Skalierung von disruptiven Innovationen

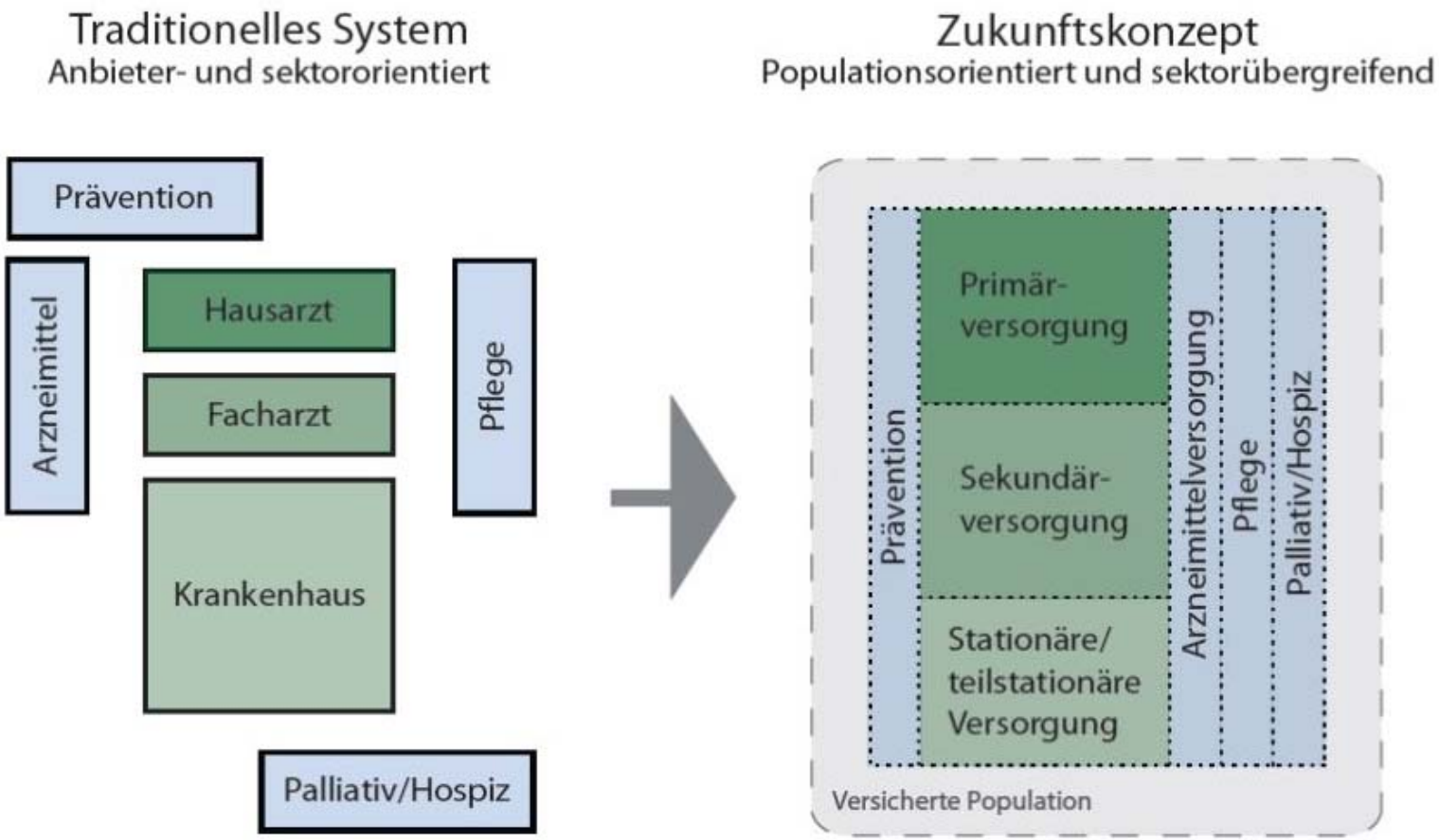
10 Jahre Gesundes Kinzigtal: Erfolgsfaktoren, aktuelle Ergebnisse, Multiplizierung

Helmut Hildebrandt, Vorstand, OptiMedis AG

Oliver Gröne, PhD Head of Research and Development, OptiMedis AG

Berlin, 15.03.2016

Von der sektoralen zur integrierten (populationsorientierten) Versorgung*



*SVR Gesundheit (2009) Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Definition Regionale Integrierte Voll-Versorgung (im Folgenden: RIVV)

Regionen mit Populationen in der Größenordnung von 40.000 bis 250.000 Menschen. Eine gewisse regionale Identität sollte gegeben sein. Regionale Abgrenzung erfolgt anhand PLZ.

