

SCHWERPUNKT

INTERVIEW

Prof. Dr. Josef Hilbert, Vorstandsvorsitzender des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e.V.) und **Dr. Helmut Hildebrandt**, Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG, im Gespräch mit **Sevilay Hüsman-Koecke**, Direktorin Healthcare, und **Dr. Bettina Bury**, Senior Expert Healthcare, beide KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Regionale Gesundheitsversorgung neu gedacht: Netzwerke als Schlüssel zum Erfolg

Warum Zusammenarbeit der Schlüssel zu einer besseren und nachhaltigeren Gesundheitsversorgung ist



Herr Professor Hilbert, Ihre Arbeit zeigt die enge Verzahnung zwischen Gesundheitsversorgung und Regionalentwicklung. Können Sie uns erläutern, warum diese thematische Verbindung Fokus Ihrer Forschung wurde?

Hilbert: Am Institut für Arbeit und Technik hatte ich für Nordrhein-Westfalen und insbesondere für das Ruhrgebiet Strukturanalysen durchgeführt, um zu zeigen, wo im Strukturwandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft mit neuen Arbeitsplätzen gerechnet werden kann – und wie dieser Erneuerungsprozess gestaltet werden kann. Im Ergebnis identifizierten wir Gesundheit und Soziales als den Bereich mit dem mit Abstand größten Potenzial. Die Idee stieß in der Landes- und Regionalpolitik auf Interesse, was nach einer Weiterentwicklung rief. Die Idee einer engen Verzahnung von Regionalentwicklung, Strukturwandel und Gesundheit war geboren und erwies sich als wegweisend.

Herr Dr. Hildebrandt, Sie haben viele Modelle mit aufgebaut. Können Sie uns wichtige Erkenntnisse und Herausforderungen in diesen Projekten erläutern?

Hildebrandt: In meiner Arbeit habe ich mich mit der Frage beschäftigt, wie wir den Gesundheitszustand regionaler Bevölkerungen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten und der Kommunen, der Betriebe vor Ort und der Krankenversicherungen verbessern können. Besonders im Fokus stehen für mich die schwierige Rolle der Kommunen und die Rolle der Krankenhäuser – wie können sie als zentrale und ökonomisch herausragendste Teile der Versorgungskette Verantwortung für die regionale Versorgung übernehmen?

Um die Jahrtausendwende war ich selbst Geschäftsführer eines Krankenhauses, das die damals circa 52.000 Menschen eines Landkreises stationär versorgte. Wir erkannten, dass Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten stark vom Vorher und Nachher beeinflusst werden. Die ambulante Steuerung und Unterstützung – ob durch haus- und fachärztliche Praxen, durch die Pflege, durch den sozialpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter oder die Therapiepraxen und den Rettungsdienst – ist entscheidend dafür, wie viele Patientinnen und Patienten ich bekomme, in welchem Zustand sie sich befinden und wie und wann ich sie wieder in gute Hände abgeben kann. Aber genau diese Zusammenarbeit, die man in jedem Industrieunternehmen durch eine intensive Logistikkette und mit einem klaren Management organisieren würde, hängt

im Gesundheitswesen stark vom freiwilligen Engagement der Beteiligten ab. Im Alltagsstress und in der betriebswirtschaftlichen Verfolgung des unternehmerischen Einzelinteresses kann das untergehen.

Aber – und das haben wir zeigen können – eine solche regionale Optimierung von Gesundheitszustand und -versorgung kann organisiert werden. Und gelernt haben wir, dass das von vielen Seiten her gehen kann. Im südbadischen Kinzigtal und in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn haben wir mit Niedergelassenen zusammengearbeitet, in zwei nordhessischen Landkreisen vorwiegend mit Krankenkassen und zusätzlich allen Berufsgruppen vor Ort, in Westthüringen zusammen mit einer kommunal getragenen Stiftung, in Wattenscheid zusammen mit einer Wohlfahrtsorganisation, der Stadt und einer Krankenkasse. Voraussetzung ist, dass die Krankenversicherungen den aus der Optimierung entstehenden Benefit im Nachhinein mit den Organisatoren teilen.

