

„Versorgung vom Patiente denken – nicht von den Str

Im Interview: Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Vorstandsvorsitzender und Vorstand für den Bereich Versorgung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL – CT) in Cottbus

Die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL – CT) in Cottbus ist die jüngste Hochschulmedizin Deutschlands. Seit Juli 2024 entsteht hier ein neues Modell universitärer Medizin. Forschung, Lehre und Krankenversorgung sollen nicht allein an einem Standort gedacht werden, sondern Verantwortung für eine ganze Region übernehmen. Im MVF-Titelinterview erläutert Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Vorstandsvorsitzender und Vorstand Versorgung der MUL – CT, wie dieses Modell funktionieren soll und welche Impulse davon für regionale Versorgung, für das deutsche Gesundheitswesen und darüber hinaus ausgehen könnten.

>> Herr Professor Nagel, Anfang dieses Jahres schlossen in einem Cottbuser Stadtteil mehrere Hausarztpraxen gleichzeitig. Was bedeutete das konkret für die Versorgung der Bevölkerung? Und wie konnte Ihre erst 2024 gegründete Universität helfen, möglicherweise anders als ein klassisches Universitätsklinikum?

In Cottbus setzte nach diesem Ärzteprotest ein enormer politischer Diskussionsprozess unter dem Motto ein: Wie kann das denn sein? Wer garantiert noch Hausarzttermine? Und: Suchen all die auf einmal nicht mehr versorgten Menschen womöglich die Notaufnahmen auf?

Viele Universitätsklinika hätten eine solche Situation vermutlich zunächst als Aufgabe der ambulanten Selbstverwaltung betrachtet. Warum haben Sie sich entschieden, selbst aktiv zu werden?

Ein derartiger ambulanter Versorgungsausfall ist nun einmal in erster Linie von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu lösen, die für die Sicherstellung der ambulanten Medizin zuständig ist. Bei uns in Cottbus ist das mit der Etablierung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem ein wenig anders. Natürlich liegt die Verantwortung für die ambulante Medizin nach wie vor bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, das stellen wir als Universitätsmedizin überhaupt nicht infrage. Dennoch haben wir uns in einem gemeinsamen Gremium zusammengesetzt und traten dann mit dem Oberbürgermeister und der KV gemeinsam vor die Presse und sagten: „Okay, wir haben ein Hausarztproblem, aber wir werden es gemeinsam lösen." Das sind die Schritte, die die Bevölkerung von uns, von der MUL – CT, erwarten darf.

„Bei uns in Cottbus ist die Gesundheitsversorgung die absolute Grundlage, indes nicht nur bezogen auf den Standort, sondern auf eine ganze Region: die gesamte Lausitz."

n her

ukturen"

Mit welchen ganz konkreten Maßnahmen konnte Ihre Universität bei diesem akuten Ärztenotstand kurzfristig einspringen?

Wir haben beispielsweise in der „Schwarzen Pumpe", einem sehr großen Industriestandort im Lausitzer Landkreis Spree-Neiße, eine Community Health Nurse etabliert – einerseits als Forschungsprojekt der Modellregion gemeinsam mit der Uni Dresden, aber gleichzeitig auch als Realbetrieb. Damit kann nun die Grundversorgung gesichert werden. Davor gab es dort inzwischen überhaupt keine niedergelassenen Ärzt:innen im hausärztlichen Bereich.

Das war mehr als eine kurzfristige Reaktion auf einen Versorgungsengpass. Worin besteht die Besonderheit Ihres Modells im Vergleich zu etablierten Universitätskliniken?

