

Qualitäts- und Preiswettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung

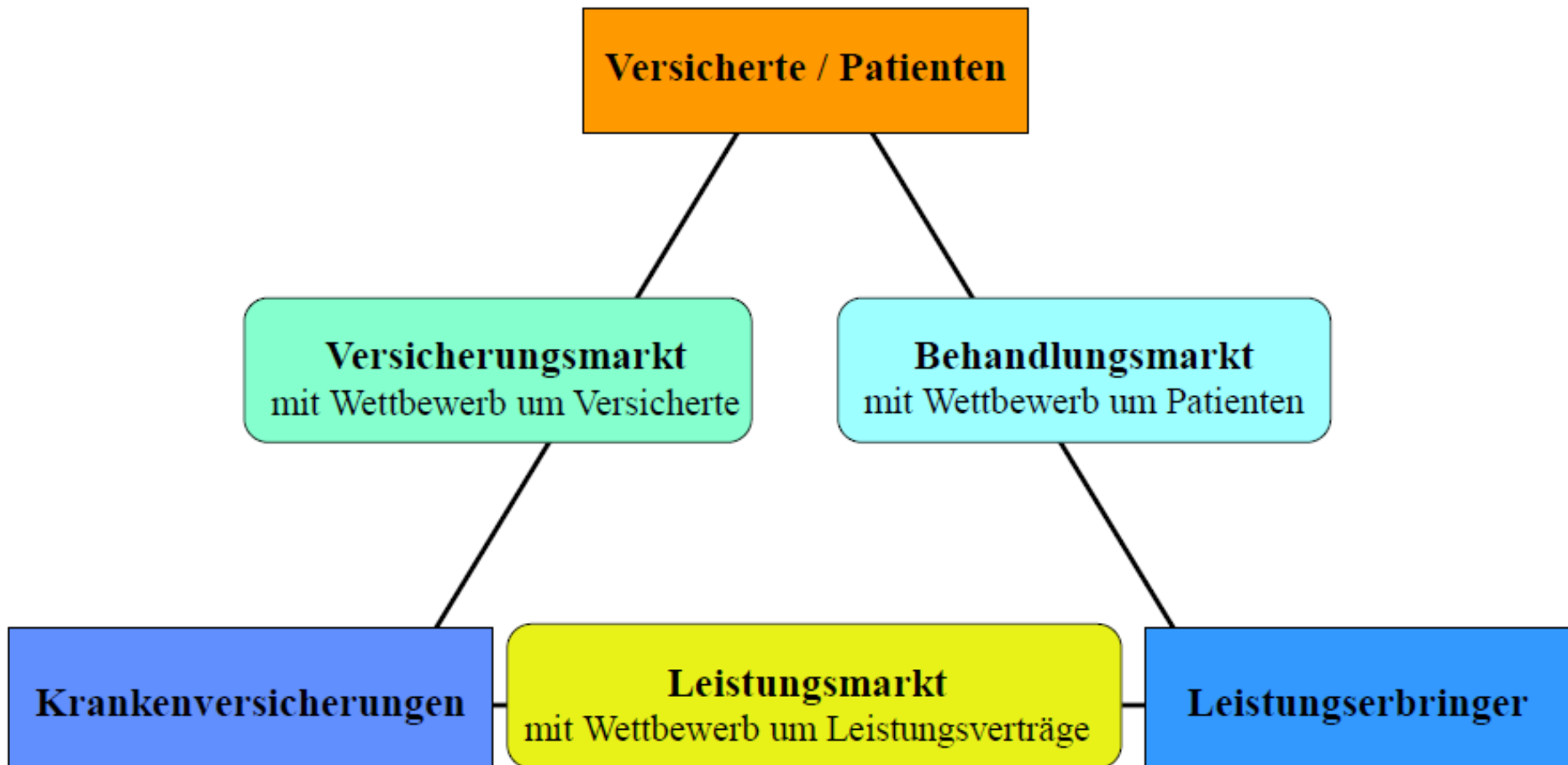
Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Gesundheitssymposium der Konrad-Adenauer-Stiftung

