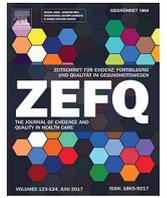




Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.elsevier.com/locate/zefq)

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



Value based health care (VbHC): woher und wohin?

Value-based health care (VbHC): Whence and wither

Heiner Raspe*

Gastwissenschaftler am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Münster, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:
Online gestellt: xxx

Schlüsselwörter:
Value-based health care
evidence-based health care
Nutzen
Nutznießer
Solidarität

ZUSAMMENFASSUNG

VbHC hat sich seit Mitte der 2000er Jahre zu einer prominenten Bewegung im Grenzgebiet zwischen Bevölkerungsmedizin und Gesundheitsökonomie entwickelt. Der „value“, den sie anstrebt, wird durch das Verhältnis von patientendienlichen Behandlungsergebnissen zu den für sie verbrauchten (finanziellen) Ressourcen definiert. Der Aufsatz konzentriert sich auf Arbeiten von v.a. zwei prominenten Vertretern des Konzepts: M.E. Porter und J.A.M. Gray. Er reflektiert deren Hintergründe und zentrale Elemente und arbeitet Gemeinsamkeiten von und Unterschiede zwischen beiden Autoren heraus. Es ist zu hoffen, dass sie in der gerade erst beginnenden deutschen Diskussion eine Rolle spielen werden. Besonders zu bedenken sind das Verhältnis von VbHC und Evidence-based Health care, die Nutznießer von VbHC (Gesamtbevölkerung vs. Kranken- vs. Patientengruppen?) sowie die Rolle von moralischen Werten, besonders dem der Solidarität mit Schwerkranken und sozial Deprivierten.

ARTICLE INFO

Article History:
Available online: xxx

Keywords:
value-based health care
evidence-based health care
benefit
beneficiaries
solidarity

ABSTRACT

Since about 2005 VbHC has become a prominent movement on the border between population medicine and health economics. The “value” it is aiming at is defined as health care “outcomes per dollar spent”. The text focuses on the work of two prominent proponents: M.E. Porter and J.A.M. Gray. It considers background and central elements of VbHC and discusses similarities and differences between the two authors. Especially the differences raise questions that will hopefully play a role in the German discussion that is still in its infancy. Three complex topics seem to be particularly relevant: the relationship between VbHC and evidence-based health care, the question of who is to benefit from VbHC (total, diseased, patient population?), and the role of moral values especially the value of solidarity with the severely ill and socially deprived.

„Suddenly value is everywhere.” [1]

Einleitung

„Evidence-based health care“ (EbHC), ein frühes Derivat der Evidenz-basierten Medizin (EbM) taucht im Titel oder Abstract der in PubMed dokumentierten Veröffentlichungen spätestens 1994 auf. Im Unterschied zur „Sackett-EbM“, die allein „the care of

individual patients“ [2] im Blick hatte, geht es ihr um die medizinische Versorgung von Gruppen bis hin zu ganzen Bevölkerungen.

Dies gilt grundsätzlich auch für „Value-based health care“. Auch VbHC zielt auf die Planung und Lenkung der medizinischen Versorgung größerer Kollektive. Sie darf, ja muss daher mit weitläufigen Generalisierungen arbeiten: „policy requires generalizing“ [3]. Auch VbHC tauchte als Begriff in PubMed schon 1994 auf. Bereits die ersten dort dokumentierten Autoren, Chodroff und Krivenko [4], erwarteten, dass in einer Welt „of ‘manged competition’ health care dollars will flow to those systems that can ensure the best clinical outcomes while using the least economic resources.“

Dennoch gewinnt VbHC Momentum erst um das Jahr 2005 herum. In dieser Dekade hatte der marktgesellschaftliche Prozess der Ökonomisierung auch die klinische Medizin voll erfasst.

