

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung im Lichte der Krankenhausreform

17. April 2023

Statement

Karin Stötzner

Patientenvertreterin im GBA für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Stellvertretende Sprecherin der maßgeblichen Patientenverbände nach § 140f SGB V

Erwartungen an eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung: GKV und PatV – eine Meinung?

Das Thema ist recht kompliziert und eine Einschätzung aus Patientenperspektive angesichts der Fülle von Vorschlägen, die auf dem Tisch liegen, eigentlich kaum möglich:

- Sektorenübergreifende Versorgung
- Sektorenübergreifende Versorgungs *p l a n u n g*
- im Licht der Krankenhausreform
- Gemeinsamkeiten mit den Kostenträgern?

Die Patientenvertretung fragt sich weniger, mit welcher Bank sie einer Meinung ist, als vielmehr wie die vielen Vorschläge sinnvoll für eine Patienten-zentrierte Perspektive zu sortieren sind.

1 Sektorenübergreifend ist (wäre) Patienten-orientiert

Fangen wir mit dem Stichwort 'sektorenübergreifende Versorgung' an:

Patientinnen und Patienten ist die rechtlich und institutionell gewachsene Struktur des Gesundheitswesens eigentlich fremd, weil sie schier undurchschaubar ist.

Sie erleben, erleiden und gehen ihren Weg nach subjektiv sehr persönlichen Erfordernissen durch das gesamte System, durch alle Etappen eines Versorgungsprozesses.

Sie kennen alle Akteure einzeln und oft wenig koordiniert nacheinander.

Diesen zentralen Blick auf das Gesamtgeschehen haben die versorgenden Profis oft nicht.

Leistungsanbieter agieren jeweils innerhalb ihrer eigenen Handlungsfelder und - wie wir wissen - den komplizierten Finanzierungsregeln der Kostenträger, Berufs- und Unternehmensrechten oder gesetzlichen Grenzen.

Sektoren-übergreifend wäre nicht nur ein kleines Türchen in der Mauer zwischen dem Ambulanten und Stationären, nicht nur hier mal eine kleine ASV und dort mal eine Erlaubnis für Kliniken zu tagesklinischen, ambulanten Angeboten.

Erwartung an eine Sektoren-übergreifende Versorgung gehen entlang von Patientenpfaden, wäre Patienten-zentriert. Sie würde eine **Versorgungsverantwortung für den gesamten medizinischen Vorgang** für alle Beteiligten definieren und nicht nach Zuständigkeitsbereichen fragen: hier SGB V und dort SGB XI, hier das Krankenhaus und dort die niedergelassene Ärztin, hier die Operation und dort die Physiotherapie, hier die Chemo-Behandlung und dort das Hospiz. Sektorenübergreifend wäre eine andere Kooperationskultur.

Konzeptionell sind die Thesen im Text "patient first" der Friedrich-Eberst-Stiftung (der schon 5 Jahre alt ist) für die Patientenvertretung ein zielführender Vorschlag:

- Ein eigenes Segment für die fachärztliche Versorgung entwickeln, in der niedergelassene und stationär tätige Ärzt.innen jenseits der gegenwärtigen Sektoren tätig sein können
- Den Umbau (und die Idee fanden wir sehr interessant) als ersten Schritt mit der Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsvorgaben zu beginnen.
- Sie bedarf als Grundlage einer gemeinsame Krankheitsklassifikation
- Setzt auf den Ausbau der Telematik-Infrastruktur für einen schnellen und einfachen Informationsaustausch in einem sicheren System

- Und schafft mit Konzepten für eine breite Delegation von ärztlichen Leistungen an ergänzende Berufsgruppen neue Kooperationszusammenhänge.

Aber wir wollen nicht träumen.

Eines ist klar:

Die Erwartungen an Reformvorhaben, die versprechen, endlich vieles besser zu machen, sind sehr hoch.

2 Reformen endlich mutig angehen

Akteure im Gesundheitswesen versichern verbissen, dass die Belange von Patientinnen und Patienten der Dreh- und Angelpunkt ihres Handelns seien. Oder wie Herr Laumann seinen Krankenhaus-Plan betitelt: **"Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen."**

Aber, wie wir alle wissen, die Strukturen sind mächtiger.

