

# Value-based health care

Bessere Ergebnisse zu niedrigeren Kosten –  
Fiktion oder messbare Realität?

**DEUGE – 10. Berliner Gesundheitsfrühstück**

Berlin, 13. Februar 2014

**Dr. Clemens Guth**

Senior Institute Associate Harvard Business School

Geschäftsführender Direktor Artemed Kliniken

# Patientennutzen als Leitziel

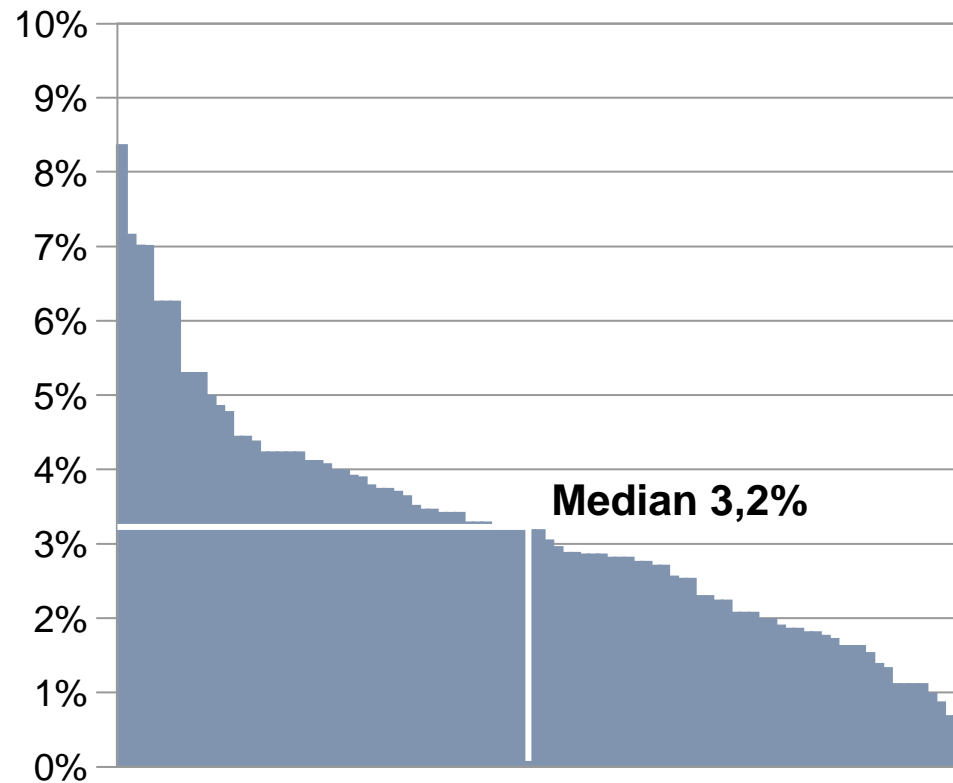
$$\text{Patientennutzen} = \frac{\text{Behandlungsergebnisse}}{\text{Kosten zum Erreichen der Behandlungsergebnisse}}$$

(Patient Value)

# Qualitätsunterschiede in deutschen Kliniken: Beispiel In-Hospital-Letalität bei Koronarchirurgie

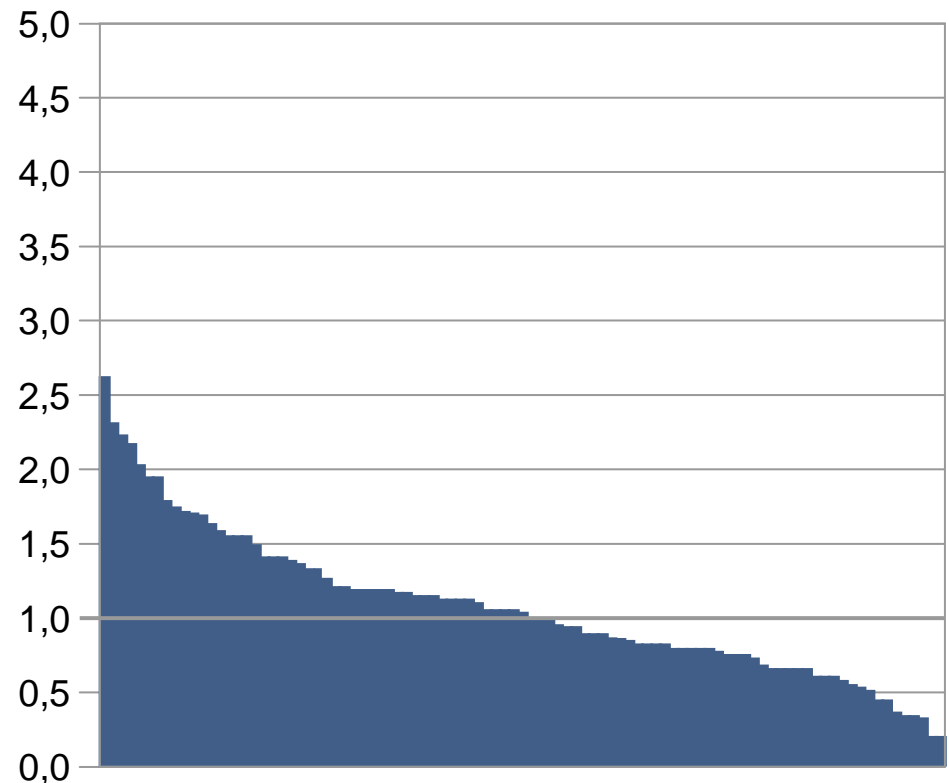
In-Hospital-Letalität bei 77 Krankenhäusern mit jeweils mindestens 20 Fällen pro Jahr (2008)

Ohne Risikoadjustierung



Jeder Balken steht für ein Spital

Mit Risikoadjustierung\*



Jeder Balken steht für ein Spital

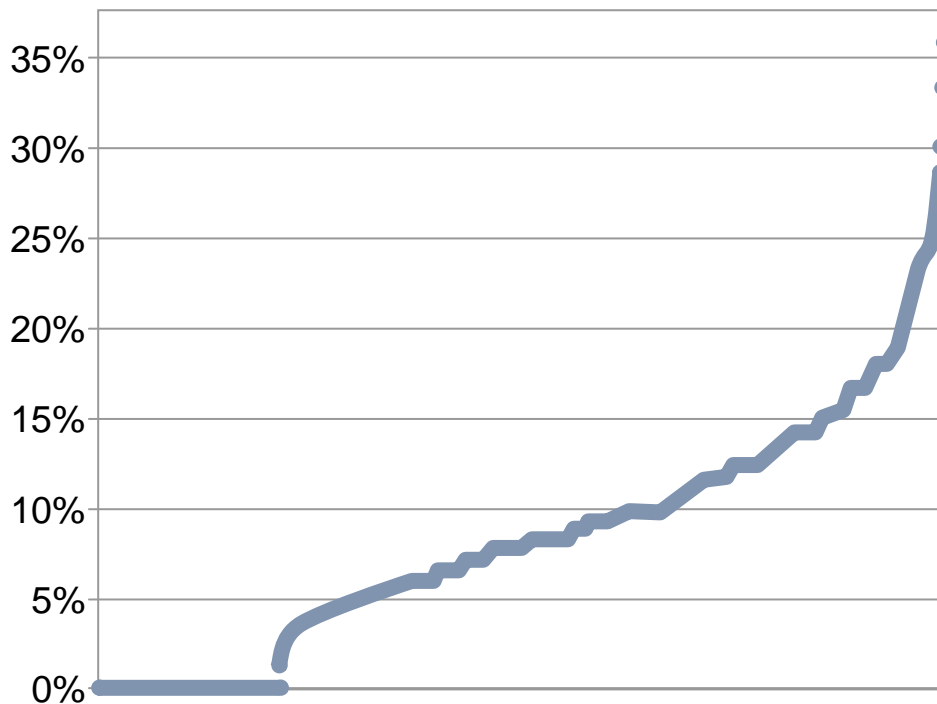
\* Risiko-Adjustierung basierend auf: Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index, Herzinsuffizienz: NYHA (IV), Myokardinfarkt <= 21 Tage zurück, Kritischer präoperativer Status, Pulmonale Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, LVEF, 3-Gefäßerkrankung, Reoperation an Herz/Aorta, Diabetes Mellitus (insulinpflichtig), Arterielle Gefäßerkrankung, COPD, Neurologische Dysfunktion, Nierenersatztherapie oder Kreatininwert, Notfall

Quelle: BQS Outcome 2008

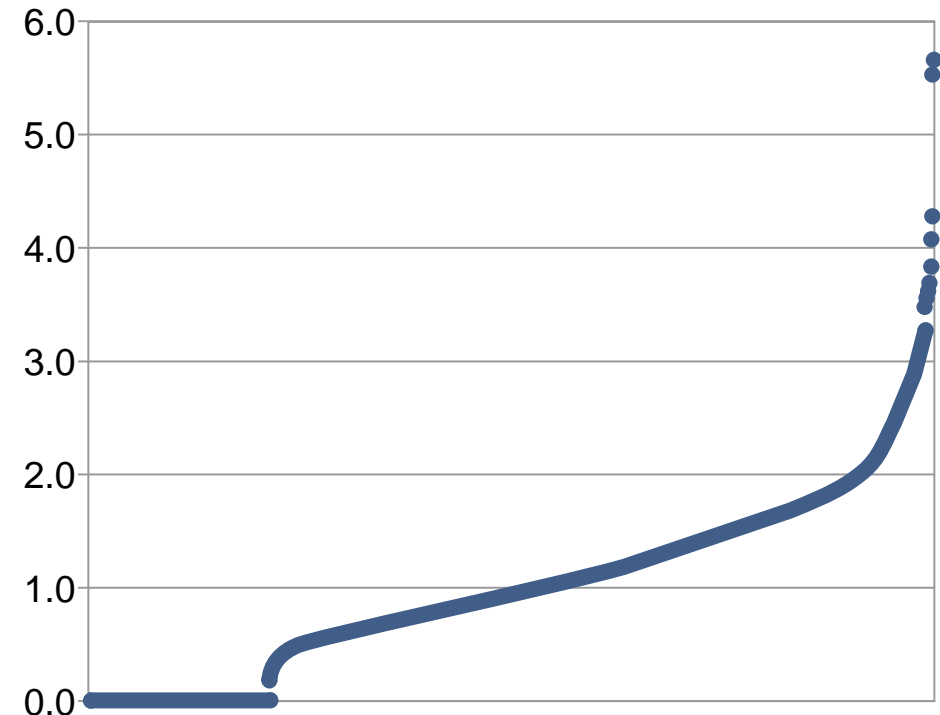
# Qualitätsunterschiede in deutschen Kliniken: Beispiel 30-Tage Mortalität für Hüftgelenks-Endoprothesen bei Hüftfraktur

## Verteilung 30-Tage Mortalität bei 886 Krankenhäusern (2003)

Ohne Risikoadjustierung  
in Prozent



Mit Risikoadjustierung\*  
Standard Mortality Ratio (SMR)



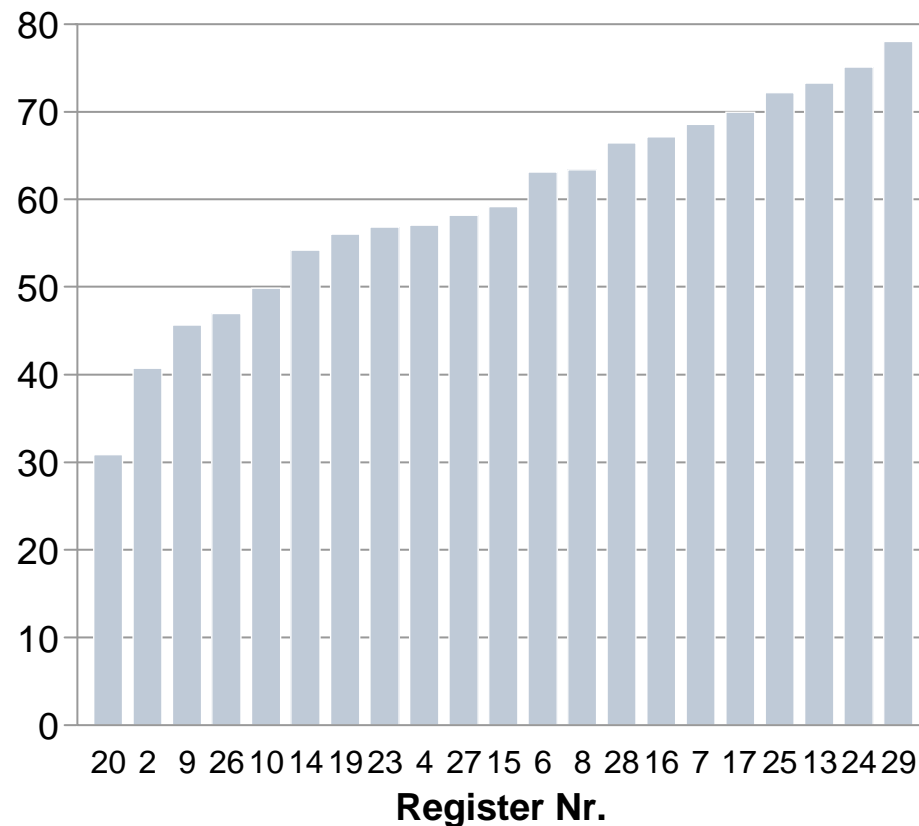
\* Zur Risikoadjustierung wurden folgende Variablen verwendet: Altersgruppe, Geschlecht, Kardiogener und n. n. bez. Schock, AV-Block III. Grades, ventrikuläre Tachykardie, Kammerflimmern/-flattern, Vorhofflimmern/-flattern, alter Myokardinfarkt, intrazerebrale Blutung, Atherosklerose, Herzinsuffizienz, schwere Nierenerkrankung, chronische Niereninsuffizienz, Diabetes, chronisch ischämische Herzkrankheit, Aorten- und Mittelklappenvitien, bösartige Neubildungen, Metastasen, dilative Kardiomyopathie, Herzrhythmusstörungen, Hirninfarkt oder intrazerebrale Blutung

Quelle: WidO/Helios 2007

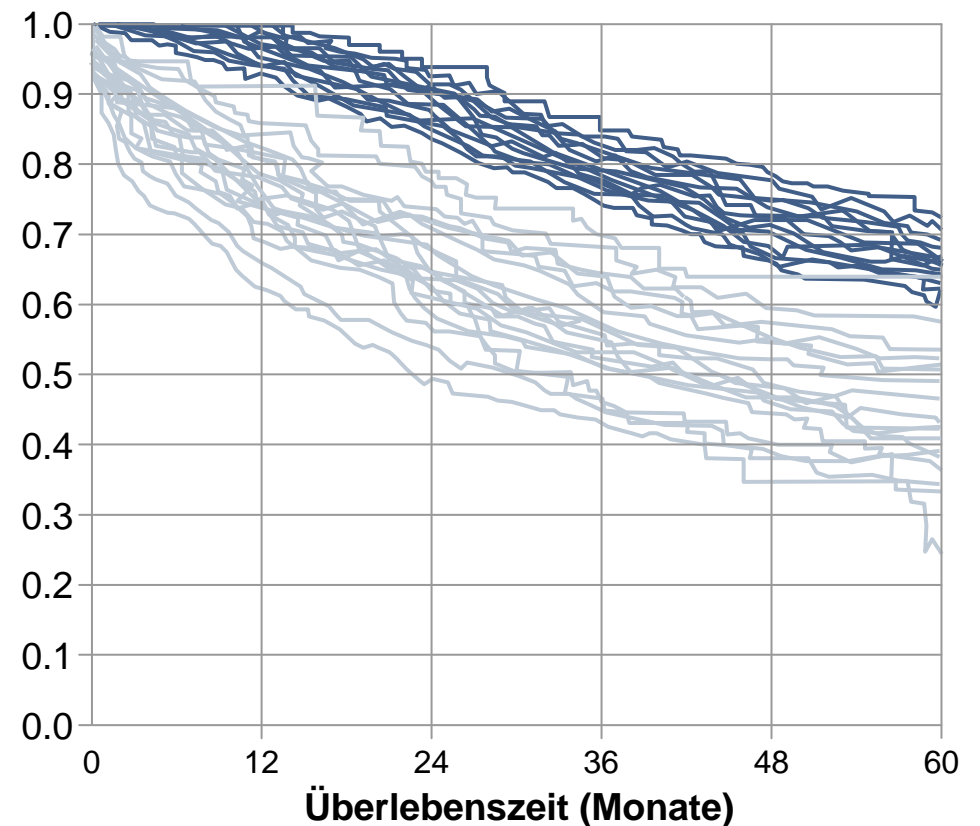
# Die kumulierten Überlebensraten für Patienten mit Stadium III Kolonkarzinom unterscheiden sich stark zwischen Zentren (2000 - 2008)

## Chemotherapie und Überlebensraten Stadium III Kolonkarzinom

### Prozentsatz mit Chemotherapie nach Register (RO-operierte Patienten)



### Gesamtüberleben nach Chemotherapie ja (dunkelblau) / nein (hellblau) und Register



Quelle: "Korporationsverbund Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (KoQK)" und "Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)" Julie 2010

# Trotz erheblichem Aufwand erzielt das deutsche Gesundheitssystem heute nicht den maximalen Effekt

## Leistungserbringung

Die Leistungserbringung ist

- **fragmentiert, unkoordiniert** und an Anbietern ausgerichtet
- **zu breit**, die Erfahrung je Krankheitsbild zu gering
- **Intransparent** im Sinne der Behandlungsergebnisse und Kosten je Krankheitsbild
- **vergütet über Volumen** nicht Ergebnisse

System getrieben von Partikularinteressen. Zentrum des Wettbewerbs ist nicht der Patientennutzen.

## Krankenkassen

Innerhalb der Krankenkassen

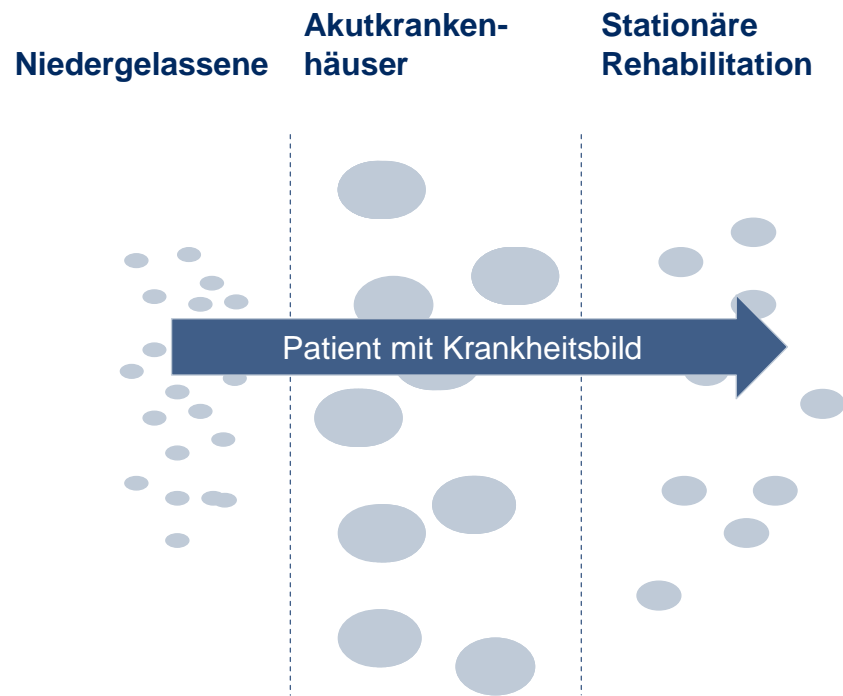
- Fokus auf **Kostenkontrolle**, keine aktive Managementrolle
- Wettbewerb zwischen GKV und PKV geprägt durch **Risikoselektion**

## Patienten

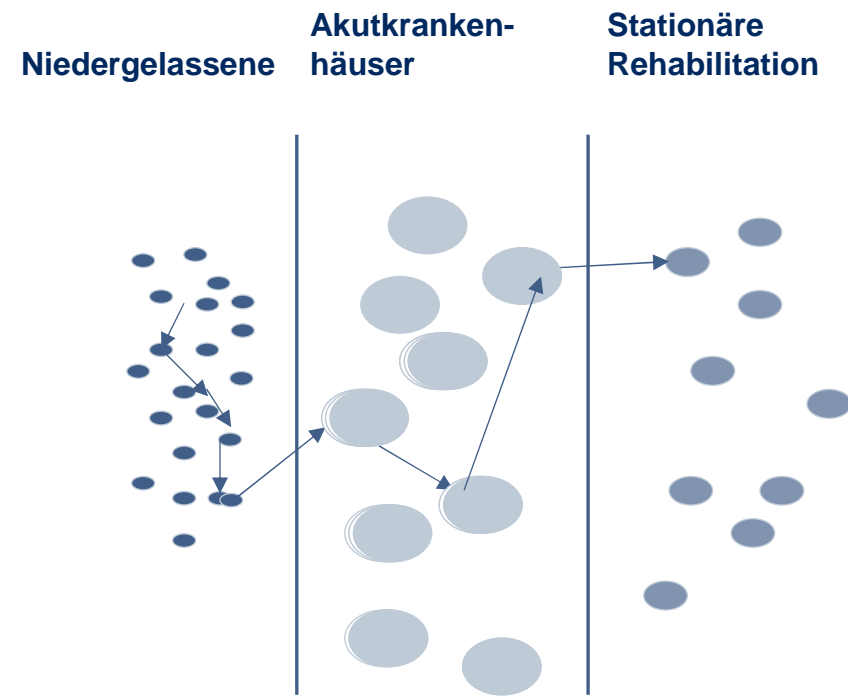
Patienten oftmals **zu wenig engagiert**, Entscheidungen werden im **Unwissen** gefällt.

# Die Leistungserbringung ist fragmentiert, unkoordiniert und orientiert sich nicht an Krankheitsbildern, sondern an Fachrichtungen

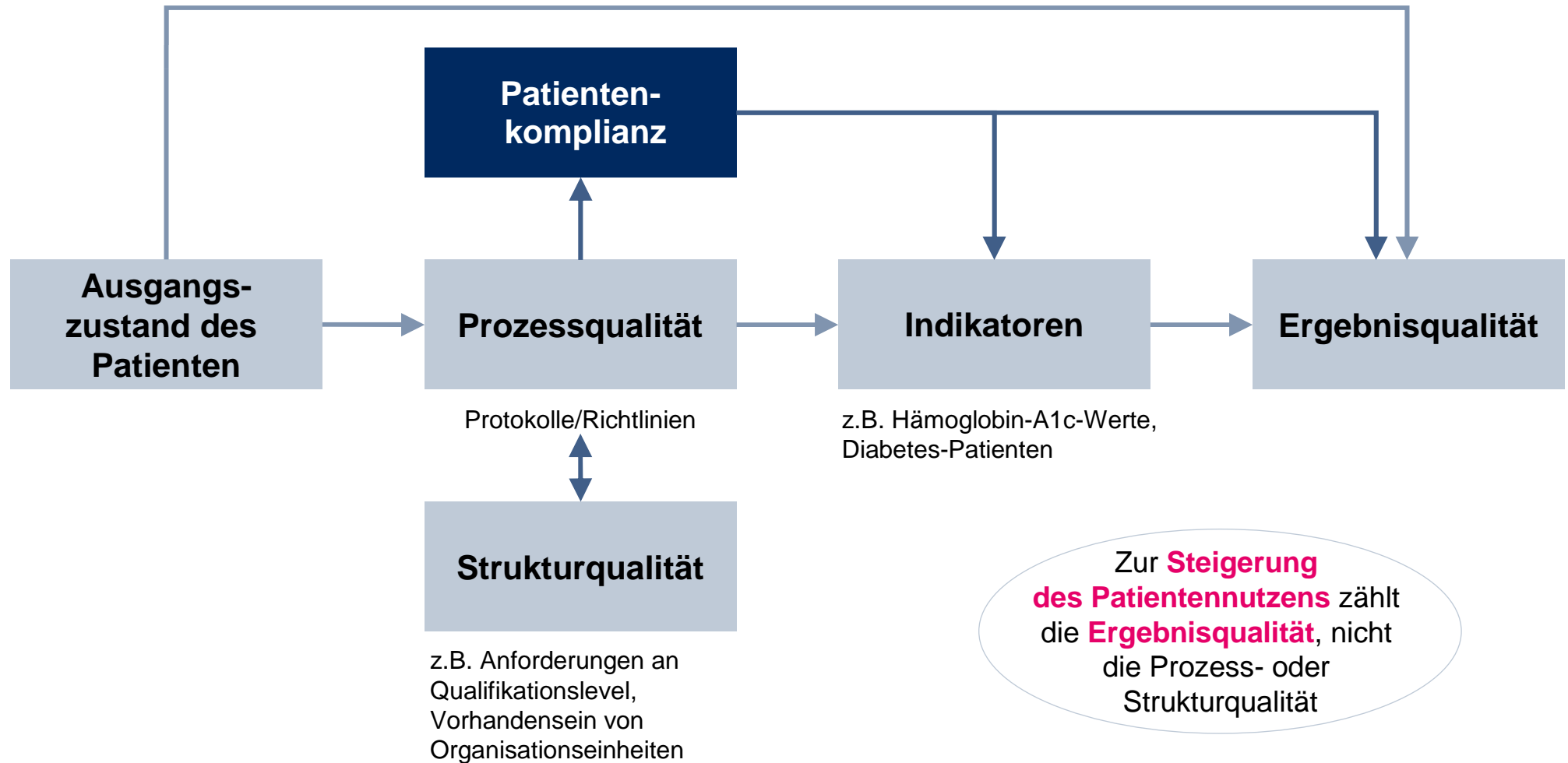
**Patientennutzen wird pro Krankheitsbild über alle Versorgungsstufen und Fachrichtungen geschaffen...**



**... nicht in einzelnen, untereinander unabhängigen Patientenkontakten bei verschiedensten Leistungserbringern und Fachrichtungen**



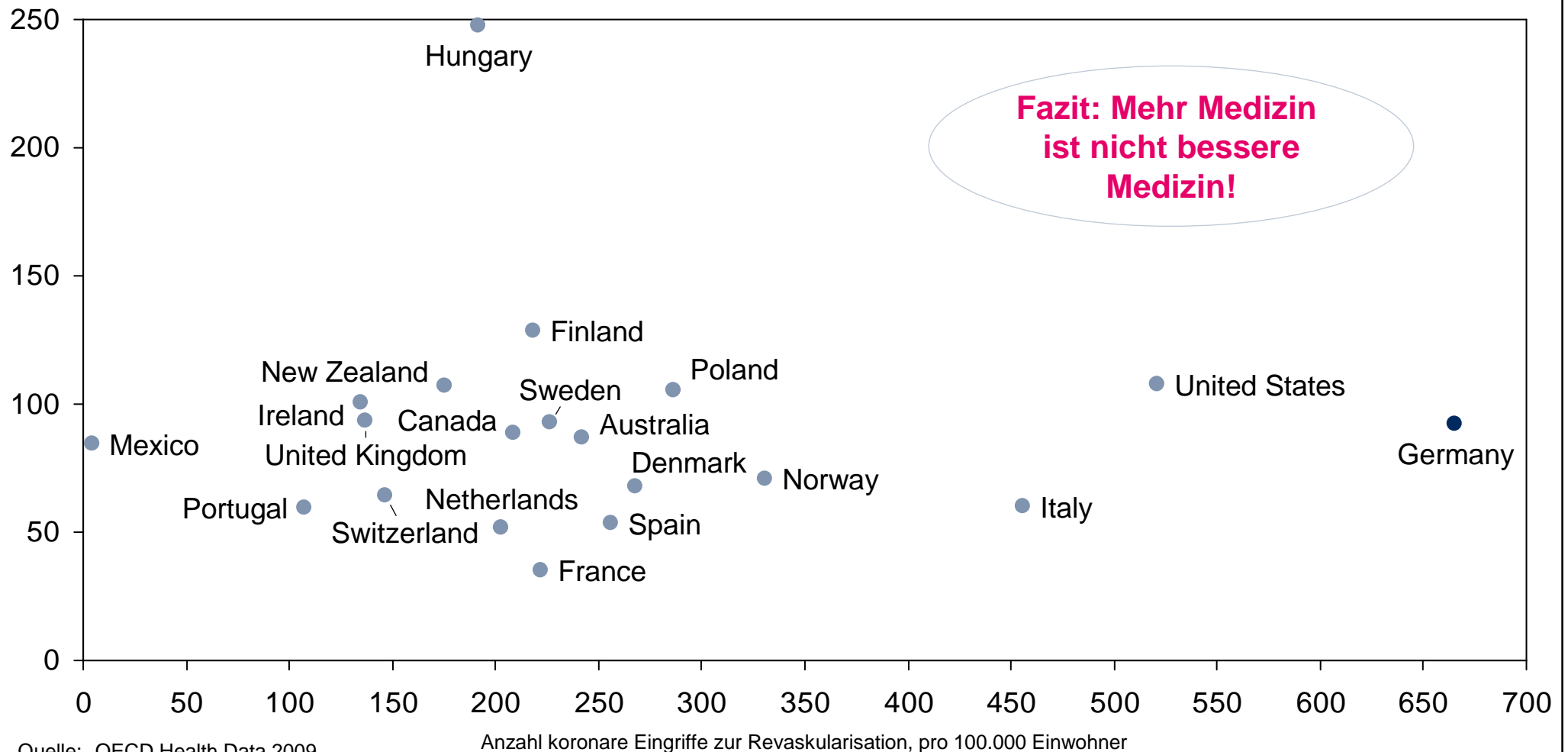
# Behandlungsergebnisse werden nicht umfangreich gemessen, es fehlt eine Kultur der Transparenz





# Das Vergütungs- und Lizenzierungssystem orientiert sich nicht am Patientennutzen

Ischaemic Heart Disease, Alters-adjustierte Mortalitätsrate pro 100,000 Einwohner  
2006



Quelle: OECD Health Data 2009

Anzahl koronare Eingriffe zur Revaskularisation, pro 100.000 Einwohner

# Ein neuer Reformansatz ist notwendig: eine konsequente Ausrichtung auf Patientennutzen, anstatt Kostenreduktion per se.

## Ein neuer Reformansatz ist notwendig

► **Fokus auf Patientennutzen** anstatt Kosten per se. 15 große Reformen in den letzten 30 Jahren haben gezeigt, dass ein neuer, übergreifender Ansatz notwendig ist.

► Mehr Fokus auf die Struktur der Leistungserbringung und erzielte Ergebnisqualität, weniger Diskussion um Beitragssatz und Struktur der Versicherungen. Die **Einheit der Wertschöpfung ist das einzelne Krankheitsbild eines Patienten.**

► Bessere Gesundheit und nicht mehr Versorgung („health, not health care“) ist das Ziel. Ein **konsequenter Fokus auf Ergebnisqualität ist der einzige Wege nachhaltig die Kosten zu kontrollieren**, den Gesundheit ist günstiger als Krankheit.

## Ein motivierendes Beispiel: Geringere Kosten durch höhere Qualität

Hüft-Operationen	Durchschnittliche Krankenhausgesamtkosten in EUR/Jahr	Anzahl Patienten	Kostendifferenz zum Krankenhaus mit durchschnittlicher Qualität (in Prozent)
Patienten aus Krankenhäusern mit <u>unterdurchschnittlicher</u> Qualität	€10,042	26,049	<b>+10%</b>
Patienten aus Krankenhäusern mit <u>durchschnittlicher</u> Qualität	€9,112	73,481	<b>./.</b>
Patienten aus Krankenhäusern mit <u>überdurchschnittlicher</u> Qualität	€8,493	55,293	<b>-7%</b>
Patienten aus Krankenhäusern ohne Qualitätseinstufung (weniger als 30 AOK Versicherte)**	€11,199	3,685	<b>+22%</b>

# Eine Reform entlang von Patientennutzen – ein sich selbst verstärkendes System



# Messung von risikoadjustierter Ergebnisqualität für jeden Patienten und jedes Krankheitsbild

## Ansatz Value-based health care

- Etablierung eines unabhängigen, interdisziplinären **“Rat für Ergebnismessung”** (National Council for Outcome Measurement) um diverse Einzelaktivitäten zu bündeln.
- Bei der Entwicklung der Ergebnisqualitätsindikatoren sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:
  - Die **Ergebnismessung** sollte für jedes **Krankheitsbild** und jede Patientenpopulation im primärärztlichen Bereich erfolgen
  - Für jedes Krankheitsbild gibt es **mehr als ein Ergebnisqualitätsindikator** (siehe Grafik)
  - Die Ergebnismessung sollte über die komplette Versorgungskette erfolgen (**transsektorale Messung**)
  - Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen und Akzeptanz bei den Leistungserbringern zu gewinnen müssen die Ergebnisse **risikoadjustiert** werden

## Ebenen der Ergebnisqualität

**Ebene 1**  
Erreichter  
Gesundheits-  
zustand

Überleben

Grad der Gesundheit / der Genesung

**Ebene 2**  
Genesungs-  
prozess

Dauer der Genesung bis zur  
Wiederaufnahme normaler Aktivitäten  
(z.B. bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz)

Komplikationen des Behandlungsprozesses  
(z.B. durch Behandlung verursachte Beschwerden /  
Komplikationen oder Diagnostikfehler)

**Ebene 3**  
Nachhaltigkeit des  
erreichten  
Gesundheits-  
zustandes

Nachhaltigkeit der Gesundheit/der  
Genesung

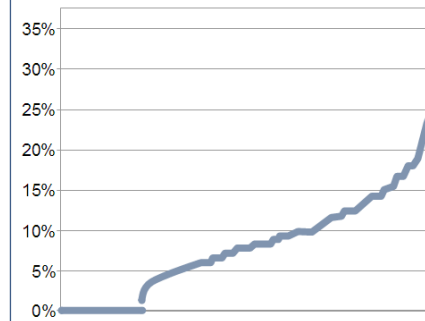
Langfristige Konsequenzen der Therapie  
(z.B. durch Therapie verursachte Krankheiten)

# Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Messmethoden und –verfahren – noch ist vieles im Fluß!

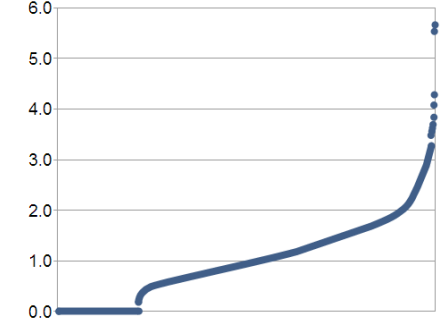
- 1 Wer misst?
- 2 Auf welcher Datenbasis?
- 3 Wie erhoben?
- 4 Von wem erhoben?
- 5 Welcher Beobachtungszeitraum?
- 6 Wie veröffentlicht?

## Krankenkassen

Ohne Risikoadjustierung  
in Prozent



Mit Risikoadjustierung\*  
Standard Mortality Ratio (SMR)



## Externe Stellen

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

**Knieendoprothesenversorgung**

Abschlussbericht

Stand: 16. Juli 2012

AQIG - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

## Leistungserbringer

IQM Qualitätsindikatoren		Stand		2010		2011		2012	
G IQ 3.2		Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex
Leistungsanbieter		Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex
Leistungsanbieter	Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex	Stand	Qualitätsindex	Stand
<b>Einkaufungen des Herzens</b>									
01.1 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.2 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.3 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.4 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.5 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.6 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.7 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.8 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.9 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.10 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.11 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.12 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.13 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.14 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.15 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.16 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.17 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.18 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.19 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100
01.20 - Herzkatheterinterventionelle (HKT) oder perkutane Koronarintervention (PCI) eines koronaren Gefäßes	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Messmethoden und –  
verfahren – noch ist vieles im Fluß!**

1 Wer misst?

**2 Auf welcher Datenbasis?**

3 Wie erhoben?

4 Von wem erhoben?

5 Welcher Beobachtungszeitraum?

6 Wie veröffentlicht?

**Abrechnungsdaten der  
Leistungserbringer**

**Routinedaten  
der Krankenkassen**

**Explizit erhobene Daten**

# Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Messmethoden und – verfahren – noch ist vieles im Fluß!

1 Wer misst?

2 Auf welcher Datenbasis?

**3 Wie erhoben?**

4 Von wem erhoben?

5 Welcher Beobachtungszeitraum?

6 Wie veröffentlicht?

**Pen & Paper**



**IT-basiert**





# Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Messmethoden und – verfahren – noch ist vieles im Fluß!

1 Wer misst?

2 Auf welcher Datenbasis?

3 Wie erhoben?

**4 Von wem erhoben?**

5 Welcher Beobachtungszeitraum?

6 Wie veröffentlicht?



# Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Messmethoden und – verfahren – noch ist vieles im Fluß!

1 Wer misst?

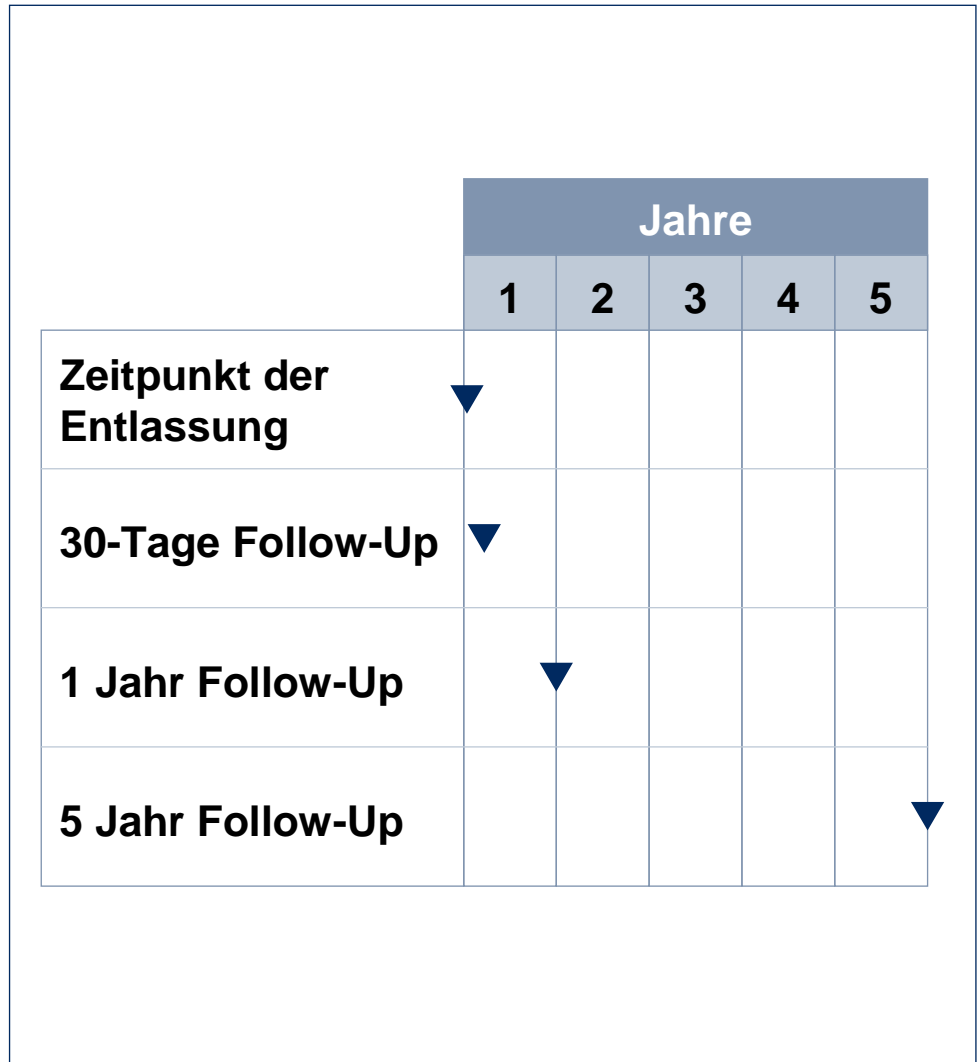
2 Auf welcher Datenbasis?

3 Wie erhoben?

4 Von wem erhoben?

**5 Welcher Beobachtungszeitraum?**

6 Wie veröffentlicht?



# Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Messmethoden und – verfahren – noch ist vieles im Fluß!

- 1 Wer misst?
- 2 Auf welcher Datenbasis?
- 3 Wie erhoben?
- 4 Von wem erhoben?
- 5 Welcher Beobachtungszeitraum?
- 6 Wie veröffentlicht?**

**Nur intern**

**Innerhalb der Peer-Group**

**Breite Öffentlichkeit**

<b>St. Irmgardis Krankenhaus Süchteln GmbH, Viersen</b> <a href="#">Fachabteilungen ausklappen</a>	9,4 km	18	<b>81 %</b> 213 Beurteilungen	4 von 16 Kriterien	Fallzahl für Bericht- erstattung zu gering
<b>LVR-Klinik für Orthopädie Viersen, Viersen</b> <a href="#">Fachabteilungen ausklappen</a>	9,9 km	345	<b>91 %</b> 471 Beurteilungen	9 von 16 Kriterien	
<b>HELIOS Klinikum Krefeld, Krefeld</b> <a href="#">Fachabteilungen ausklappen</a>	11,2 km	117	<b>74 %</b> 1993 Beurteilungen	8 von 16 Kriterien	
<b>Städt. Krankenhaus Nettetal GmbH, Nettetal</b> <a href="#">Fachabteilungen ausklappen</a>	12,1 km	128	<b>89 %</b> 482 Beurteilungen	8 von 16 Kriterien	
<b>Alexianer Krefeld GmbH Krankenhaus Maria-Hilf, Krefeld</b> <a href="#">Fachabteilungen ausklappen</a>	12,2 km	136	<b>85 %</b> 565 Beurteilungen	10 von 16 Kriterien	Fallzahl für Bericht- erstattung zu gering

# International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) – eine internationale Arbeitsgruppe zur Messung von Ergebnisqualität

ICHOM About ICHOM Approach Medical Conditions Measurement in Practice Updates

## Medical Conditions

Home / Medical Conditions / Medical Conditions Overview

All Categories Name Date

Localized Prostate Cancer  
Malignant neoplasms

Low Back Pain  
Musculoskeletal

Coronary Artery Disease  
Cardiovascular

Cataracts  
Sense organ

### Health outcomes: start small, build big

At ICHOM, we're defining meaningful patient outcome standards that represent a new definition of success. Over the next five years, we're building a series of outcome sets for more than 50 additional health conditions. But, we're starting with four key conditions first – here's why:

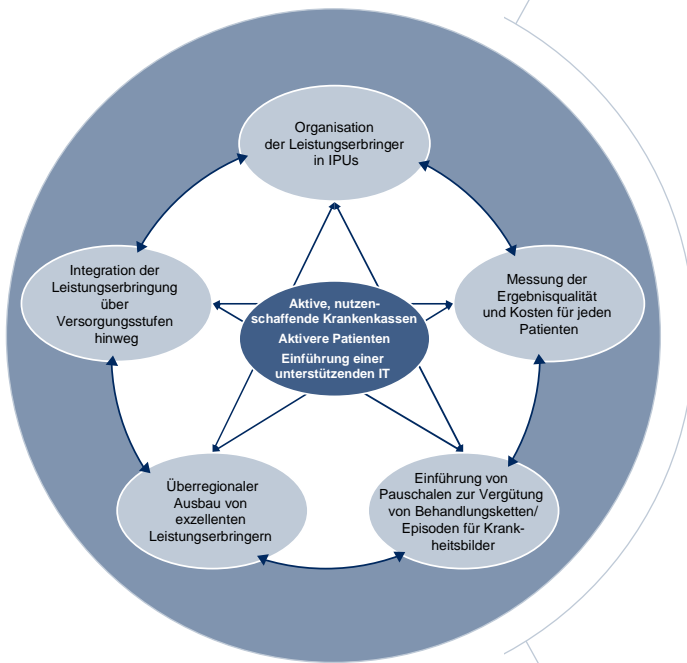
#### Localized Prostate cancer

Why start with prostate cancer? It's one of the most common types of cancer in men. In fact, The American Cancer Society predicts 1 in 6 men will be diagnosed

#### Coronary Artery Disease

It's the number one cause of death globally. It's also one of the most costly conditions in our health care system.

# Last but not least: die Politik als Treiber für ein nutzenorientiertes Gesundheitssystem



- **Patientennutzen als oberstes Ziel**, nicht Kosteneinsparung per se.
- **Fokus auf Ergebnismessung** und Qualitätsverbesserung. Aufbau eines „**Rats für Ergebnismessung**“, verpflichtende Teilnahme an Ergebnismessung und schrittweise verpflichtende Veröffentlichungen. Entwicklung eines einheitlichen Vorgehens.
- Abbau der Hürden zur Integration von Versorgungsstufen
- Änderung der Vergütungsstruktur auf gebündelte Zahlungen für Krankheitsbilder (transsektorale DRGs)
- **Öffnung des Wettbewerbs um Patientennutzen**. Keine uneingeschränkte Rettung von jedem Leistungserbringer oder jeder Versicherung, eine Konsolidierung ist notwendig

**ENDE**

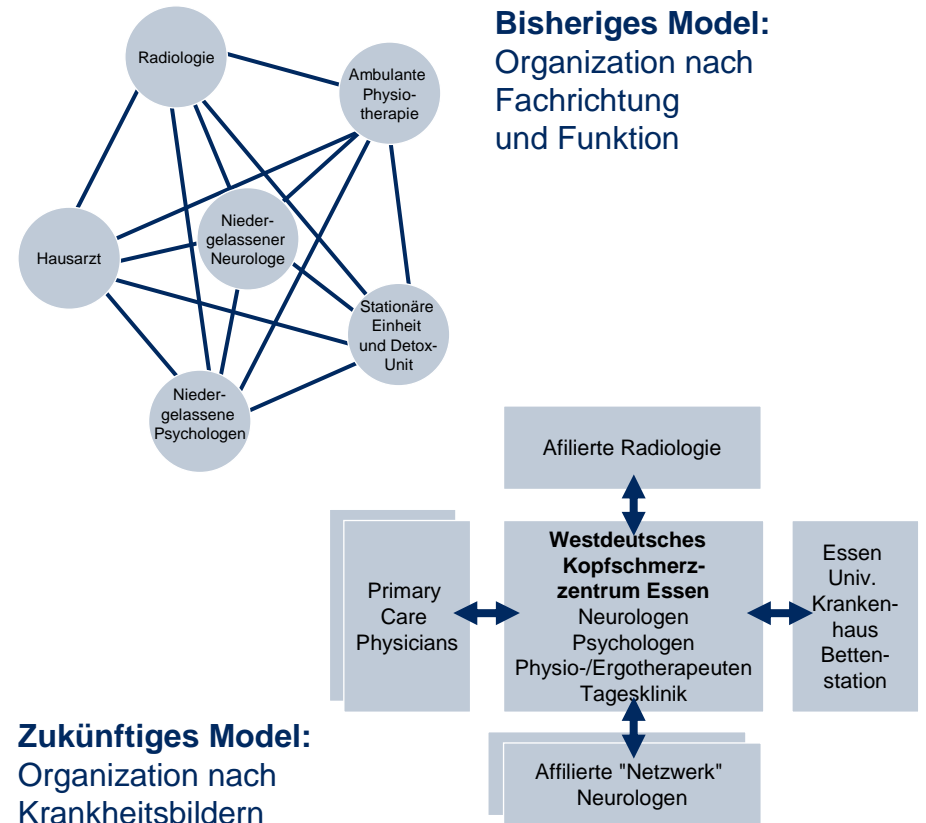
## 2 Organisation der Leistungserbringer in Integrierte Behandlungseinheiten – dedizierte Facheinheiten

### Ansatz Value-based health care

Entwicklung von Integrierten Praxiseinheiten (IPE's) mit folgenden Merkmalen:

- **Organisation um ein Krankheitsbild** oder einem Set von eng miteinander zusammenhängend Krankheitsbildern
- Besteht aus einem **fokussierten, interdisziplinärem Team** welches primär das jeweilige Krankheitsbild behandelt
- Alle beteiligten Leistungserbringer sind Teil einer gemeinsamen Organisationseinheit oder arbeiten eng mit ihr zusammen
- Bietet die **gesamte Versorgungskette** für das Krankheitsbild an. Dies umfasst ambulante, stationäre & rehabilitative Versorgung, sowie unterstützende Leistungen (z.B. Sozialarbeit)
- Das Angebot umfasst die Patientenaufklärung, Edukation und Folgeuntersuchungen
- Verwendet eine gemeinsame administrative Struktur
- Unterbringung in einer **gemeinsamen Räumlichkeiten**
- **Misst Ergebnisse, Kosten** und Prozesse für jeden Patienten unter Verwendung einer gemeinsame IT-Plattform
- **Gemeinsame Verantwortung** für Behandlungsergebnisse und Kosten

### Organisation als Integrierte Praxiseinheiten (IPEs)



### 3 Versorgung für einzelne Krankheitsbilder durch weniger Leistungserbringer

#### Ansatz Value-based health care

Der Patientennutzen entsteht durch Erfahrung, Patientenzahlen und Lerneffekte auf Ebene einzelner Krankheitsbilder.

Folgende Neustrukturierung ist notwendig:

- **Fokussierung des Leistungsangebots** innerhalb einzelner Leistungserbringer, d.h. weniger Versorgungsbereite pro Leistungserbringer dafür deutlich höhere Versorgungstiefe
- **Konsolidierung aller Leistungserbringer**, d.h. weniger Leistungserbringer mit höheren Fallzahlen in einzelnen Indikationsbereichen. **Exzellente Versorgung nicht lokale Versorgung als Grundsatz**. Bisherige Dichte an Leistungserbringern erlaubt selbst bei annehmbaren Fahrzeiten eine deutliche Konsolidierung im ambulanten und stationären Bereich. Konsolidierung auf Basis eines positiven, an Patientennutzen ausgerichteten Wettbewerb.

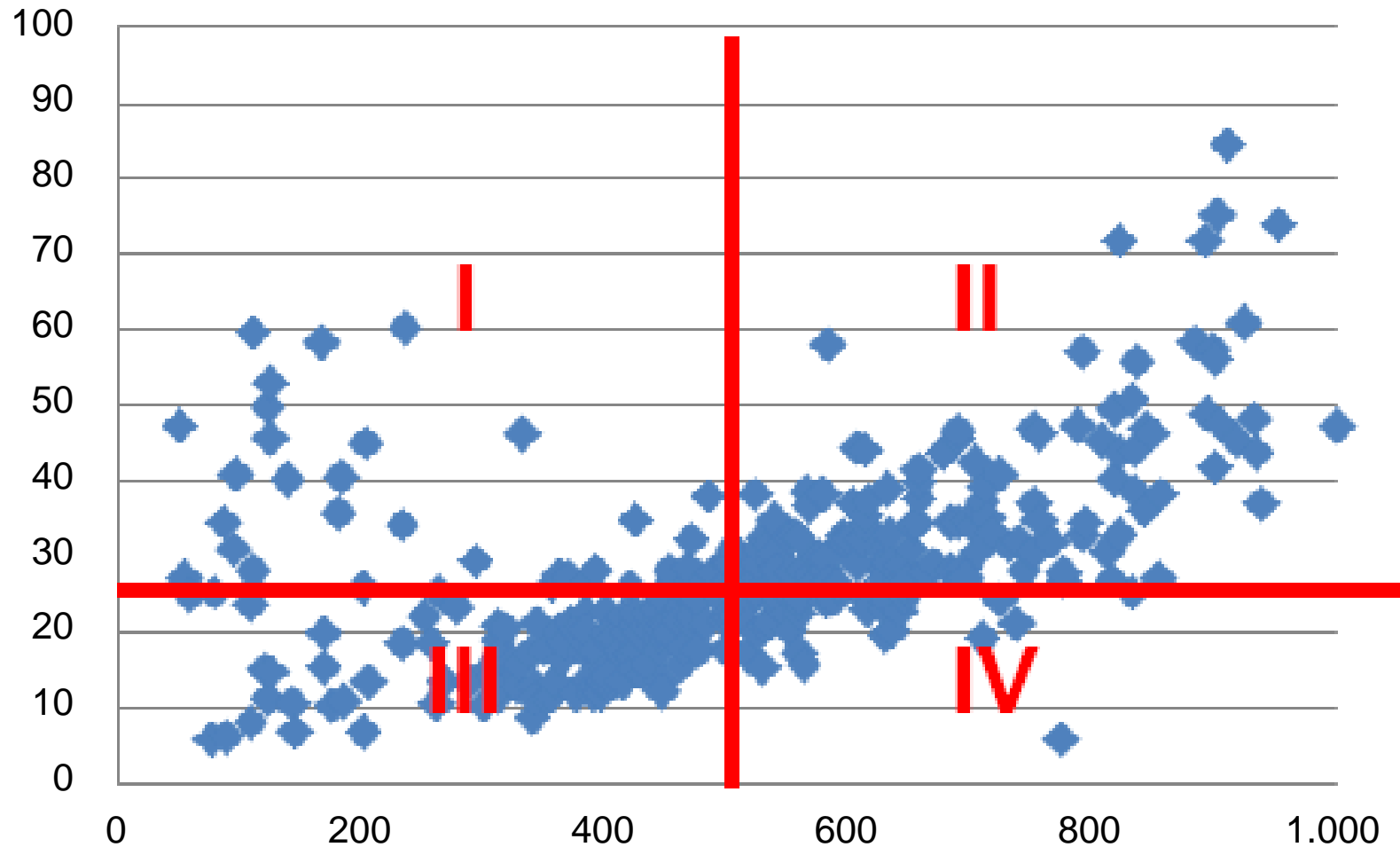
#### Der Positivkreislauf der Leistungserbringung





### 3 Das Leistungsangebot ist zu breit, die Erfahrung der Leistungserbringer mit einzelnen Krankheitsbildern ist oft gering

Im Durchschnitt behandeln die Krankenhäuser nur 28 Fälle pro vereinbarter DRG pro Jahr



Quelle: Blum et al, Krankenhaus Barometer 2008

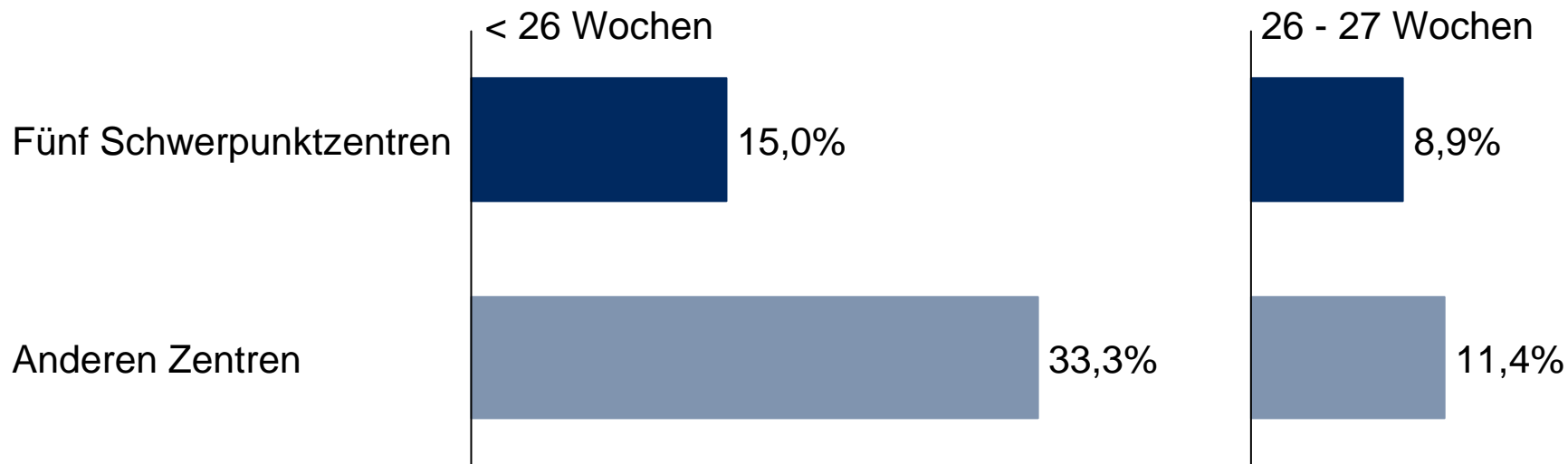
© Porter / Guth (2014), Redefining German Health Care, Springer Verlag

Seite 25

### 3 Das Leistungsangebot ist zu breit, die Erfahrung der Leistungserbringer mit einzelnen Krankheitsbildern ist oft gering

#### Studie Baden-Württemberg zur Sterblichkeit von Frühchen

#### Sterblichkeit in ...



Quelle: Hummer et al, Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 2006; Ergebnisse repliziert in AOK-Studie: Heller G, Gibt es einen Volumen-Outcome-Zusammenhang bei der Versorgung von Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht in Deutschland – Eine Analyse mit Routinedaten, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

## 6 Einführung von Pauschalen zur Vergütung von Behandlungsketten / Episoden für Krankheitsbilder

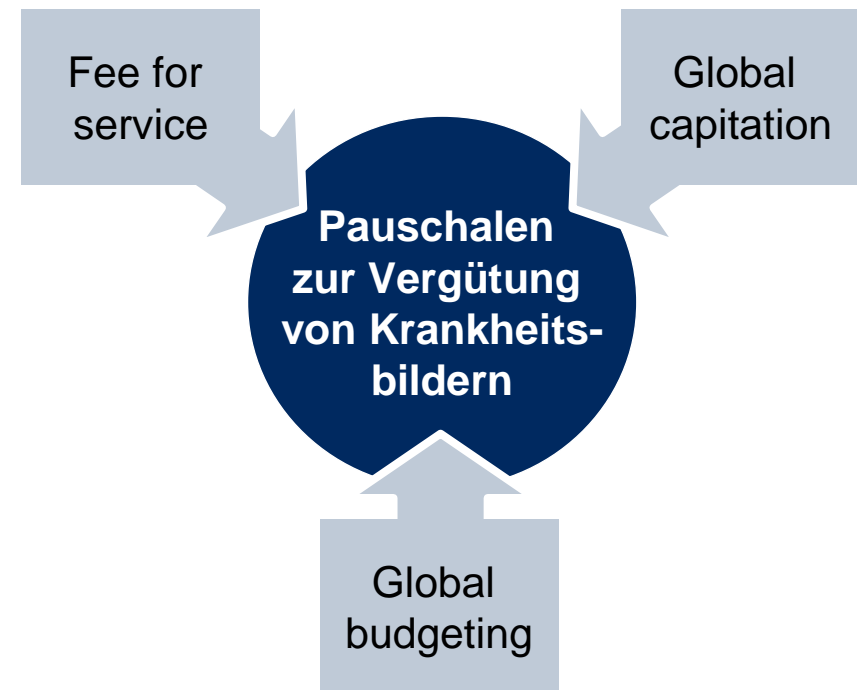
### Ansatz Value-based health care

Die Vergütung muss sich an der Wertschöpfung orientieren, d.h. eine Vergütung auf Basis von Krankheitsbildern über Versorgungsketten. Die Änderung der Vergütung ist ein wesentlicher Baustein zur Integration der Versorgung über Versorgungsstufen hinweg. Eine gemeinsame Vergütung schafft eine gemeinsame Verantwortung.

Folgende Vergütungsformen sind notwendig:

- **Pauschalen für Krankheitsbilder** – Pauschalen vergüten die komplette Behandlungskette für ein akutes Krankheitsbild (z.B. Hüft-TEP),
- **Zeitliche Pauschalen** für die Vergütung von **chronischen Krankheitsbildern** (z.B. Diabetes) oder hausärztliche/präventive Versorgung
- Die Vergütungshöhe muss den Aufwand und den erreichten Nutzen reflektieren, d.h. **gleicher Preis für gleiche Leistung**. In einem nutzenorientierten System muss sich daher die Vergütungsstruktur zwischen der **GKV und PKV** angleichen.

### Eine an Patientennutzen ausgerichtete Vergütung



## 7 Öffnung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern, mit Patientennutzen als Zentrum des Wettbewerbs.

### Ansatz Value-based health care

Wettbewerb um Patientennutzen, nicht Wettbewerb um Budgets, Fallzahlen oder dem Verschieben von Kosten. Mit Patientennutzen als Zentrum des Wettbewerbs erzielt der Wettbewerb eine positive Wirkung (Positiv-Summen-Wettbewerb). Gute Leistungserbringer expandieren, schlechte Leistungserbringer verbessern sich oder verlassen den Anbietermarkt in dem jeweiligen Segment.

Grundlage des Wettbewerbs sind:

- **Freie Leistungserbringerwahl** für Patienten. Grundlage hierfür sind bestehende **Kollektivverträge** und ein **einheitlicher Vergütungskatalog** auf Basis von Krankheitsbildern
- **Selektivverträge** sollten die **Ausnahme** nicht die Regel sein. Eine durchgehende Anwendung von Selektivverträgen schränkt die Wahlfreiheit ein, erhöht den selektiven Aufwand und bisherige Selektivverträge weiter fragmentiert. Selektivverträge haben eine Rolle in Pilotprojekten für einzelne Krankheitsbilder, insbesondere zusammen mit Wahlтарifen für besondere Versorgungsformen.
- **Schrittweise Öffnung** der Zulassungsbeschränkung und **Quasi-Monopolen** um einen positiven Wettbewerb zu ermöglichen
- Grundlage des Wettbewerbs um Patienten muss eine Transparenz der Behandlungsergebnisse und Fallzahlen sein

### Positiv-Summen-Wettbewerb



**Wettbewerb um Patientennutzen:  
Wer bietet nachweislich, messbar  
bessere Behandlungsergebnisse pro  
Krankheitsbild zum günstigsten Preis.**

## 8 Ein fairer Wettbewerb zwischen GKV und PKV

### Ansatz Value-based health care

Fokus des Wettbewerbs ist das erzielte Gesundheitsergebnis der Versicherten über alle Krankheitsbilder hinweg, relativ zu den eingesetzten Kosten.

Folgende Schritte sind wichtig:

- **Wettbewerb um Patientennutzen nicht den Beitragssatz** der GKV per se, d.h. Wettbewerb um erzielte Ergebnisse und Preis. Öffnung der Zusatzbeiträge zu begrüßen, Kassen sollten ihren eigenen Preis bestimmen können.
- **Ausbau des mRSA**, ein wichtiger Schritt im Rahmen von Positiv-Summen-Wettbewerb. Ermöglicht perspektivisch Krankheitsbild-spezifische Angebote zusammen mit Wahltarifen und § 73 Besondere Versorgungsformen
- Ein fairer Wettbewerb wird zu einer sinnvollen **Konsolidierung der Versicherungen** kommen. Krankenkassen müssen eine gewisse Größe haben um aktiv ihre Versicherten unterstützen zu können, daher ist eine Konsolidierung aus Sicht des Patientennutzen zu begrüßen
- **Integration der PKV in den RSA** und **Harmonisierung der Vergütungsstruktur** um einen fairen Wettbewerb zwischen den Systemen zu ermöglichen.

### Ein positiver Wettbewerb um Patientennutzen



**Wettbewerb um Patientennutzen:  
Wer bietet nachweislich, messbar  
bessere Gesundheitsergebnisse bei seinen  
Versicherten zum günstigsten Preis**

## 9 Eine neue, nutzenschaffende Rolle der Krankenkassen

### Ansatz Value-based health care

Neues Selbstverständnis der Krankenkassen als "Guards of value not cost". Kassen müssen eine neue, **nutzenschaffende Rolle** einnehmen, ansonsten wird zu Recht ein System mit über 100 Krankenkassen in Frage gestellt.

Neue, nutzenschaffende Rolle der Krankenkassen:

- Aufbau von medizinischem Know-how in den Krankenkassen, nicht als „Mirco-Manager“ sondern um zu helfen die Leistungserbringerstruktur neu zu gestalten und Versicherte zu führen
- Engagement in der **Messung von Ergebnisqualität**
- **Empfehlung von Leistungserbringern**
- Unterstützung von "wirklichen" Disease Management Programmen

### Neue, aktivere Rolle der Krankenkassen

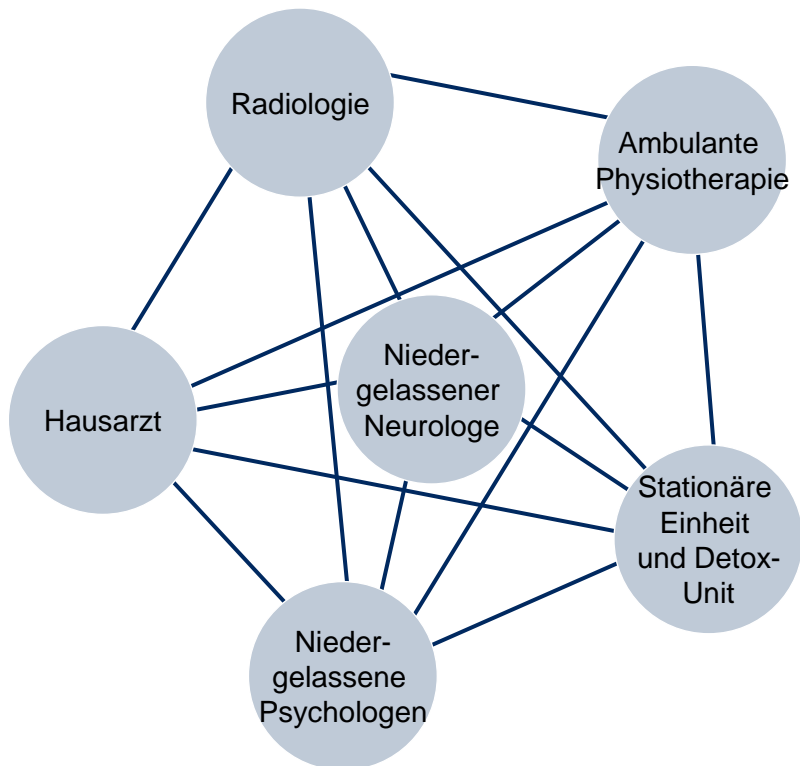


**Ansatzpunkte für neue Angebote bestehen mit Wahltarifen und selektivem Kontrahieren. Nutzen der verfügbaren Daten um bestehende Versorgungsbrüche zu überwinden (Beispiel QSR/WiDo der AOK). Entwicklung von Gesundheitsdaten ihrer Versichertenpopulation, z.B. auf Basis mRSA Daten\***

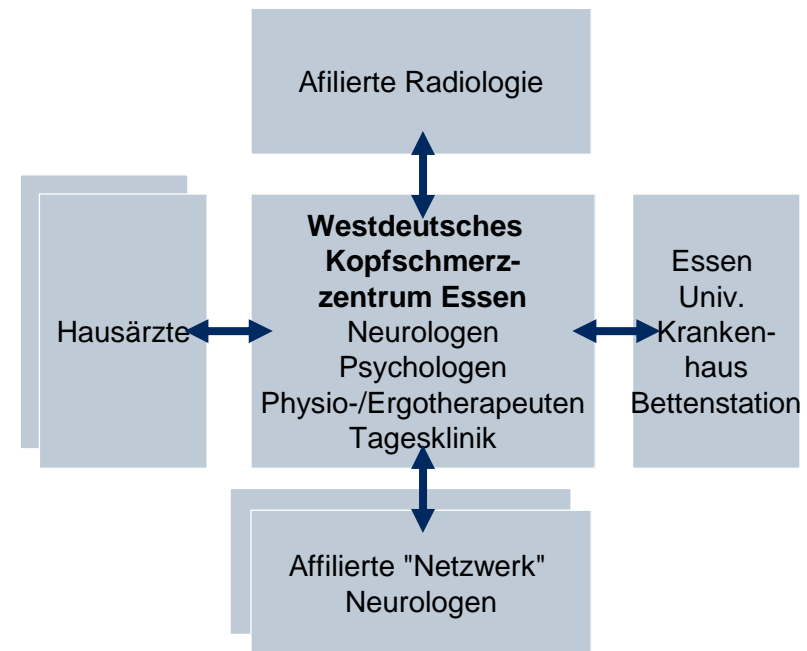
\* Details auf Buchseiten:248 - 251

# Organisation der Leistungserbringer in Integrierte Behandlungseinheiten

**Bisheriges Model:  
Organization nach Fachrichtung  
und Funktion**



**Neues Model:  
Organization als Integrierte, fokussierte  
Behandlungseinheiten (IPUs)**



Quelle: Porter ME, Guth C, Dannemiller E (2007) The West German Headache Center: Integrated Migraine Care, Harvard Business School Publishing

© Porter / Guth (2014), Redefining German Health Care, Springer Verlag