

Leistungserbringer und Krankenkassen: Qualität als gemeinsames Ziel

Dr. Christoph Straub

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Vortrag am 14. Februar 2008 in Berlin

Winter-Symposium der Stiftung Praxissiegel e.V.

I. Was bedeutet "Qualität" für die TK?

Was bedeutet "Qualität" für die TK?

- Eine hochwertige, an der verfügbaren Evidenz orientierte Versorgung
- Eine verbesserte Abstimmung medizinischer Leistungen über integrierte Behandlungspfade
- Die Stärkung der Position der Patienten über die Förderung von Kompetenzen und Entscheidungsfähigkeit
- Die individuelle Betreuung der Versicherten über selektive Verträge mit Leistungserbringern
- Die Marke "TK" definierende Versorgungsangebote

Prioritäre Qualitätsziele aus Sicht der TK

- (Mehr) Transparenz über die Qualität der Versorgung
 - Veröffentlichung von aussagekräftigen, entscheidungsrelevanten Qualitätsdaten
 - Verständlichkeit für Versicherte und Patienten
- Höhere Patientensicherheit , Fehlervermeidung, Minimierung der Zahl vermeidbarer Schadens- & Todesfälle
- Mehr Beteiligung und Selbstbestimmung von Patienten:
 - Perspektive SDM – "Individuelle Qualitätsziele"
 - Methodisch seriöse Patientenbefragungen als fester Bestandteil des QM

II. Transparenz – warum?



Nutzung von Qualitätsdaten

- Patienten fragen zunehmend häufiger nach Qualitätsdaten. Sie nutzen sie aber selten, weil
 - sie sie nicht verstehen,
 - nicht anwenden können oder
 - ihnen nicht trauen. ...
- Die Nachfrage der Ärzte ist größer als die der Patienten, trotzdem nutzen auch sie Qualitätsdaten selten, weil
 - sie ihnen nicht trauen,
 - sie fehlerhaft interpretieren,
 - sie für überholt halten oder
 - kaum Wahlmöglichkeiten haben (H.K. Selbmann, Tübingen, 2007)

Aktuelle Nutzung von Qualitätsdaten bei chirurgischen Patienten in den USA

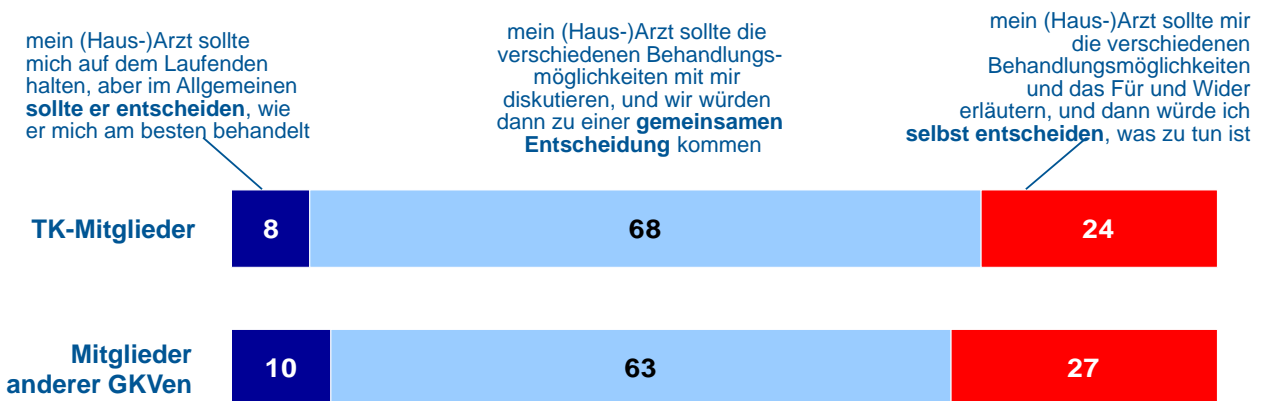
- Patienten mit Eingriffen wegen einem / einer ...
 - abdominalen Aortenaneurysma
 - Herzklappenersatz
 - Resektion von Blase, Lunge oder Magen
- gaben als Träger der Entscheidung für Ort und Operateur an ...
 - 31%: behandelnder Arzt als Entscheidungsträger
 - 42%: behandelnder Arzt und Patient entschieden gemeinsam
 - 22%: Patient entschied allein (Internet!)
 - 5%: Familienvotum war entscheidend

Wilson et al. (2007): Choosing where to have major surgery. Who makes the decision? Arch Surg 2007;142:242-6



Präferenzen TK-Versicherte bei Entscheidungen

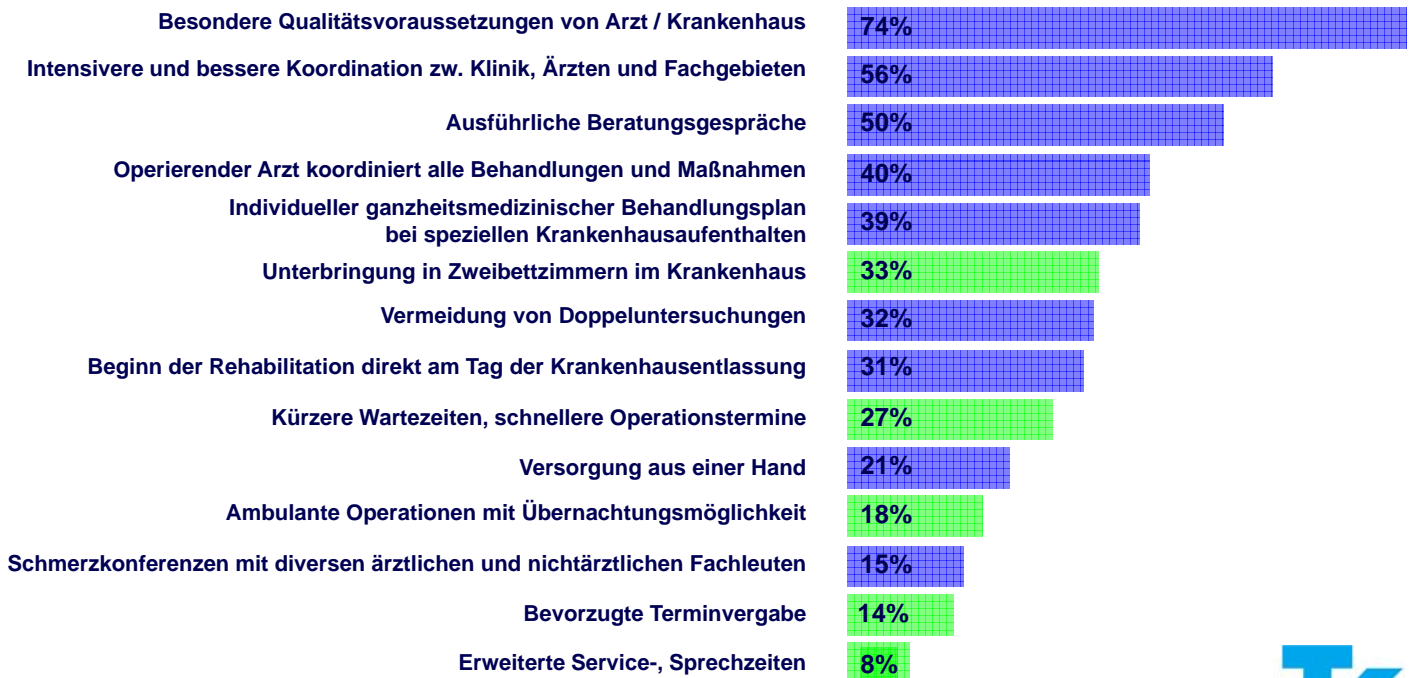
"Welcher der drei folgenden Aussagen stimmen Sie am ehesten zu?"



TK-Trendmonitor Gesundheit 2005
Angaben in Prozent; 1.002 TK-Mitglieder, 616 Mitglieder anderer GKV (B6)



Prioritäten der Versicherten: Qualität > Service



TK-Servicebarometer, TK-repräsentativ, n = 3.440 Fälle (Rücklauf 17%)

Zusammenfassend: Gründe für Qualitätstransparenz

- Systementwicklung bezüglich Leistungsrahmen und -zugang
- Selbststeuerung der Akteure, Förderung des internen QM
- Förderung der Qualitätsdarlegung über Zertifizierungen (durch unabhängige Institutionen), z.B. das Europäische Praxis Assessment als QM-System

III. Transparenz – Ist-Zustand

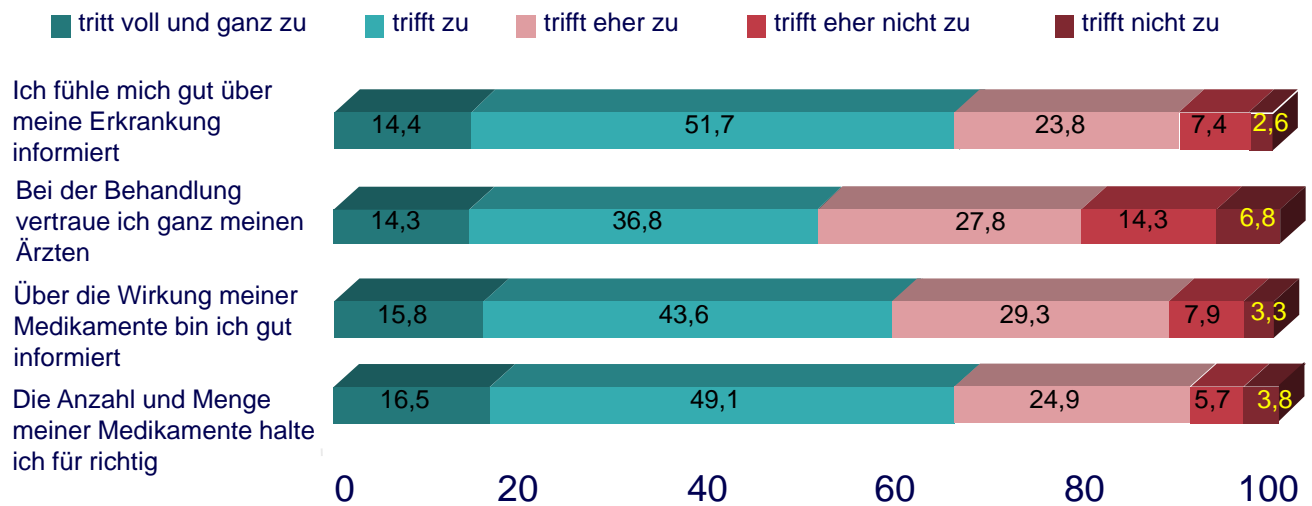


Folgen mangelnder Information / Q-Transparenz:

- Dramatische Erosion des Vertrauens in Ärzte und andere Leistungserbringer, Krankenkassen, in das Versorgungssystem insgesamt
- Höhere Krankheitslast und Kosten durch **non-compliantes Verhalten** von Patienten (i.S. der Nichtbefolgung von ärztlichen Anordnungen) von geschätzt 10 Mrd. € (ABDA 2003, SVR 2002)
- Verschwendung: 4000 Tonnen Medikamente im Wert von 4 Mrd. € landen auf deutschen Mülldeponien (BMGS 2004)

Beispiel: Information und Vertrauen

Ergebnisse einer Forsa-Umfrage im Auftrag der TK:



TK-Befragung von 4.000 TK-Versicherten Juli 2005, RLQ: 32.3%, Auswertungsbasis: 1.291 Rückläufer



Qualitätsberichte anno 2006: "Eine vertane Chance"

Quantitative Studie aller freiwillig veröffentlichten Qualitätsberichte zum Stichtag 31.12.2006:

- 4% der 2137 Akutkrankenhäuser hatten einen Qualitätsbericht veröffentlicht
- "Das Krankenhaus bleibt intransparent"
- "Ohnehin ist es schwierig, die PDF-Version des Qualitätsberichtes auf der jeweiligen Webseite zu finden"
- "Es entsteht der Eindruck, dass die Autoren ihre primäre Zielgruppe, nämlich Patienten und potenzielle Patienten, nicht im Blick hatten"

Kommunikationsagentur Kuhn, Kammann & Kuhn AG, Köln, DÄB 104(2007):34-35, C2027-8



Fazit

"Als Konsequenz scheint dringend mehr Transparenz über die Qualität der gesamten medizinischen Versorgung geboten, die möglichst von **unabhängigen** Institutionen hergestellt und mit **zielgruppenorientierten Verbreitungsstrategien** verfolgt werden sollte"

(M.Geraedts, Düsseldorf, 2006)

Geraedts in: Böcken et al, Gesundheitsmonitor 2006, 156



IV. Ausblick: Der qualitätsorientierte Wettbewerb

"Mache die Ergebnisse transparent und du erhältst einen Wettlauf der Systeme"

Reinhard Mohn

Qualitätsorientierter Wettbewerb - Grundsätze

- Zieladäquate Anreize + "Spielregeln" + Regulierungsinstanz
- Nicht nur: "Das Geld muß der Leistung folgen", sondern:
Das Geld muß der *nachweislich zieladäquaten* Leistung folgen
- "Nachweislich" = regelmäßige und valide Darlegung anhand aussagefähiger Indikatoren: "You manage what you measure"
- "Zieladäquat" = fachlich und / oder rechtlich vorgegeben bzw. vorab festzulegen (z.B. in Verträgen)
und, ganz wichtig:
- Eine deutliche Reduzierung der bürokratischen Gesamtlast

Elemente des qualitätsorientierten Wettbewerbs

- Eine transparente Darstellung der Qualitäts-Ergebnisse
- Innovative Versorgungsverträge, die die Versorgungsabläufe verbessern
- Bevorzugte Zusammenarbeit mit Leistungsanbietern, die ein effektives Qualitätsmanagement betreiben
- Soweit möglich: Erfolgsorientierte Honorierung ("outcome" statt "output")
- Eine Unterstützung der Patientensouveränität
- Offensive Information der Versicherten / Patienten über Leistungsanbieter mit hoher Qualitätswahrscheinlichkeit



Vielen Dank für Ihre

Aufmerksamkeit !