

## **AG Gesundheit 65 Plus**

### **Forderungskatalog**

#### **Stärkung der Patientenbelange im Zusammenhang mit der stationären medizinischen Versorgung**

*Hinweis für den Leser: Im hier vorliegenden Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.*

#### **Autoren aus der AG Gesundheit 65Plus**

*Dr. Marlies Volkmer*

*Otto Melchert*

*Prof. Dr. Marion Schaefer*

#### **A) Sicherung der stationären medizinischen Versorgung bei guter Erreichbarkeit und hoher Qualität**

Die angebotene stationäre Versorgung wird immer ein Kompromiss sein zwischen Spezialisierung und Erreichbarkeit. Dieser Kompromiss ist so auszugestalten, dass hohe Qualität gesichert wird.

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist durch hohe Kapazitäten im internationalen Vergleich gekennzeichnet. Die Spezialisierung der Krankenhäuser folgt eher einer betriebswirtschaftlichen Sicht und weniger einem objektiven Versorgungsbedarf. Dort wo zu geringe Fallzahlen erreicht werden, kann die anerkannte Struktur- und Prozessqualität nicht sichergestellt werden. Häufig führt dies auch zu Mängeln bei der Ergebnisqualität. Darauf hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und dem Krankenhausstrukturgesetz reagiert. Zukünftig soll bei der Krankenhausplanung der Länder auch die Qualität der Versorgung ein zentrales Kriterium werden.

Allerdings wird dadurch die Ausdünnung der stationären Leistungsangebote in der Fläche tendenziell gefördert.

- Vor allem für die ältere Bevölkerung ist die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen von besonderer Bedeutung. Standort- und Transportkonzepte sind so aufeinander abzustimmen, dass sie den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen. Ebenso sind in allen Krankenhäusern die Besonderheiten der Altersmedizin zu beachten und ausreichend geriatrisch qualifizierte Ärzte und Pflegende vorzuhalten.

Dort wo Spezialisierung zur Sicherung einer hohen Qualität beiträgt, ist sie aus Patientensicht zu begrüßen.

- Orte der kurzzeitigen stationären Grundversorgung ohne Bedarf an spezialisierten Leistungen sind so wohnortnah wie möglich zu erhalten. Dies gelingt um so besser, je mehr Einrichtungen in Form von integrierten ambulant-stationären Strukturen betrieben werden.
- Eine abgestimmte Zusammenarbeit von nicht- oder nur teilspezialisierten Krankenhäusern mit spezialisierten Abteilungen anderer Krankenhäuser der Region durch persönliche und / oder telemedizinische Konzile kann eine strukturelle Mangelversorgung ausgleichen. Deshalb sollten spezialisierte Einrichtungen zu einer Kooperation mit den Krankenhäusern der Grundversorgung in ihrer Region gesetzlich verpflichtet werden.

- Die der Krankenhausbehandlung vorgelagerte notfallmäßige und spezialisierte fachärztliche ambulante Versorgung muss in enger Abstimmung mit den Krankenhäusern organisiert werden. Gefordert wird die Aufhebung des bisher getrennten und die Neuformulierung eines gemeinsamen Sicherstellungsauftrages für die ambulante und stationäre Versorgung.
- Das Instrument der Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige, aber nicht wirtschaftlich zu betreibende Krankenhäuser ist konsequent anzuwenden, damit die stationäre Grundversorgung in strukturschwachen Regionen gewährleistet werden kann. Die Erteilung der Zuschläge darf aber nicht zu finanziellen Einbußen bei anderen Krankenhäusern führen. Sie sind als Teil der Daseinsfürsorge unabhängig von der Krankenhausentgeltkalkulation zu finanzieren.
- Bei der stationären Leistungserbringung und bei der Kooperation von ambulanten und stationären Leistungserbringern muss ausgeschlossen werden, dass aus vorrangig wirtschaftlichen Gründen medizinisch nicht indizierte Leistungen erbracht und abgerechnet werden. Entsprechende Praktiken zu verhindern, unterliegt der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

## **B) Informationen für Patienten zur Verbesserung der Qualitäts- und Markttransparenz bezüglich der stationären Angebote**

Patienten sollen so gut wie möglich (mit-)entscheiden können, in welches Krankenhaus sie zur stationären Behandlung gehen. Dazu benötigen sie Informationen.

- Patienteninformationen müssen leicht zugänglich, verständlich und relevant sein. Sofern sie Qualitätsparameter betreffen, müssen sie nach einheitlichen Kriterien, die von einer unabhängigen Stelle vorzugeben sind, risikoadjustiert dargestellt werden. Anderenfalls würden hoch spezialisierte Einrichtungen, die in der Regel mehr Hochrisikofälle behandeln als andere, benachteiligt. Die eigenen Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind ebenfalls nach den o.g. Kriterien zu gestalten.
- Die Qualitätstransparenz über das Leistungsgeschehen im Krankenhaus ist verbesserungswürdig. Insbesondere sollten die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung veröffentlicht werden.