Welche Rolle spielen bürokratische Hindernisse und finanzielle Hürden bei der Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte?

Hildebrandt: Die größte Hürde bei der Umsetzung von Projekten ist nicht die technische oder organisatorische Umsetzung selbst, sondern die Langfristigkeit der Finanzierung aus dem erzeugten Nutzen. Diese Nutzenlogik ist wiederum erschwert durch die Restriktionen, denen Krankenkassen durch Aufsichtsbehörden und Refinanzierungsvorschriften unterliegen. Das Denken und Kalkulieren in Nutzendimensionen, die längere Zeiträume als das tägliche Versorgungsgeschäft und die Jahreskalkulation einer Krankenversicherung umfassen, wird in den bisherigen Geschäftsmodellen nicht belohnt und hat die Digitalisierung verzögert. Niemand investiert, wenn der Nutzen allein bei den Patientinnen und Patienten entsteht, die Forschung voranbringt, ganze Versorgungsketten optimiert, aber nicht die einzelwirtschaftlichen Interessen von Investorinnen und Investoren berücksichtigt. Jahrzehnte haben wir dadurch verloren. Jetzt reagiert die Politik hinsichtlich der Digitalisierung, in der sektorübergreifenden Organisation irren wir aber immer noch durch den „Nebel der Orientierungslosigkeit“, wenn auch mit dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses viel Wissen über die prinzipiellen Verbesserungsmöglichkeiten geschaffen wurde. Hier zeigt sich das Versäumnis der Politik, wirklich populationsbezogene und auf längere Zeitfristen angelegte Vergütungsmodelle anzubieten. Vielmehr



werden allzu oft nur kleine „Pflaster“ verabschiedet, die nicht auf das Gesamtprodukt „mehr Gesundheit“, sondern nur auf die Einzelsektoren ausgerichtet sind. Damit wird die gesamtheitliche Optimierung und eine sektorenübergreifend organisierte und digital unterstützte Versorgungskette erschwert.

Aus meiner Erfahrung gibt es in Deutschland eine riesige Zahl engagierter Menschen, die echte Veränderungen anstoßen wollen – und oft vielversprechende Ansätze entwickeln. Doch leider scheitern viele dieser Ideen an den bestehenden Regularien und der stark einzelwirtschaftlich geprägten Versorgungslogik.



Herr Professor Hilbert, Sie sind Vorsitzender des Netzwerks Deutsche GesundheitsRegionen e. V., das nicht nur als Vernetzer, sondern als politischer Impulsgeber agiert. Herr Dr. Hildebrandt, Sie stehen der OptiMedis AG vor, die bereits konkrete Modelle in einzelnen Regionen umgesetzt hat. Wo sehen Sie Herausforderungen oder Grenzen bei der Umsetzung innovativer Modelle?

Hildebrandt: Solange die Politik keine größere strukturelle Lösung anbietet, liegt die zentrale Rolle für die erfolgreiche Umsetzung von innovativen Versorgungsmodellen in der Vergabe öffentlicher Fördermittel. Ihre Zeitbegrenzung, gelegentlich langwierige Antragstellung und auch die De-minimis-Regelungen sind da häufig ein Problem. Viele sträuben sich auch gegen die wissenschaftlichen Nachweise der Überlegenheit dieser Ansätze, versuchen sich in komplexen Gegenrechnungen und verlangen monokausale Erfolgsnachweise für komplexe Interventionen, die aber nur auf Populationsebene evaluiert werden können. Doch weltweit gibt es zahlreiche Beispiele, die zeigen, dass es anders funktionieren kann. Das Ziel sollte stets sein, Gesundheit zu fördern und Kosten zu senken. Als Gesellschaft müssen wir den gesamtwirtschaftlichen Vorteil dieses Ansatzes erkennen. Wir müssen weg von der Vorstellung, dass Krankheitslasten nur verlagert, statt verringert werden. Stattdessen brauchen wir ein Gesundheitssystem, das Menschen aktiv dabei unterstützt, ihre Gesundheit zu fördern, anstatt nur ihre Krankheiten zu behandeln.

Hilbert: Kaum angesprochen haben wir bislang die Menschen, die für Verbesserungen bei der Versorgung arbeiten. Hochschulen bilden zwar verstärkt in diese Richtung aus; im Alltag geraten die Qualifikationen der Ausgebildeten aber oft unter die Räder - trotz des hohen Verantwortungsbewusstseins und trotz zumeist hohen Engagements. Gleichwohl, sich in regionale Modelle einzubringen, ist der richtige Weg. Und in einigen Regionen entstehen bereits Allianzen mit ambitionierten Zielen und Finanzierungsmodellen.

Durch die geplante Krankenhausstrukturreform etwa erhalten große Versorger neue Möglichkeiten, sich stärker in der regionalen Versorgung zu engagieren und an der Verbesserung der Versorgungsstruktur mitzuarbeiten. Das ist ein wichtiger Schritt. In Südwestsachsen (Chemnitz) zum Beispiel kooperieren sie in diesem Sinne in einer neu entstandenen Gesundheitsregion, unterstützt vom Freistaat Sachsen.

Bei solchen Pilotprojekten sind kurzfristige Expertise im Kooperationsmanagement und ein kontinuierliches Wirkungsmonitoring entscheidend, um tragfähige Netzwerke zu etablieren. Doch der oft langwierige Prozess steht nicht immer im Verhältnis zu den verfügbaren Budgets. Nachhaltige Lösungen brauchen klare Ziele und ausreichend Investitionen. Der Innovationsfonds geht in die richtige Richtung, doch eine langfristige Strategie bleibt angesichts der ungünstigen Rahmenbedingungen – Helmut Hildebrandt hat sie eben umrissenen – offen.

Hildebrandt: Ein zentraler Begriff ist die Disruption, die in der aktuellen politischen Debatte eine große Rolle spielt. Wirtschaftlich gesehen haben wir ein finanzielles Limit erreicht – eine Reduzierung der gesamtgesellschaftlichen Krankheitslast und der Ausgaben ist unumgänglich. Noch folgt das System zu stark den kurzfristigen Interessen einzelner Leistungserbringender. Eine nachhaltige, politische Lösung muss langfristig Sicherheit bieten, sodass regionale Unternehmen in ihrem Rahmen sektorenübergreifende und damit populationsbezogene Geschäftsmodelle entwickeln können. Hier müsste wieder der wirtschaftliche Wettbewerb ansetzen. Wer schafft es am besten, den Gesundheitszustand seiner Bevölkerung zu verbessern und sie so gut zu versorgen, dass die Gesamtkosten geringer als in anderen Regionen steigen? Und welches Wissen, welche Fähigkeiten, welche künstliche Intelligenz werden benötigt, um wiederum im Wettbewerb untereinander die Wirtschaftlichkeit der „neuen Gesundheitsunternehmen“ so intelligent zu steigern, dass die anfänglich hohen Preise dieser Unternehmen sich allmählich auf ein vertretbares Maß verringern, ohne an Qualität zu verlieren? Eine zentrale Aufgabe der künftigen Regierung wird es sein, tragfähige Lösungen für diese Herausforderungen zu entwickeln.



Statt eines Systems, das ausschließlich den Leistungserfolg belohnt, braucht es ein Modell, das das beste Ergebnis für Patientinnen und Patienten, die Gesellschaft und die Beschäftigten im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt stellt.

Was müssen die Beteiligten leisten, um eine Veränderung phasenweise voranzutreiben?

Hildebrandt: Fangen wir mit den Kommunen und Landkreisen an, weil die bisher etwas außen vor geblieben sind. Sie bekommen die Lasten der heutigen Probleme zu spüren, zum einen in den Versorgungslücken, zum anderen in den ihnen entstehenden Sozialhilfekosten für die Pflegeheimpatienten, die ihre Eigenbeteiligung nicht mehr zahlen können. Für einen Kreis und zwei Gemeinden haben wir zum Beispiel ein interkommunales Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) aufgebaut, in dem wir uns jetzt um die Geschäftsbesorgung und um Erweiterungen in Sachen Case Management kümmern. Kommunen können einen „Masterplan Gesundheit“ ausschreiben, sie können sich mit der Wirtschaftsentwicklung engagieren, im Bereich der Pflegeversicherung gibt es Modellparagrafen, die genutzt werden können und niemand könnte ihnen verbieten, selbst ein neues Gesundheitsunternehmen zu gründen, wenn der Gesetzgeber ihnen dafür sichere Leitplanken garantiert.

Ähnliche Möglichkeiten bieten sich für Krankenhausträger, für Gemeinschaften von Leistungserbringenden, warum nicht auch für Start-ups und für primär zunächst technologisch orientierte Unternehmen? Wenn wir gemeinsam der Meinung sind, dass unsere Gesellschaft heute an zu viel Krankheit leidet und das Wissen da ist, mehr Gesundheit zu erzeugen, müssen sich alle weiterentwickeln, neue Arbeitsteilungen entwickeln bzw. zulassen und neue Kompetenzen erwerben.

Hilbert: Pilotprojekte stoßen auf Widerstand, wenn Technik in der Altenhilfe mit Effizienz begründet wird. Schnell steht der Vorwurf der Inhumanität und des Sozialabbaus im Raum. Um zu zeigen, dass Innovationen wie etwa das Vital-Parameter-Monitoring bei zu Hause lebenden Älteren die Lebensqualität verbessern und gleichzeitig wirtschaftlich sind, helfen regionale Projekte. So lassen sich Erneuerungen testen, ohne gleich Systemdebatten auf Bundesebene auszulösen. Wichtig ist, dass erfolgreiche Pilotprojekt am Ende breit ausgerollt werden – dafür engagiert sich das Netzwerk Deutsche GesundheitsRegionen.





Da Bürgerinnen und Bürger kein Handbuch für das Gesundheitssystem erhalten, stellt sich die Frage: Wie kann ein transparentes und gut funktionierendes System mit klaren Prozessen und Verantwortlichkeiten geschaffen werden?

Hildebrandt: Im Moment wird ja vielerorts über Patientensteuerung gesprochen. Ich bin da etwas zurückhaltend, weil damit manchmal unausgesprochen verbunden wird, Patientinnen und Patienten als Objekte zu sehen, die alleine nicht in der Lage sind, sich zu orientieren und deshalb auf die richtige Bahn genötigt werden müssen. Auf der anderen Seite haben wir ein Informations- und Steuerungsproblem, wenn wir uns nur zum Beispiel die Notaufnahmen in Krankenhäusern ansehen. Stadt und Land werden unterschiedliche Lösungen benötigen. Wo in einem Fall 24/7 Praxen, also ganztägig erreichbare ambulante Praxen bzw. Klinikambulanzen, Lösungen anbieten könnten, werden anderswo eventuell digitale Plattformen mit entsprechender Assistenz für Risikosituationen und Ersteinschätzungen helfen und an einem dritten Ort wiederum hybride Lösungen, wie die neu entwickelten Gesundheitskioske, wo speziell geschulte mehrsprachige Pflegekräfte eine Unterstützung vor und nach Arztkontakten anbieten. All diese Prozesse erfordern eine aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie der gesamten Bevölkerung.

Hilbert: Eine schnelle Lösung gibt es nicht. Auch ist experimentelles Entwickeln angesagt – immer mit der Hoffnung, dass sich neue Ansätze herausmenden und bewähren. Was die Informationsdimension angeht, da entstehen derzeit unter anderem Versorgungslandkarten oder Infoportale; bei der Koordination könnten Modelle erprobt werden, die mit Lotsinnen und Lotsen arbeiten, weitere interessante Ansätze bieten multidisziplinäre Gesundheitszentren und Gesundheitskioske. Von einem – wie es in der Frage formuliert wurde – transparenten und gut funktionierenden System mit klaren Prozessen und Verantwortlichkeiten sind wir noch weit entfernt.



Die Gesundheitsbranche sollte nicht länger als Krisen- oder Problemfeld gesehen werden, sondern als eine zukunftsorientierte Branche, die der Gesellschaft zahlreiche Chancen bietet

Wie schätzen Sie die Entwicklung des Gesundheitssystems in den nächsten fünf Jahren ein und welche zentralen Herausforderungen und Chancen sehen Sie?

Hildebrandt: Gute Lösungsansätze gibt es, diese Legislatur steht jetzt in der Pflicht, sie strukturell zuzulassen und die bürokratischen Hindernisse für Investitionen in Gesundheit und regionale Versorgungsoptimierung zu beseitigen. Aktuell gibt es im Entwicklungs- und Forschungsbereich viele Fortschritte. In der Pharmaindustrie und Medizintechnik sind bereits viele spannende Produkte entstanden, die sich auf künstliche Intelligenz stützen, das zeigt sich jetzt in der stationären Versorgung. Noch hinken wir jedoch im Vergleich zu den USA hinterher.

Hilbert: Oft wird nach einer großen Transformation gerufen. Auch wenn tiefgreifende Umbrüche wünschenswert wären, ist ein schneller, radikaler Wandel unwahrscheinlich. Vielmehr sind schrittweise Veränderungen und einzelne Innovationen zu erwarten. Was zeichnet sich ab? Besonders aus der Krankenhauslandschaft werden wichtige Impulse kommen. Bereits jetzt setzen viele Kliniken auf bessere Arbeitsteilung und die Verzahnung mit dem ambulanten Sektor – durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird dieser Druck weiter verstärkt. Ein weiteres Innovationsfeld könnte die Prävention sein. Die Kombination aus Digitalisierung, neuen rechtlichen Möglichkeiten (§ 25 SGB V) sowie innovativen diagnostischen und therapeutischen Ansätzen eröffnet neue Perspektiven. Auch bei der Unterstützung älterer Menschen im eigenen Zuhause wird sich etwas bewegen. Politik, Sozialwirtschaft und Krankenversicherungen waren bisher zurückhaltend gegenüber neuen organisatorischen und technischen Lösungen – das wird nicht mehr lange haltbar sein. Entscheidend ist, ob Bund, Länder und Selbstverwaltung mehr Freiräume für lokale Gestaltung schaffen und endlich tragfähige Rahmenbedingungen für regional vernetzte und an den Patientinnen und Patienten orientierte Lösungen schaffen.



Prof. Dr. Josef Hilbert

Vorstandsvorsitzender des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e.V.)

Prof. Dr. Josef Hilbert, geb. 1954; promoviert in Soziologie, habilitiert in Berufspädagogik und Gesundheitsökonomie, Direktor emeritus des Institut Arbeit und Technik (IAT); Honorarprofessor an den Fakultäten Medizin und Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum; Vorsitzender des Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen | NDGR e.V.



Dr. Helmut Hildebrandt

Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG

Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH im nordhessischen Eschwege. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management von Gesundheitsregionen und innovativen regionalen Versorgungsinterventionen. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung (Medizinsoziologie) und konzeptioneller Arbeit in Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Er hat zudem über 30 Jahre Krankenhäuser, Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in Organisation, Strategie und Systementwicklung beraten.



Sevilay Hüsman-Koecke

Direktorin
Healthcare
KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
shuesmankoecke@kpmg.com



Dr. Bettina Bury

Senior Expert
Healthcare
KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
bbury@kpmg.com