





Zaske: „Habt mehr Vertra in die regionalen Prozess

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) hat die Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH (WFBB) beauftragt, grundsätzliche Bedarfsanalysen für die fünf Versorgungsregionen des Landes Brandenburg durchzuführen. Das IGES Institut wurde zusammen mit AGENON Ende September 2023 mit dem Projekt „Erstellung von Versorgungsbedarfsanalysen für die Gesundheitsregionen Brandenburgs sowie Initiierung, Organisation und inhaltliche Begleitung von regionalen Dialogforen und Projektgruppen an jeweils unterschiedlichen Krankenhausstandorten“ beauftragt. Nun liegen erste Studienberichte vor. Die Projektpartner stellen diese vor.

Im Interview: Michael Zaske, MSGIV (li.); Steffen Bohm, AGENON (re. oben) und Dr. Martin Albrecht, IGES (re. unten)

>> Sehr geehrter Herr Zaske, zäumen wir zu Beginn unseres Gesprächs das sprichwörtliche Pferd von hinten auf. Das erklärte Ziel des Projekts „Erstellung von Versorgungsbedarfsanalysen für die Gesundheitsregionen Brandenburgs sowie Initiierung, Organisation und inhaltliche Begleitung von regionalen Dialogforen und Projektgruppen“ ist die „Gegenüberstellung des aktuellen und des demografieabhängigen zukünftigen Versorgungsbedarfs in den für die Krankenhausplanung maßgeblichen fünf Versorgungsregionen des Landes Brandenburg“. Gibt es ein generelles Learning über alle fünf Versorgungsregionen hinweg?

Zaske: Die Dialogformate, die in den fünf brandenburgischen Versorgungsregionen von AGENON und IGES in unserem Auftrag durchgeführt wurden und werden, haben intensive Gespräche mit vielen lokalen Akteuren ermöglicht. Wenn man ein erstes Zwischenfazit für dieses Großprojekt ziehen möchte, ist es die Erkenntnis, dass wir mit den bereits erstellten Analysen und den eingesetzten Dialogformaten richtigliegen. Letztere haben gezeigt, dass es seitens der lokalen und regionalen Akteure einerseits einen großen Bedarf an Diskussionen gibt, andererseits wurde uns aber auch eine Verunsicherung zurückgespiegelt. Diese münden in Fragen wie etwa: „Wie können wir uns einbringen?“ Oder: „Was bedeuten die anstehenden Reformen für meine Region und ganz speziell für meine Einrichtung oder mich persönlich?“

„Die finalen Ergebnisse dieses intensiven Prozesses von Analysen und Dialogformaten werden dann 2025 in den Planungsprozess des fünften Krankenhausplans von Brandenburg eingebracht.“
Michael Zaske, MSGIV

Das heißt, dass insbesondere die Dialogforen …

Zaske: … uns enorm dabei helfen, auf der einen Seite Unsicherheiten abzubauen und andererseits gemeinsam Wege zu erarbeiten, wie die Gesundheitsstruktur in den jeweiligen Regionen in den zukünftigen Jahren aussehen kann. Doch können wir zum derzeitigen Projektstand noch kein endgültiges Fazit ziehen. Zwar sind die Dialogforen in den meisten Regionen bereits gestartet, doch steht die fünfte Region noch aus – sie starten aber demnächst. Die finalen Ergebnisse dieses intensiven Prozesses von Analysen und Dialogformaten werden dann 2025 in den Planungsprozess des fünften Krankenhausplans von Brandenburg eingebracht. Dies übrigens im Rahmen der dann gemeinsamen Krankenhausplanung von Berlin und Brandenburg.

Welche Fragen sollen bis dahin geklärt sein?

Zaske: Einige der wichtigsten Fragen lauten: „Wie kann kooperiert werden?“ „Was kann jeder einzelne Leistungspartner beitragen?“ „Was trauen sich Kliniken selbst zu?“ „Welche Kooperationspotenziale sehen die Akteure für sich selbst?“ Die Antworten auf diese und noch viel mehr Fragen benötigen wir nicht nur für die Krankenhausplanung selbst, sondern auch für die Abstimmungen und Diskussionen mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Vorfeld der Krankenhausreform des Bundes. Hier helfen uns die bereits gewonnenen Erkenntnisse aus den bereits vorliegenden Bedarfsanalysen der fünf Versorgungsregionen, aber auch die vielfältigen Stimmungsbilder und Anregungen, die wir aus den Dialogforen und Arbeitsgruppen in den einzelnen Regionen gewonnen haben. Das hilft uns, kompetent und evident zu argumentieren, wie wir uns eine von den realen Bedarfen einerseits und den lokalen Möglichkeiten und Angebotsstrukturen andererseits her gestaltete Versorgungsplanung vorstellen. Das Vorhaben ist äußerst komplex, weil wir damit gleichzeitig die Grundlage für einen zukünftig sektorenübergreifenden und regionalen Versorgungsansatz schaffen.

Herr Bohm, für die Durchführung des Projekts hat die Wirtschaftsförderung Brandenburg die beiden Berliner Beratungsunternehmen IGES und AGENON beauftragt. Wie sah und sieht die Arbeitsteilung aus? Wie wurde die parallel verlaufende Arbeit mit datengetriebenen Versorgungsanalysen und Dialogforen aufgesetzt?

