



Zunehmende Bedeutung der ambulanten Versorgung?: Fünf provokante Thesen

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Universität zu Köln

IMVR

ZI-Tagung in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

„Vertragsärztliche Versorgung zukunftssicher machen!“

Kalkscheune, Berlin

26.4.2017



Gliederung

- 1) **These 1: Ergebnis- und Prozessverantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung ist die Herausforderung der Zukunft**
- 2) These 2: Die ambulante Versorgung (AV) ist nicht automatisch auf der Siegerstraße
- 3) These 3: Die ambulanten Versorger werden nur dann an Bedeutung gewinnen, wenn sie in den Zukunftsmodellen der Versorgung aktiv mitwirken
- 4) These 4: Struktur durch Rollenwandel: Der ambulante Versorger als Coach und Koordinator
- 5) These 5: Die Plattform-Revolution wird auch vor der AV nicht halt machen
- 6) Fazit



These 1: Die Herausforderung der Zukunft ist die Sicherstellung der Ergebnis- und Prozessverantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung (1)

Wertorientierte Versorgung

Was ist das Ziel?: Wert schaffen

Bei wem?: Individuum & Bevölkerungs(gruppen)

Bei wem nicht?: Leistungsanbieter

Wert in welcher Form?: Gesundheit als Asset; Leistungsfähigkeit; Selbstständigkeit; Kompression der Morbidität; Autonomie; Funktionsfähigkeit; Inklusion

Wie schafft man das?: Mindset „Wertorientierung“ schaffen; Wertorientierung zum Gestaltungsprinzip der Versorgungsprozesse machen; Werte als Ergebnis der Versorgungsprozesse



These 1: Die Herausforderung der Zukunft ist die Sicherstellung der Ergebnis- und Prozessverantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung (2)

Verantwortung für was?

- Für eine Krankheitsepisode
- Für eine Population („Asset“-Gedanke)

In welcher Hinsicht?

- Ergebnisverantwortung (Erreichung der Werte)
- Prozessverantwortung

Mit welcher Konsequenz?

- Bestrafung bei schlechten Prozessen und Ergebnissen
- Belohnung bei erfolgreichem Handeln

Gegenwärtiger Stand: Keine episodenzugewandene Gesamtverantwortung



Gliederung

- 1) These 1: Ergebnis- und Prozessverantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung ist die Herausforderung der Zukunft
- 2) **These 2: Die ambulante Versorgung (AV) ist nicht automatisch auf der Siegerstraße**
- 3) These 3: Die ambulanten Versorger werden nur dann an Bedeutung gewinnen, wenn sie in den Zukunftsmodellen der Versorgung aktiv mitwirken
- 4) These 4: Struktur durch Rollenwandel: Der ambulante Versorger als Coach und Koordinator
- 5) These 5: Die Plattform-Revolution wird auch vor der AV nicht halt machen
- 6) Fazit



These 2: Die ambulante Versorgung (AV) ist nicht automatisch auf der Siegerstraße

2.1 Pro AV

- These 2.1.1: Die Chronifizierung der Krankheiten fördert die ambulante Versorgung
- These 2.1.2: Die Personalisierung der Medizin fördert die ambulante Versorgung
- These 2.1.3: High Touch gewinnt im Rahmen der High-Tech-Welt an Bedeutung
- These 2.1.4: Der Trend zur Regionalisierung der Versorgung stärkt die AV

2.2 Contra AV

- These 2.2.1: Ärztemangel stärkt die (Land-)Krankenhäuser
- These 2.2.2: Versorgungskoordination überfordert herkömmliche AV
- These 2.2.3: Work-Life-Balance und Feminisierung des Medizinberufs überfordert herkömmliche AV
- These 2.2.4: Komplexität in der Versorgung schadet der herkömmlichen AV
- These 2.2.5: Die Zentralisierung der Diagnostik durch die Fortschritte der Präzisionsmedizin gefährden die ambulante Versorgung
- These 2.2.6: Die zum Teil sich andeutende Trennung von Diagnostik und Therapie stellt die AV vor große Herausforderungen



Gliederung

- 1) These 1: Ergebnis- und Prozessverantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung ist die Herausforderung der Zukunft
- 2) These 2: Die ambulante Versorgung (AV) ist nicht automatisch auf der Siegerstraße
- 3) **These 3: Die ambulanten Versorger werden nur dann an Bedeutung gewinnen, wenn sie in den Zukunftsmodellen der Versorgung aktiv mitwirken**
- 4) These 4: Struktur durch Rollenwandel: Der ambulante Versorger als Coach und Koordinator
- 5) These 5: Die Plattform-Revolution wird auch vor der AV nicht halt machen
- 6) Fazit



Das Input-Output-Modell einer Krankheitsepisode

- Versorgungsprozess als Aneinanderreihung von Teilsegment-Dienstleistungen
- Problem: Wer ist für den Gesamtprozess und das Gesamtergebnis verantwortlich?

