

A

Einführung und Hintergrund

1

Value als Kompass für die Transformation der Gesundheitsversorgung

Lutz Hager, Johanna Nüsken und Christian Hinke

1.1 Gesundheit ist unsere Zukunft

Sowohl die medizinischen Möglichkeiten als auch der Erkenntnisstand zu individuellen und sozialen Ressourcen für Gesundheit wachsen rasant. Insbesondere der zweite Gesundheitsmarkt greift diese Erkenntnisse auf und treibt sie an, ein gesundheitsbewusster Lebensstil liegt inzwischen im Trend. Gesundheit als Oberbegriff steht dabei als Synonym für individuelle Lebensqualität und ist auf gesellschaftlicher Ebene mehr denn je Ressource für Produktivität und Wohlstand – in einer alternden Gesellschaft möglicherweise sogar die wichtigste.

Mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen, kommt dem Gesundheitssystem eine tragende Rolle zu. Stetig wachsende Gesundheitsausgaben sind daher keine Überraschung. Hohe Gesundheitsausgaben sind auch nicht per se nachteilig, sofern sie auf das Ziel einer besseren Gesundheit einzahlen.

In Deutschland ist die Lage jedoch eine andere: Die hohen Ausgaben sind vielmehr als Aufruf zum Handeln zu verstehen. In Verbindung mit einer im europäischen Vergleich mittleren Lebenserwartung sowie lediglich durchschnittlichen Ergebnissen in der Versorgungsqualität wird deutlich, welches Potenzial an Lebenszeit und volkswirtschaftlicher Leistung es im Gesundheitswesen zu erschließen gilt. Hierfür braucht es eine Neu- ausrichtung unserer Gesundheitsversorgung, die das System weg von dem alleinigen Ziel der Krankheitsbewältigung hin zu Krankheitsvermeidung und Gesundheitserhaltung transformiert.

In Deutschland müssen die hohen Gesundheitsausgaben als Aufruf zum Handeln verstanden werden.

1.2 Deutschland ist Spaltenreiter bei Gesundheitsausgaben, aber nicht bei der Lebenserwartung

Obwohl die Gesundheitsausgaben in Deutschland mit 8.011 USD pro Kopf in Europa nach der Schweiz (8.047 USD pro Kopf) die höchsten sind, liegt die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich nur im Mittelbereich (OECD 2023). Letztere offenbart sich nicht zuletzt in der durchschnittlichen Lebenserwartung, die in Deutschland im Jahr 2022 bei 80,7 Jahren lag, während die Schweiz und Frankreich auf 83,7 bzw. 82,3 Jahre kamen (Eurostat 2024). Die Abweichung beginnt bemerkenswerterweise schon im mittleren Lebensalter, obwohl unsere Lebenserwartung nach sozioökonomischen Gesichtspunkten der unserer Nachbarländer ähnlich sein müsste (Jasillionis et al. 2023). Die Schlussfolgerung, dass unser Gesundheitssystem nicht die gleichen Ergebnisse produziert, liegt nahe.

Zur Qualität der Gesundheitsversorgung haben die OECD und das European Observatory on Health Systems and Policies (2023) ausführliche Vergleiche zusammengestragen. So liegt die Anzahl an Ärzten und Pflegekräften pro Kopf in Deutschland über dem EU-Durchschnitt, auch der ungedeckte medizinische Bedarf ist über alle Einkommensgruppen hinweg eine der niedrigsten in den betrachteten Ländern. Demgegenüber stehen die vergleichsweise hohe Rate an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen sowie Unterversorgung in einigen, gerade ländlichen oder sozial benachteiligten Regionen oder Bereichen der Versorgung, wie bspw. bei Haus- und Kinderärzten (Statista 2023; Schillen et al. 2023). Die Gründe für unsere Versorgungsdefizite lassen sich weiterhin zutreffend im Titel von Brandhorst et al. (2017) zusammenfassen: „Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems“. Die mangelhafte Integration und starke Fragmentierung des Gesundheitswesens führt letztendlich zu Versorgungsbrüchen zwischen den einzelnen Leistungserbringern und Sektoren sowie zu Ineffizienzen in den Prozessen (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019). Verstärkt wird dies durch unsere Vergütungsmechanismen, die eine Einzelleistungsbeauftragung, -erbringung und -vergütung vorsehen – und zwar getrennt nach Disziplinen und Professionen sowie nach Sektoren und Sozialgesetzbüchern. Das Ergebnis ist eine Gesundheitsversorgung, die sich an den Strukturen des Systems und weniger an den Bedürfnissen der Patienten orientiert.