Bohm: Die Außenaktivitäten im Projekt bestehen aus drei miteinander verbundenen Komponenten: In jeder der insgesamt fünf Versorgungsregionen startet der Dialog mit einem ersten Dialogforum, in dem die Akteure vor Ort über den Hintergrund, die Ziele, die Datenanalytik und den Ablauf des Projektes informiert werden. In jedem Landkreis einer Versorgungsregion schließt sich daran eine Arbeitsgruppensitzung an, in der die Ergebnisse der kreisbezogenen Datenanalysen zu Kapazitäten und Inanspruchnahme in der stationären und ambulanten Versorgung im Istzustand und in der demografischen Fortschreibung bis zum Jahr 2030 präsentiert und besprochen werden. Aus einer im Rahmen des Projektes durchgeführten Projektrecherche werden außerdem Lösungsansätze für typische Problemlagen in der Versorgung vorgestellt und im Hinblick auf ihre Eignung in der Region diskutiert. Je nach Kreiszuschnitt können die Arbeitsgruppen auch über mehrere Kreisregionen hinweg gebildet werden. Ergänzend dazu werden Einzel- und Gruppeninterviews zu Einschätzungen und Bewertungen der Versorgungssituation sowie zu den Herausforderungen mit Vertretern der verschiedenen Leistungsbereiche vor Ort geführt. Die Ergebnisse werden für einen zweiten regionsspezifischen Dialog aufbereitet. Unser abschließender Bericht dient dann dem Ministerium als eine der Grundlagen für die weiteren Schritte bei der Landeskrankenhausplanung.

Welchen Part übernimmt dabei das IGES Institut?

Albrecht: Unser gemeinsames Projekt gliedert sich in zwei Bereiche: einen analytischen und einen dialogischen. Der analytische Bereich teilt sich wiederum in Datenanalysen, die schwerpunktmäßig vom IGES Institut durchgeführt werden, und in Literatur-, Review- und Projektrecherchen, die vor allem von AGENON verantwortet werden. Wir haben jedoch keine ganz strikte Trennung der Aufgabenbereiche,

das wäre auch nicht sinnvoll. Unser wesentliches Ziel ist es, mit den bei beiden Beratungsunternehmen vorhandenen Kompetenzen aus verschiedensten Datenquellen für die oft sehr unterschiedlichen Versorgungsbereiche ein möglichst umfassendes, aber auch gleichzeitig räumlich möglichst differenziertes Bild der aktuellen Versorgungssituation zu gewinnen. Und – das ist die nächste große Aufgabe – daraus Entwicklungen abzuschätzen und fortzuschreiben, die den künftigen regionalen Versorgungsbedarf bestimmen werden. Das ist alles andere als trivial. Aufgrund der sektoralen Organisation unseres Gesundheitssystems haben wir es hier mit sehr verschiedenartigen Datenquellen zu tun. Wenn man zum Beispiel mehr über regionenübergreifende Patientenströme erfahren möchte, muss man schon ein bisschen Datenpuzzle spielen können. Glücklicherweise können wir hier in einigen Bereichen auf bereits existente Sonderauswertungen zurückgreifen, auch werden wir bei den Daten von vielen Beteiligten – vor allen vom Ministerium, aber auch von der AOK Nordost, der IKK Brandenburg und Berlin, der Knappschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg – mit Datenauswertungen unterstützt, die uns in der Gesamtschau helfen, ein sehr differenziertes Lagebild zu bekommen. Wie eben angedeutet: eben nicht nur ein Lagebild, sondern auch eine Entwicklungsanalyse des künftigen Versorgungsbedarfs.

„Eine weitere Herausforderung besteht darin, mögliche Entwicklungen der von der Bundesregierung geplanten Krankenhausreform zu antizipieren und deren mögliche Auswirkungen zu analysieren.“
Dr. Martin Albrecht, IGES

Welche Daten nutzen Sie vor allem?

Albrecht: Alle uns zur Verfügung stehenden. Wobei eine weitere Herausforderung darin besteht, mögliche Entwicklungen der von der Bundesregierung geplanten Krankenhausreform zu antizipieren und deren mögliche Auswirkungen zu analysieren. Neben der Analyse der aktuellen Versorgungssituationen und der Analyse der Entwicklung des zukünftigen Bedarfs werden in dem Projekt aber auch innovative Versorgungsansätze in den Fokus gestellt. All das dient als Diskussionsgrundlage der regionalen Projektansätze im dialogischen Teil, den wir gemeinsam durchführen und der aus einer Vielzahl von Dialogveranstaltungen, Arbeitsgruppentreffen und Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Versorgungsbereiche der Landkreise und Städte besteht. Diese dialogische Arbeit dient zum einen dazu, die Zahlen und Daten aus unseren empirischen Analysen gemeinsam zu interpretieren, also im Hinblick auf die künftigen Versorgungsnotwendigkeiten zu deuten und hieraus gemeinsam Schlussfolgerungen zu ziehen. Dasselbe gilt für die Bewertung von innovativen Versorgungsansätzen, die teilweise schon in anderen Regionen außerhalb Brandenburgs eingesetzt und erprobt worden sind. Wir wollen in Erfahrung bringen, welche dieser Ansätze die an der Versorgung in Brandenburg Beteiligten als tauglich und hilfreich einschätzen und welche nicht.

Damit ist der dialogische Bereich eine Art Bottom-up-Ansatz, der die Akteure vor Ort in die Planung miteinbezieht.

Zaske: Wir können nur gemeinsam neue Strukturen, Konzepte und Strategien planen. Die Hoffnung, dass eine Versorgung, die auf dem Reißbrett entstanden ist, von den Akteuren vor Ort schon irgendwie umgesetzt wird, geht doch meist nicht auf. Das gilt für uns als Land, das gilt aber auch insbesondere für den Bund, der uns zurzeit mit seinen sehr engen Vorgaben in der Krankenhausplanung die Luft zum Atmen nimmt.

Hier müssen Sie sich doch auch an die eigene Nase fassen.