* Korrespondenzadresse: Prof. Dr.med. et phil. Heiner Raspe, Gastwissenschaftler am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, privat: Soetenkamp 16, 48149 Münster
E-mail: hraspe@uni-muenster.de

<http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2017.08.002>
1865-9217/

An ihrem Ende, 2010, erscheint Michael Porters vielzitiertes Aufsatz „What is value in health care?“ [5]. Die Antwort dieses in Harvard lehrenden Ökonomen klingt einfach: „... value defined as the health outcomes per dollar spent“. Ähnlich sieht es eine zweiter prominenter Vertreter von VbHC, Muir Gray, ein britischer Sozialmediziner [6]: „The best shorthand definition of value is to describe it as the relationship between outcome and cost, expressed as the net health benefit – the difference between benefit and harm, taking into account the resources used.“¹)

Dies identifiziert „value“, wie Gray selbst sagt [7], als ein ökonomisches Konzept. Es wundert nicht, dass sich unter dem Stichwort „values (!) based health care“ eine ganz andere und viel schmalere Literatur erschließt. Sie handelt von moralischen Werten, denen die medizinische Versorgung folgen sollte [8–10].

Vielen erscheint VbHC als ein „Königsweg aus der gegenwärtigen Krise“ [11]. Porter und Lee sehen sie als eine „fundamentally new strategy“, „the (1, HR) strategy that will fix health care“: „providers that cling to today’s broken system will become dinosaurs“ [12].

Ihr Ausgangspunkt: „Around the world, every health care system is struggling with rising costs and uneven quality despite the hard work of well-intentioned clinicians. Health care leaders and policy makers have tried countless incremental fixes – attacking fraud, reducing errors, enforcing practice guidelines, making patients better ‘consumers’, implementing electronic medical records – but none have had much impact.“

Eine ähnlich großartige Geste begleitete ein Interview, das David Sackett 1995 zum „rise of evidence-based medicine“ gab: „goodbye to the dinosaurs“ [13].

Sieht man die Literatur zu VbHC durch, dann erweitert sich das Wortfeld in beredter Weise. Neben die schon genannten Begriffe Outcomes, Aufwendungen, Wettbewerb treten weitere wie „patients – outcomes measurement – providers – accountability – competition – innovations – financial incentives – reimbursement – market share“. Negativ besetzte Begriffe sind „volume care – waste – wasteful spending – overuse – indication creep – low value care – poor medical care“.

Auch wenn die beiden letzten Unter- wie Überversorgung einschließen, ist nicht zu übersehen, dass heute die Diskussion um Überversorgung international im Vordergrund steht. Berwick sieht sie 2017 als „the next quality frontier“ [14]. Symptomatisch ist u.a. die weltumspannende Initiative „Choosing Wisely“ der US-amerikanischen ABIM-Foundation [15]; aber auch die OECD und verschiedene nationale Gesundheitssysteme haben sich „tackling wasteful spending on health“ zur Aufgabe gemacht [16].

Im Folgenden stelle ich zuerst Details des Konzepts VbHC im Sinne Porters vor. Im Wesentlichen konzentriere ich mich auf seine Veröffentlichung aus dem Jahr 2010 [5]. Porter-Zitate ohne Quellenangabe mit Hinweis auf eine bestimmte Seite (zwischen 2477 und 2481) beziehen sich auf diesen Text. Der spätere Vergleich mit dem oberflächlich ähnlichen Konzept von Muir Gray lässt einige Gemeinsamkeiten, aber auch wesentliche Unterschiede erkennen. Sie führen zu einer Reihe von Fragen, die die deutsche Diskussion beschäftigen könnten. Doch zuerst zum Zentralbegriff „value“.

Das Konstrukt „value“

Porter drückt den „value“ einer Versorgungsleistung bzw. einer komplexen Versorgungsstrategie durch das Verhältnis

¹ Ich lasse den Begriff „value“ im Folgenden bewusst unübersetzt. „Wert-basierte medizinische Versorgung“ würde zu Missverständnissen einladen. In der Vergangenheit hatte es Jahre gedauert, bis „Evidenz“ als Übersetzung von „evidence“ und damit als Homonym verstanden und akzeptiert wurde.

Behandlungsergebnisse („outcomes“) zu finanziellem Aufwand („dollar spent“) aus.

