

Kongress „Das Ergebnis zählt! Impulse für mehr Outcome-Orientierung und Patientennutzen im Gesundheitssystem“

Wie man vom „volume“ zum „value“ kommt

Beim Hybrid-Kongress mit dem Titel „Das Ergebnis zählt! Impulse für mehr Outcome-Orientierung und Patientennutzen im Gesundheitssystem“ im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin, gab nach der Begrüßung durch die beiden Veranstalter – Prof. Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer der B. Braun-Stiftung, und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG, – Prof. Dr. Reinhold Busse (TU Berlin), den wichtigsten Impuls. Sein Vortrag mit dem Titel „Von einem ‚volume‘- hin zu einem ‚value‘-basierten Gesundheitssystem“ machte den Beginn eines vierteiligen parallelen Workshop-Erlebnisses, das in der Podiumsdiskussion „Von volume zu value“ gipfelte, aber dann doch noch vom Finale einer gemeinsamen Erarbeitung der vorbereiteten Diskussionsgrundlage eines „Berliner Aufrufs“ für „mehr Outcome-Orientierung und Patientennutzen im Gesundheitssystem“ übertrumpft wurde.

>> Mit dem „Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen“ wenden sich die B. Braun-Stiftung, OptiMedis sowie weitere Experten aus dem Gesundheitswesen und viele Mitunterzeichnende vor allem an jene Politiker, die gerade die Koalitionsvereinbarung der kommenden Legislatur erarbeiten. Initiatoren wie Unterzeichner gehen nicht nur davon aus, dass die von ihnen intendierte Neuausrichtung des Gesundheitswesens einen entscheidenden Beitrag dazu leisten wird, das Gesundheitswesen für die nächsten Jahrzehnte patientenzentrierter, finanzierbar, solidarisch und offen für Innovationen zu halten, sondern werden sich auch in ihren Organisationen genau dafür einsetzen.

Gefordert wird unter anderem eine sehr viel stärkere Fokussierung auf die Messung und Bewertung von Leistungen hinsichtlich ihres Nutzens für die Bevölkerung. Prof. Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer der B. Braun-Stiftung, betonte: „Was im Gesundheitswesen zählt, ist doch das Ergebnis der Interventionen, also der Nutzen für den Patienten. Gemeinsam wollen wir daher erreichen, dass alle Akteure im Gesundheitswesen inklusive der Kostenträger diesen Nutzen auch nachweisen müssen.“ Es müssten Indikatoren entwickelt werden, die für den Patienten relevante und möglichst aggregierte Outcomes widerspiegeln, ergänzte Schachtrupp. Außerdem sollten auch die Patienten selbst ihre Erfahrungen und Präferenzen in einer national standardisierten Form einbringen können.

„Auf Grundlage dieser Daten können die knappen Ressourcen viel effizienter eingesetzt werden“, fügte Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG, hinzu: „Und nur so haben die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem den Anreiz, noch stärker für den Patientennutzen zusammenzuarbeiten und Prävention und

Gesundheitsförderung zu fördern. Gleichzeitig werden durch eine Vergleichbarkeit und durch transparente Anforderungen auch die Grundlagen für langfristige und substanzielle Investitionen in Innovationen gegeben.“

Quantitativ hoctouriges System

„Was heißt es eigentlich, wenn wir von Volume reden?“ Mit dieser rhetorischen Frage begann Prof. Dr. Reinhold Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin, seinen Vortrag, der nicht nur den Weg „Von einem ‚volume‘- hin zu einem ‚value‘-basierten Gesundheitssystem“ aufzeigen, sondern auch eine internationale Perspektive einnehmen sollte. Seine Antwort: „Unser Gesundheitssystem läuft quantitativ hoctourig“; in Zahlen heißt das: rund 3 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte, 2 Millionen abgegebene Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel zusätzlich 1,7 Millionen OTC-Arzneimittel sowie 380.000 stationäre Patienten im Krankenhaus (zuzüglich 120.000 leerer Betten) – alles pro Tag wohlgemerkt, aber vor Corona. Aber nur 700 stationär aufgenommene Schlaganfall und 500 stationär aufgenommene Herzinfarktpatienten. Jens Spahn, der noch amtierende Gesundheitsminister hätte einmal zu ihm gesagt: „Es kann doch gar nicht sein, dass wir das ganze System für diese rund 500 Patienten betreiben.“

