

🔒 Interview

Gesundheitsökonom Schreyögg: Gesundheitskiosk nimmt Ärzten keine Arbeit weg

Der Hamburger Gesundheitsökonom Professor Jonas Schreyögg im Interview – über die umstrittenen Gesundheitskioske, die Substitution ärztlicher Leistungen und das im Januar erwartete Gutachten des Sachverständigenrats zur Politik in Pandemiezeiten.

Von Anno Fricke (/Nachrichten/Anno-Fricke-au40.html) und
Thomas Hommel (/Nachrichten/Thomas-Hommel-au43.html)

Veröffentlicht: 03.01.2023, 03:36 Uhr



„Wie immer bei neuen Versorgungsformen sind die Ängste groß“: Der Gesundheitsökonom Professor Jonas Schreyögg zur Kritik am geplanten bundesweiten Aufbau von Gesundheitskiosken.

© Rolf Schulten

Herr Professor Schreyögg, warum sind die Widerstände gegen Gesundheitskioske bei den Ärzten so hoch?

Professor Jonas Schreyögg: Wie immer bei neuen Versorgungsformen sind die Ängste groß. Viele wissen gar nicht, was überhaupt gemacht wird in so einem Gesundheitskiosk. Das ist eines der Hauptprobleme dieses Konzeptes. In Hamburg sind die Ärzte inzwischen aber große Fans des Kiosks, weil sie sehen, dass der ihnen die Arbeit nicht wegnimmt. Das Gegenteil ist der Fall.

Nehmen Sie einen Patienten, der neu die Diagnose Diabetes gestellt bekommen hat. Dann kommt die Frage: Was ist das und wie muss ich damit umgehen? Als Arzt haben Sie dann ein Problem, das in drei Minuten einer Person mit oftmals geringer Gesundheitskompetenz zu erklären und zudem oftmals noch die sprachliche Barriere. Das Wartezimmer ist voll, und in Hamburg-Billstedt gibt es nicht so viele Ärzte. Und es ist unrealistisch, dass ein Patient von dort zum Arzt nach Blankenese

fährt. In dieser Situation haben die Ärzte die Möglichkeit, den Patienten an den Kiosk zu überweisen. Und dort wird ihm dann erklärt, was Diabetes ist, es können Ernährungspläne aufgestellt werden und, und, und.

Das machen die Arztpraxen auch.

Natürlich gibt es Primärversorgungszentren und gut ausgestattete Gemeinschaftspraxen, die Ernährungsassistenten haben, die alles inhouse machen können. Und das ist ja auch gut. Es ist ja nicht so, dass die das jetzt nicht mehr machen sollen. Der Kiosk ist nur ein Modell, in bestimmten, deprivierten Stadtteilen die Versorgung zu ergänzen.

Welche Effekte versprechen Sie sich von den Kiosken?

Natürlich die Qualität der Versorgung zu steigern. Das konnten wir ja zeigen, dass der Kiosk in Billstedt zu einem Rückgang der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen um 19 Prozent geführt hat. Das ist gewaltig. Da sind ja Community Health Nurses, die auf vielen Gebieten Bescheid wissen, also Ernährung, Wundversorgung und so weiter. Die können auf vielen Gebieten beraten. Das ersetzt aber keine ärztliche Beratung, das ist vielmehr eine klassische Delegation von Leistungen. Das zu erkennen, ist die größte Herausforderung. Das haben wir bei unserer Evaluation festgestellt. Kioske können übrigens auch direkt in regionale Gesundheitszentren eingegliedert werden. Es muss nicht immer das Modell Hamburg-Billstedt sein.

Inwieweit können die Kioske bei der Orientierung im Gesundheitswesen helfen?

Kioske können auch eine wichtige Lotsenfunktion ausüben. Deren Effekte zu messen ist allerdings schwerer. Gebraucht wird sie allerdings schon. Die Analphabeten-Quote ist gar nicht so gering. Selbst in leichter Sprache verfasste Informationen können die Betroffenen nicht lesen.

Wie ist der Stand bei der Substitution ärztlicher Tätigkeiten?

Diese Diskussion hierzulande ist sehr theoretisch. In der Praxis verschwimmen oftmals Substitution und Delegation. Für praktische Vorbilder zur Substitution müssen wir nicht nur in andere Länder schauen. Auch in Deutschland gibt es immer mehr Primärversorgungszentren, zum Beispiel die durch die Robert-Bosch-Stiftung geförderten PORTs. In vielen Kommunen gerade in den Flächenländern integrieren sich die Versorger. Dann gibt es dort Physiotherapeuten und mehr unter einem Dach.

Man kann argumentieren, dass wir so etwas brauchen wie die Schwesternpraxen in Schweden. Auch da ist die Diskussion interessant. Da werden ja oft Asthmatiker und Diabetiker behandelt. Das Therapieregime wird vom Arzt verordnet. Und die Nurses setzen das um. Die haben mehr inhaltliche Befugnisse als hier üblich, zum Beispiel bei der Dosierung von Medikation. In einem nächsten Schritt müsste man in Deutschland zu einer Vergütung kommen, die stärker die Teamleistung honoriert.

Wo sollte man anfangen?

Ich glaube schon, dass wir an vielen Stellen mehr substituieren könnten. Vor allem in Krankenhäusern. Es ist ein großes Problem für Pflegerinnen aus anderen Ländern, dass sie in Deutschland nicht das machen können, wozu sie ausgebildet sind oder studiert haben. Das ist einer

der Hauptgründe dafür, dass sie wieder zurückgehen. Der Druck, sich an dieser Stelle zu flexibilisieren, wird deutlich zunehmen. Sonst werden wir es nicht schaffen, auf dem Land ausreichend behandelnde Ärzte zu haben.

Bringen Landärzteprogramme etwas?

Ich denke schon, dass es vom Mindset her gut ist, stärker darauf abzuheben, dass eine Landarztpraxis ein attraktives Arbeitsumfeld sein kann. Und das gilt vor allem dann, wenn man dort nicht als Einzelkämpfer, sondern gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen auch aus anderen Berufsgruppen im Team arbeitet. Das erhöht die Arbeitsplatzattraktivität. Zudem können so die personellen Ressourcen optimal genutzt werden, dass also Ärzte nicht, wie wir das in Corona teilweise erlebt haben, selbst jede Impfung vornehmen müssen und damit ihre Kapazitäten blockieren.

Pandemie ist ein gutes Stichwort. Sie haben dazu geforscht. Was haben die knapp drei Jahre Corona mit der Gesellschaft und dem Gesundheitswesen gemacht? Hat die Politik das gut gemacht?

Das ist ja Kern des SVR-Gutachtens, das im Januar veröffentlicht werden soll. Da haben wir eine Bestandsaufnahme gemacht. Vieles ist gut gelaufen, anderes weniger. Was klar geworden ist über die Pandemie hinaus, dass wir Strukturreformen benötigen. Um ein wirklich krisenfestes Gesundheitssystem zu haben, brauchen wir nicht nur eine gute Krisen-Vorbereitung sondern wir brauchen auch nachhaltige Strukturen. Wenn ich keine nachhaltigen Strukturen habe, dann weht es mich schneller auch mal um, sobald eine handfeste Krise kommt. Und das muss keine Pandemie sein. Das kann auch Krieg sein. Es gibt exogene Schocks aller Art.

Wenn ich in einem Krankenhaus mit einer Kapazitätsauslastung von 20 Prozent viele Pflegekräfte binde, dann können die eben nicht in einem Maximalversorger im Ballungsraum tätig sein, der die von einem Ereignis besonders betroffene Patientenzielgruppe behandeln muss.

Also eine Fehlallokation von Personal – am Bedarf vorbei?

Genau, da haben wir ja auch gesehen, dass in der Pandemie am einen Ende Personal in Kurzarbeit geschickt wurde, und am anderen Ende wurde es händeringend gebraucht. Und wir haben es nicht geschafft, hier tatsächlich ein System aufzubauen, das einen Austausch ermöglicht hätte. Das finde ich bedenklich. Insbesondere am Anfang der Pandemie, wo wir nicht wussten, wo das alles nun hinführt. Das darf aus meiner Sicht nicht noch einmal passieren.

Das heißt aber auch: Wir müssen an diesen Stellen Vorbereitungen treffen. Nicht nur eine Krisenvorbereitung haben, also zum Beispiel Pools aufbauen, sondern eben auch einen Strukturwandel einleiten, der die größten Mängel möglichst schnell beseitigt. Das wird Jahre und Jahrzehnte benötigen. Da darf man sich nichts vormachen.