*„Qualitätsverbesserungen in der Gesundheitlichen Versorgung auf dem
Prüfstand“*

Schwerin, 20. November 2015

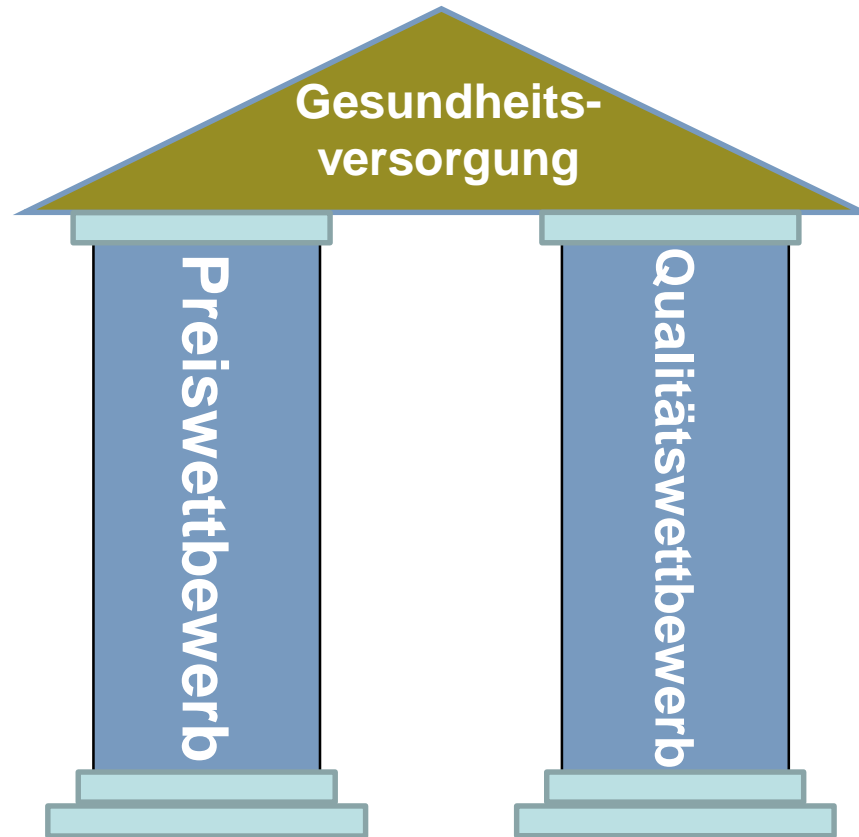
1. Ist Qualitätswettbewerb besser als Preiswettbewerb?
2. Qualität der Versorgungssteuerung
3. Kann man Qualität überhaupt messen?
4. Fazit



Quelle: Cassel et al. 2008

- Größtmögliche Effizienz des Faktoreinsatzes (Allokationsfunktion)
- Angebot gemäß den Konsumentenpräferenzen (Steuerungsfunktion)
- Förderung des technischen Fortschrittes (Innovationsfunktion)
- Schnelle Reaktion der Produktion bei Änderung der Rahmenbedingungen (Anpassungsfunktion)
- Leistungsgerechte Einkommensverteilung (Verteilungsfunktion)
- Begrenzung und Kontrolle wirtschaftlicher Macht (Kontrollfunktion)

