

Gesundheitsreform

Was wir von Frankreich lernen können



Fachkräftemangel und Finanzierungsengpässe – Frankreich kämpft mit den gleichen Herausforderungen wie Deutschland. Nur haben unsere Nachbarn die Transformation in Teilen schon früher eingeleitet.

Von Dr. Manfred Zahorka, PD Dr. Dr. Heidrun Sturm, Dr. Helmut Hildebrandt

Mit der 7. Stellungnahme der Regierungskommission und ihrem darin enthaltenen Vorschlag eines prozentualen Aufschlags zur Vorhaltevergütung für die qualitätsabhängige Vergütung und die Zusammenarbeit mit den regionalen Versorgungsnetzwerken verbindet sich die Diskussion zur Ausformung der Vorhaltevergütung und der Krankenhausreform in Deutschland mit den französischen Lösungen. In Frankreich hat sich die Gesundheitspolitik seit der letzten großen Reform 2016 der Regionalisierung und der multidisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verschrieben. Öffentliche Krankenhäuser vernetzen sich regional zu Gruppen (Groupements Hospitaliers de Terri-

toire, GHT). So sind 136 Krankenhausnetze mit fast 900 Krankenhäusern entstanden. Grundlage für die Entwicklung der jeweiligen GHT ist die Planung

136

regionale Krankenhausnetze mit fast

900

Krankenhäusern

der regionalen Gesundheitsagenturen (Agence régionale de santé, ARS: Projet Régionale de Santé, PRS). Die GHT werden zu circa 80 Prozent durch öffentliche Krankenhäuser und gelegentlich durch Pflegeeinrichtungen gebildet. Ihre Basis sind Instrumente, die vom Gesundheitsministerium (Generaldirektion für das gesundheitliche Versorgungsangebot, DGOS und die nationale Agentur zur Unterstützung von Leistungen/Qualität der Gesundheitseinrichtungen ANAP) entwickelt werden. Diese Instrumente beinhalten Hilfen zur Analyse des regionalen Gesundheitsbedarfes und des Angebots zur Entwicklung der regionalen Gesundheitsstrategie und gemeinsamer Ge-

Foto: Getty Images/Glasshouse Images

sundheitsprojekte sowie zur Positionierung der einzelnen Häuser. Teil des Pakets sind außerdem praktische Hilfen für die Entwicklung gemeinsamer Beschaffungssysteme und Logistik, regionale Koordination von Diagnostik sowie gemeinsame Therapiestandards und Weiterbildung.

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 ermöglichen. Die Größe der Versorgungsregionen von GHT variiert stark von circa 100.000 Einwohner:innen bis zu mehr als zwei Millionen. Etwa die Hälfte der GHT versorgen eine Bevölkerung von 200.000 bis 500.000. Für etwa ein Drittel liegt diese Bezugsgröße bei über 500.000 Versicherten.

Kliniken kooperieren mit Ärztenetzen

Im Rahmen einer regionalen Gesamtstrategie Gesundheit, die von der regionalen Gesundheitsagentur (ARS) in Zusammenarbeit mit lokalen Akteur:innen entwickelt wird, werden die Krankenhäuser einem GHT zugeordnet. Grundlage dafür sind die Bedarfe der lokalen Bevölkerung, die bereits bestehende Zusammenarbeit zwischen einzelnen Krankenhäusern sowie schon existierende Patientenströme. In einem GHT sollten alle Versorgungsstufen abgebildet sein. Ein neues Element in der Versorgungsstruktur sind die wohnortnahen Krankenhäuser, 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 Ärztenetzen (CPTS, siehe unten) zusammen und ergänzt die fachärztliche Versorgung. Sie sind eher inter-nistisch, geriatrisch ausgerichtet, können aber auch Funktionen in der Notfallversorgung, der Psychiatrie oder der Rehabilitation einnehmen. Gleichzeitig sind

sie in die jeweiligen Gesundheitsprojekte der GHT und der CPTS eingebettet. Sie übernehmen Leistungen in der Bildung und der Labordiagnostik sowie Aktivitäten zur primären, sekundären und tertiären Prävention. Ein Schwerpunkt soll in der integrierten Versorgung chronisch Kranker bestehen.

Die Restrukturierung der Krankenhäuser in GHT geht auch mit einer Reformierung der Krankenhausfinanzierung einher. So soll der Anteil der Pauschalfinanzierung (tarification à

samer IT und Beschaffungssysteme sowie gemeinsamer Pateientenakten; eine gemeinsame Weiterbildungsstrategie unter Leitung der Unikliniken mit dem Ziel, Behandlungsprotokolle zu harmonisieren, der Bildung von einrichtungsübergreifenden Clustern und den Aufbau gemeinsamer Zertifizierungsprozesse. Die unabhängige leistungs-basierte Finanzierung der einzelnen Häuser wird dabei durch gemeinsame Gesundheitsentwicklungsprojekte ergänzt. Ein erster Fortschrittsbericht der GHT-Implemen-

Ein neues Element in der französischen Versorgungsstruktur sind die wohnortnahen Krankenhäuser, die eine Verbindung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung darstellen.

l'acte, T2A, ähnlich der DRG) von mehr als 60 Prozent auf 50 Prozent gesenkt werden. Die restlichen 50 Prozent sollen über ein nationales Budget für Investitionsmittel, Vergütung für Aus- und Weiterbildungen von Personal, Selbstbehalt der Patienten sowie Vergütung von Medikamenten und medizinischen Geräten, die nicht direkt verrechnet werden können, finanziert werden. Ein zusätzlicher Pfeiler ist die Finanzierung von Gesundheitsprojekten der GHT durch das Gesundheitsministerium. Für die wohnortnahen Krankenhäuser soll eine mehrjährig stabile Finanzierung auf der Basis ihrer erbrachten Leistungen und aus regionalen Gesundheitsprojekten zusammengestellt werden.

Zusammenhalt durch gemeinsame IT

Ziele dieser Umstrukturierung sind die Erarbeitung einer regionalen Gesamtstrategie Gesundheit für jede Region. Die Zusammenarbeit innerhalb der GHT soll operationalisiert werden – unter anderem durch den Aufbau gemein-

terung wurde im Dezember 2019 durch den französischen Verband der kommunalen Krankenhäuser (Fédération Hospitalière de France, FHF) vorgelegt.

Im ambulanten Bereich fördert das französische Gesundheitsministerium im Rahmen seiner Strategie die Bildung der oben bereits erwähnten territorialen multiprofessionellen Netze von Gesundheitsberufen (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, CPTS). Die ARS unterstützt die CPTS je nach Größe der versorgten Bevölkerung. Basis für die Gründung eines CPTS ist die Bedarfsanalyse des zugrunde liegenden Territoriums, die Definition gemeinsamer Ziele und die Entwicklung von gemeinsamen Gesundheitsprojekten. Verbindliche Themen sind dabei die Sicherstellung der Versorgung und die Prävention. Die meisten CPTS sind als gemeinnützige Vereine organisiert, über die auch die Projekt-mittel der ARS kanalisiert werden. In der Regel sind sowohl die zugehörigen Gemeinden als auch Vertreter der GHT der lokalen Ärzteverbände und andere wichtige lokale Akteure in den jeweiligen Verwaltungsrat einbezogen.

Die wohnortnahen Krankenhäuser sollen Behandlungspfade für Chroniker vereinfachen.

Große Reform eines fragmentierten Systems

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) zu operationalisieren. Erste Analysen von Krankenhausdaten zur Definition von Patientengruppen (Segmentation) für Diabetes und Herzinsuffizienz sowie 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), 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 Gesundheitswesen wie das französische ist diese Entwicklung auf jeden Fall eine große Reform. Sowohl die Ärztenetze als auch die Krankenhausnetze erkennen, dass für die Entwicklung eines PHM die Zusammenarbeit der lokalen Partner insbesondere für Prävention und Management chronischer Erkrankungen essenziell ist. In der Praxis sollen sektorübergreifende gemeinsame Gesundheitsprojekte die Vernetzung operationalisieren. Die meisten gemeinsamen Gesundheitsprojekte sind relativ jung und es

bleibt abzuwarten, inwieweit die gesteckten Ziele erreicht werden können. Eine wissenschaftliche Begleitung dieser Projekte ist zwar nicht generell vorgesehen, soll aber angegangen werden. Die Herausforderung dabei: Der Zugang zu sektorübergreifenden Patientendaten ist generell limitiert und die Zusammenführung von ambulanten und stationären Daten schwierig, da im ambulanten Bereich Diagnosen nicht generell dokumentiert sind.

Learnings für die deutsche Krankenhausreform

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 sowie der Progressionsvermeidung von chronischen Erkrankungen gesteuert wird. Unter dem Blickwinkel Qualitätssicherung nimmt die 7. Stellungnahme der Regierungskommission 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. Noch wird leider so getan, als ob wir eine weiter ansteigende Krankheitslast mit dem zukünftig vorhandenen Personal in den Krankenhäusern beherrschen könnten, dies wird aber nur möglich, wenn gleichzeitig im ambulanten Raum sehr viel intensiver an der Vermeidung und dem Management von chronischen Erkrankungen und der durch sie ansteigenden Morbidität gearbeitet wird.

Dr. Manfred Zahorka
Senior Manager Integrierte Versorgungslösungen
Optimedis
E-Mail: m.zahorka@optimedis.de

PD Dr. Heidrun Sturm
Senior Managerin Versorgungsinnovationen
Optimedis
E-Mail: h.sturm@optimedis.de

Dr. Helmut Hildebrandt
Vorstandsvorsitzender
Optimedis
E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de

Seit 2020 ist Optimedis – beauftragt von der Eurométropole Straßburg – an einem französischen, national geförderten Innovationsprojekt zur Entwicklung der „Gesundheitsregionen von Morgen“ beteiligt. Zusammen mit dem Universitätsklinikum Straßburg entwickelt das Unternehmen unter anderem integrierte, digital unterstützte Patientenpfade.

50 Prozent

der Krankenhausfinanzierung in Frankreich sind Vorhalte- und Sachkostenfinanzierung.