

„Krankenhausreformen sind immer evolutorische Prozes

Im Interview: Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg und Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit.

Prof. Dr. Schreyögg, Inhaber der Professur Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg und Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, gilt hierzulande als einer der einflussreichsten Ökonomen. Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ verspricht er sich viel von der kommenden Krankenhausreform, die er als einen evolutionären Schritt betrachtet. Doch stehe der Lackmustest noch aus, der zeigen werde, was tatsächlich passieren wird, wenn regionale Krankenhausplanungen zur Schließung ganzer Häuser führen sollten. Erst nach fünf oder zehn Jahren werde man jedoch sagen können, ob ein Modell wirklich funktioniert und welche Stellschrauben die zielführendsten waren.

>> „Wissenschaft muss Politik und Gesellschaft transparent beraten. Dafür braucht es Diversität der Positionen und Evidenz statt Eminenz“, erklärte vor Kurzem der seit der SARS-CoV-2-Pandemie allseits bekannte Bonner Virologe Hendrik Streek – immerhin auch Mitglied des Corona-Expertenrats der Bundesregierung – gegenüber dem Tagesspiegel. Herr Prof. Schreyögg, welche Erfahrungen machen Sie als Inhaber der Professur Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg, wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) und obendrein Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Thema „Evidenz statt Eminenz“, eine Dialektik, die uns seit den 90er-Jahren begleitet? Konkret gefragt: Wann schafft wissenschaftliche Evidenz den Sprung in die politische Realität?

Ich habe schon das Gefühl, dass sich die Gesundheitspolitik – wenn man die letzten zehn bis zwanzig Jahre gedanklich Revue passieren lässt – immer stärker an der vorhandenen Evidenz orientiert. Natürlich gibt's immer Ausnahmen, aber im Großen und Ganzen stimmt die Richtung hin zu einer evidenzbasierten Entscheidungsfindung. Das freut uns Wissenschaftler:innen natürlich. Doch ist Gesundheitspolitik nur die eine Seite der Medaille, genauso wichtig, wenn nicht gar viel wichtiger, ist die andere Seite: die der Translation. Hier stellt sich sehr wohl die große Frage, ob evidenzbasierte Gesundheitspolitik tatsächlich dazu führt, dass das, was eingeführt wird, auch wirklich evidenzbasiert ist.

„Dieses Immer-allen-alles-recht-Machen ist größtenteils eine Kulturfrage, von der wir uns langsam verabschieden sollten.“

Sie sehen demnach einen Unterschied zwischen dem, was die Gesundheitspolitik auf Basis der jeweils vorhandenen Evidenz beschließt und was irgendwann später tatsächlich über daraus resultierende Gesetze in die Realversorgung kommt?

Sicher. An dieser Schnittstelle, an der aus Absichten Realität wird, gibt es oft massive Verwerfungen. Was aber auch nicht verwundern darf, denn es ist nun mal ein großer, ja sehr großer Schritt von dem, was beispielsweise in einem Koalitionsvertrag vereinbart wird und was nach einem demokratischen Prozess in Gesetzesform gegossen wird, hin zu dem, was über eine tatsächliche Implementierung in die Praxis kommt. Auf diesem weiten Weg sind vielfältige Interessenlagen zu berücksichtigen und Stakeholder über Zugeständnisse fast jedweder Art mitzunehmen, um sie damit zur Mitarbeit zu bewegen. Von daher ist es eben meist nicht so, dass ein Projekt, eine Idee oder eine Versorgungsinnovation, die von der Wissenschaft vorher sauber evidenzbasiert aufgesetzt und evaluiert wurden, am Ende evidenzbasiert implementiert wird – das ist vielleicht das, was sich eine Wissenschaftlerin oder ein Wissenschaftler vorstellen würde, aber gewiss nicht die Realität.

Der leider viel zu früh verstorbene Gerd Glaeske – Professor für Versorgungsforschung zu Bremen und von Beginn an im Beirat von „Monitor Versorgungsforschung“ – forderte darum zeitlebens eine mit der Einführung von Innovationen stattfindende Evaluation und eine darauf basierende Politikfolgenforschung.

Damit haben wir tatsächlich ein Problem in Deutschland. Es ist sogar so, dass selbst dann, wenn tatsächlich eine entsprechende Evaluation gesetzlich vorgeschrieben ist, diese nicht wirklich so umgesetzt wird. Viele Stakeholder ducken sich weg oder haben Angst vor rigorosen Evaluationen – das ist ein Problem, mit dem wir leider leben.

Leben müssen? Oder gibt es andere Möglichkeiten und Wege?

Sicher gibt es die, man muss sie nur seitens der Politik wollen.

Will Politik nicht?

Politiker:innen wollten oft schon, doch haben sie oft große Angst, etwas entweder falsch zu machen oder scheuen sich davor, Innovationen nicht allen Bürger:innen gleichzeitig zukommen zu lassen, um ja keinen Unmut zu wecken. Es erfordert schon etwas Mut, sich meinetwegen an Großbritannien oder den USA ein Beispiel zu nehmen, wo regionale und auch lokale Pilotprojekte implementiert und dann auch gegen Kontrollgruppen evaluiert werden können, anstatt eigentlich noch zu erforschende Interventionen gleich bundesweit auszurollen, wie es hierzulande oftmals geschieht.

Sprechen Sie hier nur die Seite der Politik an?

Aber nein. Das geschieht bei Modellprojekten von Krankenkassen ebenso. Sinnvoller wäre es, von vornherein gesetzlich festzulegen, dass bei weitreichenden gesundheitspolitischen Projekten, die in der Lage sind, die Versorgung tatsächlich zu verändern, am besten natürlich zu verbessern, schon mit der Planung eine randomisierte Studie mit Kontrollgruppe aufgesetzt werden muss.

Sie sprechen hier beispielsweise die Einführung der Disease-Management-Programme an.

DMP sind noch einmal ein Fall für sich, aber im Prinzip haben Sie vollkommen Recht. Mit dem politisch formulierten Anspruch, dass alle Kassen und Leistungserbringer dazu verpflichtet wurden, wurde ein Teil des Problems geschaffen, DMP niemals im Rahmen eines ex ante aufgesetzten randomisierten Experiments evaluieren zu können. Hier muss seitens der Politik ein Umdenken stattfinden, was wir im Sachverständigenrat auch immer wieder angeregt haben.

Worin liegt Ihrer Meinung nach diese Resistenz begründet?

In Deutschland möchte jeder immer allen alles recht machen. Bei Neuerungen soll zu allem gleich die jeweils gesamte Bevölkerung am besten gleichzeitig Zugang haben. Dieses Immer-allen-alles-Rechtmachen ist größtenteils eine Kulturfrage, von der wir uns langsam verabschieden sollten. Mir ist schon klar, dass das ein langfristiger Prozess sein wird. Das liegt vor allem daran, dass zeitweise verschobene Einführungen von Innovationen erklärungsbedürftig sind, weil man einer oder mehreren Bevölkerungsgruppen Innovationen vorenthalten muss, um letztendlich zu einer verbesserten Version einer Innovation zu kommen, die dann allen zugutekommen wird.

Hier müssen wir dringend über den Gleichbehandlungsgrundsatz und die zugrunde liegende Ethik diskutieren.

Ist das wirklich ein kulturelles Problem? Oder nicht einfach Ausfluss eines Gesundheitssystems als solchem?

Es gibt beispielsweise nicht das amerikanische Gesundheitssystem, wie es das deutsche gibt. In den USA gibt es sehr viele, zum Teil extrem heterogene. So fällt es überhaupt nicht auf, wenn zum Beispiel in Pennsylvania ein innovatives Versorgungsprogramm – wie das etwa bei Pay-for-Performance der Fall war – eingeführt wird, in Kalifornien oder Texas hingegen nicht. Im viel kleineren Deutschland wäre ein derartiger Stepped-wedge-Ansatz nur schwer durchzuhalten – zumindest derzeit.

Ist das nicht eine Frage der Kommunikation?

Sicher, wie so vieles. Solche Ansätze brauchen nicht nur gute Studiendesigns, sondern auch sehr strategisch angelegte Kommunikationskonzepte mit guten, auf die verschiedenen Zielgruppen hin ausgelegten argumentativen Linien. Wenn man ein Projekt von der Idee bis zur Implementierung ex ante so gestalten würde, könnte man auch in Deutschland viel mehr erreichen als bisher, anstatt oft neidisch nach Übersee oder auch über den Ärmelkanal blicken zu müssen. Dann gäbe es auch hierzulande mehr Innovationen auf Basis von ex ante randomisierten Interventionen mit Kontrollgruppen.

