

Krankenkassen steuern, warum/ wohin in der Onkologie

Dr. Christoph Straub

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Vortrag am 25. Januar 2007 in Berlin

Lilly Jahressymposium 2008 zur Versorgung von Krebspatienten

Vorbemerkung

- Grundsätzliches zum Thema "Die Patienten steuern"
- Versichern – Versorgen
- Angebote formulieren – Wahlfreiheit beschränken
- Patriarchalisch lenken – Autonomie fördern

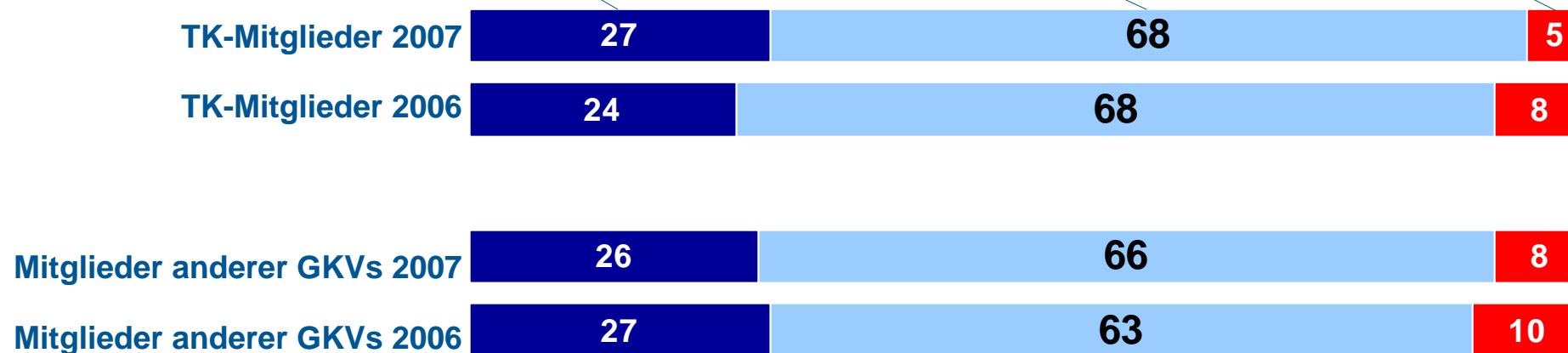
Präferenzen zur Patientenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen

„Welcher der drei folgenden Aussagen stimmen Sie am ehesten zu?“

mein (Haus-)Arzt sollte mir die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und das Für und Wider erläutern, und dann würde ich selbst entscheiden, was zu tun ist

mein (Haus-)Arzt sollte die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten mit mir diskutieren, und wir würden dann zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen

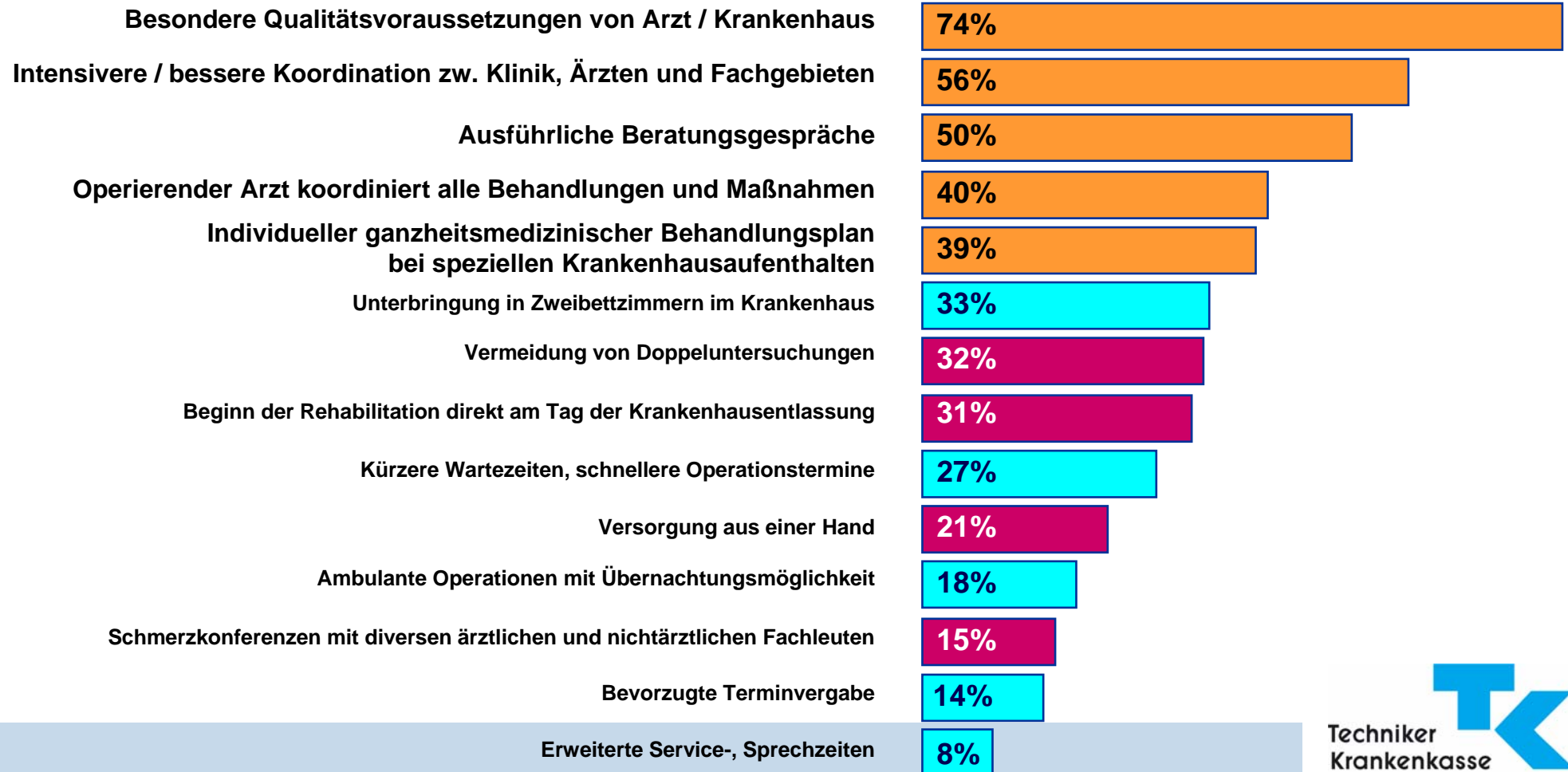
mein (Haus-)Arzt sollte mich auf dem laufenden halten, aber im Allgemeinen sollte er entscheiden, wie er mich am besten behandelt



TK-Trendmonitor Gesundheit 2007
Angaben in Prozent; 1.000 TK-Mitglieder, 1.000 Mitglieder anderer GKV (B6)

Bedarf und Bedürfnis der Patienten: Qualität vor Service

Die fünf wichtigsten Aspekte für Verträge der IV



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

Status Gesundheitswesen heute

- Stärken:
 - Hohes medizinisches Niveau bezüglich Struktur-Qualität
 - Sehr guter “Zugang” (Access) für (fast) alle, (fast) überall
 - Hohes Ausgabenniveau (10,7 % am BIP)
- Defizite
 - Prozessqualität
 - Qualitäts-Transparenz (Prozess- und Ergebnisqualität)
- Risiken:
 - Verstaatlichung
 - Teilhabe am Fortschritt

Ausgangslage Onkologie

- Lange Krankheitsepisoden – Krebs als “chronische Erkrankung”
 - Komplexe, multimodale Therapie-Konzepte
 - Begrenzte Quote definitiver Heilungen – Rascher Wandel der therapeutischen Konzepte
 - Informations-Asymmetrie besonders hoch
- ➔ Krankenkassen kontrahieren koordinierte Versorgungskonzepte
- ➔ Entscheidend:
- Transparenz über (Ergebnis-)Qualität
 - Wahlfreiheit der Versicherten
 - Kontrahierungszwang der Kassen
 - Verzicht auf Risikoprüfung

Ansatzpunkte koordinierter Versorgungskonzepte

Alters-adjustierte 5-Jahres-Überlebensraten von 2000 bis 2002

	Darm	Brust	Cervix	Prostata	Gesamt Männer	Gesamt Frauen
Deutsch-land	61,2 %	78,2 %	55,5 %	85,3 %	50 %	58,8 %
USA	65,5 %	90,1 %	65,8 %	99,3 %	66,3 %	62,9 %

Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE –4 data, A. Verdecchia et al. and the EURO CARE-4 Working group. Lancet Oncol 2007; 8: 784-96

Ansatzpunkte koordinierter Versorgungskonzepte

- Regionale Integration der ambulanten und der stationären Versorgung, sowie der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Betreuung
- Förderung der Zentrenbildung
 - Gewährleistung "integrierter" anstelle von "sequentiellen" Patientenkarrieren
- Einbeziehung aktueller Leitlinieninhalte in die Therapie-/Vertragskonzepte
- Förderung der Ausbildung qualifizierter Onkologen
- Förderung onkologischer Versorgungsforschung an qualifizierten Standorten

TK-Initiative: Familien vor Darmkrebs schützen

- Erhöhtes Darmkrebsrisiko bei Angehörigen von Darmkrebspatienten (30 % bei familiären Darmkrebs, 5% bei erblichen Darmkrebs (HNPCC, FAP,etc,))
- Ansprache dieser Personen zum Angebot besserer Früherkennung
- Fragebogen zur Selbstauskunft, ob ein erhöhtes Risiko besteht
- Angebot zur Teilnahme an dem integrierten Versorgungsprogramm

TK-Initiative: Familien vor Darmkrebs schützen

- Für Risikoträger für familiären oder erblichen Darmkrebs:
Angebot der frühzeitigeren Koloskopie bzw. zur humangenetischen Beratung und Diagnostik
- Im Falle von Darmkrebs: Verweisung an ein qualifiziertes Zentrum
- Im Falle einer genetischen Mutation: regelmäßige (leitlinienbasierte) Früherkennung
- = Koordinierter Steuerungsansatz

TK-Initiative: Qualitätsoffensive Darmkrebs

- Bildung eines "Qualitätsverbundes" spezialisierter Kliniken
- Zusammenarbeit aller Kliniken mit einem Netz aus niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationskliniken zusammen
- Verzahnung von ambulanter Diagnostik, stationärer Behandlung, ambulanter Nachsorge und Rehabilitation
- Messung und Vergleich der Behandlungserfolge bis zu 5 Jahre nach Therapieeinleitung durch Erhebung der Rückfallrate und der Komplikationen

TK-Initiative: Qualitätsoffensive Darmkrebs

- Benchmarking und "strukturierter Dialog": Feedback an die Kliniken → wie stehe ich im Vergleich → Basis für gezielte Verbesserungsmaßnahmen
- Aufarbeitung der Ergebnisse
- = Koordinierter Steuerungsansatz

TK-Initiative: PET/CT-Diagnostik

- Vertrag zwischen der TK, dem Diagnostisch Therapeutischem Zentrum (DTZ) und Helios-Klinikum Emil von Behring / Berlin
- Neue Indikationen seit 01.12.2007:
 - Lymphdrüsenkrebs
 - Brustkrebs
- High-Definition-Technik (HD-PET/CT)
 - Nutzung der verbesserten diagnostischen Möglichkeiten zur Optimierung stadiengerechter Therapien
 - Vorhandene Behandlungsmöglichkeiten (Chirurgie, Strahlen- und Chemotherapie) können zielgerichteter eingesetzt werden
- = Koordinierter Steuerungsansatz

TK-Initiative: Patientenautonomie

Stärkung der Patientenautonomie im Bereich der Onkologie:

- TK-Ärztezentrum
 - Shared-decision-making-Projekt
 - Klinikführer
 - Rehabilitationsberater
-
- Steuerung und Patientenautonomie widersprechen sich nicht

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**