

„Wir müssen unser Gesundheitswesen entfesseln!“

Interview mit Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der DKG

Ein brandneues Buch, das Sie zusammen mit Ihrer Stellvertreterin Prof. Henriette Neumeyer und DKG-Präsident Ingo Morell herausgeben, beschäftigt sich mit der Zukunft des Krankenhauses. Was war die Motivation für dieses Buch? Warum ist Ihnen der Blick in die Zukunft wichtig?

Wir verstehen uns als Verband, der eine aktive Rolle wahrnimmt, was die Gestaltung der Zukunft betrifft. Wir liefern Impulse, die über den Tag hinausreichen und zeigen auf, wie aus unserer Sicht die Zukunft der Kliniken und der Gesundheitsversorgung aussehen könnte, welche Herausforderungen auf uns warten und wie entsprechende Perspektiven und Lösungen aussehen könnten. Dafür haben wir viele namhafte Autorinnen und Autoren mit ihrer Expertise angesprochen und um ihre Beiträge gebeten.

Ist dies eine erfreuliche Perspektive angesichts der düsteren Gegenwart?

Wir haben in unserem Buch eine Perspektive ungefähr bis zum Jahr 2040 gewählt. So lang ist die Zeitspanne bis dahin nicht, aber wir glauben, dass es möglich ist, die Weichen dafür zu stellen und die Zeit zu nutzen, um unsere Zukunft zu gestalten.

Die Perspektiven sind grundsätzlich positiv, denn wir haben viel Potenzial noch nicht ausgeschöpft, das andere Länder schon erfolgreich nutzen. Dies betrifft beispielsweise die Digitalisierung oder einen stärkeren Fokus auf Prävention. Auch die Möglichkeit, Gesundheitsberufe mit neuen Kompetenzen auszustatten, ist hier zu nennen. Wenn wir in diese Potenziale, die bisher in Deutschland ungenutzt geblieben sind, konsequent investieren, werden wir das Gesundheitssystem erfolgreich für die Zukunft aufstellen.

Wir müssen versuchen, über die aktuelle Situation hinauszudenken und trotzdem auch auf die kurzfristigen Änderungsnotwendigkeiten hinweisen. Es ist nicht vorstellbar, dass wir weitere fünf oder zehn Jahre eine derartige Unterfinanzierung der Krankenhäuser fortsetzen und dass wir einer so großen Unsicherheit gegenüberstehen, wie es weiter geht mit der Versorgung. Wir müssen jetzt, in den kommenden zwei Jahren, zu grundlegenden Entscheidungen kommen. Es muss klar sein, was die Politik, also Bund und Länder gemeinsam, will. Wir müssen wissen, wie die Investitionsfinanzierung künftig sein wird, und wie auch mehr Gestaltungsspielraum für die Krankenhäuser geschaffen werden kann. Die Kliniken brauchen



Dr. Gerald Gaß blickt verhalten zuversichtlich in die Zukunft 2040. Krankenhäuser würden mehr Gestaltungsspielraum bekommen: „Wir hoffen insgesamt auf eine umfassende Deregulierung“, so der DKG-Vorstandsvorsitzende. Foto: Jens Jeske.

mehr unternehmerischen Handlungsspielraum, um als agile Unternehmen die Zukunft entwickeln zu können. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern brennen für ihren Job, Führungskräfte wollen endlich wieder gestalten und nicht verwalten.

Wie wird, wie sollte die Krankenhausplanung 2040 gestaltet sein?

Diese Weichen müssen jetzt gestellt werden. Klar ist: Die Krankenhausplanung wird in Verantwortung der Länder bleiben. Die Länder sind näher dran am Ort des Geschehens als der Bund, sie haben den richtigen Blick dafür, welche Notwendigkeiten es in ihrem Bundesland, in ihrer Region in Bezug auf die Versorgung gibt. Viele Gesundheitsminister der Länder betonen die Unterschiedlichkeit der Situation in ihrem Bundesland, wo es große verdichtete Regionen gibt, aber auch ländliche Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte, die ganz andere Strukturen erfordern.

Die aktuell von Karl Lauterbach gewünschte „One Size Fits All“-Lösung wird nicht funktionieren. Wir brauchen Gemeinsamkeiten aller Länder im Bereich der Krankenhausplanungsgrundsätze. Wir unterstützen auch die Idee, künftig gemeinsam und einheitlich nach Leistungsgruppen zu planen. Wir brauchen dann aber auch Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume in den Ländern, um auf konkrete Versorgungsbedarfe und die Knappheit von Ressourcen eingehen zu können. Es nutzt ja nichts, hohe Anforderungen an Personalvorhaltungen für bestimmte Leistungsgruppen zu formulieren, die dann aber dazu führen, dass ganze Regionen im Prinzip unversorgt bleiben und Patienten wirklich sehr weite Wege zurücklegen müssten, um ein Krankenhaus zu finden. Aber auch für das allgemeine Verständnis der Gleichheit der Lebensbedingungen zwischen ländlichen Räumen und städtischen Gebieten können wir nicht nur Maximalversorgung anbieten. Wir brauchen hier eine Balance zwischen besonders hoher Qualität und Erreichbarkeit. Das heißt auch, dass wir uns von dem heute engen Standortbegriff lösen müssen. Krankenhausversorgung wird zukünftig viel stärker in regionalen Versorgungsnetzwerken stattfinden. Hier wird auch Telemedizin eine ganz andere Bedeutung bekommen. Das ist die politische Aufgabe der Zukunft.

Und wie die Investitionsfinanzierung?

Die unzureichende Finanzierung der Investitionen ist eine der wesentlichen Ursachen für unsere wirtschaftliche Misere. Wir müssen zum Teil in sehr veralteter Infrastruktur arbeiten. Die Krankenhausträger müssen aus den Erlösen heraus Investitionsmittel erwirtschaften, was im System so nicht vorgesehen ist. In dieser Situation trifft uns die aktuelle Entwicklung mit stark gestiegenen Sach- und Personalkosten besonders hart.

Ich habe die Erwartung und die große Hoffnung, dass, wenn es tatsächlich zur großen Transformation kommt und wenn tatsächlich zunächst einmal 50 Mrd. € zum Umbau der Krankenhauslandschaft zur Verfügung gestellt werden, dass dann auch eine Verpflichtung für die Bundesländer gesetzlich festgeschrieben wird, dass sie perspektivisch eine bestimmte Investi-

tionsquote für ihr Bundesland zu erfüllen haben. Wir liegen derzeit bei einer Quote von etwa 2,5 % geförderte Investitionen gemessen am Umsatz der Krankenhäuser. Das ist in etwa das Niveau der Landwirtschaft. Die Krankenhäuser sind eine Hochtechnologiebranche, die damit niemals den modernen Standard erreichen kann, der notwendig und wünschenswert wäre.

Sie rekurrieren mit dem Buch vor allem auf das Jahr 2040. Dann ist das, was heute als künftiges Horrorszenario im Gesundheitswesen und Sozialsystem projiziert wird, Gegenwart: Die Boomer sind die Generation der Alten. Was bedeutet das für die stationäre Versorgung?

Natürlich wird mit der höheren Zahl älterer Menschen auch der Versorgungsbedarf wachsen. Wir können aber an zwei zentralen Stellen diesen zukünftigen Versorgungsbedarf beeinflussen und sein Wachstum in Grenzen halten. Dafür müssen wir zum einen ein stärkeres Gewicht auf die Prävention legen: Bei heute über 60-Jährigen können Erkrankungen, die einen großen Versorgungsbedarf haben, vermieden oder herausgeschoben werden, chronischen Erkrankungen kann wirksam besser vorgebeugt werden.

Und zum anderen müssen wir Patienten künftig besser zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort versorgen. Fehlversorgung entsteht heute zum Beispiel dadurch, dass Patienten sich zu lange im System bewegen, bis sie den richtigen Ort für ihre Versorgung gefunden haben und die entsprechende Therapie beginnen kann. Das muss anders werden. Hier wird die Verfügbarkeit und Nutzung von Daten, auch die elektronische Patientenakte, einiges bewirken können. Damit die Patientensteuerung besser funktioniert, müssen aber auch die Sektoren enger zusammenwachsen. Die Versorgung der Patienten kann verbessert und die Inanspruchnahme von Ressourcen effizienter gestaltet werden. Auch das sind bisher ungenutzte Potenziale.