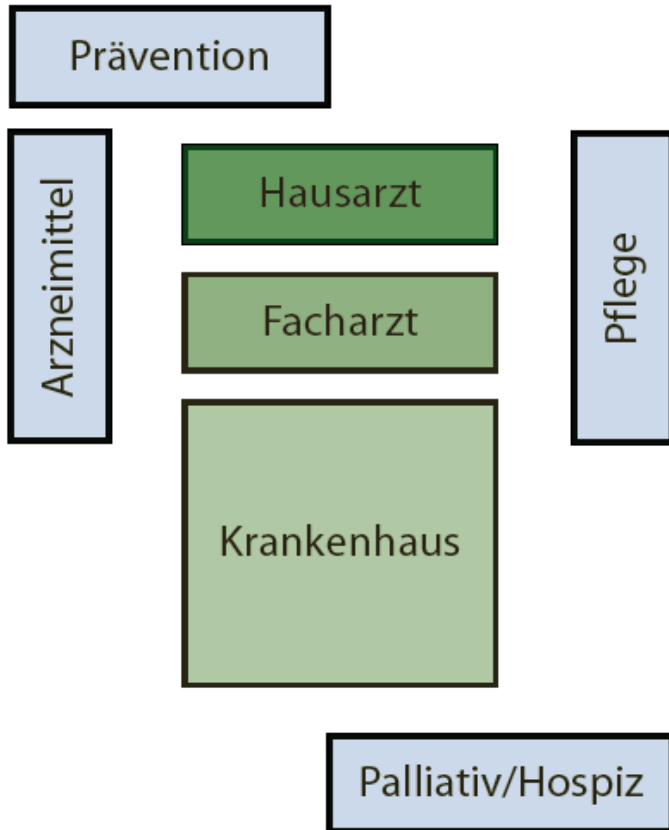
➤ **Ökonomische Funktionen des Wettbewerbs**



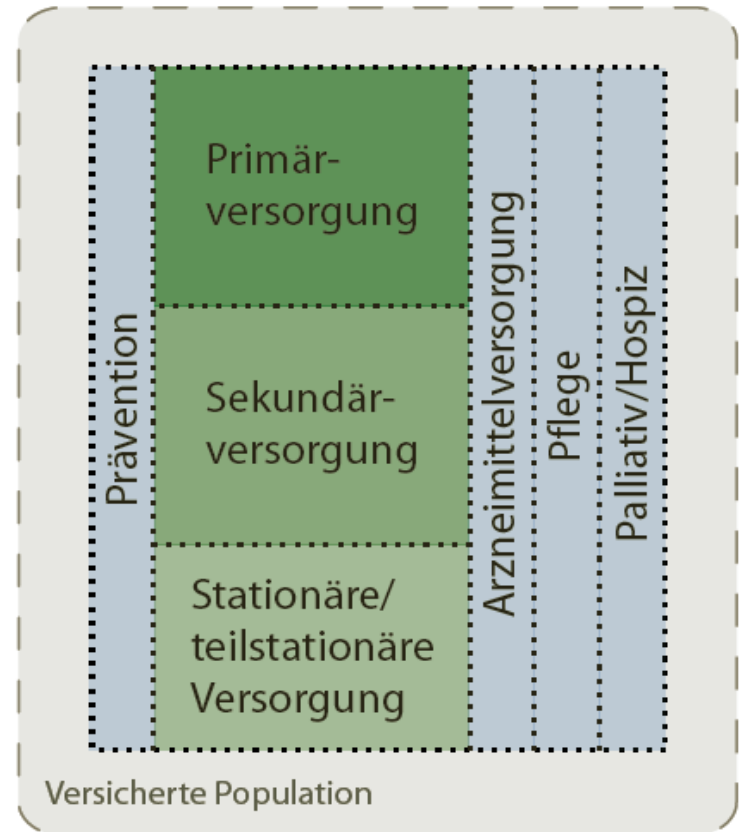
1. Ist Qualitätswettbewerb besser als Preiswettbewerb?
2. **Qualität der Versorgungssteuerung**
3. Kann man Qualität überhaupt messen?
4. Fazit

Von der sektoralen zur sektorenübergreifenden und populationsorientierten Versorgung

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend



SGA 2009

1. Ist Qualitätswettbewerb besser als Preiswettbewerb?
2. Qualität der Versorgungssteuerung
3. **Kann man Qualität überhaupt messen?**
4. Fazit

- **Strukturindikatoren**
(z.B. Öffnungszeiten, technische Ausstattung, Ausbildung des Personals)
- **Prozessindikatoren**
(z.B. Leitlinientreue)
- **Ergebnisindikatoren**
(z.B. Sterbefälle, Komplikationsraten)

- **Positive Ausprägungen von Struktur- und Prozessindikatoren sind *nicht* gleichbedeutend mit besserer Ergebnisqualität**
(z.B. moderne Klinikausstattung, kurze Wartezeiten, geringe Komplikationsraten *versus* Indikationsstellung).
- **Zurechenbarkeit:** Ausprägung von Ergebnisindikatoren wird nicht nur durch einzelnen Arzt / einzelne Klinik beeinflusst (u.a. andere Ärzte, andere Kliniken, Patient)

Qualitätsmanagement/-sicherung: Status quo

- **Stationär:** externe QS nach § 137a SGB V
 - + alle Krankenhäuser, transparent
 - auf Operationen fokussiert, bisher nicht zur „Selektion“ genutzt (weder Einweiser noch Patienten)
- **Ambulant:** einrichtungsübergreifende QS und Qualitätsmanagement in der Praxis nach § 135a SGB V
 - keine Transparenz, zu kleine Fallzahlen
 - + „Lernen von den Besten“ in (strukturierten) Qualitätszirkeln
- **Pflege:** Pflegenoten des MDK nach § 114 SGB XI
 - + transparent, zur Selektion genutzt
 - nur Stichprobenprüfung, Validitätsprobleme, hoher Dokumentationsaufwand

- Qualität als Kriterium bei der **Krankenhausplanung** eingeführt
- Entwicklung von **Qualitätsindikatoren** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
- Rechtssichere Ausgestaltung der **Mindestmengenregelung**
- **Qualitätszu- und -abschläge** für Leistungen
- Patientenfreundliche Gestaltung der **Krankenhaus-Qualitätsberichte**

- Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. (§137a SGB V)
- 4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
- 5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
- 6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie
- 7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

