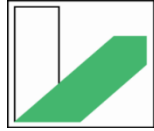




Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit



UNIVERSITÄT
BAYREUTH



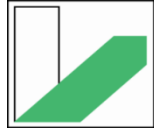
Multimorbidität - Regel oder Ausnahme?

Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender
Universität Bayreuth

Berlin, 12. Mai 2011



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit



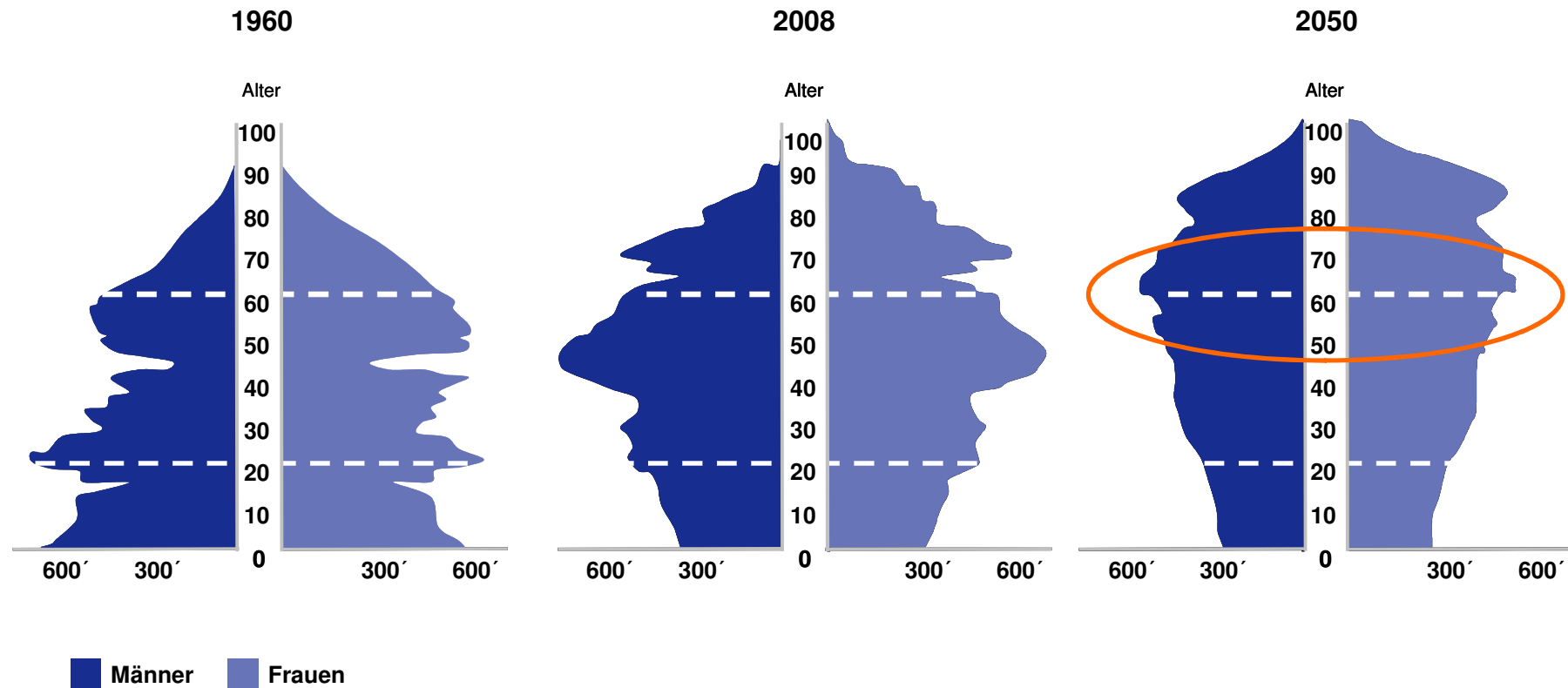
UNIVERSITÄT
BAYREUTH



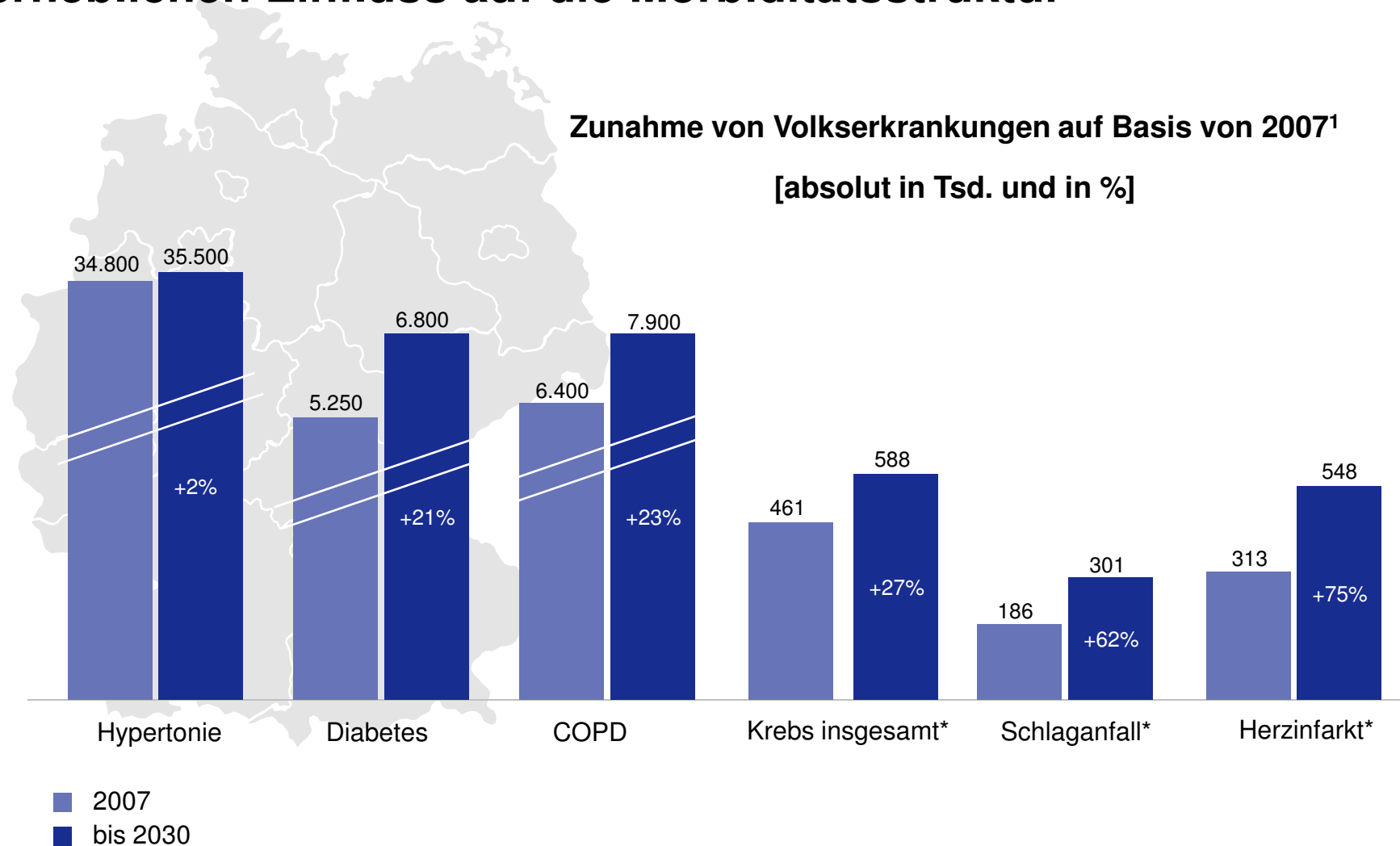
Agenda

-
- 1. Ausgangssituation**
 - 2. Morbiditätsentwicklung**
 - 3. Theorien zur Ausgabenentwicklung**
 - 4. Lösungskonzepte**
-

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur bedingt eine in Zukunft immer älter werdende Gesellschaft



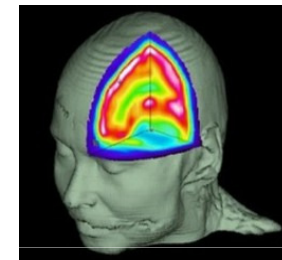
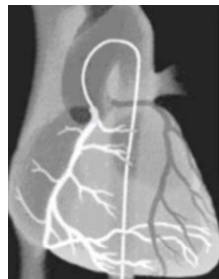
Die steigende Inzidenz an Volkserkrankungen nimmt dabei erheblichen Einfluss auf die Morbiditätsstruktur



¹Absolute Werte jeweils über den Säulen, *Jährliche Neuerkrankungen
Quelle: Beske F.et al. (2009): Morbiditätsprognose 2050, Kiel, S.17ff.

