

# Wie steuert man die Patienten?

Lutz Hager und Malte Behmer vom Bundesverband Managed Care sprechen im Interview mit der Ärzte Zeitung über die richtige Organisationsform für eine vernetzte regionale Versorgung - und was eine Region überhaupt ausmacht.

Das Interview führte Anno Fricke



Prof. Lutz Hager

Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule, Riedlingen, seit 2021

Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care, seit April 2022

**Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz sind im parlamentarischen Verfahren. In beiden Gesetzen finden sich sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Brauchen wir wirklich für jeden Sektor eine eigene Lösung?**

**Hager:** Die Primärversorgungszentren im GVSG, die ja wieder aus dem Gesetzentwurf rausgefallen waren und die als Level-li-Krankenhäuser gestarteten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen verfolgen beide das Ziel einer wohnortnahen medizinischen Versorgung in Verbindung mit pflegerischen und heilberuflichen Leistungen. Sie sollten nicht „doppelt“ aus stationärer sowie ambulanter Perspektive errichtet werden.

**Was sollten Sie denn aus Ihrer Sicht darstellen?**

**Hager:** Was wir eigentlich suchen, ist eine Organisationsform für eine vernetzte regionale Versorgung. Deren Bestandteile kommen zum einen aus einer ambulanten Primärversorgung, die sich vernetzt – multiprofessionell, integriert und digital. Und sie kommen aus den Krankenhäusern, die eine Infrastruktur haben und Personal – und die diese Aufgaben ebenfalls übernehmen können.

**Es braucht also keine zwei Ansätze?**

**Hager:** Nein, wir bewegen uns aus zwei Richtungen in eine neue Organisationsform hinein. Deswegen ist es aus unserer Sicht nicht sinnvoll, zwei daraus zu machen. Statt jeweils sektorale Regulierungen noch weiter zu verkomplizieren, sollte ein Stück „Grüne Wiese“ Akteuren Lust machen, neu und gemeinsam ins Arbeiten zu kommen.

**Sie haben die Regionalität schon angesprochen. Wer definiert eigentlich die Region?**

**Hager:** Ich denke, da muss man sich von dem Bild lösen, dass es eine feststehende Definition dafür gebe. Räumliche Zusammenhänge können sehr vielfältig sein.



Malte Behmer

Stellvertretender Geschäftsführer und Leiter Politik beim BMC

Wenn man auf die Karte der Verkehrsverbände in Deutschland schaut, dann sind die auch sehr unterschiedlich gewachsen. Genauso wird das mit Gesundheitsregionen in Deutschland auch sein. Landkreise sind gute Orientierungsgrößen. Eine Gesundheitsregion kann aber auch aus mehreren Landkreisen oder Kommunen entstehen.

**Behmer:** Am Ende muss die Region vom Bedarf her gedacht werden. Es gibt sehr unterschiedliche Landkreise, sowohl flächenmäßig als auch von der Bevölkerungszahl. Auch die bestehenden Versorgungsstrukturen sind verschieden.

**Hager:** Genau. Wir kommen ja von einer Krankenhausreform, die vor allem eine krankenhausplanerische Reform ist: Stichwort Nordrhein-Westfalen. Es werden Versorgungszusammenhänge auf Krankenhausebene regional neu gebildet; de facto entstehen Versorgungsregionen. Und so kann man auch von der ambulanten Seite herkommen, wo Ärzte- und Praxisnetze schon aktiv sind.

**Wie wollen Sie Vertreter der Sektoren an einen Tisch bekommen, um über ein komplett losgelöstes, nicht mehr einem Sektor zugehöriges Versorgungszentrum zu verhandeln?**

**Hager:** Sektorunabhängig heißt trägeroffen; jeder kann ein Versorgungszentrum errichten, wenn er die Strukturvoraussetzungen erfüllt und integriert arbeitet. Das soll tatsächlich weitreichende Implikationen haben. Wir wollen in eine Versorgungswirklichkeit jenseits sektoraler Grenzen hineinkommen. Die ist vernetzt, multiprofessionell und patientenzentriert. Und sie bedient sich dazu der verschiedenen Leistungen, die wir bislang sektoral definiert haben. Dazu können Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern kommen, die bislang noch außerhalb der begrenzten Logik der bisherigen Gesundheitsversorgung stehen.

**Auch die Finanzierungsströme sind getrennt ...**

**Hager:** Die Vernetzung ist eine ernst zu nehmende Managementaufgabe, nämlich

Leistungen zusammenzuführen, die jeweils eigene Finanzierungsquellen haben. Es geht dabei nicht darum, neue Finanzströme zu erfinden, sondern darum, die bisherigen zu nutzen und zusammenzuführen. Und je mehr Verantwortung die Akteure erhalten, desto mehr Synergien werden sie heben.

**Behmer:** Bei der Notfallreform lässt sich sehen, dass durchaus so etwas wie eine gemeinsame Versorgung von Krankenhaus und ambulanter Versorgung möglich ist, die Vorteile für beide Seiten hat. Man muss sicherlich nicht gleichzeitig mit allen Versorgungsbereichen anfangen und denen ein neues System überstülpen. Aber die Möglichkeit zur Zusammenarbeit an einem Ort, in einem Versorgungszentrum, mit den bestehenden Vergütungssystemen würde ja schon helfen, nicht mehr eindimensional in ambulanter und stationärer Versorgung zu denken.