Es handelt sich um ein populationsorientiertes Versorgungsmodell, das der gesamten Versichertenpopulation einer Krankenkasse in einer Region Behandlungsleistungen anbietet. Maßgebend für die Teilnahme ist der Wohnsitz des Versicherten (nach PLZ).

Es sind alle bzw. nahezu alle GKV-Leistungsbereiche und alle Krankheitsbilder eingeschlossen.

Der Pilot „Gesundes Kinzigtal“

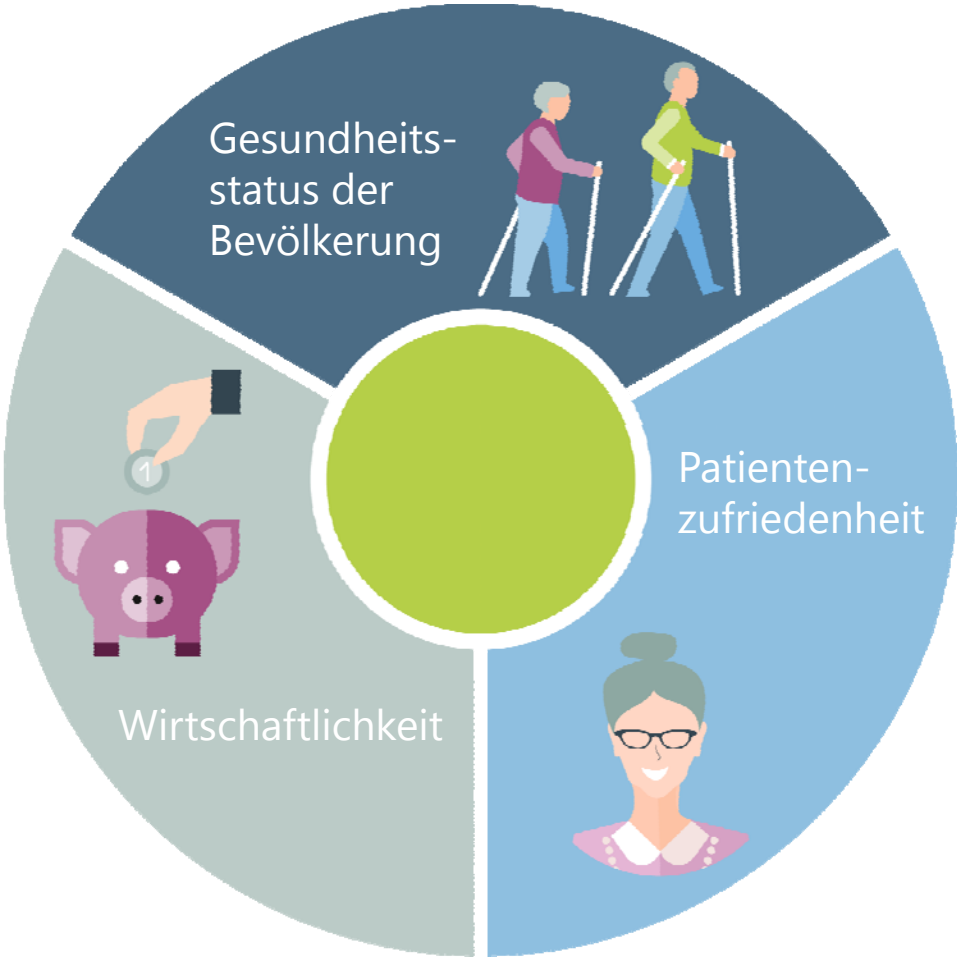
Seit 2000 ermöglicht die Integrierte Versorgung (relativ) freie Verträge zwischen Krankenkassen und Gesundheitsnetzwerken.

2005 Gründung der Gesundes Kinzigtal GmbH (2/3 MQNK e.V. und 1/3 OptiMedis AG) mit AOK Baden-Württemberg und LKK (jetzt SVLFG)

Bezug: Ca. 33.000 Versicherte der AOK und LKK im Kinzigtal, davon aktuell eingeschrieben als „Mitglieder“ ca. 10.000

160 Leistungs- und Kooperationspartner (Haus- und Fachärzte, Kliniken, Pflegedienste, sonstige Heilberufe, Apotheker, Vereine etc.)