Die Grundidee der neuen Universitätsmedizin in Cottbus ist es eben nicht, ein weiteres großes Universitätsklinikum mit der ganzen Bandbreite an technologischen und inhaltlich-medizinischen Fragestellungen konzentriert an einem einzigen Standort zu errichten. Bei uns wird die Gesundheitsversorgung vor Ort ganz oben angesiedelt, wie es normalerweise an einem Universitätsklinikum nur im Einzelfall möglich ist. Natürlich ist der Versorgungsauftrag implizit bei jeder Universitätsmedizin vorhanden, bildet sich aber zum Beispiel schon in den Krankenhausbedarfsplänen der Länder gar nicht ab. Bei uns in Cottbus hingegen ist die Gesundheitsversorgung die absolute Grundlage, indes nicht nur bezogen auf den Standort, sondern auf eine ganze Region: die gesamte Lausitz. Dafür steht schon der von den Mitarbeiter:innen des damaligen Carl-Thiem-Klinikums ausgewählte Name, unter dem wir firmieren: Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem. Der Name macht deutlich, dass wir als Medizinische Universität Lausitz – hervorgegangen aus dem früheren Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, mit 1200 Betten übrigens das größte Krankenhaus Brandenburgs und mit rund 4.300 Mitarbeitenden zudem der größte Arbeitgeber der Stadt Cottbus – eine hohe regionale Verantwortungsbeschreibung übernehmen wollen. Kurz zum Namen als solchem: Der 1917 in Cottbus verstorbene Carl Thiem war ein deutscher Chirurg und Traumatologe, der als Mitbegründer der Unfallchirurgie in Deutschland gilt.

Sie sagen, die Gesundheitsversorgung steht an erster Stelle. Was bedeutet das konkret für die Professorinnen und Professoren Ihrer Universität?

Dass wir nicht nur für den stationären Versorgungsbereich zuständig sind. Wir müssen und wollen uns immer auch Gedanken darüber machen, in welcher Art und Weise wir für andere Krankenhausträger und auch die Ärzteschaft als Kooperationspartner zur Verfügung stehen können. Unser Ziel ist es dabei, dass unsere akademischen Standards für alle Versorgungsstufen sinnvoll einsetzbar sind. Das bedeutet natürlich auch eine andere Verpflichtung im Hinblick auf die Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Das ist nicht ganz einfach in einer Zeit, in der Ambulantisierung großgeschrieben und die Reduktion der stationären Einrichtungen diskutiert wird. Auch das ist etwas, was ein Universitätsklinikum normalerweise nicht so auf seiner Agenda hat, außer vielleicht in der Diskussion, mit wie vielen Betten man beispielsweise in Zukunft die Urologie betreiben will. Bei uns hingegen liegt die integrierte Versorgung in der Grundstruktur der Universitätsmedizin, sozusagen in unserer DNA.

Ihr Versorgungsauftrag reicht weit über den Standort Cottbus hinaus. Welche Rolle spielt dabei die Digitalisierung?

Die rasante Entwicklung der Digitalisierung war bei der Neugründung der MUL – CT mit entscheidend. Die Medizinische Hochschule Hannover hat zum Beispiel bereits in den 1960er-Jahren diskutiert, was es braucht, um hochqualifizierte Versorgung zu realisieren – und kam damals zu dem Schluss, dass dafür alle wichtigen Leistungen

hochqualitativ an einem Ort zusammenzubringen sind; wohlgemerkt an einem einzigen großen Standort, an den dann die Patient:innen von überall kommen müssen, um die bestmögliche Versorgung aus einer Hand zu bekommen.

„Wir reden nicht nur, sondern handeln. So haben wir vor Kurzem beschlossen, in der Region in einem strukturierten Verfahren zunächst sechs Primärversorgungszentren zu gründen."

Auf diese Weise sind unsere heutigen 37 Universitätsklinika und 40 Medizinische Fakultäten entstanden, die das Rückgrat der medizinischen Spitzenversorgung bilden. Ist dieses zentralisierte Konzept aus Ihrer Sicht überholt?

Das war auch die richtige Lösung für diese Zeit. Doch nun hat die Digitalisierung eine Stufe erreicht, die derartige Zentrallösungen ergänzen und ein Stück weit ablösen kann. Über Distanz kommunizieren kann man längst. Viele Untersuchungsmomente – Gewicht, Temperatur, Herzfrequenz – lassen sich online melden, obwohl die Patient:in hunderte Kilometer entfernt zu Hause ist. Wir wollen in der Lausitz nun das bereits in den 1990er-Jahren von Dr. Bruce Leff und seinem Team an der Johns Hopkins University School of Medicine in Baltimore geprägte Schlagwort des „Hospital at Home" mit Leben erfüllen, indem wir die Digitalisierung nutzen und von einem Leitkrankenhaus aus – das dafür natürlich gebraucht wird – die Versorgung in einer ganzen Region realisieren. Damit unterscheiden wir uns grundlegend von anderen deutschen Universitätsklinika, bei denen aber auch der Druck auf das Versorgungssystem nicht so spürbar ist wie bei uns in der Lausitz.