Dieser Tage wurden bei zwei großangelegten Versorgungsmodellen Schlussstriche oder Zwischenbilanzen gezogen – das ist zum einen ARMIN in Sachsen-Anhalt und Thüringen, zum anderen die Hausarzt-zentrierte Versorgung, kurz HZV, in Baden-Württemberg. Beide Versorgungsmodelle sind positiv evaluiert worden, dennoch steht ARMIN vor dem Aus und die HZV wird nur in zwei Bundesländern eingesetzt. Beides Mal, weil es kein Regulatorium für eine Überführung in die Regelversorgung oder eine Verpflichtung zur besseren Versorgung gibt. Warum gibt es beides nicht?

Weil die jeweiligen Interessen zu unterschiedlich sind.

Bestimmen die Stakeholder die Politik?

Über den G-BA die versorgungspolitische Realität und deren Ausformung über dessen Definitionshoheit des von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstattenden Leistungskatalogs. Hier wird festgelegt, was in die Regelversorgung kommt und was nicht.

Hier wird indes nicht definiert, welches Modellprojekt zur Regelversorgung wird. Das kann nur die Politik durch eine Änderung bestimmter Paragrafen des SGB V.

Da haben Sie recht, so etwas müsste die Gesundheitspolitik beschließen.

Niemand moniert, wenn trotz vorliegender Evidenz durch Nichteinführung guter Versorgungsmodelle Leben und Lebenszeit vergeudet wurde und Krankenhauskosten nicht vermieden wurden, weil – warum auch immer – das schlechtere etablierte dem besseren neuen System vorgezogen wurde. Warum gibt es keinen Rechtsanspruch auf – wenn evident – bessere Versorgung?

Ein evidenzbasierter Automatismus wäre sicher wünschenswert, aber aus rechtlicher Sicht – ich bin jedoch Ökonom, kein Jurist – sicher bedenklich. Jedwede Entscheidung, die einem derartigen Automatismus folgen würde, würde zwangsläufig in weit zukünftige Legislaturperioden eingreifen. Dabei tut sich die Politik schon reichlich schwer damit, weitreichende Entscheidungen zu treffen, die nur den Haushalt der laufenden Legislaturperiode betreffen. Von daher wäre ich an dieser Stelle skeptisch, ob ein derartiger Automatismus rechtlich tragfähig ist.

„Krankenhausreformen sind immer evolutorische Prozesse, die nach und nach viele notwendige Änderungen angehen und vor allem Fehlanreize in der Vergütung und Wettbewerbsverzerrungen beseitigen müssen."

Hier stellt sich eine andere Frage hintan: Welche Evidenz muss eigentlich für einen solchen Schritt vorhanden sein?

Wenn wir für politische Entscheidungen strikte Evidenz mit höchster Evidenzklasse fordern würden, bekämen wir bei vielen Versorgungsmodellen Probleme. Wenn wir zum Beispiel die von Ihnen genannte HZV oder auch DMP betrachten, fehlt nun einmal eine Ex-ante-Randomisierung. Da aber Versorgungsrealität und auch unsere Kultur das nicht zulässt, kann es einen derartigen Automatismus nicht geben.

Sie haben mir damit leider die Illusion einer besseren Welt genommen. Das führt mich zu einer anderen Frage: Ist die Versorgung in den letzten zehn bis zwanzig Jahren besser geworden? Da diese Frage schwer zu beantworten ist, nehmen wir uns „nur" den Krankenhaussektor vor, zu dem Sie seit langem forschen und unter anderem im Reviewboard der Bertelsmann-Stiftung saßen, die mit dem Report „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung" weniger Krankenhäuser forderte. Was hat sich in dieser guten Dekade getan?

Ich bin nie jemand gewesen, der vorgeschlagen hat, über die bestehende Krankenhausstruktur quasi mit dem Rasenmäher drüberzugehen. Das halte ich weder für sinnvoll noch für sachgerecht und zudem für unrealistisch. Das liegt schon einmal daran, dass man leider im bundesdeutschen Kontext mit einer auch noch so guten und ausgefeilten planerischen Perspektive nicht reüssieren wird. Wir sind weder Dänemark noch Frankreich oder Großbritannien, in denen viel stärker als bei uns zentralisiert agiert wird. Bei uns haben nun einmal die Bundesländer die Hoheit über die Krankenhausplanung – ob sie diese Aufgabe gut oder schlecht erfüllen, sei einmal dahingestellt. Der Bund kann eingedenk der föderalen Selbstbestimmung allerdings die gesetzliche Voraussetzung und den legislativen Rahmen für eine moderne Krankenhauslandschaft schaffen. Das ist die Aufgabe des Bundes. Und da gibt es viel zu tun, wenn wir nur einmal an eine ganz wichtige Voraussetzung denken, wie etwa die richtige Vergütung, die Fehlanreize vermeidet und eine bessere Prozess- und Qualitätsstruktur herausbildet.

Das hatten wir schon mit dem Krankenhausstrukturgesetz aus dem Jahre 2015 und jetzt erneut mit dem aktuell diskutierten Gesetz zur Krankenhausfinanzierung.

Damals sind wir ein gutes Stück weitergekommen. Und auch jetzt eröffnet sich die große Chance, erneut ein gutes Stück weiterzukommen. Krankenhausreformen sind immer evolutorische Prozesse, die nach und nach viele notwendige Änderungen angehen und vor allem Fehlanreize in der Vergütung und Wettbewerbsverzerrungen beseitigen müssen. Wenn sich der Bund dieser Mammutaufgabe annimmt,

was gewiss nicht einfach ist, wird der Boden für eine bessere Versorgung im Krankenhaussektor bereitet. Wohlgemerkt: Der Boden, denn die Umsetzung findet immer regional statt, zum einen durch den Wettbewerb, zum anderen in Interaktion mit den Kommunen, deren Gegebenheiten, Eigenheiten und Interessen sowie der jeweiligen Landespolitik.

Bereitet die aktuelle Krankenhausreform wirklich gut genug den Boden oder ist sie nicht nur ein weiterer Schritt in der Evolution?

Ich denke, dass wir auch diesmal wieder einen wichtigen Schritt weiterkommen können, aber es werden sicherlich in den nächsten Jahren weitere Schritte notwendig sein.

Wo sehen Sie die weitreichendsten Stellschrauben?

Es ist sicher sinnvoll, Vorhaltepauschalen einzuführen. Auch wenn ich nicht denke, dass jedes Krankenhaus wirklich Vorhaltepauschalen benötigt. Einige, die zum Beispiel nur elektiv versorgen, kommen sehr gut auch ohne diese Art von Pauschalen aus. Doch wird sich das aufgrund der bereits diskutierten Kultur im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes politisch nicht anders durchsetzen lassen. Zudem kann man argumentieren, dass durch eine Vorhaltepauschale für alle der Mengenanreiz stärker ausgebremst wird. Es gäbe jedoch noch viele andere weitere Schritte, die wir gehen müssten; es wird sich zeigen, ob auch diese mehrheitsfähig sind.

Zum Beispiel?

Etwa die Definition bestimmter Leistungsgruppen. Wenn bestimmte Prozeduren- und Leistungsgruppen nur noch vergütet werden können, wenn bestimmte strukturelle Voraussetzungen dafür erfüllt sind, wird sich die Krankenhauslandschaft und die von ihnen erzeugte Versorgungsrealität und -qualität ändern. Doch auch das wird nicht von heute auf morgen passieren, denn es hat beispielsweise lange gedauert, die bereits bestehenden Strukturmerkmale zu entwickeln.

Aktuell sind drei regionale Krankenhausreformen am Start: Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt. Wenn Sie diese drei gedanklich nebeneinanderhalten: Welches Konzept ist aus der Sicht der Ökonomie am weitesten gedacht?

Letzten Endes handelt es sich bei allen um Modelle, die erst in ein paar Jahren zeigen werden, welches besser funktioniert. Zunächst ist es absolut begrüßenswert, dass sich Bundesländer die Mühe einer strukturierten Krankenhausplanung machen und nicht nur den Status quo fortschreiben.

Die Frage lautet: Was werden sie bewirken?



Prof. Dr. Jonas Schreyögg

ist seit 2010 Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen und seit 2011 Wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg. Nach seinem Studium der Betriebs- und Volkswirtschaftslehre an der Technischen Universität Berlin hat er hier auch seine Promotion am Fachgebiet für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie (Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke) zum Dr. rer. oec. abgeschlossen. Nach seiner Promotion war er als Postdoc in Stanford.

Bei der Beantwortung dieser Frage bin ich zurückhaltend. Wir werden sehen, ob sich Leistungserbringer im Falle der Schließung einer Fachabteilung oder eines ganzen Hauses effektiv einklagen können, was teilweise auch schon geschehen ist. Darum ist es für ein Bundesland überaus schwierig, gegen den Widerstand eines Krankenhausträgers auch nur einzelne Betten zu reduzieren, geschweige denn eine Abteilung oder gar das ganze Haus zu schließen.

