

2. Nationaler Workshop Diabetes-Versorgung

Ansätze der AOK PLUS zur optimierten Versorgung von Diabetikern

Dr. Gudrun Mowinski
AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Berlin, 1. Dezember 2010

AOK PLUS in Zahlen



Die **Gesundheitskasse**
für Sachsen und Thüringen.

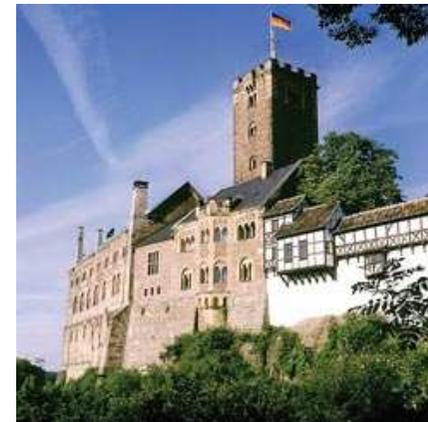
1. Januar 2008:

Fusion der AOK Sachsen und der AOK Thüringen zur

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

1. Oktober 2010:

Haushaltsvolumen:	7,9 Mrd. Euro
Mitarbeiter:	ca. 7.000
Marktanteil:	43 Prozent
Privatkunden: (davon 17% Familienversicherte)	2,73 Mio.
Gesundheitspartner:	34.800
Beitragssatz:	14,9 Prozent





Im Vergleich zur GKV haben die **Versicherten der AOK PLUS**

- ein höheres Alter,
- eine höhere Morbidität,
- mehr chronische Krankheiten.

Das stellt hohe Anforderungen an das **Management ihrer Versorgung** hinsichtlich

- der Optimierung des Zusammenwirkens aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer.
- der Hebung von Potentialen zur Steigerung der Effizienz.





Voraussetzung Die AOK PLUS leitet aus der Versorgungssituation ihrer Versicherten, den neuen Rahmenbedingungen der GKV und ihrer Verantwortung als Marktführer die Prämissen für ihr **Versorgungsmanagement** ab.

Kernziele Ziel des Versorgungsmanagements der AOK PLUS ist es:

- die **Versorgungsqualität** ihrer Versicherten mittel- und langfristig zu sichern
- durch **wirtschaftliche** Versorgung die AOK PLUS wettbewerbsfähig zu halten
- **bedarfsgerecht** gezielte Programme für die wichtigsten Versorgungssituationen aufzubauen
- die **Praktikabilität** der Programme für Versicherte, Kasse und Vertragspartner zu gewährleisten

Versorgungsmanagement im Interesse aller Beteiligten



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Versicherte	Ärzte	Krankenkassen
<ul style="list-style-type: none"> ▶ individuelle Behandlungsziele ▶ regelmäßige Kontrolluntersuchungen ▶ abgestimmte Arzneimitteltherapie ▶ kurze Wartezeiten ▶ leitlinienorientierte Behandlung ▶ Vermeidung von Doppeluntersuchungen ▶ effektive und effiziente Patientenwege 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Optimierung des Informationsflusses durch klare Schnittstellendefinition ▶ Zusammenarbeit im Rahmen von Qualitätszirkeln und Fallbesprechungen ▶ Patient nur bei medizinischer Notwendigkeit beim Facharzt ▶ qualitätsbezogene (Zusatz-)Vergütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Optimierung der diagnostischen und therapeutischen Versorgung (Qualitätsoptimierung) ▶ Verknüpfung mit weiteren indikationsbezogenen Behandlungsprogrammen ▶ Vermeidung von Doppeluntersuchungen/-behandlungen ▶ Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen

Diabetes mellitus in Zahlen



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Häufigste **chronische Krankheiten** im Vergleich zur GKV*

	Anzahl der betroffenen Versicherten	Prävalenz	
		AOK PLUS	GKV
Hypertonie	994.800	34,2 %	23,9 %
Störungen des Fettstoffwechsels	473.000	16,3 %	15,1 %
Diabetes mellitus	436.300	15 %	8,7 %
Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz	401.400	13,8 %	12,7 %
Ischämische Herzkrankheit	354.400	12,2 %	6,7 %
Osteoarthrose	319.600	11 %	7 %

