

OPG Spezial

Operation Gesundheitswesen • »Wir erklären Gesundheitspolitik«
20. Jahrgang – Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

Sonderausgabe, Juli 2022

Value Based Healthcare

Gesundheitsversorgung vom Ende her planen



Sonderausgabe, Juli 2022

Value Based Healthcare

Gesundheitsversorgung vom Ende her planen

Operation Gesundheitswesen • »Wir erklären Gesundheitspolitik«

20. Jahrgang – Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

Diese OPG-Sonderausgabe wurde erstellt mit freundlicher
Unterstützung der Janssen-Cilag GmbH

INHALT

Value Based Healthcare

Gesundheitsversorgung vom Ende her planen

Editorial Seite 7

I. EINLEITUNG

Wenn bei Gesundheitsversorgung das Ergebnis zählt Seite 8

Mit Value Based Healthcare zieht eine neue Logik ein

Die Ungerechtigkeit im System beseitigen Seite 14

Wie Dr. Elizabeth Teisberg die Gesundheitsversorgung besser machen will

II. BESTANDSAUFNAHME

Deutschland bleibt hinter seinen Möglichkeiten zurück Seite 18

Wie der Gemeinsame Bundesausschuss auf VBHC blickt

Mehr Wertbasierung beim AMNOG wagen? Seite 20

Konzeptionelle Verwandtschaft zu VBHC ist ausbaufähig

„Gute Idee, schwierig umzusetzen“ Seite 22

Prof. Stefan Huster sieht viele Einzelinteressen im Spiel

III. NEUAUSRICHTUNG

„Den Versorgungsprozess rückwärts planen“ Seite 24

Christian Hilmer plädiert für systematische Erhebung von Patient Outcomes

„Das SGB V muss von Grund auf neu gestaltet werden“ Seite 27

Dr. Klaus Piwernetz fordert einen Strategiewechsel im Gesundheitswesen

„Effizienter und ressourcenschonender“ Seite 33

Dr. Stefan Knupfer von der AOK plus zu den Vorteilen von VBHC

IV. PATIENTENPERSPEKTIVE

Was verstehen wir unter Value?	Seite 36
Prof. Axel Mühlbacher zum Stellenwert von Patientenpräferenzen	
Was für ein Gesundheitssystem wollen die Menschen?	Seite 42
Eine Antwort gibt die Neustart!-Initiative der Robert Bosch Stiftung	
„PROMs sind der Schlüssel zum Erfolg“	Seite 44
Dr. Christoph Pross setzt auf Qualitätstransparenz	
PROMs: Eine Perspektive für das Gesundheitswesen	Seite 50
Wie Patientenerfahrungen in die Gesundheitsversorgung einfließen	
Paradebeispiel Martini-Klinik	Seite 53

V. DIGITALE HELFER

„Wir brauchen einen Technologie- und Kulturwandel“	Seite 54
Dr. Valérie Kirchberger über die Bedeutung von PROs und PROMs	
„Konsequente Digitalisierung steigert Patientennutzen“	Seite 58
Prof. Jörg Debatin über die Chancen der digitalen Transformation	
„Apps auf Rezept stärken die Patientenautonomie“	Seite 62
Prof. Alexandra Jorzig zu DiGAs und Value Based Healthcare	
Glossar Value Based Healthcare	Seite 64
Impressum	Seite 65



© iStock.com, wildpixel

Editorial

Selbsterfahrung zählt

Liebe Leserinnen und Leser,

„Entscheidend ist, was hinten rauskommt.“ Dieses Zitat von Alt-Kanzler Helmut Kohl könnte auch im Gesundheitswesen zum Tragen kommen. Ein System-Modell namens Value Based Healthcare (VBHC) verfolgt genau dieses Ziel.

Für Patientinnen und Patienten zählt allein das Ergebnis einer Intervention. Bei VBHC geht es im Kern darum, den Erfolg einer Behandlung zu messen und die Bezahlung der Ärzte und anderer Leistungserbringer davon abhängig zu machen.

Und jetzt kommt's: Es sind die Patientinnen und Patienten selbst, die beurteilen, wie zufrieden sie mit dem Ergebnis sind. Sie werden systematisch einbezogen und nach dem „Outcome“ einer Intervention gefragt. Das Gesundheitssystem arbeitet schließlich für Patienten und soll mit VBHC konsequent auf sie ausgerichtet werden. Dieses System dreht den Spieß um. Nicht die Akteure bestimmen, was gut für Patienten ist, sondern sie selbst.



Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen und neue Erkenntnisse.

**Lisa Braun und das Redaktionsteam
der Presseagentur Gesundheit**



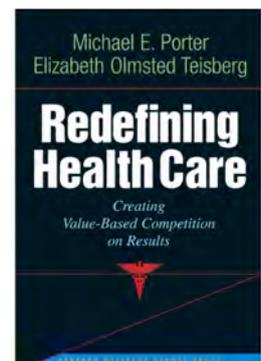
© iStock.com, Cecillie_Arcurs

Wenn bei Gesundheitsversorgung das Ergebnis zählt

Mit Value Based Healthcare zieht eine neue Logik ein

Weltweit stehen die Gesundheitssysteme unter Druck. Die Menschen werden immer älter und mit dem Alter steigt auch der Bedarf an medizinischer Behandlung. Gleichzeitig schreitet der medizinische Fortschritt schnell voran. Wer soll das alles bezahlen – und wie? Michael Porter und Elizabeth Teisberg hatten schon vor mehr als 15 Jahren eine Vision, wie die Gesundheitsversorgung so umstrukturiert werden könnte, dass sie bezahlbar bleibt und dabei bessere Ergebnisse erzielt. Ihren Ansatz nennen sie Value Based Healthcare (VBHC).

„Kein Kind sollte erleben müssen, was mein Sohn erlebt hat“, erzählt Elizabeth Teisberg am 15. September 2021 im Point Health Podcast der Karis Group, einem Health-IT-Anbieter in den USA. Fünf Jahre lang war sie mit ihrem schwerkranken Sohn durch



Sie stießen mit ihrem 2006 erschienenen Buch „Redefining Health Care“ die Idee des VBHC an: Elizabeth Teisberg und Michael Porter. © Jeff Wilson und CC BY-SA 4.0, Cmpoject - Own work

Arztpraxen und Krankenhäuser gezogen. So lange dauerte es, bis der Junge richtig diagnostiziert und behandelt wurde. Elizabeth Teisberg ist überzeugt, dass ihrem Kind innerhalb weniger Wochen hätte geholfen werden können, wenn das Gesundheitssystem anders funktionieren würde. Ihre Erfahrungen und Ideen verarbeitete die Systemwissenschaftlerin zusammen mit dem Ökonomen Michael Porter in dem 2006 erschienenen Buch „Redefining Health Care“.

Bessere Ergebnisse bei geringeren Kosten

Teisberg und Porter skizzieren darin ein Gesundheitssystem, das bessere Ergebnisse liefert und dabei auch noch weniger Kosten verursacht. Ein System, in dessen Zentrum nicht der Arzt mit seinen Anweisungen steht, sondern der Wert, den eine medizinische Behandlung dem Patienten bringt. Sie nennen ihr Modell Value Based Healthcare – wertbasierte Gesundheitsversorgung. Mehr denn je ziehen sie damit Healthcare Professionals auf der ganzen Welt in ihren Bann.

Für diesen Wert, den „Value“, stellen sie eine simple Gleichung auf: Er ergebe sich aus den erzielten Gesundheitsergebnissen pro ausgegebenem Euro.

$$\text{Value} = \frac{\text{Health Outcome}}{\text{Costs}}$$

Auch in Deutschland hat VBHC derzeit Hochkonjunktur. Dabei wird der Begriff oft mit Qualitätsoptimierung gleichgesetzt. Das ist jedoch zu kurz gesprungen – zumal damit meist nicht bessere Behandlungsergebnisse gemeint sind, sondern effektivere Prozesse. Außerdem bleibt in der Regel ein Aspekt völlig außen vor: Was für einen Arzt ein Behandlungserfolg ist – etwa, dass ein Mann nach einer Prostata-Operation länger am Leben bleibt, als dies ohne Operation der Fall gewesen wäre – sieht der Patient vielleicht ganz anders. Wenn er nach dem lebensverlängernden Eingriff inkontinent ist, hätte er möglicherweise ein kürzeres Leben ohne Kontrollverlust vorgezogen.

Das Konzept der VBHC basiert im Wesentlichen auf vier Säulen

1

Organisation der Patientenversorgung in sogenannten Integrated Practice Units. Damit ist eine Spezialisierung auf Indikationen begleitet von Assoziierten Fakultäten gemeint.

2

Messung medizinischer und patientenbezogener Ergebnisqualität, sogenannte „Outcomes“. Hierfür hat ein Internationales Konsortium von medizinischen Fachleuten das „International Consortium of Health Outcome Measurement“ (ICHOM) gegründet und für über 40 Indikationen Daten-Sets zur Messung entwickelt.

3

Eine auf Qualitätsmessungen basierte integrierte Versorgungssteuerung.

4

Digitalisierung und intelligente Datenanalytik für umfassende Qualitätsmessungen und Transparenz zum Beispiel in Form von indikationsbezogenen Qualitätsregistern.



Dreh- und Angelpunkt: die Patientenperspektive

Die Patientenperspektive spielt bei VBHC eine zentrale Rolle. Die Sicht der Patientin und des Patienten meint dabei weit mehr als die Zufriedenheit mit der Behandlung. Der Wert für Patienten bemisst sich demnach an dem, was sie in ihrem individuellen Alltag als am wichtigsten erachten. Welches der möglichen Behandlungsergebnisse ihnen erlaubt, selbstbestimmt zu leben. VBHC will die subjektive Patientenperspektive in der Bewertung der medizinischen Ergebnisqualität stärken. Bislang berücksichtigen nur sehr wenige Gesundheitssysteme die Perspektive der Menschen, um die es geht. Darunter sind Länder wie die USA, Dänemark und Schweden. In Deutschland finden systematische Patientenbefragungen nach dem stationären Aufenthalt nur sehr selten statt, etwa an der Berliner Charité oder dem Hamburger Universitätsklinikum (UKE). Dort werden Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) erhoben. Was bislang fehlt, ist ein nationales standardisiertes Verfahren für diese Messungen. Neu erfunden werden muss es allerdings nicht: Michael Porter hat in Boston das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) gegründet, ein Non-Profit-Institut, das zusammen mit Patienten, Ärzten und Qualitätsexperten Standardsets (STS) für die medizinische Ergebnismessung entwickelt. Aktuell decken sie damit etwa 50 Krankheitsbilder ab – Kliniken können sie ohne Weiteres nutzen. Auch in Deutschland sind einige Initiativen im Gang. So laufen verschiedene durch den Innovationsfonds unterstützte Projekte, in denen Patientenerfahrungen gemessen werden.



Der Wert für Patienten bemisst sich an dem, was sie in ihrem individuellen Alltag als am wichtigsten erachten. © iStock.com, Dean Mitchell



Neue Vergütungsmodelle sehen pauschale Zahlungen für definierte Versorgungszeiträume vor, die alle Kosten umfassen, die während und nach dem Krankenhausaufenthalt anfallen.
© iStock.com, sturti

Qualität wird belohnt

Eine weitere Stellschraube, um mehr Patientennutzen ins Gesundheitssystem zu bringen, sind neue Vergütungsmodelle. Porter und Teisberg plädieren für „Bundled Payments“ – pauschale Zahlungen für definierte Versorgungszeiträume, die alle Kosten umfassen, die während und nach dem Krankenhausaufenthalt anfallen. Dazu gehören die Ausgaben für Medikamente und Folgeuntersuchungen ebenso wie die Aufwände für Folgeoperationen oder Reha-Aufenthalte. Wenn die Leistungserbringer dieses Gesamtbudget im Blick behalten müssten, würde dies den Anreiz für eine hochwertige und nachhaltige Versorgung enorm steigern, sind Porter und Teisberg überzeugt. Das System als Ganzes würde davon profitieren: Denn nachhaltig behandelte Patienten gehen seltener in die Notaufnahme und benötigen weniger Medikamente und Pflege.

Außerdem müsste Qualität transparent werden: Patienten müssen erfahren können, wo ihre Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung am größten sind. Doch diese Informationen sind alles andere als leicht zugänglich. So gibt es Krankenhäuser, in denen Herzinfarktpatienten innerhalb von 30 Tagen 11-mal häufiger versterben als im Durchschnitt aller anderen Krankenhäuser – das zeigt eine Untersuchung der TU Berlin. Daten dazu liegen zwar vor – werden aber nicht öffentlich gemacht, auch nicht in den Qualitätsberichten des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Transparenz komme besseren Behandlungsergebnissen zugute, glauben Porter und Teisberg, weil sie den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördere. Damit wird Qualität belohnt, die Besten werden sich durchsetzen.

Spezialisierung kommt der Ergebnisqualität zugute

Einen hohen Stellenwert misst VBHC der Spezialisierung bei. Damit sind interdisziplinäre Zentren gemeint, in denen alle für eine bestimmte Indikation relevanten medizinischen Fachrichtungen versammelt sind. Weil sich die Ärzte einem bestimmten Patientenkollektiv widmen, werden sie schnell zu Meistern ihres Fachs. Das bedeutet nicht das Aus für kleinere Häuser: Regionale Krankenhäuser könnten mit größeren Zentren kooperieren, dabei die Möglichkeiten der Telemedizin nutzen. Ein Best-Practice-Beispiel ist die Martini-Klinik in Hamburg, die sich auf Prostatakrebs fokussiert und schon seit vielen Jahren PROMs erhebt. Damit ist sie zu einem der wichtigsten Prostata-Zentren weltweit geworden.

Essenziell für das VBHC-Konstrukt ist die Digitalisierung. Ohne telemedizinische Anwendungen oder Plattformen, auf denen Outcomes verglichen bzw. Behandlungsstandards abgerufen werden, ohne eine einheitliche Dateninfrastruktur und eine zentrale Patientendokumentation wird es nicht gehen. Doch spätestens mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz oder dem Krankenhauszukunftsgesetz ist auch das deutsche Gesundheitssystem im digitalen Zeitalter angekommen. Die Weichen könnten damit in Richtung eines wertbasierten Versorgungsansatzes gestellt werden. ◀

Weniger „Volume“, mehr „Value“

Die B. Braun-Stiftung, die OptiMedis AG sowie weitere Experten aus dem Gesundheitswesen haben sich im Herbst 2021 mit dem „Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen“ an die Politik gewandt. Darin fordern sie eine sehr viel stärkere Fokussierung auf die Messung und Bewertung von medizinischen Leistungen hinsichtlich ihres Nutzens für die Bevölkerung. Tenor: Deutschland müsse weg von „Volume“ hin zu mehr „Value“ kommen. Kein OECD-Land – abgesehen von der Schweiz – gibt mehr Geld für die Gesundheitsversorgung aus als

Deutschland. Diesem überdurchschnittlichen Aufwand stehen lediglich durchschnittliche Ergebnisse gegenüber. Bei der Lebenserwartung etwa belegt Deutschland mit 81 Jahren den 17. Platz. Zudem werden die Menschen in Deutschland kränker alt als beispielsweise in Schweden: Ab dem 65. Lebensjahr ist die Zahl der Jahre ohne gesundheitliche Einschränkungen hierzulande deutlich geringer als in Schweden.

Hier geht es zum Aufruf:
www.optimedis.de/berlineraufruf



■ Die Ungerechtigkeit im System beseitigen

Wie Dr. Elizabeth Teisberg die Gesundheitsversorgung besser machen will

Die Krankheiten ihrer Kinder ließen Dr. Elizabeth Teisberg am Gesundheitssystem zweifeln. Zusammen mit Michael Porter entwickelte sie das Konzept der Value Based Healthcare. Damit will sie die Transformation der Gesundheitsversorgung zu einem wertorientierten System voranbringen. Im Interview mit opg Spezial schildert sie, was sie darunter versteht.

opg: Zusammen mit Michael Porter haben Sie das Konzept von Value Based Healthcare entwickelt. Was hat Sie auf die Idee gebracht?



Teisberg: Wir begannen nicht mit einer Idee, sondern mit einer Frage. Meine beiden Kinder hatten schwere medizinische Probleme. Zum Glück haben sich beide vollständig erholt und sind heute gesund. Aber während unserer Krankenhaus-Odysee begegnete ich so vielen intelligenten, fürsorglichen, hart arbeitenden Ärztinnen und Ärzte, die in einem System arbeiteten, das es ihnen sehr schwer machte, ihre Ziele zu erreichen. Warum war die Dynamik in der Gesundheitsversorgung so dysfunktional? Innovationen kamen nur ausge-

„Während unserer Krankenhaus-Odysee begegnete ich so vielen intelligenten, fürsorglichen, hart arbeitenden Ärztinnen und Ärzte, die in einem System arbeiteten, das es ihnen sehr schwer machte, ihre Ziele zu erreichen.“ © iStock.com, simonkr

sprochen langsam bei den Patienten an, die Kosten stiegen umso schneller, Patienten wurden ungleich behandelt, die Bürokratie uferte aus, an Informationen war schwer heranzukommen – die Probleme waren zahlreich. Wir fragten uns: Warum wird das in einem so wichtigen Bereich wie der Gesundheitsversorgung toleriert?

opg: Als Sie Ihr Buch „Redefining Health Care“ geschrieben haben, hätten Sie da gedacht, dass es eine weltweite Bewegung auslösen würde?

Teisberg: Nein, das habe ich nicht vorausgesehen. Es war mir nicht klar, dass die meisten Gesundheitssysteme trotz unterschiedlicher Vergütungsmechanismen mit ähnlichen Problemen behaftet sind.

opg: Beobachten Sie Fortschritte?

Teisberg: Es sind enorme Fortschritte zu verzeichnen. Doch es gibt noch so viel mehr zu tun. Es gibt so viel Ungerechtigkeit im System – wenn wir sie beseiti-

aus 22 Ländern statt. Die Energie war gewaltig. Drei Tage lang ging es um die Beseitigung von Ergebnislücken und die Schaffung von Gerechtigkeit, um beziehungsorientierte Pflege und das Wohlbefinden der Mitarbeiter sowie um Nachhaltigkeit, Skalierung und Digitalisierung. An jeder Session haben Patienten teilgenommen. Die Diskussionen drehten sich um zielgerichtete Primärversorgung, Aufwachen mit chronischen Krankheiten, Freude in der Kindheit und sinnvolle Krebsbehandlungen.

Am Value Institute for Health and Care bieten wir maßgeschneiderte Kurse und Workshops an, wie eine hochwertige Gesundheitsversorgung umgesetzt werden kann. Man kann auch einen Master-Abschluss in Healthcare Transformation erreichen. Unser berufsbegleitender Master-Studiengang ist einzigartig, weil wir jeden Kurs so konzipiert haben, dass er einen bestimmten VBHC-Aspekt vermittelt. Ich hatte noch nie so viel Spaß und lohnende Erfahrungen beim Unterrichten und Kennenlernen neuer Kollegen.

Am wichtigsten ist vielleicht, dass wir direkt mit klinischen Teams zusammenarbeiten, um sie bei der Entwicklung und Umsetzung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung zu unterstützen.



© Jeff Wilson

Zur Person

Die Gesundheitsversorgung besser machen – das ist das Ziel von Dr. Elizabeth Teisberg. 2006 hat sie in dem Buch „Redefining Health Care“ zusammen mit Professor Michael Porter die Vision einer werteorientierten Gesundheitsversorgung – Value Based Healthcare – entwickelt. Diesen Ansatz verfolgt sie als Geschäftsführerin des Value Institute for Health and Care an der University of Texas (UT) konsequent weiter. Sie ist Professorin an der McCombs School of Business der UT und Inhaberin des Cullen Trust for Higher Education Distinguished University Chair in Value Based Care.



„Diejenigen, die die Präferenzen ihrer Patienten verstehen und ihre Ergebnisse verbessern wollen, werden andere motivieren, dasselbe zu tun.“ © stock.adobe, WavebreakMediaMicro

opg: Experten des deutschen Gesundheitswesens beklagen, dass es sehr schwierig ist, VBHC umzusetzen. Was würden Sie ihnen raten? Gibt es Best-Practice-Beispiele aus anderen Ländern?

Teisberg: Bei einer hochwertigen Gesundheitsversorgung geht es im Wesentlichen darum, die Ergebnisse für alle und jeden zu verbessern. Ich würde damit anfangen zu versuchen, die Ergebnisse zu verstehen und zu messen, die für die Patienten wichtig sind – und damit auch für ihre Ärzte. Beziehen Sie die behandelnden Ärzte in diese Bemühungen mit ein. Diejenigen, die die Präferenzen ihrer Patienten verstehen und ihre Ergebnisse verbessern wollen, werden andere motivieren, dasselbe zu tun.

Daneben ermöglichen neue Bezahlmodelle eine teambasierte Versorgung und bessere Behandlungsergebnisse. Es gibt großartige Pilotprojekte in Deutschland und in anderen Ländern. Die Herausforderung besteht heute nicht darin, einen Wert zu schaffen, sondern ihn zu skalieren. Wir müssen von „Volume“ zu „Value“ kommen, damit alle davon profitieren. Am besten funktioniert das über „bundled payments“ – gebündelte Zahlungen, die die vollständige Versorgung eines Patienten umfassen, inklusiver erforderlicher Nachbehandlungen. In Verbindung mit der Ergebnismessung hängt somit der finanzielle vom medizinischen Erfolg ab. Außerdem liegt damit die Entscheidung darüber, welche Leistungen erbracht werden sollen, in den Händen der Ärzte und nicht bei der Krankenhausverwaltung. ◀



© stock.adobe.com, aleximx

■ Deutschland bleibt hinter seinen Möglichkeiten zurück

Wie der Gemeinsame Bundesausschuss auf VBHC blickt

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als sehr leistungsfähig. Systemvergleiche zeigen jedoch, dass es ungeachtet sehr hoher Gesundheitsausgaben bei der Ergebnisqualität schlechter abschneidet als andere Länder. Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker diskutieren eifrig darüber, welche Ansätze und Instrumente das ändern könnten. Der Value Based Healthcare-Ansatz (VBHC), der das Behandlungsergebnis bei Patientinnen und Patienten als Maß von Qualität in den Mittelpunkt stellt, steht dabei hoch im Kurs.



Die Qualität der PROs sind für Prof. Josef Hecken entscheidend. © pag, Fiolka

Value Based Healthcare betrachtet die Ergebnisqualität aus Sicht der Patienten (Outcome) im Verhältnis zu den Kosten, die man benötigt, um dieses Ergebnis zu erzielen. Durch das Messen und Veröffentlichung von Behandlungsergebnissen und -kosten soll eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung etabliert werden. Gleichzeitig soll ein Qualitätswettbewerb um die bestmögliche Versorgung entstehen, sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch bei Leistungserbringern. Ob dieser VBHC-Ansatz beispielsweise in Form von Einzelverträgen, die Versorgungsqualität belohnen, bereits von Krankenkassen und Leistungserbringern gelebt oder noch als Modellprojekte erprobt werden, entzieht sich dem Wissen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Aus dem, was aus Diskussionen um diesen Versorgungsansatz bisher zu entnehmen ist, scheint vor allem die Risiko-adjustierung und die Definition von Erfolgsparametern entscheidend zu sein. Denn es muss auf jeden Fall verhindert werden, dass es zu einer Selektion von Patientinnen und Patienten kommt.

Patientenorientierte Arzneimittelbewertung

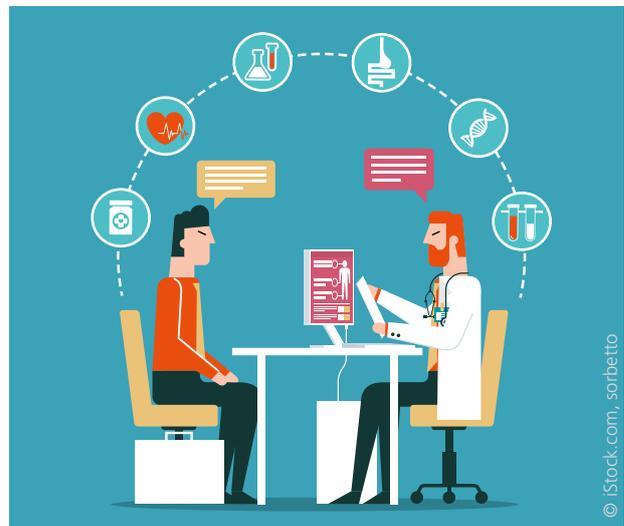
Im Bereich der kollektivvertraglichen Versorgung finden sich VBHC-Ansätze bisher etwa bei der patientenorientierten Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln. Neben Mortalität, Morbidität und Nebenwirkungen ist die Lebensqualität als Endpunktkategorie gleichermaßen zu berücksichtigen, so gibt es der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch vor (§ 35a SGB V). Als zusätzlicher Nutzen für Patientinnen und Patienten sind – im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie – insbesondere ein verbesserter Gesundheitszustand, eine verkürzte Krankheitsdauer, ein verlängertes Überleben, verringerte Nebenwirkungen oder eine verbesserte Lebensqualität zu werten.

Es war schon früh selbstverständlich, in die Bewertung von Arzneimitteln entsprechend des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) Daten zur Mortalität und zu Nebenwirkungen einfließen zu lassen. Informationen zur patientenrelevanten Morbidität und insbesondere zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden anfangs jedoch nur selten erhoben. Hier hat sich im Rückblick jedoch einiges getan. Patient Reported Outcome Measures, kurz PROMs, haben in den vergangenen zehn Jahren Einzug in die Arzneimittelbewertung gehalten.

PROMs als neue Bewertungsgröße

„Um mit PROMs einen Zusatznutzen bei der AMNOG-Bewertung abzuleiten, ist es wichtig, dass die Qualität dieser Daten aus den klinischen Studien aussagekräftig genug ist. Und: PROMs gehören auch dann auf den Tisch, wenn sie von Einschränkungen der Lebensqualität der Patienten berichten. Das ist vor allem für todkranke Menschen enorm wichtig“, sagt Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA. „Es hat einen bitteren Beigeschmack, wenn ein pharmazeutischer Unternehmer dem G-BA seine Daten zur Überlebensverlängerung und zu den mit der Therapie verbundenen unerwünschten Ereignissen vorlegt, die Daten zur Lebensqualität jedoch unvollständig sind.“

Für Patientinnen und Patienten mache es einen entscheidenden Unterschied, ob sie die letzten Wochen ihres Lebens selbstbestimmt und aktiv gestalten könnten oder nur noch apathisch ans Bett gefesselt seien. „Um zu verhindern, dass hier Wissenslücken strategisch eingesetzt werden, beispielsweise um zu verschleiern, wie die gewonnenen Lebensmonate von den Patientinnen und Patienten mit all den Nebenwirkungen der Therapie wahrgenommen werden, brauchen wir seitens des Gesetzgebers Regeln“, so Hecken. „Nur so kann es gelingen, den Rücklauf der Fragebögen zu verstetigen und den Patient Reported Outcome als Bewertungsgröße besser bei der Bewertung von Arzneimitteln zu berücksichtigen.“



Perspektivisch in Richtung Qualitätssicherung

Für den G-BA kommt das Thema perspektivisch auch dem Bereich Qualitätssicherung etwas näher. Bis Ende 2022 soll er in einer Richtlinie Anforderungen für „einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser“ festlegen, um die Öffentlichkeit zu informieren sowie die Versorgung transparenter und besser zu machen (vergleiche § 136a Abs. 6 SGB V). Basis sollen Qualitätsdaten sein.

Derzeit laufen auch verschiedene durch den Innovationsfonds unterstützte Projekte mit einem Bezug zum Patient Reported Outcome. Von ihnen verspricht sich der G-BA im Idealfall auch wichtige Impulse für die Regelversorgung beziehungsweise für seine Beratungen. ◀

■ Mehr Wertbasierung beim AMNOG wagen?

Konzeptionelle Verwandtschaft zu VBHC ist ausbaufähig

Im Kern gilt das AMNOG als wertbasierter Ansatz, bei dem der beschlossene Zusatznutzen gegenüber dem bisherigen Therapiestandard als Basis für die Preisverhandlung über den künftigen Erstattungsbetrag gilt. Das lernende System wird kontinuierlich weiterentwickelt – auch im Hinblick auf mehr Wertbasierung?

Die bisherigen Modifikationen des AMNOG (Nutzenbewertung nach § 35a SGB V) decken verschiedene Bereiche ab, etwa Mitwirkungsmöglichkeiten medizinischer Fachgesellschaften oder den Einbezug von Versorgungsdaten im Rahmen der anwendungsbegleitenden Datenerhebung. Auch die Forderung, dass der Einfluss neuer Präparate auf die Lebensqualität der Betroffenen stärkere Berücksichtigung finden müsse, wurde oft erhoben.



Nachholbedarf bei Patientenpräferenzen

Bei der Berücksichtigung von Patient Reported Outcomes, kurz PROs, verlangt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Josef Hecken, eine Regelung des Gesetzgebers, um den strategischen Einsatz von Wissenslücken zu vermeiden. Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat erst kürzlich kritisiert, dass patientenberichtete Endpunkte in Studien häufig zu kurz erhoben werden.

Wer das AMNOG im Hinblick auf dessen Wertbasierung abklopft, kommt an dem Thema Patientenpräferenzen aber nicht vorbei. Vor einigen Jahren wurde intensiv darüber diskutiert, wie diese strukturiert ins AMNOG einbezogen werden könnten.

Insbesondere der Gesundheitsökonom Prof. Axel Mühlbacher hat wiederholt kritisiert, dass Deutschland „von einer regelhaften und systematischen Berücksichtigung von wissenschaftlichen Studien zu den Patientenpräferenzen“ noch weit entfernt sei. Dabei muss erwähnt werden, dass das IQWiG Pilotstudien zu Patientenpräferenzen durchgeführt hat und dabei unter anderem die Methoden Analytic Hierarchy Process und Conjoint Analysis (CA) erprobt hat. Zu letzterer hieß es seitens des Instituts, dass diese prinzipiell geeignet seien, um herauszufinden, welche Präferenzen Patienten bei Therapiezielen haben. Auch in seinem Jahresbericht 2017 hält das Institut fest, dass die Ermittlung von Patientenpräferenzen international an Bedeutung gewinne. Praktische Auswirkungen auf den AMNOG-Prozess hatten diese Erkenntnisse bislang keine. Dafür macht Mühlbacher nicht zuletzt die dahinterstehende Machtfrage im Gemeinsamen Bundesausschuss verantwortlich.

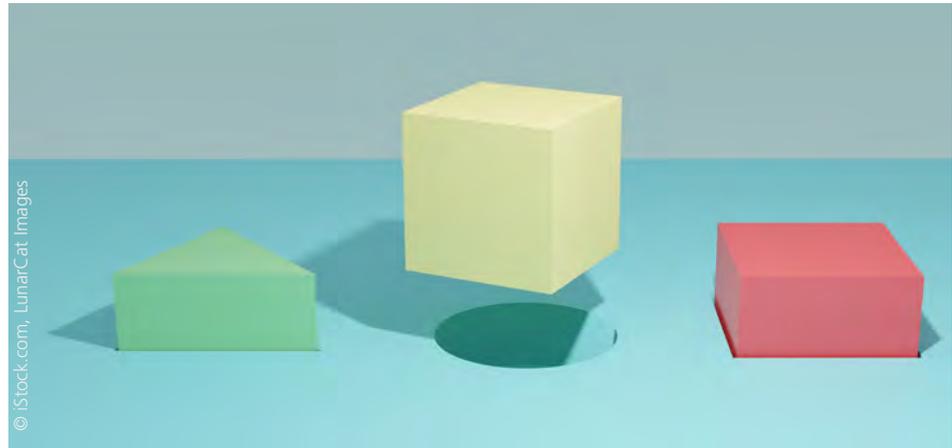


Partner in der Versorgung

Festzuhalten bleibt, dass das Thema Patientenpräferenzen eine große Nähe zu Value Based Healthcare aufweist. In dieser Hinsicht erkennt auch der Vorsitzende der AMNOG-Schiedsstelle Reformbedarf. Prof. Stefan Huster kritisiert viele Entscheidungen beim Zusatznutzen als zu grob. Das Ergebnis „kein Zusatznutzen belegt“ lasse die Preise oft purzeln, obwohl in dem Präparat Chancen / „value“ für die Patienten stecken können, die jetzt aber noch nicht darstellbar sind. Er wirbt dafür, dass sich Kostenträger und Unternehmen als Partner in der Versorgung verstehen, die „möglichst viel ‚value‘ für die Versicherten produzieren wollen“. Dieses eigentlich naheliegende Ziel gehe aber oft unter.

Schwierige Frage nach der Operationalisierung

Das kann darin begründet sein, dass die Umsetzung des VBHC-Konzepts komplex erscheint. Prof. Ralph Tunder von der EBS Universität für Wirtschaft und Recht in Wiesbaden schreibt, dass die VBHC-Autoren nur ansatzweise aufzeigen, wie Patientennutzen und seine Maximierung valide zu operationalisieren bzw. zu messen sind. Dennoch sieht er richtungsweisende Impulse für das deutsche Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie für die Arzneimittelversorgung im Besonderen. Indizien dafür seien beispielsweise Standards und Institutionen im Zuge von Health Technology Assessment, die gesetzliche Verankerung einer nutzenorientierten Preisbildung (AMNOG) oder die Ideen zu Selektivverträgen. Eine weitergehende Verknüpfung des Value Based Healthcare-Konzeptes mit dem AMNOG lege jedoch auch offen, dass noch Gestaltungsspielraum, zum Beispiel beim Bewertungszeitpunkt und -horizont sowie bei der Mischpreisbildung, bestehe. ◀



■ „Gute Idee, schwierig umzusetzen“

Prof. Stefan Huster sieht viele Einzelinteressen im Spiel

Berlin (opg) – Ob der patientenbezogene Mehrwert alleiniges Kriterium sein sollte, bezweifelt der Jurist Prof. Stefan Huster. Man müsse auch Forschungs- und Entwicklungsanreize setzen. Alles in allem treffe das Konzept VBHC auf ein sehr komplexes deutsches Gesundheitssystem, bei dem auch Kräfte mitbestimmen, die nicht immer nur das Patientenwohl im Mittelpunkt sähen, weil sie auch finanzielles Eigeninteresse hätten.

opg: Noch klingt VBHC wie ein theoretisches Modell, das nicht gerade systemkonform daherkommt. Was ist ihr erster spontaner Gedanke, wenn Sie das Konzept vor Augen haben?

Huster: Gute Idee, aber schwierig in der Umsetzung. Und in gewisser Weise auch ein bisschen trivial.

opg: Was meinen Sie mit „trivial“?

Huster: Etwas banal ist mir der Ansatz immer vorgekommen, weil ich niemanden sehe, der bestreitet, dass es letztlich darauf ankommen soll, was an medizinischem Nutzen und gesundheitlichem Wert beim Patienten ankommen soll. Das Problem ist aber, ein System so zu organisieren, dass es dieser Logik folgt, wenn die Beteiligten auch Geld verdienen müssen und sollen. Es mag ja gut sein, sich immer wieder daran zu erinnern, dass es letztlich um den Wert für den Patienten geht, aber daraus folgt noch keine konkrete Umsetzung.

opg: Wie der Name schon sagt, hebt VBHC auf eine wertbasierte, Outcome-orientierte Erstattung ab. Schon heute sind Sie in der Schiedsstelle (§ 130b Abs. 5 SGB V) mit der Frage, wieviel ein bestimmter Zusatznutzen der Gesellschaft wert ist, allein-

gelassen. Was halten Sie generell davon, Vergütungsanreize zu setzen, die auf die Ergebnisqualität abheben, also den Benefit für Patienten?

Huster: Im Ansatz ist es richtig, die Vergütung am patientenbezogenen Mehrwert bzw. Zusatznutzen auszurichten. Aber ich bin nicht sicher, ob dies das einzige Kriterium sein kann. Man wird für bestimmte Bereiche auch Forschungs- und Entwicklungsanreize setzen müssen, obwohl die Entwicklung sehr teuer und der zu erwartende Zusatznutzen überschaubar ist wie zum Beispiel bei Orphan Drugs.

opg: Das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen ist wahnsinnig komplex und sehr kleinteilig. Jede Regierung fügt dem Sozialgesetzbuch V neue Paragrafen und Absätze hinzu. Wäre das Konzept von VBHC im vorgegebenen Regelungsrahmen überhaupt abbildbar? Was müsste der Gesetzgeber ändern?

Huster: Das Problem ist nicht (nur) die Komplexität der Rechtsregeln, sondern der Umstand, dass in diesem korporatistischen System die Betroffenen immer mitentscheiden und ihre Interessen zu wahren versuchen. Der Satz ‚Der Patient steht im Mittelpunkt - und deshalb allen im Weg‘ ist ja nicht so ganz falsch. Viele Entscheidungen werden nicht (nur) wegen der Optimierung der medizinischen Versorgung getroffen, sondern auch deshalb, weil eine Gruppe von Leistungserbringern daran ein finanzielles Interesse hat. Das ist im System der Selbstverwaltung nur schwer zu vermeiden.

opg: Wie müsste sich zum Beispiel das AMNOG weiterentwickeln?

Huster: Das AMNOG ist im Grundsatz richtig. Aber auch hier sind viele Entscheidungen zu grob. Das Ergebnis „Kein Zusatznutzen belegt“ lässt die Preise oft purzeln, obwohl in dem Präparat Chancen/„value“ für die Patienten stecken können, die jetzt aber noch nicht darstellbar sind. Es wäre vieles einfacher, wenn die Kostenträger und die Unternehmen ein Vertrauensverhältnis hätten und sich eher als Partner in der Versorgung verstehen würden, die möglichst viel „value“ für die Versicherten produzieren wollen. Dieses eigentlich naheliegende Ziel geht aber oft unter. ◀

Zur Person

Prof. Stefan Huster ist seit 2004 Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht. Schwerpunkt seiner Forschung ist die Gesundheitspolitik. Als unparteiischer Vorsitzender der AMNOG-Schiedsstelle vermittelt er bei den Preisverhandlungen zwischen Arzneimittelherstellern und Gesetzlicher Krankenversicherung.



© pag, Folka

■ „Den Versorgungsprozess rückwärts planen“

Christian Hilmer plädiert für systematische Erhebung von Patient Outcomes

Den Grundgedanken des Value Based Healthcare-Ansatzes (VBHC) findet er „bestechend logisch“. Der Ökonom Christian Hilmer unterstreicht die Zielorientierung und dafür müsse der Versorgungsprozess quasi rückwärts geplant werden. Ausschlaggebend bleibt der Patientenwille. Das Ziel bestimme dann die Therapieauswahl, meint er im Interview.

opg: Das Konzept Value Based Healthcare (VBHC) vermittelt ein grundlegend neues Verständnis von Gesundheitsversorgung. Was kennzeichnet diesen Ansatz – insbesondere im Unterschied zu unserem heute existierenden Gesundheitssystem?

Hilmer: VBHC denkt Versorgung neu: ganzheitlich, sektorenübergreifend und konsequent ergebnisorientiert. Der Grundgedanke ist bestechend logisch: Wenn wir für jeden Menschen das beste gesundheitliche Ergebnis erreichen wollen, müssen wir zu Beginn des Versorgungsprozesses definieren, was wir erreichen wollen. Leben verlängern? Schmerzen lindern? Den Ausbruch der Erkrankung verhindern? Das Ziel bestimmt die Therapieauswahl, -abfolge und Erfolgsmessung. Der Versorgungsprozess wird dabei als Gesamtprozess verstanden und vom Ende her, quasi rückwärts, geplant. Die Incentivierung hängt ab von der Bewertung des Nutzens der Versorgung durch die Patientinnen und Patienten. Davon sind wir heute (noch) weit entfernt.

opg: Das Modell der VBHC steht und fällt mit einer tragfähigen Interpretation des Value-Begriffs. Wie gelangen wir hier zu einer verbindlichen und allseits akzeptierten Definition und wie könnte diese aussehen?

Hilmer: Indem wir alle an der Versorgung Beteiligten ein gemeinsames Verständnis davon entwickeln, wie wir den Wert von Versorgung – von Gesundheit – definieren, messen und incentivieren wollen. VBHC zielt darauf ab, den Nutzen der Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu maximieren. Ob und in welchem Ausmaß dieses Ziel im Einzelfall erreicht wird, können die Betroffenen selbst am besten beurteilen. Sogenannte Patient Outcomes werden heute schon zunehmend erfasst, indem Betroffene zum Beispiel via Fragebogen gebeten werden, das Ergebnis einer Behandlung zu bewerten. Derartige Abfragen gilt es für sämtliche Indikationen und Behandlungsprozesse zu systematisieren und zu verfeinern.

opg: In einem System, das den langfristigen Patientennutzen zur Grundlage der Vergütung macht, werden auf Dauer wesentlich mehr Daten benötigt als heute. Wie kann das angesichts strenger und uneinheitlicher Datenschutzregeln funktionieren?



Hilmer: Gesundheitsdaten sind ein sensibles Gut. Ihr Schutz vor unerlaubtem Zugriff und Missbrauch muss jederzeit bestmöglich gewährleistet sein. Aber: Datenschutz darf den medizinischen Fortschritt nicht ausbremsen und der Qualität der Versorgung nicht im Wege stehen. Damit wir das Potenzial von Gesundheitsdaten im Sinne von VBHC nutzen können, brauchen wir eine fortschrittsfreundliche Balance zwischen Datenschutz und erlaubter Datennutzung, die strukturierte Erfassung von Daten in guter Qualität, den gleichberechtigten Zugang forschender Akteure dazu und nicht zuletzt eine IT-Infrastruktur, die die Interoperabilität von Systemen und Daten gewährleistet.

opg: Welches Potenzial bietet VBHC mit Blick auf Entwicklungen wie die personalisierte Medizin oder die integrierte Versorgung? Lassen sich diese Trends mit dem bestehenden System überhaupt noch abbilden?

Hilmer: Medizinische Ansätze, die darauf abzielen, die Entstehung oder das Fortschreiten einer Erkrankung zum Beispiel im Sinne einer Disease Interception zu unterbrechen oder eine Erkrankung möglichst personalisiert und präzise zu behandeln, haben es heute schwer, in die Versorgung zu gelangen – zu den Menschen, die dringend darauf warten. Das Ziel von VBHC ist, den Nutzen des Versorgungsprozesses zu maximieren. Je besser sich Behandlerinnen und Behandler aus unterschiedlichen Bereichen und Sektoren abstimmen, je früher, personalisierter und präziser eine Behandlung ansetzt und wirkt, desto besser ist mutmaßlich das Ergebnis der Behandlung. Eine wertbasierte Erstattung im Sinne von VBHC setzt dafür die richtigen Anreize. Das Potenzial für die Qualität der Versorgung – für die Patientinnen und Patienten – ist enorm.

Ausschlaggebend bleibt der Patientenwille. © iStock.com, metamorworks

opg: Das AMNOG-Verfahren hat sich im bestehenden Gesundheitssystem bewährt. Nun stellt sich die Frage: Passt es auch ins VBHC-Modell und wenn nicht, an welchen Stellen müsste nachjustiert werden?

Hilmer: Wir müssen in jedem Fall nachjustieren. Ein Beispiel: Das System ist nicht darauf ausgelegt, mit Restunsicherheiten hinsichtlich des „Value“ umzugehen, wie sie etwa bei neuen Therapien zur Behandlung seltener Erkrankungen auftreten, bei denen die Durchführung klassischer klinischer Studien (RCTs) naturgemäß nur eingeschränkt möglich ist. Um eine Nutzenbewertung im Sinne von VBHC in solchen Fällen zu ermöglichen, müssen wir unser bewährtes Instrumentarium um neue Studiendesigns und klinische Endpunkte ergänzen und auch sogenannte Real-World-Daten in die Bewertung einbeziehen. Anpassungsbedarf sehe ich auch im Bereich der Incentivierung: Wertbasierte Gesundheitsversorgung funktioniert nur, wenn Versorgungsleistungen wie zum Beispiel Medikamente entsprechend ihres Wertes für die Patientinnen und Patienten erstattet werden. Weg von der standardisierten, hin zu einer konsequent wertbasierten Erstattung. Davon sind wir heute noch weit entfernt.

opg: Aus Sicht der Industrie birgt ein stärker am Outcome orientierter Vergütungsansatz auch Risiken. Wie gehen Sie damit um, wenn in Zukunft nicht mehr nach Einzeldosen abgerechnet wird?

Hilmer: Unser Ziel bei Janssen ist ein leistungsstarkes und bezahlbares Gesundheitssystem, das die bestmögliche Gesundheitsversorgung für alle gewährleistet. Dieses Ziel erreichen wir nur, wenn wir Versorgung im Sinne von VBHC planen und umsetzen. Erstattungspreise, die sich daran orientieren, welchen Wert eine Behandlung im Ergebnis für die Betroffenen hat, setzen die richtigen Anreize für die Erforschung und Entwicklung dringend benötigter medizinischer Innovationen und verbesserter Therapien. Eine erfolgsabhängige Vergütung ist ganz im Sinne von VBHC – und ein

möglicher Weg, um beispielsweise hochpreisige Therapien zur Behandlung seltener Erkrankungen schneller in die Versorgung zu bekommen. Wichtig ist dabei allerdings eine faire Risikoverteilung zwischen Hersteller und Krankenkassen: Das Morbiditätsrisiko darf nicht ausschließlich von der Industrie getragen werden. ◀

Zur Person

Christian Hilmer ist Mitglied der Geschäftsleitung von Janssen Deutschland und verantwortet den Bereich Marktzugang und Erstattung.





■ „Das SGB V muss von Grund auf neu gestaltet werden“

Dr. Klaus Piwernetz fordert einen Strategiewechsel im Gesundheitswesen

Derzeit sind die Organe der Selbstverwaltung die bestimmenden Player im deutschen Gesundheitswesen. Sie entscheiden über die Leistungen und die Mittelverteilung. Das würde Dr. Klaus Piwernetz ändern: Nicht das, was der Leistungserbringer bereitstellt, müsse im Vordergrund stehen, sondern die Behandlungen, die dem Patienten wirklichen Nutzen bringt. Dazu sei ein Paradigmenwechsel erforderlich. Allerdings sieht der Systemkritiker erste Ansatzpunkte bei diagnosebezogenen Versorgungsmodellen.

opg: Das Konzept Value Based Healthcare (VBHC) vermittelt ein grundlegend neues Verständnis von Gesundheitsversorgung. Was kennzeichnet diesen Ansatz – insbesondere im Unterschied zu unserem jetzigen Gesundheitssystem?

Piwernetz: Das SGB V betont zwei Aspekte: die gestaltenden Einrichtungen und die Kostenseite. Bürger und Patienten selbst spielen keine wesentliche Rolle. Der Gesetzgeber versucht zwar, Patientenorientierung zunehmend über verschiedene Gesetze zu stärken. Dennoch werden sie bisher eher noch als Objekte gesehen. Sie finanzieren das System mit Steuern und Beiträgen, haben im Gemeinsamen Bundes-

Grafik oben: © iStock.com, dickcraft, Bearbeitung: pag, Denise Toygar



ausschuss jedoch keine Stimmrechte. Über den Leistungskatalog und die Verteilung der Mittel entscheiden die Organe der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems: der GKV-SV, die DKG und die KBV/KZBV. Grundlage bildet nicht etwa ein epidemiologisch oder soziodemografisch begründeter Versorgungsbedarf, sondern eher Angebote der Leistungserbringer.

opg: Soweit zum Ist-Zustand. Was kennzeichnet ein Gesundheitssystem, das an den Prinzipien von VBHC ausgerichtet ist?

Misstände durch Über-, Unter- und Fehlversorgung könnten durch VBHC deutlich reduziert werden, sagt Dr. Piwernetz. © iStock.com, Goodboy Picture Company

Piwernetz: Im Kern geht es darum, die Patientenversorgung an den Ergebnissen, den Outcomes, zu orientieren. Nicht das, was der Anbieter oder Leistungserbringer bereitstellt, steht im Vordergrund, sondern die Behandlung, die dem Patienten wirklichen Nutzen in guter Qualität liefert. Messbare Versorgungsergebnisse bei gleichzeitiger Kosteneffizienz. Ungeeignete Behandlungen und unnötige Maßnahmen fallen so weg. Damit können die lange angeprangerten Misstände durch Unter-, Über- und Fehlversorgung deutlich reduziert werden.

opg: Wie kommen wir denn zu einer Ausrichtung hin zum tatsächlichen Versorgungsbedarf?



Piwernetz: Grundlage im Konzept Value Based Healthcare bildet der gesamte Verlauf einer chronischen Erkrankung oder die gesamte Episode eines umschriebenen gesundheitsrelevanten Ereignisses. Damit werden Kosten nicht wie bisher in Deutschland üblich auf Sektoren und Einrichtungen bezogen, sondern auf Patienten in ihrem individuellen Krankheitsverlauf einschließlich eventueller Komplikationen und Ko-Morbiditäten.

opg: Klingt plausibel, aber auch etwas sehr visionär.

Piwernetz: Insgesamt erscheint das Grundprinzip sehr attraktiv, erfordert aber im Detail doch einigen Definitionsaufwand. Die „Erfinder“ Porter und Guth beschreiben zwei spezifische Probleme bei der Erhebung der Kosten. Erstens: Die Aggregation der Kosten über die verschiedenen Kostenstellen für den gesamten Zeitverlauf. Zweitens: Die korrekte Zuordnung anteiliger Kosten aus unterschiedlichen Kostenarten. Gemeint ist der Gesamtaufwand aller Einrichtungen und Dienstleistungen über den „Care Cycle“ einschließlich des Aufwandes der Patienten selbst. Dies ist nicht zu verwechseln mit Preisen für die Versorgung.

opg: Wenn der langfristige Patientennutzen zum Gradmesser für Qualität und Vergütung werden soll – wie soll dieser Nutzen konkret gemessen werden?

Piwernetz: In der Initiative „Strategiewechsel jetzt!“ fordert eine Regel die Definition von generischen Behandlungspfaden auf der Grundlage geltender S3-Leitlinien

Der Begriff „Value“

Auf Europäischer Eben hat das „Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)“ den Begriff „Value“ in vier Aspekte gegliedert: Persönlicher, technischer, allokativer und gesellschaftlicher Wert. Diese Unterscheidung hilft bei Verständnis und Berechnung sehr.

Link zur Website des Expertenpanels:
https://ec.europa.eu/health/expert-panel-effective-ways-investing-health/overview_de





der AWMF. Diese Pfade bilden eine solide Grundlage für die Definition von Health Outcomes. Sie orientieren sich am Versorgungsbedarf und sind strikt am Patientenwohl ausgerichtet. Sie liefern auch die Struktur für die Beschreibung der erforderlichen medizinischen und pflegerischen Dokumentation. Damit bilden sie ein Gerüst für die Erhebung und Zuordnung der Kosten entsprechend den Forderungen von VBHC. Verantwortlich für die Definition der generischen Pfade sind die medizinisch-pflegerischen Fachgesellschaften.

opg: Das Modell der VBHC steht und fällt mit einer tragfähigen Interpretation des Value-Begriffs. Wie gelangen wir hier zu einer verbindlichen und allseits akzeptierten Definition und wie könnte diese aussehen?

Piwernetz: Zunächst müssten die Health Outcomes für die häufigsten und teuersten Erkrankungen über den gesamten Verlauf aufsummiert werden. Aufgrund der Sektorierung der Gesundheitsversorgung und der dysfunktionalen Desintegration der Gesundheitsversorgung in zahlreiche kleine Versorgungseinrichtungen bietet dies derzeit noch erhebliche praktische Probleme. Ein wichtiger Schritt könnte die Einführung der elektronischen Patientenakte sein. Diese Dokumentation müsste aber um weitere Items ergänzt werden, die es ermöglichen, auch den Patientennutzen abzuleiten. Das Definitionsproblem von „Value“ verlagert sich auf die Definition der Outcomes und der Kosten. Bei der OECD verdeutlichte Porter 2016 mit einer Formel, was damit gemeint ist.

opg: In einem System, das den langfristigen Patientennutzen zur Grundlage der Vergütung macht, werden auf Dauer wesentlich mehr Daten benötigt als heute. Wie kann das angesichts strenger und uneinheitlicher Datenschutzregeln funktionieren?

Piwernetz: Wann immer es in den letzten Jahren um Dokumentation, Digitalisierung und Transparenz ging, konnte man den Eindruck gewinnen, dass die Datenschutz-Karte immer dann gezogen wurde, wenn etwas verhindert werden sollte. Das muss sich grundlegend ändern. Das sieht Prof. Gerlach, der Vorsitzende des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, genauso.

Für ein Gesundheitssystem, das nach den Prinzipien von Value Based Healthcare funktioniert, bildet eine standardisierte Dokumentation und gesicherte Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern eine unverzichtbare Voraussetzung. Jeder einzelne Patient muss selbst bestimmen können, wer welche Daten sehen darf. Inzwischen beginnt der Gesetzgeber den Zugang für Patienten und für Forschungszwecke zu regeln. Und es besteht Hoffnung, dass als Folge der Erfahrungen in der Corona-Pandemie die e-Health-Gesetzgebung in absehbarer Zeit auf der Grundlage eines dringend erforderlichen Masterplans Struktur gewinnt und endlich Fahrt aufnimmt. Dazu bedarf es eines klaren Auftrages an eine unabhängige Institution jenseits der Interessensvertretungen. Die Initiative „Strategiewechsel jetzt!“ schlägt dazu die Einrichtung eines Nationalen oder Bundesinstituts für Gesundheit vor.

opg: In der Pandemie klopfte sich mancher auf die Schulter ob der vermeintlichen Robustheit des deutschen Gesundheitssystems. Warum bedarf es aus Ihrer Sicht dennoch eines „Strategiewechsels“?

Piwernetz: Der Corona-Stresstest hat einige eklatante Schwachstellen offengelegt. Pflege und öffentlicher Gesundheitsdienst sind nur zwei Beispiele. Schlimmeres wurde am Ende vor allem durch die hohe Kompetenz und das überragende Engagement von Leistungserbringern in Schlüsselfunktionen verhindert. Der Preis für die Defizite war erheblich und zwar in Form von Menschenleben und von immensen

Zur Person

Einen Strategiewechsel im Gesundheitswesen will Dr. Dr. Klaus Piwernetz in Gang setzen. Der Arzt und Physiker hat dazu gemeinsam mit Prof. Edmund Neugebauer ein gleichlautendes Buch veröffentlicht. Gesundheitssysteme sind seine Kernkompetenz und er sieht die Zeit gekommen, das System in Deutschland auf Outcomes, Effizienz und die Bedürfnisse der Patienten auszurichten.



© privat, K. Piwernetz

Kosten. Nicht wegen, sondern trotz dieses Systems sind wir noch einmal glimpflich davongekommen. Deshalb ist ein Strategiewechsel erforderlich, und zwar jetzt.

opg: Was muss anders werden?

Piwernetz: Der größte Paradigmenwechsel besteht darin, immer vom Zweck und den Patienten her zu denken und zu planen. Angesichts der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen muss das SGB V deshalb von Grund auf neu gestaltet werden. Eine ausführliche Analyse dazu liefert „Neustart Gesundheitsrecht“.

opg: Bietet das bestehende Gesundheitssystem bereits Anknüpfungspunkte für die Umsetzung des VBHC-Ansatzes und wenn ja, welche sind das?

Piwernetz: Ja. Durchaus. Zu nennen wären die diagnosebezogenen Modelle wie Stroke Units, das Trauma-Netzwerk, DMP oder OncoCert der DKG.

opg: Was könnten die nächsten Schritte sein?

Piwernetz: Ein integriertes Modell mit generischen Behandlungspfaden ableiten, das die Vernetzungsmethodik des Trauma-Netzwerkes mit den strukturierten Behandlungen in Stroke- und Chestpain-Units sowie den Methoden der Qualitätsentwicklung von OncoCert verbindet. Einen Masterplan für die digitale Transformation aufstellen, der sich am Zweck des Gesundheitssystems und an den Patienten orientiert.

Dies könnte dann als Grundlage für integrative regionale Versorgungsmodelle in föderaler Planungshoheit dienen. Man könnte direkt loslegen! ◀

Zum Nachlesen



Neustart für das Gesundheitsrecht

Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung

Hg: Robert Bosch Stiftung



<https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/neustart-fuer-das-gesundheitsrecht>



Strategiewechsel jetzt

Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems von Klaus Piwernetz und Edmund A.M. Neugebauer



<https://strategiewechsel-jetzt.de/start/die-autoren/>



■ „Effizienter und ressourcenschonender“

Dr. Stefan Knupfer von der AOK plus zu den Vorteilen von VBHC

Warum die Kostenträger im Krankheitsfall umdenken sollten, erläutert Dr. Stefan Knupfer im Interview. Den verbesserten Gesundheitszustand mit den Kosten ins Verhältnis zu setzen, würde unnötige Interventionen reduzieren und vor allem Prävention nicht nur als Kostenpunkt sehen. Doch für eine Wertermittlung fehlen gegenwärtig vor allem noch die Daten.

opg: Das Konzept Value Based Healthcare (VBHC) vermittelt ein grundlegend neues Verständnis von Gesundheitsversorgung. Was kennzeichnet diesen Ansatz – insbesondere im Unterschied zu unserem heute existierenden Gesundheitssystem?

Knupfer: Value Based Healthcare setzt die gemessene Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten ins Verhältnis zu den dafür aufgewendeten Kosten. Heute wird dagegen auch behandelt, ohne dass eine Verbesserung erreicht wird. Doch sowohl Fachkräfte als auch finanzielle Mittel werden im Gesundheitswesen zunehmend limitiert sein. Daher ist eine stärkere Orientierung am Wertbeitrag von Interventionen unumgänglich. Dieser Ansatz macht außerdem den Mehrwert von Prävention gegenüber der „Reparaturmedizin“ sichtbar.



opg: Das Modell der VBHC steht und fällt mit einer tragfähigen Interpretation des Value-Begriffs. Wie gelangen wir hier zu einer verbindlichen und allseits akzeptierten Definition und wie könnte diese aussehen?

Knupfer: Dieser Prozess wird Jahre benötigen. Deshalb ist es wichtig, anzufangen und sich schrittweise einer „gelebten“ Definition des Wertbeitrags anzunähern. Zum Übergang ist es erforderlich, Anreize für Prozessänderungen zu geben und gleichzeitig den Einsatz von wenig werthaltigen Interventionen zu reduzieren. Im

Zuge dessen sollte auch der Wertbeitrag von Prävention, die heute in erster Linie als Kostenfaktor gesehen wird, messbar gemacht werden.

opg: In einem System, das den langfristigen Patientennutzen zur Grundlage der Vergütung macht, werden auf Dauer wesentlich mehr Daten benötigt als heute. Wie kann das angesichts strenger und uneinheitlicher Datenschutzregeln funktionieren?

Knupfer: Gar nicht. Wenn die Gesundheitsdaten nicht entlang der Patientenreise durch das System mitwandern, kann der Wertbeitrag der Behandlung schwerlich gemessen werden. Was es viel mehr braucht, sind zusätzliche Daten aus dem weiteren Umfeld der Patienten, wie zu Ernährung, Bewegung, Selbstmedikation. Der Patient muss, wenn er es will, diese Daten auch mit seiner Krankenkasse teilen dürfen, wie er es mit Apple oder Google tut. Nur so kann auch der Präventionsaspekt eines VHBC-Systems zum Tragen kommen: indem der Versicherte immer wieder individuelle Unterstützung passend zu seiner Situation bekommt.

opg: Mit den Qualitätsverträgen steht den Krankenkassen zumindest im stationären Bereich bereits ein auf Vergütungs-Anreizen beruhendes Instrument für die Verbesserung der Ergebnisqualität zur Verfügung. Wie sind Ihre Erfahrungen damit?

Knupfer: Der Ansatz ist prinzipiell gut, doch Qualitätsdebatten lassen sich mit Pflicht und Zwang nicht gut führen. Heute ist der entsprechende Paragraph recht bürokratisch. In der Zukunft müssen sich alle Verträge daran messen lassen, ob sie Prozesse ändern und nicht nur Wünsche aufs Papier bringen. Geeigneten Instrumenten, die einen Wertbeitrag schnell messbar machen könnten, – beispielsweise die verpflichtende Nutzung der elektronischen Patientenakte – fehlt bisher die Rechtsgrundlage.

opg: Das Konzept der VBHC will den langfristigen Patientennutzen zum wichtigsten Gradmesser für Qualität und Vergütung machen. Welche Rolle kann den Krankenkassen bei der Ermittlung und Bewertung dieses Nutzens zukommen?

Knupfer: Die Krankenkassen haben viele Daten, um einen Wertbeitrag zum Patientennutzen zu messen. Sie könnten helfen, die Qualität und den Wertbeitrag schneller, umfassender und mit weniger Rücksicht auf Interessen der Leistungserbringer transparent zu machen. Als Alltagsbegleiter können Kassen den Versicherten helfen, den größtmöglichen Wertbeitrag für ihre individuelle Gesundheit zu finden. Die AOK plus hat sich bereits auf den Weg gemacht und unterstützt als Gesundheitslotse die Menschen dabei, ein langes und gesundes Leben zu führen.

opg: An welchen Stellen böte der VBHC-Ansatz aus Kassenperspektive Einsparpotenzial?

Knupfer: Value Based Healthcare ist kurzfristig gesehen kein Einsparinstrument. Es geht primär nicht darum, weniger Geld auszugeben, sondern mit den vorhandenen Mitteln den größtmöglichen Patientennutzen zu erreichen. Langfristig wird dieser Ansatz jedoch zu einem effizienteren und damit ressourcenschonenderen Gesundheitssystem führen. ◀

Zur Person

Seit 2014 leitet Dr. Stefan Knupfer als stellvertretender Vorstand die Geschicke der AOK plus mit Sitz in Dresden. Direkt nach seiner Promotion in Wirtschaftswissenschaften an der Universität Regensburg zog es ihn zur AOK. Im Vorstand verantwortet er unter anderem die Finanzen und das Controlling sowie das Veränderungsmanagement.





■ Was verstehen wir unter Value?

Prof. Axel Mühlbacher zum Stellenwert von Patientenpräferenzen

Der Gesundheitsökonom Axel Mühlbacher erhofft sich vom Konzept der Value Based Healthcare (VBHC) neue Impulse für festgefahrene Debatten. Im Interview erläutert er Strickfehler des AMNOG, fragwürdige Werturteile von Einzelnen sowie den Fehler erster und zweiter Art.

opg: Wie stehen Sie zum Konzept der Value Based Healthcare?

Mühlbacher: Die Zielsetzung ist richtig. Trotzdem erscheint es mir sinnvoll zu sein, dass wir auch klar kommunizieren, was wir unter „value“ verstehen.

opg: Wie meinen Sie das?

Mühlbacher: Ich sehe es kritisch, dass es jetzt einen neuen Begriff gibt, auf den alle aufspringen. Oft wird damit ein Paradigmenwechsel in Verbindung gebracht, den wir aber derzeit nicht leisten können. Trotzdem halte ich die kritische Diskussion über den Begriff „Value“ und, noch wichtiger, „Value Assessment Frameworks“ und „Value Based Competition“ für wichtig.

opg: Warum?

Mühlbacher: Die neuen Begrifflichkeiten lassen Raum für offene Debatten und wir können hoffentlich neu über Dinge diskutieren, über die wir vorher nicht offen diskutieren konnten: über unterschiedliche Verfahren der Nutzenbewertung und deren Auswirkung auf die Entscheidungsprozesse. Diese Diskussion war zu aufgeladen. Auch Porter und Teisberg hantieren in ihrem viel zitierten Buch mit dem Begriff „Value“, der sich aus der Abwägung von Outcomes und Kosten ableitet. Je nach Fachgebiet kann es einfacher oder schwieriger sein, „Value“ zu definieren. Aus der Perspektive der Medizin scheint es um die messbaren klinischen Effekte beziehungsweise die Abwägung von erwünschten und unerwünschten Effekten zu gehen.

opg: Und aus gesundheitsökonomischer Perspektive ...

Mühlbacher: ...sind die treibenden Variablen die Kosten und der Nutzen, das heißt, hier muss vielmehr ein klares Verständnis des „Patientennutzens“ gewährleistet werden. Nicht jeder einzelne Entscheidungsträger oder jede einzelne Organisation sollte für die Definition des „Nutzens“ beziehungsweise „Values“ zuständig sein. Es ist vielmehr wichtig, dass die Beteiligten ein klares Verständnis davon haben, was „Nutzen“ oder „Value“ bedeutet und welchen Bezug dieses Entscheidungskriterium zum Patienten oder zur Patientin hat. Vordergründig geht es hier um die Abwägung von Kosten und Nutzen. Wichtig ist aber auch die Abwägung von Nutzen und Schaden.

opg: Worum geht es für die Entscheider?

Mühlbacher: Sie müssen sich vorrangig damit befassen, was die Patienten tatsächlich brauchen – oft wird eine Therapie oder Innovation um ihrer selbst willen als „innovativ“ oder „neu“ gerechtfertigt, ohne dass ein klarer Bezug zu dem besteht, was die Menschen wollen. Eine rationale Entscheidung erfordert die Abwägung von Nutzen und Schaden aber auch von Nutzen und Kosten, dabei handelt es sich um das Grundmodell des Entscheidens. Und gleichzeitig ist das auch der Strickfehler, den wir beim AMNOG haben – nicht beim Messen der Effekte eines neuen Arzneimittels, sondern beim Abwägen.

opg: In den letzten Jahren war Ihre Kritik am AMNOG, dass beim Abwägen nicht systematisch die Patientenperspektive berücksichtigt werde. Es bleibe unklar, nach welchen Werturteilen das Ausmaß des Zusatznutzens quantifiziert wird, ein Aggregieren nach Baugesühl.

Mühlbacher: Das sehe ich auch noch immer so: Die Messung klinischer Effekte ist eine notwendige aber keine hinreichende Bedingung für eine rationale Entscheidung über die Erstattung und Preisfindung. Eine patientenorientierte Entscheidung

der Fachexperten ist erst dann möglich, wenn Informationen über Präferenzen der Betroffenen bei der Gewichtung der Zielkriterien systematisch berücksichtigt werden. Letztlich ist es so: Schlussfolgerungen über das Ausmaß des Zusatznutzens sind ohne ein Werturteil über die Gewichtung von Nutzen und Schaden nicht möglich. Wirtschaftlichkeit kann nur gewährleistet werden, wenn es eine rationale Abwägung von Kosten und Nutzen gibt.

opg: Patientenvertreter sitzen im Gemeinsamen Bundesausschuss mit am Tisch – auch wenn sie kein Stimmrecht haben.

Mühlbacher: Sie haben nicht nur kein Stimmrecht, sondern verfügen nicht systematisch über Evidenz, die ihre Position stärken könnte. Darüber hinaus dürfte die Annahme, dass einige wenige Patientenvertreter die Vielfalt einer ganzen Patientengruppe angemessen vertreten können, mittlerweile überholt sein. Realistischer wäre es, die Heterogenität der Erfahrungen und Werte in einer Patientengruppe endlich anzuerkennen. Empirische Erhebungen sind notwendig. Man kann die Patientenpräferenzen messen.

opg: Vor einigen Jahren wurde über Patientenpräferenzen hitzig debattiert – ohne nennenswerte Folgen. Im Koalitionsvertrag der Ampel wird Patienten viel Raum gegeben. Eine Chance dafür, dass deren Präferenzen künftig mehr Gewicht erhalten?

Mühlbacher: Das hat nichts mit der Koalition, nicht einmal mit dem Gesundheitsminister zu tun. Es geht um den Gemeinsamen Bundesausschuss, dessen Vorsitzenden und die Bänke. Sind sich die Kostenträger und Leistungserbringer bei Aufnahme von Innovation nicht einig, entscheidet der unparteiische Vorsitzende. Das bedeutet, dass ein Werturteil eines Einzelnen ausschlaggebend dafür ist, wie wir den Wert einer neuen Behandlung in unserem Gesundheitssystem beurteilen. Eben eminenz- und nicht evidenzbasiert.

Die Annahme, „dass einige wenige Patientenvertreter die Vielfalt einer ganzen Patientengruppe angemessen vertreten können, dürfte mittlerweile überholt sein“.

Das Foto zeigt eine Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses. © G-BA, Svea Pietschmann



opg: Also keine Änderung in Sicht?

Mühlbacher: Man darf nicht unterschätzen, dass es dabei um eine Machtfrage geht. Auch ein Grund, warum wir nicht die gleichen Diskussionen führen wie die EMA oder FDA. Es ist absurd: Wir lassen haarklein messen, wie gut ein Arzneimittel wirkt. Aber wenn es darum geht, ob der Vorteil mögliche Nachteile überkompensiert oder umgekehrt, dann nehmen wir es mit dem Messen und der Wissenschaft nicht so genau. Dann brauchen wir keine Evidenz. Für die Entscheidungsfindung in der Zukunft ist es wichtig, die notwendigen Daten zu generieren und zu berücksichtigen, um eine fundierte Entscheidung auf der Grundlage von Evidenz zu treffen. Patienten sind die wichtigste Interessengruppe, die in die Wertbestimmung und Entscheidungsfindung einbezogen werden muss.

opg: Und wie passt der Value-Begriff dazu?

Mühlbacher: Der gaukelt Ihnen vor, dass der Nutzen messbar ist. Nach dem Motto: „Der Value ist messbar, den kriegen wir schon gemessen, das machen die Wissenschaftler.“ Nein, das machen sie eben nicht. Noch einmal: Messen ist nicht bewerten. Um den Value transparent zu machen, den Wert einer Sache zu messen, brauchen Sie zum einen Outcomeparameter, die können klinisch oder nicht-klinisch sein. Aber sobald es mehr als einen Parameter beziehungsweise ein Entscheidungskriterium gibt – und das ist in 99 Prozent der Fälle so – brauchen wir jemanden, der es bewertet. Bei Arzneimitteln delegieren wir unsere Entscheidungsmacht an den Gemeinsamen Bundesausschuss beziehungsweise den unparteiischen Vorsitzenden. Damit habe ich auch kein Problem...

opg: Aber?

Mühlbacher: Aber bei seiner Entscheidung sollten ihm zumindest die Evidenz zur Verfügung stehen, wie Patienten entschieden hätten, wenn sie bestmöglich informiert gewesen wären. Wie kann eine Expertengruppe oder ein einzelner Entscheider diesen Informationsmangel denn sonst kompensieren?

opg: Die USA scheinen bei der Berücksichtigung von Patientenpräferenzen schon weiter zu sein.

Mühlbacher: Dort wurde die Evidenz von Präferenzstudien bereits berücksichtigt.



„Wir lassen haarklein messen, wie gut ein Arzneimittel wirkt. Aber wenn es darum geht, ob der Vorteil mögliche Nachteile überkompensiert oder umgekehrt, dann nehmen wir es mit dem Messen und der Wissenschaft nicht so genau.“
© stock.adobe.com, Sergey Novikov



opg: Warum ist man dort offener für das Thema?

Mühlbacher: Der Ausgangspunkt dafür, die Nutzenbewertung strukturierter und transparenter zu gestalten, war es, sich intensiver mit dem Fehler erster und zweiter Art zu befassen.

opg: Wofür stehen Fehler erster und zweiter Art?

Mühlbacher: Entscheidungen werden unter Unsicherheit getroffen und die Entscheidungsträger können immer falsch liegen. Damit müssen wir alle leben. Trotzdem ist es für alle Beteiligten wie politische Entscheidungsträger oder die Industrie wichtig, Fehler vom Typ II, also Investitionen in Technologien von geringem Wert und Fehler vom Typ I, eine unzureichende Investition in Technologien mit hohem Wertbeitrag, zu vermeiden. Unsere Entscheidungsstrukturen müssen Überinvestitionen in Gesundheitstechnologien (Fehler vom Typ II) und Unterinvestitionen in Gesundheitstechnologien (Fehler vom Typ I) vermeiden.

opg: Was bedeutet das konkret?

Mühlbacher: Wenn die Beteiligten nicht aufpassen, besteht die Gefahr, dass entweder Geld in falschen Bereichen verschwendet oder die Chance verpasst wird, neue Innovationen in den richtigen Gesundheitsbereichen/Produkten einzuführen. Haben wir kein klares Verständnis über den Wert oder auch „Value“ oder „Nutzen“, ist das Risiko von Unterinvestitionen und Überinvestitionen immens. Nur zufällig würden wir eine effiziente Mittelverwendung im Gesundheitswesen finden. Hierzulande ist die dominierende Sorge, etwas zuzulassen, obwohl es keinen ausreichenden Wertbeitrag schafft.

opg: Und die FDA?

Mühlbacher: Die hat dagegen auch davor Angst, etwas nicht zu fördern, das sinnvoll gewesen wäre. Am schlimmsten wäre der Vorwurf von Patientengruppen, dass eine Therapieform, die viele Menschenleben hätte retten können, von der FDA torpediert wurde. Wenn man sich mit diesen Fragestellungen auseinandersetzt, kommt automatisch die Frage auf, ob man den Nutzen, den Value als den Wert der

Gesundheitstechnologien bereits transparent und nachvollziehbar in den Entscheidungen des Gesundheitswesens berücksichtigt.

opg: Welche Konsequenzen hat das für EMA oder FDA?

Mühlbacher: Deshalb diskutieren die FDA oder die EMA über die Weiterentwicklung von strukturierten und transparenten Entscheidungen. Hierzulande deuten Publikationen und Meinungsäußerungen darauf hin, dass man sich bereits am Ziel angekommen wähnt.

opg: Wie kann das Konzept der Value Based Healthcare umgesetzt werden?

Mühlbacher: Wir müssen uns unter anderem die folgenden Fragen stellen:

Wie kann der Wert für die Patienten transparent und systematisch gemessen werden? Wie können Regulierungsbehörden und Kostenträger die gesammelten Informationen über den Patientennutzen in die Entscheidungen integrieren?

Welche Evidenz ist notwendig, um den Wert von Gesundheitstechnologien zu berücksichtigen? Wie sollen die Entscheidungsträger angesichts begrenzter Gesundheitsbudgets das Geld am besten ausgeben? Welche Evidenz wird benötigt, damit die Entscheidungsträger die Ressourcen effektiv einsetzen können?

opg: Ihr Fazit?

Mühlbacher: Die Diskussion über den „Value“ kann uns dabei helfen. Also es stimmt: „Alter Wein in neuen Schläuchen“, aber vielleicht hilft die Diskussion, dass wir zukünftig kritischer mit diesem „alten Wein“ umgehen. ◀

Zur Person

Prof. Dr. Axel Mühlbacher leitet das Institut für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement an der Hochschule Neubrandenburg. Seine Forschungsschwerpunkte: Entscheidungstheorie, Präferenzforschung, Verhaltensökonomik, Versorgungsforschung, Evaluation und Health Technology Assessment sowie Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation.



■ Was für ein Gesundheitssystem wollen die Menschen?

Antwort gibt die Neustart!-Initiative der Robert Bosch Stiftung

Im Zentrum des Gesundheitssystems sollte nicht nur stehen, Patienten zu behandeln. Es sollte vor allem dafür sorgen, dass Menschen gar nicht erst krank werden. Das ist im Kern die Botschaft der Neustart!-Initiative, der Robert Bosch Stiftung. Bürgerinnen und Bürger diskutierten dabei mit Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis die Anforderungen an ein zukünftiges Gesundheitssystem.

Das deutsche Gesundheitswesen gilt im internationalen Vergleich als eines der leistungsstärksten. Doch es ist nicht alles Gold, was glänzt. Das System steckt fest. Eindrucksvoll ablesbar ist dies am Status Quo der Digitalisierung. Seit vielen Jahren hält der Bundesgesundheitsminister den Rekord, wenn es um Reformgesetze geht. Das System wird immer kleinteiliger und komplexer. Selbst diejenigen, die in ihm arbeiten, verlieren zuweilen den Überblick. Die Pandemie hat die Schwachstellen schonungslos offengelegt. Mit der Neustart!-Initiative, die 2018 gestartet ist, hat die

Robert Bosch Stiftung versucht, aus der Mitte der Gesellschaft heraus Impulse für eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems zu setzen. Fast 700 Bürgerinnen und Bürger engagierten sich in den Dialogveranstaltungen, etwa 40 gewählte Botschafter vertraten ihre Anliegen in Bürger-Experten-Runden. Außerdem beteiligten sich etwa 1000 Menschen an einer Umfrage zu Reformansätzen für das deutsche Gesundheitssystem.



Gesundheit erhalten hat oberste Priorität

Es wurde deutlich: Die Menschen in der Bundesrepublik wünschen sich ein solidarisches, am Gemeinwohl orientiertes Gesundheitssystem. Und es gab Überraschungen. Denn was die Teilnehmer in den Dialogformaten kaum erwähnten, war die fachliche und medizinische Qualität von Behandlungen. Sei es, weil sie diese in Deutschland als ohnehin gesichert sehen, sei es, weil sie der Eigenverantwortung eine hohe Bedeutung beimessen. Gesundheit gelte es in erster Linie zu erhalten, so die Meinung der Bürger. Dafür müsse die Prävention gestärkt werden, sowohl über einen besseren Zugang zu verlässlichen und leicht verständlichen Informationen als auch durch eine frühere und umfassendere Bildung über Gesundheitsthemen, die möglichst schon in Schulen und Kitas beginnen sollte.

Bürgerinnen und Bürger wollen mitreden

Mitbestimmung ist für die Menschen das Gebot der Stunde: Sie wollen ihre Gesundheit selbst in die Hand nehmen, wünschen sich, mit Ärzten auf Augenhöhe zu kommunizieren, möglichst auf der Basis gut verständlicher Befunde und Berichte. Ihr Bedürfnis nach Partizipation geht so weit, dass sie sich vorstellen könnten, kommunale Gesundheitsveranstaltungen zu organisieren. Am Gesundheitssystem als solchem nehmen sie großen Anteil: So fordern sie etwa, dass Menschen in Gesundheitsberufen besser bezahlt und von erdrückender Bürokratie entlastet werden. Sie befürworten Investitionen in Innovation und Forschung und erhoffen sich eine höhere Transparenz durch digitale Anwendungen. Auch in die Telemedizin setzen sie Hoffnung: Durch sie würde die Gesundheitsversorgung flexibler und qualitativ verbessert.

Weniger Gewinn – mehr Unterstützung

Die Menschen betrachten das Gesundheitswesen als Gemeingut. Es sollte jedem Menschen in gleicher Weise offenstehen – ein Ziel, das über ein solidarisches Versicherungssystem verwirklicht werden könnte. Das ganze System sollte sich entkoppeln von Gewinnstreben, vielleicht sogar stärker staatlich gesteuert werden, wie einzelne Teilnehmer anmerkten. Auch einem Finanzausgleich stehen die Dialogteilnehmer offen gegenüber, sie könnten sich zudem eine Art nachbarschaftlicher Gesundheits- oder Pflegeunterstützung vorstellen.

Wie auch immer sich das Gesundheitssystem in Zukunft entwickelt – wenn es nach den Beteiligten der Neustart!-Initiative geht, soll vor allem eines im Zentrum stehen: nicht Vergütung und Gewinne, nicht bürokratische Prozesse und Papierberge, nicht sondern einzig und allein: der Mensch. ◀



Zum Nachlesen

Die Ergebnisse der Neustart!-Initiative fasst ein Buch der Medizinischen Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft zusammen: Dr. Bernadette Klapper, Bereichsleiterin Gesundheit bei der Robert-Bosch-Stiftung, und Irina Cichon, Projektverantwortliche der „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, zeichnen darin die wichtigsten Impulse für ein künftiges Gesundheitssystem nach und geben Orientierung für eine mutige, veränderungswillige Gesundheitspolitik.



<https://www.mwv-berlin.de/produkte/!/title/neustart/id/789>

■ „PROMs sind der Schlüssel zum Erfolg“

Dr. Christoph Pross setzt auf Qualitätstransparenz

Value Based Healthcare meint im Wesentlichen, die Patientenversorgung zu verbessern, ohne dass die Kosten dabei ausufern. Besonders wichtig: Behandlungsergebnisse systematisch zu messen und zu bewerten, auch und gerade aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten. Ein anderes Zauberwort lautet in diesem Zusammenhang Qualitätstransparenz. Wie damit die Gesundheitsversorgung besser wird, erläutert Dr. Christoph Pross im Interview.

opg: Der Begriff Value Based Healthcare (VBHC) hat Konjunktur. Warum gerade jetzt?

Christoph Pross: Das Gesundheitssystem erfährt derzeit sehr viel öffentliches Interesse. Die Coronapandemie wirkt da wie ein Brennglas und macht deutlich, dass sich etwas Grundlegendes ändern muss. Die Kosten explodieren, dem System geht das Personal aus. Wir brauchen einen Strukturwandel. Auf der Suche nach Ansätzen, wie dieser Wandel aussehen könnte, landen viele Akteure bei VBHC. Hier kommen alle Interessen auf einen Nenner: Alle wollen das Beste für die Patienten, über den gesamten Behandlungspfad hinweg, zu Kosten, die nicht ausufern. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten heutzutage skeptischer sind als noch vor zehn Jahren. Sie informieren sich online und wollen wissen, wie sich eine Behandlung auf ihr Wohlbefinden auswirkt und welche Alternativen es gibt. Eine weitere starke Triebfeder für VBHC ist die Digitalisierung: Uns stehen jetzt die Technologien zur Verfügung, die es möglich machen, in großem Stil Ergebnisqualität zu messen und transparent zu machen.



„Ein Krankenhausmanager misst seinen Erfolg an der Bettenauslastung – also setzt er alles daran, die Betten zu belegen.“
© iStock.com, Jennifer Kosig

opg: Die Kosten steigen rasant – und trotzdem hat das deutsche Gesundheitssystem im OECD-Vergleich bestenfalls durchschnittliche Ergebnisse. Warum klaffen Input und Outcome so stark auseinander?

Pross: Wir haben in Deutschland ein massives Problem, nämlich gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zum einen ist unser Vergütungssystem mengengetrieben und setzt keine Qualitätsanreize. Außerdem muss Indikationsqualität stärker in den Fokus rücken, damit vor einer Operation alternative Behandlungsoptionen möglichst ausgeschöpft sind. Die Unter- und Fehlversorgung wiederum verdanken wir insbesondere unserer fast einmaligen Sektorentrennung. Außerdem messen wir zwar extrem viele Daten, aber sie versickern im Silo der Qualitätssicherung und bleiben für die Öffentlichkeit im Dunkeln. Erschwerend kommt hinzu, dass das Thema Qualitätsmessung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung oft kein Top-Managementthema in den Krankenhäusern oder Arztpraxen ist.

opg: Was war eher da: die vielen Betten oder die vielen Fälle?

Pross: Die berühmte Henne-Ei-Problematik... Ich denke, sie bedingen sich gegenseitig. Dass das DRG-System hohe Fallzahlen belohnt, ist hinlänglich belegt. Das wird noch dadurch verstärkt, dass die Bundesländer ihren Investitionsverpflichtungen nicht ausreichend nachkommen. Will ein Krankenhaus eine neue Technologie anwenden, muss es das Geld dafür aus dem operativen Geschäft abzweigen – das wird häufig über eine Fallzahlsteigerung erreicht. Aber auch andersherum wird ein Schuh draus: Ein Krankenhausmanager misst seinen Erfolg an der Bettenauslastung – also setzt er alles daran, die Betten zu belegen.

opg: An welchen Stellschrauben könnte man drehen?

Pross: Wir müssen Qualität nicht nur messen, sondern unser Gesundheitswesen auch wirklich danach ausrichten. Dafür gibt es erste Anläufe: Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) sieht vor, Qualitätsverträge zu stärken,



„Wer kein Herzkatheterlabor hat, sollte keine Herzinfarktpatienten behandeln.“
© stock.adobe, Image Supply Co

außerdem sollen Patientenbefragungen weiterentwickelt werden. Auch die Krankenhausplanung muss sich stärker an Qualität orientieren, so wie es Gesundheitsminister Laumann derzeit in Nordrhein-Westfalen umsetzt. Respekt für diesen mutigen Schritt! Niedersachsen folgt seinem Beispiel bereits. Außerdem müssen das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und seine Strukturdialoge echte Zähne bekommen. Leistungserbringer mit dauerhaft schlechten Ergebnissen müssen sanktioniert werden. Es kann nicht sein, dass sie immer weiter Patienten behandeln dürfen. Man kann sogar noch eher ansetzen und muss nicht erst auf schlechte Qualität warten: Auch mangelnde Strukturqualität sollte zu Sanktionen führen, etwa zu einer reduzierten Vergütung oder einem Aussetzen des Versorgungsauftrags. Beispiel: Wer kein Herzkatheterlabor hat, sollte keine Herzinfarktpatienten behandeln.

opg: Sie sprechen vom mengengetriebenen Vergütungssystem. Müssen die Fallpauschalen abgeschafft werden?

Gesucht: Wege zu besserer Qualität

Qualitätsmessung und kontinuierliche Verbesserung sind „meine Herzenthemen“, sagt Dr. Christoph Pross, denen er sich auch in zwei Forschungsvorhaben der TU Berlin widmet. Für das Projekt „Qualitätstransparenz und deren Auswirkung auf die Qualität stationärer Versorgung“ untersuchen er und seine Mitstreiter, ob und wie Qualitätstransparenz zu einer Qualitätssteigerung führen kann, welche Erkenntnisse sich zu Qualitätstransparenz und deren Umsetzung in Deutschland im internationalen Vergleich gewinnen lassen und wie Spezialisierung, Zentra-

lisierung und Qualitätswettbewerb zu besserer Behandlungsqualität führen können. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert das Projekt mit insgesamt 400.000 Euro. Daneben koordiniert er für die TU Berlin auch das vom Innovationsfonds geförderte Projekt PROMoting Quality. Dort geht es um die Frage, wie PROMs in Endoprothetikzentren dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern. Und das nächste Projekt ist schon am Start: PROMChronic. Wie der Name schon sagt, geht es dabei um PROMs bei chronischen Erkrankungen.

Pross: Wir brauchen zumindest viel stärkere Qualitätsanreize. Beispielsweise sollten Krankenhäuser die Kosten für Revisionseingriffe tragen müssen, wenn diese darauf zurückzuführen sind, dass sie beim Primäreingriff nicht gut gearbeitet haben. Außerdem brauchen wir ein klares System zur Finanzierung der Vorhaltekosten. Professor Jonas Schreyögg hat bereits einen sehr guten Vorschlag gemacht. Er plädiert für ein modulares Vergütungssystem, bei dem ein Krankenhaus ein Gesamtbudget bekommt, das neben den Fallpauschalen auch einen Posten für Vorhaltekosten sowie einen Vergütungsanteil für besonders gute Qualität enthält. Da die Vorhaltekosten, etwa für Spezialabteilungen, damit abgedeckt wären, stünden Kliniken weniger unter Druck, Einnahmen über Fallzahlen zu erzielen. Was man hier nicht vergessen darf: Die Krankenhausfinanzierung muss bei alledem bedarfsgerecht sein. Das kann man über eine vorgelagerte Bedarfs- und qualitätsbasierte Krankenhausplanung erreichen.

opg: Wie wirkt es sich auf die Behandlungsqualität aus, wenn die Ergebnisqualität offengelegt wird?

Pross: Zunächst einmal können wir Missstände nur erkennen, wenn wir die Ergebnisqualität messen und veröffentlichen. Patienten haben außerdem ein Recht darauf

Zur Person

Als Sohn eines Chirurgen kam Dr. Christoph Pross schon früh mit dem Gesundheitssystem in Berührung. Er studierte dann allerdings nicht Medizin, sondern VWL und Politikwissenschaften. Trotzdem ließ ihn das Gesundheitssystem nicht los: Nach dem Studium beriet er bei der Boston Consulting Group Krankenhäuser, Krankenkassen und Medizintechnikunternehmen. Das Ganze vertiefte er während seiner Promotion, für die er sich mit Ergebnistransparenz, Determinanten von Ergebnisqualität und Value Based Healthcare in Deutschland und Europa beschäftigte. Heute arbeitet er als Director Market Access, Health Economics und Government Affairs im Medizintechnikunternehmen Stryker. Nebenberuflich forscht er im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin.



zu erfahren, wo gut oder schlecht behandelt wird. Krankenkassen im Übrigen auch. Wenn Patienten mit ihren Füßen abstimmen, werden die Krankenhäuser belohnt, die gute Qualität abliefern. Außerdem sind Ärzte sehr wettbewerbsbewusst. Wenn ihre Behandlungserfolge für alle einsehbar sind, werden sie alles daransetzen, ihre Versorgungsqualität kontinuierlich zu verbessern. Das können sie dann auch auf Basis der Daten und im Benchmarking mit anderen Ärzten und Häusern. Wichtig für eine externe Berichterstattung ist, dass die Behandlungsqualität intuitiv, verständlich und vergleichend dargestellt wird. Auch eine gute Risikoadjustierung und eine Datenprüfung müssen umgesetzt werden, damit Patientenselektion und Datenmanipulation vermieden und Patienten bedarfsgerecht behandelt werden.

opg: Wie kann das gelingen?

Pross: Patient Reported Outcome Measures (PROMs) sind der Schlüssel zum Erfolg. Die klassischen Qualitätsindikatoren wie die Komplikationsrate oder die Mortalität sind für Patienten sehr abstrakt. Für sie ist es oft ausschlaggebender, ob sie sich nach einer Behandlung wieder schmerzfrei bewegen können. PROMs bilden diese patientenberichtete Ergebnisqualität ab – nicht nur während, sondern auch nach dem stationären Aufenthalt. PROMs können bei jeder Form der Behandlung die Patientenperspektive stärken, auch bei der ambulanten Chemotherapie oder bei der Physiotherapie bei Rückenschmerzen.

opg: Brauchen wir weniger Betten und mehr Spezialisierung?

Pross: Auf jeden Fall! Schon allein, weil wir einen Innovationsstau haben. Es ist unmöglich, alle Häuser gleichzeitig mit innovativen Technologien auszustatten. Deshalb sollte man sich auf die Häuser mit Leuchtturmcharakter konzentrieren. Außerdem gibt es zu viele kleine Krankenhäuser, die hochkomplexe Eingriffe durchführen – in der Regel bei einigen wenigen Patienten im Jahr. Wie sollen die Operateure da zu Spezialisten werden? Eine Studie der TU Berlin zeigt ein riesiges Qualitätsgefälle zwischen den Kliniken. Beispiel künstliches Hüftgelenk: In den Krankenhäusern mit der schlechtesten Qualität ist ein Wiederholungseingriff zwölfmal häufiger erforderlich als in den Krankenhäusern mit der besten Qualität. Oder nehmen wir die Schlaganfallversorgung: Noch immer werden um die zwanzig Prozent der Schlaganfallpatienten in Krankenhäusern behandelt, die keine Stroke Unit haben. Das Risiko, am Schlaganfall zu sterben, ist dort deutlich höher als in Krankenhäusern mit



Noch immer werden um die zwanzig Prozent der Schlaganfallpatienten in Krankenhäusern behandelt, die keine Stroke Unit haben.

Das Foto zeigt den STEMO-Rettungswagen (Stroke-Einsatz-Mobil) bei einem Notarzt-Einsatz auf dem Alexanderplatz in Berlin. © imago images, snapshot-photography, F.Boillot

einer Stroke Unit. Für eine größere Spezialisierung spricht außerdem der Fachkräftemangel: Wenn wir das Gesundheitspersonal nicht auf 1.800, sondern auf deutlich weniger Krankenhäuser verteilen müssten, hätten wir viel gewonnen.

opg: Um das Ganze noch einmal zusammenzufassen: Was ist zu tun, um ein Gesundheitssystem zu schaffen, in dem der Patient tatsächlich im Mittelpunkt steht – und nicht im Weg?

Pross: Erstens müssen wir PROMs flächendeckend und standardisiert erheben und in Echtzeit in die Diagnose und Behandlung einbinden. Zweitens müssen wir die fehlende Interoperabilität im Gesundheitswesen und die oft überzogenen Datenschutzängste überwinden, um die Möglichkeiten der digitalen Technologien voll nutzen zu können. Drittens müssen wir die integrierte Versorgung deutlich ausbauen und weiterentwickeln. Patienten müssen dort versorgt werden, wo ihnen am besten geholfen wird und gleichzeitig die Ressourcen im Gesundheitssystem am effektivsten eingesetzt werden. Das ist nicht immer im Krankenhaus der Fall. Mit dem Ausbau der ambulanten Versorgung bewegen wir uns in die richtige Richtung. Das Denken in Sektoren sollte allerdings ein Ende haben. Wir brauchen ein Versorgungsteam um den Patienten herum. ◀

■ PROMs: Eine Perspektive für das Gesundheitswesen

Wie Patientenerfahrungen in die Gesundheitsversorgung einfließen

Mehr Patientenorientierung und dadurch bessere Behandlungsergebnisse: Patient Reported Outcome Measures (PROMs) machen es möglich. Das haben zahlreiche Länder bereits erkannt und PROMs in ihr Gesundheitssystem integriert. Die Studie „Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich“ ermöglicht einen Blick über den Tellerrand und zeigt, wie PROMs auch in Deutschland zum Erfolgsmodell werden könnten.



Mehr als 16 Millionen Patientinnen und Patienten werden jährlich in deutschen Krankenhäusern versorgt; hinzu kommen etwa 718 Millionen ambulante Fälle. Doch wie steht es um den Erfolg dieser Behandlungen? Wie bewerten die Patienten selbst das Ergebnis ihrer Eingriffe? Dazu gibt es hierzulande erst wenige Daten. „Systematische Befragungen von Patientinnen und Patienten über die selbst empfundenen Behandlungsergebnisse finden in Deutschland nicht statt“, heißt es im Report „Patient-Reported Outcome Measures

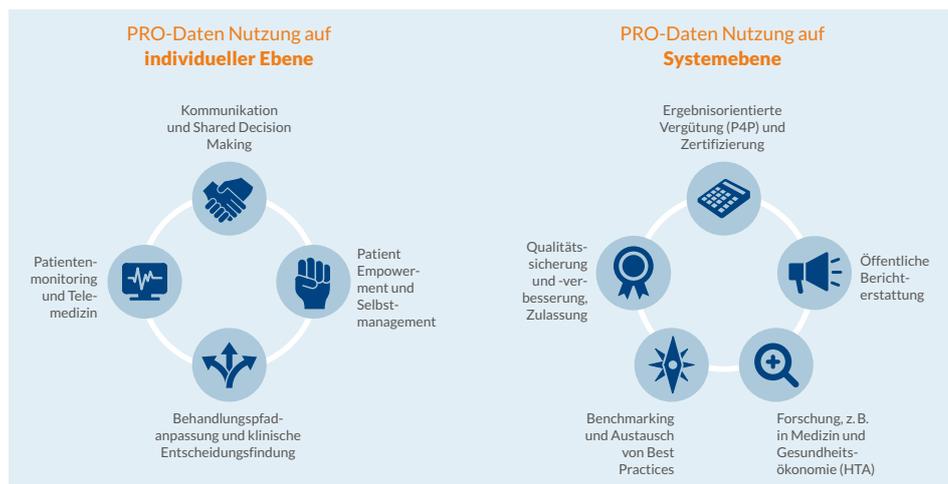
Wie steht es um den Erfolg medizinischer Behandlungen in Deutschland? Wie bewerten die Patienten selbst das Ergebnis ihrer Eingriffe? Dazu gibt es hierzulande erst wenige Daten. © stock.adobe.com, fizkes

(PROMs)“, den die Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit der Technischen Universität Berlin und der Weissen Liste herausgegeben hat. Die Ergebnisqualität werde über klinische Indikatoren oder aus Sekundärdaten ermittelt – was fehle, sei ein zentraler Baustein, der hilft, die Versorgungsqualität aus systemischem und individuellem Blickwinkel zu bewerten.

Diese Lücke wollen erste Initiativen schließen: Weitgehend von Kliniken organisiert, stellen sie auf sogenannte Patient-Reported Outcome Measures (PROM) ab, auf dokumentierte und messbare Erfahrungen von Patientinnen und Patienten. Schmerzen nach einem Eingriff können hier ebenso einfließen wie der empfundene Grad an Beweglichkeit, etwa nach einer Knieoperation. Die Charité betreibt ein solches Projekt, die Technische Universität (TU) Berlin sowie das Hamburger UKE. Doch landesweit ist die Durchdringung laut Report noch gering: Erst 28 Prozent der Krankenhäuser setzen PROMs bereits um, allen voran Universitätskliniken (42 Prozent) und private Krankenhäuser (36 Prozent).

USA, Dänemark und Schweden sind Vorreiter

Andere Länder sind schon weiter, wie der Report anhand einer Analyse der TU Berlin zeigt. Als Vorreiter gelten die USA: Hier haben PROMs in Politik, Ärzteschaft und Gesundheitswirtschaft einen hohen Stellenwert. Schon 2012 wurde in Boston das International Consortium for Health Outcome Measures gegründet. Zwar betreiben die USA keine nationale PROM-Strategie, dafür ist ihr Gesundheitswesen zu privatwirtschaftlich organisiert, doch sind solche Messdaten in einzelnen Bundesstaaten oder Kliniksystemen weit verbreitet: Verbünde wie Kaiser Permanente und die Mayo-Kliniken bauen Plattformen auf, über die sie PROMs erheben und analysieren. Die Gesundheitsprogramme Medicare und Medicaid arbeiten mit PROMs für einzelne Krankheitsbilder; auch beziehen vier nationale Register diese Daten in ihre Auswertungen ein. Selbst in der Routineversorgung werden PROMs eingesetzt, wenngleich es hier Unterschiede gibt: In den einzelnen Kliniken ist die Umsetzung noch nicht so vorangeschritten wie in den größeren Versorgungsnetzwerken. Finanziert werden PROMs von den privaten und öffentlichen Versicherungen, zum Teil über Bundled Payment. Noch hapere es laut TU-Studie an gemeinsam nutzbaren ePA-Systemen und -Standards, doch hätten sich bereits Versorgerverbände zusammengeslossen, um sich für eine offene Programmierschnittstelle einzusetzen.



Es geht auch Top-Down

Wie ein Top-Down-Ansatz den Einsatz von PROMs begünstigen kann, zeigt Dänemark: Hier startete 2016 die Initiative für nutzenorientierte Versorgung. Sie soll die Versorgungsqualität erhöhen und die Ressourcen sinnvoller verteilen. Dazu werden landesweit PROMs zu chronischen Krankheiten, orthopädischen Beschwerden, Krebs und psychischer Gesundheit erfasst. Dem Land ist es ernst: 2017 verpflichteten sich Staat, Regionen und Kommunen zur landesweiten PROM-Umsetzung; ein Lenkungsausschuss wurde eingerichtet, klinische Koordinatoren entwickeln standardisierte Fragebögen und Algorithmen. Auch eine IT-Infrastruktur wurde aufgebaut, die den intersektoralen Austausch und Vergleich von Daten erleichtern soll; in einzelnen dänischen Regionen sind PROMs bereits in ePA-Systeme integriert. Dennoch liegt gerade hier die Herausforderung:

Anwendung von PRO-Daten auf individueller Ebene und Systemebene

Quelle: Studie „Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich.“

Die IT-Infrastruktur im Land ist fragmentiert, nicht alle Regionen verfügten über IT-Systeme gleicher Qualität. Problematisch sei laut Studie ebenfalls, dass die PROM-Fragebögen zwar entwickelt und getestet wurden, allerdings Kapazitäten fehlen, um sie einzusetzen. Doch der erste Schritt ist getan, PROMs werden bereits vielfach genutzt, etwa für Arzt-Patienten-Gespräche.

Schweden: PROMs verbessern das Ergebnis

In Dänemarks Nachbarland hat das Sammeln von Versorgungsdaten Tradition: Seit Jahren betreibt und fördert Schweden nationale Register. Zwar gibt es keine nationale PROM-Strategie, doch starteten 2018 einzelne Regionen eine Aktion zur strukturierten PROM-Erfassung. Seither existiert eine nationale Plattform, über die große Datenmengen zu Indikationen wie Schlaganfall und Diabetes sowie zur Geburtshilfe und Orthopädie verarbeitet werden. Die Umsetzung wird noch durch rechtliche Bestimmungen erschwert: Staatliche Register dürfen keine PROMs einbeziehen. Dennoch gehört Schweden zu den Ländern, in denen die Umsetzung von PROMs am weitesten fortgeschritten ist. Erste Beispiele zeigen hier auch, dass PROMs klinische Ergebnisse verbessern: Dort, wo in der Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis mit PROMs gearbeitet wurde, sanken die Entzündungsraten.

Gemeinsame Aufgabe von Politik und Versorgern

Von solchen Ergebnissen sei Deutschland noch entfernt, so die TU Berlin. Nach ihrem Blick ins Ausland empfehlen die Autoren einen Kombi-Ansatz: Die deutsche Politik sollte die PROM-Umsetzung finanziell unterstützen und für Standardisierung und IT-Infrastruktur sorgen, den Versorgern aber Raum lassen für Anpassungen. Klinische Vorreiter sollten ihrerseits die breite Integration vorantreiben. Dann könnte sie auch in Deutschland gelingen: die Verankerung der Patientenstimme im Gesundheitswesen. ◀



Zum Nachlesen

Die Studie „Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich. Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland“ ist abrufbar unter:

<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/patient-reported-outcome-measures-proms-ein-internationaler-vergleich>





Eingang zur Martini-Klinik auf dem Gelände des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. © Martini-Klinik, Axel Kirchhof

► Paradebeispiel Martini-Klinik

Wohin eine konsequente Ausrichtung am Patientenwohl führen kann, zeigt die Martini-Klinik in Hamburg, die sich auf die Behandlung von Patienten mit Prostatakrebs spezialisiert hat. Sie gilt hierzulande als Paradebeispiel für Value Based Healthcare und gehört zu den weltweit führenden Prostatakrebszentren.

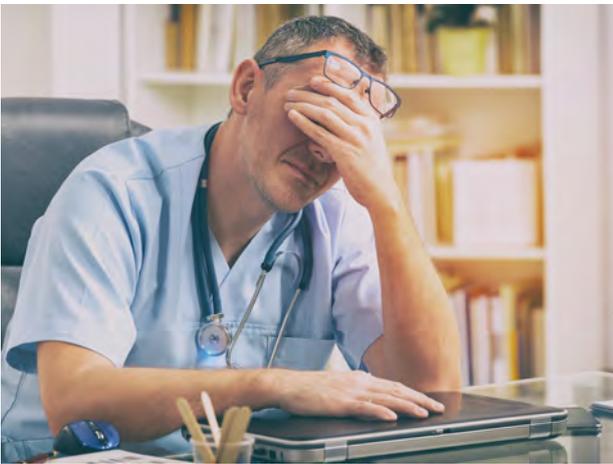
Die Klagen im deutschen Gesundheitswesen darüber, dass ökonomische Zwänge und Personalmangel eine gute Patientenversorgung torpedieren, werden immer wieder vorgetragen. Die Martini Klinik in Hamburg stimmt in diesen Jammerchor nicht ein, sondern hat beschlossen, alles Tun strikt an den Patientenwünschen auszurichten. Als Schlüsselfaktoren für den Erfolg des Hauses nennt die Klinik: die Fokussierung auf ein Krankheitsbild, eine Organisation von Experten, die eng zusammenarbeiten, eine Kultur intensiver Patientenorientierung sowie eine lebenslange Messung und Veröffentlichung der Behandlungsergebnisse. Die Klinik erhebt Patient Reported Outcomes (PROMs) seit 1992 und durch extrem hohe Fallzahlen hat die Klinik mittlerweile über 23.000 Outcome-Messungen gesammelt (Stand: 2021). ◀



■ „Wir brauchen einen Technologie- und Kulturwandel“

Dr. Valérie Kirchberger über die Bedeutung von PROs und PROMs

Wer über Value Based Healthcare spricht, spricht zwangsläufig auch über PROs und PROMs: Patient-Reported Outcomes und Patient-Reported-Outcome Measures – patientenberichtete Ergebnisse und wie sie systematisch gemessen werden. Das Start-up Heartbeat Medical entwickelt dafür digitale Lösungen. Chief Medical Officer Dr. Valérie Kirchberger erklärt, was durch PROs alles möglich ist.



„So viel ärztliche und pflegerische Zeit fließt in Dinge, die den Patientinnen und Patienten nichts bringen.“ © iStock.com, humonia

opg: Value Based Healthcare spielt in Ihrer beruflichen Laufbahn eine zentrale Rolle. Warum?

Kirchberger: Wer Medizin studiert, tut dies aus dem Bedürfnis heraus, anderen Menschen zu helfen. Auch ich bin nach meinem Medizinstudium sehr idealistisch in den Krankenhausalltag gestartet. Und bin dort recht schnell auf dem harten Boden der Realität gelandet. Es war auf eine Art herausfordernd, die ich nicht erwartet hatte. So viel ärztliche und pflegerische Zeit fließt in Dinge, die den Patientinnen und Patienten nichts bringen, zumindest nichts, was irgendwie als Wertschöpfung für die Patienten nachvollziehbar wäre. Am meisten

hat mich gestört, dass wir die Patienten entlassen und im Grunde genommen nicht wissen, wie es ihnen im Anschluss an die Behandlung geht. Ob diese überhaupt etwas gebracht hat. Dann bin ich 2015 beim World Health Summit über das Thema Value Based Healthcare gestolpert. Es fiel mir wie Schuppen von den Augen, dass wir die Ergebnisse der Behandlung systematisch und standardisiert messen müssen – aus der individuellen Perspektive der Patienten heraus. Nur so ist es möglich, sie in den Mittelpunkt des medizinischen Handelns zu stellen, wie es immer so schön heißt.

opg: Wohin auch sonst?

Kirchberger: Genau – es klingt ja eigentlich fast absurd. Im Kaufhaus ist schließlich auch klar, dass der Kunde König ist und nicht der Verkäufer. In anderen Branchen ist es gang und gebe, dass Kunden nach ihrer Zufriedenheit mit den Ergebnissen befragt werden – wie soll man sonst auch besser werden? Im Gesundheitssystem war diese Kundenzentriertheit einige Jahrzehnte lang nicht erforderlich – wobei ich den Begriff „Kunde“ im Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen unpassend finde. Ich habe mich dann intensiver mit dem Thema VBHC befasst und bin damit an den Vorstand der Charité herangetreten, wo ich zu dem Zeitpunkt als Kinderärztin gearbeitet habe. Nach anfänglicher Skepsis, ob Patientenerfahrungen objektiv und validierbar messbar

seien, wurde dann entschieden, einen Bereich VBHC in der Strategieabteilung der Charité einzurichten und eine standardisierte Ergebnismessung an der Charité zu pilotieren. Nach einem erfolgreichen Start wurde es dann auch ausgerollt.

opg: Mittlerweile haben Sie den Arztkittel an den Nagel gehängt und sich der standardisierten Ergebnismessung voll und ganz verschrieben.

Kirchberger: Das hatte ich zuvor in der Charité auch schon – jedoch auf strategischer Ebene. Seit einem Jahr bin ich jetzt als Chief Medical Officer bei Heartbeat Medical im sprichwörtlichen Maschinenraum rund um PROs. Wir bieten digitale Lösungen, mit denen Patient-Reported Outcomes (PROs) standardisiert in der Routineversorgung gemessen und genutzt werden können.

opg: Wie messen Sie Ergebnisse aus Patientensicht?

Kirchberger: Schon vor dem Erstgespräch mit dem Mediziner, etwa vor einer Kniegelenkersatzoperation, füllt der Patient einen Fragebogen zu seiner derzeitigen Lebensqualität aus. Dabei weist das System den Patienten darauf hin, dass er nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mehrfach zum Leben mit dem Kunstgelenk befragt werden wird. Zu vorab eingestellten Terminen erhält der Patient dann per E-Mail einen Fragebogen, auf dem er etwaige Schmerzen, seinen Aktionsradius und sein Wohlbefinden beschreiben kann. Wird ein kritischer Schwellenwert unterschritten, wird der Arzt darauf hingewiesen, der sich den Patienten daraufhin noch einmal anschauen sollte.



<https://heartbeat-med.com/de/>

Zur Person

Dr. Valérie Kirchberger ist Ärztin und hat sich in der Strategieabteilung der Charité intensiv mit Value Based Healthcare beschäftigt. Seit Februar 2022 arbeitet sie als Chief Medical Officer beim Medizintechnik-Unternehmen Heartbeat Medical GmbH. Das Unternehmen bietet digitale Lösungen zur Begleitung und Optimierung medizinischer Behandlungen an. Von 2011 bis 2016 war sie als Kinderärztin an der Charité tätig. Sie hat zudem einen Masterabschluss in Public Health. Valérie Kirchberger ist Mitglied im regionalen DACH Führungskomitee der Healthcare Information and Management Systems Society HIMSS sowie im Conference Advisory Board des International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), einer Organisation, die der Vater des Konzepts Value Based Healthcare, Michael Porter, gegründet hat.



© Astrid Dill, HR/TB Medical Solutions GmbH

opg: Warum braucht man dafür eine Software?

Kirchberger: Theoretisch geht es auch mit Stift und Papier, zum Beispiel bei kleineren Gruppen zu Forschungszwecken oder wenn große personelle Ressourcen zur Verfügung stehen. Das ist in der medizinischen Regelversorgung aber nicht der Fall. Wie in anderen Erfassungssystemen sind hier sichere digitale Lösungen notwendig. Und es reduziert Fehler: Einen Papierfragebogen muss man sich hinterher ganz genau durchlesen, Handschriften und Korrekturen erkennen. Unser System macht



dies überflüssig und gleicht den Zustand des Patienten mit dem Zustand ab, wie er normalerweise nach der Operation sein sollte. Die prä- und postoperativen Daten werden kontinuierlich grafisch aufbereitet, so dass der Arzt die Ergebnisse in Echtzeit nutzen kann, etwa für das Gespräch mit dem Patienten oder um sie mit einem Kollegen zu erläutern. Auch die Funktionen zur Benachrichtigung bei kritischen Werten und Vergleiche mit Vergleichsgruppen gibt es nur digital. Das ist eine große Arbeitserleichterung.

opg: Sind diese Fragebögen indikationsspezifisch oder -übergreifend?

Kirchberger: Sowohl als auch. Wir empfehlen den Krankenhäusern eine Kombination aus krankheitsspezifischen und krankheitsunabhängigen Fragebögen, beispielsweise den PROMIS-29 von PROMIS Deutschland. Das ist eine Forschungsinitiative, die PROMs entwickeln und verbessern möchte. Mit PROMIS-29 können Indikatoren für die Lebensqualität abgefragt werden: Wie ist der Schlaf, die Beweglichkeit, soziale Teilhabe und so weiter.

opg: Gibt es Belege, dass diese Art von Patientenbefragungen die Behandlungsqualität verbessert?

Kirchberger: Dazu gibt es sehr viele Untersuchungen. Eine Studie, die mich besonders beeindruckt, hat Ethan Basch zwischen 2007 und 2011 in New York mit Krebspatientinnen und -patienten durchgeführt. Ein Teil der Patienten, die PRO-Gruppe, hat regelmäßig Angaben zu ihrem Gesundheitszustand übermittelt. Die Kontrollgruppe hatte ausschließlich die üblichen Follow-up-Besuche beim Arzt. Das Ergebnis der Studie ist wegweisend: Die Patienten in der PRO-Gruppe hatten nicht nur eine bessere Lebensqualität und mussten seltener in die Notaufnahme. Sie hatten auch eine verlängerte Überlebensdauer – allein, weil sie regelmäßig befragt worden sind.

opg: Wo ist die Plattform von Heartbeat Medical bereits im Einsatz?

Kirchberger: Etwa 250 Krankenhausabteilungen und Forschungsprojekte setzen auf unsere Plattform, daneben bieten wir als Partner der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zur PRO-Erfassung standardisierte Outcome-Sets an. Die IQM hat sich der wichtigen Aufgabe angenommen, die einheitliche Erhebung von Patient-Reported Outcomes innerhalb ihrer rund 500 Mitgliedshäuser anzustoßen. Dafür hat eine Expertenkommission für verschiedene Krankheitsbilder in der Onkologie, Orthopädie und Kardiologie Standardsets erarbeitet, die in unserer Plattform technisch abgebildet werden. Außerdem sind wir als Technologiepartner in der PROMoting Quality-Studie der Technischen Universität Berlin eingebunden und erarbeiten Projekte mit Krankenkassen, um auch qualitätszentrierte Vergütungsanreize im Sinne von Value Based Healthcare voranzubringen.

opg: Worum genau geht es in der PROMoting Quality-Studie?

Kirchberger: PROMoting Quality ist ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt, in dem die TU Berlin die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Nutzung von Patient-Reported Outcomes bei Kunstgelenkoperationen untersucht. Es lief von 2019 bis Herbst letzten Jahres, eingeschlossen waren über 8.000 Knie- und Hüftgelenkimplantationen. Die Auswertung läuft noch, aber bereits veröffentlichte vorläufige Ergebnisse weisen darauf hin, dass in 15 bis 30 Prozent der Fälle kritische Veränderungen automatisch erkannt und an das behandelnde Personal gemeldet werden konnten.

opg: Klingt nach einer Erfolgsgeschichte.

Kirchberger: Die ist aber erst zu Ende, wenn wir – nicht wir bei Heartbeat Medical, sondern wir alle in der Gesundheitsversorgung – das für die Patienten Beste aus jedem Euro machen, der ins Gesundheitssystem fließt. Davon sind wir noch weit entfernt. Wenn wir uns die OECD-Daten zur Qualität der Gesundheitsversorgung anschauen, dann erreicht Deutschland ja trotz eines überdurchschnittlich hohen Mitteleinsatzes bestenfalls durchschnittliche Ergebnisse. Deshalb reicht es auch nicht, Ergebnisse zu messen. Wir müssen mehr Informationen sicher verknüpfen und aus ihnen die richtigen Schlüsse ziehen. Dafür brauchen wir nicht nur einen Technologie- und Kulturwandel. Letztendlich muss sich auch auf der Systemebene etwas ändern. ◀



■ „Digitalisierung kann Therapienutzen messbar machen“

Prof. Jörg Debatin über die Chancen der digitalen Transformation

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in der vergangenen Legislatur den Health Innovation Hub (hih) ins Leben gerufen. Erklärtes Ziel des hih: in der Digital-Szene nach neuen Ideen und Lösungen zu suchen, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Der ehemalige hih-Chairman Prof. Jörg Debatin spricht im Interview darüber, wie eine konsequente Digitalisierung den Value Based Healthcare-Ansatz (VBHC) beflügeln kann.

opg: Herr Prof. Debatin, was haben VBHC und Digitalisierung miteinander zu tun?

Debatin: Eine ganze Menge. Der Value Based Healthcare-Ansatz erinnert uns daran, warum wir uns überhaupt im Gesundheitsbereich engagieren. Es geht uns zwar auch um die Arbeitsbedingungen der Leistungserbringer, also der Ärzte, Physiotherapeuten und Pflegekräfte. In allererster Linie muss es aber um die Patientinnen und Patienten gehen. Wenn es sie nicht gäbe, bräuchten wir auch kein Gesundheitssystem. Insofern ist es klug und konsequent, sich dem Thema Wertigkeit und Sinnhaftigkeit der medizinischen Therapie aus Sicht der Patienten zu nähern. Das beste Ergebnis aus rein medizinischer Sicht ist mit der Patientenperspektive nicht immer deckungsgleich. Da geht es vermehrt auch um Lebensqualität, Mobilität, Handlungsfähigkeit, Interaktion und Teilhabe – alles Dinge, die zu der rein medizinischen Betrachtung hinzukommen. Insbesondere sollten Patienten stärker in die Abwägung zwischen Überlebenszeit und Lebensqualität einbezogen werden.



Zur Person

Prof. Jörg Debatin leitete von 2019 bis 2021 den health innovation hub (hih) des Bundesgesundheitsministeriums. Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung ist schon lange Herzensangelegenheit des Radiologen und Managers. Als Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) hat er das Haus konsequent digitalisiert und zu einem der papierärmsten Krankenhäuser in Deutschland gemacht. Bevor er hih-Chairman wurde, war er acht Jahre lang Vice President und Chief Technology Officer bei GE Healthcare.



opg: Inwiefern kann die Digitalisierung dabei helfen?

