



20.06.2023

Transkript

„Deutschlands Kliniken vor der Reform – Das bringen Spezialisierung, Leistungsgruppen und Qualitätskriterien“

Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Boris Augurzky**
Leiter des Kompetenzbereiches „Gesundheit“, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, und Mitglied des Fachbeirates des Bundesgesundheitsministeriums sowie derzeit Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- ▶ **Prof. Dr. Reinhard Busse**
Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, und Mitglied des Fachbeirates des Bundesgesundheitsministeriums sowie derzeit Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- ▶ **Prof. Dr. Christian Karagiannidis**
Leitender Oberarzt und Leiter des ECMO-Zentrums sowie Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin, Klinikum Köln-Merheim, sowie derzeit Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- ▶ **Philipp Jacobs**
Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderator dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/deutschlands-kliniken-vor-der-reform-das-bringen-spezialisierung-leistungsgruppen-und-qualitaetskriterien/>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei oder eine Sprecheransicht des Videomitschnitts benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderator [00:00:00]

An Sie da draußen schon einmal ein herzliches Willkommen zum nächsten Press Briefing des Science Media Center, dieses Mal zum Thema Deutschlands Kliniken vor der Reform – Das bringen Spezialisierung, Leistungsgruppen und Qualitätskriterien. Mein Name ist Philipp Jacobs, ich bin hier Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften. Und unsere drei Experten stelle ich gleich natürlich auch kurz vor. Vielleicht noch kurz etwas vorweg: Deutschlands Klinik-Landschaft steht ja vor einem massiven Umbruch. Auf Basis eines Kommissionspapiers arbeitet Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach an der Neustrukturierung der Krankenhäuser. Es soll mehr Spezialisierung geben, mehr Transparenz, aber auch mehr Qualität – das wird zumindest den Patienten versprochen. Und ein zentraler Bestandteil der angedachten Reform sind die Leistungsgruppen. Quasi jeder Fall, jede Operation, jede Behandlung soll eindeutig einer bestimmten Gruppe zugeordnet werden, anhand derer später die Qualitätsziele und -voraussetzungen für die Kliniken definiert werden. Wer diese Kriterien nach einer mehrjährigen Übergangsphase dann nicht erfüllt, soll die Leistungen im besten Fall später auch nicht mehr erbringen können. Und mit diesen Leistungsgruppen soll sichergestellt werden, dass die gleiche Versorgung mit der gleichen Qualität überall angeboten werden kann. Bund und Länder wollen sich am 29. Juni [...] voraussichtlich zum letzten Mal in die entscheidende Beratungsrunde begeben. Und heute wollen wir aber schon einmal mit drei Mitgliedern der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung das Thema Leistungsgruppen genauer in den Blick nehmen. Wir möchten beispielhaft auch diskutieren, in welchen Bereichen Qualitätsstandards besonders Sinn ergeben und was eine Umverteilung des Leistungsangebots letzten Endes für die Kliniken zur Folge hat. Natürlich möchten wir auch die Fragen von Ihnen da draußen beantworten. Die können Sie, wie immer und wie bekannt, bei uns im Frage-Antwort-Tool stellen – bitte nur da und nicht unbedingt im Chat – und die Fragen werden im Hintergrund gesammelt und dann auch weitergereicht. Sie haben ja seit Kurzem auch die Möglichkeit, so eine Frage auch zu pushen. Das heißt, Sie können wie bei Facebook einen kleinen Daumen dahinter kleben, wenn der Kollege eine besonders tolle Frage gestellt hat. Wenn Sie die alle gut finden, dann sehen wir: Ah, da scheint ein sehr hohes Interesse zu sein. Dann werden wir die Frage auch natürlich gerne hochpushen. Und vielleicht noch zu dem Material hier rund um das Press Briefing: Wir fertigen ja immer auch ein Transkript an, und das Videomaterial gibt es auch noch. Das wird in redaktioneller Form morgen wahrscheinlich auch alles vorliegen. Aber Sie können ja diese Vorabversion, also noch nicht redigiert und Co., das können Sie auch unmittelbar nach dem Press Briefing haben, falls Sie da sofort noch mal was nachlesen möchten. Dann komme ich natürlich sehr gerne zu unseren Experten, die heute versammelt sind, wie gesagt, alle drei Mitglieder der Regierungskommission. Da haben wir zum einen Herrn Professor Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs "Gesundheit" beim RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Hallo Herr Augurzky. Professor Dr. Reinhard Busse, Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und Mitglied des Beirates des Bundesgesundheitsministeriums. Hallo Herr Busse. Und Herr Professor Dr. Christian Karagiannidis, leitender Oberarzt und Leiter des ECMO-Zentrums sowie Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin am Klinikum Köln-Merheim. Hallo Herr Karagiannidis. Herr Karagiannidis, Ihnen würde ich ganz gerne auch zum Start direkt das Wort erteilen. Und vielleicht geben Sie uns einen kleinen Einblick: Wie steht es um Deutschlands Kliniken und was sind eigentlich Leistungsgruppen? Das geht dann gleich über zu Herrn Augurzky. Aber die Bühne gehört erst mal Ihnen.

Christian Karagiannidis [00:03:11]

Ja, vielen Dank. Wir wollen ganz kurz mal ein paar Daten teilen, damit wir eine gewisse Grundlage auch der Diskussion haben. Und ich will nur ganz kurz vorneweg noch mal Zahlen zeigen von der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, die eine gute Arbeit macht und was in meinen Augen auch etwas zu wenig gewürdigt wird. Und Sie sehen bei den beiden Zahlen, die kürzlich veröffentlicht worden sind, dass fast 30 Prozent der Pflegefachpersonen in Nordrhein-Westfalen über 55 Jahre alt sind und gerade mal 15 Prozent unter 30 Jahre alt sind. Und das zeigt noch einmal, was in den



nächsten Jahren auf uns zukommt und wie stark der demografische Wandel sein wird. Und deswegen greifen die Rufe nach nur mehr Geld im Gesundheitswesen deutlich zu kurz. Weil dieses Problem, das sich durch den demografischen Wandel ergibt, wird man nicht mit Geld lösen können. Das wird man nur mit einer vernünftigen Umstrukturierung der Kliniklandschaft lösen können. Wir haben uns dazu einmal angeschaut: Wie sind die Kliniken in Deutschland eigentlich verteilt und was erwarten wir in den nächsten Jahren? Wir hatten ja gestern die Meldung von der Deutschen Krankenhausgesellschaft: minus 20 Prozent der Kliniken. Ist das etwas, was die Bevölkerung beunruhigt? Ja oder nein? Und ich glaube, wir drei sind der Meinung, dass man nur dann beunruhigt sein muss, wenn es nicht zu einer Umstrukturierung kommt. Wenn es aber dazu kommt, sind wir in Deutschland gut aufgestellt. Und wir hatten kürzlich noch einmal gezeigt, wie die Verteilung der Kliniken in Deutschland [ist]. Und wir haben ungefähr 1700 Standorte für somatische Medizin, also ohne Psychiatrie. Und Sie sehen hier mal beispielhaft den Süden Deutschlands mit den Kliniken, die die Notfallstufe zwei und drei haben. Das sind so die mittelgroßen und großen Krankenhäuser in Deutschland. Davon haben wir insgesamt 425 im Vergleich zu den 10.700. Und Sie sehen, dass wir im Moment in den Ballungsgebieten sehr gut aufgestellt sind. Das sieht man auch in den anderen Teilen Deutschlands. Dass wir aber insbesondere in Bayern doch größere Probleme haben in der Flächenversorgung mit den Krankenhäusern dieser Größenordnung. Was man dann sieht, ist, dass wir unglaublich viele kleine Krankenhäuser haben. Und wenn Sie bedenken, dass die im Schnitt vielleicht 100 bis 200 Betten haben, wovon wir noch nicht mal wissen, wie viele davon auch wirklich mit Personal betreibbar sind, dann kann man sich vorstellen, dass diese Kliniken einfach nicht zukunftsfähig sind und dass viele von denen vom Netz gehen werden – und zwar nicht, weil ihnen das Geld ausgeht, sondern weil ihnen einfach das Personal ausgeht. Und deswegen noch einmal: Diese Diskussion nur um das Geld geht deutlich zu kurz. Man kann das lösen zusammen mit unserer Krankenhausreform, wenn es eine echte Reform ist, und insbesondere dann, wenn man verschiedene kleine Krankenhäuser auch trägerübergreifend zusammenlegt zu größeren Einheiten, die selbst im oder mit dem demografischen Wandel dann trotzdem noch die Möglichkeit haben, 2030 am Netz zu sein. Und wir haben eine Schätzung gemacht. Im Moment haben wir wahrscheinlich so um 400.000 Betten am Netz in Deutschland. Diese 437.000 sind wahrscheinlich zu hoch gegriffen. Wir merken so landauf, landab, auch in Stichproben, dass ungefähr 20 Prozent der Betten gesperrt sind, weil man einfach kein Personal hat. Wenn man jetzt daran denkt, was ich Ihnen am Anfang gezeigt habe mit dem demografischen Wandel, wird es dazu kommen, dass wir sicherlich noch einmal 30 Prozent der Bettenkapazität verlieren werden. Und ich will auch sagen, aber auch nur dann, wenn wir alles richtig machen und auch die Pflege endlich stärken in dem Maße, wie wir es tun müssen. Und dann kann man mal rückwärts rechnen und überlegen, was kann man eigentlich noch erreichen? Und Sie sehen insbesondere hier oben, was uns so wichtig ist, ist: Wir wollen gerade die mittelgroßen Krankenhäuser in Deutschland stärken. Die ganz großen kann man sicherlich noch einmal ein bisschen erhöhen, aber da sind wir in Deutschland schon sehr gut aufgestellt. Aber bei dieser mittleren Stufe haben wir insgesamt noch etwas zu wenig. Und wenn man dann einfach nur daran denkt, wie viel Personal haben wir, wie viele Betten haben wir? Dann sieht man, dass man wahrscheinlich 2030, wenn man vernünftig umstrukturiert, noch so 1.100 Krankenhäuser haben wird, die völlig ausreichend sind für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung. Aber diesen Schritt müssen wir jetzt auch wirklich gehen, dass wir mehr der mittelgroßen Krankenhäuser, was wir als Level zwei bezeichnen, haben werden. Wir wollen ja im Rahmen der Krankenhausreform, und es wird im Moment ja sehr viel diskutiert, Leistungsgruppen einführen. Ich will ganz kurz erklären, wofür man die braucht und was das ist. Leistungsgruppen sind feiner gegliedert als Fachabteilungen. Sie kennen vielleicht eine innere Medizin und Kardiologie. Das ist eine relativ grobe Einteilung, die auch nicht definiert ist im Moment. Was wir wollen, [sind] Leistungsgruppen, [wo] dann zum Beispiel die Kardiologie noch einmal in einen Teil [unterteilt ist], der sich nur mit Herzklappen beschäftigt oder mit den Koronargefäßen, immer auch im Hinblick darauf: Wo ist ein großes Leistungsvolumen im Gesundheitswesen? Und will auch ganz genau definieren, was ist diese Leistungsgruppe und vor allen Dingen auch, was sind die Mindeststrukturvoraussetzungen? Und sie wissen, dass in Nordrhein-Westfalen die Krankenhausreform gestartet ist und dass man auch da Leistungsgruppen zugrunde gelegt hat. Das sind etwa 64. Und wir haben hochgerechnet auf das Bundesgebiet, was das bedeuten würde, wenn man die Definitionen aus Nordrhein-Westfalen nimmt für diese Leistungsgruppen. Und da sieht man doch, dass noch eine Menge Arbeit vor uns liegt, weil es doch zu deutlichen Verwerfungen im System führen würde, wenn wir nur die nordrhein-westfälischen Leistungsgruppen nehmen. Als Beispiel: Da gibt es keine Infektiologie, da gibt es keine Angiologie, also Fachabteilungen, die sich mit Gefä-



