

POLITIK: Das Interview

Das Interview

Dtsch Arztebl. 2020; 117(29-30): A-1418 / B-1218

Artikel

Briefe & Kommentare

Statistik

Erläuterung des Kommentators Klaus Emmerich:

Prof. Dr. Busse und Prof. Dr. Augurzki haben im Jahr 2020 dieses Interview gegeben.

Zu späteren Zeitpunkten setzten sie ihr Gedankengut einer Klinikkonzentration und Reduzierung von Klinikstandorten auf zweifache Weise um:

- 1) Im Expertenrat zur Unterstützung für Krankenhäuser in der Corona-Epidemie durch differenzierte Covid-19-Freihaltepauschalen (Krankenhäuser ohne Notfallversorgung werden ausgeschlossen, Krankenhäuser mit Notfallstufe 1 nur geringer und bedingt gefördert)
- 2) Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020 (Umwandlung der überwiegenden Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in Integrierte Versorgungszentren mit überwiegender ambulanter Ausrichtung)

Sie sitzen zusätzlich im Beirat gemäß § 24 Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundesgesundheitsministeriums.

War die Bewältigung der Coronapandemie in Deutschland so erfolgreich, weil Deutschland so viele Krankenhausbetten hat?

Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky: Ein Faktor bei der Bewältigung der Pandemie war die große Zahl an Intensivbetten in Deutschland. Hinzu kam, dass die regionale Koordination meist gut funktioniert hat. Ein weiterer Faktor war, dass Deutschland nicht das erste europäische Land war, das getroffen wurde. Es blieb daher mehr Zeit, um das Virus in einem frühzeitigeren Stadium einzudämmen. **Kommentar:** Hier wird der Fokus bewusst auf Intensivstationen und nicht auf Klinikbetten, nichtintensivmedizinische Isolierstationen für Covid-19-Patienten blendet Prof. Dr. Augurzky aus.



Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky leitet den Kompetenzbereich „Gesundheit“ im RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen. Foto: Sven Lorenz RWI

Prof. Dr. med. Reinhard Busse: Dass Deutschland die Situation vergleichsweise gut gemanagt hat, liegt primär nicht daran, dass die Krankenhäuser erfolgreich behandelt haben, sondern dass wir die Patienten, die nicht unbedingt stationär behandelt werden mussten, von den Krankenhäusern ferngehalten haben. Hier hatte das RKI gerade noch rechtzeitig geraten, positiv getestete Personen nicht stationär einzuweisen. **Kommentar:** Prof. Dr. Busse würdigt die Bedeutung der stationären Covid-19-Behandlung grundsätzlich herab.

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg: Deutschland ist bisher so gut durch die Krise gekommen, weil wir sehr früh mit den Tests angefangen und die Testkapazitäten schnell hochgefahren haben. Ein weiterer wichtiger Grund ist, dass wir anders als viele andere Länder relativ früh die Testung und Behandlung in den ambulanten Bereich verlagert und nur Personen mit vergleichsweise schweren Verläufen stationär eingewiesen haben.

Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock: Vier wichtige Faktoren könnten zur erfolgreichen Bewältigung der Pandemie beigetragen haben: das sehr gut ausgebaute ambulante Versorgungsnetz, die große Zahl stationärer Intensivbetten, die Möglichkeit, sehr rasch auf eine große Zahl von planbaren Eingriffen zumindest kurzfristig verzichten zu können, und der Faktor, dass deutsche Krankenhäuser aus der Situation von Italien lernen konnten. **Kommentar:** Dies aber ist keine Lösung sondern der Beweis, dass es zu wenig Vorhaltebetten gibt.

Welche Erkenntnisse haben Sie persönlich im Hinblick auf die Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft aus der Coronapandemie gezogen?

Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky: Wir haben in Deutschland eine dezentrale Versorgungsstruktur. In einer Pandemie ist das vorteilhaft. Das heißt aber nicht notwendigerweise, dass es vorteilhaft ist, wenn wir sehr viele Krankenhausstandorte haben. Eine stärkere Bündelung der Kapazitäten, verbunden mit einer größeren Spezialisierung, widerspricht nicht dem Gedanken, dezentral handeln zu können.