Wie wird die Selbstverwaltung in 15 oder 20 Jahren aufgestellt sein?

Man muss sich nochmal in Erinnerung rufen, was das eigentliche Ziel der Selbstverwaltung ist. Ihre Aufgabe ist es, eine Rahmengesetzgebung, die vom Bund formuliert wird, mit Leben zu füllen – und zwar durch die Partner der Selbstverwaltung, die nah dran sind am Geschehen des Gesundheitswesens.

In den vergangenen Jahren ist dieses System in Schiefelage geraten. Weil der Gesetzgeber zum Teil unklare Vorgaben gemacht hat, aber auch Strukturentscheidungen an die Selbstverwaltung delegiert hat, ist viel an Dissens in die Selbstverwaltung getragen worden, wo die Partner aus einer sehr unterschiedlichen Interessenslage kommen und sich dennoch einigen sollen. Mit diesen Erwartungen des Gesetzgebers wurde auch die Arbeit und Partnerschaft im Gemeinsamen Bundesausschuss belastet. Bevor Entscheidungen und Empfehlungen von der Selbstverwaltung getroffen werden, vergeht oftmals sehr viel Zeit. Das

wiederum führt zu Unmut in der Politik. Wir haben es aber auch mit komplexen Themen zu tun, die Sorgfalt und gute wissenschaftliche Standards erfordern. Beim Bundes-Klinik-Atlas sehen wir ja gerade was passiert, wenn man solche Projekte aus politischen Gründen übers Knie bricht.

Ich denke, wir brauchen einen gewissen Neustart in der Frage, wie ist eigentlich das Verhältnis zwischen den Vorgaben des Gesetzgebers und dem, was dann von der Selbstverwaltung zu leisten ist. Wir haben mittlerweile eine Situation, in der auch der Verwaltungsaufwand in der Selbstverwaltung extrem angestiegen ist. Wenn wir uns anschauen, wie sich die Mitarbeiterzahlen in den Organisationen der Selbstverwaltung entwickelt haben, von den verschiedenen Partnern der Selbstverwaltung bis hin zum G-BA und den Instituten, dann führt uns das auch die Überregulierung im deutschen Gesundheitswesen deutlich vor Augen. Alles, was im G-BA an Regeln aufgestellt wird, muss ja irgendwie er- und später bearbeitet werden, und das machen die Selbstverwaltungspartner mit großem Engagement und Leidenschaft. Da braucht es vielleicht auch eine gewisse Disziplinierung, also entsprechende Vorgaben des Gesetzgebers, die diesen Regulierungsaufwand auch begrenzt, indem er klare Vorgaben macht, was zu regeln ist – und was nicht.

Wie können die Kliniken der Zukunft den dramatischen Klimaveränderungen begegnen?

Auch hier sind Investitionen notwendig – und das ist sehr sinnvoll. Diese Investition lohnt sich: Wenn wir die Investitionen zur Reduzierung des CO₂-Ausstoßes volkswirtschaftlich betrachten, kann man mit einem Euro, investiert in die CO₂-Neutralität eines großen Krankenhausgebäudes, sehr viel mehr CO₂ einsparen, als wenn man ihn in den Heizungsaustausch von 1 000 Einfamilienhäuser investiert.

Ist hier die Klimaschutzpolitik der Bundesregierung hilfreich?

Die Bundesregierung sollte die Überlegungen, die in den verschiedenen Politikfeldern existieren, auch die großen politischen Ziele, über die Ressorts hinweg abstimmen. Es macht keinen Sinn, wenn jedes Ressort seine eigenen Ideen entwickelt, wir uns aber mit Situationen auseinandersetzen müssen, die global zu betrachten sind – beispielsweise beim Thema Klimaschutz. Die Ministerien müssen zusammen Konzepte entwickeln, wie sie am besten im Sinne der Volkswirtschaft und im Sinne des Klimaschutzes investieren. Ich kann nicht erkennen, dass das passiert.