Alle Gestaltungs- und Reformversuche der letzten Jahrzehnte scheitern an der extrem komplexen, verkrusteten und verrechtlichten Institutionen-Struktur des deutschen Gesundheitswesens, an berufsständigen Interessen und Bemühungen um die Besitzstandswahrung den Vorbehalten regionaler politische Ebenen und Verbände im System oder produzieren halb-gare Kompromisse nach heftigen Kämpfen der meist gut organisierten korporatistischen Lobbyverbände.

Lösungen haben nur sehr bedingt, mit den konkreten alltäglichen Versorgungsbedarfen und -erwartungen der Patientinnen und Patienten zu tun.

Ihre Erwartungen an diesen aktuellen Anlauf zu einer Krankenhausreform und zu mehr sektorenübergreifender Versorgung sind deswegen - zugegeben - nur bescheiden.

Möge diese Reform der Krankenhausstrukturen auch mit Blick auf eine sektorenübergreifende Versorgung endlich einmal wirklich in ihren Zielen und notwendigen Umsetzungsschritten

mutig und entschlossen

mit nachhaltiger Wirkung auch und gerade für Patientinnen und Patienten, nicht bis zur Unkenntlichkeit durch Interventionen von gut organisierten Interessen sowie angeblich unüberwindbaren rechtlichen Vorbehalten oder Zuständigkeitskämpfen verwässert,

tatsächlich umgesetzt werden.

3 Dilemmata der Patientenperspektive

Es ist für die Patientenvertretung auch deswegen nicht ganz einfach, die aktuellen Reformvorschläge zu bewerten und zu kommentieren, weil der Blick eines chronisch kranken Menschen in einer Kleinstadt in Niederbayern mit einer sehr alltäglichen unmittelbaren Versorgungserwartung ein anderer ist als der, der Wenigen in der verfassten Patientenvertretung, die versuchen mit all den fachpolitischen Konzepten mitzuhalten.

Als Patientenvertreterin weiß ich natürlich um die Wünsche der meisten Menschen bezüglich einer guten, vertrauten und wohnortnahen Versorgung. Patienten denken zunächst ortsbezogen regional.

Ich habe viele Berichte gelesen über die Bürgerinitiativen, in den jetzt schon versorgungspolitisch strukturschwachen Regionen, in denen um den Erhalt der kleinen Krankenhäuser gekämpft wird.

Die konkreten Begründungen sind einzeln sehr nachvollziehbar und als Patientenvertretung müsste man sich eigentlich auf deren Seite schlagen:

Die fehlenden Haus- und Fachärzte vor Ort, die der Erstversorgung in der kleinen Notaufnahme bei Unfällen, Vergiftungen oder diabetischen Entgleisungen eine besondere Rolle geben. Die funktionierende Zusammenarbeit von örtlichen (Haus)ärzten, die die ärztliche Begleitung im Rettungswagen der Klinik übernehmen und so die Notfallversorgung aufrecht erhalten (was sie bei einer Kooperation mit einer Klinik in der fernen Mittelstadt nicht mehr leisten könnten). Genannt wird auch die Angst, die Verwandten in Krankenhäusern weit entfernt nicht mehr angemessen besuchen zu können.

Nicht ganz zu vernachlässigen ist auch die Sorge um den Verlust von Arbeitsplätzen und einer kleinen bürgerlich akademischen Zivilgesellschaft, die verlorengeht, wenn qualifiziertes Personal und Dienstleister, von Ärzten über Pflegekräfte, aus Apotheken oder Heilberufen in der Kleinstadt keine Arbeit mehr finden und wegziehen. Nachdem die Gesellschaft schon die Kleinstädte mit Einkaufszentren an den Rändern der

Orte im Inneren durch den Verlust des Einzelhandels ausgehöhlt hat, folgt nun eine weitere Entleerung. Aber das gehört nicht hierher.

Die Sorgen sind verständlich.

Aber die meisten Patienten wissen und akzeptieren, dass eine kompetente Versorgung in einer Stroke-Unit bei Schlaganfall oder eine Rund-um die Uhr-Verfügbarkeit von Kardiologen bei Herzinfarkt letztlich wichtiger sind. Die Mehrheit fährt doch auch jetzt schon in eine Spezialklinik, wenn sie dazu fachlich von den Einweisenden beraten wird.

