

# «What we measure will improve»

Allianz Qualität vor Kosten im Gesundheitswesen

---

26. November 2010

Willy Oggier, Dr. oec. HSG, Gesundheitsökonom, Küssnacht

## Wer ist diese « allianz q »

- Schweizerische Diabetesgesellschaft SDG ASD
- OsteoSuisse, Schweiz. Osteoporose Gesellschaft
- Konferenz Kantonalen Ärztegesellschaften KKA
- Ärzte mit Patientenapotheke ApA
- Die Spitäler der Schweiz H+
- Interpharma
- Merck Sharp&Dohme-Chibret MSD
- Zurich Heart House
- Privatpersonen

## Problemfelder einst und heute

- Kostendruck
- Entsolidarisierung
- Demographische Entwicklung
- Föderalismus
- Pflegebedürftigkeit
- Anspruchshaltung
- Ärzteüberschuss
- Mangelnder Wettbewerb
- Akutbettenüberhang
- Mangelnde Pflegebetten
- Personalmangel
- Falsche (Finanzierungs-) Anreize
- Medizin-technologische Entwicklung

## Ausgangslage

- Gesundheitspolitisches Sofortmassnahmen-Paket als Auslöser
- Fazit: Problemfelder werden ignoriert
- Aufruf zur Reform
  - Stopp dem Sofortmassnahmen-Paket
  - Morbiditätsorientierter Risikoausgleich
  - Monismus
- Manifest
- Workshop «Nutzen statt Kosten, Juni 2010»

## Unser Ansatz (1)

- Wir stellen wichtige gesundheitspolitische Fragen – etwa:  
Was brauchen Kranke wirklich?
- Wir thematisieren Qualität in allen Facetten,  
vor allem die Qualität der Versorgung
- Wir zeigen Probleme auf und fragen nach Evidenzen und Daten
- Wir zeigen auf, was epidemiologische und volkswirtschaftliche  
Bedeutung hat:
  - Brustkrebs
  - Depressionen
  - Diabetes
  - Herz-Kreislauf Erkrankungen

## Unser Ansatz (2)

- Wir fragen nach den richtigen Anreizen:
  - Verfeinerung des Risikoausgleichs
  - Monistische Finanzierung
- Wir suchen Vorbilder:
  - Wer macht es gut?
  - Warum und wo funktioniert es?
- Wir suchen Experten, die Lösungen definieren
- Jede/r (Spezialist-/in) trägt nach seinen/ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Entwicklung der Allianz bei

# Unsere Manifest

- Qualität steht vor Kosten
  - Qualität statt Kosten
  - Belohnung statt Bestrafung
  - Ausgleich statt Selektion
  - Innovation für chronisch Kranke

## Fazit für die allianz q

- Erste Forderung des Aufrufs erfüllt:  
Sofortmassnahmen-Paket wurde definitiv abgelehnt.
- Zweite Forderung nach der Verfeinerung des Risikoausgleichs ist sowohl im Nationalrat als auch im Ständerat auf guten Wegen, aber noch nicht definitiv realisiert. Wir bleiben dran.
- Qualität ist uns wichtig, gerade auch bei der aktuell diskutierten Vorlage zur integrierten Versorgung.



# Herzlichen Dank

Willy Oggier  
079 407 23 51

# „Nutzen vor Kosten“

Erkenntnisse aus dem 1. Workshop  
vom 18./19. Juni 2010 auf dem Stoos, SZ

---

26. November 2010

## Ausgangslage:

- Workshop vom 18./19.6.2010 auf dem Stoos mit Vertretern der wichtigsten Stakeholder im schweizerischen Gesundheitswesen unter dem Motto „Qualität vor Kosten“
- Bedeutung für vier wichtige Volkskrankheiten evaluiert:
  - Herzinfarkt
  - Brustkrebs
  - Diabetes
  - Depression
- Analyse in vier Arbeitsgruppen unter den Aspekten Behandlungsqualität, „outcome quality“ und Kosten
- Diskussion im Plenum

## Bessere Qualität spart Kosten

- Der Mehrwert für den Patienten („added value“) bei jeder Behandlung oder Therapie im Mittelpunkt
- „Better health not more treatment“ (Zitat E. Olmsted Teisberg)
- Eine bessere Gesundheit kostet nachhaltig weniger als eine schlechte Gesundheit → Prävention.
- Qualität bedeutet Ergebnisqualität und Prozessqualität („outcome quality“ und „health impact“).
- Bessere Ergebnisqualität hat häufig eine Kosten dämpfende Wirkung.

## Erkenntnisse aus den Arbeitsgruppen:

- Wir brauchen nationale Gesundheitsziele
- Wir brauchen Qualitätsindikatoren
- Wir brauchen Messgrößen für die Krankheitsbilder
- Wir brauchen Qualitätssicherungsprogramme
- Wir brauchen flächendeckende Krankheitsregister (Wir wissen nicht einmal, wie viele Diabetiker es in der Schweiz gibt)
- Wir brauchen mehr Gesundheitsförderung und mehr Prävention
- Wir müssen die Kosten im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten beurteilen. (→ HIA)
- Wir brauchen Rahmenbedingungen, damit Integrierte Versorgung (Managed Care) überhaupt funktioniert kann

# Integrierte Versorgung/Managed Care (1)

## 1. Prinzipien für die Gesetzgebung:

- Mehrwert für Patientinnen und Patienten
- Fokus auf die Krankheiten der 20% teuersten Versicherten.
- Positive Anreize setzen: belohnen statt bestrafen

## 2. Rahmenbedingungen für Managed Care:

- Ausgleich statt Selektion, das heisst, den *Risikoausgleich* verfeinern gemäss der laufenden KVG-Revision
- Finanzierungsbrüche vermeiden, das heisst den *Monismus* einführen

## Integrierte Versorgung/Managed Care (2)

### 3. Eckwerte

- Outcome-Qualität national festlegen, ausweisen und vergleichen, zum Beispiel Behandlungsergebnisse, Rehospitalisierungen, Reoperationen
- Prozessqualität für integrierte Versorgung national festlegen, ausweisen und vergleichen, zum Beispiel Mindestfallzahlen.
- Pilotprojekten der integrierten Versorgung für die häufigsten und teuersten Krankheiten fördern
- Pauschalen für integrierte Versorgung evaluieren

## Fazit für die Ärzteschaft

- Nationale Gesundheitsziele definieren und Politische Rahmenbedingungen für Integrierte Versorgung schaffen.
- Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten erhalten
- Behandlungspfade („clinical pathways“) für die verschiedenen Krankheitsbilder erstellen (Fachgesellschaften erarbeiten die Richtlinien)
- Vertrauensverhältnis Arzt-Patient weiterhin als unverzichtbare Basis jeglicher ärztlicher Behandlung - medizinische Verantwortung weiterhin bei der Ärzteschaft



# Herzlichen Dank

Urs Stoffel  
079 430 99 27

# Integrierte Versorgung in Praxis

Das Beispiel des Diabetes mellitus

---

26. November 2010

Doris Fischer-Taeschler, EMBA, Geschäftsführerin Schweizerische Diabetes-Gesellschaft

# Krankheitsbild des Diabets mellitus

Diabetes nimmt weltweit zu → Volkskrankheit

- Die Schweiz als Entwicklungsland - keine zuverlässigen Daten über:
  - Anzahl Diabetiker
  - Spätfolgen des Diabetes
  - Kosten der Behandlung des Diabetes
  
- Standards und Guidelines sind
  - ein Fremdwort
  - lösen Angst aus
  - Kontrolle statt Controlling

Steuerung tut Not!

## Chronische Krankheiten: Idealfall für Managed Care

Steuerung bringt für Patienten Mehrwert, d.h. mehr Lebensqualität

- Vielfach polymorbide Chroniker = lebenslang krank = mehr als eine Krankheit
- Gezielte Steuerung durch den Facharzt oder ein Fachteam für die „Haupterkrankung“
- Fokus auf 20% der Versicherten, die 80% der Kosten verursachen

Lead der Behandlung liegt bei den Fachpersonen für die  
Haupterkrankung

# Das diabetologische Fachteam als Lotse

## Begleitung der Patienten als zentrales Element

- Integrierte Versorgung = optimale Ausgangslage für Fachpersonen als Lotsen
- Gute Erfolge in Nordeuropa und in USA mit gezielter Steuerung und Koordination
- Verhaltensänderung als wesentliches Therapieelement: Beratung, Begleitung, Empowerment
- Vermeiden von Doppelspurigkeiten
- Vermeiden von unnötigen Untersuchungen und Behandlungen

## Disease Management als Erfolgsfaktor

# Schwerpunkte der IV bei Diabetes

Fachpersonen inter- und multidisziplinär:  
Diabetologe\*, Diabetesfachberaterin, Ernährungsberaterin, Podologe,  
allenfalls Psychologe und andere

- Netzwerkgewinne ermöglichen Zusatzangebote, die nicht von der Grundversicherung bezahlt werden
- Guidelinebasierte Behandlung, aktualisierte Standards und Behandlungspfade: Langzeitzuckerwert (HbA1c) als wesentliches, aber nicht einziges Element
- Patientenzentrierte Betrachtung: more than a disease
- HbA1c, Blutdruck, Augen, Nikotin, Cholesterin, Nierenwerte, Neuropathie, Fussuntersuch ... soziale Integration ... berufliche Integration ... verhindern von Pflegebedürftigkeit

