



Foto: sasun Bughdaryan – stock.adobe.com

Das Krankenhaus der Zukunft

Grundsätzliche Überlegungen und Forderungen an die Politik sowie die Leistungserbringer

Von Prof. Dr. Wolfgang George und Prof. Dr. Karsten Weber

Die deutsche Gesundheitspolitik sowie auch die Krankenhauslandschaft müssen sich grundlegenden Transformationen unterziehen, um auch in Zukunft konkurrenzfähig zu bleiben und die Patientenversorgung gewährleisten zu können. Der folgende Beitrag liefert dazu einige Anregungen.

Keywords: Gesundheitspolitik, Strategie, Innovation

Angesichts der Diskussionen um einzelne Regelungen des Digitalen Versorgungsgesetzes (DVG) treten die grundsätzlichen Fragen über die Zukunft der Gesundheitsversorgung ein wenig in den Hintergrund. Das heißt aber nicht, dass hierzu nicht diskutiert würde oder kein Gesprächsbedarf bestünde – im Gegenteil. Es existiert dazu sowohl eine fachliche Debatte, die insbesondere durch eine im Sommer 2019 veröffentlichte Bertelsmann-Studie zur Zukunft der in Deutschland betriebenen Krankenhäuser angestoßen wurde, als auch eine öffentlich bzw. massenmedial geführte Auseinandersetzung in Anknüpfung an einen im Nachrich-

tenmagazin *Stern* veröffentlichten Aufruf deutscher Ärzte und Ärztinnen im Hinblick auf die fortschreitende Ökonomisierung der Krankenhäuser in Deutschland. Ergänzt werden beide Debattenstränge zusätzlich durch die im Herbst des Jahres 2019 erschienene Studie zur Zukunft der Krankenhauslandschaft in NRW sowie durch das im Dezember 2018 erschienene Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) „Medizin und Ökonomie. Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung“.

Im Grundsatz geht es sowohl in der fachlichen als auch in der öffentlichen bzw. massenmedialen Diskussion um die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung insbesondere im Kontext der Krankenhäuser, denn dort finden sich all die Herausforderungen, mit denen sich das bundesdeutsche Gesundheitssystem konfrontiert sieht, in geballter Form. Da sich die Rahmenbedingungen der Tätigkeit der Krankenhäuser, bspw. in sozialer, ökonomi-

scher, gesellschaftlicher oder auch technischer Hinsicht, teilweise rasant verändern, stellt sich die Frage, wie nun das Krankenhaus der Zukunft beschaffen sein sollte bzw. müsste, um den gesetzlich formulierten und gesellschaftlich erwarteten Versorgungsauftrag auch zukünftig gestalten zu können.

Will man hierauf eine Antwort finden, könnte man ins Detail gehen und den Versuch einer genaueren Beschreibung der (potenziellen) Auswirkungen von im weitesten Sinne technischen Entwicklungen starten, wie sie etwa durch die Digitalisierung, der Einführung neuer gentechnischer Methoden oder neuer medikamentöser klinischer Behandlungsverfahren zu erwarten sind. Entsprechende Entwicklungen werden mit Sicherheit die Krankenhauslandschaft massiv verändern. Doch die daran anknüpfenden Detailbetrachtungen verfehlen in aller Regel die grundsätzlichen Fragen; oftmals gilt das selbst für gesundheitsökonomische Diskussionen, bspw., ob sich der DRG-Entgeltmodus als weiter entwickelbar oder als grundsätzlich ungeeignet erweist.

Auch auf die Gefahr hin, dass der Blick auf das Grundsätzliche umgekehrt mit dem Problem behaftet ist, keine konkreten Vorschläge zu liefern und zu eher wohlfeilen Appellen führt, soll im Folgenden trotzdem versucht werden, einige grundsätzliche Überlegungen zu den Aufgaben der Krankenhäuser der Zukunft anzustellen und auf diese Weise und damit vielleicht Hinweise zu gewinnen, welchen Auftrag die Gesundheitsversorgung als Ganzes eigentlich übernehmen soll.

Studien, Positionspapiere und Appelle

An der Bertelsmann-Studie über die Ausgestaltung der Krankenhausversorgung in Deutschland ist nicht zuletzt die öffentliche Reaktion von besonderem Interesse. Denn schon eine oberflächliche Recherche mithilfe einer beliebigen Suchmaschine im Internet zeigt, dass diese Studie äußerst polarisiert aufgenommen wurde.