Beschreiben Sie die Versorgungslage in Zahlen: Wie steht es konkret um die gesundheitliche Versorgung im Lausitzer Gebiet?

Zunächst muss man akzeptieren, dass in einer Region wie der Lausitz die Bevölkerung deutlich älter ist als anderswo. Das gilt auch für die praktizierenden Kolleg:innen – ein Problem, das sich in den kommenden Jahren noch verstärken wird. Wir haben mit die stärkste Altersentwicklung im Bereich der Ärzt:innen in Deutschland: Über 50 Prozent aller praktizierenden Kolleg:innen sind schon heute älter als 50 Jahre, älter als 60 oder 65 Jahre sind immer noch ein Drittel. Das klingt erst einmal ganz normal, wird aber dann besorgniserregend, wenn man 10 oder 20 Jahre vorausdenkt: Dass 2036 oder 2046 all diese Kolleg:innen noch arbeiten werden, ist eher unwahrscheinlich. Dem entgegenstellen muss man die Zeitschiene, die es einfach braucht, bis ein gut ausgebildeter Mediziner so weit ist, um in die Versorgung einzusteigen.

Die Lausitz wird häufig als Modellregion beschrieben. Entsteht hier vor allem ein Forschungsprojekt oder eine Antwort auf konkrete Versorgungsprobleme?

Beides schließt sich nicht aus, und genau das ist der Punkt. Ich habe auch eine Heimat in der Grundlagenforschung – meine ersten wissenschaftlichen Studien betrafen zum Beispiel die Xenotransplantation im Kleintierexperiment. Ich habe jedoch in meinen späteren universitären Tätigkeiten Schritt für Schritt erleben können, wie wichtig und relevant die Versorgungsforschung geworden ist, wenn es wirklich um die Realversorgung von Patient:innen geht. Und wir gehen noch einen Schritt weiter und fokussieren auf die Versorgungssystemforschung. Denn: Der große Unterschied und das für mich Entscheidende ist, dass das „Labor der Alltagsrealität" für die Versorgung mindestens genauso wichtig ist wie das künstliche Labor. Und die Lausitz ist genau dieses Labor der Alltagsrealität: Wir lösen in der „Modellregion Gesundheit Lausitz", die im Brandenburgischen Universitätsmedizingesetz festgeschrieben ist, akute Versorgungsprobleme und gewinnen daraus wissenschaftliche Erkenntnisse. Aber nicht nacheinander, sondern gleichzeitig.

Viele regionale Netzwerke scheitern an mangelnder Verbindlichkeit. Sie haben dafür den „Innovations- und Netzwerkrat" gegründet. Wer sitzt dort am Tisch?

Der Tisch ist viereckig. An diesem sitzen alle verantwortlichen kommunalpolitischen Leitungen der Landkreise und der Oberbürgermeister der Stadt Cottbus – also insgesamt vier Landräte und der Oberbürgermeister, unter anderem auch mit ihren Gesundheitsdezernent:innen. Wir haben dort alle Akteure der Selbstverwaltung, die ein entsprechendes Mandat haben: die Kassenärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausgesellschaft, die berufsständische Vertretung der Pflege, die Ärztekammer und die Kostenträger, die mit zwei Sitzen vertreten sind. Und die Landespolitik: Neben dem Landesministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur und dem für Arbeit, Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt ist auch die Staatskanzlei Mitglied.

Welche konkreten Aufgaben übernimmt dieses Gremium?

Dort diskutieren wir alles, was in unserer Region, für die wir gemeinsam die Verantwortung tragen, an Versorgung notwendig ist. Heute und in der Zukunft.

Viele regionale Gesundheitskonferenzen sind folgenlos geblieben. Was macht Ihren Innovations- und Netzwerkrat anders?

Wir reden nicht nur, sondern handeln. So haben wir vor Kurzem beschlossen, in der Region in einem strukturierten Verfahren zunächst sechs Primärversorgungszentren zu gründen.

Wer entscheidet im Konfliktfall, wenn die Interessen von Kommunen, Krankenkassen und Leistungserbringern auseinandergehen?