Ist aber so. Wenn Deutschland die Krankenhausstruktur Dänemarks hätte (Anm. d. Red.: das ist jedoch ein Konjunktiv irrealis) – wären es statt 380.000 nur 160.000 stationäre Patienten im Krankenhaus. Selbst im internationalen Vergleich. Der EU-Durchschnitt liegt laut der von Busse zitierten Eurostat/OECD-Gesundheitsstatistik bei 172 Krankenhausfällen pro 1.000 Einwohner sowie im EU-Durchschnitt 7,5 Arztbesuche



Prof. Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer der B. Braun-Stiftung und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender von OptiMedis, haben in Berlin gemeinsam mit und auch stellvertretend für viele Expert:innen und Akteur:innen im Gesundheitswesen einen Appell an die Politik der neuen Legislatur gerichtet. Foto: OptiMedis

pro Person. Dänemark zum Beispiel hätte im Schnitt weniger ambulante und auch stationäre Fälle, während Deutschland sowohl eine hohe Beanspruchung stationärer (+50%) wie ambulanter (+33%) Leistungen hätte – und das, obwohl man doch denken würde, dass es eine Substitution der stationären durch ambulante Fälle geben müsste. Busse: „Das heißt auch, dass wir – wenn wir die Vor-Corona-Zahlen nehmen – rund 7 Millionen Krankenhausfälle haben, die nicht getrieben sind durch die Morbidität, wenn man den Schnitt anderer EU-Länder nehmen würde.“ Und das obwohl sowohl die Inzidenz beispielsweise bei Krebs oder bei Lebenserwartung im Durchschnitt der EU-Ländern läge – mal etwas mehr, mal etwas weniger.

Das alles kostet: Im Vergleich zu anderen

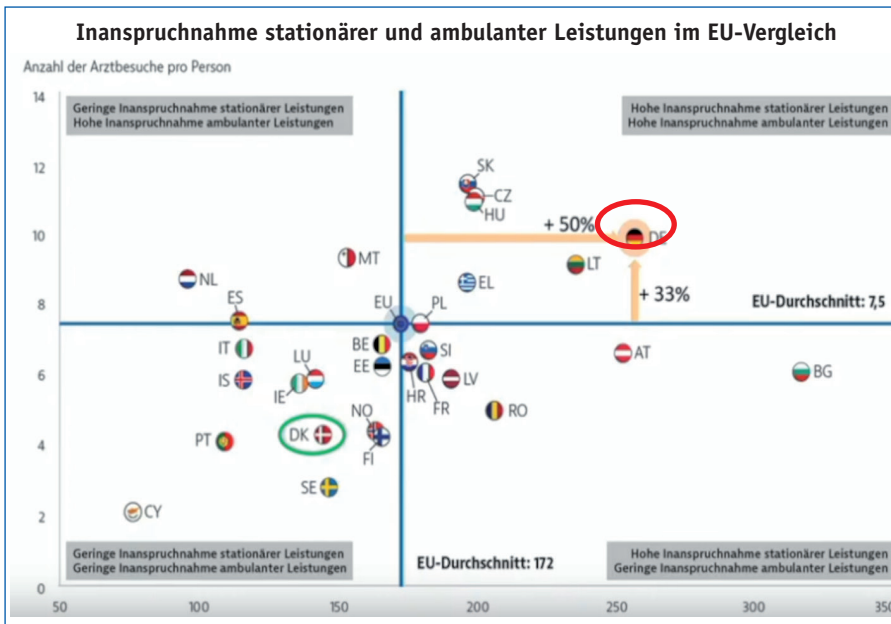


Abb. 1: Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Leistungen im EU-Vergleich. Quelle: Euro Stat-Datenbank, OECD Gesundheitsstatistik. Aus: Vortrag Busse: „Das Ergebnis zählt! Impulse für mehr Outcome-Orientierung und Patientennutzen im Gesundheitssystem“.

