


»WIR BRAUCHEN HYBRIDE LÖSUNGEN«

Wie viel Ökonomie braucht ein Gesundheitswesen? Wie digital sollte Versorgung heute stattfinden? Und wie hängt beides zusammen? Ein Gespräch mit Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, dem Vorstandsvorsitzenden der OptiMedis AG, über Krankenhausreform, MVZ-Regulierung, das neue Interesse an telemedizinischer Versorgung und darüber, was allem Zeitenwende-Pathos zum Trotz noch immer viel zu kurz kommt in Deutschland.

INTERVIEW: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Deutschland diskutiert im Jahr 2023 über eine Entökonomisierung seines Gesundheitswesens, angefeuert von einem Gesundheitsökonom im Amt des Bundesgesundheitsministers. Sie bewegen sich seit über drei Jahrzehnten an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung und Ökonomie. Wie nehmen Sie diese Diskussion wahr? Ich finde die Diskussion auf der einen Seite populistisch, auf der anderen Seite ist es eine Nebelkerze, die da geworfen wird. Die vermeintlich entökonomisierende 



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
ist Vorstandsvorsitzender der
OptiMedis AG.

Krankenhausreform, um dieses Beispiel zu nehmen, ist am Ende nur eine kleine Variation dessen, was bisher gemacht wurde. Durch den Übergang von einer rein leistungsbezogenen zu einer Mischfinanzierung mit 50 oder wie vielen auch immer Prozent Vorhaltekostenpauschale wird der ökonomische Druck nicht niedriger. Die kaufmännischen Leitungen werden sich weiterhin überlegen, wie sie über der Vorhaltekostenpauschale zusätzliche Einnahmen generieren können. Das wird sich so lange nicht ändern, wie das Gesundheitswesen auf leistungsbezogene Vergütung ausgerichtet ist – statt auf Produktion von Gesundheit. Wenn wir uns ansehen, was für eine Welle an Krankheitslast in den nächsten Jahrzehnten auf uns zurollt, dann ist doch völlig klar, dass wir heute investieren

» Wir müssen nicht entökonomisieren, sondern unsere Ökonomie auf die Produktion von Gesundheit ausrichten. «

müssen, und zwar in die Verminderung von Morbidität. Aber das ist in der Politik leider kein Thema aktuell. Wir müssen nicht entökonomisieren, sondern unsere Ökonomie auf die Produktion von Gesundheit ausrichten.

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es nicht zu viel Ökonomie, sondern zu wenig?

Wir haben zu wenig der „richtigen“ Ökonomie. Die richtige Ökonomie würde so ähnlich funktionieren wie beim Klimaschutz. Dort wird mit der CO₂-Emissionsbepreisung versucht, Ökonomie klug einzusetzen für die Erreichung der gesellschaftlich gewünschten Ziele. Genau diese Diskussion bräuchten wir auch im Gesundheitswesen. Stattdessen wird eine Pseudodiskussion über Entökonomisierung entfacht, die von einigen Applaus bekommt, aber alles vernebelt, statt den Blick auf das Richtige zu lenken.

Was wäre das Äquivalent für weniger CO₂, für die CO₂-Bepreisung, im Gesundheitswesen?

Die Antwort auf hoher Flugebene heißt „mehr Gesundheit“, aber das ist natürlich, wenn wir in die Umsetzung

gehen, nicht so einfach. Dafür haben wir im Gesundheitswesen den Vorteil, dass die Investitionen, die wir in Gesundheit stecken, auch wenigstens direkt bei uns ankommen. Insofern ist es einerseits schwieriger als bei der CO₂-Bepreisung, andererseits aber auch einfacher, weil wir nicht Verzicht predigen müssen und auch nicht das Problem haben, dass wir die gesamte Welt zur Veränderung anhalten müssen, um die weltweite CO₂-Produktion zu verringern. Konkret wäre im Präventionsbereich zu überlegen, wie wir ein True-Cost-Accounting zum Beispiel für den Verbrauch an ultrahochverarbeiteten Lebensmitteln oder für Krankheitseffekte organisieren können, die aus falscher Stadt- und Verkehrsplanung resultieren, da sie gesunde Bewegung zugunsten von Automobilität behindern. Und auf Ebene der eigentlichen Gesundheitsversorgung müssten wir als Erstes überlegen, wie wir die Anreize für Krankenkassen setzen. Gibt es Anreize, die Gesundheit der Versicherten maximal zu fördern und zu verbessern? Oder haben wir mit dem Morbidity-RSA nicht eher ein Modell entwickelt, das tendenziell ambivalente Anreize setzt und sogar überzogene Krankheitscodierungen belohnt?