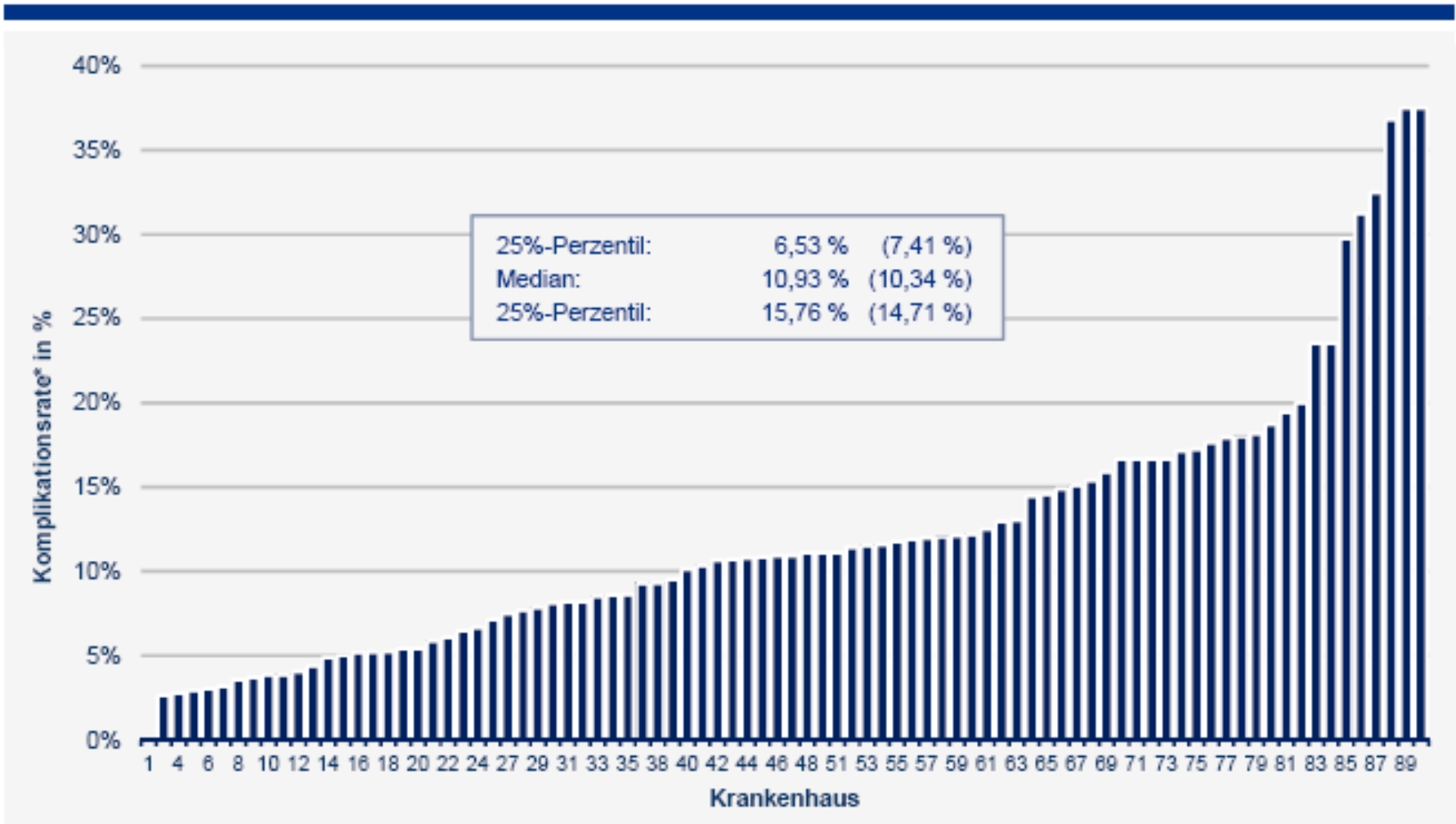
- Von 100 Knie-TEPs 2010 wurden 1,3 wegen Komplikationen **erneut operiert***. Um Qualitätsunterschiede (und nicht Zufallsverteilungen) zu erkennen, braucht ein Krankenhaus **mindestens 447 Knie-TEPs. Diese Fallzahl erreichen nur 2,5% aller Häuser.***
- Je geringer das Risiko, desto höher die statistisch erforderliche Mindestfallzahl: beim zentralen **Ergebnisindikator Sterblichkeit** erreichen **nur Herzoperationen ausreichende Fallzahlen****
- In der **niedergelassenen Praxis** sind die Fallzahlen für **Ergebnisindikatoren** nahezu generell **zu klein**.

* AQUA (2011): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung; Anhang 3

** AQUA (2011): Qualitätsreport 2010

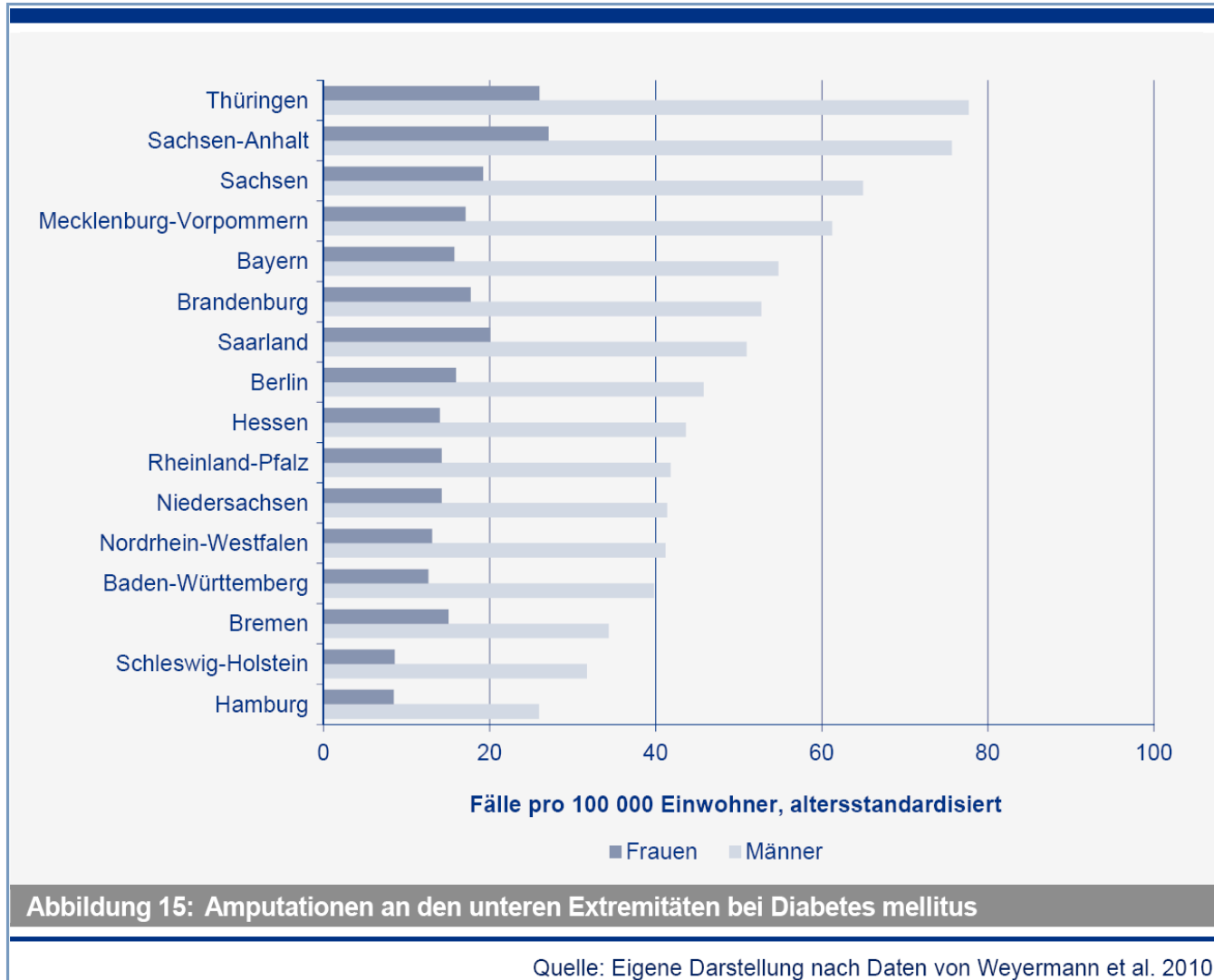
- **Alter**
- **Geschlecht**
- **Fallschwere**
- **In Zukunft: auch nach sozioökonomischem Status**
 - Individualbezug datenschutzrechtlich schwierig
 - Deprivationsindex: eventuell nach Postleitzahlen

Auswertungen der AOK (Wido) zur Behandlungsqualität (hier: Komplikationen nach Knie-TEP)