EU-Ländern gibt Deutschland im Mittel laut OECD Health Statistics 2021 rund 19% mehr bei der ambulanten und 20% mehr bei der stationären Versorgung aus.

Busse's zweite und dritte rhetorische Frage, die er natürlich gleich selbst beantwortet: „Warum ist das so? Und: „Warum gibt es bei uns so viele Leistungen? Seine Antwort: Weil es zu viele Leistungserbringer gibt, die bezahlt werden wollen und das auch noch nach reinen „volume“-Kriterien, wobei erschwerend dazu komme, dass die zumeist eingesetzten Vergütungsformen das auch noch anreizen und auch anheizen würden. Und vor allem, weil es keine weit verbreitete Forderung gäbe, dass statt „volume“ das erreichte Ergebnis („value“) im Mittelpunkt stehen müsse. Busse: „Wir bezahlen im Wesentlichen die Leistungserbringer eben nach Leistung, und nicht dafür, dass sie herumsitzen und Däumchen drehen – damit sind wir beim ‚volume-effect‘.“

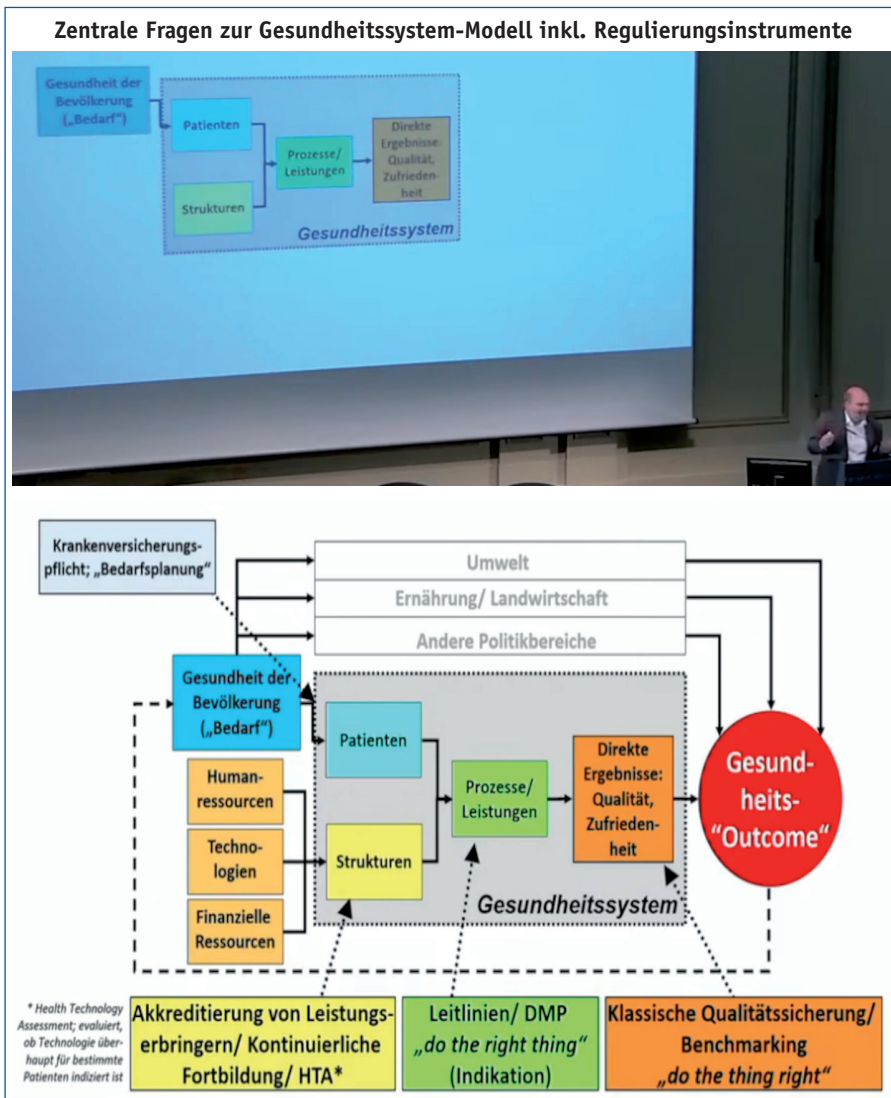


Abb. 2: Zentrale Fragen zur Gesundheitssystem-„Performance“. Aus: Vortrag Busse: „Das Ergebnis zählt! Impulse für mehr Outcome-Orientierung und Patientennutzen im Gesundheitssystem“.

Fiktion und Realität

Dies erklärt Busse anhand eines von ihm entwickelten Modells, das man benötige, um „Gesundheitssysteme zu verstehen und zu analysieren“. Dieses Modell bestehe aus Strukturen, zu messenden direkten Ergebnissen sowie zwei Inputprozesse, eines davon die Bevölkerung mit einem gewissen Bedarf, der sie zu Patienten macht. Busse: Wir hoffen, dass Patienten etwas mit der Gesundheit der Bevölkerung zu tun haben.“ Doch sei es eine „Fiktion“ anzunehmen, dass „Patienten diejenigen sind, die krank sind und vom Gesundheitssystem profitieren“ könnten – „ob das so ist, ist die große Frage“.

Das wichtigste sei, nachdem der Kontakt mit dem Gesundheitssystem abgeschlossen sei, die Frage des Outcomes, wobei ein „attributabler Teil“ auf den oder die vorangegangenen Kontakt(e) mit dem Gesundheitssystem zurückzuführen sein müssten. Wobei darauf auch andere Einflüsse einwirken wie beispielsweise Umwelt, Lärmbelastung, Ernährung und andere Politikbereiche, die man berücksichtigen müsse. Aber auch die Rückkoppelung des Outcomes in den Bedarf sei zu beachten, was das Ganze methodisch schwierig mache.

Erst wenn man dieses modellhafte System verstehe, könne man die Frage des Outcomes als das „der Gesundheitsversorgung zuschreibbare Ergebnis“ zu beantworten versuchen, das da heißt: „Wie viel Gesundheit schafft das System wirklich?“ Erst wenn man die eingesetzten finanziellen Ressourcen in

Beziehung setze zu den Humanressourcen, könne man quantifizieren, „wie viel Gesundheit wir schaffen und in welchem Verhältnis das Ergebnis zu den Ressourcen steht, die wir ins Gesundheitssystem stecken“. Eigentlich müsse die oberste Frage eines jeden Gesundheitsministers und ebenso die übergeordnete Frage im Koalitionsvertrag lauten: „Wie viel Gesundheit schaffe ich pro Euro, den mir die Bevölkerung gibt? Das sei der „value“ – das zuschreibbare Ergebnis der Gesundheitsversorgung. Wenn denn, das sei die Gretchenfrage, einem bestimmten Patienten die richtige Indikation gestellt und er demzufolge den richtigen Prozess und die richtige Technologie erhalte. Es gehe nicht nur zum „doing the right thing“, sondern vor allem auch um „do the thing right“. Das sind Busse's Worten zufolge zwei komplett unterschiedliche Dinge. Sein Beispiel: „Es kann geniale Chirurgen geben, die bei der Indikationsstellung super sind und die Patienten mit der richtigen Operationsform operieren, die für sie geeignet ist.“ Doch hilft das alles nichts, wenn dieser Super-Operator jeden nichtindizierten Patienten operiert, was dann auch keine gute Qualität ergibt.“ Dies komplett auseinanderzudröseln, gleiche einem Dreisprung: „Wir müssen wissen, ob die Technologie, das Arzneimittel, die Medizintechnik oder das Operationsverfahren überhaupt potenziell gesundheitlichen Nutzen stiften kann. Wir müssen es zur richtigen Zeit am richtigen Patienten anwenden und obendrein auch noch gut durchführen können.“ Womit man bei der Frage von Erfahrungen und auch die der Mindestmengen angekommen sei.

Die Zahlen gibt es, aber nur anonymisiert

Und ebenso bei der Frage, was das alles bewirkt oder auch nicht bewirkt. Das könne man als Forscher mit Daten des Forschungsdatenzentrums nach einzelnen Krankenhäusern getrennt sehr genau analysieren – leider anonymisiert. Leider deshalb, weil es Qualitätsunterschiede gebe, „riesige“ setzt Busse dazu!

Als erstes Beispiel für diese harte Aussage nimmt Busse Gallenblasen-Operationen (Cholezystektomie), wobei die OPs in 5 Krankenhaus-Güteklassen aufgeteilt worden seien: in „gute“ (1) mit geringen bis hin zu „schlechten“ (5) mit hohen Re-Operationsraten. Busse: „Die schlechtesten Krankenhäuser haben bei Gallenblasen-Operationen 34-mal höhere Re-Operationsraten als gute

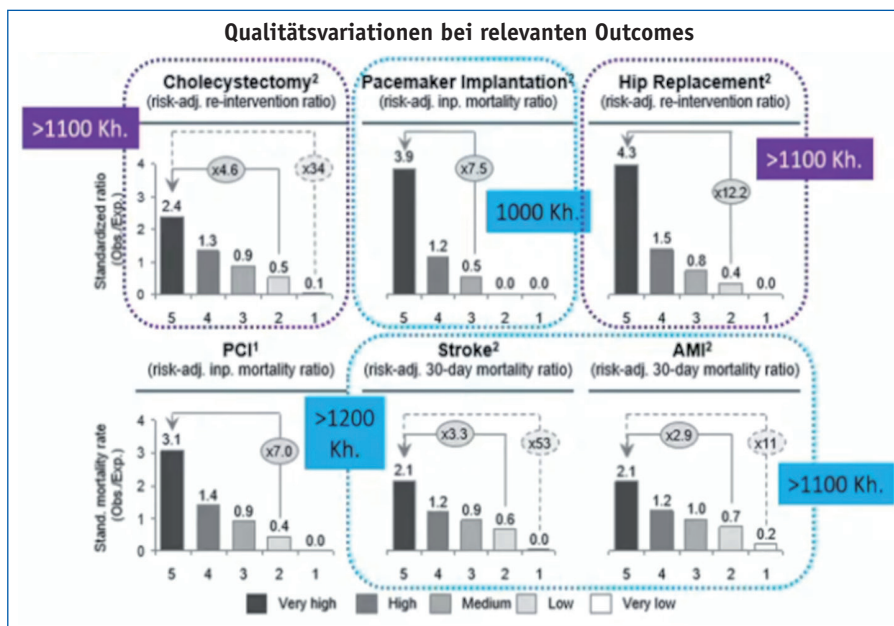


Abb. 3: Qualitätsvariationen bei relevanten Outcomes (z.B. 30-Tage-Mortalität, Re-Ops, bei mehr als 1.000 Krankenhäusern). Aus: Vortrag Busse: „Das Ergebnis zählt! Impulse für mehr Outcome-Orientierung und Patientennutzen im Gesundheitssystem“.

Krankenhäuser.“ Bei Herzschrittmacherimplantationen (Pacemaker Implantation) ist der Faktor immerhin noch 7,5, bei Hüftgelenksimplantationen (Hip Replacement) 12,2 und bei der Herzinfarktsterblichkeit (AMI) innerhalb von 30 Tagen 11.

Man müsse sich – lästert Busse – vorstellen, dass solche Krankenhäuser am Eingang Transparente aufhängen müssten, auf denen steht: „Achtung, unsere risikoadjustierte Sterblichkeit ist leider elfmal so hoch wie im Schnitt in Deutschland. Überlegen Sie es sich noch einmal, ob Sie hier reinkommen.“ Doch die (an sich mögliche) Zuordnung derartiger Qualitäts-Daten zu einzelnen Krankenhäusern geben die aktuellen IQTIG-Berichte allerdings nicht mehr her, wohl, weil das nach Busse „wahrscheinlich zu transparent war“.

Das alles und noch viel mehr wurde bei einer Podiumsdiskussion mit dem Untertitel „Wie können wir das Gesundheitssystem in dieser Legislatur auf Ergebnisorientierung ausrichten?“ erörtert. Mit dabei waren Dr. Siiri Ann Doka (BAG Selbsthilfe), Marco Walker (Asklepios Kliniken), Tim Rödiger (Die Brückenköpfe), Dr. phil. Bernadette Klapper (DbfK) und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (Opti-Medis AG) sowie die MdBs Mario Czaja (CDU), Lars Lindemann (FDP), Dr. Edgar Franke (SPD) und Johannes Wagner (Bündnis 90/Die Grünen). <<

1) Link Video: <https://www.youtube.com/watch?v=pGYbX1LlBss>

2) Link Aufruf: <https://optimedis.de/berlineraufruf>



Auf dem Podium (v.li.): Tim Rödiger, Lars Lindemann, Dr. Edgar Franke, Johannes Wagner, Dr. Siiri Ann Doka, Dr. phil. Bernadette Klapper, Marco Walker, Mario Czaja und Dr. h. c. Helmut Hildebrandt.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wie man vom volume zum value kommt“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/21), S. 18-21. <http://doi.org/10.24945/MVF.06.21.1866-0533.2353>

Beivers: „Kein one size fits all mehr“

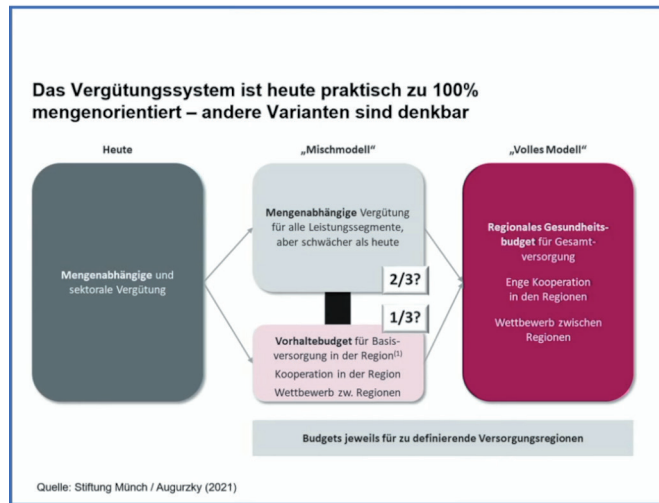
In seinem Vortrag „Regionalbudgets statt DRG und Einzelleistungsvergütung“ beleuchtete Prof. Dr. Andreas Beivers, Professor für Volkswirtschaftslehre und Studiendekan für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius in München, den Hintergrund und die mögliche Zukunft unseres derzeitigen Vergütungssystems. Er verglich dabei ein Vergütungs- und Anreizsystem mit einem guten Navigationssystem, das „uns irgendwie dahin bringt, wo wir hinwollen, am besten effizient“. Das Problem sei nun, dass bei einem von vorneherein falsch eingegebenen Ziel, das Navi noch so wunderbar sein und uns auf die kürzeste und die effizienteste Route leiten könne, aber man dennoch am falschen Ziel lande. Beivers: „Egal, ob wir über neue Anreize diskutieren, ob wir über DRGs oder Anpassung der Fallpauschale oder auch Regionalbudgets reden, fahren wir immer falsch, wenn wir nicht zuallererst klären, welches Ziel wir ins Navi eintragen.“ So würden abstruse Situationen entstehen, bei denen am Ende der Wertschöpfungskette überprüft würde, ob beispielsweise eine Hüft-OP gut gelaufen sei, es aber zu Beginn ver-gessen wurde, die Frage zu stellen, ob der Patient die überhaupt gebraucht hätte – dies sei eine Frage der Indikationsqualität.