Vielleicht zur Veranschaulichung: Können Sie konkrete Beispiele schildern, wie mithilfe von Ökonomie die Produktion von Gesundheit angereizt werden kann?

Ein Beispiel sind unsere Gesundheitsregionen: Dort machen wir Verträge mit möglichst allen relevanten Krankenkassen in einer Region. Wir selber investieren dann in Gesundheitsförderung, Prävention und smarte Versorgung und haben das Ziel, die Gesundheit der Menschen zu verbessern, chronische Erkrankungen zeitlich hinauszuschieben und die Kosten der Krankenkassen relativ gesehen zu verringern. Wenn wir diesen Effekt, ökonomisch gesprochen die Shared-Savings, für denjenigen, der anfangs investiert, anteilig verfügbar machen, haben wir ein stabiles Business-Modell geschaffen, das die Produktion von Gesundheit belohnt.

Das wurde Ihnen kürzlich auch von der OECD bescheinigt.

Genau, das war ein internationaler OECD-Bericht, der kalkuliert und modelliert hat, dass mit unserem Modell für Deutschland bis 2050 etwa 4,6 Prozent der Gesamtkosten eingespart werden könnten, das wären aktuell in 2023 dann 14 Milliarden Euro. Das ist ein relevanter Betrag, und wohlgerneht ohne eine vollumfängliche Veränderung der aktuellen Vergütungsregelungen. In unseren Regionen erfolgt die Vergütung der Leistungserbringer:innen und Krankenhäuser weiterhin nach den gegenwärtigen Regeln. Da sind also immer noch ordentlich Fehlanreize drin. Trotzdem kann man mit einem Shared-Savings-Dachvertrag ein Investment in regionale Gesund-

heit mobilisieren, das sich rechnet. Wir sind im Übrigen auch nicht die Einzigen, die das zeigen. Es gibt eine aktuelle Publikation von Kaiser Permanente und der AOK. Kaiser Permanente ist in seinen Anreizen eine Accountable-Care-Organisation in den USA, die nach ähnlichem Modell funktioniert wie wir. Die Publikation hat die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle beim Hüftgelenkersatz verglichen und zeigt, dass Deutschland mit dem Ansatz von Kaiser Permanente die Zahl der Krankenhaustage um 1,5 Millionen und die Zahl der postakuten stationären Tage um 3,5 Millionen pro Jahr reduzieren könnte. Wenn es einen Anreiz gibt, dann lässt sich die Hüftgelenksendoprothetik so organisieren, dass die Patient:innen optimal vorbereitet in die OP gehen, entsprechend schneller wieder fit werden und weniger Komplikationen haben. Die Zahl der Wiederholungsoperationen ist in den USA nur ein Drittel der unsrigen.

Man müsste das Fee-for-Service-Modell also nicht über Nacht komplett kippen, sondern man kann das durchaus überlagern mit Modellen, die Gesundheit anreizen?

Der stärkste ökonomische Anreiz ist eine klassische Capitation-Lösung. Aber angesichts der Vielfalt der Leistungserbringer:innen in Deutschland ist es für mich im Moment nicht vorstellbar, reine Capitation-Lösungen zu realisieren. Deshalb haben wir eine virtuelle Capitation-Lösung ausgearbeitet. Die ist immer noch kompliziert genug, aber machbar, wie wir seit 15 Jahren zeigen. Und wenn so etwas nicht nur in drei oder vier, sondern in Hunderten von Landkreisen gemacht würde, dann würde auch skalierungsfähiges Know-how entstehen. Dann würden wir vielleicht sogar höhere Effekte generieren als die von der OECD modellierten 4,6 Prozent.

Die derzeitige Entökonomisierungsdiskussion bezieht sich ja zum einen auf die Krankenhausebene, zum anderen auch auf die MVZ-Ebene. Das Schreckgespenst, mit dem Karl Lauterbach Politik macht, sind die MVZ-Investoren aus dem Ausland, die in Premiulagen Praxen kaufen und damit im deutschen Fee-for-Service-Modell auf Kosten der Allgemeinheit Geld drucken. Sehen Sie diese Gefahr?

Wenn in einem Industriezweig Extraprofite erwirtschaftet werden können, dann wird das Geld dorthin fließen, wo solche Extraprofite erwirtschaftet werden können. Solange wir unser System so organisieren, dass Extraprofite in bestimmten Teilbereichen der ambulanten Versorgung entstehen können, wird genau dieser Effekt eintreten. Der Punkt ist: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bestimmen ja dieses System, und sie könnten es ändern. Was machen sie stattdessen? Sie rufen „Haltet den Dieb“. Die KVen haben natürlich folgendes Problem: Eine Ein-

» Auf Ebene der eigentlichen Gesundheitsversorgung müssten wir als Erstes überlegen, wie wir die Anreize für Krankenkassen setzen. «

zelproduktion eines freiberuflichen Einzelarbeiters funktioniert anders als die gemeinschaftliche Produktion von größeren Einheiten. Größere Einheiten können zu niedrigeren Skalenkosten produzieren. Das ist genau der Widerspruch, in dem sich KVen befinden. Sie wollen einerseits den einzeln arbeitenden, freiberuflichen Arzt schützen und ihm ein entsprechendes Einkommen gewähren. Aber indem sie das tun, ermöglichen sie den Mengenproduzenten Extraprofite. Das fing an in der Labormedizin, ging weiter über die Radiologie, die Augenheilkunde, jetzt die Zahnmedizin. Diese Problematik besteht. Aber wer eigentlich aufgerufen wäre, sie zu lösen, das sind in meinen Augen die KVen.

Welche Rolle spielt in Ihren Versorgungsregionen die Größe der ambulanten Einheiten?

Wir sind ja vorwiegend in den ländlichen Regionen unterwegs. Dort gibt es einige wenige Krankenhaus-MVZs und in einem Fall, im Bereich Augenheilkunde, eine bundesweit agierende Kette. Die Größe der Einheiten spielt für uns keine besondere Rolle. Wir müssen dafür sorgen, dass vernünftige konservative Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden. Notfalls organisieren wir mit Ärzt:innen oder Krankenhäusern oder auch mit den Kommunen zusammen die Einrichtung von MVZs. Im Kinzigtal ist zum Beispiel Gesundes Kinzigtal selbst Manager eines MVZs, das von einer Ärztegenossenschaft getragen wird, im Vogelsbergkreis machen wir die Geschäftsführung für ein kommunales MVZ. Wir kommen um MVZ-Strukturen und Anstellungsverhältnisse für engagierte junge Ärzt:innen nicht herum. Schon deswegen, weil junge Menschen nicht unbedingt die Einzelpraxis >

als anstrebenswerte Arbeits- und Lebensform ansehen bzw. weil sie sich nicht früh auf einen dauerhaften Lebens- und Wohnort festlegen wollen. Verständlicherweise.

Sie können und würden in Ihren Netzen also sowohl mit arzt- als auch mit investorenbetriebenen MVZs arbeiten?

Das spielt keine Rolle. Eine Herausforderung entstände, wenn Einzelleistungen herausgepickt und nur diese erbracht würden. Aber da wird manchmal auch ein etwas schiefes Bild gezeichnet. Als ob die investorengetriebenen MVZs so dumm wären, dass sie nicht auch die konservativen Leistungen anbieten würden. Natürlich suchen die sich ihren Markt und organisieren deshalb ein Gesamtangebot.

» Mit unserem Modell könnten für Deutschland bis 2050 etwa 4,6 Prozent der Gesamtkosten eingespart werden. «

Wären Sie in Ihren Regionen von der geplanten MVZ-Regulierung betroffen? Angedacht ist ja unter anderem, die MVZ-Trägerschaft mit einem geografischen Maximalradius zu den MVZs zu verknüpfen und Kassensitze obligat neu auszuschreiben.

Ich denke nicht, dass das so kommen wird. Wenn, dann würden nur neue Fehlanreize produziert. Schon heute ist es ein klarer Fehlanreiz, dass MVZs einen Träger haben müssen, der entweder Krankenhaus oder Arzt bzw. Ärztin ist. Was passiert denn dann? Auf einmal werden Krankenhäuser erhalten, um MVZs gründen zu können. Das ist doch Wahnsinn. Kleinstkrankenhäuser, auch wenn sie ökonomisch und qualitativ nicht sinnvoll sind, werden dadurch erhalten. Wenn der Radius auf 50 Kilometer beschränkt würde, würden noch mehr Kleinstkrankenhäuser erhalten werden. Das private Kapital wird schon einen Weg finden, um seine Extraprofite zu organisieren.

Sie zielen mit Ihren Versorgungsmodellen stark auf Outcome und Effizienz. Ein weiteres Problemthema ist der Zugang zur Versorgung. Viele neue Investoren im ambu-

lanten Bereich werben mit besserem Zugang und bieten hybride Versorgungsmodelle an, die digitale und reale Versorgungsangebote bündeln. Wie stehen Sie dazu?

Da haben investorengetriebene Modelle klar einen Vorteil, weil sie das Kapital aufbringen können für die dafür nötigen Investitionen. Telemedizinische Zentren von einem einzelnen Arzt bzw. einer einzelnen Ärztin betreiben zu lassen, das geht nicht. Ich sehe da schon Bedarf für solche Lösungen, und auch deswegen brauchen wir mehr Investivkapital im Gesundheitswesen, als wir heute haben. Noch mal: Wir müssen heute investieren, um mit der „richtigen“ Ökonomie die ansonsten drohende Morbidität der Zukunft zu vermeiden und mit den dann erreichbaren Fachkräften hinzukommen. Bei uns ist die Digitalisierung ein ganz entscheidendes Thema. Wir haben für die digitale Vernetzung der Einrichtungen bestimmt schon einen Betrag im niedrigen einstelligen Millionenbereich investiert.

Welchen Stellenwert haben Telemedizinangebote heute in Ihren Netzen, welchen könnten sie in Zukunft bekommen?

In Zukunft auf jeden Fall einen viel größeren. Aktuell bauen wir in Thüringen mit einer lokalen, kommunalen Stiftung ein System auf, das mit Gesundheitskiosken versucht, die Versorgung in Dörfern zu organisieren. Die haben keine Arztpraxen dort, sodass wir an den Bushaltestellen Gesundheitskioske eingerichtet haben. Da kommen Mitarbeiter:innen aus dem Pflegebereich hin, erfahrene Krankenschwestern, und unterstützen die Patient:innen bei der Übermittlung von Daten in die Arztpraxen der Umgebung. Damit müssen diese nicht einen ganzen Tag lang in die Kreisstadt fahren, um dort eine Befundung machen zu lassen. Insofern investieren wir dort auch in Telemonitoring, und ich denke, das wird mehr werden. Wir brauchen überall solche Zentren. Und wenn jetzt die 30-Prozent-Grenze für den Anteil telemedizinischer Leistungen am ärztlichen Gesamtumsatz endlich wegfallen würde, dann würde es auch einfacher, so etwas umzusetzen.

Sind telemedizinische Servicecenter nicht ohnehin die besseren Gesundheitskioske?

Ich denke, wir brauchen hybride Lösungen. Schauen Sie, wie lange es gedauert hat, bis die Menschen bei den Sparkassen und Girozentralen digitale Lösungen tatsächlich genutzt haben. Das ist ein langer Entwicklungsprozess. Irgendwann könnte das tatsächlich die bessere Lösung sein, aber im Moment halte ich Szenarien, bei denen eine lebenserfahrene Kraft aus dem Gesundheitswesen mit einer 84-jährigen Patientin zusammen Vitaldaten überträgt, für die bessere Lösung. Wir sollten niemanden einfach von der medizinischen Versorgung abschneiden.

Was halten Sie von dem Modell, telemedizinische Dienstleistungen in Apotheken anzubieten?

Apotheken gibt es gar nicht so viele, wie manche denken. Auf dem Land sind sie seltener als Arztpraxen. Apotheken mit solchen Szenarien zu verknüpfen, finde ich auf jeden Fall richtig. Aber ich glaube nicht, dass sie die alleinige Lösung sind. Grundsätzlich sollten die Mitarbeiter:innen in Apotheken viel stärker einbezogen werden, auch zum Beispiel beim Gesundheitscoaching. Im Werra-Meißner-Kreis haben wir die Apothekenmitarbeiter:innen zu Gesundheitscoaches ausgebildet, weil sie niedrigschwellig erreichbar sind. Da lässt sich gut vormedizinisch Prävention fördern, ob das Sportgruppen sind für Herzranke oder Diabetiker:innen oder Trainings für Osteoporose-Patient:innen.

Lassen Sie uns zum Abschluss konkret werden. Wenn Sie die KVen in Sachen ambulante Versorgung, die Bundes- und Landespolitik in Sachen Krankenhausreform beraten müssten: Was würden Sie primär empfehlen?

Die Frage zeigt schon das Problem: Sie fragen sektoral. Das ist unheimlich verführerisch, so zu denken, weil wir jahrzehntelang alles sektoral ausgerichtet haben. Es gibt die Koalitionsvereinbarung. Da stehen sowohl die Gesundheitskioske als auch die Gesundheitsregionen drin. Wir warten jetzt schon länger darauf, dass ein entsprechendes Gesetz endlich kommt. Es ist angekündigt als Versorgungsgesetz Nummer eins, meine letzte Information ist, dass es im August kommen wird. Ich bin gespannt darauf. Bleiben wir weiterhin nur auf der Ebene, dass nette Leute Gesprächskreise aufbauen und sich ab und zu auf die Ausrichtungen von Gesundheitstagen einigen? Oder wollen wir ernsthaft eine regionale Transformation der Versorgung angehen? Mit dem Stichwort „Gesundheitsregionen“ könnte man diese Transformation angehen, inklusive Ausrichtung auf Gesundheitsproduktion. Wie das ausgestaltet werden kann, wie die kommunalen Ebenen eingebunden und Anreize richtig gesetzt werden können, haben wir in dem Buch „Zukunft Gesundheit“ mit 19 Expert:innen zusammen ausgearbeitet.

Legen Sie los.

Im ersten Schritt müsste die Bildung von regionalen Konsortien angereizt werden, etwa indem man sagt, es sollen in einem bestimmten Zeitraum zehn oder auch zwanzig Prozent der Bevölkerung in solchen Systemen behandelt werden. So hat es Obama mit den Accountable-Care-Organisationen in den USA gemacht, und so ist das Ganze dort ins Rollen gekommen. Es braucht einen politischen Willen, damit die, die ihre Kraft in das Thema stecken wollen, wissen, dass es sich lohnt. Aktuell lohnt es sich für Krankenhäuser, die Beratungsunternehmen dieser

» Wir brauchen hybride Lösungen. Im Moment halte ich Szenarien, bei denen eine lebenserfahrene Kraft aus dem Gesundheitswesen mit einer 84-jährigen Patientin zusammen Vitaldaten überträgt, für die bessere Lösung. «

Welt zu bezahlen, damit die ihnen sagen, wie sie unter den Bedingungen der zu erwartenden Krankenhausreform noch wirtschaftlich funktionieren können. Das ist im Moment ein Anreizprogramm für die Beratungsfirmen. Wenn man sich politisch darauf verständigen würde, Zug um Zug in Richtung Gesundheitsproduktion zu gehen, dann würde man Beratung und Gelder dorthin steuern. Wenn solche lokalen Konsortien, ob mit Krankenhausgeld oder mit Geld von privaten Kapitalgebern, in der jeweiligen Region in Prävention und eine bessere Gesundheitsversorgung investieren und vom Ergebnis anteilig profitieren, dann ist das ein System, das so lange funktioniert, wie man das Richtige tut, nämlich bei den vulnerabelsten Gruppen der Gesellschaft Gesundheit zu unterstützen. Dann funktioniert Ökonomie in der richtigen Weise und hilft, ein gesellschaftliches Gut zu produzieren – und nicht das Gegenteil. ■

■ DAS INTERVIEW FÜHRTE PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