ßen beschäftigen. Insbesondere gibt es keine Notaufnahmen im nordrhein-westfälischen System, zumindest nicht, was die Leistungsgruppen betrifft. Es gibt natürlich Notaufnahmen in den Krankenhäusern, aber es wird doch zu einem erheblichen Umverteilungseffekt führen, wenn wir das eins zu eins auf eine Vergütung im Bund überführen würden. Das müssen wir, glaube ich, in den nächsten Wochen diskutieren, dass das Modell eine sehr gute Grundlage ist, aber dass wir an einigen Stellen jetzt deutlich nachschärfen müssen, damit wir nicht diese Verwerfungen bekommen. Das wäre es von meiner Seite. Vielleicht darf ich an Herrn Professor Augurzky übergeben, noch einmal zu der Frage: Was würde auch passieren über diese Leistungsgruppen hinaus, wie ist die Verteilung bei uns im Bundesgebiet?

Boris Augurzky [00:09:59]

Wenn man jetzt diese Leistungsgruppen nimmt, die in Nordrhein-Westfalen ausgearbeitet sind, die durchaus Potenzial haben, sie noch etwas weiter auszuarbeiten, aber jetzt starten wir mal mit denen und [simulieren] einmal für ganz Deutschland. Das hat eine Partnerfirma, Vebeto, für uns gemacht. Wie können denn dann so die Anpassungsmechanismen sein, wenn man sagt, man nimmt die Standorte raus, die eine Leistungsgruppe haben, aber mit relativ wenigen Fällen und prüft aber vorher, ob dann noch Erreichbarkeiten gewährleistet sind. Das heißt, ich kann natürlich kein Krankenhaus einer Leistungsgruppe rausnehmen, wo es dann sonst in der Umgebung keine Alternative für die Bevölkerung ist. Das gilt natürlich nur für ländliche Regionen. In den Ballungsgebieten können Sie eigentlich beliebig viele Standorte herausnehmen, ohne dass die Bevölkerung dann Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit hat. Deshalb haben wir gesagt: Jetzt vergleichen wir einmal Berlin mit Mecklenburg-Vorpommern, das sind zwei Antipoden. Berlin eben sehr dicht besiedelt, städtisch. Und Mecklenburg-Vorpommern ist das Bundesland in Deutschland, das am wenigsten dicht besiedelt ist und auch viele Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag heute schon hat. Und wenn Sie jetzt mal im Bereich der Onkologie schauen: Wir haben einige Leistungsgruppen herausgegriffen. Beispiel Ösophaguseingriffe haben wir in Berlin derzeit, das ist der Stand 2021, elf Standorte, die diese Leistungsgruppe hätten. Und nach der Optimierung, das heißt, ich verteile dann neu um, nehme die kleinsten Standorte raus, verteile dann die Fälle auf die anderen nach gewissen Vorgaben, die da in dem Modell eingebaut sind. Dann hätten wir noch sechs Stück in Berlin, also ungefähr eine Halbierung, beim Pankreas sogar von 22 auf nur acht. Und bei den tiefen Rektumeingriffen von 32 auf 14. Man merkt, das halbiert sich etwa. Und Berlin wäre, und das ist eben implizit in der Simulation gewährleistet, von der Erreichbarkeit überhaupt nicht negativ berührt. Auch Endoprothetik habe ich mal mitgebracht. Da ist es zwar nicht unter 50 Prozent, aber [es ist] auch eine deutliche Reduktion sichtbar. Und dagegen kann man jetzt mal Mecklenburg-Vorpommern sich anschauen. Da sehen Sie zwar auch eine Reduktion der Zahl der Standorte, aber deutlich geringer, einfach deswegen, weil man die Fläche ja weiter versorgen muss. Und da können Sie dann eher seltener die Standorte herausnehmen, die zum Beispiel Ösophaguseingriffe machen oder Pankreas- oder tiefe Rektumeingriffe. Und auch in der Endoprothetik relativ wenig. Diese Reform, die da geplant ist, das ist kein Kahlschlag, dass man jetzt sozusagen im Ländlichen alles dicht macht, sondern im Gegenteil: Im Ländlichen wird eher geschaut, dass man eine gute Erreichbarkeit hat. Und im Städtischen kann man die Potenziale der Bündelung schön gut nutzen. Und das hat nämlich nicht nur ökonomische Vorteile, sondern auch medizinische. Darauf werden wir auch noch eingehen. Denn wenn Sie an einem Standort gewisse Leistungen häufiger machen, kriegen Sie in der Regel auch eine bessere medizinische Qualität hin. Das können Sie für alle anderen Bundesländer, das können Sie auch für Regierungsbezirke sich anschauen. Das wurde da simuliert. Und es ist immer wieder so ein ähnliches Ergebnis, wie Sie es hier im Moment sehen. Wobei, eine kleine Ergänzung muss ich schon machen: Mecklenburg-Vorpommern, das hat ja Herr Karagiannidis auch gesagt, es braucht auch Personal. Also wir müssen dann schon in Meck-Pomm auch entsprechend die Menschen haben, die da hingehen zu diesen Standorten, die jetzt hier grün gekennzeichnet sind. Denn sonst können wir natürlich planen, aber keine Leistung erbringen. Das wird eigentlich die Herausforderung. Da brauchen wir dann über die Reform hinausgehend auch noch Überlegungen: Wie kann ich telemedizinisch tätig werden, wie kann ich auch mobile Dienste einsetzen. Und was kann ich zum Beispiel von Ländern wie Finnland, skandinavischen Ländern [lernen], die ja heute schon noch weniger dicht besiedelt sind als Mecklenburg-Vorpommern? Damit übergebe ich mal an den nächsten Kollegen.



press briefing

Moderator [00:14:21]

Bevor Herr Busse startet. Sorry, ganz kurz, Herr Augurzky, kann ich einmal kurz eine kleine Nachfrage stellen, weil sie ja über die Erreichbarkeit schon einmal gesprochen hatten. Es wird sich ja wahrscheinlich geringfügig etwas bei Fahrzeiten und Co. verändern, zum Beispiel auch in Berlin. Können sie da vielleicht mal eine Größenordnung geben, was das genau ist in Minuten?