* im Jahr 2008

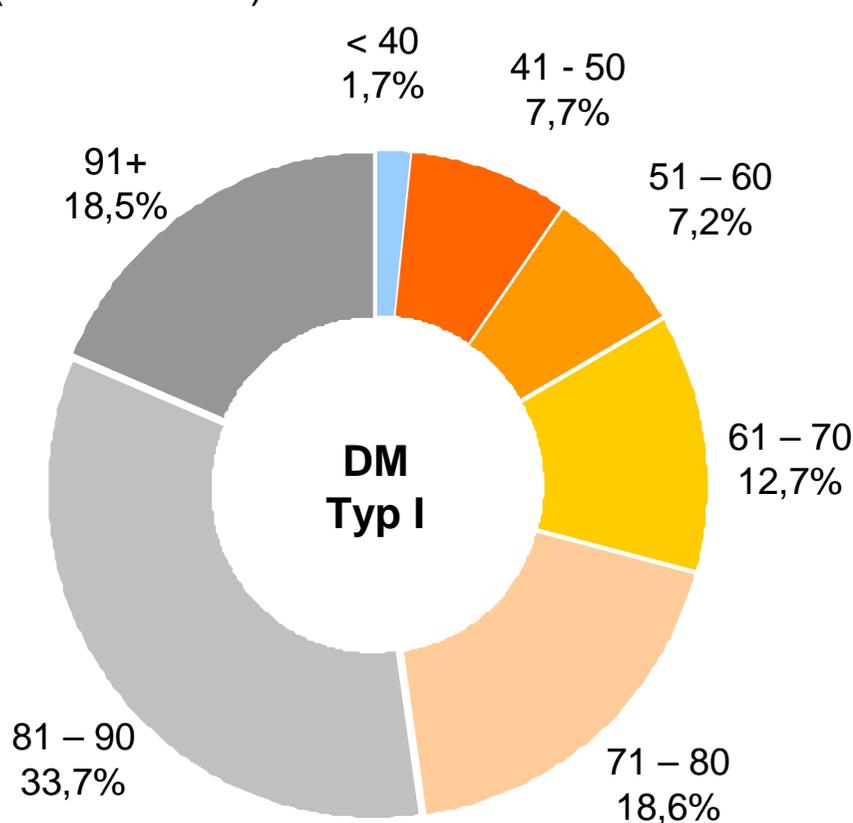
Diabetes mellitus in Zahlen



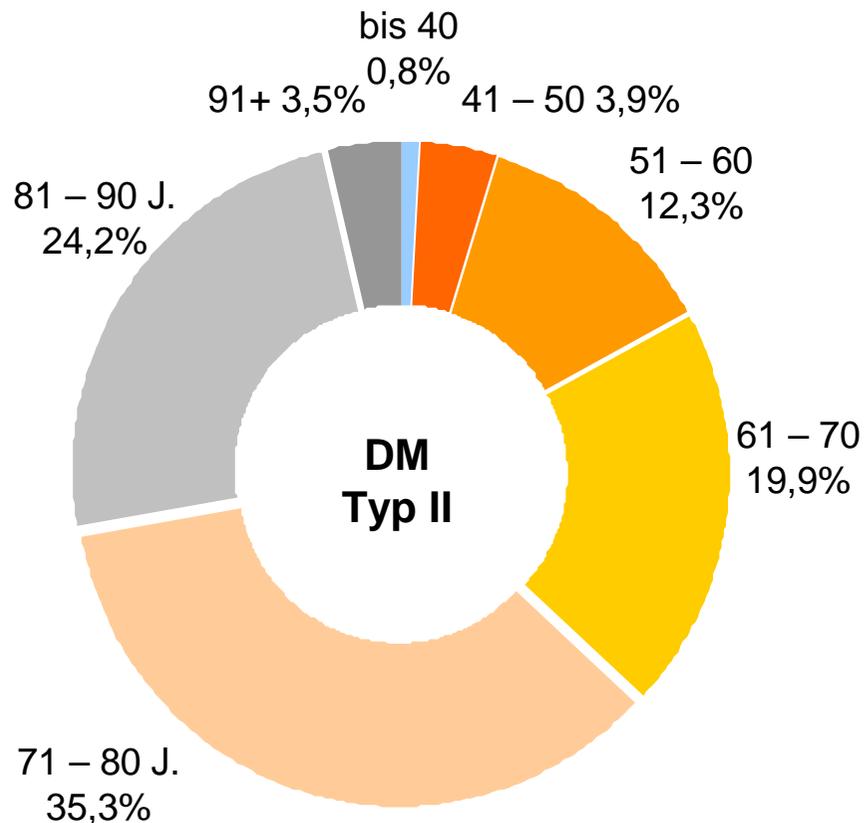
Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Altersgruppen-Verteilung der Versicherten der AOK PLUS mit Diabetes

(im Jahr 2009)



70,8% der Diabetiker sind älter als 70 Jahre



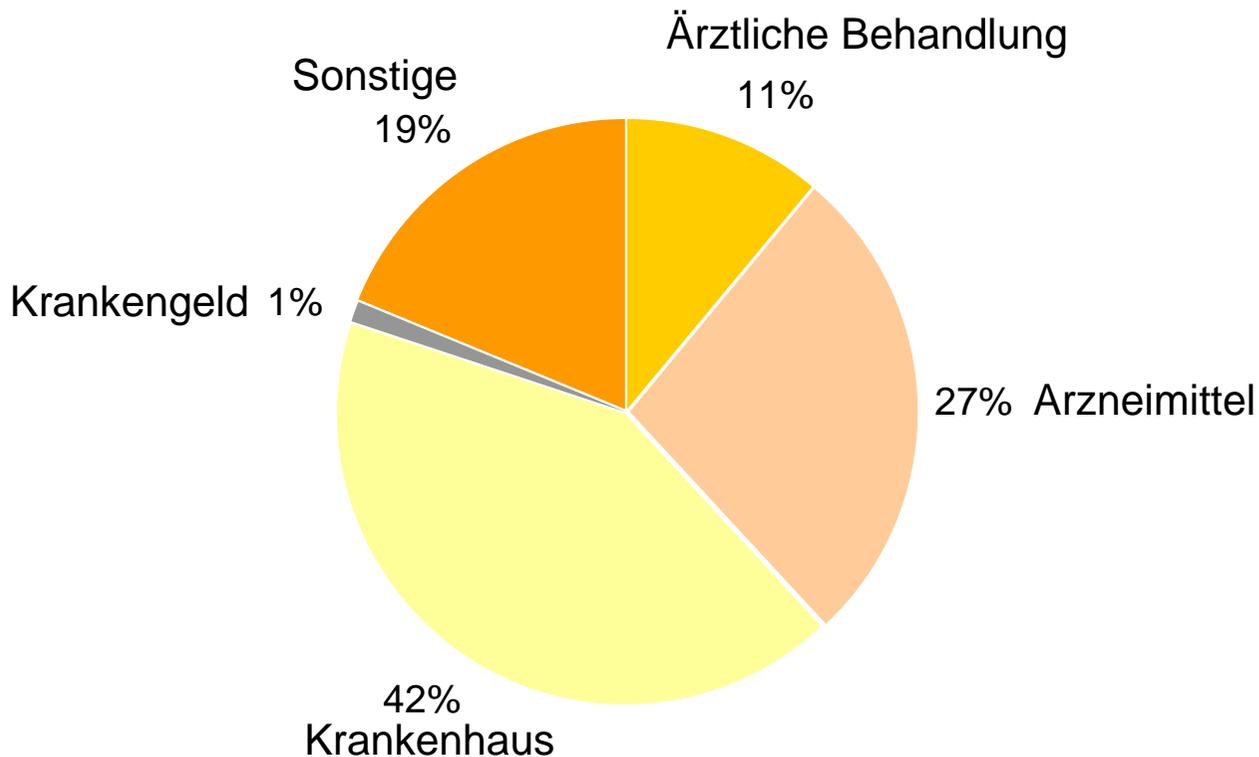
63% der Diabetiker sind älter als 70 Jahre

Diabetes mellitus in Zahlen



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Verteilung der Leistungsausgaben (pro Kopf) im Jahr 2009 für die Versicherten der AOK PLUS mit Diabetes :



Leistungsausgaben gesamt für die Versicherten der AOK PLUS mit Diabetes:

2,8 Mrd. EUR

Kernziele des Versorgungsmanagements von Diabetes mellitus



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.



- **Qualität:**
Verbesserung der Lebensqualität
Vermeidung/Verzögerung von Komplikationen
(z. B. Major-Amputationen)
Vermeidung/Minderung von Folge- und
Begleiterkrankungen
- **Wirtschaftlichkeit:**
Gegenfinanzierung zusätzlicher Ausgaben für
Add-on-Selektivverträge durch entsprechende
Einsparungen (u. a. Krankenhaus, Arzneimittel,
Hilfsmittel)
- **Bedarfsgerechtigkeit**
genaue Definition und Ansprache
interventionsspezifischer Zielgruppen unter
Beachtung bereits bestehender Angebote
- **Praktikabilität**
schnelle Spürbarkeit von Verbesserung für die
betroffenen Versicherten
beteiligte Vertragspartner sollen Verträge
innerhalb einer kurzen Anlaufphase mit Leben
erfüllen können (IT-Unterstützung, einfache
Abrechnung)

Strukturierte Behandlung im DMP als zentraler Versorgungsmanagementansatz



Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

teilnehmende Ärzte

	Sachsen	Thüringen
2008	2.500	1.460
2009	2.700	1.420
2010	2.700	1.420

teilnehmende Versicherte

	Sachsen	Thüringen
2008	147.000	62.000
2009	157.000	65.000
2010	164.000	68.000



Strukturierte Behandlung im DMP als zentraler Versorgungsmanagementansatz



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Steigerung der Behandlungsqualität und der Einschreibequoten als wichtigste Aufgabe

Aufnahme von zusätzlichen Qualitätskennziffern in die Verträge

1x jährlich erfolgt eine Erhebung des Fußstatus mit Pulsstatus und Sensibilitätsprüfung (Typ I und II)

Überweisung in diabetologische Fußambulanz ab Wagner/Armstrong 1A sowie DMP-Folgedokumentation (Typ II)

Gezielte Ansprache und Einbeziehung der behandelnden Ärzte

Besprechung von DMP-Prozessen und Unterstützung mit DMP-Medien, Schulungen des Praxispersonals durch die Arztberater der AOK PLUS

Gezielte Ansprache der Versicherten mit Diabetes mellitus

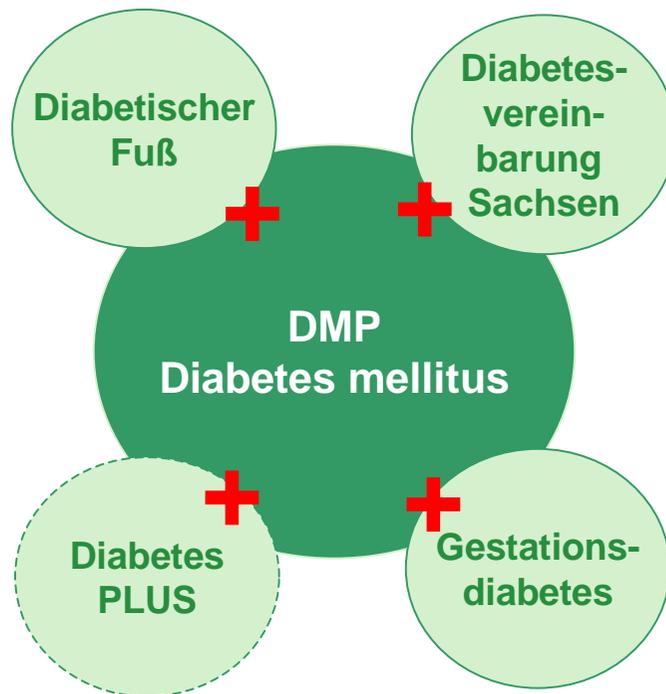
Briefe, Telefonate und persönliche Gespräche mit Informationen über die Programme, Beratung zum Nutzen der strukturierten Behandlung und zu den Teilnahmebedingungen



Ergänzung des DMP um zielgruppenspezifische Programme



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.



Zusätzliche Programme sichern noch bessere Betreuung der Diabetiker

Ganzheitliche Betreuung durch Verknüpfung von Programmen, die an individueller Krankheitsausprägung von Versichertengruppen ausgerichtet sind
→ kein „Gießkannenprinzip“

Basis bilden die DMP → zusätzliche Programme spezifizieren und erweitern Behandlungsspektren

Patienten erhalten mehr individuelle Möglichkeiten, mit der Diagnose Diabetes umzugehen und können dafür auch optimierte und abgestimmte Behandlungspfade nutzen

Beschreibung

- Vertrag mit der KV Sachsen und der KV Thüringen
- Screening aller Schwangeren (ca. 21.000 AOK-PLUS-Versicherte) mittels oGTT durch behandelnden Gynäkologen auf Basis Risikoeinschätzung direkt nach Feststellung der Schwangerschaft bzw. in der 22. – 24. SSW
- bis zu 2 Wiederholungstests bei Risikoschwangerschaft möglich
- bei positivem Befund direkte Überweisung in diabetologische Schwerpunktpraxis zur Weiterbehandlung



	Versicherte	AOK PLUS	Versorgung
Nutzen	Vermeiden von - Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt - dauerhaften Gesundheitsschäden bei Kind und Mutter	- Vermeidung von Behandlungskosten (insbes. KH durch frühes Erkennen) - in dieser Form bundesweit einmaliges Leistungsangebot	- Evaluation in Vorbereitung - Daten sollen in Entscheidung auf Bundesebene zur Einführung der Leistung im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinie einfließen

Beschreibung

- Vertrag der Landesverbände der KK und des Verbandes der Ersatzkassen in Sachsen mit der KV Sachsen
- Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus, die nicht Typ 1 und Typ 2 zugeordnet werden können, durch diabetologische Schwerpunktpraxis
- Wichtiger Bestandteil: Betreuung von Gestationsdiabetikerinnen, die durch Screening entdeckt wurden
- Add-on-Vergütung der aufwändigen Betreuung/Einstellung/Schulung der Betroffenen
- Diabetologische Schwerpunktpraxis als Bindeglied zwischen den verschiedenen Arztgruppen und dem stationären Bereich

Nutzen

- Besserer Umgang mit der Krankheit durch frühzeitige Schulung
- Stabilisierung/Verbesserung der Lebensqualität
- Vermeidung von Komplikationen
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten





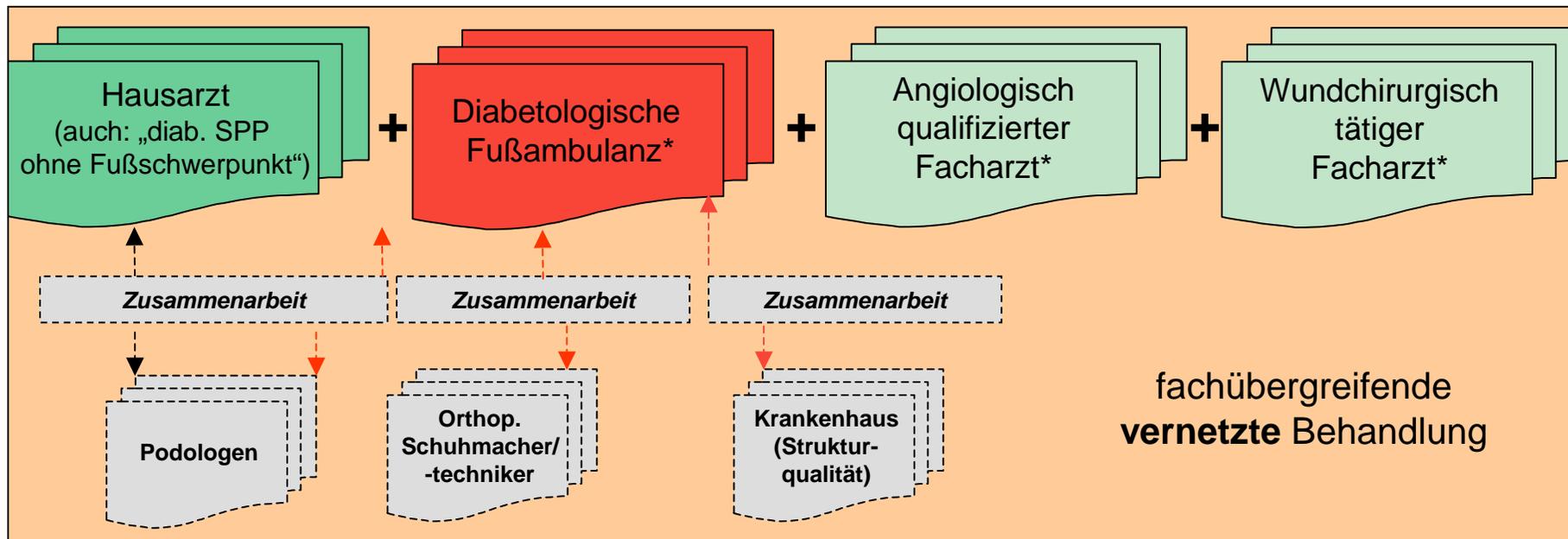
Verhandlungen mit den KVen in Sachsen und Thüringen



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Beschreibung

Versicherte mit einem **erhöhten Risiko für eine Fußläsion** bzw. **bereits vorhandener Fußläsion** frühzeitig erkennen und einer vernetzten Behandlung und Betreuung zuführen



* inkl. Ärzten, denen für die Behandlung des diabetischen Fußes eine Ermächtigung erteilt wurde

Nutzen

Senkung der Rate von Major-Amputationen und Senkung von Krankenhauskosten

Erfahrungen und Ergebnisse der Diskussion mit Diabetologen

- HbA1c zentraler Parameter in Diabetesbehandlung, aber Abkehr von "glukozen-trischem Weltbild" nötig (d.h. Berücksichtigung von Lipiden, Blutdruck etc.)
- Schwachstellen des DMP
 - Mangelhaftes Controlling, ob Schnittstellen zwischen Hausarzt und Diabetologen funktionieren
 - Häufig zu späte Diagnosestellung durch Hausarzt (häufig schon makrovaskuläre Komplikationen bei Diagnose)
- Therapietreue als zentrales Thema erkannt, aber noch keine einheitliche Sicht der Beteiligten, wie Änderung herbeigeführt werden kann

- Einigkeit, dass ein multidimensionales HbA1c-Programm mit abgestuften Interventionsprofilen sinnvoll ist
- Mögliche Zielgruppen
 - ① Prädiabetiker
 - ② Frühdiabetiker
 - ③ Hochrisikogruppe



Zielgruppe Prädiabetiker



Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

Identifikation der Gruppe

- Versicherte mit IFG/IGT
- HbA1c-Wert: 5,7 - 6,4 %
- Risikofaktoren:
Übergewicht, Hypertonie,
erhöhte Blutfettwerte
- ...

Mögliches Interventionsprofil

- Bessere Identifikation durch Vorsorge-Check-Ups und Einsatz von Find-Risk-Fragebögen sowie jährliche IFG-/IGT-Kontrolle
- Vernetzung von Hausärzten, Ernährungsberatern und Bewegungstherapeuten
- Entwicklung innovativer Selbsthilfemaßnahmen, Einbindung sozialer Netzwerke
- ...

Offene Fragen/Punkte

- Sehr große, inhomogene Gruppe, die nur schwer mit vorhandenen Daten weiter differenziert werden kann
- Bisher keine überzeugenden Konzepte zur Intervention vorhanden (Selbsthilfe- und Netzwerkansatz noch nicht im großen Stil erprobt)
- Wie kann Nachhaltigkeit des Programms kontrolliert werden, wenn erste Kosteneffekte erst nach 10 Jahren eintreten?



Identifikation der Gruppe

- Versicherte mit Diabetes-ICD
- HbA1c-Wert: 6,5 - 7,5%
- Keine Risikofaktoren oder Komplikationen
- ...

Mögliches Interventionsprofil

- Ersteinstellung in Zukunft durch Diabetologen und nicht mehr durch Hausarzt
- Festlegung von individuellen Zielwerten durch Diabetologen und Umsetzung durch Hausarzt, Schwerpunkt: Lebensstiländerung
- Bessere Vernetzung von Hausarzt und Diabetologen durch gemeinsame Qualitätszirkel
- ...

Offene Fragen/Punkte

- Was ist der Mehrwert dieser Interventionsstrategie gegenüber dem DMP?
- Wie soll die Abgrenzung zur Hochrisikogruppe über HbA1c-Wert bzw. über das (Nicht-)Vorliegen einer Komplikation im Detail erfolgen?
- Welche die individuellen Zielwerte sollen festgelegt, wie ihr Erreichen überprüft werden?
- Welche Bonus-/Malus-Regelungen sind möglich?



Identifikation der Gruppe

- Diabetiker mit HbA1c-Wert > 7,5%, jeglicher Folgeerkrankung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Versicherte mit Bluthochdruck > 140/90 und hohem Familienrisiko
- ...

Mögliches Interventionsprofil

- Individualisierte Therapie durch Diabetologen entspr. Profil der Ko-Morbiditäten und Folgeerkrankungen
- Forcierte Umsetzung der bestehenden Leitlinien durch verbessertes Controlling und Pay for Performance
- Neue Schulungsmodule zu speziellen Fragen (z.B. Umgang mit bestimmten Komplikationen/Ko-Morbiditäten)
- ...

Offene Fragen/Punkte

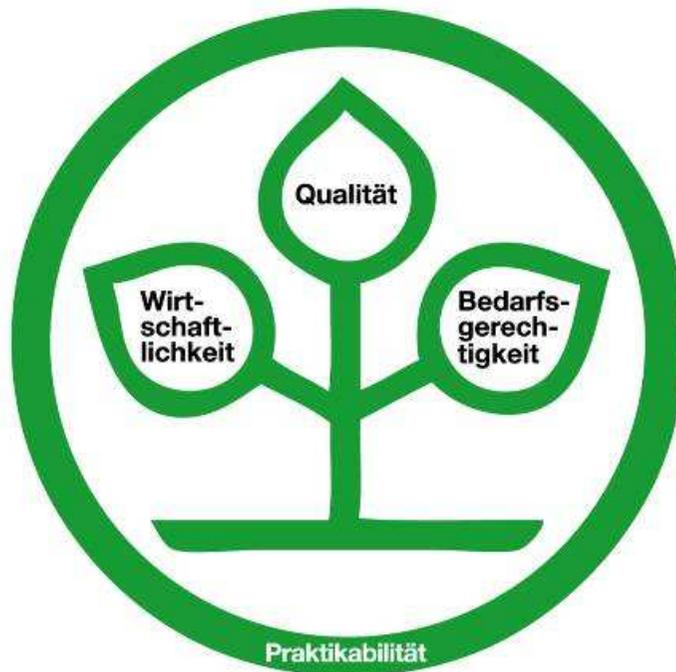
- Unterscheidung zum Interventionsprofil für Basisgruppe: Welche nachhaltig wirksamen Maßnahmen zur Verbesserung der Therapietreue und intensivierten Betreuung sind denkbar?
- Gruppe sehr wenig trennscharf und groß: Sollen tatsächlich alle Versicherten mit hohem Blutdruck und Folgeerkrankungen als "Hochrisiko" klassifiziert werden?
- Wer arbeitet individuelle Therapien aus, und an welchen Kriterien kann Erfolg gemessen werden?



... weil die Erfahrungen mit den laufenden Programmen zeigen, dass

- ▶ eine **Verbesserung Versorgungsqualität** möglich ist (optimierte Behandlungsprozesse, verbesserte medizinische Parameter, Minderung von Komplikationen und Folgeerkrankungen)
- ▶ Versorgungsprogramme durch **gesteigerte Wirtschaftlichkeit** (z. B. durch Senkung der Krankenhausausgaben) refinanziert werden können
- ▶ eine **hohe Akzeptanz** bei teilnehmenden Versicherten und Leistungserbringern (verbesserter Zugang zum richtigen Arzt, zur richtigen Therapie und Diagnose) erzielt wird
- ▶ **Probleme** hinsichtlich Verwaltungsaufwand, Kommunikation, Netzwerkbildung, IT-Unterstützung, gesetzlicher Rahmenbedingungen, ... durch **abgestimmtes Handeln der Beteiligten** minimiert/gelöst werden können





**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit
Ihre Fragen beantworte ich gern.**

Dr. Gudrun Mowinski

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

gudrun.mowinski@plus.aok.de