



Wie geht Deutschland den Weg der Qualitätsverbesserung?

Stoos, 18. Juni 2010

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher,
Vorsitzender des Vorstandes der DAK – Unternehmen Leben

Zunächst

„Wenn Ökonomen und andere Akteure in der Gesundheitspolitik in ihre normative Art verfallen – wenn sie vorgeben, wissenschaftliche Methoden anzuwenden um vorzuschlagen, was getan werden muss und was effizient ist, sollte in Ihrem Kopf eine Alarmsirene losgehen.“

Uwe E. Reinhardt,
US-amerikanischer Gesundheitsökonom

AGENDA

- 1 Qualität und Effizienz in Gesundheitssystemen
- 2 Wie die DAK die Integrierte Versorgung ausbaut
- 3 Bedeutung des Morbi-RSA für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland

Gründe:

- ➔ technischer Fortschritt
- ➔ demografische Entwicklung
- ➔ Einnahmeschwäche
- ➔ Verfügbarkeit der Ressourcen



keine „Effizienz-“, sondern
Bedarfskriterien“ bzw.
„Finanzierungs-
restriktionen“

„Effizienz“ wäre die „objektive Dynamik“
vom Vermeidbaren,
Unwirksamen, Unnötigen zu
unterscheiden.

Kosten

direkte Kosten

Intervention

z.B. Medikamente
Behandlung/Operation

Folgekosten

z.B. amb. Nachbehandlung
Hilfsm./Heilm.

Organisationskosten (nicht medizinisch)

z.B. Fahrten etc.

indirekte Kosten

Produktivitätsverlust

z.B. AU

intangible Kosten

z.B. Schmerz, Lebensqualität

KOSTEN

NUTZEN

schlechter
aber
billiger*

besser
und
billiger

schlechter
und
teurer

besser
aber
teurer*

Kosten -/.

Nutzen -/.

Nutzen +

Kosten +

Nutzen

Studientypen

Kosten-Wirksamkeit (CEA)

-Kosten/Effektivitätsstudie
z.B. Verbesserung
v. Zielwerten (z.B. Laborwerte)

Kosten-Nutzwertstudien (CUA)

z.B. qualitätsadjustierte
Lebensjahre
(QUALYS)

Kosten-Minimierungs- studie

(nur bei gleichem Nutzen)

Kosten/Nutzen-Analyse (CBA)

monetäre Bewertung
des outcomes

1

Qualität und Effizienz in Gesundheitssystemen

Voraussetzung für Qualitätssteigerung ist deren
Messung mit den richtigen Instrumenten.....

....und die jeweils richtige Fragestellung!

Frage	Instrument
ist eine Leistung wirksam	Studie RCT
ist eine Leistung unter Alltagsbedingungen wirksam	Evaluation / Versorgungsforschung
ist eine Leistung effizient	gesundheitsökonomische Evaluation
ist medizinische/organisatorische Setting geeignet	Versorgungsforschung/Systemforschung

Beispiel Kinderonkologie

*„Überleben:
Bezogen auf diesen
wichtigen Endpunkt ist
Versorgung im
internationalen
Vergleich sehr gut.
In letzten 2 bis 3
Jahrzehnten
hat sich Überlebens-
wahrscheinlichkeit
(Overall Survival)
aller krebskranken Kinder
in Deutschland
verbessert“¹*

**Wie
kam
es
zu
diesem
Erfolg?^{1,2}**

Behandlung überwiegend im Rahmen
von Studien mit Ziel
Therapieoptimierung,

Dokumentation im Rahmen
Studien/Kinderkrebsregister
(ab 1.1.1980) ermöglicht objektive
Ermittlung Ergebnisqualität

Regelmäßiger Informationsaustausch
zwischen Kinderkrebsregister und
Studienleitung

Diagnostik, Behandlung und Nachsorge
in spezialisierten Zentren

Hohe Motivation aller Beteiligten,
Bereitschaft zur
Kooperation, langfristiges
Engagement der Studienleiter oft
über Jahrzehnte

Stationäre Versorgung

- Externe Qualitätssicherung BQS / AQUA
- Zertifizierung nach KTQ / ISO
- Qualitätsberichte
- Transparenz durch DRG

ambulante Versorgung

- QM-Systeme in Praxen z.B. EPA, QEP
- Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen - AQUIK®
- Ärztelisten / „Weisse Liste“ / etc.