Danach komme die des Bedarfs, gebildet aus dem Nutzen für Patient:innen und den dafür nötigen Kosten. Das Problem sei, dass sich der Nutzen als Gesamtergebnis ableite aus der Indikationsqualität, einer subjektiven Komponente – der „Erlebnis-Servicequalität“ – sowie der Qualität des Zugangs – der finanziellen zeitlichen und örtlichen Erreichbarkeit. Obwohl man bundeseinheitliche Vorgaben für Qualität brauche, habe die Corona-Pandemie gezeigt, dass Gesundheit eine regionale Angelegenheit sei. Jede Region müsse ihre eigene, richtige Lösung vor Ort – aber immer vor dem Hintergrund bundeseinheitlicher Mindestmengenstandards und Qualitätsvorgaben finden.

Vergütungssysteme sollten nun dabei helfen, die „GPS-mäßig effiziente Route“ zu fahren. Kollege Wasem hätte das im gemeinsam herausgebrachten Krankenhausreport des WiDo schön dargestellt, in dem er gesagt hätte, dass Vergütungssysteme zu einer bedarfsgerechten Versorgung führen sollten, dabei aber auch die Qualität der Versorgung sowie die Effizienz der Leistungserbringung sicherstellen sollten. Dies werde ergänzt durch Begrifflichkeiten, die Ökonomen eigentlich selten verwenden würden, wie „Gerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern“ und „Fairness gegenüber den Kostenträgern“. Beivers: „Bei Gerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern könnten wir kontrovers diskutieren, ob Vorhaltepau-schalen in der Pandemie dazu beigetragen haben, dass die, die eigentlich den Job getan haben, besser vergütet worden sind oder ob die, die den Job nicht getan haben, jetzt besser dastehen.“ Das sei aber nicht die Schuld derjenigen, die die Gelder angenommen hätten, sondern derjenigen, die diese Anreize gesetzt haben. Darüber sollte man in der Retrospektive kontrovers diskutieren, auch wenn es in der akuten Pandemie-Phase für alle eine „Entscheidung unter Unwissenheit“ gewesen sei.

In allen Parteiprogrammen und auch in der Koalitionsvereinbarung würde nun stehen, dass das DRG-Sys-tem abgeschafft oder wie auch immer angepasst werden solle. Beivers: „Fall-pauschalen können aber nicht an allem schuld sein, weil man damit versucht hat, mit einem Vergütungssystem ein Zielbild zu ersetzen.“

Mit den DRG sei in den 90er Jahren lediglich versucht worden, eine Strukturanpassung hinzubekommen, in dem es über ein neues Vergütungssystem Gewinner und Verlierer gebe und der Wettbewerb es dann schon richten werde – was so Beivers – „eben nicht funktioniert“ habe. Einfach schon deshalb, weil „ein Vergütungssystem alleine“ das gar nicht erbringen kann; „kein einziges“, alleine auch, weil es kein optimales Vergütungssystem gebe. Auf viele Gefahren des Fallpau-schalensystems hätte schon Ende der 90er Jahre der Sachverständigenrat hingewiesen.



