

# BERLINER AUFRUF



B. BRAUN-STIFTUNG  
DER GESUNDHEIT NEUE WEGE BEREITEN

## MEHR PATIENTENNUTZEN – DAS ERGEBNIS ZÄHLT!

Alle Infos und die Liste der Unterzeichnenden:  
[www.optimedis.de/berlineraufruf](http://www.optimedis.de/berlineraufruf)

## SIE MÖCHTEN DEN AUFRUF UNTERSTÜTZEN?

Dann schreiben Sie uns bitte eine E-Mail an:  
[kommunikation@optimedis.de](mailto:kommunikation@optimedis.de)

## Auf das Ergebnis kommt es an

Value-based healthcare, ein nutzenbasiertes Gesundheitssystem – das forderten am 28. Oktober 2021 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin die Teilnehmenden der Veranstaltung „Das Ergebnis zählt“. Eingeladen hatten die B. Braun-Stiftung und die OptiMedis AG. Im Anschluss veröffentlichten sie gemeinsam mit zahlreichen Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen den „Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen“.

Das deutsche Gesundheitssystem gilt weltweit als eines der besseren. Tatsächlich bescheinigt die OECD der Bundesrepublik in ihrem jüngsten Report „Health at a Glance“ eine hohe Versorgungsdichte: Auf 1.000 Einwohner kommen 4,3 Ärzte (Platz 5) und 13 Pflegekräfte (Platz 5 bzw. Platz 2 in der Europäischen Union). Bei den Krankenhausbetten ist Deutschland mit 8 auf 1.000 sogar Spitzenreiter. Doch obwohl Deutschland 11,7 Prozent seines Bruttoinlandsproduktes ins Gesundheitssystem steckt – nur die USA und die Schweiz geben noch mehr aus –, belegt es bei der Lebenserwartung mit 81 Jahren nur den 17. Platz und ist damit EU-Durchschnitt. Zudem werden die Menschen in Deutschland kränker alt als beispielsweise in Schweden: 65 Jahre alte Frauen haben im Schnitt 12,2 Jahre ohne gesundheitliche Einschränkungen vor sich. Gleichaltrige Schwedinnen können sich über weitere 15,8 gesunde Jahre freuen. Bei Männern sieht es ganz ähnlich aus. Darüber hinaus ist bei einigen Krankheiten, etwa bei Diabetes-Typ-2 oder der Koronaren Herzkrankheit, die Sterblichkeit in Deutschland höher als anderswo.

Die Gründe für die Diskrepanz zwischen Input und Outcome des Gesundheitswesens waren bei der Plenumsveranstaltung der B. Braun Stiftung und der OptiMedis AG am 28. Oktober 2021 schnell ausgemacht: Zum einen setzten die Vergütungsstrukturen falsche Anreize, indem sie sich an den Fallzahlen erbrachter medizinischer Leistungen ausrichten statt an ihrer Qualität. Zum anderen würden die Potenziale der Digitalisierung nicht ausgeschöpft. Zwar lägen Versorgungsdaten in ausreichender Menge vor, doch weder könne auf sie zugegriffen werden noch würden sie in die Qualitätsbewertung medizinischer Leistungen ausreichend einfließen.

## Neue Wege einschlagen

„Solange wir Anreize setzen, die sich an der Menge orientieren, laufen wir in die falsche Richtung“, stellte Dr. h.c. Helmut Hildebrandt fest, Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Angesichts des demografischen Wandels sei mit einer völlig neuen Morbiditäts- und Belastungsstruktur zu rechnen. Reformen müssten sich vor allem am Nutzen für Patienten orientieren, betonte Professor Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer der B. Braun-Stiftung. „Gemeinsam wollen wir erreichen, dass alle Akteure im Gesundheitswesen inklusive der Kostenträger diesen Nutzen auch nachweisen müssen.“ Es müssten Indikatoren entwickelt werden, die für die Patienten relevante und möglichst aggregierte Outcomes widerspiegeln, ergänzte Schachtrupp. Außerdem sollten auch die Betroffenen selbst ihre Erfahrungen und Präferenzen in einer national standardisierten Form einbringen können.

## Von „Volume“ zu „Value“

Namhafte Experten untermauerten die Forderung nach mehr Patientennutzen mit Hintergründen und Fakten. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin, legte dar, wie Deutschland weg vom „Volume“ im Gesundheitswesen hin zu mehr „Value“ kommen könnte. Das Volumen ist beträchtlich: Abgesehen von den USA und der Schweiz gibt kein anderes Land der OECD mehr Geld für medizinische Leistungen aus. Die Begründung lautet häufig: hohe Fallzahlen. Busse sieht das anders: Nicht der Gesundheitszustand der Deutschen mache die vielen Krankenhausbetten erforderlich, sondern die vielen Betten sorgten für viele Fälle.

## Hochtouriges Gesundheitssystem

„Unser System läuft hochtourig“, konstatierte Busse. „Wir haben keine Unter-, wir haben eine Überversorgung.“ Der Gesundheitsökonom identifizierte mehrere Stellschrauben, an denen gedreht werden könnte, um das zu ändern. Da wären zunächst die Regulierungsmechanismen, die nicht gut ineinander greifen. „Wir betreiben einen riesigen Aufwand bei der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln“, stellte der Gesundheitsökonom fest. Aber: „Die meisten Arzneimittel, die verordnet werden, weisen zwar für bestimmte Patientengruppen einen Zusatznutzen auf, für andere jedoch nicht – werden ihnen aber dennoch verschrieben.“ Neben einem guten Health Technology Assessment müsse ganz klar im Vordergrund stehen, dass medizinische Leistungen nur dann erfolgen, wenn sie angebracht sind. Patienten müssten wissen, welche Ergebnisse sie wo erwarten können – die Qualitätsberichte des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) seien dabei keine große Hilfe. Zudem müsse ihre Perspektive von Anfang an in die Auswertung miteinfließen: Dafür müssten während des stationären Aufenthalts sogenannte Patient Reported Experience Measures (PREMs) und nach der Krankenhausbehandlung Patient Reported Outcome Measures (PROMs) erhoben werden. Andere Länder, etwa Kanada, Dänemark und die Niederlande, machen längst vor, wie das geht.

Darüber hinaus plädierte der Wissenschaftler für ein neues Anreizsystem. Sprich: eine Vergütung, die anders als die Fallpauschalen und Einzelfallvergütung nicht mengengetrieben ist, sondern sich am Ergebnis – besser noch: am langfristigen Outcome – orientiert. Dieses könne man an Daten ablesen, die ohnehin vorliegen, etwa die Reoperationsrate nach einem Eingriff oder die Sterblichkeit nach medizinischen Maßnahmen. „Diese Daten gibt es – wir müssen sie nur auswerten“, mahnte Busse.

## Marktzugang und Finanzierungsmechanismen neuer Technologien

Nach der Gesamtschau von Reinhard Busse auf eine Value-basierte Versorgung griff sich seine wissenschaftliche Mitarbeiterin PD Dr. Cornelia Henschke einen Teilaspekt heraus. „Wel-

che Technologien wollen wir?“, fragte sie. Und lieferte die Antwort im nächsten Atemzug: Innovationen mit einem Nutzen für Patienten. Außerdem sollten sie angemessen vergütet werden, sprich: Ihr Nutzen sollte sich im Preis widerspiegeln. Keine leichte Sache. Denn das europäische Zulassungssystem, führte Cornelia Henschke aus, stelle nicht sicher, dass beim Markteintritt neuer Technologien ihre Wirksamkeit auch belegt ist – anders als bei Arzneimitteln, deren Zulassung an eine frühe Nutzenbewertung gebunden ist.

„Deshalb müssen wir nachsteuern und Evidenz im Nachgang zur Zulassung generieren“, stellte Henschke fest. In Deutschland geschieht dies über den §137 h des Sozialgesetzbuches V, in dem der Gesetzgeber die frühe Nutzenbewertung für Medizinprodukte hoher Risikoklasse verankert hat. Doch bis dabei ein valides Ergebnis herauskommt, vergehen meist mehrere Jahre – Jahre, in denen die Methode ganz oder teilweise auf Kosten der GKV erstattet wird.

## Erstattung und Einkauf müssen sich am „Value“ orientieren

Da die Erstattungsfähigkeit von Technologien das gesamte Gesundheitssystem beeinflusse – das Einkaufsverhalten der Krankenhäuser ebenso wie die Therapieentscheidungen der Ärzte, die Umsätze der Medizinproduktehersteller, ihre F&E-Aktivitäten sowie die Kassenlage der GKV – müsse auch hier eine strenge Outcome-Orientierung gelten. Dafür müssten klinische und patientenrelevante Ergebnisparameter definiert und gemessen, die Behandlungskosten über den gesamten Versorgungspfad hinweg optimiert und Risiken gleichmäßig zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Herstellern aufgeteilt werden.

Auch die Beschaffung, so Henschke, sollte Value-basiert sein. Nicht der Preis, sondern der Nutzen sowohl für die kranken Menschen als auch für das ärztliche Personal und Pflegefachkräfte müsse beim Kauf von Technologien im Vordergrund stehen. Das sei dann der Fall, wenn neue Produkte oder Geräte dazu beitragen, Infektionsraten und Folgeeingriffe zu reduzieren, besonders anwenderfreundlich und nachhaltig sind, oder auch, wenn sie helfen, PROMs zu messen.

## Neue Kriterien für Nutzenbewertung abwägen

Darüber hinaus gab die Wissenschaftlerin zu bedenken, dass die Kriterien für eine frühe Nutzenbewertung auf den Prüfstein gehören. Bisher sei sie lediglich für Hochrisikoprodukte vorgesehen. Ihre Kopplung an das NUB-Verfahren berge die Gefahr, dass Hersteller kein NUB-Entgelt mehr beantragen, um sich eine Erprobung zu ersparen – eine teure Angelegenheit, auch wenn die GKV einen Teil der Kosten übernimmt. Auf diese Weise würde Patienten der Zugang zu Innovationen versperrt.

Abschließend appellierte Cornelia Henschke, dass ein Value-basiertes Gesundheitssystem nur errichtet werden könne, wenn

sämtliche Akteure daran mitwirken. „Nicht nur Leistungserbringer sind gefordert, im Sinne des Patientennutzens zu handeln. Auch die Krankenkassen sind gefragt“. In diesem Sinne griffen im Anschluss an die Vorträge verschiedene Workshops das Thema aus verschiedenen Perspektiven auf: aus Sicht der Leistungserbringer, der Sozialleistungsträger und Versicherungen und aus Sicht der Patienten. Ein Workshop beschäftigte sich außerdem mit „Integrierten Systemen“.

## Workshop 1 – Leistungserbringer

Es gibt wohl kaum ein Krankenhaus, das sich in seinem Leitbild nicht dazu bekennt, die Patienten in den Mittelpunkt stellen zu wollen. Doch bei vielen Krankenhäusern klaffen Anspruch und Wirklichkeit meilenweit auseinander. Für die Martini-Klinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ist dieser Anspruch allerdings mehr als eine leere Worthülse. Ihr Geschäftsführer Dr. Detlef Loppow stellte das „Martini-Prinzip“ vor, das im Wesentlichen auf drei Säulen beruht: Spezialisierung, flache Hierarchien, Erfassen von Behandlungsergebnissen auch nach der Entlassung. Dafür arbeitet die Klinik mit PROMs des ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement). Der Erfolg der Martini-Klinik spricht jedenfalls Bände – das Prostatakrebszentrum des UKE ist zu einem der größten Zentren weltweit aufgestiegen.

Professorin Christel Bienstein, Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) präsentierte die Ergebnisse des Projektes „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim“ der Universität Witten/Herdecke. Die Wissenschaftler entwickelten ein 6-Phasen-Modell, mit dessen Hilfe Krankenhauseinweisungen verhindert werden können. Außerdem identifizierten sie 58 Diagnosen, mit denen alte Menschen im Heim besser aufgehoben sind als im Krankenhaus.

Professor Dr. Andreas Beivers von der Hochschule Fresenius griff in seinem Vortrag ein brandaktuelles Thema auf: Nicht erst seit den Koalitionsverhandlungen wird die Abschaffung des DRG-Systems gefordert. Beivers präsentierte sektorenübergreifende Regionalbudgets als Alternative. Festgelegt für definierte Regionen mit etwa 200.000 bis 400.000 Einwohnern, würden diese Regionalbudgets möglichst viele Gesundheitsleistungen umfassen – bei klar definierten Qualitätsstandards und messbaren Ergebnisparametern. Die Leistungserbringer würden eigenständig entscheiden, wie sie ihr Budget einsetzen und welche Leistungen sie ambulant oder stationär erbringen würden. Die Menschen könnten ihren Arzt frei wählen und auch Mediziner aus anderen Regionen aufsuchen. Das befeuert einerseits den Wettbewerb zwischen den Regionen, könne sich andererseits aber auch positiv auf regionale Kooperationen auswirken. Wird das DRG-System beibehalten, so Beivers, bräuchte es einen neuen ordnungspolitischen Rahmen. Nicht zum ersten Mal an diesem Tag hieß es: „Wir müssen weg von der Mengensteuerung, hin zu mehr Qualität“.

## Workshop 2 – Integrierte Systeme

Im Workshop 2 ging es um integrierte Systeme. Professor Dr. Martin Härter, Institutsdirektor des Zentrums für Zentrum für Psychosoziale Medizin am UKE, berichtete zu den Erfahrungen in der Implementierung von Stepped and Collaborative Care-Ansätzen in Mental Health. Dr. Benedikt Simon, der zurzeit im Rahmen eines Harkness Fellowship in Healthcare Policy and Practice des Commonwealth Fund in den USA integrierte Versorgungssysteme untersucht, legte dar, wie das US-amerikanische Unternehmen Kaiser Permanente und verschiedene Gesundheitseinrichtungen mithilfe alternativer Vergütungssysteme erreicht haben, die Gesundheitsversorgung zu optimieren. Ausschlaggebend war dabei auch, dass sie Versorgungsdaten ausgewertet und so für die Verbesserung der Versorgung genutzt haben.

Anja Burmann vom Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik (ISST) stellte die IT-Anforderungen für ein Population Health-Management und dessen Erfolgsmessung vor. Dafür müssten „Real-World“-Versorgungsdaten verstärkt genutzt werden. Gleichzeitig müsse es einen Wandel im organisatorischen Denken geben: Um medizinische Leistungen sektorenübergreifend im Sinne eines ganzheitlichen Patientennutzens erbringen zu können, müsse oberhalb der Sektoren eine koordinierende Stelle geschaffen werden, die auch finanzielle Anreize setze.

## Workshop 3 – Sozialleistungsträger/Versicherungen

Dr. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG, sprach darüber, wie Krankenkassen hinsichtlich des Outcomes verglichen werden könnten. Für das Ergebnis medizinischer Behandlungen würden sie kaum zur Verantwortung gezogen. Außerdem stehe die Anreizstruktur für Krankenkassen einer Verbesserung des Gesundheitsstatus' der Versicherten teilweise entgegen. Dabei könnten sie durchaus die Gesundheit ihrer Versicherten positiv beeinflussen und sich damit von ihren Wettbewerbern absetzen, sei es, indem sie ihre Gesundheitskompetenz stärken oder Verträge mit Leistungserbringern bzw. Systemen ergebnisorientiert ausgestalten. Morbiditätsbezogene Ergebnisindikatoren, etwa später einsetzende Chronifizierung, Dialysepflicht oder Pflegebedürftigkeit, sowie internationale Indikatoren, welche die Versichertenperspektive abbilden, könnten den Wettbewerb positiv befeuern. Dies sei auf der Basis vorhandener Daten schon heute möglich.

Servicequalität und Transparenzanforderungen an Krankenkassen war das Thema von Thomas Müller, stellvertretender Geschäftsführer Markt/Produkte des AOK-Bundesverbands. Mit mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen könnten die Krankenkassen einen wichtigen Beitrag zum Verbraucherschutz leisten und die Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten stärken.

Dr. Hajo Schmidt-Traub, stellvertretender Ärztlicher Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin (UKB), sprach darüber, wie die BG-Kliniken an ihrer Ergebnisqualität arbeiten. Unter anderem würden sie Maßnahmen finanzieren, die im GKV-System kaum möglich sind, etwa die Ausstattung von Baggern mit Rückfahrkameras, um schwere oder tödliche Unfälle auf Baustellen zu verhindern. Es gelte das Prinzip: Reha first. Verrentungen oder Entschädigungszahlungen sollten erst in Betracht gezogen werden, wenn alle möglichen Reha-Maßnahmen ausgeschöpft sind. Erfolgsaussichten werden über eine sogenannte Heilverfahrenssteuerung (Case Management) mithilfe klarer Kriterien systematisch beurteilt. In diese Betrachtung fließt auch mit ein, ob ein Patient willens und in der Lage ist, Reha-Maßnahmen zu absolvieren.

## Workshop 4 - Patientenerfahrungen

Im Workshop „Patientenerfahrungen“ ging es darum, wie Patientenerfahrungen stärker in die Versorgung eingebunden werden können. Eine standardisierte Erfassung von Patientenerfahrungen (Patient-reported Experiences, PREMs) und Patientenergebnissen (Patient-reported outcomes, PROMs), die sich an internationalen Beispielen wie der „GP Patient Survey“ und dem NHS-Programm „Patient Choice“ in England orientieren, spielten dabei eine wesentliche Rolle, betonte Dr. Oliver Gröne, für Research und Analytik verantwortlicher Vorstand von OptiMedis.

Dass sich Menschen ein solidarisches und am Gemeinwohl orientiertes Gesundheitssystem mit mehr Partizipation, Mitbestimmung, Transparenz, Personal und Zeit für Aufklärung wünschen, zeigen die Ergebnisse der Neustart!-Initiative der Robert Bosch Stiftung, die Irina Cichon vorstellte. Ein Anfang könne sein, die Bürgerinnen und Bürger in kommunale Gesundheitskonferenzen einzubeziehen. Auch Dr. Ilona Köster-Steinebach betonte, dass eine qualitativ hochwertige Erfassung von Patientenerfahrungen zentral dafür ist, dass das Gesundheitswesen Menschen dabei unterstützen kann, gesund zu bleiben bzw. zu werden. Leider sei es mit den derzeitigen Vergütungsanreizen schwierig, den Patientennutzen in den Vordergrund zu stellen. Die Patientenerfahrung stärker in die Versorgung einzubeziehen, bleibe eine politische Entscheidung.

Jana Ehrhardt-Joswig  
Freie Journalistin

Der „Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen“ soll den Gesundheitspolitikern der neuen Legislatur eine neue politische Stoßrichtung aufzeigen.

Er ist online zu finden unter  
[www.optimedis.de/berlineraufruf](http://www.optimedis.de/berlineraufruf)

Weitere Akteure können sich ihm dort anschließen, die Liste der Unterzeichnenden wird fortlaufend aktualisiert.

**B. BRAUN-STIFTUNG**  
DER GESUNDHEIT NEUE WEGE BEREITEN