Die chronische Krankheit als lebenslange Begleiterin

## Mehr als HbA1c ...

Gesamtwirtschaftliche Betrachtung: Arbeitsunfähigkeit vermeiden, Pflegebedürftigkeit vermeiden, soziale Integration fördern

- HbA1c: Langzeitblutzuckerwert
- Blutdruck und Cholesterin: oft auch andere kardiovaskuläre Risiken; zu hoher Blutdruck, zu hohe Blutfette
- Augen: Retinopathie und damit Erblindung als eine Hauptkomplikation
- Nieren: Nierenwäsche als grosse und teure Komplikation
- Neuropathie: Spürsinn an Extremitäten (Hände und Füße) prüfen
- Fussuntersuchung jährlich: Amputationen vermeiden
- Nikotin: Rauchstoppberatung

Der Mensch im Zentrum, nicht die Krankheit

# Vielfalt in der Betreuung

Nicht alle Diabetiker sind gleich – in Modellen denken

- Disease Management Programme: Versorgungsmodelle mit diabetologischem Team als Leader
- Verfeinerung des Risikoausgleichs: damit die Kassen ein Interesse an einer guten Versorgung von chronisch Kranken haben
- Guidelines und Zertifikate als Anreiz für eine gute Versorgung von Diabetikern (Good managed care in Diabetes bei Gatekeepern und Einzelpraxen)
- Eigenverantwortung – selfempowerment der Betroffenen: Selbsthilfegruppen, Mitgliedschaft bei Gesundheitsligen

Vielfalt nützt dem einzelnen Patienten



# Fazit für die Diabetesgesellschaft

## Koexistenz aller drei Modelle

- **Klassisches Versicherungsmodell: aktuelles System der Einzelakteuere mit wenig oder keiner bewussten Steuerung**
- **Klassisches Managed Care im Sinne von Gatekeeping durch den Grundversorger**
- **Integrierte Versorgungsnetze, wo sich alle Leistungserbringer vernetzen und die Steuerung nicht ausschliesslich beim Grundversorger liegt, sondern auch beim Facharzt oder beim Fachteam.**

## Miteinander statt gegeneinander

# Herzlichen Dank

Doris Fischer-Taeschler  
079 432 71 43

# allianz q weist den Weg

Forderungen an Managed Care und Ausblick

---

26. November 2010

Bernhard Wegmüller, Direktor H+ Die Spitäler der Schweiz

# KVG-Revision Managed Care

## Analyse der aktuellen Revisionsvorschläge

- Rahmenbedingungen:  
Verbesserter Risikoausgleich
- Struktur- statt patientenorientiert:  
Fixe Netzwerke statt krankheitsorientierte Angebote
- Normativ statt nutzen-/anreizorientiert:  
Differenzierter Selbstbehalt, Angebotspflicht

# KVG-Revision Managed Care

## Bewertung

- Rahmenbedingungen zentral:  
Risikoausgleich (+) und Monismus (-)
- Krankheitsorientierte Versorgungsmodelle  
statt Fokus auf Strukturen
- Anreize (Leistungen, Prämie, Selbstbehalt oder  
Franchise) statt fixe Vorgaben

# Auswirkungen auf KVG-Revision

Forderungen der allianz q an KVG-Revision Managed Care

- Risikoausgleich herausbrechen
- Patienten- und Krankheitsorientierung
  - Pilotprojekte für 4 Krankheiten
  - Best Practice eruieren und dessen Rahmenbedingungen
  - Vielfalt und Entwicklungsmöglichkeiten der Versorgung

## Strategie der allianz q

- Themenänderung: Qualität vor Kosten
- Fokussierung auf die Qualität
- Patientenorientierung

Motto:

- Bessere Qualität spart Kosten
- Better health - not more treatment (E. Teisberg)

## Beispiel Spitäler und Klinken

- Qualitätsmessungen und –transparenz:  
H+ qualité [www.hplusqualite.ch](http://www.hplusqualite.ch) / [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch)
  - CIRNET, quick alerts, konkrete Projekte:  
Stiftung für Patientensicherheit  
[www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)
  - Nationale Qualitätsindikatoren im Spital:  
ANQ Nationale Qualitätsvereinbarung der Spitäler /  
Klinken, Versicherungen und Kantone [www.anq.ch](http://www.anq.ch)
- Verbesserungsmöglichkeit
- Standardisierung:  
z.B. clinical pathways der ärztlichen Fachgesellschaften



## Ausblick allianz q 2011

- Blick in andere Länder, ev. Studienreise
- Stoos II:
  - Vertiefung in zwei Krankheiten
  - Aufzeigen der internationalen Standards
  - Aufzeigen weiterer Schritte in der Schweiz

# Herzlichen Dank

Dr. Bernhard Wegmüller, Direktor H+ Die Spitäler der Schweiz  
079 – 635 87 22