



Foto: VRD – Fotolia

Das PORT-Modell als Perspektive

Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend

Von Dr. Bernadette Klapper

Die Krankenkassen in Deutschland verzeichnen aktuell Überschüsse und können Reserven bilden. Eine erfreuliche Situation. Den Laien mag es daher verwundern, dass in Fachkreisen von mangelnder Reformfähigkeit des Systems gesprochen wird. Und tatsächlich ist die Gesundheitsversorgung von hartnäckigen Problemen betroffen, die die Debatten der Fachleute – zum Teil schon seit vielen Jahren – bestimmen.

Baustellen in der Gesundheitsversorgung

Die Krankenhauslandschaft ist seit geraumer Zeit unter Druck. Deutschland hält im EU-Vergleich die meisten Krankenhausbetten vor und besetzt laut OECD-Berichten in vielen Kategorien der Anzahl von operativen Eingriffen Spitzenpositionen – bei dennoch nur durchschnittlichen Werten der Lebenserwartung. Bewertungen der

Über- und Fehlversorgung in den Krankenhausleistungen stehen im Raum, die der Gesetzgeber mit einer Koppelung der Finanzierung an Qualitätsanforderungen steuern will.

Ein weiteres grundlegendes Problem stellt das in Sektoren angelegte deutsche Gesundheitsversorgungssystem dar. Auch nach langen Jahren der Bemühungen um mehr integrierte Versorgung kann die Herausforderung noch nicht als gelöst gelten. Jedoch ist der Ruf nach einer besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen deutlich lauter geworden. Die neue Bundesregierung setzt dazu eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe ein zur Erarbeitung von Vorschlägen bis 2020.

Der ländliche Raum hat zunehmend mit Ärztemangel zu kämpfen. In den Gemeinden und Landkreisen verstärkt sich die Sorge um

„PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ können nach internationalen Vorbildern umfassende Versorgung aus einer Hand anbieten und die Bedarfe einer Region abdecken. Das Modell beinhaltet Möglichkeiten zur Abmilderung des Fachkräftemangels und baut auf den Potenzialen der Digitalisierung auf. Für Krankenhäuser können sie attraktive Alternative oder eine Option der Erweiterung darstellen.

Keywords: Fachkräftemangel, interprofessionelle Zusammenarbeit, Sektoren

die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung, da viele der (noch) ansässigen Hausärzte in absehbarer Zeit in Ruhestand gehen und keine Nachfolger gefunden werden können, obwohl Deutschland im internationalen Vergleich eine insgesamt hohe Arztdichte ►

aufweist. Die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe ist in allen Versorgungsbereichen mit massivem Fachpersonalmangel deutlich spürbar. Das Ausmaß setzt die Politik unter Druck, Lösungen für ein sich seit langem abzeichnendes Problem zu finden und den Beitrag der pflegfachlichen Kompetenzen sowie der pflegerischen Leistung in der Gesundheitsversorgung anzuerkennen – sowohl monetär als auch in der Übertragung von Verantwortung.

Schließlich ist im internationalen Vergleich eine nur zögerliche Öffnung für digitale Lösungen und eine mangelnde Konsequenz insbesondere in der Einführung der elektronischen Patientenakte als Kernstück für die Prozessoptimierung in der Gesundheitsversorgung zu konstatieren. Die in der Digitalisierung liegenden Potenziale, wie Behandlung und Betreuung über die verschiedenen Schnittstellen hinweg patientenorientierter, effizienter und kooperativer gestaltet werden können oder der Fachkräftemangel zumindest teilweise abgepuffert werden kann, werden nicht ausgeschöpft.

Alle genannten Herausforderungen sind groß und in sich komplex – sowohl in der Ausgangslage als auch in den notwendigen Schlussfolgerungen. Häufig werden daher nur Teilausschnitte beleuchtet und Vorschläge zur Lösung von Einzelproblemen gemacht, die möglicherweise im größeren Kontext neue Probleme aufwerfen und so eher zur Steigerung anstatt zu einer Reduktion der Komplexität der Gesundheitsversorgung beitragen. Vieles spricht daher dafür, einen Augenblick innezuhalten, sich den Systemlogiken zu entziehen und zu rekapitulieren, worum es eigentlich in der Gesundheitsversorgung geht und welche Anforderungen wir in den kommenden Jahren zu bewältigen haben.

