



JA

Janssen Open House Whitepaper VBHC

Unsere Gesundheitsversorgung gemeinsam neu ausrichten –
eine Allianz für Value Based Healthcare

Editorial

Liebe Leser:innen,

vielleicht gehören Sie ja auch zu den Menschen, die erst wissen wollen, was das Ergebnis eines Papiers oder eines Artikels ist, und dann entscheiden, ob die Lektüre lohnt. Falls auch Sie dazugehören, hier die Kurzzusammenfassung dieses Whitepapers:

„Value Based Healthcare: Funktioniert es?

Ja! Ist es einfach? Nein!“

Dieses „Executive Summary“ haben nicht wir uns ausgedacht. Es handelt sich um ein Zitat von Prof. Dr. Fred van Eenennaam. Der Chairman des VBHC Center Europe¹ hat unser Janssen Open House im Februar 2022 mit einem sehr einprägsamen Impuls bereichert.

Spätestens jetzt sollte Ihre Aufmerksamkeit so weit geweckt sein, dass Sie wissen wollen, was Value Based Healthcare ist, wie der Ansatz funktioniert und welche Herausforderungen auf dem Weg dorthin zu meistern sind. Genau darum geht es in diesem Whitepaper.

Es richtet sich an alle jene, die sehen: Beim Status quo kann es nicht bleiben! Ob Ärzt:innen oder Pflegepersonal, Patient:innen oder Angehörige, Forscher:innen oder Krankenkassen – egal, auf welcher Seite im Versorgungsgeschehen die Akteur:innen stehen, die Unzufriedenheit mit den bestehenden Verhältnissen ist mit Händen greifbar. Denn: Wir schöpfen das vorhandene Potenzial nicht aus. Wir könnten viel mehr für Patient:innen bewirken, sie qualitativ deutlich besser, weil individueller, versorgen – und tun es nicht.

Man muss nicht immer alles neu erfinden

Value Based Healthcare (VBHC) ist keine Erfindung von uns, aber schon lange unser Herzensthema. Denn unser Ziel ist ein leistungsfähiges, bezahlbares Gesundheitssystem, in dem jeder Mensch die Chance auf die jeweils individuell richtige Therapie zum individuell richtigen Zeitpunkt hat.

¹<https://www.vbhc.nl/>

Editorial

Um dafür die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, wollen wir dazu beitragen, das Konzept der konsequent patienten- und wertzentrierten Gesundheitsversorgung bekannt zu machen. Etwa, indem wir gezielt den Austausch mit verschiedenen Stakeholdern suchen, um gemeinsam Anknüpfungspunkte für die Umsetzung von VBHC im deutschen Gesundheitssystem zu identifizieren und Handlungsempfehlungen für die Umsetzung zu entwickeln. Im Rahmen des Janssen Open House haben wir VBHC und das Potenzial für die Qualität der Gesundheitsversorgung von Patient:innen gleich zweimal sehr intensiv mit meinungsstarken Persönlichkeiten aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens diskutiert. Herzlichen Dank allen Gesprächspartner:innen für den inspirierenden, konstruktiven und offenen Austausch!

Gemeinsam haben wir entschieden, die Ergebnisse und Erkenntnisse in diesem Whitepaper zusammenzufassen. Denn nicht nur der Leidensdruck ist hoch. Die Motivation, etwas zu verändern, ist es auch. Wir hoffen, dass dieses Whitepaper unsere Motivation, das Gesundheitssystem im Sinne von VBHC weiterzuentwickeln, wie auch den Spirit, der in den intensiven Gesprächen spürbar war, vermittelt – und im positiven Sinne ansteckend wirkt. Wir freuen uns auf Ihr Feedback!

„Value Based Healthcare: Funktioniert es?

Ja!

Ist es einfach? Nein!

Warum dann die Mühe?

Weil unsere Gesundheit es wert ist!“

Herzlichst

Dr. Dorothee Brakmann und Christian Hilmer

Mitglieder der Geschäftsleitung von Janssen Deutschland



Editorial Inga Bergen

„Wir brauchen eine neue Definition des Begriffs ‚Qualität‘ im Gesundheitswesen“

Was verstehst du unter VBHC?

Unser Gesundheitswesen braucht einen grundlegenden Umbau. Weg von einem Reparaturbetrieb hin zu einem System, das den Mehrwert für die Patient:innen in den Mittelpunkt stellt – auch in den Vergütungssystemen. Diese wertbasierte Gesundheitsversorgung (VBHC) wird bereits in anderen Ländern erfolgreich als Methoden- und Rahmeninstrument genutzt, um einen solchen Wandel zu vollziehen. VBHC ist ein Konzept des Wirtschaftens: Ergebnisse werden im ersten Schritt bewertet und dementsprechend vergütet – das ist eine große Veränderung zu unserem heutigen System, welches erbrachte „Leistungen“ und nicht ihre Ergebnisse vergütet. Das führt zu vielen Fehlanreizen im System. In einer wertorientiert ausgerichteten Versorgung sollten Leistungserbringer viel mehr mit Patient:innen zusammenarbeiten, um einen Behandlungsplan festzulegen und die relevanten klinischen Ergebnisse im Verlauf der Therapie messen zu können. VBHC würde damit eine bisher ungenutzte „Ressource“ im Gesundheitswesen stärker einbeziehen: die Patient:innen. Gleichzeitig hat VBHC das Potenzial, die Motivation des medizinischen Personals und damit auch die Resilienz des Gesundheitswesens insgesamt zu steigern. Insofern geht es bei VBHC um weit mehr als nur eine effiziente Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel.

Welches Potenzial hat die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung im Sinne von VBHC auf die Qualität der Versorgung?

VBHC ist eine neue, konzeptionelle Ausrichtung der wirtschaftlichen Organisation unseres Gesundheitswesens, die zugleich eine andere Philosophie und Haltung repräsentiert. VBHC bedeutet jedoch nicht nur eine strukturelle, sondern auch eine kulturelle Transformation: Leitstern ist der Nutzen, das Ergebnis, die Gesundheit der Patient:innen. Mit einem auf VBHC ausgerichteten Gesundheitssystem wäre es

finanziell attraktiver, zum Beispiel chronische Erkrankungen langfristig zu heilen, statt lediglich ihre Symptome zu behandeln. Wenn wir alle Aktivitäten im Gesundheitswesen anhand ihres Ergebnisses für die Patient:innen bewerten, vergüten und ausrichten, ist auch eine Neudefinition des Begriffs „Qualität“ notwendig. Qualität muss sich am Ergebnis für Patient:innen orientieren. Dazu gehören natürlich auch Lebensqualität und das individuelle Wohlbefinden. Patient:innen von heute werden diese Entwicklung meiner Einschätzung nach vorantreiben, denn sie sind anspruchsvolle Konsument:innen und übertragen dieses Anspruchsdenken auch auf das Gesundheitswesen.

Wie bewertest du die im Rahmen des Janssen Open House (JOH) geführten Diskussionen?

Am Janssen Open House schätze ich besonders die Professionalität und Sachorientierung, mit denen in kurzer Zeit Argumente und Positionen vermittelt und ausgetauscht werden. Es geht um die Frage, wie VBHC-Ansätze in die breite Praxis übertragen werden können. Modellprojekte in Wales und den Niederlanden zeigen, dass eine wertbasierte Versorgung funktionieren kann. Daher ist es wichtig, mit Wissenschaftler:innen, Ärzt:innen, Unternehmer:innen, Patient:innen und den Krankenversicherern in einen Dialog zu treten – genau das passiert beim Janssen Open House.

Was muss passieren, damit VBHC Wirklichkeit wird?

Eigentlich braucht es nur eine Sache: Mut – insbesondere von politischer Seite. Im Gesundheitswesen wird von allen Seiten gerne mit der Angst der Bevölkerung gespielt. Hier muss die Politik eine klare Richtung vorgeben, die sich am Nutzen für die Patient:innen orientiert.

Value Based Healthcare: Das Ziel bestimmt den Weg

Zugegeben: Value Based Healthcare ist ein eher sperriger Begriff. Auch bei der deutschen Übersetzung „wertorientierte Gesundheitsversorgung“ entsteht nicht wirklich Kino im Kopf. Fragt sich also: Was ist Value Based Healthcare – oder kurz VBHC? Besser als eine Teilnehmerin kann man es kaum auf den Punkt bringen:

„Value Based Healthcare ist ein Nordstern, der uns daran erinnert, wofür wir alle da sind: nämlich für Patient:innen da zu sein, echten Nutzen und ein Gesundheitssystem zu schaffen, das finanzierbar und für alle zugänglich ist.“

Der Vergleich mit dem Nordstern mag auf den ersten Blick übertrieben wirken. Er ist jedoch stimmig, denn: Wenn wir mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das beste gesundheitliche Ergebnis – den größtmöglichen gesundheitsbezogenen „Value“ für jeden Menschen – erreichen wollen, müssen wir Gesundheitsversorgung von eben diesem „Value“ her planen und sämtliche Therapieentscheidungen darauf ausrichten.

Einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt wurde das Konzept Value Based Healthcare 2006 von dem US-amerikanischen Ökonomen und Managementforscher Michael Porter sowie der Gesundheitsökonomin und Ingenieurin Elizabeth Teisberg.² Die Diagnose der beiden: Gesundheitssysteme weltweit leiden unter steigenden Kosten. Diese werden jedoch nicht durch eine proportional steigende Qualität der Gesundheitsversorgung aufgewogen. Der Fehler liegt Porter/Teisberg zufolge im System: Im Fokus stehen medizinische Leistungen und ihre Erstattung, eingebettet in ein hoch fragmentiertes System, in dem jeder Akteur isoliert seine eigenen Versorgungsleistungen anbietet.³ Nötig sei ein neuer Ansatz, der den Patientennutzen bei der Planung von Versorgungsleistungen konsequent in den Mittelpunkt stellt und den Versorgungsprozess als Ganzes betrachtet.

Eine Gleichung für den Patientennutzen

Im Paradigma der qualitäts- und ergebnisbasierten Gesundheitsversorgung ist „Wert“ (Value) die zentrale Kategorie. In der Debatte um VBHC gibt es inzwischen etliche Wertbegriffe. Einer der bekanntesten geht sicherlich auf Porter und Teisberg zurück.

Inzwischen finden sich viele Ergänzungen und Präzisierungen, zum Beispiel die eines Expertenpanels im Auftrag der EU-Kommission. Sie unterteilen wertbasierte Versorgung in vier Kategorien:⁴

1. den persönlichen Wert, d. h. das Erreichen der individuellen Ziele der Patient:innen durch eine Behandlung
2. den technischen Wert, d. h. das Erreichen bestmöglicher Ergebnisse mit den verfügbaren Ressourcen
3. den allokativen Wert, d. h. die gerechte Verteilung der Ressourcen, und
4. den gesellschaftlichen Wert, d. h. den Beitrag des Gesundheitswesens zur gesellschaftlichen Teilhabe.

Einen weiteren Ansatz legte der niederländische Professor für Gesundheitstechnologie Maarten J. IJzerman 2017 vor. Er stellte folgende Gleichung auf:⁵

$$\text{Wert} = \frac{\text{Ein Set von Ergebnissen, die für den Zustand / die Lebensqualität des Patienten bedeutsam sind}}{\text{Summe aller aufgewendeten Ressourcen über den gesamten Behandlungszyklus hinweg}}$$

Allen Denkschulen und Wertbegriffen ist gemeinsam, dass die nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität eine maßgebliche Rolle für die Bemessung des Werts einer Behandlung spielt.

²<https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=21319>

³<https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>

⁴https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/024_defining-value-vbhc_en_0.pdf, S. 5

⁵https://www.ispor.org/docs/default-source/presentations/1237.pdf?sfvrsn=ab31f699_1

Janssen Open House: Unterschiedliche Perspektiven auf VBHC

Im Mittelpunkt der beiden Sessions des Janssen Open House standen folgende Fragen:

- Welche Erwartungen haben wir an eine wertorientierte Gesundheitsversorgung? Welches Potential hat VBHC? Welche konkreten Vorteile bietet der Ansatz?
- Welche Herausforderungen müssen berücksichtigt und adressiert werden, wenn es darum geht, VBHC zu implementieren? Welche Rahmenbedingungen sind erforderlich?
- Welche Best-Practice-Beispiele gibt es hierzulande und international und was können wir daraus lernen?

An den Diskussionen teilgenommen haben Vertreter:innen von Patientenorganisationen, Ärzteschaft, Politik, Gesundheitswirtschaft, Wissenschaft, Krankenkassen, pharmazeutischer Industrie sowie Fachmedien.

Die Zukunft der patientenzentrierten Versorgung gemeinsam gestalten

Der Anspruch des Janssen Open House ist, Herausforderungen und Chancen für das Gesundheitssystem aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten. Das bedingt eine möglichst vielfältige Besetzung der Diskussionsrunden: Die Teilnehmer:innen repräsentieren verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens und bringen ihre spezifische Sichtweise, Erfahrungen und Erwartungen in die Diskussion ein. Bei aller Verschiedenheit – hinsichtlich der Unzufriedenheit mit dem Status quo der derzeitigen Gesundheitsversorgung waren sich in den Diskussionen zu VBHC alle einig.

Der empfundene Leidensdruck, der aus der Diskrepanz zwischen dem Anspruch, Patient:innen individuell bestmöglich zu versorgen, und der Realität – den Rahmenbedingungen, die das System vorgibt – resultiert, ist enorm.

Siehe auch das Zitat eines Teilnehmers:

„Es gibt diesen Spruch: Der Patient steht immer im Mittelpunkt und deshalb allen im Weg. So ganz falsch ist das nicht. Wir sehen, dass die Stakeholder, ob Leistungserbringer oder Kostenträger, in diesem korporatistischen System hierzulande stark vertreten sind. Die spezifischen Patientenperspektiven kommen jedoch oft unter die Räder. Es werden manche Entscheidungen getroffen, die nicht unbedingt im Interesse der Patient:innen sind.“

Wir könnten viel mehr für Patient:innen erreichen

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der leistungsstärksten weltweit und im Kern wertbasiert. Es ist allerdings weit davon entfernt, sein Potenzial gänzlich zu entfalten, so der Tenor der Teilnehmer:innen. Internationale Vergleiche bescheinigen, dass wir hierzulande bei den Gesundheitsausgaben weit vorn rangieren, nicht jedoch bei Gesundheitsstatus und Versorgungsqualität.⁶ Um das ungenutzte Potenzial im Sinne von Patient:innen nachhaltig auszuschöpfen, sei die Neuausrichtung des Versorgungsprozesses im Sinne von Value Based Healthcare erforderlich, mit dem Ziel,

- die individuellen Therapieergebnisse zu verbessern;
- die Zufriedenheit der Patient:innen mit dem Verlauf und Ergebnis ihrer Behandlung zu verbessern;
- medizinische Innovationen schneller ins System zu bringen;
- Ressourcen gezielter und effizienter einzusetzen;
- ein resilientes, nachhaltiges und leistungsstarkes Gesundheitssystem zu schaffen, in dem alle Leistungserbringer gerne und gut im Sinne bzw. zum Nutzen der Patient:innen arbeiten können;
- die Gesellschaft insgesamt gesünder zu machen.

