Handelsblatt
RESEARCH INSTITUTE

Value Based Healthcare in Deutschland

the health circle

Ein neues Paradigma für das Gesundheitswesen

janssen | PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Vorwort

Value Based Healthcare – Für die individuell bestmögliche Gesundheitsversorgung zum individuell richtigen Zeitpunkt

Im aktuellen Koalitionsvertrag heißt es: „Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land." Darf's ein bisschen mehr sein? Wenn Sie mich fragen: Darf es nicht nur, sollte es sogar!

Als eines der wohlhabendsten Länder mit einem der verlässlichsten Gesundheitssysteme der Welt sollten wir uns deutlich ehrgeizigere Ziele setzen, wenn es um die Qualität der Gesundheitsversorgung der hier lebenden Menschen geht. Unser Ziel bei Janssen ist ein leistungsstarkes und bezahlbares Gesundheitssystem, das die bestmögliche Gesundheitsversorgung für alle gewährleistet, die in diesem System leben. Jeder Mensch hat einen Anspruch auf die individuell beste Therapie zum individuell richtigen Zeitpunkt. Der Weg dahin führt – ausschließlich – über Value Based Healthcare (VBHC).

Seit der Vorstellung des Konzepts durch Michael Porter und Elizabeth Teisberg im Jahr 2006 wird VBHC auch in Deutschland zunehmend intensiv diskutiert. Von einer konsequent Werte-basierten Ausrichtung unserer Gesundheitsversorgung im Sinne von VBHC sind wir allerdings – nicht nur in Deutschland – noch weit entfernt. Und das, obwohl der Ansatz von einer bezwingenden Logik ist: Wenn wir das beste gesundheitliche Ergebnis für den einzelnen Menschen erreichen wollen, müssen wir natürlich zunächst definieren, was wir erreichen und wie wir am Ende messen wollen, inwieweit wir unser gesetztes Ziel erreicht haben. Wollen wir Leben verlängern? Schmerzen lindern? Den Ausbruch einer Erkrankung verhindern? Das Ziel bestimmt den Versorgungsprozess, die Therapieauswahl und -abfolge. Das von den Patient:innen wahrgenommene Ergebnis ist Maßstab für die Bewertung der Qualität einer Behandlung: Zielgerichtete Versorgung statt „Gießkanne".

Wie schaffen wir es, unsere Gesundheitsversorgung in diesem Sinne konsequent wert- und ergebnisorientiert auszurichten? Wie erfassen wir strukturiert, welchen gesundheitsbezogenen Wert Patient:innen einer Behandlung beimessen? Welche weiteren Fragen müssen wir klären, auf welche Vorbehalte eingehen? Nicht zuletzt: Wer kann welchen Beitrag leisten, wenn es darum geht, unser Gesundheitssystem im Sinne von VBHC weiterzuentwickeln?

Der vorliegende Report hat nicht den Anspruch, all diese Fragen zu beantworten. Vielmehr soll er einen Beitrag zur aktuellen Debatte um die Realisierbarkeit von VBHC in Deutschland leisten. Die Autor:innen werden diesem Anspruch gerecht, indem sie das Konzept der wertbasierten Gesundheitsversorgung und die Voraussetzungen für eine Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten, diverse Persönlichkeiten zu Wort kommen lassen und erste Lösungsansätze für eine erfolgreiche Umsetzung aufzeigen.

Ich hoffe, dass der Report viele Leser:innen findet, seine Inhalte intensiv diskutiert werden und die Debatte um VBHC in Deutschland neuen Auftrieb erhält. Denn: VBHC bedeutet für unser Gesundheitssystem einen echten – aus meiner Sicht notwendigen – Paradigmenwechsel.

Bewältigen können wir ihn nur gemeinsam.

Andreas Gerber
Vorsitzender der Geschäftsführung,
Janssen Deutschland

Gesundheit. Vernetzt.

the health circle

Initiativpartner
Handelsblatt MEDIA GROUP | AOK PLUS | janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson | HanseMerkur | secunet

Inhalt

Vorwort 2

1 Einleitung 6

2 Das Konzept Value Based Healthcare (VBHC) 10

Theoretischer Rahmen 11

Zugrunde liegende Trends im Gesundheitswesen 15

Voraussetzungen für die Implementierung von VBHC 19

Interview mit Dorothee Brakmann und Christian Hilmer (Janssen) *24*

Interview mit Sophie-Christin Ernst (TU Berlin) *30*

3 Value Based Healthcare in der Praxis 34

Status quo in Deutschland 35

Interview mit Valerie Kirchberger (Heartbeat Medical) *40*

Best-Practice-Beispiele in Europa 42

Interview mit Manuel Mandler (alley) *45*

4 Handlungsempfehlungen für Deutschland 46

Interview mit Hans Heinzer (Martini-Klinik) *50*

Kapitel 1

Einleitung

Das System der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland hat grundsätzlich einen guten Ruf. Das Versorgungsnetz ist eng, es gibt gute Praxen und Kliniken mit spezialisierten Ärzt:innen – und ein starkes Versicherungssystem, sodass die Menschen lediglich geringe Zuzahlungen aus der eigenen Tasche leisten müssen. Die Struktur des Gesundheitswesens ist also intakt und leistungsfähig.

Allerdings werden die Prozesse im Gesundheitswesen oft als ineffizient beschrieben. Entsprechende Kritik gibt es auch in anderen Ländern, doch in Deutschland ist sie besonders ausgeprägt. Solche Ineffizienzen sind typisch für Märkte, die aus berechtigten politischen Gründen zwangsläufig stark reguliert sind – und in denen die Marktkräfte nur in klar definierten Bahnen wirken sollen. Doch auch abseits von den damit verbundenen Herausforderungen fallen viele Unzulänglichkeiten auf, die – gerade im digitalen Zeitalter – nur noch schwer zu rechtfertigen sind.

Schlaglichtartig und beispielhaft sollen hier einige der Unzulänglichkeiten genannt werden:

- **Informationslücken:** Im Normalfall bekommen Ärzt:innen an deutschen Kliniken keine Informationen darüber, wie es ihren Patient:innen nach der Entlassung ergangen ist – es sei denn, diese werden zu einem späteren Zeitpunkt erneut stationär aufgenommen. Den Fachkräften fehlt also eine Möglichkeit, ihre Arbeit anhand von Informationen über deren Langzeitwirkung auf den Prüfstand zu stellen und daraus zu lernen.
- **Fehlendes Feedback:** Zwar werden während einer medizinischen Intervention eine Fülle von Daten erhoben – zum Beispiel Blutanalysen, Ultraschallaufnahmen, Laborwerte. Doch wie die Patient:innen selbst über die Behandlung denken, wird nicht systematisch abgefragt und ausgewertet. Informationen darüber, wie sie sich fühlen, welche Fortschritte sie sehen, wie ihnen der Aufenthalt in der Klinik gefallen hat, wie zufrieden sie mit der Therapie sind und wie sie ihre Lebensqualität bewerten – all dies fehlt meist in den Datenbanken. Dabei müssten es eigentlich die zentralen Parameter sein, auf die eine medizinische Intervention im Kern abzielen sollte.

- **Missachtete Prävention:** Ab 35 Jahren haben Versicherte in Deutschland ein Anrecht auf regelmäßige Gesundheits-Check-Ups. Doch viele Menschen nehmen die Vorsorgeuntersuchungen nicht oder nur unregelmäßig wahr. Insgesamt scheinen Prävention und Vorsorge noch nicht die Aufmerksamkeit zu bekommen, die ihrer Bedeutung angemessen wäre. Davon zeugt auch der geringe Anteil der Präventionsausgaben an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens.

- **Falsche Anreize:** Zweifellos sind medizinische Behandlungen von unterschiedlicher Qualität. Doch die Fallpauschalen, mit denen medizinische Dienstleistungen in Deutschland in der Regel vergütet werden, hängen nicht davon ab. Gute Frisör:innen können einen höheren Preis verlangen, gute Ärzt:innen aber nicht. Dies kann falsche Anreize setzen – nämlich, möglichst viele Eingriffe und Behandlungen durchzuführen statt möglichst wirksame. Die Tatsache, dass in Deutschland – im Vergleich zu anderen Industrieländern – überdurchschnittlich viel untersucht und operiert wird, dürfte auch darauf zurückzuführen sein.

- **Mangelnde Transparenz:** Wer krank ist und eine passende Praxis oder Klinik sucht, verlässt sich meist auf Empfehlungen des behandelnden Arztes – oder aus der Familie oder dem Bekanntenkreis. Zwar gibt es bereits Vergleichsportale, doch sind die Ergebnisse hier meist verzerrt durch die geringe Zahl der Teilnehmenden. Außerdem werden sie kaum kontrolliert oder reguliert. Im Klinikbereich existieren zwar bereits Rankings, die auf objektiv berechneten Kriterien und umfassenden Befragungen basieren, doch sind diese wenig bekannt, eher unübersichtlich und nicht standardisiert.

Angesichts der skizzierten prozessualen Unzulänglichkeiten im Gesundheitswesen mehren sich die Stimmen, die für Deutschland die Adaption eines Konzeptes fordern, das in den Vereinigten Staaten entwickelt wurde und inzwischen weltweit als Blaupause für Reformen genutzt wird: Value Based Healthcare (VBHC). Für die Gesundheitsversorgung bedeutet dieser Ansatz einen Paradigmenwechsel, denn er stellt die Bedürfnisse und Erwartungen der Betroffenen an eine Therapie konsequent in den Mittelpunkt. Die umfassende und regelmäßige Erhebung und Auswertung von Daten ist dabei gleichermaßen die Basis für wissenschaftliche Erkenntnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit von Therapien und für eine qualitätsabhängige Vergütung. Aus dem Konzept der VBHC wird die Forderung nach strukturellen Reformen im Gesundheitswesen abgeleitet – etwa nach einer integrierten Versorgung, die die Betroffenen über die gesamte „Patient Journey“ hinweg begleitet, um den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen für diese zu erzielen. Der Fokus liegt nicht mehr auf der Menge der verordneten Therapien, sondern auf dem Ergebnis, das bei den Betroffenen erreicht wird – dem Wert, den eine Therapie für diese hat.

Dieser Report stellt das Konzept der Value Based Healthcare vor und zeigt auf, wie es im deutschen Gesundheitswesen implementiert werden könnte. In Kapitel 2 wird das Konzept erläutert sowie untersucht, welche Chancen es für die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland (und darüber hinaus) birgt. Kapitel 3 zeigt auf, inwieweit Aspekte dieses Konzeptes bereits einen Einfluss auf Reformbemühungen in Deutschland und anderen Ländern hatten. In Kapitel 4 werden Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik abgeleitet. Flankiert werden die Kapitel von Expert:inneninterviews.

Kapitel 2

Das Konzept Value Based Healthcare (VBHC)

Theoretischer Rahmen

Die in Kapitel 1 genannten Unzulänglichkeiten des Gesundheitswesens beziehen sich auf die Situation in Deutschland. In vielen anderen Industrieländern ist die Situation aber ähnlich. Die Erkenntnis, dass die Abläufe im US-amerikanischen Gesundheitssystem unter vielfältigen Störungen leiden, war die Grundlage für die Entwicklung des Value Based Healthcare-Konzeptes durch den US-amerikanischen Ökonomen und Managementforscher Michael Porter (Harvard University) sowie die Ingenieurin und Gesundheitsökonomin Elizabeth Teisberg (University of Texas). Die Grundlagen ihres Ansatzes finden sich in dem im Jahr 2006 veröffentlichten Buch „Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results“.

Das Konzept der Autor:innen ist vieles auf einmal: ein neues Paradigma, ein Analyserahmen und auch ein Reformplan. Dabei mahnt es zahlreiche strukturelle Anpassungen an, beispielsweise für die Organisationsstrukturen der Versorgungseinrichtungen, für die Grundsätze der Vergütung und für das Informationsmanagement. Als Grundproblem des Gesundheitswesens identifizieren Porter und Teisberg eine mangelnde Kongruenz der Ziele, die die einzelnen Akteur:innen des Gesundheitswesens verfolgen.

Sie regen an, sich auf ein gemeinsames Ziel zu verständigen und jegliches Handeln im Gesundheitswesen darauf auszurichten. Maßgeblich bei der Zieldefinition müsse dabei die Perspektive der Betroffenen sein, also ihre Erwartung an das Ergebnis einer Therapie. Dafür nutzen Porter und Teisberg den Begriff Wert (Value). Das Konzept einer wertbasierten Gesundheitsversorgung stellt die psychischen und physischen ebenso wie die ökonomischen Bedürfnisse der Betroffenen konsequent ins Zentrum. Damit einher geht ihre frühzeitige und gleichberechtigte Einbindung in alle Entscheidungsprozesse, mindestens jedoch ein Vetorecht in Bezug auf mögliche Therapieentscheidungen.

Mit ihrem Konzept werben Porter und Teisberg für ein Umdenken im medizinischen Alltag. Zugleich plädieren sie für weitreichende Strukturreformen, die – auch monetär – Anreize dafür setzen, das Handeln klarer als bisher auf das Wohl der Patient:innen auszurichten. In diesem Sinne sollte die Vergütung chirurgischer Klinikstationen nicht danach bemessen werden, wie viele Operationen durchgeführt werden. Entscheidend sollte vielmehr sein, bei wie vielen Patient:innen die durchgeführten Operationen tatsächlich dazu geführt haben, das im Vorfeld definierte Ziel zu erreichen, also den Therapieerfolg.

Die Value Based Healthcare-Formel

Porter und Teisberg drücken ihren Denkansatz in einer mathematischen Formel aus. Demnach entspricht der Wert einer medizinischen Intervention dem Ergebnis dieser Intervention in Relation zu den dafür notwendigen Kosten. Dass die ökonomische Dimension mitgedacht wird, verdeutlicht, dass es Porter und Teisberg auch darum geht, die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern.

Die einzelnen Elemente der Formel und ihre Mechanismen sind zunächst wenig selbsterklärend und müssen weiter definiert werden. So soll das Ergebnis – oberhalb des Bruchstrichs – keine nüchterne ärztliche Bewertung einer Intervention darstellen, sondern sich auf jene Parameter beziehen, die den Patient:innen selbst am wichtigsten sind. Der Begriff ist also weit gefasst: Nicht nur die fachlichen Beurteilungen der Erkrankungen spielen dabei eine Rolle, sondern auch subjektivere Faktoren – etwa, wie die Betroffenen allgemein ihre Lebensqualität einschätzen, ob sie im Alltag beschwerdefrei sind, inwieweit sie frühere Fähigkeiten wiedererlangen bzw. bewahren konnten und wie es um ihre seelische Verfasstheit bestellt ist.

Dabei bezieht sich das Ergebnis nicht auf einen einzelnen Zeitpunkt, sondern ist stattdessen langfristig zu verstehen. Wer also versucht, ein auf diese Art definiertes Ergebnis zu maximieren, muss auf die langfristige Entwicklung des Gesundheitszustandes abzielen und nicht auf den Erfolg einer Einzelmaßnahme. Insgesamt wird deutlich, dass das Ergebnis als mehrdimensionaler Wert zu verstehen ist, der von den Patient:innen mitdefiniert wird, nicht allein von den behandelnden Fachkräften.

$$\text{Wert der Behandlung} = \frac{\text{Ergebnis der Behandlung}}{\text{Kosten}}$$

Quelle: Porter/Teisberg, eigene Übersetzung

Auch die Kosten – in der Formel unterhalb des Bruchstrichs – sind als Langfristbetrachtung zu verstehen. Sie stellen nicht nur die Kosten für eine einzelne Teilintervention dar – wie beispielsweise ein kurzer Klinikaufenthalt –, sondern die Gesamtkosten über den vollständigen Behandlungszyklus hinweg. Dies verdeutlicht die Grundthese von Porter und Teisberg, dass die „Patient Journey" nicht in vielen Einzelteilen, sondern als ein zusammenhängender Weg gedacht werden sollte. Oft wird gefordert, bei der Betrachtung der Kosten auch solche miteinzubeziehen, die nicht direkt zu beziffern sind – wie die Auswirkungen auf die eigene Arbeitsfähigkeit oder die von Familienmitgliedern, die sich um die Pflege kümmern wollen oder sogar müssen.

Porter selbst macht in einer Publikation deutlich, dass die Senkung der Gesamtkosten in vielen Fällen dadurch erreicht werden kann, dass die Ausgaben für eine einzelne, besonders wirksame Intervention erhöht werden. Ein wichtiges Beispiel ist hier sicherlich die Prävention: Hohe Ausgaben für frühzeitige, präventive Maßnahmen können gerechtfertigt sein, wenn sie noch höhere absehbare Kosten verhindern. Dies macht auch deutlich, dass im VBHC-Konzept alle Schritte der Intervention miteinander verknüpft sind, sowohl in Bezug auf das Ergebnis als auch auf die Kosten.

Ziel des VBHC-Ansatzes ist es, den Wert der Behandlung zu erhöhen. Dass dies auf zwei Arten erreicht werden kann – nämlich durch eine Verbesserung des Ergebnisses oder durch eine Senkung der Kosten –, ist Porter und Teisberg bewusst. Sie warnen allerdings an vielen Stellen davor, die Definition des Wertes als Relation von Ergebnisqualität und Kosten vor allem als Anlass aufzufassen, pauschal auf eine Senkung der Ausgaben zu drängen.

Vielmehr wollen die Autor:innen verdeutlichen, dass für sie die Effizienz von medizinischen Interventionen eine zentrale Rolle spielt. Diese Effizienz wird durch das mathematische Inbezugsetzen von Qualität zu Kosten ausgedrückt. Daraus lässt sich ableiten, dass Ressourcen idealerweise dort eingesetzt werden, wo sie die größte Wirkung erzielen. Dies wiederum führt zu der Forderung, Fehlanreize im Gesundheitssystem zu korrigieren. Demnach sollten Ärzt:innen beispielsweise aufhören, teure und umfassende Eingriffe anzusetzen, wenn diese nicht besser wirken als konservativere Therapien.