Worum es geht

Bereits seit langem wird auf die vielfachen Herausforderungen des demografischen Wandels hingewiesen. Die Folgen für die Gesundheitsversorgung sind erheblich. Wir erwarten einen starken Anstieg der Anzahl älterer Menschen,

die – wenn sie auch gesünder sind und sich einer höheren Lebenserwartung als vorige Generationen erfreuen – auch den aktuell starken Anstieg von chronischen und Mehrfacherkrankungen mitverursachen. Unser Gesundheitssystem ist dennoch nach wie vor wesentlich stärker auf die Versorgung akuter Anlässe ausgerichtet als auf die Bedarfe chronisch Kranker.

Die Bedarfe von chronisch Kranken und von älteren Menschen mit Einschränkungen legen eine Gesundheitsversorgung nahe, die konsequent patientenorientiert – und nicht in Abhängigkeit der Logik von einzelnen Sektoren und deren Vergütungssystemen – gestaltet ist. Unser gesundheitsrelevantes Wissen ist gewachsen. Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Faktoren sind anerkannt in ihrem Einfluss auf den Gesundheitszustand, werden aber kaum mit der konkreten Versorgung verzahnt. Dennoch baut der Erfolg medizinischer Therapien insbesondere chronischer Erkrankungen darauf auf, denn er ist empfindlich abhängig von der individuellen Lebensführung und Mitarbeit der Patienten – und dies über das gesamte Versorgungskontinuum hinweg, das den Patienten durch die verschiedenen Versorgungssektoren führt. Für ältere Menschen, die vielfach von chronischen Erkrankungen betroffen sind, erhalten zudem oft Fragen der Betreuung Priorität vor einzelnen medizinischen Leistungen. Dabei geht es von niederschwelliger Unterstützung in der Alltagsbewältigung bis hin zum Leben mit schwerer Pflegebedürftigkeit.

In der Summe bedeutet dies, dass die Versorgung von chronisch kranken und alten Menschen komplexe Herausforderungen bereithält, da sie die Integration verschiedenster Leistungen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen erfordert. Zudem wird das Gesundheitspersonal vor die Aufgabe gestellt, mit der betroffenen Person ein jeweils individuell angemessenes Unterstützungspaket zusammenzustellen, umzusetzen, es regelmäßig auf Erfolg zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Dabei gilt es, voraus-

schauend im Hinblick auf das gesamte Versorgungskontinuum zu planen und von Anfang an die verschiedenen Phasen von der Diagnose bis zur End-of-Life-Care zu berücksichtigen. Ziel sollte die dauerhafte Stabilisierung der Erkrankung im häuslichen Umfeld bzw. die wirksame Behandlung akuter Episoden und anschließende Wiederherstellung sein. Dazu können Aufenthalte in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sein. Übergänge zwischen den unterschiedlichen Sektoren müssen gestaltet werden, wechselnde berufliche Kompetenzen können in den verschiedenen Phasen im Vordergrund stehen.

Die Aufgabe ist umfangreich und bedarf des Zusammenspiels vieler Personen mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen: Haushaltshilfen, Pflege- und Therapieberufe, Ärzte und Fachärzte, Sozialarbeiter u. a. Die Zusammenarbeit muss horizontal sowie vertikal gut abgestimmt sein, auch über die Sektoren hinweg. Informationen müssen fließen und sinnvoll sein.

Die Versorgung an den Bedarfen der Menschen ausrichten

Zusammengefasst geht es vor allem darum, die Versorgung an den Bedarfen der Menschen auszurichten und dort anzusetzen, wo die Menschen leben. Damit geht es zunächst um die medizinische Versorgung vor Ort, also um den Zugang zu Haus- und Fachärzten. Jedoch ist die medizinische Therapie im engeren Sinne angesichts der dargelegten Bedürfnisse zwar ohne Frage von hoher Bedeutung, aber keineswegs ausreichend. Denn es kommen auch andere Dimensionen der Unterstützung zum Tragen – wie beispielsweise Maßnahmen der Prävention, Aktivitäten zur Bewältigung des Alltags mit der Erkrankung einschließlich Leistungen bei Pflegebedürftigkeit oder auch Unterstützung beim Zurechtfinden in der Bürokratie des Gesundheitswesens, um beispielsweise einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Einzelne Arztpraxen kommen trotz großer Bemühungen hier häufig rasch an ihre Grenzen. Die Organisation der

Leistungen sollte daher der komplexen Aufgabenstellung gerecht werden können und idealerweise die Aktivitäten rund um den Patienten bündeln in Sinne „umfassender Versorgung aus einer Hand“. Dies gelingt leichter, wenn die daran Beteiligten in räumlicher Nähe zusammenarbeiten, ihre Prozesse aufeinander abgestimmt haben und über kurze Wege mit intelligenten Hilfsmitteln kommunizieren können, anstatt vereinzelt um den Patienten herum zu agieren und immer wieder für einen stabilen Informationsfluss sorgen zu müssen.

Bündelung der Leistungen in PORT-Gesundheitszentren

In etlichen Ländern ist daher die Primärversorgung in lokalen und regionalen Gesundheitszentren organisiert. Derartige Modelle sind vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014 auch für die Gesundheitsversorgung in Deutschland empfohlen worden.

Vielversprechend erscheinen die niederschweligen, gut erreichbaren kanadischen Community Health Centres, die in den 1970er Jahren entstanden sind. Sie orientieren sich an der Deklaration der Weltgesundheitsorganisation von Alma-Ata aus dem Jahr 1978, d. h. an einem weitgefassten, gesellschaftlichen Verständnis gesundheitlicher Versorgung, das soziale Einflussgrößen auf Gesundheit wie Bildungsstatus, Arbeits- und Wohnbedingungen und soziale Lage berücksichtigt. Sie richten sich an Einzelpersonen und die Bevölkerung der zugehörigen Region. Das Modell lokaler, regional ausgerichteter Zentren wird aktuell von der Robert Bosch Stiftung GmbH im Förderprogramm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ aufgegriffen. Es soll damit ein Beitrag geleistet werden, die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft zu sichern und exemplarisch neue Maßstäbe in der Qualität der Versorgung zu erarbeiten. Darüber hinaus soll es den Wechsel zu einer Versorgung anstoßen, die einem umfassenden Verständnis von Gesundheit folgt und deren Kern die Integration der Leistungen für den Patienten oder den älteren, auf Unterstützung an-

gewiesenen Bürger ist. An den Standorten der geförderten Initiativen in Berlin, Büsum, Hohenstein, Willingen-Diemelsee und Calw sollen in den kommenden Jahren lokale, inhaltlich umfassende Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung entstehen, die:

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ anbieten und stetig weiterentwickeln,
- den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung unterstützen,
- multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe voraussetzen,
- neue Potenziale der Digitalisierung nutzen,
- Prävention und Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerische Versorgung über eine gute kommunale Einbindung verknüpfen.

Darüber hinaus erhalten im ergänzenden Förderprogramm „sup-PORT – auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ acht weitere engagierte Akteure die Möglichkeit, bereits bestehende Kooperationen und Zusammenschlüsse in Richtung eines PORT-Zentrums weiterzuentwickeln. Jeder der bundesweit dreizehn Standorte trägt den regionalen Anforderungen und Gegebenheiten Rechnung. Dabei erlaubt das Grundmodell eines PORT-Zentrums, vergleichsweise „leicht“ weitere Aufgaben zu erfüllen, zum Beispiel Lehrzentrum für Allgemeinmedizin zu sein, Betten für Kurzzeitpflege anzuschließen oder Standort für den Notarztwagen oder ambulantes Operieren zu sein.

Gesundheitszentren nach dem PORT-Konzept haben das Potenzial, die Primärversorgung zu stärken und die sektorenübergreifende Arbeit zu erleichtern, indem die Organisation der Versorgung wohnortnah beim Patienten angesiedelt wird. Ergänzt um Aktivitäten des ehrenamtlichen Engagements können sie lebendige Orte des Gemeinwesens werden. Sie leisten einen Beitrag zum Umgang mit dem Ärztemangel, indem Ärzte

sich auf das medizinische Kerngeschäft konzentrieren können und Potenziale der Telemedizin und Telekonsultation genutzt werden. Die Pflegeberufe haben die Chance, über Rollen wie das „Community Health Nursing“ oder das „Advanced Practice Nursing“ neue attraktive Verantwortung zu übernehmen. Außerdem schließt eine „umfassende Versorgung aus einer Hand“ die Phase der Pflegebedürftigkeit ausdrücklich ein und macht damit ambulante und stationäre Langzeitpflege in ihrer Bedeutung für den Patienten sichtbarer. Mit interprofessioneller Zusammenarbeit, auch mit weiteren Gesundheitsberufen, kann das PORT-Team einen neuen Mehrwert für seine Patienten schaffen.

Für örtliche Krankenhäuser, die von Schließung bedroht sind, könnte die Transformation in ein PORT-Gesundheitszentrum eine ernstzunehmende Alternative bedeuten – sowohl in der Sicherung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung als auch, um die Akzeptanz der Bevölkerung zu erreichen. Für größere Krankenhäuser bieten sie möglicherweise attraktive Optionen der Weiterentwicklung integrierter Versorgung in einem Verbund. ■

Dr. Bernadette Klapper
 Bereichsleiterin Gesundheit
 Robert Bosch Stiftung GmbH
 Stuttgart
 bernadette.klapper@bosch-stiftung.de



Dr. Bernadette Klapper