

Gesundheitspolitische Priorisierung - Anforderungen an das Qualitätsmanagement

18. Jahrestagung der GQMG

München - Schwabing

17.-18.11.2010



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Gliederung

➤ Einführung

- Begriffsdefinitionen und Nutzenkonzept
- Patientenautonomie und Consumerism
- Anforderungen an Innovationstransfer
- Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- Ausblick und Zusammenfassung



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Tabuthema Priorisierung

Ärzte, Politiker und Ethiker diskutierten über Pro und Contra einer offenen Priorisierungsdebatte.

Von Priorisierung wollte der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder nichts wissen, als die Podiumsdiskussion zu diesem Thema auf dem 69. Bayerischen Ärztetag Mitte Oktober in Fürth eröffnet wurde. Für ihn sei das gleichbedeutend mit Rationierung und daher als unethisch abzulehnen.



Markus Söder, Bayerischer Gesundheitsminister, wehrt ab, wenn es um die Frage nach der Notwendigkeit einer Priorisierung geht.

Auf anderen Ebenen ist die Auseinandersetzung mit dem Thema jedoch längst im Gange. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrats habe eine Arbeitsgruppe dazu gebildet, erklärte Prof. Weyma Lübke, Inhaberin des Lehrstuhls Praktische Philosophie an der Universität Regensburg und Mitglied des



SCHWERPUNKT

Priorisierung im Gesundheitswesen - eine Diskussion nimmt Fahrt auf

SCHWERPUNKT

Engpässe der medizinischen Versorgung: Rationierung - Allokation - Triage

Priorisierung in der Diskussion

Priorisierung
Rationierung

Nutzen

Bedarf

Angemessenheit

Steuerfinanzierung der GKV

➤ **Ökonomie:** GKV-Beiträge entsprechen Steuer

➤ **Konzepte der Parteien:**

- **Kopfpauschale:** unabhängig vom Arbeitseinkommen
Folge: Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs
- **Bürgerversicherung:** auf alle Einkommensarten

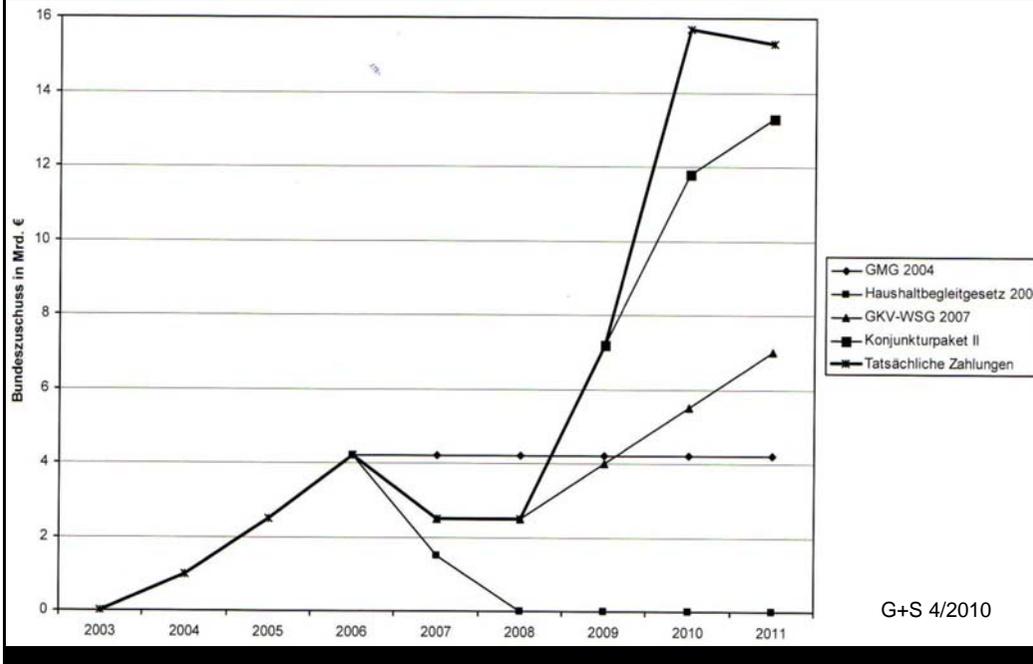
➤ **Steuer-Charakteristik nimmt zu**

➤ **Gesetzgebung:**

Steigende Steuerzuschüsse decken Defizit der GKV

➤ **Konkurrenz zu anderen gesellschaftlichen Aufgaben**

Prof. Dr. M. Schrappe



Konsequenzen / Ausgangspunkte

- **Grundannahmen:**
- Mittel sind endlich
 - Opportunitätskosten "zählen"
- **Patienten/Nutzer:**
- Opportunitätskosten fallen in der Gemeinschaft an
 - Nachfrage ist in der Tendenz unendlich
- **Alternativen:**
- A: Patient zahlt selbst
 - B: Gemeinschaft (Staat) reguliert
- **"Schulen":**
- Konsequentialismus und Utilitarismus
 - Deontologie und Tugendethik
 - Gerechtigkeitsethik

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- Einführung
- **Begriffsdefinitionen und Nutzenkonzept**
- Patientenautonomie und Consumerism
- Anforderungen an Innovationstransfer
- Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- Ausblick und Zusammenfassung

Mit Versorgungsorientierung eigene Schwerpunkte setzen

Elsting fasst der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag Beschlüsse zu einzelnen Indikationen. Auf eigene Initiative erprobt er nun ein Konzept, mit dem er komplette Krankheitsbilder strukturieren und Lücken in der Versorgung schließen will.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich seit seiner Gründung am 1. Januar 2004 von einem eher unauffälligen Akteur des Gesundheitswesens, der seine Entscheidung quasi "hinter verschlossenen Türen" traf, zu einer professionell agierenden Organisation mit immer weitreichenderen gesetzlichen Aufgaben entwickelt. Die inzwischen umfassende Zuständigkeit des G-BA für weite Bereiche der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung hat zu einer höheren Aufmerksamkeit der Medien und der Öffentlichkeit geführt. Bis in die jüngste Zeit war daher in grundsätzlicher Kritik am G-BA kein Mangel. Neben der Beantragung konkreter Einzelentscheidungen entzündete sich die Kritik auch an den teilweise langen Beratungsverfahren und an der Themenwahl, die als unsystematische Themenbearbeitung auf Zufall apostrophiert wurde.

Auch der G-BA betrachtet die Diskrepanz zwischen den eingebrachten Beratungsthemen und der wahrgenommenen Versorgungssituation als unbefriedigend und überlegt schon seit Jahren, das System weiterzuentwickeln, um vor allem Volkskrankheiten systematisch auf einen verbindlichen Erfassung zu können. Bereits Mitte 2008 äußerte der Vorsitzende des G-BA in Deutsches Ärzteblatt die Absicht, die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses stärker an umfassenden Versorgungskonzepten zu orientieren und auf diese



Weise zu einer Punktsetzung zu. Nach einer großen hatte hat der G-BA genehmigt, um in solche Weiterentwicklungen. Das übergen Konzeption ist die besserung der Ver Krankheitsbilder z matischer, koordinierter und effizienter Vo

Versorgungsorientiert statt Indikationsbezogen
In der Plenarsitzung im April 2010 wurde eine entsprechende Konzeption einstimmig beschlossen und die eigens eingesetzte, beim Plenum angesiedelte Arbeitsgruppe zur Versorgungsorientierung/Priorisierung beauftragt, die Vorgehensweise beispielhaft am Krankheitsbild „Depression“ zu erproben. Mit der Volkskrankheit De-

Auf der Grundlage des § 92 SGB V legt der G-BA die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erfindlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten fest. Arbeitsgruppen und Unterausschüsse erarbeiten diese Richtlinien teilweise auf der Grundlage von externen Beauftragungen (RWG, AQUA), bevor sie vom Plenum beschlossen werden. Die Beratungen zu einem Thema werden prinzipiell erst aufgenom-