Das gilt auch für andere Themenbereiche, etwa die Digitalisierung. Wenn wir dafür sorgen wollen, dass die Betriebskosten sinken, dann müssen wir auch in Digitalisierung investieren. Das betrifft nicht nur das Gesundheitsressort. Auch das Arbeitsministerium und das Wirtschaftsministerium sind hier gefordert. Arbeitskräfte, die dadurch in der einen Branche eingespart werden, kommen anderen zugute. Wir werden es uns nicht mehr leisten können Arbeitskraft einzusetzen, wo es gute digitale Substitute gibt.

Hat die aktuelle Krankenhausreform eine Chance, zum Erfolg zu werden?

Zum Erfolg kann sie nur werden, wenn Bund und Länder in anderer Weise zusammenarbeiten als in den zurückliegenden zwei Jahren. Wenn die Krankenhausreform jetzt irgendwie die parlamentarische Hürde schafft, ohne dass der vielfältige Dissens gelöst wird, wird der Streit über die nächste Bundestagswahl hinweg in die nächste Legislaturperiode hineingetragen. Und wir werden erleben, dass die Reform, wenn sie vielleicht noch in diesem Jahr beschlossen wird, von einer neuen Regierung zumindest in Teilen wieder verworfen wird.

Das kann niemand wollen. Aber es ist auch nicht denkbar, dass eine schlechte Reform einfach umgesetzt und durchgezogen wird. Deshalb würden wir uns wünschen, dass es noch vor der Beschlussfassung wirklich grundlegende gute Kompromisse gibt zwischen Bund und Ländern und dann eine wirklich tragfähige Reform verabschiedet wird, die in ihren Grundzügen dann eben nicht von einer neuen Regierung infrage gestellt werden muss. Ich kann allerdings im Moment nicht erkennen, dass wir auf dieses Szenario hinauslaufen, weil Minister Lauterbach mehrfach seine Kompromissunfähigkeit zum Ausdruck gebracht hat. Er will seine „Revolution“ durchziehen.

Wie sieht die Krankenhausversorgung 2040 aus – im besten und im schlimmsten Falle?

Ich kann nur eine positive Prognose wagen, den schlimmsten Fall haben wir nicht durchdacht und möchten wir uns auch gar nicht ausmalen. Die Strukturentwicklung, wie wir sie uns wünschen, orientiert sich an der Versorgungssicherheit des Patienten und an der Versorgungsqualität.

Im besten Fall werden wir im Jahr 2040 eine Krankenhausstruktur haben, die insgesamt weniger Standorte umfasst, diese Standorte aber mit ihrem Umfeld in einem regionalen Versorgungsnetzwerk abbildet. Dort werden Behandlungszentren mit peripheren Häusern, aber auch mit dem niedergelassenen Bereich im Interesse der Patientinnen und Patienten enger zusammenarbeiten. Wir werden viel mehr digitalisierte Behandlungsangebote haben, wir werden erleben, dass Patienten in der Peripherie aus Zentren heraus Angebote gemacht werden und sie werden vom ärztlichen Know-how dieser Zentren profitieren.

Krankenhäuser werden dafür in Zukunft mehr Gestaltungsspielraum bekommen. Wir hoffen insgesamt auf eine umfassende Deregulierung. Wir brauchen Regulierung dort, wo sie dem Patienten und der Versorgungssicherheit dient. Wir brauchen keine Regulierung, um Strukturen zu entwickeln. Dafür sind die Krankenhausplanungsbehörden zuständig.

Wir müssen unser Gesundheitswesen entfesseln und die Innovationskraft wieder stärken. Eine klare Deregulierung und finanzielle Anreize müssen den Menschen wieder Lust machen, zu gestalten. Wir müssen den Krankenhäusern und ihren Beschäftigten Befreiheit geben und ihnen das Vertrauen schenken, dass sie das Wohl der Patienten und der Gemeinschaft im Blick haben.

Das Interview führte Katrin Rüter