

# Frankreichs Gesundheitsreform – Vorbild für regionale, inter- sektoral-multidisziplinäre Zu- sammenarbeit?

Dr. med. Manfred Zahorka

PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt



# Frankreichs Gesundheitsreform – Vorbild für regionale, intersektoral-multidisziplinäre Zusammenarbeit?

**Kurzversion – die Langfassung erscheint Anfang März 2023 in der Zeitschrift f&w**

**Autor:innen: Dr. med. Manfred Zahorka, PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt**

*Fachkräftemangel und Finanzierungsengpässe – Frankreich kämpft mit den gleichen Herausforderungen wie Deutschland. Nur wurde die Transformation dort in Teilen schon früher eingeleitet. In einem kurzen Überblick werden die französischen Lösungen vorgestellt, dabei liegt der Fokus auf Regionalisierung und intersektoraler und multidisziplinärer Zusammenarbeit. Hintergrund ist die bereits seit 2020 erfolgende Beteiligung von OptiMedis – beauftragt von der Eurométropole Straßburg – an einem französischen, national geförderten Innovationsprojekt zur Entwicklung der „Gesundheitsregionen von Morgen“ („Territoire de Santé de Demain“, TSD) beteiligt.*

Seit der letzten großen Reform 2016 hat sich die französische Gesundheitspolitik der Regionalisierung und der multidisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verschrieben. Öffentliche Krankenhäuser vernetzen sich regional zu Krankenhausgruppen (Groupement Hospitalier de Territoire, GHT<sup>1</sup>), die sich aus den bereits 2007 diskutierten Krankenhausgemeinschaften (Communauté Hospitalière) entwickelt haben. So sind 136 Krankenhausnetze mit fast 900 Krankenhäusern entstanden. Grundlage für die Entwicklung der jeweiligen GHT ist die Gesundheitsplanung der regionalen Gesundheitsagenturen (ARS: Programme Régionale de Santé, PRS). Die GHT werden zu zirka 80 Prozent durch öffentliche Krankenhäuser und gelegentlich durch Pflegeeinrichtungen gebildet. Dahinter steckt die Idee, dass eine vernetzte und koordinierte Versorgung eine bessere Versorgungsqualität für die Bevölkerung zu günstigeren Kosten bieten kann. Alle Krankenhäuser sollen dabei ihre Kapazitäten in das Versorgungsnetz einbringen und eine vernetzte Medizin (médecine de parcours) ermöglichen, bei der der Patient die qualitativ beste Medizin zum richtigen Zeitpunkt am geeignetsten Ort erhält. Universitäre Partner können aber mit mehreren GHTs assoziiert sein.

## Krankenhäuser in der Zusammenarbeit mit lokalen ambulanten Gesundheitsnetzen

Ein neues Element in der Versorgungsstruktur sind die wohnortnahen Krankenhäuser (les hôpitaux de proximité), die ein Verbindungselement zwischen ambulanter und stationärer

Versorgung darstellen und damit die Sektorgrenzen weiter auflösen sollen – mit dem Ziel einer größeren Bürgernähe. Das wohnortnahe Krankenhaus ist in die stationäre Versorgung über eine enge Einbindung in die GHT eingegliedert und arbeitet gleichzeitig mit den lokalen ambulanten Ärzte- und Gesundheitsnetzen (CPTS, siehe unten) zusammen und ergänzt die fachärztliche Versorgung. Ein Schwerpunkt soll in der integrierten Versorgung chronisch Kranker bestehen. Die wohnortnahen Krankenhäuser sollen dabei langfristige Behandlungspfade für Chroniker vereinfachen und Übergänge von stationärer in die ambulante Versorgung erleichtern. Die Restrukturierung der Krankenhäuser in GHT geht auch mit einer Reformierung der Krankenhausfinanzierung einher. So soll der Anteil der Pauschalfinanzierung (tarification par l'acte, T2A, ähnlich der DRG) von mehr als 60% auf zirka 50% gesenkt werden. Die restlichen 50% sollen über ein nationales Budget für

<sup>1</sup> <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

Investitionsmittel, Vergütung für Aus- und Weiterbildungen von Personal, Selbstbehalt der Patienten, und Vergütung von Medikamenten und medizinischen Geräten, die nicht direkt verrechnet werden können, finanziert

## 50% der Krankenhausfinanzierung durch Vorhaltefinanzierung und Sachkostenfinanzierung

werden. Ein zusätzlicher Pfeiler ist die Finanzierung von Gesundheitsprojekten der GHT durch das Gesundheitsministerium bzw. die nachgeschalteten regionalen Gesundheitsagenturen (agence régionale de santé, ARS). Für die wohnortnahen Krankenhäuser soll eine

mehrfähig stabile Finanzierung auf der Basis ihrer erbrachten Leistungen und aus regionalen Gesundheitsprojekten zusammengestellt werden. Im Übrigen werden die Häuser auf der Basis der nationalen Investitionsplanung über die regionalen Gesundheitsagenturen unterstützt. Die Einordnung als wohnortnahes Krankenhaus ist freiwilliger Natur und erfolgt im Rahmen der regionalen Gesundheitsplanung.

Im ambulanten Bereich experimentiert das französische Gesundheitsministerium seit langem mit einer Abkehr von der Einzelpraxis hin zu multiprofessionellen Versorgungsteams. Das MSP (maison de santé pluriprofessionnelle) vereint primärärztliche Versorgung durch die Allgemeinmedizin mit anderen Gesundheitsberufen wie Physiotherapie, Logopädie, Psychologie, Hebammen, Gemeindeschwestern und anderen zu Versorgungsteams, die prioritär in sozial benachteiligten oder anderweitig unterversorgten Gebieten tätig sind. Der Nachteil des MSP für die Entwicklung eines PHM-Ansatzes ist allerdings, dass die Strukturen keine direkte territoriale Verantwortung besitzen, sondern lediglich die eigenen Patienten versorgen. Im Rahmen der nationalen Strategie „ma sante 2022“<sup>2</sup> hat das Gesundheitsministerium daher die Bildung der oben bereits erwähnten territorialen multiprofessionellen Netze von Gesundheitsberufen (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, CPTS) ins Leben gerufen. Die CPTS vereinen die multiprofessionelle Logik der MSP mit der territorialen Logik der GHT. Auch hier ist das Ziel, einen Population Health Management-Ansatz zu entwickeln mit dem Ziel einer besseren, koordinierten und effizienten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die meisten CPTS sind als gemeinnützige Vereine (associations) organisiert, über die auch die Projektmittel der ARS und andere kanalisiert werden. In der Regel sind sowohl die zugehörigen Gemeinden als auch Vertreter der GHT der lokalen Ärztenverbände und andere wichtige lokale Akteure in den jeweiligen Verwaltungsrat einbezogen, so dass die Grundlagen für eine breite territoriale Zusammenarbeit gelegt sind.

Im Jahr 2019 hat die FHF ein Projekt in fünf GHT-Regionen aufgelegt, mit dem Ziel, das Konzept im Sinne des Population Health Management (PHM oder responsabilité populationnelle<sup>3</sup> in Frankreich) zu operationalisieren. Erste Analysen von Krankenhausdaten zur Definition von Patientengruppen (Segmentation) für Diabetes und Herzinsuffizienz und der Entwicklung von spezifischen integrierten Behandlungspfaden wurden durchgeführt. Das Projekt zielt auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität für chronisch Kranke innerhalb der GHT, die Reduktion ambulant sensibler Krankenhauseinweisungen (ASK oder hospitalisations potentiellement évitables, HPE), die Verbesserung der ambulant-stationären Übergänge mit einer Verminderung der Wiedereinweisung, stärkere Zusammenarbeit mit lokalen Ärztenetzen (CPTS) unter weiterer Auflösung der Sektorengrenzen und ein verstärktes Engagement insbesondere in der sekundären und tertiären Prävention. Für ein stark fragmentiertes

**Ziel: Population Health Management im Sinne einer regionalen Populationsverantwortung «responsabilité populationnelle»**

<sup>2</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_synthese.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-responsabilite-populationnelle-tous-acteurs-de-notre-sante>

Gesundheitswesen wie das französische ist diese Entwicklung auf jeden Fall eine große Reform. Die meisten gemeinsamen Gesundheitsprojekte sind relativ jung und es bleibt abzuwarten, inwieweit die gesteckten Ziele erreicht werden können. Die Herausforderung dabei: Der Zugang zu sektorübergreifenden Patientendaten ist generell limitiert und die Zusammenführung von ambulanten und stationären Daten schwierig, da die Diag-

## Learnings für die Krankenhausreform in Deutschland

nososen aus dem ambulanten Bereich nicht standardisiert in den Abrechnungsdaten verfügbar sind.

Die Kombination einer Krankenhausreform mit dem Aufbau von ambulanten Versorgungsnetzen und der Optimierung der ambulanten Versorgung hätte auch für Deutschland eine sinnvolle Vorgehensweise sein können, da beide Systeme sich wechselseitig beeinflussen und der Bedarf an Krankenhausleistungen ganz wesentlich von der Qualität der vorhergehenden ambulanten Versorgung und dem Management der Prävention und der Progressionsvermeidung von chronischen Erkrankungen gesteuert wird. Unter dem Blickwinkel Qualitätssicherung nimmt die 7. Stellungnahme der Regierungskommission<sup>4</sup> diesen Gedanken in Form eines Vorschlags auf: Es geht dabei um einen prozentualen Aufschlag zur Vorhaltevergütung für die qualitätsabhängige Vergütung und die Zusammenarbeit mit regionalen Versorgungsnetzwerken.

Allerdings wurde diese Überlegung bisher kaum in der Diskussion über die Krankenhausreform aufgegriffen. Es bleibt zu hoffen, dass die aktuell stattfindende Diskussion um die Vorhaltebudgets und die parallel beginnende Krankenhausplanung der Länder diese wechselseitige Beeinflussung von ambulanter und stationärer Versorgung aufgreift und der heute mit der technologischen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung möglichen Ambulantisierung den Raum und die richtigen Vergütungsanreize gibt.

---

<sup>4</sup> Siebente Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM). Mehr Qualität – weniger Bürokratie. Abrufbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Stellungnahme\\_7\\_Qualitaetssicherung\\_QM\\_kRM\\_Transparenz\\_und\\_Entbuerokratisierung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_7_Qualitaetssicherung_QM_kRM_Transparenz_und_Entbuerokratisierung.pdf)