Um ein Schwerpunktthema für weitere Beratungen aufzuarbeiten, hat sich der G-BA für ein zweistufiges Vorgehen entschieden. Nach der Themenvorgabe durch das G-BA-Plenum, inklusive einer Fristsetzung, werden in insgesamt fünf Arbeitsschritten Recherchen durchgeführt. Ergebnis dieser Recherchen ist dann ein Bericht mit Handlungsempfehlungen an das Plenum (siehe Grafik). In dem Konzept bleibt die Entscheidung über die Wahl des Schwer-

Versorgungsorientiert statt Indikationsbezogen

In der Plenarsitzung im April 2010 wurde eine entsprechende Konzeption einstimmig beschlossen und die eigens eingesetzte, beim Plenum angesiedelte Arbeitsgruppe zur Versorgungsorientierung/Priorisierung beauftragt, die Vorgehensweise beispielhaft am Krankheitsbild „Depression“ zu erproben. Mit der Volkskrankheit De-

Auswahl PSI*: Priorisierung nach Handlungsbedarf

Organisation, Modell/ Priorisierungskriterium	Schweregrad (individuell, populationsbezogen)	Häufigkeit	Wissenschaftliche Kriterien	Umsetzbarkeit, Praktikabilität (Feasibility)	Kostenfaktoren, Ressourcenorientierung	Versorgungsvariabilität, Versorgungsniveau	Interesse der Öffentlichkeit & Politik	Ausgewogenheit Setting	Ausgewogenheit Qualitätsdimension	Repräsentativität
AQUA/AOK										
ÄZQ										
BQS										
Ethikkommission										
GBA										
Gesundheitsziele										
SVR (2007)										
HTA										
IOM										
AHRQ (EPC)										
AHRQ (s. IOM)										
JCAHO										
NQF (s. IOM)										
OECD										
RAND (McGlynn)										
WHO										

Projekt *Patientensicherheits-Indikatoren des IFPS, Univ. Bonn, Förderung Bundesministerium für Gesundheit

“Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)”

gesoeko\bedarf\prio_zeko_cdr

Priorisierung: Definition ZEKO

➔ Begründung:

- Ausgaben der GKV steigen (absolut) an (Alterung, Innovation), Finanzierungsgrundlage wird geringer
- Rationalisierung/Effizienzsteigerung kommt an Grenzen
- “Begrenzung oder Veränderung des Leistungsumfanges” der GKV werden diskutiert werden, dürfen aber “nicht planlos oder unter rein tagespolitischen oder wirtschaftlichen Prämissen erfolgen”.

➔ Definition Priorisierung:

- “ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen”

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) 2007

Prof. Dr. M. Schrappe

“Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)”

gesoeko\bedarf\prio_zeko_cdr

Priorisierung: Definition ZEKO (2)

➔ Weitere Ausführungen:

- “Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe.”
- “Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen (...) können priorisiert werden.”

➔ Abgrenzung Rationierung:

- “nicht zu verwechseln mit ihrer tatsächlichen Rationierung, wenn hierunter das (...) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen verstanden wird.”
- “Priorisierung (...) führt nicht zwangsläufig zu Rationierung.”

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) 2007

Prof. Dr. M. Schrappe

Priorisierung: Internationale Erfahrungen

- ➔ Norwegen
- ➔ Schweden
- ➔ Niederlande
- ➔ Großbritannien
- ➔ Oregon
- ➔ [USA]
- ➔ [Deutschland]

Prof. Dr. M. Schrappe

Priorisierung: Oregon Health Plan

Gesetzlicher Auftrag 1989: Oregon Health Services Commission

➔ Erklärtes Ziel:

- Explizite Rationierung

➔ Vorgehen:

- transparentes Verfahren mit Bürgerbeteiligung
- alle zwei Jahre Liste von knapp 700 Erkrankungen

➔ Ergebnis:

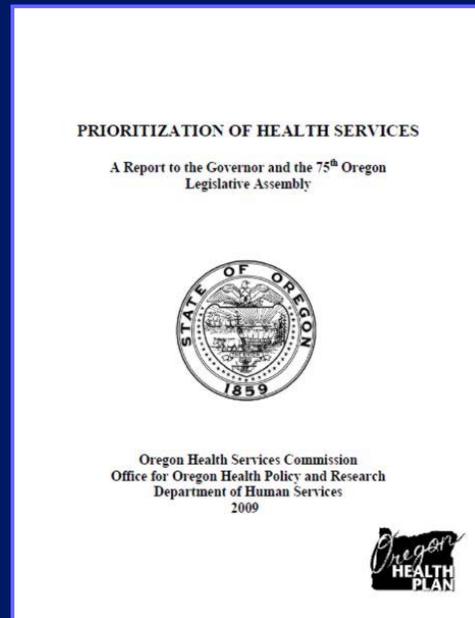
- kaum Einsparungen
- Rationierung "demokratisch" nicht möglich
- Komplexität der Entscheidungen nicht abgebildet

Prof. Dr. M. Schrappe

Liste 2010/11

- 1 Pregnancy
- 2 Geburt
- 3 Prävention Alter <11 Jahre
- 4 Prävention Alter > 10 Jahre
- ...
- 675 Dermatologische ...
- 676 Respiratorische ...
- 677 Genitourethrale ...
- 678 Muskuloskeletale ...
- 679 Gastrointestinale Erkrankungen ohne oder mit minimaler Therapie

"Funding Line" ungefähr bei Position 550 (ist in Beratung durch das Parlament)



Prof. Dr. M. Schrappe

Priorisierung: zwei Perspektiven

➔ Explizite Priorisierung

- kann zur expliziten Rationalisierung führen
- alternative Folge Rationalisierung
- alternativ Verbesserung der Qualität

➔ Rationierungsperspektive

- Rationalisierung ist Normalzustand
- da Ressourcen immer begrenzt
- Rationierungskriterien werden abgeleitet

Meyer, T. ZeFQ 103, 2009, 80

Prof. Dr. M. Schrappe

Netto-Nutzen

Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes

./ therapierelevante Nebenwirkungen

Netto-Nutzen

Prof. Dr. M. Schrappe

§35a Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. Hierzu gehört insbesondere die Bewertung des Zusatznutzens gegenüber der Vergleichstherapie, des Ausmaßes des Zusatznutzens und seiner therapeutischen Bedeutung. Die Nutzenbewertung erfolgt auf Grund von Nachweisen des pharmazeutischen Unternehmers, die er einschließlich aller von ihm durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen spätestens zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens als auch der Zulassung neuer Anwendungsgebiete des Arzneimittels an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln hat, und die insbesondere folgende Angaben enthalten müssen:

1. zugelassene Anwendungsgebiete,
2. **medizinischer Nutzen**,
3. **medizinischer Zusatznutzen** im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie,
4. Anzahl der Patienten und Patientengruppen, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht,
5. **Kosten der Therapie** für die gesetzliche Krankenversicherung,
6. **Anforderung an eine qualitätsgesicherte Anwendung**.

(...) Legt der pharmazeutische Unternehmer die erforderlichen Nachweise trotz Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vor, gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt. Das Nähere zur Nutzenbewertung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum 31. Januar 2011 in seiner Verfahrensordnung.

AMNOG Fass. v. 12.11.2010

AMNOG: Nutzen und Zusatznutzen nach §35a SGB V

Rechtsverordnung zu §35a SGB V

§ 2 Begriffsbestimmungen

(3) Der Nutzen eines Arzneimittels im Sinne dieser Verordnung ist der patientenrelevante therapeutische Effekt insbesondere hinsichtlich der **Verbesserung des Gesundheitszustands**, der **Verkürzung der Krankheitsdauer**, der **Verlängerung des Überlebens**, der **Verringerung von Nebenwirkungen** oder einer **Verbesserung der Lebensqualität**.