1.3 Gemeinschaftsprojekt Gesundheit

Die hier zusammengeraffte Diagnose ist nicht neu, sondern in Wissenschaft, Gesundheitswesen und Politik längst bekannt. Das Wort „Reform“ ist der Gesundheitspolitik nicht fremd, häufig gehen die Bemühungen jedoch an den Herausforderungen vorbei. Auch das ist hinlänglich beklagt und untersucht worden; eine frühe Studie zur „Statuspolitik“ findet sich bei Frieder Naschold (1967), aktuelle Überlegungen bei „Neustart!“ von Klapper u. Cichon (2021). Reformen verlieren sich in kleinteiliger Regulierung, die für Aufwand bei den an der Versorgung Beteiligten und deren zunehmende Erschöpfung sorgt.

Das System zu reformieren, ist in der Tat keine einfache Aufgabe. Bestrebungen werden durch die Besonderheit des Föderalismus in Deutschland häufig ausgebremst. Erschwerend kommt hinzu, dass Strukturreformen Übergangs- und Vorbereitungs-

zeiten benötigen, die über das Ende einer Legislaturperiode hinausreichen. Die aktuelle Legislaturperiode und hier insbesondere die Debatte um die Krankenhausreform zeigt, wie wenig ausreichend politische Instrumente des Bundes sind, wenn Kompetenzen und Strukturen wirklich einmal geändert werden sollen. Weitreichende Änderungen sollten idealerweise so weit parteiübergreifend sein, dass sie von einer Folgeregierung fortgeführt werden. Ohne eine starke gemeinsame Vision kann dies nicht gelingen. Doch obwohl zunehmend eskalierende Polykrisen sowie der gesellschaftliche Wandel die Komplexität und somit die Notwendigkeit von verbindenden Koordinaten erhöhen, fungiert lediglich die Logik von Verteilungskämpfen als kleinster gemeinsamer Nenner im Gesundheitswesen. Mehr noch, in der Welt der Gesundheitsversorgung sind die bildlichen Orientierungspunkte weiterhin im letzten Jahrhundert verankert. Beim Blick in die Arztpaxis oder Apotheke begegnet man vermeintlich den alten, vertrauten Institutionen und Rollen. Doch dies täuscht und es ist keineswegs ein Geheimnis, dass Gesundheitseinrichtungen Unternehmen sind, die auf innere und äußere Anreize reagieren.

Als zentrale Orientierungsgröße braucht es daher ein Zielbild, das organisatorisch umsetzbar ist und ökonomisch funktioniert, um normative Kraft zu entfalten. Unser Plädoyer für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen, das gleichzeitig Ausgangspunkt dieses Buches ist: eine leistungsfähige, menschenzentrierte und auf das Gemeinwohl ausgerichtete Gesundheitsversorgung, an der sich die Wertschöpfung im Gesundheitswesen misst. Ein solches „Gemeinschaftsprojekt Gesundheit“ formiert sich entlang der Begriffe und Methoden von Value-Based Care. Die konzeptionelle, kritische und umsetzungsorientierte Auseinandersetzung mit diesem Konzept ist für uns somit ein sinnvoller Richtungsgeber für die Transformation der Gesundheitsversorgung.

Kleinster gemeinsamer Nenner ist die Logik von Verteilungskämpfen.

1.4 Wertorientierung und Wertschöpfung als Handlungsrahmen für die Akteure

Der von Michael Porter und Elizabeth Teisberg geprägte Begriff versteht den Wert einer Behandlung als das Ergebnis aus der Relation von Ergebnisqualität (Outcomes) und den Kosten, die dafür aufgewendet wurden (Porter u. Teisberg 2006; s.u. „Das Konzept von Value-Based Care“). Eine solche Value-Orientierung richtet den Fokus von einer output-basierten Gesundheitsversorgung hin zu einem outcome-basierten System, das sich auf die erzielten Gesundheitsergebnisse konzentriert. Nicht mehr die reine Leistungserbringung, also das Volumen, steht im Zentrum, sondern das gemeinsame Ziel, bessere Ergebnisse über den gesamten Behandlungs-pfad zu schaffen.