Patientenportale

- Arztbewertungsportale
- Klinikbewertungsportale
- Selbsthilfegruppen
- IQWiG - Gesundheitsinformationen

Wie die DAK Integrierte Versorgung ausbaut Kundenbedürfnisse erkennen...

80 % „gesunde“ Kunden

- Kein Interesse an speziellem Leistungsangebot !

- Image / Marke

- Ggf. Internet- oder Lifestyleangebote

20 % „erkrankte“ Kunden

- Verzehren mind. 80% der Leistungen !

- Hohes Interesse an dichter, wohnortnaher Versorgung

- Forderung nach Lotse im Gesundheitssystem (Arzt oder Kasse)

Wie die DAK Integrierte Versorgung ausbaut

Orientierung der DAK erfolgt mittels stabilen Wertekanons

Philosophie der DAK, basierend auf GMG/WSG

Versorgungsformen	§ 73 b	Hausarztzentrierte Versorgung
	§ 73 c	besondere ambulante ärztl. Versorgung
	§ 95	Mediz. Versorgungszentren
	§ 116 a	amb. Behandlung durch Krankenhaus
	§ 116 b, Abs. 2	ambulante Erbringung hochspez. Leistungen KrHs.
	§ 137 f	DMP Programme
	§ 140 a-d	Integrierte Versorgung

Innovationsförderung

- Vernetzung Ambulant / Stationär / Rehabilitation
- Gezielter Einsatz fortschrittlicher Technologien und Methoden
- Optimierung der Strukturqualität



Qualitätssteigerung

- Leitlinienorientierung
- Klar definierte Ergebnisverantwortung

Patientengerechte Versorgung und Kundenorientierung

- Inhaltliche Konsistenz "Behandlung aus einem Guss"
- Prozessbeschleunigung / Ablaufoptimierung
- Bessere Therapie für verbreitete Krankheitsbilder

Wie die DAK Integrierte Versorgung ausbaut

Umsetzung neuer Versorgungs- und Kooperationsformen: am besten mittels Selektivvertrag umgesetzt

Bedarf



SELEKTIVNACHFRAGE

- Kundenorientiert
- Zielgruppenspezifisch
- Sektorenübergreifend
- Prozessoptimiert
- Qualitätsgesichert
- Evidenzbasiert
- Lösungsorientiert

- Gemeinsam und einheitlich
- Leistungserbringerorientiert
- Sektorenspezifisch
- Unstrukturiert
- Quantitätsorientiert
- Ungeprüft
- Strukturkonservativ

KOLLEKTIVNACHFRAGE

Zeit



Entwicklung IV in letzten 5 Jahren

- **1. Generation:** Einfache **Komplexpauschalen** (Krankenhaus/Reha)
- **2. Generation:** Umfassende **endpunktorientierte Versorgung** einer Indikation, z.B. "**Herz im Takt**"
- **3. Generation:** **Populationsmodelle**, z.B. "prosper" in drei Bundesländern



Erprobung **unterschiedlicher Versorgungsansätze bei gleicher Indikation mit kleinen Fallzahlen und geringem Risiko**