Versucht man die Studie sachlich zu bewerten, so sagt sie im Wesentlichen Folgendes: Durch Bündelung und Zentralisierung könnte eine effizientere Ressourcenallokation bei gleichzeitiger Qualitätssicherung oder gar -steigerung erreicht werden; daher müssten von den ca. 1.400 Krankenhäusern in Deutschland ungefähr 800 Häuser geschlossen werden. Im Kern nimmt die Studie also Bezug auf Versorgungssicherheit und -qualität bei gleichzeitiger Betonung der ökonomischen Rahmenbedingungen. Im Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen werden ähnliche Schlüsse gezogen – nun aber bezogen auf ein einzelnes Bundesland. Es wird die Einführung einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung gefordert, da es eine Überversorgung in den Ballungsgebieten bei gleichzeitiger Unterversorgung in ländlichen Regionen gäbe. Darüber hinaus müssten Doppelstrukturen ab- und Spezialisierungen aufgebaut werden. Für die Ballungszentren in Nordrhein-Westfalen könnte dies durchaus die Schließung von Krankenhäusern bedeuten.

Diesen Gutachten bzw. Studien steht nun ein mit viel Pathos formulierter Appell gegenüber. Im Nachrichtenmagazin *Stern* (Ausgabe 37, 05.09.2019) fordern 215 Ärzte und Ärztinnen sowie 19 Fachgesellschaften (u.a. Landesärztekammern) unter der Überschrift „Mensch vor Profit, rettet die Medizin!“ einen grundlegenden Wandel der Finanzierung des Gesundheitssystems, denn sie und viele weitere Mitunter-

chenden Medizin). Weiterhin wird auf die (unzureichende) Führungsverantwortlichkeit und auf das Selbstverständnis des Krankenhausmanagements, das, statt sich an einer ressourcenbewussten Daseinsfürsorge auszurichten, dem Leitziel Erlössteigerung folge, hingewiesen. Zuletzt wird die Krankenhausplanung und -finanzierung benannt und ein abgestuftes, zugleich integriertes transsektorales und im-

„Besondere Bedeutung in der Diskussion um die Patientenversorgung im Krankenhaus besitzt auch die 2016 verabschiedete Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“.“

zeichner des Appells stellen das DRG-System und den mit diesem System einhergehenden wirtschaftlichen Druck grundsätzlich infrage. Eine Reform sei, so die Appellanten, überfällig. Es könne nicht länger Herzkatheteruntersuchungen und invasive Beatmungen auf Intensivstation belohnen und dagegen Akteure, die umsichtig handelten, bestrafen. Seit Erscheinen des Aufrufs haben sich weitere Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen diesem Appell angeschlossen. Warum sich die z.T. harsch vorgetragene Kritik mit dem zentralen Argument, die Patienten dürften nicht auf deren Beitrag zur Wertschöpfung im Gesundheitswesen reduziert werden, allein auf die Krankenhausversorgung bezieht, bleibt jedoch weitgehend im Unklaren.

Mit deutlich weniger Pathos kritisiert die AWMF in einem zum Jahreswechsel 2018/19 veröffentlichten Positionspapier ebenfalls die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und sieht diese als Ausdruck unzureichender Steuerung (Unter-, Fehl- und Überversorgung) an; gleichzeitig wird eine Orientierung etwa an leitlinien- und patientenorientierter Arbeit eingefordert. Zur Abhilfe der problematischen Situation empfiehlt die AWMF an erster Stelle eine verbesserte Patienteninformation und die partizipative Miteinbeziehung der Patienten (Shared Decision Making und Ausbau der spre-

mer regional bezogenes Versorgungsmodell vorgeschlagen. Die Erlösentnahme zur Generierung von Unternehmensprofiten lehnt die AWMF ebenso ab wie deren Verwendung für Investitionen – insbesondere Letzteres kann angesichts der Herausforderungen, die bspw. mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens einhergehen werden, durchaus kritisch gesehen werden.

Besondere Bedeutung in der Diskussion um die Patientenversorgung im Krankenhaus besitzt auch die 2016 verabschiedete Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“. Fehlanreize, Kostendruck und Zeitmangel würden alle Stakeholder, insbesondere aber Patienten wie auch Beschäftigte betreffen. Der Rat mahnt daher die Überwindung bestehender Unzulänglichkeiten des DRG-Systems hin zu einem stärker ressourcen-reflexiven Wirtschaften an und setzt auf drei Kriterien:

1. Qualität in Behandlung, Diagnostik und Therapieentscheidung;
2. „Eine selbstbestimmungsermöglichende Sorge“ um die Patienten;
3. Gerechtigkeit im Hinblick auf Zugang und Verteilung von Gesundheitsleistungen.

Lessons learned?

Die Zusammenführung dieser verschiedenen Debatten über das Krankenhaus der Zukunft fällt schwer, weil die Positionen sehr ►



polarisiert sind. Zudem darf nicht vergessen werden, dass die Gestaltung des Gesundheitswesens, nicht nur im Hinblick auf Krankenhäuser, zum einen durch die Konkurrenz verschiedener Partikularinteressen erschwert wird und zum anderen dadurch, dass im Gesundheitswesen die Logik des Marktes frontal mit staatlicher Planung, politischen Eingriffen und Gemeinwohlorientierung kollidiert.