Kommentar: Trotz Corona ein Plädoyer für Standortabbau

Prof. Dr. med. Reinhard Busse: Wie bei jeder anderen schweren Erkrankung sollten nur solche Krankenhäuser die Patienten behandeln, die über die entsprechende technische und personelle Ausstattung verfügen. Wegen der hohen Zahl an Patienten, die beatmungspflichtig werden, kommen nur Krankenhäuser mit genügend großen Intensivstationen infrage, da sich der Zustand der Patienten sehr schnell verschlechtern kann.

Kommentar: Trotz Corona ein indirektes Plädoyer für Standortabbau



Prof. Dr. med. Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg: Wir haben erneut gesehen, dass uns der Pflegepersonalmangel in vielen Krankenhäusern in gefährliche Situationen bringen kann. Der durch den Gesetzgeber begonnene Weg mit Pflegepersonaluntergrenzen sollte weiter beschritten werden. **Dazu gehört auch eine Umstrukturierung von nichtbedarfsnotwendigen Krankenhäusern, um das Personal dort zu bündeln**, wo es wirklich benötigt wird.

Kommentar: Trotz Corona ein Plädoyer für Standortabbau

Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock: Es war sehr erfreulich zu sehen, mit welcher Geschwindigkeit und Lösungsorientierung über sämtliche System- und Sektorengrenzen hinweg gearbeitet werden konnte. Für die Perspektive der stationären Versorgung gilt dies insbesondere für die Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Rettungsdienst.

Wie sollte die Krankenhauslandschaft in den kommenden Jahren umgestaltet werden?

Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky: Es gilt, zwischen einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Normalzeiten und einer guten Versorgung in Krisenzeiten abzuwägen. Wichtig ist, dass das Gesundheitswesen flexibel aufgestellt ist. **Wir sollten im Krisenfall Ressourcen möglichst schnell umwidmen können**. Hierzu könnten wir am Computer verschiedene Katastrophenfälle für unterschiedliche Krankenhausstrukturen durchspielen.

Kommentar: Später entwickelten Busse/ Augurzky den Vorschlag Integrierter Versorgungszentren mit wenigen stationären Betten (für die Umwidmung?)

Prof. Dr. med. Reinhard Busse: Die Krankenhausversorgung muss künftig endlich von der Bevölkerung her, nicht vom einzelnen Krankenhaus, gedacht werden. **Technische und personelle Vorgaben sowie Mindestmengen sind die wesentliche Voraussetzung für Qualität – sie sollten verpflichtend vorgegeben sein. Das würde zu einer Reduzierung der Krankenhauszahlen führen**, aber gleichzeitig zu mehr Qualität.

Kommentar: Trotz Corona ein Plädoyer für Standortabbau

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg: Die im Konjunkturpaket der Bundesregierung vorgesehene Ausweitung des Krankenhausstrukturfonds ist folgerichtig. **Außerdem sollten die Maximalversorger und Unikliniken im Rahmen der Vergütung gestärkt werden**, die im Krisenfall die Hauptakteure sind, die aber in den letzten Jahren durch die Vergütung sowie durch die fehlenden Investitionen unter die Räder geraten sind.

Kommentar: Dies wurde in der 2. Stufe der Freihaltepauschalen umgesetzt und gefährdet (bewusst) kleine Krankenhäuser

Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock: Das Verhältnis von ärztlichem und pflegerischem Personal im Krankenhaus zur Anzahl der zu betreuenden Patienten sollte verbessert werden. **Gelingen kann dies nur in einer deutlich überregional angelegten Strukturplanung mit klaren Zielen, welches Versorgungsniveau Patientinnen und Patienten erwarten dürfen. Hierfür werden auch geeignete Kennzahlen und Qualitätsindikatoren benötigt**.



Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg ist Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg. Foto: Universität Hamburg/Valeska Achenbach

In der Pandemie haben Krankenhäuser vielfach gut zusammengearbeitet. Wie kann eine solche Kooperation für die Zukunft angereizt werden?

Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky: Ein Weg geht über eine **strenge Krankenhausplanung, verbunden mit der Vergabe von Investitionsfördermitteln nur bei Erfüllung der Planungsvorgaben**. Ein anderer Weg geht über die Stärkung der Patienten. Wenn sich die Gesundheitsversorgung stärker an deren Bedürfnissen ausrichtet, werden sich die Anbieter einer Region aus Eigeninteresse über alle Sektorengrenzen enger vernetzen.

