



---

## Position der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. zum Intersektoralen Gesundheitszentrum

### Vom Krankenhausstandort zum Gesundheitsstandort

#### 1. Einleitung

In der gesundheitspolitischen Diskussion beschränken die Akteure die Rolle der Krankenhäuser in Deutschland vielfach auf jene der akutstationären Versorgung. In der öffentlichen Wahrnehmung und im Alltag vieler Menschen hingegen sind die Krankenhäuser längst zur ersten Anlaufstelle bei jedwedem gesundheitlichen Problem geworden. Die Bürger, die Patienten und Versicherten stimmen regelrecht mit den Füßen ab. Der Zustrom in die Notaufnahmen großer Klinika zu allen Tages- und vor allem auch Nachtzeiten steht beispielhaft für diesen Rollenwandel, und für den gibt es gute Gründe.

Denn die deutschen Krankenhäuser sind interdisziplinär ausgerichtet. Sie sind prädestiniert, als integriertes Gesundheits-Dienstleistungszentrum zu fungieren. Sie sind der ideale Anlaufpunkt in einer sektorenfreien Versorgung. Die medizinischen und pflegerischen Experten in den Krankenhäusern behandeln in Deutschland pro Jahr über 20 Mio. Patienten stationär und genauso viele ambulant. Deutschland hat gut 80 Millionen Einwohner und in 40 Millionen Fällen suchen Patienten Krankenhäuser auf und vertrauen sich ihnen an. Das beweist die herausragende Bedeutung der Krankenhäuser für die medizinische Behandlung von Patienten sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich.

Zugleich wird es ökonomisch schwer, bestehende Strukturen aufrecht zu erhalten. Im ländlichen Raum stehen kleine, wenig spezialisierte Akutkrankenhäuser vor gravierenden ökonomischen Problemen (vgl. Augurzky et al., 2016). Die Krankenhausstrukturen unterscheiden sich jedoch nicht nur zwischen urbanen und ländlichen Räumen, sondern auch zwischen einzelnen Bundesländern enorm (vgl. Schmid, 2012; SVR, 2014). Analog sehen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit ähnlichen Herausforderungen im ambulanten Bereich konfrontiert. Für die KVen ist die Sicherstellung einer wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung entscheidend (vgl. KBV, 2018a). Sie haben den Sicherstellungsauftrag. Die Herausforderungen im Spannungsfeld zwischen Versorgungsbedarf, -angebot und Inanspruchnahme sind hinreichend dokumentiert (vgl. Schliwen, 2015).

Ungeachtet dessen wird es für die Leistungserbringer immer schwerer, (Fach-) Personal zu gewinnen und die stetig steigenden Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Die wachsende Zahl multi-morbider geriatrischer Patienten zum einen und die sich wandelnden Anforderungen an eine am Bedarf der Patienten und nicht an tradierten Sektorengrenzen ausgerichteten Versorgung zum anderen erhöhen den Handlungsdruck erheblich. Die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie haben zahlreiche Leistungserbringer im Gesundheitssystem an die

Grenzen der Belastbarkeit gebracht. Aber auch die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie – insbesondere die Tatsache, dass nach Auslaufen der „Freihaltepauschalen“ die Belegung nicht wieder auf das Vor-Corona-Niveau steigen wird, bringt zahlreiche Krankenhäuser in existenzielle Gefahr.

In der gesundheitspolitischen Fachöffentlichkeit sind diese Fakten bekannt. Der allgemeinen Öffentlichkeit hingegen sind weder die Komplexität, noch das Ausmaß der Herausforderungen geläufig. In der Folge werden teilweise paradoxe Thesen und Forderungen aufgestellt.

Während einerseits vehement für einen Abbau von Krankenhausbetten und ganzen Standorten geworben wird, wird andernorts mit viel Engagement und erheblichen finanziellen Aufwand dafür gekämpft, auch kleine Krankenhäuser zu erhalten. Patienten, Versicherte wie auch Kommunalpolitiker, Landtags- und Bundestagsabgeordnete befürchten neben dem Verlust von Wirtschaftskraft und Arbeitsplätzen in ihrer Region insbesondere Einschnitte in der wohnortnahen Versorgung (vgl. Schmid, 2014).

Das führt in der Konsequenz zu einem unstrukturierten und unsystematischen Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft, der den erklärten Versorgungs- und Qualitätszielen zuwiderläuft.