Boris Augurzky [00:14:40]

Was man ja machen kann: Man hat die Bevölkerung und auch die Verteilung auf die Postleitzahlen oder auf das Kleinräumige. Man kann dann ja einfach schauen, wenn ich jetzt zum Beispiel in Berlin halb so viele Standorte habe, das heißt nicht halb so viele Krankenhäuser, weil man hat ja auch eine Schwerpunktbildung. Der eine wird mehr in der Prothetik machen, der andere mehr in der Onkologie. Aber wenn ich dann weniger Standorte mit einer Leistungsgruppe habe, können sie ja schön simulieren, wie weit sind dann die Anfahrtswege? Und tatsächlich ändert sich da in Berlin [etwas], da müssen wir noch einmal nachschauen, [das wären] drei Minuten länger, vielleicht im Durchschnitt. Für den durchschnittlichen Patienten ist es also wirklich kaum spürbar, dass ich länger fahren muss, weil es halt heute schon so dicht ist, sodass ich da bei der Erreichbarkeit kaum eine Änderung habe. In Mecklenburg-Vorpommern ist eine Schranke eingebaut. Das heißt, ich ändere nichts, wenn dann die Anfahrt zu weit werden würde, sodass auch hier das Resultat ist, dass man kaum zusätzliche Fahrzeiten hat. Die genauen Zahlen haben wir alle hinterlegt. Das kann man sich dann anschauen. Und kann ich auch gerne nachlesen.

Moderator [00:15:53]

Vielen Dank dafür. Genau, Herr Busse. Ich übergebe an Sie wegen Finanzierung und Co.

Reinhard Busse [00:15:59]

Dann übernehme ich hier. Und es bleibt ja die Frage: Wie kann das sein, dass weniger Standorte besser für den Patienten sind? Das ist ja unsere Kern-Message. Und ich habe hier mal drei Beispiele mitgebracht, dass man sich das vorstellen kann. Zum einen, ich habe hier oben links, das ist Herzinfarkt, oben rechts ist Schlaganfall. Unten ist Krebsversorgung, insbesondere beim Bauchspeicheldrüsenkrebs, dem Pankreaskrebs. Fangen wir mal oben links an. Es ist auch natürlich eine Frage der Epidemiologie, also der Krankheitslast in der Bevölkerung. Das ist ganz wichtig, dass ja jeder denkt, ich brauche viele, viele Standorte für Herzinfarkte, damit ich ganz schnell versorge. Das sind zwei Punkte. Wir haben am Tag 500 Herzinfarkte in Deutschland, die verteilen wir derzeit auf über 1000 Krankenhäuser. Das ist nicht nur ineffizient, weil eben an 1000 Krankenhäusern Personal vorgehalten wird für die potenziellen Herzinfarkte. Und man sieht, im Schnitt kommt jeden zweiten Tag einer. Es ist insbesondere ein Qualitätsproblem, weil nur ungefähr die Hälfte der Standorte einen Linksherzkatheter haben, der ganz wichtig ist für die Diagnostik und für die adäquate Therapie. Wir wissen eigentlich schon seit 20 Jahren, dass die Sterblichkeit und das Auftreten von Folgeerkrankungen wie Schlaganfall, erneuter Herzinfarkt deutlich niedriger sind in Standorten mit einem Linksherzkatheter. Trotzdem, wie gesagt, haben noch 50 Prozent der Krankenhäuser, die derzeit Herzinfarktpatienten versorgen, keine [Linksherzkatheter]. Die Reform würde darauf abzielen, dass eben nur diejenigen, die einen Linksherzkatheter haben, entsprechendes Personal haben, diese Leistungsgruppe bekommen. Ein ähnliches Bild bei dem Hirninfarkt als die wichtigste Schlaganfallentität. Wir haben ungefähr 600 neu auftretende Hirninfarkte am Tag in Deutschland, die versorgen wir auf 1100 Krankenhäusern. Ganz wichtiger Bestandteil ist eine Stroke Unit, also eine Schlaganfalleinheit. Wir wissen nicht ganz exakt, wie viele wir haben. Es gibt die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft, die zertifiziert Stroke Units. Da gibt es 328 von, da gibt es noch andere Kran-



kenhäuser, die haben keine zertifizierte [Stroke Unit]. Wir sehen aber, dass ganz klar über die Hälfte der Krankenhäuser, die Schlaganfälle behandeln, keine Schlaganfalleinheiten [haben], obwohl das ein wesentlicher Vorteil für den Patienten ist. Wir haben wirklich gute Daten aus einer sehr gut gemachten Studie in Essen, die über einen längeren Zeitraum geguckt hat, wie viele Patienten leben noch nach einem Jahr, und sie sehen dann, mit Stroke Unit sind immerhin auch schon 23 Prozent verstorben, ohne aber 30 Prozent, also deutlich mehr. Letztes Beispiel: die Krebserkrankung. Wir haben eben schon gesehen, dass es in Berlin extrem viele [gibt] – ich glaube, auf der Folie stand 22, Ich habe 23 gefunden. Das ist ja auch immer nicht so ganz klar. 23 Krankenhäuser in Berlin versorgen derzeit Patienten mit komplexen Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse. Nur sieben davon haben ein Pankreaskrebszentrum, was dann ungefähr die Zahl war, die wir auf der vorherigen Folie gesehen haben, die übrig bleiben würden. Dass wir sagen, Leistungsgruppen führen dazu, dass die Voraussetzung der Leistungserbringung ist, dass ein Krebszentrum da ist. Wie groß das Problem ist, sieht man auf der rechten Seite. Derzeit ist es so, werden 50 Prozent, das ist eigentlich für ein Land wie Deutschland unvorstellbar, dass jeder zweite Krebspatient außerhalb von Krebszentren behandelt [wird], obwohl wir wissen aus einer ebenfalls ganz aktuellen, gut gemachten Studie, dass es Überlebensvorteile von bis zu 23 Prozent gibt von Patienten, die in Zentren behandelt werden. Nächste Folie, bitte. Wir hatten ursprünglich ja in dem Konzept ... und ich glaube, es wird auch am Ende zu einer ähnlichen Grundüberlegung zurückkommen, haben wir gesagt: Es kann nicht neben spezifischen Vorgaben für Herzinfarkte, für Schlaganfälle, für Krebserkrankungen, für die ganzen anderen Leistungsvorgaben [Satz bricht ab]. Natürlich kann man das Leistungsgruppe für Leistungsgruppe machen. Es ist aber auch so, dass das Krankenhaus an sich eine gewisse Grundstruktur braucht, eine Grundstruktur hinsichtlich der Größe nach Leistungsgruppen, dass eben interdisziplinäre Konsile stattfinden können. Das ist ja bei der Krebsversorgung ganz wichtig, dass eben Radiologie, Strahlentherapie und so weiter einbezogen wird. Dass es eine Intensivstation von vernünftiger Größe mit entsprechender Expertise gibt. Und darum hatten wir ja diese Level, diese Versorgungsstufen vorgeschlagen mit der Überlegung, dass die komplexeren Leistungsgruppen nur an Krankenhäuser gehen, die eine bestimmte Mindestausstattung haben. Das ist ja vorerst vom Tisch. Aber wie gesagt, eigentlich spricht sehr viel für diese Lösung, und ich habe immer noch das Gefühl, am Ende wird man sich doch wieder so einer Lösung annähern, weil die Alternative, und die kommt auf der nächsten Folie, bitte, ... Die Alternative ist, wenn es keine Level gibt, dann muss ich das, was hinter den Levels stand, also die gewisse Grundausstattung des Krankenhauses jenseits der Leistungsgruppe an sich, muss ich dann eben an die Strukturvoraussetzung für die jeweilige Leistungsgruppe koppeln. Man muss sich das jetzt so vorstellen: Egal, wie viele Leistungsgruppen es am Ende genau geben wird, wenn wir mal die 64 nordrhein-westfälischen Gruppen nehmen, wo sich jetzt eben Leistungsgruppen für Leistungsgruppen sagen: Okay, wenn du einen Herzinfarkt versorgen willst, brauchst du eben nicht nur eine entsprechende Anzahl von Kardiologen, entsprechend weiterqualifiziertes Pflegefachpersonal. Du brauchst nicht nur einen Linksherzkatheter, sondern du musst natürlich auch, weil es da Folgeerkrankungen gibt – Interdisziplinarität –, du musst eine entsprechende Notaufnahme haben, ist klar. Die Herzinfarkte kommen typischerweise über die Notaufnahme, du brauchst eine Intensivstation, die sind häufig intensivpflichtig. Man muss immer daran denken, dass andere Leistungsgruppen vorhanden sind. Ich habe hier ein Beispiel aus der Viszeralchirurgie, Bauchchirurgie. Da brauche ich nicht nur den Bauchchirurgen, sondern der sollte natürlich eigentlich auch einen Internisten haben, der sich mit dem Gastrointestinaltrakt auskennt. Wir brauchen Zertifizierung, wie gerade am Beispiel Krebs dargestellt. Wir brauchen auch Mindestfallzahlen, damit die Erfahrung halt kontinuierlich vorhanden ist. All das muss jetzt Leistungsgruppe für Leistungsgruppe definiert werden. Und dann kommt ja die eigentliche Finanzierungsreform. Die soll ja dann für die, sagen wir mal, 64 Leistungsgruppen Vorhaltebudgets an die Krankenhäuser ausschütten, also ein Krankenhaus, was im Extremfall alle 64 Leistungsgruppen versorgen würde, würde halt 64 Vorhaltebudgets bekommen. Und man muss ganz wichtig sehen, das ist auch noch nicht bei allen angekommen, es ist ja ein Nullsummenspiel. Es geht nicht darum, das hatte Christian Karagiannidis gesagt, mehr Geld ins System zu geben, sondern wir wollen die Ineffizienzen rausnehmen. Wir wollen die Resilienz des Systems hinsichtlich der Nutzung von Personal erhöhen. Und das führt natürlich nur dazu, dass die Krankenhäuser, die die Leistungsgruppen erhalten, es kann denen nur wirtschaftlich besser gehen und personell können die besser ausgestattet werden, wenn es gleichzeitig Standorte gibt, die diese Leistungsgruppen nicht mehr erbringen. Ich glaube, das muss man ganz klar im Hinterkopf haben, dass der Geldkuchen verteilt wird auf diejenigen, die die Strukturvoraussetzungen erfüllen. Und nur, wenn das



press briefing

weniger werden, wird das Vorhaltebudget, was dann pro Standort, der die Leistungsgruppe noch erbringen darf, entsprechend vergrößert. Soweit von mir. Vielen Dank.

Moderator [00:23:45]

Vielen Dank, Herr Busse. Und auch an Sie drei, danke fürs Ausschalten der Präsentation. Herr Karagiannidis, ich würde bei Ihnen kurz einhaken und gerne auch durch Herrn Busse ergänzen. Hinter diesen Leistungsgruppen stehen ja letztlich auch gewisse Qualitätskriterien, die ja angelegt werden sollen. Das hat Herr Busse ja auch gerade erzählt. Jetzt frage ich mich natürlich, wie werden die konkret festgezurt und was legt man jetzt letztlich fest? Welcher Wert steht eventuell hinter Leistungsgruppe A, zum Beispiel? Können Sie das erklären, wie die Qualitätskriterien geschaffen werden sollen und worauf man achten muss oder wie hoch und tief man sie ansetzt?

Christian Karagiannidis [00:24:21]

Ja. Das ist noch einmal eine ganz wichtige Frage: Wie wird das Geld eigentlich verteilt? Und wir wollen das Geld ja in Zukunft nicht mehr allein über die DRGs verteilen, sondern zu einem größeren Anteil über Vorhaltekosten. Und der Bundesgesundheitsminister spricht ja immer wieder von 60 Prozent. Und dieser Vorhalteanteil soll über die Leistungsgruppen ausgeschüttet werden. Die Grundlage dafür wird wahrscheinlich das Jahr 2022/23 sein. Zur Berechnung, ich mache ein fiktives Beispiel: Die Herzklappenimplantation hat ein Leistungsvolumen in der Kardiologie von einer Milliarde in den Jahren 2022/23 im Schnitt gehabt. Man würde dann davon 600 Millionen Euro als Vorhaltekosten ausschütten an die Kliniken, die diese Leistungsgruppe haben zur Herzklappenimplantation, ohne dass sie auch nur eine einzige Klappe implantiert haben. Und wenn man solche Vorhaltemodelle macht, dann hat man ein paar große Vorteile. Man kommt etwas aus dem Mengenanreiz heraus oder hoffentlich auch mehr, weil wir müssen in der Menge reduzieren in Deutschland. Wir haben an einigen Stellen doch eine deutliche Übertherapie im internationalen Vergleich, wir haben das mehrfach betont. Aber man hat auch den großen Nachteil, dass natürlich ein Anreiz gesetzt wird für die Geschäftsführer, dass man mit möglichst wenig Ärztinnen und Ärzten zurechtkommt. Das Pflegebudget ist ausgegliedert, das heißt, an der Pflege zu sparen, das lohnt sich für den Geschäftsführer nicht. Es würde sich bei der Verteilung der Vorhaltekosten aber lohnen, hier und da Arztstellen abzubauen, weil man das Geld ja ohnehin bekommt. Und deswegen kommt der Mindeststrukturqualität aus ökonomischer Sicht und aus Sicht der Ärzteschaft eine unglaublich große Bedeutung zu, weil damit auch sichergestellt ist, dass wir die Qualität über unser Personal sichern. Weil Qualität ist ganz streng gebunden an das, wie viele Ärztinnen und Ärzte ich habe und wie viel Leistung ich erbringe. Reinhard Busse hat das eben sehr schön gezeigt. Je mehr Leistung ich erbringe, desto besser ist das Outcome am Ende für die Patientinnen und Patienten. Und das geht nur mit einer vernünftigen Anzahl von Ärzten. Und deswegen müssen wir wahnsinnig aufpassen in diesem Prozess, dass die Mindeststrukturvoraussetzung aus Sicht der Qualität für die Patientinnen und Patienten, aber auch aus ärztlicher Sicht nicht zu gering angesetzt wird, weil sonst hinterher weniger Ärzte da sind als im Moment.

Reinhard Busse [00:26:50]

Aber Herr Jacobs, Sie zielten darauf ab, wo jetzt diese Voraussetzungen herkommen. Für einen Teil, wie ich gerade dargestellt habe, liegen die ja auf der Hand. Wir haben Zertifizierungen für Schlaganfalleneinheiten, für Krebszentren, die sind ja genau aus diesem Grund innerärztlich, in Verbänden, in Fachgesellschaften entstanden. Wir haben außerdem das Leistungsgruppensystem in der Schweiz, wo es auch schon Voraussetzungen gibt, die sich überlegt haben, wie viele Fachärzte muss ich mindestens da haben. Da muss man sich vorstellen, im Extremfall [...] Wir haben ja als Kommission gesagt, auf Level drei sollten in bestimmten Bereichen Intensivstationen eigentlich als Facharztstandard rund um die Uhr da sein. Wenn man das möchte, dann kann man schon ausrechnen, dann brauche ich fünfeinhalb Fachärzte, um eine Leistungsgruppe entsprechend abzudecken.



Man muss jetzt Leistungsgruppe für Leistungsgruppe durchgehen in Nordrhein-Westfalen, die haben das zum Teil auch schon gemacht. Wir sagen, ein paar der Leistungsgruppen sind noch zu breit. Da gehe ich noch nicht auf die spezifischen Qualitätsanforderungen und Subgruppen innerhalb der Leistungsgruppe genug ein. Das muss man sozusagen noch mal nachgehen und nachschärfen und insbesondere auch feststellen, welche Voraussetzungen wirklich an dem jeweiligen Standort vorhanden sein müssen. Es gibt ja zur Zeit diese Debatte, ja, ich bin ja Teil eines Schlaganfallnetzwerkes. Also 30 km weiter kenne ich ein Krankenhaus, die haben eine Schlaganfallereinheit und die kann ich dann anrufen. Das reicht typischerweise nicht. Wir haben das bei den Schlaganfällen zum Beispiel gut zeigen können, dass das Mitgliedsein in einem Netzwerk nicht reicht, das muss vor Ort sein. Wir stellen uns das [so] vor, dass man aufbauend auf den Erfahrungen aus der Schweiz, dem, was sowieso offensichtlich ist und was derzeit, ganz wichtig, die deutschen medizinischen Fachgesellschaften [definieren. Die] sind ja alle dabei diese Anforderungen schon zu definieren. Der Prozess läuft ja schon. Jenseits dessen, was sich auf der politischen Ebene tut, sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland dabei, diese Anforderungen schon zu definieren, sodass man auch gar nicht mehr eine große Verzögerung hat, wenn man an den Start geht.

Moderator [00:29:06]

Danke. Herr Karagiannidis, vielleicht eher bei Ihnen die Frage jetzt. Vielleicht mal so ein kleines Beispiel: Notfälle, soweit ich so richtig verstanden habe, sollen ja auch weiterhin überall behandelt werden können, logischerweise, oder müssen in irgendeiner Form natürlich. Ein Beispielpatient A wird zum Beispiel wegen eines Leistenbruchs im Krankenhaus X behandelt und bekommt dort einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Krankenhaus X muss ihn natürlich dann auch behandeln, allerdings hat das Krankenhaus eventuell die nötigen Strukturen dafür weitgehend abgebaut, weil es ja nach den neuen Leistungsgruppen keine Spezialklinik für Herzinfarkte oder Schlaganfälle ist. Also muss es die dafür erforderlichen Strukturen ja eigentlich laut dem Plan nicht mehr vorhalten, soweit ich das verstanden habe. Ist das ein denkbare Szenario? Wie kann die Qualität überall gleich bleiben, wenn sie letztlich nicht überall gleich ist?