Marktbereinigung **bei Ansätzen, die sich nicht bewähren**

Bundesweites Ausrollen **erfolgreicher Konzepte**

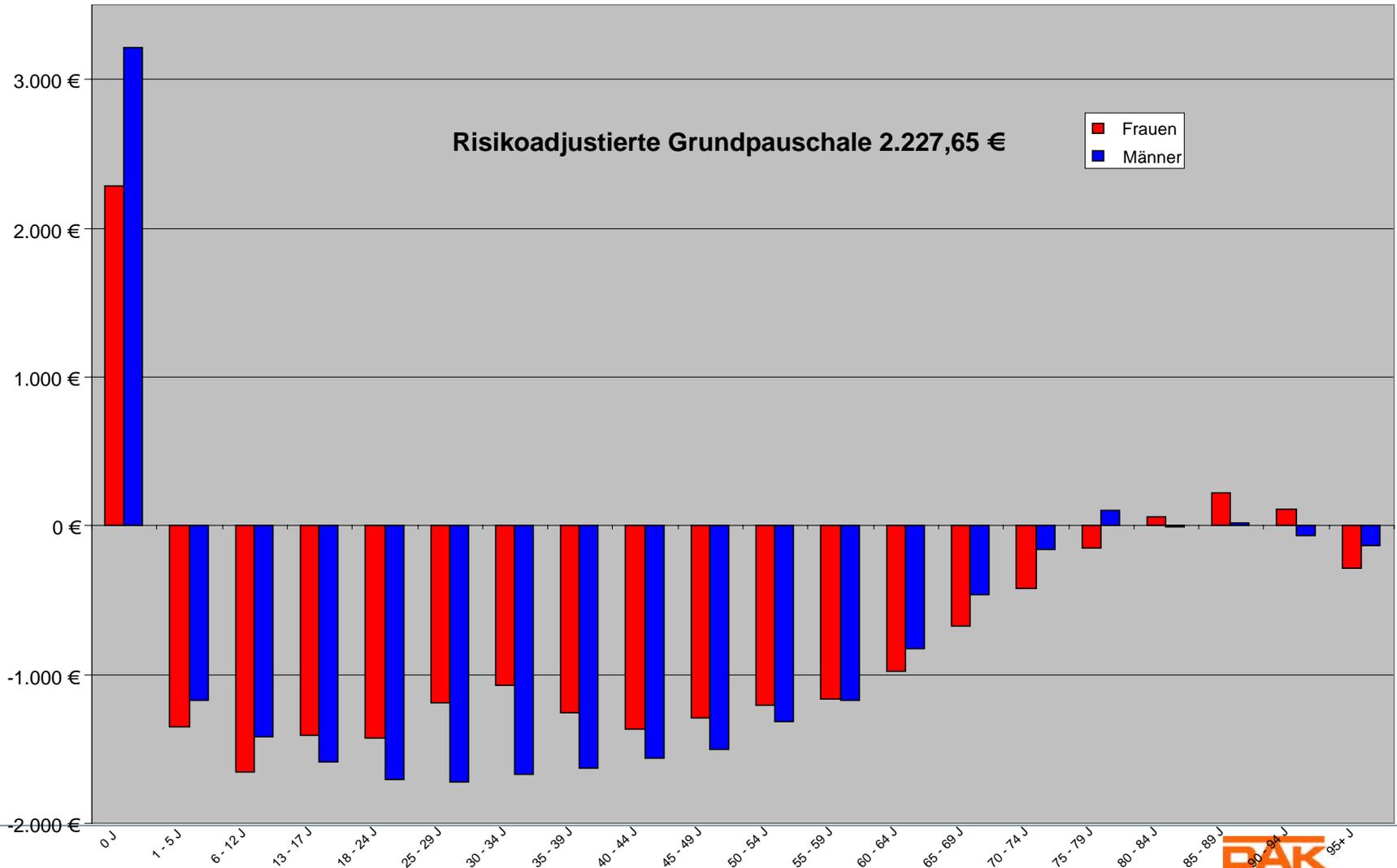
HEMMNISSE

- Unterschätzung der **Transaktionskosten**
- Fehleinschätzung des Zeit-/Ressourcenbedarfs für die **Evaluation**
- Wegfall der **Anschubfinanzierung**