Kommentar: Mehr Investitionsmittel für große, weniger für kleine Krankenhäuser, bewusste Förderung (kleiner) Insolvenzen

Prof. Dr. med. Reinhard Busse: **Es muss abgesprochen (oder vorgegeben) werden, welches Krankenhaus welche Patienten behandelt – und welche nicht**. Für COVID-19 sollte es ausgewählte „Level-1“-Krankenhäuser mit besonderer Expertise und Ausstattung geben, „Level-2“-Häuser für die Behandlung weniger stark erkrankter COVID-19-Patienten und „Level-3“-Häuser für die Behandlung anderer intensivpflichtiger Patienten.

Kommentar: Die differenzierten Freihaltepauschalen der 2. Stufe sind ein Beleg dafür: Diese Berater setzen Krankenhauspolitik um!

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg: Das Shared-Care-Making zwischen den Häusern hat schon immer in ausgewählten Bereichen gut funktioniert, zum Beispiel bei seltenen Erkrankungen. Auch im bestehenden Vergütungssystem haben Krankenhäuser Anreize für Kooperationen. Kooperationen können die Effizienz und finanzielle Performanz eines Hauses erhöhen, das haben wir in einer Untersuchung aus dem Jahr 2015 gezeigt.

Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock: Schon lange vor der Pandemie haben Kliniken über Trägergrenzen hinweg zusammengearbeitet. Generell gilt: Die Zusammenarbeit ist grundsätzlich anreizabhängig. Schafft ein System Anreize, gegeneinander zu arbeiten, werden die Träger im stationären Gesundheitswesen gegeneinander arbeiten. Gelingt es, ein Anreizsystem auf die Zusammenarbeit auszurichten, wird auch dies geschehen.



Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock ist die kommissarische Leiterin des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie an der Uniklinik Köln. Foto: privat

Welche Lehren kann man aus der Coronapandemie hinsichtlich der Krankenhausfinanzierung ziehen?

Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky: Wir brauchen Vergütungsanreize zur Ambulantisierung der Medizin. Gleichzeitig müssen wir die ambulante Versorgung entlasten, indem wir stärker auf digitale Angebote setzen. Eine Idee sind regionale Gesundheitsbudgets vor allem in ländlichen Regionen: Wenn ein Krankenhaus weniger stationäre Fälle, dafür aber mehr ambulante Fälle erbringt, soll es keinen wirtschaftlichen Schaden davon haben.

Kommentar: Trotz Corona ein Plädoyer für Standortabbau

Prof. Dr. med. Reinhard Busse: Wesentlich ist, dass kein Krankenhaus Geld erhalten sollte, das für die Behandlung eines Patienten nicht ausreichend qualifiziert ist – etwa ein Krankenhaus ohne Stroke Unit für einen Schlaganfall-patienten. Dann kann man auch über Zuschläge für besonders gute Qualität nachdenken, etwa wenn überdurchschnittlich viele Patienten nach einer Hüftoperation wieder schmerzlos laufen können.

Kommentar: Weniger Geld für kleine Krankenhäuser, drohende (gewollte) Insolvenzen

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg: Die Krise hat uns noch mal veranschaulicht, dass die primär fallorientierte Vergütung zu kurz greift und der Ein-Haus-Ansatz der DRG-Vergütung die Versorgungsstufen verschwimmen lässt, die aber eher geschärft werden müssen. Sinnvoll wäre eine Integration von Vorhaltepauschalen für Leistungen in bedarfsnotwendigen Krankenhäusern, die unabhängig von der Fallzahl erbracht werden müssen.

Kommentar: Die gerechte Lösung wäre ein Ersatz der Fallpauschalen durch kostendeckende Vergütungen, dies aber ist nicht gewollt.

Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock: Die Krankenhausfinanzierung ist auf den Bedarf und die Qualität der Leistungserbringung auszurichten. Dabei sollten Vorhalteleistungen für Bereiche wie die Geburtshilfe berücksichtigt werden. Auch eine stärkere Berücksichtigung der Ausbildung wäre sinnvoll. In der derzeitigen Finanzierung fehlt der Anreiz, Zeit und Ressourcen in die Ausbildung junger Ärzte zu investieren.