Also kommen wir zum wesentlichen Punkt:

4 Qualität und Transparenz in den Mittelpunkt stellen

In den Diskussionen um mehr Transparenz und Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen ist die Patientenvertretung im GBA vielfach an der Seite der GKV.

Medizinische Versorgung muss bedarfsorientiert, evidenzbasiert, qualitätsgesichert und den komplexen Zukunftsherausforderungen entsprechend auch mit fundierten **steuernden Strukturvorgaben** wesentlich strenger geplant und umgesetzt werden.

In dieser Allgemeinheit sind wir vermutlich auch bei dem Versuch, die nicht bedarfsgerechten, absurd verkrusteten Strukturen zwischen den Versorgungssektoren aufzubrechen, die Krankenhauslandschaft neu aufzustellen, die Fachkräfte zielgenauer einzusetzen, die Chancen einer Ambulantisierung weit mehr zu nutzen und vielleicht auch neue Planungszuständigkeiten für mehr Qualität zu mobilisieren, eher nahe bei der GKV.

Bei den knappen Ressourcen, dem fehlenden ärztlichen und pflegerischen Personal, der älter und chronisch komplexer krank werdenden Bevölkerung und angesichts der enormen Unterschiede zwischen Metropolen und ländlichen Regionen, den zunehmend ertragsorientierten anbietergesteuerten Trägerstrukturen **muss bei all den diskutierten Reformvorschlägen die Qualität der Versorgung z.B. in Form von starken zentralen Strukturvorgaben und über wesentlich wirkungsmächtiger Kontrollmechanismen in den Fokus der Diskussion.**

Die vorgesehene Leistungsorientierung in der Planung, die dafür notwendig ist, wird von der Patientenvertretung sicher ebenfalls gemeinsam mit den Kostenträgern vertreten.

5 Bündelung, Spezialisierung, Zentralisierung und gestufte Versorgungskonzepte

Die Grundüberlegungen der Krankenhaus-Reformkommission oder auch die Vorschläge zur Krankenhausplanung in NRW werden von den Patientenverbänden durchaus geteilt.

- Die Zentralisierung und Bündelung von (Krankenhaus)Ressourcen ist richtig und notwendig, das vor allem auch dort, wo es Überversorgung gibt: in den Städten.
- Die Abkehr von einer Bettenplanung zu einer Steuerung über definierte Leistungsbereiche jenseits der vagen Zuordnung in Fachabteilungen und die Vorgabe von Versorgungsaufträgen ist nachvollziehbar.
- Das Angebot in Versorgungsstufen oder Levels vorzusehen, wird ein wichtiges Element der Steuerung sein, weil es die Krankenhäuser zwingen könnte, neue andere arbeitsteilige Kooperationen einzugehen,
- Die konzeptionellen Strukturvorgaben dazu müssen vermutlich eher zentral definiert werden, z.B. über den GBA, aber in einem Abstimmungsprozess so gestaltet werden, dass sie von den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern und ggf. regional angepasst, auch akzeptiert umgesetzt werden.

- Voraussetzung dafür sind aber neue Konzepte, den Bedarf und Leistungsbereiche aufeinander abzustimmen. (Zugegeben und zum Glück ist diese komplizierte Aufgabe, die ja immer gegen alle rechtlichen Eventualitäten abgesichert werden muss, kein wirkliches Thema für die Patientenbank. Die zähen Diskussionen im GBA über Neufassungen der Bedarfsplanung lassen allerdings nicht nur den zuversichtlichen Blick zu...)
- Die Öffnung von Krankenhäusern für ambulante und tagesklinische Leistungen ist überfällig.
- Es braucht eine klare Übernahme von Verantwortung beim Gesetzgeber, vermutlich auf der Landesebene neue Gremien für die Entscheidungen, in denen nicht die Verbände der Betroffenen allein das Sagen haben, sondern die Politik mehr Verantwortung übernimmt. Ob neue 90b-Gremien das schaffen, kann man nur hoffen.

Solche allgemeinen Aussagen sind eher einfach zu machen. Auch die Patientenbank weiß, der Teufel steckt im Detail. Aber mehr als eine Richtungszustimmung kann man zum jetzigen Zeitpunkt ja ohnehin noch nicht geben.