(4) Der Zusatznutzen eines Arzneimittels im Sinne dieser Verordnung ist ein quantitativ oder qualitativ höherer Nutzen nach Absatz 3 für Patientinnen und Patienten gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

AMNOG Fass. v. 12.11.2010, Rechtsverordnung vom 8.11.2010

§5 Zusatznutzen

Forts. AMNOG: Rechtsverordng. zu §35a

(6) Die Aussagekraft der Nachweise ist unter Berücksichtigung der Studienqualität, der Validität der herangezogenen Endpunkte sowie der Evidenzstufe darzulegen und zu bewerten, mit welcher Wahrscheinlichkeit und in welchem Ausmaß ein Zusatznutzen vorliegt. Im Dossier ist für alle eingereichten Unterlagen darzulegen, auf welcher **Evidenzstufe** diese erbracht werden. Es gelten folgende Evidenzstufen:

1. Ia Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe Ib
2. Ib Randomisierte klinische Studien
3. IIa systematische Übersichtsarbeiten der Evidenzstufe IIb
4. IIb prospektiv vergleichende Kohortenstudien
5. III retrospektiv vergleichende Studien
6. IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien
7. V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Konsensuskonferenzen und Berichte von Expertenkomitees.

Bedarf

Bedarf

- ➔ Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten läßt

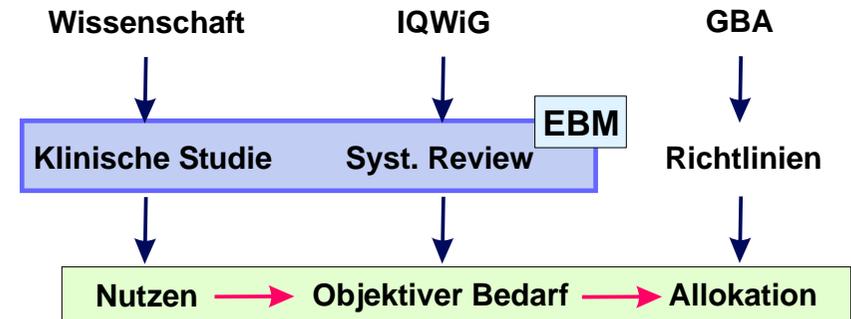
Objektiver Bedarf

- ➔ **Fachlich bzw. wissenschaftlich bestätigter Bedarf**

Nachfrage

- ➔ Wunsch nach Versorgung und Zahlungsbereitschaft

Nutzen, Bedarf, Allokation



Rationierung

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen

- ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen

- ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage und ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)
- ➔ oder bestehendem latentem Bedarf
- ➔ bei objektiven Behandlungsoptionen und
- ➔ **gegebener gesellschaftlich-kultureller Akzeptanz**

Rationierung: Begriff

➔ Gesundheitswesen:

- Perspektive des Vorenthaltens

➔ Ökonomie:

- Preismechanismus führt nicht zum Ausgleich von Angebot und Nachfrage, Folge: Nachfrageüberschuss und Zuteilung

➔ Wirtschaftspolitik:

- Bewirtschaftung (Folge: Schwarzmarkt)

Rationierung und Mangel

- ➔ **Absoluter Mangel:**
- Transplantationmedizin
 - Impfstoff bei Epidemien
 - Massenunfall / Krieg
 - Ärztemangel
- ➔ **Relativer Mangel:**
- Ressourcenmangel
 - Unvollständiger Innovationstransfer
 - Organisatorische Fehlfunktion

Prof. Dr. M. Schrappe

THE TROUBLE WITH RATIONING

SUDDENLY everyone is talking about rationing. First brought to public attention by Schwartz and Aaron's study of hospital services in the United States, rationing is now widely advocated as the only way to control health care costs.

The argument goes like this: An aging and growing population, rising public expectations, and the continual introduction of new and expensive forms of technology generate a virtually unlimited demand for medical services, which inevitably exhausts the resources we are willing and able to devote to health care. Sooner or later we will be forced to limit expenditures by restricting services, even those that are beneficial. Of course, we are already restricting services through our failure to provide health insurance to many who cannot afford it, but we now must confront the necessity of explicitly denying certain services to insured patients — at least to those whose insurance is subsidized by government or business.

On the surface it is a persuasive argument. Many observers now seem convinced that the question is not whether but how we will ration health services.³ A

THE TROUBLE WITH RATIONING

SUDDENLY everyone is talking about rationing. First brought to public attention by Schwartz and Aaron's study of hospital services in the United States, rationing is now widely advocated as the only way to control health care costs.

The argument goes like this: An aging and growing population, rising public expectations, and the continual introduction of new and expensive forms of technology generate a virtually unlimited demand for medical services, which inevitably exhausts the resources we are willing and able to devote to health care. Sooner or later we will be forced to limit expenditures by restricting services, even those that are beneficial. Of course, we are already restricting services through our failure to provide health insurance to many who cannot afford it, but we now must confront the necessity of explicitly denying certain services to insured patients — at least to those whose insurance is subsidized by government or business.

On the surface it is a persuasive argument. Many observers now seem convinced that the question is not whether but how we will ration health services.³ A

Arnold Relman
NEJM 323, 1990, 911

The supposed necessity of rationing rests on the assumption that no other expedient can prevent for long the continued escalation of health costs. Advocates of rationing usually acknowledge the growing evidence of overuse of services, inefficient use of facilities, and excessive expenditures. They may be right, but these problems would soon be nullified by a resumption of the inexorable rise in costs. That substantial elimination of waste would reduce the cost of health care by 20 to 30 percent. But they may be wrong. A kind of rationing that would produce a

This argument, it seems to me, fails to recognize the crux of the problem. New forms of technology and insatiable demand are not the fundamental causes of cost inflation, nor are overuse, inefficiency, duplication, or excessive overhead expenses. They are simply the manifestations of a system that has built-in incentives for waste and inflation. It is the way we organize and fund the delivery of health care that rewards the profligate use of technology and stimulates demand for nonessential services; it is the system that allows duplication and waste of resources and produces excessive overhead costs. Change certain features of the

Viertes Kapitel SGB V: Beziehung der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt: Allgemeine Grundsätze

§ 70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß **ausreichend** und **zweckmäßig** sein, darf das **Maß des Notwendigen** nicht überschreiten und muß in der **fachlich gebotenen Qualität** sowie **wirtschaftlich** erbracht werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

➔ **Verfassungsrecht**

- Sozialstaatsgebot
- Freiheitsrechte
- Gleichheitsrecht
- Rechtsstaatsgebot

➔ **Europ. Recht**

➔ **Deutsches Gesundheitssystem**

- Gesetzliche Leistungsausschlüsse
- Ermessensentscheidungen der Kostenträger
- Leistungsausschlüsse durch den GBA
- Leistungssteuerung durch die Vergütungsrecht
- Leistungssteuerung durch Infrastrukturrecht

Rationalisierung und die Zitrone

➔ **Ergebnisse**

- z.B. nosokomiale Infektionen
- z.B. (vermeidbare) unerwünschte Ereignisse
- z.B. mangelnde Anwendung von Leitlinien