Christian Karagiannidis [00:29:53]

Ja, das wäre ein Extremszenario. Ich würde sagen, wir werden die 425 Krankenhäuser in Deutschland, die die Notfallstufe zwei und drei haben, sicherlich behalten, wenn sie es schaffen, ausreichend Personal für die Zukunft zu akquirieren. Aber, wenn man das [ernstnimmt], was Reinhard Busse eben gezeigt hat, dass wir nicht diese feste Levelstruktur haben in Deutschland, wie wir sie von Regierungskommissionsseite aus vorgesehen haben, dann entsteht natürlich potenziell ein Anreiz, dass sich Kliniken einzelne Leistungsgruppen rauspicken, die vielleicht auf Dauer doch lukrativ sind. Dem kann man entgegenwirken in der Definition der Leistungsgruppen. Und das ist sicherlich auch der Auftrag an die medizinischen Fachgesellschaften, dass man Dinge miteinander verknüpft. Wenn ich eine Herzinfarktversorgung mache, dann kann ich mich nicht nur darauf konzentrieren, sondern dann brauche ich genauso gut auch eine Intensivmedizin oder eine Notaufnahme. Das ist die Möglichkeit, wie man die Qualität für die Patientinnen und Patienten sichert. Aus unserer Sicht wäre es ehrlicher und, glaub ich, auch klarer gewesen, wenn wir gesagt hätten, wir machen rechtsverbindliche Leveldefinition, die man durchaus hätte abschwächen können und die dann dazu führt, dass wir genau diese Umstrukturierung bekommen, die wir Ihnen am Anfang gezeigt haben, dass wir mehr dieser Level-2-Kliniken haben. Aber dadurch, dass die Bundesländer hinterher sagen werden, welches Krankenhaus hat welche Leistungsgruppen, bin ich im Großen und Ganzen doch verhalten optimistisch, dass wir nicht wieder eine Rosinenpickerei in die falsche Richtung bekommen. Und wir müssen von Fachgesellschaftsseite extrem darauf achten, dass wir diese Verknüpfung unterschiedlicher Leistungsgruppen im Sinne der Qualität für die Patientinnen und Patienten auch in die Definition mit reinschreiben.



press briefing

Moderator [00:31:41]

Dankeschön. Herr Augurzky, ich habe an Sie vielleicht auch noch eine Frage. Ich bleibe noch ein bisschen bei meinem Krankenhaus-XY-Beispiel. Es soll ja so sein, dass auch Leistungsgruppen getauscht werden können zwischen den Kliniken. Das ist ja schön, dass das geht. Aber dazwischen steht ja eigentlich immer der Patient. Und wie wird jetzt eigentlich sichergestellt, dass die Leistung und damit eigentlich auch der Patient von Haus X bei Haus Y ankommt?

Boris Augurzky [00:32:06]

Also wenn jetzt zwei Krankenhäuser – das kann auch multilateral sein, weil das durchaus komplex ist, wir haben das mal für Bremen versucht – tauschen, und tauschen heißt ja am Ende des Tages: ich konzentriere mich auf die Endoprothetik, der andere auf die Onkologie, dann ist es ja eigentlich nichts anderes, als wenn ich auch als Krankenhaus-Planer sage, der eine oder andere konzentriert sich auf dieses und jenes. Dann würden die Patientenströme sich natürlich anpassen. Also wenn ich als Krankenhaus die Endoprothetik nicht mehr anbiete und ich bin in einer Stadt wie Bremen oder von mir aus auch Berlin, dann werden die Patientenströme sich eben auch entsprechend neu sortieren und dort hingehen, wo das Angebot gut ist und auch die Qualität dann entsprechend gut ist. In den Städten, glaube ich, werden die Patientenströme sich da relativ einfach anpassen. Wie gesagt, auf dem Ländlichen muss ich genauer hinschauen. Das gilt auch für Personalströme. Das war auch eine Frage, ob das Pflegepersonal mitgeht. Vielleicht mag auch jemand der Kollegen darauf eingehen. Aber innerhalb der Stadt sehe ich da jetzt auch nicht die Notwendigkeit, dass das Personal umziehen muss. Und, wie gesagt, auf dem Land muss man immer genau hinschauen. Die größten Veränderungen erwarte ich auch in der Stadt, sodass man da [auf dem Land] auch entspannt sein kann. Da wird jetzt nichts plötzlich unversorgt bleiben.

Moderator [00:33:32]

Kurz nachgefragt, Sie haben die Patientenströme genannt: Ich bin jetzt Patient, wird dann von mir als Patient erwartet, dass ich weiß, wo ich hingeh?

Boris Augurzky [00:33:46]

Aber das ist ja heute schon so. Sie gehen ja hoffentlich nicht, wenn Sie das Knie machen lassen sollen, zum Kardiologen. Und dann haben Sie ja in der Regel auch den Niedergelassenen, der Sie einweist. Da gibt es ja auch Gespräche. Heute schon gehe ich ja zum richtigen Facharzt. Und wenn das sich jetzt ändert in den nächsten Jahren, weil dann das Zentrum woanders ist, dann mache ich das ja genauso.

Christian Karagiannidis [00:34:18]

Vielleicht darf ich das noch mal ergänzen, weil das wirklich ein wichtiger Punkt ist: Wie ist die Steuerungsfunktion in unserem Gesundheitswesen? Ich glaube, wir müssen die Hausärztinnen und Hausärzte stärken in der Zukunft, weil die eine ganz wichtige Steuerungsfunktion haben. Und der Gesundheitsminister plant ja ein Transparenzportal. Und dieses Transparenzportal soll so aussehen, dass ganz objektiv dargestellt wird, wie ist die Klinik aufgebaut, welche Leistungsgruppen hat sie? Erfüllt sie Strukturvoraussetzungen? Aus unserer Sicht wäre es extrem wertvoll zu zeigen, wie viel Personal arbeitet da eigentlich in den Kliniken und können die das eigentlich in der Form erbringen? Und auch: wie ist die Ergebnisqualität? Das ist etwas, was in Amerika üblich ist, bei uns in Deutschland ist es völlig unüblich. Mit so einem Transparenzportal, das für alle zugänglich ist, hat der Patient die Möglichkeit, sich auszusuchen, wo er zum Beispiel seine Krebserkrankung behan-



press briefing

deln lässt. Und der Hausarzt hat genauso wie der niedergelassene Facharzt natürlich auch jederzeit die Möglichkeit zu gucken, welche Klinik in meiner Umgebung, wenn ich sie nicht ohnehin schon alle kenne, hat eine sehr gute Ergebnisqualität zum Beispiel beim Lungenkrebs. Ich glaube, das ist etwas, was das deutsche Gesundheitswesen, wenn dieses Transparenzportal kommt, erheblich verändern wird.

Reinhard Busse [00:35:35]

Aber vielleicht muss man auch sagen: Natürlich ist die Ergebnisqualität wichtig, die Strukturqualität aber auch. Wer nur drei Patienten mit Lungenkarzinom versorgt, und die sind jetzt zufällig alle nicht gestorben, ist das nicht ein Ausdruck guter Qualität, sondern von Zufall. Deswegen wirkt das Hand in Hand. Nur Krankenhäuser, die die Mindeststrukturvoraussetzungen erfüllen, dürfen es erfüllen. Unter dem kann ich dann gucken, wie ist die Ergebnisqualität. Aber die, die die [Strukturvoraussetzungen] nicht erbringen, da will ich auch nicht, dass es da Zufallseffekte gibt. Was ja häufig jetzt in der Debatte ist: "Ja, ich versorge doch Frauen mit Brustkrebs. Ich habe zwar nur zehn, aber die sind doch alle gut versorgt." Das ist so ein bisschen wie der Raucher, der, obwohl er Kettenraucher ist, 90 Jahre alt wird. Das ist ja kein Beleg, dass Rauchen doch nicht schädlich ist.

Moderator [00:36:31]

Herr Augurzky, Sie hatten sich noch gemeldet.

Boris Augurzky [00:36:37]

Ich würde noch mal gerne auf Ihr Thema zurückkommen: Patientensteuerung und dass man da auch Hilfe geben kann und sollte. Wir haben ja in der Regierungskommission noch eine schöne vierte Stellungnahme zum Thema integrierte Leitstelle erarbeitet. Ich finde, das ist ein ganz wichtiges Thema. Denn das ist ein Angebot an die Menschen, sich dann an eine einheitliche Nummer zu wenden, meinetwegen die 112, 116117, die müssen verbunden sein miteinander, da brauche ich entsprechendes Know-how dahinter, Fachkräfte. Und da können die Hilfesuchenden sich melden und kriegen auch eine abschließende Hilfe. Und die Hilfe kann auch mal sein, dass ich nur ein Rezept in der Apotheke gleich elektronisch abhole. Oder es kann bis dahin gehen, dass ich einen Rettungswagen vorbeischicke. Und dann werden natürlich auch die Patienten dorthin gebracht, wo eben das Know-how ist. Das können Sie auch digital unterstützen mit Apps. Das ist ja alles möglich. Ich kenne auch welche, die da schon loslegen als Leistungserbringer. Und ich wünsche mir, dass wir das von Bundesseite auch noch forcieren. Das würde die effiziente Allokation der Patientenströme unterstützen?