Neue medizinische Diagnosemöglichkeiten helfen dabei Krankheiten zu entdecken

Einige Beispiele medizinisch technischer Entwicklungen



1895

Röntgen-
diagnostik

1929

Herz-
katheter

1942

Sonographie

1973

Magnetresonanztomographie

2000

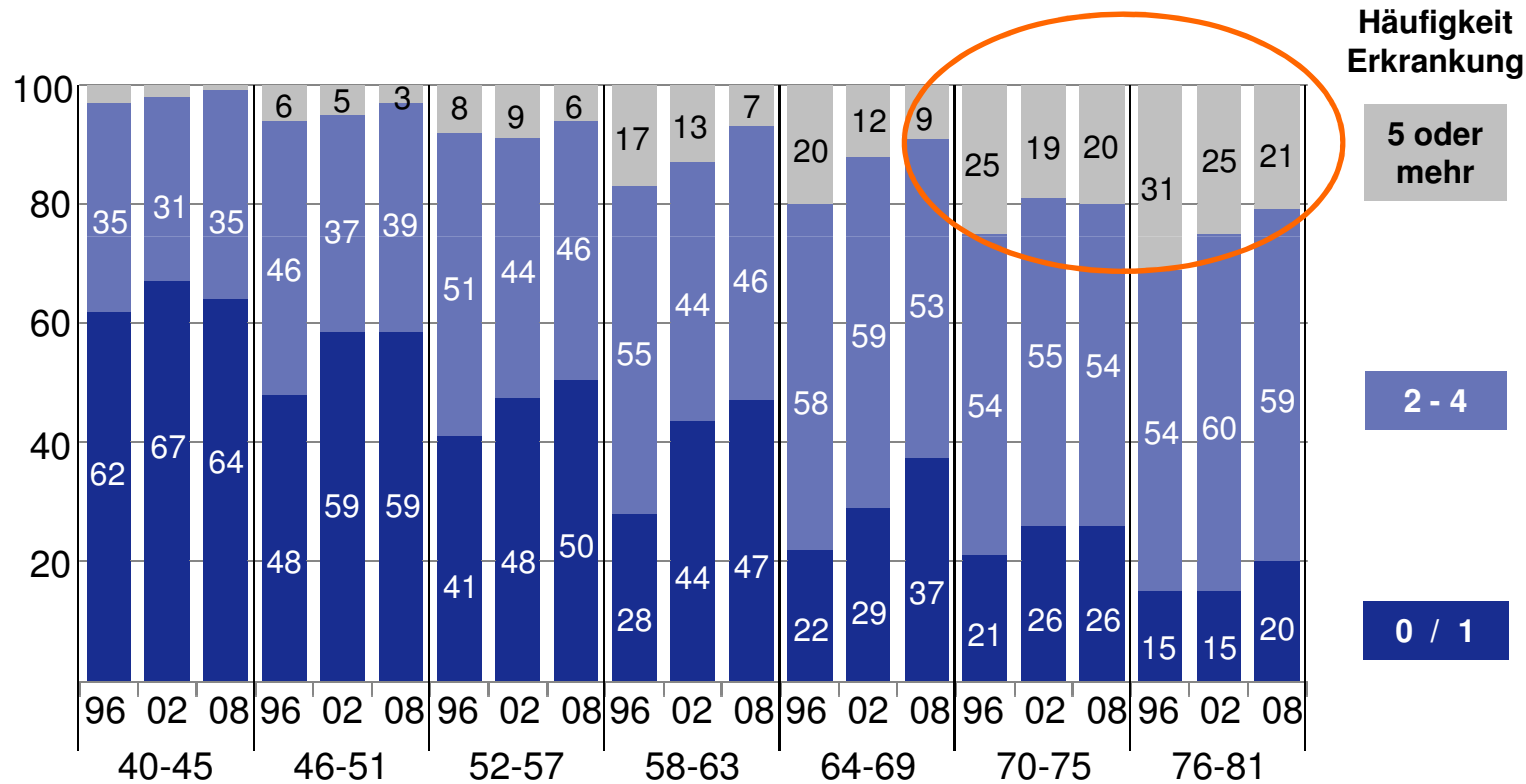
Positronen
Emissions
tomographie



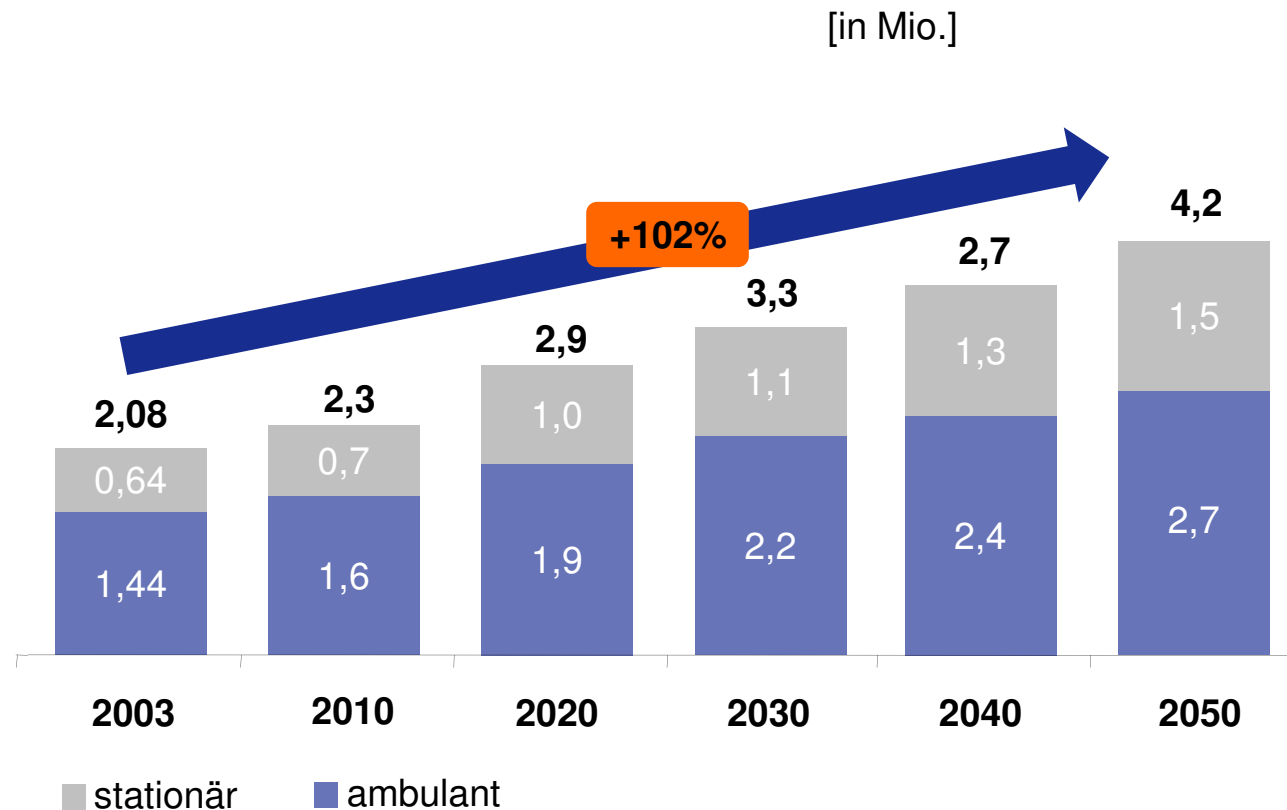
Durch den medizinisch technischen Fortschritt wurde und wird die Diagnose und Behandlung von Erkrankungen ermöglicht

Im höheren Lebensalter nimmt die Häufigkeit von komplexen Erkrankungen und die Anzahl multimorbider Patienten stark zu

Anzahl der berichteten Erkrankungen in 1996, 2002, 2008 [in %]

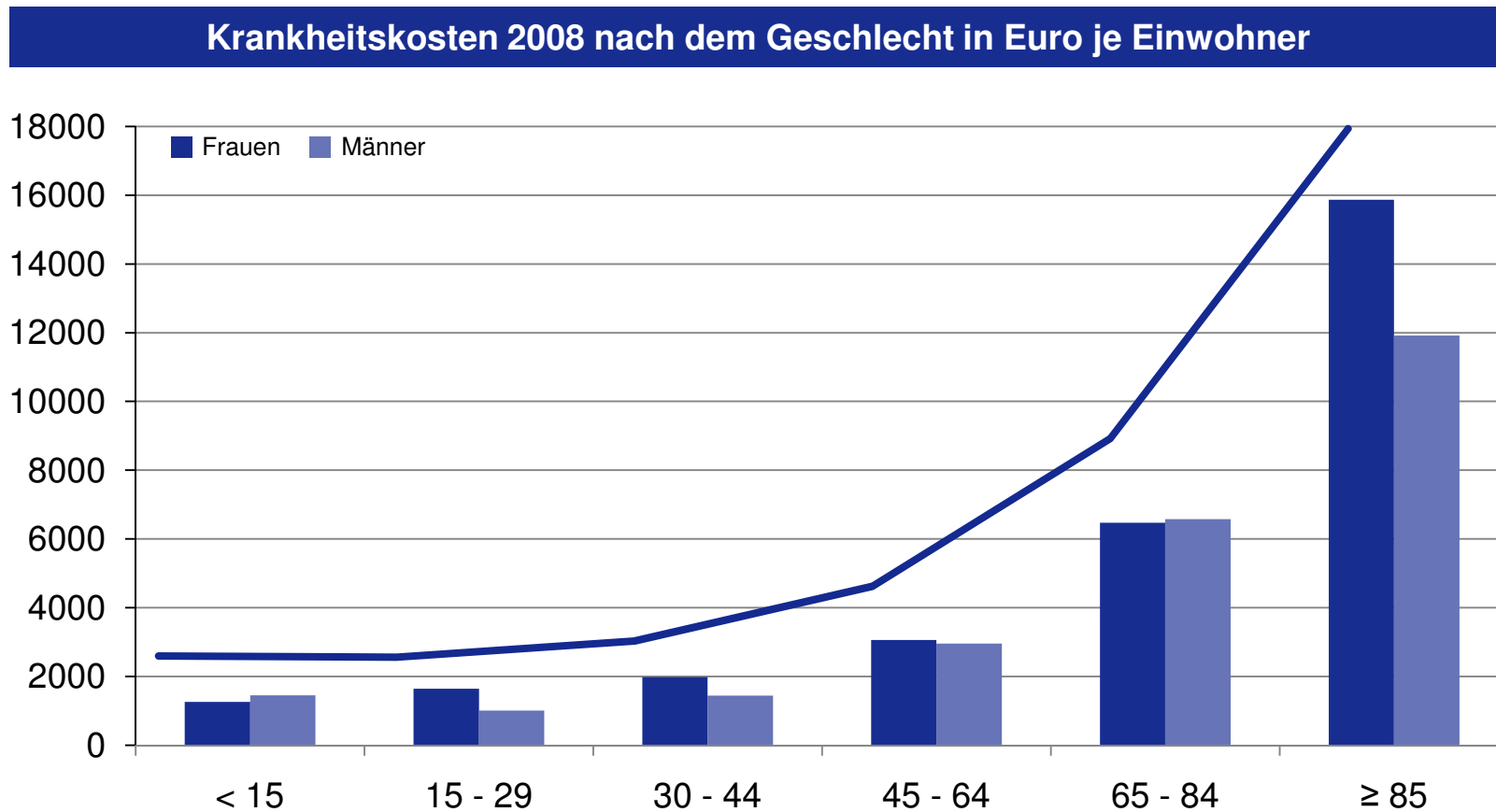


Durch die demografischen Veränderung wird sich Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft drastisch erhöhen

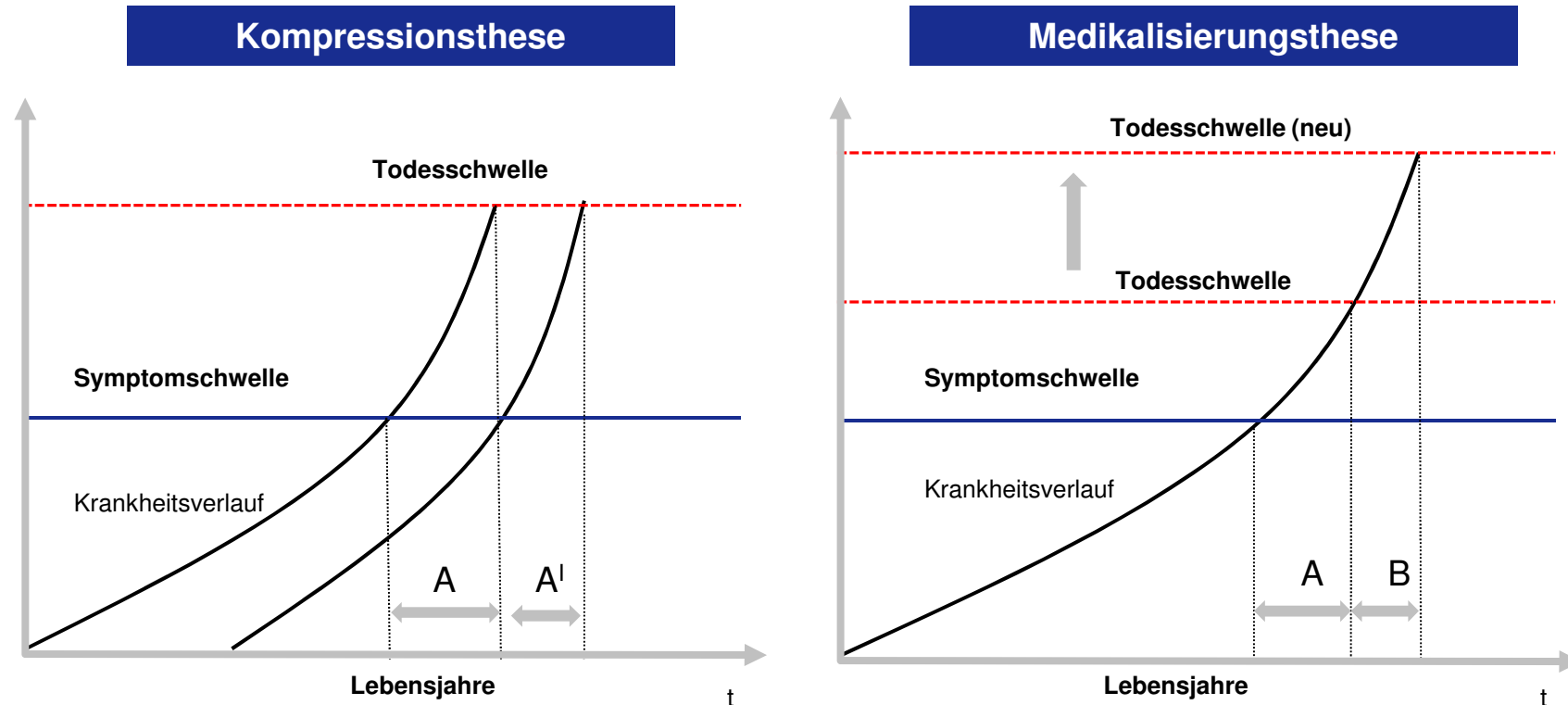


Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme der stationären Pflege durch veränderte familiäre Strukturen • Medizinischer Fortschritt sorgt für späteres einsetzen der Pflegebedürftigkeit • Verlagerung vom Akutbereich in die Pflege durch Verweildauerverkürzung