Unser Anspruch ist, Konflikte nicht erst eskalieren zu lassen. Deshalb sitzen alle relevanten Akteure von Beginn an gemeinsam am Tisch. Natürlich gibt es unterschiedliche Interessen. Aber wir haben uns darauf verständigt, die Versorgungsperspektive an erste Stelle zu setzen. Bislang ist es uns gelungen, Entscheidungen im Konsens zu treffen. Ich halte das für einen wesentlichen Erfolgsfaktor unseres Ansatzes. Sollte es einmal keinen Konsens geben, dann müssen wir den Diskussionsprozess fortsetzen. Eine klassische Mehrheitslogik steht für uns nicht im Vordergrund.

Woran werden Sie erkennen, ob der Rat erfolgreich arbeitet?

Wir haben nicht auf eine Veränderung des Sozialgesetzbuches gewartet, weil sie dafür gar nicht nötig ist. Wir sind einen anderen Weg gegangen: Wir haben Einigkeit unter allen handelnden Ak-

teuren, die im Innovations- und Netzwerkrat vertreten sind, hergestellt und schlicht und einfach gemeinschaftlich beschlossen, diese Zentren zu gründen. Über dieses Instrument der Gemeinschaftlichkeit setzen wir nun eine entsprechende Struktur um. Damit kommt die klassische Rivalität zwischen verschiedenen Stakeholdern, die in unseren Abläufen nicht selten zu Lähmungserscheinungen führt, erst gar nicht auf. Die AOK Nordost hat uns im Nachgang in der Öffentlichkeit als „Zuversichtsgemeinschaft" charakterisiert. Ich glaube, das ist es, was wir tatsächlich sein wollen und sein können.

Der Begriff der „Zuversichtsgemeinschaft" klingt nach großer Harmonie. Gab es in der Aufbauphase auch Vorbehalte oder Misstrauen der regionalen Akteure?

Es gab sehr wohl Skepsis. Ich begleite den Prozess für die Landesregierung seit 2022. Vor anderthalb Jahren habe ich noch eine erkennbare Skepsis bei anderen handelnden Akteuren erlebt. Der Grundgedanke war: Na ja, alles schön und gut, aber am Ende wird sich doch die Universitätsklinik mit den Möglichkeiten, die sie finanziell hat, alles unter den Nagel reißen. Der zweite Punkt war: Jetzt gibt es eine Initiative, da gibt es Geld aus dem Strukturstärkungsfonds, aber was bekommen wir denn davon ab? Oder noch schlimmer: Werden denn die mit ihren vielen Milliarden Euros nun alle Kliniken aufkaufen?

Die Sondermittel aus dem Strukturstärkungsfonds sind zweckgebunden. Wie vermitteln Sie diese Trennung den Akteuren vor Ort?

Das müssen wir aber immer wieder aufs Neue erklären: Das Geld aus dem Strukturstärkungsfonds ist ausschließlich für die Universitätsentwicklung vorgesehen. Alles andere hingegen müssen wir eigenständig aus dem Versorgungssystem heraus lösen. Das ist eine Aufgabe für sich. Wichtig aber ist: Wir konnten in den vergangenen Jahren eine Kultur der Gemeinsamkeit entwickeln, die uns jetzt als wichtige Vertrauensbasis in der täglichen Arbeit hilft. Uns ist es bereits in den ersten beiden Sitzungen gelungen, eine Geschäftsordnung zu verabschieden. Wer sich überlegt, wie schwer es sonst ist, zwischen den vielen Institutionen der Selbstverwaltung in neu geschaffenen Strukturen eine Geschäftsordnung zu verabschieden, wo bis ins kleinste Detail diskutiert wird, wo eine Formulierung einem Stakeholder einen Vor- oder Nachteil bringen könnte, weiß, was das heißt: Wir ziehen da an einem Strang und zudem alle in eine Richtung.



Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel

ist seit Juli 2024 Vorstandsvorsitzender der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL – CT). Zuvor war er nahezu ein Jahrzehnt an der Universität Bayreuth tätig, unter anderem als Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften sowie als Leiter des Projektbüros Medizincampus Oberfranken. Dort gestaltete er den Aufbau der universitären Humanmedizin in Oberfranken maßgeblich mit. Von 2010 bis 2015 war er Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Essen. Zuvor leitete er das Transplantationszentrum und das Chirurgische Zentrum am Klinikum Augsburg. Prof. Nagel verbindet langjährige Erfahrung in der Universitätsmedizin, der Gesundheitswissenschaft und dem Krankenhausmanagement.

Einer der entscheidenden Hebel bei Primärversorgungszentren ist, dass hier multiprofessionelle Teams schnell an die Grenzen von Delegation und Substitution stoßen, für die das SGB V noch Schranken aufweist. Nutzen Sie hier den Gestaltungsspielraum des Landesrechts, um zu zeigen, dass es in der Praxis machbar ist?

Wir haben in unserem Hochschulmedizingesetz – neben den strukturellen Elementen – die beiden Forschungsschwerpunkte „Versorgungssystemforschung" und „Digitalisierung des Gesundheitswesens" als wesentliche Aspekte unseres Auftrags festgeschrieben. Auch um sicherzustellen, dass diese Schwerpunkte künftig nicht unter die Räder kommen. Ein dritter Punkt, der für die eben gestellte Frage wichtig ist: Darin haben wir auch festgeschrieben, dass sich unsere Universität der Interprofessionalität widmet. Wir werden schon in Ausbildungsfragen verschiedene Berufsgruppen gemeinschaftlich unterrichten, also im besten Sinne der Delegation und der Substitution ärztlicher Leistungen – vor allen Dingen aber mit dem Ziel der definierten systemischen und systematischen Zusammenarbeit der Professionen. Das ist freilich nichts, was wir von heute auf morgen umsetzen können. Hier müssen alle Berufsgruppen aufeinander zugehen.

Das ist ein vielversprechender, aber langfristiger Ansatz, bis die ersten Absolvent:innen in der Regelversorgung tätig werden. Wie lösen Sie jedoch kurzfristig das drängendste Problem: die Regelfinanzierung der multiprofessionellen Teams jenseits der Strukturwandel-Sonderförderung?

Wir werden in der Gemeinschaftlichkeit des Innovations- und Netzwerkrats sehr sensibel definieren, was das abrechnungstechnisch heißt und in welcher Art und Weise die Verantwortung nach dem Sozialgesetzbuch geordnet ist. Wir haben den klaren Auftrag für uns, dass wir in den geplanten Primärversorgungszentren verschiedene Berufsgruppen nach ihren Fähigkeiten adäquat berücksichtigen wollen – und das muss auch adäquat finanziert werden. Da bin ich Realist und würde sagen: Das wird durchaus zu der einen oder anderen Diskussion auch über unsere Region hinaus führen.

Heißt das, dass bestehende Berufs- und Sektorengrenzen künftig neu gezogen werden müssen?

Wir sind da völlig offen. Wir wollen Versorgung vom Patienten her denken und nicht von den Strukturen her, an die wir die Patientenversorgung anpassen.

Ein Vorbild gibt es dafür: In Niedersachsen gibt es seit 2023 regionale Versorgungszentren, die im Landesgesetz verankert sind. Dient das Modell Holzminden hier als Blaupause für Cottbus?

Das sind Vorläufer, die man als Referenz nehmen kann – um daraus eine Ausgestaltung für das Brandenburger Recht zu entwickeln. Doch wohlgemerkt: Alles, was wir im Innovations- und Netzwerkrat etablieren, wird nach vorher gemeinsam definierten Kriterien wissenschaftlich evaluiert.

Anhand welcher konkreten Parameter und Endpunkte werden Sie evaluieren, ob diese neuen Versorgungsstrukturen erfolgreich sind?

Wir betrachten mehrere Dimensionen. Dazu gehören zunächst klassische Versorgungsparameter wie Erreichbarkeit, Wartezeiten, Inanspruchnahme und vermeidbare Krankenhausaufenthalte. Uns interessieren aber ebenso patientenbezogene Endpunkte, etwa Lebensqualität, Gesundheitskompetenz und die Frage, ob wir gesundheitliche Ungleichheiten verringern können. Darüber hinaus werden wir untersuchen, wie die Menschen die Versorgung subjektiv erleben und ob neue Versorgungsformen tatsächlich zu einer besseren sektorenübergreifenden Zusammenarbeit führen.

Welchen politischen Hebel erhoffen Sie sich von diesen wissenschaftlichen Auswertungen für die bundesweite Regelversorgung?

