SBK-Onlineworkshop: „Wer fragt eigentlich die Patient:innen? – Mehr Qualität mit dem Modell Niederlande“

Ein „Outcome driven Care”-Modell für Deutschland?

Die Siemens-Betriebskrankenkasse, die größte Betriebskrankenkasse Deutschlands mit mehr als eine Million bei ihr versicherter Menschen, hat sich nicht nur seit zwei Dekaden der Aufgabe verschrieben, die Kasse mithilfe von Versichertenbefragungen ständig weiterzuentwickeln, sondern auch seit einigen Jahren Benchmarks in europäischen Nachbarländern zu analysieren, um zu lernen, wie diese ihre Gesundheitssysteme aus Patientensicht – mithilfe von PREMs und PROMs – steuern und verbessern. Den Anfang machte ein Blick nach Großbritannien, gefolgt von einem nach Dänemark und ganz aktuell einer in die Niederlande. Das Thema des aktuellen SBK-Onlineworkshops lautete: „Wer fragt eigentlich die Patient:innen? – Mehr Qualität mit dem Modell Niederlande“.

>> Während Prof. Dr. Willem Jan Bos (LUMC & St. Antonius Hospital, Linnean Initiatief) über die Ergebnisse der bereits 2018 eingeführten nationalen „Outcome driven Care“-Strategie mit dem Ziel, patientenberichtete Outcomes für 50 Prozent der Krankheitslast zu erheben und zu veröffentlichen, sprach, und Prof. Dr. med. Maria Karsten (Leitende Oberärztin Brustzentrum Charité und Leitung des Pro Routine Projekts) die Hintergründe der PRO-B-Studie vorstellte, ordnete Dr. Gertrud Demmler (Vorständin SBK Siemens-Betriebskrankenkasse) die Vorträge aus der Sichtweise einer der Top-20-Krankenkassen Deutschlands ein.

In den Niederlanden gibt es den Ausführungen von Bos zufolge eine Vielzahl an PROM-Initiativen. Einige sind landesweit agierende, wie das Niederländische Institut für klinische Audits (https://dica.nl). Es erstellt, so Bos, unter Einbindung von medizinischen Fachkräften sowie Patient:innen definierte Fragebögen zu 26 Indikationen. Seit 2018 können Krankenhäuser zudem ein tagesaktuelles Dashboard nutzen, um Datenauswertungen für die Optimierung der von ihnen durchgeführten Leistungen einzusetzen. Laut Bos hilft der bereitgestellte Datenschatz allen Beteiligten, im direkten Austausch über individuelle Behandlungswege zu entscheiden, zu einer besseren Therapiesteuerung und einem ebenso verbesserten Arzt-Patienten-Verhältnis beizutragen.

Durch die 2018 in den Niederlanden eingeführte nationale „Outcome driven Care“-Strategie kann Prof. Dr. Willem Jan Bos vom LUMC & St. Antonius Krankenhaus in Nieuwegein von handfesten Verbesserungen berichten: Seit dem regelmäßigen Austausch mit anderen Kliniken zu Qualitätskennzahlen kann beispielsweise ein Rückgang der Sterblichkeitsrate bei Dialysepatient:innen um 50 Prozent verzeichnet werden. Außerdem konnten die nationalen Dialysezahlen seit 2008 konstant gehalten werden – trotz alternder Bevölkerung und steigendem Bedarf. Bos: „Der Einsatz von PROs hat uns geholfen, die Behandlungen besser auf die