Sind Krankenhausreformansätze damit per se unrealistisch?

Ich bin gespannt, welche Ergebnisse der veränderten Krankenhausplanung wir in den nächsten Jahren sehen. Der Lackmustest steht noch aus, der uns zeigen wird, was tatsächlich passieren wird, wenn regionale Krankenhausplanungen zur Schließung ganzer Häuser führen sollten. Erst dann, wenn sich einzelne Häuser und Träger nicht mehr in das Versorgungssystem einklagen können, werden Planungen zur Realität. Bis dahin wird es viele öffentlich geführte Diskussionen geben, welches Krankenhaus mit welcher Bettenzahl erhalten werden soll und welches nicht. Hier werden Meinungen, Ängste und Forderungen aufeinanderprallen, wobei völlig offen ist, wie das Ganze ausgehen wird. Trotz allem und dennoch ist es gut, eine Zielrichtung und Orientierung zu formulieren, in welche Richtung ein Bundesland seine Versorgung entwickeln will. Man wird dann sehen, ob Orientierung zu Aktion führt und irgendwann daraus eine neue Realität wird.

Was erneut viel Zeit brauchen wird.

Aus rein wissenschaftlicher Sicht wird man erst nach fünf oder zehn Jahren sagen können, ob ein Modell wirklich funktioniert und welche Stellschrauben die zielführendsten waren. Erst dann wird man durch die Vorarbeit einiger weniger Länder ein zukunftsfähiges System haben, das mehrere Bundesländer begrüßen könnten.

Auf Basis eines evidenten Metaplans etwa?

Die Art und Weise der Planung und die Bedeutung eines Plans an sich wird überschätzt. Natürlich ist es richtig, wenn ein Bundesland, wie beispielsweise in Niedersachsen geschehen, ein strukturiertes Verfahren festlegt. Doch werden die wirklichen Prozesse, die im Endeffekt ursächlich dazu führen, dass ein Krankenhaus umgewandelt, geschlossen oder übernommen wird, nicht primär entlang eines noch so evidenten Plans verlaufen. Dieser kann allerdings unterstützen.

Überschätzen sich da Politik wie Wissenschaft?

Beide können nur eine Orientierungslinie vorgeben. Am Ende kommt es darauf an, welche demokratischen Kräfte in einer Region

oder – besser – in einem kommunalen Verband obsiegen werden. Bürgermeister:innen, Landrät:innen, Angeordnete in Land und Bund, Bürgerinitiativen und natürlich Leistungserbringer – alle haben ihre eigene Agenda. In diesem Setting gibt es eine Schwarz-Weiß-Sichtweise, in der es oftmals eben nicht gelingt, sachlich Alternativen aufzuzeigen, geschweige denn eine Art Strukturmenü zu diskutieren und gegeneinander abzuwägen.

Das müssen Sie bitte näher ausführen.

Krankenhausschließungen und Bettenabbau sind meist nur die harten Endpunkte, die im schlimmsten Falle zum Zuge kommen. Eine zukunftsfähige Planung würde anders vorgehen, indem sie einen Strauß an Möglichkeiten – eben ein strukturelles Menü – aufzeigt. Ein solches Menü muss immer auf lokale wie regionale Gegebenheiten eingehen, aber auch Bedingungen formulieren, mit denen eine bessere Versorgung möglich sein kann. Das kann unter Umständen ein regionales Versorgungszentrum mit einer Station mit einer gewissen Anzahl von Betten sein, die ältere Menschen zur allgemeinmedizinischen Beobachtung aufnehmen kann. Das kann aber auch ein ambulantes OP-Zentrum, einen Hubschrauberlandeplatz oder eine 24-Stunden-Rufbereitschaft in der Pädiatrie beinhalten.

Hier fällt einem doch gleich Wolgast ein.

Genau. Nach Widerstand der Bürger:innen ist es dort ganz gut gelungen, trotz Schließung einer stationären Pädiatrie eine adäquate Versorgung über eine Kinder-Portalpraxisklinik mit Rufbereitschaft zu schaffen. Zur Schaffung ambulanter OP-Zentren benötigen wir jedoch die sektorengleiche Vergütung, für die bereits eine gesetzliche Grundlage geschaffen worden ist; nun fehlt noch die entsprechende Rechtsverordnung. Dann kann es nach und nach und obendrein immer öfter gelingen, möglichst bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen zu schaffen, die bei hoher Qualität die Kosten nicht ausufern lässt. Bei Letzterem bin ich übrigens sehr zuversichtlich: Denn die Leistungsausgaben in einem ambulanten oder ambulant-stationärem Setting sind in der Regel immer günstiger, als ein defizitäres Krankenhaus mit einer weitgehenden Ausstattung an Technik und Personal am Netz zu halten.

Und das bei einer bundesweit durchschnittlichen Bettenauslastung von 70 Prozent.

Bei vielen kommunalen Häusern sprechen wir über Auslastungen von lediglich 30 oder 40 Prozent. Und davon gibt es nicht wenige. Das geht einher mit entsprechend hohen Defiziten und Handlungsdruck auf kommunaler Seite und bei der jeweiligen Trägerschaft. Für diese Standorte braucht es erfahrene Moderatoren, die in der Lage sind, Wege in eine mögliche Zukunft aufzuzeigen.

Wobei ein großes Thema immer die schiere Erreichbarkeit war und ist. Es muss doch auch die Aufgabe der Wissenschaft sein, dafür zu sorgen, dass diese Vormachtstellung des Themas Erreichbarkeit in 20 Minuten zurückgenommen und in eine Qualitätsdiskussion überführt wird.

Stimmt, auch das ist Aufgabe der Wissenschaft. Als Wissenschaftler und Sachverständiger werde ich nicht müde zu betonen, dass es hierzu eine gute Evidenz zum Beispiel beim Thema Schlaganfall und Herzinfarkt gibt. Hier ist es oft sogar so, dass weitere Entfernung sogar zu besseren Outcomes führt, wenn denn die richtige Klinik angefahren wird. Doch ist in den letzten Jahren dieses Diktum 20-minütiger Erreichbarkeit bei Ärzt:innen und Patient:innen viel besser als früher eingeordnet worden – hier wird mit den Füßen abgestimmt, weil mehr und mehr Qualität zählt. Ich habe das Gefühl, dass dieser Trend durch Corona nochmals verstärkt wurde und die Menschen eben nicht mehr in ihr Krankenhaus um die Ecke gehen, sondern weitere Wege in Kauf nehmen. Das wiederum verstärkt natürlich die Misere für viele Häuser gerade auf dem Land.

Lassen Sie uns in die Glaskugel blicken: Welche Versorgungsrealität haben wir in zehn Jahren, wenn die Krankenhausreformen der Länder erfolgreich sein sollten. Bekommen wir ein dänisches Modell?

Ich sehe nicht, dass wir in Richtung Dänemark gehen werden, weil dieses nordische Land doch wirklich weit von der deutschen Situation entfernt ist. Natürlich können wir von den Dänen einiges bei der Notfallversorgung lernen, auch in Sachen Digitalisierung. Doch wird in Dänemark sehr strikt geplant und dann auch ausgeführt, was – wie zuvor ausgeführt – bei uns halt nicht so ganz funktioniert. Wir sehen eine eher vergleichbare Situation zu unserer hingegen in Frankreich. Dort existiert so etwas wie eine doppelte Facharztschiene, eine ähnliche Krankenhausstruktur mit Unikliniken und auch das Sozialversicherungssystem ist vergleichbar. Auch im Krankenhaussektor hat Frankreich in den letzten Jahren viel erreicht und baut zurzeit zum Beispiel auf Basis bereits erlassener Gesetze regionale Gesundheitszentren aus. Das ist sicher etwas, woran wir uns orientieren können und sollten. Auch das wird ein langer Prozess sein und auch hier wird niemand kommen, um mit einem mächtigen Streich gordische Knoten zu durchtrennen. Politik und so auch Politikberatung ist immer ein evolutorisches Geschäft, bei dem alle Beteiligten geduldig und oft auch immer wieder von Neuem Wissen vermitteln müssen. Das ist gelebte Demokratie und die von uns präferierte Art und Weise langsamen, aber stetigen Fortschritts in einem oft sehr unbeweglichen System. In Großbritannien und den USA ist das ganz anders: Dort wird ständig eine Innovation eingeführt und oft schon nach kurzer Zeit wieder abgeschafft. Uns würde diese Art des Agierens vielleicht auch mal ganz guttun, weil so relativ schnell Erfahrungen gesammelt werden, aber das ganze System dadurch auch viel beweglicher wird.

Wie kommt mehr Qualität ins System?

Wir brauchen mehr Prozess- und Strukturqualität, doch vor allen Dingen mehr Sanktionen. Momentan haben wir im stationären Sektor ein sehr detailliert ausgebautes Qualitätssicherungssystem mit überwiegend selbst berichteten Qualitätsindikatoren. Aber wir haben fast keine Sanktionsmöglichkeiten, wenn ein Haus vom Durchschnitt längere Zeit abweicht. Im ambulanten Sektor ist das anders, weil in jeder Region (Teil-)Genehmigungsentzüge für Ärzt:innen möglich sind. Im stationären Sektor gibt es so etwas nicht.

Bis auf Public Reporting.

Wir haben dazu gerade ein Paper veröffentlicht, das deutlich zeigt, dass Public Reporting vor allen Dingen dazu führt, dass sich die Schlechtesten leicht verbessern, aber die Besten leider verschlechtern.

Warum?

Ganz trivial deswegen, weil es keinen Anreiz gibt, sich weiterhin zu verbessern.

Im Endeffekt demnach eine Grenzkostenthematik.

Ökonomisch kann man das durchaus so erklären. Hier spielt aber auch der Shaming-blaming-Effekt mit, der schon in verschiedenen anderen Konstellationen gezeigt wurde. Kein Träger will immer wieder

Zitationshinweis

Schreyögg, J., Stegmaier, P.: „Speziell Krankenhausreformen sind immer evolutorische Prozesse“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/23), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.03.23.1866-0533.2501

in der Zeitung geschrieben sehen: Mein Krankenhaus gehört schon wieder zu den schlechtesten. Doch was bringt es, zu den Allerbesten zu gehören? Ob ein Haus zu den fünf oder zu den zehn Prozent der Besten gehört, nimmt in der Nuance die Öffentlichkeit nicht wahr. Daher gibt es keinen Anreiz, sich weiter zu verbessern. Wenn man das wollte, bräuchte es darüber hinausgehende Anreize.

Die wiederum die Politik schaffen müsste.

Exakt. Alleine von daher finde ich die Diskussion gut, Leistungsgruppen zu bilden und zu gruppieren. Allerdings könnte man auch die bereits vorhandenen Strukturmerkmale nehmen, diese ausweiten und stärker gruppieren. Auf vorhandenen Strukturen aufzubauen, erleichtert immer die Implementierung. Doch ist in Deutschland alles gleichsam ein rotes Tuch, wenn es um Qualität und Sanktionen geht.

Was man an der Diskussion um Pay-for-Performance gesehen hat.

Leider. Aber auch, weil P4P hierzulande meist nur im Zusammenhang mit der Verbindung der Vergütung mit Outcomes diskutiert wurde. P4P im internationalen Kontext kann genauso in Verbindung an bestimmte Struktur- oder Prozessparameter funktionieren, was wesentlich einfacher in Vergütung zu überführen ist als Outcomeparameter. P4P kann aber auch über Krankenhäuser hinaus sinnvoll sein, denn wir brauchen eine stärkere Koordination insbesondere in der Versorgung chronisch Erkrankter. Weil diese meist fehlt, wird diese große Population in Deutschland schlechter versorgt als in vielen anderen Ländern mit oft viel geringeren Gesamtbudgets.

Was wäre zu tun?

Bessere Koordination muss incentiviert werden. Doch nicht nur seitens des Krankenhaussektors, sondern auch seitens der Krankenkassen. In einer Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung wurde zum Beispiel schon vor über zehn Jahren Public Reporting für Krankenkassen angeregt. Dazu muss man natürlich vorher passende Indikatoren auf Kassenebene definieren, wie etwa: Wie gut ist es der Kassen gelungen, die Versicherten durch das Gesundheitssystem zu managen? Wie oft wurden Doppeluntersuchungen erstattet? Wir oft haben Versicherte zeitnah einen Termin beim Facharzt bekommen? Wie sieht die Rehospitalisierungsrate aus? Bei all diesen Fragen könnte jede Krankenkasse ihren Teil dazu beitragen. Und wenn sie diese Aufgabe gut erfüllen, muss sich das Ganze auch für sie lohnen. Dafür brauchen die Kassen allerdings nicht nur mehr Spielraum als bisher, um solche Systeme aufzubauen und zu kommunizieren, sondern auch eine größere Rechtssicherheit zur Datenanalyse.

Was der Gesetzgeber in einem Morbi RSA 2.0. integrieren könnte.

Sie haben vollkommen recht. Das wäre im Grunde eine Weiterentwicklung des rein morbiditätsorientierten zu einem morbiditätsorientiertierten und qualitätsorienterten RSA.

Dann würden sich auch Selektivverträge wieder lohnen.

Was zu wünschen wäre. Man muss nur vermeiden, dass es wie bei den DMP erneut zu einem Einschreibewettbewerb kommt. Das hat das System viel Geld gekostet, aber andererseits auch dafür gesorgt, dass sehr viele Menschen in den DMP versorgt werden. Was ja auch sein Gutes hat. <<

Herr Professor Schreyögg, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Weniger Personalnot durch Krankenhausreform

>> Die im Zuge der anstehenden Krankenhausreform geplante Verlagerung von Krankenhausbehandlungen in den ambulanten Bereich und die qualitätsorientierte Konzentration von Klinikleistungen auf weniger Standorte können auch wichtige Beiträge zur Lösung der Personalprobleme in den deutschen Krankenhäusern leisten. Das zeigt der aktuelle Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zum Thema „Personal“. Der AOK-Bundesverband fordert anlässlich der Veröffentlichung des Reports, dass Bund und Länder das zentrale Ziel einer besseren Versorgungsqualität für die Patient:innen in den Reformberatungen nicht aus dem Auge verlieren. Bei den sogenannten „Kurzliegern“, die weniger als vier Tage stationär behandelt werden, gebe es ein großes Potenzial für vermeidbare Krankenhaustage und damit auch für eine Entlastung des Personals in den Kliniken, betonte Prof. Jürgen Wasem, Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports. „Allein die 30 häufigsten operativen Eingriffe mit einem geringen medizinischen Schweregrad machen etwa vier Prozent aller Pflegetage im Krankenhaus aus“, so Wasem. Wenn man das gesamte Potenzial „ambulantisierbarer“ Operationen und Behandlungen betrachte, könnten noch wesentlich mehr Krankenhaustage vermieden werden. Auch die geplante Reform der Notfallversorgung eröffne Chancen für eine personelle Entlastung. So werden in Deutschland etwa 50% der Notfälle stationär aufgenommen, während es in den Niederlanden nur 32 und in Frankreich 22% sind. „Insgesamt bietet die aktuell diskutierte Krankenhausreform eine ganze Reihe von Ansatzpunkten für die dringend notwendige Entlastung des Personals in den Kliniken und für eine bessere Allokation der verfügbaren Arbeitskräfte“, sagte Wasem.

Die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, wies bei der Vorstellung des Reports darauf hin, dass die Verbesserung der Behandlungsqualität das zentrale Ziel der Krankenhausreform bleibe und in den aktuell laufenden Verhandlungen zwischen Bund und Ländern nicht auf der Strecke bleiben dürfe: „Angesichts der immer noch weit verbreiteten Gelegenheitsversorgung muss sich hier dringend etwas ändern.“ Es dürfe nicht dazu kommen, dass dieses Ziel durch wachsweiche Regelungen oder Öffnungsklauseln auf Kosten der Patientensicherheit konterkariert werde. <<

Vision-Zero-Kongress am 19. und 20. Juni

>> „Verschwendete Lebensjahre, eingebüßte Lebensqualität und unnötige Todesfälle dürfen nicht mehr akzeptiert oder quasi als gottgegeben oder dem Schicksal zuschreibbar hingenommen werden.“ Das forderte Prof. Dr. med. Christof von Kalle, Direktor des Clinical Study Center von Charité und BIH sowie Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit, im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung“ (02/23). Von Kalle, ebenso Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Vision Zero e. V., lässt dieser Forderung Taten folgen und möchte mit einem großen Vision-Zero-Kongress (19./20. Juni in Berlin sowie per Stream), Grundlagen schaffen für eine neue bessere Zukunft der Gesundheitsversorgung. Von Kalle: „Kommen Sie zu unserem Vision-Zero-Kongress nach Berlin, lassen Sie uns gemeinsam darüber diskutieren, wie wir durch moderne, risikoadaptierte Präventions- und Vorsorgemaßnahmen, durch noch präzisere Diagnostik und innovative Therapiekonzepte, v. a. aber durch die intelligente Digitalisierung aller patientenbezogenen Daten einen großen Schritt nach vorne machen können.“ Die Teilnahme ist dank Sponsoren kostenlos. <<

Link: http://www.vision-zero-summit.de