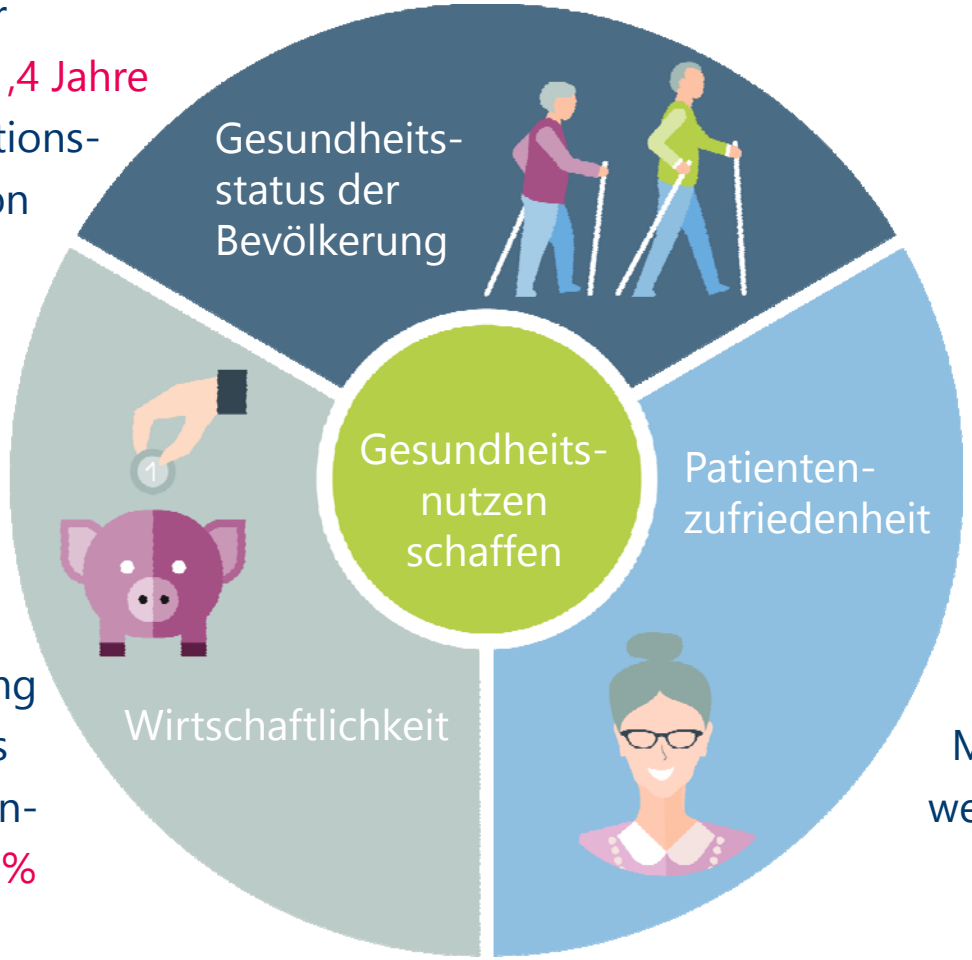
Der Triple Aim Ansatz im Gesunden Kinzigtal



Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost. Health Affairs 2008; 27: 759-769

Der Triple Aim Ansatz im Gesunden Kinzigtal

Durchschnittsalter der Verstorbenen ist um 1,4 Jahre höher in der Interventions-gruppe (Mitglieder von GK) als in der Kontrollgruppe (78,9 vs 77,5 Jahre)