6 Mindeststrukturvorgaben

Nochmal zurück zur Qualität und den Steuerungsmechanismen:

Die DKG will (formuliert im Alternativvorschlag zur KH-Reformkommission)

"Mindeststrukturvorgaben für die Leistungsgruppen ... zum zentralen Element der Qualitätssicherung" machen und versteht das als "Entbürokratisierung durch sachgerechte Konzentration".

In dem Vorschlag heißt es: Mindeststrukturvorgaben müssen auf das "wirklich zur Qualitätssicherung relevante Mindestmaß begrenzt bleiben und dürfen nicht, wie heute vielfach bei den unterschiedlichen Qualitätsvorgaben, zur Strukturbereinigung missbraucht werden."

Das sieht die Patientenvertretung anders, entschieden anders:

Es geht gerade um Strukturbereinigung, auch und im Besonderen durch Qualitätsvorgaben zur Qualitätsverbesserung.

"Das Niveau der klinischen Versorgung ist undurchsichtig" meinte kürzlich die FAZ. Und das obwohl seit 20 Jahren über den GBA Vorgaben mühevoll externe Qualitätssicherung betrieben wird (die die Patientenvertretung sehr wertschätzt). Zu belegbaren generellen Verbesserungen hat das anscheinend nicht geführt, sondern so eine Studie von Bayindir und Schreyögg, eher zu definierten Haltlinien für gute Kliniken. QB seien offenbar als internes Benchmark der KH ein Sicherheitsnetz nach unten". Das halbgare Konzept "pay for performance" oder Qualitätsverträge einzelner Kassen scheinen nicht den Qualitätssprung zu bewirken.

Deswegen liegen die Erwartungen der Patienten an die nun in Rede stehenden Strukturvorgaben für die Krankenhäuser sehr hoch.

Weil wir wissen, dass die Überlebensraten und die Folgen für die Lebensqualität (z.B. bei Schlaganfall, Herzinfarkten, in der Versorgung von Frühgeborenen, bei der Krebsbehandlung oder endoprothetischen OPs) in Kliniken mit viel Erfahrung, qualifizierten verfügbaren Teams, und sehr guter Ausstattung höher sind, weil Mindestmengen steuern, muss die Spezialisierung, die qualitätsorientierte Bündelung von Ressourcen und die Sicherstellung über strenge Qualitätsvorgaben und gestufte Zentrumsstrukturen durch die neue Reform eine Qualitätsoffensive sein.

7 Ambulantisierung

Auch bei der Ambulantisierung von stationären Leistungen wird die Patientenperspektive bisher kaum mitgedacht. Egal ob die Leistungen von Niedergelassenen oder Krankenhäusern erbracht werden: die Patienten müssen hin- und zurückkommen und dann noch einmal zur Nachkontrolle und -behandlung. Die vorhandenen Regelungen zur Krankenfahrt und zum Krankentransport sind absolut unzureichend. Und selbst wenn ein Anspruch (nach komplizierten Antragsregelungen) besteht, entstehen hohe Selbstbeteiligungskosten.

Außerdem ist absehbar, dass für viele Patienten eine adäquate Betreuung im häuslichen Bereich nicht sichergestellt werden kann (immer mehr Alleinstehende im Alter, Verlust familiärer Netze, mehrfach

krankte oder behinderte mit erheblichem zusätzlichem Betreuungsbedarf). Auch das Überleitungsmanagement (z.B. bei der Heil- und Hilfsmittelversorgung, einem nicht immer funktionierenden Entlassmanagement bzw. der oft mangelhaften Information des nachversorgenden Fach- oder Hausarztes) funktioniert nur unzureichend.

Auch hier zeigt sich die verkürzte Sicht, wenn man nur Lösungen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich denkt.

Bei den zahlreichen Beschwörungen der Ambulantisierung ist zudem auch immer wieder die Perspektive der Menschen auf dem Land deutlich zu machen. In diesem Zusammenhang wird bei der Zentralisierung einer qualitativen stationären Versorgung zu wenig ein Konzept mit diskutiert, wie Patienten diese Häuser, auch zur Vor- und Nachbehandlung, erreichen sollen oder können.