Gleichwohl doch Konsens herrscht, dass Gesundheitsversorgung patientenorientiert gedacht werden muss. Unterversorgte Regionen sind ebenso wie überversorgte mit der gleichen Aufmerksamkeit zu betrachten. Fehlallokationen sind zu benennen sowie ihre Ursachen und Auswirkungen zu analysieren. Nur auf Grundlage einer ordentlichen Analyse kann und darf ein politisch gewollter, systematischer Strukturwandel initiiert werden, der dann auch adäquat zu finanzieren ist. Dabei ist auch zu beachten, dass die langwierigen und bürokratisierten Antragsverfahren wie beispielsweise im Kontext des Strukturfonds ([www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/innovationsfonds-und-krankenhausstrukturfonds/krankenhausstrukturfonds](http://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/innovationsfonds-und-krankenhausstrukturfonds/krankenhausstrukturfonds)), notwendige Strukturänderungen verzögern und teilweise sogar verhindern.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinem Gutachten 2014 mit dem Konzept „Lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (LGZ) einen Reformvorschlag unterbreitet (vgl. SVR, 2014), der aus unserer Sicht einen Weg in eine sinnvolle Strukturreform weisen könnte.

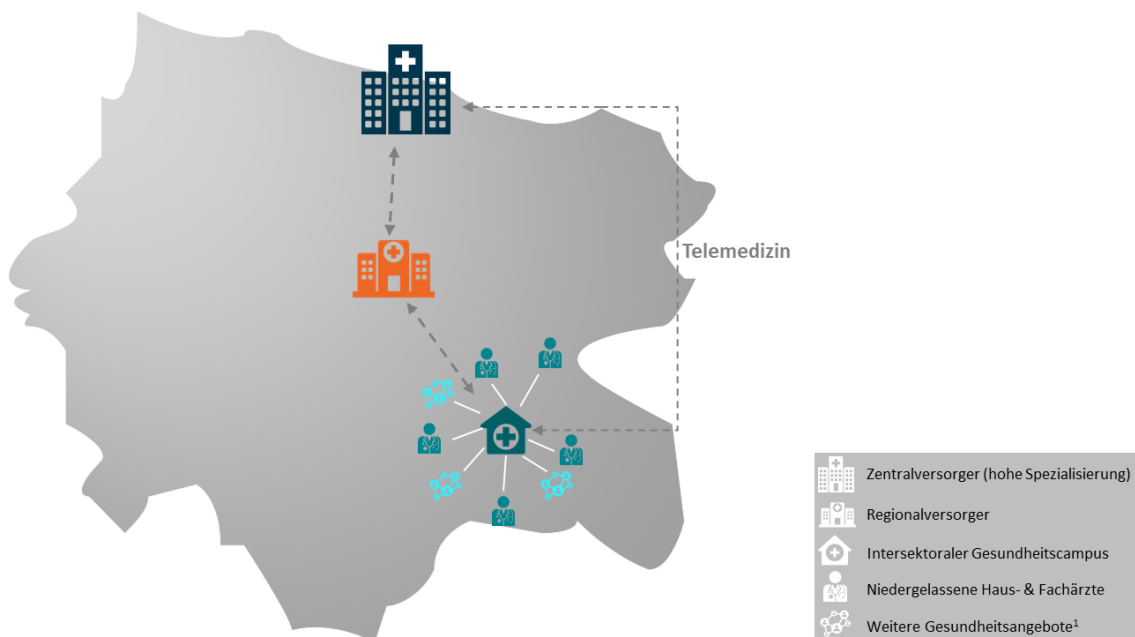
Durch die Zentralisierung medizinischer, pflegerischer und sozialer Leistungsangebote soll eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung, insbesondere für ältere und chronisch Kranke langfristig gesichert werden. Das Konzept der regionalen Gesundheitszentren entwickelt den Ansatz weiter und bietet einen adäquaten, niedrighwelligen Zugang zur wohnortnahen medizinischen und pflegerischen Versorgung. Dieser Ansatz wird insbesondere im ländlichen und/oder strukturschwachen Raum nur gelingen, wenn die bestehenden Grenzen zwischen den Versorgungssektoren durchlässig oder - besser noch – gänzlich aufgehoben werden und die derzeitigen Akteure sowie Leistungserbringer ihre Ressourcen bündeln. In der Praxis gibt es bereits einige Beispiele in Baden-Württemberg, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen u.a., die einer erfolgreichen Umsetzung dieser Vision

nahekommen. In Hessen gibt es derzeit nur sehr wenige Projekte, welche sich auch nur auf den ambulanten Bereich beschränken.

An den Krankenhausstandorten stehen bereits infrastrukturelle Einrichtungen bereit, die alle Voraussetzungen mitbringen, in der anstehenden Transformation eine zentrale Rolle für die lokale und regionale Basisversorgung der Bevölkerung in einem Gesundheitsnetzwerk einzunehmen. Das intersektorale Gesundheitszentrum kann das Krankenhaus ergänzen und stärken ggf. aber auch alternativ betrieben werden.

## 2. Das intersektorale Gesundheitszentrum als zukunftsorientiertes Strukturelement im regionalen Gesundheitsnetzwerk

Das intersektorale Gesundheitszentrum ist eingebunden in ein regionales Gesundheitsnetzwerk und stellt die Versorgung an der Nahtstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sicher. Das Gesundheitszentrum ist das Bindeglied zwischen der lokalen Basisversorgung und der (über-)regionalen, spezialisierten Versorgung in einem Krankenhaus, welches mindestens der Schwerpunkt- bzw. Zentralversorgung zugerechnet werden kann.