⁶<https://www.oecd.org/germany/health-at-a-glance-germany-DEU.pdf>
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Janssen Open House: Unterschiedliche Perspektiven auf VBHC

Ein inspirierender Impuls aus dem Nachbarland

„Ja, dat kan!“⁷ zeigt der sprichwörtliche Blick über den Tellerrand, genauer gesagt, in die Niederlande. Prof. Dr. Fred van Eenennaam ist Wissenschaftler, Berater und Präsident des VBHC Center Europe, eines internationalen Netzwerks, das sich für die Implementierung von VBHC in Europa einsetzt. Gemeinsam mit seinem Team hat er die Implementierung von inzwischen rund 1250 VBHC-Projekten in den Niederlanden und Europa wissenschaftlich begleitet und unterstützt. Die Bandbreite erstreckt sich über alle möglichen Disziplinen: von Orthopädie, Onkologie, Kardiologie, Innerer Medizin und geriatrischer Versorgung über seltene Erkrankungen und Palliativmedizin bis hin zur Prävention. Seinen Impulsvortrag zu VBHC leitete er mit der prägnanten Aussage ein:

„Value Based Healthcare: Funktioniert es? Ja! Ist es einfach? Nein!“

Besser und gesünder

Als Best Practice schilderte der VBHC-Experte unter anderem das Beispiel „Diabeter“. Dabei handelt es sich um einen Zusammenschluss von derzeit fünf Zentren in den Niederlanden, die sich auf die Behandlung von Diabetes Typ 1 spezialisiert haben. Der Name „Diabeter“ spielt nicht nur auf die Erkrankung an: Das niederländische Wort „beter“ bedeutet sowohl „gesünder“ als auch „besser“.

Diabeter hat sich zum Ziel gesetzt, seinen rund 3000, meist jungen Patient:innen ein Leben ohne Diabeteskomplikationen zu ermöglichen.⁸ Nicht nur die Verbesserung der medizinischen Parameter (HbA1c und TIR) stehen im Vordergrund, sondern die Lebensqualität insgesamt. Dies gelingt durch einen ganzheitlichen Versorgungsansatz.

Zum Einsatz kommen modernste Technologien und Therapien, die Experten sind 24/7 für die Betroffenen erreichbar. Das Angebot umfasst tägliche Sprechstunden sowie E-Health-Lösungen zur Kontrolle des Blutzuckerspiegels.

Die Zentren von Diabeter haben sich nicht nur ein Leben mit Diabetes Typ 1 ohne Komplikationen zum Ziel gesetzt.

Sie betreiben aktiv Forschung und Entwicklung, um die Erkrankung eines Tages heilen zu können. Weitere Tätigkeitsfelder von Diabeter sind die Bereiche Motivation und Gesundheitserziehung, um die jungen Patient:innen, ihre Eltern, aber auch ihr schulisches Umfeld zu befähigen, ein flexibles und dynamisches Leben zu führen.⁹ Zu den Kernelementen von VBHC wie auch von Diabeter gehören das systematische Einbinden von Patientenfeedback und die fortlaufende Evaluierung des Programms.¹⁰ Diabeter wurde mit dem internationalen Value-Based Health Care Prize 2017 ausgezeichnet und erhielt 2018 für seine Patientenzentrierung den Pharmaceutical Market Excellence Award.

Vereint unter einer Vision

So inspirierend und beeindruckend der Blick über den Tellerrand und die Beispiele aus anderen Ländern auch sind: Entscheidend ist die Umsetzung hierzulande. Dass das deutsche Gesundheitssystem diesbezüglich noch am Anfang steht, war unter den Teilnehmer:innen unstrittig. Was braucht es aus Sicht der Expert:innen also, damit Value Based Healthcare auch in Deutschland systematisch implementiert werden kann? Welche absehbaren Hindernisse stehen der Umsetzung entgegen? An welcher Stelle sind konkurrierende Interessen und Beharrungskräfte zu erwarten?

Grundvoraussetzung für die Implementierung von VBHC sei, dass alle Akteur:innen sich auf eine gemeinsame Vision einigen, so die Teilnehmer:innen. Dies setze Veränderungswillen und die Bereitschaft zu einem offenen Dialog voraus. Vor allem aber erfordere es das Aufbrechen des derzeitigen Silodenkens und die Überwindung der fragmentierten Strukturen der deutschen Gesundheitsversorgung zugunsten einer ganzheitlichen, sektorübergreifenden und integrierten Herangehensweise.

Was heißt das nun im Detail? Welche Handlungsfelder sind zu bearbeiten? Wer sind die entscheidenden Akteur:innen? Welche konkreten Aufgaben gilt es zu lösen?

⁷ Niederländisch: Ja, es geht!

⁸ https://diabeter.nl/media/cms_page_media/130/Value-based%20healthcare%20door%20Diabeter%20White-Paper_DpOgRlD.pdf

⁹ <https://diabeter.nl/en/about-diabeter/who-we-are/>

<https://diabeter.nl/nl/over-diabeter/wie-we-zijn/>

¹⁰ <https://diabeter.nl/nl/over-diabeter/ervaringen-diabetes-type1/>

Handlungsfeld Nr. 1: Qualität sichern – Patientenwohl messen

Stellen Sie sich vor, Sie fahren mit Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner in den Urlaub: Bevor Sie ins Auto steigen, haben Sie Ziel und Route festgelegt. Genauso sollte es auch in der Gesundheitsversorgung sein.

„The first step in solving any problem is to define the proper goal.“¹¹

So unterschiedlich die Menschen sind, so verschieden können die jeweiligen Gesundheitsziele sein. Wollen wir Leben verlängern? Schmerzen lindern? Den Ausbruch einer individuellen Erkrankung verhindern? Von der Wahl des Ziels leiten sich alle weiteren Entscheidungen für Versorgungsprozess, Therapieauswahl und Erfolgsmessung ab.

Wie eine Reise ohne Navi, ohne App

Um beim Bild mit der Urlaubsfahrt zu bleiben: Die meisten Menschen nutzen ein Navigationssystem oder eine App, um die passende Route – vielleicht mit Zwischenstopps oder Pausen – zu finden. Doch wie finden sie den passenden Arzt? App, Navigationssystem, Infoportal? Fehlanzeige!

Nicht nur für medizinische Laien ist die Aussagekraft der gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichte dürftig. Parameter wie Fallzahlen bieten keine zielführende Entscheidungsgrundlage für Patient:innen, zumal sie Quantität statt Qualität messen, befand die Runde. Derzeit könne ein kranker Mensch nicht beurteilen, wo er eine qualitativ hochwertige Versorgung erwarten kann, formulierte es eine Teilnehmerin.

Die Patient Journey, also der Weg der Patient:innen von der Diagnose über die Therapie bis zur Nachsorge, erscheine mitunter wie eine Autofahrt ohne Navi und ohne App, so die Teilnehmer:innen. Das individuelle Leid, das dadurch verursacht werde, könne in vielen Fällen vermieden werden, betonte die Gründerin einer Patienteninitiative. Dies gelte insbesondere in der Onkologie. Ein teilnehmender Mediziner resümierte:

„Wir wissen nicht wirklich, was wir mit unserer Medizin bewirken.“

Dies liege vor allem daran, dass Ärzt:innen kaum Möglichkeiten hätten, den Erfolg ihrer Behandlung nachzuhalten, zu Lasten der behandelten Patient:innen und des gesamten Systems. Verantwortlich dafür sehen die Expert:innen insbesondere drei Ursachen:

1. Zeitdruck und Arbeitsverdichtung in der ambulanten und stationären Versorgung sind teils so groß, dass Ärzt:innen und Pfleger:innen unter dem Druck leiden, sich nicht hinreichend ihren Patient:innen widmen zu können.
2. Es fehlt an einer institutionalisierten, intersektoralen Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.
3. Der Qualitätsbegriff fokussiert auf die medizinische und gesundheitsökonomische Dimension, dabei rückt der Patientennutzen in den Hintergrund.

¹¹„Der erste Schritt zur Lösung eines jeden Problems ist die Definition des richtigen Ziels.“ Michael E. Porter in: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>

Handlungsfeld Nr. 1: Qualität sichern – Patientenwohl messen

Besserung in Sicht?

Im gesundheitspolitischen Diskurs mehrten sich zuletzt die Anzeichen dafür, dass mehr und mehr Akteur:innen den Qualitätsbegriff holistisch betrachten und die Patientenperspektive in den Fokus rücken.¹² Auch hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – immerhin die oberste Instanz der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzt:innen und Kassen – das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, systematische Patientenbefragungen in ausgewählten Leistungsbereichen einzuführen.¹³ Zwar sind weitere Projekte auf dem Weg, die dazu beitragen sollen, die Perspektive der Betroffenen in die Bewertung der Versorgungsqualität einzubeziehen.¹⁴ Vielfach stecken diese jedoch noch in den Kinderschuhen.

Auf der anderen Seite zeigt sich in der aktuellen Debatte um die Stabilisierung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erneut der altbekannte Reflex, sich einseitig auf die Kostendimension zu konzentrieren. Vor diesem Hintergrund spricht umso mehr für einen Paradigmenwechsel im Sinne von VBHC. Die Maximierung des Nutzens der Gesundheitsversorgung für Patient:innen bei einem möglichst effizienten Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen hat das Potenzial, Effizienzreserven für Innovationen freizulegen, die zum Beispiel für mehr Personal, mehr Forschung und mehr Digitalisierung eingesetzt werden können. Deshalb:

„Es kommt darauf an, anzufangen.
Besser machen kann man es immer noch.“

Schlussfolgerungen & Forderungen

- Patient:innen haben ein Recht auf Transparenz. Dem muss die „Richtlinie zur Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität in der Versorgung“ Rechnung tragen, die der Gesetzgeber bis Ende 2022 beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt hat.
- Nicht nur die fehlende Hands-on-Mentalität hierzulande erschwert die Einführung von VBHC, sondern auch die Eigenheit, lieber das Rad neu zu erfinden, anstatt aus den (guten) Erfahrungen anderer Akteur:innen zu lernen.
- Dies gilt insbesondere für bereits erprobte Standardsets zur Erfassung patientenberichteter Ergebnisse (sogenannte Patient-Reported Outcome Measures, kurz PROMs) sowie für klinische Parameter, die eine Risikoadjustierung und sinnvolle Vergleiche ermöglichen. Für viele Indikationen liegen diese bereits vor.¹⁵ Nun sollte es darum gehen, sie auf Adaptierbarkeit und Skalierbarkeit für die deutsche Gesundheitsversorgung zu prüfen.
- Der Aufbau und die Pflege von Netzwerken sind entscheidend, um von Erfahrungen mit standardisierten und bereits erprobten Verfahren zur multidimensionalen und langfristigen Messung von Behandlungserfolgen zu profitieren.

¹²<https://iqtig.org/datenerfassung/befragungen/>; <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1027/#richtlinie-zur-forderung-der-transparenz-und-sicherung-der-qualitat-in-der-versorgung>; <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/promoting-quality-intersektorale-nutzung-von-patient-reported-outcome-measures-zur-steigerung-der-patientenrelevanten-ergebnisqualitaet.269>

¹³<https://iqtig.org/datenerfassung/befragungen/>; <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1027/#richtlinie-zur-forderung-der-transparenz-und-sicherung-der-qualitat-in-der-versorgung>

¹⁴<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/promoting-quality-intersektorale-nutzung-von-patient-reported-outcome-measures-zur-steigerung-der-patientenrelevanten-ergebnisqualitaet.269>; <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1065/>

¹⁵Siehe z. B. <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/>

Handlungsfeld Nr. 2: Krankheiten vorbeugen, Gesundheit fördern

Als ein Teilnehmer in die Runde fragte, was der Unterschied zwischen einer Kuh und unserem Gesundheitssystem sei, war ihm die Aufmerksamkeit gewiss:

„Eine Kuh ist ein System, weil die unterschiedlichen Organe zur Funktion des Ganzen beitragen. Das aktuelle Gesundheitssystem hingegen ist kein System. Seine Organe arbeiten höchst egoistisch gegeneinander und tragen damit zum Gesamtschaden bei.“

Der Vergleich stammt vom kanadischen Ökonomen Henry Mintzberg, genauer aus seinem Werk „Managing the Myths of Health Care“.¹⁶ Mintzbergs Kuh-Metapher treffe ins Schwarze, war die einhellige Meinung: Das liege nicht zuletzt an der Hyperfragmentierung des Gesundheitssystems. Informationslücken, fehlendes Feedback sowie mangelnde Transparenz führten zu unnötigen Mehrfachbehandlungen, so die Teilnehmer:innen des JOH. Das Ergebnis: Leid bei den Patient:innen, Frust bei den Leistungserbringer:innen und Ebbe in den Kassen. Da die Erkrankung nicht an der jeweiligen Praxis- oder Kliniktür ende, müssten sich alle an der Behandlung Beteiligten als Mitspieler:innen im „Team Patient“ begreifen. Das tun sie im Prinzip auch, waren sich die Teilnehmer:innen einig. Allerdings scheine es mitunter, als spielten die Beteiligten zwar in derselben Mannschaft, jedoch auf unterschiedlichen Fußballplätzen.

Das System neu ausrichten

Die Runde befand, die Politik habe wesentliche Punkte richtig erkannt, indem sie den Einstieg in eine sektorübergreifende Gesundheitspolitik und den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren in den Koalitionsvertrag aufgenommen hat.¹⁷ Nun komme es darauf an, diese Strukturen konsequent auszubauen.

Neben der ganzheitlichen Herangehensweise bedürfe es einer strukturellen Neuausrichtung des Systems. Eine Gesundheitsversorgung, die diesen Namen verdient, müsse den Fokus auf den Erhalt bzw. die Förderung von Gesundheit legen und Krankheiten vermeiden, befand die Runde. Tatsächlich gleiche der heutige Zustand eher einem Reparaturbetrieb. Das System sei darauf ausgerichtet, Erkrankungen zu behandeln, wenn diese bereits ausgebrochen sind.

Schon jetzt gibt es medizinische Ansätze, die darauf abzielen, die Entstehung oder das Fortschreiten einer Erkrankung zu unterbrechen oder eine Erkrankung möglichst personalisiert und präzise zu behandeln. Das Gesundheitssystem sei auf viele dieser Innovationen jedoch (noch) nicht vorbereitet und bedürfe daher einer Weiterentwicklung.

¹⁶<https://mintzberg.org/books/managing-the-myths-of-health-care>

¹⁷<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, S. 80 ff.

Handlungsfeld Nr. 2: Krankheiten vorbeugen, Gesundheit fördern

Mit dem medizinischen Fortschritt mithalten

Damit innovative Therapien in Deutschland nach der Zulassung Eingang in die Versorgung finden, müssen sie einen Prozess durchlaufen, der nach dem zugrunde liegenden Gesetz, dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, kurz AMNOG, benannt ist.¹⁸ Das AMNOG trat 2011 in Kraft und soll eine evidenzbasierte Patientenversorgung auf qualitativ hohem Niveau gewährleisten. Der Mehrwert eines neuen Medikaments bzw. einer neuen Therapie für die Patient:innen im Vergleich zu einer bewährten, sogenannten „zweckmäßigen Vergleichstherapie“ wird auf Basis wissenschaftlicher Evidenz geprüft.

Zwar habe die Bedeutung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen in klinischen Studien in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen.¹⁹ Vielfach erreichten diese Erkenntnisse die Behandelnden und Patient:innen jedoch nicht. Hier brauche es mehr Transparenz und Datenaustausch, so die Teilnehmer:innen. Angemerkt wurde zudem, dass es nach mehr als zehn Jahren an der Zeit sei, das AMNOG dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen – im Interesse jener Menschen, deren Versorgung dadurch verbessert werden soll.