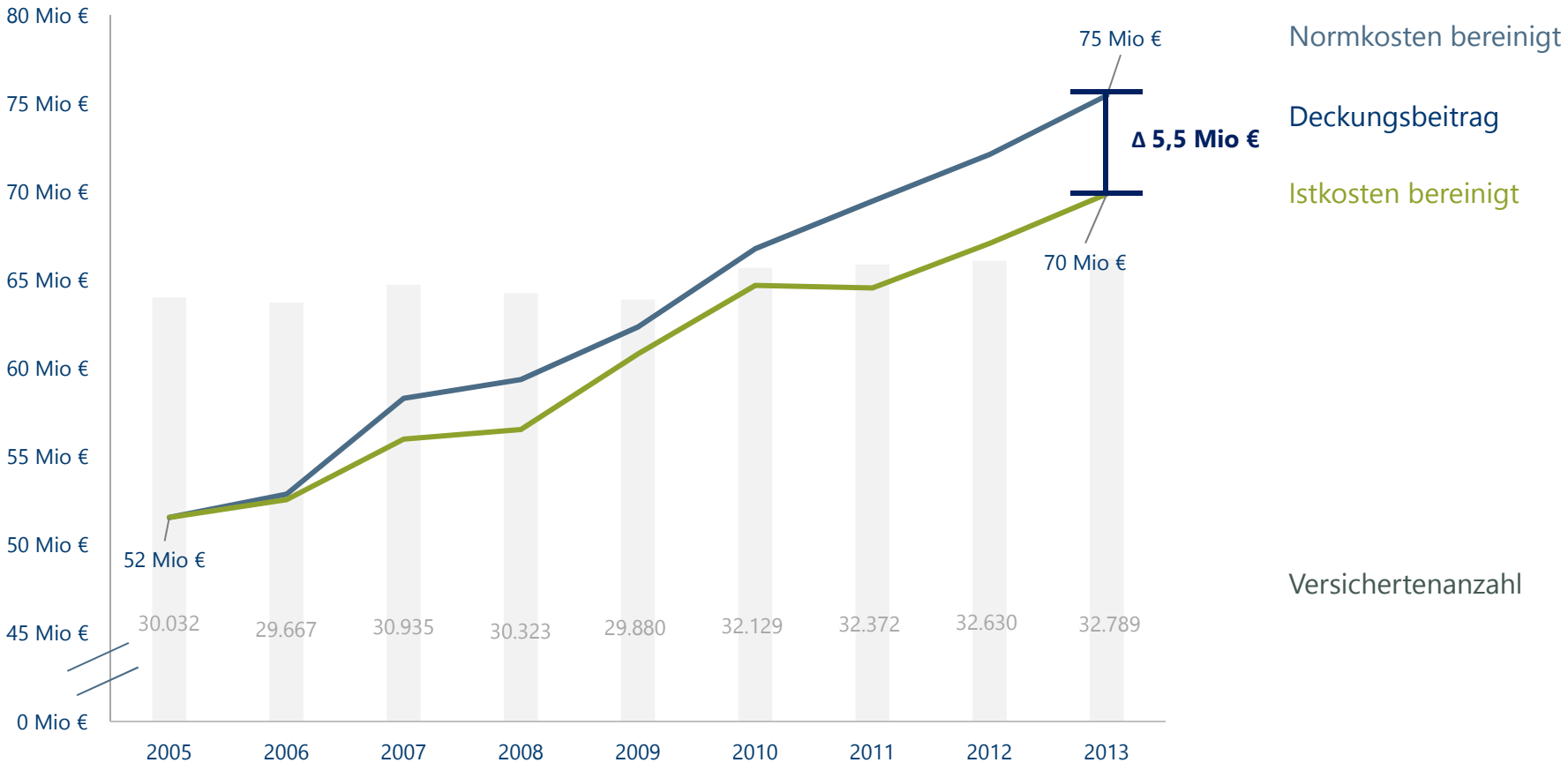


98,9% aller Mitglieder von GK, die mit ihrem Arzt eine Zielvereinbarung haben, würden die Mitgliedschaft weiterempfehlen.

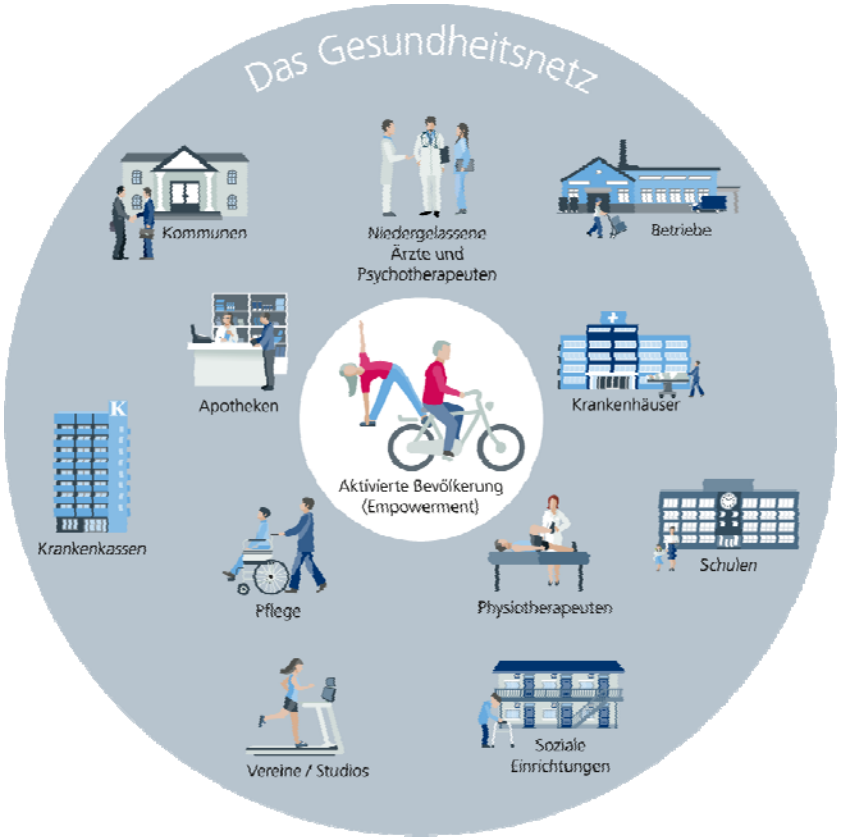
5,6 Mio € Verbesserung des Deckungsbeitrags für die beiden Kranken-kassen, 170 € p.K., 7,4% der Gesamtkosten (2013)

Verbesserter Deckungsbeitrag der AOK und LKK 2013 für Kinzigtal: 5,5 Mio €

Entwicklung der Normkosten, Istkosten, Deckungsbeitrag und Versichertenanzahl der AOK und LKK in Gesundes Kinzigtal
- gegen pro ante 2005 indexiert



Die strukturelle Grundlage: ein Praxis- oder Gesundheitsnetz

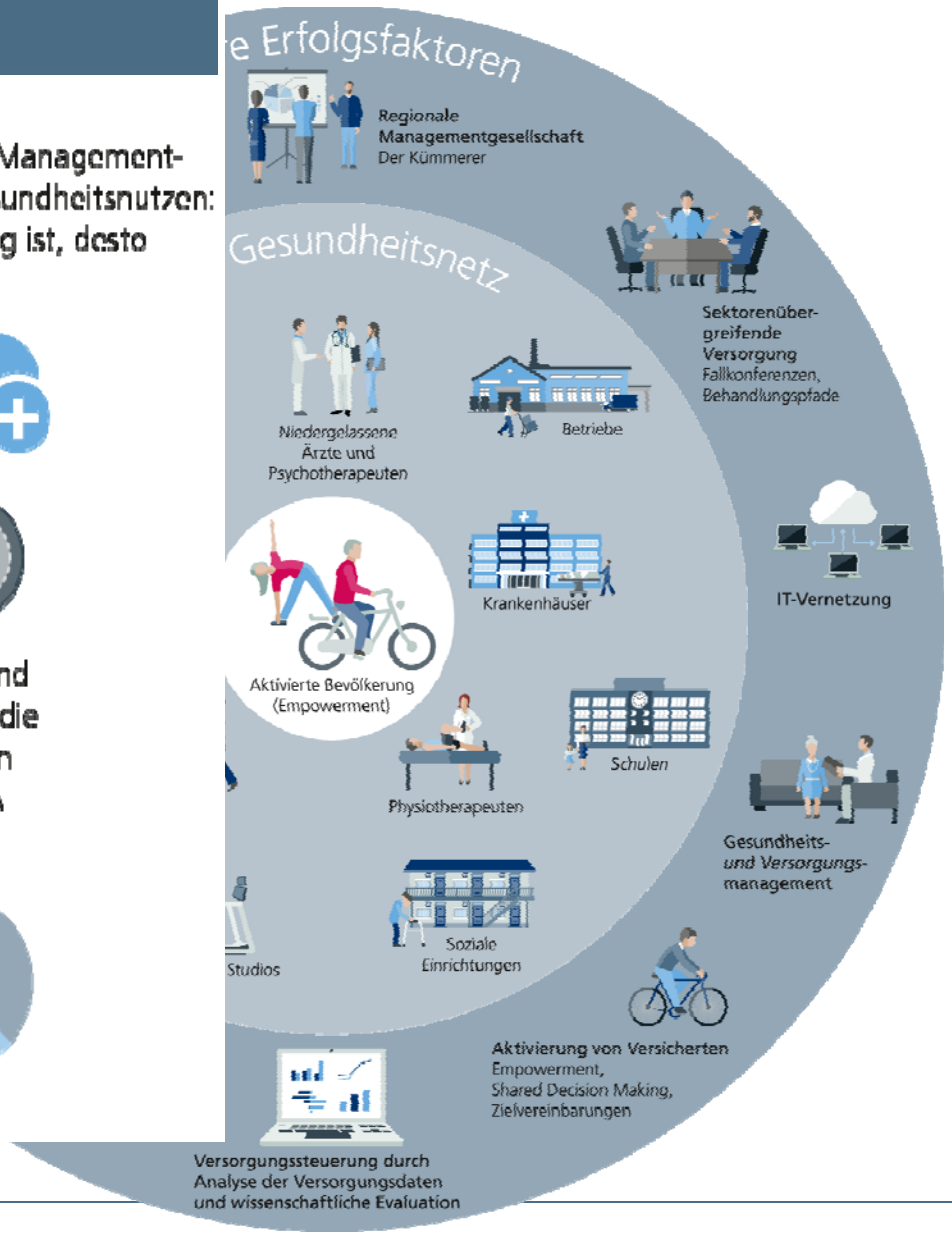


Erfolgsfaktoren einer RIVV

Die richtigen Anreize

Entscheidend für die Vergütung von Management-gesellschaften und Ärzten ist der Gesundheitsnutzen: Je gesünder die regionale Bevölkerung ist, desto höher ist das Ergebnis.

