

Vorwort

In dem Buch *Redefining Health Care*, erschienen 2006, wurde ein neues Konzept für die Organisation und das Management von Gesundheitssystemen vorgestellt; es basiert auf dem Prinzip des Nutzens (*value*) für den Patienten.^a Nutzen wird dabei definiert als die Behandlungsergebnisse je Patient relativ zu den anfallenden Kosten. Das Konzept des Patientennutzens (*patient value*) beinhaltet die Neuorganisation der Leistungserbringung um die Krankheitsbilder von Patienten herum, die rigorose Messung von Behandlungsergebnissen und Kosten, neue Vertragsformen, die eine Vergütung stärker an den Patientennutzen koppeln, und ein neues Verständnis darüber, wie Gesundheitssysteme in ihrer Gesamtheit integriert werden können. Mit der Publikation des Buches haben wir begonnen weltweit nach innovativen „Leistungserbringern“ und Systemen zu suchen, die die Grundsätze einer nutzenorientierten Gesundheitsversorgung (*value-based health care*) zum Ausdruck bringen. Von diesen Beispielen wollen wir lernen.

Der Ursprung dieses Buches ist aus einem solchen Positivbeispiel entstanden: dem Westdeutschen Kopfschmerzzentrum (WKZ). Hierüber verfassten wir eine Harvard-Business-School-Fallstudie im Mai 2007. Das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum ist eine innova-

^a Anmerkung zur Übersetzung: Das vorliegende Buch ist im Original in englischer Sprache unter dem Titel „Redefining German Health Care“ erschienen. *Value* wurde in der deutschen Fassung mit „Nutzen“ übersetzt, *patient value* mit „Patientennutzen“ und *value-based health care* mit „nutzenorientiertes Gesundheitssystem“. Siehe das Glossar für genaue Begriffsdefinitionen.

tive, integrierte Behandlungseinheit, die auf die Versorgung von Kopfschmerzpatienten spezialisiert ist. Die Patienten werden interdisziplinär behandelt; ambulante und stationäre Versorgungseinheiten arbeiten dabei zum Nutzen der Patienten eng zusammen. Entstanden aus der Partnerschaft zwischen einer Krankversicherung, der KKH-Allianz, und einem Leistungserbringer, dem Universitätsklinikum Essen, erzielt das WKZ für seine Patienten qualitativ überlegene Behandlungsergebnisse. Über die Zeit betrachtet werden dort im Vergleich zu den bisherigen Therapieansätzen bessere Behandlungsergebnisse zu niedrigeren Kosten erzielt. Ein neues Vertragsmodell, das als Vergütung eine Gesamtpauschale für alle erforderlichen Leistungen vorsieht, erlaubt es dem Zentrum anders vorzugehen, als es im Rahmen der üblichen Vergütung möglich wäre.

Im Beispiel des Westdeutschen Kopfschmerzzentrums fällt der Krankenversicherung bei der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern eine deutlich veränderte Rolle zu. Entgegen gängiger Praxis schafft die Versicherung einen echten Mehrwert, indem sie sich nicht darauf beschränkt, Rabatte auszuhandeln, Leistungen zu reduzieren oder mit Wettbewerbern allein über die Beitragsätze zu konkurrieren. Die KKH-Allianz erkannte, dass Migräne ein bislang oft unzureichend behandeltes Krankheitsbild ist, und nahm einen exzellenten Leistungserbringer unter Vertrag, um ein neues, innovatives Versorgungsmodell anbieten zu können. Im Rahmen der Kooperation werden klinische Behandlungsergebnisse und Kosten gemessen und offen zwischen Leistungserbringer und Versicherung ausgetauscht. Die KKH-Allianz identifiziert Versicherte mit schlecht behandelter Migräne und überweist diese ans Zentrum. Sie tut dies aus der Überzeugung, dass eine bessere Versorgung nicht nur dem Patienten nutzt, sondern auch die Langzeitkosten für ihre Versicherten reduziert.

Das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum lenkte unsere Aufmerksamkeit auf Deutschland. Wir machten uns daran, das deutsche System in seiner Gesamtheit zu betrachten. Auf den ersten Blick erschien uns das deutsche System geradezu als ein Ideal, wie es andere Länder erst noch zu verwirklichen suchen: Deutschland hat einen universellen Versicherungsschutz für alle, mit einkommens-

abhängigen Beiträgen, die eine Krankenversicherung für alle Einkommensgruppen erschwinglich machen. Der Versicherungsschutz in Deutschland ist umfassend und deckt fast alle Leistungen ab. Die Versicherten haben die freie Wahl zwischen miteinander konkurrierenden Krankenkassen. Sie haben auch freie Wahl zwischen den Leistungserbringern, ohne dass sie eine Überweisung benötigen. Deutschlandweit können Patienten aus einer Vielzahl von Leistungserbringern in der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung auswählen, mit ausreichenden Kapazitäten sowie soliden fachlichen Qualifikationen.

Je mehr wir jedoch das deutsche System unter dem Gesichtspunkt des Patientennutzens betrachteten, desto mehr mussten wir erkennen, dass das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum eine Ausnahme und nicht die Regel ist. So klar die Vorteile dieses nutzenorientierten Modells sind, so deutlich unterscheidet sich davon die Art, wie in Deutschland Versorgungsleistungen erbracht werden und welche Rolle die Krankenkassen dabei spielen. Tatsächlich sind, wie Studien zur Qualität der Leistungserbringer in Deutschland zeigen, die Qualitätsunterschiede und die Koordinationsprobleme zwischen den Behandlungen beträchtlich. Inzwischen beginnt die allgemeine Überzeugung, die hohen Kosten des deutschen Systems seien seiner hohen Qualität geschuldet, zu schwinden. Die Vorstellung, der Zugang für alle und eine hohe Anzahl an Arztbesuchen korrelierten mit besserer Gesundheit, hält der Nachprüfung nicht stand. Es bleibt zu fragen, warum das übrige deutsche Gesundheitswesen nicht annähernd so aussieht wie das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum oder wie andere innovative Beispiele, die wir in Deutschland gefunden haben und die zeigen, dass eine am Patientennutzen ausgerichtete Versorgung auch in Deutschland möglich ist.