Zaske: Das tun wir. Doch haben wir im Rahmen des Brandenburger Wegs seit Langem gelernt, sehr genau zuzuhören, um zu erfahren, was in den einzelnen Versorgungsregionen geschieht und vor allem, welche Lösungen regional und lokal gefunden oder präferiert werden. Selbstverständlich werden wir erfolgreiche Lösungen, die uns aus den Regionen vorgestellt werden oder die zusammen mit uns entwickelt werden, in den Planungsprozess übernehmen. Insofern kann man hier durchaus von einem Bottom-up-Ansatz sprechen, den ich jedoch lieber als „beteiligungsorientierte Planung“ bezeichnen würde. Andere nennen den Ansatz seit Langem den Brandenburger Weg, bei dem wir sehr erfahren darin geworden sind, die diversen regionalen Akteure der Selbstverwaltung mitzunehmen, damit sie sich hinterher in den Lösungen wiederfinden.

Ist Ihre „beteiligungsorientierte Planung“ auf ihr Bundesland beschränkt? Aus den bisher vorliegenden ersten Versorgungsanalysen geht beispielsweise hervor, dass im Landkreis Dahme-Spreewald 17,0 Prozent aller Krankenhausfälle der dortigen Bevölkerung auf Krankenhäuser in Berlin entfielen. Und 19,2 Prozent aller vollstationären somatischen Krankenhausfälle der Bevölkerung des Landkreises Elbe-Elster wurde durch bzw. in Krankenhäusern in Sachsen versorgt. Lautet ihr gesundheitspolitisches Fazit, dass Versorgungsbedarfsanalysen künftig landesübergreifend stattfinden müssen? Falls ja: Auf welcher gesetzlichen Basis angesichts der föderalen Struktur Deutschlands?

Zaske: Grundsätzlich arbeiten wir insbesondere mit Berlin, der großen Kommune in der Mitte unseres Bundeslands, sehr eng zusammen. Ab 2025 gehen wir einen Schritt weiter und werden wieder eine gemeinsame Krankenhausplanung durchführen. Schon jetzt sind wir dabei, die dafür nötigen Methoden, Instrumente und Zeitpläne abzustimmen. Wir sind aber auch mit den anderen, an Brandenburg angrenzenden Bundesländern wie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und auch Niedersachsen im Austausch, um länderübergreifende Planungsentscheidungen abzustimmen.

Hier sollten wir etwas ins Detail gehen.

Zaske: Es würde keinen Sinn machen, auf der dies- oder jenseitigen Grenze eines Bundeslands Abteilungen zu schließen, wenn damit ein Versorgungsloch über Landesgrenzen hinweg entstehen würde. Derartige Absprachen sind schon jetzt regelhaft Bestandteil des Austauschs zwischen den Bundesländern. Noch schöner wäre es allerdings, wenn uns der Bund die Möglichkeit geben würde, Leistungsgruppen in Kooperation über Ländergrenzen hinweg zu planen. Dazu müssen allerdings neue Strukturkriterien und Leistungsvoraus-

setzungen definiert werden, auch für Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können. Das würde uns sehr viel weiterhelfen – Richtung Sachsen, Sachsen-Anhalt, aber auch insbesondere Richtung Berlin.

Birgt die Diskussion um die aktuelle Bundeskrankenhausreform Momente der Hoffnung?

Zaske: Zurzeit sind nicht einmal Kooperationen innerhalb eines Bundeslandes rechtssicher, geschweige denn über Bundesgrenzen hinweg. Da wir 2025 nicht aufhören werden mit unserer eigenen Planung, hoffe ich auf eine grundlegende Gesundheitsreform. Doch werden wir erst einmal mit dem leben müssen, was uns die anstehende Bundeskrankenhausreform bescheren wird. Ich gehe davon aus, dass deren Initiierungsphase bis mindestens 2030 laufen wird.

Zurück auf die Erkenntnisebene. Herr Albrecht, wenn Sie eine zentrale Erkenntnis der fünf Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburgs nennen müssten, worum ich Sie hiermit bitte: Welche der detektierten Anpassungserfordernisse und Lösungsansätze sind für Sie die wichtigsten?

Albrecht: Ich kann Ihnen ebenso nur einen ersten Zwischenstand geben, da wir den ersten Analyseschritt bislang nur in einem der fünf Versorgungsgebiete beendet haben.

Für das Versorgungsgebiet Lausitz-Spreewald.

Albrecht: Genau. In den anderen vier Versorgungsgebieten haben wir teilweise gerade erst mit unserer Arbeit begonnen. Doch kann ich aus den bereits durchgeführten Gesprächen ein paar Punkte benennen, die sich in vielen Diskussionen vor Ort als Schwerpunkte herausgebildet haben.



Michael Zaske

ist seit Juli 2020 Abteilungsleiter Gesundheit im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV). Davor hatte er die kommissarische Leitung der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGFF) inne. Weitere Stationen in Brandenburg: 2015–2019 Leiter des Referats „Gesundheitliche Versorgung, Gesundheitswirtschaft, Krankenhäuser und Rehabilitation und Kurorte“ im MASGFF.

Welche wären das?

Albrecht: Eine zentrale Perspektive des gesamten Projekts, das als Vorstufe zur bevorstehenden Landeskrankenhausplanung und im Lichte der von der Bundesregierung geplanten großen Krankenhausreform zu verstehen ist, ist die Ambulantisierung. Alle Beteiligten müssen davon ausgehen und erwarten das auch, dass ein Teil der bisher stationär im Krankenhaus versorgten Fälle zukünftig ambulant behandelt wird. Eine häufig gestellte Frage lautet in diesem Zusammenhang, wer diese Fälle zukünftig versorgen und unter welchen Voraussetzungen dies geschehen soll. Dazu muss man wissen, dass speziell im Land Brandenburg schon jetzt eine unterdurchschnittliche Arztdichte im ambulanten Bereich zu verzeichnen ist. Dabei wird die brandenburgische Bevölkerung älter, multimorbider und zudem immobiler. Zudem sind die räumlichen Entfernungen überdurchschnittlich groß. Daher ist es notwendig, sehr genau zu analysieren, welche Krankenhausfälle künftig von der verstärkten Ambulantisierung betroffen sein werden und vor allem, wie man sie tatsächlich versorgen kann. Dabei stellt man sehr schnell fest, dass es nicht nur mangelnde Kapazitäten für häusliche Pflege und für Kurzzeitpflege nach ambulanten Eingriffen gibt, sondern schon heutzutage nicht genügende Transportkapazitäten vorhanden sind.