Wertorientierung und Wertschöpfung werden damit für alle beteiligten Akteure zum Dreh- und Angelpunkt ihrer Aktivitäten.

In diesem Sinne versteht Value-Based Care Gesundheitsausgaben als Investition in die Zukunft, die langfristige Gesundheitsgewinne erzielt.

Damit erschließt Value-Based Care neben der ökonomischen ebenfalls eine gesellschaftliche Perspektive: Eine leistungsfähige und auf die Patientenbedürfnisse ausgerichtete Gesundheitsversorgung zahlt auf das Gemeinwohl ein und ist Voraussetzung für Wohlstand und gesellschaftliche Teilhabe.

Das Konzept von Value-Based Care

Begriffsgeschichtlich entleert sich Value als solches zunehmend seines substanziellen Inhalts und wird zum Synonym für Preis (Mazzucato 2018). Demgegenüber zielt der Value-Begriff, wie ihn Michael Porter in das Gesundheitswesen eingeführt hat, in die entgegengesetzte Richtung: Wenn über den Preis wettbewerbliche Mechanismen für Dynamik sorgen sollen, dann in die Richtung von Patientenwohl, hier etwas genauer als Outcome beschrieben. Dieses wird in einer hypothetischen Gleichung mit den Kosten gewichtet. Value entsteht dann, wenn das Patientenwohl gesteigert wird. Sicherlich entsteht ebenfalls rechnerisch Value, wenn lediglich die Kosten gesenkt werden, dies ist aber so trivial, dass der Begriff Value hierzu nicht erforderlich wäre. Value-Based Care ist daher nicht allein als ökonomisches, sondern ebenso als moralökonomisches Konzept relevant.

Diese Aufladung ist durch nachfolgende Arbeiten noch verstärkt worden (siehe dazu Kap. A.2). Die ökonomische Wirkung von Value-Based Care ist gemeinwohl-positiv. Der Gewinn liegt in Geschäftsmodellen mit Gemeinschaftscharakter, die die Interessen der verschiedenen Stakeholder auf ein gemeinsames Ziel ausrichten und auf einer nachhaltigen Organisation von Gesundheitsleistungen fußen. Auch wenn Value-Based Care als Begriff vertraut klingt, ist er jeweils neu zu entdecken und beinhaltet ein Reservoir sozialer Innovationen. Er ist interaktiv, offen und flexibel in Methoden, Formaten und Beteiligten. Um diesem Gedanken Rechnung zu tragen, sprechen wir in diesem Buch bewusst von Value-Based Care – und verwenden nicht den ursprünglich geprägten Begriff Value-Based Healthcare. Damit möchten wir den Kontext erweitern und zusätzliche Offenheit und Anknüpfungspunkte zu weiteren versorgungsrelevanten Fragestellungen ermöglichen.

Eine auf Value fokussierte Gesundheitsversorgung verbindet die Interessen von Patienten und Kostenträgern: Patienten bevorzugen Anbieter, die eine hohe Qualität

Eine Value-orientierte Gesundheitsversorgung vereint Patienten- und Kostenträgerinteressen. in Service und Ergebnissen nachweisen können; Kostenträger profitieren von vermiedenen Folgekosten. Beide sollten daher Leistungserbringer bzw. Gesundheitsversorger bevorzugen, die ein besseres Verhältnis von Nutzen zu Kosten anbieten. In dieser Konfiguration profitieren Versorger, die zusätzlichen Nutzen erschließen und solche mit schlechteren Ergebnissen werden verdrängt.

 „Value, not volume“ ist die Maxime für einen Wettbewerb, der positive externe Effekte erzeugt.

Die sogenannte „Value-Based Competition on Results“ lässt sich anhand von sechs Merkmalen kennzeichnen (Porter u. Teisberg 2006; Busse 2024), wobei in diesem Beitrag verstärkt auf die ersten drei Merkmale eingegangen wird:

- Gesundheitsversorgung, die an Patientengruppen und ihren Bedürfnissen ausgerichtet ist
- Kontinuierliche Messung von Ergebnisparametern und Kosten über den gesamten Behandlungszyklus hinweg
- Erstattung basierend auf Qualität, nicht nach Volumen
- Auflösung von Silos zugunsten von Versorgungsnetzwerken
- führende Leistungserbringer als Exzellenzzentren sowie deren geografische Ausdehnung
- Informationstechnologie, die eine effiziente Datenerhebung und Nutzung ermöglicht

Internationale Beispiele (s.u. „Andere Länder machen es vor“) zeigen anschaulich, wie Value als Kompass für die Transformation der Gesundheitsversorgung dienen kann. Auch in Deutschland haben sich einzelne Anbieter auf den Weg gemacht, um Value-Based Care in der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Die auf Prostataoperationen spezialisierte Martini-Klinik in Hamburg-Eppendorf misst bereits seit Jahren konsequent die Ergebnisse zu den Heilungsraten sowie zur Lebensqualität und konnte die Behandlungsqualität erheblich steigern: Nach einer Operation erreichten 93,5% der Patienten volle Kontinenz im Vergleich zu 56,7% im deutschlandweiten Durchschnitt (Martini-Klinik o.J.). Der sogenannte „Focused-Factories“-Ansatz, also das Fokussieren auf eine begrenzte Anzahl von Aufgaben, trug maßgeblich zum Erfolg bei und erlaubte durch die Konzentration auf eine spezifische Patientengruppe mit klar definierten Behandlungsprozessen, Effizienz und Effektivität der Prostataeingriffe zu steigen.

Andere Länder machen es vor

International haben Value-Based Care-Ansätze bereits vielfältig Anwendung gefunden und konnten nachweislich die Gesundheitsversorgung verbessern. In den USA kündigte die damalige US-Gesundheitsministerin Sylvia Mathews Burwell bereits 2015 an, dass bis 2018 90% aller Vergütungen in Medicare und Medicaid an Qualitäts- oder Nutzenziele gebunden sein sollten (Burd et al. 2017). Aktuell zählt das Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) sieben solcher Vertragsangebote als Teil von Medicare (CMS o.J.). Das Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) bspw. konnte die Zahl der Wieder-einweisungen in Krankenhäuser signifikant reduzieren und infolgedessen die Medicare-Programmkosten reduzieren (Khera u. Krumholz 2018).

In den Niederlanden verankerte die damalige Regierung bereits 2017 in ihrem Koalitionsvertrag Value-Based Care als Leitgedanken für die Organisation des Gesundheitswesens. Im darauffolgenden Jahr verständigten sich alle Stakeholder im Gesundheitswesen auf eine outcome-orientierte Gesundheitsversorgung, deren Ergebnisse in nationalen Qualitätsregistern und durch standardisierte Outcome-Sets erfasst wird. Einzelne Akteure haben auf Unternehmensebene zudem Value-Based Care als strategischen Anker platziert. San-

teon bspw., ein niederländisches Netz von sieben führenden Krankenhäusern, konnte im Rahmen seiner Value-Based Care-Strategie die Zahl der unnötigen stationären Aufenthalte um fast 30% und die Komplikationen bei Brustkrebspatientinnen um bis zu 74% senken (Boston Consulting Group 2018). Mit Blick auf die Entwicklung übergreifender Ansätze zur Erhebung von Ergebnisqualität sowie von Nutzen aus Patientensicht leistet das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) mit der Erstellung von Qualitätsindikatoren, die über einzelne Interventions- oder Therapieschritte auf einen ganzheitlichen Behandlungserfolg im Zeitverlauf abstellen, Pionierarbeit.

Value-Based Care verändert die Art und Weise, wie Gesundheitsversorgung für Populationen organisiert wird und wie Patienten diese erleben. Zusätzlich verändert es, wie Vertragsbeziehungen und Kooperation im System funktionieren und incentiviert die Zusammenarbeit in Teams, den Einsatz neuer Gesundheitsberufe und die Verwendung von digitalen Tools. Je weiter man sich weg von der klassischen „Care Delivery“, also der reinen Leistungserbringung bei Krankheit, hin zu einer „Health Delivery“ orientiert, desto mehr werden andere Kompetenzen, die die ärztlichen ergänzen, und andere Orte als die physischen Infrastrukturen der Versorgung an Bedeutung gewinnen. Wichtig ist vor allem, eine andere zeitliche Perspektive zu erschließen. Geschäftsmodelle, die sich den Themen Prävention, Gesundheitsförderung oder Longevity annehmen, haben zwar eine lange Anlaufzeit, generieren zeitlich versetzt (über 10 bis 20 Jahre) aber einen großen Nutzen. Eine Value-Perspektive, die sich zum Ziel setzt, den ganzheitlichen Behandlungserfolg im Zeitverlauf zu erhöhen, erschließt neue Formen der Versorgung und ermöglicht Anreizsysteme, die dies honorieren.

1.5 Ebenen einer wertbasierten Gesundheitsversorgung

Um die Gesundheitsversorgung im Sinne einer stärkeren Koordinierung der Versorgung, Patientenorientierung und Gesunderhaltung zu transformieren, greift eine auf Value ausgerichtete Gesundheitsversorgung auf verschiedenen Ebenen, die sich im Zusammenspiel gegenseitig verstärken:

- Die Perspektive der Patienten wird als zentrales Element und patientenrelevante Gesundheitsergebnisse als Orientierungspunkt der Versorgung verankert. Dabei sind ein besseres Verständnis der Patient-Journey und eine Berücksichtigung der Patientenerlebnisse zentral.
- Die erzielten Gesundheitsergebnisse sind Maßstab für die Vergütung. Outcome-basierte Qualitätsindikatoren dienen als Hebel zur Steuerung und Verteilung der Finanzmittel.
- Neue Möglichkeiten zur Kooperation der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Akteure und Raum für neue Geschäftsmodelle entstehen.

1.5.1 Patientenzentrierung ist gemeinsames Ziel der Versorgung

Patientenbedarfe zeichnen sich zunehmend durch Komplexität aus. Regelfall ist häufig nicht mehr eine einzelne akute Erkrankung, sondern die Gleichzeitigkeit

unterschiedlicher chronischer Gesundheitsprobleme im Kontext individueller Lebensumstände. Unser nach Leistungsarten und Sektoren organisiertes Gesundheitssystem kommt hierbei jedoch zunehmend an seine Grenzen. Mit dem Fokus auf die Ergebnisqualität und das Erzielen von Gesundheitsoutcomes stellt Value-Based Care die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt und dreht die Argumentation um: Versorgungsstrukturen müssen von den Patienten ausgehend gedacht und die Anreize so ausgestaltet sein, dass bessere Gesundheitsoutcomes erzielt werden. Die Value-Perspektive führt zu einer Erfassung patientenrelevanter Ergebnisse über den gesamten Behandlungspfad hinweg. Dadurch geraten komplett Versorgungsepisoden in den Blick, die verschiedene Leistungserbringer umfasst und deren Integration untereinander befördert. Hierbei gilt zu berücksichtigen, dass es je nach Indikation, Bevölkerungsgruppe etc. differenzierte Betrachtungen und segment-spezifische Interventionen braucht, um bessere Gesundheitsoutcomes zu erzielen.



Das Versorgungsangebot orientiert sich an klar definierten Patientengruppen und ihren jeweiligen Bedürfnissen.

Ein Beispiel für eine solche Patientensegmentierung ist die bereits erwähnte Martin-Klinik mit ihrem Fokus auf die spezifischen gesundheitlichen Herausforderungen von Patienten mit Prostatakrebs. Je mehr Faktoren für Krankheit erkennbar und beeinflussbar werden, desto mehr Möglichkeiten entstehen, um den ökonomischen Nutzen geeigneter Maßnahmen und Programme adäquat abzubilden. Gesundheit und Gesunderhaltung etablieren sich folglich als Geschäftsmodell und bekommen somit einen neuen Stellenwert im System, was wiederum Behandlungskosten vermeidet.

Zur Erfassung von Outcomes haben sich bereits zahlreiche standardisierte Erhebungsverfahren etabliert, die nicht nur klinische Outcome-Parameter erfassen, sondern diese über Patient-Reported Outcomes (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs) um die Patientenperspektive erweitern (Fürchtenicht et al. 2023). Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse sind dabei essenziell für die Entwicklung und Ausgestaltung von Gesundheitsdienstleistungen hin zu neuen Angeboten: Im Gefolge von Value-Based Care profilieren sich z.B. Co-Creation-Techniken, welche die Perspektiven von Nutzern in die Entwicklung von Gesundheitsdienstleistungen wie bspw. digitalen Gesundheitsanwendungen einschließen. Patientenrelevanter Nutzen wird so für Gesundheitsdienstleister zum Wertschöpfungsfaktor und „Kundenwünsche“ zentral für die Produktentwicklung.

1.5.2 Gesundheitsergebnisse werden zum Maßstab für die Vergütung

In einem Value-orientierten Gesundheitssystem werden die Versorger nicht mehr am Volumen gemessen und bezahlt, sondern vorrangig daran, ob sich die persönliche Gesundheit, Lebensqualität oder Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten über den gesamten Versorgungspfad hinweg verbessert. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer konsequenten Ergebnismessung und Qualitätsbewertung. Zwar werden heute bereits zahlreiche Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität in der Praxis umgesetzt, diese Mechanismen konzentrieren sich aber vor allem auf die Optimierung von

Prozessen. Prozessqualität ist bekanntlich nicht gleichzusetzen mit Ergebnisqualität. Um letztere zu messen, braucht es die Erfassung von patientenrelevanten Parametern wie bspw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder psychisches Wohlbefinden nach einer Intervention. ICHOM (s.o. „Andere Länder machen es vor“) hat bereits für 45 Indikationen bzw. Krankheitsbilder solche Sets an patientenzentrierten Outcome-Parametern entwickelt. Darüber hinaus benötigt eine Erfolgsmessung zudem eine strukturierte und einheitliche Datenaufbereitung und -auswertung sowie die Einbeziehung der Patientenerfahrungen (bspw. über PROMs).



In einem Value-orientierten Gesundheitssystem entwickeln sich Qualitätsindikatoren von einem Kontrollsyste m hin zu einem Anreizsystem.

Damit Qualitätsindikatoren als Hebel zur Steuerung und Verteilung der Finanzmittel eingesetzt werden können, braucht es Transparenz zu den Ergebnissen und Benchmarking zwischen den einzelnen Gesundheitsdienstleistern, um Wettbewerb zu den bestmöglichen Gesundheitsoutcomes zu ermöglichen. Eine einheitliche Datengrundlage und -standards sind dafür essenziell.

1.5.3 Neue Formen der Zusammenarbeit und Vertragsbeziehungen entstehen

Die bisher auf Einzelleistungsvergütungen basierte Gesundheitsversorgung setzt die Anreize so, dass Behandlungen nach Leistungsarten, Disziplinen und Sektoren getrennt erfolgen. Eine integrierte Versorgung über den gesamten Behandlungspfad hinweg findet im Regelfall nicht statt; Ausnahmen finden sich bspw. im Rahmen von Verträgen der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V oder in der ambulanten Komplexversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.



Value ist vor allem an den Schnittstellen und Übergängen sowie in der Erweiterung von Versorgungsketten zu finden.

Um bessere Gesundheitsoutcomes zu erzielen, sind Koordination und Kooperation der an der Versorgung beteiligten Akteure daher Schlüsselemente. Eine gute Versorgung im Krankenhaus bspw. schließt ein konsequentes Entlassmanagement und Nachsorge mit ein. Insbesondere in komplexen Versorgungssettings lässt sich eine Versorgungsverbesserung nur in interprofessionellen Teams erzielen – und gemeinsam mit den Patienten.

Zentral für die Förderung neuer Gemeinschaftsprojekte für Gesundheit ist, dass Leistungserbringende selbst darüber entscheiden können, wie sie ihr Budget einsetzen und mit wem sie kooperieren, je nachdem welche Bedürfnisse die zu versorgende Person oder Bevölkerungsgruppe hat, und sich daran messen lassen. Hier zeigt sich die große Flexibilität der Value-Perspektive: „Value for Money“, also das Verhältnis von Aufwand und Ertrag bzw. Ergebnis kann viele vertraglichen Möglichkeiten nutzen und neue Pakete zwischen den Akteuren schnüren. Die Abkehr von Einzelleistungsvergütungen öffnet den Weg zu Formen von Pay for Performance, zu Komplex-