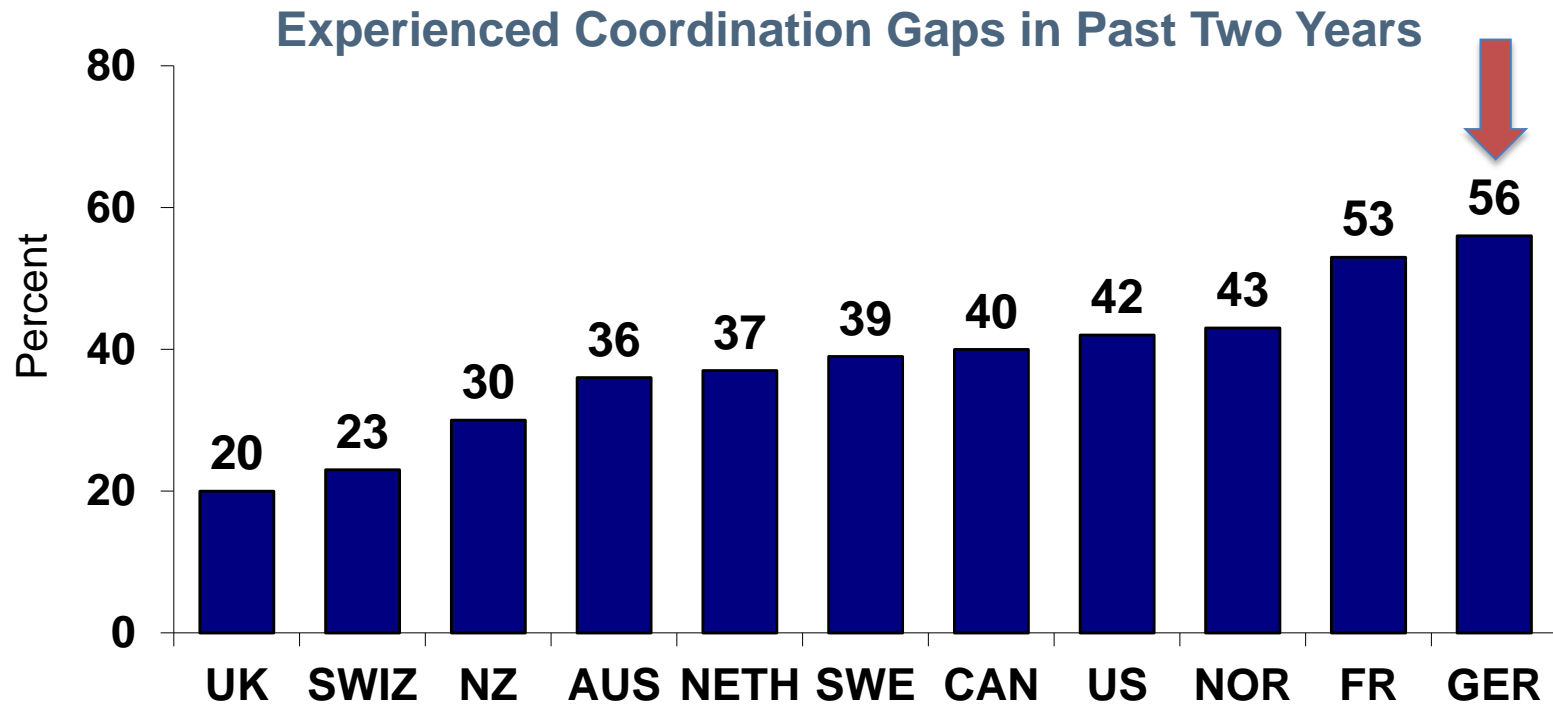
Wertschöpfungsprozess mit dem Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit



Outcome = Wert =
Wiederherstellung der
Gesundheit,
Funktionsfähigkeit und
Leistungsfähigkeit



Prozessprobleme: Koordinationslücken vor allem in Deutschland



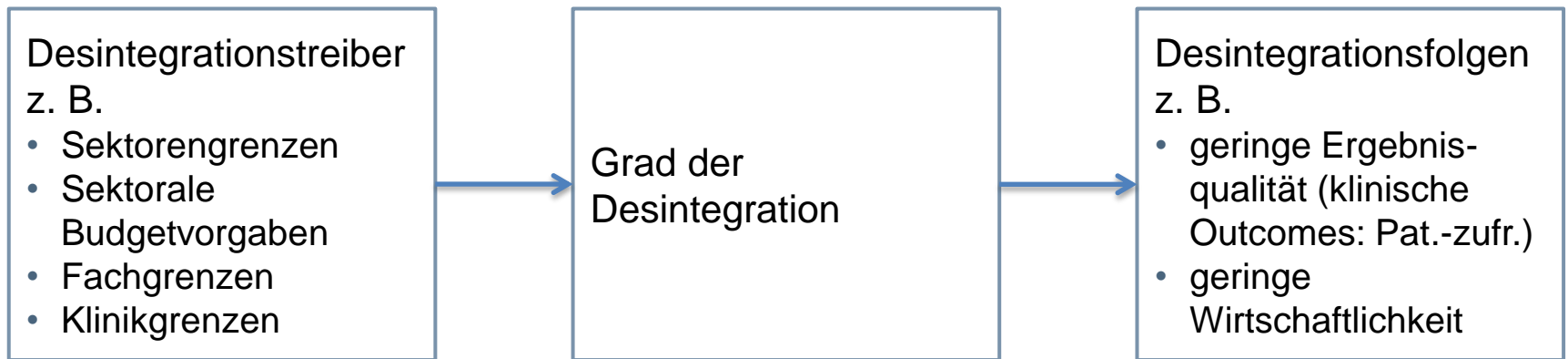
* Test results/records not available at time of appointment, doctors ordered test that had already been done, providers failed to share important information with each other, specialist did not have information about medical history, and/or regular doctor not informed about specialist care.

Source: 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries.

Schoen, C., Osborn, R., *The Commonwealth Fund*, November 2011.



Das Desintegration-Modell der Versorgung





Die heutige Situation: Segmentierung mit Teilsegment-Verantwortung

	Koordination durch	Org.-prinzip	Vorteile für Anbieter	Nachteile für Anbieter	Patient
Modell der nichtintegrierten Segmentierung	Geld	Markt	<ul style="list-style-type: none">• Gewinnchance durch Konzentration auf die eigene Kernkompetenz (DRG-Gewinn)• Keine Gesamtergebnisverantwortung	<ul style="list-style-type: none">• Keine Gesamtprozesskontrolle	<p><i>Vorteil:</i> Behandlung durch Spezialisten</p> <p><i>Nachteil:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• keine systematische Abstimmung in der Versorgungskette• Kein Akteur fühlt sich für das Gesamtergebnis verantwortlich



Die Lösung: Zukunftsmodelle der koordinierten Versorgung im Gesundheitswesen

Die heutige Lösung

Option 1: Modell der integrierten Segmentierung

Die Lösungen für morgen:

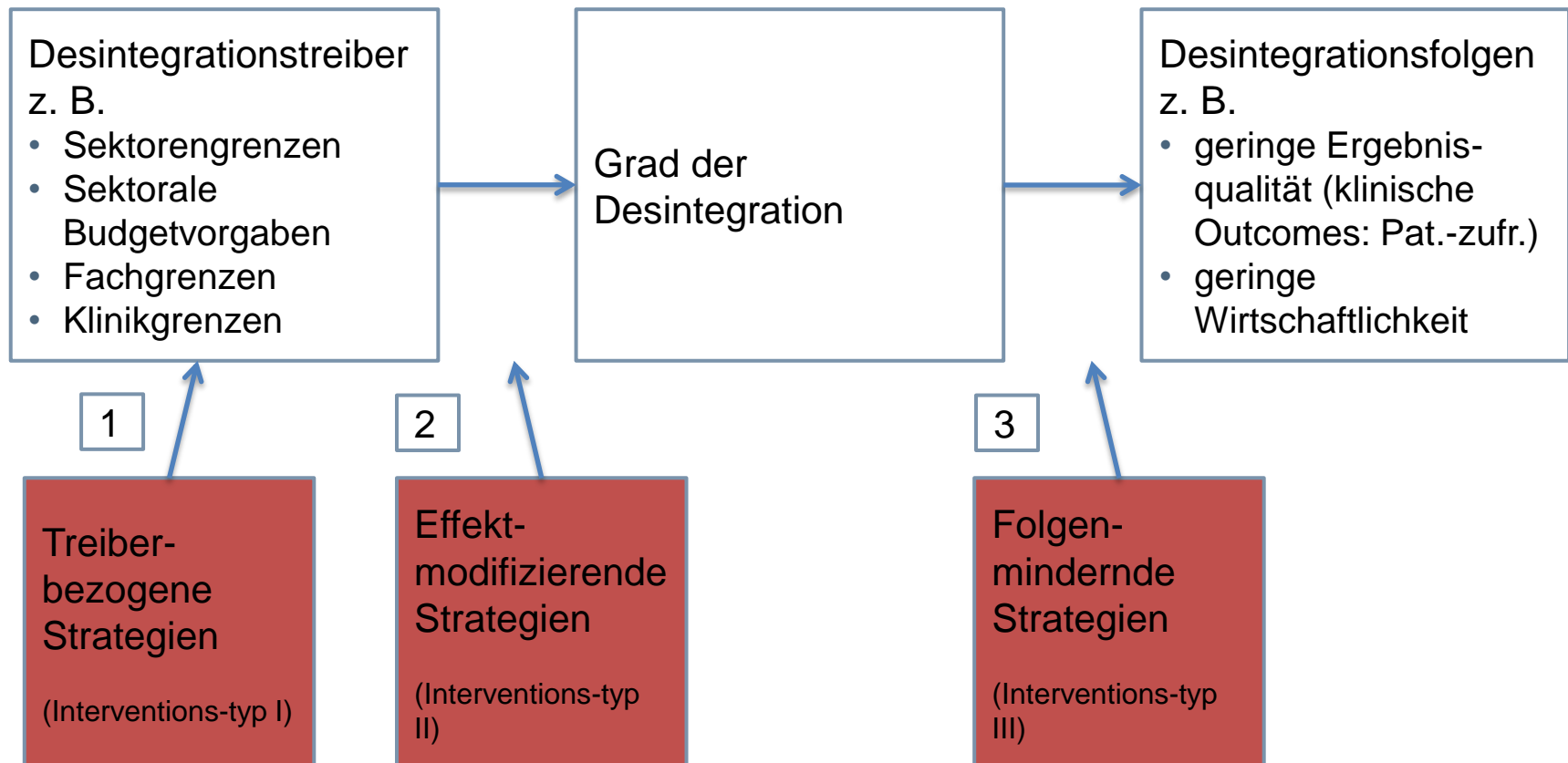
Option 2: Gesamtdienstleister-Modell