Das Ziel müsse sein, sicher zu stellen, dass Innovationen auch in Zukunft unmittelbar nach der Zulassung Eingang in die Versorgung finden, sodass Patient:innen Zugang dazu haben. Um dieses Ziel zu erreichen, müsse gewährleistet sein, dass der Nutzen neuer Medikamente und Therapieansätze schnell und effektiv nachgewiesen werden kann. Hierfür wäre es erforderlich, den Methodenkoffer des AMNOG um neue Studiendesigns und Endpunkte zu erweitern und Daten aus dem Versorgungsalltag (Real World Data) zu berücksichtigen. Die hohen Ansprüche an Evidenz und Nutznachweis müssten selbstverständlich beibehalten werden.

¹⁸ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog.html>

¹⁹ <https://www.medikura.com/medikura-benutzt-patient-reported-outcome-measures/>
https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_57088.html
<https://jpro.springeropen.com/articles/10.1186/s41687-021-00402-1>

²⁰ https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta220_bericht_de.pdf, S. 5

Schlussfolgerungen & Forderungen

- In einer Studie des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) weisen die involvierten Expert:innen darauf hin, dass der gesetzliche Rahmen dafür, Kriterien wie Lebensqualität und Zufriedenheit in die Bewertung des Zusatznutzens einzubeziehen, bereits jetzt gegeben ist.²⁰ Die rechtliche Grundlage zur Ausrichtung der Gesundheitsversorgung im Sinne von VBHC gibt es somit. Entscheidend ist, die bestehenden Möglichkeiten konsequent zu nutzen, damit medizinische Innovationen zuverlässig in die Versorgung und damit zu den Patient:innen gelangen. Hierfür bedarf es neuer Methoden für den Evidenznachweis bzw. eines pragmatischen Umgangs mit den etablierten Methoden. Das betrifft insbesondere personalisierte und präzise wirkende Therapien für vergleichsweise kleine Patientenpopulationen, etwa in der Onkologie.
- Eine zentrale Voraussetzung ist in diesem Zusammenhang die Berücksichtigung von versorgungsnahen Daten in Fällen, in denen die Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) nicht oder nur schwer möglich ist.
- Evidenzbasierte Nutzenbewertungen und Verfahren sind für Innovationen unabdingbar. Dabei sind mit Blick auf VBHC nicht nur die Innovationen als solche, sondern die Behandlungsprozesse insgesamt zu betrachten.
- Die Runde begrüßte, dass der Koalitionsvertrag den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren vorsieht, die sektorunabhängig und preisgleich vergütet werden sollen. Die Teilnehmer:innen erwarten eine zügige Umsetzung.
- Die Expert:innen regen die Spezialisierung von Kliniken bzw. die Schaffung interdisziplinärer Zentren für spezifische Indikationen auf regionaler Ebene an.

Handlungsfeld Nr. 3: Mehr als Daten – wir brauchen ein neues Mindset

„PROMs sind kein IT-Projekt, sondern ein Kultur- und Versorgungsprojekt.“ (Zitat einer Teilnehmerin)

VBHC erfordert einen neuen Umgang mit Daten, aber auch ein grundlegendes Umdenken aller Beteiligten. Die Einführung von Instrumenten wie PROs und PREs ist nur dann sinnvoll, wenn diese als Teil des anstehenden Paradigmenwechsels verstanden werden. Allzu häufig enden der fachliche sowie der informelle Austausch heute an der Praxis- oder Abteilungstür. Das liegt mitnichten am mangelnden Willen, sondern an den Vorgaben des Systems sowie häufig an der IT-Ausstattung. In vielen Praxen und Verwaltungen werden Befunde immer noch per Fax versendet, radiologische Aufnahmen auf CD-ROM gebrannt. In Sachen Digitalisierung gibt es größtenteils noch reichlich Luft nach oben. Daten sind nicht alles, aber ohne Daten geht es nicht.

Die Erhebung medizinischer Daten erfolgt nicht zum Selbstzweck. Daten sind die Grundlage für eine effizientere, bessere und evidenzbasierte Versorgung im Sinne von Value Based Healthcare. Diagnose, Therapieplanung und -auswahl sowie Outcome-Messung und sektorübergreifender Informationsaustausch entlang der Patient Journey fußen im Idealfall auf Versorgungsdaten.

Einigkeit herrschte auch darüber, dass die häufig einseitige Fokussierung und Berufung auf den Datenschutz die ideale Datennutzung im Sinne von VBHC blockieren. Selbstverständlich seien persönliche Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, sensibel und daher höchst schützenswert. Der berechtigte Schutz persönlicher Daten dürfe die Nutzung von anonymisierten und pseudonymisierten Versorgungsdaten zur Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung möglichst vieler Menschen jedoch nicht unnötig ausbremsen.

Die Expert:innen verwiesen in diesem Zusammenhang auf europäische Nachbarländer, denen es offenbar besser gelinge, die EU-weit geltenden Datenschutzstandards, insbesondere die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), einzuhalten, ohne den medizinischen Fortschritt zu verlangsamen. Im Interesse von Patient:innen müsse es auch hierzulande möglich sein, eine vernünftige Balance zu finden. Es bleibe abzuwarten, wie das im Koalitionsvertrag angekündigte „Gesundheitsdatennutzungsgesetz zur besseren wissenschaftlichen Nutzung in Einklang mit der DSGVO“ ausfallen wird.²¹

Handlungsfeld Nr. 3: Mehr als Daten – wir brauchen ein neues Mindset

Neue Rollen für Ärzt:innen und Patient:innen

Die Expert:innen waren sich einig: VBHC verändert die Rollen und damit die Verantwortlichkeiten aller am Versorgungsprozess Beteiligten. Ärzt:innen beispielsweise werden ihre Patient:innen zukünftig verstärkt als medizinisch fachkundige Berater:innen bei der Entscheidungsfindung unterstützen, während Letztere als „Hüter:innen“ ihrer eigenen Gesundheit künftig mehr Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und Entscheidungen treffen müssen. Damit sie fundierte statt Google-basierte Entscheidungen treffen können, müssen sie entsprechend befähigt werden. Hierfür braucht es qualitätsgesicherte, verständliche Informationen.

Den Patient:innen müsse kommuniziert werden, was Therapien leisten können, welche Chancen und Risiken mit einer Behandlung einhergehen. Auch hierfür braucht es entsprechende, gut aufbereitete und verständliche Informationen. Die Entscheidung für eine Therapie müsse von beiden Seiten gleichermaßen getroffen werden.

Die Patient:innen müssten sich ihrer Verantwortung für ihre Gesundheit bewusst sein – und dazu befähigt werden, diese zu übernehmen.

Schlussfolgerungen & Forderungen

- Es braucht eine Infrastruktur und Rahmenbedingungen, die die Interoperabilität von Daten und Systemen ermöglichen.
- Datenschutz und Datennutzung dürfen nicht länger wie Gegensätze behandelt werden. Im Sinne der Gesundheit und Lebensqualität der Menschen gilt es, einen pragmatischen, innovationsfreundlichen Ausgleich zu finden.
- Damit Patient:innen mehr Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und anstehende gesundheitsbezogene Entscheidungen gewissenhaft treffen können, muss ihre Gesundheitskompetenz auf- und ausgebaut werden. Neben dem reinen Wissen umfasst diese auch Motivation und Handlungskompetenz.²²
- Digitale Plattformen und Apps sollten in diesem Kontext verstärkt genutzt werden, um qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen zielgruppenadäquat aufzubereiten und auch weniger digitalaffine Patientengruppen zu erreichen.
- Patient:innen sollten besser auf die Digitalisierung der Versorgung vorbereitet werden. Der Mehrwert digitaler Anwendungen ist vielen Menschen noch zu wenig bewusst. Hierzu gehören etwa die Vorteile der elektronischen Patientenakte (ePA) für die individuelle Gesundheit sowie ihr Potenzial für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung insgesamt, zum Beispiel durch die freiwillige Datenspende.

²²<https://www.hertie-school.org/en/nap-pr/>

Handlungsfeld Nr. 4: Neue Strukturen schaffen

„Value Based Healthcare bedeutet, Gesundheitsversorgung vom Ende her zu denken – vom Patientennutzen ausgehend.“

Maßgeblich für alle Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung erstattet, ist das Fünfte Sozialgesetzbuch, kurz SGB V.²³ Es definiert nicht nur, was Kassen erstatten, sondern auch, dass es sich um eine Art Vertrag zwischen Krankenkassen und Ärzt:innen handelt. Von Patient:innen ist darin meist nur als „Versicherte“ die Rede, was sie rein sprachlich zu Objekten degradiert. Zur Marginalisierung der Patientenperspektive trägt bei, dass ihre Vertreter:innen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zwar mitdiskutieren dürfen, aber kein Stimmrecht besitzen.²⁴

Die Teilnehmer:innen des JOH waren sich einig: Die Struktur der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung ist entlang jener Sektoren organisiert, in denen die medizinischen Leistungen erbracht werden – die ambulante Versorgung auf der einen Seite, die stationäre auf der anderen Seite. Zwar gibt es immer wieder sektorübergreifende Modelle und Zentren. Flächendeckend wurden diese bislang jedoch nicht etabliert.

Immerhin plant die Bundesregierung den Einstieg in hybride Fallpauschalen.²⁵ Die sogenannten Hybrid-DRGs sollen vergleichbare Leistungen sektorunabhängig, also prinzipiell unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, einheitlich vergüten.²⁶ Ob dies bewirkt, dass Patient:innen dort versorgt werden, wo es nicht nur aus ökonomischer Sicht, sondern auch aus der Perspektive der Betroffenen optimal ist, wird sich zeigen.

²³https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/

²⁴<https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/>

²⁵<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, S. 84,

²⁶<https://www.aerzteblatt.de/archiv/223621/Ambulantisierung-Warten-auf-die-Hybrid-DRGs>; <https://www.bvou.net/hybrid-drg-verguetungsperspektiven-fuer-o-und-u/>

Handlungsfeld Nr. 4: Neue Strukturen schaffen

Viel bringt viel – auch in der Gesundheitsversorgung der falsche Ansatz

Auch darin waren sich die Teilnehmer:innen des JOH einig:
Das Gesundheitssystem setzt falsche Anreize. Belohnt wird nicht, wer erfolgreich arbeitet. Belohnt wird, wer viel arbeitet.
Die Folgen sind Fehl- und Überversorgung respektive Unterversorgung sowie teils beträchtliche Qualitätsunterschiede. Um das Anreizsystem im Sinne der bestmöglichen Versorgung von Patient:innen auszurichten, braucht es Mut, so die Teilnehmer:innen.

Verständlicherweise versuche jeder Stakeholder, sein Auskommen zu sichern, profitabel zu arbeiten und Arbeitsplätze zu erhalten.
Das Problem sei nicht allein die grundsätzliche Unzufriedenheit aller Beteiligten mit dem Status quo, sondern auch die Tatsache, dass die etablierten Anreize ein teures und ineffizientes System am Leben erhielten. In diesem Zusammenhang betonten die Expert:innen explizit:

Value Based Healthcare ist kein Sparmodell, sondern ein Modell für qualitativ bessere Gesundheitsergebnisse bei gleichzeitig mehr Effizienz.

Schlussfolgerungen & Forderungen

- In Ergänzung des SGB V geben die Richtlinien des G-BA verbindliche Standards für die ambulante und stationäre Behandlung von gesetzlich Versicherten vor. Nach Auffassung der Teilnehmer:innen gilt es, diese Regelungen zu verschlanken und lediglich Mindestanforderungen zu definieren, statt detailliert Einzelleistungen zu beschreiben.
- Damit innovative Therapien nach ihrer Zulassung möglichst schnell den Weg in die Versorgung und damit zu den Patient:innen finden, braucht es neue Anreize, zum Beispiel in Form von innovativen Vergütungsmodellen, bei denen die Höhe der Vergütung vom Erreichen definierter Behandlungsergebnisse – von ihrem „Value“ für die behandelten Patient:innen – abhängt.
- Eine andere Möglichkeit ist die Integration von VBHC-Komponenten in den Abschluss von Selektivverträgen bzw. Direktverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern.
- Die Perspektive von Patient:innen muss in den Entscheidungen der Selbstverwaltung konsequent berücksichtigt werden. Es sollte selbstverständlich sein, dass Patientenvertretungen neben einem Beratungs- und Antragsrecht auch ein Stimmrecht haben.
- Mehr Rechte, mehr Pflichten: Patient:innen müssen mehr Verantwortung für ihre individuelle Gesundheit übernehmen. Dazu braucht es nicht nur ein adäquates Maß an Gesundheitskompetenz, sondern Anreize, die gesundes Verhalten und Therapietreue belohnen. Hier erwarten die Teilnehmer:innen mehr Impulse von den Krankenkassen.

Handlungsfeld Nr. 5: Von positiven Beispielen lernen

“We do not need to reinvent the wheel in many ways. We can use those.”²⁷

Es hat den Anschein, als würden wir Deutschen das Rad lieber neu erfinden, als aus den (positiven wie negativen) Erfahrungen anderer zu lernen.

Man erinnere sich nur an die eher zähe Diskussion um die LKW-Maut und den Streit zwischen Bund und Toll Collect oder die tragische Geschichte des Transrapid, der in Deutschland nach einem furchtbaren Unglück ausgemustert wurde, während er in China zuverlässig fährt.²⁸ Es scheint, als habe Deutschland kein Erkenntnis-, wohl aber ein Umsetzungsproblem. Genau das müssen wir in den Griff bekommen.

Denn wie Prof. Dr. Fred van Eenennaam zu Beginn der zweiten Diskussionsrunde betonte: „Es gibt für nahezu jedes Krankheitsbild erfolgreiche Beispiele für VBHC, entweder in den Niederlanden oder in Europa und anderswo.“

Der Blick über den Tellerrand lohnt

Während hierzulande die Anzahl der Akteur:innen, die ihre Leistungen konsequent auf die Grundsätze von Value Based Healthcare ausrichten, noch überschaubar ist, gelten die Niederlande europaweit als Vorreiter. Das Schöne: Die Orientierung unseres Nachbarn hin zu VBHC wurde nicht von oben „diktiert“. Sie wurde von Versicherungen und Klinikverbänden initiiert, die damit begonnen haben, eine integrierte Versorgung mit strukturierter Datenerfassung aufzubauen. Auch das kleine Wales ist dem großen Deutschland in Sachen Patientenorientierung weit voraus. Dabei sind die Waliser:innen einen anderen Weg gegangen als die Niederländer:innen. Sie haben einen kollaborativen Ansatz verfolgt, das heißt, bei der Implementierung von VBHC „von oben“ haben die Verantwortlichen konkrete, bereits laufende VBHC-Projekte integriert.²⁹

So gelang es ihnen zum einen, einen breiten Konsens für wertorientierte Grundsätze für die medizinische Versorgung zu finden. Zum anderen setzen auch die Verantwortlichen in Wales auf ein flächendeckendes Datensystem mit Messung der Therapieergebnisse.³⁰

Bewährte Instrumentarien nutzen

Ist es möglich, standardisiert und objektiviert Patientenmeinungen abzufragen, die naturgemäß subjektiv wahrgenommen sind? Wie lässt sich gewährleisten, dass PROs genau das zuverlässig und exakt messen, was sie messen sollen? Gibt es internationale Standards für solche Fragesets? Genau damit beschäftigt sich unter anderem ein internationales Konsortium bzw. eine internationale Initiative: das ICHOM³¹, International Consortium for Health Outcomes Measurement, mit Sitz in Boston, USA, und die internationale Initiative PROMIS³², Patient-Reported Outcomes Measurement Information System. Letztere ist in nationale Einheiten gegliedert und hat eine deutsche Dependence in der Charité Berlin. ICHOM und PROMIS geht es darum, qualitativ hochwertige Instrumente zur Erfassung der Patientenperspektive zur Verfügung zu stellen.

Leuchtturmprojekte in Deutschland

Auch hierzulande gibt es Beispiele, die belegen: VBHC ist möglich – und wirkt. Einige davon wurden von den Diskutant:innen vorgestellt.

²⁷ Prof. Dr. Fred van Eenennaam beim Janssen Open House 2022: „Wir brauchen nicht das Rad neu zu erfinden, wir können diese nutzen.“

²⁸ <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/lkw-maut-streit-beendet-daimler-und-telekom-zahlen-3-2-milliarden-euro-a-1208168.html>; <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/Von-der-Idee-zum-Aus-Eckdaten-des-Transrapid.transrapid596.html>; <https://www.spiegel.de/wirtschaft/transrapid-was-wurde-aus-der-magnetschwebbahn-im-emsland-a-1145398.html>

²⁹ <https://veranstaltungen.handelsblatt.com/health-circle/value-based-healthcare-in-deutschland/>, S. 30f.

³⁰ <https://veranstaltungen.handelsblatt.com/health-circle/value-based-healthcare-in-deutschland/>, S. 43 Weitere Infos zu VBHC in Wales: <http://www.infoandstats.wales.nhs.uk/Documents/869/VBHC%20Action%20Plan%202019-2022.pdf>

³¹ <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/#standard-sets>

³² <https://promis-germany.de/>

Handlungsfeld Nr. 5: Von positiven Beispielen lernen

Martini-Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf:

Sie gilt als größte Spezialklinik weltweit für die Behandlung des Prostatakarzinoms. Ursächlich für diesen Erfolg sind mehrere Faktoren: die Fokussierung auf ein einziges Krankheitsbild, die Organisation der Zusammenarbeit von Expert:innen auf Augenhöhe, eine konsequente Patientenorientierung sowie die lebenslange Messung und Veröffentlichung von Behandlungsergebnissen und -erfahrungen.³³

KAIT:

Hinter dem Kürzel steht ein Gemeinschaftsprojekt der Universität Leipzig, des Innovationszentrums für Computerassistierte Chirurgie (ICCAS) und Johnson & Johnson. KAIT ist eine auf künstlicher Intelligenz (KI) beruhende Plattform, die Ärzt:innen die notwendigen Daten und erforderliche Evidenz liefert, damit diese für Patient:innen mit komplexen Bluterkrankungen den individuell besten Therapiepfad identifizieren und eine entsprechende Therapieentscheidung treffen können. Perspektivisch soll das Projekt in ambulanten Zentren und kleineren Krankenhäusern ausgerollt werden.³⁴

Hauptstadt Urologie Netzwerk:

Bei diesem Projekt handelt es sich um eine Plattform, die Urologen in Berlin-Brandenburg mit Tumor-Expert:innen der Berliner Charité verbindet. Profitieren sollen Patienten mit Prostatakrebs, die bereits eine Therapie erhalten haben. Das Ziel ist, für sie eine geeignete Behandlungsoption zu identifizieren. Das Netzwerk zeigt, wie intersektorale und überregionale Zusammenarbeit erfolgreich organisiert werden kann, damit Patient:innen wohnortunabhängig Zugang zu Spitzenmedizin erhalten.³⁵

Endokrines Zentrum am Diakonie-Klinikum Stuttgart:

Im Zentrum des Projekts stehen die interdisziplinäre Behandlung und Betreuung von Patient:innen mit Erkrankungen der Hormondrüsen: individuell, „aus einer Hand“ und an einem Termin. Auch bei Eingriffen und notwendigen stationären Aufenthalten wird die fachübergreifende Betreuung konsequent weitergeführt. Auf diese Weise erhalten die Patient:innen eine Rundumversorgung durch Expert:innen unterschiedlicher Fachrichtungen, die koordiniert und evidenzbasiert zusammenarbeiten und limitierte Ressourcen im Sinne der Betroffenen effizient einsetzen.³⁶

PROMoting-Quality-Studie:

In dieser vom Innovationsfonds geförderten Studie geht es um die regelmäßige Erfassung von Outcome Reports vor sowie nach Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen. Ziel ist es, diese Messwerte ohne überproportionalen Kostenanstieg zu verbessern und somit patientenorientierte Ergebnismessungen in der Routineversorgung zu verankern.³⁷

³³ <https://www.martini-klinik.de/die-martini-klinik/qualitaetsmanagement/>; <https://www.martini-klinik.de/pressespiegel/das-martini-prinzip/>;
https://www.mwv-berlin.de/buecher-bestellen-2016/images/product_images/leseproben_images/9783954663958_Leseprobe.pdf

³⁴ <https://www.iccas.de/projekte/kait-knowledge-driven-and-artificial-intelligence-based-platform-for-therapy-decision-support-in-hematology/>;
https://www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/medizinische-klinik-1/freigegebene%20Dokumente/Dokumente%20H%c3%a4ma%20Forschung/KAIT_White_Paper.pdf

³⁵ <https://hauptstadtuurologie.de/>; <https://urologie.charite.de/netzwerkmedizin/>

³⁶ <https://www.diakonie-klinik.de/leistungsspektrum/medizinische-zentren/endokrines-zentrum.html>

³⁷ <https://heartbeat-med.com/de/resources/heartbeat-medical-praesentiert-promoting-quality-studie-auf-ispor-2021/#d7vx5a941urcmv2mk29axb>;
https://www.mig.tu-berlin.de/menue/research/aktuelle_projekte/promoting_quality/; https://www.researchgate.net/publication/340566424_The_use_of_digitally_collected_patient-reported_outcome_measures_for_newly_operated_patients_with_total_knee_and_hip_replacements_to_improve_post-treatment_recovery_study_protocol_for_a_randomized_con

Handlungsfeld Nr. 5: Von positiven Beispielen lernen

Regions4PerMed:

Das auf vier Jahre angelegte europäische Projekt zielt darauf ab, die Implementierung der personalisierten Medizin und Gesundheitsversorgung europaweit zu fördern. Unter anderem werden Konzepte der personalisierten Medizin, die in Teilen Europas auf regionaler Ebene bereits erfolgreich sind, dahin gehend evaluiert, ob und wie sie auf andere Gesundheitssysteme übertragen und dort implementiert werden können. Die regionale Perspektive spielt eine wichtige Rolle, da die Gesundheitsversorgung in Teilen Europas, so auch in Deutschland, zumindest partiell regional organisiert ist. Kern der internationalen Zusammenarbeit ist der interaktive Austausch mit regionalen Stakeholdern aus ganz Europa über innovative Konzepte für Forschung, Förderung und Einführung der personalisierten Medizin.³⁸

Schlussfolgerungen & Forderungen

- Die Teilnehmer:innen empfehlen, deutsche Best-Practice-Beispiele für VBHC – über die in diesem Whitepaper genannten Beispiele hinaus – in einem strukturierten Prozess zu evaluieren.
- Geeignete und skalierbare Projekte sollen zeitnah in die Breite ausgerollt werden.
- Die internationalen Best-Practice-Beispiele sollen daraufhin geprüft werden, inwieweit sie dem deutschen Gesundheitssystem angepasst und dort implementiert werden können.
- Sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene sollen Netzwerke zu relevanten Stakeholdern auf- und ausgebaut werden.

³⁸<https://www.regions4permed.eu>

Fazit: Das Momentum nutzen – Allianzen schmieden, VBHC gemeinsam voranbringen

„In der Medizin sind wir alle noch Lobbyist:innen. Die Klinikärzt:innen gegen die niedergelassenen Ärzt:innen, Kliniker und Niedergelassene zusammen gegen die Krankenkassen. Und alle Ärzt:innen Seite an Seite gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dabei wollen wir eigentlich alle das Gleiche.“

Diese Einsicht vereinte am Ende alle Anwesenden, ganz gleich, aus welchem Bereich des Gesundheitswesens sie kamen, welche Perspektive auf VBHC sie in die Diskussion einbrachten. Die Teilnehmer:innen, allesamt Expert:innen in ihrem jeweiligen Bereich, sind überzeugt: Die Zeit ist reif für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu einem wert- und ergebnisorientierten System im Sinne von VBHC, das die Gesundheit der Menschen zum Maßstab erhebt. Das vorliegende Whitepaper soll die Überzeugung und die Motivation der Verfasser:innen, an dieser Weiterentwicklung aktiv mitzuwirken, kommunizieren. Idealerweise erreicht und überzeugt es weitere Unterstützer:innen. Denn – um es mit den Worten einer Teilnehmerin zu sagen –:

„Wir müssen eine Allianz der Willigen schmieden, die Veränderung vorantreiben wollen.“

Aus Sicht der Teilnehmer:innen bietet Value Based Healthcare das richtige Konzept, um die Qualität der Gesundheitsversorgung von Patient:innen nachhaltig zu verbessern – und gleichzeitig die Effizienz der eingesetzten Mittel zu steigern.

„Value Based Healthcare ist ein Nordstern, der uns daran erinnert, wofür wir alle da sind: nämlich für Patient:innen da zu sein, echten Nutzen zu schaffen und ein Gesundheitssystem, das finanzierbar und für alle zugänglich ist.“

Schlussfolgerungen & Forderungen

- Die Teilnehmer:innen haben sich vorgenommen, das VBHC-Konzept in die Breite zu tragen und Mitstreiter:innen für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems im Sinne von VBHC zu gewinnen. Das vorliegende Whitepaper soll die Ansprache potenzieller Partner:innen und Multiplikator:innen erleichtern.
- Um die Vorteile von VBHC, insbesondere im Hinblick auf Patientenorientierung und mögliche Effizienzreserven, adäquat und verständlich zu vermitteln, sollen in- und ausländische Best-Practice-Beispiele aufbereitet und kommuniziert werden.
- Erreicht werden sollen vor allem Patient:innen und Patientenorganisationen sowie Ärzt:innen, Vertreter:innen medizinisch-therapeutischer Berufsgruppen und gesundheitspolitische Akteur:innen. Letztere sehen die Teilnehmer:innen in der Pflicht, die notwendigen Rahmenbedingungen für VBHC zu schaffen.
- Die Teilnehmer:innen sind sich darüber im Klaren: Veränderung erfordert Kommunikation, Mut und Empathie sowie die Bereitschaft, Vorbehalte offen und konstruktiv zu diskutieren und Widerstände auszuhalten.

Janssen Open House – der Podcast

Die Diskussionen zu Value Based Healthcare finden Sie hier zusammengefasst als Podcast:

 <https://open.spotify.com/show/5xG8yLLNP52AM9tSoQCtXi>

Feedback ausdrücklich erwünscht!

Was meinen Sie: Ist Value Based Healthcare der richtige Ansatz für eine Neuausrichtung unserer Gesundheitsversorgung? Wo sehen Sie den größten Reformbedarf? Welche Vorbehalte haben Sie?

Wir freuen uns über Ihr Feedback an: janssenopenhouse@its.jnj.com

Unterschiedliche Perspektiven

Über das Thema Value Based Healthcare diskutierten im Rahmen des Janssen Open House:

- Inga Bergen, Podcasterin & Expertin für Gesundheit und digitale Innovation
- Lisa Braun, Geschäftsführerin Presseagentur Gesundheit
- Anna Büscher, Rechtsanwältin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht (Prof. Dr. Stefan Huster)
- Dr. Anke Diehl, Chief Transformation Officer, Universitätsmedizin Essen
- Dr. Verena Donatz, Director Market Access Strategic Accounts bei Janssen Deutschland
- Sophie Christin Ernst, Ärztin an der Augenklinik des Stadthospitals Triemli in Zürich, Mitgründerin der Patients4Digital GmbH und Research Fellow im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin
- Jonah Grütters, Healthcare Management Student bei der OptiMedis AG und Mitglied bei #Gesundheit
- Clemens Guth, Co-Autor des Buchs „Chancen für das deutsche Gesundheitssystem“ und Geschäftsführer der GIG
- Anke Harney, Fachanwältin für Medizinrecht, Mitglied im Medizinrechtsausschuss des Deutschen Anwaltvereins und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht (Prof. Dr. Stefan Huster)
- Prof. Dr. Hans Heinzer, Chefarzt des Prostatakrebszentrums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Prof. Dr. Stefan Huster, Lehrstuhlinhaber an der Ruhr-Universität Bochum, Vorsitzender der AMNOG-Schiedsstelle und Vorsitzender der Sachverständigenkommission zur Evaluierung des Infektionsschutzrechts
- Dr. med. Günther Jonitz, Präsident a. D. der Ärztekammer Berlin
- Dr. Valerie Kirchberger, Chief Medical Officer bei Heartbeat Medical
- Jochen Kleining, Direktor Früher Marktzugang & Erstattung bei Janssen Deutschland
- Julian Kley, Gründer und COO von Avi Medical
- Dr. med. Anne Sophie Kubasch, Ärztin und „Clinician Scientist“ an der Klinik und Poliklinik für Hämatologie, Zelltherapie und Hämostaseologie am Universitätsklinikum Leipzig
- Mina Luetkens, Mitgründerin der Patients4Digital GmbH
- Prof. Dr. David Matusiewicz, Dekan des Hochschulbereichs Gesundheit & Soziales der FOM und Direktor des Instituts für Gesundheit & Soziales (ifgs)
- Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer, Seniorprofessor für Versorgungsforschung an der Medizinischen Hochschule Brandenburg
- Dr. Eva-Maria Stegemann, EU-Projekt „Regions4PerMed“ zur Förderung der interregionalen Koordinierung im Bereich der Personalisierten Medizin
- Peter Stegmaier, Chefredakteur von Monitor Versorgungsforschung
- Viktoria Steinbeck, wissenschaftliche Mitarbeiterin der TU Berlin und Leiterin des ersten deutschen Seminars zum Thema Value Based Healthcare
- Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost

Über Janssen: Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson

Janssen ist eines der weltweit führenden forschenden Pharmaunternehmen und Teil des globalen Gesundheitskonzerns Johnson & Johnson. In Deutschland hat das Unternehmen mit Sitz in Neuss, Nordrhein-Westfalen, über 1.000 Mitarbeiter:innen und ist die Nummer zwei der forschenden Pharmaunternehmen. Janssen investiert täglich weltweit etwa 22 Millionen Euro in die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente. 18 Wirkstoffe des Unternehmens stehen auf der WHO-Liste der unverzichtbaren Arzneimittel. Forschungsschwerpunkte sind Onkologie, Immunologie, Infektiologie, Neurowissenschaften und pulmonale Hypertonie.

www.janssen.com/germany

LinkedIn: [Janssen Germany](#)

YouTube: [Janssen Deutschland](#)

Impressum

Janssen-Cilag GmbH

Unternehmenskommunikation

Johnson & Johnson-Platz 1

D-41470 Neuss

Telefon: +49 2137 955-6804

Telefax: +49 2137 955-327

E-Mail: presse@janssen-deutschland.de

Vorsitzender der Geschäftsführung: Andreas Gerber

Verantwortlich im Sinne des Presserechts: Markus Hardenbicker

Erscheinungsdatum: 09.01.2023



Janssen Open House

www.janssen.com/germany/openhouse

Kontakt: janssenopenhouse@its.jnj.com