Dabei stellt man sehr schnell fest, dass es zum einen mangelnde Kapazitäten für häusliche und für Kurzzeitpflege nach ambulanten Eingriffen gibt, dass zum anderen aber auch nicht genügende Transportkapazitäten vorhanden sind. Das betrifft nicht nur den Zugang der Patient:innen zur behandelnden Einrichtung. Viele Krankenhäuser in den Regionen berichten schon heute, dass es große Schwierigkeiten gibt, Patient:innen nach einer Behandlung ins häusliche oder pflegerische Umfeld zurückzubringen, falls dieses überhaupt in ausreichendem Maße vorhanden ist. Das liegt daran, dass es sowohl an Patiententransportdiensten als auch an Taxen mangelt. Und die Rettungsdienste können und sollen diese Aufgabe nicht auch noch übernehmen.

Was bleibt dann?

Albrecht: Diese Patient:innen werden bislang länger als eigentlich nötig im Krankenhaus behalten, was künftig kaum noch möglich sein wird. Darum wird die Ausgabe, diese offensichtliche Transportlücke zu schließen, eine der ganz zentralen Herausforderungen für die künftige Patientenversorgung in Brandenburg sein. Das heißt, dass wir in diesem Projekt auch herausfinden müssen, welche Lösungsmöglichkeiten es hierfür gibt. Ein weiterer Punkt ist, dass die Krankenhausstandorte und deren Träger in einer Region nicht so einfach ihr Leistungsangebot aufeinander abstimmen und sich gegenseitig Fälle zuweisen können. Das funktioniert schon aus kartellrechtlichen Gründen nicht, auch wenn der gute Wille oft durchaus vorhanden ist.

Bohm: Positiv hervorzuheben ist, dass die Anzahl und auch die Vielfalt von Versorgungsprojekten in Deutschland in den vergangenen 10 bis 15 Jahren enorm zugenommen hat. Das ist nicht nur, aber doch auch in erheblichem Maße dem Innovationsfonds zu verdanken. Die Anzahl der begleitenden Ergebnis- und Evaluationsberichte, die alle öffentlich zugänglich sind, nimmt beständig zu. Übrigens auch für einen Teil der Projekte, die wir betreut haben, wie etwa das Großprojekt in Templin. Wir verfügen nun über einen größeren Wissensschatz aus Projektansätzen, die zu nachhaltigen Verbesserungen,

insbesondere in den ländlichen Regionen, beitragen können oder die Lösungsansätze für bestehende strukturelle Anpassungserfordernisse bieten, ohne dass es zu Friktionen in der Versorgung der Bevölkerung kommt. Dabei geht es stets um die Entwicklung und Etablierung einer alternativen Struktur und nicht einer Doppelstruktur.

„Generell sind solche Lösungsansätze im Fokus, die Wege aufzeigen, wie man erforderliche Anpassungen in den Versorgungsstrukturen vornehmen kann, ohne dass es zu Friktionen in der Bevölkerung kommt."
Steffen Bohm, AGENON

Das kann und sollte man sicher nicht oft genug betonen.

Bohm: Richtig. Wie so etwas funktionieren kann, hat das brandenburgische Templin-Projekt gezeigt und hat dafür ja auch eine positive Empfehlung seitens des Innovationsausschusses zur Überführung in die Regelversorgung erhalten. Ein weiteres wichtiges Feld für erforderliche Innovationen bildet der wünschenswerte flexible und sektorenunabhängige Einsatz vorhandener ärztlicher und pflegerischer Ressourcen und Expertise, beispielsweise im Zuge des Abbaus beziehungsweise der Umwandlung stationärer Kapazitäten. Hier sind unter anderem niedrigschwelligere Versorgungsansätze für Menschen mit akuten Beschwerden denkbar, die einerseits in Praxen und MVZ nicht ausreichend versorgt werden können, für die andererseits aber auch nicht die Ressourcen eines Krankenhauses erforderlich sind. Last but not least muss man sich damit befassen, wie der pflegerische und ärztliche Nachwuchs für die Versorgung in strukturell schwächeren Regionen gesichert werden kann. Hier sind beispielsweise Ansätze und Projekte immer willkommen, die zur Schaffung attraktiver Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Medizin und der Pflege im ländlichen Raum Beiträge leisten können. Hierzu zählt insbesondere auch die Bildung von Netzwerken mit attraktiven Weiterbildungskonzepten, ein Thema, das wir vertiefend in der Lausitz bearbeiten werden.

Bei all dem bereits Gesagten muss doch Herrn Zaskes Kopf schwirren vor lauter Möglichkeiten, die man am besten alle gleichzeitig angehen sollte, das jedoch bei begrenzten Budgets und vor allen Dingen begrenztem Personal. Arbeiten Sie in Ihrem Ministerium 24 Stunden am Tag und wenn es sein muss auch noch des nächtens?

Zaske: Manche meiner Kolleginnen und Kollegen haben vielleicht manchmal den Eindruck, dass das so ist. Doch ganz so schlimm ist es nicht. Es ist aber sicherlich für alle ein spannender und herausfordernder Prozess, den man nicht so oft in seinem Arbeitsleben begleiten darf. An solch massiven Strukturveränderungen gestaltend mitarbeiten zu können, ist zwar viel Arbeit, macht aber auch Spaß und Freude, wenn man sieht, was man schaffen kann, wenn man will. Wir reden seit weit über 30 Jahren über Strukturreformen, den nötigen Blick auf die regionale Versorgung und über notwendige sektorenübergreifende Modelle. Und jetzt haben wir die Möglichkeit und die Chance, ganz praktisch in diese Richtung zu arbeiten. Auch haben wir im Ministerium in der Projektgruppe zur Umsetzung der Gesundheitsreform sehr motivierte Kolleginnen und Kollegen, die gerne an dem Thema arbeiten und mit IGES und AGENON als Partner sehr engagiert zusammenarbeiten und sie vor allen Dingen sehr kompetent unterstützen. Die innere Motivation ist mehr als vorhanden. Übrigens auch bei vielen der beteiligten Akteure: Viele brennen auf Veränderung. Die das noch nicht tun, müssen wir auf unserem gemeinsamen Weg mitnehmen und motivieren – aber immer die gesetzlichen Rahmenbedingungen beachten. Leider muss man sagen, dass die uns vom Bund gesetzten Rahmenbedingungen im Moment bei Weitem noch nicht so ausreichend sind, wie wir sie uns wünschen. Das Positivste, was man sagen kann, ist, dass der Bundesgesundheitsminister immerhin den Mut hatte, eine derartige Reform überhaupt anzugehen.

Haben Sie noch Hoffnung?

Zaske: Die anstehende Krankenhausreform ist noch deutlich verbesserungsfähig. Das haben wir sehr deutlich mündlich und schriftlich ausgedrückt. Brandenburg ist übrigens eines jener Bundesländer, die schon sehr umfangreich in Gesetzesform gegossene Verbesserungsvorschläge gemacht haben. Dazu hatten wir mehrere Kongresse und Planungsgespräche mit dem Bund. Die Länder sind sich übrigens inzwischen unisono einig, dass es Verbesserungen an dem sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz geben muss. Einer der Punkte ist zum Beispiel jener, dass regelhaft Kooperationen in den Regionen und auch über die Regionen und Bundesländer hinaus zugelassen werden müssen. Dazu liefert uns vor allem IGES/AGENON hervorragendes Grundlagenmaterial, das uns hilft, den regionalen Blick auf die Versorgung zu schärfen. Ein weiterer Punkt ist der, dass im ambulanten und stationären Bereich immer ein Ambulantisierungskoeffizient pro Leistungsgruppe oder Leistungsbündel mitgedacht werden muss. Das ist eine der grundlegenden Voraussetzungen dafür, dass wir überhaupt sektorenübergreifend in einer Region planen können. Wenn uns der Bundesgesetzgeber dabei nicht hilft, bleibt uns nur übrig, auf den bestehenden Möglichkeiten aufbauend in den Regionen Kooperationen weiter auf- und auszubauen. Wir hoffen aber, dass uns der Bund über das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz im Zusammenspiel mit der Notfallreform die Möglichkeit eröffnet, zu echten regionalen Anpassungen und zu einer tatsächlich regelhaften kooperativen Leistungserbringung zu kommen.

Macht es Sinn, wenn zwei oder noch mehr Kliniken in nicht allzu weiter Entfernung den gleichen Versorgungsauftrag erfüllen?

Zaske: Eben. Zielführender wäre es, wenn uns der Bund erlaubt, eine komplementäre Zusammenarbeit zu unterstützen. Das können wir im Moment nur sehr begrenzt.

Was brauchen Sie noch?

Zaske: Wir benötigen echte neue Instrumente für ambulant-stationäre Leistungserbringende. Im Moment haben wir nur im begrenzten Umfang die sogenannten sektorenübergreifenden Versorger, die manche noch Level 1i-Häuser nennen. Ob es solche überhaupt geben wird, steht aber noch in den Sternen, weil die Refinanzierungsstruktur bislang nicht eindeutig geregelt ist. Der Bundesgesundheitsminister spricht zwar beispielsweise von einer Selbstkostendeckung der-

artiger Einrichtungen – es ist uns aber noch nicht ganz klar, wie das funktionieren soll. Wir brauchen dafür Instrumente, auch über sektorenübergreifende Versorger hinaus, für all jene Kliniken, die ambulante Leistungen in der Region erbringen sollen.

Nicht auch vice versa?

Zaske: Theoretisch könnten zusätzliche ambulante Leistungen auch andere ambulante Akteure erbringen, wenn es sie denn gibt. Das können Ärztenetze sein, niedergelassene Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, kommunale MVZ oder sogar ganz andere Leistungserbringer. Wir müssen offen sein, bei allem neue Wege zu gehen. Vor allem brauchen wir einen gangbaren Weg, dass Krankenhäuser die vorher von ihnen stationär erbrachten Leistungen in der Region ambulant erbringen können. Auch dabei hilft uns der Bund aktuell nicht sehr viel. Gott sei Dank haben wir in Brandenburg eine sehr offene Kassenärztliche Vereinigung, die bereit ist, mit uns den Weg einer regionalen Versorgungsplanung zu beschreiten. Das heißt, um das ganz deutlich zu sagen: Land und KV in Brandenburg können sich vorstellen, dass im Landesausschuss das Land für die ambulante Bedarfsplanung mit einbezogen wird. Wir können uns im Gegenzug vorstellen, die Kassenärztliche Vereinigung bei der stationären, auf eine Region bezogenen Bedarfsplanung ins Benehmen zu setzen. Damit sind wir als Akteure im Land schon deutlich weiter als die ängstlichen Partner auf der Bundesebene. Wir geben aber nicht auf und arbeiten intensiv darauf hin, dass wir zumindest einige wichtige Instrumente bekommen, wie zum Beispiel die Möglichkeit von Institutsambulanzen aus strukturellen Gründen. Ein struktureller Grund wäre zum Beispiel, dass wir, wenn Kliniken stationäre Leistungen ambulantisieren, das Instrument einer Institutsambulanz nutzen können. Ebenso müssen wir in den Regionen extrabudgetäre Sonderbedarfe bekommen, wenn das Land die Notwendigkeit dazu feststellt.



Dr. Martin Albrecht

ist am IGES Institut als Geschäftsführer und Leiter des Bereiches Gesundheitspolitik zuständig für die Bereiche Finanzierung, Wettbewerb und Effizienz im Gesundheitssystem. Voraus gingen wissenschaftliche Tätigkeiten u. a. beim Sachverständigenrat gesamtwirtschaftliche Entwicklung und der Rürup-Kommission. Er ist Volkswirt und beschäftigt sich vor allem mit Fragen der Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen, Wettbewerb im Gesundheitswesen, Versicherungsökonomie, Finanzprognosen sowie Krankenhaus- und Bedarfsplanung.

Extrabudgetär heißt, dass nicht das KV-Budget belastet wird, sondern aus dem früheren stationären Budget die nötigen Mittel überführt werden.

Zaske: Und dies vor allem budgetbereinigt. Solche an sich einfachen und recht simplen Möglichkeiten benötigen wir dringend. Hier muss uns der Bund helfen.

Wollen Sie das ergänzen, Herr Bohm?

Bohm: Gegenwärtig besteht leider ein dichtes Geflecht unterschiedlicher gesetzlicher und untergesetzlicher Normen, das auch den Transfer bisher der stationären Versorgung vorbehaltener Mittel in die ambulante Versorgung unendlich erschwert und auch blockiert. Die Hauptfragen lauten deshalb: Wie müssen unsere bisherigen Rahmensetzungen verändert werden, damit die erforderlichen Handlungsspielräume entstehen, und wie müssen die Anreize gesetzt werden, damit sie auch genutzt werden? Die Antworten darauf müssen wir finden. Die momentan allenthalben wahrzunehmende Unsicherheit wird sich wohl noch einige Zeit hinziehen, weil veränderte bundesgesetzliche Vorgaben ja auch erst einmal auf den verschiedenen Ebenen umgesetzt werden müssen. Das Problem ist, dass wir die dafür nötigen Zeiträume aber teilweise gar nicht mehr haben. Wir müssen heute Probleme lösen oder zumindest heute schon die Voraussetzungen dafür schaffen, dass der künftige Versorgungsbedarf quantitativ und qualitativ ausreichend gedeckt werden kann. Das ist die Herausforderung.

Was sicher eine große Veränderungsbereitschaft bei allen Beteiligten vor Ort erfordert.

Bohm: Einerseits sind die Akteure gewissermaßen erschlagen von der gesundheitspolitischen Diskussion auf der Bundesebene mit ihren derzeit nicht absehbaren Auswirkungen auf der regionalen und lokalen Ebene. Die Veränderungsbereitschaft besteht, ja, aber sie trifft auf ein hohes Maß an Fragmentierung und Komplexität in all den auch noch mit- und ineinander verflochtenen Regularien. Das erschwert die Suche nach Lösungen enorm und führt zu Frustration.

Wie etwa mit der Ambulantisierung, die ein durchaus zweischneidiges Schwert sein kann.

Bohm: Vollkommen richtig. Es macht doch keinen Sinn, einerseits Krankenhäusern ambulante Tätigkeiten zu ermöglichen, dies jedoch andererseits daran zu binden, dass nach der Maßgabe der Bedarfsplanung eine Unterversorgung bestehen muss. Soll ambulantisiert werden, müssen zusätzliche ambulante Kapazitäten geschaffen werden können, ob nun eine Unterversorgungssituation besteht oder nicht. Wenn man das Pferd Ambulantisierung so aufzäumt, wird man es nie an den Start bekommen. Das derzeitige starre Regelungsgefüge benötigt auf jeden Fall mehr Flexibilität, um vor allen Dingen in den Regionen abweichende Lösungen im Einvernehmen der Beteiligten zu schaffen. Im Übrigen: Zur Ambulantisierung gehört auch, dass der Abbau stationärer Kapazitäten planerisch flankiert wird.

Die Komplexität nimmt immer weiter zu, je länger wir darüber reden. Immer wieder fällt der Begriff der Ambulantisierung, die bedingt, dass es ausreichend Fachkräfte und Institutionen gibt, die ambulantisieren können. Wäre es nicht besser, vermeidbare Krankenhausfälle zu vermeiden und mehr in Prävention zu investieren?

Zaske: Der Gedanke drängt sich natürlich auf. Wenn wir über einen Versorgungskreislauf sprechen – ob nun überregional, regional oder lokal – beginnt dieser im Präventionsbereich, für den es zuallererst die Gesundheitskompetenz zu stärken gilt. Da sind im kommunalen und regionalen Bereich der Kita- und Schulbereich sowie der öffentliche Gesundheitsdienst und das betriebliche Gesundheitsmanagement gefragt. Hier haben wir die Traktionsräume, die wir brauchen, um Gesundheitskompetenz und Prävention ganz neu und anders aufzustellen. Nebenbei gesagt: Hierzu gibt es bereits erste zarte Pflänzchen durch entsprechende Verwaltungsabkommen zwischen Kommunen und Kassen.