Diese Beobachtungen inspirierten uns das vorliegende Buch zu schreiben. Unser Buch bietet eine umfassende Bewertung des deutschen Gesundheitswesens vor dem Hintergrund des Konzepts des Patientennutzens und gibt strategische Empfehlungen zur Neuordnung des Systems. Die relevanten Akteure des Systems – Krankenkassen, Leistungserbringer, Arbeitgeber und Patienten – werden beschrieben und in ihrem Verhalten analysiert. Zudem untersuchen

wir, welche Regulierungen für die Abläufe im deutschen Gesundheitssystem bestimmend sind, und ergründen die inzwischen zahlreichen Versuche von Regierungsseite, das deutsche System zu reformieren. Dabei diskutieren wir auch, warum die Resultate bisher enttäuschend waren.

Primäres Ziel des Buches ist es, eine strategische Perspektive für das deutsche Gesamtsystem zu bieten und eine umfassende Blaupause für Reformen darzulegen. Während wir zahlreiche Empfehlungen aussprechen, verzichten wir bewusst auf detaillierte Umsetzungsvorgaben, die am besten von den jeweiligen Akteuren ausgestaltet werden. Ein zentrales Anliegen unseres Buches besteht darin, ein neues Niveau der Reformdiskussion zu erreichen – jenseits der üblichen Auseinandersetzungen und Reformbemühungen um Kostenkontrolle, Stabilität der Beitragssätze und einen geänderten Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherungen. Was zählt, sind die Behandlungsergebnisse und die Kosten der Leistungserbringung, nicht die Beitragssätze per se.

Ein zweites Ziel des Buches ist es, eine Vorlage zu schaffen, anhand derer jedes bestehende nationale Gesundheitssystem nach dem Prinzip des Patientennutzens bewertet werden kann. Wir haben bisher noch kein Gesundheitssystem gefunden, das den maximalen Nutzen für seine Patienten voll ausschöpft. Jedes Land sollte daher eine strategische Bewertung seines Gesundheitssystems vor dem Hintergrund des Patientennutzens durchführen, anstatt Gesundheitsreformen mit einer Vielzahl von inkrementellen Regulierungen und Einzellösungen umzusetzen. In diesem Sinne hoffen wir, dass das im Buch vorgestellte Rahmenkonzept über Deutschland hinaus in vielen anderen Ländern Anwendung findet und dabei ständig weiter verbessert wird.¹

Ohne die Hilfe einer Vielzahl von Einzelpersonen und Organisationen hätte dieses Buch nicht entstehen können. Wir sind dankbar für all ihre Einsichten, Ratschläge und konstruktive Kritik. Unter den Einzelpersonen, denen wie besonderen Dank schulden, möchten wir zuallererst Jens Deerberg-Wittram nennen. Er hat uns wesentlich zu diesem Buch inspiriert, unsere Entwürfe geprüft und uns

auf vielfältigste Weise unterstützt. Seine Einblicke in das deutsche Gesundheitssystem und die Innovationen, die er und seine Kollegen bei Schön Klinik auf den Weg gebracht haben, waren für uns Information und Anregung zugleich. Unseren besonderen Dank möchten wir zudem Klaus Böttcher, Thomas Mansky und Klaus Jacobs aussprechen.

Unter den übrigen Praktikern gilt unser besonderer Dank Axel Munte, Sonja Froschauer, Günther Jonitz, Jörg Debatin, Hans-Christoph Diener, Astrid Gendolla und Ingo Kailuweit. Unter den Wissenschaftlern und Forschern danken wir Matthias Schönermark, Volker Amelung, Jan Böcken und Jonas Schreyögg.

An der Harvard Business School gilt unser Dank Jennifer Baron, Craig Szela und Caleb Stowell, die dieses Projekt mit wesentlichen Forschungsergebnissen, Kommentaren und vielfältigen anderen Tätigkeiten unterstützt haben. Kathleen Custodio hat durch ihre Arbeit am Manuskript ebenfalls einen erheblichen Beitrag zu diesem Buch geleistet.

Jegliche Fehler in unseren Gedankengänge und Analysen verantworten allein wir, gleichwohl haben wir die Hinweise und Ermutigungen all dieser Personen dankbar entgegengenommen.

Beim Springer-Verlag danken wir Martina Bihn. Für das Lektorat geht unser Dank an Georg Klymiuk. Wir verdanken ihm eine Übertragung der englischen Originalarbeit in einen prägnanten deutschen Text.

Der Harvard Business School danken wir für die finanzielle Unterstützung. Ebenso möchten wir der Studienstiftung des deutschen Volkes und Rainer Salfeld bei Artemed für ihre Unterstützung danken.

Zu guter Letzt schulden wir insbesondere Alexandra Guth für ihren Enthusiasmus und ihre unermüdliche Unterstützung bei diesem mehrjährigen Projekt einen ganz besonderen Dank.

Boston, November 2011

Michael E. Porter
Clemens Guth

Chancen für das deutsche Gesundheitssystem
Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen

Porter, M.E.; Guth, C.

2012, XVII, 376 S., Hardcover

ISBN: 978-3-642-25682-0