



Boris Velter, Ole Laumann und Reiner Felsberg

**Zusammenarbeit der Berliner Kliniken und der ambulanten
Versorger – eine ganzheitliche, holistische „Strategie
Gesundheitsstadt Berlin 2030“**

Berlin, 2021

Beitrag zu: Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg (Denkanstöße aus der Akademie ; 8)

Persistent Identifier: urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36484



Zusammenarbeit der Berliner Kliniken und der ambulanten Versorger – eine ganzheitliche, holistische „Strategie Gesundheitsstadt Berlin 2030“

Boris Velter, Ole Laumann und Reiner Felsberg

Geschäftsstelle „Gesundheitsstadt Berlin 2030“; Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten (ASG) der SPD, Marburger Bund

Ausgangspunkt: Ergebnisbericht der Zukunftskommission „Gesundheitsstadt Berlin 2030“

Entscheidender Impuls für die Idee der „Gesundheitsstadt Berlin 2030“ war der Ergebnisbericht der Zukunftskommission „Gesundheitsstadt Berlin 2030“. Diese Kommission, geleitet von Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB und Prof. Dr. Heyo K. Kroemer, Vorstandsvorsitzender der Charité, hatte den Auftrag, Vorschläge zu unterbreiten, um bis zum Jahr 2030 die folgenden drei Kernziele zu erreichen (vgl. Zukunftskommission 2019: 6):

1. Krankenversorgung auf europäischem Spitzenniveau zum Wohle und Patient*innen
2. Internationale Führungsrolle in medizinischer Innovation und biomedizinischer Forschung unter Einbeziehung des Deutschen Herzzentrums, des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung | Berlin Institute of Health (BIH) sowie der vorhandenen außeruniversitären Einrichtungen
3. Etablierung zukunftsfähiger Strukturen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen akademischen und nicht akademischen Aus-, Fort- und Weiterbildung

Im Rahmen des Prozesses „Gesundheitsstadt Berlin 2030“ ist die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern immer vor dem Hintergrund dieser Ziele zu gestalten, zu bewerten und weiterzuentwickeln. Im Ergebnisbericht selbst wird der Beitrag, der aus der Interaktion zwischen ambulantem und stationärem Sektor entsteht, für die Erreichung der oben genannten Ziele nicht herausgearbeitet. Dies allerdings nicht, weil die Verfasser*innen diese für nicht notwendig gehalten hätten. Vielmehr sollte dieser Teil von Folgeüberlegungen sein (vgl. Zukunftskommission 2018: 26).

Besondere Rolle der medizinischen Versorgung für die Interaktion

Aus den drei Zielfeldern der Gesundheitsstadt – Versorgung, Forschung und Ausbildung – soll die Interaktion zwischen ambulanten Versorgern (Praxen, Arzthäusern, MVZs) und Krankenhäusern nachfolgend insbesondere im Hinblick auf die medizinische Versorgung beleuchtet werden.

Die Leistungserbringung im Gesundheitswesen erfolgt systematisch entlang der sektoralen Angebotsstrukturen. Ob ambulant in einem Medizinischen Versorgungszentrum und in Praxen der niedergelassenen Ärzt*innen oder stationär in einem Krankenhaus behandelt wird, bestimmt sich maßgeblich dadurch, ob für die Behandlung die Infrastruktur eines Krankenhauses notwendig ist (kodifiziert u. a. in § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V). In anderen Worten: Abgrenzungskriterium ist das Vorhandensein eines Krankenhausbetts. Dieses Abgrenzungskriterium wird in der Zukunft deutliche Veränderungen erfahren durch Trends und Herausforderungen, vor denen sowohl niedergelassene Ärzt*innen als auch

Krankenhäuser gleichermaßen stehen, aber insbesondere auch die Krankenversicherungen (KV) und Krankenkassen (KK).

Trends und Herausforderungen

Weitgehend unstrittig ist, dass der Trend zur Ambulantisierung in Deutschland noch erheblich an Fahrt aufnehmen muss und wird. Der sektorübergreifenden und entsektorisierenden Versorgung gehört die Zukunft. Aus versorgungspolitischer Sicht, um den internationalen Anschluss an qualitativ gebotene Versorgungsketten – die sich an den jeweiligen Bedarfen von Patient*innen und nicht an Strukturen des Gesundheitswesens orientieren – nicht zu verlieren. Aber auch wegen des Erfordernisses, mit der auch perspektivisch knappen Ressource Fachkraft effizienter umzugehen. Es werden schlicht nicht ausreichend Menschen zur Verfügung stehen, um überflüssige stationäre Aufenthalte medizinisch und pflegerisch zu begleiten. Die jeweiligen Kompetenzen der verschiedenen Professionen im Gesundheits- und Pflegewesen werden deutlich stärker als heute geschärft und in der Versorgung auch real genutzt werden müssen. Ein viel besseres Zusammenspiel der Disziplinen und Menschen wird notwendig sein.

Zudem werden Konsequenzen der fortschreitenden Digitalisierung immer deutlicher sichtbar. Für den Bereich der Forschung, ein zentraler Pfeiler der Überlegungen zur Gesundheitsstadt Berlin 2030, ist es offensichtlich. Die Bedeutung von großen Datenmengen („Big Data“) und deren Analysen, auch mit Unterstützung durch KI-Anwendungen, wird vor allem jenseits der Grundlagenforschung erheblich an Bedeutung gewinnen. Auch und gerade im noch stark entwicklungsfähigen Feld der Versorgungsforschung. Aber auch im Feld der Versorgung selber zeigen sich nahezu täglich neue Perspektiven für digitale Hilfsmittel bei Diagnostik und Therapie. Auch wenn das meiste theoretisch-optional verbleiben wird, wird sich sicher vieles auch real durchsetzen. Eine riesige Herausforderung für die Gesundheitsberufe, fachlich wie von deren Selbstverständnis her, eine Herausforderung für Patient*innen und für die gesamte Gesellschaft.

Klar ist, dass die Entwicklung hin zu Verbänden geht, insbesondere zu größeren Klinik-Verbänden. International erfolgreich in Boston oder London, national in Heidelberg, Köln und eben Berlin zu sehen. Nur zunehmend enge bzw. kooperative Verbände werden den Herausforderungen für Forschung und Versorgung gerecht sein können. Dies gilt prognostisch uneingeschränkt auch für Kooperationen über die aktuellen Sektorengrenzen hinaus.

Entwicklung politisch-rechtlicher Rahmenbedingungen

Seit mehreren Jahrzehnten ist die sektorale Trennung als ein Kernproblem des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems erkannt. Von Seiten der Wissenschaft wie von Seiten der Politik. Der Normgeber hat daher bereits zahllose Regularien geschaffen, um Versorgungsketten zu ermöglichen, von Modellvorhaben über verschiedene Öffnungsoptionen für Krankenhäuser, die massive Förderung von Verträgen zur Integrierten Versorgung und Disease-Management-Programmen bis hin zu komplexen Regelungen der „spezialärztlichen Versorgung“. Auch auf planerischer Seite wurden Gremien und Beteiligungen etabliert, die helfen sollten, in Richtung einer integrierten Gesamtplanung zu kommen. Insgesamt betrachtet hatten die Bemühungen doch sehr bescheidenen Erfolg.

Vor diesem Hintergrund werden sicher weitere Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Akteur*innen der Gesundheitsversorgung erfolgen. Neben dem weiteren Versuch der Etablierung von Vertragskonstruktionen über Sektoren hinweg wird sicher auch weiter versucht, integrativ-planerisch voranzukommen.

Daher lohnt es sich zweifach, intelligente Strukturen zwischen Kliniken und niedergelassener Ärzt*innenschaft frühzeitig vorzubereiten und zu schaffen. Dies ermöglicht einerseits, auf die künftige Gesetzgebung als Vorbild gestalterisch einwirken und andererseits dann einen Wettbewerbsvorteil im Versorgungsmarkt generieren zu können. Hierzu müssen sich die progressiven Kräfte in beiden Sektoren, ambulant und stationär, zusammenschließen. Auch hier bieten sich in Berlin viele Ansatzpunkte und enorme Potentiale.

Ziele der Gesundheitsstadt Berlin 2030 erweitern

Die eingangs genannten Ziele, das Erreichen eines „Spitzenniveaus der Krankenversorgung“ sowie der „Internationalen Führungsrolle in medizinischer Innovation und Forschung“, können und müssen in ihrer Verfolgung ohne Wenn und Aber die ambulanten Versorger mitdenken, beteiligen und integrieren.

Literatur:

Zukunftskommission „Gesundheitsstadt Berlin 2030“ (2019): Ergebnisbericht.

https://berlin.de/sen/wissenschaft/_assets/gesundheitsstadt_2030_ergebnisbericht-der-zukunftskommission.pdf