Angesichts dieser Situation sagt der Präsident der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), Daniel Scheidegger: „Wenn wir so weitermachen, fahren wir das System an die Wand“. Auch wenn die Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme in der Schweiz und in Deutschland verschieden sind und damit ein direkter Transfer von Einsichten nicht möglich sein wird, könnte und sollte man trotzdem versuchen, von den Nachbarn zu lernen. So lautete eine wesentliche schweizerische Einschätzung, dass die Medizin unrealistische Erwartungen wecke und sich

hierdurch mitverursacht mit unrealistischen Erwartungen konfrontiert sehe: „Das Gesundheitsverlangen ist unbegrenzt, die Ressourcen sind begrenzt“. Es bestehe nicht nur ein Verteilungskampf um immer zu knappe Ressourcen (12,2% des Schweizer BIP 2016, zum Vergleich in der Bundesrepublik Deutschland 11,2%), sondern auch eine zusehende Konfliktlage bzgl. der Rechtfertigung der großen Anteile am BIP und des im Vergleich mit der Inflation überproportionalen Anstiegs der Kosten.

Um darauf zu reagieren geht man in der Schweiz zwischenzeitlich von einem zukünftigen Krankenhausversorgungsmodell aus, das zwei Versorgungsaufträgen folgt: Fach- bzw. Maximalversorger in den zentralen Städten auf der einen sowie regionale, den Menschen räumlich nahe Krankenhäuser, in denen die stationäre Grundversorgung ermöglicht wird, auf der anderen Seite. Für jene, die eine gesamtdeutsche Erinnerung besitzen, mag das vertraut klingen, denn in gewisser Weise kann man das als die Wiederkehr der Poliklinik verstehen. Das (Qualitäts-)Problem der kleinen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung war bzw. ist bis heute weniger deren Existenzberechtigung; vielmehr steht (oder müsste stehen) zur Debatte, dass dort aktuell Eingriffe und Versorgung durchgeführt werden, die eigentlich in einem Fachkrankenhaus durchgeführt werden müssten. Eingedenk dessen erscheint es problematisch, wenn alle Aussagen aus der Bertelsmann-Studie oder dem Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ pauschal abgelehnt werden.

Eine Umstrukturierung, die ohne Einschnitte in liebgeordnete Besitzstände kaum möglich sein wird, erfordert aber ein massives Umdenken. Solange Versuche neuartiger Versorgungsformen wie bspw. die „Ohne-Arzt-Praxis“ in Baden-Württemberg in erster Linie damit konfrontiert werden, dass Standesvertretungen darauf hinweisen, was juristisch alles nicht geht, statt zu prüfen, wie Neuerungen ermöglicht werden könnten, kann man sich als distanzierter Beobachter nicht des Eindrucks erwehren, dass es hier vor allem um die Verteidigung von

Pfründen geht und nicht um das Wohl der Patienten sowie um eine gesamtgesellschaftlich verträgliche Finanzierung des Gesundheitswesens. In der Schweiz stiftet das Triple-Konzept mit

1. dem Ziel einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung,
 2. der Verbesserung der Patientenerfahrung bei der Versorgung (einschließlich Qualität und Zufriedenheit) und
 3. der Senkung der Gesundheitskosten pro Kopf
- Orientierung.

Das Gesundheitssystem ist dabei in Gesundheitsregionen zu untergliedern. Die Struktur der Krankenhausversorgung sieht neben Regionalspitälern (Einzugsraum ca. 300.000 Menschen), in welcher Medizin und Versorgung „des Häufigen“ vorgehalten wird, Krankenhäuser der Maximal- oder Fachversorgung (Universitätsspitäler) vor, in welcher die Versorgung „des Seltenen und Speziellen“ praktiziert werden sollte. Sachlich betrachtet, weisen die Bertelsmann-Studie und das NRW-Gutachten in eine ähnliche Richtung.

Wie das Krankenhaus der Zukunft aussehen wird, vor welchem Selbstverständnis und Werterahmen dort gehandelt wird, wird absehbarer Weise allerdings nicht nur von den heutigen Akteuren abhängig sein. Große IT-Konzerne wie Google, Apple, Facebook und Amazon (oft mit dem Akronym GAFA bezeichnet) stehen durchaus auf dem Sprung, sich ernsthaft in der Gesundheitsversorgung zu engagieren; es erscheint heute schon absehbar, dass sie dabei den Kontakt und das Wissen über ihre Kunden – die dann zu Patienten werden – nutzen werden. Allein angesichts dieser absehbaren „disruptiven“ Qualität neuer Marktakteure, die auch den stationären Bereich betreffen könnten, wird sich jedes Krankenhaus der Zukunft stärker als bisher auf solche Akteure einstellen müssen; den Wettbewerb mit diesen global agierenden Unternehmen werden Krankenhäuser nur durch nachhaltiges „Vertrauensmanagement“ vor Ort gewinnen können (► Abb.).

Krankenhäuser erfüllen einen lebenswichtigen Beitrag für die Ge-

sellschaft; in aller Regel erfüllen diese einen staatstragenden Auftrag im Sinne der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Daher könnte von Krankenhäusern zudem erwartet werden, dass sie sich aufgrund von Kompetenz, Erfahrung und Motivation auch in ihrer globalen Verantwortung einbringen. Krankenhäuser als meist regionale oder maximal bundesweite Akteure können zwar nicht die Welt verbessern, aber sie könnten an der einen oder anderen Stelle ihre Position nutzen: Nicht nur Thomas Pogge fordert ein globales, gerechtes Gesundheitssystem, wenn er die Gesundheitswirtschaft und hier insbesondere die Pharmaindustrie harsch angreift und in deren Verhalten eine Verletzung der Menschenrechte sieht. Er fordert daher vehement Verteilungsgerechtigkeit in einem globalen Maßstab ein. Folgt man Pogge, so wird nicht nur Menschen in Entwicklungsländern der Zugang zu lebenswichtigen Gesundheitsleistungen versperrt, sondern auch bei uns bspw. durch Patentregime günstige Medikamente verhindert – genau hier hätten Krankenhäuser die Chance, gemeinsam als Nachfrager Druck auf die Pharmaindustrie auszuüben. Dazu aber müsste das Selbstverständnis in Richtung eines Gesundheitsdienstleisters im Auftrag der Patienten statt in Richtung eines gewinnorientierten Unternehmens gehen.

Schlussbemerkungen

Durch das Gesetz zur Stärkung der hospizlichen und palliativen Versor-

gung (HPG) aus dem Jahr 2015 ist es den Krankenhäusern möglich, über die Begleitung sterbender PatientInnen hinaus eine palliative Versorgung zu etablieren und dies ohne hierfür bereits im Vorfeld die Zustimmung der Kostenträger einzuholen. Dies stärkt den Versorgungsauftrag, sterbende Patienten auch im Krankenhaus zu betreuen und unterstreicht ein Selbstverständnis, in dem die Krankenhäuser eben auch als Orte sozialer Zuwendung und Zuständigkeit erkennbar werden. Aus diesem Sachverhalt herzuleiten, dass sich die Leistungsentwicklung eines Krankenhauses der Zukunft an diesem Selbstverständnis und dieser Praxis orientieren sollte, erscheint zunächst abwegig und, wenn überhaupt valide, als ferne Vision. Was könnte denn von „palliativ care“ und „Sterbekultur“ gelernt werden?

Erfahren und gelernt werden könnte die dort regelmäßig stattfindende Einbindung der Patienten in alle Entscheidungsprozesse sowie die Funktionsweise eines transsektoralen und interdisziplinären Versorgungsprozesses, d.h. die Zusammenarbeit vieler Akteure, der als solcher differenziell beschrieben und auch vergütet wird. Weiterhin könnte ein Krankheits- bzw. Handlungsverständnis erfahren und gelernt werden, das neben der Berücksichtigung der medizinisch-pflegerischen Erfordernisse immer auch um die sozialen und psychischen Wirkungen von Krankheiten und

deren Bewältigung weiß und Behandlungsprozeduren etabliert, denen eben ein solches Menschenverständnis/-bild zugrunde liegt. Das hierfür notwendige Mitarbeiterwissen, die organisatorischen und auch technischen Möglichkeiten stehen prinzipiell jedem Krankenhaus zur Verfügung – sie müssten nur zur Anwendung gebracht werden. ■

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. phil. Wolfgang George
Technische Hochschule Mittelhessen (THM)
University of Applied Sciences
Leiter TransMIT
Projektbereich Versorgungsforschung
Wiesenstraße 14
35390 Gießen
w.george@andramedos-net.de



Prof. Dr. Wolfgang George

Prof. Dr. phil. Karsten Weber
Direktor Regensburg Center of Health Science
and Technology
Ko-Leiter Institut für Sozialforschung und
Technikfolgenabschätzung OTH Regensburg

MBZ Marburger
Bund
Zeitung

**Freie Stellen kann man
lange bestaunen
oder schnell besetzen.**

Stellenanzeigen

in der Marburger Bund Zeitung helfen Ihnen Ihre offenen Stellen schnell und qualifiziert zu besetzen. So erreichen Sie gezielt angestellte tätige Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, vom Nachwuchsmediziner bis zum Chef- und Oberarzt.

Marburger Bund Zeitung – von Europas größtem Ärzteverband.

✉ anzeigen@marburger-bund.de
☎ 02204 / 961818

