muss die starren Rahmenbedingungen der Ärzteplanung verändern.

5

Fazit

## Versorgungsmanagement als wirksames Mittel gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung

- Innovative Konzepte greifen Defizite gezielt auf und beheben diese
- Die Qualität und Verfügbarkeit von Leistungserbringern ist von großer Bedeutung
- Wettbewerbseinschränkende Maßnahmen auf der Vertragsebene wie bei der hausarztzentrierten Versorgung führen zu keiner Verbesserung

► Erfolgsmodelle können die Versorgungsqualität steigern, wenn die wettbewerblichen Freiheiten dafür vorhanden sind.

## Forderungen der KKH-Allianz

### 1. Fort- u. Weiterbildungspflicht bei Ärzten

- Vorhandene Fortbildungspflicht muss fachrichtungsbezogen ausgebaut werden
- Pflicht zur Weiterbildung entsprechend des Versorgungsbedarfs

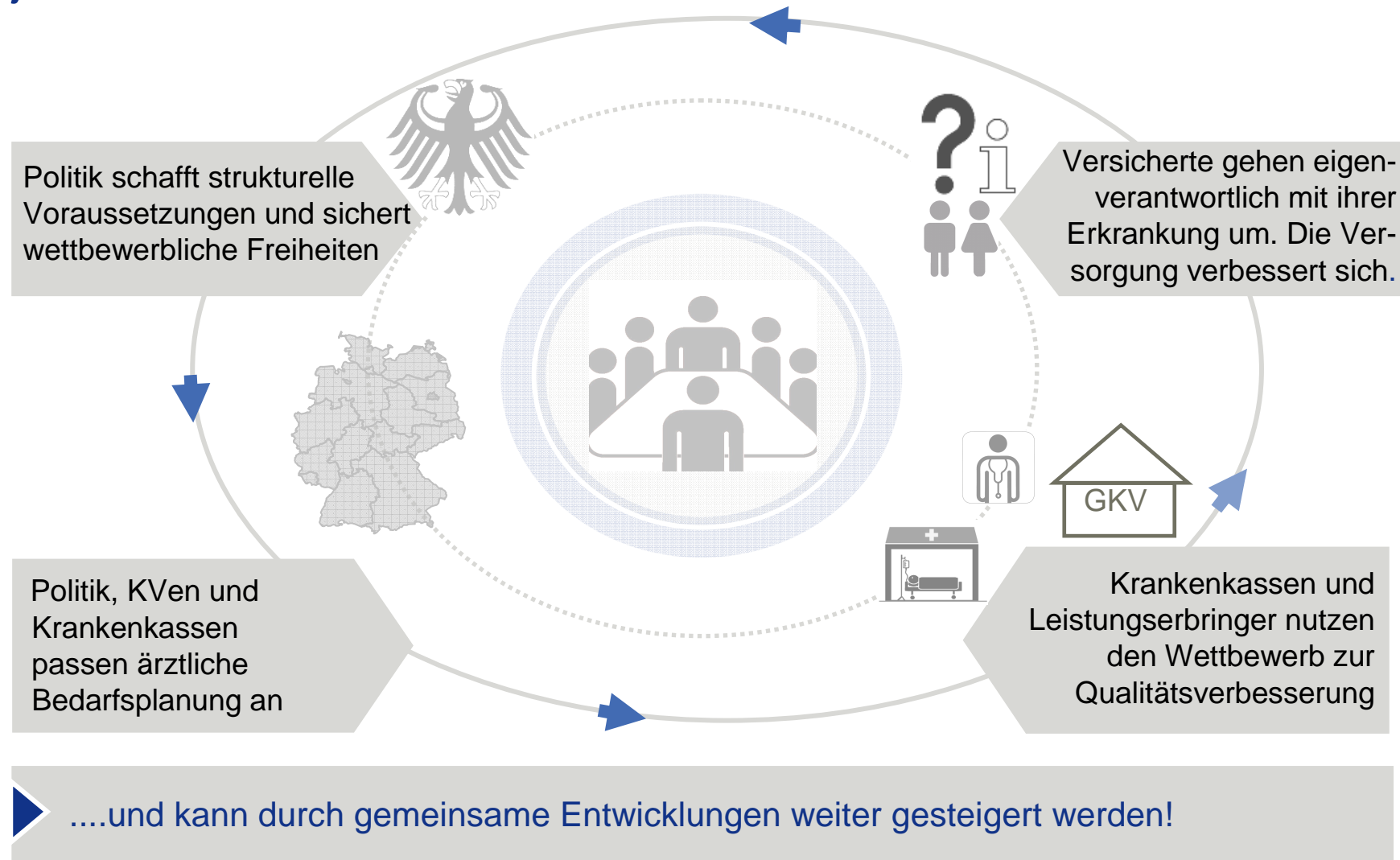
### 2. Rahmenbedingungen der Ärztezulassung

- Starre Bedarfsplanung muss unter Berücksichtigung verfeinerter Arztgruppen an die tatsächlichen Verhältnisse angepasst werden

### 3. Wettbewerbliche Rahmenbedingungen

- Vertragsfreiheiten als Voraussetzung für qualitativ hochwertige Verträge werden nicht weiter eingeschränkt
- Stopp bei der Verpflichtung für Hausarztverträge

## Qualitativ hochwertige Versorgung ist schon jetzt erreichbar....



Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit.

KKH

Allianz 