➔ **Prozesse und Strukturen**

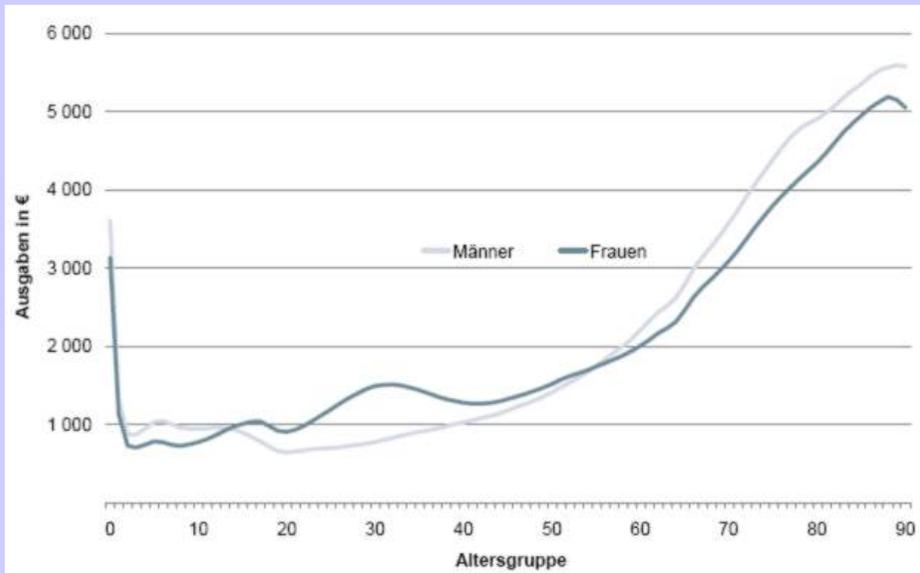
- z.B. Zentrenbildung
- z.B. regionale Strukturen
- z.B. mangelnder Organisationsgrad und Führung

Rationierung/Priorisierung: Kriterien

➔ **Alter**

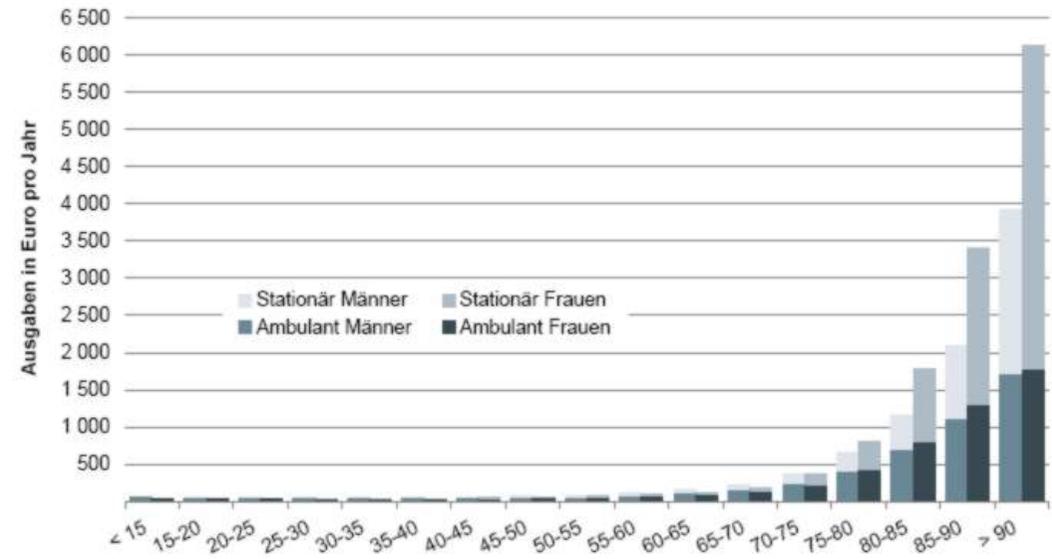
- ➔ Zahlungsbereitschaft
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ Aspekte der Gerechtigkeit
- ➔ [Nutzen der Methode]
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis

Gesundheitsausgaben Deutschland, GKV



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 68

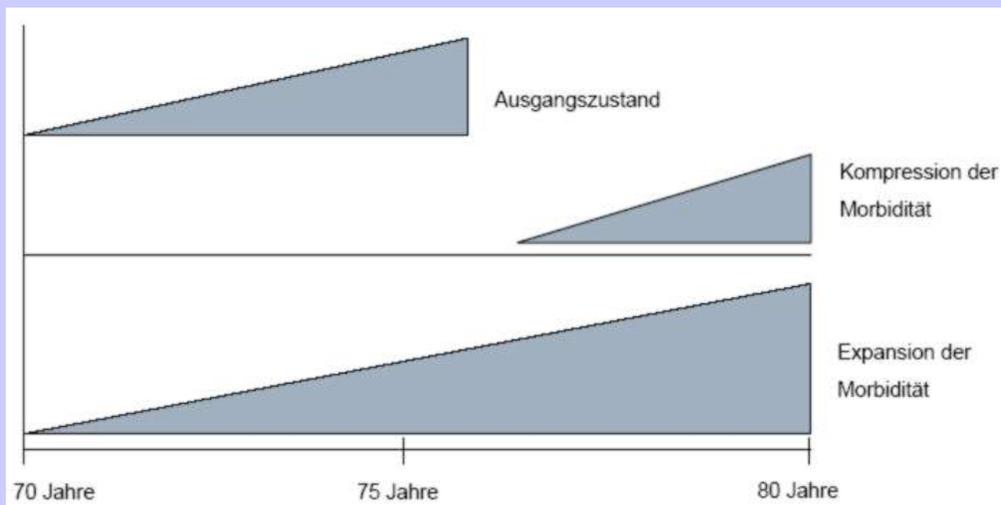
Ausgaben soziale Pflegeversicherung 2007



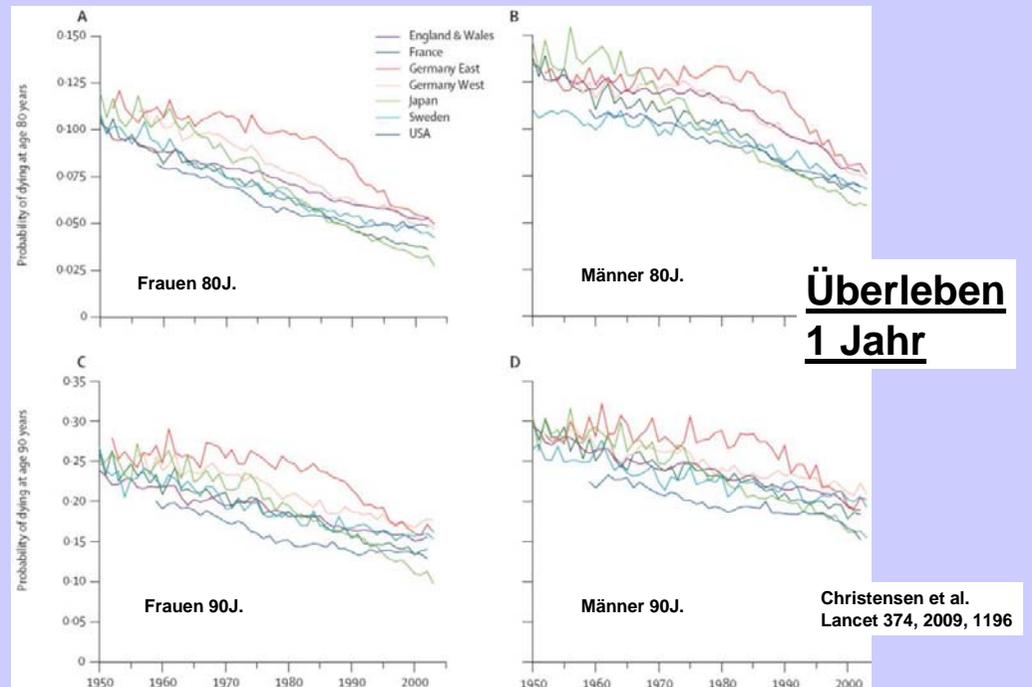
SVR Sonder-GA 2009 Nr. 626

Morbiditätsexpansion versus -kompression

(jeweils absolute Varianten)



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 77



Christensen et al.
Lancet 374, 2009, 1196

Quality of the Last Year of Life of Older Adults: 1986 vs 1993

Youlian Liao, MD
 Daniel L. McGee, PhD
 Guichan Cao, MS
 Richard S. Cooper, MD

WHEN PEOPLE SURVIVE TO old age, fear of death is often joined by fears of disability or institutionalization. Morbidity and disability before death have a tremendous impact on such persons, their families, and the health care delivery system. Health care use increases substantially as people draw closer to death.¹ In 1993, 73% of all deaths in the United States occurred among persons 65 years and older and 23% among those 85 years

Context The population is aging and life expectancy is increasing, but whether morbidity and disability late in life also increase is unknown.

