VALUE-BASED HEALTH CARE IN DEUTSCHLAND

Ansätze zur Orientierung am Patientennutzen auf Basis des ersten deutschen VBHC-Intensivseminars

Dieser Report stellt die Ergebnisse des VBHC Seminar der TU Berlin im Oktober 2021 dar.

TECHNISCHE UNIVERSITÄT BERLIN

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

Value-based Health Care – Eine Antwort auf die Herausforderung unserer Gesundheitssysteme 3
Das VBHC-Intensivseminar – Ansatz und Inhalt 4
Die Organisator:innen & die Faculty - unsere Motivation 6
Motivation für das erste deutsche VBHC-Seminar 12
Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen 15
Perspektive der Krankenkasse 19
Perspektive der Leistungserbringer in Deutschland 20
Perspektive der Leistungserbringer und Umsetzung von VBHC im Schweizer Gesundheitswesen 22
Ansätze für VBHC am Beispiel von Qualitätsverträgen 24
CHIP – Chronisches Herzinsuffizienz Programm 26
Dialyse – The Value of Choice: Ein Vertrag zur Förderung von Ergebnisqualität und Patient:innennutzen im Bereich chronische Niereninsuffizienz 30
Qualitätsvertrag nach §110a SGB V – Bundled Payment zur stationären 34
Versorgung von Patienten mit chronischen unteren Rückenschmerzen 34
Qualitätsorientierter Versorgungsvertrag nach §140a SGB V für Patient:innen mit Bandscheibenvorfall 39
Vorschlag für einen Qualitätsvertrag vor dem Indikationshintergrund Schulter-Endoprothetik 42
Vertrag zur Integrierten Versorgung nach IV-Vertrag nach §140a SGB V zur Behandlung von Adipositas 48
Vertrag zur Vermeidung nicht identifizierter Kaiserschnitt Operationen 51
Durchgängige Versorgung von Patient:innen mit depressiven Erkrankungen - Vorschlag für die Ausgestaltung künftiger Qualitätsverträge 55
Zusammenfassung 58
Fazit 59
Schlusswort der Faculty 60
Literaturverzeichnis 61

Value-based Health Care – Eine Antwort auf die Herausforderung unserer Gesundheitssysteme

In vielen Gesundheitssystemen zeichnen sich deutliche Qualitätsdifferenzen zwischen Leistungserbringern ab. Trotz einer in vielen Ländern noch lückenhaften Qualitätsmessung und gering ausgeprägten Qualitätstransparenz wächst das Bewusstsein über diese unerwünschten Qualitätsunterschiede stetig. Zudem stehen Gesundheitssysteme dauerhaft vor Herausforderungen wie der zunehmenden Alterung der Gesellschaft, einer steigenden Zahl chronisch kranker Menschen und rapide steigenden Kosten im Gesundheitswesen gegenüber. Aktuell bestehende Strukturen und Vergütungsmodelle wie „fee for service" oder auch das DRG-System fördern einen Wettstreit der Akteure im Gesundheitswesen um Patienten- und Leistungs-volumen, der in vielen Bereichen eine Über- oder Unterversorgung begünstigt. In Deutschland wird die Kluft zwischen GKV Mitgliedbeiträgen und Ausgaben immer größer, in 2023 wird Sie mit 17 Mrd Euro einen neuen Rekord einnehmen. Es ergibt sich daraus ein dringender Innovations- und Transformationsbedarf. Die Verbesserung der Patientenversorgung und -zentrierung, die Förderung von Qualitätsmessung und -transparenz sowie der Nachhaltigkeit der Kosten im System sind hierbei in den letzten Jahren zu Kernthemen geworden. „Value-based Health Care" (VBHC) rückt angesichts dieser wachsenden Herausforderungen als Alternativansatz zunehmend in den Fokus verschiedener Akteure im Gesundheitswesen. Der VBHC-Ansatz stellt den messbaren Nutzen für Patient:innen in den Mittelpunkt, er definiert „Value" als Outcomes im Verhältnis zu den Kosten, die aufgewendet werden müssen, um diese zu erzielen.

Die VBHC Bewegung wurde maßgeblich durch das 2006 veröffentlichte Werk „Redefining Health Care Creating Value-Based Competition on Results", das von Michael E. Porter und Elizabeth O. Teisberg verfasst wurde, geprägt. Auf Grundlage ihrer Forschung führen Porter und Teisberg sechs Schlüsselelemente an, die eine Transformation hin zu VBHC unterstützen:

1 Gesundheitsversorgung sollte an der Erkrankung bzw. definierten Patientengruppen und ihren Bedürfnissen ausgerichtet werden. Diese gilt es näher identifizieren. Hierbei spielen verschiedene Daten eine wichtige Rolle.

2 Klinische Ergebnisparameter (Clinician-reported Outcome Measures, CROMs) und patientenberichtete Ergebnisparameter (Patient-reported Outcome Measures, PROMs), sowie Kosten sollten über den gesamten Behandlungszyklus hinweg erfasst werden.

3 Erstattung bzw. Bezahlung für Gesundheitsversorgung sollte sich an für Patient:innen relevanter Versorgungs- und Ergebnisqualität, dem erreichten „Value" orientieren, nicht am Leistungsvolumen.

4 Silos sollten zugunsten von Versorgungsnetzwerken aufgelöst werden. Eine Systemintegration soll gewährleisten, dass Patient:innen die richtige Versorgung am richtigen Ort und durch Expert:innen für die jeweilige Fragestellung erhalten.

5 Dies impliziert auch, dass führende Leistungserbringer als Exzellenzzentren fungieren und ihr Angebot geographisch ausdehnen. Eine wichtige Rolle für die Überwindung von Grenzen und Lücken im Versorgungskontinuum spielt.

6 Informationstechnologie, die eine effiziente Datenerhebung und Nutzung ermöglicht und so ein Versorgungskontinuum unterstützt.

Seit 2006 steigt das weltweite Interesse an dem Thema seitens verschiedener Stakeholder im Gesundheitssystem und eine wachsende Anzahl an Beispielen für eine praktische Umsetzung ist im internationalen Raum zu beobachten. Bislang hat das Konzept jedoch in Deutschland aber auch den deutschsprachigen Nachbarländern den Weg in Ausbildungscurricula und Weiterbildungsangebote noch nicht wirklich gefunden. Auch werden traditionelle Lehrangebote dem von Interprofessionalität und einem Cross-Stakeholder Austausch lebendem Ansatz nicht gerecht.

Das VBHC-Intensivseminar – Ansatz und Inhalt

Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG) hat vor diesem Hintergrund im Wintersemester 2021/22 erstmals den Intensivkurs „Value-based Health Care“ (VBHC) in Berlin angeboten. Studierende verschiedenster Fachrichtungen und Young Professionals haben im Rahmen dieses 5-tägigen Intensivkurses die Kernelemente von VBHC anhand von Fachvorträgen und interaktiven Fallstudien nach der „Harvard Case Study Methode“ kennen gelernt. Die ausgewählten Fallstudien wurden durch die Faculty, nationale und internationale Expert:innen, die an den zugrundeliegenden Initiativen beteiligt waren oder sind und unterschiedliche Perspektiven im Gesundheitssystem repräsentieren, moderiert. Ziel dabei ist es anhand von realen Beispielen Lösungsansätze kennenzulernen und neue Ideen zu entwickeln.

Die Charité und das Universitätsspital Basel, zwei international renommierte Universitätskliniken implementieren seit einigen Jahren in ausgewählten Bereichen Projekte im Bereich VBHC und Patient-reported Outcome Measures (PROMs). Verantwortliche der beiden Kliniken berichten im Rahmen des Seminars von ihren Erfahrungen aus der praktischen Implementierung in die Versorgung ihrer Patient:innen. Darüber hinaus wird das Seminar sowohl finanziell als auch mit Praxisbeispielen von den Industriepartnern Roche Diagnostics Deutschland GmbH und Stryker GmbH & Co.KG unterstützt.

In interdisziplinären Diskussionen und Debatten zur Qualität und den Anreizstrukturen im deutschen Gesundheitssystem wurde das Wissen vertieft. Auf Basis der so gewonnenen Erkenntnisse erstellten die Seminarteilnehmenden acht konkrete Vorschläge zur Integration von VBHC im deutschen Gesundheitssystem auf Basis eines Qualitätsvertragsansatzes Im vorliegenden Bericht werden diese vorgestellt und die Kernelemente des VBHC-Ansatzes rekapituliert sowie seine Anwendbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem aus verschiedenen Perspektiven dargelegt. Der Report soll die konkreten und fundierten Konzepte für Qualitätsverträge einem breiteren Fachpublikum zugänglich machen und damit Krankenkassen und Leistungserbringer als Inspiration dienen.

Seminarprogramm

Datum	Programmpunkt	Moderator:in/ Speaker:in
Montag, 4.10.2021	Einführung & Begrüßung	Prof. Reinhard Busse, Viktoria Steinbeck, Sophie-Christin Ernst
Montag, 4.10.2021	Qualitätsorientierte Krankenhausversorgung	Prof. Reinhard Busse
Montag, 4.10.2021	VBHC - die EIT Matrix	Sophie-Christin Ernst
Montag, 4.10.2021	PROMs - ein internationaler Vergleich	Viktoria Steinbeck, Sophie-Christin Ernst
Montag, 4.10.2021	Einführung in die Gruppenarbeiten: Qualitätsverträge	Prof. Reinhard Busse, Viktoria Steinbeck, Sophie-Christin Ernst
Montag, 4.10.2021	Martini Klinik: Prostate Cancer Case	Dr. Jens Deerberg-Wittram, Dr. Detlef Loppow
Dienstag 5.10.2021	VBHC in der Versorgungsrealität	Dr. Jens Deerberg-Wittram
Dienstag 5.10.2021	Qualitätsbasierte Krankenhaus-planung und DRG in NRW	Prof. Alexander Geissler
Dienstag 5.10.2021	PROMoting Quality	Laura Wittich (Oschmann)
Dienstag 5.10.2021	Heartbeat Medical	Dr. Valerie Kirchberger
Dienstag 5.10.2021	West German Headache Center	Viktoria Steinbeck & Dr. Cornelia Henschke (i.V. von Prof. Ariel Stern)
Mittwoch, 6.10.2021	Schön Klinik: Measuring Cost and Value	Dr. Jens Deerberg-Wittram, Lisa van Maasakkers
Mittwoch, 6.10.2021	OrthoChoice A + B	Dr. Christoph Pross, Andreas Hölscher
Mittwoch, 6.10.2021	Roche Case Study	Dr. Florian Rüter, Jessica Thürmer
Mittwoch, 6.10.2021	Stryker Case Study	Dr. Christoph Pross, Dr. Jochen Jung
Donnerstag, 7.10.2021	Kaiser Permanente Colorado: Primary Care Plus	Dr. Benedikt Simon
Donnerstag, 7.10.2021	Reconfiguring Stroke Care in North Central London	Prof. Alexander Geissler, Joachim Weber
Donnerstag, 7.10.2021	Vorträge Charité Berlin - Forschung zu PROMs an der Charité	Prof. Matthias Rose, Dr. Maria Karsten
Donnerstag, 7.10.2021	PROMs Framework Application Workshop: PROMs in Deutschland – wo stehen wir?	Sophie-Christin Ernst, Viktoria Steinbeck
Freitag 8.10.2021	Patient:innenperspektive: Patients4Digital	Mina Luetkens
Freitag 8.10.2021	Vorträge der Teams & Diskussion (Teil 1)	Dr. Jens Deerberg-Wittram, Dr. Christoph Pross
Freitag 8.10.2021	Vorträge der Teams & Diskussion (Teil 2)	Dr. Jens Deerberg-Wittram, Dr. Christoph Pross
Freitag 8.10.2021	Lessons learned & Nächste Schritte	Sophie-Christin Ernst, Viktoria Steinbeck, Dr. Jens Deerberg-Wittram, Dr. Christoph Pross

Vortag *Case*

Die Organisator:innen & die Faculty - unsere Motivation

Eine Faculty mit Vertreter:innen aus sämtlichen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens wie z.B. dem Krankenhausmanagement, Patientenorganisationen, der Forschung, von Pharma und Medizintechnikanbietern sowie aus dem Schweizer Gesundheitssystem bereichert das Seminar inhaltlich. Eine erfolgreiche Umsetzung von VBHC erfordert eine enge Zusammenarbeit und den Dialog zwischen den verschiedenen Stakeholdern im Gesundheitswesen: Leistungserbringern, die PROMs in der Versorgung einsetzen und durch kontinuierliche Ergebnismessung Lernprozesse durchlaufen, Versicherern, die besonders gute Versorgungsqualität zusätzlich vergüten und qualitätsorientierten Wettbewerb fördern, der Industrie, die Innovationen bereitstellt und neue Versorgungslösungen mitgestaltet und Patientenorganisationen, die die Interessen von Patient:innen in dieser Transformation vertreten. Durch die breit aufgestellte Faculty wird dieser Dialog im Rahmen des Seminares gefördert. Nachfolgend stellen wir Mitglieder der Faculty vor:

Kernfaculty & Organisator:innen

Prof. Reinhard Busse
MPH, FFPH
Professor für Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

Prof. Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Er ist gleichzeitig Co-Director des European Observatory on Health Systems and Policies und Fakultätsmitglied der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Gesundheitssystemforschung, insbesondere im europäischen Vergleich, zum Spannungsfeld zwischen Markt und Regulation sowie zum Performance Assessment), Versorgungsforschung (Vergütungsmechanismen, Integrierter Versorgung, der Rolle von Pflegepersonal), Gesundheitsökonomie sowie Health Technology Assessment (HTA).

Er kooperiert international u.a. mit dem European Observatory, der Weltgesundheitsorganisation, der OECD, der Weltbank, der European Health Management Association und der Europäischen Kommission. Nationale Partner sind u.a. verschiedene Krankenkassen (verbände), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Bundesärztekammer und das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Letztere fördert seit 2012 das von ihm geleitete Gesundheitsökonomische Zentrum Berlin als eines von vier Zentren in Deutschland.

Dr. Jens Deerberg-Wittram

Chief Executive Officer der RoMed Kliniken, Founding President bei ICHOM

Dr. Jens Deerberg-Wittram ist seit Geschäftsführer der RoMed Kliniken, der Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim. Nach Abschluss seines Medizinstudiums und beruflichen Stationen am Universitätsklinikum Kiel, in der Industrie und der Strategieberatung arbeite Dr. Deerberg-Wittram als Geschäftsführer eines großen deutschen privaten Klinikunternehmens. Seit 2012 ist er Senior Fellow und Fakultätsmitglied der Harvard Business School und hat als Founding President zusammen mit Prof. Michael Porter der Harvard Business School, dem Karolinska Institute und der Boston Consulting Group das International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) aufgebaut.
Er ist Mitglied verschiedener nationaler und internationaler Expertengremien zur Qualität im Gesundheitswesen und Mitglied des Editorial Board des rennomierten New England Journal of Medicine Catalyst Innovations in Care Delivery.

Dr. Christoph Pross

Senior Research Fellow, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

Dr. Christoph Pross ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Fachgebietes Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin und dort an der Leitung des Projekts PROMoting Quality sowie des Forschungsprojekts zur Qualitätstransparenz der DFG beteiligt. Darüber hinaus leitet er den Bereich „Market Access, Health Economics and Government Affairs" bei der Stryker GmbH & Co. KG für die DACH-Region und Polen. Zuvor war Dr. Pross bei der Boston Consulting Group schwerpunktmäßig im Bereich VBHC, Strategie und Digitalprojekte für MedTech-Unternehmen, Kostenträger und Krankenhäuser tätig. Dr. Pross hat einen Master Sc. in Management und Strategie von der London School of Economics und einen B. A. mit Doppelabschluss in Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaften vom Davidson College in den USA.

Viktoria Steinbeck

Research Fellow, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

Viktoria Steinbeck ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachgebietes Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität (TU) Berlin. Sie hat den Bachelor Sc. in Public Health und einen Doppelmaster in Gesundheitsökonomie und Management an der Universität Maastricht und der Universität zu Köln abgeschlossen. Studien und Forschungsaufenthalte führten sie zusätzlich nach Luxemburg, Kopenhagen und an die Columbia University in New York, wo sie sich auf die Anwendung verhaltensökonomischer Ansätze im Gesundheitsbereich fokussierte. Als Mitglied des PROMoting-Quality-Teams an der TU Berlin und Co-Initiatorin des 2022 startenden Projektes PROMchronic erforscht sie schwerpunktmäßig die Verwirklichung patientenzentrierter Versorgung mithilfe von PROM. Zusätzlich hat sie gemeinsam mit Sophie-Christin Ernst, Prof. Reinhard Busse und Dr. Christoph Pross das erste deutsche Value-based-Healthcare-Seminar ausgerichtet. Vorherige Erfahrungen im Gesundheitsumfeld hat sie bei der Europäischen Kommission, der Allianz Deutschland und Benelux sowie als Beraterin zur europäischen Gesundheitspolitik in Brüssel gesammelt.

Sophie-Christin Ernst

Research Fellow, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

Sophie-Christin Ernst ist seit März 2020 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen tätig und Ärztin in Weiterbildung in der Augenheilkunde. Sie hat an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und an der Université Paris Descartes in Frankreich Medizin studiert. Vor ihrer Tätigkeit an der TU Berlin war sie Teil des Forschungsteams am „Chair of Innovation Management and Value in Health" der Université Paris Descartes. Sie arbeitete hier vor allem an einem von EIT Health in Auftrag gegebenen Bericht mit, in dem erfolgreiche Strategien führender europäischer Kliniken im Bereich nutzenorientierte Versorgung (VBHC) vorgestellt wurden, um den internationalen Austausch von Ansätzen und Best Practices zu fördern. Zusätzlich ist sie Co-Creatorin des ersten deutschen Value-based-Healthcare-Seminars und Mitgründerin der Initiative Patients4Digital. Ihre bisherige Forschungsarbeit konzentrierte sich auf Elemente der nutzen-orientierten Versorgung wie zum Beispiel ergebnisorientierte Preisgestaltung und Vereinbarungen zur Risikoverteilung, Ergebnismessung und Qualitätstransparenz.

Health Policy & Health Economics Perspektive (Forschung)

Prof. Alexander Geissler

Professor für Management im Gesundheitswesen, Universität St. Gallen

Prof. Alexander Geissler ist seit 2020 Ordinarius für Management im Gesundheitswesen an der Universität St. Gallen. Er ist zudem Vorstandsmitglied des Berlin-Brandenburger Herzinfarktregisters und Privatdozent am MiG der TU Berlin. Nach einer absolvierten Berufsausbildung zum Fachinformatiker für Systemintegration schloss er das Studium in Wirtschaftsingenieurwesen sowie eine Promotion am MiG der TU Berlin ab. Anschließend habilitierte er ebenfalls an der TU Berlin und erlangte die Lehrbefugnis für die Fächer Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung.

Prof. Ariel D. Stern

Associate Professorin für Business Administration Technology and Operations Management, Harvard Business School

Gastprofessorin Digital Health Economics am Hasso-Plattner Institute

Prof. Ariel Dora Stern ist Gesundheitsökonomin und Associate Professor an der Harvard Business School, wo sie den Kurs „Transforming Health Care Delivery“ unterrichtet.
Zur Zeit ist sie auch Gastprofessorin für „Digital Health Economics and Policy“ am Hasso-Plattner Institut in Potsdam. Sie studierte Wirtschafswissenschaft am Dartmouth College, an der Oxford University und der Freien Universität Berlin. Nach ihrer Promotion an der Harvard University über die Ökonomie der medizinischen Versorgung und die Regulierung von Medizintechnik liegt nun das Hauptaugenmerk ihrer Forschung auf den Schnittstellen zwischen Regulierung, Management, Innovation sowie digitalen Technologien im Gesundheitswesen.

Laura Wittich (Oschmann)

Research Fellow, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

Laura Wittich arbeitet seit März 2019 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin. Nach ihrem Studium der Gesundheitsökonomie im Bachelor und Master, die sie zu Studienaufenthalten in Oslo, Bologna und Innsbruck führten, war sie in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens tätig.
So hat sie unter anderem in einem Beratungsunternehmen für geldgeberfinanzierte Projekte mit Fokus auf „Health Policy and Financing“, in einem Institut für Versorgungsforschung und zuletzt in einem Digital Health Incubator in Berlin gearbeitet. Thematisch hat Laura sich intensiv mit der Zulassung, Kostenerstattung und Marktdurchdringung digitaler Medizinprodukte beschäftigt und in diesem Kontext mit vielen Startups und etablierten Akteuren des Gesundheitswesens, wie Krankenkassen, Krankenhäusern und der Pharmaindustrie gearbeitet. Am Lehrstuhl übernimmt sie aktuell die Steuerung des Innovationsfondsprojekts „PROMoting Quality: Nutzung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zur Verbesserung der Ergebnisqualität bei Hüft- und Kniegelenkersatz“.

Leistungserbringer und klinische Perspektive

Dr. Detlef Loppow

Geschäftsführer, Martini Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dem promovierten Diplom-Chemiker **Dr. Detlef Loppow** obliegt seit 2012 die Geschäftsführung der Martini-Klinik, einer renommierten Spezialklinik für die Behandlung von Prostatakrebs am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seine Mission ist geprägt vom Leitgedanken des Gründers der Martini-Klinik, Prof. Dr. Hartwig Huland: „Unser Ziel ist es, unsere an Prostatakrebs erkrankten Gäste so zu behandeln, wie man selbst gern behandelt würde: mit Empathie, in Würde, mit Herz und medizinischer Expertise." Die regelmäßigen Befragungen der Patienten werden durch innovative IT-Lösungen unterstützt und tragen maßgeblich zur Optimierung der Behandlungsqualität bei.

Dr. Benedikt Simon

German Harkness Fellow 2021, Commonwealth Fund

Dr. Benedikt Simon ist seit dem 1. Januar 2022 Chief Officer Integrated and Digital Care bei den Asklepios Kliniken. Von Oktober 2020 bis Oktober war er als deutscher Harkness Fellow des Commonwealth Fund in den USA, um sich mit dort bei Kaiser Permanente und am Urban Institute in Washington D.C. mit den Prozessen und der Organisationsstruktur von integrierten Versorgungssystemen und in damit in Verbindung stehenden Health Policies auseinanderzusetzen. Zuvor war Dr. Simon zuletzt einer von vier Konzerngeschäftsführer bei den MEDIAN Kliniken wo er zunächst den Bereich Business Development leitete. Dies folge nach seiner Tätigkeit in der Strategieberatung McKinsey & Company und fünf Jahren bei der AMEOS Gruppe. Benedikt Simon studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln und der University of British Columbia in Vancouver. Er hat in Köln in Medizin promoviert.

Dr. Florian Rüter

Leiter Qualitätsmanagement & VBHC, Universitätsspital Basel

Dr. med. Florian Rüter, Leiter Qualitätsmanagement & Value Based Healthcare in der Medizinischen Direktion des Universitätsspitals Basel treibt er mit seinem Team Implementierung und Nutzung von Patient Reported Outcome Measures («PROMs»), eingebettet in das Konzept des Value-based Health Care («VBHC») voran. Dr. Rüter, Facharzt für Herz- und Thorakale Gefäßchirurgie, hat sein Medizinstudium in Deutschland absolviert. Schwerpunkt seiner Arbeit in Basel sowie in verschiedenen Kommissionen und Arbeitsgruppen schweizweit und international liegt in der Verknüpfung qualitätssteigernder Maßnahmen mit dem Gesamtkonzept des Value-Based Healthcare.

Lisa van Maasakkers

Leitung Qualitätsmanagement, RoMed Kliniken

Lisa van Maasakkers leitet seit 2019 das Qualitätsmanagement der RoMed Kliniken in Rosenheim. Ihre 15jährige Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheitswesen hat Lisa van Maasakkers bei Leistungserbringern (Schön Klinik & RoMed Kliniken), im Konsortium (ICHOM) und beim Kostenträger (Allianz) gesammelt, wo sie als Expertin für „Value-based Healthcare" und Qualitätsmessung in der Medizin sowie Digitalisierung im Gesundheitswesen in verschiedenen leitenden Positionen tätig war. Lisa van Maasakkers hat einen Master in Economics der Universität Maastricht in den Niederlanden.

Prof. Dr. med. Matthias Rose

Direktor Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité Universitätsmedizin Berlin

Leiter Charité Centrum Patient-Centered Outcomes Research

Chief Scientific Advisor PROMIS National Center Germany

Prof. Dr. Matthias Rose ist seit mehr als zwei Jahrzehnten Teil des Teams um Prof. Dr. J. Ware, dem Entwickler des SF-36. Seit Beginn der PROMIS-Initiative 2004 war er an der Entwicklung und Validierung neuer Instrumente maßgeblich beteiligt, vor allem zur Itembank zur körperlichen Funktionsfähigkeit. Er hat die ICHOM Arbeitsgruppe zur Entwicklung des Depressions-Standardssets geleitet, ist Mitglied der Quality of Life Arbeitsgruppe der EORTC und unterrichtet über psychometrische Methoden weltweit. Der Forschungsschwerpunkt des Charité Centrums für Patient-Centered Outcomes Research lag in den letzten Jahren vor allem beim Einsatz probabilistischer Testmodelle in der klinischen Diagnostik, mit dem Ziel, die Erfassung von patienten-berichteten Gesundheitsmerkmalen konstruktorientiert und soweit möglich instrumenten-unabhängig zu gestalten - d.h. der Messung von biologischen Parametern ähnlicher zu machen. Seit knapp 20 Jahren werden in der von Prof. Rose geleiteten Abteilung Computer-Adaptive Test in der Routine eingesetzt, womit die Charité die erste Klinik weltweit ist, die moderne psychometrische Tests in der klinische Routine etabliert hat.

Dr. med. Maria Margarete Karsten

Leitende Oberärztin Senologie und Leitung der AG Karsten-Speiser, Gynäkologie der Charité Universitätsmedizin Berlin

Dr. Maria Margarete Karsten ist leitende Oberärztin des Brustzentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Neben ihrer klinischen Tätigkeit wurde sie von der Stiftung Charité als BIH Clinical Fellow gefördert und nutzt dies, um die Behandlung und Nachsorge sowie die strukturelle Versorgung von Brustkrebspatientinnen nachhaltig zu verbessern. Dazu hat sie patientenbeurteilte Qualitätskriterien, sogenannte Patient Reported Outcomes (PRO), entwickelt und für ihre Brustkrebspatientinnen an der Charité eingeführt. Hierbei profitiert sie u.a. von ihren international erworbenen Erfahrungen als Breast Surgery Fellow am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York. Derzeit leitet sie neben ihrer klinischen Tätigkeit das Forschungsprojekt PRO B (PROM bei Brusterkrankungen), mit dem eine neue Versorgungsform für Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs entwickelt und deren Wirksamkeit mittels einer Studie überprüft wird. Durch ein verstärktes IT-gestütztes Monitoring von PRO-Daten soll eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Reduktion von ungeplanten Krankenhausaufenthalten der Patientinnen erzielt werden.

Patient:innenperspektive

Mina Luetkens

Gründerin & Geschäftsführerin der Patients4Digital (P4D) gGmbH

Als Gründerin & Geschäftsführerin von Patients4Digital (P4D), einer gemeinnützige Organisation, die sich für die Stärkung der Rolle von Bürger:innen und Patient:innen im Digitalen Gesundheitsmarkt einsetzt, beschäftigt sich **Mina Luetkens** mit Themen zwischen den Bereichen Technologie und System/Kultur. Hierzu gehören die Bereiche Digitale Identität und Datensouveränität, Internet 3.0-Lösungen und Dateninfrastruktur, die wichtige Bindeglieder bilden, wenn es um die Bewältigung aktueller Herausforderungen des Gesundheitswesens und die Umsetzung von Value-Based Healthcare geht.

Nach ihrem Studium der Physik, Architektur und Biochemie an der TU und FU-Berlin und einer Zusatzqualifikation in Market Access an der EBS Universität für Wirtschaft und Recht, war sie fast 13 Jahre in der Industrie auf verschiedenen Positionen mit wachsender Verantwortung tätig. Als Betroffene einer chronischen Schmerzerkrankung (Cluster-Kopfschmerz), engagiert sie sich schon seit einigen Jahren für Gesundheitliche Chancengleichheit und Inklusion. Anfang 2022 beschloss sie, sich gezielt für Demokratisierung und eine Transformation des Gesundheitsmarktes hin zu einem bürgernahen und patient:innenzentriertem Gesundheitswesen einzusetzen. Zusammen mit Sophie-Christin Ernst gründete sie die Patients4Digital gGmbH.

Versichererperspektive

Andreas Hölscher

Referent Abteilung Krankenhaus/Rehabilitation/Regress, BARMER

Bei der gesetzlichen Krankenkasse BARMER ist **Andreas Hölscher** Experte für die stationäre Versorgung. Sein thematischer Schwerpunkt liegt in den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und umfasst innovative Ansätze für eine sektorenübergreifende Versorgung sowie den Fokus auf die Ergebnisqualität für Patient:innen im Krankenhaus. Die BARMER ist Konsortialpartner In zahlreichen Innovationsfondsprojekten mit dem Ziel die Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitssystem nachhaltig zu verbessern.

Industrie & IT-Dienstleisterperspektive

Verena Osterkamp

Head of Value-based Solutions, Roche Diagnostics Deutschland GmbH

Verena Osterkamp leitet den Bereich Value-based Solutions der Roche Diagnostics Deutschland GmbH. Gemeinsam mit ihrem Team setzt sie sich für die Mission von Roche Diagnostics ein, die Gesundheit von Morgen mitzugestalten - für eine zukunftsorientierte und wertbasierte Gesundheitsversorgung in Deutschland, die Patient:innen aktiv einbindet und für alle Beteiligten nachweislich Mehrwerte schafft. Denn das Ziel von Roche Diagnostics ist es, qualitätsbasierte, messbare und integrierte Gesundheitsentscheidungen zu ermöglichen.

Jessica Thürmer

Market Access Managerin, Roche Pharma Schweiz

Jessica Thürmer ist Market Access Managerin bei der Roche Pharma (Schweiz) AG. Seit 2004 in verschiedensten Positionen bei Roche tätig und seit 2019 Co-Projektleitung für die PPP mit dem USB. Jessica Thürmer hat einen MBA in Health Care Management der Universität Bayreuth.

Dr. med. Valerie Kirchberger

Chief Medical Officer, Heartbeat Medical (HRTBT Medical Solution GmbH)

Dr. Valerie Kirchberger ist Ärztin, Expertin für Value-Based Healthcare und Digital Health-Enthusiastin. Sie ist seit Beginn 2021 ärztliche Leitung (Chief Medical Officer) und Geschäftsführerin bei Heartbeat Medical, einem Unternehmen mit Schwerpunkt Patient-Reported Outcome Measurement.

Von 2017 bis 2021 war Dr. Valerie Kirchberger in der Charité - Universitätsmedizin Berlin für den Bereich Value-based Healthcare verantwortlich und arbeitete dort für den Vorstand Krankenversorgung. Davor praktizierte sie in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Charité und zuvor am Kinderkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München. Valerie Kirchberger promovierte 2009 und hat einen Master-Abschluss in Public Health.

Motivation für das erste deutsche VBHC-Seminar

Technische Universität Berlin

„Wir haben Ideen für die Zukunft. Zum Nutzen der Gesellschaft“

Als Teil der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin beschäftigt sich das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG) unter der Leitung von Herrn Prof. Reinhard Busse mit Gesundheitssystemanalysen und -vergleichen, Themen im Bereich der Versorgungsforschung, ökonomischen Fragestellungen im Gesundheitswesen sowie gesundheitspolitischen Maßnahmen. Das Fachgebiet ist interdisziplinär und international ausgerichtet und ist im Rahmen von Kooperationen eng mit internationalen Organisationen sowie universitären und industriellen Partnern in Europa und darüber hinaus vernetzt. Neben verschiedenen Studien zur Kosteneffektivität konzentriert sich ein Forschungsschwerpunkt im Rahmen von Projekten wie PROMoting Quality auch auf die Erforschung der Messung und öffentlichen Berichterstattung von Patient:innen-Outcomes zur Qualitätsverbesserung. In einer Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung forschen wir derzeit auch zur Implementierung und Ausweitung der Nutzung von Patient-reported Outcome Measures (PROMs), einem Kernelement von VBHC. In einem weiteren Projekt am MiG, dem Projekt IndiQ, werden auf Basis von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung Indikatoren entwickelt um die Indikationsqualität für bestimmte Eingriffe oder Therapien zu bestimmen. Über-, Unter- und Fehlversorgung sollen so zugunsten einer besseren Gesundheitsversorgung für Patient:innen vermieden werden. Das ab 2022 startende Projekt PROMchronic erhebt PROMs und PREMs digital für chronisch erkrankte Patient:innen. Diese Daten von zahlreichen Personen sollen dabei nicht nur mit Krankenkassendaten kombiniert werden, um Versorgungsdefizite zu erkennen, sondern auch an Patient:innen zurückgespielt werden. Somit liegt ein großer Fokus auf dem Patient Empowerment.

Mit der wachsenden Anzahl von Initiativen im Bereich VBHC wird deutlich, dass eine Transformation von Gesundheitssystemen eine klare Vision aber auch engagierte Führungskräfte, die medizinische, gesundheitspolitische und -ökonomische Kenntnisse sowie Managementkompetenzen vereinen, erfordert. Die Umsetzung von VBHC bedarf einer interdisziplinären Arbeit und die Einbindung von allen Akteuren im Gesundheitswesen. Dieses Intensivseminar soll dazu beitragen diese Kompetenzen zu stärken und Möglichkeiten zur Vernetzung zu bieten. Das Angebot richtet sich daher insbesondere an:

Ambitionierte Ärzt:innen und medizinisches Fachpersonal von heute und morgen, die einen Wandel hin zu High Value Care vorantreiben - dieser Kurs soll ihnen Inspiration und Einblicke in die konkrete Umsetzung des VBHC-Konzeptes bieten.	Innovator:innen, die danach streben, neue Lösungen zu entwickeln - dieser Kurs soll ihnen ein besseres Verständnis für den aktuellen Bedarf und der Bedeutung von „Value“ vermitteln.	Zukünftige Entscheidungsträger:innen, die den dringend benötigten Systemwandel vorantreiben wollen - dieser Kurs soll ihnen neben wertvollen Einblicken in Umsetzung und Skalierung von VBHC die Möglichkeit zur Vernetzung bieten.

» Wir wünschen uns, dass dieses Intensivseminar die Debatte um Qualität und Nachhaltigkeit in unserem Gesundheitswesen anregt und diese durch die Teilnehmenden verschiedene Bereiche, Sektoren und Disziplinen im Gesundheitswesen erreicht.

stryker®

Stryker ist ein weltweit führendes Unternehmen für Medizintechnologie mit Forschungs-, Entwicklungs- und Produktionsstätten in Europa und in Deutschland. In unserem Produkt- und Dienstleistungsportfolio, das sich über Orthopädie, Neurotechnologie bis hin zu Patiententransportmitteln erstreckt, steht die Ergebnisqualität für und Sicherheit der Patient:innen an erster Stelle. Patient:innen bestmöglich zu versorgen, das ist der Anspruch der meisten Beschäftigten im Gesundheitswesen. Sie wollen wir mit unserem Angebot in ihrer Arbeit unterstützen und diese sicher gestalten. Wir setzen auf Qualität, Prozessoptimierung und Effizienz in der Gesundheitsversorgung und möchten zusammen mit unseren Kund:innen neue, sektorenübergreifende Versorgungsansätze entwickeln. Es ist unsere Mission, gemeinsam die Gesundheitsversorgung zu verbessern, um so unseren Beitrag zu einem zukunftsfesten Gesundheitswesen in Deutschland leisten zu können.

Das Ziel einer auf Nutzen und Ergebnisqualität ausgerichteten Gesundheitsversorgung ist in der Mission unseres Unternehmens verankert. In den unterschiedlichsten Indikationen verfolgen wir mit unserem Angebot einen VBHC-Ansatz, wie z.B. in der Endoprothetik: Robotische Assistenzsysteme ermöglichen hier patientenspezifische Eingriffe mit konstant hohem Leistungsniveau. Es entstehen dadurch Vorteile für Patient:innen, die von den besseren klinischen Ergebnissen profitieren, aber auch für Kostenträger. Denn weniger Komplikationen und somit eine niedrigere Revisionsrate verringern die Kosten im Durchschnitt aller Behandlungen und tragen zur Versorgungseffizienz bei. Die robotischen Assistenzsysteme werden durch eine digitale Patientenplattform ergänzt, die Ärzt:innen als auch Patient:innen entlang des gesamten Behandlungspfades begleitet. Diese digitale Technologie ermöglicht eine transparente, patientenrapportierte Ergebnisnachverfolgung (z.B. prä- und post-operative PROMs-Erhebung) und eine direkte

Nutzung dieser Daten für die medizinische Entscheidung. All das trägt zu einer patienten-zentrierten Behandlung bei – Patient:innen rücken somit in den Mittelpunkt des Versorgungs-geschehens.

VBHC steht in Deutschland noch am Anfang. Gleichzeitig wird das Potenzial des Konzepts hierzu-lande - auch von der Politik - zunehmend anerkannt: Die Einführung von Selektiv- bzw. Qualitäts-verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie der Innovationsfonds zeugen von der Bereitschaft, die patientenzentrierten Dimensionen von Qualität und daran geknüpfte Anreize im deutschen Gesundheitswesen stärker zu etablieren. Das Krankenhauszukunftsgesetz schaffte zusätzlich eine wichtige Vorrausetzung für VBHC, in dem es die Digitalisierung in Krankenhäusern massiv fördert. An diese Initiativen lässt sich in den nächsten Jahren anknüpfen.

Wir möchten unseren Teil dazu beitragen, VBHC in Deutschland „groß zu machen". Wir suchen daher den partnerschaftlichen Dialog mit Leistungserbringern und Krankenkassen und möchten unsere Expertise aus VBHC-Projekten in anderen Ländern gezielt im deutschen Markt einbringen. Letztendlich ist der Schlüssel zu einer erfolgreichen VBHC-Transformation eine gemeinsame Vision aller Akteure im Gesundheitswesen. Dafür braucht es Dialog und Partnerschaften über alle Interessensgruppen und Disziplinen hinweg. Das VBHC-Seminar der Technischen Universität Berlin bietet hierfür ein ausgezeichnetes Forum. Wir freuen uns über die Möglichkeit, dieses wichtige Projekt unterstützen zu dürfen.

Roche

Wir von Roche vereinen unsere Kompetenzen im Bereich Pharma, Diagnostik und digitales Know-How unter einem Dach. Damit sind wir in der Lage, Patient:innen innovative Produkte und Dienst-leistungen von höchster Qualität zur Verfügung zu stellen. Denn unser Anspruch ist es, das Leben von Menschen zu verbessern, gemeinsam für ein besseres Morgen.

Unser Ziel ist es, durch iteratives Lernen, mit innovativen und integrierten Technologien sowie diagnostischen und therapeutischen Lösungen Value für Patient:innen (bessere Ergebnisqualität) und für das System (mehr Effizienz) schaffen.

Wir setzen uns nicht nur für die Entwicklung diagnostischer Lösungen ein, die Fachkräfte bei wichtigen Entscheidungen für die Gesundheit von Patient:innen unterstützen, sondern auch für die Verbesserung der Art und Weise, wie diese wichtigen Instrumente in Gesundheitssysteme auf der ganzen Welt integriert werden - zu geringeren Kosten und bei gleichzeitiger Erzielung bestmöglicher Ergebnisse.

Gemeinsam mit allen Stakeholdern in Deutschland möchten wir die Weichen stellen, für ein Gesundheitssystem, das bereit für die Herausforderungen von morgen ist. Wir sind überzeugt, dass VBHC der richtige Weg ist, um das deutsche Gesundheitswesen sinnvoll weiterzuentwickeln.

Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen

Ein Beitrag von Dr. Jens Deerberg-Wittram, CEO der RoMed Kliniken und Senior Fellow und Fakultätsmitglied der Harvard Business School

Die Ansprüche an eine gute Gesundheitsversorgung sind einem ständigen Wandel unterworfen. Die Gesellschaft, und damit auch die Patient:innen, altern zunehmend – die Inzidenz damit verbundener Erkrankungen steigt zusehends. Dabei wachsen die Erwartungen an eine hohe Lebensqualität trotz Krankheit und Alter immer weiter. Neue Krankheiten wie zuletzt die Corona-Pandemie stellen das Gesundheitssystem vor unerwartete Situationen, und der medizinische Fortschritt produziert innovative Behandlungsmöglichkeiten, deren Nutzen oft erst im Rahmen jahrelanger Anwendung wirklich beurteilt werden kann. Ein Gesundheitswesen, das adäquat auf die wachsenden Ansprüche, Erwartungen und Möglichkeiten reagieren kann, muss dynamisch und anpassungsfähig sein. Genau diese Eigenschaften fehlen aber heute dem deutschen Gesundheitswesen.

Die Anpassung der Gesundheitsversorgung an die wachsenden und wechselnden Ansprüche der Patient:innen kann grundsätzlich auf zweierlei Art erzeugt werden: Entweder legt der Staat fest, welcher Leistungserbringer in welchem Umfang und unter Kontrolle der Qualität und Wirtschaftlichkeit an der Versorgung teilnehmen kann. Oder der Staat schafft Rahmenbedingungen, innerhalb derer der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern um die Gunst der zuweisenden Ärzt:innen und der Patient:innen für eine gute Versorgung sorgt. Aber unabhängig vom ordnungspolitischen Rahmen sind einige Grundvoraussetzungen zu schaffen:

> Alle Bürger:innen und Patient:innen benötigen einen möglichst einfachen Zugang zu präventiven, akutmedizinischen und rehabilitativen, ambulanten und stationären Versorgungsangeboten

> Die Versorgungsstrukturen müssen die nahtlose Versorgung entlang der medizinischen Behandlungskette zulassen. Zusammenarbeit, Informationsweitergabe und Abstimmung unter einzelnen beteiligten Akteur: innen müssen sichergestellt oder belohnt werden.

> Die Behandlungsqualität der einzelnen Leistungserbringer muss transparent sein, damit sie sich für die Teilnahme an der Versorgung gegenüber dem Staat oder den Patient:innen qualifizieren können. Qualitätstransparenz setzt umfangreiche Datenerhebung, Datenanalyse und Benchmarking voraus, die einer entsprechenden digitalen Infrastruktur bedürfen.

> Die Vergütung sollte idealerweise gute Gesundheitsergebnisse, Patientenorientierung und auch niedrige Behandlungskosten belohnen. Sie sollte diesen Zielen zumindest nicht entgegenwirken.

Ein Gesundheitssystem, das diese vier Kernforderungen erfüllt, ist unabhängig von einer eher öffentlichen oder mehr wettbewerblichen Ausgestaltung grundsätzlich leistungsfähig. Doch wie schneidet das Deutschland in diesen vier Punkten ab?

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen

Eine unbestrittene Stärke des deutschen Gesundheitswesens ist die Kombination aus einem breiten Versorgungsangebot und einer umfassenden Krankenversicherungspflicht. Fast jeder Deutsche ist krankenversichert, wobei etwa 91 Prozent Mitglieder von einer der etwa 100 gesetzlichen Krankenkassen sind. Selbstständige, Beamte und einige Gutverdienende beziehen ihren Versicherungsschutz bei einer der 50 privaten Krankenversicherungen. Auch wenn sich gesetzliche und private Krankenversicherungen hinsichtlich ihrer Prämien, einiger Versicherungsleistungen und der Vergütung der Leistungserbringer unterscheiden, so sichern beide Systeme umfassend die ambulante und stationäre Versorgung der Versicherten ab. In den letzten Jahren haben sich jedoch in einigen Regionen und in manchen ambulanten Versorgungsbereichen Engpässe entwickelt, die gerade bei gesetzlich Versicherten zu langen Wartezeiten geführt haben. Im internationalen Vergleich sind diese Ungerechtigkeiten im Zugang zu Gesundheitsleistungen als moderat zu bezeichnen.

Die Versorgungslandschaft

In Deutschland unterscheiden wir den ambulanten und den stationären Sektor. Beide Bereiche sind relativ streng getrennt, und sie haben eigene Regelungen bezüglich Marktzugang, Finanzierung und Qualität. Der lang gehegte Wunsch nach einer „integrierten Versorgung", bei der die notwendigen Schritte der Diagnostik und Behandlung des Patienten „nahtlos" verbunden sind, ohne dass dabei Informationen verloren gehen, Doppeluntersuchungen und Mehrfachbehandlungen stattfinden oder finanzielle Fehlanreize zu einer nicht leitliniengerechten Behandlung führen, bleibt nach wie vor unerfüllt.

Die ambulante Gesundheitsversorgung wird vor allem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)geregelt. Sie bestimmen weitgehend autonom, wo niedergelassene Haus- und Fachärzt:innen tätig werden können. Die Ergebnisse der Steuerungsbemühungen der KVen sind gemischt. Im OECD Vergleich gibt es viele ambulant tätige Ärzt:innen. Der Anteil von Fachärzt:innen gegenüber Hausärzt:innen ist sehr überproportional hoch. Ärzt:innen haben oft fachliche und regionale Präferenzen, so dass es gleichzeitig zu Überversorgung und Unterversorgung kommen kann. Attraktive Regionen oder Großstädte haben oft einen Überfluss an Fachärzt:innen in „lukrativen" Bereichen wie der Orthopädie und Radiologie, während es in den weniger privilegierten Wohnvierteln oder auf dem Land an Kinder- und Hausärzt:innen fehlt. Wie in den USA bestimmt auch in Deutschland die Postleitzahl mit über die Versorgungsqualität der Menschen. Die typische Versorgung im ambulanten Bereich sind immer noch die Einzelpraxis oder die kleine Gemeinschaftspraxis, die zwar oft hochproduktiv im Sinne des „Patientendurchsatzes" ist, die aber eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen im Sinne einer optimalen Behandlungskette erschwert.

Seit 2004 hat man mit der Einführung sogenannter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) die Möglichkeit geschaffen, dass Einzelunternehmer, Krankenhäuser oder auch von Investoren größere ambulante Versorgungsangebote aufbauen können. Ende 2021 gab es 3.500 MVZs, denen jedoch weiterhin über 100.000 Arztpraxen gegenüberstanden. Aber auch die von Krankenhäusern betriebenen MVZ haben das Problem der sektoralen Trennung nicht gelöst und eine regelmäßige Anpassung der ambulanten Versorgungsangebote an die oben beschriebenen, dynamischen Veränderungen des Bedarfs, findet in Deutschland nicht statt. So wurde der international längst etablierte Trend hin zum „ambulanten Operieren" in Deutschland weitgehend verschlafen.

Im Vergleich zu anderen OECD Ländern hat Deutschland viel zu viele Krankenhäuser und Krankenhausbetten. Anzahl, Größe, Ort und Leistungsangebot der Krankenhäuser legen die Bundesländer in den Krankenhausplänen fest. Diese Pläne sind oft Jahrzehnte alt, und sie haben viel zu lange lokale politische Wünsche, Aspekte der Trägervielfalt oder auch schlichte Profitgier berücksichtigt. Im Ergebnis haben wir – wie im ambulanten Sektor auch – ein Nebeneinander von Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung. Krankenhauspläne haben sich in der Vergangenheit als veränderungsresistent erwiesen, und so wurden Entwicklungen wie notwendige Betriebsgrößen, Interdependenzen von medizinischen Fächern, qualitative Strukturvorgaben oder auch Ausbildungsaspekte nicht ausreichend abgebildet. Deshalb haben wir z.B. viel zu viele kleine Krankenhäuser, in denen eine anständige Medizin kaum noch wirtschaftlich sichergestellt werden kann. Heute sind die fehlenden Finanzmittel zum Erhalt einer modernen und leistungsfähigen Krankenhauslandschaft neben dem fehlenden Fachpersonal für den Betrieb der zahlreichen Betten die vordringlichsten Probleme. Einige Bundesländer versuchen derzeit ihre Krankenhauslandschaft gründlich zu reformieren und den aktuellen Bedarfen anzupassen.

Neben der viel zu hohen Zahl von Krankenhausbetten leistet sich Deutschland auch eine international einzigartige Dichte an Rehabilitationskliniken. Diese werden nicht von den Bundesländern zentral geplant, sondern die Träger schließen mit den Kostenträgern individuelle Versorgungsverträge ab. Wegen des großen Überangebotes an Betten für die stationäre Rehabilitation sind die Vergütungssätze der Kostenträger sehr niedrig. Die niedrigen Preise im Reha-Sektor befördern die Konsolidierung, die zur Bildung von Klinikketten und einer „McDonaldisierung“ der Leistungsangebote führt. Ob diese Entwicklungen tatsächlich zu höherer Versorgungsqualität und Kosteneinsparungen auf Systemebene führen, bleibt weiterhin zu beobachten.

Zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern und Rehakliniken gibt es bis heute keine verlässliche digitale Infrastruktur, die einen sicheren, schnellen und effektiven Informationsaustausch zuließe. Fehlende Abstimmungen und unzureichende Information führen zu vermeidbaren Doppeluntersuchungen oder Behandlungsabbrüchen. Zusammenfassend muss man konstatieren, dass die fragmentierte und sektoral getrennte Versorgungslandschaft ohne eine standardisierte und sichere digitale Vernetzung niemals eine patientengerechte Versorgung sicherstellen werden kann.

Qualität der Versorgung, und Qualitätstransparenz

Die Qualität eines Arztes bzw. eines Krankenhauses für die allermeisten Patienten besonders wichtig. Je schwerer eine Erkrankung, desto mehr sehnen sich die Patient:innen nach fachlicher Kompetenz, menschlicher Zuwendung und vor allem nach hervorragenden Behandlungsergebnissen. Doch trotz dem unbestrittenen Interesse an guter Behandlungsqualität und Qualitätstransparenz machen wir in Deutschland in dieser Hinsicht nur langsam Fortschritte. Vor über 20 Jahren wurde die externe Qualitätssicherung als gesetzliches Qualitätssicherungssystem eingerichtet. Die Grundlage bildet heute Richtlinie zur datengestützten, einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). Die QSKH-RL verpflichtet alle Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Krankenhäuser erstellen jährliche Qualitätsberichte mit über 200 Indikatoren für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Krankenhaus- oder Abteilungsebene bei etwa 25 Diagnosen oder Verfahren. Aggregierte, anonymisierte Daten werden zentral vom IQTIG ausgewertet und in einem Jahresbericht zusammengefasst. Doch trotz dieser Bemühungen ist es bisher nicht gelungen, die Patient:innenperspektive in den Daten zu erfassen und die so gewonnene Qualitätsinformation der Bevölkerung auf verständliche Weise zugänglich zu machen. Nur sehr wenige Menschen treffen heute ihre Entscheidung für einen Leistungserbringer auf Basis öffentlich zugänglicher Qualitätsdaten.

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem eines der teuersten in Europa ist, wurden in den vergangenen Jahren die wesentlichen Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Digitalisierung verpasst. Dänemark, Estland, Spanien und Österreich schneiden bei der Digitalisierung ihrer Gesundheitssysteme allesamt besser ab als die Bundesrepublik. Die Ursachen für die verzögerte Digitalisierung sind dabei vielfältig. Vor allem die immanenten Interessenkonflikte zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern bzw. zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten haben von der sogenannten Selbstverwaltung nicht gelöst werden können. Dort, wo Bürokratie und die Angst vor hohen Kosten die Entwicklung noch nicht gestoppt haben, beenden dann spätestens Sicherheitsbedenken oder die deutschen Datenschutzgesetze Entwicklungen, die in anderen Lebensbereichen schon lange stattgefunden haben. Zuletzt haben zumindest einige Gesetzesinitiativen des früheren Bundesgesundheitsministers Jens Spahn (CDU) (allein sechs Gesetze in den vergangenen vier Jahren zur Digitalisierung des Gesundheitswesens mit Rahmenbedingungen für die Nutzung von Telemedizin, ePA, E-Rezept oder Apps) etwas Bewegung in die Digitalisierung des Gesundheitswesens gebracht.

Qualitätsorientierte Vergütung

Idealerweise würde die Vergütung medizinischer Leistungen an eine gute Versorgungsqualität geknüpft sein. Nur wer die richtigen Patient:innen, zum richtigen Zeitpunkt, mit der richtigen Methode und gemäß den aktuellen Leitlinien behandelt, sollte für diese Leistung voll bezahlt werden. Dort, wo die Behandlung objektiv Mängel aufweist, sollte dagegen die Bezahlung reduziert oder ausgesetzt werden. Solche Vergütungsmodelle sind grundsätzlich möglich und spätestens mit der Einführung der Qualitätsverträge (§110 SGB V) im Jahre 2016 auch politisch gewollt. Doch die bisherige Bilanz ist ernüchternd. Lediglich 40 Qualitätsverträge in vier eng beschriebenen Leistungsbereichen sind in den ersten fünf Jahren sein Inkrafttreten des Gesetzes verabschiedet worden. Die dominierenden Vergütungsmodelle belohnen stattdessen schlicht die Menge und die Komplexität der Eingriffe. Je mehr große Operationen oder Eingriffe ein Krankenhaus durchführt, desto mehr Geld wird es verdienen. Prävention, konservative Behandlungen oder ein vorsichtiges Abwarten werden wirtschaftlich bestraft. Bei den niedergelassenen Ärzt:innen hat

man neben Einzelleistungsvergütungen auch Quartalspauschalen eingeführt. Letztere bedeuten wiederum einen Anreiz Behandlungen zu verschieben oder einzuschränken. Qualität spielt auch bei der Bezahlung der Niedergelassenen kaum eine Rolle.

Wo stehen wir aktuell? Perspektiven zum Status der Umsetzung von VBHC in der DACH-Region

Im Nachfolgenden beleuchten Mitglieder der Faculty den Status quo der Umsetzung von Value-based Healthcare in Deutschland und der Schweiz sowie Potentiale für zukünftige Projekte in diesem Bereich aus ihrer jeweiligen Perspektive.

Perspektive der Krankenkasse

Beitrag von Andreas Hölscher, BARMER

Durch das Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber mit dem § 110a SGB V erstmalig die Möglichkeit geschaffen, Qualitätsverträge als Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität im Krankenhaus zu erproben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat daraufhin zunächst vier Indikationsbereiche für die Erprobung festgelegt: die endoprothetische Versorgung an Knie, Hüfte und Schulter, die Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patient:innen, die Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patient:innen und die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde mit der Konzeption und Durchführung der Evaluation beauftragt. Die vertraglichen Spielregeln wurden durch eine Rahmenvereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen festgelegt.

Die BARMER hat als erste Krankenkasse in allen vier Indikationsbereichen Qualitätsverträge nach § 110a SGB V abgeschlossen. Motiviert wird die BARMER von der Möglichkeit, qualitative Aspekte in der Versorgung außerhalb des starren Rahmens der jährlichen Krankenhausbudgetverhandlungen aktiv aufzugreifen und somit gemeinsam mit den Klinikpartnern spezifische Lösungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität erarbeiten zu können. Dabei steht die konsequente Orientierung am individuellen Patient:innennutzen im Vordergrund.

In der Umsetzung nutzt die BARMER zahlreiche VBHC-Instrumente: Nach erfolgter Analyse der Potenziale werden gemeinsam Maßnahmen zur Versorgungsverbesserung entwickelt und darauf aufbauend Qualitätsziele vereinbart. Die Zielerreichung wird über klar definierte Parameter der Prozess- und Ergebnisqualität abgebildet. Die Patientensicht wird dabei in den Fokus gestellt, indem zum Beispiel die individuell erlebte Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen betrachtet wird. Zur Bewertung der Parameter werden international anerkannte Erhebungsinstrumente genutzt. Die Erreichung der vereinbarten Ziele wird mit einer ergebnisorientierten Vergütung inzentiviert.

Erste Analysen der laufenden Verträge deuten bereits auf positive Effekte hin. Dabei konnte zum Beispiel durch ein umfassendes Programm zur Prävention des postoperativen Delirs die Behandlungsdauer im Krankenhaus verkürzt und der Grad der Pflegebedürftigkeit dieser Patient:innen positiv beeinflusst werden. Darüber hinaus zeigt sich, trotz zusätzlicher Vergütungen für die Umsetzung des Programms, eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Krankenhausversorgung. Damit wird deutlich, dass VBHC-Ansätze in der Praxis, auch unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems, erfolgreich umgesetzt werden können. Die Verbesserung der Behandlungsqualität und eine wirtschaftliche Leistungserbringung sind dabei zwei Seiten derselben Medaille.

Der Gesetzgeber hat im Juli 2021 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung das Instrument Qualitätsverträge weiter gestärkt. Die ursprünglich bis zum 30.06.2023 geplante Erprobungsphase wurde bis zum 31.12.2028 verlängert. Darüber hinaus sollen bis Ende 2023 vier weitere Indikationen ausgewählt werden. Erste Vorschläge hierzu liegen bereits vor. Als besonders potenzialträchtig sind die Operationen kolorektaler Karzinome, die Wirbelsäulenerkrankungen und die Eingriffe an Aorten- und Mitralklappe bei erwachsenen Patient:innen einzustufen.

Qualitätsverträge können letztlich dazu beitragen, die Idee einer nutzenbasierten und patientenzentrierten Gesundheitsversorgung stärker im deutschen Gesundheitssystem zu verankern. Neben den positiven Effekten auf Qualität und Wirtschaftlichkeit, wird zudem die Innovationskraft von selektiven Vertragsmodellen zwischen einzelnen Kliniken und Krankenkassen deutlich. **Individuelle Verträge bieten die notwendige Flexibilität, um auf freiwilliger Basis und mit dem erforderlichen Engagement neue Wege zu beschreiten und innovative Versorgungsansätze zu erproben.** Dabei hebt ein offener und konstruktiver Dialog die Qualitätsdiskussion auf eine andere Ebene. Der Blickwinkel verändert sich: Aus Qualitätsdefiziten werden Chancen für eine Verbesserung der Versorgung, von denen alle Beteiligten profitieren.

Perspektive der Leistungserbringer in Deutschland

Beitrag von Dr. Benedikt Simon, Asklepios Kliniken

Die Finanzierung der Leistungserbringung im deutschen Gesundheitswesen – sowohl in der stationären Versorgung als auch in der ambulanten Versorgung ist de facto eine Vergütung auf Basis von Einzelleistungen. So setzt die Quartalspauschale in der niedergelassenen Versorgung den Anreiz für niedergelassene Ärzt:innen, ihre Patient:innen einmal pro Quartal zu sehen. Gleichzeitig hat die Vergütung über DRG-Fallpauschalen für den stationären Bereich dazu geführt, dass einzelne Krankenhäuser ihr Leistungsvolumen maximiert haben. Ebenso gilt der Anreiz zur Leistungsvolumenmaximierung für die über Fallpauschalen, bzw. mit Verweildauerkorridoren unterstützen Tagespauschalen vergütete Rehabilitation. Keine der Vergütungsmodelle inzentiviert folglich Leistungserbringer zur Optimierung der erzielten Ergebnisqualität.

Konsequenz aus den Fehlanreizen sind Fehlsteuerungen in der Versorgung in der unzureichend ambulant betreute Patient:innen mit Exazerbation in den Notaufnahmen Hilfe suchen und kostenintensive Maximalversorgung im stationären Setting in Anspruch nehmen müssen. Weitere Ausprägung dieser Fehlanreize ist, dass wir in Deutschland – verglichen mit anderen Gesundheitssystemen – noch relative viele Leistungen stationär erbringen, welche in anderen

Systemen mit anderen Anreizen ambulant erbracht werden. Bei Kaiser Permanente in den USA – einem auf Capitation basierenden System – werden auch Knie- und Hüft-Gelenksersatzs-behandlungen zu annähernd 100% ambulant erbracht.

Das Kernproblem auf Seite der Leistungserbringung liegt aber nicht in den einzelnen Sektoren, sondern in der Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg. So arbeiten die beiden wichtigsten Leistungserbringer, die niedergelassenen Ärzt:innen und die Krankenhäuser, getrieben aus institutionellen, versorgungspolitischen und finanzierungspolitischen Gründen nicht in einem Maße zusammen, wie es notwendig wäre, um eine hochqualitative Versorgung zu realisieren. **Diese Fragmentierung der Versorgung zwischen den verschiedenen Akteuren, kombiniert mit einer Vergütung der Leistungserbringer auf Basis von Einzelleistungen, führt zu maß-geblich zwei negativen strukturellen Effekten: einem Mangel an Gesamtverantwortung für die Versorgungsqualität, bzw. die Gesundheit der Patient:innen und einem Mangel an Gesamtverantwortung für die Versorgungskosten auf Seiten der Leistungserbringer.**

Die Übertragung von Verantwortung für Versorgungsqualität und -kosten gelingt am umfassends-ten in Vergütungsmodellen auf Basis von Capitation – wie z.B. bei Kaiser Permanente, Geisinger oder Inter Mountain bereits umgesetzt. Diese Systeme setzen auf datengetriebene, populations-bezogene Versorgungsmodelle mit kontinuierlicher Weiterentwicklung zu Reduzierung der Kosten bzw. Verbesserung der Versorgung – sie adressieren daher permanent beide Zielelemente von VBHC. Ein Sprung zu einem solchen System basierend auf Captiation ist für Deutschland zwar wünschenswert aber aktuell kaum vorstellbar. Es fehlt zum Einen in Deutschland an der politischen Bereitschaft das Vergütungsmodell fundamental zu reformieren und zum Anderen an notwendigen Versorgungsstrukturen auf Seiten der Leistungserbringer.

Abbildung 1: Organisationsformen und Vergütungssysteme entlang einer Entwicklungskette zur integrierten Versorgung unter Capitation-Bedingungen

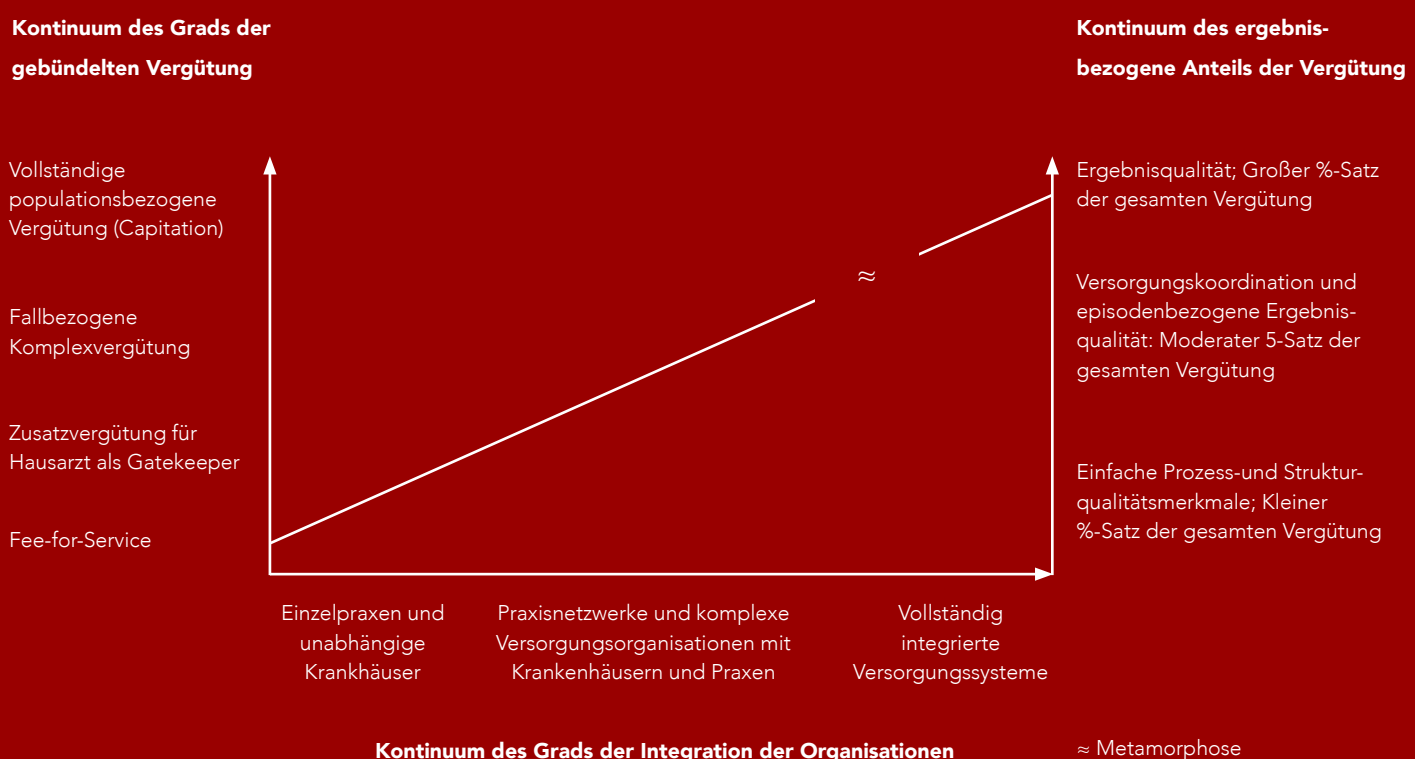

Abbildung 1 angelehnt an (Shih et al. 2008)

Wie in Abbildung 1 dargestellt bedarf es für Deutschland daher der Einleitung von zwei parallelen Entwicklungen: Entlang der linken Y-Achse müssen neue Vergütungsmodelle eingeführt werden, die eine stärkere Bündelung von Versorgungselementen in Vergütungspakte umfassen und so einer Übertragung der Verantwortung für Versorgungsqualität und -kosten auf die Leitungserbringer entspricht. Gleichzeitig bedarf es entlang der X-Achse einer zunehmenden Integration von Versorgungsorganisationen entlang der Versorgungskette. Dies ist notwendig, um die gebündelten Versorgungspakete auch abbilden zu können.

In der Konsequenz ergibt sich auf der zweiten Y-Achse mit der Bündelung der Vergütung und der zunehmenden Integration der Organisationen auch ein wachsender ergebnisbezogener Anteil der Vergütung – als echte Ergebnisqualität.

Die beiden notwendigen Entwicklungen scheinen in Deutschland grundsätzlich denkbar, werden aber vor dem Hintergrund des massiven Veränderungsbedarfs – siehe Einleitung zum Seminar – viel zu zögerlich vorangetrieben. Die Qualitätsverträge nach § 110a SGB V können hier ein erster Schritt sein, wenn sowohl Leistungserbringer als auch Leistungsträger bereit sind, diese sehr umfassend zu denken und als Grundlage für eine Bündelung von Vergütungselementen – im Sinne von Bundled Care – entlang des Versorgungspfades weiter zu entwickeln.

Perspektive der Leistungserbringer und Umsetzung von VBHC im Schweizer Gesundheitswesen

Beitrag von Dr. Florian Rüter, Universitätsspital Basel

Die in der Schweiz auch 2021 weiter zunehmende Verbreitung und Nutzung der Begrifflichkeit Value Based Healthcare (VBHC) in der Diskussion um eine zukunftsweisende Ausrichtung des Gesundheitswesens parallel zur allgegenwärtigen Diskussion um COVID-19 lässt eine dauerhafte Auseinandersetzung mit dem Thema und weitere Aktivitäten erwarten, die im folgenden schlaglichtartig – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – abgebildet werden soll. Die Abstraktion von PROs/PROMs als unverzichtbarem VBHC-Bestandteil zu einer Adaption des von Porter/Teisberg für US-amerikanische Verhältnisse formulierten Gesamtkonzeptes in ein europäisches, grundsätzlich auf dem Solidaritätsprinzip basierenden System gelingt hierbei nicht durchgängig.

Die Schweiz verfügt über ein im internationalen Vergleich qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem. Kontinuierlich steigende Gesundheitsausgaben und Zweifel am Volumen-gesteuerten «Swiss-DRG-System» mit potenzieller «Fehl-Incentivierung» und daraus resultierender Mängel in Indikations- und Behandlungsqualität sind eine Ursache für das Interesse an VBHC.

Differenziert zu betrachten ist die Interessenlage verschiedener Stakeholder. Die Spannweite altruistisch beeinflusster Vorstellungen zu legitimen Interessen für neue Geschäftsfelder zeigt Pole des Spannungsfeldes auf, in dem sich VBHC bewegt. Leistungserbringer positionieren sich mit der Umsetzung von Aspekten wie PROMs als «First Mover» konsequenter patientenzentrierter Behandlungsqualität gegenüber Mitbewerbern in einem als überversorgt zu betrachtenden Gesundheitsmarkt. Pharma/Medtech-Unternehmen als auch Krankenversicherer haben VBHC als Geschäftsmodell mit Stellschrauben für ein Gesundheitssystem der Zukunft erkannt.

Perspektive der Leistungserbringer: Angepasst an jeweilige Umfeldbedingungen - universitärer multidisziplinärer Maximalversorger vs. auf ein oder wenige Krankheitsbilder spezialisierte Einheit (z.B. Martini-Klinik) – sind individuelle Zugänge zum Thema Value Based Healthcare als multifunktionale Idee mit zahlreichen Facetten, die schrittweise etabliert werden, sinnvoll.

Geeignete Erstmaßnahme ist die Einführung standardisierter digitaler Outcomemessungen auf individueller Patientenebene in einzelnen Krankheitsbildern, die mit positiver Unterstützung durch die Führungsgremien als «bottom-up –Initiative» umgesetzt einen erfolgversprechenden Ansatz darstellen. Ziel ist es, Medizin an ihren Ergebnissen aus individueller Patientensicht messbar zu machen. Dafür ist die standardisierte Messung des subjektiven Outcomes vor während und nach einer Behandlung zentrale Frage nach dem Wert im Gesamtprozess gemessen in der Währung der langfristigen Lebensqualität.

Ausgehend von lokalen Initiativen wie dem 2017 begonnenen Leuchtturmprojekt des Universitätsspitals Basel (USB) sind mit dem Privatspital Hôpital de La Tour (Meyrin), dem Kantonspital Winterthur, Spitalzentrum Wallis (Sion) oder Stadtspital Triemli (Zürich) weitere Leistungserbringer mit der Idee von VBHC übergeordnet oder in einzelnen Versorgungsbereichen gestartet. Die für die kantonale Versorgung verantwortlichen Gesundheitsdepartemente haben für definierte (Zürich) oder frei wählbare, für das jeweilige Spital bedeutsame Krankheitsbilder (Basel, Basel-Landschaft und Solothurn) die Erhebung von PROMs als Voraussetzung zur Aufnahme in die sog. Spitallisten gemacht. Erst diese berechtigt einen Leistungserbringer zur Abrechnung von Leistungen zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

Entsprechend der unterschiedlichen Perspektiven der Stakeholder verhält es sich mit Ansätzen, Elemente von VBHC zu implementieren. Erste wertbasierte «Vergütungsmodelle» wurden produktbezogen zwischen Unternehmen der Medtech-Industrie (Johnson & Johnson) und einzelnen Spitälern (Hopital La Tour) abgeschlossen. Systematische Ansätze zur Gestaltung VBHC-basierter Abgeltungssysteme sind Kern zukunftsweisender Kooperationen zwischen Leistungserbringern (Kantonsspital Winterthur, Hopital La Tour, USB) und Krankenversicherungen (Groupe Mutuel, CSS, SWICA).

Systemisch aus VBHC-Perspektive ist das Kooperationsprojekt Roche Pharma Schweiz – USB mit Abbildung der «Value equation» mit Outcomedaten (PROMs) und Leistungs- wie Finanzzahlen für die multidisziplinäre Behandlung von Lungenkrebspatienten. Den Teilnehmer:innen des nächsten VBHC-Intensivseminares 2022 können daraus resultierende erste Erkenntnisse präsentiert werden.

Aus gesundheitspolitischer Betrachtung wird erwartet, dass die mit der Umsetzung von Projekten im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des revidierten «Qualitätsartikels» KVG 58 beauftragte Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) überregionale oder nationale, VBHC-assoziierte Projekte unterstützen wird.

Nicht zuletzt die kondensierte Vermittlung der hier schlaglichtartig genannten Projekte und Initiativen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene im internationalen Kontext wie im Intensivkurs Value Based Healthcare der TU Berlin gibt zukünftigen Entscheidungsträger:innen das notwendige Wissen, um Gesundheitssysteme für die Patient:innen wertbasiert zu gestalten.

Ansätze für VBHC am Beispiel von Qualitätsverträgen

Wie die Beiträge aus Perspektive von Krankenkasse und Leistungserbringer erkennen lassen, bedarf es für eine nachhaltige Umsetzung von VBHC in der DACH-Region neue Vertrags- und Versorgungsmodelle, die den Patient:innennutzen in den Mittelpunkt rücken. **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollten gestärkt, Volumenanreize geschwächt und Versorgung gesamtheitlich, sektorenübergreifend und aus Patient:innenperspektive gedacht werden.** Hierzu gehören insbesondere Qualitätsziele mit Relevanz für Patient:innen und eine Vergütung, die das Erreichen dieser Ziele in gesundem Maße inzentiviert sowie für zusätzlichen personellen und zeitlichen Aufwand entlohnt.

Selektive, an Qualität ausgerichtete Versorgungsmodelle im Allgemeinen und Qualitätsverträge nach § 110 SGB im Spezifischen bieten einen innovativen Ansatz um Versorgung neu zu denken und strukturell, organisatorisch und vertraglich mit Einbezug der verschiedenen Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten zu gestalten. Qualitätsverträge bieten auch einen konkreten Ansatzpunkt für die unmittelbare, interdisziplinäre Anwendung der erworbenen VBHC Kenntnisse durch die Seminarteilnehmenden. **Die im Seminar entwickelten Projektideen sollen auch Inspiration und Ansatzpunkt für mögliche gemeinschaftliche Projekte von Leistungserbringern und Kostenträgern sein. In interdisziplinären Teams von je 5-6 Teilnehmendenmit Vertreter:innen verschiedener Stakeholder im Gesundheitssystem wurden daher konkrete Vorschläge für neuartige Versorgungsmodelle und diese ausgestaltenden Verträge, die die Ergebnisqualität und den Patient:innennutzen bzw. „Value" fördern sollen, entwickelt.** Die Kursteilnehmenden haben hierbei die Perspektive von mindestens zwei verschiedenen Stakeholdern als Vertragsparteien eingenommen und beantworteten vorgegebene Leitfragen zu den Aspekten Qualitätsmessung anhand der VBHC Schlüsselkonzepte, Outcome für Vertragspartner:innen und Patient:innen und Umsetzung in der Praxis. Im Folgenden werden die ausführlichen Projektarbeiten der interdisziplinären Seminarteams in einer zweiseitigen Zusammenfassung dargestellt. Diese Zusammenfassung sollen einen Überblick über die im VBHC Seminar entwickelten innovativen und praxisnahen Projektideen geben und im Idealfall Leistungserbringern und/oder Kostenträgern Ansätze für mögliche neue Qualitätsverträge geben.

Einordnung des innovativen Versorgungsinstrumentes Qualitätsverträge

Um Qualitätsverträge und deren Hintergründe als auch Gestaltungsoptionen näher zu beleuchten und zum besseren Verständnis der nachfolgenden Vertragsvorschläge beizutragen, gibt dieser Abschnitt aus dem Report „PROMs: Ein internationaler Vergleich“ (Steinbeck, Ernst und Pross, 2021) ergänzend weitere Informationen zur aktuellen Gesetzeslage und Entwicklungen:

Durch den Erlass einer Richtlinie im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes von 2016 (KHSG) wurde die Option für Verhandlungen von Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geschaffen (GKV Spitzenverband 2018). Ziel ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen erreichen lässt, insbesondere durch die Vereinbarung von Qualitätsanreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen. Die Erprobung von Anreizsystemen und Vereinbarungen über Qualitätsindikatoren im Rahmen der Qualitätsverträge sollte vorerst von 2019 bis 2023 in vier festgelegten Leistungsbereichen erfolgen, die einzusetzenden Qualitätsinstrumente und das jeweilige Anreizmodell können die Vertragspartner bestimmen. Gemäß § 110a SGB V können Instrumente, mit denen höherwertige Qualitätsanforderungen erfüllt werden sollen, unter anderem Indikatorergebnisse oder Ergebnisse von Patient:innenbefragungen sein.

Das Ende 2020 beschlossene Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterwicklungsgesetz, GVWG), dessen Fokus auf mehr Qualität und Transparenz, besseren Leistungen und stärkerer Vernetzung in der Versorgung liegt, unterstützt eine Ausweitung der Qualitätsverträge. So sollen bis Ende des Jahres 2023 vier weitere Leistungsbereiche festgelegt werden, in denen Qualitätsverträge erprobt werden. Die Erprobungszeit wurde bis 2028 verlängert. Um eine ausreichende Anzahl von Verträgen zu erlangen, wurde zudem ein jährliches Ausgabevolumen pro Versicherten von festgelegt: Im Jahr 2022 soll dieser Betrag 0,30 Euro pro Versicherten umfassen. Bei knapp 72 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland ergäbe sich damit für 2022 ein Budget für Qualitätsverträge in Höhe von 21,7 Millionen Euro (DEKV Presseportal 2020). Eine Übersicht der abgeschlossenen Verträge soll regelmäßig veröffentlicht werden. Im Sinne einer stärkeren Patientenzentrierung sieht das GVWG eine Weiterentwicklung von Patient:innenbefragungen vor. Patient:innenbefragungen sollen digital und barrierefrei sein. Die Entwicklung der Befragungen soll nationale und internationale Befragungsinstrumente berücksichtigen. Zur Förderung von Qualitätstransparenz enthält das GVWG darüber hinaus eine Regelung zur Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen, sektorenübergreifenden Vergleichen.

CHIP – Chronisches Herzinsuffizienz Programm

Ludwig Burg (Stryker), Jonas Cittadino (Charité),
Nicolas Frey (TU Berlin, Charité), Katharina Klein (IQTIG)

Indikation im Fokus: chronische Herzinsuffizienz

In Deutschland leiden etwa 1-3,4% aller Menschen unter einer Herzinsuffizienz (HI) - Tendenz steigend[1]. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen ist die HI eine sehr kostenintensive Erkrankung, vor allem durch entstehende Kosten bei Rehospitalisierungen im stationären Sektor[2]. Rehospitalisierungen treten insbesondere im Zuge akuter Verschlechterungen oder Dekompensationen auf und sind charakteristisch für den Krankheitsverlauf[3]. Ein unzureichendes Entlassmanagement der Klinik bei diesen Dekompensationen führt zu einem Versorgungsbruch zwischen ambulanten und stationären Sektor und begünstigt im weiteren Verlauf weitere Dekompensationen[4] .
Die European Society of Cardiology (ESC) berichtet bezüglich stationärer Aufenthalte zudem, dass Patient:innen zu einem großen Anteil das Krankenhaus nicht ausreichend therapiert wieder verlassen und empfiehlt eine Nachsorgeuntersuchung nach ein bis zwei Wochen, was mit niedrigeren Rehospitalisierungsraten innerhalb von 30 Tagen assoziiert ist[5]. Betroffene Patient:innen beklagen außerdem einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem, unzureichende Aufklärung über ihre Krankheit und Therapie und eine ineffizienten intersektoralen Zusammenarbeit[6]. Mit höherer Qualität einer intersektoralen Versorgung verhalten sich Patient:innen bewusster gegenüber ihrer Erkrankung und kümmern sich mehr um ihre eigene Versorgung[7]. In der letzten Dekade konnten mithilfe integrierter Versorgungskonzepte diese Versorgungslücken im Rahmen von Pilotprojekten zwar bereits teilweise geschlossen und sowohl niedrigere Rehospitalisierungsraten, als auch ein vermindertes Mortalitätsrisiko und eine höhere Lebensqualität erreicht werden[8], allerdings bleiben diese Konzepte Ausnahmen und sind in Deutschland nicht flächendeckend verfügbar.

Qualitätsvertrag zur Vermeidung von Rehospitalisierungen durch verbessertes Entlassmanagement

Das Chronische Herzinsuffizienz Programm (CHIP) ist ein Qualitätsvertrag nach §110a Abs. 1 SGB V, der zur verbesserten Versorgung von Patient:innen mit HI führen soll. Konkret soll der Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eines stationären Aufenthaltes die Rehospitalisierungsrate auf die Hälfte reduzieren, sowie jährlich um mindestens 25% senken. Mit Einführung eines Care Coordinators (CC) soll ein Entlassmanagement implementiert, sowie die Kommunikation zwischen stationären und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern (LE) verbessert werden.

1 Vgl. Holstiege et al. (2018) und Neumann et al. (2009).
2 Vgl. Urbich et al. (2020).
3 Vgl. Ertl et al. (2016) sowie Ross et al. (2010).
4 Vgl. Zugck et al. (2010).
5 McDonagh et al. (2021).
6 Vgl. Jeon et al. (2010).
7 Vgl. ebd.
8 Vgl. Ertl et al. (2016), Agvall et al. (2013) und Angermann et al. (2012).

Die Elemente des Qualitätsvertrags

Der Qualitätsvertrag wurde mit den Value-Based Health Care (VBHC) Schlüsselelementen nach M.E.Porter und E. Teisberg definiert: (1) Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an Patientengruppen und ihren Bedürfnissen, (2) Versorgungsnetzwerke, (3) Informationsaustausch sowie (4) Messung von Outcomes durch Clinical-reported Outcome Measures (CROMs) und Patient-reported Outcome Measures (PROMs). Die geplante Dauer des Qualitätsvertrags beträgt ein Jahr mit Option auf Verlängerung. Vertragspartner sind ambulante Haus- bzw. Fachärzt:innen, ein regionales Krankenhaus und eine Krankenkasse. Patient:innen können von allen teilnehmenden ambulanten und stationären Leistungserbringer in den Vertrag eingeschrieben werden.
In der stationären Behandlung wird dafür ein auf die Patient:innen individuell abgestimmtes Versorgungsmanagement inklusive Entlassmanagement durch einen CC entwickelt, um weitere Dekompensation zu vermeiden. Der CC, eine auf HI spezialisierte Pflegekraft, ist am Krankenhaus angestellt und fungiert als Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor.
Zu den Aufgaben des CC gehören u.a., die Durchführung einer Anamnese und einem Screening auf neurokognitive Einschränkungen, Depressionen, sowie eine Überprüfung von Medikamenteninteraktionen zu Therapiebeginn und der Erstellung eines individuell abgestimmten, langfristigen Behandlungsplans. Dieser und die Anzahl der weiteren Termine bzw. das Monitoring des Krankheitsverlaufs richten sich nach einem eigens für das Programm entwickelten "CHIP-Score", welcher die Krankheitslast anhand von mehreren Kriterien in unterschiedliche Schweregrade einteilt. Die Qualitätsmessung erfolgt über das vom International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) veröffentlichte Standard-Set zur HI. Die von dem Krankenhaus, dem CC und den niedergelassen Haus- bzw. Fachärzt:innen zu erfüllenden Aufgaben werden mittels einer Online-Plattform, die von den Krankenkassen finanziert wird, zusammengetragen. Durch das systematische Einbeziehen von Patient:innen in das Programm kann die Therapieadhärenz sowie die Zufriedenheit und Motivation der Patient:innen im Behandlungsverlauf erhöht werden. Diese Steigerung wird durch eine individuell zugeschnittene Therapie und durch Edukation geförderte Selbstwirksamkeit und Gesundheitskompetenz sichergestellt. Weiterhin wird die Zusammenarbeit und Prozessqualität zwischen den ambulanten und stationären Leistungserbringern gefördert. Mit der Kostenaufstellung und dem Vergleich des Status quo wurde berechnet, dass eine um die Hälfte reduzierte Rehospitalisierungsrate im ersten Monat nach Entlassung durch den Qualitätsvertrag etwa 150.000 Euro pro Jahr pro Krankenhaus eingespart werden könnten. Als Anreiz für Leistungserbringer besteht im Rahmen von CHIP die Möglichkeit einer Bonuszahlung bei Erfüllung des Vertrags (als Form einer qualitätsrelevanten Vergütung). Diese beträgt je nach CHIP-Score 5-10%.

Momentane Hürden und potentielle Lösungen

Im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde durch §110a SGB V ermöglicht, das Krankenkassen und Krankenhausträger, zeitlich befristete Qualitätsverträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung schließen können. Die Aufgabenzuteilung und Weitergabe von Daten (Befunde, Entlassbriefe und Laborergebnisse, PROMs, CROMs) erfolgt über eine Online-Plattform, die von den Krankenkassen finanziert wird. Dafür müssen u.a. infrastrukturelle sowie technische (z.B. IT-Konnektoren) Voraussetzungen geschaffen werden und für alle Leistungserbringer verfügbar sein, sowie der Datenschutz bedacht werden. Eine Lösung könnte darin bestehen, für die Datenweitergabe in naher Zukunft die elektronische Patientenakte (ePA) zu verwenden, die mit weniger Kosten und großer Transparenz einher ginge. Neben den qualitativen Vorteilen für stationäre und ambulante Leistungserbringer stehen auch quantitative Anreize in Form von Bonuszahlungen im Vordergrund zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Als Vorteil für die Krankenkassen kann die Versorgungskontinuität zwischen ambulanten und

stationären Sektor im Hinblick auf eine Kostenreduzierung, sowie einem besserem Versorgungsmanagement angesehen werden. Die angestrebte qualitätsorientierte Vergütung in Form von Bonuszahlungen könnte im Vergleich zur bisherigen Vergütung der ärztlichen Leistungen einen Kontrast zum bisher dominierenden Beitragssatzwettbewerb unter den Krankenkassen auf der Einnahmeseite der GKV darstellen und einen Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern auslösen[9]. Dabei ist allerdings anzumerken, dass Bonuszahlungen u.a. eine gezielt verzerrte Dokumentation und eine Risikoselektion mit einer Benachteiligung sozial vulnerabler Gruppen erwirken können. Mit Einführung des DMP Herzinsuffizienz im Jahr 2018 ist der Gemeinsame Bundesausschuss bereits dem dringenden Bedarf nach einer verbesserten Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz nachgekommen. Ein aktueller Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen moniert jedoch einige Probleme und fordert Nachjustierung[10].

Durch die Einführung von CHIP verringert sich zusammenfassend die Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Patient:innen durch eine individuell abgestimmte Therapie und optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Daten. Dabei ist die Therapie an den Bedürfnissen der Patient:innen ausgerichtet. Die Datenqualität der erhobenen und zusammengefassten Daten aus PROMs, Patientenmerkmalen und physiologischen Parametern steigt und kann beispielsweise für Forschungsprojekte bzw. Publikationen verwendet werden. Daraus resultiert auch ein besseres Image für CHIP und eine veränderte öffentliche Wahrnehmung auf die Problematik der Versorgung von Patient:innen mit HI. Der Ansatz, unterschiedliche Leistungserbringer durch ein Portal miteinander zu verbinden, dadurch einen sektorenübergreifenden Informationsaustausch zu ermöglichen und dabei gleichzeitig klare Prozessabläufe zu ermöglichen, verschafft somit allen Stakeholdern Vorteile, verstärkt eine Kultur des Voneinander-Lernens, gegenseitigen Austauschs und führt nach dem Value-Based Healthcare Konzept zu einem höheren Nutzen für Patient:innen bei gleichzeitig niedrigeren Kosten, also einem insgesamt höheren Value.

Literaturverzeichnis

Holstiege J, Akmatov MK, Steffen A, Bätzing J. Prävalenz der Herzinsuffizienz – bundesweite Trends, regionale Variationen und häufige Komorbiditäten. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/09. Berlin 2018. URL: https://doi.org/10.20364/VA-18.09

Neumann, T, Biermann, J, Neumann A, Wasem, J, Ertl, G, Dietz, R, Erbel, R. Herzinsuffizienz: Häufigster Grund für Krankenhausaufenthalte. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(16): 269-75; DOI: 10.3238/arztebl.2009.0269

Urbich M, Globe G, Pantiri K, Heisen M, Bennison C, Wirtz HS, u. a. A Systematic Review of Medical Costs Associated with Heart Failure in the USA (2014–2020). PharmacoEconomics. November 2020;38(11):1219–36.

Ertl G, Angermann CE, Bekeredjian R, Beyersdorf F, Güder G, Gummert J, u. a. Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units", HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz: Gemeinsame Empfehlungen der DGK und der DGTHG zur Behandlung der Herzinsuffizienz. Kardiologe. August 2016;10(4):222–35.

Ross JS, Chen J, Lin ZQ, Bueno H, Curtis JP, Keenan PS, u. a. Recent National Trends in Readmission Rates after Heart Failure Hospitalization. Circ Heart Fail. Januar 2010;3(1):97–103.

9 Vgl. SVR Gesundheit (2018).
10 Vgl. IQWiG (2021).

Zugck C, Müller A, Helms T, Wildau H, Becks T, Hacker J, u. a. Gesundheitsökonomische Bedeutung der Herzinsuffizienz: Analyse bundesweiter Daten. DMW - Dtsch Med Wochenschr. April 2010;135(13):633–8.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, u. a. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 21. September 2021;42(36):3599–726.

Jeon Y-H, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Serv Res. Dezember 2010;10(1):77.

Agvall B, Alehagen U, Dahlström U. The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare. Eur J Heart Fail. 2013;15(2):228–36.

Angermann CE, Störk S, Gelbrich G, Faller H, Jahns R, Frantz S, u. a. Mode of Action and Effects of Standardized Collaborative Disease Management on Mortality and Morbidity in Patients With Systolic Heart Failure. Circ Heart Fail. 1. Januar 2012;5(1):25–35.

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. [Internet]. 2018 [zitiert 9. Januar 2022]. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). DMP Herzinsuffizienz: IQWiG sieht Aktualisierungsbedarf bei den meisten Versorgungsaspekten. 26. Juli 2021; Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_43584.html

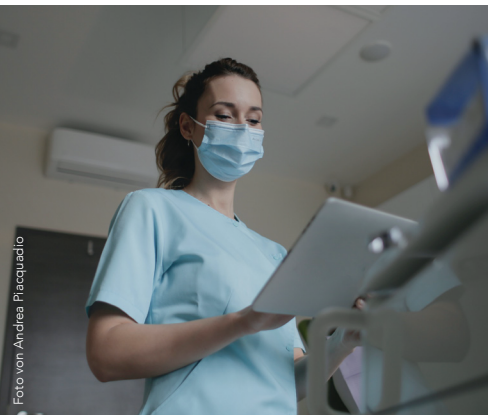
Foto von Andrea Piacquadio

Dialyse – The Value of Choice: Ein Vertrag zur Förderung von Ergebnisqualität und Patient:innennutzen im Bereich chronische Niereninsuffizienz

Erik Meibert (Charité BSPH), Carina Pfab (Charité BSPH), Mathias Müller (Fimo Health UG), Martina Schmiedhofer (Aktionsbündnis Patientensicherheit, Charité), Sebastian Strenzel (Roche Diagnostics Deutschland GmbH)

Indikation im Fokus: chronische Niereninsuffizienz

In Deutschland erhalten aktuell ca. 75.000 Patient:innen eine Dialysebehandlung. Diese stellt die zentrale Behandlungsoption für Menschen in den Endstadien des chronischen Nierenversagens dar.[1] Durch die demografische Entwicklung und die lebensstilbedingte Zunahme von Stoffwechselerkrankungen ist von einer steigenden Prävalenz auszugehen, welche bereits mittelfristig die bestehenden Versorgungsstrukturen überlasten kann.[2] Grundsätzlich stehen in der Behandlung zwei Dialysearten zur Verfügung: In spezialisierten Zentren wird mehrmals wöchentlich die Hämodialyse (HD) durchgeführt, während die Peritonealdialyse (PD) selbstständig täglich in der Häuslichkeit der Patient:innen angewendet werden kann. Die zur Verfügung stehenden Verfahren bewegen sich seit Jahren auf dem gleichen Niveau therapeutischer Wirksamkeit, sodass eine Entscheidung für eines der Therapieverfahren, insofern keine absoluten Kontraindikationen vorliegen, auf der Präferenz der Patient:innen beruhen soll.[3] Derzeit liegt der Anteil der mit PD versorgten Patient:innen in Deutschland bei unter 10%. Aus Sicht der Wissenschaft ist allerdings ein Anteil von bis zu 33% in der PD-Versorgung medizinisch angemessen und eine Steigerung der PD-Raten essenziell, um auf lange Sicht eine qualitativ hochwertige Dialyseversorgung in Deutschland zu gewährleisten.[4] Finanzielle Fehlanreize und die mangelnde Aus- und Fortbildung der Ärzt:innenschaft wird als Hauptursache für den aktuellen Status gesehen.[5] Darüber hinaus ist vor allem der Entscheidungsprozess in der Wahl der Dialyseart und der Einbezug der Patient:innen in diesen problembehaftet. So fühlen sich in Deutschland nur 57% der Patient:innen in die Wahl ihrer Dialysetherapie einbezogen, die Praxis der Beratung ist dabei weiterhin abhängig von den behandelnden Ärzt:innen.[6] Ein optimierter Einbezug von Patient:innen kann langfristig zu höherer Therapiezufriedenheit, einer erhöhten PD-Rate und damit zu finanziellen Entlastungen für das Gesundheitssystem führen.[7] Entsprechend fordern diverse Akteur:innen seit Jahren ein Umdenken in der Versorgungspolitik und insbesondere in der individuellen Beratungspraxis. Einen Lösungsansatz kann hier das Modell des Shared Decision Making (SDM) bieten. Dieses fordert eine therapeutische Beziehung in der Behandelnde und Behandelte partnerschaftlich Therapieentscheidungen treffen, besonders dort wo gleichwertige Behandlungsoptionen bestehen und die umfassende Auswirkungen auf die Lebensrealität der Patient:innen haben.[8] Entsprechend ist ein flächendeckender und standardisierter Einsatz des SDM in der Dialyseberatung notwendig.

1 Vgl. Pothoff et al. (2017).
2 Vgl. Bleß (2014).
3 Vgl. Lee et al. (2008).
4 Vgl. Hering et al. (2019), sowie Schwenger (2019).
5 Vgl. Ohnhäuser et al. (2018).
6 Vgl. Bundesverband Niere e.V. (2012).
7 Vgl. Robinski et al. (2017) und Pike et al. (2017).
8 Vgl. Müller et al. (2011).

Um diese Veränderungen anzustoßen bedarf es konkreter Projekte, welche die dargelegten Evidenzen nicht nur bestätigen, sondern diese auch für alle Stakeholder gewinnbringend in den Versorgungsalltag übertragen.

Qualitätsvertrag zur Förderung des Shared Decision Making-Modells in der Dialyseversorgung

Ziel ist es, ein Proposal zu erarbeiten, welches eine Steigerung der Anwendung von SDM-Inhalten in der Dialyseversorgung bewirkt. Das Konzept der Value-Based Healthcare (VBHC) wird hier als übergeordnetes Framework genutzt. Ziel einer neu gedachten Dialyseversorgung ist die individuell optimierte Behandlungsqualität auf Patient:innenebene. Um diesen Value messbar zu machen und die Steigerung dessen zu inzentivieren hält die VBHC spezifische Tools und Konzepte vor, welche hier auf die Gemengelage Dialyse angewandt werden sollen. Im Folgenden wird ein Qualitätsvertrag zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Nordost und dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. (KfH) entwickelt. Entsprechend der wissenschaftlichen Evidenzen sollen so essenzielle Beratungsprozesse verankert und eine optimierte Therapie-begleitung standardisiert werden.

Lösungsansatz: Die Elemente des Qualitätsvertrags

Nephrolog:innen und Patient:innen werden durch umfassende Schulungen auf partizipative Entscheidungsprozesse des SDM vorbereitet, die in jeder Therapieform verpflichtend werden. Entsprechend der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie soll diese Versorgungsform ab dem Stadium G4 der GFR-Skala erfolgen.[9] Seitens der KfH soll hierfür ein Versorgungsnetzwerk aus eigenen Einrichtungen und kooperierenden Nephrolog:innen bereit-gestellt werden, welches Patient:innen frühzeitig in ihrer Erkrankung in die eigenen Strukturen exzellenter Qualität einbindet. Im Sinne von VBHC wird dieser Entscheidungsprozess und die darauffolgende Therapie evaluiert und die Kostenerstattung an die Outcomes gekoppelt. Maßgeblich hierfür sollen Patient-Reported Outcome Measures sein, welche durch Clinician-Reported Outcomes ergänzt werden. Die Lebensqualität wird über das ICHOM Standardset und spezifischer über das Kidney Disease Quality of Life Instrument erhoben. Die Prozesse des SDMs werden über die Instrumente OPTION-12 und SDM-Q-9 evaluiert. Medizinische Parameter sowie Patient Experience Measures werden zusammen mit einer dezidierten Kostenaufstellung in einer geeigneten IT-Software erfasst und gebündelt. Diese Daten werden den beteiligten Stakeholdern transparent zur Verfügung gestellt und über mindestens ein Jahr konsequent erhoben. Diese Datenerhebung wird durch die Behandelnden in den KfH-Zentren durchgeführt und darüber hinaus in geeigneten Onlinetools und über spezialisierte Dialyse-Nurses erfasst, welche sinn-voll und bedarfsorientiert in die Betreuung der vornehmlich in der Häuslichkeit zu versorgenden PD-Patient:innen integriert werden. Für die beteiligten Vertragspartner:innen ergeben sich neue Pflichten und Aufgaben verglichen mit der bisherigen Standardversorgung. Auf Seiten der AOK bedeutet dies neben der Value-orientierten Vergütung ein initiales Investitionsvolumen für die IT-Infrastruktur und für eine geeignete Ausstattung und Betreuung der Patient:innen, die in der Häuslichkeit betreut werden. Die KfH verpflichtet sich ihr Personal entsprechend der erläuterten Elemente fortzubilden, hierfür die Kosten zu tragen, die enthaltenen Measurements durchzuführen und elektronisch einzupflegen. Von einem in dieser Form umgesetzten Qualitätsvertrag wird lang-fristig eine gesteigerte Therapiezufriedenheit und -adhärenz auf Patient:innenseite erwartet.

9 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (2016).

Entsprechend vorliegender Evidenzen wird durch den standardisierten Beratungsprozess eine Steigerung der PD-Quote in beteiligten Einrichtungen um ca. 10% erwartet, wobei pro PD-Patient:in Einsparungen von ca. 1600€/Monat zu erwarten sind.[10]

Momentane Hürden und potentielle Lösungen

Die größte Hürde stellt aus Sicht der Autor:innen die praktische Umsetzung des vorgestellten Konzeptes in den rigiden Strukturen der Dialyseversorgung dar. Demographischer Wandel und eine zunehmende Marktposition privater for-Profit Dialyseanbieter fordern diesen Status quo bereits jetzt heraus. Daher ist es für gemeinnützige Anbieter wie der KfH besonders wichtig, ihre Position am Markt durch Exzellenzinitiativen wie die hier vorgeschlagene zu stärken. Ein Hindernis für die Kostenträger können die auf den ersten Blick geringen Einsparmöglichkeiten verglichen mit der Standardversorgung und in Relation zu den insgesamt hohen Kosten aller Dialyseformen sein. Demgegenüber stehen mögliche Ersparnisse durch geringere Nebenwirkungen in der Therapie, durch besser ausgebildetes Personal und selbstständige, adäquat informierte Patient:innen. Diese lassen sich mit der bisherigen Datenlage jedoch schwer kalkulieren.
Die grundlegende Forderung nach einer erhöhten Einbindung von Patient:innen findet sich bereits im Patientenrechtegesetz von 2013 (BGB, §630c) und soll daher Ziel aller Beteiligten sein. Eine geeignete IT-Lösung die den Anforderungen des hier dargelegten Proposals entspricht muss im Vorfeld eruiert und ggf. mit Softwareanbieter:innen gemeinsam zielgerichtet entwickelt werden, dass sie praktikabel ist und dabei datenschutzrechtlichen Anforderungen entspricht. Modellprojekte wie das vorgeschlagene bieten für alle Stakeholder die Chance, in einem eng abgestecktem Versorgungsfeld wie der Dialyse, die Implikationen und realen Anforderungen von VBHC von der Theorie auf die reale Versorgungswelt zu übertragen und zu evaluieren.

Literaturverzeichnis

Pothoff, F., Münscher, C., Berendes, A. & Weber, W. 2017. Medical Netcare GmbH - Jahresbericht 2016 zur Qualität in der Dialyse [Online]. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Available: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3024/2017-07-20_QSD-RL_MNC- Jahresbericht- 2016.pdf [Accessed 13.10.2021].

Bleß, H.-H. 2014. Status quo und Zukunft der Dialyseversorgung [Online]. Berlin: IGES Institut. Available: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/con- tent/e2856/e4186/e9331/e9369/e9370/attr_objs9376/Ble_Workshop_Dialyse_2014-07- 01_ger.pdf [Accessed 22.05.2020].

Lee, A., Gudex, C., Povlsen, J. V., Bonnevie, B. & Nielsen, C. P. 2008. Patients' views regarding choice of dialysis modality. Nephrol Dial Transplant, 23, 3953-9.

Hering, R., Schulz, M., Rouche, A. & Czihal, T. 2019. Routinedatenauswertung zu Hämo-versus Peritonealdialysen in Deutschland - Auswertung im Rahmen des Innovationsfondsprojektes MAU-PD (Multidimensionale Analyse der Ursachen für die niedrige Prävalenz der ambulanten Peritonealdialyse in Deutschland). Berlin.

10 Vgl. Zee et al. (2018), und Neubauer (2018).

Schwenger, V. 2019. Stellungnahme der Kommission Heimdialyse und Peritonealdialyse der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie zum Stellenwert von stationären Bauchfelldialyseeinheiten. [Online] Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Nephrologie. Available: https://www.dgfn.eu/nachrichtenleser-255/stellungnahme-der-kommission-peritonealdialyse-und- heimdialyse-zum-stellenwert-von-stationaeren-bauchfelldialyseeinheiten.html [Accessed: 12.10.2021]

Ohnhäuser, T., Scholten, N. & Schellartz, I. 2018. HD oder PD? Entscheidungsfindung und Dialysealltag im Fokus - vertiefende Interviews mit Dialysepatienten. 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN). Berlin: IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität Köln.

Bundesverband Niere E.v. 2012. CEAPIR-Patientenbefragung in Europa [Online]. Mainz: Bundesverband Niere e.V. Available: https://www.bundesverband-niere.de/wp/wp- content/uploads/2019/04/SH_Ceapir_2012.pdf [Accessed 12.10.2021].

Robinski, M., Mau, W., Wienke, A. & Girndt, M. 2017. The Choice of Renal Replacement Therapy (CORETH) project: dialysis patients' psychosocial characteristics and treatment satisfaction. Nephrol Dial Transplant, 32, 315-324.

Zee, J., Zhao, J., Subramanian, L., Perry, E., Bryant, N., Mccall, M., Restovic, Y., Torres, D., Robinson, B. M., Pisoni, R. L. & Tentori, F. 2018. Perceptions about the dialysis modality decision process among peritoneal dialysis and in-center hemodialysis patients. BMC Nephrol, 19, 298.

Pike, E., Hamidi, V., Ringerike, T., Wisloff, T. & Klemp, M. 2017. More Use of Peritoneal Dialysis Gives Significant Savings: A Systematic Review and Health Economic Decision Model. J Clin Med Res, 9, 104-116.

Müller-Engelmann, M., Keller, H., Donner-Banzhoff, N. & Krones, T. 2011. Shared decision making in medicine: the influence of situational treatment factors. Patient Educ Couns, 82, 240-6.

Deutsche Gesellschaft Für Nephrologie (Dgfn) 2016. Dialysestandard [Online]. Berlin. Available: https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html [Accessed 12.10.2021].

Neubauer, G. 2018. Systematik einer Kostenanalyse in der Peritonealdialyse – Expertengespräch 2018 [Online]. München: Institut für Gesundheitsökonomik Available: https://ifg-muenchen.com/wp- content/uploads/2018/11/State-of-the-Art-2018.pdf [Accessed: 13.10.2021]

Qualitätsvertrag nach §110a SGB V – Bundled Payment zur stationären Versorgung von Patienten mit chronischen unteren Rückenschmerzen

Sophie Klopfenstein (Charité/BIH), Julia Reschetnikow (Helios Endo Klinik), Susanne Barbara Schink (Charité, Robert-Koch-Institut) und Philipp Stachwitz (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, zuvor Health Innovation Hub)

Indikation im Fokus: Chronische untere Rückenschmerzen

In einer Studie aus 2020 werden chronische Rückenschmerzen von 15,5% der Befragten angegeben[1]. Nach Kopfschmerzen sind Rückenschmerzen mit einer Lebenszeitprävalenz von 87% das häufigste Schmerzsyndrom[2]. Dabei sind untere Rückenschmerzen mit knapp 53% häufiger als obere Rückenschmerzen (27,4%)[3]. Sie haben aufgrund ihrer Dauer, des hohen Leidensdrucks und der Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen erhebliche Auswirkungen sowohl für den Einzelnen - also die Patient:innen (und ihre Angehörigen) - als auch für die Gesellschaft, da sie neben dem verursachten Leid erhebliche direkte (Behandlungs-)Kosten und indirekte gesamtgesellschaftliche Kosten - zum Beispiel durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung - nach sich ziehen[4]. Schmerzen des unteren Rückens können sowohl spezifisch als auch unspezifisch sein - mit starken Überlappungen bei der diagnostischen Zuordnung und einer dementsprechend hohen Variabilität des therapeutischen Ansatzes (operativ versus konservativ) bei der Versorgung. Im Zeitraum von 2007 bis 2015 ist ein Anstieg von Operationen (OP) der Wirbelsäule um 71% zu verzeichnen. Dieser lässt sich jedoch nicht allein durch den demografischen Wandel erklären. Im Hinblick auf die Operationshäufigkeit finden sich zudem, teilweise deutliche, regionale Unterschiede in der Versorgung. Die Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erhöhen sich durch diese Behandlungsform erheblich[5]. Dabei zeigt sich im Hinblick auf den Outcome kein eindeutiger Vorteil einer Operation im Vergleich zu konservativen Therapieansätzen wie beispielsweise einer Medikamenteneinnahme[6]. Auch weitere strukturelle Ursachen und finanzielle Fehlanreize sind bei der Versorgung chronischer unterer Rückenschmerzen zu beobachten. Die multimodale Schmerztherapie (MMST) kann ebenfalls zur Behandlung dieser Erkrankung eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um ein etabliertes, behandlungsintensives und interdisziplinär ausgerichtetes, konservatives Therapieverfahren zur Behandlung subakuter chronischer Rückenschmerzen.

Qualitätsvertrag zur Förderung konservativer Outcome-orientierter Versorgungsansätze bei chronischen unteren Rückenschmerzen bei gleichzeitiger Vermeidung von Fehlbehandlungen und Komplikationen

Vorgeschlagen wird ein Qualitätsvertrag in Anlehnung an §110a Sozialgesetzbuch (SGB) V[7] basierend auf einer gebündelten Vergütung (Bundled Payment) in Form einer Kopfpauschale zur stationären Behandlung von Patient:innen mit chronischen unteren Rückenschmerzen.

1 Vgl. von der Lippe et al. (2021).
2 Vgl. Schmidt et al. (2005).
3 Vgl. von der Lippe et al. (2021).
4 Vgl. von der Lippe et al. (2021), Brömme (2014), Luehmann et al. (2006); Wenig et al. (2009) sowie Techniker Krankenkasse (2020).
5 Vgl. Zisch & Tisch (2017).
6 Vgl. Ibrahim et al. (2008), sowie Brox et al. (2009).
7 Vgl. Bundesministerium für Justiz (1988).

Der Vertrag wird zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse – dem Kostenträger (KT) – und einer Klinik mit einer aktuell hohen Wirbelsäulenoperationsrate (Wirbelsäulenspezialzentrum der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft Level II) und einer schon fortgeschrittenen Digitalisierungsinfrastruktur – dem Leistungserbringer (LE) – abgeschlossen. Die Laufzeit beträgt 36 Monate und sieht durch eine veränderte Anreizstruktur eine stärkere Ausschöpfung konservativer Therapieoptionenentsprechend der Leitlinien vor. Die Versorgung soll sich stärker am Outcome orientieren. Angeboten werden neben einer Operation eine MMST. Ziele der Therapie sind die Schmerzlinderung, die körperliche und psychische Stabilisierung, sowie damit einhergehende verbesserte Leistungsfähigkeit und Lebensqualität, bei Vermeidung von Komplikationen und Fehlbehandlungen. Outcomes werden auch nach dem Klinikbesuch regelmäßig erfasst und sind die Basis für das zusätzliche Bonussystem, das der Klinik ermöglicht, zusätzliche Einnahmen zu erzielen und finanzielle Einbußen durch eine veränderte Indikationsstellung im Zeitraum des Vertrages zu vermeiden.

Lösungsansatz: Überblick über den vorgeschlagenen Qualitätsvertrag

Bestandteile des vorgeschlagenen Qualitätsvertrags greifen Schlüsselelemente des Value-Based Healthcare Konzeptes nach M. E. Porter und E. Teisberg auf. Dazu gehören eine stärkere Ausrichtung des Versorgungsprozesses an den Bedürfnissen von Patient:innen mit chronischen Rückenschmerzen, eine mithilfe verschiedener Informationstechnologien durchgeführte Therapiebegleitung und Nachsorge inklusive regelmäßiger Outcomemessung, eine an der Ergebnisqualität orientierte Erstattung mittels eines Bonussystems sowie die Ausbildung von Versorgungsnetzwerken. Patient:innen mit chronischen Rückenschmerzen wird nach einem initialen interdisziplinären Assessment und einer evidenzbasierten Diagnostik eine MMST oder Operation angeboten. Andere nicht-operative Prozeduren werden in den ambulanten Bereich verlagert. Eine ausgeprägte digitale Abbildung aller Prozesse entlang der gesamten Patient-Journey wird vorgesehen: Behandlungskoordination, Dokumentation, Datenerfassung (Real World Data), direkte Patient:innenbehandlung und Behandlungsanpassung unter Einsatz von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) sowie Nachsorge (u. a. telemedizinisches Follow-Up). Die Vergütung des LE erfolgt unabhängig von dem von ihm gewählten Therapieverfahren (OP oder MMST) durch eine Kopfpauschale als Basisbudget. Das Basisbudget sieht eine Kopfpauschale (Capitation) von 8.253,2 € pro Patient:in vor, die mit Abschluss der initialen Behandlung an die Klinik ausgezahlt wird. Dieses Budget basiert auf den DRG-Gesamterlösen von 2021: einerseits für eine MMST von mindestens 14 Tagen (I42A), andererseits auf dem Mittelwert der DRG-Erlöse verschiedener Wirbelsäulenoperationen (I09C, I09E, I09I, I09H, I09I, I10 A, I10E, I45A, etc.). Die DRG-Gesamterlöse wurden mit einer definierten Ratio gewichtet (60% MMST zu 40% OP). Das Budget setzt sich aus der Summe dieser Werte zusammen und sieht keine Kostendeckung von Komplikationen vor. Zudem kann der LE Bonuszahlungen auf Grundlage der – mithilfe von PROMs (patient reported outcome measures), CROMs (clinical reported outcome measures), PREMs (patient reported experience measures) und Prozess-Outcomes – zum Zeitpunkt 24 Monate ermittelten Behandlungsqualität erzielen. Als Basis für die Erfassung dieser Parameter wird das ICHOM Data Set for Low Back Pain herangezogen und einzelne weitere Parameter hinzugefügt.

Eine Zielratio (Anzahl MMST/OP) wird festgelegt sowie ein Qualitätsindikator zur retrospektiven Validierung der Indikationsstellung zusammengestellt. Dieser besteht aus mehreren CROMs und PROMs des ICHOM Datensatzes (z. B. PROCEDURETYPE, SURGIND, REOPPATIENT) sowie aus vier weiteren hinzugefügten Parametern (leitliniengerechte Behandlung, Notwendigkeit einer OP nach initialer MMST, Sterblichkeit und Rehospitalisierung nach dem Zeitraum [Baseline - 30 Tage]). Der Vertrag sieht ebenfalls vor, dass der LE die Certkom-Zertifizierung “Qualifizierte Schmerztherapie” erlangt.

PROMs und PREMs zu den Dimensionen Schmerzkontrolle und -intensität sowie Therapieprozess und -effekt sind ebenfalls langfristig im Vertrag vorgesehen. Kosten (Controlling und aggregierte KT-Daten) werden im Rahmen des Vertrages zu informativen Zwecken erfasst, um zukünftige Anpassungen zu ermöglichen.

Hierdurch soll der durch einen finanziellen (Fehl-)Anreiz ausgelöste Zielkonflikt (Qualität vs. Wirtschaftlichkeit) abgemildert werden, der auf Grundlage der derzeitigen Vergütung zu einer Favorisierung eines operativen Therapieverfahrens führen kann. Von diesem Ansatz werden Vorteile bei beiden Partnern erwartet. Diese bestehen in der Gewinnung von mehr Daten, verbesserter Behandlungsqualität und in Folge einem gesteigerten Renommee bei den beteiligten KT und LE. Die GKV profitiert als KT sowohl von der Vermeidung von Kosten für nicht indizierte und im Ergebnis nicht erfolgreiche operative Behandlungen als auch von der Reduktion von chronifizierenden Faktoren. Der LE profitiert ebenfalls, da er unabhängiger von finanziellen Anreizen autonom das entsprechend der Leitlinie jeweils geeignete Therapieverfahren wählen und durchführen kann ohne finanzielle Einbußen befürchten zu müssen. Durch die Ausweitung seines Behandlungsspektrums kann er zudem seine Rolle als Exzellenzzentrum im gewählten Indikationsbereich Rückenschmerz erheblich stärken und so an Attraktivität für Zuweisende und Patient:innen gewinnen. Durch erhöhte Qualität und verbessertes Outcome – im Sinne patientenrelevanter Endpunkte bei gleichzeitiger Verringerung gesamtgesellschaftlicher Kosten – profitieren neben den genannten Vertragspartnern darüber hinaus vor allem Patient:innen und Gesellschaft.

Momentane Hürden und potentielle Lösungen

Aktuell erproben Krankenkassen und Krankenhäuser befristete Qualitätsverträge zu vier Leistungen bzw. Leistungsbereichen. Die Indikation "chronischer unterer Rückenschmerz" ist keine davon. Sollten Pilotprojekte auf Grundlage des vorgeschlagenen Vertragsansatzes positive Ergebnisse zeigen, müsste evaluiert werden, ob gesetzliche Grundlagen zu schaffen sind: Die Durchführung einer operativen Behandlung von chronischen Rückenschmerzen könnte an die Verfügbarkeit und Vorhaltung konservativer Therapiealternativen geknüpft werden. Bei Erfolg entsprechender Pilotprojekte, sollte ebenfalls die Tragfähigkeit eines solchen Modells mittels detaillierter Business Cases ermittelt werden. Ein erster Business Case wurde unter Annahme einer bisherigen Anzahl von 450 OP pro Jahr sowie verschiedener Ziel-Simulationen durchgeführt (jedoch ohne Gewichtung der einzelnen OP). Die Gewinne bei einer Operation wären durch diesen Vertrag geringer, die einer MMST allerdings höher als die aktuellen. Bei voller Bonusauszahlung wären laut der jeweiligen Simulationen Gewinne von zusätzlichen 7 bis 10,8 Millionen Euro möglich. Allerdings sind Kosten für bauliche und technische Voraussetzungen beim LE, Gewinnung von neuem Personal oder Schulungen, sowie Ausgaben (und Einsparungen) des KT nicht eingerechnet. Auch strukturelle Voraussetzungen – z. B. die Bereitstellung interoperabler Systeme oder bauliche Veränderungen - müssen vorab geschaffen werden um die Durchführung des Vertrags zu ermöglichen. Im internationalen Vergleich haben deutsche Krankenhäuser Nachholbedarf in Bezug auf die Digitalisierung ihrer Strukturen und Prozesse[8]. Mit der Verabschiedung des Krankenhauszukunftsgesetzes und des dazugehörigen Krankenhauszukunftsfonds (KHZF), sowie der Einführung einer Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen, kommt die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens in Schwung. Bei erfolgreicher Bewerbung könnte die geplante Digitalisierungsinfrastruktur teilweise über Mittel des KHZF gefördert und ausgebaut werden. Auch Direktverträge zwischen GKV, Klinik und Herstellern könnten die Kosten der digitalen Lösungen reduzieren. Durch die lange Vertragslaufzeit und die Outcome-orientierte Bonusauszahlung ist insbesondere auf die Motivation der Patient:innen zu achten. Durch den konsequenten Einsatz digitaler Lösungen, können diese regelmäßig erinnert

8 Vgl. Stephanie et al. (2019).

werden und werden allgemein empowered. Die gesammelten Daten können neben der Anwendung in der direkten Behandlung einzelner Patient:innen in aggregierter Form zur Anpassung der Versorgung oder
zu Forschungszwecken genutzt werden. Aufgrund des innovativen Ansatzes der Vergütung und der intensiven Einbeziehung digitaler Tools - sowohl zur Datenerfassung und Behandlungskoordination entlang der gesamten Patient-Journey als auch zusätzlich zur direkten Patientenbehandlung (DiGAs) - besteht hier der Ansatz eines Pilotprojekts, welches bei Erfolg replizierbar und skalierbar - sowohl überregional als auch im Sinne einer sektorübergreifenden regionalen Vernetzung.

Literaturverzeichnis

von der Lippe E, Krause L, Porst M, Wengler A, Leddin J, Müller A, Zeisler ML, Anton A, Rommel A, BURDEN 2020 study group. Prevalence of back and neck pain in Germany. Results from the BURDEN 2020 Burden of Disease Study. Journal of Health Monitoring. 2021;(S3):1- 14.doi:http://dx.doi.org/10.25646/7855

Schmidt CO, Raspe H, Pfingsten M, Hasenbring M, Basler HD, Eich W, Kohlmann T. Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. Spine (Phila Pa 1976).2007 Aug 15;32(18):2005-11. doi: 10.1097/BRS.0b013e318133fad8. PMID: 17700449

Brömme J. Eine Kostenanalyse bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Eine Matched-Pairs-Studie. [dissertation]. [Berlin]: Charité - Universitätsmedizin Berlin; 2014. 116 p.

Luehmann D, Burkhardt-Hammer T, Stoll S, Raspe H. Prävention rezidivierender Rückenschmerzen. Präventionsmaßnahmen in der Arbeitsplatzumgebung. Schriftenreihe Health Technology Assessment. 2006. 38.

Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. Eur J Pain. 2009 Mar;13(3):280-6. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.04.005. Epub 2008 Jun 3. PMID: 18524652.

Techniker Krankenkasse. Gesundheitsreport 2020 - Arbeitsunfähigkeiten. [Internet]. 2020. [cited 2021 Oct 14]. Available from: https://www.tk.de/resource/blob/2081662/6382c77f2ec-b10cc0ae040de07c6807f/gesundheitsreport-au-2020-data.pdf

Zisch K, Tisch T. Faktencheck Rücken Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe. [Internet]. 2017. [cited 2021 Oct 14]. Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Rueckenoperationen_Studie_dt_final.pdf

Ibrahim T, Tleyjeh IM, Gabbar O. Surgical versus non-surgical treatment of chronic low back pain: a meta-analysis of randomised trials. Int Orthop. 2008 Feb;32(1):107-13. doi: 10.1007/s00264-006-0269-6. Epub 2006 Nov 21. Erratum in: Int Orthop. 2009 Apr;33(2):589-90. PMID: 17119962; PMCID: PMC2219937.

Brox JI, Nygaard ØP, Holm I, Keller A, Ingebrigtsen T, Reikerås O. Four-year follow-up of surgical versus non-surgical therapy for chronic low back pain. Ann Rheum Dis. 2010 Sep;69(9):1643-8. doi: 10.1136/ard.2009.108902. Epub 2009 Jul 26. PMID: 19635718; PMCID: PMC29388

Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 110a Qualitätsverträge. [Internet]. [Cited 2022 Jan 12]. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__110a.html

Stephani V, Busse R, Geissler A. Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, editors. Krankenhaus-Report 2019: Das digitale Krankenhaus [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2019. p. 17–32. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1_2

Foto von Ryutaro Tsukata

Qualitätsorientierter Versorgungsvertrag nach §140a SGB V für Patient:innen mit Bandscheibenvorfall

Josefine Pätz (Charité BSPH), Tim Kuschel (TU Berlin), Joan Kleine (TU Berlin), Carina Ruwolt (Bayer Pharmaceuticals) und Vanessa Carmesin (Stryker)

Indikation im Fokus: Bandscheibenvorfall

Die heutige Versorgungssituation von Patient:innen mit einem Bandscheibenvorfall zeigt, dass häufig zu schnell operiert wird. Nur bei Wenigen wirkt eine Operation effektiv und steigert tatsächlich die Lebensqualität von Betroffenen. Die steigende Zahl der Operationen ohne Verbesserung des Gesundheitszustandes macht eine grundlegende Änderung der Versorgungsprozesse notwendig. Gelingt es nicht, den Wirkungsgrad der Versorgung zu erhöhen, droht eine teure und ineffektive Versorgung. Aktuell besteht im Grundsatz vor allem ein fundamentales Zuordnungsproblem von individuellen Patient:innen zu den je nach Krankheitsbild effektiven therapeutischen Interventionen. Zudem setzt die heutige Vergütungsstruktur Anreize zur Mengenausweitung operativer Eingriffe - ohne tatsächliche Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen.

Qualitätsvertrag zur Förderung einer patientenorientierten Versorgung

Das Ziel des qualitätsorientierten Versorgungsvertrages ist es, durch die genannten falschen Anreizsysteme begünstigte Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Die Zahl der operativen Eingriffe an Bandscheibe und Wirbelsäule stieg in den Jahren von 2007 bis 2015 um 71 Prozent von insgesamt 452.000 auf 772.000 Operationen, was die Kosten für das Gesundheitssystem zum Teil ohne bessere Outcomes zu erzielen erhöht und somit Bedarf für eine Veränderung dieser Versorgung aufzeigt[1].

Gemäß § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V fördert der Versorgungsvertrag zwischen der Fachklinik 360° und der Techniker Krankenkasse die Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg. Dabei werden Diagnostik, Therapie und Ergebnisse systematisch vernetzt, um die Versorgung stärker an den Patient:innen auszurichten. Die Orientierung an klar definierten medizinischen Pfaden in Verbindung mit der "Leitlinie zur konservativen, operativen und rehabilitativen Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik" ermöglicht es, unnötige und teure Doppeluntersuchungen zu vermeiden und den Patient:innen die für sie passende Behandlung zu ermöglichen.

Lösungsansatz: Die Elemente des Qualitätsvertrags

Die standardisierte Erfassung von Messinstrumenten wie "Clinician-Reported Outcome Measures" (CROMs) sowie "Patient-Reported Outcome Measures" (PROMs) erleichtert es, aussagekräftige Vergleiche zwischen den verschiedenen Behandlungsmethoden zu erstellen und in kontinuierlichen Feedbackschleifen über den gesamten Behandlungsverlauf die Versorgungsqualität stetig

1 Vgl. Bertelsmann Stiftung (2017), S. 2f.

zu verbessern. Dazu wird auf das ICHOM Standardset "low back pain" zurückgegriffen [2].
Die Ergebnisse der Messungen dienen dabei auch als Grundlage für die Erstattung der medizinischen Leistung im Versorgungsvertrag: Der Vergütungsbetrag setzt sich deshalb aus einer Bundled-Payment Pauschale, die die gesamten Behandlungskosten für einen Patienten oder eine Patientin umfassen, und zwei weiteren qualitätsabhängigen Pauschalen zusammen. Die Höhe dieser Pauschale errechnet sich aus den durchschnittlichen DRG-Erlösen (I06A-I10C) einer operativen Bandscheibenbehandlung. Zusätzlich wird in Abhängigkeit des Grads der Verbesserung am Ende des Leistungszeitraums von einem Jahr die Vergütung um Bonuszahlungen (qualitätsabhängige Pauschalen) ergänzt. Die am Behandlungspfad beteiligten Parteien sind in einer Pilotphase angehalten, alle entstandenen Kosten einer Behandlung zu dokumentieren. Nach einem Zeitraum von 12 Monaten werden die tatsächlichen Ausgaben der 360° Fachklinik und die Einnahmen über die Bundled-Payment Pauschale plus Boni, mit Betrachtung des Therapieerfolgs aus Patient:innensicht, gegenübergestellt. So soll evaluiert werden, ob ökonomische Einsparungen bei gleichzeitig verbesserten Behandlungsergebnissen erzielt werden konnte. Auf Basis dieser Ergebnisse kann gegebenenfalls nachverhandelt werden. Damit wird sowohl für die Fachklinik 360° als auch für die Techniker Krankenkasse wirtschaftliche Planungssicherheit gewährleistet. Weiterhin profitiert die Fachklinik 360° von zunehmenden Erfahrungswerten, einer gesteigerten Ergebnisqualität und damit im besten Fall von einer verbesserten Reputation. Der Techniker Krankenkasse werden durch eine schnelle Mobilisierung der Patient:innen weniger anfallende Krankentage und damit auch weniger zu zahlendes Krankengeld in Aussicht gestellt.

Eine Anpassung dieser Art ist notwendig, da beispielsweise im Jahr 2014 Kosten im zweistelligen Millionen-Betrag durch möglicherweise vorschnelle Operationen an der Bandscheibe entstanden sind[3]. Eine detaillierte Kalkulation des Bundled-Payments ist zu diesem Zeitpunkt nicht abbildbar, da u.a. die Datenlage der prozentualen Verteilung zwischen konservativer und operativer Therapie sowie zu entstehenden Kosten im gesamten Behandlungspfad unzureichend ist.

Einerseits soll der Anreiz gesetzt werden, dass alle Patient:innen, die mit konservativer Therapie adäquat therapierbar sind, lediglich diese erhalten und nicht operativ eingegriffen wird. Andererseits gibt es kaum belastbare Vergleichswerte, welcher Anteil der Patient:innen mit Bandscheibenvorfällen im Durchschnitt von einer invasiven Therapie profitiert. Auch der Blick in andere Länder liefert hier keine zufriedenstellende Grundlage, da der Trend zur invasiven Therapie auch in anderen Ländern vergleichbar zu Deutschland ist[4].

Für die initiale Berechnung des Bundled-Payments sowie Boni sollte daher eine Näherung zum Verhältnis von invasiver und konservativer Therapie genutzt werden, die basierend auf den Erfahrungen des Vertrags jährlich angepasst wird.

Momentane Hürden und potenzielle Lösungen

Erkrankungen der Wirbelsäule zählen aktuell nicht zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Leistungsbereichen für einen Qualitätsvertrag nach § 110a SGB V.
Die Umsetzung einer Qualitätsorientierten Versorgung und Erstattung soll aus diesem Grund auf einem Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V beruhen und damit die sektorenübergreifende bzw. interdisziplinär fachübergreifende Versorgung unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften ermöglichen.

2 Vgl. Clement et al. (2015).
3 Vgl. Presseinformation HCHE (2016).
4 Vgl. Stüwe (2015).

Für die Etablierung und die kontinuierliche Verbesserung des qualitätsorientierten Versorgungsvertrages sind einige Aspekte relevant: Grundlage für die erfolgreichen Nutzungen von CROMs und PROMs ist eine stabile und sichere IT-Infrastruktur, welche sowohl die elektronische Dokumentation also auch eine sektorenübergreifende Netzwerkstruktur abbildet. Es müssen ebenfalls weitere infrastrukturelle Voraussetzungen hinsichtlich Datenverfügbarkeit und -messung geschaffen und das bereits bestehende interdisziplinäre Behandlungsteam erweitert werden. Das grundlegende Ziel der Incentivierung der bestmöglichen Therapieentscheidung für die Patient:innen steht dabei über Allem. So muss es Patient:innen mit einem Bandscheibenvorfall ganz konkret ermöglicht werden, einen unkomplizierten Zugang zu den Erfahrungen, modernen Therapien und aktuellen Forschungserkenntnissen des 360°-Netzwerkes zu erhalten sowie daraus die geeignete Behandlung vorgegeben zu bekommen. Eine zentrale Herausforderung ist weiterhin, das Wissen und die Erfahrungen von spezialisierten Kliniken auch überregional anzubieten. Ergebnisse, Diagnostik und Therapie sind heute nicht systematisch vernetzt, was dazu führt, dass es Insellösungen gibt, aber das Know-how nicht in der breiten Fläche integriert ist.

Der qualitätsorientierte Versorgungsvertrag zwischen der Fachklinik 360° und der Techniker Krankenkasse setzt an diesen Herausforderungen an und ist ein Versuch, die Sektorengrenzen aufzubrechen und den Übergang von einer mengenabhängigen zu einer erfolgsabhängigen Vergütung zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2017): Rückenoperationen. Der Wohnort bestimmt, ob Patienten ins Krankenhaus kommen, konservativ behandelt oder operiert werden. Spotlight Gesundheit. Gütersloh.

Clement, R C; Welander A; Stowell C, et. al. (2015): A proposed set of metrics for standardized outcome reporting in the management of low back pain, in: Acta Orthopaedica, Jg. 86, Nr. 5, S. 523 - 533, doi: 10.3109/17453674.2015.1036696.

Presseinformation Hamburg Center for Health Economics (HCHE) (2016): Jede dritte Bandscheiben-OP nicht leitlinienkonform.

Stüwe, H. (2015): Ländervergleiche. Doch kein OP-Weltmeister. Deutsches Ärzteblatt; 112: S. 396.

Vorschlag für einen Qualitätsvertrag vor dem Indikationshintergrund Schulter-Endoprothetik

Thomas Dixon (Stryker), Zoe Friedmann (Charité, London School of Economics), Nadja Kollande (Techniker Krankenkasse), Isabell Kromer (München Kliniken) und Ricarda Schulz (Charité BSPH)

Indikation im Fokus: Schulter-Endoprothetik

Während im Jahr 2013 noch 1967 Arthroplastiken im Deutschen Schulterarthroplastik-Register verzeichnet wurden, stieg die Zahl der primären Arthroplastiken bis zum Jahr 2020 um das ca. 4,5-fache auf 8839 an. Über selbigen Zeitraum hat sich die Zahl der Revisions-Arthroplastiken um den Faktor 3,67 gesteigert[1]. Da die auf freiwilliger Basis beruhende Registrierung der implantierten Endoprothesen im Register innerhalb Deutschlands noch unzureichend in der Praxis durchgeführt wird, kann sich aktuell an den Angaben aus der Literatur orientiert werden, die von 25.000 Implantationen pro Jahr ausgeht[2]. Betrachtet man nun die Altersstruktur der Patient:innen, so kann festgestellt werden, dass mit Blick auf Teilendoprothesen der Schulter 42,74% der Patient:innen, laut Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), im Berichtsjahr 2019 65 Jahre und älter waren[3]. Für Vollendoprothesen lag der prozentuale Anteil der 65 Jahre und Älteren sogar bei 54,16%[4]. Vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerungsstruktur Deutschlands[5] ist davon auszugehen, dass der Trend der steigenden Fallzahlen sich fortsetzen und der Indikationsbereich an Relevanz dazu gewinnen wird. Zusätzlich dazu ist die beträchtliche Revisionsrate von bis zu 10%, die sich hauptsächlich durch Faktoren wie übermäßiges Aufbohren des Glenoids, dem Verlust von subchondralen Knochenmark, übermäßige Glenoid Retroversion oder auch Implantat-Fehlpositionierung ergibt, hervorzuheben[6]. Aufgrund der prognostizierten Zunahme an Fallzahlen, ist abzusehen, dass auch die Prävalenz der Revisionsendoprothetik zunehmen wird[7]. Charakteristisch für diese Eingriffe ist eine gesteigerte Komplikationsanfälligkeit auf der Outcome-Seite[8], woraus sich ein Handlungsbedarf zur Steigerung der Outcome-Qualität ergibt, der aus dem Blickwinkel der Patient:innen-Perspektive hoch relevant ist. Diese beiden Entwicklungen sind die primären Treiber der zunehmenden Relevanz des ausgewählten Indikationsgebietes. Vor dem beschriebenen Hintergrund sieht der vorgelegte Vorschlag eines Qualitätsvertrags als vertragsschließende Parteien Krankenkassen (Kostenträger) und Krankenhäuser (Leistungserbringer) vor. Beispielhaft zu nennen wären hier die Helios ENDO-Klinik Hamburg und die AOK NordWest.

1 Vgl. Kircher et al. (2021).
2 Vgl. Wassenaar et al. (2021).
3 Vgl. InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2021).
4 Vgl. InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2021).
5 Vgl. Die Weltbank (2021).
6 Vgl. Werner et al. (2017).
7 Vgl. Klug et al. (2021).
8 Vgl. Rid (2021).

Qualitätsvertrag zur Steigerung des Patient:innennutzen im Bereich Schulter-Endoprothetik

In Deutschland sind Leistungserbringer im Gesundheitssystem zur Qualitätssicherung nach §135a Sozialgesetzbuch (SGB) V verpflichtet[9]. Zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung können sogenannte Qualitätsverträge nach §110a SGB V zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern abgeschlossen werden[10]. Das vorliegende Konzept liefert einen konkreten Vorschlag für einen Qualitätsvertrag vor dem Indikationshintergrund Schulter-Endoprothetik, der die Förderung der Ergebnisqualität und des Patient:innen Nutzen (bzw. 'Value') forciert. Der Vertrag zielt darauf ab, den Patient:innen-Nutzen bzw. Value durch die Anwendung eines kosteneffektiven Operations-Verfahren zu steigern, durch das die Outcome Qualität verbessert und wesentliche Kernelemente des VBHC-Ansatzes in den Versorgungsprozess implementiert werden. Hier sind folgende Elemente hervorzuheben: Darstellung des Patient:innenpfades und der Behandlungselemente, eine kontinuierliche Messung der Ergebnisparameter entlang des Behandlungspfades (CROMs und PROMs), eine kontinuierliche Kostenerfassung, ein qualitätsorientiertes Vergütungsschema sowie eine starke Forcierung des Patient:innen-Nutzens.

Außerdem sollen, im Sinne des VBHC-Ansatzes Silos zu Gunsten von Versorgungsnetzwerken aufgelöst werden. Für den Vertragspartner Krankenhaus ergeben sich vielschichtige Mehrwerte über den Abschluss des Qualitätsvertrags. Zunächst kann sich das Krankenhaus eine Vorreiterrolle als Qualitätsversorger sichern (Spezialisierung) und in Konsequenz eine höhere Wettbewerbsfähigkeit generieren. Nebstdem kann diese Entwicklung in der Marketingstrategie des Vertragspartners berücksichtigt und öffentlichkeitswirksam eingesetzt werden. Partner:innen im Versorgungsnetzwerk (hier insbesondere im ambulanten Setting) können des Weiteren durch das Exzellenzzentrum akkreditiert werden, was neben der höheren Patient:innennähe im Behandlungspfad mittelfristig zu einer gesteigerten acceptability (Akzeptanz) seitens der Patient:innen führen kann. Längerfristig kann durch eine verkürzte ALOS/Liegezeit der in der Spezialklinik operierten Patient:innen eine höhere Kapazitäten und Ressourcen Verfügbarkeit erreicht werden. So ergibt sich durch die Prozess- (Steuerung von Patient:innen sowie Standardisierung von Behandlungspfaden) und die damit einhergehende Ressourcenoptimierung (Reduktion von Redundanzen) zudem eine gesteigerte Planungssicherheit. Durch die verkürzten Liegezeiten durch das Erbringen qualitativ hochwertigerer Leistungen (vergütet mit monetären Zuschüssen) ergibt sich demnach eine höhere Bezahlung bei gleichzeitiger Ressourceneinsparung (Betten). Die Ressourcenreduktion wird zudem insbesondere durch die Implementierung eines Time-driven Activity-based Costing (TDABC) begünstigt, welches zu einer gesteigerten Prozess- und Kostentransparenz führt und Möglichkeiten zur gezielten Optimierung eröffnet. Durch die monetären Zuschüsse, die sich über die Vergütung von 10% über DRG-Niveau bei Erbringung qualitätsgerechter Versorgungsleistungen ergeben, entsteht ein Benefit finanzieller Art.

Auf Seiten der Krankenkasse zählen die Reduktion von Folgekosten in etwa durch eine verringerte Revisionsrate oder die längere Lebensdauer der Implantate nach vorheriger 3D-Rekonstruktion[11], die Reduktion von Rehakosten durch die Verlagerung der stationären, kostenintensiven Reha in das ambulante Setting, sowie längerfristig auch eine Reduktion von Frühverrentung aufgrund qualitativ hochwertiger Versorgung zu den möglichen Benefits. Auch seitens der Krankenkassen kann über den Qualitätsvertrag eine höhere Wettbewerbsfähigkeit generiert werden. Beide Vertragspartner kommen durch den Abschluss des Qualitätsvertrags ihrer gesetzlichen Pflicht nach dem eingangs aufgeführten §135a SGB V nach.

9 Vgl. Sozialgesetzbuch V § 135a.
10 Vgl. Sozialgesetzbuch V §110a.
11 Vgl. Werner et al. (2017).

Die Elemente des Qualitätsvertrags

Im Folgenden sollen nun die wesentlichen Strukturen und Prozesselemente, die in den Behandlungspfad, nach Vorbild des vorgelegten Beispiels eines Qualitätsvertrags, involviert sind, dargelegt werden.

Das Versorgungsnetzwerk ist derart aufgebaut, dass das vertragsschließende Krankenhaus bestenfalls über ein angeschlossenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) verfügt über das eine Schultersprechstunde stattfindet. Patient:innen können aus der ambulanten Versorgung an das MVZ zur Weiterbehandlung überwiesen (ambulantes Netzwerk), über die Klinik selbst an dieses weitergeleitet, oder aus Eigeninitiative direkt beim MVZ vorstellig werden. Wenn der Befund einer bildgebenden Diagnostik nur anfängliche Auffälligkeiten einer Veränderung der Gelenksstruktur zeigt, wird ambulant weiterbehandelt und abgerechnet (Vermeidung von Überversorgung). Gesetzt den Fall, dass durch die bildgebende Diagnostik und nach aufklärendem Gespräch gemeinsam entschieden wird, dass eine Arthroplastik des Schultergelenks durchgeführt werden soll, wird der nächste Behandlungsschritt in das stationäre Setting verlegt. Bei der Behandlungsmethodik wird auf eine prä-operative 3D-gestützte Gelenksrekonstruktion vor dem operativen Eingriff zurückgegriffen, da diese Vorteile wie eine gesteigerte Planungssicherheit, geringere Revisionsraten und einer längeren Lebensdauer der Prothese bietet[12]. Post OP erfolgt fünf Tage lang eine stationäre Reha. Danach wird diese in das ambulante Setting ausgelagert.
Den Patient:innen wird eine einjährige Nachverfolgung via digitaler Applikation zu Teil, die über ein telemedizinisches Remote-Monitoring und die kontinuierliche Erhebung von Patient-reported Outcome Measures (PROMs) realisiert wird. Die klinischen Parameter, Clinician-reported Outcome Measures' (CROMs), und PROMs (generisch und gelenkspezifisch) werden kontinuierlich entlang des Behandlungspfades erhoben. Diese spielen für die qualitätsorientierte Leistungsvergütung eine wichtige Rolle. So werden die Kosten über einen 'Time-driven Activity-based Costing' (TDABC) Mechanismus entlang des patientenindividuellen Behandlungspfades ermittelt. Dies trägt zu einer erhöhten Transparenz in Hinblick auf die individuelle Kostenermittlung bei. Entsprechende Softwaresolutions sind bereits auf dem Markt verfügbar. Die Vergütung der entlang des Behandlungspfades erbrachten Leistungen erfolgt über ein Bundled Payment mit Splittung der Auszahlungszeitpunkte.
Derzeit ergibt sich über die Summe der Entgelte für die diagnosebezogene Fallgruppe (DRG) ein ungefährer Richtwert von 9.709,50€[13] inklusive Pflege sowie Zu- und Abschläge (Grouperwert DRG I05B) für den ausgewählten Indikationshintergrund. In der Value-basierten Vergütung, welche im Rahmen des dargelegten Indikationsbereiches Anwendung finden soll, wird zusätzlich ein Qualitätszuschlag von 10% (Bonus- sowie Malus-System) berücksichtigt. Außerdem ist ein Dokumentationszuschlag in Höhe von 250€ je Fall vorgesehen. Der erste Teil der Leistungsvergütung in Höhe von 90% der Gesamtkosten wird bei Entlassung, beziehungsweise Beginn der ambulanten Reha, ausgezahlt. Der verbleibende Anteil der 110% wird bei erfolgreichem Behandlungsabschluss als Bonus ausgezahlt. Dieser wird anhand der initial gesetzten PROMs/CROMs-Ziele bewertet. Ist nach Behandlungsabschluss die Zielsetzung nicht erfüllt, so erhält der Leistungserbringer lediglich die bei Entlassung ausgezahlten 90% (Malus). Eine Sicherstellung der Indikationsqualität erfolgt durch Einzelfallprüfungen seitens des Kostenträgers.

Aufgrund dessen, dass es sich bei dem vorliegenden Vorschlag eines Qualitätsvertrags um eine neuartiges operations-technologisches Verfahren handelt, dessen praktischer Einsatz zukünftig weiterer Evaluation bedarf, können in diesem Rahmen keine konkreten Voraussagen über die tatsächliche Kosten-Effektivität im klinischen Versorgungsalltag getroffen werden. Ein ausgearbeiteter Business-Case kann auf Grund einer noch nicht ausreichend vorhandenen bzw. zugänglichen

12 Vgl. Werner et al. (2017).
13 Bezogen wird sich hier auf die DRG-Werte für das Jahr 2021.

Datenbasis in diesem Rahmen nicht dargelegt werden. Zudem ist vor allem auch aus der Perspektive der Kostenträger die sich ergebenden indirekten Kosten durch Arbeitsausfall von Interesse, deren Bewertung eine longitudinale Studie notwendig machen. Im Konzept bereits dargestellt wurden eine mögliche Vergütungsform sowie derzeitige diagnosebezogene Kosten. Ziel der Umsetzung des Qualitätsvertrags sollte somit neben dem Erkenntnisgewinn zur praktischen Umsetzung eine entsprechende ökonomische Evaluation sein. Sollten sich die erwartete ökonomische Kosten-Effektivität einstellen, so kann das Konzept aufgrund seiner Replizierbarkeit auch auf weitere Leistungserbringer ausgeweitet werden.

Längerfristig können durch die Erhebung der PROMs weitere Vorteile erzielt werden. Eine, in den Behandlungsprozess einbezogen und zum Zwecke der Nachbeobachtung den Patient:innen zur Verfügung gestellte, Smartphone-gestützte App soll eine Steigerung der Patientenbeteiligung und Patientenmobilität erwirken. App-basierte Systeme zur Erfassung von PROMs werden bereits eingesetzt[14]. Über die App können Patientenaufklärungen durchgeführt, sowie Operations- und Reha-Vorbereitungen vorgenommen werden. Daneben können PROMs erfasst werden, wobei prospektiv anhand der erhobenen Daten ein Benchmarking-System eingeführt werden kann, welches bei Über- oder Unterschreiten der spezifizierten Marks, eine entsprechende Information an die Behandler:innen zurückspielt. Hierdurch kann frühzeitig bei Bedarf zu Gunsten des Patient:innenwohls agiert und gegebenenfalls negativen Outcomes entgegengewirkt werden.

Für die Patient:innen sind vielfältige Vorteile zu erwarten. Neben der fachlich hoch spezialisierten Behandlung entlang klarer Behandlungspfade, wird die erleichterte Verortung im Behandlungszyklus und Identifikation von Zuständigkeiten sowie eine konsequente Nachverfolgung über ein digitales Remote Monitoring (digitale Applikation) als wegweisend angesehen. Schlussendlich resultiert dies in einer höheren Lebensqualität der Patient:innen: schnellere Rehabilitation, schnelleres Rückerlangen von Beweglichkeit und eine frühere Rückkehr in das Alltagsleben und die Arbeitswelt.

Momentane Hürden und potentielle Lösungen

Im Nachfolgenden sollen nun potentielle Schwierigkeiten bei der Implementierung der Vertragsinhalte vorgestellt und mögliche Lösungsansätze dargelegt werden. Zum Zwecke der Qualitätssicherung ist eine Mindestmenge von 50 Eingriffen vorgesehen. Dies soll der Qualitätssicherung dienen und den Status als ‘Exzellenzzentrum’ rechtfertigen. Allerdings birgt dies das Risiko, dass bei einer drohenden Nichterreichung der Anreiz generiert wird, Patient:innen zu operieren, bei denen keine ausreichende medizinische Indikation gegeben ist. Auch kann dieser Fehlanreiz zur Datenmanipulation durch die Bonuszahlungen entstehen, welche bei an das Outcome geknüpft sind. Dem sollen Einzelfall-Kontrollen seitens des Kostenträgers entgegenwirken.

Zudem ist hervorzuheben, dass im Bereich der Schulter-Endoprothetik bisher keine Leitlinien implementiert worden sind. Andererseits ist dies auch ein Potential, das das vorgelegte Konzept in sich trägt. Durch die praktische Implementierung in den Versorgungsalltag können, anhand der erhobenen PROMs und aus den patientenindividuellen Behandlungspfaden gewonnenen Erkenntnissen, Leitlinien entwickelt und ein Benchmarking Eingang in die Regelversorgung von Patient:innen mit operativer Schulter-Endoprothetik finden. Dies wird vor allem durch die digitalisierte Dokumentation der individuellen Patient:innenpfade gefördert.

14 Vgl. Richter et al. (2021), Fawkes & Carnes (2021) und Pham et al. (2017).

Anknüpfend an diesen Punkt lässt sich eine weitere potentielle Hürde bei der Umsetzung des vorgeschlagenen Konzeptes diskutieren. Es ist notwendig den Prozess der Etablierung von TDABC sowie die Interoperabilität der digitalen Tools und Schaffung der notwendigen Schnittstellen zu berücksichtigen. Für diese Etablierung sind monetäre und personelle Ressourcen notwendig, die zwangsläufig bei der Planung der Umsetzung berücksichtigt werden müssen.

Ob eine Schaffung der notwendigen Schnittstellen seitens des Leistungserbringers als realistisch einzuschätzen und eine Interoperabilität der erhobenen Daten in die digitale Klinikstruktur ermöglicht werden kann, muss vor Vertragsschluss sorgfältig abgewogen werden. Dies könnte zum Beispiel über die Involvierung eines weiteren Stakeholders in etwa aus dem Bereich der Medizintechnik über separate Verträge (zwischen Krankenhaus und entsprechendem Medizintechnik-Unternehmen) erreicht werden. So könnte man die notwendige digitale Infrastruktur über eben solche vertraglichen Einigungen im Krankenhaus etablieren. Dennoch gilt es auch hier den zusätzlichen Ressourcenbedarf zu berücksichtigen. Trotz dieser anfangs eventuell anfallenden hohen Aufwendungen sollten die Benefits, die sich mittel- und längerfristig ergeben einen hohen Anreiz schaffen, einen Vertragsschluss einzugehen. Neben den bereits hervorgehobenen Gesichtspunkten ist hinsichtlich der praktischen Umsetzung zu bedenken, dass die Umstrukturierung der allgemeinen Abläufe im Klinikalltag nicht ohne Hindernisse und sofortig umsetzbar, sondern eher prozesshaft geschehen werden. Auch muss die notwendige Schulung des klinischen Personals in Hinblick auf klinische Prozesse und Methoden berücksichtigt werden. Perspektivisch könnte man über eine Verschiebung weiterer stationärer Leistungen entlang des Behandlungspfades in den ambulanten Sektor vornehmen (in etwa Bildgebung über das MVZ abwickeln zu lassen oder eine Verkürzung der stationären Reha) und so die anfallenden Kosten weiter, bei gleichzeitiger Wahrung hoher Qualitätsstandards, senken.

Trotz der benannten Hürden und Limitationen sehen wir in dem vorgelegten Konzept für einen Qualitätsvertrag das Potential die Ergebnisqualität und den Patient:innen-Nutzen im Bereich Schulter-Endoprothetik zu erhöhen. Zudem kann durch die Umsetzung eines solchen ersten Schrittes vor dem gewählten Indikationshintergrund ein viel größerer langfristiger Prozess der Umgestaltung der Versorgung mit Augenmerk auf den Value der Patient:innen initiiert werden.

Literaturverzeichnis

Kircher, J., Ohly, B., Fal, M. F., Magosch, P., & Mauch, F. (2021). Analysis of revision shoulder arthroplasty in the German nationwide registry from 2014 to 2018. JSES international, 5(3), 382-390.

Wassenaar, D., Busch, A., Wegner, A. et al. Schulterendoprothetik. Orthopäde 50, 245–256 (2021). https://doi.org/10.1007/s00132-020-04065-6.

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; online abrufbar unter URL: https://daten.inek.org/DataPortal/ (letzter Abruf: 06.10.2021; 19:30).

Die Weltbank; Population 65 Jahre und älter (% der gesamten Population). Deutschland; online abrufbar unter URL: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS (letzter Abruf: 11.10.2021; 07:32).

Werner, B. S., Hudek, R., Burkhart, K. J., & Gohlke, F. (2017). The influence of three-dimensional planning on decision-making in total shoulder arthroplasty. Journal of shoulder and elbow surgery, 26(8), 1477-1483.

Klug A, Gramlich Y, Rudert M, et al. The projected volume of primary and revision total knee arthroplasty will place an immense burden on future health care systems over the next 30 years. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2021;29(10):3287-3298. doi:10.1007/s00167-020-06154-7.

Rid, F. Revisionsendoprothetik der Hüfte bei geriatrischen Patienten – klinische Betrachtung. Dissertation. 2021. Online abrufbar utner URL: https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/38568/Dissertation_RID.pdf?sequence=1 (letzter Abruf: 18.03.2011, 21:47).

Sozialgesetzbuch V §135a; „Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung"; online abrufbar unter URL: https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/135a.html (letzter Abruf: 19.10.2021; 15:31).

Sozialgesetzbuch V §110a; „Qualitätsverträge"; online abrufbar unter URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__110a.html (letzter Abruf: 19.10.2021; 15:45).

Die Weltbank; Population 65 Jahre und älter (total). Deutschland; online abrufbar unter URL: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO (letzter Abruf: 11.10.2021; 07:41).

Richter, J. G., Nannen, C., Chehab, G., Acar, H., Becker, A., Willers, R., ... & Schneider, M. (2021). Mobile App-based documentation of patient-reported outcomes—3-months results from a proof-of-concept study on modern rheumatology patient management. Arthritis Research & Therapy, 23(1), 1-9.

Fawkes, C., & Carnes, D. (2021). Patient reported outcomes in a large cohort of patients receiving osteopathic care in the United Kingdom. Plos one, 16(4), e0249719.

Pham, Q., Cafazzo, J. A., & Feifer, A. (2017). Adoption, acceptability, and effectiveness of a mobile health app for personalized prostate cancer survivorship care: protocol for a realist case study of the Ned app. JMIR research protocols, 6(10), e8051.

Vertrag zur Integrierten Versorgung nach IV-Vertrag nach §140a SGB V zur Behandlung von Adipositas

Virginia Merico (TU Berlin), Lukas Schöner (TU Berlin),
Carla Hansen (Charité), Jared Sebhatu (digital health transformation eG)
und Florian Csintalan (Roche Pharma AG)

Indikation im Fokus: Adipositas

Adipositas, definiert als ein Body-Mass-Index (BMI) von ≥30kg/m² betrifft etwa ein Viertel aller in Deutschland lebenden Erwachsenen und ist mit schweren Konsequenzen assoziiert. Im Vergleich zur normalgewichtigen Bevölkerung besteht hier ein signifikant erhöhtes Risiko für die Entstehung von schweren Begleit- und Folgeerkrankungen wie zum Beispiel die Koronare Herzkrankheit oder Diabetes mellitus Typ II[1]. Daraus resultieren eine drastisch verminderte Lebensqualität, sowie immense Kosten für das Gesundheitssystem: Im Jahr 2015 wurden die in Deutschland direkt und indirekt mit Adipositas im Zusammenhang stehenden Kosten auf etwa 64 Mrd. Euro geschätzt[2].

Die aktuelle leitliniengerechte Versorgung in Deutschland sieht zunächst konservative Maßnahmen vor, welche aus Ernährungs-, Psycho-, Physio- und Verhaltenstherapie bestehen und meist von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise erstattet werden[3]. Ist das konservative Therapieangebot ausgeschöpft worden, so kann ein operativer Eingriff in Einzelfallentscheidungen begründet werden. Oft ergeben sich hier jedoch Komplikationen, die meist auf die mangelhafte Vor- und Nachsorge zurückzuführen sind[4]. Die oft eingesetzte gewichtsreduzierende Arzneimitteltherapie ist ohne professionelle Begleitung wenig wirksam und von den Krankenkassen nicht erstattet. Aus der aktuell lückenhaften Versorgungssituation ergeben sich somit für die Patient:innen hohe Kosten und mangelhafte Anreize zur Therapie-Adhärenz. Dies wiederum steigert das Risiko für assoziierte Komorbiditäten.

Die für langfristige Erfolge und eine Senkung der Komplikationsrate essenzielle langfristige multidisziplinäre Betreuung ist in Deutschland stark fragmentiert und nicht niederschwellig zugänglich, sodass davon auszugehen ist, dass sowohl der Patient:innennutzen als auch die anfallenden Gesundheitskosten langfristig ungünstig beeinflusst werden. Es besteht kaum Inzentivierung für die Anbieter:innen der Therapie, eine möglichst hohe und langfristige Ergebnisqualität zu erbringen.

Vertrag nach §140a zur Förderung einer qualitätsbasierten Adipositas-Versorgung

Qualitätsbasierte Ansätze der Integrierten Versorgung (IV) nach §140a Sozialgesetzbuch (SGB) V können fachübergreifende Leistungen für die Behandlung von Adipositas in Deutschland koordinieren. Somit ist es möglich, mit Adipositas verbundene Gesundheitsausgaben zu reduzieren und die Behandlungsqualität zu erhöhen. Auch wenn in Deutschland einige regionale Integrierte Versorgungs-Verträge bereits existieren – u.a. der AOK und BARMER GEK – sind diese

1 Vgl. Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V. (2021).
2 Vgl. Statista (2016).
3 Vgl. Klein (2016).
4 Vgl. ebd.

beschränkt zugänglich, etwa nur für schwere Adipositas-Fälle und in ausgewählten Regionen[5]. Als Lösung hierfür wird ein Vertrag nach §140a SGB V zwischen einer Reihe gesetzlicher Krankenkassen und überregional kooperierenden zertifizierten Exzellenz-Kliniken sowie qualifizierten Expert:innen vorgeschlagen. Die damit erzielte Erhöhung der Zugänglichkeit des IV-Programmes soll die Versorgung von Adipositas in Deutschland interdisziplinärer und effizienter gestalten und die mit Adipositas verbundenen Gesundheitsausgaben durch Vermeidung von Spätfolgen signifikant reduzieren sowie die Behandlungsleistung qualitativ erhöhen.

Lösungsansatz: Die Elemente des Vertrags zur integrierten Versorgung von Patient:innen mit Adipositas

Zur vollumfänglichen Behandlung von Adipositas-Patient:innen wird ein interdisziplinäres Netzwerk von stationären und ambulanten medizinischen Leistungserbringenden, Spezialist:innen aus den Bereichen Physio-, Psycho- und Sporttherapie sowie einer professionellen Ernährungsberatung eingesetzt. Kooperierende Leistungserbringende verpflichten sich zur kontinuierlichen Kommunikation der Behandlungsfortschritte und profitieren von der Bindung der teilnehmenden Patient:innen, die während der Behandlung nur vertraglich festgelegte Spezialist:innen aufsuchen dürfen. Die fachübergreifenden Therapiemodule ergänzen sich gegenseitig und sichern die nachhaltige Gewichtsabnahme der Adipositas-Patient:innen. Ergebnis ist ein Patient:innen-individueller Therapie-Plan, welcher von einem/einer medizinisch ausgebildeten Care Manager:in unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsgeschichten sowie der Lebensgewohnheiten der Patient:innen erstellt wird. Begleitend erfolgt die kontinuierliche persönliche Betreuung der Patient:innen und die flexible Anpassung der Therapie. Hier soll eine Plattform zur kumulativen Datensammlung und -nutzung unterstützende Funktion haben. So haben mögliche Einsatzgebiete wie die algorithmisch erstellte therapeutische Handlungsempfehlung und die quantitative Outcomes- und Kostenmessung großes Effizienzpotential. Die Therapiedauer kann je nach Schweregrad der Erkrankung und damit einhergehendem Therapiebedarf variieren und erstreckt sich über 1 bis 4 Jahre.

Der vorgesehene Versorgungsprozess zeichnet sich durch die langfristigen Vor- und Nachsorgemaßnahmen aus, die in der traditionellen Versorgung meist fehlen: Durch die Koordination der einzelnen Behandlungsschritte und die neue Anreizstrukturen schafft es der vorgestellte Vertrag, unnötige Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden, die Behandlungswirksamkeit zu steigern und ein erheblichen Teil der mit Adipositas assoziierten Gesundheitsausgaben, die in 2003 €11,3 Mrd. betrugen und sich häufig durch schwere Folgeerkrankungen ergeben, zu reduzieren.
Die Evaluierung der Qualität und Effizienz erfolgt durch die regelmäßige Messung von CROMs (Clinician Reported Outcomes Measures), PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) und der Kosten nach dem Time-driven Activity-based Costing (TDABC) Ansatz.

Die Vergütungsstruktur ist qualitätsbasiert: Ein auf Outcomes-Messung basierender Bonus wird anteilig an die beteiligten Leistungserbringenden ausgezahlt, wobei die Kosten für unnötig erbrachte Leistungen retrospektiv abgezogen werden. Dadurch bestehen an die Ergebnisqualität geknüpfte ökonomische Anreize für die kooperierenden Leistungserbringenden. Zusätzlich haben nicht-medizinische Berufe das Potenzial, durch die vollständige Erstattungsfähigkeit der Leistungen ihr Leistungsvolumen zu erhöhen und den Umsatz damit zu steigern.

Für die Krankenkassen ist - neben dem Marketingauftritt - ebenso ein positiver finanzieller Effekt zu erkennen. Durch die gezielte und enge Patient:innenbetreuung können perioperative und spätere Komplikationen bzw. Komorbiditäten oder Spätfolgen vermieden oder früher korrekt adressiert werden, woraus eine Reduzierung der direkten und indirekten Kosten mittel- bis

5 Vgl. G-BA (2021) und Klein (2016).

langfristig zu erwarten ist[6]. Hier muss jedoch der mögliche Interessenkonflikt adressiert werden, der durch die Morbi-RSA Zuweisungen entsteht. Eine evidenzbasierte Aussage über die Ausgabenverhältnisse ist bei der fragmentierten und nicht eindeutig codierten Leistungslandschaft nur schwer zu treffen.

Schließlich adressiert das vorgestellte Proposal alle Aspekte eines Value-Based Healthcare Ansatzes: Klare Patient:innenzielgruppe, kontinuierliche Outcomes- und Kostenmessung, qualitätsbasierte Erstattung, kooperierendes Versorgungsnetzwerk, geografisch ausgedehnte Qualitätsmarktführung und Informationstechnologie zur Datensammlung und -nutzung.

Momentane Hürden und potentielle Lösungen

Für den IV-Vertrag könnte der Aufbau eines interregionalen Netzwerkes herausfordernd sein, denn für die Patient:innen müssten die behandelnden Leistungserbringenden in der nahen Umgebung vorhanden sein. Damit teilnehmende Patient:innen auch nur vertraglich festgelegte Leistungserbringende aufsuchen und so keine zusätzlichen Kosten für die Krankenkassen entstehen, ist bei der elektronischen Versicherungskarte von Teilnehmenden technisch einzustellen, dass vergleichende Behandlungen bei Nicht-Vertragsspezialist:innen ausgeschlossen werden. Leistungserbringende, bei denen eine langjährige Betreuung erfolgte, müssen eventuell aufgegeben werden, sofern diese nicht am IV-Vertrag teilnehmen. Insbesondere für ambulante Leistungserbringende und Patient:innen ist es demnach notwendig, eine starke Anreizstruktur für die Teilnahme an dem Programm zu schaffen. Technische sowie datenschutzrechtliche Hürden könnten schließlich die Bereitstellung und die zentrale Verwaltung des gemeinsam benutzten Datenpools darstellen. Klare Aufgabe der Politik an der Stelle ist, Transparenz und Interoperabilität in der Diagnosesystematik sowie Instrumente zu schaffen, die die Sektorengrenzen entschärfen, die Risikostruktur der Versicherte fairerweise adjustieren und so eine qualitätsbasierte Versorgung ermöglichen.

Literaturverzeichnis

Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V., „PRÄVALENZ DER ADIPOSITAS IM ERWACHSENEN-ALTER," 2021. [Online]. Available: https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/praevalenz/. [Zugriff am 15 10 2021].

Statista, „Direkte und indirekte Kosten für Adipositas (Fettleibigkeit) in Deutschland im Jahr 2015," Statista Research Department, 2016. [Online]. Available: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/593247/umfrage/direkte-und-indirekte-kosten-fuer-adipositas-in-deutschland/. [Zugriff am 15 10 2021].

Klein, S. „Weißbuch Adipositas," Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2016.

Gemeinsamer Bundesausschuss. G-BA beginnt mit Entwicklung eines DMP Adipositas, 2021. [Online]. Available: https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/975/. [Zugriff am 18.03.2022].

6 Vgl. Klein, S. 205.

Foto von Isaac Hermar

Vertrag zur Vermeidung nicht identifizierter Kaiserschnitt Operationen

Jonah Grütters (OptiMedis AG, IU Hamburg), Matthias Kretzler (DBBKK Dachverband e.V.), Alexander Rinnert (medondo), Julia Silzle (Charité BSPH) und Michail von Solodkoff (Universität zu Lübeck)

Indikation im Fokus: die Sectio (der Kaiserschnitt)

Die Anzahl der Entbindungen per Sectio (Kaiserschnitt) ist in den letzten Jahrzenten in Deutschland stark gestiegen. Demnach hat sich seit Beginn der 1990er die Sectiorate auf aktuell durchschnittlich ca. 30% verdoppelt[1]. Dabei treten deutliche Unterschiede in Regionen und von Haus zu Haus auf. Die Gründe hierfür werden kontrovers diskutiert und sind vielfältig. Dazu gehören unter anderem ein geändertes Risikoprofil der Schwangeren, aber auch der zunehmende mütterliche Wunsch nach einer Sectio[2]. Neben der besseren Planbarkeit einer operativen Entbindung, bietet diese auch finanzielle Anreize für die Klinik, da diese höher als eine vaginale Geburt vergütet wird. Ein beachtlicher Teil der durchgeführten Sectiones werden in den Geburtskliniken nicht aus medizinischer Notwendigkeit durchgeführt, sondern sind durch verschiedene andere Faktoren begünstigt. Dabei wird außer Acht gelassen, dass eine Sectio mit kurz-, mittel-, und langfristigen Folgen für die Mutter und das Kind assoziiert ist. Mütter haben demnach häufiger schwere Komplikationen und eine höhere Morbidität als bei einer vaginalen Geburt[3]. Hierzu zählt beispielsweise die höhere Rate an postpartalen Depressionen[4]. Zuletzt wurde in Studien in den letzten Jahren auch Auswirkungen der Sectio auf die Neugeborenen untersucht. Demnach gibt es Hinweise darauf, dass sich für Kinder nach einer Sectio das Risiko für Autismus, Asthma, Diabetes Mellitus Typ I, verschiedene Lebensmittelallergien oder die Entzündung der Nasenschleimhaut erhöht[5].

In vielen Fällen ist eine Sectio lebensnotwendig und unumgänglich. Sie bleibt jedoch ebenfalls ein operativer Eingriff mit nicht zu vernachlässigenden Komplikationsgefahren. Daher sollte die Sectio nicht als risikoarme Alternative zur vaginalen Geburt, bei fehlender absoluter Indikation, in Betracht gezogen und Patient:innen als solche kommuniziert werden. Es bedarf einer ausführlichen Aufklärung und Beratung und sollte zudem ausreichend diskutiert werden.

Qualitätsvertrag zur Verbesserung der Indikationsqualität einer Sectio und Vermeidung von Sectiones ohne medizinische Indikation

Der Entwurf für einen Qualitätsvertrag versucht diese Thematik aufzugreifen, eine solide Datengrundlage innerhalb Deutschlands zu ermöglichen und einer steigenden Sectiorate entgegenzuwirken. Das übergeordnete Ziel dieses Vertrags ist eine Verbesserung der Indikationsqualität, die zu einem Rückgang der Sectiones, ohne absolute medizinische Indikation, führen soll.

1 Vgl. Statistisches Bundesamt (2019).
2 Vgl. Awad (2017).
3 Vgl. ebd.
4 Vgl. Ilska et al. (2020).
5 Vgl. Bager et al. (2008), Cardwell et al. (2008), Gialloreti et al. (2014), Gladstone (2010), Sandall et al. (2018), Thavagnanam et al. (2008).

Damit einhergehend wird eine Verbesserung der Versorgungsqualität angestrebt, welche eine Fokussierung auf die Patient:innenperspektive legt. Zusätzlich soll die Förderung der Gesundheitskompetenz und das Empowerment der Schwangeren und zuletzt auch das Ziel des shared decision-making erreicht werden.

Die Elemente des Qualitätsvertrags

Zur Erreichung der Ziele sind mehrere Aspekte innerhalb des hypothetischen Vertrages geplant. Dabei werden Bonuszahlungen von der Krankenkasse an das Krankenhaus als Anreiz für die verbesserte Versorgungsqualität ausgezahlt. Diese beinhalten Zahlungen für die kontinuierliche, systematische Erhebungen von standardisierten klinischen und Patient:innenrelevanten Daten, für das Abhalten von individuellen sowie ausführlichen Beratungs- und Aufklärungsgesprächen zu Entbindungsmethoden nach dem AWMF Leitlinienkatalog und für die Senkung der absoluten Sectiorate der Klinik. Als Erhebungsinstrumente und Qualitätsparameter wird dabei auf das ICHOM Standardset „Pregnancy & childbirth" zurückgegriffen[6]. Aus diesem werden einzelne, aussagekräftige Patient-reported Outcome Measures (PROMs), Clinical-reported Outcome Measures (CROMs), Patient-reported Experience Measures (PREMs) sowie demographische Daten für den Bereich Kaiserschnitt zusammengefasst. Neben der Datenerhebung ist auch eine Datenanalyse unabdingbar. Die Verwendung von PRO- und PRE-Daten und transparenten Kostenaufstellungen ist im Bereich der Sectiones in Deutschland nicht ausreichend erfasst. Vereinzelte Kostenkalkulationen zeigen eine Gegenüberstellung von Personal-, Sach-, Infrastrukturkosten und Kosten für andere Institutionen und den Erlösen aus den DRG-Fallpauschalen bei einer Sectio und vaginalen Geburt[7]. Anhand dieser lässt sich ein mittlerer Gewinn des Krankenhauses gegenüber einer vaginalen Geburt von ungefähr 1285€ berechnen und stellt somit ein Fehlanreiz für die Durchführung einer Sectio dar. Die Kostenträger könnten demnach in einem potenziellen Kooperationskrankenhaus mit entsprechendem Geburtenvolumen von min. 1500 Geburten[8] durch diesen Vertrag und einer Senkung der Sectio von 35% auf 20% rund 3 369 012€ einsparen[9]. Damit soll mit diesem Vertrag die Förderung eines maximalen „Values" ermöglicht werden, welche Vorteile für alle beteiligten Stakeholder (Leistungserbringer, Kostenträger, Patient:innen) erzielt. Die Krankenhäuser verpflichten sich durch den Vertrag zu personellem, dokumentarischen und finanziellem Mehraufwand. Sie gehen jedoch auch Maßnahmen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung ein, verbessern ihre Versorgungsqualität, steigern die Patient:innenzufriedenheit und leisten dabei einen Beitrag für die Zukunft des Gesundheitssystems. Im Vordergrund der Interessen der Kostenträger steht mitunter die Wirtschaftlichkeit und in diesem Sinne eine Kostenreduktion bei gleichzeitig verbesserter Qualität (gesteigerter Value). Als Vorteile für Patient:innen ergeben sich aus diesem Vertrag eine verbesserte Versorgungsqualität, Patient:innenorientierung im Versorgungsprozess und die Förderung von Gesundheitskompetenz und Empowerment.

Die Idee dieses Projekts spiegelt die Notwenigkeit von innovativen Versorgungsformen wider. Im Bereich der steigenden Quote nicht medizinisch indizierter Kaiserschnitte sind die Ursachen und Auswirkungen auf Kinder und Mütter noch nicht ausreichend erforscht. Die standardisierte Erhebung von Patient:innenrelevanten Outcomedaten und klinisch relevanten Parametern könnte zu weiteren Erkenntnisse in diesem Bereich führen. Auch eine transparente Kostenaufstellung bezüglich der Sectio in Deutschland ist für eine qualitätsorientierte Versorgung wichtig.

6 Vgl. ICHOM (2016).
7 Vgl. Rummel (2017).
8 Vgl. Science Media Center (2020).
9 Berechnungen in Anlehnung an Rummel (2007).

Insgesamt sollten im deutschen Gesundheitssystem Anreize geschaffen werden, die eine systematische Datenerfassung, qualitätsorientierten Versorgung und Förderung des maximalen Values im Sinne des Value-based Healthcare-Ansatzes ermöglichen.

Momentane Hürden und potentielle Lösungen

Die größte Barriere des Vertrages besteht in der steigenden Anzahl an Wunsch-Kaiserschnitten aus unterschiedlichen Gründen innerhalb Deutschlands. Wenn sich Frauen nach einer ausführlichen Beratung und Erklärung der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Entbindungsmethoden weiterhin ausdrücklich für eine Sectio entscheiden, wird dieser respektiert. Ein Empowerment der Frauen, eine Förderung der Gesundheitskompetenz und eine gemeinsame Entscheidungsfindung sollten nicht untergraben werden. Barrieren dieses Vertrags sind zudem der entstehende Mehraufwand für das Krankenhaus auf Personal- und Sachebene. Hierzu zählen beispielsweise erhöhter Dokumentationsaufwand, höherer Personalschlüssel und potenziell längere Arbeitszeiten der Angestellten. Diese Kosten sollten über die zusätzlichen Bonuszahlungen gedeckt werde. Zusätzlich gibt es wenige Erfahrungen über Kosten und Nutzen bei dem Versuch der Reduzierung der Kaiserschnittrate. Auch wenn internationale Studien aus Brasilien erfolgversprechend aussehen, bleibt es fraglich inwieweit diese Ergebnisse direkt auf Deutschland übertragbar sind. Deshalb ist die systematische Datenerhebung und -analyse innerhalb dieses Vertrages sehr wichtig, auch wenn dadurch keine Gewährleistung des Erreichens der Qualitätsziele dieses Vertrags entsteht. Außerdem könnten sich die Bonuszahlungen auch zu Fehlanreizen entwickeln und daher kontraproduktiv und nicht qualitätssteigernd wirken. Eine weitere Barriere des Vertrages sind die momentan definierten Indikationsbereiche des §110a SGBV. Schwangerschaft, Mutter- oder Kindergesundheit fallen in keinen der bisher definierten Bereiche, weshalb der Vertrag momentan nicht innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens umzusetzen wäre. Zuletzt gilt es die Umsetzung des Vertrages im digitalen Bereich gut zu durchdenken. Die PROMs werden den Frauen entweder über ein unabhängiges Unternehmen zur Verfügung gestellt oder basierend auf bereits vorhandenen digitalen Strukturen umgesetzt.

Literaturverzeichnis

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021). Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser 2019. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Artikelnummer: 2120611197004

Awad, O. (2017). Angst vor der Geburt und psychosomatisches Befinden von Frauen mit geplantem (Wunsch-) Kaiserschnitt und mit geplanter vaginaler Geburt im Vergleich.

Ilska, M., Banaś, E., Gregor, K., Brandt-Salmeri, A., Ilski, A., & Cnota, W. (2020). Vaginal delivery or caesarean section–Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. Midwifery, 87, 102731.Bager, P., Wohlfahrt, J., & Westergaard, T. (2008). Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disesase: meta-analyses. Clinical & Experimental Allergy, 38(4), 634-642.

Cardwell, C. R., Stene, L. C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M. J., . . . Stoyanov, D. (2008). Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. In: Springer.

Gialloreti, L. E., Benvenuto, A., Benassi, F., & Curatolo, P. (2014). Are caesarean sections,induced labor and oxytocin regulation linked to Autism Spectrum Disorders? Medical Hypotheses, 82(6), 713-718.

Gladstone, M. (2010). A review of the incidence and prevalence, types and aetiology of childhood cerebral palsy in resource-poor settings. Annals of tropical paediatrics, 30(3), 181-196.

Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., . . . Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet, 392(10155), 1349-1357. doi:10.1016/s0140-6736(18)31930-5

Thavagnanam, S., Fleming, J., Bromley, A., Shields, M. D., & Cardwell, C. (2008). A metaanalysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. Clinical & Experimental Allergy, 38(4), 629-633

International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) (2016. Pregnancy & Childbirth – Data collection refrence guide Version 1.0.3. Verfügbar unter: https://ichom.org/files/medical-conditions/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-childbirth-reference-guide.pdf [zuletzt aufgerufen am 21.10.2021]

Rummel, S. I. (2007). Kosten und Erlöse bei der Abrechnung geburtshilflicher Leistungen nach dem System der Diagnosis-Related-Groups (DRG). lmu,

Science Media Center (2020). Erste S3-Leitlinie für Kaiserschnitt: Hintergrund und regionale Datenanalyse. Verfügbar unter: https://www.sciencemediacenter.de/fileadmin/user_upload/produkte/investigative/kaiserschnitt/SMC_Kaiserschnitte.pdf [zuletzt aufgerufen am 18.10.2021]

Foto von Alex Green

Durchgängige Versorgung von Patient:innen mit depressiven Erkrankungen - Vorschlag für die Ausgestaltung künftiger Qualitätsverträge

Stephan Bayerl (RoMed Kliniken), Anna Maria Hage (Charité), Juliane Köhler (Charité BSPH), Annabell Müller (Universitätsspital Basel)

Indikation im Fokus: Depressive Erkrankungen

Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten und schwerwiegendsten Krankheitsbildern der Welt und beeinflussen durch ihre Belastungen die Lebenszeit von Betroffenen[1]. In Deutschland liegt die Prävalenz mit 9,2% deutlich über dem EU-Durchschnitt (6,6%)[2].

Lange Wartezeiten, unspezifische Diagnosestellungen und Unterversorgung prägen häufig den langen Behandlungspfad von Patient:innen[3]. Dies hat sowohl auf Individualebene, als auch aus gesundheitspolitischer Sicht verheerende Folgen. Erkrankte unterliegen häufiger einer verminderten Leistungsfähigkeit in ihrer Erwerbstätigkeit, die sich häufig in einer erhöhten Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen niederschlägt. Die Diagnose Depression sorgte 2017 für über 44 Mio. AU-Tage[4]. Darüber hinaus nutzen Betroffene das Gesundheitssystem intensiver[5]. Dadurch beliefen sich die direkten Kosten für die Behandlungen von Depressionen bereits 2008 auf 5,2 Mrd.€[6]. 2015 waren es sogar schon 8,7 Mrd.€[7]. Vor dem Hintergrund, dass 2040 ein Defizit von mehr als 50 Milliarden Euro bei den gesetzlichen Krankenkassen prognostiziert ist, sind aus gesundheits-ökonomischer Sicht Effizienzsteigerungen zwingend notwendig[8].

Qualitätsvertrag zur Förderung der Ergebnisqualität in der Versorgung von Patient:innen mit depressiven Erkrankungen

Ziel des dargelegten Projektmodels ist die Steigerung der Ergebnisqualität in der Behandlung von depressiv Erkrankten. Betroffene sollen besser identifiziert und schneller eine leitlinienorientierte Behandlung erhalten. Durch den Einsatz digitaler Tools, wie der elektronischen Patientenakte bzw. der KVN-Plattform und einer App-basierten digitalen Gesundheitsanwendung erfolgt ein engeres Monitoring – auch über die Akutbehandlung hinaus.

Für die Krankenkassen bedeutet dies langfristig eine Senkung der Behandlungskosten, da der Behandlungspfad von Betroffenen verkürzt und optimiert werden kann. Die Datentransparenz ermöglicht einen zeitsparenden und für alle Beteiligten nachvollziehbaren Behandlungspfad.

Aus Sicht des Netzwerks bzw. der Ärzt:innen braucht es neue Anreizmodelle. So soll die Vergütung künftig nach value, statt nach volume erfolgen. Im Mittelpunkt steht der Wert oder das Ergebnis, welchen für Patient:innen erbracht wurde und nicht mehr die Menge der Leistung, die ein Ärzt:innen und andere Behandelnde erbracht haben.

1 Vgl. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020).
2 Vgl. Robert Koch-Institut (2019).
3 Vgl. Bundes Psychotherapeuten Kammer (2021) und Melchior et al. (2014).
4 Vgl. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (2020).
5 Vgl. Melchior et al. (2014).
6 Vgl. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (2015).
7 Vgl. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (2020).
8 Vgl. Bertelsmann Stiftung (2019).

Die Elemente des Qualitätsvertrags

Grundlage des hier ausgearbeiteten Qualitätsvertrags stellt das Modellprojekt „Integrierte Versorgung von depressiven und von Burn-out betroffenen Versicherten“ der AOK Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) dar. Verbesserungen von Versorgungslücken, wie die Vermittlung eines schnellen Therapieplatzes (<14 Tage), als auch ein niedrigschwelliger Zugang zu evidenzbasierter, leitliniengerechter Behandlung sind hier bereits vertraglich verankert und sorgen für erste Qualitätsverbesserungen der Versorgung.

Die AOK Niedersachsen und die KVN arbeiten mit einem Versorgungsnetzwerk von ca. 725 teilnehmenden Hausärzt:innen und 270 Fachärzt:innen, sowie Psychotherapeut:innen zusammen. Unter dem Aspekt einer wert- und qualitätsorientierteren Behandlung und der damit einhergehenden Steigerung der Ergebnisqualität, soll das Modellprojekt durch einen Qualitätsvertrag zwischen der Krankenkasse und der KVN und dem bereits bestehenden Netzwerk weiterentwickelt werden.

Im Zentrum des Qualitätsvertrags steht eine digitale Versorgungsplattform, die alle Teilnehmenden vernetzen soll. Dafür soll als Basis die vorhandene Vermittlungsplattform der KVN an eine digitale Patientenakte und eine App (der digitalen Gesundheitsanwendung Selfapy) angeschlossen werden. Die App bietet bereits psychologische Unterstützung durch online-Kurse und soll um die Erfassung von ePROMs erweitert werden. Patient:innen sollen bei Erstvorstellung bei ihren niedergelassenen Ärzt:innen gescreent und durch die Verordnung der App bis zu ihrer Therapie, aber auch darüber hinaus nachverfolgt werden. So können Betroffene schon während der Wartezeit auf einen Therapieplatz unterstützt werden und akute Verschlechterungen in Echtzeit erkannt werden. Die Ergebnisse der PROMs, vergangene Befunde und Behandlungstermine sind für alle Behandelnden in der digitalen Versorgungsplattform einsehbar.
Wird über die ePROMs eine erhebliche Verschlechterung der Werte unter festgelegte Grenzwerte gemessen, erhalten die Behandelnden eine Benachrichtigung und können entsprechende Maßnahmen zeitgerecht einleiten und bei Bedarf die Therapie anpassen. Patient:innen profitieren somit durch einen schnelleren Zugang zur Behandlung und einer engmaschigen Begleitung bzw. schnellerem Einschreiten bei Verschlechterungen, sowie einer stetigen Reevaluation der Angemessenheit der Therapie.

Momentane Hürden und potentielle Lösungen

Die Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitssystems erschwert ein bundesweit einheitliches Vorgehen, weshalb es schwierig wird ein derartiges Modellprojekt auf nationaler Ebene umzusetzen. Sektorengrenzen, sowie die Vielzahl an Krankenkassen führen zu hohem bürokratischen Aufwand. Zur Überwindung der Sektorengrenzen und Vernetzung der Stakeholder braucht es dringend eine allen Beteiligten zugängliche digitale Lösung, einen einheitlichen IT-Standard und Schnittstellen. Darüber hinaus sollte der Zugriff auf die Daten in der neuen digitalen Versorgungsplattform für Behandelnde einfach durch die Patient:innen selbst verwaltet werden können.

Eine weitere Hürde liegt in den derzeit vorhandenen Vergütungsmodellen. Sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich braucht es ein einheitliches, neues Finanzierungsmodell. Dieses folgt dem Ansatz Pay for Perfomance oder value, statt volume. Die Erlöse sollten sich nach der langfristigen Ergebnisqualität (aus Patient:innensicht) richten und nicht nach der Menge der erbrachten Leistungen der Ärzt:innenschaft. Vor dem Hintergrund der steigenden Kosten können und müssen die Krankenkassen die Rolle der Initiatoren und Treiber einer solchen Reformierung übernehmen.

Literaturverzeichnis

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020): Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, in: The Lancet, Bd. 396, Nr. 10258, S. 1204–1222, [online] doi:10.1016/s0140-6736(20)30925-9. Link: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext#seccestitle10 (abgerufen am 16.01.2022)

Robert Koch-Institut (2019): Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2, in: Journal of Health Monitoring 2019 4(4), [online] 11.12.2019, Link: https://edoc.rki.de/handle/176904/6242 (abgerufen am 21.10.2021).

Bundes Psychotherapeuten Kammer: BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut:innen, in: Pressemitteilung BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut:innen, 29.03.2021, link: https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/?cookie-state-change=1634839274662 (abgerufen am 21.10.2021).

Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.: Report Psychotherapie 2020, 1. Auflage März 2020 / Stand: Februar 2020, Link: https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=11069&token=a90390e76f0e00e7f914aef6a5b-47f06e3cd5329 (abgerufen am 06.01.2022)

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF: S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs Leitlinie Unipolare Depression, Langfassung, 2.Auflage, 2015, Version 5, Link: https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-2aufl-vers5-lang.pdf, (abgerufen am 06.01.2022)

Bertelsmann Stiftung (2019): Defizit der Krankenkassen steigt bis 2040 auf fast 50 Milliarden Euro, Link: https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/oktober/defizit-der-krankenkassen-steigt-bis-2040-auf-fast-50-milliarden-euro, (abgerufen am 06.01.2022)

Melchior et al; Bertelsmann Stiftung: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen, in: Faktencheck Gesundheit, 2014, 1. Auflage, Link: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf. (abgerufen am 16.01.2022)

Zusammenfassung

In Anlehnung an die in § 110 SGB V vorgesehenen und durch das GVWG gestärkten Qualitätsverträge haben die Seminar-Teilnehmenden Vorschläge für innovative Versorgungskonzepte mit VBHC Elementen entworfen. Dabei wurden auch Indikationsbereiche ausgewählt, die teils noch nicht zwischen DKG und GKV-SV als Pilotbereiche für Qualitätsverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart sind, in denen eine stärker am VBHC-Konzept ausgerichtete Versorgung jedoch großes Potential bietet. Hierzu gehören einerseits chronische Erkrankungen mit hoher Prävalenz, steigender Inzidenz und großem sozioökonomischem Einfluss wie die Herzinsuffizienz, die chronische Niereninsuffizienz aber auch chronische Rückenschmerzen, Adipositas und Depressionen. Auch Bereiche, in denen aktuelle Anreizstrukturen zu einer Fehlversorgung wie beispielsweise einer invasiven, chirurgischen Therapie bei nicht ausreichend ausgeschöpften konservativen Therapieoptionen, oder Bereichen denen eine unzureichenden Vergütung von medizinischen Innovationen zu unnötigen Folgekosten führt, wurden von den Teilnehmenden identifiziert. Hierzu zählen die Projektvorschläge für die Indikationsbereiche Endoprothetik, Bandscheibenvorfall und Entbindung. Alle in den Vorschlägen bearbeiteten Bereiche haben hohe Relevanz für die Lebensqualität, Funktionalität und das Wohlbefinden von betroffenen Patient:innen und viele erfordern in Diagnostik und Therapie einen hohen Grad an Spezialisierung für eine optimale Versorgung.

Neben der Entwicklung konkreter Vertragsvorschläge setzten sich die Teilnehmenden auch mit Hürden einer Implementierung und notwendigen Anpassungen der aktuellen Gesetzesgrundlage auseinander. Im Vordergrund standen hier: Die Bedeutung einer IT-Infrastruktur, die transsektorale Versorgung und effizienten Informationsaustausch entlang des Behandlungspfades ermöglicht; die derzeit nicht gegebene Erstattungsfähigkeit von PROM-Nutzung in der Routineversorgung bei initial erhöhten Investitionsbedarf; noch schwer zu quantifizierende Einsparungspotenziale und Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit beteiligter Akteur:innen bei vorherrschender Kostenallokation sowie die noch unzureichende Aus- und Weiterbildung und damit verbunden der notwendige Kulturwandel, dessen es für eine Neuorientierung der Gesundheitsversorgung an „Value“ statt Volumen bedarf.

Hauptfokus liegt darauf wie VBHC schon heute im momentanen Gesundheitssystem durch Qualitätsverträge umgesetzt werden kann. Darüber hinaus wird auf Zukunftspotenziale hingewiesen, welche bei Überwindung der Skalierungshürden realisiert werden könnten.

Qualitätsverträge stellen dabei ein deutsches VBHC Beispiel dar, welches in Zukunft durch neue Finanzierungsstrukturen und Initiativen verstetig, ergänzt bzw. ausgebaut werden kann.

Fazit

Die Implementierung von VBHC-Elementen steht in Deutschland noch am Anfang:
Die kontinuierliche Ergebnismessung und eine Anwendung der Daten auf individueller und Systemebene sind noch wenig ausgeprägt. **Eine fragmentierte Versorgung, bei der aktuell nicht die Rede von einem „Versorgungskontinuum" sein kann, sowie eine Vergütung, die weiterhin auf Volumen basiert, resultieren in einer unklaren Verantwortlichkeit von Leistungserbringern für 1. die Versorgungsqualität 2. für die hierzu notwendigen Ressourcen.**
Die mangelnde Zusammenarbeit zwischen Stakeholdergruppen und über Sektorengrenzen hinweg, eine noch wenig ausgebildete IT-Infrastruktur, die diese unterstützen könnte, eine lückenhafte und wenig patientenrelevante öffentliche Berichterstattung sowie Anreizsysteme, die weiterhin Leistungsvolumen mehr als Versorgungsqualität inzentiveren sind Herausforderungen und Hürden, die es für eine Transformation des Gesundheitssystems zu adressieren gilt. Positive Trends sind in den letzten Jahren jedoch zu beobachten: Das Interesse verschiedener Interessensgruppen an VBHC im Gesundheitswesen ist geweckt und eine wachsende Zahl von Bottom-up VBHC Initiativen ist zu verzeichnen. Hierzu zählen insbesondere Forschungs- oder Pilotprojekte im Bereich der PROMs-Nutzung, die häufig in Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Forschungseinrichtungen oder spezialisierten IT-Dienstleistern erfolgen. Zunehmend werden auch einflussreiche Akteur:innen und Verbände auf das Thema PROMs und patientenrelevante Outcomes aufmerksam. Hervorzuheben sind hier die Aktivitäten der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) oder der Qualitätskliniken (4QD), die PROMs zunehmend als wichtige Komponente ihrer Bestrebungen im Bereich der leistungserbringerübergreifenden Qualitätssicherung wahrnehmen und dahingehend erste Kooperationen wie die mit IT-Dienstleistern wie heartbeat medical initiiert haben. Aktuelle Bestrebungen zum Aufbau einer Telematikinfrastruktur mit einem Ökosystem ineinandergreifender Elemente wie der elektronischen Patientenakte, digitalen Gesundheitsanwendungen, Patientenportalen und weiteren Aspekten zur Stärkung der Patientenperspektive und Vernetzung des Gesundheitssystems stellen wichtige Meilensteine dar. Auf dieser Basis erfolgreich umgesetzte Pilotprojekte mit genügend Fernwirkung könnten den nächsten entscheidenden Schritt und Hebel für die Erstellung einer nationalen Strategie bedeuten. **Denn um eine breitere PROM-Nutzung bzw. eine Skalierung von positiv evaluierten VBHC Projekten zu fördern, fehlt es aktuell an einem umfassende politischen Rahmenprogramm, das das Erfassen und Anwenden von patientenrelevanten Outcomes wie PROMs und PREMs ausdrücklich empfiehlt oder sogar vorschreibt, nötige Standards – auch im Sinne einer erhöhten Vergleichbarkeit von Ergebnissen als Grundlage für öffentliche Berichterstattung und Qualitätstransparenz - festlegt und Rahmenbeding-ungen für eine am Patient:innennutzen ausgerichtete Vergütung setzt.** Erfahrungswerte aus Pilotprojekten und ein „Proof of concept" der Implementierung von VBHC im Kontext des deutschen Gesundheitssystems kann wichtige Impulse für die Entwicklung einer nationalen Strategie geben.

Schlusswort der Faculty

Sophie-Christin Ernst, Viktoria Steinbeck, Christoph Pross und Reinhard Busse

Fünf intensive Tage mit guten Diskussionen zum Thema VBHC, diversen Möglichkeiten zum Cross-Stakeholder Austausch und einer kritischen Auseinandersetzung mit den aktuellen Problemen unserer Versorgungs- und Vergütungsstrukturen haben bereits zur Entwicklung konkreter Umsetzungsvorschläge beigetragen. Die im Nachgang weiter herausgearbeiteten Vorschläge für Qualitätsverträge, deren Zusammenfassungen in diesem Report veröffentlicht sind, sollen einen ersten Eindruck von Möglichkeiten zur Implementierung des Konzeptes im Rahmen der aktuellen Gesetzeslage bieten, die öffentliche Diskussion zu Transfomations- und Innovationsbedarf in unserem Gesundheitswesen anstoßen und Einblick in die Ergebnisse des Intensivseminars geben. Darüber hinaus wünschen wir als Faculty und die Seminarteilnehmenden, den Dialog über das Seminar hinaus fortzuführen. Bei Interesse an bestimmten Vertragsvorschlägen stellen wir daher gern den Kontakt zu einzelnen Teams her. Als Faculty stehen wir gern für einen Austausch zu weiteren Kooperationsideen und Ergänzungen des Seminars oder gar die Erstellung von Case Studies aus dem deutschsprachigen Raum für folgende Auflagen des Intensivseminars zur Verfügung. Wir möchten mit dem VBHC Intensivseminar auch zukünftig einen Impuls geben und eine Plattform für eine stärkere Cross-Stakeholder Zusammenarbeit mit dem gemeinsamen Ziel „Value" für Patient:innen und das System zu schaffen bieten. Die positive Resonanz nach einer ersten Pilotierung sowie das hohe Interesse an weiteren Angeboten bestätigt uns in diesem Vorhaben, sodass wir das VBHC-Intensivseminar vom 10.-14. Oktober 2022 erneut an der Technischen Universität Berlin ausrichten werden.

Eine Bewerbung zum VBHC-Seminar 2022 ist online über diesen Link bis zum 30. Juni 2022 möglich.

Bei Fragen zu diesem Report wenden Sie sich an Sophie-Christin Ernst (s.ernst@tu-berlin.de) oder Viktoria Steinbeck: steinbeck@tu-berlin.de

Literaturverzeichnis

Commonwealth Fund (2020e). International Healthcare System Profiles: Germany. https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany (Download 5.11.2020).

Deutsches Ärzteblatt (2022) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/132501/Digitalisierung-im-Gesundheitswesen-Deutschland-liegt-zurueck (Download 27.04.2022).

Shih, Anthony et al. 2008. COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM Organizing the U.S. Health Care Delivery System for High Performance. New York, NY. http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Shih_Organizing_8-4-08.pdf?section=4039.

Steinbeck V, Ernst SC & Pross C (2021). Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich, Bertelsmann Stiftung 2021

GKV Spitzenverband (2018). Qualitätsverträge – GKV-Spitzenverband.https://gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet_1/qualitaetsvertraege/qualitaetsvertraege.jsp (Download 29.9.2020).

DEKV Presseportal (2020). Starkes Signal für Patientenversorgung: Jährlich 22 Millionen Euro für Qualitätsverträge bis 2028. https://www.presseportal.de/pm/126495/4768099 (Download 22.2.2021).

Bildquellen:

Motivation für das erste deutsche VBHC-Seminar: https://www.pexels.com/de-de/foto/wissenschaftler-mit-mikroskop-3938022/

Perspektive der Leistungserbringer und Umsetzung von VBHC im Schweizer Gesundheitswesen: https://unsplash.com/photos/Pd4lRfKo16U

Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen: https://www.pexels.com/de-de/foto/person-professionell-klinik-arzt-4483323/

CHIP – Chronisches Herzinsuffizienz Programm: https://www.pexels.com/de-de/foto/trauer-traurig-graue-haare-gesichtsausdruck-8871475/

Dialyse – The Value of Choice: Ein Vertrag zur Förderung von Ergebnisqualität und Patient:innennutzen im Bereich chronische Niereninsuffizienz: https://www.pexels.com/de-de/foto/hande-menschen-frau-zimmer-3952126/

Qualitätsvertrag nach §110a SGB V – Bundled Payment zur stationären Versorgung von Patienten mit chronischen unteren Rückenschmerzen: https://www.pexels.com/de-de/foto/frau-schreibtisch-klinik-arzt-7579823/

Qualitätsorientierter Versorgungsvertrag nach §140a SGB V für Patient:innen mit Bandscheibenvorfall: https://www.pexels.com/de-de/foto/crop-masseur-bereitet-den-kunden-auf-die-behandlung-der-wirbelsaule-vor-5473215/

Vorschlag für einen Qualitätsvertrag vor dem Indikationshintergrund Schulterendoprothetik: https://www.pexels.com/de-de/foto/person-frau-draussen-erwachsener-7298390/

IV-Vertrag nach §140a SGB V zur Behandlung von Adipositas: https://www.pexels.com/de-de/foto/frau-im-blauen-und-weissen-tupfenhemd-das-nahe-weisser-und-grauer-nahmaschine-steht-6129508/

Der Kaiserschnittvertrag: https://unsplash.com/photos/l0ltPtlsVEE

Durchgängige Versorgung von Patient:innen mit depressiven Erkrankungen - Vorschlag für die Ausgestaltung künftiger Qualitätsverträge: https://www.pexels.com/de-de/foto/ernten-sie-schwarzen-mann-der-mit-psychologe-spricht-5699434/

Veröffentlicht durch das
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Techische Universität Berlin
Juni 2022