Es gibt aber auch die Präventionsgesetze auf Bundesebene …

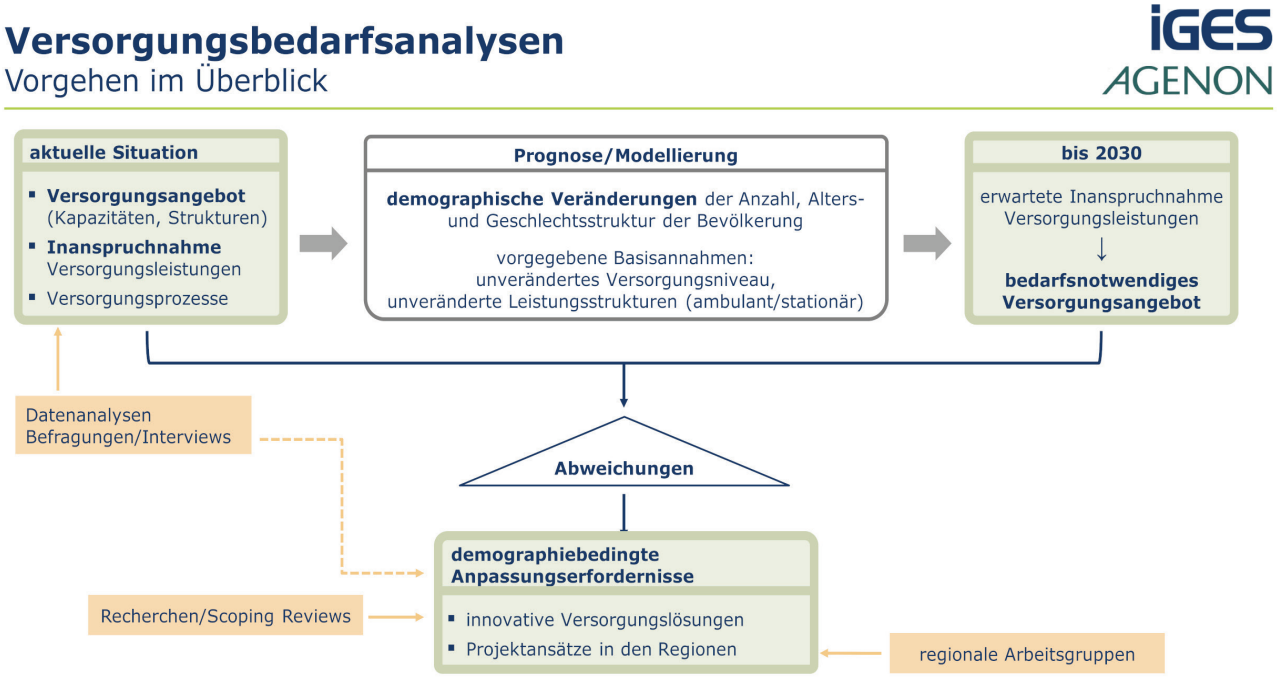
Zaske: …, die meines Erachtens zum Teil zumindest in die richtige Richtung zeigen. Einen kleinen Rückfall gibt es gerade auf der Bundesebene durch das Gesunde-Herz-Gesetz, das man mit dem Titel „Pillen statt Prävention" überschreiben könnte. Da ist jemand in die falsche Richtung galoppiert, man sollte das wieder geraderücken. Grundsätzlich ist das, was Sie sagen, richtig: Wichtig ist mehr Gesundheitskompetenz und mehr Prävention, was bedeutet, dass wir alle mehr Geld in das Gesundheitsmanagement investieren müssen. Jeder Euro, der in diesem Bereich heute eingesetzt wird, spart hinterher 10 bis 100 Euro, die eingesetzt werden müssen, um eigentlich vermeidbare Schäden zu beheben. Insofern muss Prävention und Gesundheitskompetenz gepaart mit einem Qualitätsmanagement im Gesundheitssystem am Anfang unserer Bemühungen stehen. Danach folgen, wenn wir den gesamten Kreislauf vor Augen haben, niedrigschwellige ambulante Versorgungsangebote, die in einer Region aus einem Mix aus teilstationären und stationären Angeboten bis hin zur Nachsorge und Pflege gebildet werden müssen.

Das heißt, dass Sie in den Regionen folgende Punkte ansprechen und austarieren müssen: Pflege, Reha, ambulante und stationäre Versorgung, ÖGD und Prävention, nicht zu vergessen den Transport.

Zaske: Das alles müssen wir zusammendenken. Von daher ist es besonders ärgerlich, dass vorerst der Passus zur Stärkung von Regionen aus dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz herausgefallen ist – dies nur aus Angst vor dem Finanzminister, weil dieser Ansatz zu Beginn ein bisschen Geld kostet, indes im Sinne eines besseren Qualitätsmanagements und einer konzertierten regionalen Versorgungssteuerung hinterher viel Geld sparen wird.

„Wichtig ist mehr Gesundheitskompetenz und mehr Prävention, was bedeutet, dass wir alle mehr Geld in das Gesundheitsmanagement investieren müssen."
Michael Zaske, MSGIV

Hegen Sie noch große Hoffnungen, dass der von Ihnen so dringend benötigte Regionalfaktor wieder ins Krankenhausreformgesetz aufgenommen werden könnte?





OptiMedis

ANALYSE VON ROUTINEDATEN: NUTZEN SIE UNSER DATA WAREHOUSE

Wie sind Inzidenzen oder Prävalenzen von Krankheiten? Wie sind die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung?

Wie ist die medizinische Versorgungsqualität? Werden Leitlinien eingehalten?

Wie hoch sind Kosten, Zuweisungen und Deckungsbeiträge?

ZUGANG ZU GUT AUFBEREITETEN ROUTINEDATEN ÜBER UNSERE ANALYSE-PLATTFORM

Sie wollen für Ihre Forschungs- oder Analyseprojekte (GKV-)Routinedaten verarbeiten? Wir ermöglichen Ihnen den Zugang zu unserem innovativen Data Warehouse, in das Sie Ihre Daten integrieren, sie verarbeiten und analysieren können. Die Daten sind auf der Ebene von Versicherten-Pseudonymen verfügbar.