Moderator [00:37:53]

Vielen Dank. Herr Busse, ich habe gesehen, dass Sie schon einige Fragen beantwortet haben. Das ist nett. Ich würde sie trotzdem ganz gerne nochmal in die Runde stellen, damit alle Kollegen es mitbekommen. Eine war ja zum Beispiel, dass die von Ihnen geforderte Zentralisierung von Leistungen an den Zentren ja auch dazu führen wird, dass die Pflegekräfte sich dort konzentrieren. Ob das nicht vielleicht weitere Anfahrtswege für die Pflegekräfte bedeuten würde und gerade in ländlichen Regionen eventuell so eine Art Ausbluten drohen könnte. Könnten Sie dazu vielleicht nochmal [was sagen]?



Reinhard Busse [00:38:29]

Wir müssen zum einen natürlich an den Patienten denken. Und dem Patienten wird leider durch unsere Politik vorgegaukelt, dass [er in einem] Gebäude, wo draußen "Krankenhaus" dransteht, gut versorgt ist, wenn das [in der Nähe] ist. Das gilt natürlich nicht, wenn dort die entsprechenden Fachkräfte nicht da sind, wenn die entsprechende Ausstattung nicht da ist. Und selbst wenn die Ausstattung da ist, wissen ganz viele nicht, dass wir ja die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses haben, die den Fachärzten noch mal 30 Minuten Zeit einräumt, außerhalb der Kernarbeitszeiten ins Krankenhaus zu kommen. So dass es eine Fiktion ist, dass mir bei einem Krankenhaus um die Ecke geholfen wird, wenn ich da bin. In vielen Fällen wäre es besser, Personal, Ärzte und Pfleger zu konzentrieren. Die Rettungswagen fahren dann ein bisschen weiter und das Personal arbeitet im Schichtdienst. Da werde ich netto wesentlich schneller behandelt. Zum Pflegepersonal: Wir würden dem Pflegepersonal mit der Reform faktisch die Wahl einräumen. Entweder wollen Sie die komplexeren Patienten in den Standorten, die die Leistungsgruppen erfüllen. Pflegepersonal und Ärzte möchten eigentlich typischerweise auch für wirklich Kranke da sein. Oder aber sie verbleiben in den Standorten, die die Leistungsgruppen nicht mehr erfüllen. Das sind ja unsere sogenannten Level-1-Häuser, also integriert ambulant stationäre Zentren. Da haben wir ja vorgeschlagen, dass das Pflegepersonal deutlich mehr Autonomie bekommt. Wir wissen aus anderen Ländern wie Finnland, dass das professionell sehr befriedigend ist, wenn man ein großes Aufgabenspektrum selber ausüben kann. Wir wollen also dem Pflegepersonal eigentlich sagen, [du bist] vielleicht ein bisschen weiter weg [von] einem Level-2, 3-Haus, oder du bist vor Ort tätig, hast da ein breites Leistungsspektrum, aber natürlich mit weniger komplexen Patienten. Und das würde insgesamt dem Pflegepersonal mehr Berufsperspektiven eröffnen und sicherlich mehr von denen wieder in die Vollzeit zurückholen.

Boris Augurzky [00:40:44]

Vielleicht ein bisschen was aus der Praxis. Ich betreue einige Projekte, wo es genau darum geht. Ich möchte in einem Landkreis verschiedene Standorte zusammenziehen oder zumindest Leistungen verschieben. Und inzwischen ist es Standard, dass wir da auch die Personaldaten anschauen. Wo wohnen die Menschen, die da arbeiten, wo wäre der neue Arbeitsort? Wie ändert sich die Pendelzeit? Wie ändert sich die Erreichbarkeit für Patienten? Das können Sie ja genauso analysieren wie die Änderungen fürs Personal? Natürlich wird es im Durchschnitt etwas länger, wenn ich zentralisiere. Manche gewinnen aber auch, weil sie näher dran wohnen. Das ist unterschiedlich. Und wichtig ist dabei immer, dass man in solchen Prozessen ... das machen wir jetzt so auf der Landkarte, aber man muss das vor Ort dann eben auch mit dem Personal besprechen. Wir haben ein Projekt im Landkreis mit dem Betriebsrat, der sagt, okay, wir würden das unterstützen, mitziehen. Aber baut dann bitte das neue Krankenhaus auch atmosphärisch angenehm, dass man dort gerne arbeitet. Es geht ja nicht nur um eine Healing Architecture für Patienten, sondern eben auch für die, die da arbeiten. Und ein konkretes Beispiel aus Südbayern: Weilheim-Schongau, das hat ja die Runde gemacht, das sind zwei kleine Standorte in einem Landkreis. Da wollten alle die beiden zusammenlegen zu einem schönen Neubau in der Mitte. Die Landrätin war dafür, der Geschäftsführer und eben auch das gesamte Personal, ärztlicher Dienst, Pflegedienst haben gesagt: Das wollen wir, ein neues, modernes, auch digitalisiertes Krankenhaus. Alle zogen an einem Strang, aber dann hat die Bevölkerung gesagt, das möchten wir nicht. Was ich aber sagen will, auch das Personal wollte das. Weil die sehen ja auch die Vorteile. Zum Beispiel können sie Dienste besser abbilden, Urlaube besser nehmen, wenn sie in größeren Einheiten unterwegs sind. Klar bleiben manche lieber am Wohnort und gehen da nicht mit. Aber ich denke, die große Mehrzahl sieht schon auch das schöne Neue an so einem zentralisierten Angebot.

Moderator [00:42:44]

Danke dafür. Herr Karagiannidis, ich würde Ihnen gerne noch mal die Frage weiterleiten, mein Beispiel mit dem Leistenbruch. Dieser Leistenbruch, der jetzt in der Klinik den Herzinfarkt erleidet.



Wie würde der jetzt, in diesem Extrembeispiel zugegebenermaßen, weiter behandelt, wenn das betreffende Krankenhaus darauf vielleicht gar nicht spezialisiert ist? Er wird trotzdem wahrscheinlich vor Ort behandelt. Aber wie wäre jetzt das Prozedere?

Christian Karagiannidis [00:43:10]

Das ist ja das, was wir im Moment eigentlich auch haben. Also wir haben ja auch viele Kliniken, die keine Herzinfarkte behandeln. Also von den 1700 somatischen Standorten haben wir vielleicht 600, die primär Herzinfarktversorgung machen. Da wird dem Rettungsdienst eine noch größere Bedeutung zukommen als im Moment. In einer umstrukturierten Krankenhauslandschaft wird es sehr stark darauf ankommen, dass man Patienten wirklich zeitnah in das nächstgelegene Zentrum verbringt. Bei Dingen wie Herzinfarkt, Schlaganfall ist es essenziell, dass der Patient dann auch wirklich verlegt wird in das andere Krankenhaus. Bei Erkrankungen, die nicht ganz zeitkritisch sind, kann man sicherlich auch über telemedizinische Beratung nachdenken. Wir hatten ja von Regierungskommissionsseite immer wieder gefordert, dass die Krankenhäuser sich eng vernetzen und dass man ein lokales Netzwerk baut, zum Beispiel auch um Universitätskliniken herum, damit manche Transporte vielleicht nicht notwendig sind. Aber im Großen und Ganzen wird auf den Rettungsdienst noch mehr zukommen als im Moment schon. Und vor allen Dingen müssen wir in ländlichen Regionen sicherstellen, dass dann halt in der Notfallsituation sehr schnell der Hubschrauber da ist. Und das gilt genauso auch für den Herzinfarkt, den man irgendwo in der Klinik erleidet, die keinen Herzkatheter anbietet. In der Regel sind wir in Deutschland noch so gut aufgestellt, dass man das dann auch sehr zeitnah machen kann, ohne dass das Herz oder das Hirn beim Schlaganfall darunter leidet.

Reinhard Busse [00:44:40]

Man muss aber vielleicht auch sagen, es wird zu übertrieben dargestellt. Typischerweise ist es ja so, dass, wenn wir diese Zahlen zeigen, dann sagt jeder: In meiner Region kommt das gar nicht vor. Da werden alle Herzinfarkte, Schlaganfälle in die Kliniken gebracht vom Rettungsdienst. Wir sehen, es gibt Gegenden, da gibt es gar keine Schlaganfalleinheiten, da passiert das natürlich nicht. Die müssen ja verbessert werden. Und die Ausrede, die dann auch noch kommt: "Ja, der hat das während des stationären Aufenthaltes erlitten", das ist schon selten, dass tatsächlich ein Patient mit Leistenbruch gerade während seines Krankenhausaufenthaltes einen Herzinfarkt kriegt, das ist schon eine echte Rarität.

Moderator [00:45:25]

Herr Busse, eine Frage zu dieser Doppelreform NRW und Bund, weil sie die maßgeblich begleitet haben. Können Sie dazu vielleicht eine Einschätzung bringen, inwiefern das jetzt Interferenzen, Synergien oder Profilierungspotenziale bildet ...