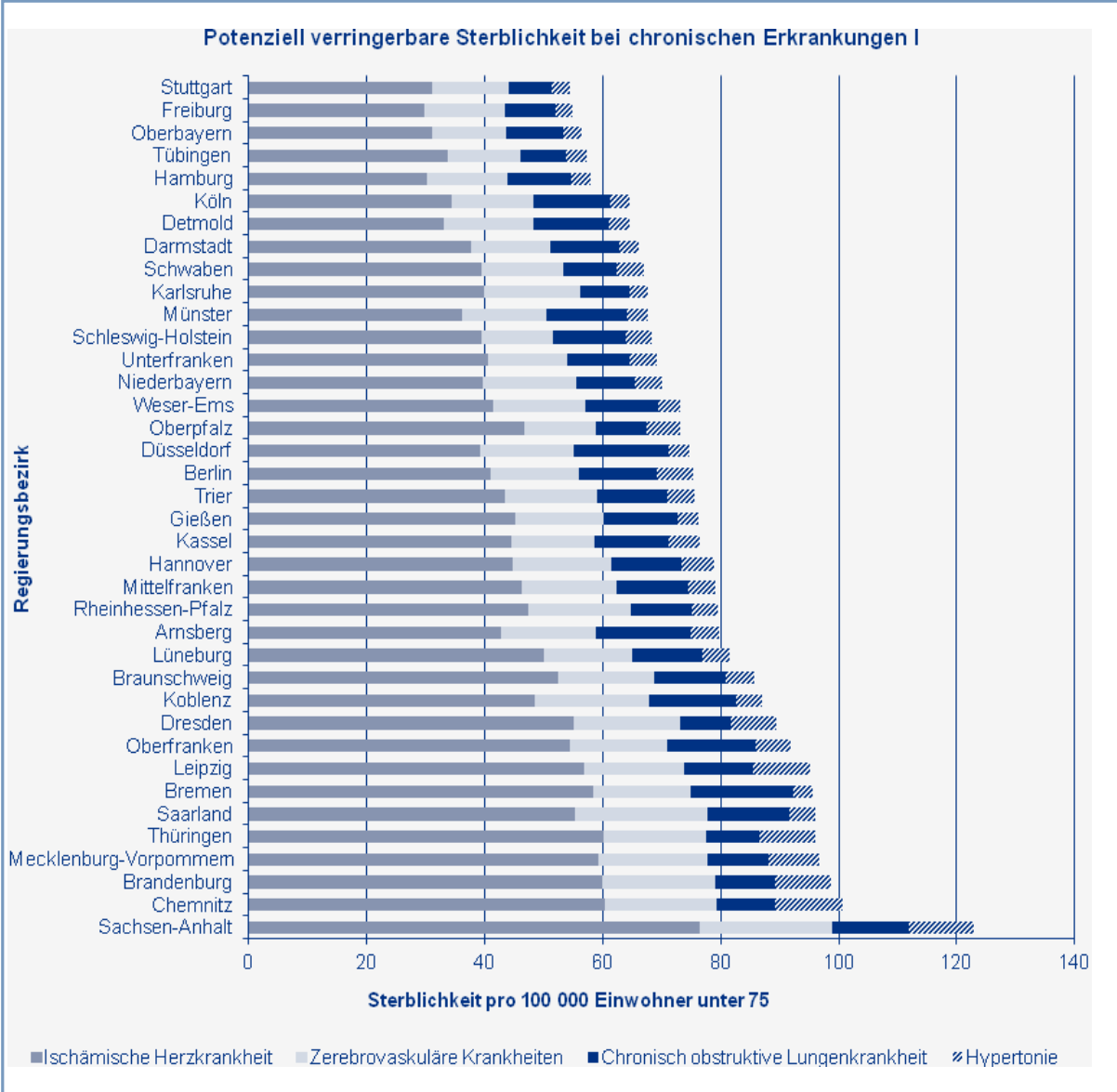
Quelle: SVR 2012

Beispiel für Regionenvergleich patientenrelevanter Endpunkte



Ursachen?
(Bundesländer)

Beispiel verringerbare Sterblichkeit



Ursachen:

- Kodierung?
- Sozioökon. Einflüsse?
- Versorgungsstruktur?

(Regierungsbezirke)

Quelle: eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2010

Fazit und Ausblick

- **Preis- und Qualitätswettbewerb** sind derzeit noch nicht ausgewogen im Gesundheitswesen implementiert.
- Qualitätswettbewerb erfordert valide **Qualitätsinformationen**, aber auch die Möglichkeit zur **Auswahl**.
- Auswahl dann auf verschiedenen Ebenen denkbar:
Patienten / Aufsicht / Kassen
- **Qualitätsorientierung** geht zukünftig über reine Qualitätssicherung hinaus (Investitionskostenzuschüsse, Honorierungskriterium).
- Hoher **Forschungsbedarf** bei der Qualitätsmessung infolge Sektorgrenzen und Risikoadjustierung

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Gesundheitsökonomie und
Gesundheitsmanagement (AG5)
Universität Bielefeld