Dabei steigen die Krankheitskosten mit zunehmendem Alter exponentiell an

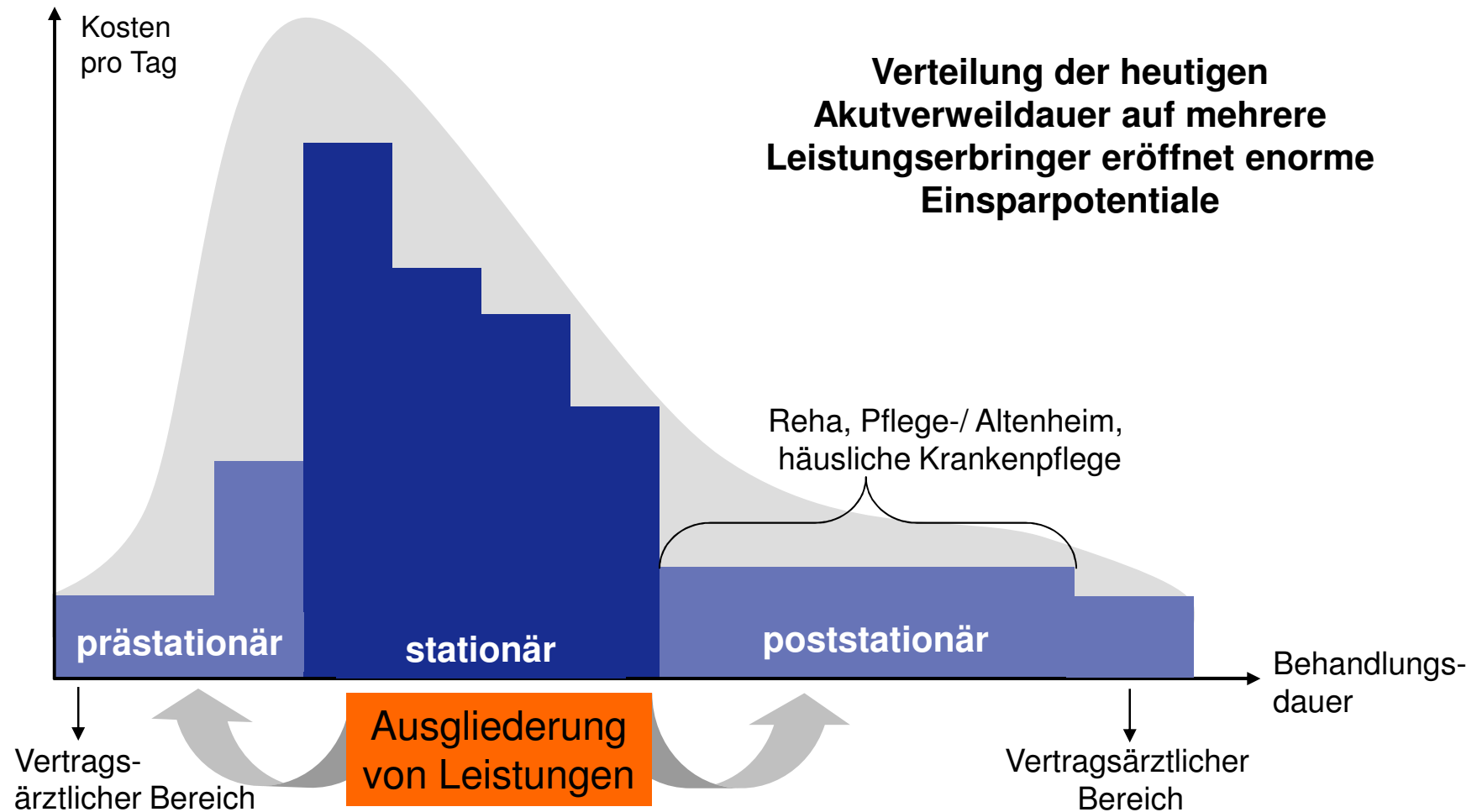


Es existieren verschiedene Theorien zur zukünftigen Entwicklung der Ausgaben bei steigendem Alter



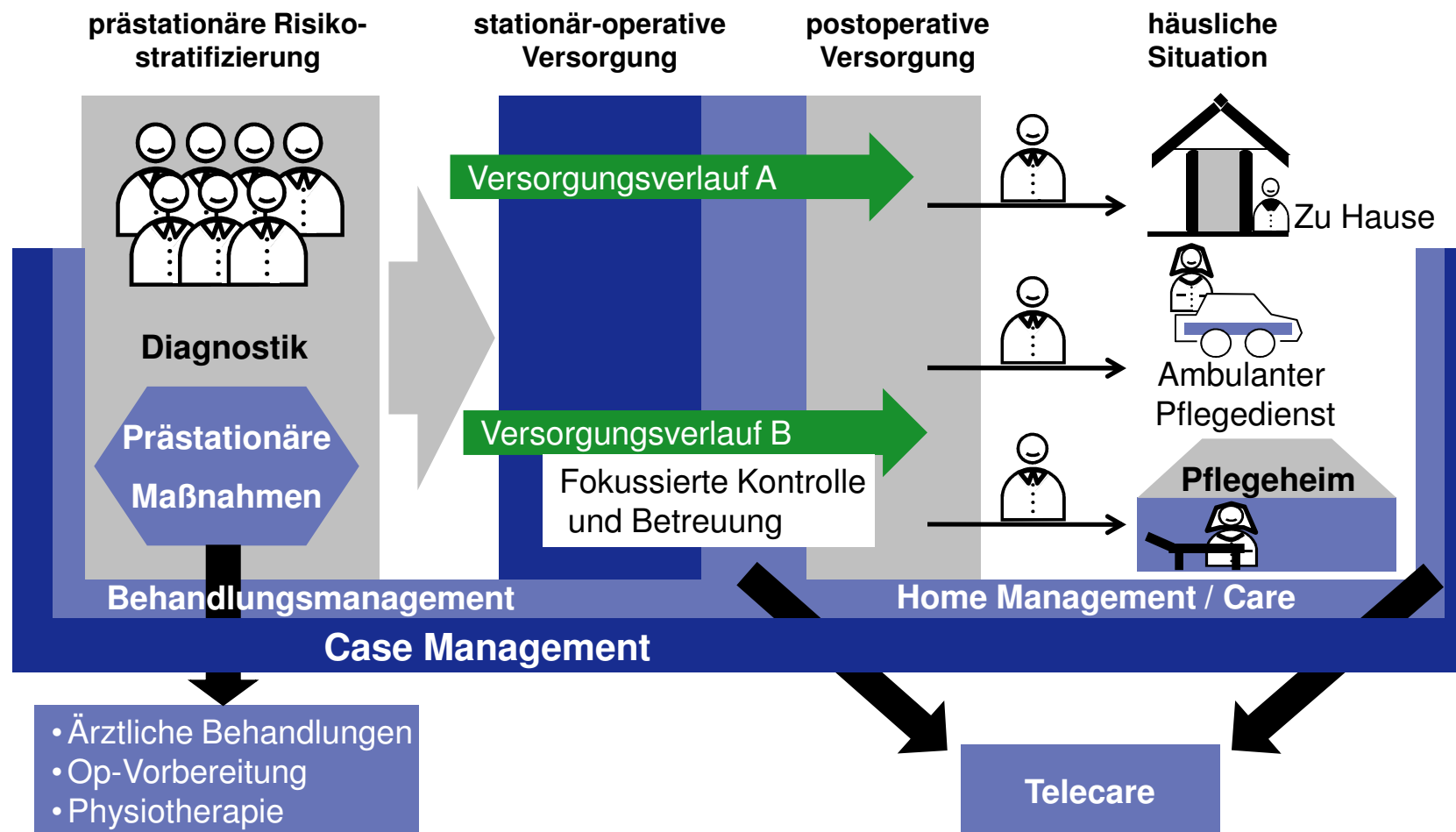
- ➔ Die Anzahl der in „Krankheit“ verbrachten Lebensjahre bleibt bei der Kompressionsthese konstant, bzw. nimmt ab ($A \rightarrow A'$)
- ➔ Bei der Medikalisierungsthese verlängert sich die Krankheitsphase um den Zeitraum $A+B$

Das wesentliche Effizienzpotenzial der Patientenversorgung entsteht durch abgestimmte Behandlung über die Sektoren

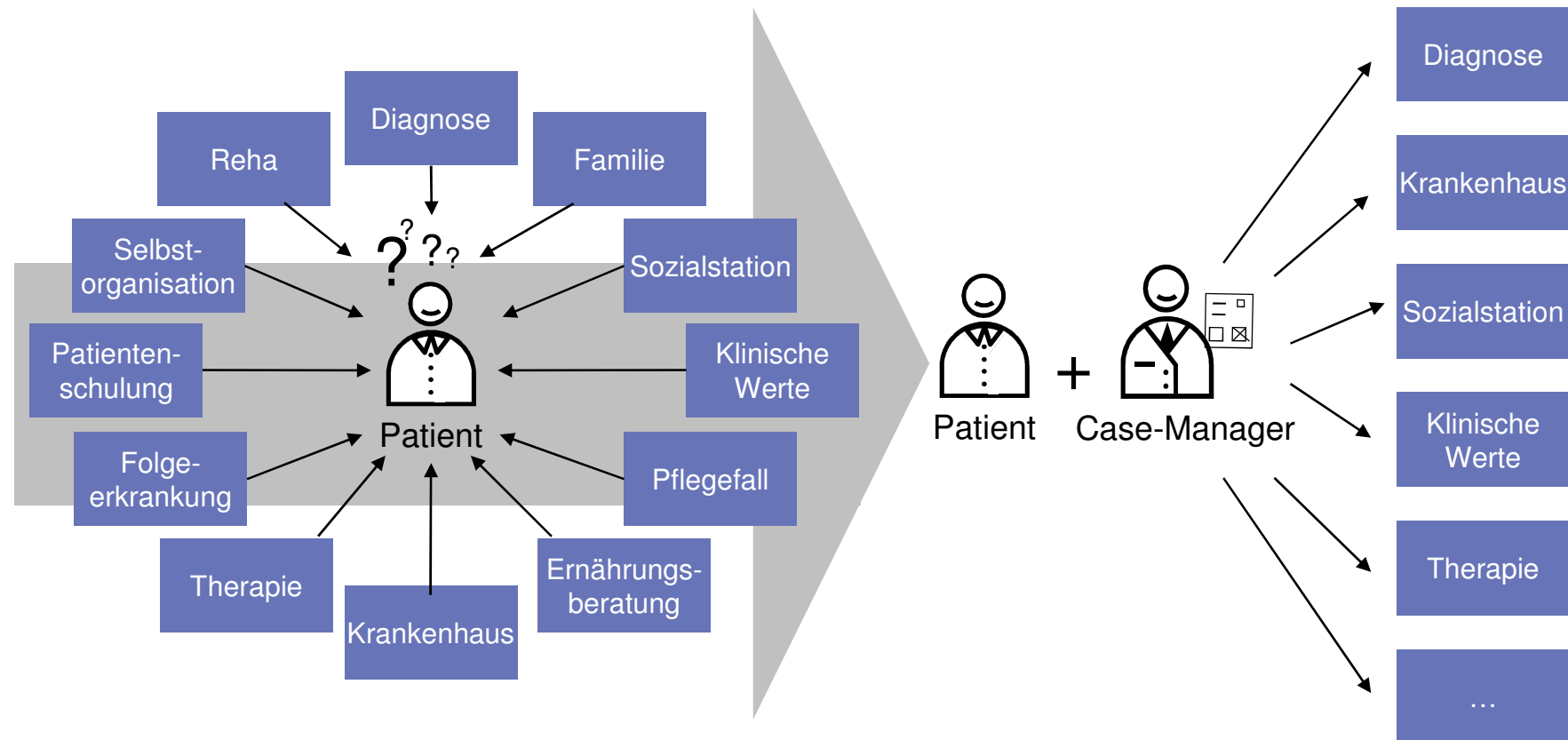


Durch sektorübergreifende Versorgungsprozesse kann die Behandlung multimorbider Patienten optimiert werden