Objective To examine whether the use of health care services, disability and cognitive function, and overall quality of life in the year before death among older adults has changed over time.

Design and Setting The 1986 and 1993 National Mortality Followback Surveys, which were probability samples of all deaths in the United States with response rates of next of kin of 90% and 88% for those aged 65 years and older.

Participants Next of kin were asked to report the health status of a total of 9179 decedents who were 65 years and older in 1986 and 6735 in 1993, representing 1.5 and 1.6 million decedents aged 65 years and older.

Main Outcome Measures Days of hospital or nursing home stays, number and length of disability in 5 activities of daily living, duration of impairment in 3 measures of cognitive function, and an overall sickness score among individuals aged 65 through 84 years and those aged 85 years and older.

Results Women used significantly fewer hospital and nursing home services in the last year of life in 1993 vs 1986 (mean reduction, 3.3 nights for both age groups for hospital services; mean reduction 18.4 nights for nursing home for women aged 65-84 years and 42.3 nights for women ≥85 years). Men had no changes except those aged 85 years and

Liao et al.
 JAMA 283, 2000, 512

Lebensqualität USA >84-Jährige

Liao et al. JAMA 283, 2000, 512

Variable	1986	1993
Männer > 84 J.		
Hospital stay		
0	22.3 (1.5)	29.1 (3.8)
≥ 1 mo	21.6 (1.5)	19.2 (3.3)
≥ 3 mo	4.2 (0.7)	4.1 (1.4)
Mean No. of nights	22.4 (1.7)	19.7 (3.3)
Nursing home stay		
0	55.1 (1.8)	66.7 (3.8)
≥ 3 mo	32.9 (1.7)	22.8 (3.4)
≥ 6 mo	27.3 (1.7)	17.3 (3.1)
Mean No. of nights	99.3 (5.4)	66.7 (10.1)
Frauen > 84 J.		
Hospital stay		
0	30.7 (1.2)	40.6 (2.8)
≥ 1 mo	17.2 (1.0)	12.2 (1.9)
≥ 3 mo	3.3 (0.5)	3.5 (1.1)
Mean No. of nights	18.4 (1.1)	15.0 (2.0)
Nursing home stay		
0	39.6 (1.3)	54.6 (2.8)
≥ 3 mo	46.9 (1.3)	34.7 (2.7)
≥ 6 mo	42.3 (1.3)	29.7 (2.6)
Mean No. of nights	155.6 (4.5)	113.2 (8.9)

Variable	1986	1993
Männer > 84 J.		
Total time in hospital and nursing home		
< 1 wk	22.5 (1.5)	34.8 (3.8)
≥ 6 mo	29.8 (1.7)	18.5 (3.1)
Activities of daily living		
No restriction	21.0 (1.5)	30.3 (3.9)
Restriction in ≥ 2	47.3 (1.8)	42.6 (4.1)
Cognitive function		
No impairment	58.3 (1.8)	65.4 (3.8)
Impairment in ≥ 2 functions	10.8 (1.1)	14.3 (2.9)
Overall quality of life		
Categories all favorable	9.4 (1.1)	10.8 (2.5)
≥ 1 Category unfavorable	55.6 (1.8)	49.7 (4.1)
Frauen > 84 J.		
Total time in hospital and nursing home		
< 1 wk	19.3 (1.0)	36.0 (2.6)
≥ 6 mo	43.2 (1.3)	30.7 (2.6)
Activities of daily living		
No restriction	11.6 (0.8)	18.9 (2.3)
Restriction in ≥ 2	62.5 (1.3)	52.1 (2.9)
Cognitive function		
No impairment	50.3 (1.3)	56.2 (2.7)
Impairment in ≥ 2 functions	19.1 (1.0)	18.1 (2.2)
Overall quality of life		
Categories all favorable	3.9 (0.5)	9.5 (1.7)
≥ 1 Category unfavorable	69.5 (1.2)	63.0 (2.7)

gesoeko\bedarf\tration.cdr

Rationierung

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage und ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)
 ➔ oder bestehendem latentem Bedarf
 ➔ bei objektiven Behandlungsoptionen und
 ➔ gegebener gesellschaftlich-kultureller Akzeptanz

gesoeko\bedarf\vat_Krit.cdr

Rationierung/Priorisierung: Kriterien

- ➔ Alter
- ➔ Zahlungsbereitschaft
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ Aspekte der Gerechtigkeit
- ➔ [Nutzen der Methode]
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis

Rationierung

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage **und**
ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)
 ➔ oder bestehendem latenten Bedarf
 ➔ bei objektiven Behandlungsoptionen und
 ➔ gegebener gesellschaftlich-kultureller
 Akzeptanz

Rationierung/Priorisierung: Kriterien

- ➔ Alter
- ➔ Zahlungsbereitschaft
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ Aspekte der Gerechtigkeit
- ➔ **[Nutzen der Methode]**
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis

Rationierung/Priorisierung: Kriterien

- ➔ Alter
- ➔ Zahlungsbereitschaft
- ➔ Dringlichkeit
- ➔ Krankheitsschwere
- ➔ Relevanz der Erkrankung
- ➔ **Aspekte der Gerechtigkeit**
- ➔ **[Nutzen der Methode]**
- ➔ Krankheitskosten
- ➔ Kostennutzen-Verhältnis

Rationierung

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage **und**
ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)
 ➔ oder bestehendem latenten Bedarf
 ➔ bei objektiven Behandlungsoptionen und
 ➔ **gegebener gesellschaftlich-kultureller
 Akzeptanz**

Bedarf

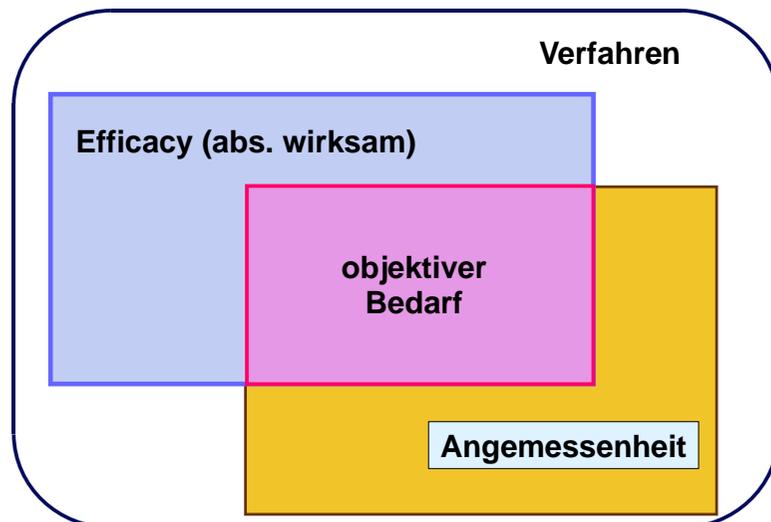
„Die Feststellung von Bedarf schließt also subjektive und gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über einen behandlungsbedürftigen Zustand und über den möglichen bzw. hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen (*benefit*) von gegenwärtig verfügbaren Verfahren und Einrichtungen zur Behandlung dieses Zustandes ein.“ (SVR 2001, S. 43)

Angemessenheit - Definition

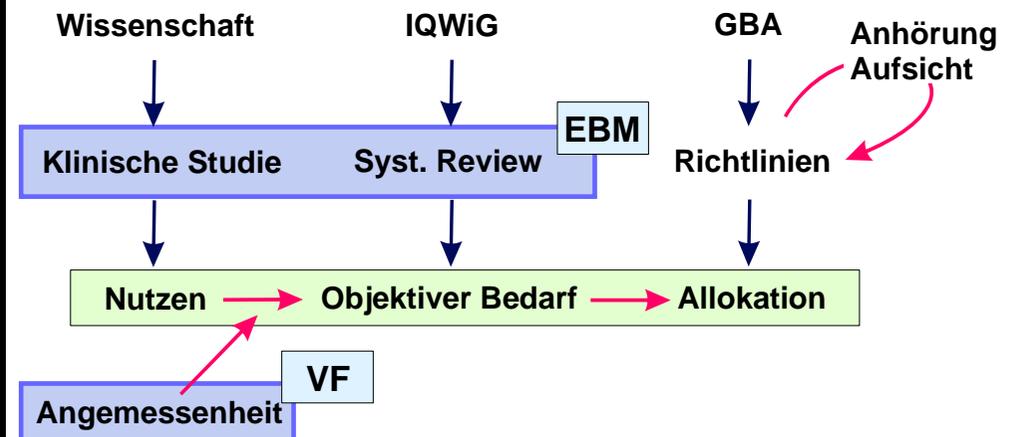
"Der Rat ... definiert Angemessenheit als Attribut wirksamer Maßnahmen, in dem deren **Effizienz** und deren **Übereinstimmung mit Grundsätzen, Werten und Präferenzen** auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt."

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung" Bd. II, Nr. 579

Bedarf und Angemessenheit



Nutzen, Bedarf, Allokation



USA: Affordable Care Act (ACA), 23.3.2010

A non-profit **Patient-Centered Outcomes Research Institute** is established, independent from government, to undertake **comparative effectiveness research**. This is charged with examining the "relative health outcomes, clinical effectiveness, and appropriateness,, of different medical treatments by evaluating existing studies and conducting its own. Its 19-member board is to include patients, doctors, hospitals, drug makers, device manufacturers, insurers, payers, government officials and health experts. It will not have the power to mandate or even endorse coverage rules or reimbursement for any particular treatment. Medicare may take the Institute's research into account when deciding what procedures it will cover, so long as the new research is not the sole justification and the agency allows for public input. The bill forbids the Institute to develop or employ "a dollars per quality adjusted life year" (or similar measure that discounts the value of a life because of an individual's disability) as a threshold to establish what type of health care is cost effective or recommended. This makes it different from the UK's National Institute for Health and Clinical Excellence.

Zit. N. Wikipedia, Zugriff 13.11.2010

USA: Affordable Care Act (ACA), 23.3.2010

A non-profit **Patient-Centered Outcomes Research Institute** is established, independent from government, to undertake **comparative effectiveness research**. This is charged with examining the "relative health outcomes, clinical effectiveness, and appropriateness,, of different medical treatments by evaluating existing studies and conducting its own. Its 19-member board is to include patients, doctors, hospitals, drug makers, device manufacturers, insurers, payers, government officials and health experts. It will not have the power to mandate or even endorse coverage rules or reimbursement for any particular treatment. Medicare may take the Institute's research into account when deciding what procedures it will cover, so long as the new research is not the sole justification and the agency allows for public input. The bill forbids the Institute to develop or employ "a dollars per quality adjusted life year" (or similar measure that discounts the value of a life because of an individual's disability) as a threshold to establish what type of health care is cost effective or recommended. This makes it different from the UK's National Institute for Health and Clinical Excellence.

Zit. N. Wikipedia, Zugriff 13.11.2010

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Begriffsdefinitionen und Nutzenkonzept
- ➔ **Patientenautonomie und Consumerism**
- ➔ Anforderungen an Innovationstransfer
- ➔ Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



00qmqm_pofangell96.cdr

Health Care Consumerism

“In a competitive system, consumers can then vote with their feet...”

Angell M, Kassirer J: Quality and the medical marketplace - following elephants. NEJM 1996, 335: 883-5

Prof. Dr. M. Schrappe

Rationierung

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage (demand)

Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Leistungen
 ➔ trotz ausgedrückter Nachfrage und
 ausgedrücktem objektivem Bedarf (need)
 ➔ oder bestehendem latentem Bedarf
 ➔ bei objektiven Behandlungsoptionen und
 ➔ gegebener gesellschaftlich-kultureller
 Akzeptanz

Efficacy: what's missing?

➔ Mangelnde externe Validität

- Eingeschlossene Patienten nicht repräsentativ
- Kontrollierte Studien liegen nicht vor
- Endpunkte irrelevant, Effekte treten zu spät ein

➔ Paternalismus

- Patientenpräferenzen nicht berücksichtigt
- Soziale Präferenzen nicht berücksichtigt

➔ Mangelnde Eignung für komplexe Interventionen

- Public Health-Interventionen: komplexe Designs
- RX Studien: Bias zugunsten klinischer Endpunkte

Public Disclosure

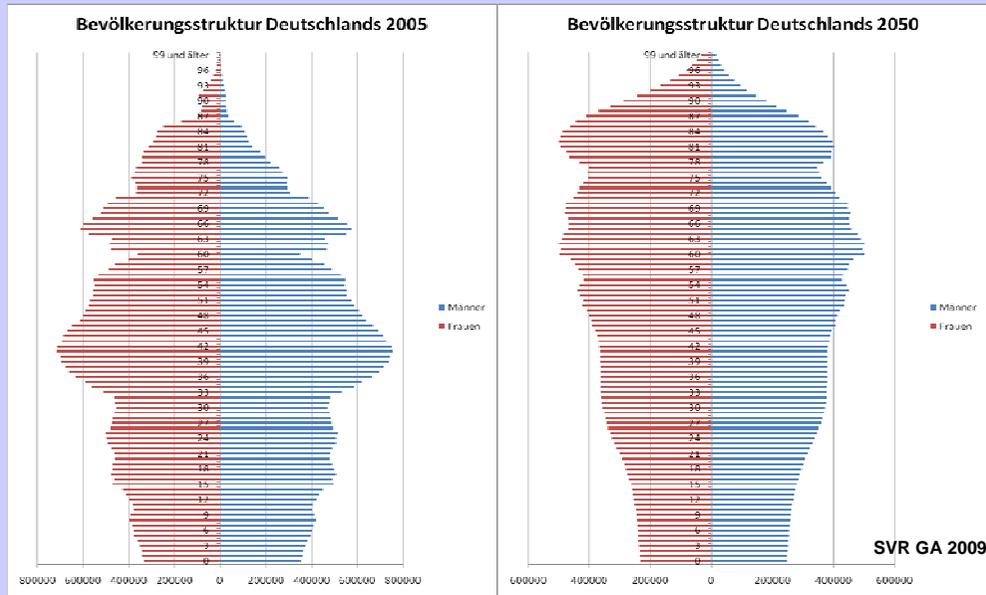
- keine Studien
- +/- indiff. Ergebnis
- ↕ neg./pos. Effekt
- * meth. hochwertige Studien

	Ergebnis-Q	Prozess-Q	Einstellung	Markt
Patienten	/	/	↕ ↗*	/
Niedergel. Ärzte	/	/	↕	/
Krankenhäuser	↗*	↗*	↕	+/-
Kassen	/	+/-	↗	/
Gesundh.-system	/	/	/	+/-

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Begriffsdefinitionen und Nutzenkonzept
- ➔ Patientenautonomie und Consumerismus
- ➔ Anforderungen an Innovationstransfer
- ➔ Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung

Demographische Entwicklung Deutschland



Chronische Erkrankungen

Reform Chronic Illness Care? Yes, We Can

EDITORIAL STAFF
 Editor in Chief
 SHUAN DENTZER
 Executive Editor
 DONALD E. METZ
 Managing Editor
 ANDREA ZUERCHER
 Deputy Editors
 ROBERT CUNNINGHAM
 PARMEETH S. ATWAL
 PHILIP MUSKOV
 SARAH B. DAVE
 Senior Editors
 SUE DREISIN
 LEE L. PRINA (GRANT)
 Editor, Narrative Medicine
 ELLEN FICKLEN
 Associate Editors
 DONNA ABRAHAMS
 MARY M. RUBINO
 Assistant Editor
 JEANNE BURKE
 Production Editor

A H, HUMANITY. Having eliminated many causes of acute diseases, we've achieved longer lives plagued with chronic ones. Sometimes we pass along genetic defects that predispose our offspring to these conditions; more often, we help bring chronic illness upon

care in the United States and abroad. They underscore that to a considerable degree, delivery system reform will be chronic care reform. After

cancers, diabetes, arthritis, high blood pressure, depression. Globally, the World Health Organization (WHO) estimates, three out of every five deaths—four out of five in low- and middle-income countries—stem from chronic disease.