Mit diesen Auswertungen gehen wir dann nicht nur auf den Landesgesetzgeber, sondern auch auf den Bundesgesetzgeber zu. Wir hatten in der Entstehung unseres Hochschulmedizingesetzes bereits enge Kontakte zum BMG, das das Vorhaben wohlwollend begleitet hat und sicher auch in Zukunft begleiten wird.

Wie weit ist der Aufbau der Universität, insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung, schon fortgeschritten?

Wir haben die Möglichkeit, insgesamt zehn Forschungsprofilprofessuren im Bereich der Versorgungsforschung zu besetzen, dazu einen wissenschaftlichen Beirat. Die zweite Ebene ist die Grundlage für die Versorgungsforschung: Wir stehen in enger Kooperation mit dem RKI sowie mit anderen Institutionen, die bevölkerungsspezifische Studien machen. Die Realisierung des sogenannten Lausitz-Panels wird eine Grundlage dafür sein, Versorgungsforschung im Langzeitverlauf mit den Menschen in der Lausitz zu realisieren – und dadurch über den ländlichen Bereich eine spezifische Kohorte zu betrachten.

Auf welche thematischen Schwerpunkte fokussieren Sie sich innerhalb der Versorgungsforschung?

Mich interessiert besonders der Strukturwandel. Der Begriff besagt ja, dass es etwas gab, was vorher die Realität der Region bestimmt hat. Wir wollen, auch im Austausch mit dem Ruhrgebiet, erforschen, welche spezifischen Gesundheitsrisiken diejenigen haben, die früher im Bergbau gearbeitet haben. Das ist ein besonderer Auftrag an unsere Versorgungsforschung, dem man in anderen Regionen gar nicht nachkommen kann.

Sie verankern Ihr Konzept in einem salutogenetischen Leitbild. Wie übersetzt sich das methodisch in messbare Endpunkte der Versorgungsforschung, oder bleibt es bei der reinen Programmatik?

Nun, man sucht sich eine bestimmte Kontextualisierung. Wir haben zum Beispiel Sportvereine ausgewählt, in denen wir bei Veranstaltungen zur Herzgesundheit Angebote machen – wo man sich freiwillig melden und etwa über ein 24-Stunden-EKG eine Rückmeldung im Hinblick auf mögliche Gefährdungen bekommen kann. Das ist erst einmal ein technologischer Einstieg, der sich dahin weiterentwickelt, dass wir eine Gesundheits-App für die Lausitz entwickeln wollen. Eine solche App macht es jedem leicht, seine Daten zur Verfügung zu stellen, soll aber ganz praktisch auch dazu motivieren, sie aktiv zu nutzen. Dann hilft uns die Digitalisierung ganz konkret, Identifikation und Gesundheitsverhalten mit einer sinnvollen Datensammlung zum Zwecke der Versorgungsforschung zusammenzubringen. Hinzu kommt das Wissenschaftsratspapier zur Prävention, das „from research to action“ kommen soll – eine gute Grundlage, um Prävention auch in der akademischen Medizin mitzudenken.

Sie konkurrieren bei den Gesundheitsdaten mit den großen, weltweit agierenden IT-Konzernen. Worin sehen Sie in der Lausitz Ihren komparativen Vorteil gegenüber diesen globalen Playern?

Es gibt eine wachsende Zurückhaltung, nicht nur, aber auch in unserer Region, die eigenen Daten großen internationalen IT-Unternehmen zu überlassen. Bei Gesundheitsdaten ist das besonders sensibel, ja emotional: Wenn ich selbst betroffen bin, dann mache ich das vielleicht, ansonsten nicht. Auch die Datenqualität spielt eine große Rolle. Die Großen setzen auf die große Zahl und definieren Datenqualität gewissermaßen mathematisch weg. Besonders wissenschaftlich valide ist das, was wir realisieren wollen: eine vertrauensbasierte Gesundheitsberichterstattung, die auf die Qualität der Daten einzahlt. Wir können die Rahmenbedingungen viel besser definieren, als wenn Sie das in einem weltweiten Maßstab machen. Und im Hinblick auf die medizinische Versorgung können wir vieles besser als die Großen – weil wir wirklich alle Versorgungsbereiche abdecken. Da tun sich die großen Anbieter schwer, weil sie keinen direkten Zugang zur Versorgung haben – und schon gar keinen, der über alle Versorgungselemente hinweg konsistent ist.

