



»Wir stehen am Anfang eines Reformprozesses, der eher zwanzig als zehn Jahre dauern wird«



Die Reform der Krankenhausstrukturen wird ein langwieriger, sicher mehr als zehn Jahre dauernder Prozess sein, prognostiziert der Hamburger Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jonas Schreyögg.

Wie sollte – nach einer erfolgreichen Reform – die Krankenhausstruktur der Zukunft aussehen?

Was in den vergangenen Monaten diskutiert wurde und wozu jetzt ein Gesetzentwurf erwartet wird, ist Teil einer Gesamtreform. Dazu gehören zwingend auch eine Notfallreform und eine sektorengleiche Vergütung. Den ersten Teil würde ich als Vergütungsreform sehen mit andersartigen Anreizen durch eine Mischfinanzierung. Hier ist allerdings in der Umsetzung noch sehr viel unklar: Wie werden Vorhaltepauschalen definiert? Wie werden Fixkosten konkret vergütet? Wie hoch sollen die Strukturanforderungen in den unterschiedlichen Leistungsgruppen sein? Ich denke, für den Anfang wird man eine Art »Minimum-Set«, beispielsweise orientiert an Pflegepersonaluntergrenzen, definieren, das über die Jahre angepasst wird.

Unter den Krankenhäusern der Maximalversorgung (Level 3) sollen Unikliniken eine besondere, koordinierende Rolle übernehmen. Wie kann dadurch die Translation von Innovationen beschleunigt werden? Da haben wir offenkundig ein Problem.

Das sehe ich auch so. Gute Ansätze haben wir während der Corona-Epidemie gesehen, in deren Rahmen beispielsweise mit Hilfe von Telemedizin neue Behandlungsansätze in die Fläche getragen worden sind.

Für die raschere Translation von Innovationen werden wir künftig Innovationszentren benötigen. Das heißt, dass in bestimmten Indikationsbereichen Unikliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung systematisch kooperieren und Innovationsstandorte mit bestimmten Schwerpunkten bilden. Diese können dann neue Verfahren entwickeln und erproben, aber auch Arzneimittel in klinischen Studien evaluieren. Für solche Standorte muss natürlich auch die Finanzierung gebündelt werden. Derzeit haben wir eine starke Fragmentierung.

Wäre das auch eine Chance, etwa durch Einbeziehung von Level-3-Kliniken den Standort Deutschland für klinische Studien attraktiver zu machen?

Primär haben wir hier ein Bürokratieproblem in der Genehmigung von klinischen Studien und der unterschiedlichen Auslegung des Datenschutzes durch die

Länder. Das wird nun erfreulicherweise mit dem neuen Digitalisierungsgesetz adressiert.

Die andere Herausforderung ist die notwendige Bündelung von Förderung und Ressourcen an bestimmten Standorten. Dazu braucht es auch eine bessere Ausstattung der Unikliniken für ihre Forschungsaufgaben. Hier ist eine Konzentration von Mitteln auf Exzellenzzentren notwendig, um international wettbewerbsfähig zu werden. Ein Vorbild dafür könnte etwa die Finanzierung der Forschungsinfrastruktur der ETH Zürich sein. Das ist eine Herkulesaufgabe. Die Exzellenzstrategie der Bundesregierung ist dazu ein Ansatzpunkt, aber leider noch nicht ausreichend.

Für ihre besonderen Funktionen sollen Unikliniken einen Zuschlag erhalten. Von welchen Größenordnungen muss man da ausgehen?

Ein erster Orientierungspunkt könnte sein, was im Rahmen der Corona-Pandemie an Koordinierungsaufgaben durch Unikliniken erbracht wurde. Ein anderes Konstrukt waren die Zentrumszuschläge, die allerdings eher mit der Gießkanne verteilt worden sind und nicht ausreichend dotiert waren. Unikliniken haben viele Reibungsverluste, weil sie als »Multiprodukt-Unternehmen« verschiedenste Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung wahrnehmen. Ich würde mir dringend wünschen, dass Unikliniken für diese kom-

plexen Leistungen ähnliche Beträge erhalten, wie sie in anderen forschungsstarken Ländern üblich sind.

Eine Potenzialanalyse hat gezeigt, dass die Ergebnisqualität bei der Behandlung gerade schwerer und komplexer Krankheiten hinter den medizinischen Möglichkeiten zurückbleibt, weil Patienten oft nicht in Kompetenzzentren behandelt werden. Wie lassen sich die offenkundigen Steuerungsdefizite bewältigen?

Zentral dabei wird die Reform der Notfallversorgung sein. Wir haben zu viele Notaufnahmen, was dazu führt, dass etwa Patienten mit Schlaganfall oder Herzinfarkt nicht dort versorgt werden, wo die optimale Ausstattung vorgehalten wird. Ferner muss der Rettungsdienst reformiert werden, der zukünftig mit digitaler Unterstützung zum entsprechenden Kompetenzzentrum gesteuert wird.

Obwohl die stationäre Versorgung im internationalen Vergleich nicht schlecht mit Personal ausgestattet ist, mangelt es an Ärzten und Pflegekräften. Wie kann die Krankenhausreform dieses Problem lösen?

Eine Entlastung erwarte ich vor allem von der Reform der Notfallversorgung. Wir sehen das in Krankenhäusern, die eine solche Reform schon umgesetzt haben. Wenn wir die Einweisungsquoten von derzeit etwa 45 auf 30% senken, oder wie in Frankreich auf nahezu 20%, dann würden auch die Patientenpflegetage deutlich sinken. Den Fachkräftemangel

werden wir realistischerweise weder durch Anstrengungen in der Ausbildung noch durch aktive Immigrationspolitik lösen können, wengleich dies natürlich auch wichtig ist.

Viele kleinere Häuser werden tiefgreifend umstrukturieren müssen, wenn sie die Funktion von Level-II-Kliniken übernehmen. Dort soll perspektivisch eine sektorübergreifende Versorgung realisiert werden. Was sind die Voraussetzungen dafür?

Ich spreche dabei lieber von regionalen Gesundheitszentren. Das sind eigentlich keine Krankenhäuser mehr, sondern Gesundheitseinrichtungen, die ein oder zwei Stationen zur Beobachtung haben etwa zur Versorgung von älteren, multimorbiden Patienten. Dazu bedarf es gesetzlicher Grundlagen für die Einrichtung und Vergütung, also eine sektorengleiche Vergütung etwa zur Versorgung von älteren oder multimorbiden Patienten. Die aktuellen DRGs sind dafür nicht tauglich. Hier wäre eine Kombination einer Vorhaltevergütung mit Tagessätzen notwendig, wobei eine alleinige Finanzierung über Tagessätze erneut Fehlanreize setzen würde. Notwendig sind in diesem Kontext daher Hybrid-DRGs. Eines der Probleme dabei ist, dass die Versorgungsoption der regionalen Gesundheitszentren noch viel zu wenig wahrgenommen wird.

Welche Rolle können Vertragsärzte dabei übernehmen? Denn die sollen in solchen Zentren ihre Patienten ja weiterhin versorgen.

Ein wichtiger Punkt. Denn wir können nicht davon ausgehen, dass Gesundheitszentren vor allem in ländlichen Regionen per se ausreichend oder überhaupt ärztliches Personal fulltime finden und beschäftigen. Die Leitung könnte dann auch entsprechend qualifiziertem Pflegepersonal

übertragen werden. Niedergelassene Ärzte könnten dort ihre Patienten bei Visiten medizinisch versorgen – wobei die gegenwärtige Vergütung von Hausbesuchen sicher korrekturbedürftig wäre. Unbedingt notwendig dafür ist eine gute Akzeptanz dieser Versorgungsform bei den Vertragsärzten.

Die Akzeptanz könnte gesteigert werden, wenn die Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung beendet würde ...

Wir wissen aus Erfahrung, dass finanzielle Anreize – etwa um Ärzte zur Niederlassung auf dem Land zu bewegen – eine eher untergeordnete Rolle spielen. Notwendig sind nicht nur monetäre, sondern auch organisatorische Lösungen, wie flexible Arbeitszeiten unter anderem in MVZ, Zweigpraxen und vor allem die Einbeziehung und Mitgestaltung der Ärzte vor Ort beim Aufbau eines solchen regionalen Gesundheitszentrums. Ärzte müssen den Nutzen für die Versorgung ihrer Patienten sehen und mitgestalten können. Das sollte nicht topdown in eine Region hineingeplant werden.

Noch ungeklärt ist die Finanzierung der Reform und der damit einhergehenden Transformationsprozesse. Kann man das erforderliche Investitionsvolumen derzeit abschätzen?

Nein, ich halte auch wenig davon. Man muss sehen, dass durch eine schrittweise Transformation auch Investitionskosten frei werden, die wiederum für Modernisierung und Umstrukturierungen genutzt werden können. Außerdem: Wir stehen am Anfang eines Reformprozesses, der eher zwanzig als zehn Jahre dauern wird. Es ist nicht sinnvoll, zum jetzigen Zeitpunkt einen Betrag von x Milliarden Euro an Gesamt-Transformationskosten für einen solchen Zeitraum zu benennen. ◻

Die Fragen stellte Helmut Laschet, freier Journalist.