## **C) Kommunikation mit Patienten während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus**

Informierte Patienten und Bürger sollen partizipativ an der Entscheidungsfindung mitwirken. Sie sollen sich ihren persönlichen Präferenzen entsprechend für oder gegen medizinische Maßnahmen entscheiden können.

- Patienten sind in diesem Sinne möglichst objektiv und verständlich zu informieren über ihr persönliches Risiko, den Verlauf ohne Intervention, die verschiedenen medizinischen Optionen für die Behandlung sowie deren Nutzen und eventuellen Schaden. Es ist sicherzustellen und ggf. auch zu überprüfen, dass alle diese Informationen vom Patienten tatsächlich verstanden wurden.

Neben sachlich-inhaltlichen Aspekten sind auch die Art und Weise der Kommunikation und auch des allgemeinen Umgangs mit den Patienten im Krankenhaus von Bedeutung. Einfühlungsvermögen und Wertschätzung sind dem Patienten jederzeit entgegenzubringen.

- Durch regelmäßige Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote sollte zur Sicherung der Kommunikationsqualität im Krankenhaus die diesbezügliche Kompetenz aller im Krankenhaus Beschäftigten systematisch gestärkt werden.

#### **D) Durchgehendes Überleitungsmanagement zwischen Krankenhausbehandlung und vor- und nachstationärer Versorgung**

Die Übergänge zwischen dem Krankenhaus und der vor- und nachstationären Versorgung sind seit vielen Jahren Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion und der Gesundheitsgesetzgebung.

- Für den Übergang von der stationären in die nachstationäre Versorgung sind die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement konsequent umzusetzen und deren Einhaltung zu überprüfen. Ebenso klare Regeln sind bei der Krankenhauseinweisung und -aufnahme für die Zusammenarbeit von einweisenden Ärzten, den Krankenhäusern und den Krankenkassen zu fordern. Hierzu gehört z.B. die konkrete Festlegung von Zeiten der Erreichbarkeit aller an der Versorgung und Leistungssicherung Beteiligten und die verbindliche Festlegung der Inhalte eines Einweisungsbriefes inkl. Medikationsplan.

An beiden Schnittstellen ist die Weitergabe von Informationen von entscheidender Bedeutung. Da die einheitliche elektronische Patientenakte immer noch nicht einsetzbar ist, entwickeln nun mehrere Krankenkassen, Krankenhauskonzerne sowie privatwirtschaftliche IT-Unternehmen eigene Lösungen.

- Die vielfältigen Initiativen zur elektronischen Patientenakte sind aufgrund der fehlenden einheitlichen Akte nachvollziehbar. Dennoch werden so neue Schnittstellenprobleme geschaffen, die neue Hindernisse für die durchgängige Überleitung befürchten lassen. Darum ist zu fordern, endlich eine deutschlandweit einheitliche Lösung zu schaffen und zu finanzieren. Dabei sollten einheitliche, international etablierte Standards zur Anwendung kommen, z.B. XML-Standard für die elektronische Kommunikation zwischen Ärzten und Krankenhäusern und IHE-Standard für die Struktur einer einheitlichen Patientenakte.

#### **E) Anforderungen an die stationäre Versorgung der somatischen Erkrankungen von Patienten mit Demenz**

An Demenz erkrankte Patienten haben, in individuell verschiedenem Ausmaß, die Fähigkeit verloren die Vorgänge um sich herum zu verstehen, Raum und Zeit zu begreifen sowie klar für sich selbst sprechen zu können. Je nach Art und Anzahl der somatischen Erkrankungen und dem Grad der Demenz stellen diese Patienten eine große Herausforderung für das Personal in den Rettungsstellen und in der stationären Versorgung dar.

Krankenhäuser sind heute nur eingeschränkt in der personellen und sächlichen Ausstattung auf diese Herausforderung eingestellt und halten nur in wenigen Fällen Versorgungsstrukturen für die somatische Behandlung von Patienten mit Demenz vor.

- Deshalb sind für die somatische Versorgung von Patienten mit Demenz besondere Versorgungsstrukturen zu schaffen, die in baulicher, personeller und organisatorischer Spezialisierung den besonderen Anforderungen der Versorgung der seelischen und somatischen Erkrankungen gerecht werden. Dabei liegt besondere Verantwortung sowohl bei den Ländern in der Krankenhausplanung als auch dem Gemeinsamen

Bundesausschuss in der Festlegung der Qualitätsanforderungen (Struktur- und Prozessqualität).

Weder die Krankenhausnotfalleinrichtungen noch das Rettungsdienstsystem sind heute speziell auf die notfallmäßige somatische Versorgung von dementiell erkrankten Menschen ausgerichtet.

- Für das Überleitungsmanagement dieser besonderen Gruppe von Patienten sind eigenständige Regel für die Zusammenarbeit von einweisenden Ärzten, Krankenhäusern, den an der nachstationären Pflege Beteiligten, den Krankenkassen und Rettungsdiensten zu fordern.