Am 11. Oktober ist bei Ihnen in Cottbus die erste Immatrikulationsfeier – am nächsten Tag dann starten bei Ihnen 36 Studierende in das Medizinstudium. Wie ist die Versorgungssystemforschung im Curriculum verankert und inwiefern prägt sie das Profil der Ausbildung?

Inhaltlich wird die Lehre ein klassischer Modellstudiengang sein, mit patientenbezogenen Themen von Anfang an. Was bei uns eine große Rolle spielt: Wir suchen die Kapazität für die Ausbildung im ambulanten Bereich; das heißt: Praxen beteiligen sich am Unterricht. Und wir sind mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg im Gespräch, wie auch deren Perspektiven, etwa die Sozialmedizin, im Studium vermittelt werden können.

Wie wollen Sie Absolvent:innen langfristig an die Region binden?

Wir verlangen kein Commitment unserer Student:innen, dass diejenigen, die bei uns studieren, am Ende auch in Brandenburg bleiben müssen. Die Aufgabe der MUL ist es, eine Art positiven Klebeeffekt zu erzeugen. Das heißt, unsere Studierenden sollen so zufrieden sein

Zitationshinweis

Nagel, E., Roski, R., Stegmaier, P.: „Versorgung vom Patienten her denken – nicht von den Strukturen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2861

mit dem, was wir ihnen anbieten, dass sie das Gefühl bekommen: Hier will ich gar nicht wieder weg. Das klingt im ersten Moment ein bisschen romantisch. Aber aus meinen Erfahrungen aus Bayreuth kann ich festhalten: Von der ersten Kohorte unserer Absolvent:innen sind immerhin zwei Drittel in Bayreuth und Umgebung geblieben.

Sie diskutieren auch einen „regionalen Bonus“ beim Zugang. Ist das rechtlich überhaupt haltbar?

Wir sind in der Diskussion, ob es rechtliche Möglichkeiten gibt, einen regionalen Bonus zu vergeben. Das ist im Moment in der Prüfung. Alle, die sich mit Verfassungsrecht auseinandersetzen, wissen, dass das eine höchst komplizierte Angelegenheit ist. Aber auch da lassen wir nicht locker. Wir wollen, dass junge Leute aus der Region die Möglichkeit haben, in offener Kompetition zu anderen tatsächlich einen Studienplatz bei uns zu bekommen – in der Überzeugung, dass es leichter ist, Menschen für die Region zu gewinnen, die aus der Region kommen. Vielleicht tun wir uns in der Bundesrepublik insgesamt ein Stück weit zu schwer mit dem Aspekt des gleichberechtigten Zugangs, wenn wir am Ende immer wieder fragen: Wo müssen wir noch eine medizinische Fakultät gründen, damit genügend Leute in der Region bleiben? Die USA und andere Länder zeigen uns aber, dass man regionale Versorgung mit aus der Region stammenden Studierenden sehr viel effektiver abdecken kann, als wir das bisher in Deutschland tun.

Die Lausitz ist auf internationale Fachkräfte und Studierende angewiesen. Gleichzeitig erzielen migrationskritische Parteien in Teilen der Region hohe Wahlergebnisse. Welche Auswirkungen hat das?

Ich will die Problematik nicht kleinreden. Die Zustimmung zu politischen Perspektiven, die die Weltoffenheit untergraben, gibt es bei uns in Brandenburg wie an leider zu vielen Orten in Deutschland, und weltweit erleben wir das noch stärker. Das finde ich bedrohlich. Und das kränkt mich auch persönlich, weil ich der Nachkriegsgeneration angehöre, die in der Hoffnung aufgewachsen ist, dass wir dieses Thema in Deutschland überhaupt nicht mehr diskutieren müssen. Das ändert aber nichts daran, dass wir die Menschen, die so denken, ansprechen und ihnen die Vorteile einer offenen Gesellschaft nachvollziehbar machen müssen. Schauen Sie auf die Realität: In unserem Krankenhaus arbeiten bei unseren aktuell rund 4.500 Mitarbeitenden Menschen aus über 60 Nationen zusammen, darüber hinaus haben wir starke Kooperationen mit Brasilien, Marokko und Vietnam.

Viele Modelle funktionieren nur, solange Sondermittel zur Verfügung stehen. Welche Ergebnisse müssten erzielt werden, damit einzelne Ansätze auch ohne diese Förderung Bestand haben?