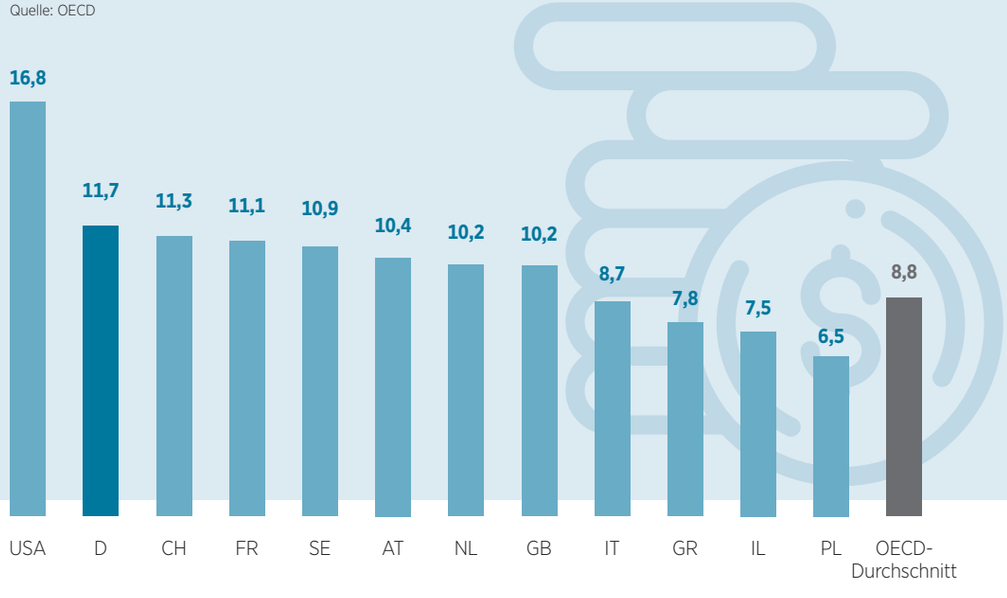
Die Ziele der Betroffenen und die der übrigen Akteur:innen im Gesundheitswesen sollten also möglichst in Einklang gebracht werden. Die Vergütungen für medizinische Dienstleistungen sollten davon abhängen, welchen Wert sie für die einzelnen Betroffenen langfristig erzielen. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems zielgenau eingesetzt werden.

Das VBHC-Konzept entstand in dem Wissen darum, dass die ökonomische Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ein zentrales gesamtgesellschaftliches Ziel darstellt. Schließlich sind die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel nicht unbegrenzt. Zwar lässt sich an den USA exemplarisch beobachten, dass ein gut ausgestattetes Gesundheitswesen ein Produktivitäts- und Wachstumstreiber sein kann – vor allem, wenn es der dazugehörigen Industrie gelingt, kontinuierlich Innovationen zu entwickeln. Gleichzeitig können zu hohe Gesundheitsausgaben eine Volkswirtschaft belasten, schließlich werden sie schlussendlich aus den Einkommen der Arbeitenden finanziert. Zu große Differenzen zwischen Brutto- und Nettoeinkommen können dabei Leistungsanreize mindern. Diese Problematik zeigt sich in den USA im besonderen Maße. So hat das Land das teuerste Gesundheitssystem der Welt, sowohl in absoluten Werten als auch im Verhältnis zur eigenen Wirtschaftsleistung. In ihrem Reformentwurf denken Porter und Teisberg Effektivität und Effizienz daher immer zusammen. Schließlich ist ihnen bewusst, dass ein leistungsfähiges Gesundheitswesen auf eine prosperierende Volkswirtschaft angewiesen ist.

Gesundheitsausgaben

Gesundheitsausgaben in Industrieländern, in Prozent des Bruttoinlandsproduktes (2019)

Quelle: OECD



Kritische Stimmen aus Europa haben das VBHC-Konzept als hilfreich, aber nicht ausreichend beschrieben, da es die sozialen Aspekte der Gesundheitsversorgung weitgehend außer Acht lässt. Tatsächlich lässt sich das Konzept zwar als Grundlage für effizientere Systemstrukturen verstehen und genauso als Grundlage für ein partnerschaftlicheres Verhältnis zwischen Betroffenen auf der einen Seite und Ärzt:innen auf der anderen Seite, beispielsweise weil Entscheidungen über Therapien gemeinsam beschlossen werden. Die Frage aber, wie das System inklusiver werden, also für alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Maße hilfreich sein kann, wird dabei zunächst nicht gestellt.

Im Sinne eines wertebasierten Ansatzes lässt sich durchaus argumentieren, dass der Wert von Interventionen nur dann hoch sein kann, wenn diese auch möglichst allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zugänglich sind. Neben dieser normativen Herleitung lässt sich auch eine ökonomische anführen: Präventionsprogramme beispielsweise können ein Gesundheitssystem nur dann in Gänze effizienter machen, wenn sie möglichst viele Menschen erreichen.

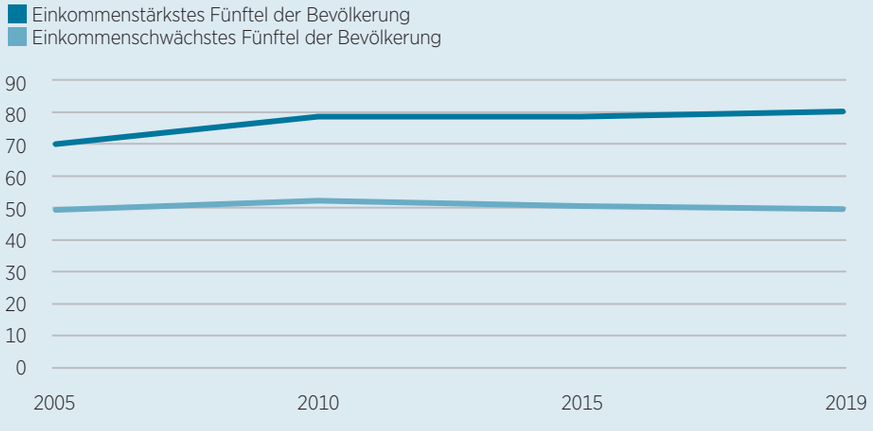
Dies hat Implikationen für weitere Politikbereiche: Für die Regionalpolitik beispielsweise ergibt sich daraus der Imperativ, eine medizinische Versorgung zu gewährleisten, die nicht allein auf wohlhabende Stadtbezirke oder Regionen ausgerichtet ist. Auch wenn sich die

Literatur zu VBHC zumeist darauf konzentriert, Wege aufzuzeigen, wie Fehlversorgung in Form von medizinisch unnötigen oder doppelten Interventionen verhindert werden kann: Der umgekehrte Fall, die Nichtnutzung von medizinischen Angeboten, ist für die Stabilität und Effizienz eines Gesamtsystems nicht weniger gefährlich.

Selbsteinschätzung

Gesundheitszustand in Deutschland, Anteil der etwa 14.000 befragten Haushalte, die ihren Gesundheitszustand als gut bezeichnen, in Prozent

Quelle: OCD/EU



Zugrunde liegende Trends im Gesundheitswesen

Demografischer Wandel

Neben strukturellen Unzulänglichkeiten des Gesundheitswesens gibt es auch exogene Gründe und Trends, die den Umbau des Systems im Sinne des VBHC-Konzeptes nahelegen. Dazu zählt unter anderem der demografische Wandel.

In den zurückliegenden Jahren ist die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland und anderen Ländern der westlichen Welt kontinuierlich gestiegen – und dürfte weiter ansteigen. Neben der Lebenserwartung bei Geburt erhöht sich kontinuierlich auch die „ferne“ Lebenserwartung, die ein Mensch in einem gewissen Alter noch hat: So hat sich beispielsweise die Lebenserwartung 80-jähriger Menschen im Vergleich zu 80-Jährigen, die in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts lebten, um mehr als zwei Jahre erhöht.

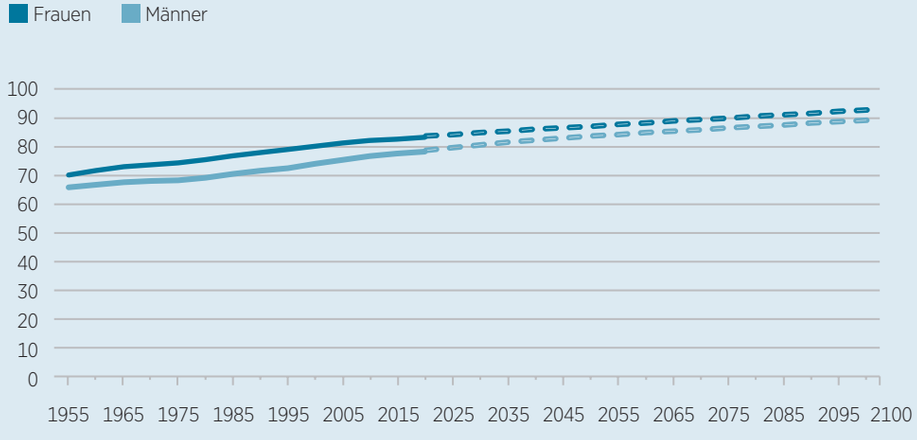
Die wenigsten Menschen bleiben aber im Rentenalter von Krankheiten verschont. Stattdessen kommt es bei vielen mit zunehmendem Alter immer häufiger zu sogenannten Komorbiditäten. Dies bedeutet, dass neben einer Grunderkrankung weitere Erkrankungen auftreten. Schon allein wegen möglicher Wechselwirkungen der einzelnen Krankheitsbilder und Medikationen ist es angebracht, die Betroffenen ganzheitlich zu therapieren, also auch kooperativ und einrichtungsübergreifend, unter Berücksichtigung all ihrer Leiden. Dies setzt eine Form der Zusammenarbeit zwischen Fachärzt:innen, Praxen und Kliniken voraus, die es im stark fragmentierten deutschen Gesundheitswesen weiter zu stärken und auszubauen gilt. Im VBHC-Konzept ist genau dies vorgesehen.

Die Einführung holistischer Ansätze wird umso dringlicher vor dem Hintergrund, dass Menschen im Alter zunehmend an chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Beschwerden leiden. Diese Erkrankungen begleiten die Betroffenen oft über Jahre oder sogar

Lebenserwartung

Lebenserwartung in Deutschland bei der Geburt, in Jahren

Quelle: UNO World Population Prospects. Prognose von 2019.



Jahrzehnte, bis zu ihrem Lebensende. Bei der Behandlung dieser Krankheiten, die oft auch als Zivilisationskrankheiten bezeichnet werden, weil sie bei vielen Betroffenen zumindest zum Teil auf einen ungesunden Lebensstil zurückzuführen sind, kommt es nicht auf kurzfristige Erfolge an. Das Ziel ist, die Krankheit langfristig unter Kontrolle zu bekommen und den Betroffenen ein möglichst beschwerdefreies Leben mit der Krankheit zu ermöglichen.

Genau diese Art der langfristigen Betrachtung wird auch im VBHC-Konzept betont. Hinzu kommt, dass sich die genannten Erkrankungen vor allem dann gut eindämmen lassen, wenn sie kontinuierlich im Blick behalten werden. Früher waren dafür regelmäßige Praxisbesuche notwendig. Heute können Patient:innen einen großen Teil der Überwachung mit Hilfe von smarten Geräten zur Messung von Vitalwerten und Apps zur Dokumentation selbst übernehmen. Diese technische Infrastruktur wird bereits vereinzelt genutzt, um subjektive Angaben zum eigenen Befinden oder zur psychischen Verfassung abzufragen.

Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen

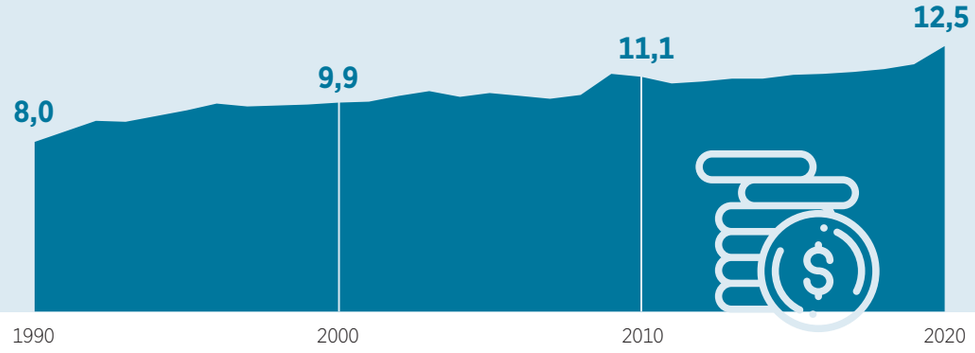
Dass die Implementierung von Ansätzen wie Value Based Healthcare angesichts des demografischen Wandels dringlicher wird, liegt auch an der ökonomischen Dimension. So steigen die gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsausgaben im Trend kontinuierlich an. Ein Grund dafür ist, dass sich das Verhältnis der jüngeren Altersgruppen zur älteren Generation verändert. Das führt dazu, dass eine deutlich geringere Zahl von Menschen im erwerbsfähigen Alter jene Finanzmittel erwirtschaften muss, die für die Gesundheit einer wachsenden und länger mit Krankheiten beschäftigten Kohorte von Menschen im Rentenalter notwendig sind. In der Folge steigen die Gesundheitsausgaben nicht nur in absoluten Zahlen merklich an, sondern auch in Relation zur Wirtschaftsleistung.

Um das Ausgabenwachstum einzudämmen, erscheint es zwingend erforderlich, das Gesundheitswesen effizienter aufzustellen. Dies korrespondiert mit der Forderung im VBHC-Konzept, die zur Verfügung stehenden Ressourcen auf jene Interventionen zu konzentrieren, die einen besonders hohen qualitativen Mehrwert bieten. In Zeiten eines gravierenden Fachkräftemangels impliziert dies auch, das Personal dementsprechend sinnvoll einzusetzen. Gefordert wird meist, unnötige oder doppelte Untersuchungen und Interventionen, die laut Schätzungen der OECD zwischen einem Zehntel und einem Drittel aller Maßnahmen umfassen, möglichst zu vermeiden. Die Verhinderung einer derartigen Fehlversorgung reduziert zugleich die Gesundheitsausgaben.

Ausgaben

Deutsche Gesundheitsausgaben, in Prozent des Bruttoinlandsproduktes

Quelle: OECD



Um die Effizienz zu steigern, sieht das Konzept der VBHC vor, die Anreizmechanismen für alle Akteur:innen im Gesundheitswesen – wie oben skizziert – weitestgehend in Einklang miteinander zu bringen. Dies im realen Alltag zu operationalisieren, ist nicht trivial. Allerdings existieren inzwischen Ideen für kongruentere Anreizstrukturen (siehe Kapitel 2.3). Eine große Herausforderung besteht darin, die Qualität unterschiedlicher Interventionen zu quantifizieren. Dazu muss analysiert werden, wie wirksam einzelne Therapien sind, und zwar im Hinblick auf die wahren Präferenzen und Bedürfnisse der Patient:innen. Die hierfür erforderliche datenbasierte Forschung ist auf qualitativ hochwertige Rohdaten angewiesen, die in Deutschland heute noch nicht systematisch erhoben werden.

Medizinischer Fortschritt

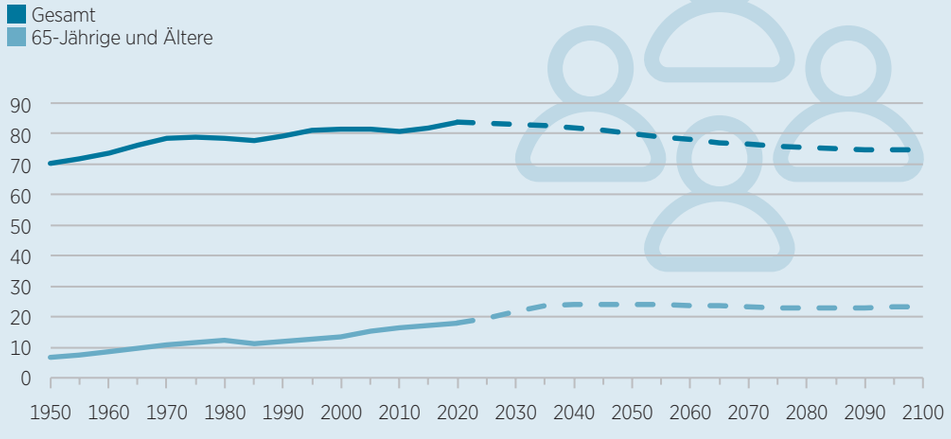
Neben effizienteren Prozessen bei der Behandlung bestehender Krankheiten wird im VBHC-Kontext oft auch für einen stärkeren Fokus auf die Vermeidung von Krankheiten plädiert. Statt allein die Angebotsseite des Gesundheitswesens in den Blick zu nehmen, sollten Anstrengungen unternommen werden, um die Nachfrage nach teuren Interventionen zu senken. Dies sollte nicht etwa geschehen, indem Betroffenen die nötigen Interventionen vorenthalten werden, sondern indem versucht wird, Krankheiten zu verhindern. Ein Großteil der Ausgaben im Gesundheitssystem ist auf die Behandlung von Erkrankungen zurückzuführen, die als vermeidbar gelten, wie etwa Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation zeigen. Dies verdeutlicht den enormen Bedarf an Präventionsmaßnahmen – und das Einsparpotenzial. Allein aus finanziellen Restriktionen hergeleitet werden muss der Fokus auf die Prävention dabei nicht. Schließlich ist die Lebensqualität von Menschen, die gar nicht erst krank werden, zweifelsohne größer.

Auch in technologischer Hinsicht ist das Gesundheitswesen inzwischen bereit für den Übergang in ein Zeitalter der Prävention. Die digitale Datenerfassung und -analyse macht es möglich, gefährdete Personen deutlich besser zu betreuen – etwa mit Hilfe von Videosprechstunden,

Bevölkerung

Bevölkerung in Deutschland, in Mio.

Quelle: UNO World Population Prospects. Prognose von 2019.



Apps und Smart Devices. Auch automatische, auf künstlicher Intelligenz basierende Warnsysteme sind inzwischen vereinzelt im Einsatz – immer vorausgesetzt, die Betroffenen sind bereit, ihre Daten dafür freizugeben. Die pharmazeutische Industrie rückt den Fokus ebenfalls zunehmend auf die Prävention bzw. Früherkennung von Erkrankungsrisiken und Erkrankungen. Das Ziel dabei ist es, klinische Symptome wie beispielsweise Karzinome möglichst früh zu entdecken, um rechtzeitig und zielgerichtet therapieren zu können.

Anreizsysteme

Um das Primat der Prävention breit zu verankern, ist ein Umdenken im Gesundheitswesen nötig. Hierfür braucht es auch angemessene Anreize, etwa bei den Vergütungssystemen. In der Literatur wird bisweilen kritisiert, dass Praxen für Vorsorge- und Beratungsangebote zu schlecht entlohnt werden – oder dass die Behörden die Vorteile von auf Frühinterventionen ausgerichteten pharmazeutischen Innovationen bei der Zulassung und Preisfindung nicht ausreichend würdigen. In vielen dieser Verfahren, insbesondere in der Onkologie, spielt die Mortalitätsrate eine entscheidende Rolle. Bei neuen Produkten, die auf die Frühintervention abzielen, geht es häufig jedoch nicht – zumindest nicht kurzfristig – um Leben und Tod, sondern um den Erhalt der Lebensqualität und die Reduzierung von langfristigen Gesundheitsrisiken. Um diese Parameter besser zu berücksichtigen, sollten sogenannte intermediäre Endpunkte beim Zulassungs- und Preissetzungsprozess eine größere Rolle spielen.

Das VBHC-Konzept empfiehlt nicht nur, die Vermeidung von Krankheiten stärker in den Fokus zu rücken. Ebenso werden passgenauere Therapien von Krankheiten gefordert. Tatsächlich entwickelt die pharmazeutische Forschung zunehmend Präparate für sehr kleine Gruppen von Patient:innen. Zum einen werden immer öfter sogenannte seltene Krankheiten in den Blick genommen, unter denen insgesamt nur wenige Menschen leiden. Zum anderen werden bei Krankheiten mit höheren Prävalenzen Therapien für kleine Untergruppen von Patient:innen entwickelt. So ist es in vielen onkologischen Bereichen inzwischen möglich, mit Hilfe von Genom- und anderen Analysen Subtypen von Patient:innen bzw. von Karzinomen zu identifizieren und für diese passgenaue Therapien zu entwickeln. Oftmals geht es dabei um Präparate, die im Vergleich zu herkömmlichen Chemo- oder Strahlentherapien deutlich verträglicher und nebenwirkungsärmer sind.

Um den finanziellen Aufwand für die Forschung und Entwicklung auch bei zwangsläufig sehr kleinen Absatzmengen decken zu können, ist der Einzelabgabepreis solcher Präparate meist sehr hoch. Dass die Kosten einer solchen Therapie die Marke von 100.000 Euro übersteigen, ist durchaus möglich. Auch Preise jenseits der Millionenmarke kommen vor. Um Versicherungsausgaben in dieser Höhe – die ja von der Gesamtheit der Versicherten finanziert werden müssen – stemmen zu können, erscheint es zwingend notwendig, diese Präparate nur dann einzusetzen, wenn die Behandlung auch erfolgreich ist. Da es sich im Vorfeld aber mitunter nur schwer abschätzen lässt, ob eine Therapie erfolgreich verlaufen wird oder nicht, werden Vergütungsmodelle nach dem Modell „Pay for Performance" diskutiert, bei denen die Hersteller nur dann Vergütungen bekommen, wenn die Therapie erfolgreich war. Dieses Vorgehen setzt voraus, dass die Frage, wann eine Therapie erfolgreich war, klar beantwortet wird – und dass die entsprechenden individuellen Daten dazu auch verfügbar sind.

Voraussetzungen für die Implementierung von VBHC

Wie bei vielen neu geschaffenen Paradigmen der Management- und Verwaltungsliteratur ist das Entwickeln abstrakter Grundsätze nur ein Schritt auf dem Weg zu einem Wandel. Der wohl weitaus komplexere Schritt ist ihre Umsetzung im Alltag. Ein gutes theoretisches Konzept reicht somit nicht aus. Es muss um eine praktikable Umsetzungsstrategie ergänzt werden. Da der VBHC-Ansatz ein umfassendes, mehrdimensionales Konzept ist, müssen auch bei der Implementierung verschiedene Ebenen und Schritte zusammen gedacht werden.

Klar ist, dass ein Umbau des Gesundheitswesens im Sinne des VBHC-Konzeptes weitreichende Implikationen hätte für alle Akteur:innen. Hierzu zählen die Kliniken, Heime und Praxen, die Versicherungen, die Arzneimittelhersteller sowie die Behörden. Sie alle müssten – würde das Konzept streng zu Ende gedacht und umgesetzt – ihr Vorgehen, ihre Strukturen und ihre Mechanismen verändern. Gleichzeitig würden auch die Patient:innen stärker in die Verantwortung für die eigene Therapie genommen, etwa indem sie ihre Vitalwerte selbst überwachen, Fortschritte dokumentieren oder bei der Entscheidungsfindung gleichberechtigt eingebunden werden. Ein Systemwandel im Sinne des ganzheitlichen VBHC-Ansatzes dürfte in jedem Fall nur dann möglich sein, wenn er sowohl auf der Mikroebene, also in den Kliniken, Praxen und sonstigen Einrichtungen, als auch auf der Makroebene umgesetzt würde, also in Form von regulativen Eingriffen von Seiten der Politik oder der Institutionen der gesundheitlichen Selbstverwaltung.

Einen kompletten Systemwechsel über Nacht wird aber wahrscheinlich kein nationales Gesundheitssystem wagen. Vielmehr ist mit einem schrittweisen Wandel zu rechnen: In einem ersten Schritt implementieren einzelne Einrichtungen als Pionier:innen Teile des VBHC-Konzeptes freiwillig in ihre eigenen Strukturen. Wenn sich das System dann später auf der Mikroebene bewährt hat sowie mehr und mehr Einrichtungen dem Bei-

spiel gefolgt sind, könnte die Umsetzung auf der Makroebene der nächste Schritt sein. Durch Regulierung von Seiten der Politik oder durch Konsensfindung innerhalb der Selbstverwaltung könnte dann versucht werden, Strukturen zu vereinheitlichen und für Vergleichbarkeit zu sorgen. In Ländern wie beispielsweise den Niederlanden, wo der Wandel hin zu einem System nach den Grundsätzen des VBHC-Ansatzes bereits weiter fortgeschritten ist, zeigt sich jedenfalls ein solches schrittweises Vorgehen.

Digitalisierung und Datenverfügbarkeit

Im VBHC-Konzept wird eine werteorientierte Versorgung der Patient:innen postuliert, die sich am Ergebnis, also an der Qualität einer Behandlung orientiert. Gefordert wird somit eine statistische Quantifizierung verschiedener Parameter, auf der dann bestimmte Mechanismen aufsetzen können – etwa die Vergütung der Kliniken und Praxen. Bei der Einführung des VBHC-Ansatzes kommt den Daten und der Datenverarbeitung somit eine zentrale Rolle zu. Die Ziele des Ansatzes – die Fokussierung auf die Bedürfnisse der Patient:innen, auf die Qualität der Behandlungen und auf das Vergleichen von Ergebnissen – erfordern allesamt eine saubere und verlässliche Datenbasis sowie einheitliche Standards für medizinische Daten, Hard- und Software, um eine sektorübergreifende Interoperabilität zu ermöglichen.

Die Ergebnisqualität im Sinne des VBHC-Ansatzes muss letztlich eine Kombination aus verschiedenen statistischen Werten sein. Um diese berechnen zu können, ist eine flächendeckende digitale Datenerhebung und -verarbeitung notwendig – natürlich unter strengen Datenschutzauflagen. Ohne digitale Strukturen ist das VBHC-Konzept nicht denkbar. Dass Informationen in deutschen Kliniken und Praxen oftmals noch immer auf Papier oder in nicht maschinenlesbarer Form festgehalten werden, ist ein großer Hemmschuh für die Einführung des VBHC-Konzeptes.

Dasselbe lässt sich konstatieren für den in vielen Fällen noch immer analogen Datenaustausch zwischen den Einrichtungen relevanter Stakeholder. Solange die Telematik-Infrastruktur noch nicht vollendet ist und Informationen zwischen Praxen und Kliniken in vielen Fällen noch immer per Fax oder Brief hin- und hergeschickt werden müssen, ist ein integriertes System für die Qualitätsmessung nicht vorstellbar. Dies gilt vor allem auch deshalb, weil viele Informationen möglichst in Echtzeit benötigt werden, zumindest bei der medizinischen Versorgung. Wenn Patient:innen in der Klinik per Fragebogen über ihren Gesundheits- und Gemütszustand Auskunft geben, sind diese Daten schließlich nicht nur als Teil einer aggregierten Qualitätsmessung für die entsprechende Klinik nützlich, sondern auch als klinische Entscheidungshilfe. Sie sollten also auch den behandelnden Ärzt:innen als Informationsquelle dienen, so beispielsweise bei der täglichen Visite. Durch die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) konnte hier immerhin ein großer Schritt in die richtige Richtung gegangen werden.

Eine große Herausforderung für die Implementierung von VBHC-Konzepten ist darüber hinaus die Standardisierung der für die Messung der Ergebnisqualität notwendigen Daten. Nur wenn Rohdaten einheitlich erhoben, Variablen in Datenbanken einheitlich definiert und aggregierte Ergebnisse auf die gleiche Art und Weise berechnet und interpretiert werden, ist ein Vergleich von Resultaten möglich. Es ist also einerseits eine technologische Standardisierung notwendig, andererseits eine inhaltliche. Da es zwangsläufig zu einem Nebeneinander von verschiedenen Detailkonzepten kommt, wenn die Einführung von VBHC-Konzepten aus der Eigeninitiative von Einzeleinrichtungen hervorgeht, gehört es zu den zentralen Aufgaben der Regulierungspolitik, für solche Standardisierungen zu sorgen. In einigen Fällen gelingt der Branche aber auch selbst ein Konsens, wie die historische Erfahrung zeigt.

Um die Ergebnisqualität von medizinischen Interventionen im Sinne eines wertebasierten Ansatzes zu messen, wird in der Regel eine Kombination verschiedener Datenkategorien verwendet. In der Fachsprache werden meist die folgenden Bezeichnungen dafür verwendet:

- **PROMs (Patient-Reported Outcome Measures):**

  Bei dieser Datenkategorie steht der selbst empfundene Gesundheitszustand der Patient:innen im Zentrum. Mit Hilfe von – mitunter sehr ausführlichen – Fragebögen werden diese gebeten, Auskunft darüber zu geben, wie es ihnen körperlich und seelisch geht, welche Fähigkeiten sie inzwischen wiedererlangt haben und welche noch nicht, ob sie ihre Therapievorgaben erfüllen, wie es um ihren Schlaf, ihre Stimmung, ihr Familienleben bestellt ist – und vieles mehr. Wichtig bei dieser Kategorie ist ihre Langfristigkeit: Die Patient:innen werden nicht nur während des Klinikaufenthaltes befragt, sondern in regelmäßigen Abständen auch noch danach. Dies ist vor allem wichtig für Krankheiten, die nicht durch einen einzelnen Eingriff gänzlich geheilt werden können, sondern bei denen es um die langfristige Behandlung geht – so etwa bei chronischen Krankheiten wie den Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Diabetes.

Um Daten zu generieren, die einrichtungs- und möglichst auch länderübergreifend vergleichbar sind, wird international versucht, die Datenerhebung zu vereinheitlichen und einen Standardset von Variablen zu entwickeln. Organisiert wird dies vom „International Consortium for Health Outcomes Measurement“ (ICHOM) in Boston. Die Initiative hat inzwischen mehrere Dutzend speziell auf einzelne Krankheitsbilder zugeschnittene Fragebögen und Variablensets entwickelt.

Die aus den PROMs generierten Daten dienen verschiedenen Zwecken: Bei der Versorgung in der Klinik oder in der Praxis können sie für die behandelnden Ärzt:innen eine wertvolle zusätzliche Informationsquelle sein, die ihnen hilft, den Zustand der Patient:innen ganzheitlich zu beurteilen. In der medizinischen Forschung können sie dabei helfen, Krankheiten und die dazugehörigen Wechselwirkungen besser zu verstehen. Und nicht zuletzt können die Daten Aufschluss darüber geben, was den Patient:innen besonders wichtig ist. Sich an den wahren Bedürfnissen der Menschen zu orientieren, wie es das VBHC-Konzept von Porter und Teisberg vorsieht, setzt schließlich voraus, dass untersucht wird, wie diese Bedürfnisse denn genau aussehen bzw. wie die einzelnen Bedürfnisse gewichtet werden. Gerade bei Schwerkranken ist es beispielsweise längst nicht eindeutig, in welchen Fällen sie die Strapazen einer weiteren umfangreichen Therapie bevorzugen und in welchen sie eher einen ruhigen und vor allem schmerzfreien Lebensabend anstreben.

Weitere Verwendungszwecke für die PROMs sind interne und externe Qualitätsvergleiche. So kann mit Hilfe aufbereiteter PROM-Daten verglichen werden, welche Chirurg:innen besonders erfolgreich operieren. In einem weiteren Schritt kann dann ein Lernprozess gestartet werden – mit dem Ziel, Best-Practices zu identifizieren. Sofern mehrere Kliniken auf die gleiche Weise PROMs erheben, kann damit auch die Leistung verschiedener Einrichtungen miteinander verglichen werden. Bei allen Qualitätsvergleichen ist stets darauf zu achten, dass die Rohdaten bei der Aufbereitung risikogewichtet werden. Dass

Einrichtungen, die besonders viele Schwerstkranke operieren, schlechtere Genesungsraten aufweisen als andere Häuser, hat schließlich nichts mit der Qualität ihrer Arbeit zu tun.

- **PREMs (Patient-Reported Experience Measures):**

Diese Datenkategorie zielt auf die Erfahrungen, die die Patient:innen während ihrer Behandlung gemacht haben. Während im Rahmen der PROMs-Erfassung nach dem Fortgang der Erkrankung und nach den körperlichen Fähigkeiten gefragt wird, stehen bei den PREMs die Erfahrungen während des Klinikaufenthaltes im Vordergrund. Gefragt wird beispielsweise, ob das ärztliche sowie das pflegerische Personal freundlich und hilfsbereit war, ob ausreichend über Behandlungen und Eingriffe informiert wurde, ob man die Einrichtung weiterempfehlen würde oder ob Sicherheitsvorgaben eingehalten wurden – so beispielsweise die Markierung eines zu operierenden Knies im Vorfeld eines Eingriffes.

Erfahrungsberichte abzugeben und einzusammeln, ist in vielen Sektoren längst üblich. Im Handel oder im Tourismus werden die Menschen regelmäßig gebeten, Produkte und Dienstleistungen zu bewerten – und viele Kund:innen messen diesen Werten viel Gewicht bei, wenn sie über einen Kauf entscheiden. Im Gesundheitswesen allerdings ist dies noch die Ausnahme, zumindest im deutschen. Zwar existieren bereits einige Portale im Internet, auf denen Bewertungen über Ärzt:innen abgegeben werden können – beispielsweise das Jameda-Portal. Doch sind dies meist private Initiativen. Darüber hinaus werden die Daten nicht systematisch ausgewertet und nicht von offizieller Stelle auf Qualität hin geprüft. Außerdem stellt die geringe Zahl von Teilnehmer:innen eine stete Gefahr für Verzerrungen dar. Eine positive Ausnahme sind die regelmäßigen Befragungen von AOK und KKH unter jenen Mitgliedern, die jüngst in einer Klinik waren. Die aus diesen inzwischen fast einer Million Befragungen gewonnenen Daten werden bereits für Klinikvergleiche im Internet genutzt.

- **COMs/CROMs (Clinical Outcome Measures/ Clinician-Reported Outcome Measures):**

Auch wenn die durch Befragungen der Patient:innen gewonnenen Daten im Mittelpunkt des VBHC-Konzeptes stehen, spielen natürlich auch die klassischen medizinischen Werte eine große Rolle, wie sie von den Kliniken erhoben werden. Hierzu zählen beispielsweise Komplikations- und Mortalitätsraten, durchschnittliche Verweildauern oder durchschnittliche Wartezeiten, aber auch der Anteil der Patient:innen, bei denen die in den Leitlinien vorgesehenen Untersuchungen und Therapien vollständig ausgeführt werden konnten. Inzwischen gibt es auch Konzepte, die behandelnden Ärzt:innen ebenfalls kurze strukturierte Fragebögen ausfüllen zu lassen, um deren Sicht auf die Fortschritte der Patient:innen festhalten zu können.

Solche Daten aus dem Klinikalltag werden heute standardmäßig zur Qualitätsmessung und für Qualitätsvergleiche genutzt. So sind die Kliniken in Deutschland verpflichtet, sogenannte strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen, in denen Dutzende verschiedene Kennzahlen präsentiert werden. Die Berichte dienen der Transparenz, sind aber für Laien aufgrund ihrer Komplexität kaum verständlich. Immerhin existieren verschiedene Portale für Klinikvergleiche, auf denen die entsprechenden Kennzahlen auf übersichtliche Art und Weise verglichen werden.

Eine funktionierende, flächendeckende und standardisierte Datenstruktur kann als zentrale Voraussetzung für die Implementierung von VBHC-Konzepten betrachtet werden. Bei PROMs und PREMs stellt sich dabei die Frage, wie die Kontaktaufnahme und Kommunikation mit den Patient:innen vonstattengehen kann, wenn sie nicht mehr in der Klinik behandelt werden. Optimalerweise werden die entsprechenden Fragebögen zuhause direkt am Computer oder Smartphone ausgefüllt. Auf diese Weise eingegebene Daten können sofort weiterverarbeitet werden.

In jedem Fall erscheint es empfehlenswert, bereits vorhandene digitale Kommunikationswege zu nutzen. Bei chronisch kranken Patient:innen, die ihre Vitalwerte mit Hilfe von Kleingeräten und Apps überwachen und an die Ärzt:innen melden, wäre es hilfreich, wenn die entsprechenden Applikationen auch für die Abfragen von PROMs-Daten genutzt werden könnten. Auch die elektronische Patientenakte ist ein gutes Vehikel, kann bisher aber noch nicht dafür genutzt werden.

Grundsätzlich gilt, dass eine hohe Rücklaufquote notwendig ist, um aussagekräftige Daten zu bekommen. Schließlich kann nur so eine Stichprobenverzerrung ausgeschlossen werden. Würden beispielsweise nur zufriedene oder nur geheilte Patient:innen Fragen beantworten, wären die Ergebnisse weitgehend unbrauchbar. In der Literatur wird meist darauf hingewiesen, dass Rücklaufquoten vor allem dann hoch sind, wenn die Patient:innen den Eindruck haben, dass ihre Angaben wirklich Berücksichtigung finden und ernst genommen werden.

Grundsätzlich fokussieren sich die ersten Initiativen für die Messung und Nutzung von PROMs und den weiteren Datenkategorien auf den Kliniksektor. Um die Forderungen des VBHC-Konzeptes erfüllen zu können, ist es letztlich aber notwendig, dass auch niedergelassene Ärzt:innen solche Daten erheben und nutzen. Aufgrund der – gerade in Deutschland – eher schleppend verlaufenden Digitalisierung der ambulanten Versorgung bleibt dies aber vorerst Zukunftsmusik.

Strukturreformen

Eine zentrale Forderung im VBHC-Konzept ist es, bei der medizinischen Versorgung stets die gesamte „Patient Journey“ zu betrachten – und nicht jeden Behandlungsschritt einzeln. Zur „Patient Journey“ gehört der gesamte mit der Erkrankung zusammenhängende Therapiepfad durch das Gesundheitssystem, samt aller dazugehörigen individuellen Erlebnisse. Dass sich die einzelnen hausärztlichen, fachärztlichen und klinischen Einrichtungen, die die Patient:innen während einer Erkrankung aufsuchen, so wenig untereinander abstimmen, gilt als Hauptkritikpunkt an der Struktur des deutschen Gesundheitswesens. Ebenso, dass selten ganzheitliche Therapiepläne entwickelt oder gemeinsame Akten angelegt werden. Dies kann zur Folge haben, dass Patient:innen widersprüchliche Informationen erhalten, dass Therapien keine einheitliche Stoßrichtung haben, dass zu viel oder zu wenig untersucht bzw. therapiert wird und dass es zu Verzögerungen kommt, die den Heilungsprozess unnötig verlangsamen.

In der Gesamtschau lässt sich attestieren, dass die Fragmentierung der Versorgungslandschaft die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Patient:innen nicht die optimale Versorgung erhalten, obwohl sie möglich wäre. Die – historisch gewachsene – strikte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor im deutschen Gesundheitswesen ist für die Einführung eines VBHC-Systems somit ein großes Problem. Gleichzeitig kommt es auch innerhalb des ambulanten Sektors oftmals zu Reibungsverlusten, wenn Patient:innen von unterschiedlichen Praxen behandelt werden.

Eine Organisationsform, die sich für den VBHC-Ansatz gut eignet, solange es die ambulante Versorgung von Menschen mit mehreren Erkrankungen betrifft, sind die Ärztezentren, die in Deutschland unter dem Fachbegriff „Medizinisches Versorgungszentrum“ (MVZ) bekannt sind. Dort sind Mediziner:innen aus verschiedenen

Interview

Dorothee Brakmann und Christian Hilmer

Dr. Dorothee Brakmann ist kommerzielle Direktorin Onkologie und Hämatologie und Mitglied der Geschäftsleitung der Janssen-Cilag GmbH. Christian Hilmer ist Direktor Marktzugang und Erstattung und ebenfalls Mitglied der Geschäftsleitung des Unternehmens.

Frau Brakmann, Herr Hilmer, Value Based Healthcare steht für einen Paradigmen-Wechsel in der Gesundheitsversorgung. Welche Rolle kann die Pharmaindustrie dabei spielen?

Brakmann: Eine ganz entscheidende. Indem wir innovative Arzneimittel und gänzlich neue Behandlungsansätze erforschen und entwickeln, tragen wir schon jetzt maßgeblich dazu bei, die Qualität der Versorgung zu verbessern: Moderne Therapien, etwa in der Onkologie, setzen immer früher an, berücksichtigen zunehmend die individuellen Veranlagungen der Betroffenen, wirken immer präziser. Weg von der Reparaturmedizin, hin zu einer Medizin, die die Gesundheit und die Lebensqualität der Betroffenen in den Vordergrund stellt. Schon das ist ein Paradigmenwechsel, der ohne die Innovationskraft forschender Unternehmen nicht denkbar wäre. Der Haken: Unser Gesundheitssystem ist darauf nicht vorbereitet. Es ist – noch – darauf ausgelegt, abzuwarten, bis tradierte Erkrankungen ausbrechen, um dann die notwendigen Therapien zu erstatten. Innovative medizinische Ansätze, die darauf abzielen, die Entstehung oder das Fortschreiten einer Erkrankung etwa im Sinne einer Disease Interception zu unterbrechen oder zu verhindern oder eine Erkrankung quasi maßgeschneidert zu behandeln, haben es schwer, in die Versorgung und damit zu den Patient:innen zu gelangen. Die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems weg von einem Krankenbehandlungssystem hin zu einem System im Sinne von VBHC können und wollen wir auf unterschiedlichen Ebenen mitgestalten: Indem wir gezielt noch bessere und neue Therapieansätze für Erkrankungen entwickeln, die bisher nicht oder unzureichend behandelt werden können. Dazu gehört auch die Evidenzgenerierung: Wir bringen unser methodisches Know-how liebend gern ein, um Outcomes im Sinne von VBHC messbar zu machen. Darüber hinaus sehe ich uns als Treiber der öffentlichen Debatte darum, wie VBHC im deutschen Gesundheitssystem umgesetzt werden kann.

VBHC sieht vor, Patient:innen kontinuierlich nach ihrem Gesundheitszustand und ihren Erfahrungen während der Therapie zu befragen und die Daten dann systematisch auszuwerten. Können Pharmaunternehmen auch von solchen Befragungen profitieren – und wenn ja, inwiefern?

Brakmann: Patient Reported Outcomes sind unabdingbar, um den von den Patient:innen erlebten Nutzen von Therapien bewerten zu können. Wir bei Janssen haben seit jeher den Anspruch, Betroffene – soweit möglich – frühzeitig in die Konzeption von Studien oder Unterstützungsprogrammen einzubinden. Das beinhaltet natürlich auch die Definition möglicher Patient Reported Outcomes. Im Versorgungsalltag ist die systematische Messung der Behandlungsergebnisse unverzichtbar, um Abweichungen gegenüber unseren klinischen Studien zu erkennen. Entscheidend ist auch hier die Sichtweise der Patient:innen. Nur sie können uns sagen, ob und in welchem Ausmaß wir das angekündigte Behandlungsergebnis tatsächlich erreicht haben.

Im Bereich der personalisierten Medizin und der Orphan Drugs sind die Arzneimittelpreise mitunter sehr hoch. Könnte die Einführung einer erfolgsabhängigen Vergütung für pharmazeutische Produkte ein Kompromiss sein?

Hilmer: Entscheidend für die Vergütung einer Therapie sollte ihr Ergebnis bei den Patient:innen sein. Erstattungspreise, die sich daran orientieren, welchen Wert eine Behandlung im Ergebnis für die Betroffenen hat, setzen die richtigen Anreize für die Erforschung und Entwicklung medizinischer Innovationen, die wirklich benötigt werden. Eine erfolgsabhängige Vergütung koppelt die Honorierung an den Grad der Zielerreichung bei den Patient:innen. Das ist ganz im Sinne von VBHC – und ein möglicher Weg, um beispielsweise hochpreisige Therapien zur Behandlung seltener Erkrankungen schneller in die Versorgung zu bekommen. Nicht zuletzt deshalb, weil die Durchführung klassischer klinischer Studien mit mehreren tausend Patient:innen angesichts der naturgemäß begrenzten Anzahl an Betroffenen bei seltenen Erkrankungen nur eingeschränkt möglich ist. Daraus resultierende Unsicherheiten und Risiken können im Behandlungsverlauf auf individueller Basis verifiziert beziehungsweise entkräftet werden. Wichtig ist neben einer möglichst smarten und schlanken Vertragsgestaltung allerdings eine faire Risikoverteilung zwischen Herstellern und Krankenkassen: Das Morbiditätsrisiko sollte nicht ausschließlich von der Industrie getragen werden.

Fachrichtungen unter einem Dach und mit einem gemeinsamen Management tätig, oftmals auch als Angestellte und nicht als Selbstständige. Die Zahl dieser Einrichtungen nimmt zwar zu, dennoch ist die Praxis als einzelne wirtschaftliche Einheit noch immer die Norm. In Ostdeutschland, wo die ambulante Versorgung während der deutschen Teilung in der Regel von sogenannten Polikliniken übernommen wurde, sind Einrichtungen dieser Art zwar auch heute noch deutlich verbreiteter. Doch wurden viele von ihnen nach der Wiedervereinigung aufgelöst, was aus heutiger Sicht wenig weitsichtig wirkt.

In der Literatur zu VBHC findet sich meist die Forderung, die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuheben und – zumindest innerhalb einer Fachrichtung – auf eine integrierte Versorgung mit gemeinsamen Strukturen zu setzen – mit einrichtungsübergreifenden, spezialisierten Teams, mit Prozessen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung und mit einer integrierten Qualitätsmessung und Vergütung der Gesundheitsleistungen. Dies zu schaffen dürfte zwar bei einem gemeinsamen Managementüberbau deutlich einfacher sein, doch ist es nicht ausgeschlossen, die Eigenständigkeit der einzelnen Praxen und Kliniken zu bewahren und dennoch ein integriertes betriebliches Ökosystem zu schaffen, das eine ganzheitliche Versorgung im Sinne des VBHC-Ansatzes ermöglicht.

Solche festen Formen der Kooperationen werden durch die Möglichkeiten der Digitalisierung erleichtert. Schließlich ist die bisher oft mangelhafte Koordination von Therapien zwischen den Einrichtungen zumindest in Teilen schlichtweg auf die Friktionen der alten analogen Kommunikationswege zurückzuführen. Würden stattdessen gemeinsame Verwaltungssysteme und Digitalakten verwendet, wäre eine Kommunikation in Echtzeit möglich – und formal getrennte Einrichtungen könnten näher zusammenrücken. Auch gemeinsame Prozesse – etwa regelmäßige Absprachen, Mitzeichnungspflichten bei den Therapieplänen und gemeinsame Prozeduren bei der Qualitätssicherung – wären denkbar. Inzwischen existieren auf dem Markt zahlreiche Angebote für leicht zu bedienende Kommunikations-Apps, die diese Vernetzung leisten können – oft auch unter direkter Einbeziehung der Patient:innen und anderer Akteur:innen, wie etwa der Physiotherapeuten. Verschiedene Kliniken in Deutschland haben inzwischen begonnen, auf diese Weise Schritt für Schritt eine stärker integrierte Versorgung aufzubauen.

Allerdings basieren solche Ansätze – solange sie nicht von der Regulatorik erzwungen werden – auf der Freiwilligkeit. Inwieweit die einzelnen Versorgungseinrichtungen einer Region auf gemeinsame Strukturen im Sinne des VBHC-Ansatzes setzen, wäre also wohl von Fall zu Fall unterschiedlich und für die Patient:innen von außen nur schwer zu überblicken.

Insgesamt stehen ländliche Regionen in Bezug auf die Digitalisierung und Integration der Versorgungsstrukturen sicherlich vor größeren Herausforderungen als urbane Räume, weil hier meist die klassische Einzelpraxis als Versorgungsform vorherrschend ist. Gleichsam ist das Potenzial für Veränderungen hier besonders groß. Gerade die Digitalisierung von Angeboten und Strukturen kann in dünn besiedelten Gebieten helfen, die Versorgungsqualität zu stärken und sie dem Niveau der Städte anzugleichen.

Managementreformen

Die Implementierung von VBHC-Konzepten sollte sich auch in den internen Strukturen und Abläufen einer Versorgungseinrichtung niederschlagen. Die Patient:innen systematisch sowie dauerhaft zu befragen und diese Informationen im medizinischen Alltag in Echtzeit nutzen zu können, erfordert hohe Investitionen in die Dateninfrastruktur und in die Schulung der Mitarbeiter:innen. Auch auf Seiten des Managements muss die Strategie vorbereitet, organisiert und einem Monitoring unterzogen werden, was ebenfalls Investitionen erfordert.

Die Prozesse und Mechanismen innerhalb der Einrichtung müssen ebenfalls so angepasst werden, dass die Ziele des VBHC-Ansatzes erreicht werden können – also ein bestmögliches Behandlungsergebnis pro aufgewendeten Euro zu erzielen, um so den Wert zu steigern, den die Patient:innen der Intervention beimessen. Beispielsweise sollte sichergestellt werden, dass die erhobenen PROMs- und PREMs-Daten im Alltag von den betreuenden Fachkräften auch tatsächlich berücksichtigt werden, etwa wenn es um neue Therapiestrategien geht.

Von zentraler Bedeutung sind auch die Lernprozesse, die diese Daten den Einrichtungen ermöglichen. Sie erlauben interne Leistungs- und Qualitätsvergleiche, die dann wiederum dazu genutzt werden können, häufige Fehlerquellen oder besonders erfolgversprechende Behandlungsansätze zu identifizieren. Die Literatur zeigt, dass das Management Fingerspitzengefühl an den Tag legen sollte bei der Einführung einer solchen Feedbackkultur. Wenn in einer konstruktiven Atmosphäre und ohne Angst vor Sanktionen über Fehler und mögliche Lehren daraus diskutiert werden kann, ist dies produktiv und kann den Leistungswillen einer Belegschaft stärken. Falls die Daten aber nur genutzt werden, Mitarbeitende mit schwächeren Leistungen zu identifizieren und womöglich bloßzustellen, dürfte die Akzeptanz niedrig bleiben. Immer wieder wird in der Literatur darauf hingewiesen, wie sehr es darauf ankommt, dass eine Belegschaft von einem neuen Konzept überzeugt ist und die Einführung nicht hintertreibt.

Ferner weisen viele Autor:innen darauf hin, dass zuerst interne Prozesse für die Arbeit mit den Daten eingeführt werden sollten, bevor diese in einem späteren Schritt auch veröffentlicht und möglicherweise für externe Leistungsvergleiche zwischen den Einrichtungen genutzt werden. Das Herstellen von Transparenz nach außen sollte also erst erfolgen, wenn die internen Prozesse eingespielt sind.

Neue Anreiz- und Vergütungsstrukturen

Medizinische Dienstleistungen – etwa Untersuchungen, Therapien oder Operationen – werden von der ökonomischen Theorie oft als Vertrauensgüter charakterisiert. Dies bedeutet, dass es den Kund:innen nicht in Gänze möglich ist, die Qualität des Gutes zu beziffern. Ein Grund dafür ist, dass die Patient:innen selbst keine Fachkräfte sind, dass ihnen also das Fachwissen fehlt, um die Qualität wirklich beurteilen zu können. Genauso aber liegt es daran, dass keine validen Daten über die Qualität und Leistungsfähigkeit einer Praxis oder einer Klinik vorhanden sind – oder dass diese zumindest nicht veröffentlicht werden. Bei der konsequenten Einführung von VBHC würden statistische Leistungsparameter konsequent und kontinuierlich gemessen und transparent gemacht.

Würde die – mit Hilfe von Daten aus dem Feedback der Patient:innen – gemessene Qualität von Praxen und Kliniken veröffentlicht, hätte allein dies möglicherweise bereits einen positiven Effekt. Schließlich würde es sich dann schwarz auf weiß in den Daten niederschlagen, wenn sich die Fachkräfte einer Einrichtung bei der Behandlung besonders anstrengen. Auf diese Weise würde ein impliziter Leistungsanreiz geschaffen, da Wertschätzung oft ähnlich leistungssteigernd wirkt wie Geld. Ein ökonomischer Effekt dürfte sich aber obendrein einstellen: Schließlich wäre die entsprechende Einrichtung in der Folge möglicherweise bei Patient:innen gefragter und hätte aufgrund der gewachsenen Nachfrage dann auch höhere Einnahmen.

Allerdings entstünde der wirtschaftliche Vorteil der Einrichtungen in diesem Fall allein über den Mengeneffekt. Das VBHC-Konzept von Porter und Teisberg sieht dagegen vor, die gemessene Qualität von Behandlungen auch zur Grundlage der Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen zu machen. In Deutschland ist dies bisher kaum der Fall.

Die Frage, wie Qualitätsparameter im Alltag zu einem Kriterium für die Höhe der Vergütungen gemacht werden könnten, die die Versicherungen den Kliniken und Praxen erstatten müssten, ist nicht trivial. Verschiedene Ideen sind dabei denkbar und werden in manchen Ländern bereits angewandt. In vielen Fällen erfolgt die Vergütung dann auf der Basis von statistischen historischen Durchschnittswerten. Die rudimentärste Variante davon ist sicherlich, dass einer Einrichtung nur dann erlaubt wird, eine bestimmte Behandlung auszuführen, wenn sie in der zurückliegenden Periode eine Mindestzahl von Behandlungen dieser Art nachweisen kann. Diese Idee basiert auf der Feststellung, dass sich eine Spezialisierung in der Qualität niederschlägt: Je öfter eine Behandlung ausgeführt wird, desto höher ist die durchschnittliche Qualität. Auch in Deutschland wird dieser Ansatz der Qualitätssicherung bei einigen medizinischen Prozeduren zunehmend üblich.

Allerdings hat der Ansatz Nachteile: Zum einen werden Einrichtungen möglicherweise versuchen, die Mindestzahl an Behandlungen unbedingt zu erreichen, was dazu führen könnte, dass Menschen operiert werden, obwohl dies gar nicht notwendig ist. Zum zweiten kann die Vorgabe dazu führen, dass Menschen aus ländlichen Regionen für bestimmte Behandlungen weitere Wege in Kauf nehmen müssen, weil die wohnortnahen Einrichtungen diese aufgrund der Mindestanforderungen nicht mehr ausführen dürfen. Ob dies gewünscht ist, ist wiederum eine (gesellschafts-)politische Frage.

Eine ähnliche, aber letztlich komplexere Form der leistungsabhängigen Vergütung besteht darin, Mindestwerte für die historischen Qualitätsparameter festzulegen. Alternativ ist es auch denkbar, einen Bonus an jene Einrichtungen zu zahlen, die bestimmte Schwellen bei den Qualitätswerten überschreiten – oder aber jenen etwas abzuziehen, die entsprechende Werte unterschreiten. Eine weitere zentrale Frage ist, ob die Vergütung auch graduell an Parametern ausgerichtet wird oder ob es eine schlichte Ja-Nein-Schwelle gibt. Basieren würden die Parameter auf einem Scorewert, der sich aus PROMs, PREMs und COMs bzw. CROMs zusammensetzt.

Neben der Behandlungsqualität können auch weitere Faktoren als zusätzlicher Maßstab für die Vergütung herangezogen werden. Denkbar ist etwa, die Einhaltung von Qualitätssicherungsprozessen zu honorieren oder auch die Einführung eines Vier-Augen-Prinzips bei der Definition von Therapien.

Eine Herausforderung bei der Einführung von qualitätsabhängigen Vergütungsstrukturen ist die Tatsache, dass es sich bei vielen Erkrankungen erst langfristig zeigt, inwieweit Behandlungen erfolgreich waren – also, ob sie lebensverlängernd wirken oder die Lebensqualität erhöhen konnten. Dies ist beispielsweise bei chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Diabetes relevant. Da es in diesem Fall zu großen Zeitverzögerungen bei der Messung von Score-Werten kommen könnte, werden stattdessen oft andere Werte – wie etwa Laborparameter – als behelfsmäßige Maßstäbe angesetzt, von denen man weiß, dass diese mit der Langfristentwicklung korreliert sind.

In Gänze erfüllt wäre die Forderung des VBHC-Konzeptes nach einer qualitätsabhängigen Vergütung, wenn das individuelle Behandlungsergebnis als Maßstab für die einzelne Vergütung der Praxen oder Kliniken herangezogen würde. In welcher Höhe eine Einrichtung für eine bestimmte Behandlung entlohnt würde, hinge dann nicht mehr von einer statistisch gemessenen historischen Durchschnittsqualität ab, sondern von der Behandlungsqualität im entsprechenden Einzelfall.

Ein solches Vorgehen wird international für die Erstattung von Arzneimitteln mit sehr kleinen Zielpopulationen diskutiert. Weil vergleichende Studien bei Präparaten dieser Art nur auf kleine Patient:innengruppen zurückgreifen können, bleiben beim Markteintritt oftmals Restunsicherheiten zur Wirksamkeit bestehen. Hinzu kommt meist ein besonders hoher Preis, der darauf zurückzuführen ist, dass sich die hohen Entwicklungskosten letztlich durch eine geringe Zahl von Behandlungen amortisieren müssen. Als Ausweg aus beiden Dilemmata gelten erfolgsabhängige Erstattungen von Arzneimittelkosten – die sogenannten Pay-for-Performance-Kontrakte.

Solche Erstattungsmechanismen könnten die ansonsten divergierenden Interessen der Akteur:innen zusammenbringen: Die Kostenträger, das heißt Versicherungen oder gegebenenfalls Regierungen, möchten Arzneien nur erstatten, wenn sie bei den einzelnen Patient:innen auch wirken. Die Pharmaindustrie entwickelt neuartige Arzneimittel und möchte einen angemessenen Wert erstattet bekommen, wenn die Medikamente bei den einzelnen Patient:innen die versprochene Wirkung

Interview

Sophie-Christin Ernst

Dr. Sophie-Christin Ernst ist Ärztin und Research Fellow im Fachbereich Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin. Sie hat an mehreren internationalen Vergleichsstudien zum Thema Value Based Healthcare mitgewirkt.

Frau Ernst, welche Länder sind bei der Implementierung des Value Based Healthcare-Konzeptes schon am weitesten fortgeschritten?

Der Begriff Value Based Healthcare wurde von US-amerikanischen Wissenschaftler:innen geprägt, sodass oft argumentiert wird, es sei allein auf den dortigen Markt zugeschnitten. In den letzten Jahren konnte jedoch gezeigt werden, dass das Konzept sehr wohl auch in Europa anwendbar ist. Spitzenreiter im europäischen Raum sind beispielsweise Wales und die Niederlande. Dort setzen die Akteur:innen des Gesundheitswesens stark darauf, Patient:innen regelmäßig nach ihrer Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, ihrer Leistungsfähigkeit im Alltag und ihrer Lebensqualität zu befragen – und mit Hilfe dieser sogenannten PROMs dann die Qualität der eigenen Arbeit zu verbessern. Gleichzeitig gibt es landesweite Register, die solche Qualitätsdaten sammeln. Ein spannendes Beispiel für die Einführung einer nutzenorientierten Versorgung ist der niederländische Klinikverbund Santeon. Dort hat die systematische Nutzung von PROMs zusammen mit anderen Daten – wie klinischen Parametern und Prozessdaten – dabei geholfen, besser und effizienter zu behandeln. Dies gilt beispielsweise im Bereich Brustkrebs, wo der Anteil der Fälle, in denen eine zweite Operation nötig wurde, signifikant gesenkt werden konnte. Wichtig war dabei der stufenweise Ausbau von Qualitätstransparenz: Initial wurden gesammelte Outcome- und Prozessdaten nur abteilungsintern ausgewertet und diskutiert, im geschützten Raum. Später teilte man Ergebnisse dann auch mit anderen Abteilungen aus dem Klinikverbund und zuletzt in manchen Bereichen auch mit der Öffentlichkeit. Das primäre Ziel dabei ist, geeignete Lehren aus den Daten zu ziehen und Best-Practice-Beispiele zu finden – und nicht, diejenigen zu diskreditieren und bloßzustellen, die in diesen Vergleichen schlechter abschneiden. Wenn Mediziner:innen den Eindruck bekommen, dass Ergebnisse auf unfaire Weise verglichen werden, dann führt dies oft dazu, dass Initiativen zur Qualitätsmessungs- und -transparenz scheitern. Ein stufenweiser Aufbau und eine Einbeziehung des klinischen Personals schafft das Vertrauen, das für eine konstruktive Fehlerkultur und Veränderungsprozesse essenziell ist.

Sollte man die Umsetzung des VBHC-Konzeptes von Seiten der Politik erzwingen – oder wächst solch ein System vielleicht von selbst, weil es sich nach und nach durchsetzt?

Man sollte es tatsächlich nicht zu schnell von oben herab vorschreiben. Eine interessante Fallstudie ist hier der Vergleich zwischen England und Wales. In England wurde die Erhebung und Nutzung von PROMs zunächst in vier Indikationsbereichen verpflichtend eingeführt. Doch für viele Beteiligte war der Mehrwert der Daten für eine verbesserte Versorgung nicht spürbar. Die Patient:innen haben dann oft nicht geantwortet, worunter wiederum die Aussagekraft der Daten gelitten hat. Im klinischen Alltag wurden die Daten nicht ausreichend in Behandlungsprozesse integriert. Auch die Auswahl der Implementierungsgebiete – dazu gehörten beispielsweise Hernien- und Varikosenbehandlungen – war nicht optimal. Nach ungefähr acht Jahren wurde die Nutzung in zwei von vier Krankheitsbereichen wieder eingestellt. In Wales hingegen hat man von Anfang an einen kollaborativen Ansatz verfolgt – und versucht, die Initiativen einzubinden, die sich bereits selbst gegründet hatten, um Value Based Healthcare-Konzepte einzuführen. Das hat deutlich besser funktioniert. Förderlich ist es also, wenn Top-Down-Ansätze und Bottom-Up-Projekte ineinandergreifen und bereits ein Rückhalt für politische Maßnahmen auf Seiten der Hauptakteur:innen geschaffen wurde.

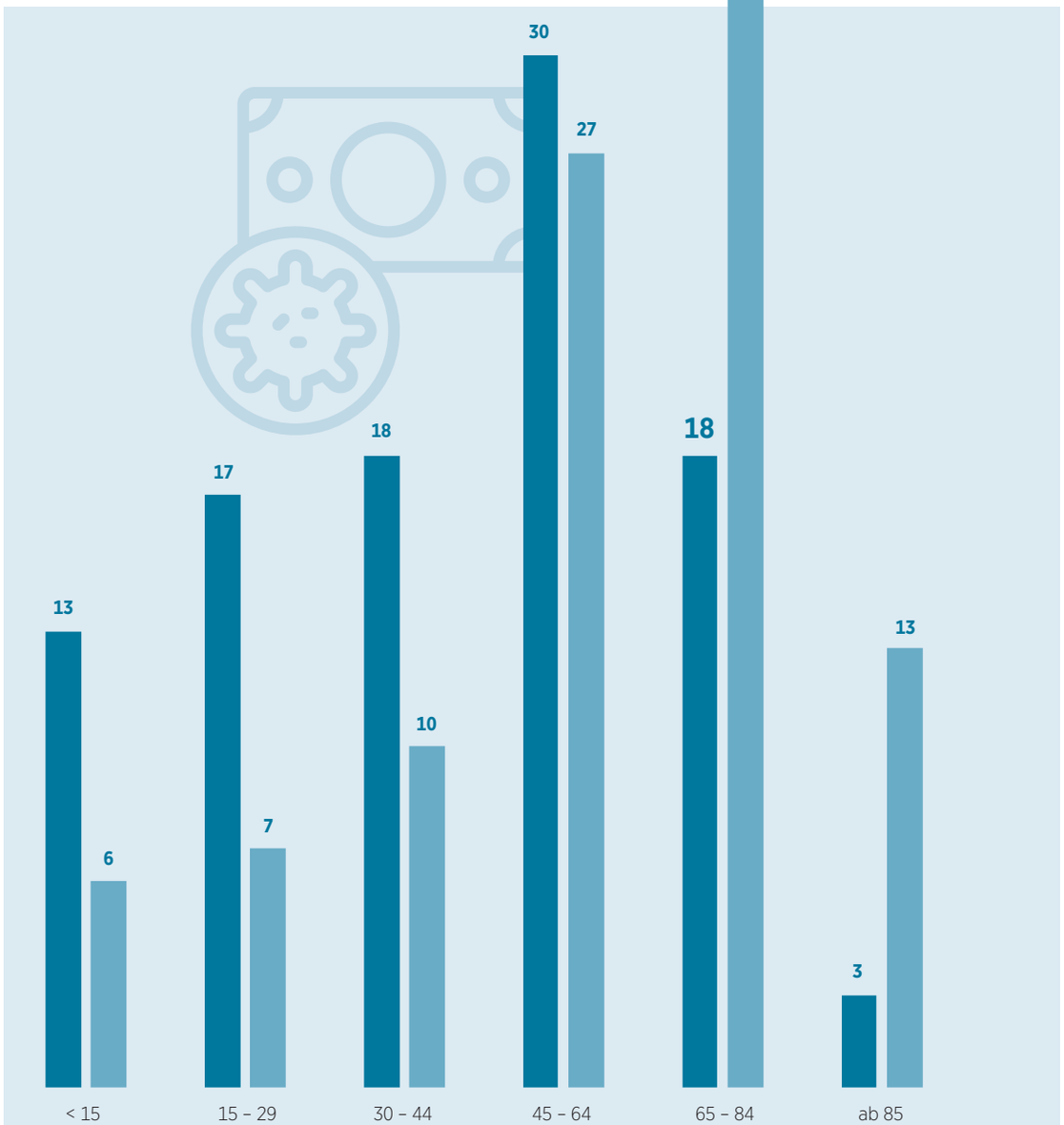
Wenn Sie Gesundheitsministerin wären, wie würden Sie versuchen, ein stärker nutzen- und qualitätsorientiertes Gesundheitssystem zu formen?

Ich würde die im Krankenhausstrukturgesetz verankerte Option für Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern gern weiter stärken und ausbauen. Ziel dieser Verträge ist es zu erproben, inwieweit durch die Vereinbarung von Qualitätsanreizen und -anforderungen eine Verbesserung der stationären Versorgung in den festgelegten Leistungsbereichen erreicht werden kann. Nach §110a SGB V können unter anderem auch Ergebnisse von Patientenbefragungen als Qualitätsindikatoren herangezogen werden. Bisher sind Qualitätsverträge nur für wenige Indikationen vorgesehen, auch wenn das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung neben den vier bestehenden die Festlegung von vier weiteren Leistungsbereichen vorsieht. Auch die Definition eines jährlichen Ausgabenvolumens pro Versichertem fördert den Ausbau der Qualitätsverträge. Unter Einbeziehung der wichtigsten Akteur:innen, insbesondere auch von Patientenorganisationen und Fachgesellschaften, sollten Indikationen mit hohem Verbesserungspotential und hoher Relevanz ausgewählt werden. Neben Krankenkassen und Krankenhäusern sollten auch Anbieter von innovativen Technologien, insbesondere auch digitalen Lösungen, Vertragspartner sein können. Im Zuge des Ausbaus der ePA macht es aus meiner Sicht viel Sinn, das Thema PROMs bereits mitzudenken. Es gibt einige tolle Initiativen im Bereich PROMs und Pilotprojekte im Bereich VBHC. Diese sind derzeit leider wenig präsent und untereinander wenig vernetzt. Ohne Brückenelemente – wie Standards für die Datenerhebung – droht eine weitere Fragmentierung. Für eine Ausweitung der PROMs-Nutzung braucht es eine IT-Infrastruktur, die Fachgebiets- und Sektorengrenzen überbrückt, dazu Anreizstrukturen, die die Erhebung vergüten oder anderweitig fördern, sowie Standards, die eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse für eine systemweite Verbesserung ermöglichen. Politischer Wille ist insbesondere für die letzten Punkte gefragt.

Bevölkerungsanteil und Krankheitskosten verschiedener Altersgruppen in Deutschland

Quellen: GBE, Destatis, eigene Berechnungen

Anteil der jew. Altergruppe an der Gesamtbevölkrung in Prozent
Anteil der Krankheitskosten der jew. Altersgruppe an den Gesamtkosten in Prozent



zeigen. Auch beim Pay-for-Performance-Konzept würden wahrscheinlich keine aufwändig erhobenen PROMs- und PREMs-Werte zugrunde gelegt, sondern eher grundlegendere Variablen – wie beispielsweise, ob die Erkrankung von Krebspatien:innen für einen vordefinierten Zeitraum nicht voranschreitet, ob also eine Folgetherapie nicht notwendig ist oder der Tod nicht eintritt. In Deutschland findet letzteres bereits bei Pay-for-Performance-Kontrakten für neuartige Zelltherapien Anwendung. Bei diesem Ansatz werden Immunzellen gentechnisch verändert und dadurch für die Abwehr von Krebszellen genutzt.

Etablierte Systematiken und Mechanismen, die die Vergütung einzelner Behandlungen an individuelle, statistische Parameter knüpfen, gibt es derzeit noch nicht. Dieser Ansatz sieht sich auch verschiedenen Hürden gegenüber. So erfordert er eine lückenlose Aufbereitung der relevanten Einzeldaten in Echtzeit. Hinzu kommen datenschutzrechtliche Herausforderungen: So muss Patient:innen weiterhin das Recht eingeräumt werden, nicht an Befragungen teilzunehmen. Qualitätswerte können somit nicht in jedem Fall auf PROMs- oder PREMs-Daten basieren. Darüber hinaus bleibt das oben diskutierte Zeitproblem bestehen: Bei vielen Therapien lassen sich Erfolg und Misserfolg erst nachträglich messen. Gleichwohl haben die Einrichtungen ein berechtigtes Interesse, zeitnah eine Vergütung zu erhalten. Als möglicher Ausweg wird diskutiert, lediglich einen Teil der Vergütung zurückzuhalten, bis langfristige Erkenntnisse vorliegen. In jedem Fall bleibt die auf individuellen Behandlungsergebnissen basierende Vergütung ein Projekt für die Zukunft, auch weil der Aufbau der notwendigen Registerdatenbanken ein komplexes Vorhaben sein dürfte.

Alle vorgestellten Varianten einer qualitätsabhängigen Vergütung werden nur dann durchsetzbar sein und Akzeptanz finden, wenn ihnen solide Mechanismen zur Risikoadjustierung zugrunde liegen. Schließlich ist es unstrittig, dass eine bestimmte Intervention bei älteren Patient:innen mit besonders schweren Erkrankungen oder mehreren Erkrankungen gleichzeitig seltener zum Erfolg führt als bei jüngeren, die ansonsten gesund sind. Die Gefahr von einer mangelhaft ausgestalteten Risikoadjustierung ist, dass für Praxen und Kliniken ein impliziter Anreiz entsteht, bestimmte Gruppen von Patient:innen nicht zu behandeln. Dies gilt es unbedingt zu verhindern.

Mindshift

Gute interne und systemische Strukturreformen sind eine notwendige Bedingung für die Einführung eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes im Sinne des VBHC-Konzeptes. Ausreichend sind sie aber nicht. Ohne einen generellen Paradigmenwechsel, also ein flächendeckendes Umdenken darüber, wie Krankheiten verhindert und bekämpft werden sollen, kann das neue System kein Erfolg werden. Es geht also darum, dass die Fachkräfte in Praxen, Kliniken und anderen Einrichtungen die Bedingungen des VBHC-Ansatzes verinnerlichen: Dass Patient:innen zum gleichberechtigten Gegenüber werden und in alle Entscheidungen einzubinden sind, dass ihre Sicht auf die Entwicklung im Mittelpunkt steht, dass stets der gesamte Weg einer Therapie betrachtet werden muss und nicht jeder Schritt einzeln und dass stets die Behandlungsform mit den höchsten Erfolgsaussichten gewählt werden sollte.

Gerade der letzte Aspekt lässt sich mit intelligenten Anreizsystemen zwar fördern, aber nicht gänzlich erzwingen. Kein noch so sorgfältig ausgearbeiteter Anreizmechanismus kann dafür sorgen, dass die medizinischen Interessen der Patient:innen immer deckungsgleich sind mit den Interessen der medizinischen Einrichtungen. Nicht jeder Zielkonflikt wird sich regulatorisch auflösen lassen. Insofern sollte der Fokus bei der Implementierung von VBHC-Konzepten auch darauf liegen, die Fachkräfte im Gesundheitswesen inhaltlich von dem Ansatz zu überzeugen.

Kapitel 3

Value Based Healthcare in der Praxis

Status quo in Deutschland

Aktuell steckt die Implementierung von VBHC im deutschen Gesundheitssystem bestenfalls in Kinderschuhen, denn zentrale Merkmale davon fehlen, sowohl im Bereich der Regulierung als auch in den unternehmerischen Strukturen. Wie bereits erwähnt, werden medizinische Leistungen derzeit praktisch ausschließlich nach Aufwand und nicht nach Erfolg vergütet. Gleichzeitig sind integrierte Versorgungsstrukturen die Ausnahme, meist sind der ambulante und der stationäre Bereich autonom. Darüber hinaus werden die Erfahrungen und Bewertungen der Patient:innen nur selten strukturiert erhoben und ausgewertet. Der sogenannte patientenrelevante Nutzen wird also bei der Planung und Vergütung von Leistungen nicht berücksichtigt.

Dennoch lassen sich im deutschen Gesundheitswesen Strukturen und Entwicklungen identifizieren, die zumindest teilweise dem VBHC-Ansatz entsprechen. Ein System, das hier angeführt werden kann, ist die Unfallversicherung. Diese betreibt in Deutschland verschiedene Einrichtungen für die Prävention und Behandlung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Arbeitswelt, die im Sinne einer integrierten Betreuung eng zusammenarbeiten. Dazu zählen spezielle Praxen, Kliniken und Rehaeinrichtungen. Auch die regulativen Grundlagen der Unfallversicherung entsprechen den Ideen des VBHC-Ansatzes. So ist das übergeordnete Ziel der Versorgung – nämlich die Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer:innen zu sichern und wiederherzustellen, um ihnen die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen – klar definiert. Das System zielt darauf ab, den Patient:innen eine möglichst werthaltige Behandlung zu ermöglichen.

Gleichzeitig lassen die regulativen Grundlagen viel Raum für eigenständiges Handeln der Beteiligten. So gibt es keine starren Erstattungs- und Kostenregeln wie bei den Krankenkassen. Stattdessen beratschlagen die Versicherungsträger gemeinsam mit den Ärzt:innen individuell über angezeigte Therapieoptionen. Auf das VBHC-Konzept zurückzuführen sind die Strukturmerkmale der deutschen Unfallversicherung allerdings selbstverständlich nicht, schließlich wurde diese bereits im 19. Jahrhundert konstruiert und eingeführt.

Immerhin lassen sich auch im sonstigen Gesundheitswesen inzwischen erste Ansätze zum Aufbau einer integrierten Versorgung finden. So wächst die Zahl der medizinischen Versorgungszentren, in denen verschiedene Fachärzt:innen innerhalb einer gemeinsamen Struktur tätig sind. Darüber hinaus hat die Politik mit den Selektivverträgen ein Vehikel geschaffen, das die integrierte Versorgung fördern kann. In Selektivverträgen schließen Krankenkassen und medizinische Einrichtungen individuelle Verträge für die Langzeitversorgung von Patient:innen ab. Meist geht es dabei um chronische Erkrankungen wie etwa Diabetes, Herz-Kreislauf-Beschwerden oder auch Asthma. Das Ziel ist, dass ambulante – und auch stationäre – Einrichtungen aus verschiedenen Fachbereichen bei der Versorgung dieser Patient:innen zusammenarbeiten. Insgesamt wächst die Zahl der Leistungserbringer, die in selektivvertraglichen Konstrukten mitarbeiten. Dennoch bleibt es ein Nischenkonstrukt.

Ein zentraler Aspekt von VBHC ist die Forderung nach einer systematischen Befragung von Patient:innen zum Zweck der Qualitätsmessung. Auch dafür finden sich in Deutschland zunehmend Pilotprojekte, von denen viele auch öffentlich gefördert werden – etwa durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses der Krankenkassen.

Als Vorreiterin für die sogenannten PROMs-Daten ist hier die Martini-Klinik des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zu nennen, die sich auf die Behandlung von Prostata-Karzinomen spezialisiert hat. Die Klinik hat bereits vor rund drei Jahrzehnten – also lange, bevor das VBHC-Konzept entwickelt wurde – damit begonnen, ihre Patienten während und nach der Intervention im Krankenhaus nach dem Fortgang ihrer Erkrankung und ihrem Wohlbefinden zu befragen. Der entsprechende Fragebogen umfasst fast 100 Fragen. Ursprünglich gestartet wurde die Langzeitbefragung allein zu Forschungszwecken, also um die Krankheit besser verstehen zu können. Erst später begann man in der Klinik, die Daten auch zur internen Qualitätsüberwachung zu nutzen. Dabei setzt die Klinik auf Transparenz und veröffentlicht freiwillig viele statistische Werte – zumindest sofern die Patienten dazu ihre Zustimmung geben.

Zahlreiche Kliniken folgen inzwischen diesem Beispiel. Im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) haben rund 500 Krankenhäuser in Deutschland damit begonnen, gemeinsam PROMs-Daten zu erheben, um damit ihre Qualitätsmessungen zu ergänzen. Für die Langzeitbefragungen ihrer Patient:innen nutzen die Einrichtungen dabei die gleichen digitalen Datenplattformen und Fragenbögen, so dass die Vergleichbarkeit der Daten gewährleistet ist. Dabei orientieren sie sich an den Standards der internationalen ICHOM-Initiative. Für bundesweite Klinikvergleiche sind diese PROMs-Daten allerdings noch nicht geeignet, da noch nicht alle Häuser an dem Projekt teilnehmen.

Dennoch ist ein Vergleich der Versorgungsqualität der knapp 2.000 Kliniken in Deutschland inzwischen möglich, wenn auch noch nicht auf der Basis von PROMs. Gemeinsam mit dem Internetportal „Weisse Liste“, das Patient:innen bei der Suche nach geeigneten Praxen und Kliniken unterstützt, haben die großen Krankenkassen AOK und KKH begonnen, ihre Mitglieder nach ihren Erfahrungen zu befragen, wenn sie in einer Klinik behandelt wurden. Bei diesem sogenannten PEQ-Projekt („Patients' Experience Questionnaire“) geht es darum, den Klinikaufenthalt ganz allgemein zu bewerten. So wird im Fragebogen darum gebeten, die Betreuung durch das ärztliche sowie das pflegerische Personal zu benoten. Außerdem wird erfragt, ob die Betroffenen das jeweilige Klinikum weiterempfehlen würden.

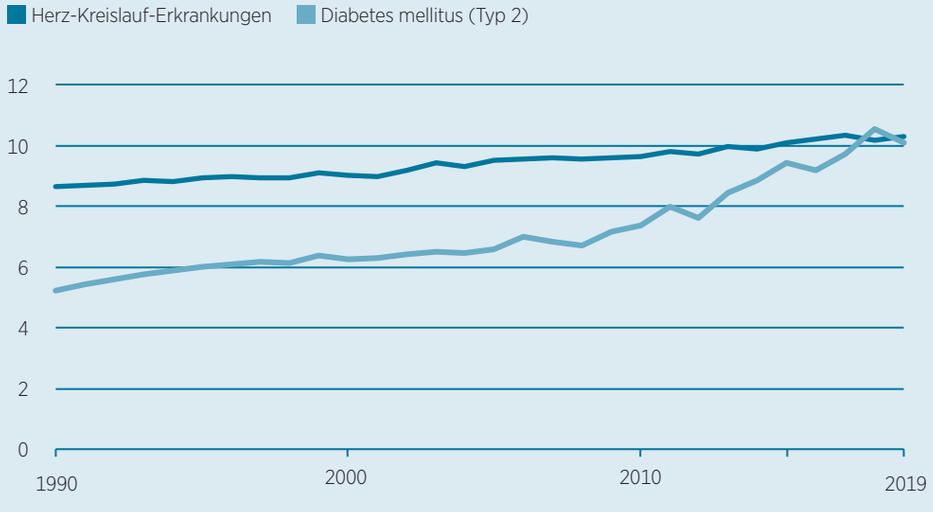
Die auf diese Weise über alle Kliniken in Deutschland gewonnenen Informationen werden anschließend auf den hauseigenen Internetportalen veröffentlicht, immer auch mit deutschlandweiten Durchschnittswerten zum Vergleich. Auf den Übersichtsseiten im Netz ergänzen die genannten Werte dann jene objektiven Qualitätskennzahlen, die die Kliniken selbst in ihren sogenannten strukturierten Qualitätsberichten vermelden müssen. Zu den mehr als 200 Indikatoren dieser Berichte zählen beispielsweise der Anteil der Hüftgelenksoperationen, bei denen die Patient:innen lange Wartezeiten in Kauf nehmen mussten, oder das Verhältnis von tatsächlichen und erwarteten Todesfällen bei umfassenden Herzeingriffen. Die Datenbasis hier besteht also aus einer Kombination von COMs- und PREMs-Daten. Auf diese Weise werden die Patient:innen stärker in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt, schließlich finden ihre Erfahrungen und Bewertungen zumindest in Ansätzen Berücksichtigung bei Qualitätsvergleichen.

Inzwischen gibt es in Deutschland auch erste Ansätze einer qualitätsabhängigen Vergütung in der Versorgung. Im System der gesetzlichen Krankenkassen wird dies beispielsweise durch die sogenannten Qualitätsverträge ermöglicht. Dabei schließen Kliniken und Kassen individuelle Einzelverträge ab, in denen sie auch Anforderungen und Anreize für die Qualitätssicherung definieren. Diese können auf sogenannten PROMs-Daten basieren. Das Vehikel der Qualitätsverträge ermöglicht es den Akteur:innen, Erfahrungen mit diesem neuen Konstrukt zu sammeln. Der Rahmen dafür ist allerdings noch sehr eng: So beschränkt sich der Anwendungsbereich auf wenige Indikationen wie beispielsweise den Gelenkersatz. Gleichzeitig gibt es einen Richtwert für die jährlichen Ausgaben der Kassen für derartige Vertragsleistungen.

Volkskrankheiten

Anzahl der Erkrankten (Herz-Kreislauf / Diabetes) in Deutschland

Quelle: GBE



Auch bei der Bepreisung und Vergütung von Arzneimitteln existieren seit einigen Jahren Mechanismen, die die Ergebnisqualität der Präparate berücksichtigen – zumindest in Ansätzen. Ein Bereich, der hier genannt werden kann, ist das Preisfestsetzungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen für neue verschreibungspflichtige Medikamente, wie es vom sogenannten AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) geregelt wird. Demnach kann neu entwickelten Präparaten nur dann ein höherer Erstattungsbetrag zugesprochen werden als für vergleichbare Präparate, wenn für die neuen Arzneimittel ein Zusatznutzen im Vergleich zur sogenannten zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt werden kann.

Während beim eigentlichen Zulassungsverfahren für neue Präparate geprüft wird, ob eine neue Arznei wirksam, verträglich und sicher ist, geht es beim AMNOG-Verfahren also darum, ob die Wirkung über jene von bisherigen Therapien hinausgeht. Kriterien für einen Zusatznutzen sind beispielsweise eine schnellere Genesung, ein längeres Überleben, eine höhere Lebensqualität oder auch weniger gravierende Nebenwirkungen. Im Kern entscheiden also keine ökonomischen Kriterien, sondern es wird ein wertebasierter Ansatz verfolgt, der das Ergebnis der Therapie für die Patient:innen ins Zentrum rückt.

Zwar sind beim AMNOG-Verfahren zweifelsohne konzeptionelle Anlehnungen an das VBHC-Konzept festzustellen. Und ebenso zweifelsohne hat das System geholfen, die Kosten für Präparate ohne erkennbaren Zusatznutzen zu senken – schließlich sind viele Anträge auf hohe Erstattungswerte zurückgewiesen worden. Dennoch ist der Ansatz noch weit entfernt von einem holistischen VBHC-Konzept. So wird beim AMNOG keine ganzheitliche Therapiefolge oder Patient Journey betrachtet, sondern allein eine singuläre pharmazeutische Intervention.

Hinzu kommt, dass dieses Verfahren einem sehr starren Konzept folgt. Oftmals wird dabei kritisiert, dass lediglich der Bekämpfung einer bereits fortgeschrittenen, schwerwiegenden Erkrankung ein hoher Nutzen zugemessen wird. Für ein onkologisches Präparat ist es folglich einfacher, eine gute Bewertung zu bekommen – schließlich ist der Erfolg in Form von zusätzlicher Lebenszeit quantitativ messbar. Dagegen haben es Arzneimittel, die vor allem die Lebensqualität verbessern, beispielsweise weil sie die Symptome von chronischen Volkskrankheiten lindern, im AMNOG-System schwerer. Das Gleiche gilt für Präparate, die bereits frühzeitig intervenieren und somit den Ausbruch einer Erkrankung verhindern bzw. den Schweregrad deutlich abmildern.

Gerade die letztgenannte Kategorie hat im Denkraum der wertebasierten Gesundheitsversorgung aber einen hohen Stellenwert. Schließlich ist es ein erklärtes Ziel des Ansatzes, Krankheiten möglichst früh nach ihrem Ausbruch – oder sogar noch davor – zu bekämpfen, indem man die Wege der Patient:innen integriert betrachtet und über den gesamten Pfad hinweg begleitet. Insgesamt lässt sich konstatieren, dass das AMNOG allenfalls einzelne Aspekte des VBHC-Gedankens aufgreift.

Zumindest etwas näher an den Ideen von VBHC sind dagegen die Pay-for-Performance-Verträge im Pharmabereich. Hier sind verschiedene Mechanismen für die konkrete Ausgestaltung denkbar: So etwa, dass Gelder zurückgezahlt werden müssen, wenn sich für die Patient:innen kein Behandlungserfolg einstellt. Oder dass in Raten bezahlt wird – und die letzten Zahlungen nur dann erfolgen, wenn ein entsprechender Erfolg der Therapie erkennbar und messbar ist. Zwar existieren in Deutschland inzwischen einige individuelle Verträge zwischen einzelnen Krankenkassen oder Krankenkassengruppen auf der einen und den Pharmaunternehmen auf der anderen Seite. Im Regelbetrieb sind solche Vergütungsprinzipien aber noch nicht vorgesehen.

Um auch andere Arzneien in Abhängigkeit von ihrer Wirkung auf einzelne Menschen zu vergüten, müsste eine entsprechende verlässliche Datenbasis vorhanden sein. Diese dürfte nicht allzu schnell aufzubauen sein, zumal von großen datenschutzrechtlichen Hürden auszugehen ist. In diesem Bereich sind andere Länder aber auch kaum weiter als Deutschland.

Interview

Valerie Kirchberger

Dr. Valerie Kirchberger ist promovierte Kinderärztin und derzeit Chief Medical Officer bei Heartbeat Medical Solutions. Das Berliner Unternehmen entwickelt eine digitale Infrastruktur für Langzeitbefragungen von Patient:innen, bei denen klinische Informationen mit sogenannten Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) verknüpft werden.

Frau Kirchberger, Ihr Unternehmen entwickelt Wege, um Patient:innen über ihre Erfahrungen und ihren Zustand zu befragen, auch lange nach einem Klinikaufenthalt. Was ist der Vorteil solcher Daten?

Als ich vor zwölf Jahren als Assistenzärztin im Krankenhaus angefangen habe, ist mir etwas aufgefallen: Nämlich, dass wir überhaupt nicht wissen, wie es den von uns behandelten Patient:innen geht. Sicher, manche kamen irgendwann erneut auf unsere Station. Aber die meisten verschwanden einfach aus unseren Augen. Hatte unsere Behandlung etwas genützt? Ging es den Leuten wieder gut? Wir wussten es einfach nicht! Man muss sich das einmal vorstellen: Es gibt hier einen ausgereiften Wirtschaftszweig, der kein kontinuierliches Feedback der Kund:innen einholt. Flugzeughersteller oder Autobauer, denen es egal ist, wie gut die Ergebnisse ihrer Arbeit im Alltag sind, wären doch völlig undenkbar! Damals wurde mir klar, dass man die Patient:innen regelmäßig und systematisch befragen muss. Genau dies tun wir. Wir fragen nach der Lebensqualität, nach dem Fortgang der Krankheit, nach psychischen Parametern wie der Stimmung, nach Schlaf, physischer Funktion und dem Familienleben. PROMs nennen sich diese wissenschaftlich fundierten Fragebögen in der Fachsprache, „Patient-Reported Outcome Measures“. Wir stellen diese Fragen während des Klinikaufenthalts, wiederholen sie danach je nach Behandlung in kurzen Abständen von drei Monaten – und später dann einmal pro Jahr. Wenn die Behandlungsteams den Menschen erklären, wie sehr ihnen solche Informationen helfen, machen sie erstaunlich gerne mit.

Für welche Zwecke sind PROMs denn hilfreich?

Schon direkt während der Versorgung auf der Station haben die Ärzt:innen einen Mehrwert davon. Schließlich werden ihnen die Ergebnisse der Befragungen sofort automatisch aufbereitet und in einer übersichtlichen digitalen Akte präsentiert. Dort sind dann nicht nur Labor- und Blutwerte zu finden, sondern eben auch solche wichtigen patientenberichteten Ergebnisdaten. Sicher, man hat Patient:innen auch früher schon während der Visite befragt, wie sie sich fühlen und wie es ihnen geht. Aber das wurde dann nicht systematisch festgehalten und ausgewertet. Zudem waren Befragungen nur vor Ort im Krankenhaus möglich. Darüber hinaus sind die Daten hilfreich für interne Qualitätsvergleiche. Die Ergebnisse können dann andere, eher technische Statistiken ergänzen – etwa, wie viel Prozent der Menschen sich wundliegen oder wie oft Stürze passieren oder ähnliches. Außerdem lassen sich die Daten für externe Vergleiche nutzen, also beispielsweise für Qualitätsinitiativen von Kliniken. Das gibt es bisher aber allenfalls in Modellversuchen. Denn die Voraussetzung dafür ist ja, dass alle Kliniken solche Daten erheben – und das auch noch genau auf dieselbe Art und Weise. Es sind also Standards in Bezug auf Inhalte und Technik notwendig. Wir arbeiten zurzeit daran, dies mit jenen Kliniken anzugehen, die sich in der „Initiative Qualitätsmedizin“ zusammengeschlossen haben – immerhin rund 500 Häuser. Ein letzter Zweck der PROMs können perspektivisch auch qualitätsabhängige Vergütungen für Kliniken und Praxen sein. Doch das ist noch Zukunftsmusik.

Gibt es Gegenwehr gegen die Transparenz, die die PROMs schaffen?

Ja, die gibt es, jedoch weniger bei individuellen Ärzt:innen. Transparenz wirkt eher auf strukturelle Akteur:innen im Gesundheitswesen einschüchternd, die sich im jetzigen – auf Quantität fokussierten – Gesundheitswesen eingerichtet haben. Aber wir nehmen sämtliche Bedenken natürlich ernst – und klären auf: Es sind ja die Kliniken, welche die Informationen nutzen und sich dafür Regeln geben. Wenn die Kolleg:innen das Gefühl bekommen, dass die Datenauswertung unfair ist – beispielsweise, weil nicht berücksichtigt wird, dass auf ihren Klinikstationen immer die Menschen mit schweren Vorerkrankungen landen –, dann fühlen sie sich berechtigterweise benachteiligt und lehnen die Neuerungen ab. Man darf auch nicht vergessen, dass die Antworten der Patient:innen zwangsläufig subjektiv sind. Wenn der eigene Gesundheitszustand auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet werden soll, antworten manche Schwerstkranke mit 8 und andere antworten mit 1. Um auf solche Verzerrungen Rücksicht zu nehmen, ist es sinnvoll, eher auf die Entwicklung des Wertes zu schauen statt auf das einmalige Level. Doch bei aller Vorsicht: Wir sind uns sicher, dass PROMs dabei helfen können, die Qualität der Arbeit von Mediziner:innen messbar und vergleichbar zu machen. Wir können damit wegkommen vom alten paternalistischen Modell mit dem Arzt als „Gott in weiß“, der nie in Frage gestellt werden darf.

Best-Practice-Beispiele in Europa

Erste Ansätze zur Implementierung des VBHC-Konzeptes finden sich inzwischen in praktisch jedem Industrieland. Allerdings sind die Projekte unterschiedlich weit vorangeschritten. Internationale Vergleichsstudien untersuchen meist, wie weit die nationalen Gesundheitssysteme bei den einzelnen Dimensionen des Konzeptes bereits gekommen sind – also

- (i) inwieweit eine integrierte Versorgung über den gesamten Interventionszyklus hinweg bereits gelebte Praxis ist,
- (ii) inwieweit PROMs und ähnliche Werte bereits systematisch gemessen und genutzt werden,
- (iii) inwieweit die Vergütungen bereits auf Qualitätsparametern basieren und
- (iv) inwieweit das Paradigma im Alltag als Leitlinie verinnerlicht wurde.

Als Vorreiter genannt werden meist die Niederlande und Schweden, aber auch dem walisischen Ableger des britischen NHS-Systems werden große Fortschritte attestiert. Diese drei Beispiele werden im Folgenden kurz dargestellt – auf einen detaillierten Vergleich aller europäischen Systeme wurde aus Platzgründen verzichtet.

Grundsätzlich ist allerdings auffällig, dass systematische Erhebungen von PROMs und ähnlichen Daten oftmals bei orthopädischen Indikationen oder Krebserkrankungen eingeführt werden. Auch Diabetes gehört oft zu den ersten Indikationen, bei denen regelmäßige Befragungen der Patient:innen begonnen werden. Es sind also die besonders häufig auftretenden und eher langwierigen Erkrankungen, die für einen VBHC-Ansatz ausgewählt werden. Zudem sind es solche, bei denen das Ziel der Versorgung klar definiert ist – und somit gemessen werden kann: In der Orthopädie steht das Wiedererlangen der Bewegungsfähigkeit im Zentrum, bei Diabetes die langfristige Eindämmung der Erkrankung. Grundsätzlich scheinen jene Länder einen Startvorteil zu haben, die bereits zuvor über landesweite Datenbanken verfügten – beispielsweise spezielle Zentralregister für einzelne Krankheitsfelder.