Versorgungsprozess mit Risikostratifizierung zur Delirvermeidung



Der Case-Manager berät und begleitet dabei seine Patienten in allen relevanten Behandlungsbereichen




Fazit



Aufgrund der **demographischer Veränderungen** wird die Anzahl multimorbider Patienten in Zukunft ansteigen



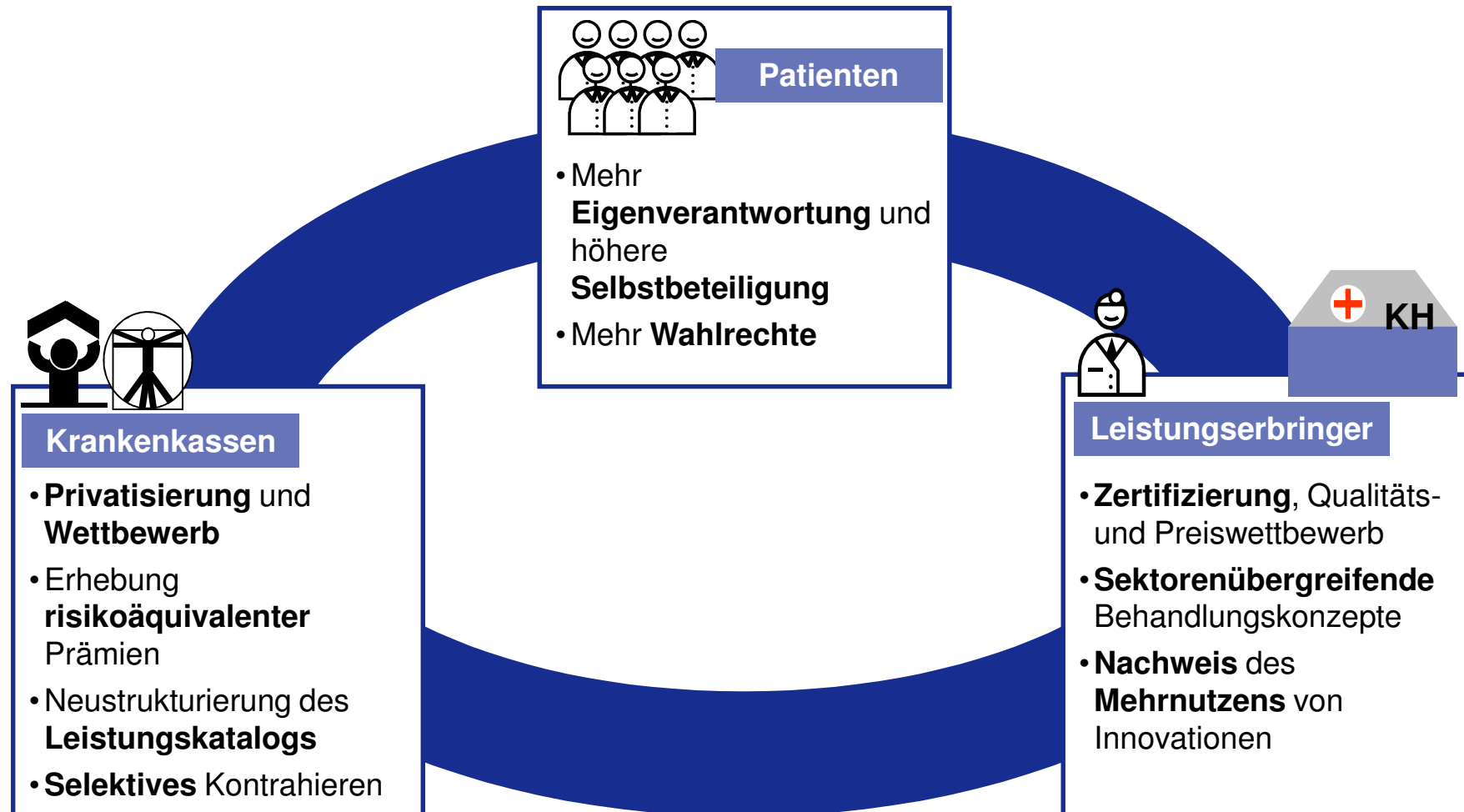
Um den damit verbundenen steigenden Ressourcenaufwand kompensieren zu können, bedarf es effizienter **sektorübergreifender** Lösungsansätze



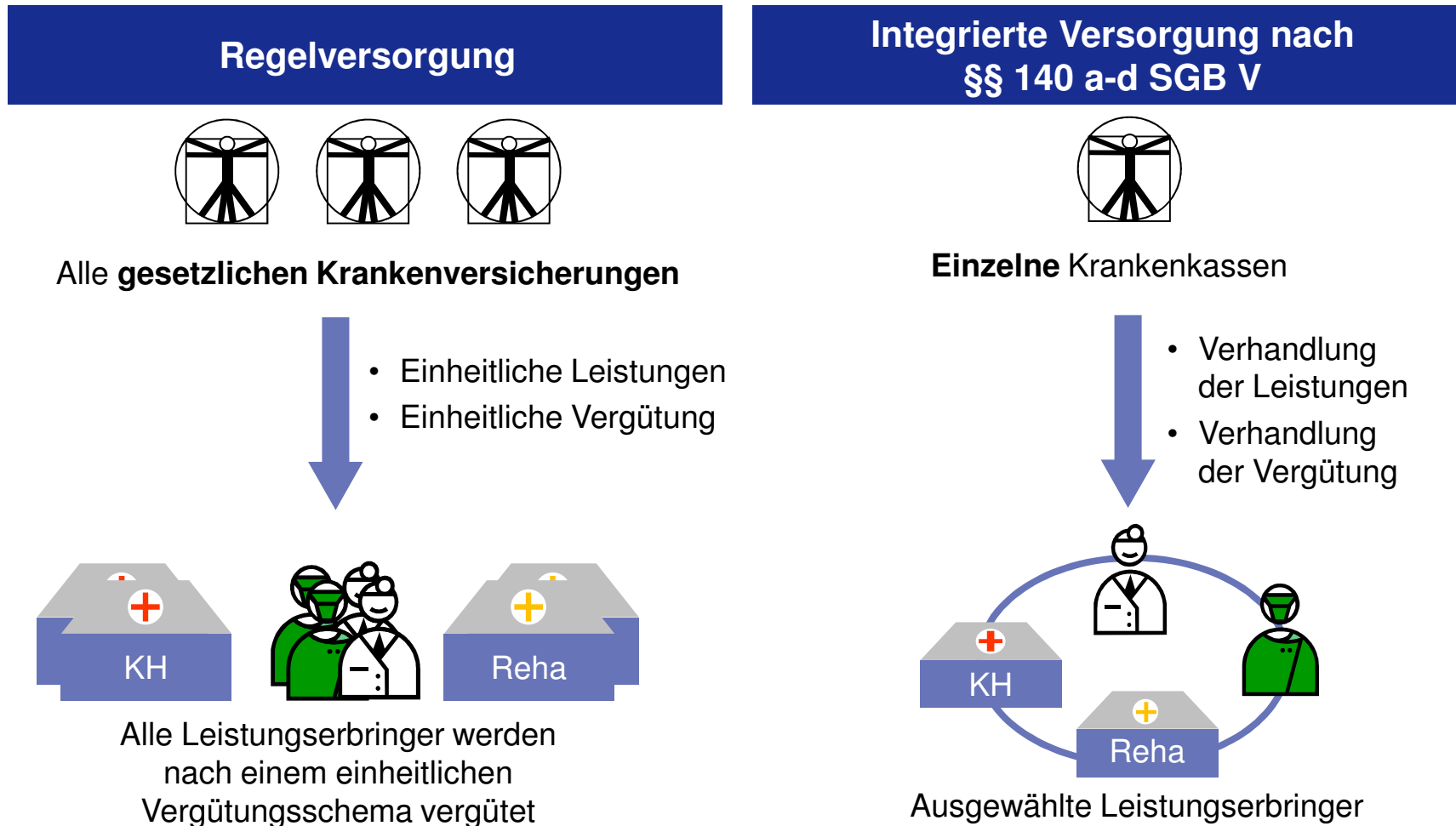
Durch **Versorgungsmodelle** wie Case-Management und Disease –Management-Programme kann die medizinische **Behandlungsqualität** angehoben werden, jedoch müssen sich alle Akteure im Gesundheitswesen Reformmaßnahmen unterziehen, um eine Sicherung der Finanzierung zu gewährleisten

Multimorbidität wird die Regel werden

Um eine dauerhafte Stabilität der Finanzierung zu erreichen müssen sich alle Akteure Reformmaßnahmen unterziehen



Durch selektive Verträge ist es den Leistungserbringern möglich eine integrative Versorgung mit den Kassen auszuhandeln



Regelversorgung



Alle gesetzlichen Krankenversicherungen

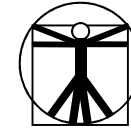


- Einheitliche Leistungen
- Einheitliche Vergütung



Alle Leistungserbringer werden nach einem einheitlichen Vergütungsschema vergütet

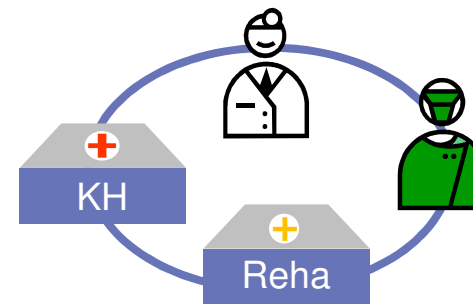
Integrierte Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V



Einzelne Krankenkassen

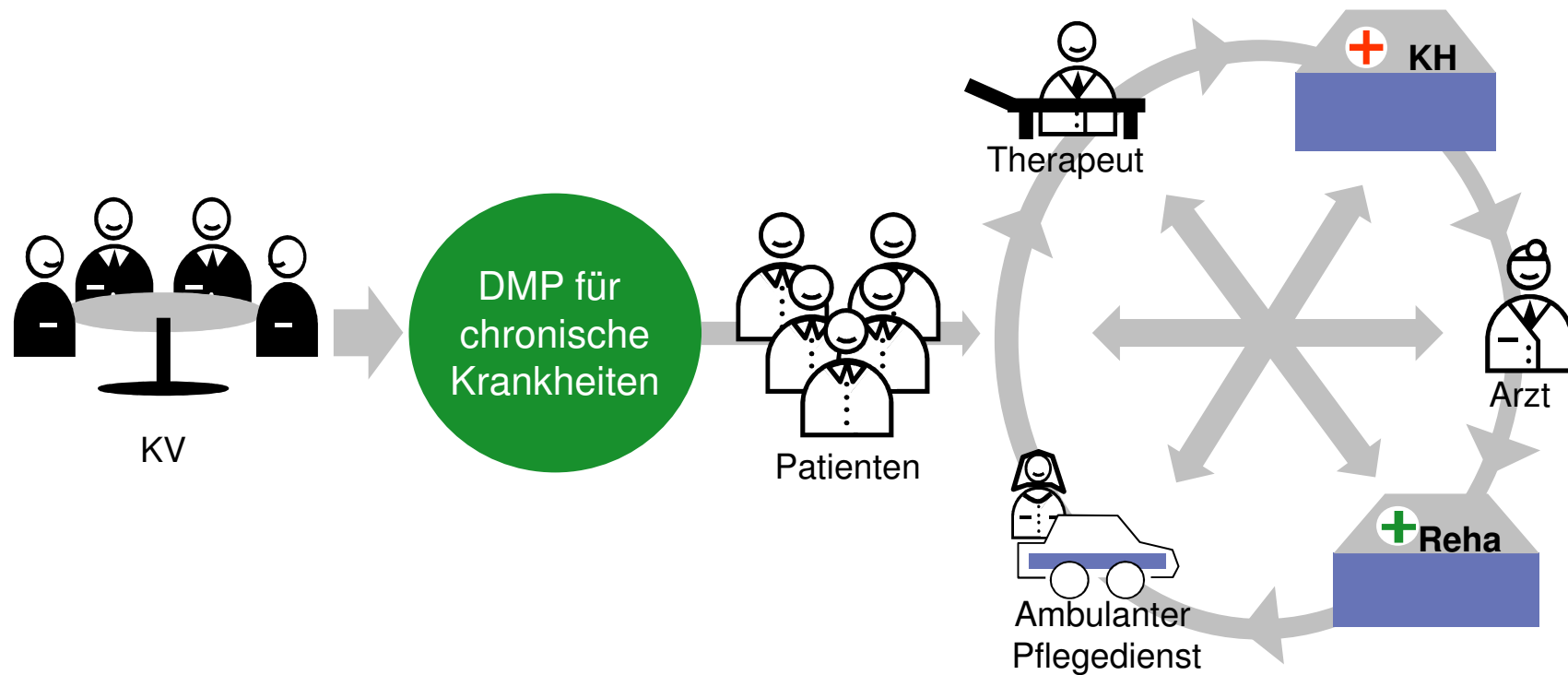


- Verhandlung der Leistungen
- Verhandlung der Vergütung



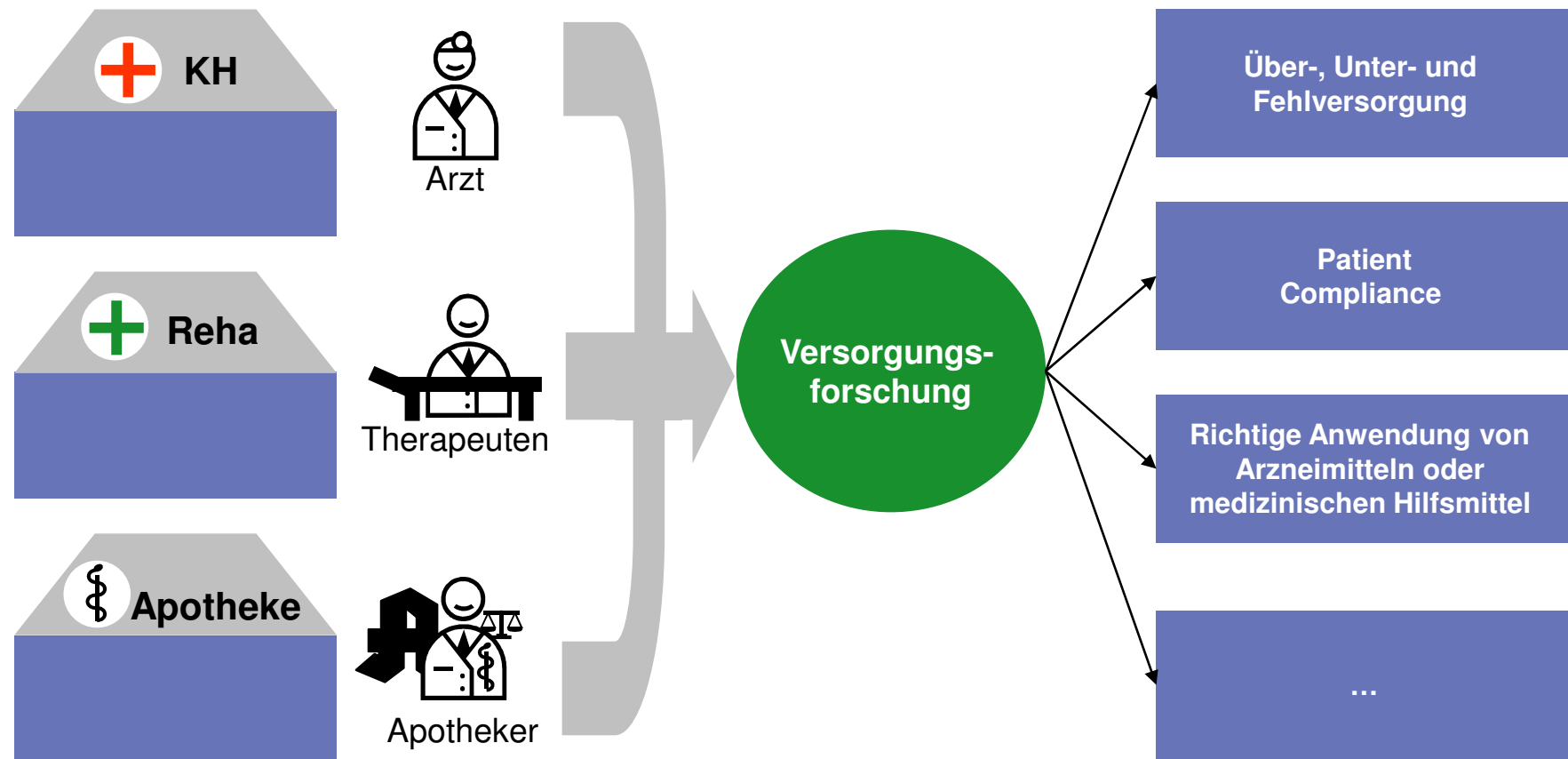
Ausgewählte Leistungserbringer

Auch ein Disease Management Programm kann die Behandlung chronischer Krankheiten effizienter gestalten

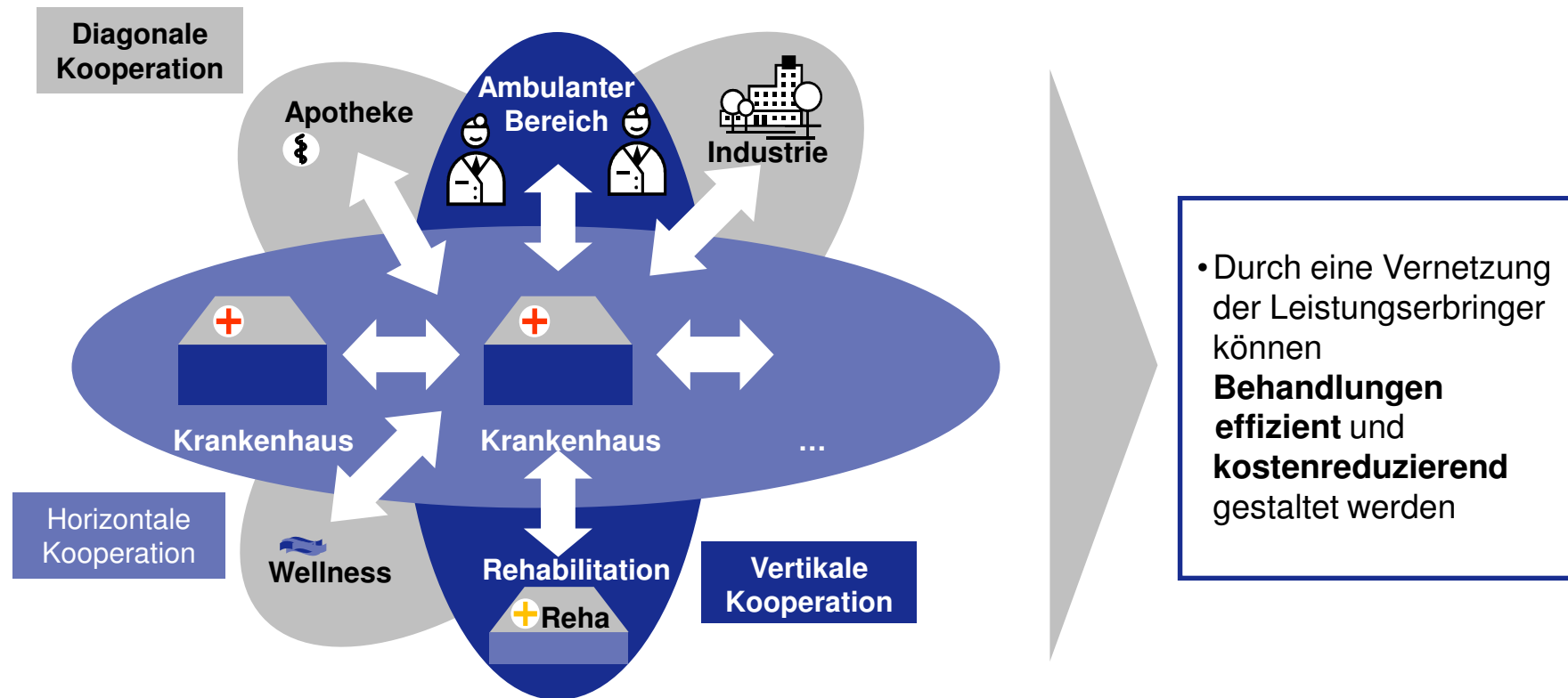


Voraussetzung für eine funktionierende Umsetzung ist ein **abgestimmtes Zusammenspiel** aller beteiligter Akteure

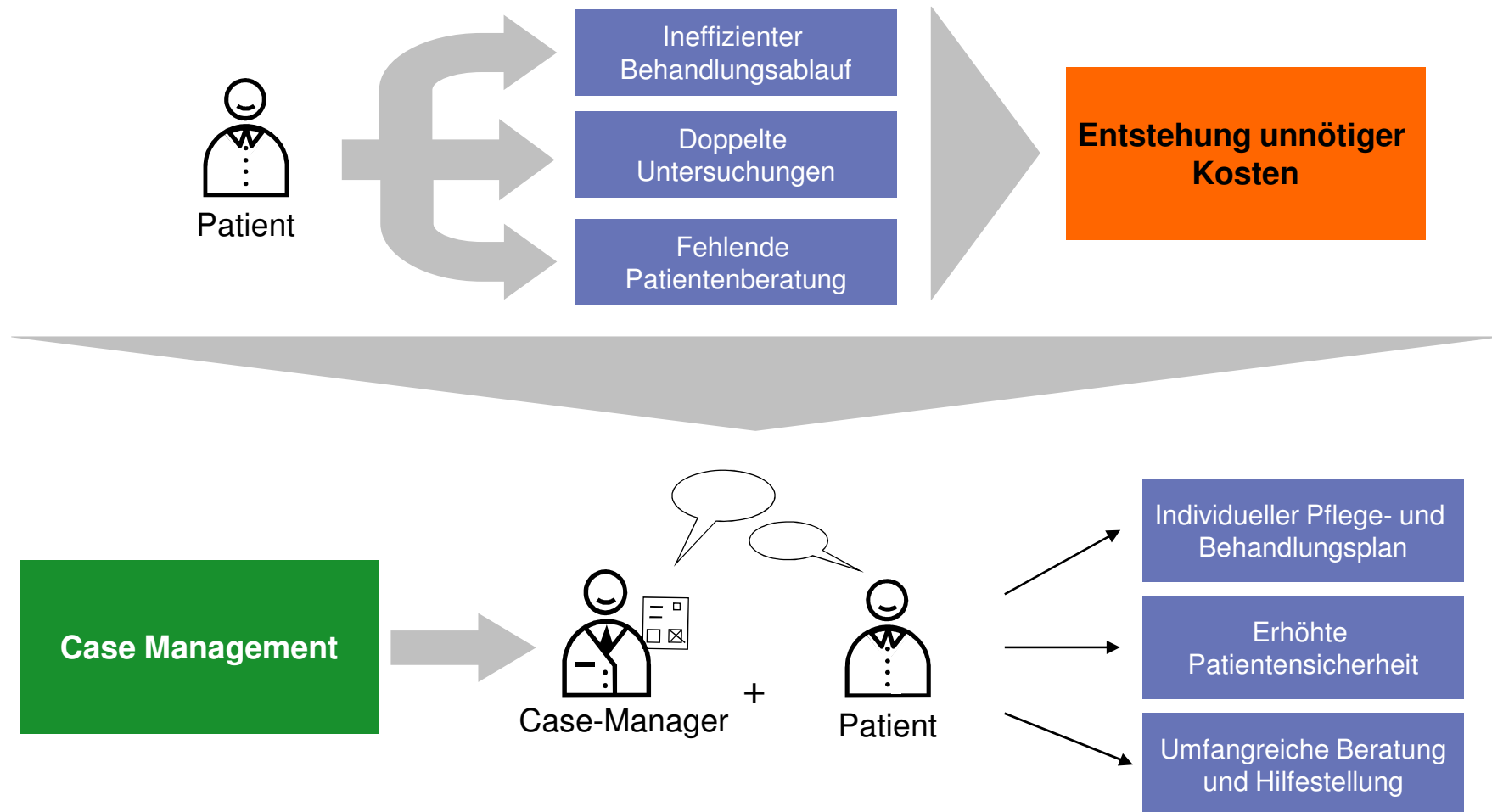
Begleitende Versorgungsforschung sichert dabei die Evaluation der Maßnahmen



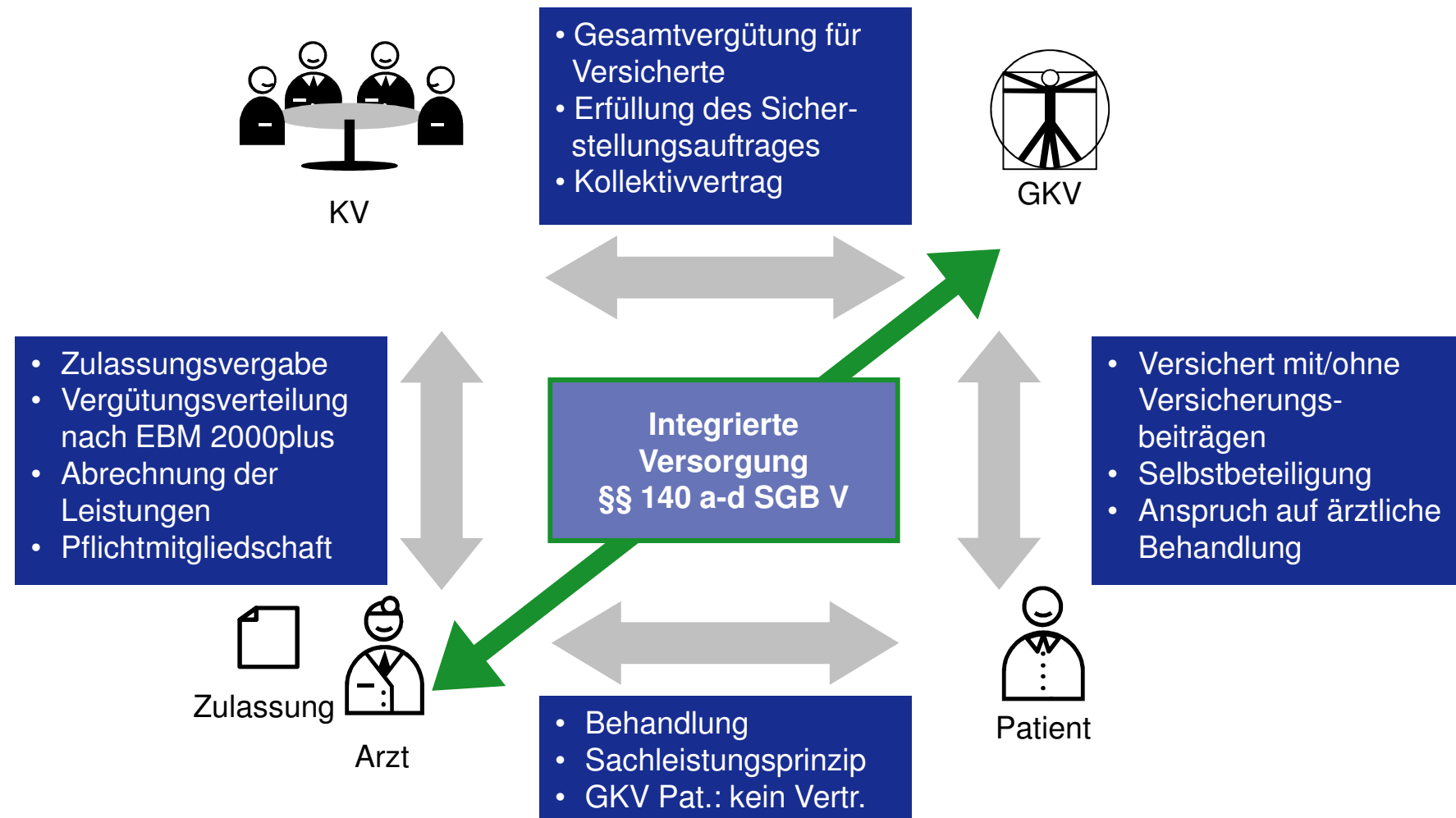
Durch Kooperationen verschiedener Ebenen kann die Behandlung multimorbider Patienten optimiert werden



Durch Case-Management können bei der Behandlung multimorbider Patienten unnötige Kosten vermieden werden





Neben dem Kollektivvertrag können Leistungserbringer mit der IV auch selektiv mit den Krankenkassen kontrahieren

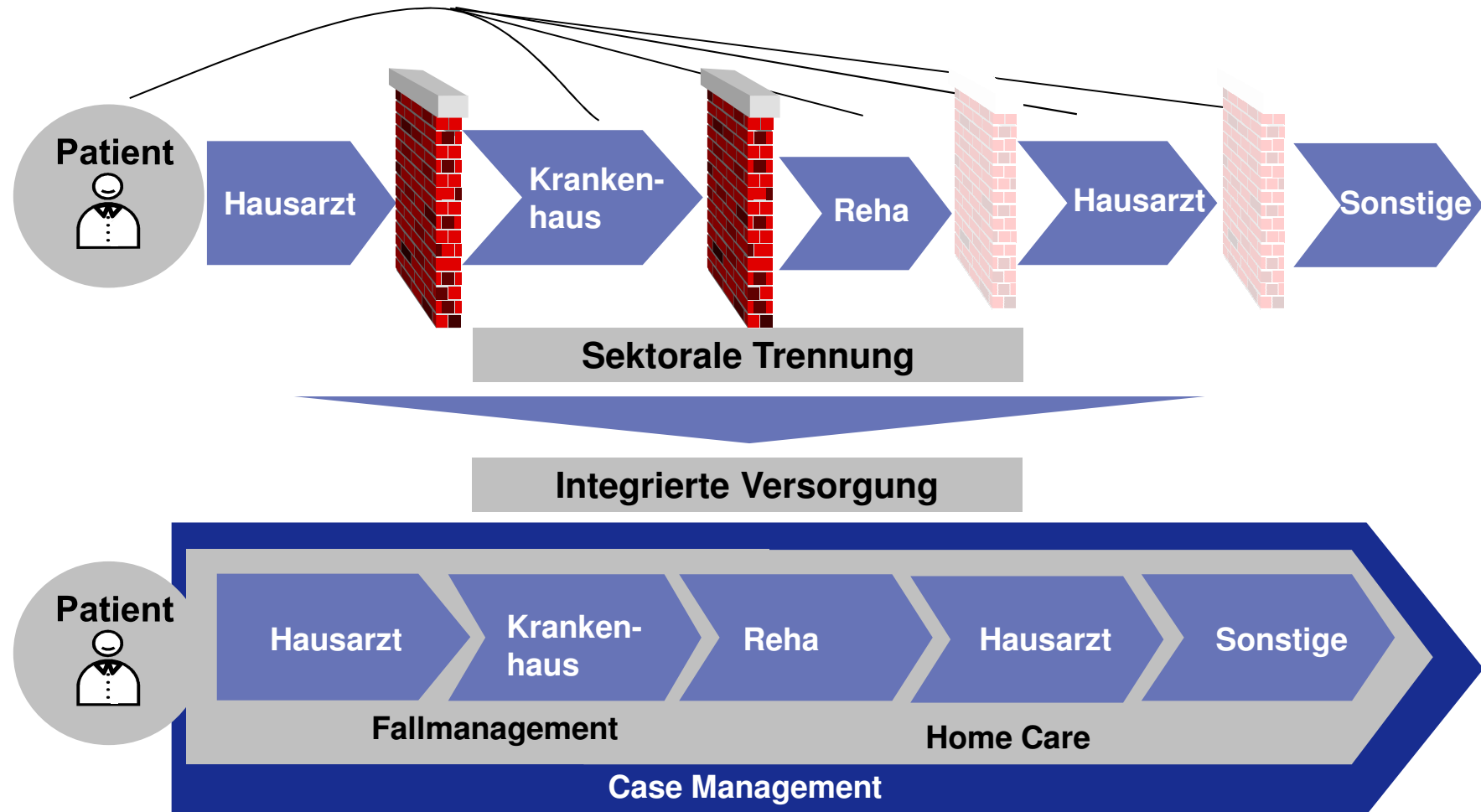


Folie stellt die Situation im vertragsärztlichen Bereich dar

Trotz offensichtlicher Risiken können integrierte Versorgungsmodelle Win-Win-Situationen für alle Beteiligten schaffen

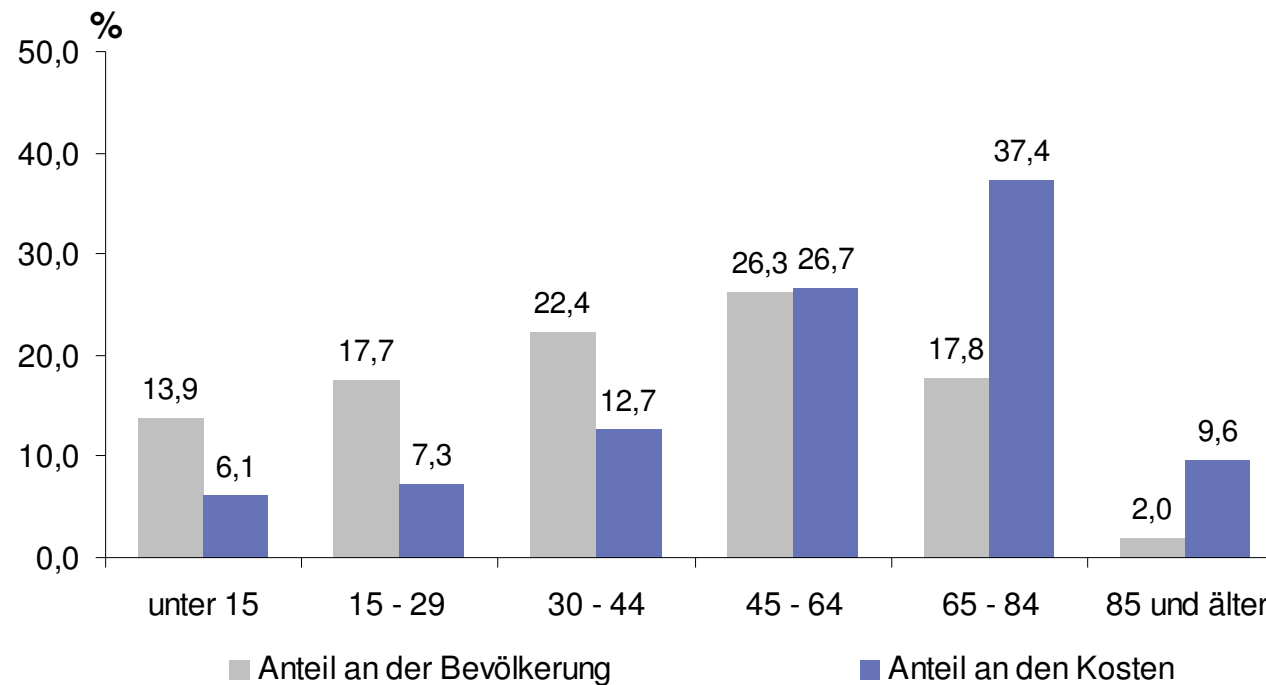
	Stationäre Leistungserbringer	Ambulante Leistungserbringer	Krankenkassen	Industrie
Chancen 	<ul style="list-style-type: none"> • Markenbildung • Zuweiserbindung • Medizinische Qualität • Effizienz (z. B. Auslagerung Diagnostik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung von KH-Ressourcen (Geräte, Konsile) • Medizinische Qualität • Marktmacht durch Partner 	<ul style="list-style-type: none"> • Kundenbindung • Medizinische Qualität • Marktbereinigung • Transparenz • Kosten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Marktzutritt innovativer Produkte • „Vom Lieferanten zum Partner“ • Schwer kopierbarer USP
Risiken 	<ul style="list-style-type: none"> • Investitionen • Selektives Kontrahieren • Versicherungsrisiko 	<ul style="list-style-type: none"> • Investitionen • Selektives Kontrahieren • Freiberuflichkeit • Rolle der KV? 	<ul style="list-style-type: none"> • Investitionen • Regionale Monopole 	<ul style="list-style-type: none"> • Investitionen • Anpassung Vertrieb • Pooling von Nachfrage

Prozessorientierung statt Sektorentrennung – Kooperationen fördern die Effizienz der Mittelverwendung im Gesundheitswesen



Die Altersgruppe der über 65-Jährigen verursacht bereits heute 47% der Kosten im Gesundheitswesen

Bevölkerung und Krankheitskosten nach Altersgruppen 2006

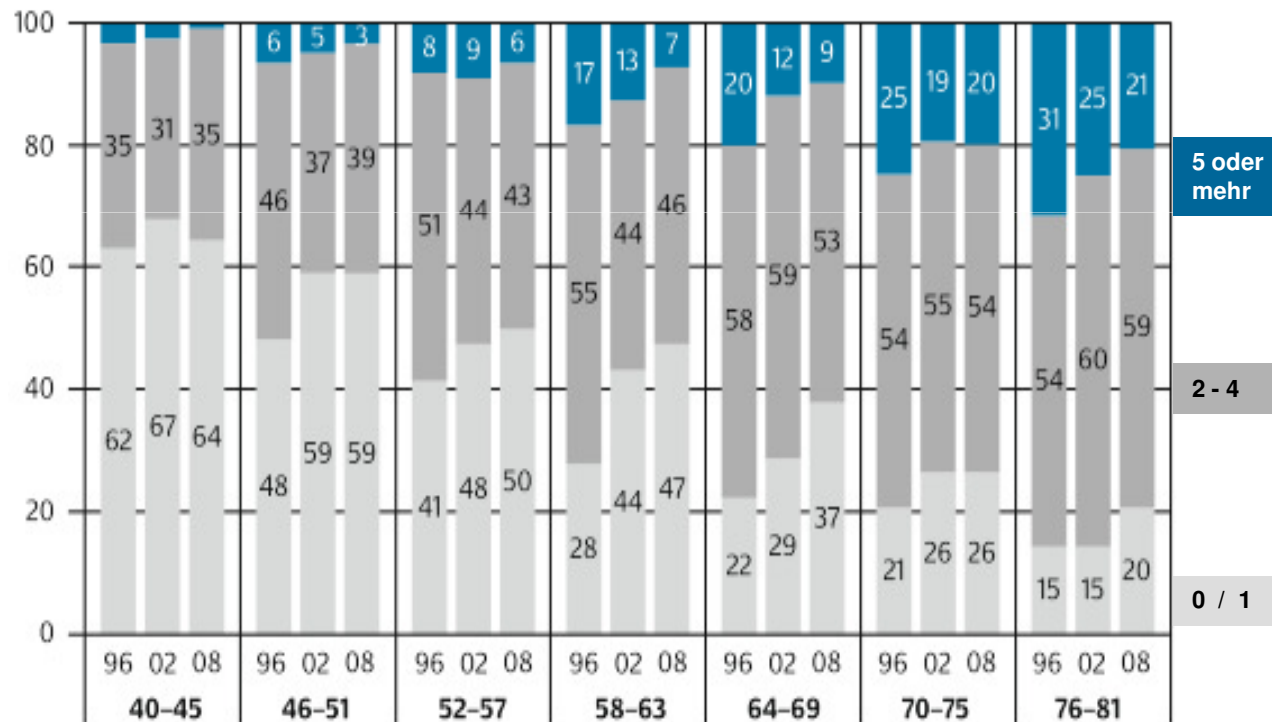


Gesamtbevölkerung 2006:
8,23 Mio.

Σ Krankheitskosten 2006:
236 Mrd. €

Im dritten und vierten Lebensabschnitt nimmt die Häufigkeit von komplexen und multimorbiden Erkrankungen zu

Anzahl der berichteten Erkrankungen in 1996, 2002, 2008 in %* **Häufigkeit Erkrankung**



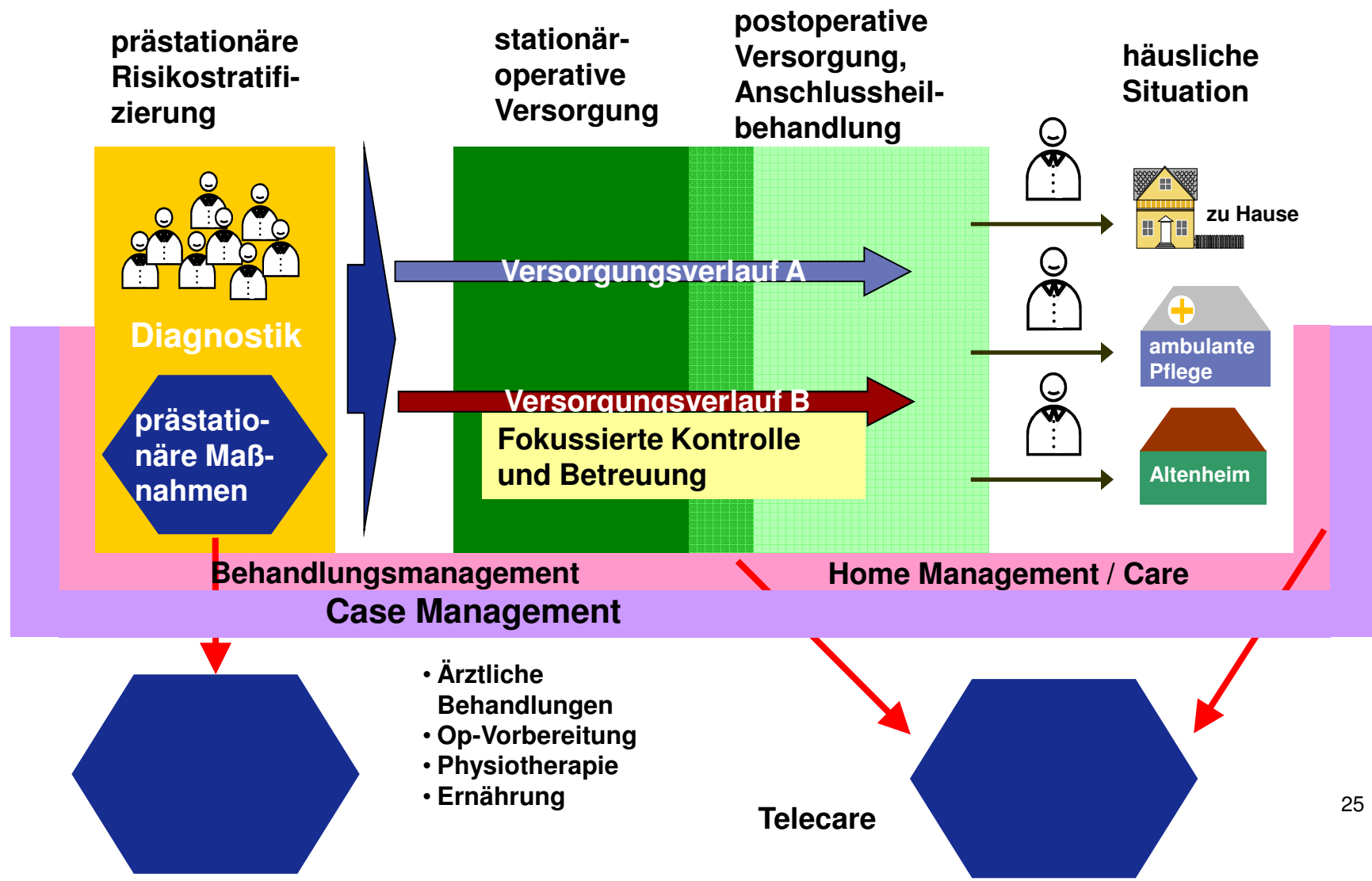
**Typisch für
Erkrankungen
des hohen Alters**

- **Multimorbidität,**
- **Multifaktorielle**
Ätiologie,
- **Chronizität,**
- **Interaktion** der Erkrank-
ungen und Symptome

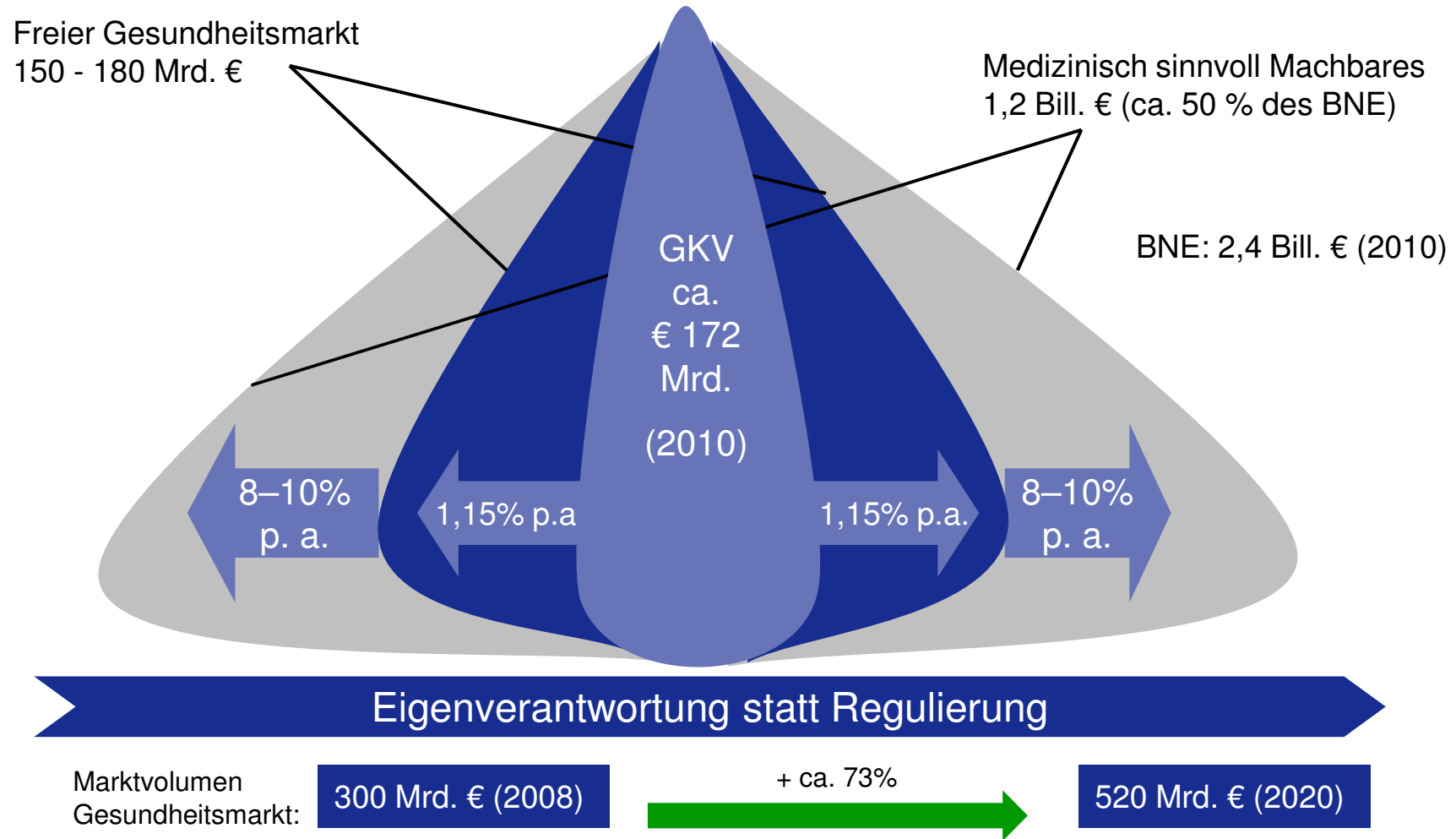
* Deutsches Alterssurvey, 2010

Versorgungsprozess in einer sektorübergreifenden Vernetzung

am Beispiel Risikostratifizierung zur Delirvermeidung

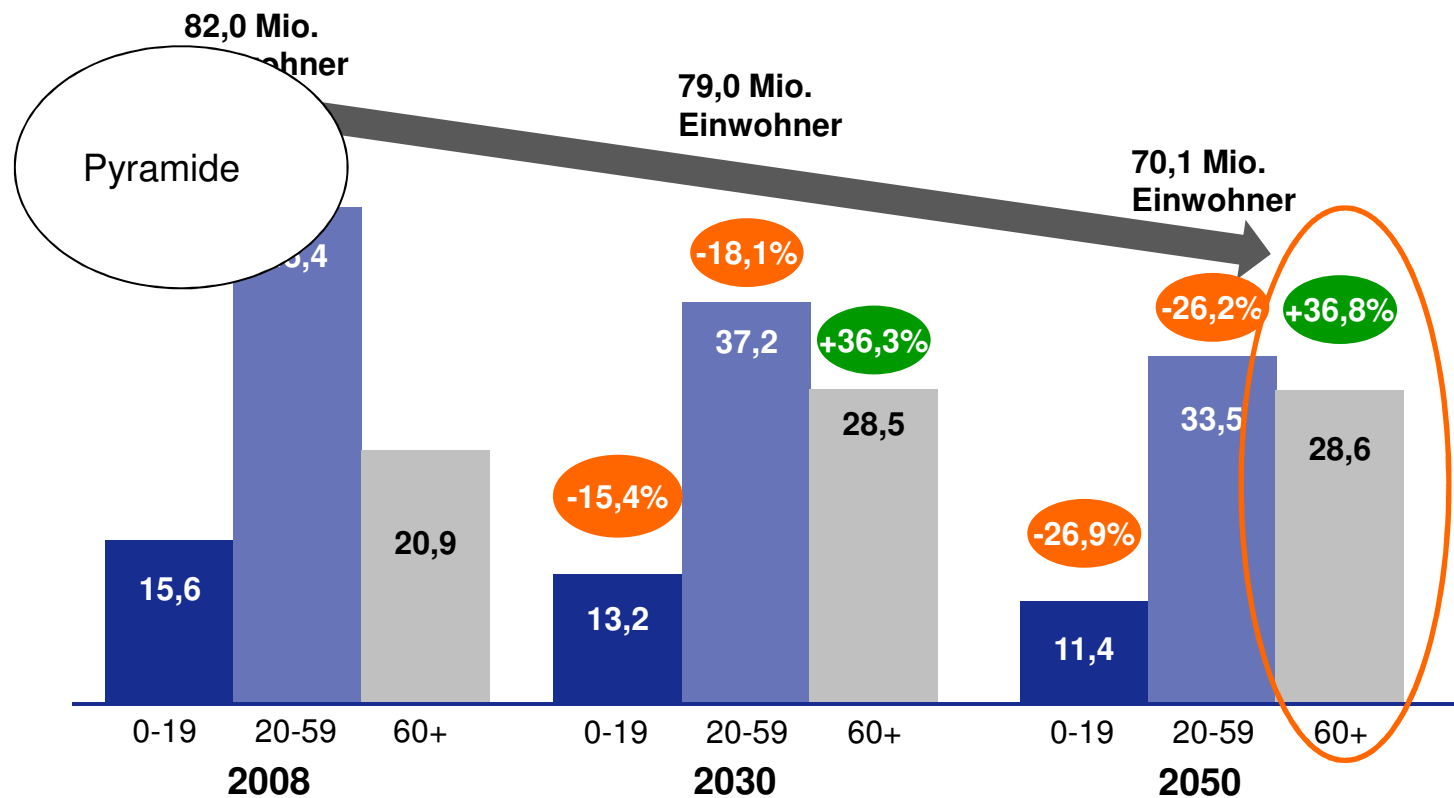


Der Gesundheitsmarkt ist ein Wachstumsmarkt par excellence

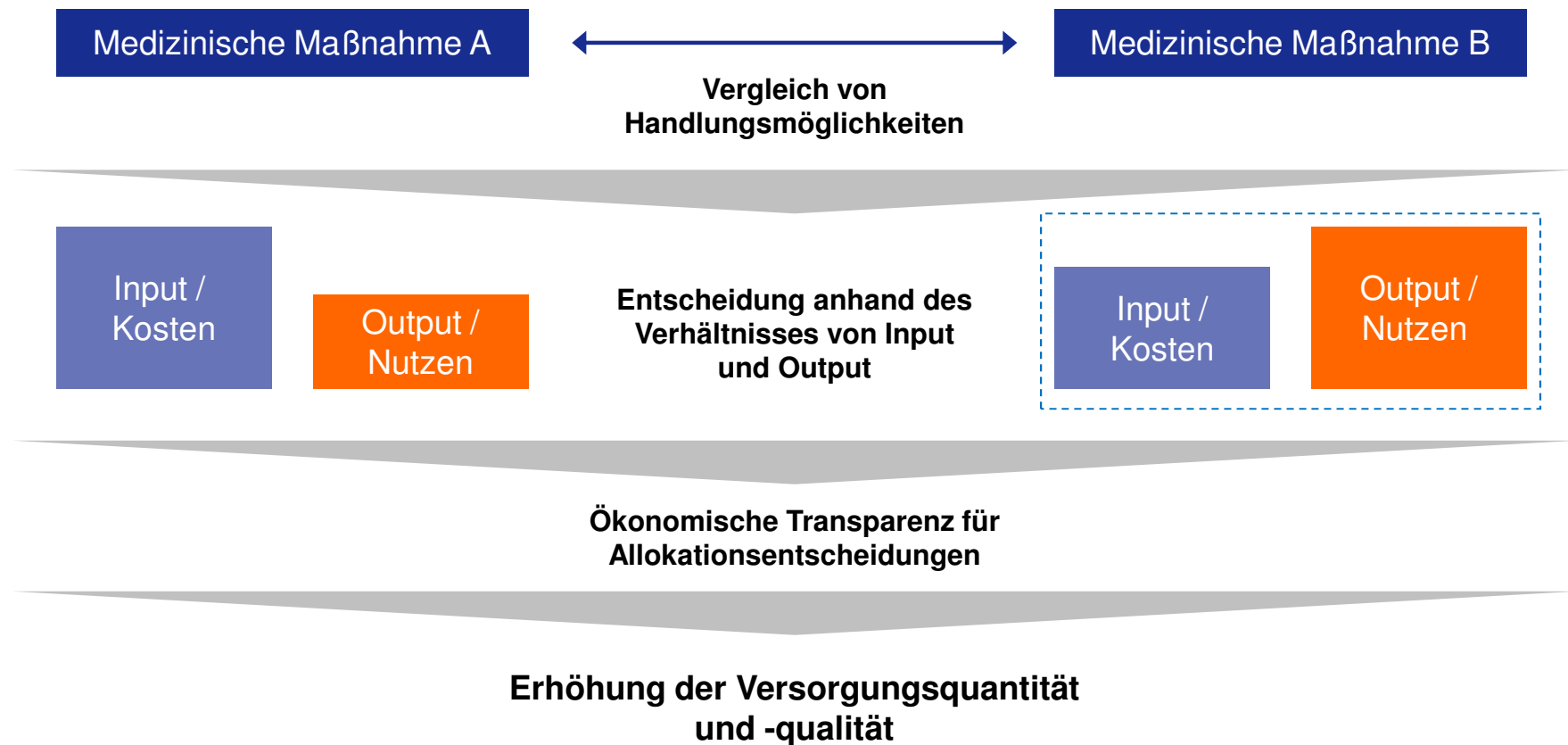


Die Altersgruppe der über 60jährigen wird in Zukunft deutlich ansteigen, während die Gruppe der unter 20jährigen abnimmt

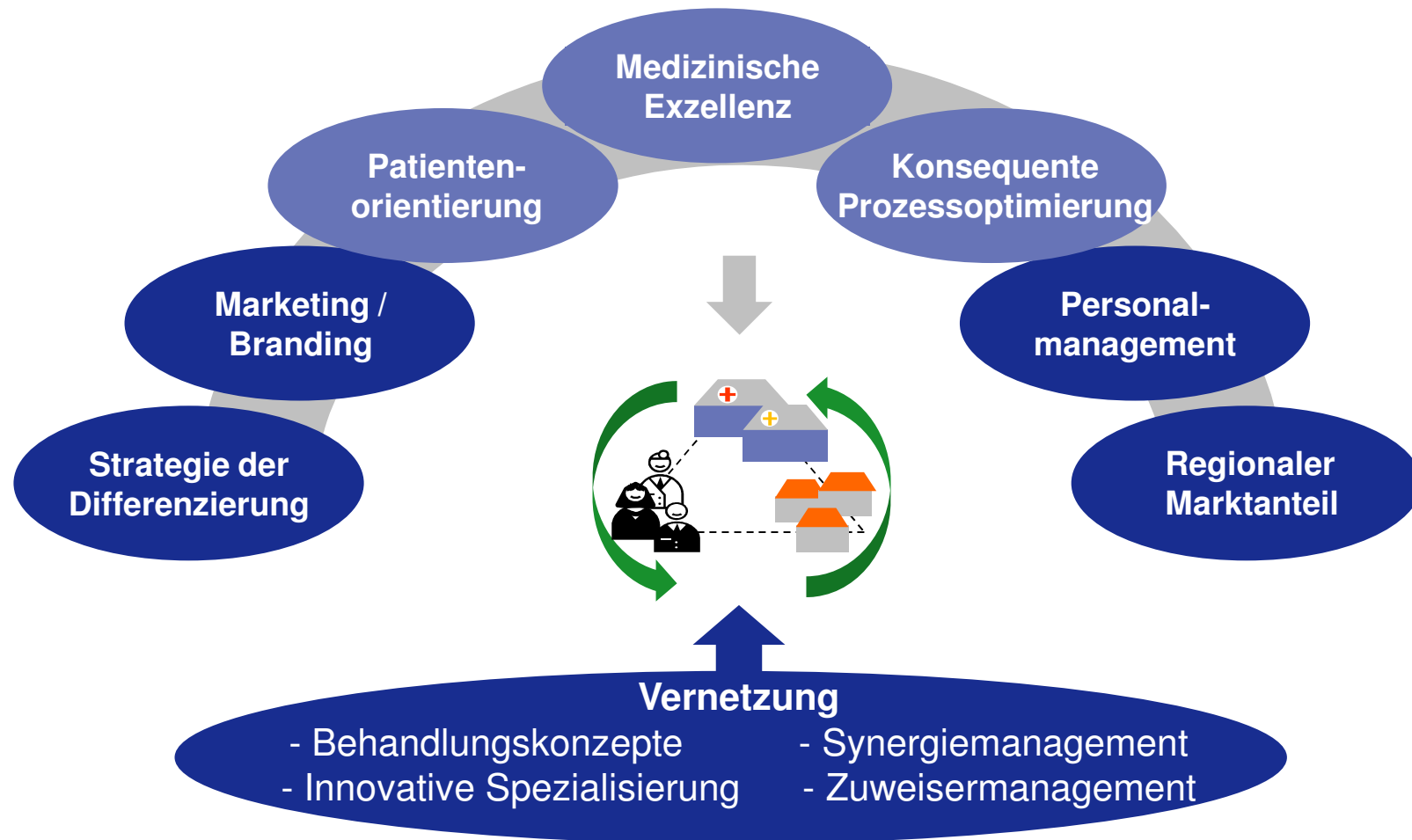
Bevölkerungsentwicklung nach Altersstruktur 2008 – 2060 in Mio.



Alle Leistungen müssen dabei gesundheitsökonomisch evaluiert werden



Zukünftig wird die Kooperation der Leistungserbringer zentraler Erfolgsfaktor bei der Behandlung multimorbider Patienten sein



Kontakt



Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender
Dipl.-Kfm. Jan Hacker
Dipl.-Kfm. Rainer Schommer

Nürnberger Str. 38
95448 Bayreuth

Ganghoferstr. 31
80339 München

Tel.: ++49 (921) 745443 - 0

Tel.: ++49 (89) 8207516 - 0

Fax: ++49 (921) 745443 - 29

Fax: ++49 (89) 8207516 - 9

E-Mail: info@oberender-online.de
WWW: <http://www.oberender-online.de>

Handelsregister: Amtsgericht Bayreuth, PR 11
Ust-ID-Nr.: DE206404532