Dentzer S
 Health Aff.
 28 (1), 2009, 12

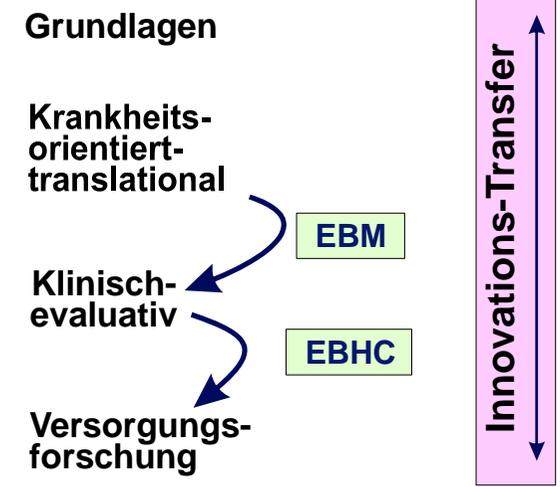
Prof. Dr. M. Schrappe

Demographie-adäquate Versorgung?

Das jetzige Gesundheitssystem wurde entwickelt nach Maßgabe der Behandlung akuter Erkrankungen

➔ Die Zukunft des Gesundheitssystems muss die Behandlung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten unter den Bedingungen der alternden Gesellschaft ermöglichen

Aktuelles Konzept

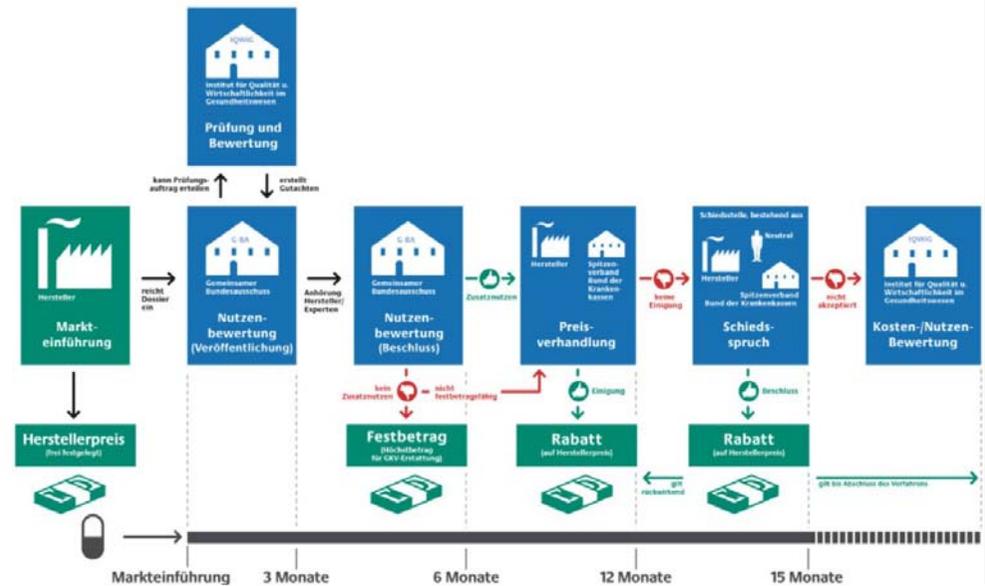


Dimensionen

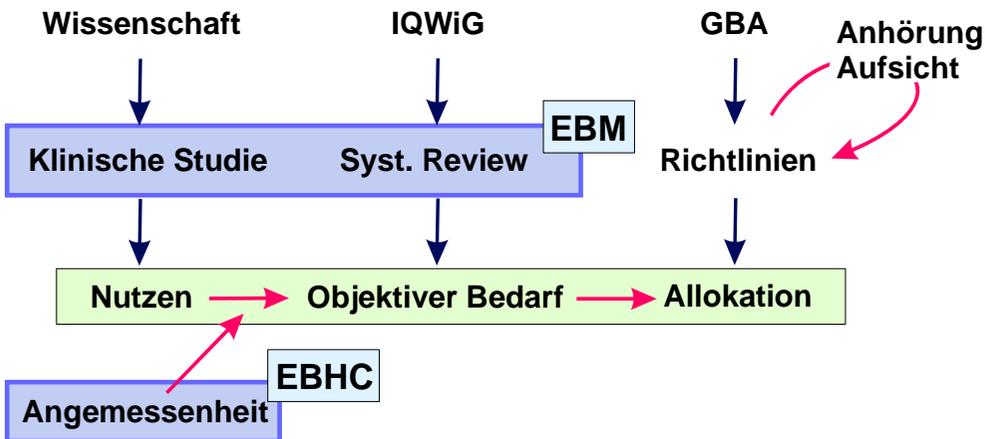


Faire Preise für Arzneimittel

Preisgestaltung in der GKV nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)



Nutzen, Bedarf, Allokation



Memoranden des DNVF

- Memorandum I
 - Definition und Konzept der VF (Badura et al. 2003)
- Memorandum II
 - Struktur und Voraussetzungen (Schrappe et al. 2006)
- Memorandum III
 - Methoden (1. Fassung: Hrsg. Pfaff, Glaeske, Neugebauer, Schrappe 2010)

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Begriffsdefinitionen und Nutzenkonzept
- ➔ Patientenautonomie und Consumerism
- ➔ Anforderungen an Innovationstransfer
- ➔ **Rollenveränderung des ärztlichen Berufes**
- ➔ **Ausblick und Zusammenfassung**



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Die falsch verteilten Ärzte

Deutschland lebt es nicht an Ärzten. Aber die Mediziner lassen sich nicht gleichmäßig nieder. Sie wölben nicht aufs Land, obwohl dort der Umsatz sicher ist und unternehmerische Chancen locken. Fast alle zieht es stattdessen in die Städte.

Von Claus Peter Müller von der Grün



Deutschland leidet schon seit Jahren an Ärztemangel, denn die Zahl der Ärzte steigt höchstens um ein Prozent. 1999 gehörten dem Landesärztekennzeichen 343.536 Ärzte an. In den Kommunen sind alle Ärzte unabhängig davon Mitglied, sich sind von der Ärztekammer (ÄK) zu zahlen. Bis 2007 stieg deren Zahl auf 413.000, darunter 137.500 Vertragsärzte, die als niedergelassene Ärzte die Kassapatienten versorgen.