Die Gelder werden vor allen Dingen für den grundlegenden Aufbau benötigt, weil es bisher noch gar keine entsprechende Struktur gab. Diese Mittel sind auch für den Aufbau von Arbeitsplätzen notwendig, die an bestehenden Universitätskliniken längst geschaffen sind.

Wie soll der dauerhafte Betrieb ohne Sondermittel finanziert werden, und welche Voraussetzungen müssten andere Regionen erfüllen, um dieses Modell übernehmen zu können?

Was ich für übertragbar halte und was keine zusätzlichen Millionen oder Milliarden kostet, ist die Schwerpunktsetzung: die klare Erkenntnis, dass bei aller Notwendigkeit hochtechnologischer und grundlagennaturwissenschaftlicher Forschung die Versorgungsforschung ein Bereich ist, in dem medizinische Erfolge realisierbar sind – im Sinne einer durch Daten verbesserten Versorgung. Versorgungssystemforschung ist gemeinsam mit der Digitalisierung eine wichtige Antwort auf viele der heutigen Versorgungsprobleme, etwa die Grenzen zwischen ambulant und stationär. Dass man diese Themen vor Ort über regionale Lösungen bis vor den Bundesgesetzgeber zur Lösung bringt – das ist etwas, was ich anderen empfehlen kann. Je mehr von uns in diese Richtung gehen, desto eher wird es gelingen, den Reformstau im Gesundheitswesen sinnvoll anzugehen.

Wenn wir dieses Gespräch in zehn Jahren erneut führen würden, was müssten Sie bis dahin nachgewiesen haben, damit die MUL – CT als Modell für Deutschland gelten kann?

Wenn wir erfolgreich sind, haben wir in der Lausitz über die Jahre hinweg ein Angebot der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung geschaffen und etabliert, das alle gut untersuchten und mit medizinischem Erfolg versehenen Angebote regional vorhält. Das heißt: Eine Differenzierung zwischen der Medizin der Maximalversorgung, die in der Region umgesetzt wird, und Zentren, die auf bestimmte Weiterentwicklungen fokussiert sind. Wir werden in Cottbus zum Beispiel allerdings keine Kinderherzchirurgie realisieren und auch keine Lebertransplantation zu uns holen – das sind Aspekte, die in spezifischen Zentren verbleiben müssen. Wohl wissend, dass alles, was hochleistungsmedizinisch für die Bevölkerung in der Region angeboten werden kann, keine 200 oder 300 Kilometer Fahrzeit braucht, sondern bei uns angeboten werden kann.

Bei vielen Maximalversorgern herrscht die Überzeugung, nur mit einem lückenlosen Leistungsangebot ein vollwertiger Standort zu sein.

Da mag auch oft das Kalkül der Ertragsmaximierung eine Rolle spielen. Bei uns hingegen ist die oberste Grundlage die Verantwortlichkeit unserer Universitätsmedizin für die Versorgung in der Fläche und deren Sicherstellung.

Und woran erkennt eines Tages ein künftiger politischer Entscheider, dass aus dem Modell ein neuer Maßstab geworden ist?

Daran, dass wir nachweisen, dass sich die soziale Spaltung verkleinert. Wir erkennen gerade aus der Versorgungsforschung, dass bei allem medizinischen Fortschritt und allen hervorragenden Angeboten die soziale Spaltung im Hinblick auf Lebenserwartung und chronische Erkrankungen beständig zunimmt und nicht abnimmt. Auch dagegen wollen wir mit unserem Projekt einstehen. Mein eigentliches Ziel reicht aber weiter: Ich erhoffe mir, dass die Menschen in der Region durch den Strukturwandel mit der Medizinischen Universität Lausitz ein neues oder transformiertes Wir-Gefühl mitbekommen. Das heißt, dass die Gesundheit nicht der Stachel im Fleisch ist – also die Furcht, krank zu werden –, sondern dass die Menschen, indem sie selbst eine Kompetenz entwickelt haben, auf ihre eigene Gesundheit achten und sie positiv beeinflussen können. Wenn das gelingt, dann ist das gelungener Strukturwandel – und tatsächlich eine Versöhnung, die ich mir vorher so nicht habe vorstellen können.

Vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.