Durch die angemessene Vergütung und die kooperative Arbeit im Netz steigt die Zufriedenheit von Ärzten und anderen Partnern wie Physiotherapeuten, MFA oder Krankenpflegern.



Wie kann dieser Ansatz multipliziert werden?

Die Zeit ist reif: Unterstützung ähnlicher Initiativen

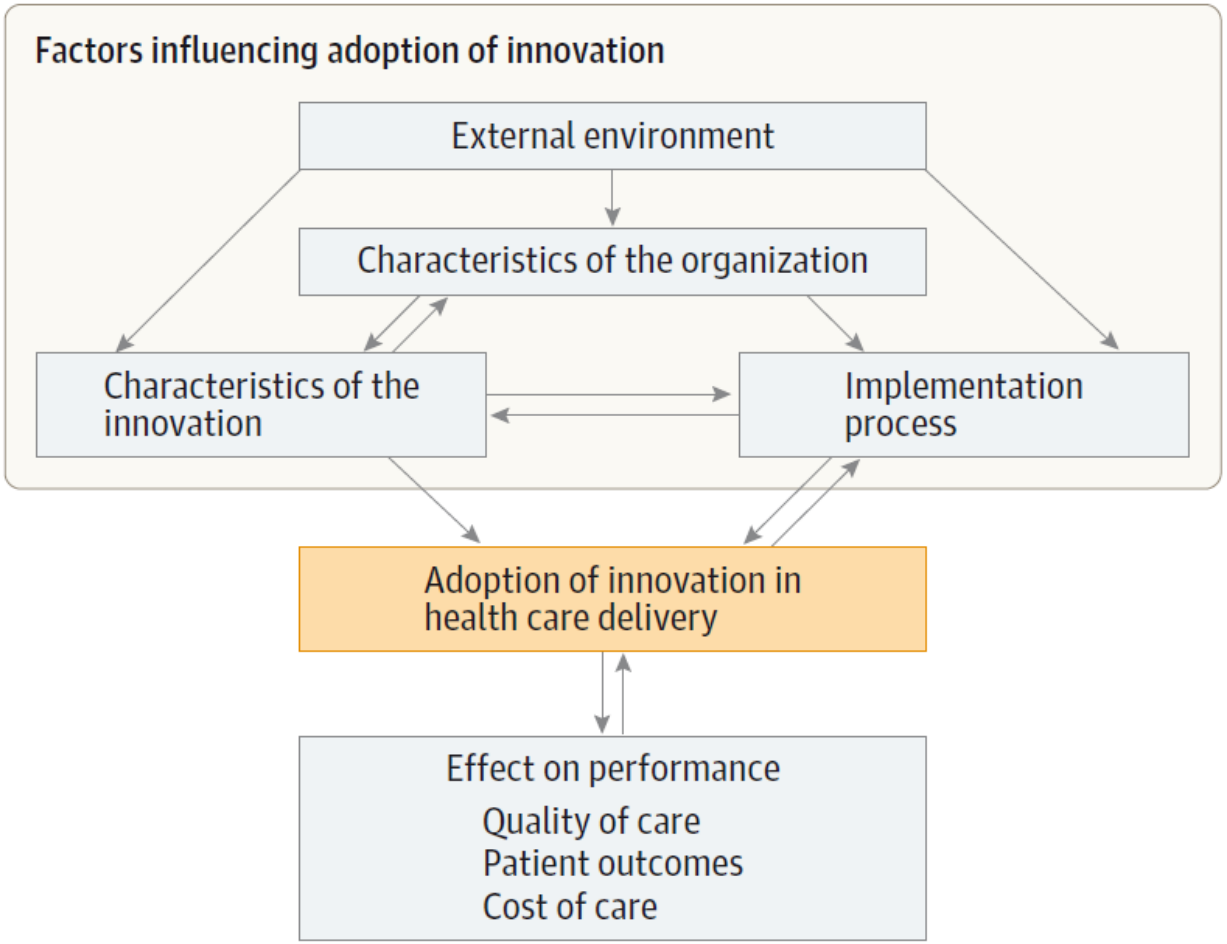
Bestehende Kollaborationen in einem “Open Source” Modell

- 6 weitere Regionen in Deutschland in den nächsten zwei Jahren
- 2 weitere Länder mit jeweils 3 Regionen (z.B. OptiMedis-NL bereits gegründet, Interesse auch in Belgien, der Schweiz, Österreich ...)

Bereit zur Replikation:

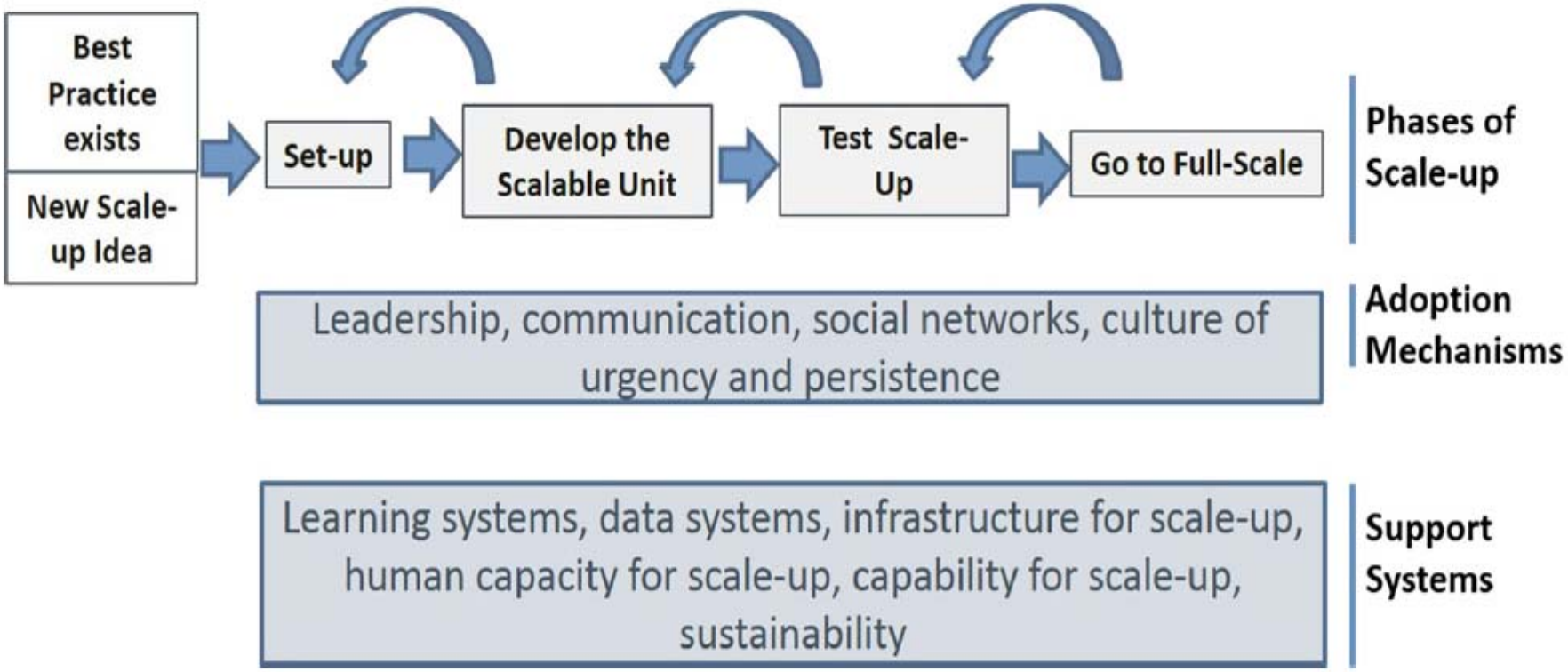
- Qualitätsindikatoren,
- Evaluationsprotokolle
- Programmbeschreibungen,
- Anreizsysteme
- Leitlinien
- Data Warehouse/ BI
- Performance Feedback Systeme

Was können wir von der Implementierungs-wissenschaft lernen?

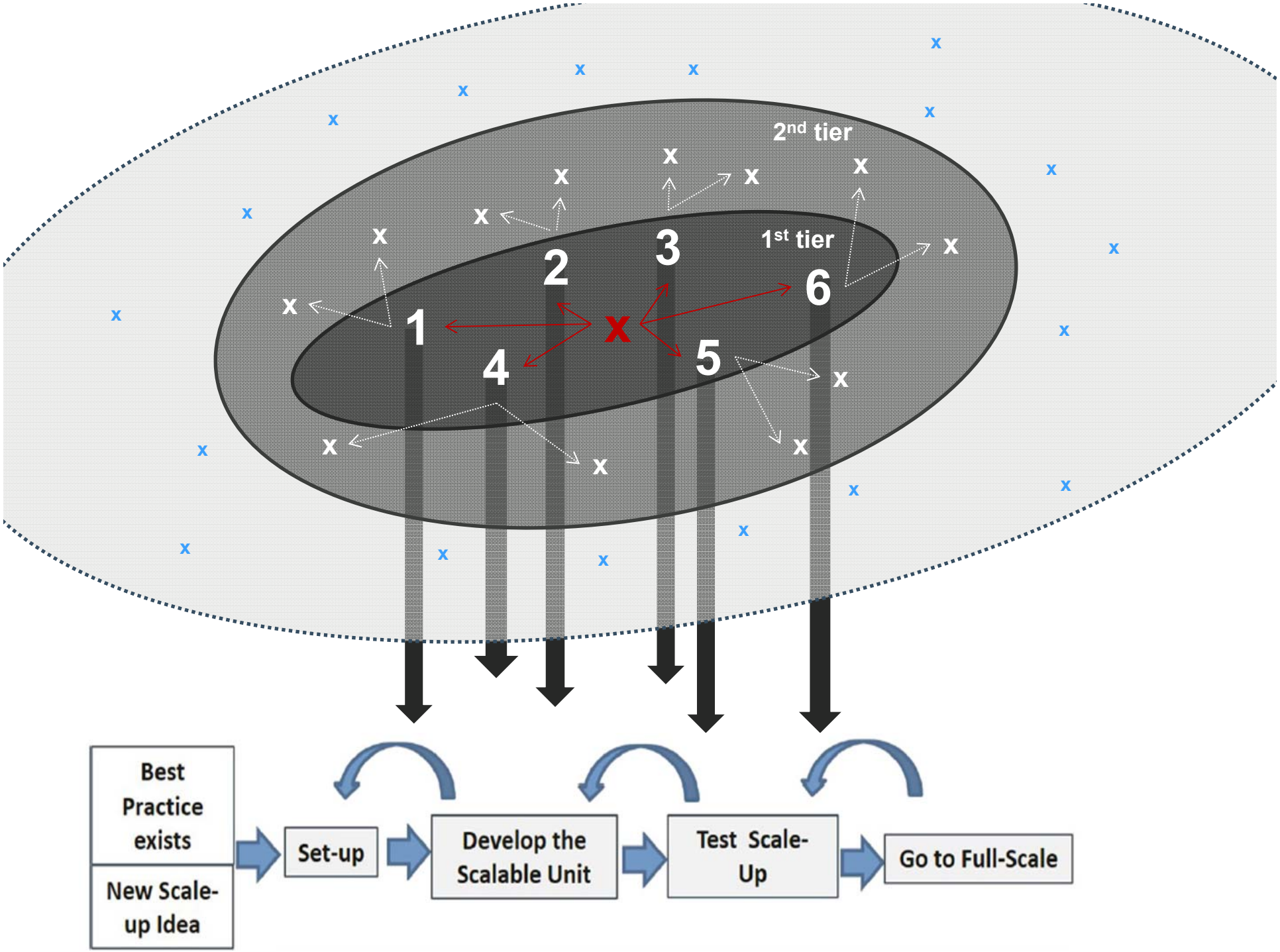


Fischer ES, Shortell SM, Savitz LA. Implementation Science: A Potential Catalyst for Delivery System Reform. JAMA 2016; 315: 339-341

Wie lässt sich best practice skalieren? Empfehlungen des Institute for Healthcare Improvement



Barker PM, Reid A, Schall MW. A framework for scaling up health interventions. Implementation Science (2016) 11:12


2nd tier
1st tier
1
2
3
4
5
6
Best Practice exists
New Scale-up Idea
Set-up
Develop the Scalable Unit
Test Scale-Up
Go to Full-Scale

Let's get in contact

Helmut Hildebrandt
Vorstand
h.hildebrandt@optimedis.de

Dr Oliver Gröne, PhD MSc MA
Head of Research & Development
o.groene@optimedis.de

OptiMedis AG
Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg
Office +49 40 226221490
www.optimedis.de

We keep you up to date with our OptiMedium: www.optimedis.com/newsletter

Literatur

SVR Gesundheit (2009) Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf

Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost. Health Affairs 2008; 27: 759-769

Fischer ES, Shortell SM, Savitz LA. Implementation Science: A Potential Catalyst for Delivery System Reform. JAMA 2016; 315: 339-341

Barker PM, Reid A, Schall MW. A framework for scaling up health interventions. Implementation Science (2016) 11:12

Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H., Busse, R., Glaeske, G. & Hildebrandt, H. (2015). Ökonomische Erfolgsmessung von integrierten Versorgungsnetzen – Gütekriterien, Herausforderungen, Best-Practice-Modell. Das Gesundheitswesen.

Hildebrandt, H. (2015). Aufbruch in eine erweiterte Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse. Gesundheits- und Sozialpolitik, 3-4/2015, S. 40-45. Baden-Baden: NOMOS Verlagsgesellschaft.

Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulte, T., Hermann, C., Riedel, H., Schubert, I., Köster, I., Siegel, A. & Wetzel, M. (2015). Triple-Aim-Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsblatt, 4-5/2015, 383-392

Kringos D. S., Sunol R., Wagner C., Mannion R., Michel P., Klazinga N. S. & Groene O. (2015). The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a review of systematic reviews. BMC Health Serv Res. 2015 Jul 22;15:277.