OptiMedis B. BRAUN-STIFTUNG DER GEMEINSCHAFT NEUE WEGE BEI



Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers

Die zweite, zentrale Fehlannahme sei, dass es ein Vergütungssystem gebe, das die Strukturprobleme lösen könne, und die dritte, dass für gleiche Leistung überall der gleiche Preis gelten müsse. Beivers: „Da tut man so, als wäre Deutschland überall gleich, was aber falsch ist.“ Deutschland sei gleichwertig, das stehe in unserer Verfassung, auch die Lebensverhältnisse seien gleichwertig. Doch bekomme man eben für zehn Euro auf dem Oktoberfest, das nicht stattfindet, nur eine Maß Bier, dafür an irgendeiner Tankstelle mindestens zehn Bier. Kaufkraftparitäten müssten nun einmal berücksichtigt werden, weil vieles in Deutschland zwar gleichwertig, aber – nicht falsch zu verstehen – eben nicht gleich sei. Weil es zudem regional mal mehr oder weniger Ältere, mehr oder weniger Multimorbide und mehr oder weniger Jüngere gebe, müsse auch die Versorgung unterschiedlich sein.

Was das derzeitige Fallpauschalensystem trotz allem geschafft habe und weshalb man es jenseits von regionalen Gesundheitsbudget-Fallpauschalen weiterentwickeln müsse, sei, dass es zu einer Definition von Leistungen geführt habe. Zudem zu einer Leistungstransparenz, wie wir es noch nie zuvor hatten. Seiner Meinung nach müssten aber Fallpauschalen künftig nicht zwangsläufig zur Vergütung eingesetzt werden, sondern zu einer Beschreibung von Leistungen, die dann als Grundlage einer Vergütung genommen werden könnten. Man könne auch über andere Möglichkeiten der Vergütung nachdenken, wie Faktormengen, die Anzahl der behandelten Patienten (Regionalbudgets) oder in ein Selbstkostendeckungssystem wie bei der Pflege zurückfallen, was er aber auch hier skeptisch sieht. Beivers: „Wir sind uns alle darin einig, dass wir von der reinen mengenabhängigen, sektoralen Vergütung weg müssen und zwei Möglichkeiten haben, wie wir diese weiterentwickeln können.“ Doch werde es regionale Gesundheitsbudgets nicht für ganz Deutschland geben können, auch sollte man sich von dem Gedanken verabschieden, dass über DRG 100 Prozent der Leistungen refinanziert werden müssten. Es gebe vielmehr ein Nebeneinander unterschiedlicher Möglichkeiten, kein „one size fits all“ mehr. Dazu zähle sicherlich auch die Frage, wie man in Zukunft mit Vorhaltbudgets umgehen solle. Diese Frage

sei alles andere als einfach, denn – so seine Fragen: „Was ist eigentlich die neue Baseline?“ oder „Was ist das neue Normal?“ Das Case-Mix-Volumen von 2019 oder das von 2020? Beivers: „Wäre ich ein Krankenkassenmanager, würde ich sagen, wir nehmen die Fälle von 2020, rechnen Covid-19 heraus, und kalkulieren auf dieser Basis die Vorhaltekosten.“ Das nütze aber nichts, weil man auch dazu erst ein Zielbild dessen haben müsse, „was wir wo vorhalten wollen und was nicht“. Wenn man nun das Ganze aus Leistungserbringersicht betrachte und das Case-Mix-Volumen 2019 nehme, würde man hingegen „die heutige Versorgung zementieren“ und jedes Krankenhaus über die Vorhaltekosten erhalten – darum sei auch hierfür zuerst das richtige Zielbild nötig. Allein in diese Frage würde man „viel Hirsenschmalz“

investieren müssen, auch um zu überlegen, wie man in einzelnen Regionen regionale Gesundheitsbudgets einsetzen könne, die viele Vorteile hätten.

„Es sind immer die Pflaumen, die Äpfel mit Birnen vergleichen“
Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger (* 29. Mai 1939)
Ehem. Präsident der Gesellschaft Deutscher Chemiker

Eben nicht nur Äpfel und Birnen:
Bedarf einer genaueren Abgrenzung der Leistungen ambulant, teilstationär und vollstationär



Quelle: angelehnt an Beivers (2010)