Ihre Vorteile:

› Besseres Verständnis von (GKV-)Routinedaten
› Optimiertes Datenmanagement für fundierte Analysen durch bestehende Prozesse
› Erfüllung der Datenschutzanforderungen und rechtlichen Bestimmungen
› Steigerung der Effizienz, Produktivität und Validität durch Unterstützung von OptiMedis

www.optimedis.de/versorgungsforschung

Zaske: Wir sind realistische Optimisten. Wir geben nicht auf. Selbstverständlich bearbeiten wir entsprechend die uns zugänglichen Bundestagsabgeordneten. Ob es uns gelingt, ist ungewiss, aber wir versuchen es zumindest. Es gibt jedoch auf alle Fälle eine der drei Koalitionsfraktionen, die sich dem auf jeden Fall widersetzt. Es würde an der Stelle sicher helfen, wenn Länderregierungschefs und der Regierungschef im Bund entsprechende Machtworte sprechen.

Herr Albrecht und Herr Bohm, welche positiven Signale haben Sie für Ihre Arbeit aus der Bundestagsanhörung zum Krankenhausreformgesetz mitgenommen?

Albrecht: Eigentlich keine. Das liegt aber jetzt nicht unbedingt an der Debatte an sich, sondern daran, dass das Gesetz schon sehr lange diskutiert wird und wir uns mit den verschiedenen Aspekten auch schon sehr lange auseinandersetzen. Man gerät schnell in die Situation, dass man so tief in den Details versinkt, dass man den Wald vor lauter Bäumen nicht sieht. Insofern muss man sich immer wieder zwingen, die Vogelperspektive einzunehmen und das große Ganze zu sehen und zu analysieren. Es ist richtig und wichtig, dass überhaupt ein Reformprozess angegangen wird. Alleine schon der Grundgedanke ist wichtig, dass wir uns über neue Arten der Arbeitsteilung, eine Konzentration von Expertisen auf Kompetenzzentren und über Leistungsgruppen unterhalten. Doch ebenso ist klar, dass Krankenhäuser in der Fläche insoweit erhalten werden müssen, dass für die akute Notfallversorgung eine hinreichende Erreichbarkeit gewährleistet ist. Nur so wird man für die anstehende Reform Akzeptanz in der Bevölkerung bekommen. Dazu muss man klar kommunizieren, dass Krankenhauskapazitäten nicht einfach ersatzlos gestrichen werden, sondern es auch künftig genügend Anlaufpunkte für zeit- und entfernungskritische Fälle gibt.

Bohm: Richtiger Ansatz der Reform ist, dass ein größerer Leistungsbezug den bisherigen Planbettenansatz ersetzt. Das ist ein Fortschritt, der grundsätzlich noch weitere Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Ich befasse mich nun schon seit über 30 Jahren mit der sektorenübergreifenden Gestaltung von Versorgungsabläufen und -prozessen. Hierzu kann ich leider im aktuellen Gesetzgebungsverfahren nichts erkennen – da hätte ich mehr erwartet und auch erhofft. Das ist sehr bedauerlich, denn wir treffen in Brandenburg in allen Regionen, in denen wir aktiv sind, auf eine große Veränderungsbereitschaft der Akteure. Das Lagerdenken spielt bemerkenswerterweise keine so große Rolle. Alle wissen, dass etwas Grundlegendes passieren muss, und sind veränderungswillig.



Steffen Bohm

ist seit 2011 Gesellschafter und Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH mit Sitz in Berlin. Nach seinem Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Köln war er als Wissenschaftler und Consultant für das IGES Institut tätig, wechselte 2005 zur damaligen AOK Berlin, bei der er den Projektbereich Integrierte Versorgung und den Vertragsbereich Ärzte geleitet hat.

Herr Zaske, würden Sie kurz zusammenfassen: Welche Punkte erwarten Sie von der Bundesregierung in den nächsten drei oder vier Reformgesetzen, die hoffentlich die Regionalisierung mitdenken?

Zaske: Ich wünsche mir von allen Akteuren auf allen Ebenen mehr Entschlossenheit und mehr Mut, neue Wege zu gehen. Vor allen Dingen muss der Bund den Akteuren auf den regionalen Ebenen mehr Freiheiten in der Gestaltung lassen. Das ist dringend notwendig. Wenn ich es in wenigen Punkten zusammenfassen soll, würde ich sagen: Habt mehr Vertrauen in die regionalen Prozesse. Gebt uns Luft zum Atmen. Gebt einen Rahmen vor, wie beispielsweise den der Leistungsgruppen. Und gebt einen auskömmlichen Zeitrahmen für die Planung in den Regionen vor, in denen soundsoviel Prozent der Ambulantisierungsprozesse umgesetzt werden sollen. Und schlussendlich: Versucht die Krankenhausfinanzierung und die Finanzierung ambulanter Leistungen als regionales Budget zu denken und als solches umzusetzen. Dazu gehört auch die Frage der Budgetbereinigung. Die Analysen, die uns IGES und AGENON vorgelegt haben, zeigen deutlich, dass wir sie eins zu eins in unsere regionalen Planungsprozesse umsetzen können, wenn sie denn gegenfinanziert sind. Ich sage es ganz deutlich: Das alles kostet nicht mehr Geld als bisher. Sukzessive wird es jedoch deutliche Systemgewinne geben, wenn wir den ambulanten und stationären Bereich optimal nach den realen Bedarfen steuern können.

Die Herren, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Albrecht, M., Bohm, S., Zaske, M., Stegmaier, P.: „Zaske: ‚Habt mehr Vertrauen in die regionalen Prozesse'", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 14–22. http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2630