Indem es es noch nicht einmal zwei Dekaden hat, dass die Standorte von einer „Ärztelochse“ waren. In der Folge werden Zu-

medführer Gesundheitsportal - Klini...
medführer® medizinische Transparenz
Arzt- & Klinik Suche Ratgeber Gesundheit
Schnellsuche Fachportal
Wählen Sie das gewünschte Fachportal aus
Fachportal wählen
Home Kontakt Sitemap Unternehmen
Kliniken Reha-Kliniken Praxen Zahnmediziner Geriatrie Therapeuten Heilpraktiker Apotheken Pflegeheime Tierärzte
medführer Arztbewertung
www.medführer.de
Arzt- & Klinik Suche
Bewerten Sie Ihren Arzt und Ihre Klinik
Geben Sie Ihrem Arzt oder Ihrer Klinik eine Rückmeldung. Sie fühlen sich gut aufgehoben bei Ihrem Arzt oder Sie können eine Praxis oder Klinik besonders empfehlen. Dann nutzen Sie die medführer Arztbewertung.
Zur medführer Arztbewertung

Häufigkeit von Rationierung in Deutschland

Befragung von 507 Krankenhausärzten in Deutschland

Prädiktorvariable	häufig	selten	nie	N
<i>Art der Abteilung</i>				
Kardiologie	40 (17%)	147 (62%)	51 (21%)	238 (100%)
Intensivmedizin	26 (10%)	176 (66%)	63 (24%)	265 (100%)
Gesamt	66 (13%)	323 (64%)	114 (23%)	503 (100%)
<i>Arztfunktion</i>				
Leitend	22 (17%)	61 (48%)	44 (35%)	127 (100%)
Nicht-leitend	43 (12%)	257 (70%)	66 (18%)	366 (100%)
Gesamt	65 (13%)	318 (65%)	110 (22%)	493 (100%)
<i>Trägerschaft</i>				
Öffentlich	25 (12%)	139 (65%)	49 (23%)	213 (100%)
Freigemeinnützig	12 (10%)	86 (68%)	28 (22%)	126 (100%)
Privat	28 (18%)	93 (60%)	34 (22%)	155 (100%)
Gesamt	65 (13%)	318 (64%)	111 (23%)	494 (100%)

Strech et al. DMW 134, 2009, 1261

Häufig: mind. 1x/Woche, selten 1x/Monat

To be seen as fair and therefore have a chance of acceptance by the public and the medical profession, a rationing plan needs to have medical and ethical, not simply economic, justification. To be medically justified, rationing decisions have to be personalized, because no two patients are exactly the same and the anticipated benefits of a given procedure vary from patient to patient. As Schwartz and Aaron⁴ have re-

Beyond these practical difficulties, attempts to ration medical services in our present health care system would create serious ethical and political problems. Doctors would find themselves in the uncomfortable position of having to deny services to some insured patients they would ordinarily have treated in accordance with accepted medical practice. In a system with

Even if a workable, medically sensible, ethically and politically acceptable rationing plan could be devised, it would not save money in the long run. The



Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Begriffsdefinitionen und Nutzenkonzept
- ➔ Patientenautonomie und Consumerism
- ➔ Anforderungen an Innovationstransfer
- ➔ Rollenveränderung des ärztlichen Berufes
- ➔ **Ausblick und Zusammenfassung**



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



00qm\allg\brook10.cdr

Perspektive: Qualität und Sicherheit

The End of the Quality Improvement Movement Long Live Improving Value

Robert H. Brook, MD, ScD

THE MODERN ACADEMIC QUALITY IMPROVEMENT movement began more than 40 years ago with a series of articles that highlighted substantial deficiencies in the way care was provided.¹ In response, multiple efforts to improve quality were launched. Medical processes that affected patients' health were identified. Methods of measuring how well the processes were performed in day-to-day practice were developed, and many suggestions were made regarding how the processes could be performed better and care improved.

"quality of health care" had caught the attention of the US public and whether sufficient resources were being invested in the quality movement to actually improve care. As a result, there was a major effort to relabel and morph the quality improvement movement into the patient safety movement.⁸

The difference between quality and safety is not clear. If a surgeon removes the wrong limb, is that a quality problem or a safety problem? Are errors of commission (ie, placing a feeding tube in the lungs as opposed to the stomach) and errors of omission (ie, failing to give a surgical patient anticoagulation) problems of quality or safety? In any event, refocusing quality to safety seemed to have reenergized the

Brook RH: JAMA 304, 2010, 1831

Prof. Dr. M. Schrappe

00qm\allg\QuS2020.cdr

Q+S: Perspektive D 2020

- ➔ Relevante Themen identifizieren

Prof. Dr. M. Schrappe

00qm\allg\QuS2020.cdr

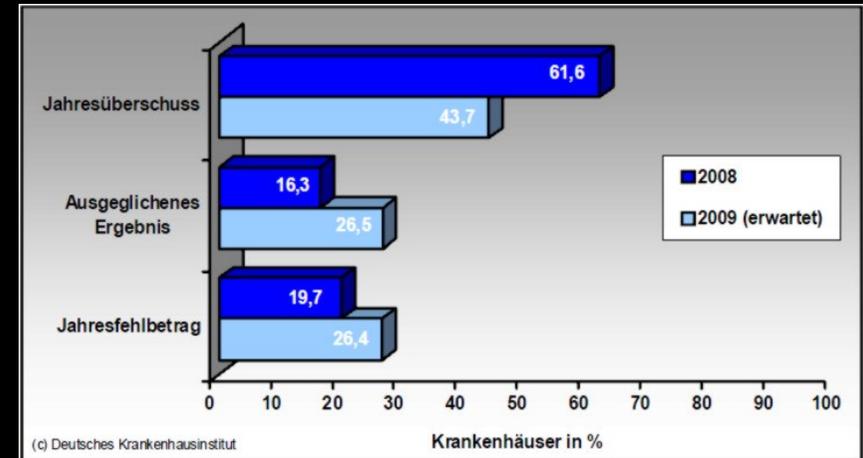
QM: Relevante Themen

- ➔ Priorisierung von Gesundheitszielen
- ➔ Prozess- und Strukturinnovationen fördern
- ➔ Qualität und Sicherheit re-integrieren
- ➔ **Populations-bezogene Versorgung: Qualität**
- ➔ Demographie: Qualität der Versorgung im Alter
- ➔ Qualität der Versorgung chronisch/mehrfach Kranker
- ➔ Gesundheitsversorgung und Datenschutz

Prof. Dr. M. Schrappe

Q+S: Perspektive D 2020

- ➔ Relevante Themen identifizieren
- ➔ Management



Quelle: Krankenhausbarometer 2009

Q+S: Perspektive D 2020

- ➔ Relevante Themen identifizieren
- ➔ Management
- ➔ Verantwortung / Accountability



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Enactment of the **Affordable Care Act (ACA)** was a historic event. Along with the Recovery Act, the ACA will usher in the most extensive changes in the U.S. health care system since the creation of

Medicare and Medicaid. Under this law, the next few years will be a **period of what economists call "creative destruction"**: our fragmented, fee-for-service health care delivery system will be transformed into a higher-quality, higher-productivity system with strong incentives for efficient, coordinated care.¹ Consequently, it will not only improve the quality of care and reduce costs. Doing so will require focused efforts to improve care for the 10% of patients who account for 64% of all U.S. health care costs.² Much of this cost derives from **high rates of unnecessary hospitalizations and potentially avoidable complications,**³ and these, in turn, are partially

Physicians versus Hospital Organizations

Robert Kocher, M.D., and Nikhil R. Sahni

Q+S: Perspektive D 2020

- ➔ Relevante Themen identifizieren
- ➔ Management
- ➔ Verantwortung / Accountability
- ➔ Fachlich/wissenschaftliche Unabhängigkeit
- ➔ Aus dieser Perspektive: Politikberatung
- ➔ Evaluation

Memorandum III: Methodik in der VF

- ➔ **Empfehlungen (veröffentlicht)**
 - Epidemiologie
 - Organisationsforschung
 - Lebensqualitätsforschung
- ➔ **Empfehlungen (AKTUELL !!)**
 - Registerstudien
 - Gesundheitsökonomie
- ➔ **AG in Gründung/in bearbeitung**
 - Qualitative Methoden
 - **Qualitäts- und Sicherheitsforschung**

Q+S: Perspektive D 2020

- ➔ Relevante Themen identifizieren
- ➔ Management
- ➔ Verantwortung / Accountability
- ➔ Fachlich/wissenschaftliche Unabhängigkeit
- ➔ Aus dieser Perspektive: Politikberatung
- ➔ Evaluation
- ➔ Etablierung an den Fakultäten und Lehre

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !