

„Ich bin kein Freund der Rasenmäher-Methode“

Der Hamburger Gesundheitsökonom Professor Jonas Schreyögg im Interview mit der Ärzte Zeitung - über echte Strukturreformen im Krankenhaus, die überfällige Ambulantisierung der Versorgung und neue Entwicklungen im Sachverständigenrat Gesundheit.

Das Interview führten Anno Fricke und Thomas Hommel

Herr Professor Schreyögg, im Sachverständigenrat Gesundheit steht im Januar 2023 der Führungswechsel bevor. Herrscht denn Einigkeit, wer auf den Ratsvorsitzenden Professor Ferdinand Gerlach folgen soll, oder droht ein Gezerre wie bei den Wirtschaftsweisen?
Das Prozedere liegt ja nicht bei uns. Der Minister benennt die Mitglieder im Sachverständigenrat. Er kann das im Benehmen mit den Regierungsparteien machen. Bei den Wirtschaftsweisen läuft das anders, dort gibt es auch noch Vorschläge durch Gewerkschaften und Arbeitgeber. Die oder der neue Vorsitzende im Gesundheits-Sachverständigenrat wiederum wird von dessen Mitgliedern nach geheimer Wahl vorgeschlagen und durch den Minister berufen.

Der Rat hat bereits vor 20 Jahren „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ festgestellt.

Unter Mitwirkung von Herrn Lauterbach... (war von 1999 bis 2005 Mitglied des Sachverständigenrates. d. Red.)

... heute reden wir immer noch darüber. Was läuft bei den Reformen falsch?

Na ja, falsch! Klar ist, dass über viele Legislaturperioden hinweg große Strukturreformen diskutiert worden sind. Gesetze hat es gegeben, aber sie haben mitunter nicht die Wirkung entfaltet, die sich die Politik erwünscht hat. Nehmen Sie etwa die Krankenhaus-Strukturreform, die Anfang 2016 in Kraft getreten ist. In diesem Gesetz sind Ziele teilweise zu unkonkret formuliert worden.

Inwiefern?

Eine Hoffnung war, die Kompetenz der Länder in der Krankenhausplanung zu stärken. Dann musste die Politik bitterlich erfahren, dass es so nicht funktioniert, und ein Land nicht gegen den Wil-

len eines Trägers ein Krankenhaus oder auch nur eine Fachabteilung schließen kann. Das ist nur ein Beispiel dafür, was damals falsch gelaufen ist. Die Politik hätte die Kompetenz der Länder viel umfangreicher festschreiben müssen, wenn man das denn gewollt hätte. Aber einige Juristen sagen ja auch, dass das eine Grundgesetzänderung erfordert. Deswegen bin ich skeptisch, was die Durchsetzungskraft der Länder bei der Krankenhausplanung betrifft.

Am Ende wird der Bundesgesetzgeber den Umbau der Krankenhausstrukturen über die gesetzliche Ermöglichung neuer Strukturen sowie Vergütungsanreize regeln müssen. Das ist der Schalter.

Werden die Länder die Verantwortung für die Planung aus der Hand geben?

Nein, und es ist meines Erachtens auch nicht gewollt von der Ampel-Koalition, den Ländern etwas wegzunehmen. Denkbar wäre eine Art Leitlinie, die zeigt, wie optimale Krankenhausplanung aussieht. Das könnte entweder in Richtung Nordrhein-Westfalen gehen, wo konkrete Versorgungsaufträge an Krankenhäuser vergeben werden. Oder es könnte in Richtung Niedersachsen laufen, wo entlang von Versorgungsstufen geplant wird.

NRW und Niedersachsen als Versuchslabore künftiger stationärer Versorgung?

Das sind aus meiner Sicht die beiden Länder, die beim Thema Krankenhaus besonders nach vorne geprescht sind. In jedem Fall zeigt sich in den nächsten Jahren, ob und wie erfolgreich das alles ist.

Wird es weniger, gleich viele oder womöglich andere Krankenhäuser geben?

Ich bin kein Freund der Rasenmäher-Methode – nach dem Motto: Alles, was weg ist, ist gut. Davon halte ich nichts, weil das nur politischen und gesellschaftli-

chen Widerspruch vor Ort auslöst. Sie müssen das ganz anders angehen.

Indem man etwa ein Krankenhaus in ein Gesundheitszentrum umwandelt?

Womöglich. Am Anfang muss immer eine Bestandsaufnahme dessen stehen, was es an Versorgung vor Ort gibt. Manchmal ist es so, dass das regionale Krankenhaus eine Bettenauslastung von 20 bis 30 Prozent oder weniger aufweist. Hinzu gesellt sich oft eine schlechte Personalausstattung. Und das kommt dann einem „Race to the bottom“ gleich, das spricht sich herum und das Krankenhaus verliert noch mehr Patienten und Personal.

Und was wäre die Lösung?

Die Planer vor Ort müssen die Menschen fragen: Was ist euer Versorgungsbedürfnis hier konkret, wie lässt sich das erfüllen? Ein Beispiel: Im weiteren Umkreis existiert keine Pädiatrie. Dann lässt sich das über eine Notfallpraxis – wie in Wolgast – sicherstellen. Also über eine niedergelassene Praxis mit Rufbereitschaft. Das hat die Situation in Wolgast beruhigt.

Man kann, anderes Beispiel, einen Hubschrauber-Landeplatz an einem Krankenhaus einrichten, wenn sich herausstellt, dass die Rettungswagen für Patiententransporte zu lange brauchen. Solche Dinge muss man regional bezogen durchgehen und Lösungen generieren – bis hin zur Einrichtung allgemeinmedizinischer Beobachtungsstationen. Die sind in Deutschland noch sehr selten.

Was bringen diese Stationen?

Beobachtungsstationen geben den Menschen Sicherheit, gerade älteren. Sie können dort bei leichten Beschwerden – zum Beispiel einem Harnwegsinfekt – hingehen, wenn sie Sorge haben, sich zu Hause nicht selbst versorgen zu können. Sie können dort dann für ein bis drei Tage



”

Das neue Narrativ muss sein, ein ressourcenschonendes Gesundheitssystem zu schaffen.

aufgenommen werden. Solche Angebote sollte die Ampel unterstützen. Am Ende ist es auch irrelevant, wie ich das Kind nenne – ob Gemeindekrankenhaus oder Integriertes Gesundheitszentrum.

Zwingt die Knappheit an Ärzten und Pflegekräften dazu, die Zahl der Krankenhäuser zu senken? Es sind Prognosen von maximal 1000 oder 800 Häusern, die es nur noch bräuchte, im Umlauf.

Das ist schwer zu eruiieren, weil lokale Gegebenheiten so unterschiedlich sind. Diese Zahlenspiele verkürzen die Debatte unnötig. Schätzungen machen den Menschen nur Angst und erzeugen meist Abwehr jeder Veränderung gegenüber.

Eine Stellschraube für die angekündigte Krankenhausreform soll die Überwindung des Fallpauschalen-Systems sein. Geht das denn überhaupt alternativlos?

In der Regel hat Deutschland das gemacht, was im Ausland schon praktiziert wird. So war es auch bei den Fallpauschalen. Das wird jetzt auch passieren. Ich glaube, dass wir in Richtung eines Mischsystems gehen müssen, wie es in anderen Ländern greift. In Frankreich, Großbritannien und vielen anderen Ländern.

Ein Mischsystem – woraus?

Das wird ein System aus Fall- und Vorhaltepauschalen sein. Die Frage ist nur, wie das richtig gewichtet ist, und welche Abteilungen sollen von Vorhaltepauschalen profitieren? Stellen müssen wir uns auch der Debatte, ob wir nicht viel stärker entlang der Kostenstruktur der Krankenhäuser vergüten müssen. Andere Länder tun das bereits. Deutschland dagegen verfolgt den „Ein-Haus-Ansatz“.

Ein drastisches Beispiel ist Bayern: Dort haben sie in München einen Maximalversorger, der das gleiche Geld bekommt wie ein Krankenhaus der >>

>> Grundversorgung 70 bis 100 Kilometer Richtung Osten, wo es ländlich wird.

Soll ein Teil der Krankenhausvergütung also weiter über die DRG erfolgen?

Wenn das DRG-System auf die reine Fallzahlsteigerung abzielt, dann bin ich absolut einverstanden mit der Ansicht, dass sich das System überholt hat. Die grundlegende Frage ist aber: Was wollen wir incentivieren? Ich meine, wir wollen doch nicht nur die Erbringung von Fällen anregen, wir wollen doch auch andere Dinge incentivieren. Vielleicht die Verkürzung der Verweildauer? Das ist eine Mär, dass wir über das DRG-System die Verweildauer absenken. Das behaupten viele, das hat aber noch keiner empirisch nachgewiesen. Wir haben gerade in einer Studie gezeigt, dass in Ländern ohne DRG-System die Verweildauer mindestens genauso gesunken ist. Warum nicht auch Qualität incentivieren – mindestens die Strukturqualität. Auch das machen andere Länder längst. Ich würde einen Teil der Vergütung an Qualitätsvorgaben binden, bei denen mehrere Kriterien ausschlaggebend sind: Wirtschaftlichkeit, ja klar, aber auch Verweildauer, Qualität, Bedarf.

Haben wir über die DRG keine Anreize für bedarfsgerechte Versorgung gesetzt?

Darauf würde ich antworten: partiell vielleicht. Es gibt aber zu viele Fehlansätze, die müssen wir mindestens beseitigen. Wie gesagt: Perspektivisch müssen wir zu einem System kommen, das unterschiedliche Dinge incentiviert, nicht nur die Erbringung von Fällen.

Mitte der 2030er-Jahre könnte es rund sieben Millionen weniger Beitragszahler geben, wenn keine Zuwanderung in ausreichendem Umfang stattfindet. Gleichzeitig wächst die Zahl älterer Menschen, von denen viele auf Medizin und Pflege angewiesen sind. Spielt das eine Rolle für Überlegungen, wie Versorgung künftig organisiert sein sollte?

Wir kennen solche Szenarien schon lange. Diese Prognosen erhöhen nur den Druck und die Notwendigkeit, zu echten Strukturreformen zu kommen. Wir werden die bestehenden, nicht nachhaltigen Versorgungsstrukturen nicht so mit Personal ausstatten können, dass die Arbeitsplätze attraktiver werden. Das werden wir so nicht schaffen. Das neue Narrativ muss sein, ein ressourcenschonendes Gesundheitssystem zu entwickeln.

Beinhaltet das auch Einschränkungen in der Versorgung?

Natürlich. Das heißt nicht, dass wir keine bedarfsgerechte Versorgung mehr vorhalten. Ressourcen zu schonen kann sogar eine Chance bedeuten, dass die Versorgung dadurch bedarfsgerechter wird.

Bedarfsgerechter und ressourcenschonender soll es auch mittels einer Ausweitung des ambulanten Operierens zuge-

hen. Warum hat Deutschland international gesehen hier so viel Luft nach oben?

Länder, die uns hier ein großes Stück voraus sind – da wären wieder Frankreich und Großbritannien zu nennen –, haben es geschafft, eine Feinsteuerung aufzubauen. Man ist hingegangen und hat geschaut, welche Eingriffe und Prozeduren sind noch nicht hinreichend ambulantisier- und die müssen wir angehen, damit wir die stärker aus der stationären Versorgung rausnehmen. Das macht Deutschland mit dem AOP-Katalog jetzt auch. Der entscheidende Hebel aber, warum es woanders schneller ging mit der Ambulantisierung, war und ist die Einführung einer sektorengleichen Vergütung. Das Grundproblem in Deutschland ist, dass EBM und DRG zu weit voneinander entfernt sind.

Und die Konsequenz daraus?

Ich muss für den Bereich des ambulanten Operierens als eigenem Leistungsbereich eine einheitliche Vergütung hinbekommen. Krankenhäuser müssen die Möglichkeit bekommen, ambulante Eingriffe kostendeckend zu erbringen und sie nicht weiter als stationäre Fälle zu behandeln. Gleichzeitig müssen wir eine Durchlässigkeit zum vertragsärztlichen Bereich schaffen. Im Übrigen wird dies auch die Umwandlung in regionale Gesundheitszentren beschleunigen, die anstelle eines Plankrankenhauses ambulante Operationen für die Menschen vor Ort erbringen könnten.

Ich denke, das ist die wichtigste Botschaft, die ich überbringen möchte: Dass alles ineinandergreifen muss! Zusätzlich zu der gerade beschlossenen sektoren-

gleichen Vergütung brauchen wir auch schnell eine gesetzliche Regelung für regionale Gesundheitszentren, Kurzzeitpflege, Beobachtungsstationen. Das hängt alles eng miteinander zusammen.

Schaut man sich die Tagesbehandlungen in Kliniken an, werden die Vertragsärzte dabei nicht berücksichtigt. Wie ordnen sie das Vorhaben der Ampel ein?

Das sind ganz unterschiedliche Paar Schuhe. Die Ambulantisierung braucht die sektorengleiche Vergütung. Das ist der Hebel dafür. Das sehen wir auch in anderen Ländern. Auf diese Weise ziehen wir leichtere Leistungen aus der stationären Versorgung heraus, wodurch insbesondere Personalkapazitäten freigesetzt werden. Das lässt sich auch leicht ausrechnen. Selbst wenn wir mit ausgewählten Leistungen beginnen und ambulantisieren die 15 bis 30 häufigsten Prozeduren, die bisher als Kurzlieger in Krankenhäusern behandelt werden, ziehen wir Millionen Pflgetage raus aus der stationären Versorgung. Die Pflege in Krankenhäusern wird weiter benötigt – für die schweren Fälle und die ambulanten OP-Zentren. Die werden sich schnell herausbilden. Da bin ich mir sicher.

Womit sollten wir beginnen?

Die im Koalitionsvertrag angedachten Reformen, sollten unbedingt auch in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden. Und da sehe ich als besonders wirkungsvolles Instrument die Reform der Notfallversorgung. Das ist vielen nicht so bewusst, dass hier gewaltiges Potenzial schlummert. Aus meiner Sicht das größte Potenzial überhaupt.



”

Was wollen wir eigentlich incentivieren?

Was heißt das konkret?

Die Kette der Fehlanreize ist groß. Das fängt schon bei den Rettungswagen an. In den meisten Bundesländern stehen die Rettungsdienste unter Druck, sich dadurch zu refinanzieren, dass sie möglichst viele Patienten in den Krankenhäusern abliefern. Der Rettungsdienst muss daher eine eigene SGB V-Leistung werden, um diese Fehlerkette nicht länger zu induzieren. Wenn diese Patienten erst einmal in der Rettungsstelle angekommen sind, dann steht die Chance, stationär aufgenommen zu werden, fifty-fifty. Das ist mehr als in jedem anderen Land.

Umgekehrt werden Patienten mit Herzinfarkten und Schlaganfällen oft in Häuser gebracht, die über keine Stroke Unit oder Linksherz-Katheter-Platz verfügen. Wie kriegt man das in den Griff?

Über die Leitstellen. Die müssen die RTW steuern. Zudem müssen die Notaufnahmen in den Krankenhäusern zentralisiert werden und zu Integrierten Notfallzentren umgebaut werden, um Patienten am Tresen entweder in den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder bei Bedarf in die klassische Notaufnahme zu leiten.

Das sind auch ökonomisch weitreichende Entscheidungen!