Qualitätsabhängige Vergütungssysteme sind in Europa noch immer die Ausnahme. Grundsätzlich sind sie allerdings im Klinikbereich häufiger zu finden als in der ambulanten Versorgung. Meist liegen der Vergütung dann durchschnittliche Qualitätsparameter der Einrichtung zugrunde. Oftmals werden mit Boni spezielle Prozesse honoriert – so etwa ein konsequentes Qualitätsmanagement oder eben die systematische Befragung von Patient:innen. In vielen Ländern sind qualitätsabhängige Vergütungsverträge keine Pflicht, aber eine bewusst geschaffene Möglichkeit, auf die sich Versicherungen und Kliniken einigen können.

Ein vollständig implementiertes VBHC-System gibt es bisher noch in keinem Land. Allerdings entwickelt sich das bestehende System in den meisten Ländern zunehmend in diese Richtung. Digitalisierung und wertebasierte Versorgung entwickeln sich also parallel weiter.

Da man sich somit überall noch in einer Pionierphase befindet, ist das Interesse der Fachöffentlichkeit an Best-Practice-Beispielen meist groß. Längst befassen sich auch multilaterale Organisationen mit dem Thema VBHC. So fordert etwa die OECD, eine Dateninfrastruktur aufzubauen, mit der sich untersuchen lässt, inwieweit die Gesundheitssysteme die Bedürfnisse der Patient:innen erfüllen können.

Niederlande

Als Vorreiter für eine dezentrale Implementierung von VBHC in Europa gelten die Niederlande. Dort haben große Versicherungen und große Klinikverbünde aus eigenem Antrieb begonnen, eine integrierte Versorgung mit strukturierter Datenerfassung aufzubauen. Mit Hilfe der systematischen Analyse von PROMs-Daten und anderen Informationen konnten die Kliniken ihre Erfolgsraten mitunter deutlich steigern, etwa bei der Behandlung von Krebserkrankungen.

Führende Versicherungen des Landes setzen derweil auf den Aufbau von leistungsabhängigen Vergütungssystemen – nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich. In vielen medizinischen Teildisziplinen sind inzwischen beispielsweise Bonus- bzw. Malus-Regelungen üblich.

Insgesamt zeigt sich, dass der Anteil der medizinischen Einrichtungen, die sich dem neuen Paradigma verpflichtet fühlen, stetig wächst. Die Niederlande können somit als Beispiel für einen Bottom-Up-Prozess betrachtet werden, der sich nach und nach verbreitert. Dies geschieht auch deshalb, weil einige Versicherungen inzwischen dazu übergegangen sind, Teile der Vergütung an die Bedingung zu knüpfen, dass die entsprechenden Kliniken bestimmte Aspekte von VBHC umsetzen.

Flankiert wird der Aufstieg des VBHC-Ansatzes in der Versorgung von einem landesweiten Aufbau von Datenregistern für unterschiedliche Krankheitsbereiche. Mit zentralen Datenbanken für inzwischen mehr als 20 verschiedene Indikationen wird sichergestellt, dass das Gesundheitswesen aus nahezu jedem Krankheitsfall Lehren ziehen kann, da alles datenseitig erfasst wird. Dies stärkt die empirische Basis der Versorgungsforschung und ermöglicht interne und externe Qualitätsvergleiche. Bei den Registern wird ein Top-Down-Ansatz verfolgt: So werden die Register von zentralen Organisationen überwacht und gestaltet. Dabei kooperieren diese mit den jeweiligen Spezialist:innen an den Kliniken und binden diese in Entscheidungsprozesse ein.

Dass die Dateninfrastruktur in Form der Register schon vorhanden war, erleichtert den Aufbau einer strukturierten Erfassung von PROMs-Daten. Als Zwischenschritt wird derzeit das Ziel verfolgt, PROMs bei so vielen Krankheiten standardmäßig abzufragen, dass für mindestens die Hälfte aller Behandlungsfälle entsprechende Daten vorliegen und transparent gemacht werden können.

Wales

Auch Wales gilt im Hinblick auf die Umsetzung von VBHC im Gesundheitswesen als Vorbild. Dort ist es frühzeitig gelungen, gemeinsame werteorientierte Grundsätze für die medizinische Versorgung zu definieren, denen sich ein Großteil der Fachkräfte tatsächlich verpflichtet fühlt. „Principles of prudent healthcare“ werden diese in Wales genannt – Grundsätze einer umsichtigen Gesundheitsversorgung. Dazu zählen eine möglichst partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Patient:innen, eine möglichst evidenzbasierte Versorgung, die Förderung von gleichen Zugangschancen zu Gesundheitsdienstleistungen und eine klare Priorisierung jener Patient:innen, die am dringendsten Hilfe benötigen. Der Teilstaat Großbritanniens gilt damit als gelungenes Beispiel für einen Top-Down-Ansatz, also für eine zentral organisierte Reform zur Implementierung des VBHC-Ansatzes. Diese erfolgte allerdings stets in enger Abstimmung mit regionalen Initiativen, die die Implementierung von VBHC voranbringen möchten.

Ein weiteres Merkmal des walisischen Ansatzes ist der Aufbau eines flächendeckenden Datensystems. In zentralen Datenbanken werden PROMs-Daten gesammelt, deren Inhalte die Fachkräfte in

den Kliniken und Praxen dann über übersichtliche Dashboards abrufen können. Außerdem gibt es Vergleichsportale, auf denen die Einwohner:innen die Qualitätsdaten der medizinischen Einrichtungen vergleichen können.

Einen hohen Stellenwert hat in Wales die soziale Teilhabe. So gibt es umfassende Programme zur Gesundheitsbildung. Außerdem soll der Bereich der Prävention noch weiter gestärkt werden. Auf diese Weise sollen typische Volkskrankheiten vermieden und die Menschen zu einem gesunden Lebensstil animiert werden.

Auch wenn das Gesundheitssystem in Wales ebenfalls „National Health Service“ heißt und ebenso staatlich geprägt und steuerfinanziert ist, unterscheidet es sich dennoch stark vom englischen Pendant. Die Teilstaaten Großbritanniens verfügen im Gesundheitsbereich über eine weitreichende Autonomie. Anders als in Wales gilt die Einführung des VBHC-Konzeptes in England als zumindest teilweise gescheitert. Gemeinhin wird kritisiert, dass die Nutzung von PROMs-Daten in England zu schnell begonnen wurde – und dabei zu sehr die externen Qualitätsvergleiche im Fokus standen, was bei Fachkräften sowie Patient:innen mitunter zu starker Gegenwehr führte. In Wales dagegen erfolgte die Einführung gemächlicher.

Schweden

Auch Schweden wird oft als Vorreiter bei der Implementierung des VBHC-Ansatzes genannt. Dabei profitiert das Land von seiner langen Tradition, Gesundheitsdaten in zentralisierten Registern zu sammeln. Für Dutzende Indikationen existieren hier zentrale Datenbanken mit Informationen der Erkrankten, die auch von staatlicher Seite stark gefördert werden.

Schwedische Daten gelten aufgrund ihres Umfangs und ihrer Qualität als besonders interessant für Forscher:innen weltweit. Mit Hilfe dieser sogenannten Real-World-Daten kann beispielsweise untersucht werden, ob pharmazeutische Präparate auch nach erfolgter Zulassung wie gewünscht wirken. Damit sind die Daten eine wichtige Ergänzung für klinische Studien. Letztere werden unter Laborbedingungen durchgeführt und lassen deshalb kausale Schlüsse zu. Allerdings bleibt oft unklar, inwieweit die Erkenntnisse als allgemeingültig betrachtet werden können – etwa, weil nur junge Menschen ins Labor eingeladen werden und keine Menschen mit mehreren Erkrankungen. Diese Lücken können mit Real-World-Daten zumindest teilweise geschlossen werden.

Da die Dateninfrastruktur in Schweden bereits vorhanden ist, war die Integration von PROMs- und PREMs-Daten in das System keine große Herausforderung. Diese sind ebenfalls eine wertvolle Erkenntnisquelle für die Forschung. Auch in Schweden werden diese Daten für externe Qualitätsvergleiche genutzt. Tatsächlich gilt das Ausmaß der Transparenz in Schweden als außergewöhnlich. Für die Patient:innen dort ist es längst üblich, vor operativen Eingriffen die Qualität der Einrichtungen anhand von veröffentlichten Rankings zu vergleichen.

Auch leistungsabhängige Vergütungen finden sich immer häufiger. Verbreitet sind darüber hinaus auch sogenannte Bündelungsverträge, bei denen Kliniken eine Pauschale für eine Behandlung bekommen, die auch Nachbehandlungen im Fall von Komplikationen miteinschließt. Weil die Mehrarbeit für entsprechende Folgebehandlungen somit nicht zusätzlich vergütet wird, haben die Einrichtungen einen großen Anreiz, dass es nicht zu Komplikationen kommt.

Interview

Manuel Mandler

Manuel Mandler ist Informatiker und Gründer und CEO von alley. Das Kölner Startup hat eine medizinische Plattform für die Unterstützung von Patient:innen mit Gelenkbeschwerden entwickelt – sowie Systeme für die Qualitätsmessung medizinischer Behandlungen.

Herr Mandler, ein Ziel von Value Based Healthcare ist ja, dass Krankenversicherungen medizinische Behandlungen nicht mehr nach bloßem Aufwand vergüten, sondern abhängig vom Erfolg. Ihr Unternehmen entwickelt Wege, die Qualität von Behandlungen zu messen. Wie geht man da konkret vor?

Wir bei alley erproben gerade in Modellprojekten Systeme, wie die medizinische und patientenbezogene Ergebnisqualität von Arthrosebehandlungen gemessen und in Beziehung gesetzt werden kann. Dabei kooperieren wir mit Kassen, Kliniken und weiteren Leistungserbringern. Um zu bewerten, wie gut ein Krankenhaus Arthrosen in Knie oder Hüfte behandelt, haben wir einen Score „on top“ zu den gesetzlich bestimmten Qualitätssicherungsverfahren entwickelt. Diese Verfahren definieren Grundvoraussetzungen für einige medizinische Behandlungen, so auch für die Operation von künstlichen Hüft- und Knieersatzgelenken. Zum Beispiel: Richtige Ausstattung der Klinik an Geräten und Personal, Vorhandensein eines zertifizierten Qualitäts- und Risikomanagementsystems etc. Zusätzlich zu diesen Erhebungen betrachten wir öffentlich zugängliche, medizinische Statistiken der Klinik, zum Beispiel die Anzahl der Operationen bzw. Komplikationen, die durchschnittliche Dauer der Aufenthalte etc. Schließlich fließen in unseren Score noch subjektive Einschätzungen der Patient:innen ein, die wir über einen längeren Zeitraum wiederholt erheben: Schmerzempfinden, Erwartung an die Behandlungen, die Beratungsqualität oder auch die Lebensqualität vor und nach der Behandlung. Wir testen dieses System mit Kliniken und weiteren Leistungserbringern und sind im Austausch mit der Zertifizierungsinitiative für Endoprothetik-Zentren EndoCert.

Gibt es überhaupt schon Bereiche, in denen grundsätzlich nach Erfolg abgerechnet wird?

Meines Erachtens sieht das deutsche Gesundheitssystem das bislang nicht vor, heute wird volumen- und fallbasiert abgerechnet. Es wird aber inzwischen einiges dafür getan, die Qualität von medizinischen Behandlungen zu evaluieren, zum Beispiel im Qualitätsreport über die Krankenhäuser, den der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Basis der bereits erwähnten Qualitätssicherungsverfahren erstellen lässt. Auch Kassen versuchen, mit ihren Abrechnungsdaten die Qualität von Behandlungen zu evaluieren. Die Vergütung berücksichtigt aber noch nicht die subjektive Patientenbewertung von Behandlungen. Was wir sehen, sind Schritte in eine qualitätsorientierte Vergütung auf der Basis sogenannter Qualitätsverträge zwischen Kassen und Kliniken. Andere Länder sind hier schon deutlich weiter. In den Niederlanden gibt es Verträge zwischen der größten Krankenversicherung Achmea und dem größten Klinikverbund mit einer Bonus-Malus-Vereinbarung, die sich nach der Ergebnisqualität richten. In Schweden gibt es in allen Regionen Klinik-Rankings auf der Basis von Value Based Healthcare-Parametern — inklusive der subjektiven Bewertungen der Patient:innen.

Wie könnte man Value Based Healthcare denn im Gesundheitswesen etablieren? Indem sich die Branche selbst mehr und mehr dorthin orientiert? Oder durch eine große Gesundheitsreform?

Wir müssen zunächst mit analytisch-basierten Modellprojekten die Kassen überzeugen. Wir wollen ihnen beweisen, dass eine qualitätsorientierte Steuerung und Vergütung von Versorgungsleistungen mit innovativen Versorgungsmodellen nicht nur mittelfristig wirtschaftlicher ist, sondern auch die Patient:innen insgesamt besserstellt. Wir müssen Fachkräfte davon überzeugen, dass es gut ist, wenn die Qualität ihrer Leistung evaluiert und veröffentlicht wird. Im Moment spüren wir noch sehr viele Vorbehalte gegen diese Art der Transparenz. Auch deshalb sind Modellprojekte gut, sie können Ängste nehmen. Um das neue Paradigma aber langfristig und flächendeckend im Gesundheitssystem zu verankern, brauchen wir eine Gesundheitsreform. Nur so lässt sich durchsetzen, dass alle Stakeholder mitmachen. Wir brauchen einheitliche Wege, wie die notwendigen Daten erhoben und verarbeitet werden, auch die aus Befragungen der Patient:innen. Hier wird das Zusammenspiel von Telematikinfrastruktur, ePA und innovativen Medizinprodukten elementar wichtig sein, aber auch die Etablierung von Qualitätsregistern, wie wir das aus anderen europäischen Ländern kennen.

Kapitel 4

Handlungs-empfehlungen für Deutschland

Vor rund zehn Jahren kam ein Report der Boston Consulting Group zu dem Ergebnis, dass das deutsche Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Industrieländern besonders wenig bereit ist für die Einführung eines wertebasierten Ansatzes. Zwar hat sich in Deutschland seither einiges zum Positiven verändert – auch, weil die Digitalisierung im Gesundheitswesen inzwischen angelaufen ist. Dennoch bleibt die Erkenntnis bestehen, dass viele andere Länder bereits weiter sind auf ihrem Weg hin zu einem werteorientierten System, das die Bedürfnisse der Patient:innen in den Mittelpunkt stellt.

Insgesamt gibt es in Deutschland durchaus Anknüpfungspunkte, die die Implementierung von VBHC-Ansätzen erleichtern. So sind die Akteur:innen des Systems – wie Krankenkassen und -versicherungen, Kliniken sowie Ärzteverbände – an ein großes Maß an Selbstverwaltung gewöhnt. Sie haben also gelernt, grobe Vorgaben aus der Politik konstruktiv mit Leben zu füllen. Hinzu kommt ein pluralistisches Krankenversicherungssystem, das Wettbewerb zulässt. Sich beim Thema Qualität von der Konkurrenz abzuheben und innovativ zu sein, ist somit ohnehin schon ein Ziel der Akteur:innen. Mit dem Risikostrukturausgleich hat der Sektor darüber hinaus bewiesen, dass er in der Lage ist, statistische Systeme zu entwickeln, die den Grad von Erkrankungen und Komorbiditäten gut beziffern können. Dies gilt als wichtige Voraussetzung für ein System mit leistungsabhängiger Vergütung – schließlich muss bei der Erfolgsmessung berücksichtigt werden, wie krank die Patient:innen vor der Behandlung waren.

Als problematisch gilt in Deutschland der noch immer nicht allzu temporeich verlaufende Prozess der Digitalisierung. Für ein werteorientiertes System nach dem VBHC-Ansatz ist eine systematische und flächendeckende digitale Erfassung und Verarbeitung von Daten unabdingbar – natürlich unter Berücksichtigung von strengen Datenschutzregeln, da die Hoheit über die Daten stets bei den Patient:innen verbleibt. In Deutschland allerdings werden Informationen vielerorts noch auf Papier festgehalten – und wenn digital, dann oft noch als unstrukturierter Freitext, der nicht maschinell weiterbearbeitet werden kann.

Bei diesen Reformen für mehr Tempo zu sorgen, gehört sicherlich zu den zentralen Aufgaben der Gesundheitspolitik. Zwar sind mit der elektronischen Patientenakte (ePA) und der Telematik-Infrastruktur inzwischen die nötigen Vehikel vorhanden, um eine vollends digitale Gesundheitsverwaltung zu schaffen. Auch für die Erhebung von PROMs- oder PREMs-Daten und für ihre Nutzung im Qualitätsmanagement sowie in der Versorgungs- bzw. Pharmaforschung wäre die ePA-Struktur sicherlich theoretisch nutzbar. Doch die Einführung der Digitalakte verläuft noch zu zäh, ebenso wie die Ausweitung ihrer Funktionen. Hinzu kommt, dass die statistische Auswertung der dort gespeicherten Daten nicht allen Forschungseinrichtungen gleichermaßen zugestanden wird. Gerade die privatwirtschaftliche Forschung sieht sich hier vor große Hürden gestellt.

Damit eine große Zahl von Patient:innen an PROMs-Befragungen teilnimmt, sollte die Abfrage möglichst niedrigschwellig gestaltet sein und keinen unnötigen Aufwand erzeugen. Darüber hinaus sollte den Antwortenden immer verdeutlicht werden, wofür genau ihre Angaben genutzt werden und wem sie helfen. Schließlich ist ein System der Qualitätsmessung, das auf PROMs-Daten basiert, auf eine hohe Beteiligung angewiesen, damit die Ergebnisse aussagekräftig und repräsentativ sind.

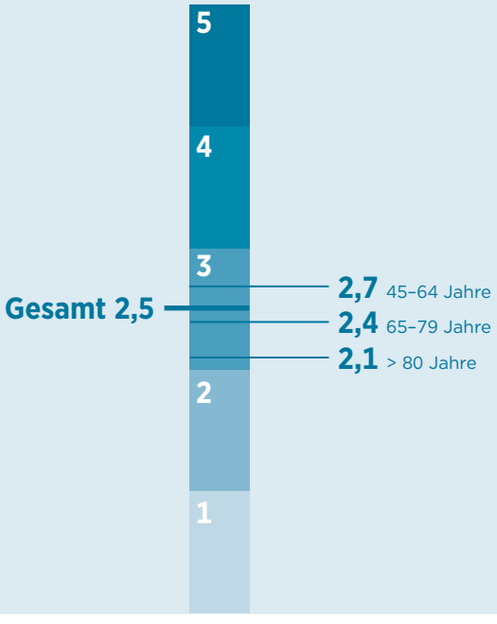
Eine zentrale Forderung im Rahmen des VBHC-Konzeptes ist die nach einem holistischen Ansatz bei der Betreuung von Patient:innen. Daraus leitet sich ab, dass Einrichtungen und Fachkräfte nicht nur für jeweils einen Therapieschritt Verantwortung tragen sollten, sondern für die gesamte „Patient Journey“. Mit seiner starren Trennung zwischen den Kliniken auf der einen und den wirtschaftlich eigenständigen Praxen auf der anderen Seite ist das deutsche Gesundheitssystem denkbar schlecht geeignet für Konzepte dieser Art. Allenfalls die oftmals in der Nähe von Kliniken angesiedelten Medizinischen Versorgungszentren können dem skizzierten Anspruch genügen. Ihre Bedeutung sollte künftig wachsen.

Ebenfalls als Positivbeispiel zu nennen sind die Kooperationen zum Zwecke einer integrierten Versorgung. Diese sind durch sogenannte Selektivverträge entstanden, die die einzelnen Kassen inzwischen mit Kliniken bzw. Praxen abschließen dürfen. Solche Projekte sollten definitiv verstetigt und ausgeweitet werden. Dem Beispiel anderer Länder folgend erscheint es sinnvoll, zunächst die Behandlung von besonders häufig auftretenden Erkrankungen wie etwa Diabetes auf ein solches System umzustellen.

Diabetes Versorgungsqualität

Bewertung der Versorgungsqualität in Deutschland durch Diabetes-Patientinnen und -Patienten, Skala von 1 bis 5 (größere Werte bedeuten höhere Qualität)

Quelle: RKI



Dass aber die klassischen, von Inhaber:innen selbstständig geführten Praxen bald in großem Stil in integrierten Großeinrichtungen aufgehen, ist unwahrscheinlich. Doch auch ohne eine organisatorische und räumliche Integration sind kooperative Ansätze denkbar. So könnten niedergelassene Ärzt:innen die Betreuung von Erkrankten im Team mit Kolleg:innen aus dem benachbarten Klinikum übernehmen und gemeinsam Therapien abstimmen. Auch einer gemeinsamen Aktenführung steht im digitalen Zeitalter nichts Grundsätzliches mehr im Wege, dasselbe gilt für die gemeinsame Nutzung von Befragungsdaten. Eine Herausforderung bleibt allerdings die konkrete Organisation solcher Formen der Kooperation, wenn ein einheitlicher betrieblicher Überbau fehlt.

Der Weg der Kooperation ohne organisatorische Integration bietet sich auch für die empirische Forschung im Gesundheitswesen an. Dass Kliniken, Versicherer und andere Akteur:innen ihre Daten nach skandinavischem Vorbild in zentralen Registerdatenbanken zusammenführen, ist angesichts der traditionellen Eigenständigkeit der einzelnen Akteur:innen in Deutschland nicht denkbar. Dass diese aber Wege finden, ihre Informationen virtuell zu verknüpfen und gemeinsam auszuwerten, ist sicher möglich. Gerade die pharmazeutische Forschung könnte davon profitieren, wenn sie die Wirkung und Verträglichkeit ihrer Präparate auch mit Hilfe von großen Mengen dieser Real-World-Daten analysieren könnte, um damit die Erkenntnisse aus den klinischen Studien zu ergänzen.

Eine weitere Forderung im Rahmen des VBHC-Ansatzes ist die nach einer qualitätsabhängigen Vergütung von medizinischen Dienstleistungen und Produkten. Lange Zeit war dies in Deutschland faktisch unmöglich, weil die entsprechende Datengrundlage für die Messung der Ergebnisqualität nicht vorlag. Traditionell ist es daher üblich, mengenabhängig zu vergüten. Dies erfolgt entweder, indem alle Inputs, also Material, Arbeitskraft und ähnliches, entsprechend einer Gebührenordnung vergütet werden – oder in Form von Pauschalen, wie sie etwa die diagnosebezogenen Fallpauschalen darstellen, mit denen die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland Klinikaufenthalte ihrer Mitglieder vergüten.

Für die Umstellung auf eine qualitätsabhängige Vergütung bestehen verschiedene Konzepte. Die einfachste Form ist, dass die Vergütung um einen Bonus erhöht wird, wenn die Praxen oder Kliniken bestimmte Bedingungen erfüllen – und beispielsweise zusätzliche Qualitätsmaßnahmen umsetzen. Hierfür ist noch kein ausgefeiltes Datenbanksystem notwendig. Dementsprechend einfach wäre diese Idee im deutschen Gesundheitssystem umzusetzen.

Eine Abwandlung des genannten Weges ist es, Boni dafür zu zahlen, dass Aspekte des VBHC-Konzeptes umgesetzt werden – so beispielsweise die systematische Erhebung von PROMs. Ein wiederum noch komplexeres System würde die Zahlung von Boni (oder den Abzug von Malussen) an durchschnittliche statistische Qualitätsparameter in einem zurückliegenden Zeitraum knüpfen. Um das deutsche Gesundheitssystem im Sinne des VBHC-Ansatzes zu reformieren, sollten sicherlich alle angezeigten Wege als Mittelfristziel ins Auge gefasst werden.

In fernerer Zukunft wäre es auch denkbar, die Vergütung an die Qualität bzw. den Erfolg der individuellen Behandlung zu knüpfen – und nicht nur an durchschnittliche historische Werte. Allerdings müssten hier zuvor datenschutzrechtliche Fragen geklärt werden: Patient:innen müssen schließlich das Recht behalten, entsprechende Fragebögen nicht zu beantworten und an keiner Langzeitbefragung teilzunehmen. Für diese Fälle müssten statistische Hilfskonstruktionen entwickelt werden.

Interview

Hans Heinzer

Prof. Hans Heinzer ist Urologe und Leitender Arzt an der Martini-Klinik am Universitätsklinikum in Hamburg-Eppendorf

Herr Heinzer, die Martini-Klinik ist spezialisiert auf die Behandlung von Prostatakrebs – und gilt in Deutschland als Vorreiterin bei der Implementierung des Value Based Healthcare-Konzeptes. Wann haben Sie begonnen, nach diesem Paradigma zu arbeiten?

Wir haben hier bereits vor rund 30 Jahren angefangen, systematisch Informationen darüber zu sammeln, wie es unseren Patienten in den Jahren nach der Operation ergangen ist. Damals gab es das Konzept Value Based Healthcare noch gar nicht, das hat Michael Porter aus Boston ja erst im neuen Jahrtausend entwickelt. Wir haben unsere Daten zunächst auch nur für die Forschung benutzt. Erst nach und nach – auch durch den direkten Kontakt zu Porter und anderen Forscher:innen – ist uns klar geworden, wie wertvoll diese Daten auch darüber hinaus sind, beispielsweise für die Qualitätsmessung oder für die Optimierung von Behandlungswegen. Inzwischen haben wir einen Langzeit-Datensatz mit Informationen von rund 40.000 Männern, die bei uns operiert worden sind – und die damit einverstanden waren, dass wir ihre Daten nutzen. Leider gibt es in der Regelversorgung aber noch keine Finanzierungstöpfe für solche Projekte, wir mussten das bisher immer mit Spenden oder aus dem eigenen Budget bestreiten. Und das ist nicht billig, bei uns sind drei Vollzeitkräfte allein mit der Pflege des Kerndatensatzes beschäftigt. Aber das lohnt sich: Normalerweise bekommen Klinikärzt:innen in Deutschland keinerlei Informationen, wie es mit ihren Patient:innen nach dem Krankenhausaufenthalt weitergegangen ist. Wie gut sie wirklich operieren oder therapieren können, wissen sie also im Grunde gar nicht. Wir hier in der Martini-Klinik dagegen wissen das – und können unsere Behandlung dahin gehend optimieren.

Welche Daten erheben Sie? Und wie machen Sie das?

Wir schicken unseren früheren Patienten dicke Fragebögen, mit an die 100 einzelnen Fragen. Darin sprechen wir verschiedenste Themen an – etwa, wie sie ihre Lebensqualität bewerten, ob sie Schmerzen haben oder ob sie ihre Ernährung verändert haben. Ganz wichtig in unserem Bereich sind natürlich auch die Fragen nach Potenz und Kontinenz. Und nicht zuletzt bitten wir um onkologische Daten, beispielsweise die Konzentration bestimmter Proteine im Blut, die als Tumormarker dienen – wie der PSA-Wert. Manchmal kommunizieren wir für solche Informationen – mit Einverständnis der Patienten – auch mit den behandelnden Urolog:innen vor Ort, aber in erster Linie sind die Patienten selbst unsere Informationsquelle. Die wissen ihre Werte ja meist sehr genau. Zugegeben, eine solch hohe Zahl von Fragen ist sicherlich das oberste Level der Zumutbarkeit. Aber die Patienten haben ein großes Interesse zu helfen und antworten uns sehr diszipliniert. Die Rücklaufquote liegt bei rund acht von zehn. Das ist auch wichtig, denn dann ist die Gefahr nicht so groß, dass die Daten verzerrt sind – beispielsweise, weil nur diejenigen antworten, denen es besonders gut geht.

Folgt man dem VBHC-Konzept, dann sollen die von den Patient:innen erhobenen Daten auch dazu dienen, die Qualität von Therapien zu messen und zu vergleichen – und auch, um Behandlungen qualitätsabhängig zu vergüten. Inwieweit findet dies bei Ihnen bereits statt?

Zunächst nutzen wir die Daten für interne Qualitätsvergleiche. Wir sind hier zehn gleichberechtigte Operateur:innen, die alle ungefähr acht- bis zehnmal pro Woche im OP stehen. Mit den Daten schauen wir dann, ob es uns allen ähnlich gut gelingt, den Patienten zu helfen. Wenn jemand beispielsweise seine Technik ändert, kann man auf diese Weise auch gut sehen, ob dies Vorteile gebracht hat oder nicht. Für externe Qualitätsvergleiche – also etwa, um unsere Arbeit mit anderen Kliniken zu vergleichen – werden die Daten noch kaum genutzt. Dafür ist unsere Herangehensweise auch zu speziell. So etwas gibt es auch im gesamten deutschen Klinikwesen bisher allenfalls in Ansätzen – wie etwa bei dem Zentrenmodell der Deutschen Krebsgesellschaft. Der Grund ist, dass dafür noch die Daten flächendeckend fehlen. Manche Krankenkassen versuchen, die Qualität von Kliniken abzuschätzen, indem sie beispielsweise untersuchen, in welchem Maße die Patient:innen später Dinge verschrieben bekommen, die auf weniger erfolgreiche Behandlungen hindeuten – etwa Inkontinenzhilfsmittel wie Vorlagen. Aber das ist natürlich ziemlich um die Ecke gedacht. Bei der Vergütung ist es ähnlich: Zwar verhandeln einige Krankenkassen bereits Vertragsmodelle mit qualitätsabhängiger Vergütung. Aber dabei geht es eher um die Frage, wer im Fall von Komplikationen die Folgebehandlung zahlen muss. Insgesamt wird sich das deutsche Gesundheitswesen in Zukunft aber mehr und mehr in diese Richtung bewegen, da bin ich mir sicher.

Mit den sogenannten Qualitätsverträgen wurden in Deutschland Konstrukte geschaffen, die es den Kassen, Kliniken und Praxen erlauben, Formen der qualitätsabhängigen Vergütung auszuprobieren, ohne dass gleich das gesamte System umgestellt werden muss. Dieser Ansatz hat sich trotz aller Detailprobleme bewährt und sollte ausgebaut werden, auch wenn dann zwei verschiedene Abrechnungsregime nebeneinanderstehen würden. Die regulativen Grenzen, in denen Qualitätsverträge zurzeit möglich sind, erscheinen inzwischen als zu eng. Hier könnte es angebracht sein, den Akteur:innen zumindest mittelfristig mehr Freiraum zu lassen.

Bei der Umsetzung des VBHC-Konzeptes in anderen Ländern (siehe Kapitel 3.2) zeigte sich, dass entsprechende Reformen nicht zu schnell und nicht ausschließlich von oben herab umgesetzt werden sollten. Stattdessen erscheint es angebracht, individuelle Pionierprojekte – etwa auf lokaler Ebene – zu fördern, um daraus Lehren ziehen zu können für eine umfassende spätere Reform. Dadurch besteht auch die Möglichkeit, dass sich VBHC-Konzepte von allein im Markt durchsetzen, ohne dass Druck von regulatorischer Seite nötig ist. So ist die Zahl der Kliniken, die im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin begonnen haben, PROMs-Daten zu erheben und zu nutzen, bereits sehr hoch. Es erscheint denkbar, dass aus solchen Projekten ein einheitlicher Ansatz entsteht, dem alle Kliniken in Deutschland folgen.

Ein zentraler Faktor bei der Implementierung von VBHC-Ansätzen ist die öffentliche Akzeptanz der Maßnahmen. Vor allem die Herstellung von Transparenz durch die Veröffentlichung von Rankings, die auf Befragungen der Patient:innen basieren, gilt als heikel. Da ein solches System Missstände offenlegen und deshalb beträchtliche wirtschaftliche Folgen haben kann, ist die Gegenwehr gegen solche Vorhaben oft groß – zumal, wenn der Eindruck entsteht, es könnte in erster Linie um Kosteneinsparungen gehen.

Hier empfiehlt sich ein behutsames Vorgehen, das alle Akteur:innen einbindet. Denn die Vorteile externer Qualitätsvergleiche sind ebenfalls groß: Wenn Qualität transparent wird, wächst der Ansporn, hochwertige Arbeit zu leisten. Den Patient:innen auf der anderen Seite hilft die Transparenz dabei, die bestmögliche Versorgung zu finden. In der Gesamtschau lässt sich also argumentieren, dass die Politik diesen Weg unbedingt einschlagen, dabei aber behutsam vorgehen sollte. Bei PROMs-Projekten kann die Herstellung von externer Transparenz nur der finale Schritt sein.

Wichtig ist die Rolle des Staates zudem bei der Schaffung der nötigen Dateninfrastruktur und bei der Definition von Standards, etwa für die Erhebung und Nutzung von PROMs-Daten. Diese sollte zwar nicht von staatlichen Stellen selbst ausgeführt werden. Dennoch sollte dafür gesorgt werden, dass einheitliche Standards entstehen und die Kooperation der Spezialist:innen institutionell verankert wird. Selbst Länder, in denen sich das VBHC-Konzept ansonsten eher durch Bottom-Up-Prozesse durchgesetzt hat, haben hier für einheitliche Strukturen gesorgt. Deutschland hat hier sicher Nachholbedarf.

Wenn der Wert, den Behandlungen für die Patient:innen haben, tatsächlich stärker als bisher in den Fokus gerückt werden soll, erscheint es dringend angebracht, den Bereich der Prävention zu stärken – also den Zeitpunkt der Interventionen möglichst nach vorne zu verlegen. Gleichzeitig kann dieser Ansatz Kosten sparen. Deutschland sollte also die Anstrengungen zur Stärkung der Prävention erhöhen. Dazu zählt es, mehr Vorsorgeprogramme und Bildungsangebote zu schaffen. Dabei ist darauf zu achten, dass diese möglichst integrativ sind, sodass möglichst alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden können.

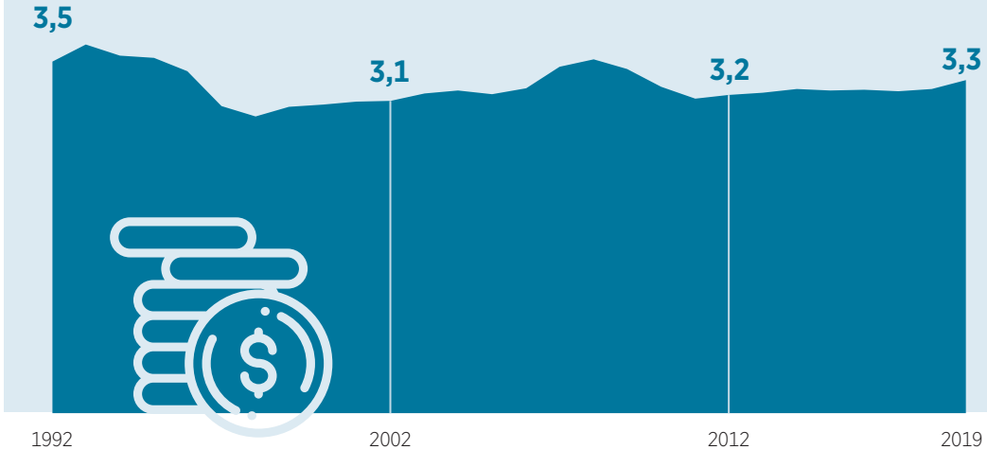
Insgesamt gibt es gute Chancen, die Denkweise des VBHC-Ansatzes breit im deutschen Gesundheitswesen zu verankern. Die Patient:innen fordern heute immer öfter regelrecht ein, an den Entscheidungen über ihre Therapie beteiligt zu werden und nicht nur ein bloßes Behandlungsobjekt zu sein. Die Medizin sollte beginnen, sie als Partner:innen zu betrachten.

Oft wird angemerkt, dass eine Reform des Gesundheitswesens im Sinne von VBHC eher einem Marathon ähnelt denn einem Sprint. Dies ist sicher zutreffend. Noch allerdings befindet man sich auf den ersten Kilometern der Strecke.

Prävention

Anteil der Ausgaben für Prävention an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland

Quelle: OECD



Das **Handelsblatt Research Institute (HRI)** ist ein unabhängiges Forschungsinstitut unter dem Dach der Handelsblatt Media Group. Es erstellt wissenschaftliche Studien im Auftrag von Kunden wie Unternehmen, Finanzinvestoren, Verbänden, Stiftungen und staatlichen Stellen. Dabei verbindet es die wissenschaftliche Kompetenz des 20-köpfigen Teams aus Ökonom:innen, Sozial- und Naturwissenschaftler:innen, Informationswissenschaftler:innen sowie Historiker:innen mit journalistischer Kompetenz in der Aufbereitung der Ergebnisse. Es arbeitet mit einem Netzwerk von Partner:innen und Spezialist:innen zusammen. Daneben bietet das Handelsblatt Research Institute Desk-Research, Wettbewerbsanalysen und Marktforschung an.

Konzept, Analyse und Gestaltung

Handelsblatt Research Institute
Toulouser Allee 27
40211 Düsseldorf
www.handelsblatt-research.com

Text: Dr. Hans Christian Müller
Layout: Isabel Rösler, Christina Wiesen
Bilder: freepik.com

© 2022 Handelsblatt Research Institute