Risikostrukturausgleich integraler Bestandteil

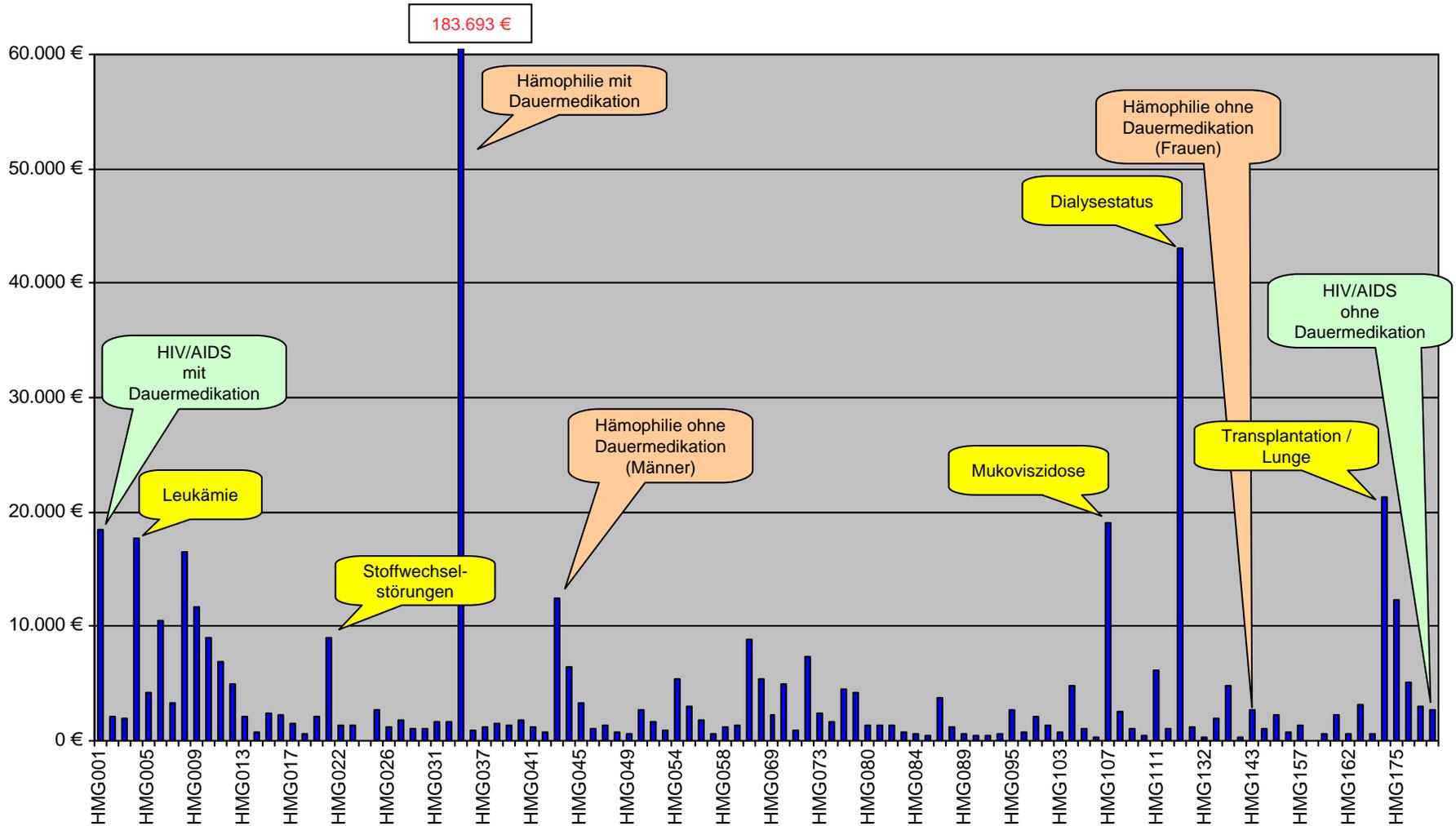
Ausgleich der unterschiedlichen Risiken der Versicherten, wie
Alter, Geschlecht,
Erwerbsminderung
und **neu:**
Morbidity

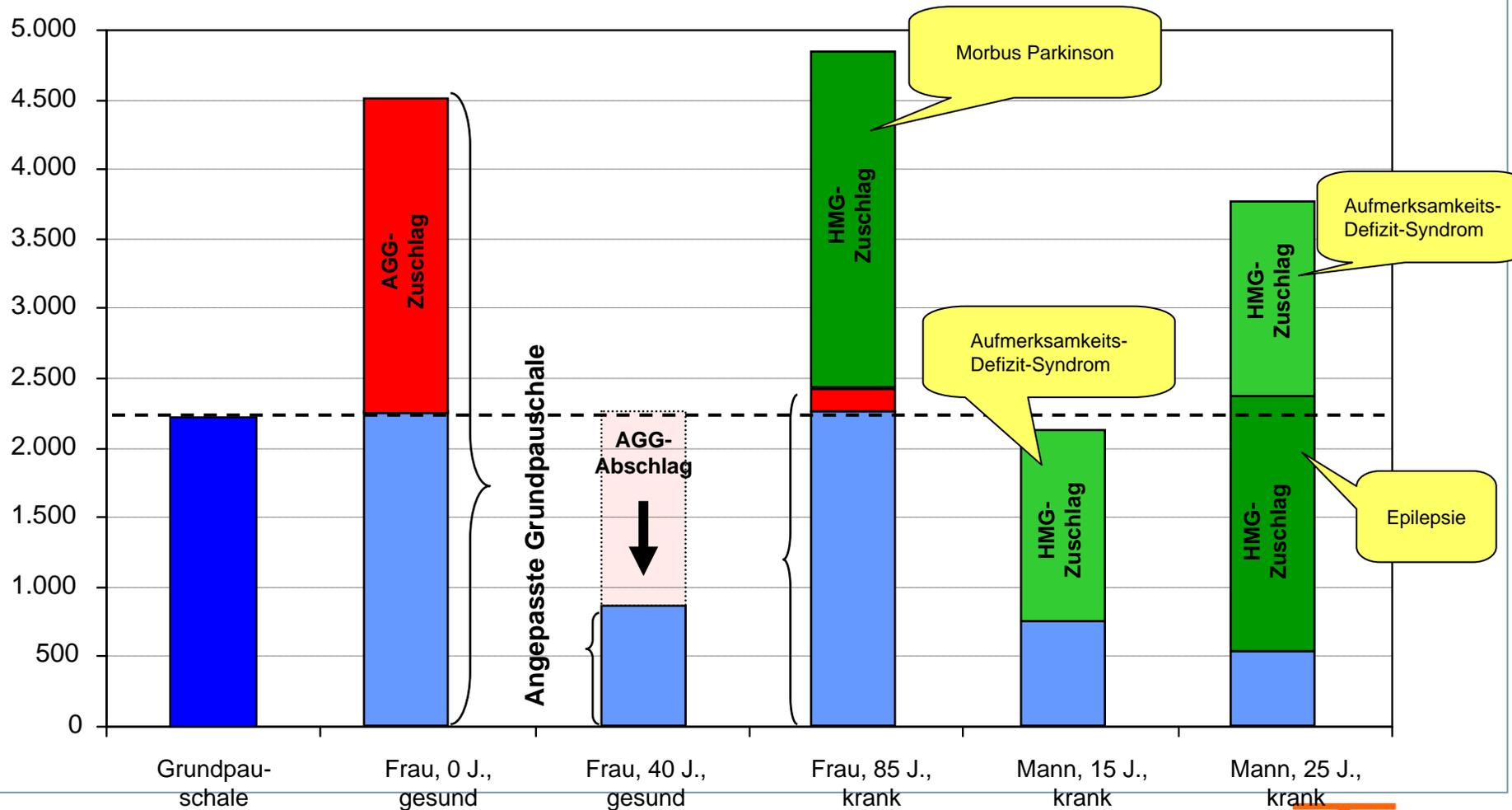
Versichertenklassifikation
anhand von 50 – 80
Krankheiten mit
schwerwiegendem Verlauf
bzw. kostenintensiv
chronisch



Bedeutung des Morbi-RSA für die GKV

Risikoadjustierung durch Morbiditätszuschläge





Zuweisung

Kosten*

Verfahren

**Hierarchisierte
Morbiditätsgruppe
HMG130**

Dialysestatus

48.966,5904 €

**Höhe der standardisierten
Leistungsausgaben aller am
Ausgleich beteiligten
Krankenkassen pro Jahr**

**Intermittierende Peritonealdialyse
über 50.000 €/Jahr**

**Hämodialyse als Zentrumsdialyse
ca. 40.000 €/Jahr**

**Hämodialyse als Heimdialyse
ca. 38.000 €/Jahr**

**Peritonealdialyse als Heimdialyse
ca. 35.000 €/Jahr**

*ohne Krankenhausbehandlung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit