



Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland

Zusammenstellung der realisierten, geplanten
und gescheiterten Modelle

Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland

Zusammenstellung der realisierten,
geplanten und gescheiterten Modelle

(Stand: Juli 2022)

Dr. Matthias Gruhl

Inhalt

Gegenstand der Expertise	6
Vorgehen	6
Historisches Beispiel	8
Allgemeinmedizinische Abteilung Krankenhaus Thedinghausen	8
Modelle mit (teil-)realisierter kGÜv	9
SKH Stadtteilklinik Hamburg	9
Ambulant Stationäres Zentrum Templin (ASZ)	11
Kinder-Portalpraxisklinik (KPPK) Wolgast	14
Praxisklinik Travemünde der Sana Klinik AG	16
Pflegehotel Willingen	17
Vorhaben der kGÜv mit fortgeschrittenem Planungsstand	18
Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS) e.V.	18
Gesundheitszentrum Spaichingen	20
SHG-Klinikum Hochwald	22
Planungen von kGÜv-Vorhaben	23
StatAMed	23
Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) Niedersachsen	24
PORT-Projekte der Robert Bosch Stiftung	26
Gescheiterte kGÜv-Projekte	27
Gesundheitscampus Kirn	27
Kliniken in Vohenstrauß und Waldsassen der Kliniken Nordoberpfalz AG	28
Ilmtalklinik Pfaffenhofen	29
Krankenhaus Havelberg / Gesundheitszentrum Havelberg	30
Marienhaus Klinikum Ahrweiler	31
Fazit und Ausblick	32
Abkürzungen	34
Impressum	35

GEGENSTAND DER EXPERTISE

Seit 2016 ermöglicht der Strukturfonds nach § 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine Umwandlung von Krankenhäusern oder einzelnen Abteilungen, die nicht bedarfsnotwendig bzw. wirtschaftlich nicht tragfähig sind, in „nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinheiten“. Intendiert ist damit, insbesondere im Zusammenhang mit regional konzentrierten Gesundheitsangeboten eine kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) zu fördern. Andere Begrifflichkeiten sprechen in diesem Zusammenhang von Kurzliegerbetten, stationärer Low-Care-Versorgung, allgemeinmedizinisch orientierten kurzstationären Versorgungsformen, Decision Units (DU), Ambulant Intermediate Care (AIC), Genesungsbetten, betreuter Übernachtung, Patientenhotels oder von einer Erweiterten Ambulanten Versorgung (EAV).

Fachlich-inhaltlich sollen hierbei Patientinnen und Patienten versorgt werden, die keiner spezialisierten ärztlichen Versorgung sowie keiner invasiven Maßnahmen oder aufwendigen Diagnostik bedürfen. In der medizinischen Behandlung stehen die Überwachung, Abklärung und Linderung von nicht vital bedrohlichen Krankheitssymptomen im Vordergrund. Voraussetzung ist eine kontinuierliche pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten (kurzstationäre Grundversorgung). Ebenso kann eine frührehabilitative Weiterbehandlung nach Erstintervention in (ortsfernen) stationären Schwerpunktzentren vorgenommen werden, soweit dort gesundheitsberufliche Expertise genutzt werden kann (kurzstationäre Übergangsversorgung).

Ärztliche Kompetenz muss jederzeit erreichbar sein, kann aber sowohl aus dem stationären als auch vom ambulanten Sektor erbracht werden. Eine dauerhafte ärztliche Präsenz ist nicht zwingend. Es handelt sich also um einen sehr beschränkten Ausschnitt des Spektrums der heutigen stationären Leistungen bei niedriger Verweildauer (VWD). Die fachliche Nähe zur allgemeinmedizinischen Versorgung wird oft betont. Das Diagnosespektrum unterscheidet sich damit deutlich von demjenigen, was zurzeit als Hyb-

rid-DRG oder im Zusammenhang mit dem bisherigen AOP-Katalog diskutiert wird – Schnittmengen sind aber möglich.

Solche Einheiten werden in der Diskussion oft mit ambulanten, pflegerischen oder gar rehabilitativen Angeboten in Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) zusammengeführt. Verbunden ist damit auch die Erwartung, z. B. bei unvermeidbaren Krankenhausschließungen die dann alleinig vertragsärztliche medizinische (Grund-)Versorgung vor Ort mit einem solchen Angebot zu erweitern. Dabei werden kurzstationäre Angebote als bedeutender Mehrwert im Vergleich zu einer alleinigen ambulanten Versorgung dargestellt. Insofern kann die kGÜv auch als ein Baustein für die Umsetzung einer größeren Krankenhausreform betrachtet werden. Aber auch in städtischen Regionen bietet sich die kGÜv für ein bestimmtes Klientel als fachlich angemessene, schonende und ortsnahe Versorgung an.

Auch der Koalitionsvertrag 2021–2025 sieht die kurzstationäre Versorgung als Teil von integrierten Gesundheits- und Notfallzentren vor. Bereits existierende sowie geplante, primär ambulant ausgerichtete gesundheitliche Zentren diskutieren ebenfalls, ihr Angebot um eine kurzstationäre Versorgung zu erweitern (z. B. PORT-Projekte, Gesundheitsregionen in Niedersachsen).

Allerdings stehen den zahlreichen Erwartungen und Hoffnungen im fachlichen und politischen Raum an eine kGÜv wenige praktische Erkenntnisse und kaum wissenschaftliche Expertise gegenüber. Ein akzeptiertes Zielmodell oder realistische Vorstellungen zur rechtlichen und strukturellen Einordnung der kGÜv liegen nicht vor.

Vorgehen

Für diese Expertise wurden die in Deutschland existierenden Ansätze, die sich an dem Konzept einer kGÜv orientieren, zusammengestellt und bewertet. Als Basis dafür dien-



ABBILDUNG 1: Lokalisation unterschiedlicher Modelle der kGÜv in Deutschland

| BertelsmannStiftung

ten Abfragen in den zuständigen Länderministerien und bei fachkundigen Personen, eigene Kenntnisse sowie eine Recherche öffentlich zugänglicher Quellen. In gleicher Art und Weise werden laufende, aber auch gescheiterte Planungen für eine kGÜv aufgeführt.

Fast alle der geplanten oder (teil-)realisierten Vorhaben, Projekte und Modelle befinden sich noch in einem Entwicklungsstadium, sodass sich die jeweiligen Sachstände inzwischen verändert haben können. Daher weist die Auflistung und Beschreibung der genannten Projekte nicht

den Anspruch der Vollständigkeit und einer gesicherten Aktualität auf.

Abschließend werden die bisherigen Erfahrungen mit der im Fokus stehenden Versorgungsform bilanziert und ein Ausblick auf die weiteren Arbeitsschritte für die vollständige Expertise zur Umsetzung einer kGÜv gegeben. Eine fachliche und systemische Bewertung des Bedarfs und eine umsetzbare Perspektive zur Implementation einer kGÜv werden konsekutiv erstellt.

HISTORISCHES BEISPIEL

Allgemeinmedizinische Abteilung Krankenhaus Thedinghausen

STANDORT/REGION → Thedinghausen (Kreis Verden/Niedersachsen)

WEBSITES → <https://www.hausarzt.digital/kultur/eckart-sturm-22464.html>
→ <https://www.praxis-dr-roepke.de/praxis/geschichte-der-praxis> (jeweils abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBSCHREIBUNG Im ländlichen Raum war es früher nicht ungewöhnlich, dass die jeweiligen Landärztinnen und -ärzte bettenführende Einheiten in Krankenhäusern betreuten oder, wie in Thedinghausen, eigenverantwortlich ein allgemeinmedizinisches Krankenhaus aufbauten und betrieben.

Die in vierter Generation durch die Familie Röpke geführte landärztlich-allgemeinmedizinische Praxis wurde bereits 1897 durch ein Krankenhaus mit fünf Betten ergänzt, das, erweitert um 20 allgemeinmedizinische Belegbetten, bis 1993 betrieben wurde. Auch andere örtliche Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, wie Eckart Sturm, der spätere Lehrbeauftragte und Honorarprofessor der Universität Göttingen, behandelten ihre allgemeinmedizinischen Patientinnen und Patienten in diesem Krankenhaus.

Das Gebäude wird inzwischen als Langzeitpflegeeinrichtung genutzt, das dazugehörige Schwesternheim wurde vor einigen Jahren abgerissen.

BEWERTUNG Die Verbindung zwischen allgemeinmedizinischer Praxis und stationären Versorgungseinrichtungen war früher in (West-)Deutschland – zumindest im ländlichen Raum – nicht unüblich. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner praktizierten dabei entweder belegärztlich – was heute für die Allgemeinmedizin nicht statt-

haft ist – oder leiteten das Krankenhaus sogar. Leider lassen sich Spuren dieser intersektoralen allgemeinmedizinischen Berufsausübung nur noch in der Literatur finden, die aber keinen Aufschluss über die nähere Ausgestaltung der Behandlung oder die behandelten Krankheitsbilder geben.

Auch in der DDR sollen in Einzelfällen¹ stationäre Unterbringungsmöglichkeiten an Polikliniken (als Trägerinnen der ambulanten Versorgung) angebunden gewesen sein.

¹ Vgl. <https://www.ddr-wissen.de/wiki/ddr.pl?Poliklinik> (abgerufen am 31.07.2022)

MODELLE MIT (TEIL-)REALISierter KGÜV

SKH Stadtteilklinik Hamburg

STANDORT/REGION → Hamburg

WEBSITE → <https://www.stadtteilklinik-hamburg.de>
(abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTbeschreibung Ein privater Eigentümer mehrerer Krankenhäuser in Hamburg betrieb in einem sozialen Brennpunkt der Stadt eine psychiatrisch-somatische Klinik mit 82 Betten und trennte sich 2015 von der somatischen Abteilung. Als neuer Träger übernahm ein pharmazeutisches Unternehmen diesen Teil des Hauses sowie Teile der angegliederten Praxisräume. Der Eigentümer dieser SKH Stadtteilklinik Hamburg gründete zusätzlich vor Ort ein allgemeinmedizinisch-internistisch ausgerichtetes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) sowie ein bundesweites Netz onkologischer MVZ. Die Klinik ist im Krankenhausplan der Stadt Hamburg mit 15 Betten ausgewiesen, wobei ca. acht belegärztlich genutzt werden und fünf für eine „internistisch-allgemeinmedizinische“ Abteilung zur Verfügung stehen.²

Die Stadtteilklinik engagiert sich intensiv für die Verbesserung der medizinischen Versorgung an ihrem Standort, einem prekären Hamburger Stadtteil, und ist Partnerin des ehemaligen Innovationsfondsprojektes „INVEST“ im nahe gelegenen Stadtteil Billstedt/Horn. In diesem Rahmen wurde auch eine Dependence des Gesundheitskiosks am Standort der Klinik eingerichtet.

Das Modellvorhaben wird auf der Basis von Verträgen nach § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V fortgeführt.

BEZUG ZUR KGÜV Die SKH Stadtteilklinik Hamburg nimmt nicht an der Notfallversorgung teil. Die Patientinnen und Patienten werden nach einem obligaten Vorgespräch zwischen der Ärztlichen Leitung der Klinik und dem zuweisenden niedergelassenen Arzt innerhalb von 24 bis 48 Stunden stationär aufgenommen. Der Paradigmenwechsel besteht in der Transformation kleiner Kliniken in Einrichtungen der „stationären Allgemeinmedizin“ als jeweils einzige „Fachabteilung“ des Krankenhauses (mit deutlich reduzierter Bettengesamtzahl und kurzen Verweildauern) und einer obligaten sektorenübergreifenden Kommunikation im Vorfeld der stationären Behandlung – gegenwärtig erfolgt diese lediglich unidirektional im Nachhinein über den Entlassungsbrief. Die Behandlungsführung im Krankenhaus obliegt einer leitenden Ärztin bzw. einem leitenden Arzt, die bzw. der auch die medizinische Koordination übernimmt. Die Sicherung der fachübergreifenden Versorgung erfolgt durch regionale assoziierte Beleg- und Konsiliarärztinnen und -ärzte sowie durch telemedizinische Zusatzangebote. Flankierend unterstützen spezialisierte Pflegekräfte der jeweiligen Regionalklinik sowie der SKH Stadtteilklinik Hamburg die Hausärztinnen und -ärzte bei der dringlichen Versorgung der umliegenden Seniorenwohnanlagen, z. B. bei der Indikationsstellung einer eventuell notwendigen Krankenhausbehandlung bzw. der Ermöglichung einer Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer gewohnten Umgebung, um eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden.³

TABELLE 1: Von der AOK Rheinland / Hamburg anerkanntes Leistungsspektrum der SKH Stadtteilklinik Hamburg*

BELEG-DRG 2021	BELEG-DRG-TEXT 2021	DRG-PARTITION 2021
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	M
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	M
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	M
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	M
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC	M
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten ohne äußerst schwere CC	M
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	M
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung	M

* Persönliche Mitteilungen

| BertelsmannStiftung

LEISTUNGSSPEKTRUM Die SKH Stadtteilklinik Hamburg hat einen Vergütungsvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg über die in Tabelle 1 aufgeführten Diagnosis Related Groups (DRGs) abgeschlossen.

Die AOK betont, dass sich das Leistungsspektrum sehr an den spezifischen Gegebenheiten dieser stadtteilbezogenen Klinik in einer Großstadt orientiert und für andere Settings durchaus erweiterbar sei.

BEWERTUNG Die SKH Stadtteilklinik Hamburg ist eine der Referenzinstitutionen für die kGÜv. Sowohl

- » die Versorgungsleistung (ambulant-stationäre stadtteilbezogene Versorgung),
- » das für die stationäre Versorgung ausgewählte Zielspektrum,
- » die vertragliche Anerkennung durch einige Krankenkassen und damit
- » eine finanzielle Absicherung sowie
- » die rechtliche Konstruktion in Form einer Belegklinik

ermöglichen seit Jahren den Betrieb dieser Einrichtung. Die hier gesammelten Erfahrungen sollen in das Projekt des Innovationsfonds StatAMed (siehe Seite 23) einfließen.

Allerdings sind die Rahmenbedingungen anders zu bewerten als in ländlichen Regionen. Durch ihre Einbindung in die sehr gut ausgestattete Hamburger Krankenhauslandschaft kann die SKH Stadtteilklinik Hamburg jederzeit auf Hochleistungsmedizin zurückgreifen. Somit besteht für das Haus auch keine Veranlassung, an der Notfall- oder Regelversorgung teilzunehmen. Ein wirtschaftlicher Betrieb konnte bis heute, soweit bekannt, noch nicht erreicht werden.

2 Vgl. <https://www.hamburg.de/contentblob/4950786/18b6b255b711f6017dfbd5ad7d0ddf7a/data/krankenhausplan2020-anhang.pdf> (abgerufen am 31.07.2022)

3 In Anlehnung an eine Selbstdarstellung der SKH Stadtteilklinik Hamburg: www.stadtteilklinik-hamburg.de

Ambulant Stationäres Zentrum Templin (ASZ)

STANDORT/REGION → Templin (Landkreis Uckermark/Brandenburg)

WEBSITE → <https://www.asz-templin.de> (abgerufen am 08.02.2022)

PROJEKTBESCHREIBUNG An dem bestehenden Krankenhaus der Sana Gruppe in Templin wurde im Rahmen der ersten Förderwelle des Innovationsfonds das Projekt „IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ gestartet. Erreicht wurde das Projektziel über die Migration des Sana Krankenhauses Templin, des KV Regio-Med Zentrums Templin, weiterer ambulanter Versorgungsangebote von Vertragsärztinnen und -ärzten und von MVZ am Standort sowie des im Projekt aufgebauten Koordinierungs- und Beratungszentrums (KBZ) in ein Ambulant-Stationäres Zentrum (ASZ) in einer Trägerpartnerschaft. Die erforderlichen Umbaumaßnahmen wurden aus Mitteln des Strukturfonds nach § 12 KHG gefördert.

Das ASZ soll in die Rechtsform einer GmbH geführt werden. Für eine Trägerpartnerschaft des ASZ Templin kommen nach derzeitigem Recht und dem Stand der Gespräche nachfolgende Partnerinnen infrage:

- » Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH
- » Kommune Stadt Templin
- » Gesund in Templin GmbH (Managementgesellschaft des Arztnetzes Gesund in Templin e. V.)
- » Kassenärztliche Vereinigung (KV) Brandenburg⁴

Das Leistungsspektrum des lokalen Krankenhauses wurde von bisher 120 auf 96 Betten angepasst. Momentan sind für den neuen Krankenhausplan des Landes Brandenburg neben einer sehr geringen Bettenzahl in der Chirurgie und Gynäkologie rund 70 Betten für die internistische Abteilung mit geriatrischem Schwerpunkt vorgesehen. Die internistische Abteilung beinhaltet auch die im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes entwickelte Überwachungseinheit (Decision Unit). Abbildung 2 auf der folgenden Seite stellt die Versorgungsstruktur des ASZ Templin grafisch dar.

Bei der Neuorganisation der Akut- und Notfallversorgung wurden drei wesentliche Versorgungselemente neu implementiert und in das Gesamtkonzept der Notfallversorgung eingebettet:

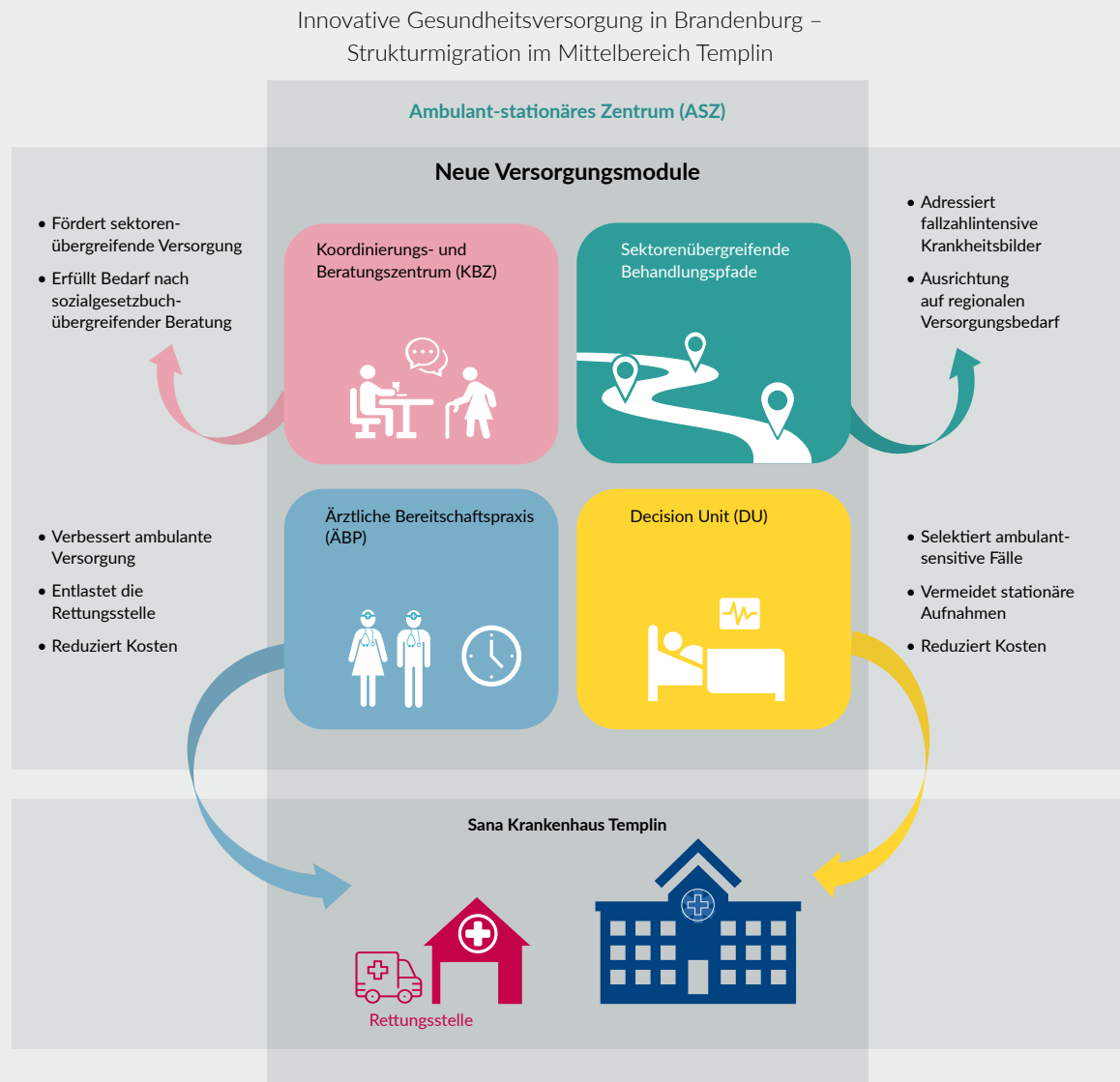
- » die Triage,
- » die Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP) und
- » die Decision Unit (DU).

In der Triage wird der Versorgungsbedarf von Akut- und Notfallpatientinnen und -patienten eingeschätzt. In der ÄBP werden Patientinnen und Patienten mit akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen medizinisch versorgt.

Das ASZ wurde nach der Projektphase am 30. März 2022 feierlich eröffnet. Nach vier Jahren Projektlaufzeit bestätigte der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 1. April den Erfolg des Modellprojektes mit der Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung.

BEZUG ZUR KGÜV Die im ASZ Templin integrierte DU stellt eine Übergangsversorgung vor einer stationären Versorgung für minderschwere Erkrankungen dar. Ziele sind die Vermeidung stationärer Aufnahmen durch ein niederschwelliges wohnortnahes Angebot im Rahmen der Neustrukturierung der Akut- und Notfallversorgung und die Steigerung der Versorgungssicherheit. Hier werden Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von maximal 24 Stunden überwacht sowie pflegerisch betreut und beobachtet, für die nicht sofort entschieden werden kann, ob eine ambulante Behandlung ausreichend oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Zeigt sich, dass eine stationäre Behandlung erforderlich ist, werden die Patientinnen und Patienten in die stationäre Versorgung übernommen bzw. in ein entsprechend spezialisiertes Krankenhaus geleitet. Die DU wird vom Krankenhaus betrieben und über eine Sonderregelung auch als stationäre Leistung abgerechnet. Der Zugang erfolgt durch die Zuweisung von Ärztinnen und Ärzten der Rettungsstelle. Sie treffen die Entscheidung zur Aufnahme in die Überwachungseinheit. Durch die Integration der Überwachungseinheit in die Rettungsstelle wird eine unmittelbare personelle und prozessuale Anbindung an die Rettungsstelle gewährleistet.

ABBILDUNG 2: Versorgungsstruktur ASZ Templin



Quelle: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/156/2022-04-01_IGiBStimMT_Evaluationsbericht.pdf, S. 5 (abgerufen am 01.08.2022), © inav GmbH (mit freundlicher Genehmigung des inav)

| BertelsmannStiftung

LEISTUNGSSPEKTRUM Das Leistungsspektrum umfasst Erkrankungen von Patientinnen und Patienten in allen Altersgruppen mit unklarer Symptomatik oder Überwachungserfordernis, bei denen aufgrund ihres Zustandes die Entscheidung zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung noch nicht abschließend getroffen werden kann. Beispielhafte Symptome sind unklarer Thoraxschmerz, Krampfanfall, Alkoholintoxikation, Exsikkose, Bluthochdruck, Gelenkluxation mit Analgosedierung, allergische Reaktion, Hypoglykämie, Gallenkolik, Nierenkolik sowie unklarer Bauch-, Rücken- oder Kopfschmerz.

Es erfolgt eine ärztliche Ersteinschätzung und Aufnahme auf der Überwachungseinheit, die Befunderhebung inklusive Verlaufskontrollen (z. B. Labor, Sonografie) sowie die Einleitung einer Therapie (z. B. Schmerztherapie, spasmolytische Therapie, antiallergische Therapie, Volumentherapie). Während des Aufenthaltes werden die Vitalparameter überwacht und, soweit erforderlich, weitere Fachärztinnen und -ärzte im Rahmen eines telemedizinischen Konsils hinzugezogen. Wichtig ist die durchgehende pflegerische Versorgung. Spätestens nach 24 Stunden wird ärztlicherseits eine Entscheidung zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung getroffen.

BEWERTUNG Die Decision Unit kann in Verbindung mit den anderen Elementen aus der Konzeption des ASZ Templin durchaus als ein beispielgebendes Projekt für eine kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung angesehen werden. Das dort angebotene Leistungsspektrum zur Behandlung minderschwere Erkrankungen sowie die Schwerpunktsetzung auf Überwachung und Pflege entsprechen dem Spektrum der kGÜv. Es zeigt sich, dass durch einen Abbau von stationären Betten und die Umwandlung in Überwachungsbetten in der DU eine sinnvolle Stratifizierung von klinischer Versorgung möglich ist. Die Integration der DU in die Krankenhausversorgung entlastet zwar die vollstationäre Versorgung, ist aber an sich keine Innovation in der Krankenhauslandschaft. Zahlreiche andere Häuser haben seit Längerem mit der gleichen Intention sogenannte Aufnahmestationen etabliert. Insofern ist die DU als Teil eines ambulant-stationär übergreifenden Gesundheitszentrums zwar eine wichtige Ergänzung des vorhandenen Spektrums, allerdings stellt sie in Templin keinen Ersatz für eine nicht mehr vorhandene

stationäre Struktur dar. Eine rechtlich verbindliche Ausgestaltung und eine dauerhaft geklärte Finanzierung sind bisher nicht erreicht worden.

Das ASZ mit der DU wurde sowohl investiv über den Strukturfonds als auch über Mittel des Innovationsfonds mit einem insgesamt hohen Millionenbetrag gefördert. Damit hatte das Projekt außergewöhnlich gute Startchancen, die sicherlich in dieser Form nicht zu verallgemeinern sind.

Auch die DU wurde während der Projektlaufzeit aus Mitteln des Innovationsfonds finanziert. Nach Auslaufen der Förderung gelang es nicht, eine Anschlussfinanzierung zwischen den Leistungserbringerinnen und -erbringern und den Krankenkassen abzusichern.⁵ Die Kosten der Behandlungen in der DU werden vorübergehend von der Sana Kliniken AG getragen. Dies unterstreicht die beschränkte Übertragbarkeit von Modellen in die Regelversorgung.

⁴ Vgl. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2021/wido_ggw_012021_bohm_et_al.pdf (abgerufen am 01.08.2022)

⁵ vgl. ebd., S. 12

Kinder-Portalpraxisklinik (KPPK) Wolgast

STANDORT/REGION → Wolgast (Landkreis Vorpommern-Greifswald/Mecklenburg-Vorpommern)

WEBSITE → <https://www.kreiskrankenhaus-wolgast.de/de/abteilungen/kinder-portalpraxisklinik> (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTbeschreibung Neben einem Universitätsklinikum und einem größeren Krankenhaus im Süden des Landkreises Vorpommern-Greifswald mit sowohl pädiatrischen als auch geburtshilflichen Abteilungen gibt es in der Region im Abstand von 30 Kilometern zwei kleinere Häuser in Wolgast und Anklam, in denen bis 2016 jeweils schlecht ausgelastete Pädiatrien und geringe Geburtenzahlen vorzufinden waren. Zum Einzugsgebiet beider Häuser gehört die Insel Usedom, für die als Urlaubsgebiet saisonal ein höherer Bedarf insbesondere für pädiatrische Notfälle besteht. Bis einschließlich 2015 einigten sich die beiden Krankenhausträger sowohl untereinander als auch mit den Krankenkassen und dem Land auf ein abgestimmtes Leistungsangebot. Danach wurden Pädiatrie und Gynäkologie/ Geburtshilfe im Kreiskrankenhaus Wolgast am 1. Februar 2016 eingestellt, im südlich gelegenen Anklam aber erhalten. Die Schließung löste in Wolgast heftige und lang anhaltende Bürgerproteste aus.

Um die kindermedizinische Notfallbetreuung besser abzusichern, wurde 2017 in Wolgast eine pädiatrische Portalpraxisklinik als Pilotprojekt eingerichtet – vom Land initiiert und finanziell unterstützt. Zwischen Land, Krankenkassen und Klinikträger wurden dafür Vereinbarungen getroffen (inkl. Evaluierung durch das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald). Konkret wurden ungenutzte Klinikflächen kurzfristig umgerüstet sowie eine Notfallsprechstunde und zehn „Kurzlieger-Betten“ eröffnet. Diese dienten der kurzen Beobachtung (einige Stunden und ggf. über Nacht) kranker Kinder, die keiner speziellen stationären pädiatrischen Versorgung bedurften. Die Betten wurden außerhalb des Krankenhausplanes des Landes geführt.

Die ärztliche Versorgung erfolgte anfangs durch die anderen nahe gelegenen Pädiatrien, die pflegerische Versorgung durch das Krankenhaus Wolgast. Im weiteren Verlauf wurden weitere Flächen im Haus für eine Gemeinschaftspraxis der drei vor Ort niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte eingerichtet. Diese verlagerten ihre Praxissitze in das Krankenhaus und übernahmen weitgehend die Betreuung der Portalklinik.

Das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald evaluierte die KPPK 2017/2018 im Rahmen des Projektes „Regionale Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“. Im Evaluationszeitraum wurden über zwölf Monate 3.666 Kinder behandelt, davon zwei Drittel in der KPPK und ein Drittel in der Chirurgie. Die folgende Tabelle führt die häufigsten Behandlungsanlässe nach ICD-10 in der KPPK auf.

TABELLE 2: Die häufigsten Behandlungsanlässe in der KPPK

ICD-10-DIAGNOSEN	ANZAHL (N)
J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege	184
A09.9 Gastroenteritis und Kolitis	87
B34.9 Virusinfektion	70
J20.9 Akute Bronchitis	70
H66.9 Otitis media	62
J06.9 Sonstige akute Infektion	62
J03.9 Akute Tonsillitis	56
R10.4 Sonstige Bauch- und Beckenschmerzen	50
R50.9 Fieber	50
J02.9 Akute Pharyngitis	46
T14.03 Insektenbiss oder -stich	43
R11 Übelkeit und Erbrechen	42
S00.95 Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	42

Quelle: Aus dem Evaluationsbericht des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald – mit freundlicher Genehmigung des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern

| BertelsmannStiftung

Die Evaluation schlug aufgrund der geringen nächtlichen Inanspruchnahme eine Beschränkung der Öffnungszeiten vor.

Mecklenburg-Vorpommern diskutiert, auch an anderen Orten in ähnlichen Konstellationen disziplinbezogene oder -übergreifende Portalkliniken einzurichten.

HEUTIGES LEISTUNGSANGEBOT Die Betten/Plätze (inzwischen als Kindertagesklinik im Krankenhausplan ausgewiesen) stehen weiterhin für die kurzzeitige Betreuung von leichten Fällen zur Verfügung, die ärztliche Betreuung wird im Wesentlichen von den drei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Gemeinschaftspraxis übernommen. Ihre Leistungen werden über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet.

Außerhalb der Sprechzeiten der pädiatrischen Gemeinschaftspraxis ist die KPPK wie folgt geöffnet:

» Montag	18 – 21 Uhr
» Dienstag/Donnerstag	17 – 21 Uhr
» Mittwoch/Freitag	14 – 21 Uhr
» Samstag/Sonntag/Feiertag	10 – 18 Uhr

Für den saisonal erhöhten Bedarf war die KPPK in den Monaten Juli und August 2022 durchgängig von 14 bis 21 Uhr geöffnet.

Das Konzept wird durch ein telemedizinisches Netzwerk von ambulant tätigen Pädiaterinnen und Pädiatern sowie umliegenden Krankenhäusern ergänzt.

BEWERTUNG Das Konstrukt hat sich als erfolgreicher Einstieg in eine regionale ambulant-stationäre Versorgung etabliert. Erstmals wurde als Kompensation für eine stationär allein nicht mehr haltbare Versorgung mit viel Mühe eine gemeinsame Versorgungsform zwischen dem vertragsärztlichen und dem stationären Sektor geschaffen, die nun seit mehr als fünf Jahren besteht. Es zeigen sich aber auch die Grenzen, die für die sektorenübergreifende Versorgung in einem rechtlich nicht abgesicherten Rahmen gegeben sind. Nur mit hohem Aufwand und im Konsens aller involvierten Personen und Institutionen war nach langer Vorbereitung eine solche Überlegung umsetzbar. Die im Hinblick auf eine erste medizinische Ansprechperson deutlich vorgetragenen Erwartungen aus der Bevölkerung mögen den Einigungswillen gefördert haben.

Praxisklinik Travemünde der Sana Klinik AG

STANDORT/REGION → Travemünde (Stadtteil von Lübeck/Schleswig-Holstein)

WEBSITE → <https://www.sana.de/luebeck/medizin-pflege/praxisklinik-travemuende> (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBSCHREIBUNG Das kommunale Krankenhaus auf dem Priwall in Travemünde mit ehemals 129 Betten stellte 2004 seinen Betrieb ein und wurde von den Sana Kliniken übernommen. 2005 wurde es formal in eine moderne Praxisklinik umgewandelt, die eng mit der nahe gelegenen größeren Sana Klinik Lübeck-Süd verbunden ist. Für die notwendigen Investitionen konnten die Sana Kliniken Lübeck einen externen Partner gewinnen, mit dem langfristige Mietverträge bestehen.

Im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein 2017 sind für die Praxisklinik Travemünde 27 Betten ausgewiesen, 17 davon in der Inneren Medizin, zehn in operativen Fächern.⁶ Die Verwaltung der Klinik ist komplett in das Mutterhaus, das Sana Krankenhaus Süd, ausgelagert. Auch Teile der medizinischen Versorgung sind dort angesiedelt: So befunden beispielsweise die Radiologinnen und Radiologen des Sana Krankenhauses Süd die Röntgenaufnahmen aus der Praxisklinik. Auch Patientinnen und Patienten, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, werden im Krankenhaus Süd versorgt, erfahren in der Praxisklinik jedoch, falls notwendig, eine Monitor-Überwachung sowie die notwendige orientierende Diagnostik und werden hier auch für den Transport stabilisiert. Stationäre Patientinnen und Patienten können rund um die Uhr in der Praxisklinik Travemünde aufgenommen werden.

Grundlegender Bestandteil des medizinischen Konzeptes ist die enge Kooperation der Sana Klinik in Travemünde mit den Facharztpraxen (drei Gemeinschaftspraxen: chirurgisch-orthopädisch, internistisch sowie HNO), die im Haus angesiedelt sind. Alle Partnerinnen und Partner stellen gemeinsam die 24-Stunden-Notfallversorgung sicher – tagsüber gelingt dies über die Praxen, nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen über die Sana Kliniken Lübeck.

Ergänzt wird das Kooperationskonzept durch weitere Partnerinnen und Partner im Haus – wie z. B. eine physiotherapeutische Praxis, ein Sanitätshaus, eine Apotheke, eine podologische Praxis sowie eine Dialyse-Praxis.⁷

BEWERTUNG Die langjährige intersektorale Kooperation zwischen einem Krankenhaus und Facharztpraxen über eine Praxisklinik nach § 122 SGB V zeichnet diesen Standort aus. Das sehr umfassende Versorgungskonzept ist aber nur über eine enge personelle, administrative und fachliche Absicherung durch die Kompetenz der nahe liegenden größeren Schwester-Klinik in Lübeck realisierbar. Das Leistungsspektrum der Praxisklinik ist eher spezialärztlich und weniger grundversorgend ausgerichtet.

Die Praxisklinik ist als wohnortnahes städtisches Angebot gut etabliert, eignet sich aber weniger für ländliche Regionen.

6 Vgl. https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan_2017_BesondererTeil.pdf;jsessionid=E0E2BDAADA3EFD134CE484D725BA1F0F.delivery2-replication?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am 01.08.2022)

7 Vgl. <https://www.sana.de/luebeck/medizin-pflege/praxisklinik-travemuende/das-konzept> (abgerufen am 01.08.2022)

Pflegehotel Willingen

STANDORT/REGION → Willingen (Landkreis Waldeck-Frankenberg/Hessen)

WEBSITE → <https://www.pflegehotel-willingen.de> (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBESCHREIBUNG Seit der Eröffnung im Jahr 2008 bietet das Pflegehotel in Willingen eine rehabilitativ orientierte Kurzzeitpflege mit aktivierenden und therapeutischen Leistungen an, um die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern – speziell nach Krankenhausaufenthalten. Die Idee zu einer derartigen Kurzzeitpflegeeinrichtung entwickelte das Pflegehotel Willingen zusammen mit der Pflegekasse der AOK Hessen und des MDS. Ziel des Angebotes ist es, durch rehabilitativ-therapeutische Maßnahmen wieder eine möglichst hohe Selbstständigkeit bei den Pflegebedürftigen nach einem Krankenhausaufenthalt zu erreichen.

Zur Umsetzung der Idee wurden entsprechende räumliche und ausstattungsstechnische Voraussetzungen geschaffen sowie die dafür notwendigen medizinisch-pflegerischen, aktivierenden, rehabilitativen und vor allem auch therapeutischen Maßnahmen entwickelt. Vertraglich vereinbarten die Vertragspartnerinnen und -partner die folgenden ersten wesentlichen Eckdaten:

- » Es handelt sich um eine Einrichtung mit einer Zulassung nach § 72 SGB XI.
- » Zielgruppe sind Personen, für die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege eine Leistung der medizinisch-geriatrischen Rehabilitation (noch) nicht infrage kommt.
- » Der Pflegefachkraftanteil muss ca. 75 Prozent betragen, davon mindestens die Hälfte mit Krankenpflegeexamen.
- » Es müssen fest angestellte Therapeutinnen und Therapeuten (Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten) vorgehalten werden.
- » Es ist eine angestellte Case Managerin bzw. ein angestellter Case Manager zu beschäftigen, die bzw. der eine koordinierte Überleitung und ein etwaig erforderliches Case Management sicherstellt.
- » Die für die Vergütungsfindung entscheidenden Äquivalenzziffern werden eng abgestuft – analog zur teilstationären Pflege.

Derzeit wird die Kapazität des Pflegehotels Willingen erweitert (bisherige Zahlen: 15 Kurzzeitpflegeplätze, drei Plätze für pflegende Angehörige sowie 24 Tagespflegeplätze). Aufgrund der hohen Nachfrage spielen auch betriebswirtschaftliche Argumente eine wichtige Rolle für die Erweiterung auf 58 Kurzzeitpflegeplätze, sieben Plätze für pflegende Angehörige und 31 Tagespflegeplätze (inkl. Tagespflege „aktiv“) sowie für die Ergänzung um ein Präventionscenter mit zusätzlichen therapeutischen und rehabilitativ orientierten Angeboten. Das Gesamtinvestitionsvolumen beträgt rund 13 Mio. Euro. Die Erweiterung wird vom Hessischen Sozialministerium gefördert.

Es bestehen enge räumliche und institutionelle Kooperationen mit dem Gesundheitszentrum PORT Willingen Diemelsee e. V. und mit der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis im Zentrum Willingens. Praxis und Patientenhotel bilden den Kern des PORT-Projektes. Seit 2018 ist eine Gesundheitslotsin für beide Institutionen tätig.

BEWERTUNG Auch wenn im Patientenhotel Willingen keine sektorenübergreifende Versorgung praktiziert wird, so zeigt sich doch – gerade in der Vertragspartnerschaft mit der AOK und dem PORT-Zentrum –, dass sich stationäre Einrichtungen nach SGB XI durchaus eignen, eine Übergangsversorgung zwischen einem stationären Krankenhausaufenthalt und der Häuslichkeit mit Erfolg zu organisieren, wenn entsprechende zusätzliche Ressourcen zur Verfügung stehen. Insofern ist das Patientenhotel in Willingen in diesem Rahmen als eine bewährte Facette der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung zu nennen.

VORHABEN DER KGÜV MIT FORTGESCHRITTENEM PLANUNGSSTAND

Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS) e. V.

STANDORT/REGION → Köln (Nordrhein-Westfalen)

WEBSITE → <https://www.gks-gesundheitsnetz.de>
(abgerufen am 02.08.2022)

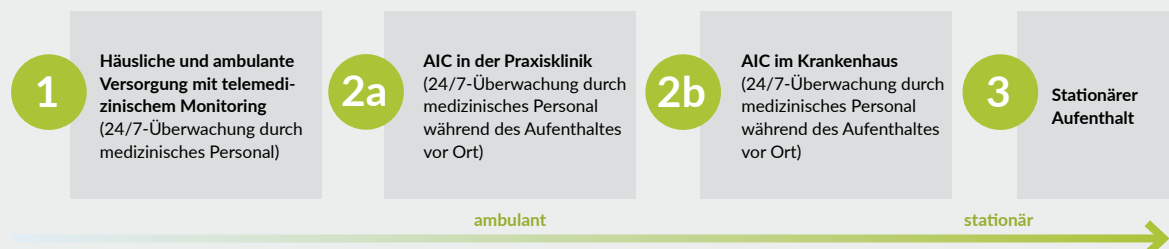
PROJEKTbeschreibung Das Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS) e.V. besteht seit dem Jahr 2007 und ist ein regionales Ärztenetz, in dem mehr als 90 Ärztinnen und Ärzte in 49 Einrichtungen (Arztpraxen, Krankenhäuser) miteinander verbunden sind. Vertreten sind sowohl Hausärzte als auch Fachärztinnen. Eine Geschäftsstelle kümmert sich um die Organisation und das Management im GKS. Im Jahr 2010 gründete der Verein die GKS-Management GmbH, die Verträge mit Krankenkassen abschloss. Es bestehen enge Kooperationen mit drei Krankenhäusern, einer Praxisklinik nach § 122 SGB V und weiteren Leistungserbringern und -erbringern in der Region (Physiotherapiepraxis, Apotheken, Krankentransportunternehmen, Reha-Einrichtung und eine Forschungseinrichtung).

BEZUG ZUR KGÜV Zusammen mit der kooperierenden Forschungseinrichtung hat sich das GKS das Ziel gesetzt, „mehr ambulant vor stationär“ für die von ihnen versorgten Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Dazu wurde ein gestuftes Modell zur Stärkung der Versorgung mit einem Leit-Katalog für Leistungserbringende entwickelt (siehe Abb. 3), das für bestimmte Krankheitsbilder bereits ausformuliert und finanziell kalkuliert ist.

Das Modell lässt sich in Zusammenarbeit mit der im Netz integrierten Praxisklinik und den assoziierten Krankenhäusern verwirklichen. Je nach Krankheitsschwere beinhaltet es vor einer stationären Aufnahme zwei ambulante Intermediate-Care-Behandlungsmöglichkeiten durch die beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzte oder durch das Krankenhaus.

Die Basisstufe 1 ist die häusliche und ambulante Versorgung mit telemedizinischem Monitoring (24/7-Überwachung mit telemedizinischem Monitoring).

ABBILDUNG 3: Die Stufen des Leit-Kataloges des GKS



Quelle: Mit freundlicher Genehmigung und Copyright: figus GmbH, Köln.
Die Darstellung enthält geringfügige sprachliche Anpassungen.

| BertelsmannStiftung

chung durch medizinisches Personal). In Stufe 3 erfolgt die stationäre Aufnahme. Interessant sind vor allem die beiden Stufen 2a und 2b. In Stufe 2a ist eine Ambulant Intermediate Care (AIC) in der Praxisklinik und in Stufe 2b eine AIC im Krankenhaus vorgesehen. Für diesen Versorgungspfad wurden die Kosten am Beispiel „F62C HI (Herzinsuffizienz)“ vorläufig kalkuliert. Danach könnte ein stationärer Aufenthalt in einem typischen Fall dieser Art patientenorientiert und ressourcenschonend mit 3.100 Euro statt mit 3.600 Euro vermieden werden.

BEWERTUNG Es ist beachtlich, dass in einem Ärztenetz Kritik an der zu hohen Einweisungsrate für ambulant-sensitive Fälle geäußert wird und dort auch Möglichkeiten zur Umsteuerung erarbeitet werden. In der Analyse des GKS wird geäußert, dass es kein Vergütungssystem für kurzstationäre Versorgung bzw. für das Management von komplexem Versorgungsbedarf gebe und die nötige fachärztliche Expertise oft nicht „zeitgerecht“ zur Verfügung stehe. Von größter Bedeutung sei aber die unzulängliche Verzahnung von haus- und fachärztlicher Versorgung. Zurzeit bemüht sich das GKS um die weitere Konkretisierung dieses Modells.

Gesundheitszentrum Spaichingen

STANDORT/REGION → Spaichingen (Landkreis Tuttlingen/Baden-Württemberg)

WEBSITE → <https://www.gesundheitszentrum-spaichingen.de> (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTbeschreibung Im Oktober 2019 beschloss der Kreistag des Landkreises Tuttlingen als Klinikbetreiber die Schließung des Krankenhauses Spaichingen zugunsten des Krankenhauses in Tuttlingen. Grundlage dafür war ein externes Gutachten zur Verlagerung der stationären Angebote vom Standort Spaichingen an den Standort Tuttlingen aus medizinischen, organisatorischen, personellen und ökonomischen Gründen. Die Schließung wurde – trotz vieler Proteste aus der Bevölkerung – zum Ende des Jahres 2019 vollzogen.

Gleichzeitig empfahlen die Gutachtenden eine Weiterentwicklung des Standorts Spaichingen im ambulanten Bereich, die durch den Aufbau einer neuen sektorenübergreifenden Versorgung ergänzend zum heutigen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) erzielt werden soll. Ein entsprechendes intersektorales Konzept wurde 2021 fertiggestellt und sieht für das Gesundheitszentrum Spaichingen ein innovatives Erweitertes Ambulantes Versorgungszentrum vor. In einer Arbeitsgruppe haben sich das Land Baden-Württemberg, die Krankenkassen, die KV Baden-Württemberg und der Landkreis Tuttlingen auf eine detaillierte Absichtserklärung verständigt – mit dem Ziel, ein Erweitertes Ambulantes Versorgungszentrum am Gesundheitszentrum Spaichingen zu etablieren. Das Erweiterte Ambulante Versorgungszentrum wird neben einem Ärztezentrum mit integriertem ambulanten OP, einem Schlaflabor, einer Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Vinzenz von Paul Hospital gGmbH sowie weiteren gesundheitsbezogenen Einrichtungen Teil des Gesamtpakets „Gesundheitszentrum Spaichingen“.

BEZUG ZUR KGÜV UND LEISTUNGSSPEKTRUM

Das Erweiterte Ambulante Versorgungszentrum soll ein innovatives Projekt mit Vorbildcharakter werden und die Lücke zwischen stationärer Versorgung und Versorgung zu Hause schließen. Das Modell sieht eine bettenführende Einheit mit etwa zehn bis 15 Betten mit Überwachung und Behandlung von kurzzeitig pflege- und behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit den in Tabelle 3 aufgeführten Krankheitsbildern und Diagnosen vor.

TABELLE 3: Mögliches Diagnosespektrum des Gesundheitszentrums Spaichingen

KRANKHEITSBILDER UND DIAGNOSEN	ICD-CODES
Exsikkose	E86
Bronchitis, akut	J20.9
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J42 – F44, J47
Pneumonie	J12, J18
Herzinsuffizienz	I50, I11.0
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25
Hypertensive Krise	I10.91, I11.91
Diabetesentgleisung	E10, E11, E13
Koprostase	K56.4
Gastritis	K29
Diarrhö	A09, K52, A04
Mangelernährung	E44, E43
Harnwegsinfekte	N39
Schmerzeinstellung	R52
Synkope und Kollaps	R55
Herpes zoster	B02
Schwindel und Taumel	R42

Quelle: Aus dem Konzept für ein Gesundheitszentrum Spaichingen – persönliche Mitteilung des Sozialministeriums Baden-Württemberg

| BertelsmannStiftung

Die Patientinnen und Patienten können hier für eine Aufenthaltsdauer von bis zu fünf Tagen vorrangig pflegerisch versorgt werden. Eine Ärztin oder ein Arzt kommt zur Visite und ist während der Praxissprechzeiten verfügbar, aber nicht nachts oder am Wochenende. Patientinnen und Patienten, bei denen der Bedarf an stationärer Versorgung bereits absehbar ist, werden nicht in dem Erweiterten Ambulanten Versorgungszentrum behandelt, sondern in die stationäre Versorgung überwiesen.

Der Landkreis gründete am 30. Juni 2021 für das Gesundheitszentrum Spaichingen eine eigene Gesellschaft. Der Kreistag hat die neue Struktur beschlossen. Zurzeit wird der Umbau mit einem Teilneubau geplant. Die Kostenfrage ist noch nicht abschließend geklärt.

BEWERTUNG Die vorgesehene Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) entspricht idealtypischen Erwartungen an die kGÜv. An ihrer Ausgestaltung beteiligt war die Oberer AG, die in zwei Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein Konzept für die EAV entwickelt hatte. Dieses Konzept wurde für Spaichingen weitgehend übernommen.

Sollte das Konzept wie beschrieben und wie in einem gemeinsamen Letter of Intent (LOI) von Stadt, Land, Kassen, KV und Rentenversicherung umrissen realisiert werden, wäre das Erweiterte Ambulante Versorgungszentrum das Referenzprojekt für eine umfassende sektorenübergreifende Versorgung inklusive einer kGÜv. Es bestehen aber noch zu klärende Fragen zur Finanzierung und rechtlichen Einbindung der kGÜv in die Regelversorgung oder in die schwierig handhabbare selektivvertragliche Versorgung (siehe dazu auch auf Seite 28 die gescheiterten parallelen Überlegungen in Vohenstrauß und Waldsassen).

SHG-Klinikum Hochwald

STANDORT/REGION → Wadern (Landkreis Merzig-Wadern/Saarland)

WEBSITE → u. a. https://www.saarland.de/masfg/DE/aktuelles/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen_2021/aktuelle-meldungen_2021-07/aktuelle-meldungen_20210716_hochwald_klinik.html (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBSCHREIBUNG Das Krankenhaus der ehemaligen Marienhaus-Gruppe in Wadern wurde 2017 geschlossen. Sowohl die Stadtverwaltung Wadern als auch eine 800 Mitglieder zählende „Bürgerinitiative Nordsaarklinik“ setzen sich seit dem Aus des Krankenhauses massiv für eine Ersatzeinrichtung am Standort ein.

Letztendlich wurde politisch entschieden, der öffentlich-rechtlichen Saarland-Heilstätten GmbH (SHG) eine Planung für diese Region zu übertragen. Das Ergebnis ist das Projekt „SHG-Klinikum Hochwald“. Die SHG plant in Wadern eine Portalklinik, die ambulante sowie niederschwellige teilstationäre und stationäre Angebote verbindet. Gleichzeitig soll die Notfallversorgung für die Hochwaldregion ausgebaut werden. Der Stadtrat der Stadt Wadern hat 2021 einstimmig den Aufstellungsbeschluss für das Projekt „SHG-Klinikum Hochwald“ gefasst. Insgesamt sollen in Wadern über 25 Mio. Euro investiert werden. Ende 2021 wurde eine Förderung des Landes über rund 15 Mio. Euro bereitgestellt.

BEZUG ZUR KGÜV Die intersektoralen Gesundheitsdienstleistungen sollen durch eine enge Verzahnung zwischen ambulanten und stationären sowie telemedizinischen Anbindungen an bestehende Kompetenznetzwerke der SHG und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Region erbracht werden. Vorgesehen ist neben der Unterbringung von ambulanten Strukturen (Arztpraxen) auch die Vorhaltung von 30 Klinikbetten, ergänzt durch jeweils zehn Plätze zur tagesklinischen Versorgung im Fachbereich Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den Klinikbetten sollen niederschwellige allgemeinmedizinische, internistische sowie chirurgische Krankheitsbilder versorgt werden. Die hierfür erforderliche medizintechnische Infrastruktur wird vorgehalten. Eine enge Kooperation mit dem SHG-Krankenhaus in Merzig ist vorgesehen.

BEWERTUNG Die geplante Portalklinik wird im Hinblick auf das Diagnosespektrum ähnlich ausgerichtet wie das für die kGÜv denkbare Leistungsspektrum. Die Einrichtung bleibt aber ein Krankenhaus, wenn auch mit integrierten ambulanten Praxen. Ähnlich wie in Travemünde (siehe Seite 16) wird die enge Kooperation mit dem Krankenhaus in Merzig eine wichtige Unterstützung für das Modell darstellen. Das Vorhaben orientiert sich eher an dem angelsächsischen Vorbild der Community Health Hospitals. Die für Deutschland innovative Überlegung, bewusst ein Klein-krankenhaus mit einem eingeschränkten Leistungsspektrum, aber einem intersektoralen Angebot für eine ländlich unterversorgte Region neu zu bauen, sollte aufmerksam begleitet werden.

PLANUNGEN VON KGÜV-VORHABEN

StatAMed

STANDORTE/REGIONEN → Essen (Nordrhein-Westfalen), Norden (Landkreis Aurich/Niedersachsen), Sulingen (Landkreis Diepholz/Niedersachsen), Krankenhaus Groß-Sand (Wilhelmsburg/Freie und Hansestadt Hamburg) sowie ein weiterer Standort in Südniedersachsen

WEBSITE → <https://www.aok.de/pk/cl/rh/inhalt/neue-versorgungsform-baut-eine-bruecke-zwischen-ambulanter-und-stationaerer-behandlung> (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBE SCHREIBUNG 2021 hat die AOK Rheinland / Hamburg mit mehreren Konsortialpartnerinnen und -partnern (u. a. SKH Stadtteilklinik Hamburg GmbH, Universität Hamburg / Hamburg Center for Health Economics (HCHE) / Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Institute for Health Care Business GmbH (hcb) / Prof. Dr. Boris Augursky) einen Projektvorschlag zur „Transformation des Patientenpfades durch ein sektorenübergreifendes kurzstationäres allgemeinmedizinisch orientiertes Versorgungsmodell (StatAMed)“ beim Innovationsfonds eingereicht. Die in dem Projekt zu etablierende neue Versorgungsform umfasst eine kurzstationäre allgemeinmedizinische Behandlung in strukturschwachen ländlichen und städtischen Regionen. Sie besteht aus einer kleinen Klinik mit einer allgemeinmedizinischen Abteilung und je nach regionalem Bedarf wenigen operativen Belegbetten, allerdings ohne Notaufnahme. Die StatAMed-Einrichtungen sollen über eine medizintechnische Basisausstattung und eigene Allgemeinmedizinerinnen und Internisten sowie Pflegenden verfügen. Vor der stationären Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten erfolgt ein strukturiertes Einweisungsgespräch zwischen der einweisenden Haus-ärztin oder dem einweisenden Facharzt und der medizinischen Koordinatorin bzw. dem medizinischen Koordinator der Klinik, um das Behandlungsziel und den Behandlungsplan gemeinsam festzulegen und einen nahtlosen Behandlungsübergang zu ermöglichen.

Bezugspersonen und Angehörige der Patientinnen und Patienten werden ebenfalls in die Planung einbezogen. Das Modell sieht eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung sowie ein Case Management vor, mit dem die interdisziplinäre Versorgung koordiniert wird. Dazu gehört u. a. eine telemedizinische Nachsorge, die sich an die stationäre Versorgung anschließt. Regionale Netzwerk-Ärztinnen und -Ärzte werden über telemedizinische fachärztliche Konsile eingebunden. Sogenannte „flying nurses“ übernehmen die bedarfsorientierte poststationäre häusliche Versorgung der Patientinnen und Patienten. Das Projekt wird in der ersten Stufe in Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen umgesetzt. Vorbild und beteiligt ist die SKH Stadtteilklinik Hamburg (siehe Seite 9).

Das Projekt hat eine erste Förderung der Innovationsfonds erhalten. Innerhalb einer gesetzten Frist wird zurzeit ein umfassender Antrag im Detail ausgearbeitet. Im September/Oktober 2022 erfolgt die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Gesamtförderung. Im Falle der Bewilligung ist mit einem Projektstart im Sommer 2023 zu rechnen.

BEWERTUNG Der Antrag greift die Grundlagen und Inhalte für eine kGÜv vollständig auf. Bei einer Gesamtbewilligung wären innerhalb von drei Jahren wichtige Erkenntnisse für eine Etablierung dieser neuen Versorgungsform zu erwarten.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die hohen Fördersummen des Innovationsfonds eine Ausrollung der Erfahrungen erschweren, da die Startbedingungen außerhalb des Innovationsfonds deutlich schlechter sind. Ebenso ist frühestens in vier Jahren mit einem abschließenden Votum des G-BA über das Gelingen des Projektes zu rechnen, also in der Mitte der nächsten Legislaturperiode.

Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) Niedersachsen

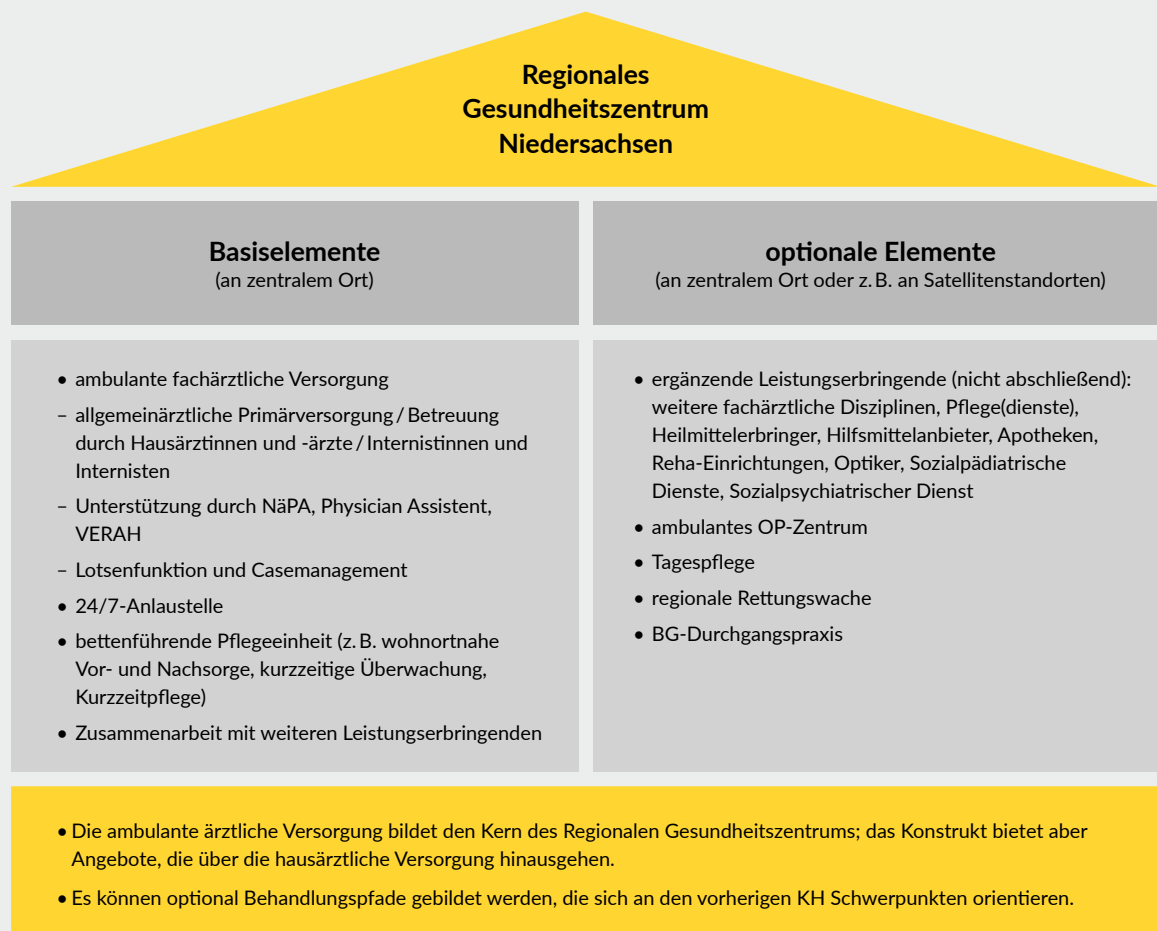
STANDORTE/REGIONEN → Landkreis Wesermarsch mit der Stadt Nordenham, Landkreis Cuxhaven mit der Gemeinde Wurster Nordseeküste, Alfeld mit den im Verein Region Leinebergland e.V. organisierten Gemeinden aus den Landkreisen Hildesheim und Holzminden, zusätzlich Samtgemeinde Baddeckenstedt und die Gemeinde Auetal

WEBSITE → u. a. https://www.mb.niedersachsen.de/startseite/regionale_landesentwicklung_und_eu_forderung/regionale_landesentwicklung/weitere_instrumente/regionale_versorgungszentren_in_

[niedersachsen/alles-unter-einem-dach-regionale-versorgungszentren-in-den-landlichen-raumen-194968.html](https://www.niedersachsen.de/regionale-versorgungszentren-in-den-landlichen-raumen-194968.html) (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBESCHREIBUNG Im Bericht der niedersächsischen Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ wurden in von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen Regionale Gesundheitszentren (RGZ) empfohlen.

ABBILDUNG 4: Regionales Gesundheitszentrum nach den Vorstellungen der Enquetekommission des Niedersächsischen Landtages



Quelle: https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-08650.pdf, S. 153
Mit freundlicher Genehmigung des Niedersächsischen Landtages

Mit dem RGZ Niedersachsen wird ein Modell angestrebt, in dem verschiedene Leistungserbringende in Kooperation ihrer Tätigkeit nachgehen können („erweitertes Ärztehaus“). Ein Schlüsselaspekt zur Sicherstellung der Attraktivität ist, dass sich insbesondere bereits niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus der Region in das Gesamtkonzept einbringen sollen. Berufsübergreifende Kooperationen sollen darüber hinaus zu Synergieeffekten führen und zur Realisierung eines möglichst umfassenden Behandlungsangebotes beitragen. Gerade dem Aspekt der Delegation ärztlicher Leistungen auf andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen kommt darin eine besondere Bedeutung zu.⁸

Inzwischen ist das erste RGZ in Nordenham eröffnet, die Förderbescheide für weitere Zentren sind ausgestellt. Dort erfolgen zurzeit Umbaumaßnahmen und konzeptionelle Konkretisierungen. 2021 wurden weitere Standorte für künftige RGZ identifiziert und konzeptionell gefördert.

BEZUG ZUR KGÜV Als „Basiselement“ wurde von der Enquetekommission auch eine bettenführende Pflegeeinheit zur wohnortnahen Vor- und Nachsorge und kurzzeitigen Überwachung vorgeschlagen, die eine kGÜv ermöglichen würde.

BEWERTUNG Weder in dem bereits eröffneten RGZ in Nordenham noch bei den weiteren geplanten RGZ sind solche bettenführenden Pflegeeinheiten realisiert worden bzw. konzeptionell angedacht.

Es bleibt also abzuwarten, ob diese zusätzliche Versorgungsform bei der weiteren Ausgestaltung oder nach Überwindung der Gründungsphasen weiterentwickelt wird. Denkbar wäre dies für Standorte, an denen parallel zur Gründung eines RGZ die ortsnahe stationäre Versorgung gefährdet ist.

⁸ Vgl. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/bericht-der-enquetekommission-sicherstellung-der-ambulanten-und-stationaren-medizinischen-versorgung-in-niedersachsen-fur-eine-qualitativ-hochwertige-und-wohnortnahe-medizinische-versorgung-198516.html (abgerufen am 02.08.2022)

PORT-Projekte der Robert Bosch Stiftung

STANDORTE/REGIONEN → 12 geförderte Standorte deutschlandweit

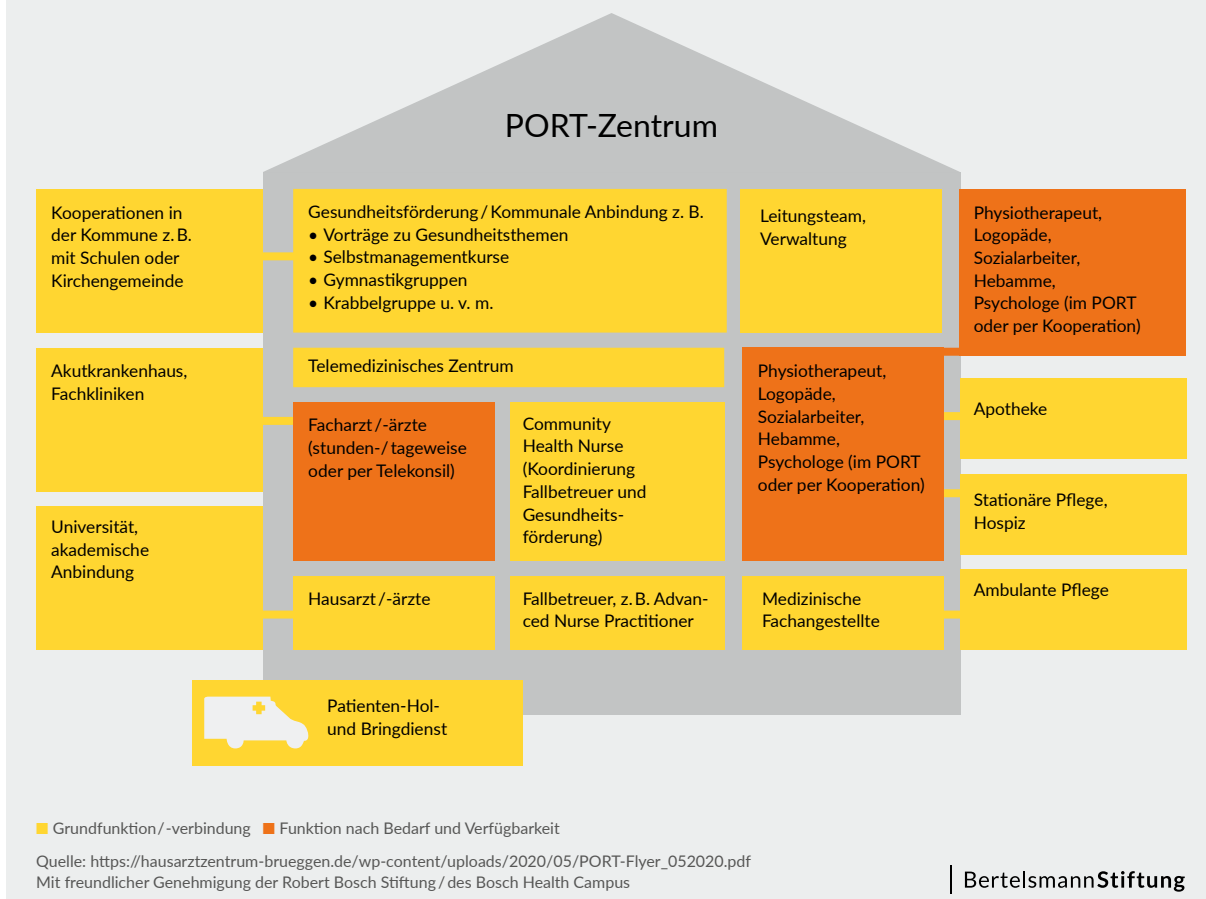
WEBSITE → u. a. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/standorte> (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBSCHREIBUNG Die Robert Bosch Stiftung (RBS) fördert langfristig an zwölf Standorten Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT). Über die Ausgestaltung dieses holistischen Ansatzes informieren neben der oben angegebenen Website die Internetpräsenzen der einzelnen Zentren.

In einer Expertise aus dem Jahr 2022⁹ identifizierte die RBS vier obligatorische Voraussetzungen für ein PORT-Zentrum sowie zusätzlich wünschenswerte und optionale Versorgungsangebote, darunter auch die Integration einer Low-Care-Einheit, insbesondere in ländlichen Regionen. Als erstes hat sich das PORT-Zentrum in Willingen/Diemelstadt zusammen mit einer rehabilitativ erweiterten Kurzzeitpflegeeinrichtung für eine praktische Erprobung einer kurzstationären Versorgung engagiert (siehe Seite 17). Aktuell wird an verschiedenen PORT-Standorten eine solche Erweiterung erwogen. Die weitere Entwicklung ist abzuwarten.

⁹ Robert Bosch Stiftung (Hg.), Dr. Matthias Gruhl: Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementation und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen; www.bosch-stiftung.de/Expertise_Primarversorgungszentren (abgerufen am 02.08.2022)

ABBILDUNG 5: Idealtypische Struktur der PORT-Zentren



GESCHEITERTE KGÜV-PROJEKTE

Im Folgenden werden nur exemplarisch einige Projekte aufgeführt, die während der Recherche aufgefallen bzw. anderweitig bekannt geworden sind.

Gesundheitscampus Kirn

STANDORT/REGION → Kirn (Landkreis Bad Kreuznach/Rheinland-Pfalz)

WEBSITES → <https://www.kv-rlp.de/nachrichten/nachrichtentext/gesundheitsversorgung-in-kirn>
→ <https://mwg.rlp.de/de/themen/gesundheit/projekt-zukunft-gesundheitsnetzwerke-zug> (jeweils abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBE SCHREIBUNG/BEZUG ZUR KGÜV

Seit Jahren wird in der Region Bad Kreuznach über die Zukunft des Diakonie Krankenhauses Kirn diskutiert. Gegenwärtig entwickelt das Land Rheinland-Pfalz zusammen mit der Landeskrankengesellschaft und den Krankenkassen unter der Überschrift „ZUG – Zukunft Gesundheitsnetzwerke Rheinland-Pfalz“ an diesem Standort ein regionales Netzwerk hin zu einem Gesundheitscampus. Dieses soll bis 2026 an den Start gehen.

Vor der Entscheidung der Landesregierung zu diesem Projekt wurden zahlreiche andere Überlegungen vorgestellt. So hatte sich die KV Rheinland-Pfalz u.a. für ein Modell einer kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung ausgesprochen:

„Die KV RLP hat sich in der Vergangenheit auch um alternative Strukturen der Gesundheitsversorgung in Kirn bemüht, sofern das Krankenhaus nicht dauerhaft zu halten sein sollte. Darauf verwies der stellvertretende Vorsitzende der KV RLP, Dr. Andreas Bartels. So sei man im Gespräch mit der Stiftung Kreuznacher Diakonie sehr weit gekommen bei dem Ziel, anstelle des Krankenhauses mit seinen jetzt 88 (nicht ausgelasteten) Betten ein Integriertes Gesundheitszentrum (IGZ) einzurichten. Ein solches Zentrum könne, auf der Basis von 20 bis 30 Betten, den Patientinnen und Patienten eine erste Grundversor-

gung anbieten, leichtere Fälle im eigenen Haus behandeln und schwere Fälle umgehend an fachlich spezialisierte Kliniken der Umgebung verlegen lassen. Der Weg zu einem solchen Zentrum sei aber nicht mehr umsetzbar gewesen, nachdem das Landesgesundheitsministerium für das Krankenhaus in seiner jetzigen Form eine Bestandssicherungsgarantie abgegeben habe.“¹⁰

BEWERTUNG Die aktive Rolle der Landes-KV für eine kGÜv ist zu betonen. Das Land möchte aber aus regionalpolitischen Gründen an dem Krankenhausstandort festhalten. Die neue Ausrichtung auf einen Gesundheitscampus in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsangeboten in der Region bleibt in ihrer Entwicklung abzuwarten.

¹⁰ <https://www.kv-rlp.de/nachrichten/nachrichtentext/gesundheitsversorgung-in-kirn> (abgerufen am 02.08.2022)

Kliniken in Vohenstrauß und Waldsassen der Kliniken Nordoberpfalz AG

STANDORTE/REGIONEN → Vohenstrauß
(Landkreis Neustadt an der Waldnaab/Bayern)
→ Waldsassen (Landkreis Tirschenreuth/Bayern)

WEBSITE → <https://www.otv.de/waldsassen-vohenstrauß-betrieb-an-den-standorten-der-kliniken-nordoberpfalz-ag-wird-eingestellt-429727/> (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTDESCHEIBUNG Die Kliniken Nordoberpfalz AG betreibt mehrere Kliniken und Fachkliniken. Die Aktionärsstruktur ist öffentlich-rechtlich und besteht aus den zwei oben genannten Landkreisen und der Stadt Weiden. Die kleinsten Häuser wurden 2012 (Eschenbach), 2019 (Waldsassen) und 2020 (Vohenstrauß) geschlossen.

Für die Standorte Waldsassen und Vohenstrauß waren mehrere Szenarien der Nachfolgenutzung im Gespräch. Dazu gehörten beispielsweise die Realisierung eines Intersektoralen Gesundheitszentrums (IGZ), die Integration von Arztpraxen und eine Umwidmung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Das weiterentwickelte Zukunftskonzept 2020 sah eine Umwandlung des Standorts Waldsassen in ein IGZ mit einer erweiterten ambulanten Versorgung vor. Die stationäre Akutversorgung in der bisherigen Form wäre in diesem Zusammenhang nicht fortgeführt worden. Stattdessen hätte das IGZ unter Einhaltung des Facharztstandards die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren Angeboten gesichert. Mit einer bettenführenden Einheit von 15 bis 20 Plätzen sollte eine erweiterte ambulante Versorgung aufgebaut werden, die es Patientinnen und Patienten ermöglicht hätte, für wenige Tage stationär in Waldsassen behandelt zu werden. Grundlage wären selektivvertragliche Vereinbarungen mit den einzelnen Krankenkassen nach § 140a SGB V gewesen. Für die Umwandlung in ein IGZ wollte die Klinikleitung Finanzmittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds beantragen. Baulich und infrastrukturell wäre eine Umwandlung der Bestandsimmobilien möglich gewesen.

Ähnliche konzeptionelle Planungen für ein Gesundheitszentrum mit einer bettenführenden Einheit wurden bis 2021 auch für den Standort Vohenstrauß entwickelt. In die Gespräche waren die Krankenkassen, die Landesregierung und andere Stakeholderinnen und Stakeholder eingebunden. Die rechtlichen Gegebenheiten erschwerten allerdings eine auskömmliche Finanzierung eines IGZ mit einer kGÜv. Die angedachte selektivvertragliche Lösung über den § 140a SGB V bildete keine verlässliche und seriöse betriebswirtschaftliche Grundlage, da die Einschreibungspflicht und die jeweiligen Verhandlungen mit den einzelnen Krankenkassen nicht kalkulierbar erschienen. Deshalb wurde das weit fortgeschrittene Konzept ersatzlos beendet. Kurze Zeit später, im September 2021, trennten sich die Gesellschafter von dem Vorstand.

BEWERTUNG Anders als in Spaichingen (siehe Seite 20) konnte die Oberender AG, die den Restrukturierungsprozess an diesen beiden Standorten in der Oberpfalz begleitete, die Beteiligten nicht überzeugen, dass die von ihnen vorgeschlagene Finanzierung einer Erweiterten Ambulanten Versorgung (EAV), also der bettenführenden Einheit, betriebswirtschaftlich über Selektivverträge auskömmlich sein könnte. Zwar waren alle fachlich von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit eines erweiterten IGZ überzeugt, sahen aber in den heutigen rechtlichen Rahmenbedingungen keine Grundlage für den Betrieb einer kGÜv.

Ilmtalklinik Pfaffenhofen

STANDORT/REGION → Landkreis Pfaffenhofen (Bayern)

WEBSITE Zu dem im Folgenden beschriebenen Projekt liegen im World Wide Web keine Informationen vor.¹¹

→ Website der Ilmtalklinik Pfaffenhofen: <https://www.ilmtalkliniken.de> (abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBESCHREIBUNG Zum Jahr 2013 wurde für das Projekt „Betreutes Schlafen in der Ilmtalklinik Pfaffenhofen“ ein Förderantrag beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege eingereicht. Diesem konnte jedoch nicht entsprochen werden. Beantragt war, an der Ilmtalklinik eine pädiatrische Bereitschaftspraxis inklusive ambulanter Notfallversorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte einzurichten. Im Rahmen dieser Praxis sollte für dort behandelte Kinder die Möglichkeit eines sogenannten „Betreuten Schlafens“ bestehen. Dieses betreute Schlafen sollte zwar eine Art „stationäres Element“ darstellen, aber gerade nicht in Form stationärer Behandlung erfolgen.

BEWERTUNG Für ein Projekt dieser Art besteht keine rechtliche Fördermöglichkeit. Es wurde insbesondere keine Möglichkeit gesehen, das betreute Schlafen auf einem bestehenden Leistungssegment der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu gründen (keine Möglichkeit der Behandlung als Praxisklinik nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V, da in Bayern seinerzeit kein dreiseitiger Vertrag zwischen dem Landesverband der Krankenkassen und Ersatzkassen, der KV sowie der Landeskrankenhausgesellschaft bzw. der Vereinigung der Krankenhausträger im Sinn von § 115 Abs. 1 SGB V existierte). Auch die Möglichkeit, die Leistung als vor- bzw. nachstationäre Behandlung im Sinn von § 115a SGB V einzuordnen, schied aus, da hierfür in jedem Einzelfall ein stationäres Element Voraussetzung ist. Weiterhin ist es gem. 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V Voraussetzung, dass die Leistungserbringung gerade ohne Unterkunft erfolgen muss. Da aber explizit die Möglichkeit vorgesehen war, dass die Kinder auch nachts in der Einrichtung betreut werden sollten, schied diese Option aus.

Interessant ist allerdings, dass jüngst die KBV den Begriff des „betreuten Schlafens“ aufgegriffen hat und hierfür eine Abrechnungsziffer forderte.¹²

11 Persönliche Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

12 Vgl. https://www.observer-mis.de/appDE/nav_searchResults.php (Paywall; abgerufen am 02.08.2022); Einschätzung des KBV-Vorstands zu aktuellen und zukünftigen Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 30.06.2022: „Gut wäre eine Abrechnungsziffer für ‚betreutes Schlafen‘, damit unkritische Fälle auch abseits von teuren Krankenhausbetten nachbeobachtet werden könnten.“

Krankenhaus Havelberg¹³ / Gesundheitszentrum Havelberg¹⁴

STANDORT/REGION → Havelberg (Landkreis Stendal/Sachsen-Anhalt)

WEBSITES → <https://www.volksstimme.de/lokal/havelberg/portalklinik-buerger-fuehlen-sich-verschauelt>
→ <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/landespolitik/medizinische-versorgung-land-konzepte-havelberg-genthin-gardelegen-100.html> (jeweils abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTDESCHEIBUNG Nach der Schließung des Krankenhauses Havelberg im September 2020 und dessen Umwidmung in eine Altenpflegeeinrichtung bot das Johanniter-Krankenhaus Stendal an, in Havelberg eine Portalklinik als Nebenbetriebsstätte mit fünf internistisch-allgemeinmedizinischen sowie 30 geriatrischen Betten und einer Notfallpraxis zu betreiben. Das Konzept einer Portalklinik beruhte auf einem Vorschlag des Zentrums für Telemedizin im Gesundheitswesen/NRW aus dem Jahr 2007.¹⁵ Portalkliniken sind gemäß der dort formulierten Definition stationär geprägte Einrichtungen(,)

- » mit eher geringer Bettenzahl (untere Versorgungsstufe),
- » die eine stationäre Basisversorgung mit örtlich begrenzter Reichweite sicherstellen,
- » die vor allem aber noch für die notfallmäßige Versorgung erforderlich sind,
- » deren Hauptfunktion aber zunehmend darin besteht, Diagnostik durchzuführen und die Befunde in konsiliarischer Abstimmung mit dem Portalgeber zu erstellen und dabei eine enge telematische Vernetzung zu nutzen.

Die primäre Konzeption für Havelberg sah keine geriatrische Fachabteilung vor, die aber vom Krankenhaus Stendal aus betriebswirtschaftlichen Gründen als Ergänzung zu der internistischen Grundversorgungsstation für notwendig erachtet wurde. Die Überlegung konnte bisher nicht realisiert werden, da das sachsen-anhaltinische Sozialministerium den Betrieb einer solchen Nebenbetriebsstätte im März dieses Jahres als nicht KHG-konform ansah. Aufgrund der versorgungstechnisch und geografisch schwierigen Versorgungsmöglichkeiten für Havelberg und wohl auch beeinflusst durch den anhaltenden Druck aus der Bevölkerung beauftragte das Sozialministerium Anfang 2021 den öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger Salus Altmark Holding mit der Erstellung einer Konzeption. Diese wurde Anfang 2022 vorgestellt und sieht ein dreistufiges Vorgehen vor:

1. Stufe: In einem Teil des ehemaligen Krankenhauses wird ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) geschaffen, das auch abends und samstags geöffnet ist. Hier sollen insgesamt drei Hausärztinnen und -ärzte arbeiten.

2. Stufe: Es wird eine pflegerische Überwachung eingerichtet. Patientinnen und Patienten können dann auch über Nacht im MVZ bleiben. Eine ärztliche Betreuung befindet sich dann allerdings nicht vor Ort. Man geht derzeit von sechs bis zehn Betten aus, festgelegt ist das allerdings noch nicht.

3. Stufe: Facharztpraxen werden an das MVZ angeschlossen. Dadurch können nicht nur Notfälle vor Ort behandelt werden.

Eine Finanzierung der notwendigen Investitionsmittel ist über den Strukturfonds abgesichert. Momentan wird intensiv versucht, die ärztliche Besetzung einzuwerben.

BEWERTUNG Die Entscheidung der Landesregierung, das Modell einer Portalklinik des Johanniter-Krankenhauses Stendal nicht zu genehmigen, mag für die beantragte Organisationsform einer Nebenbetriebsstätte eines bestehenden Krankenhauses vertretbar sein. Im Sinne des angestrebten Ziels wären andere Lösungsmöglichkeiten denkbar gewesen.

Die damals beabsichtigte Kombination mit einer geriatrischen Einheit zur betriebswirtschaftlichen Stabilisierung wird auch andernorts diskutiert und kann aufgrund der fachlichen Nähe zu den in einer Portalklinik zu behandelnden Patientinnen und Patienten durchaus sinnvoll sein.

Das jetzt verfolgte Modell würde einen beispielgebenden Migrationsprozess eines kleinen Krankenhauses in eine basisnahe ambulant-stationäre Grundversorgung darstellen, wie er zurzeit politisch angestrebt wird. Wenn es gelingt, alle drei Stufen umzusetzen, würde dies den Forderungen des Koalitionsvertrages auf Bundesebene nach einem integrierten Gesundheits- und Notfallzentrum für eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung entsprechen.

13 gescheitert

14 in Planung

15 Vgl. http://www.telemedizin Fuehrer.de/free/2009/beckers_333_335.pdf (abgerufen am 02.08.2022)

Marienhaus Klinikum Ahrweiler

STANDORT/REGION → Ahrweiler (Landkreis Ahrweiler/Rheinland-Pfalz) Der Fall dieses Marienhaus Klinikums wird hier beispielhaft für mehrere Krankenhausstandorte der Marienhaus-Gruppe aufgegriffen.

WEBSITES → https://ga.de/region/ahr-und-rhein/bad-neuenahr-ahrweiler/adenauer-krankenhaus-gilt-als-unverzichtbar_aid-48398785
 → https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-ahrweiler_artikel,-marienhaus-will-klinik-in-adenau-retten-bis-zum-jahresende-soll-ein-konzept-vorliegen-_aid,2282644.html (jeweils abgerufen am 02.08.2022)

PROJEKTBESCHREIBUNG Zum Marienhaus Klinikum Ahrweiler gehören das Krankenhaus der Regelversorgung Maria Hilf Bad Neuenahr-Ahrweiler und das kleinere St. Josef-Krankenhaus Adenau. Letzteres besteht aus kleinen Abteilungen für Akutgeriatrie und Innere Medizin, eine eigenständige Chirurgie wurde Ende 2019 geschlossen und in eine chirurgische Institutsambulanz mit temporärer fachärztlicher Kompetenz umgewandelt. Das Krankenhaus ist defizitär. Schließungspläne wurden von der Landesregierung abgelehnt. Anfang 2021 wollte die Marienhaus-Gruppe mit gutachterlicher Unterstützung eine Zukunftskonzeption für das Haus in Adenau entwickeln, die neben einer akutgeriatriischen Komponente auch eine kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) als stationäres Versorgungsangebot und eine Notfallversorgung für die Region ermöglichen könnte. Die Geschäftsführung kündigte öffentlich für Ende 2021 eine neue Konzeption an. Allerdings mussten bedingt durch die weiteren Belastungen der Coronapandemie sowie durch das Ahrtal-Hochwasser, das auch Teile des Krankenhauses Maria Hilf beschädigte, und letztendlich aufgrund des Zusammenschlusses der Marienhaus Stiftung mit der St. Franziskus-Stiftung Münster andere Prioritäten gesetzt werden.

BEWERTUNG Im Diskussionszusammenhang zu diesem Projekt wurden erneut die problematischen rechtlichen Rahmenbedingungen für eine kGÜv deutlich. Wie auch an anderen Orten wurde eine Kombination mit einem akutgeriatriisch-klinischen Angebot zur fachlichen und ökonomischen Absicherung diskutiert. Unklar ist, ob die Überlegungen zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen werden.

FAZIT UND AUSBLICK

Das Modell einer intermediären Versorgungsstufe zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Behandlung war bis in die 1980er-Jahre in Deutschland nicht unbekannt: Sowohl in der poliklinischen Versorgung der DDR als auch in ländlichen Regionen der Bundesrepublik versorgten ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten z. T. auch stationär, soweit dies medizinisch vertretbar war. Die damals noch deutlich stärker genutzte belegärztliche Behandlung in der BRD umfasste, anders als heute möglich, auch internistische und allgemeinmedizinische Erkrankungen. Mit der Konzentration der stationären Versorgung und der stärkeren Spezialisierung der Krankenhausmedizin wurden diese Angebote aufgegeben – sie waren weder finanziell dauerhaft darstellbar noch entsprachen sie den jeweiligen ambulanten und stationären ärztlichen Rollenbildern. Wissenschaftlich wurde die damalige Versorgungsform bisher nicht aufgearbeitet.

Erst seit etwa zehn Jahren wird wieder vermehrt über die Möglichkeit einer kurzstationären Grund- oder Übergangsversorgung anstelle der üblichen umfassenden Krankenhausbehandlung diskutiert. Vorwiegend wurden und werden diese Überlegungen im Zusammenhang mit der Schließung nicht bedarfsnotwendiger bzw. qualitativ oder ökonomisch nicht mehr vertretbarer Krankenhausstandorte eingebracht. Zumindest die Option einer pflegerischen und ärztlichen Überwachung und Betreuung wohnortnah für bestimmte geriatrische oder pädiatrische Fälle aufrechtzuerhalten, wurde massiv aus der Bevölkerung und lokalpolitisch eingefordert. Die in den letzten Jahren zunehmende Tendenz zur regionalen Ausrichtung in der Gesundheitsversorgung unterstützt diese Forderung.

Politisch erwähnt wurde diese Möglichkeit erstmals im Rahmen der Diskussion des Strukturfonds im Entwurf des Koalitionsvertrages 2013, dann aber in der letzten Fassung gestrichen.¹⁶ Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform adressierte 2015 in ihren „Eckpunkten“ erneut „die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren)“¹⁷. Dies wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) von 2016 umgesetzt. Damit war die Investitionsfinanzierung der kGÜv zwar nun rechtlich möglich, die weiteren notwendigen Rahmenbedingungen wurden aber nicht angegangen.

In der Versorgungslandschaft konnten sich entsprechende Modelle nur durchsetzen – und das mit Einschränkungen –, soweit außergewöhnliche Mittelzuweisungen z. B. über den Innovationsfonds, Sonderverträge oder Querfinanzierungen zur Verfügung standen. Auch fehlte – außer bei dem Angebot in Wolgast (siehe Seite 14) – im Rahmen der gegebenen Strukturen und Finanzierungsspielräume der politische Gestaltungswille, da eine passende Rechtskonstruktion für diese Versorgungsart ohne Mühen nicht darstellbar war. Nur in Travemünde ließ sich ein Modell über eine enge Kooperation mit einem nahe gelegenen Krankenhausstandort, der weitgehend organisatorische und fachliche Aufgaben für den kurzstationären Standort übernimmt, realisieren (siehe Seite 16).

Der entscheidende Schwachpunkt für alle intermediären Versorgungsformen ist jedoch die Betriebskostenfinanzierung. Es wurde und wird vielfach angezweifelt, dass sich solche Einheiten innerhalb des DRG-Systems oder im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tragen können. Die mehrfach diskutierte Überlegung, die Betriebskosten für die kurzstationäre Versorgung über einen Selektivvertrag nach § 140a SGB V abzusichern, beinhaltet ein großes finanzielles Risiko. Sie wurde in Bayern nach intensiver Prüfung für verschiedene Stand-

orte verworfen und weit fortgeschrittene Planungen wurden mangels anderer Finanzierungsoptionen deshalb dort eingestellt.

Von den Projekten, der Selbstverwaltung oder auch den Genehmigungsbehörden werden die fehlenden oder inkompatiblen rechtlichen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen immer wieder als Grund angeführt, dass Modelle für eine kGÜv nicht oder nur unter grenzwertigen Bedingungen innerhalb der Regelversorgung umsetzbar sind.

Die Absicht der AOK Rheinland/Hamburg, solche Strukturen an mehreren Standorten in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Hamburg über den Innovationsfonds neu aufzubauen, könnte zwar wichtige Erkenntnisse liefern, wird aber nur aufgrund der außergewöhnlichen Sonderfinanzierung des Innovationsfonds denkbar sein. Damit wird keine Blaupause für eine Übernahme in die Regelversorgung entwickelt.

Von daher ist es gerechtfertigt, die fachlichen, strukturellen und berufspolitischen Implikationen für eine kGÜv genauer zu beschreiben, um darauf aufbauend die Rahmenbedingungen für eine strukturelle, finanzielle und rechtliche Implementation in die Regelversorgung zu entwickeln.

Dies soll nach der hier vorgelegten Zusammenstellung der bisherigen Erfahrungen in mehreren Schritten erfolgen:

1. Befragung von Personen, die eine kGÜv fachlich bewerten können
 - a. In Einzel- bzw. Gruppen-Interviews (in Form von Video-Konferenzen) wird aus unterschiedlicher fachlicher Sicht erfragt, ob, in welcher Form und für welche Zielgruppen und Krankheitsbilder ein Bedarf für entsprechende Versorgungseinheiten besteht.
 - b. Diese Befragung von Praktikerinnen und Praktikern wird ergänzt durch Interviews mit Personen, die die systematische Bedeutung eines solchen Angebotes für die Allgemeinmedizin und Pflege einschätzen können.
 - c. Durch die Einbindung von Krankenhausleitungen bzw. Pflegeleitungen und der Krankenhaussozialdienste wird die stationäre Sicht einbezogen.
 - d. Abschließend werden die organisatorischen Belange eines solchen Angebotes mit erfahrenen Organisatorinnen und Organisatoren von Gesundheitszentren diskutiert.

Vor dem Hintergrund der dargestellten bisherigen Erfahrungen und der Einschätzung der ausgewählten, in der Grundversorgung eingebundenen Expertinnen und Experten werden die Bedarfe, die Chancen und Widerstände zur Einführung einer kGÜv bewertet.

Der Bedarf für eine solche zusätzliche Versorgung wird anhand eines Kriterienkatalogs differenziert. Ziel ist es, einen fachlichen Soll-Katalog zu erstellen, der für eine solche neue Versorgungsform die

- » notwendigen,
- » wünschenswerten und
- » optionalen

Kriterien benennt, die für eine Umsetzung von Bedeutung sind.

Im Ergebnis soll so der fachliche Rahmen für diese Versorgungsform definiert und mit den wenigen vorhandenen gutachterlichen Überlegungen¹⁸ verglichen werden.

Auf dieser Grundlage werden die weiteren Schritte

2. Befragung der Stakeholderinnen und Stakeholder im Gesundheitswesen zur Art und Notwendigkeit einer Aufnahme der kGÜv in die Struktur des deutschen Gesundheitswesens sowie
3. ein Vorschlag zur rechtlichen Implementation in die Sozialgesetzgebung

zu entscheiden sein.

16 Vgl. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0315_klein-hitpass_et_al.pdf (abgerufen am 02.08.2022)

17 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf, S. 22 (abgerufen am 02.08.2022)

18 Z. B.: Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (Hg.) (Oktober 2018): Intersektorale Gesundheitszentren – Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Berlin, S. 52 ff., 67. https://www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten_2018.pdf (abgerufen am 02.08.2022) in Verbindung mit: Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (Hg.) (April 2021): IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen. Berlin. https://www.kbv.de/media/sp/IGZ_konkret_Gutachten_2021.pdf (abgerufen am 02.08.2022)

Abkürzungen

ÄBP	Ärztliche Bereitschaftspraxis
AIC	Ambulant Intermediate Care
ASZ	Ambulant-Stationäres Zentrum
CC	Complication or Comorbidity
DRG	Diagnosis Related Group
DU	Decision Unit
EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IGZ	Integriertes Gesundheitszentrum; Intersektorales Gesundheitszentrum
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KBZ	Koordinierungs- und Beratungszentrum
kGÜv	kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PORT	Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung
RBS	Robert Bosch Stiftung
RGZ	Regionales Gesundheitszentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
VWD	Verweildauer

Impressum

© Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Oktober 2022

DOI 10.11586/2022055

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Autor
Dr. Matthias Gruhl

Lektorat
Paul Kaltefleiter

Design
Dietlind Ehlers

Bildnachweis
© contrastwerkstatt – stock.adobe.com

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Jan Böcken
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon +49 5241 81-81462
jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de