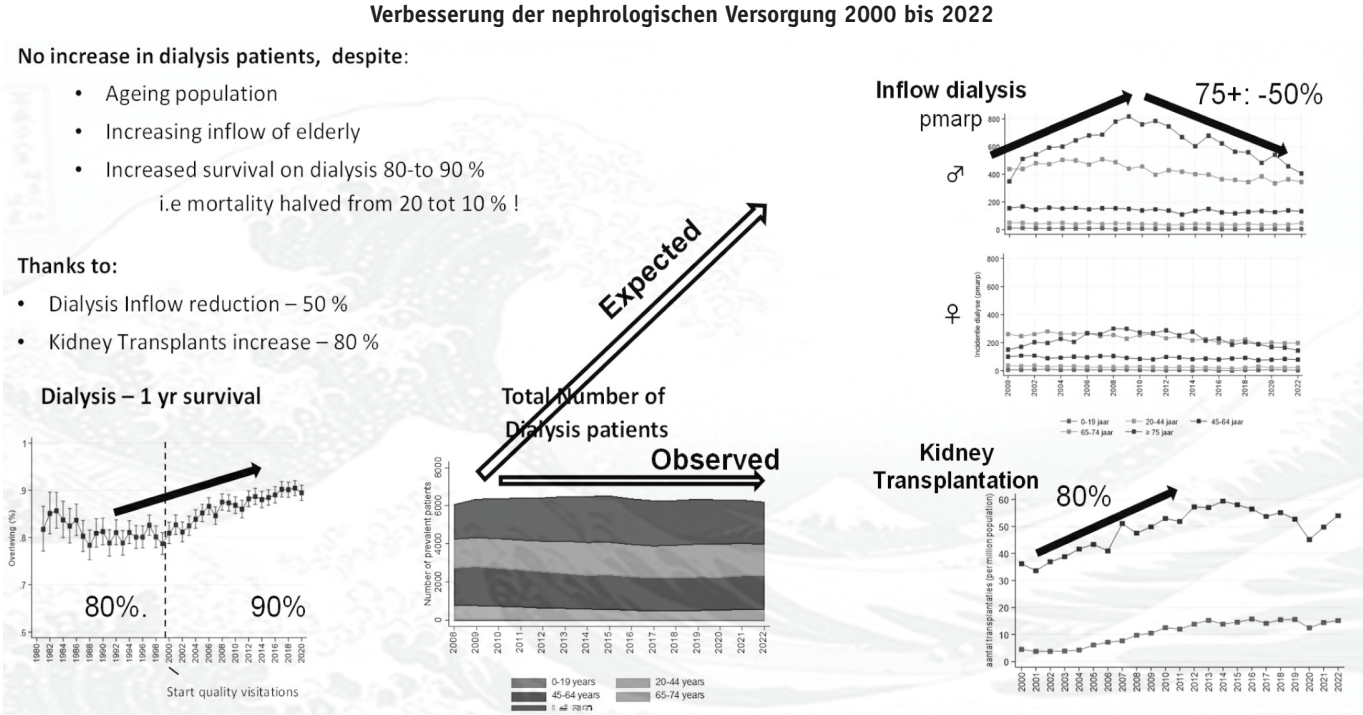


Abb. 1: *Verbesserung der nephrologischen Versorgung 2000–2022. Aus Vortrag: „Combining a top-down and bottom-up approach to improve and personalize care in the Netherlands”, von Willem Jan Bos, Dept of Nephrology, LUMC & St Antonius Hospital (Webcast Siemens Betriebskrankenkasse, 28. Oktober 2024).*

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ein „Outcome driven Care"-Modell für Deutschland?", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 22–23.
http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2664

Bedürfnisse auszurichten." Der Vergleich Deutschland mit den Niederlanden zeigt zum Beispiel bei Dialyse und Nierentransplantation, dass laut OECD (Health at a Glance, 2011) die Prävalenz bei der Dialyse in Deutschland bei 80,7 pro 100.000 Patient:innen liegt, in den Niederlanden bei nur 36,8; die bei Nierentransplantation hingegen bei 47,9 (Niederlande) und 30,6 (Deutschland). Laut Bos haben folgende Punkte maßgeblich zu diesen Unterschieden geführt: bessere Prävention, kein unnötig früher Beginn, mehr Nierentransplantationen und konservative Behandlung.

Bos führt aber ebenso das Bottom-up-Beispiel des Zusammenschlusses Santeon an, bei dem sieben klinische Spitzenkrankenhäuser der Niederlande zusammenarbeiten, um die Versorgung in ihren Häusern kontinuierlich durch Benchmarking zu verbessern. „Wir tun dies, indem wir voneinander lernen, kontinuierlich innovieren und uns verbessern", ist auf der Santeon-Website (www.santeon.nl) zu lesen. Die gemeinsame Überzeugung, dass die Qualität der Krankenhäuser in den Niederlanden verbessert werden muss und kann, sei der Grund für die Gründung von Santeon im Jahr 2007 gewesen. Und weiter: „Die sieben Santeon-Krankenhäuser arbeiten kontinuierlich zusammen. Bessere Qualität der Pflege bedeutet bessere medizinische Ergebnisse, aber natürlich auch eine höhere Patientenzufriedenheit. In unseren Krankenhäusern stehen die Interessen der Patienten immer an erster Stelle. Die Patienten werden aktiv in ihren Behandlungsprozess einbezogen."

In seinem Vortrag führte Bos auch den Link zu einem wissenschaftlichen Artikel von Dr. Noel Engels et al. („Santeon's Lessons from a Decade of Implementing Value-Based Health Care") an, erschienen in NEJM Catalyst (1). In diesem Artikel, der darauf abzielt, Lücken in der Literatur zur Umsetzung von VBHC zu schließen, nutzen die Autor:innen die neue strategische Agenda für die Werttransformation, um mehr als zehn Jahre Erfahrung von Santeon bei der Umsetzung von VBHC zu teilen. Die Autorengruppe gibt einen Überblick über die Umsetzungsmethoden von Santeon, beschreibt Herausforderungen und gewonnene Erkenntnisse und zeigt anhand konkreter Beispiele aus der Geburtshilfe, der Behandlung chronischer Nierenerkrankungen und der Brustkrebsbehandlung, wie die Werttransformation erreicht wurde. In der Brustkrebsbehandlung führten – so die Aussage des Abstracts des Artikels – beispielsweise systemweite Verbesserungsinitiativen zu einer Zunahme brusterhaltender Operationen auf ambulanter Basis (von 391 in den Jahren 2014 und 2015 auf 458 im Jahr 2016) und zu einer Verringerung der Reoperationsraten aufgrund positiver Tumorränder (von 39 in den Jahren 2014 und 2015 auf 33 im Jahr 2016). Diese Ergebnisse seien, so die Autor:innen weiter, anschließend genutzt worden, um mit Versicherungsgesellschaften ein kollektives wertorientiertes Erstattungsmodell auszuhandeln.

Ähnliches macht auch die Siemens-Betriebskrankenkasse, wie SBK-Vorständin Dr. Gertrud Demmler ausführte. Kassen seien einerseits Treuhänder der Versichertengelder, hätten aber gleichzeitig den Auftrag, systemisch eine gute Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen. Dem kommt seit mehr als 20 Jahren die Siemens-Betriebskrankenkasse mithilfe von Versichertenfeedbacks nach. Demmler: „Unser Anspruch war es immer zu sagen, wir wollen aus der Versichertensicht die beste Krankenkasse sein. Wer anders als die Versicherten kann uns dieses Label geben?" Sie ist sich absolut sicher, dass sich die von ihre geleitete Kasse ohne diesen systemischen Ansatz in der Qualität nicht weiterentwickelt hätte und auch in Zukunft nicht weiterentwickeln würde. Aus diesem Grund und aus dieser Überzeugung heraus habe sich die SBK schon sehr früh diesem Thema gewidmet und im SBK-System viele Mitstreiter und glücklicherweise auch immer mehr bei den in der Gesundheitsversorgung Tätigen gefunden. Allerdings treffe dieser Benchmarkingansatz einerseits auf ein stark expertengetriebenes, andererseits auf ein sehr sektoriertes System.

Die Bekenntnis dazu, qualitätsorientiert besser werden zu wollen, erfordere eine völlig andere Haltung, mit der heute Transparenz oder Qualität in Deutschland gesehen wird, erklärte Demmler: „Da wird von Ampeln nach dem Motto gesprochen: Wer nicht gut ist, fliegt raus und die anderen bleiben im System. Das ist der Mindset, der in Deutschland stark mit dem Thema Qualität verbunden ist." Diese Einstellung ist ihrer Meinung nach eines unserer größten Innovations- und Qualitätshindernisse. Erschwerend hinzu komme eine fehlende Grundbereitschaft und negative Haltung zur Zusammenarbeit an sich.

Alle Akteure im Gesundheitssystem müssten verstehen, fordert die SBK-Vorständin, dass „man nur in der Zusammenarbeit besser werden kann" und müssen aufhören, externe Vergleiche als Kontrollorientierung von außen zu verstehen. Demmler, mit Blick auf das Beispiel Santeon und auch auf das von Prof. Dr. med. Maria Karsten (Brustzentrum Charité) vorgestellte Pro-Routine-Projekt: „Deshalb glaube ich, dass wir ganz massiv eine Bottom-up-Bewegung brauchen." Qualitätsorientierung könne im Kern nur aus den Professionen selbst kommen. Man könne zwar „irgendwelche externen Qualitätsmaßstäbe" definieren, doch würden diese keine weitreichende positive Entwicklung anstoßen.



SBK-Vorständin Dr. Gertrud Demmler

Ihr Credo lautet: „Nichtqualität kostet Geld." Dazu brauche es, wie am Beispiel der Niederlande zu sehen, ein gemeinsames Commitment im Gesundheitswesen, nur so könne eine Neuausrichtung hin zu einem „Outcome-driven-Care"-Modell geschaffen werden. Doch würden ihrer Ansicht nach auch viele kleine Bottom-up-Initiativen alleine nichts nützen. Damit sie nicht im Sande verlaufen, benötigen wir – so Demmler – eine grundlegende Einigung im Gesundheitswesen: „Wir wollen weg von der Menge und hin zu mehr Qualität." Diese Umkehr baue Brücken in unserem kleinteiligen und bürokratischen System.

Bis dahin kann eine Kasse wie die SBK nur das machen, was sie schon seit Längerem macht: mit Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern und anderen Vertragspartnerschaften sowie über Innovationsprojekte den Qualitätsgedanken fördern. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

1: https://t1p.de/e3j7r

Links zu den „Reiseberichten" der SBK:

Finnland: https://t1p.de/p1m7m
Großbritannien & Dänemark: https://t1p.de/vy3jk