Option 3: Generalunternehmer-Modell

Option 4: Patientenunternehmer-Modell

Frage: Welche Rolle spielt die AV in diesen Modellen? Welche könnte sie spielen?

Drei Wege aus der Desintegration und ihre Folgen

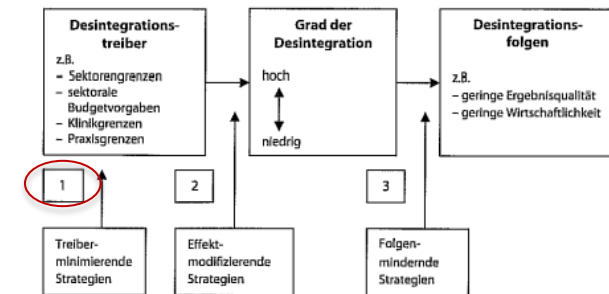


1. Treiberminimierende Strategien

Beseitigung der Ursachen

- Radikalster, aber wirkungsvollster Weg zur Reduzierung von Desintegration
- Lösung 1: Alles in einer Dienstleistungshand
- Lösung 1a: Staatliches Gesundheitssystem
- Lösung 1b: Privates Versorgungskette-Unternehmen, das alles aus einer Hand anbietet

- Ergebnis: Es werden von vornherein keine Sektorengrenzen zugelassen



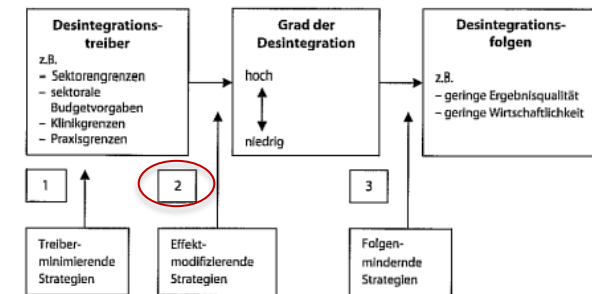
2. Effektmodifizierende Strategien

Minimierung der Treiberfolgen

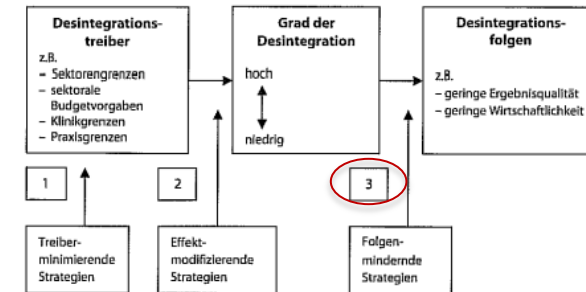
- Sektorengrenzen bleiben bestehen
- Segmentierung soll abgeschwächt werden
- Kooperative & vertragliche Maßnahmen zur Sicherstellung eines Mindestmaßes an Integration

Beispiele für Maßnahmen:

- Integrierte Versorgung (§ 140a-e SGB V)
- Einrichtung von interdisziplinären Tumorboards in Krebszentren