**Sondern stattdessen was zu tun?**

**Behmer:** Schauen, mit wem in der Region man sich vernetzen kann, und was ein Zentrum als Ankerpunkt leisten kann. In der Notfallversorgung, glaube ich, kann das gut gelingen. Und dann kann dies auch in anderen Bereichen der Versorgung möglich werden.

**Welche Rolle spielt das Fallmanagement in Ihrem Modell?**

**Hager:** Die Koordination und Steuerung von Patienten ist eines der großen Defizite in Deutschland. Und die Ambulantisierung wird dies noch verstärken, da mehr Versorgung außerhalb der organisatorisch integrierten Krankenhäuser liegt. Diese Aufgabe können wir nicht bei den Patientinnen und Patienten abladen.

**Wer soll es machen?**

**Hager:** Das müssen wir im Gesundheitssystem, das ja ein Expertensystem ist, leisten. Und der größte Bedarf hier ist eben dort, wo Patienten mit komplexen, lange andauernden, zum Teil lebensbedrohenden Erkrankungen konfrontiert werden.

**Warum?**

**Hager:** An dieser Stelle wird das System intensiv in Anspruch genommen; je intensiver, desto weniger vorausschauend können wir uns um Bedarfe kümmern. Es ist kein Zufall, dass bundesweit eigeninitiativ über 50 Projekte mit Gesundheitslotsen entstanden sind, sondern weil dort der große Bedarf aus Sicht der Patienten und des Systems liegt. Die Schlussfolgerung daraus kann eigentlich nur sein, dass wir die Koordination und Steuerung bei komplexen Erkrankungen als durchgängige Leistung benötigen.

**Wie viel von Ihren Ideen findet sich denn schon in der Versorgung?**

**Hager:** Wir haben zum Beispiel einen engen Austausch mit dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband über deren HÄPPI-Konzept, also das Hausärztliche Primärversorgungszentrum und natürlich auch mit den mittlerweile 10 PORT-Praxen. Aber auch Krankenkassen unterstützen Zentrenbildung. Das sind Angebote, die dann von den Akteuren umgesetzt werden können. Ich stelle mir die Eingangstür eines regionalen Gesundheitszentrums in ein paar Jahren vor. Da können auf dem Schild Siegel von unterschiedlichen Akteuren stehen, deren Konzepte für Qualität und patientenzentrierte Versorgung stehen.

**Zentren sind aber nicht zwangsläufig Häuser ... oder doch?**

**Hager:** Man denkt dabei schnell an eine räumliche Konzentration von Leistungen, an ein großes Haus. Das muss aber nicht so sein. Ein Versorgungszentrum ist auch dezentral zum Beispiel mithilfe von Kooperationspraxen denkbar. In Zeiten digitaler Vernetzung braucht ein Zentrum keinen Ort.

**Behmer:** Es gibt aber einen entscheidenden Unterschied zu dem, was wir jetzt in der Krankenhausreform sehen. Da wird die Koordination momentan beschränkt auf den Austausch von Unikliniken bei Großschadenslagen und für Telekonsultationen von Krankenhausarzt zu Krankenhausarzt. Da ist nichts entlang eines



© REDPIXEL/STOCK.ADOBE.COM

Patientenpfades angelegt. Ambulante Nachsorge und Anschlussheilbehandlungen sind als Koordinationswege in der Krankenhausreform nicht abgedeckt. Auch wird ein onkologisches Zentrum andere Koordinationswege haben als ein geriatrisches. Interessant ist, dass die Länder in ihrer Stellungnahme zum GVSG Case Management in Primärversorgungszentren vorschlagen. Es würde mich sehr freuen, wenn der Bundestag dies aufgriffe. Egal ob im Krankenhaus oder in der Primärversorgung, Koordination muss die fallbezogene Zusammenarbeit aller Sektoren und Leistungsträger umfassen.

**Wie wollen Sie die von Ihnen vorgeschlagenen Entwicklungen finanzieren?**

**Hager:** Hier ergibt sich wieder eine Verbindung zwischen dem regionalen Denken und der Krankenhausreform. Die ist im Kern ein Projekt der regionalen Bedarfsplanung, und damit ist sie auch ein Projekt der ambulanten Versorgung in einer Region. Das muss man in einem denken. Und wenn wir nun einen Transformationsfonds für Krankenhäuser auf dem Tisch haben, dann muss der auch regionale Kooperationen und ambulante-stationäre Zusammenarbeit befördern.

**Der Transformationsfonds für die Kliniken ist ab 2026 auf zehn Jahre angelegt. Wo sehen Sie Ihr Projekt in drei Legislaturen?**

**Hager:** Wir nehmen aus der Erfahrung an, Fortschritt im Gesundheitswesen ist eine Schnecke. Heute liegen die Dinge aber anders: Wer Verantwortung für ein Krankenhaus trägt, kann nicht zehn Jahre warten – und denkt auch nicht in Legislaturperioden. Die Akteure wollen handeln, aber nicht fremdbestimmt. Sie brauchen mehr Möglichkeiten. Daher muss der Bundestag in diesem Herbst den Startschuss für regional vernetzte Primärversorgungszentren und kollektive Versorgungsverträge für Regionen geben.

**Herr Professor Hager, Herr Behmer, vielen Dank für das Gespräch!**