Debatin: Zunächst brauchen wir die Digitalisierung, um zu informieren und zu kommunizieren. Darüber hinaus benötigen wir Instrumente, die den Nutzen einer Therapie messbar machen. Inzwischen gibt es eine Reihe von Apps, mit denen Patienten ihr Befinden und ihre Erfahrungen nach der Behandlung mitteilen können. So können Behandler die Patientenperspektive kontinuierlich erfassen und auswerten, was sie mit der Therapie bewirkt haben. Bislang endet die Patientenbeobachtung in der Regel mit der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt. Wie es den Patienten danach geht, weiß man nicht. Diese Informationen werden nicht erfasst. Digitale Instrumente schaffen hier die Möglichkeit, dauerhaft mit den Patienten zu interagieren, auch über trennende Sektorengrenzen hinweg. Hier kommen auch Projekte wie die elektronische Patientenakte (ePA) oder das eRezept zum Tragen. Sie schaffen zum einen den direkten digitalen Kontakt zwischen Patienten, Ärzten, Apothekern und Krankenkassen. Zum anderen werden die dabei anfallenden Daten erfasst und können ausgewertet werden, um die medizinische Versorgung auf Basis des einzelnen Patienten wie auch dem Gesamtkollektiv zu verbessern.

opg: Die ePA, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und das eRezept hatten einen denkbar holprigen Start. Von den 1.000 angepeilten eRezepten in der Fokus-Region Berlin-Brandenburg sind nicht einmal 100 umgesetzt worden, die Testphase wurde auf unbestimmte Zeit verlängert. Was muss passieren, damit die ePA und andere Anwendungen der Telematikinfrastruktur ihr Potenzial entfalten können?

Debatin: Die Praxisverwaltungssysteme wie auch viele der Materialwirtschaftssysteme in den Apotheken funktionieren für sich genommen hervorragend. Das Problem besteht darin, dass diese Systeme nie für ein vernetztes Gesundheitssystem

konzipiert wurden. Ihre Architektur stammt aus den Nullerjahren, ist nicht modular und weist keine offenen Schnittstellen auf. Damit können die Potenziale einer vernetzten Medizin im Sinne einer Value Based Healthcare nicht gehoben werden. Hinzu kommt, dass sich Ärzte und Apotheker aufgrund fehlender offener Schnittstellen in einer veritablen „IT-Gefangenschaft“ befinden. So sind sie im Grunde genommen gezwungen, sämtliche Zusatzmodule von immer nur demselben Hersteller zu erwerben. Damit sich die Leistungserbringer aus diesem Zwang befreien können, brauchen wir gesetzliche Vorgaben für offene Schnittstellen. Die Umsetzung wird nur mit einer neuen Generation von Praxisverwaltungssystemen ge-

lingen. Wahrscheinlich heißen sie dann gar nicht mehr so; treffender sollte man dann von Arztinformationssystemen sprechen, die die Medizin in den Mittelpunkt stellen. Diese wichtige Transformation von Praxisverwaltungs- zu Arztinformationssystem kostet allerdings Geld und Energie. Deshalb werbe ich für ein Praxiszukunftsgesetz in Analogie zum Krankenhauszukunftsgesetz, das den mit der Migration verbundenen Aufwand für die Leistungserbringer ein Stück weit abfedert.



Benötigt wird eine neue Generation von Praxisverwaltungssystemen, die die Medizin in den Mittelpunkt stellen. © stock.adobe.com, elenabsl

opg: Kann sich der neue Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach nur auf die Bekämpfung der Pandemie konzentrieren?

Debatin: Er ist in keiner beneidenswerten Situation, weil viele Dinge an ihm zerren. Ich bin mir aber sicher, dass sein Herz für die Digitalisierung schlägt. Auch der Koalitionsvertrag gibt die richtige Richtung vor. Unter anderem heißt es darin ja, dass die Einführung der ePA mit einem opt-out-Verfahren beschleunigt werden soll. Das ist ein mutiger und konsequenter Schritt in die richtige Richtung. Aber es gibt sicherlich noch einige weitere Stellschrauben, die angepasst werden müssen, damit die Umsetzung besser klappt.

opg: Was glauben Sie, woran es hapert?

Debatin: Die drei Partner, die Anwendungen auf der TI-Infrastruktur zum Laufen bringen sollen, müssen noch besser zusammenfinden. Da ist die gematik, die für eine funktionierende Infrastruktur sorgen muss und dafür die Regeln setzt. Da ist die Industrie, die anwendbare und funktionsfähige Produkte bereitstellen muss. Und da sind die Leistungserbringer: Apotheker, Ärzte und andere, die ihre Be-

dürfnisse klarer und frühzeitiger formulieren müssen, damit die Hersteller und das System insgesamt die Chance haben, diese aufzugreifen. Meiner Meinung nach wäre es zum gegenwärtigen Zeitpunkt vollkommen falsch, mit dem Finger auf den Gesetzgeber zu zeigen – der hat seine Hausaufgaben gemacht und entsprechende Gesetze vorgelegt. Jetzt muss es um die Umsetzung gehen, und da darf sich keiner aus seiner Verantwortung gegenüber den Patienten stellen.

opg: Ein Praxiszukunftsgesetz haben Sie bereits erwähnt. Würde Ihnen noch ein weiteres einfallen?

Debatin: Man muss den Koalitionspartnern einen Rosenkranz dafür binden, dass sie im Koalitionsvertrag explizit ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz angekündigt haben. Die Forschung ist auf medizinische Daten, auch Routinedaten, angewiesen. Labordaten, Routine- oder Bilddaten sind die Basis für Erkenntnisgewinne, die die Medizin verbessern. Wir müssen gerade auch in Deutschland zeigen, dass wir die wertvollen Datenressourcen auch ohne substanzielle Abstriche beim Datenschutz für eine bessere Gesundheitsversorgung nutzen können. Wir können es uns auch nicht länger erlauben, auf diesen Datenschatz zu verzichten. Insofern kommt ein solches Gesetz jetzt genau zum richtigen Zeitpunkt. Ich befürworte es auch, dass dabei dem Staat kein Monopol eingeräumt werden soll; es heißt ja explizit, dass auch Wirtschaftsunternehmen berücksichtigt werden sollen. Dann können wir als Industrienation auch im Bereich Digital Health wirklich ganz vorne mitspielen.

opg: Beim VBHC-Ansatz geht es auch darum, die Patientenversorgung unter ökonomischen Rahmenbedingungen zu verbessern. Warum lohnt sich unter diesem Gesichtspunkt eine Investition in digitale Technologien?

Debatin: Wir wollen Medizin besser machen. Das ist die große Herausforderung in einer alternden Gesellschaft. Wenn wir weiterhin Innovationen wollen, um mit ihnen die Behandlung zu verbessern, müssen wir Effizienzreserven finden und freisetzen. Die Digitalisierung ist ein großes Puzzlestück in einem solchen Lösungsansatz. Digitale Technologien können medizinisches und pflegerisches Personal entlasten. Davon profitieren alle – auch und gerade die Patienten. ◀

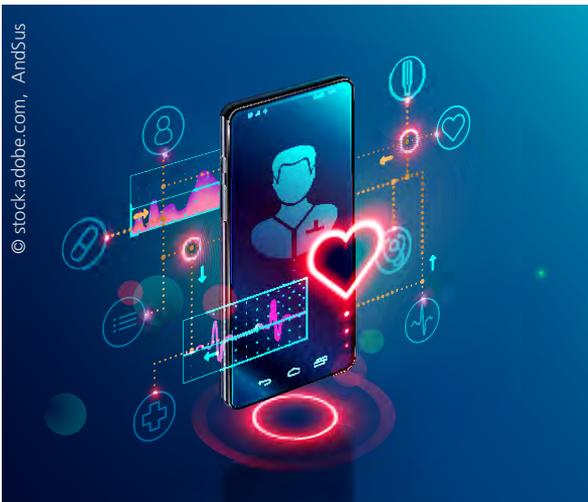


„Labordaten, Routine- oder Bilddaten sind die Basis für Erkenntnisgewinne, die die Medizin verbessern.“ © iStock.com, gorodenkoff

■ „Apps auf Rezept stärken die Patientensouveränität“

Prof. Alexandra Jorzig zu DiGA und Value Based Healthcare

Während die Digitalisierung hierzulande insgesamt sehr schleppend verläuft, kann Deutschland mit einer Anwendung auftrumpfen: Als erstes Land weltweit gibt es Apps auf Rezept. Diese Digitalen Gesundheitsanwendungen, kurz: DiGA, sind Apps fürs Smartphone oder den Internetbrowser, die Ärzte und Psychotherapeuten ihren Patienten zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnen können. Voraussetzung: Sie müssen CE-zertifizierte Medizinprodukte sein. Allerdings können nur Vertragsärzte DiGA verschreiben. Im Sinne einer Value Based Healthcare (VBHC) ist diese sektorale Beschränkung nicht, findet Prof. Alexandra Jorzig.



opg: Frau Prof. Jorzig, was haben DiGA und Value Based Healthcare miteinander zu tun?

Jorzig: Im Value Based Healthcare-Ansatz spielt das Patienten-Empowerment – also die Befähigung des Patienten, Entscheidungen über seine Gesundheit zu fällen – eine große Rolle. In gewisser Weise kommt das Selbstbestimmungsrecht der Patienten bei DiGA sehr viel stärker zum Tragen als bei einem Arztbesuch. In der Arzt-Patienten-Beziehung spielt Vertrauen eine große Rolle. Bei Apps rückt an die Stelle des Vertrauens eine gute Usability. DiGA müssen nutzerfreundlich gestaltet sein und mit dem Patienten interagieren. Der Patient muss einen Mehrwert für sich erkennen, sonst hat er gar keinen Anreiz, seine

Daten einzugeben. Der Hersteller muss also sehr stark auf den Patienten und seine Bedürfnisse eingehen. Und der Patient wird zum Gestalter seiner Gesundheit.

opg: Wie ist gewährleistet, dass der Patient Souverän seiner Daten bleibt?

Jorzig: Die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) definiert hohe Anforderungen hinsichtlich Sicherheit, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit, die eine DiGA erfüllen muss. Auch im Zulassungsverfahren nach der Europäischen Medizinprodukteverordnung (Medical Device Regulation, MDR) wird eine App, die als Medizinprodukt zertifiziert werden soll, hinsichtlich des Datenschutzes sehr gründlich geprüft.

opg: Können auch Krankenhäuser DiGA verordnen?

Jorzig: Leider haben wir in Deutschland das große Problem der Sektorengrenzen. Nur Vertragsärzte dürfen DiGA zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung

verordnen. Im stationären Sektor ist dies nicht möglich. Ein Einfallstor in den DiGA-Bereich gibt es allerdings für Krankenhäuser: Im Rahmen des Entlassmanagements können auch sie DiGA verschreiben. Allerdings sind das dann DiGA für einen zeitlich begrenzten Zeitraum, um eine mögliche Lücke zwischen der stationären Versorgung und der Anschlussheilbehandlung zu schließen.

opg: Ergibt das Sinn?

Jorzig: Ganz und gar nicht. Wenn ein Arzt im Krankenhaus glaubt, dass es von hohem Nutzen für den Patienten ist, nach einer Operation langfristig mithilfe einer App bestimmte Übungen zu machen – warum soll er die dann nicht verschreiben können? Momentan ist das bestenfalls im Rahmen einer Kooperation mit einem oder mehreren Arztpraxen möglich, mit denen man eine Art telemedizinisches Netzwerk aufbaut. Die Sektorengrenzen sind eine große Hürde auf dem Weg zu einer besseren Versorgung. Gerade im Zuge der digitalen Transformation wird das immer deutlicher. Hier muss sich etwas ändern, auch im SGB V.

opg: Apropos SGB V: Der VBHC-Ansatz bewertet den Nutzen einer Behandlung wesentlich stärker aus der Patientenperspektive als bisher. Muss das SGB V umgeschrieben werden, damit das in der Behandlung berücksichtigt werden kann?

Jorzig: Wahrscheinlich schon. Der medizinische Nutzen einer Therapie wird daran gemessen, ob eine Behandlung den Gesundheitszustand verbessert, die Behandlungsdauer verkürzt, weniger Nebenwirkungen hat und die Lebensqualität verbessert. Aber Lebensqualität aus der Sicht eines Mediziners kann etwas ganz anderes bedeuten als aus der Sicht eines Betroffenen. Man muss ja sowieso darüber nachdenken, das SGB V ans digitale Zeitalter anzupassen. Da kann man das gleich mit überarbeiten. ◀

Zur Person

Prof. Alexandra Jorzig ist seit über 20 Jahren als Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht tätig. Zu ihren Lieblingsthemen zählen die Digitalisierung des Gesundheitssystems und Digitale Gesundheitsanwendungen: Über beides hat sie Bücher veröffentlicht und spricht regelmäßig als Referentin bei Branchen-Events. Außerdem lehrt sie als Professorin für Gesundheits- und Sozialrecht in den Gesundheitswissenschaften an der IB Hochschule für Gesundheit und Soziales in Berlin.



© JORZIG Rechtsanwältin

■ Glossar Value Based Healthcare

Analytic Hierarchy Process (AHP)

bzw. Analytischer Hierarchieprozess ist eine vom Mathematiker Thomas L. Saty entwickelte Methode, um Entscheidungsprozesse zu unterstützen. Der AHP dient

- zur Überprüfung und Ergänzung von subjektiven „Bauch-Entscheidungen“,
- zum Herausarbeiten von qualitativen Gewichtungsentscheidungen basierend auf vergleichenden Entscheidungen,
- zur strukturierten und hierarchischen Darstellung einer End-Entscheidung durch einen Entscheidungsbaum. (Quelle: Wikipedia)

Conjoint Analysis (CA)

oder auch Verbundanalyse ist eine multivariante Methode, die in der Psychologie entwickelt wurde. Unter Conjoint-Analyse versteht man heute jedes dekompositionelle Verfahren, das die Struktur der Präferenzen von Konsumenten schätzt, indem es auf deren Gesamturteile über eine Menge von Alternativen (Stimuli) zurückgreift, die durch Ausprägungen verschiedener Eigenschaften (acuh Merkmale) spezifiziert sind. In der Praxis ist hierbei ein Stimulus in der Regel ein Produkt, das sich aus (Produkt-)Eigenschaften mit jeweils einer bestimmten Ausprägung zusammensetzt. (Quelle: Wikipedia)

Health Technology Assessment (HTA)

nennt man die systematische, evidenzbasierte Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien im Hinblick auf deren Effekte auf die Gesundheitsversorgung.

ICHOM

International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) ist nach eigenen Angaben ein unabhängiges Non-Profit-Institut mit Sitz in Boston (USA), das zusammen mit Patienten und Experten Standardsets zur medizinischen Ergebnismessung entwickelt. Gründungsvater: Michael Porter

Patient-Reported Outcomes (PROs)

bezeichnet den von Patienten dokumentierte und subjektiv empfundene Therapieerfolg, den Gesundheitszustand oder die Lebensqualität.

Patient-Reported-Outcome Measures (PROMs)

Das sind standardisierte Verfahren, die medizinische Ergebnisse aus Patientensicht messen. Das kann über einen Fragebogen geschehen oder zum Beispiel über eine digitale Applikation (App). Eine Sammlung dieser Messungen lässt statistische Aussagen zu.

Value Based Healthcare (VBHC)

ist ein Konzept, das den messbaren Nutzen für Patientinnen und Patienten (Value) in den Mittelpunkt stellt und Antworten auf Fehlanreize in Gesundheitssystemen bietet.



Autoren dieser Ausgabe, von links: Jana Joswig-Ehrhardt (© Die Hoffotografen), Antje Hoppe und Lisa Braun © pag, Fiolka

IMPRESSUM

OPG – Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434, 2020, 20. Jahrgang; Presseagentur Gesundheit GmbH, Albrechtstraße 11, 10117 Berlin Tel.: 030 - 318 649-0, Mail: news@pa-gesundheit.de, Web: www.pa-gesundheit.de

Herausgeberin: Lisa Braun. Redaktion: Lisa Braun (verantwortlich), Anna Fiolka, Denise Toygar (Layout, Bildredaktion), Antje Hoppe, Jana Joswig-Ehrhardt, Marion Schneider, Christoph Starke

Druck: PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Alle Texte und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. © PAG 2022. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

OPG Spezial – Die fokussierten Sonderausgaben



Ein Thema von allen Seiten beleuchten und die wesentlichen Akteure zu Wort kommen lassen? Das ist ein Fall für OPG-Spezial. Wir bereiten Ihr Thema so auf, dass Dritte es verstehen.

OPG-Spezial erscheint im Print-Format, ist ansprechend gestaltet und hat sich in kürzester Zeit einen Platz auf den Schreibtischen der Entscheidungsträger erobert. Unsere redaktionellen Konzeptioner helfen auf Anfrage gerne weiter.

- hochwertige klebegebundene Druckausgabe
- Umfang zwischen 40 und 72 Seiten
- auf Wunsch mit Versand an Stakeholder

Mehr Informationen unter www.pa-gesundheit.de/opg/opg-spezial.html



pag Presseagentur
Gesundheit

»Wir erklären
Gesundheitspolitik«

www.pa-gesundheit.de