Es handelt sich um zwei heterogene Parameter, die zunächst nichts miteinander zu tun haben. In eine direkte Beziehung treten Outcomes und Dollars am ehesten im Rahmen eines fixen Budgets. Dann führte eine Senkung von Kosten bei gleichen Outcomes bzw. eine Steigerung der Outcomes bei gleichen Kosten zu einer Steigerung von „value“. Auf einem kompetitiven Markt hätte der Anbieter Vorteile („reputations – and market share – improve“ [17]), der ein günstigeres Nutzen/Kosten-Verhältnis seines Versorgungssystems vorweisen könnte. Eine reine Kostensenkung ohne Rücksicht auf Outcomes ist nach Porter dysfunktional. Sie könnte „value“ negativ beeinflussen.

Porter entwirft zur näheren Bestimmung des ersten Parameters eine eigene Hierarchie von Outcomes-Maßen. Sie umfasst drei jeweils zweigeteilte Ebenen: der erreichte oder erhaltene Gesundheitszustand (health status achieved or retained: am Beispiel operativer Kniegelenkersatz: Krankenhausmortalität, Schmerzstärke), der Prozess der Gesundung (process of recovery: z.B. Wartezeit vor OP, Lungenembolie), die Nachhaltigkeit des erreichten Gesundheitszustands (sustainability of health: z.B. unabhängige Lebensführung, Prothesenlockerung):

Outcomeshierarchien sind ein nicht ganz neues Thema der modernen Medizin [18]. In der Regel und auch bei Porter steht das (Über)Leben („survival“) an der Spitze der implizit angesprochenen Behandlungs- bzw. Versorgungsziele, gefolgt von möglichst geringen krankheitstypischen Symptomen und Behinderungen. Für die Rheumatoide Arthritis kommen Ebevi et al auf der Basis qualitativer Interviews zu einer differenzierten Konkretisierung und Ergänzung des Porterschen Modells [19]. Es stellt sich nach dieser Studie als patientenorientiert und tragfähig heraus.

Die Behandlungsergebnisse einzelner Patienten sind nach Porter in krankheitsspezifischen Outcomes (Effektparametern) multidimensional zu vergegenwärtigen, zu messen und über Gruppen vergleichbarer Patienten zu aggregieren.

Die Messung der Behandlungsergebnisse darf nicht zu früh erfolgen. Sie sollte den „full care cycle“ und nicht irgendwelche Zwischenschritte beurteilen lassen. Was das im Einzelfall heißt, wird man diskutieren müssen. Besondere Schwierigkeiten sind bei chronisch aktiven und intermittierenden Krankheitszuständen (z.B. Rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose) zu erwarten. Leichter ist es dort, wo sich Behandlungsbeginn und Behandlungsende relativ klar abgrenzen lassen, z.B. nach einer sturzbedingten Schenkelhalsfraktur.

Gleiches gilt für die Erfassung der Kosten (die nicht mit Preisen identisch sind); auch hier sind alle Aufwendungen für alle Behandlungsschritte auf allen Versorgungsstufen und -sektoren zu aggregieren – und bei allen Kostenträgern, aber immer „like outcomes, ... around the patient“ (S. 2481).

Selbstverständlich sind Outcomes und Kosten getrennt zu messen und dann in ihrer jeweiligen Gesamtheit und ihren Einzelkomponenten aufeinander zu beziehen. Trivialerweise steigt der Wert einer Gesamtbehandlung, wenn entweder mehr patientenrelevante Outcomes zu gleichen Aufwendungen oder gleiche Outcomes zu geringeren Aufwendungen erreicht werden. Jedoch können auch Investitionen in sehr „valuable“ Behandlungselemente den Wert eines ganzen Behandlungsregimes so steigern, dass am Ende der Kette ein Mehrwert entsteht.

Soweit ich sehe, führt Porter nirgendwo absolute Grenzen für das Verhältnis von Ergebnis zu Kosten ein. Sein Ziel ist es, die „Values“ verschiedener Einrichtungen miteinander zu vergleichen und so einen Wettbewerb zwischen Versorgern bzw. Einrichtungsträgern in Gang zu setzen. Ihm ist klar, dass ein fairer Vergleich eine Adjustierung auf „risk factors or initial conditions“ (S. 2479) der Patienten erfordert.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7529587>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7529587>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)