



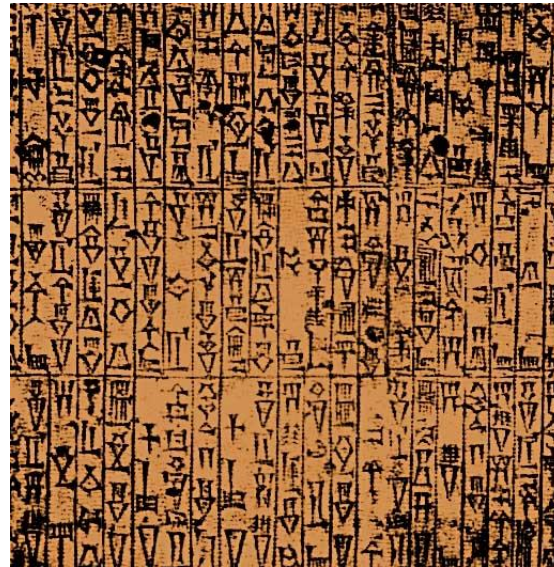
Selbstverwaltung sichert Qualität – Die Sicht einer großen Krankenkasse

20. vdek-Symposium, Magdeburg 27.10.2016

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher | Vorstandsvorsitzender

DAK
Gesundheit

WAS IST DAS?



DIE ERSTE QUALITÄTSSICHERUNGSREGEL DER GESCHICHTE



Codex Hammurapi
(Stele heute im Louvre in Paris)

Herausforderung der Qualitätssicherung

- Qualitätsindikatoren
- Messmethoden
- Risikoadjustierung

Aktuelle Einflussmöglichkeiten der GKV auf Qualität

- **Strukturanforderungen im Rahmen der Kalkulation**



- **GBA, z.B. Mindestmengen**



- **Transparenz**



- **Qualitätsinstitute**



Zukünftig
IQTIG

- **Regress, Schadenersatz Unterstützung von Patienten**

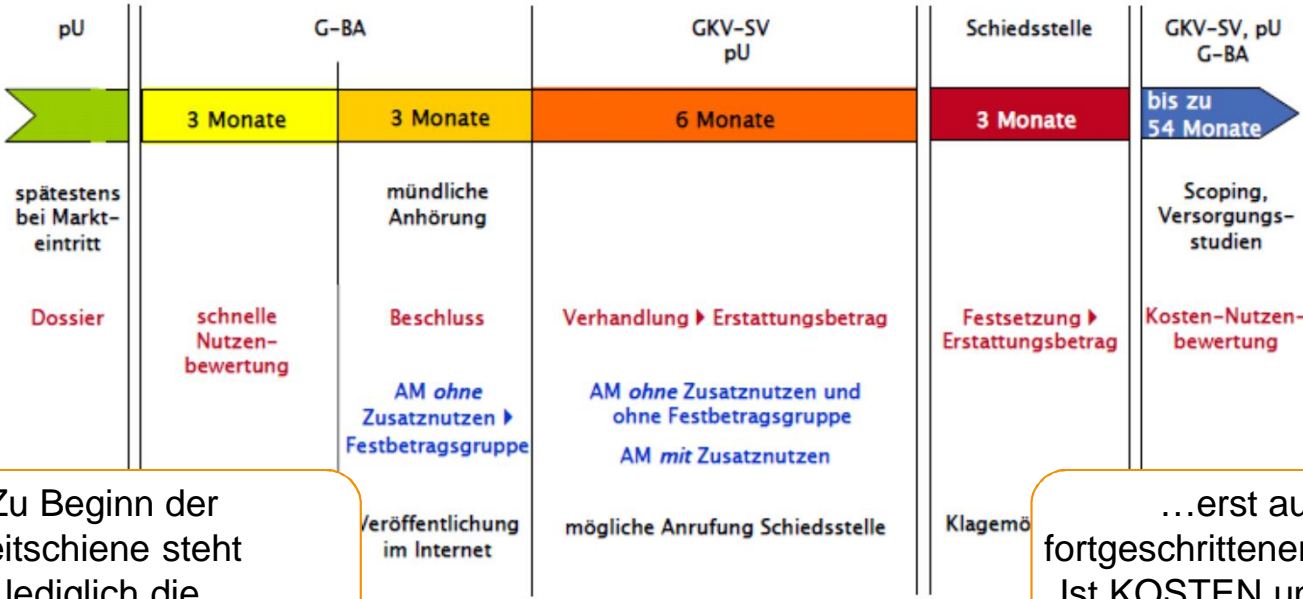


- **Selektivverträge**



- Zertifizierte Partner
- Garantieleistungen
- Qualitätsparameter

Das AMNOG: Qualität durch frühe Nutzenbewertung



Zu Beginn der Zeitschiene steht lediglich die NUTZEN-Bewertung...

...erst auf weit fortgeschrittener Zeitschiene ist KOSTEN und NUTZEN bewertbar

Veränderung der Bedarfe und Strukturen

Medizinischer Bedarf...



- Älter werdende Gesellschaft
- Zunahme chronischer Erkrankungen

und Markttrends...



- Zunehmende Spezialisierung in der Medizin
- Zunahme der Schnittstellen in der Versorgung

werfen Fragen auf.



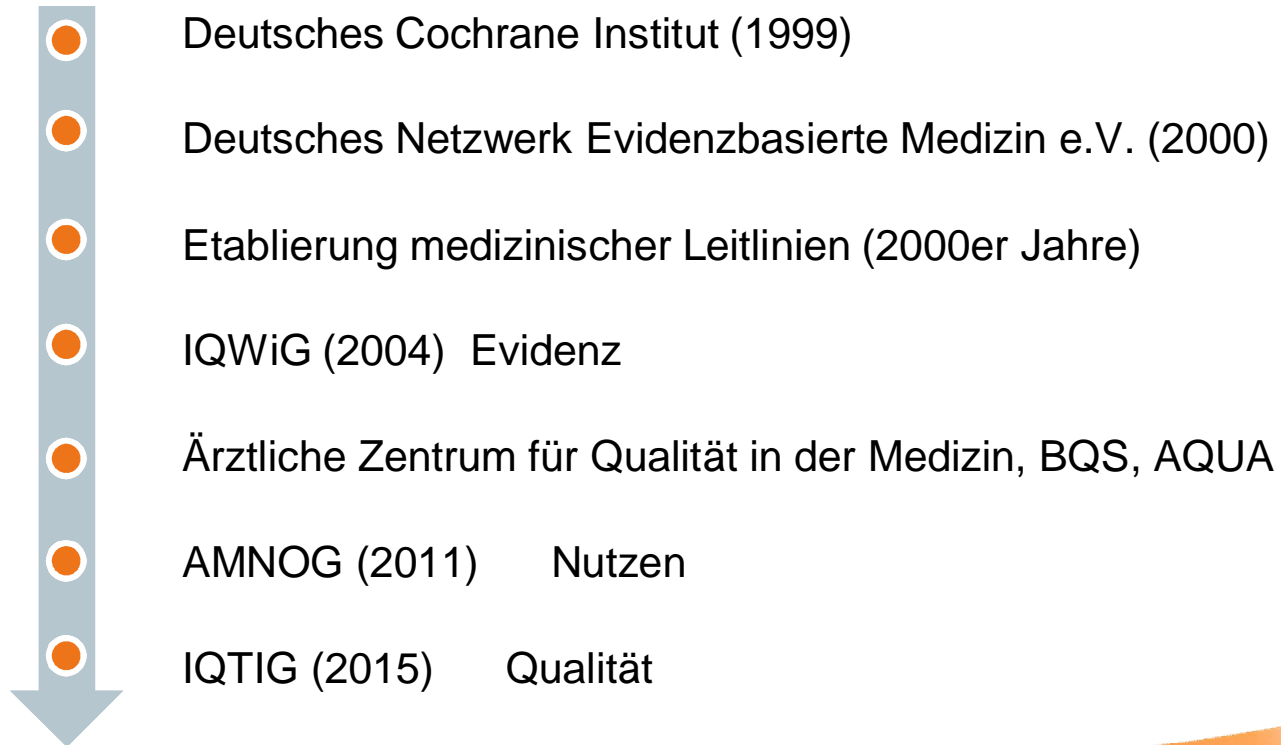
- Adäquate Versorgungsangebote und -modelle (auch für Betriebe)
- Koordination der Versorgung



Forschungsbasierte Versorgung ein Umsetzungskonzept

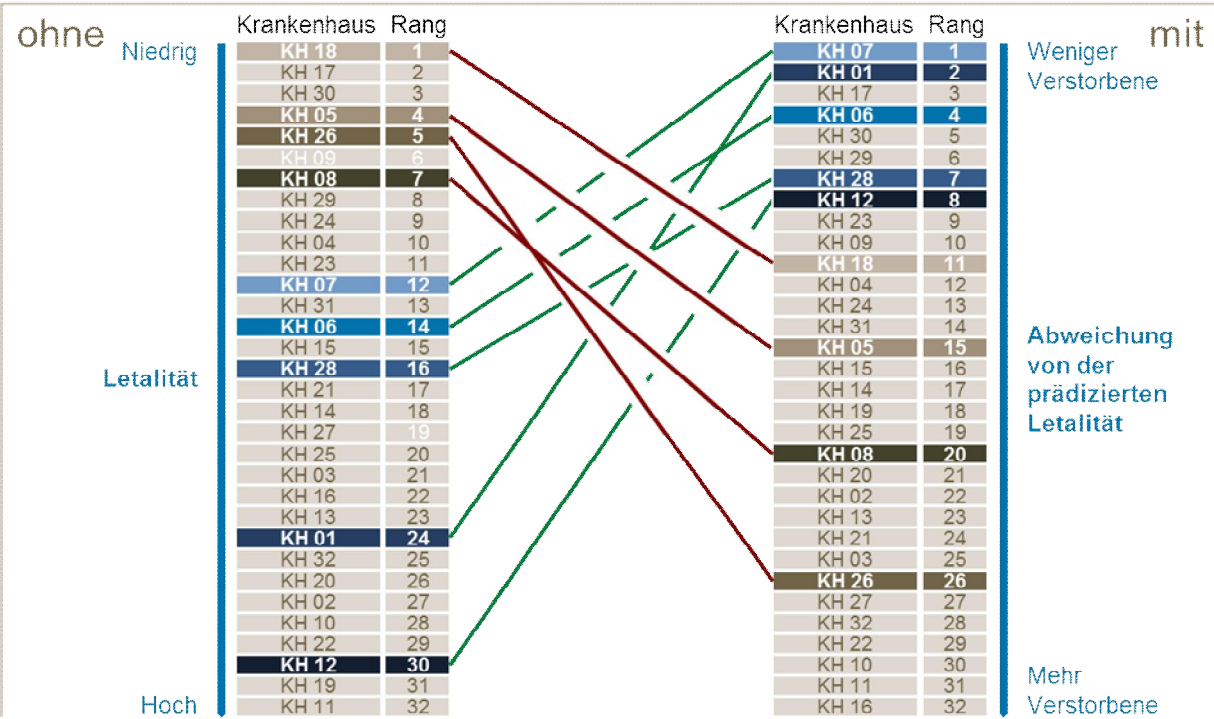
- 1. Erkenntnis:** Grundlagenforschung
- 2. Wirksamkeit:** Zulassung von Leistungen (Evidenz) -klinische Studien und ihre Grenzen-
- 3. Nutzen:** Für Patienten durch patientenrelevante Endpunkte
- 4. Versorgung:** Versorgungsforschung als notwendige Ergänzung
- 5. Gestaltung:** Allokationsentscheidungen durch selektive Versorgungsmodelle
- 6. Optimierung:** Koordination, Kooperation, Kommunikation durch Versorgungsmanagement
- 7. Messung:** Evaluation komplexer Interventionen

Von der Eminenz- zur Evidenzbasierung

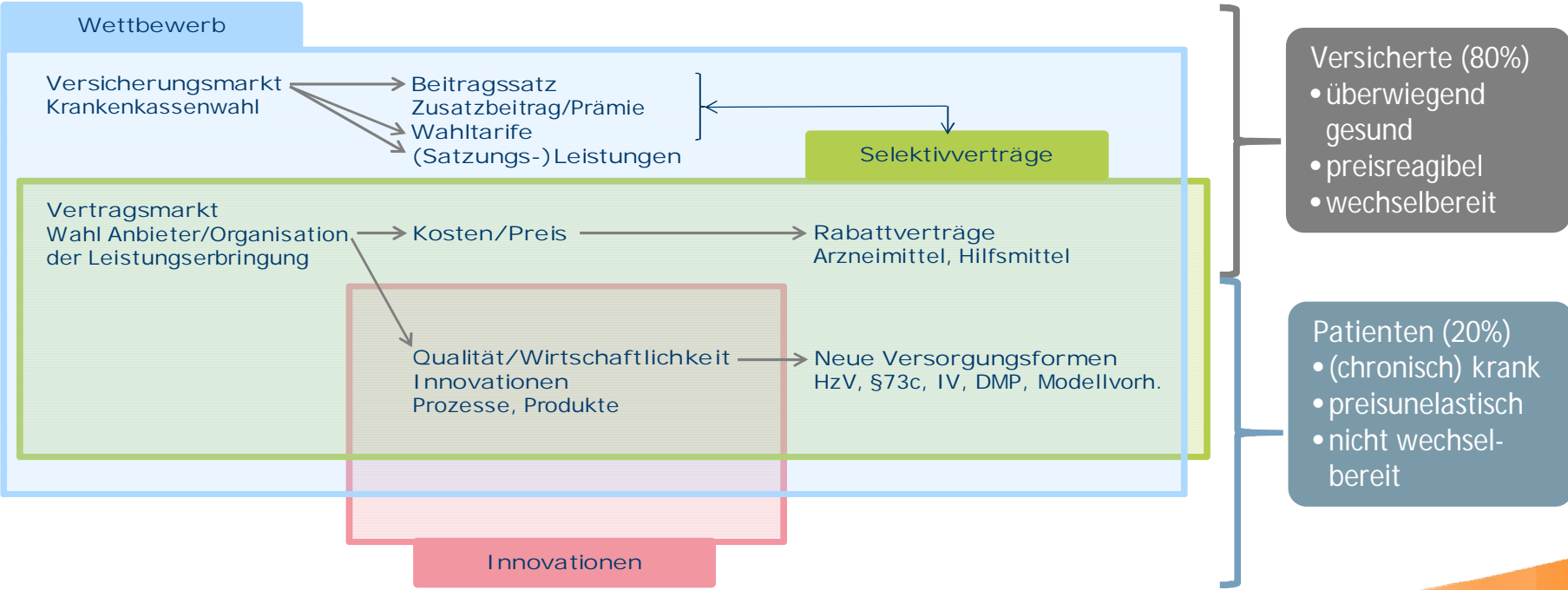


Fehlende Risikoadjustierung bietet Fehlinterpretationspotential

Bewertung ohne und mit Risikoadjustierung (Beispiel)



Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb

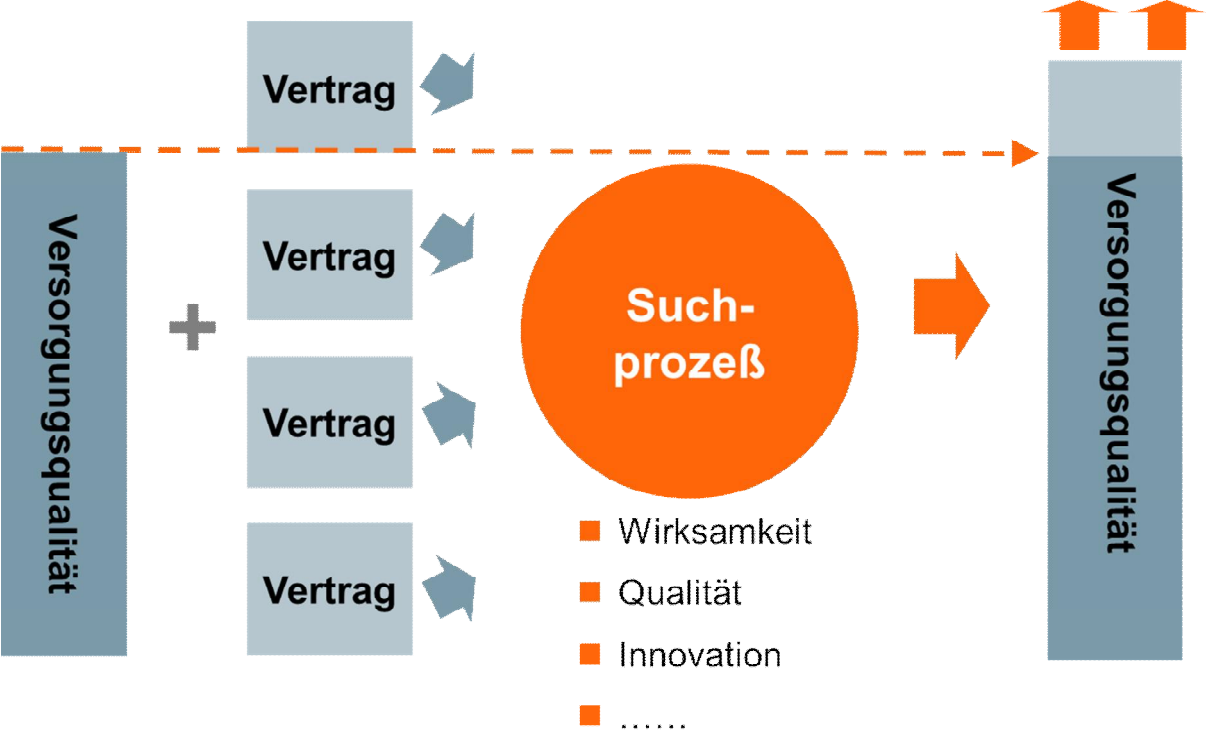


Ziele der Wettbewerbsordnung

- Orientierung des Leistungsangebotes an den Präferenzen der Versicherten,
- Lenkung der Gesundheitsleistungen zum Bedarf
- Effektive Zielerreichung durch Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes d.h. durch Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität
- Effiziente Leistungserstellung durch optimale bzw. kostengünstige Produktion
- Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung der Produktionsfaktoren
- Förderung von Produkt- und Prozessinnovationen, vornehmlich im Zuge von dezentralen Suchprozessen
- Einräumung eines möglichst weiten Spektrums von Handlungs- und Wahlfreiheiten für alle an der gesundheitlichen Leistungserstellung Beteiligten und von ihr Betroffenen
- Vorbeugung gegen monopolistischen Marktmissbrauch durch staatliche Instanzen, Krankenkassen und Leistungserbringer

Quelle: nach SVR

Selektive Verträge sind der organisierte Suchprozess zur Versorgungsoptimierung



Haben wir das methodische Rüstzeug?

Leistungsdefinition	<ul style="list-style-type: none">■ Hohe Varianz in den DRG-Leistungen■ Fallaufkommen nicht zufällig verteilt■ Notfälle nicht kontrahierbar
Qualitätsmessung	<ul style="list-style-type: none">■ Indikationsbezogen■ Risikoadjustiert
Komplexität Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none">■ Breites Spektrum pro Krankenhaus■ Überweisung einzelleistungsbezogen■ Pro Kasse andere Leistungserbringer
Akzeptanz der Beteiligten	<ul style="list-style-type: none">■ Ärzte müssten Anbieterwahl tolerieren■ Patienten haben eigene Präferenzen
Vergaberecht	<ul style="list-style-type: none">■ Bereits heute ausschreibungspflichtig■ Ggfs. verschärft durch GWB-Recht■ Ausschreibungen provozieren Preiswettbewerb

Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb

■ Ziel

- Selektivverträge als Suchprozess für bessere Versorgung
- Benchmark für Kollektivverträge

■ Rahmenvorgaben notwendig

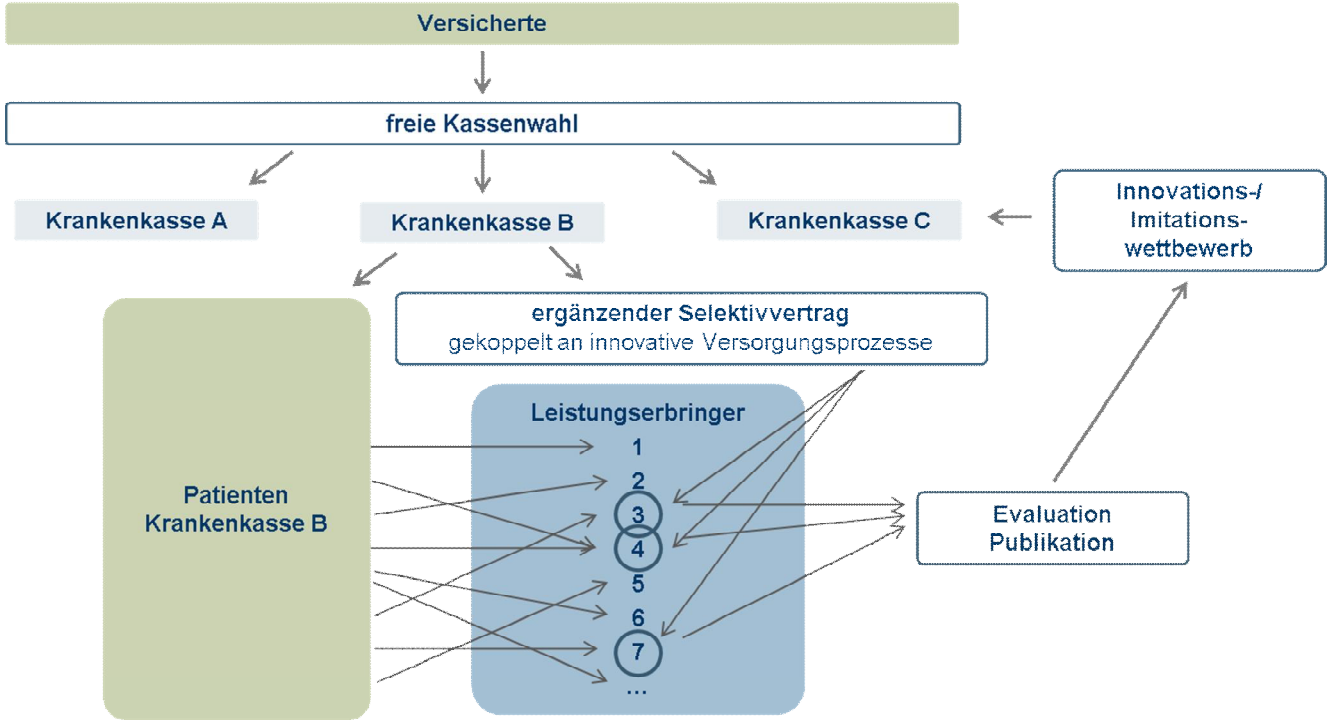
- Populations- und indikationsbezogene sowie sektorübergreifende Verträge
- Festlegung des Projektdesigns vor Vertragsschluss
- Evaluation nach gängigen wissenschaftlichen Kriterien
- Veröffentlichungspflicht nach Evaluationsablauf



■ Wirkung

- Zusätzliche Wahlmöglichkeiten für Patienten zwischen Regelversorgung und innovativen Behandlungsformen
- Verbesserungsdruck auf Kollektivverträge → Stachelfunktion der Selektivverträge
- Lernendes System: Nachahmung von Erfolgen und Vermeidung von Fehlern
- Bei Erfolg → Übergang von Innovationen in die Regelversorgung

Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb



Hemmnisse im Status Quo

- Gesetzgeberisches „Roll back“
 - Hausarztzentrierte Versorgung
 - Zentrale Vorgaben Gebührenordnung
 - ASV
 - Innovationsfonds u.v.m.
- Finanzanreize versus Versorgungsanreize
- Akzeptanzprobleme bei partieller Ungleichheit
 - bei Versicherten
 - bei Politik
 - bei Leistungserbringern aller Art
- Dominanz von Preiswettbewerb gegenüber Qualitäts- und Versorgungswettbewerb
- Mangelnde Transparenz / Evaluation / Nutzendiskussion



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

DAK
Gesundheit