3. Strategien zur Minimierung der Desintegrationsfolgen



Abschwächung der Integrationsfolgen

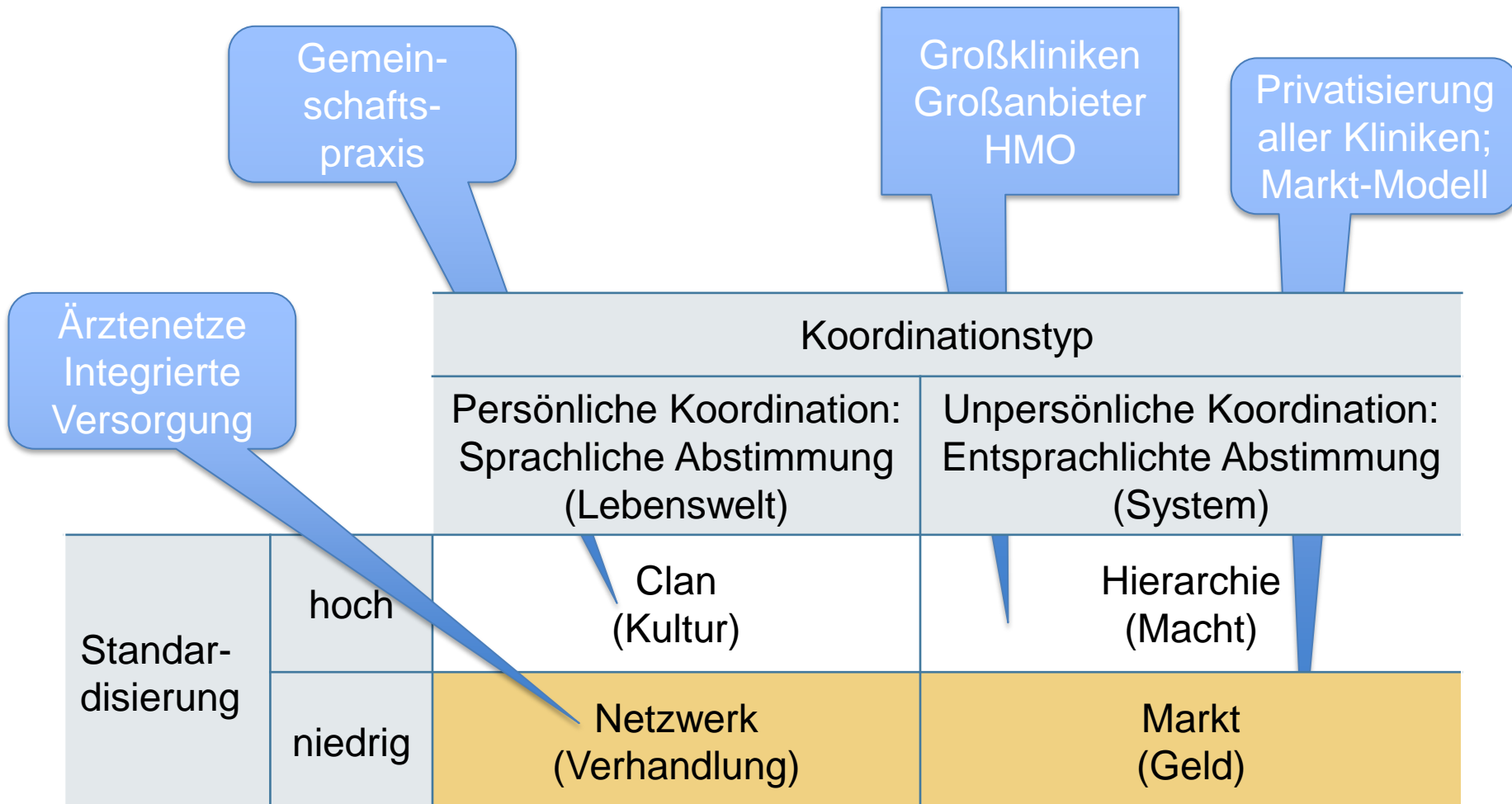
- Negative Folgen der Desintegration sollen verhindert werden
- Interventionen sind meist auf einzelne Organisationen/ Segmente bezogen

Beispiele für Maßnahmen:

- Nutzung von Telemonitoring
- Controlling der Desintegrationsfolgen
- Maßnahmen zur Abschwächung der Desintegrationsfolgen



Lösungen für die AV



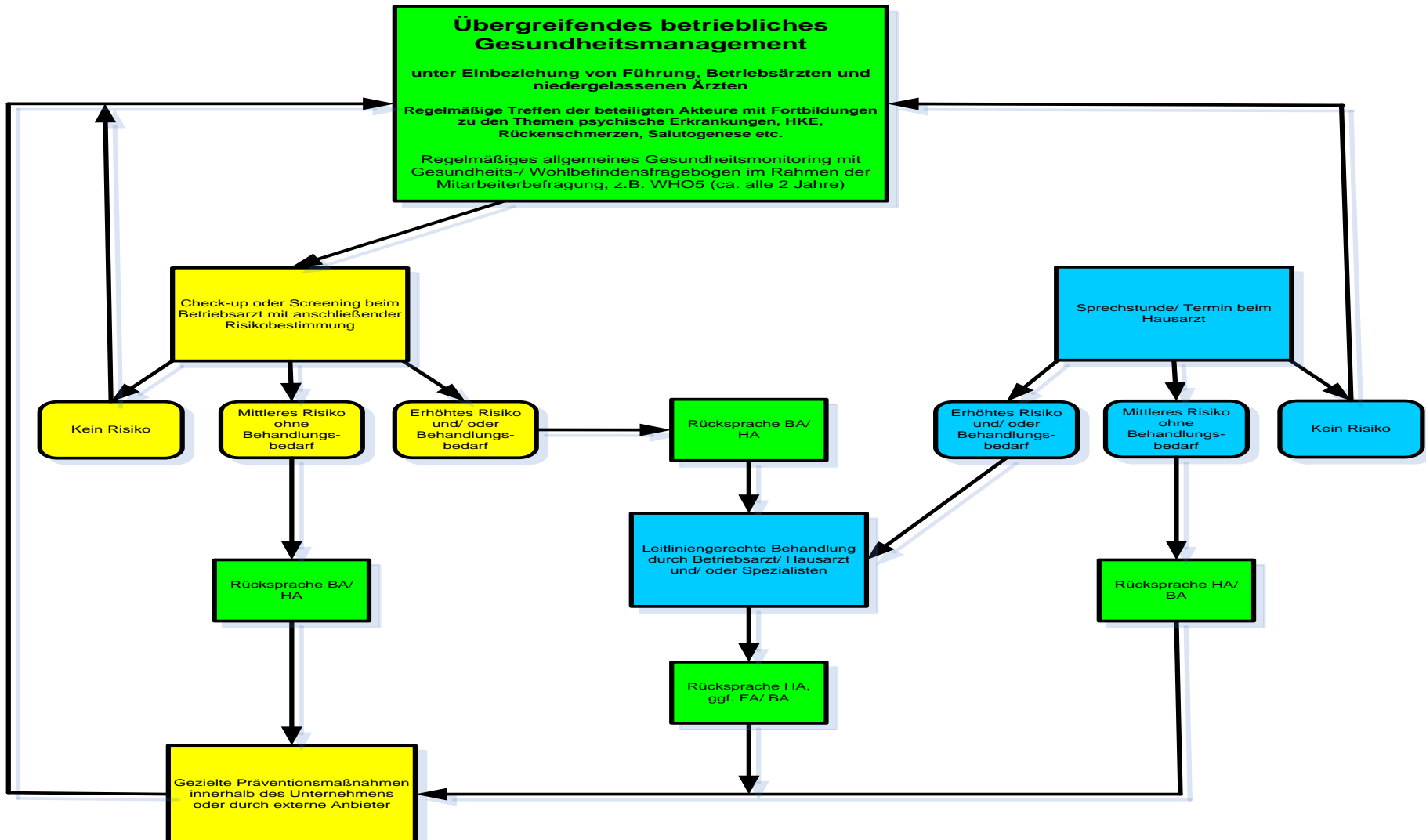


Modell der integrierten Segmentierung: die heutige Lösung der integrierten Versorgung

	Koordinations- medium	Koordinations- form	Qualitäts- verantwortung
(3) Modell der integrierten Segmentierung	Geld & Verständigung	Partnerschaftliches Netzwerk	In gemeinschaftlich vielen Händen



→ Strategie 2

„ÄrBeK“-Präventionspfad





Modelle der integrierten Versorgung von morgen

	Koordinations- medium	Koordinations- form	Qualitäts- verantwortung	
(1) Gesamtdienstleister- Modell	Macht	Organisation	In einer Hand	 1
(2) Generalunternehmer- Modell	Hierarchie & Geld	Hierarchisches Netzwerk	In einer Hand	 2

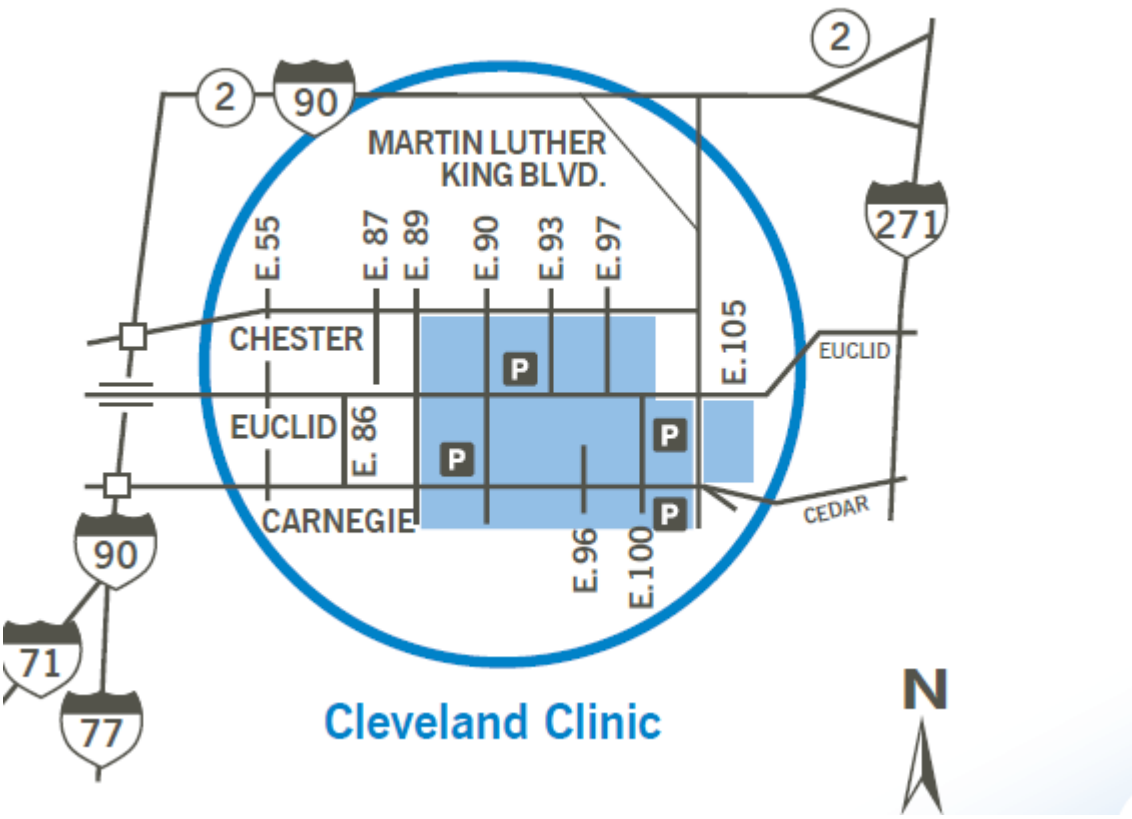
Zukunftsoption 1: Gesamtdienstleister-Modell

	Koor- dination durch	Org.- prinzip	Vorteile für Anbieter	Nachteile für Anbieter	Patient
Gesamt- dienst- leister- Modell (GDLM)	Macht	Organi- sation	<p>Gesamt- prozess- und ergebnis- verantwortung:</p> <p>Alles in einer Hand</p> <p>Alles unter eigener Kontrolle</p> <p>Gewinnchance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risiken bei Nichterfüllung der Qualität und der Kostenziele • kostenintensive Koordination 	<p><i>Vorteil:</i> Verantwortung für den Gesamtprozess in einer Hand</p> <p><i>Nachteil:</i> Patient wird auch außerhalb der Kern- kompetenz behandelt</p>

**Rolle der ambulanten Versorgung?: geht asymptotisch gegen Null
oder ist ein lokaler Ableger des Krankenhauskonzerns/des Staates**



Großkliniken mit integrierten Fach- und Allgemeinärzten: Beispiel Cleveland Clinic





Zukunftsoption 2: Generalunternehmer-Modell

	Koor- dination durch	Org.- prinzip	Vorteile für Anbieter	Nachteile für Anbieter	Patient
General- unter- nehmer- Modell (GUM)	Hie- rarchie & Geld	Hierar- chisches Netz- werk	<ul style="list-style-type: none"> • Alles bedingt unter Kontrolle • Gewinnchance • Konzentration auf die eigene Kernkompetenz • Nutzung der Arbeitsteilung 	<ul style="list-style-type: none"> • Volle Gesamtprozess- und Gesamtergebnisverantwortung mit allen Risiken bei Nichterfüllung der Qualität und der Kostenziele • Kostenintensive Koordination • weniger Prozesskontrolle als im GDL-Modell 	<p><i>Vorteil:</i> Verantwortung für den Gesamtprozess in einer Hand & Behandlung durch Spezialisten (Kernkompetenz)</p> <p><i>Nachteil:</i> Ev. verschiedene Behandlungsorte</p>

Rolle der ambulanten Versorger?: Ist weiter groß, und zwar als Teilsegment-Verantwortliche, aber mit Versorgungskoordinator als Auftraggeber. Chance: Rolle des Generalunternehmers einnehmen



NATIONAL INSTITUTE
FOR HEALTH CARE REFORM

ADVANCING HEALTH POLICY RESEARCH



Policy Analysis

NO. 1 • JANUARY 2010

CONTENT

Defining Episodes of Care	3
Establishing Payment Rates in Episode-Based Systems	5
Identifying Providers to Receive Episode-Based Payments	8
Compatibility with other Payment Reforms	9
Implementing an Episode-Based Payment Program	11

Episode-Based Payments: Charting a Course for Health Care Payment Reform

BY HOANGMAI H. PHAM, PAUL B. GINSBURG, TIMOTHY K. LAKE AND MYLES M. MAXFIELD

As consensus grows that true reform of the U.S. health care system requires a move away from fee-for-service payments, designing alternative payment methods, including episode-based payments, has emerged as a high priority for policy makers. An episode-based payment approach would essentially bundle payment for some or all services delivered to a patient for an episode of care for a specific condition over a defined period. Ideally, a well-designed episode-based payment system would encourage provid-



- **Accountable Care Organizations (ACOs)**
- ACOs are groups of doctors, hospitals, and other health care providers, who come together voluntarily to give coordinated high quality care to the Medicare patients they serve.
- Coordinated care helps ensure that patients, especially the chronically ill, get the right care at the right time, with the goal of avoiding unnecessary duplication of services and preventing medical errors.
- When an ACO succeeds in both delivering high-quality care and spending health care dollars more wisely, it will share in the savings it achieves for the Medicare program.



Zukunftsoption 3: Der Patientenunternehmer

	Koor- dination durch	Org.- prinzip	Vorteile für Anbieter	Nachteile für Anbieter	Patient
Modell des Patienten- unter- nehmers	Geld (Persönliches Budget)	Markt (Einkaufs- modell)	<ul style="list-style-type: none"> • Gewinnchance durch Konzentration auf die eigene Kernkompetenz & Marketing • Keine Gesamtergebnisverantwortung 	<ul style="list-style-type: none"> • Wettbewerb • Reduktion auf Dienstleisterrolle & Beraterrolle 	<p><i>Vorteil:</i> Marktmacht Einkaufsmodell Erfolg selbst beurteilbar</p> <p><i>Nachteil:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • systematische Abstimmung der Versorgungskette muss durch den Patienten oder seinen Vertreter erfolgen • Gesundheits- und Managementkompetenz erforderlich

Rolle der ambulanten Versorger?: Herausforderung: Ambulante Versorger bleiben; die Macht des Patienten als Kunden steigt durch persönliches Budget;
Chance: Rolle des koordinierenden Vertreters einnehmen



Gliederung

- 1) These 1: Ergebnis- und Prozessverantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung ist die Herausforderung der Zukunft
- 2) These 2: Die ambulante Versorgung (AV) ist nicht automatisch auf der Siegerstraße
- 3) These 3: Die ambulanten Versorger werden nur dann an Bedeutung gewinnen, wenn sie in den Zukunftsmodellen der Versorgung aktiv mitwirken
- 4) **These 4: Struktur durch Rollenwandel: Der ambulante Versorger als Coach und Koordinator**
- 5) These 5: Die Plattform-Revolution wird auch vor der AV nicht halt machen
- 6) Fazit



These 4: Rollenwandel ist nötig: Der Hausarzt als Coach und gewinn- und kostenverantwortlicher Koordinator

- Patient wird gesundheitskompetenter und autonomer
- Komplexe Koordinationsaufgaben sind zu leisten
- Der ambulante Versorger als Führer durch den Komplexitätsdschungel
- Strukturwandel durch Rollenwandel „Vom Heiler zum Coach und Koordinator“
- Change the mindset



Gliederung

- 1) These 1: Ergebnis- und Prozessverantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung ist die Herausforderung der Zukunft
- 2) These 2: Die ambulante Versorgung (AV) ist nicht automatisch auf der Siegerstraße
- 3) These 3: Die ambulanten Versorger werden nur dann an Bedeutung gewinnen, wenn sie in den Zukunftsmodellen der Versorgung aktiv mitwirken
- 4) These 4: Struktur durch Rollenwandel: Der ambulante Versorger als Coach und Koordinator
- 5) These 5: Die Plattform-Revolution wird auch vor der AV nicht halt machen**
- 6) Fazit



These 5: Die „Plattform-Revolution“ macht auch vor dem Gesundheitswesen und der ambulanten Versorgung nicht halt

- „Plattform-Revolution“ (G. Parker) durch Uber, AirBnB und Alibaba
- Die Vermittlung von Gesundheitsdienstleistungen wird in Zukunft über Plattformen abgewickelt
- **Herausforderung für ambulante Versorger:** Gesundheitsdienstleistungen auf diesen Plattformen anbieten
- **Chancen für ambulante Versorger:** Gesundheits-Plattformen selbst aufbauen, wo Kunden und Anbieter zusammentreffen (wie z. B. Klöckner-i)
- Setzt organisatorische Trennung von Diagnose und Therapie voraus



Gliederung

- 1) These 1: Ergebnis- und Prozessverantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung ist die Herausforderung der Zukunft
- 2) These 2: Die ambulante Versorgung (AV) ist nicht automatisch auf der Siegerstraße
- 3) These 3: Die ambulanten Versorger werden nur dann an Bedeutung gewinnen, wenn sie in den Zukunftsmodellen der Versorgung aktiv mitwirken
- 4) These 4: Struktur durch Rollenwandel: Der ambulante Versorger als Coach und Koordinator
- 5) These 5: Die Plattform-Revolution wird auch vor der AV nicht halt machen
- 6) **Fazit**



Fazit

- 1. Die ambulanten Versorger sind nicht automatisch auf der Siegerstraße.*
- 2. Sie werden dann wieder in den Fahrersitz gelangen, wenn sie die Ergebnis- und Prozessverantwortung übernehmen und Sachwalter einer wertorientierten Versorgung werden*
- 3. Der notwendige Strukturwandel geht mit einem Prozesswandel und einem Rollenwandel einher: Der ambulante Versorger wird mehr Coach und Koordinator als Heiler*
- 4. Die kommende Plattform-Revolution wird einen disruptiven Innovationssprung in der Koordination der medizinischen Versorgung bringen: Hier müssen die ambulanten Versorger früh Plattformen und Fakten schaffen*



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

IMVR
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung
und Rehabilitationswissenschaft der
Humanwissenschaftlichen Fakultät und der
Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

www.imvr.de