Man muss sich klar machen: wenn man die kleinen Versorgerkrankenhäuser vor Ort wegrationalisiert und das nächste Krankenhaus in der Mittelstadt nur über längere Strecken zu erreichen ist, fallen auch die auf dem Land noch vorhandenen informellen Netze der Nachbarschaftshilfe vermutlich mehr und mehr aus. Fachleute sagen, dass es im System überhaupt nicht genug Kapazitäten im Krankentransport gibt, die auf die sehr unterschiedlichen Einzelsituationen und Bedarfe von Patienten passen und den Abläufen rund um die medizinische Leistung gerecht werden müssen: zeitlich, von Personal her, von der Logistik usw.

Wenn also die Krankenhauslandschaft umgebaut werden soll, dann ist vielleicht zunächst einmal die Überversorgung in den Metropolen abzubauen und erst dann zu schauen, welche Netzwerke man in den Winkeln und Regionen vielleicht mit mehr Zuschüssen statt Schließungen stärken kann.

Natürlich bleibt die Notwendigkeit für mehr Aufklärung von Patienten und den Bürgerinnen vor Ort, dass komplexere Leistungen doch besser in den Fachkliniken und Zentren erbracht werden. Aber die Kombination von neuen echten sektorenübergreifenden Angeboten auf dem Land ist noch nicht zu Ende gedacht.

8 Fragen an die Umsetzung

Die Diskussion zur Umsetzung ist im Fluss und die letzten Worte zur Realisierung noch nicht gesprochen. Vieles ist noch in Planung und die von der Reform-Kommission vorgeschlagene Neusortierung der Leistungsbereiche, die Stufenkonzeption in Levels noch wenig konkret. Es gibt wegen der regionalen Orientierung der Patienten aber viele Fragen, wie die Einrichtungen zum Beispiel der Basisversorgung in Gesundheitszentren aussehen sollen.

Egal ob 1i oder 1n: Sind das noch Krankenhäuser oder eigentlich Medizinische Versorgungszentren von Niedergelassenen, die für bestimmte Eingriffe Übernachtungsmöglichkeiten vorhalten?

Sind vormalige Krankenhäuser Standorte für neue Gemeinschaftspraxen?

Gibt es genügend Ärzte, die solche Angebote in kleinen Basis-Gesundheitszentren übernehmen wollen und einen Standort in gewünschter Weise lebendig halten?

Sind die Geräte und Labore, die jetzt noch als Krankenhaus-Leistung mit entsprechendem Personal verfügbar sind, auch in den Gesundheitszentren in einem Mehr über der ambulanten Versorgung nutzbar?

Was genau bedeutet auf dieser Ebene sektorenübergreifende Versorgung für die Zusammenarbeit mit allen notwendigen Berufsgruppen?

Ambulantes operieren, wie es bisher in Belegkliniken erfolgt?

Wenn für die Krankenhäuser Versorgungsaufträge mit Leistungsbereichen und definierten Leistungsgruppen verbindlich vorgegeben werden sollen, wie ist das für die Gesundheitszentren der Basisversorgung gedacht?

Was ist auf diesem Level dann die richtige Bedarfsanalyse für solche Vorgaben?

Ist das Konzept aus NRW für Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren identisch mit den Modellen aus Baden-Württemberg?

Hier besteht die Sorge, dass vieles wieder zerfleddert.

Eine weitere wichtige letzte Erwartung der Patienten(vertretung) dazu:

Es gibt eine Vielzahl von guten Modellen und Projekten für neue und bessere Formen der Zusammenarbeit - überall.

Das regionale Netzwerk XY hier, unzählige Innovationsprojekte zur Kooperation von Krankenhäusern, Beratungsstellen und Pflegeeinrichtungen dort, die schrecklich bürokratische und für Patienten kaum bekannte ASV, Kassenkooperation mit Dem, andere Kasse mit Jenem usw.

Aber es sind - neben den vielen gesetzlichen Anläufen – immer nur Projekte, temporäre, vereinzelte Lösungen. Insellösungen.

Schluss mit der Projektitis - Abschied von der Illusion der reinen Wettbewerbsregulierung, die den Anbietern immer wieder Schlupflöcher jenseits der Versorgungsbedarfe vor Ort lässt -

Patienten wünschen sich mehr Mut zur Gesamtreform!