Natürlich brauchen wir auch eine neue Form der Finanzierung. Bei der Notaufnahme stellt sich das gleiche Problem wie bei den leichteren Operationen: nämlich die Differenz zwischen der Ambulanzpauschale und der DRG. Der Anreiz ist hoch, jemanden dann eben doch stationär aufzunehmen, obwohl es gar nicht notwendig ist. Es herrscht oft auch eine rechtliche Unsicherheit. Die Entscheidung der aufnehmenden Ärzte fällt oft aus dem Gefühl heraus, sich absichern zu wollen. Dieses Verhalten wird, wie gesagt, noch verstärkt durch die ökonomischen Anreize. Zusammen führt das zu dieser hohen Aufnahmequote.

Stichwort Notfallreform: Viele Player, viele Widerstände, viel Knatsch!?

Es gab ja bereits einen Ansatz. Den Referentenentwurf des BMG in der vergangenen Legislaturperiode fand ich gut. Dieser entsprach auch in großen Teilen den Vorschlägen des SVR. Da war man schon relativ weit. Man ist dann gescheitert an den Ländern, an der Zusammenlegung der Leitstellen und am Rettungsdienstgesetz.

Die Länder wollten nicht, dass der Bund so tief eingreift in die Rechte der Rettungsdienste, die durch die Länder geregelt werden. Eventuell muss man diesen Punkt abtrennen und sagen, zuerst mache ich das eine. Also nur die Reform der Integrierten Notfallzentren. Das ist nicht ideal, aber wenn das sein muss, dass man es so schneller durch den ganzen Prozess durchbekommt, könnte das eine Alternative sein. Oder man macht den Ländern Zugeständnisse bei den Ret-

tungsdiensten. Man könnte sagen, sie werden zwar ins SGB aufgenommen, aber ihre inhaltlichen Befugnisse werden weiterhin von den Ländern festgelegt.

Tatsächlich werden ja schon Integrierte Notfallzentren eingerichtet. Haben Sie einen Überblick, was es alles gibt? Überholen die Praktiker die Gesetzgebung?

Die wirklichen Innovationen kommen oft von unten und werden dann gesetzgeberisch aufgegriffen und verstärkt. Es gibt in der Tat immer mehr Standorte, die so etwas machen. Das Marienkrankenhaus in Hamburg oder das Städtische Klini-

”

Ambulan-
tisierung
braucht
sektoren-
gleiche
Vergütung.

kum Kiel zum Beispiel setzen das INZ-Konzept ungefähr so um, wie wir das damals empfohlen haben. Schleswig-Holstein hat sogar eine Förderung für den Umbau von Notfallaufnahmen ausgelobt.

An einigen Standorten, eben Kiel, ist der schon vollzogen. Die Player kommen voran. Der Gesetzgeber muss aber trotzdem einen Rahmen schaffen, etwa für die Vergütung. Sinnvoll wäre ein gemeinsames Budget. Das könnte die Zusammenarbeit fördern.

Herr Professor Schreyögg, wir bedanken uns für das Gespräch!

ANZEIGE

Jetzt den Überblick über Ihre Finanzen behalten. Mit der Beratung von MLP.



MLP ist Ihr Gesprächspartner in allen Finanzfragen.

Erleben Sie eine umfassende Beratung, die Ihre berufliche und familiäre Situation einbezieht. Von der Niederlassung bis zur betriebswirtschaftlichen Praxisberatung und -abgabe, vom Vermögensmanagement bis zum Versicherungsschutz. Dazu greift MLP auf Produkte aller relevanten Anbieter am Markt zurück. Sie entscheiden, was wir für Sie umsetzen.

Informieren Sie sich jetzt unter mlp-videoberatung.de

Altersvorsorge • Versicherung • Vermögensmanagement* • Finanzierung • Konto & Karte • Immobilien zur Kapitalanlage



mlp-videoberatung.de

*Ein Angebot der MLP Banking AG



Deutschlands beste Kundenberater



BESTE ALTERSVORSORGE-BERATUNG
Ausgabe 34/2021



Finanzen verstehen. Richtig entscheiden.