Reinhard Busse [00:45:39]

Naja, das sieht so aus, als ob da parallel Dinge laufen. Es ist so, dass der dortige Gesundheitsminister ja vor vier Jahren schon gebeten hat, ein Gutachten zu machen, wie er seine Krankenhausplanung verbessern kann. Wir haben ja im Jahr 2019 vorgeschlagen, auf diese Leistungsgruppen [unverständlich] auszuweiten oder diesen Vorschlag aus der Schweiz aufzugreifen. Das haben die dann auch gemacht. Es hat unter anderem auch wegen Corona ein bisschen länger gedauert, bis das jetzt fertig geworden ist. Man muss aber sagen, das hat einen anderen Hintergrund. Es hat nur den Planungshintergrund und hat mit dem, was wir jetzt weitergehend insbesondere auch zur Finanzierungreform sagen ... dafür war das nicht gedacht. Jetzt sagt Nordrhein-Westfalen zu Recht,



aber wir haben uns doch vor vier Jahren auf den Weg gemacht und wollen das auch nicht aufgeben. Und jetzt geht es darum, die beiden Stränge zu verbinden, also die Erfahrung von Nordrhein-Westfalen einzubinden, aber andererseits die weitergehenden Aufgaben, die mit der großen Gesundheitsreform verbunden sind, einzubinden. Christian Karagiannidis hatte ja schon dieses Kacheldiagramm gezeigt, wo man sieht, insbesondere aus der Fachabteilung Innere Medizin, der Fachabteilung Chirurgie sind riesengroße Leistungsgruppen geworden, [und zwar nach] der nordrhein-westfälischen Logik, wo es darauf ankommt, die Grundversorgung darzustellen. Jetzt sagen wir aber, es soll Vorhaltebudgets geben und das geht [unverständlich] die normale internistische Versorgung, wenn die zwischen Dorfkrankenhaus und Uniklinikum Köln in allen Häusern stattfindet, dann ist es so, dass die Vorhaltevergütung natürlich sich unterscheiden muss zwischen dem Dorfkrankenhaus und der Uniklinik Köln. Weswegen man jetzt noch mal an die Feinheiten der Leistungsgruppen herangehen muss und sagen muss: Ja, okay, ihr macht alle Allgemeine Innere, aber ihr habt nicht alle das gleiche Patientenspektrum. Und da sind wir jetzt in der Diskussion, dass auf der nordrhein-westfälischen Arbeit aufgebaut werden soll, dass sie aber gleichzeitig, noch bevor sie voll implementiert ist, gewisse Verfeinerung [unverständlich].

Boris Augurzky [00:48:06]

Ich bin ja auch hier in Nordrhein-Westfalen und im Austausch mit denen. Ich denke, man kriegt das kompatibel hin. Die Gefahr ist ja, dass man jetzt in NRW startet. Man ist mittendrin. Da hat man eine Planung, hat Zuordnung der Leistungsgruppen. Und dann kommt plötzlich ein Jahr später die Bundesebene und sagt: Wir haben auch noch mal Leistungsgruppen, aber andere. Und das darf natürlich nicht passieren. Aber wenn man zum Beispiel die bestehenden Leistungsgruppen aus NRW weiter differenziert, unterteilt, zum Beispiel Pneumologie, dann gibt es die komplexeren Fälle, die weniger komplexen. Dann hat halt zunächst mal das NRW-Krankenhaus die gesamte Leistungsgruppe Pneumologie. Obwohl wir die noch in zwei unterteilt haben. Und die haben sie dann quasi erst mal mitbekommen. Aber dann gibt es den nächsten Anpassungsprozess, dass ich dann nur für ein Teil meiner Leistungsgruppe auch das Vorhaltebudget bekomme, weil ich dafür dann die Mindestkriterien erfülle. Und so kann ich das vielleicht ineinander überführen, sodass die Arbeit, die jetzt NRW macht, nicht verloren ist. Sonst müssten wir wieder zurück auf Los. Das würden sie wohl nicht mitmachen. Ist aber meines Erachtens auch nicht nötig.

Moderator [00:49:13]

Danke, Herr Augurzky. Herr Busse, die Frage ist eigentlich auch an Sie gerichtet. Und zwar: Welche Rolle spielt die Ergebnisqualität letztlich in der Reform? Also was am Ende quasi herauskommt, wenn der Patient im besten Fall geheilt ist? Inwiefern spielt das eine Rolle bei der Definition der Leistungsgruppen und der künftigen Versorgung?

Reinhard Busse [00:49:30]

Naja, man muss sehen, die sind eng verkoppelt. Wenn wir Strukturqualität sagen, vielleicht fang ich mal da an, dann muss man ja immer sagen, wir wissen nur, was gute Strukturqualität ist, weil wir wissen, dass Kliniken, die die Struktur haben, am Ende eine bessere Ergebnisqualität erzielen, als die, die keine haben. Wenn ich eine Stroke Unit habe, führt das dazu, dass die Sterblichkeit [geringer und] das autonome Leben meiner Patienten viel, viel besser ist, als wenn ich keine Schlaganfallereinheit habe. Natürlich ist es so, irgendeine Schlaganfallereinheit zu haben und nicht motiviert zu sein, kann trotzdem noch zu schlechten Ergebnissen führen. Die Strukturqualität ist der erste Schritt. Und dann kommt es drauf an, kontinuierlich zu gucken, dass alle diejenigen, die eine Schlaganfallereinheit haben, sich nicht einfach darauf ausruhen, sondern dass ich da auch kontinuierlich messe: wie sehen die Ergebnisse aus? Es sind ja nicht die Patienten selber ... Wer einen Schlaganfall erleidet, geht ja nicht sozusagen auf dem Weg zum Rettungswagen zum Computer. Sondern es ist der Rettungsdienst. Also das System soll wissen, welche Krankenhäuser am besten



sind. Oder die einweisenden Ärzte, wenn es um elektive Patienten geht. Das System soll sich natürlich weiterentwickeln. Wir wollen uns auch nicht nur darauf ausruhen, dass die Strukturqualität ein für allemal zementiert ist. Also insofern ist das Messen der Ergebnisqualität einerseits wichtig, damit tatsächlich diejenigen, die bessere Qualität auf Grundlage der Mindeststrukturen erbringen, dass die durchaus auch attraktiv für Patienten sind. Es soll aber auch dazu führen, dass das System kontinuierlich weiter lernt und eben auch diejenigen, die jetzt vielleicht nicht die allerbeste Qualität haben, von den anderen lernen können. Man muss immer diesen doppelten Effekt im Kopf haben.

Christian Karagiannidis [00:51:24]

Vielleicht darf ich da noch mal einen Punkt ergänzen, Reinhard. In dem idealisierten System wäre es ja eigentlich schön, wenn wir sagen, wir koppeln die Ergebnisqualität an das, was die Kliniken auch bekommen. Also der, der gute Qualität liefert, bekommt auch mehr Geld. Wir haben nur Schwierigkeiten in Deutschland, das trennscharf zu erfassen. Das ist das ganz große Problem. Und deswegen ist das, was Karl Lauterbach jetzt gewählt hat, dass man ein transparentes Portal schafft, in das dann hoffentlich auch die Ergebnisqualität integriert ist, die Möglichkeit, dass man Einfluss auf diejenigen nimmt, die dann ins Krankenhaus kommen. Und ich glaube, die Patientinnen und Patienten sind im deutschen Gesundheitswesen der schlafende Riese. Wenn die viel mehr darauf drängen würden, dass sie Kliniken wollen, die eine sehr gute Struktur und dann auch eine sehr gute Ergebnisqualität haben [...], dann wird es eine echte Veränderung im Gesundheitswesen geben. Und deswegen ist der Weg, Ergebnisqualität und Vergütung miteinander zu koppeln, technisch zwar im Moment nicht umsetzbar, aber über dieses Transparenzportal könnte man ähnliche Effekte erzielen.

Moderator [00:52:39]

Also, die Messung der Ergebnisqualität, die ist schon im Rahmen der Reform explizit vorgesehen ...

Reinhard Busse [00:52:49]

Wir sind ja jetzt als Reformkommission an vielen Baustellen dran. Es kommt jetzt auch noch ein Papier zur Qualität. Und da geht es auch darum, wie messe ich Qualität? Und das ist nicht trivial. Nehmen wir etwa einen Patienten, der ein neues Hüftgelenk bekommt. Da kann ich die Ergebnisqualität nicht messen, während er im Krankenhaus ist. Die Patientin wird typischerweise entweder in die Reha oder nach Hause entlassen, während er noch Schmerzen hat, wenn er noch nicht voll funktionsfähig ist. Ein gutes Beispiel, den kann man also als Prototyp im Kopf haben: Ich bekomme die Ergebnisqualität der Hüftgelenksimplanteure nur raus, wenn ich den Patienten nach drei Monaten noch mal untersuche, befrage und so weiter. Deswegen ist das nicht ganz trivial, wenn ich sage, ich nehme die Daten, die sowieso im Krankenhaus vorhanden sind, und koppel daran die Vergütung. Nein, ich muss noch zusätzliche Daten erheben, insbesondere auch von den Patienten, also das, was wir Patient-Reported-Outcomes nennen. Also das ist nochmal ein zusätzlicher Schritt, der nicht gottgegeben gleich mit drin ist. Aber natürlich legt die Krankenhausreform, so wie wir sie jetzt vorgeschlagen haben und wenn sie denn kommt, die entscheidende Grundlage dafür, auf der aufbauend ich dann weitergehende Dinge, wie etwa die ergebnisorientierte Vergütung gestalten kann.

Moderator [00:54:15]

Dankeschön. Wissen Sie schon, wann dieses Kommissionspapier Ergebnisqualität kommt?



press briefing

Reinhard Busse [00:54:24]

Wir haben es ja schon freigegeben. Das hängt immer von dieser Agentur ab, die das dann layoutet und wann dann die Pressekonferenz ist. Also bald. Es ist eigentlich fertig. Oder weiß jemand von euch mehr?

Moderator [00:54:38]

Okay. Danke. Bevor wir zur Abschlussfrage kommen, ich habe noch eine Frage, Herr Augurzky und Herr Busse: Es geht noch mal um meine komischen Beispiele. Also wenn Haus X jetzt seine 50 Oberbauch-OPs im Rahmen dieser Leistungsgruppenreform an Haus Y abgibt, damit dieses zur Spezialklinik wird. Bekommt dann Haus Y auch die entsprechenden Mittel für die zusätzlichen Oberärzte? Oder wie stelle ich mir das dann vor?

Reinhard Busse [00:55:10]

Vielleicht fange ich da mal an. Herr Augurzky kann gerne ergänzen. Die Patienten gehören ja nicht dem Krankenhaus. Also wenn jetzt zwei Krankenhäuser da sind, die beide 50 OPs haben und die beschließen, dass es OPs demnächst nur noch an einem gibt, dann ist es ja nicht so, dass das Krankenhaus, was die dann nicht mehr macht, die 50 weiterreichen kann. Das muss man sich auch so vorstellen, dass natürlich die Patienten oder die einweisenden Ärzte dann wiederum auch die Wahl haben unter den verbleibenden Krankenhäusern und dass nicht alle 50 potenziellen Patienten jetzt nur in das Nachbarhaus gehen würden. Es ist also ein bisschen komplexer, weil die ja kein Besitzstand sind.

Boris Augurzky [00:55:51]

Ich kann ja ergänzen, Herr Jacobs. Die Idee ist: Sie haben im Ausgangszustand jetzt zwei Krankenhäuser mit dieser Leistungsgruppe und wir würden die jetzt an einem Krankenhaus bündeln. Ganz wichtig ist dann, dass eben das Krankenhaus, das die Leistungsgruppe abgibt, damit auch sein Vorhaltebudget, was an diese Leistungsgruppe geknüpft war, mit abgibt. Das geht dann mit an das andere über. Und deshalb gilt es sicherlich für das abgebende Krankenhaus erst mal zu überlegen: Mache ich das? Ich könnte ja auch die Strukturen erfüllen. Deshalb ist auch die Frage, kriegt es vielleicht was anderes; das sind dann diese Tauschgeschichten. Also, um es klarzumachen: Die Leistungsgruppen haben dranhängen ein Vorhaltebudget, und das wandert mit. Und deshalb ist es auch anders als in NRW. Da sind ja nochmal zusätzliche Anreize, weshalb ich da vielleicht tauschen möchte. Und das, was Reinhard Busse vorhin gesagt hat, spiegelt sich darin ja wieder. Ich habe für eine Versorgungsregion ein definiertes Budget für Vorhaltung. Und wenn ich das auf zehn Krankenhausstandorte verteile, hat jeder weniger, als wenn ich es auf fünf verteile. Das wird nicht kleiner, aber es wird konzentrierter. Und das ist die Idee dahinter, dass man dann auch konzentrieren will.

Moderator [00:57:14]

Super. Vielen Dank. Vielleicht jetzt noch zum Abschluss für Sie alle drei noch mal – wir haben schon ein bisschen überzogen und deswegen will ich auch langsam Schluss machen – aber vielleicht können Sie alle drei noch mal aus Ihrer Sicht beschreiben, was diese Reform jetzt letztlich dem Patienten nützt und wie Sie die Verunsicherten überzeugen von dieser Reform. Die Krankenhäuser protestieren jetzt gerade alle in Berlin, also vor diesem Hintergrund: Wie kommen Sie an



den Patienten ran und wie überzeugen sie den und wie helfen sie dem letztlich? Herr Karagiannidis, starten Sie gerne.

Christian Karagiannidis [00:57:47]

Ich glaube, in erster Linie wird die Reform schon eine deutliche Qualitätsverbesserung mit sich bringen. Wir haben einfach viel zu viele kleine Krankenhäuser, wo die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sicherlich im Alltag alles geben und versuchen, es auch bestmöglich zu machen. Das nimmt man wirklich überall wahr. Die Leistungsbereitschaft ist hoch im deutschen Gesundheitswesen. Aber wenn ich nicht eine gewisse Mindeststruktur habe, dann kriege ich die Qualität nicht da hin, wo sie eigentlich hin muss. Und ich glaube, wir müssen uns wenig Sorgen machen. Wir haben extrem viele Standorte in Deutschland. Selbst wenn wir die auf 1200 runterbrechen, die ich Ihnen am Anfang gezeigt habe, dann ist es immer noch so, dass wir für nahezu alle Erkrankungen eigentlich die meisten Krankenhäuser im Radius von maximal 30, vielleicht 45 Minuten haben. Also wir werden in erster Linie, und das hoffen wir sehr, eine Qualitätsverbesserung sehen. Man muss aber auch sagen, wenn diese Umstrukturierung nicht kommt und wir weiterhin daran festhalten, dass kleinste Krankenhäuser unbedingt überleben müssen, dann kann in der Tat in den nächsten Jahren, und das kann sehr bald sein, in drei, vier, fünf Jahren, die Situation eintreten, dass die großen Kliniken nicht mehr können. Und dann wird die nächste Gesundheitsreform sehr viel schärfer sein müssen als die, die wir jetzt vorgeschlagen haben. Deswegen ist der Weg der, ich sage mal, moderaten Umstrukturierung aus unserer Sicht derjenige, der das verhindert, dass wir eine extrem starke und dann auch disruptive Reform kriegen werden.

Moderator [00:59:19]

Herr Augurzky?

Boris Augurzky [00:59:22]

Meine größte Sorge ist, dass wir auf Rationierungen zulaufen. Ganz einfach deswegen, wir werden weniger Arbeitskräfte die nächsten zehn Jahre in der gesamten Volkswirtschaft haben. Überall, wo Dienstleistung getätigt wird, also im Krankenhaus, werden wir weniger leisten können. Und rationieren heißt, ich muss dann Menschen außen vorlassen. Die kriegen dann nichts. Und das sollten wir unbedingt vermeiden. Das kann ich im Gesundheitswesen nur dadurch vermeiden, dass ich effizienter werde, das heißt mit den Ressourcen mehr Leistung erreiche, damit ich die Bedarfe decken kann. Und die Effizienz ist in dieser Reform angelegt. Indem ich bündle, werde ich effizienter. Und dann kommt halt auch hinzu, das muss man sagen nach Corona: Wir haben 13 Prozent weniger Fälle im Krankenhaus, perspektivisch vielleicht sogar über 20, 25 Prozent weniger, weil noch ambulantisiert wird. Das heißt, wir müssen jetzt auch die Kapazitäten anpassen an die neuen Fallzahlen. Das hat die Luftfahrtbranche schon gemacht, die haben weniger Flüge, die sind durch, die sind wieder fit nach drei Jahren. Die Krankenhäuser stehen jetzt davor. Und dann sollten wir natürlich nicht jedes Krankenhaus um 20 Prozent verkleinern. Das wäre total unwirtschaftlich und medizinisch nicht sinnvoll. Sondern wir sollten einzelne Standorte rausnehmen oder bündeln, siehe die Folie von Herrn Karagiannidis: wie viele Standorte brauchen wir eigentlich noch, sodass wir die Betten füllen können, dass die groß genug bleiben? Und das sind die zwei Herausforderungen, weshalb es die Reform gibt. Und dann am Ende eben, dass ich die Patienten dann auch noch versorgen kann, dass ich nicht rationieren muss.



press briefing

Reinhard Busse [01:01:01]

Und als letzter Punkt, vom Patienten her gedacht, er soll sich darauf verlassen können, dass dann, wenn ihn der Rettungswagen irgendwo hinführt, dort auch die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind. Es soll nicht mehr so ein Lotteriespiel sein, wo ich hinkomme. Sondern er soll sich darauf verlassen können, wenn ich in ein Krankenhaus komme, dann haben die dort auch die entsprechende Expertise, die entsprechende Ausstattung.

Moderator [01:01:31]

Super! Dann vielen Dank an Sie drei und auch an die Journalisten da draußen für die Fragen und die Teilnahme. Wie gesagt, Transkript und Video kommen so schnell es geht. Und spätestens morgen ist alles redigiert da. Und gleich schon die Vorabversion. Dann danke ich Ihnen allen für das Dabeisein und gerne bis zum nächsten Mal und viel Erfolg noch mit der Reform. Es wird noch ein bisschen anspruchsvoll, glaube ich.

Reinhard Busse [01:01:53]

Nehmen wir auf.

Reinhard Busse [01:01:54]

Danke, Herr Jacobs.

Boris Augurzky [01:01:57]

Tschüss!



press briefing

Ansprechpartner in der Redaktion

Philipp Jacobs

Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42-44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des § 18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz



science
media center
germany