

Unsere Vorstellung von einer bedarfsgerechten und patientenfreundlichen Versorgungskette

1. Primärversorgungszentren (PVZ)
2. Hausarztbereich
3. Ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser
4. Facharztbereich
5. Krankenhäuser
6. Rehabilitation

Primärversorgungszentren

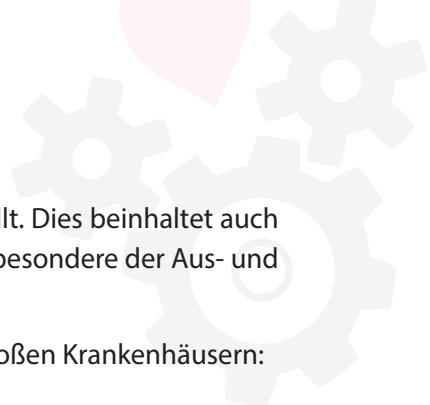
Primärversorgungszentren (PVZ) sind multiprofessionelle Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft. Sie sind im Stadtteil oder in kleinen Kommunen lokalisiert. Tätig werden verschiedenste Gesundheitsberufe: Pflegekräfte, Gemeindeschwestern (CHN), MFAs, Sozialarbeiter*innen, Physiotherapeut*innen. Sie haben die Aufgabe, erste Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen zu sein. PVZ haben auch aufsuchende und präventive Angebote. Insbesondere in sozialen Brennpunkten bahnen sie Erstkontakte für eine bessere gesundheitliche Versorgung an. Sie stellen auch die hausärztliche Versorgung sicher. Die Ärzt*innen sind – wie die anderen Beschäftigten auch – Angestellte der Kommune und üben ihre Tätigkeit weisungsfrei aus. Sie werden wie Oberärzt*innen in Kliniken bezahlt. Hausarztpraxen können integriert werden.

Hausarztbereich

Der Hausarztbereich hat eine wichtige Funktion im Rahmen der Primärversorgung. Deshalb sind die hausärztlichen Funktionen am besten in den PVZ verortet. Zusätzliche Hausarztpraxen – insbesondere in ländlichen Gebieten (soweit sich hier überhaupt noch Ärzte finden lassen) – können je nach Versorgungslage sinnvoll sein. Am besten sind die Ärzt*innen Angestellte der Kommunen.

Ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser

Ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser (AVZ) sind wohnortnahe Einrichtungen der Krankenhäuser, die gleichmäßig in der Versorgungsregion verteilt sind. In ihnen sind die wichtigen medizinischen Fachrichtungen auf Facharztniveau vorhanden. Sie haben Überwachungsbetten und Eingriffsräume. Sie sind über Telemedizin an das Krankenhaus angebunden.



Die Belegschaft dieser Primärversorgungszentren würde vom Krankenhaus gestellt. Dies beinhaltet auch einen Qualitäts- und Qualifizierungsaspekt (Rotation und damit Verbesserung insbesondere der Aus- und Weiterbildung wegen der unterschiedlichen Perspektive ambulant/stationär).

Sie haben dieselbe Funktion wie Notfallambulanzen/Notaufnahmeeinheiten in großen Krankenhäusern:

- Ist es möglich, werden die Patient*innen ambulant versorgt.
- Bei klarer Indikation und Dringlichkeit werden die Patient*innen nach erfolgter Diagnosestellung per qualifiziertem Transport in die nächste geeignete Klinik weiterverlegt.
- Bei klarer Indikation und ohne Dringlichkeit, kann unmittelbar eine Terminvereinbarung zur stationären Behandlung oder die Vorstellung in einer Facharztpraxis oder Spezialambulanz einer Klinik erfolgen.
- Für Patientinnen und Patienten, bei denen die Diagnose/Indikation zur stationären Aufnahme/ Intervention unklar ist, könnte vor Ort die Abklärung erfolgen und – falls notwendig – die wohnortnahe Überwachung (z.B. bis zum nächsten Morgen) durchgeführt werden. Verschlechtert sich der Zustand der/s Patienten/in, wird er oder sie mittels qualifizierten Transports (und nicht im Privatwagen) ins Krankenhaus transportiert. Ist der Zustand am nächsten Morgen besser, kann er/sie wieder nach Hause.

Kleinere Eingriffe könnten ebenfalls ambulant durchgeführt werden. Die technische Ausstattung müsste alle wesentlichen Diagnosestellungen ermöglichen (Labor, Röntgen, CT/MRT) und könnte über Telemedizin vom Krankenhaus aus gesteuert werden.

Die AVZ müssen auch die nachstationäre Versorgung sicherstellen können (z.B. Wundmanagement, Behandlung von Komplikationen, Reha-Vorbereitung, etc.), um dies nicht der Laienpflege Angehöriger überlassen zu müssen und eine erneute Einlieferung in die Notaufnahme zu verhindern (Drehtüreffekt). Ggf. könnten auch eine Kurzzeitpflege und ambulante Reha-Einrichtungen angeschlossen sein.

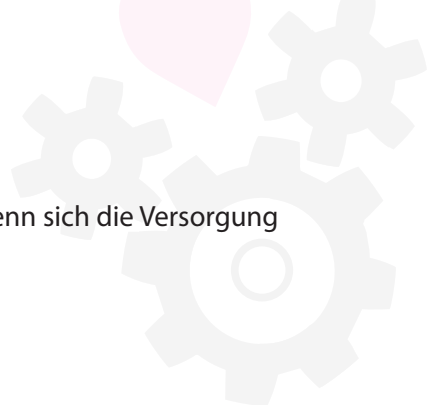
Sie müssen die volle Berechtigung zur ambulanten Versorgung haben. Dies wäre angesichts des zunehmenden Mangels an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum eine echte Verbesserung. Aus demselben Grund ist auch der Verweis auf den Notdienst der Niedergelassenen oder auf MVZs nicht zielführend. Dies besonders deshalb, weil jede rein ambulante Versorgung den betroffenen Patienten (mit unklaren und ggf. sich verschlimmernden Beschwerden) und seine Angehörigen im Zweifelsfall mehrmals auf die Reise ins Krankenhaus schicken muss und nicht auf die Technik und das Know-how des Krankenhauses zurückgreifen kann.

Die AVZ können auch spezialfachärztliche Sprechstunden mit qualifizierten Ärzt*innen des Krankenhauses anbieten und so den Patienten Wege ersparen.

AVZ und PVZ können, wenn dies räumlich sinnvoll und möglich ist unter einem Dach betrieben werden.

Sofern ein neuer intersektoraler Bereich des Gesundheitswesens aus Primärversorgungszentren und ambulanten Versorgungszentren einzelne Krankenhausstandorte überflüssig macht, verlängern sich die Rettungszeiten in der Notfallversorgung (inkl. Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort). Deshalb müssen mehr Standorte für die Notfallrettung (mit Notarzt) in der Fläche eingerichtet werden. Dabei muss gewährleistet bleiben, dass von jedem Einsatzort des Rettungsdienstes innerhalb einer Stunde nach Notruf ein zur Notfallbehandlung geeignetes Krankenhaus erreicht werden kann. Das setzt voraus, dass es auch nach einer Strukturreform des Gesundheitswesens ein enges, flächendeckendes Netz von Krankenhäusern gibt.

Längere Zeiten für Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort sowie die Ausdehnung der zu versorgenden Fläche bedeuten auch, dass die Wahrscheinlichkeit eines gleichzeitigen zweiten Not-



falles steigt. Dies erfordert ggf. die Bereitstellung eines weiteren Notarztteams, wenn sich die Versorgung nicht verschlechtern soll.

Gleiches gilt für die Rettung mit Hubschraubern.

Facharztbereich

Grundsätzlich ist es sinnvoll die doppelte Facharztschiene abzuschaffen und durch eine produktivere Struktur abzulösen. Sie ist unwirtschaftlich (Doppelvorhaltungen) und nicht patientenfreundlich (lange Wartezeiten, Zwang zum Aufsuchen verschiedener Fachärzte bei unklarer Diagnose). Ob die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und regelmäßige Spezialsprechstunden in den AVZ (s.o.) ausreichen für die spezialisierte, langfristige ambulante Versorgung chronisch Kranker oder ob bestimmte Facharzt Disziplinen den Zentren assoziiert sein sollten, muss sich im Laufe der Strukturreformen zeigen. Für eine Übergangszeit können die bestehenden Facharztpraxen weiter betrieben werden.

Krankenhausbereich

Der Krankenhausbereich unterteilt sich in regionale Häuser der Grundversorgung (Innere, Chirurgie, Geburtshilfe), überregionale Häuser der Regel-/Zentralversorgung (weitere Fachgebiete und Spezialisierungen in den Fachgebieten der Grundversorgung einschließlich Pädiatrie) und Maximalversorger inkl. Unikliniken (umfassendes Leistungsangebot). Auch die Bettenzahl richtet sich nach dieser Einteilung. Eine Aussage zur Qualität der Versorgung ist damit nicht verbunden.

Eine sinnvoll aufeinander abgestimmte Struktur des Krankenhauswesens kann jedoch nur in einem längeren Prozess erreicht werden. Zur Zeit erbringen zahlreiche Krankenhäuser der Grund- und Regel-/Zentralversorgung sowohl Leistungen der örtlichen als auch der überörtlichen und überregionalen Versorgung. Konkurrenzbedingt und durch betriebswirtschaftlichen Druck ist auf diese Weise ein enges, aber auch unkoordiniertes Versorgungsnetz entstanden.

Ein erster Schritt zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen ist der von den zuständigen medizinischen Fachgesellschaften empfohlene Aufbau von Netzwerken (z.B. Herzinfarktnetzwerke, Traumanetzwerke, Neurovaskuläre Netzwerke zur Schlaganfallbehandlung u.a.). Netzwerke können den jeweiligen Versorgungsbereich sinnvoll regional strukturieren und miteinander kooperieren. Die bisher freiwilligen Netzwerkstrukturen sollten durch gesetzliche Regelung verpflichtend verallgemeinert werden. Dazu müsste der politisch erzeugte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser beendet und durch eine planvolle Kooperation ersetzt werden.

Über Leistungsgruppen, die im Rahmen der Krankenhausplanung (s.u.) vom Land zugewiesen werden, wird der Versorgungsauftrag näher und verbindlich definiert. Höchstzahlen der Behandlung werden nicht festgelegt.

Gesonderte Fachkliniken werden nicht mehr geplant. Selbst wenn ihre Qualität hoch ist, besteht immer ein Problem, wenn Komplikationen auftreten oder multimorbide Patienten behandelt werden. Bestehende Fachkliniken werden als Spezialabteilungen in die Krankenhäuser integriert. Dies dürfte kein Problem sein, wenn erst wieder ein Gewinnverbot für Krankenhäuser gilt (s.u.).

Planung

Es erfolgt eine übergreifende Planung für die ambulanten und stationären Bereiche (inkl. PVZ und AVZ). Der Sicherstellungsauftrag für die Kassenärztlichen Vereinigungen ist schon deshalb hinfällig, weil bei der beschriebenen integrierten Versorgungskette eine sektorale Planung obsolet ist. Der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung liegt wieder ungeteilt beim Land bzw. den Gebietskörperschaften.

Es werden Versorgungsregionen gebildet, die ggf. auch landkreisübergreifend sind. Entscheidendes Kriterium für eine Versorgungsregion ist die gleichmäßige und zeitnahe Erreichbarkeit aller notwendigen Einrichtungen.

Die eigentliche Planung der Versorgung erfolgt regional (Versorgungsregionen) und demokratisch – unter Einbeziehung der Menschen vor Ort.

In die Planung müssen die tatsächlichen Wegezeiten zur Erreichung eines Krankenhauses (auch unter widrigen Witterungsbedingungen), die Rettungszeiten der Notfallversorgung, die erforderlichen Transportkapazitäten und die Aufrechterhaltung der Grundversorgung vor Ort einbezogen werden.

Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt aufgrund von Planvorgaben des Landes, die wissenschaftlich ermittelt werden und sich auf die Bevölkerungsentwicklung, die Demografie, die soziale Struktur, die Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung und auf Vorgaben für die Erreichbarkeit (sowohl der ambulanten als auch der stationären Einrichtungen als auch der Notfallrettung und der Notarztversorgung) beziehen. Zusätzliche Kapazitäten für die Versorgung bei unvorhersehbaren Ereignissen (Massenunfälle, Havarien, Pandemien etc.) müssen bei der Planung der Versorgungsstrukturen mit berücksichtigt werden.

Auch die Versorgungsstufen, die Mindestgröße von Abteilungen und Mindestzahlen für Eingriffe werden vorgegeben. Es werden Qualitätskriterien mit klaren Vorgaben zur Personalbemessung festgelegt. Für den Krankenhausbereich erfolgt weiterhin eine Bettenplanung. Außerdem werden Spezialeinrichtungen (Transplantationen, Verbrennungen, usw.) und ihre gleichmäßige Verteilung auf Landesebene geplant.

Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt unter Beteiligung aller Betroffenen (Krankenkassen, Krankenhäuser, Hausärzte, Beschäftigte, Patienten, Träger, Kommunen/Landkreise und das Land).

Die regionalen Planungen werden durch das Land zusammengeführt und auf ihre Kompatibilität an den Schnittgrenzen überprüft.

Finanzierung

Grundsätzlich werden alle Bereiche (bis auf die weiter bestehenden Praxen) bedarfsgerecht finanziert (Selbstkostendeckung): Die notwendigen Kosten werden refinanziert. Die Kassen haben Kontrollrechte. Über eine Personalbemessung wird das notwendige Personal definiert und nach Tarif bezahlt. Es gibt unterjährige Abschlagszahlungen, die am Jahresende spitz abgerechnet werden.

Damit besteht ein Gewinnverbot.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert