

Gesundheitsregionen, Gesundheitskioske ... unter sektorenübergreifenden Aspekten

Vortrag auf dem 2. Symposium „Sektorenübergreifende Versorgung“
in Bochum am 8. März 2023

– Thesenpapier –

1. Gesundheitsregionen müssen in erster Linie um ein Netzwerk von Akteuren herum gedacht werden, erst in zweiter Linie entlang politischer oder geografischer Grenzen. Voraussetzungen müssen sein:
 - a. Regionale Versorgungsmodelle sollten die Attraktivität für Fachkräfte in einem Gebiet erhöhen. Sie sollten daher vor allem auf strukturschwache, benachteiligte Gebiete konzentriert werden.
 - b. Versorgungsdruck ambulant und/oder stationär hoch
 - c. Interner Wettbewerb gering (Krankenhäuser, Krankenkassen)
 - d. Idealerweise bereits netzwerkfähige Strukturen vorhanden
 - e. „Macher“
 - f. Finanzierungsfrage muss möglichst langfristig geregelt sein.

2. Versorgungsverträge sind wirksame Treiber einer regionalen, bevölkerungsbezogenen Gesundheitsversorgung innerhalb der vielfältigen Versorgungslandschaft. Sie sollten kassenartenübergreifend sein.

3. Die niedergelassenen Ärzt:innen sind der Eckpfeiler der Gesundheitsversorgung. Sie haben grundlegenden Einfluss auf die sektorenübergreifende Steuerung der Patient:innen. Ohne sie kann ein regionales Versorgungskonzept nicht funktionieren. Sie lassen sich nicht ersetzen. Versorgungsmodelle müssen für die niedergelassenen Ärzt:innen einen unmittelbaren Nutzen haben, damit sie Wirksamkeit entfalten. Sie dürfen keine zusätzliche Belastung der Ressourcen bedeuten, sondern müssen konkret entlasten.

4. Das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung, ausgerichtet an den Bedürfnissen der Patient:innen unter Beachtung der Qualität und Wirtschaftlichkeit, setzt die Krankenhausreform zwingend voraus. Die Etablierung von regionalen Versorgungsmodellen macht erst wirklich Sinn, wenn die Krankenhauslandschaft zukunftsfähig aufgestellt ist.
5. „Gesundheitskioske“ eignen sich nicht als flächendeckendes, zusätzliches Angebot in der Gesundheitsversorgung. Aber sie können individuell dazu dienen, Menschen mit Beeinträchtigungen (Alter, Armut, Sprachbarrieren ...) auf dem Weg durch das System zu unterstützen. Sie sollten das Ziel verfolgen, Versicherte besser zu steuern und auf diese Weise Arztpraxen und Notaufnahmen zu entlasten. Dies gilt besonders für die kinderärztliche Versorgung. Kurative Behandlungen gehören nicht in einen Kiosk. Die Finanzierung des Angebots der Gesundheitskioske gehört in die allgemeine Daseinsvorsorge, nicht in die GKV.
6. Gut organisierte Praxisnetze besitzen Managementstrukturen und einen eingeübten Kooperationsgrad, der für sektorenübergreifende Versorgungsmodelle genutzt werden kann. Sie sind auch für die Einrichtung und den Betrieb eines Gesundheitskiosks als Kooperationspartner geeignet.
7. Die vorgestellten Modelle und Versorgungsansätze sind geeignet für eine weitere modellhafte und individuelle Erprobung. Sie sind keine flächendeckende Antwort auf Versorgungslücken, die aufgrund des Fachkräftemangels entstehen. Sie wirken flankierend und unterstützend.
8. Die Einbindung der Kommunen und Kreise in regionale Versorgungsfragen macht wegen der engen Verzahnung mit Fragen der Daseinsvorsorge Sinn. Die Wandlung von der ministeriellen Rechtsaufsicht zum handelnden Akteur ist dagegen kritisch zu sehen. Hier wird eine zusätzliche Entscheidungsebene geschaffen. Diese weckt eine hohe Erwartungshaltung zur Befriedigung von Partikularinteressen. Darüber hinaus ist zu befürchten, dass Entscheidungsprozesse in wichtigen Versorgungsfragen verlängert werden.