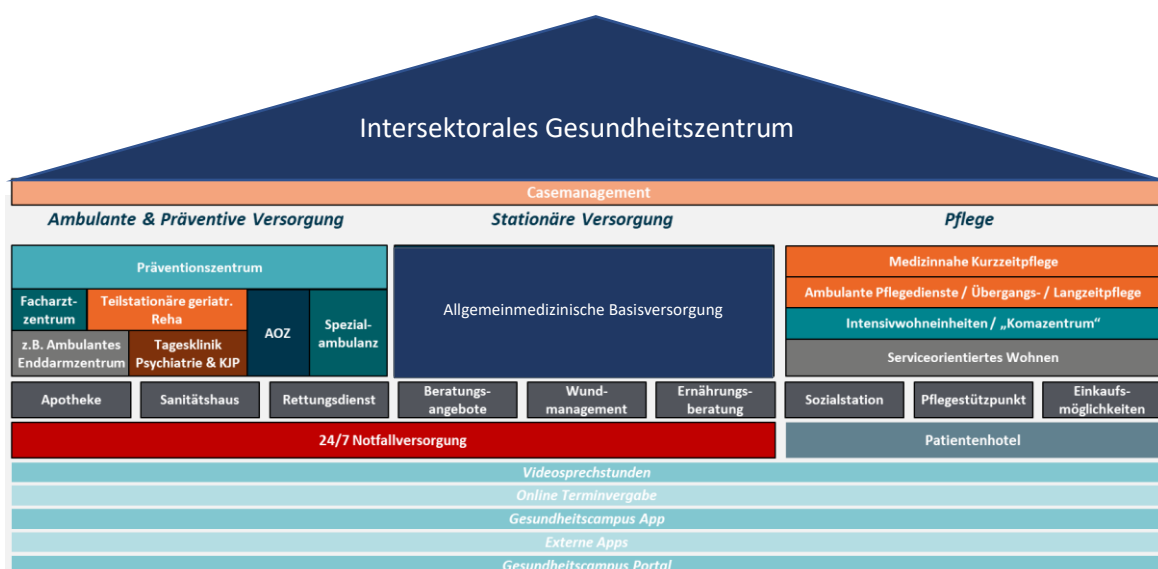


Quelle: Krankenhaus Rating Report, 2020

Das Gesundheitszentrum stellt lokal und regional als ambulante Anlaufstelle die 24/7-Notfallversorgung sicher und arbeitet eng mit den niedergelassenen und freiberuflichen Leistungserbringern aus allen Bereichen der regionalen Gesundheitsversorgung zusammen. Ein intersektorales Gesundheitszentrum kann durch die Umwandlung eines ehemaligen Krankenhausstandorts entstehen oder in ein bestehendes Krankenhaus integriert werden und dieses dadurch ergänzen und stärken. Durch die digitale Vernetzung wird die medizinische Kompetenz dem gesamten regionalen Gesundheitsnetzwerk zur Verfügung gestellt und weitestgehend vom Ort der Leistungserbringung entkoppelt.

### 3. Exemplarische Ausgestaltung eines intersektoralen Gesundheitszentrums

Ein intersektorales Gesundheitszentrum bietet den lokalen Leistungsanbietern einen räumlichen und organisatorischen Rahmen zur Vernetzung. Wesentliche Voraussetzung für das Gesundheitszentrum ist, dass die Leistungserbringer bereit sind, sich digital miteinander zu vernetzen und im großen Umfang organisatorische und administrative Aufgaben miteinander zu bewältigen sowie die vorhandene Infrastruktur gemeinsam zu nutzen. Die Leistungserbringer können als Mieter aber ggf. auch als Gesellschafter des Gesundheitszentrums aktiv werden. Struktur-/Leistungselemente des intersektoralen Gesundheitszentrums sind:



Quelle: Ein diversifizierter Gesundheitscampus (Vicondo Healthcare, 2021, modifiziert durch HKG)



**Akutstationäre allgemeinmedizinische Station:** Für Fälle mit kurzfristigem Abklärungs- und Überwachungsbedarf wird eine stationäre Einheit etabliert, die ggf. durch Ärzte des Facharztzentrums und in enger Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung betreut wird.

**Psychiatrische, Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung**

Je nach Versorgungssituation in der Region sind Tageskliniken bzw. Psychiatrische Institutsambulanzen für Erwachsene und/oder Kinder und Jugendliche sinnvoll integrierbar. Diese sollen in die gemeindepsychiatrischen Verbände der Kreise / kreisfreien Städte integriert sein. Die sozialpsychiatrischen Dienste koordinieren außerhalb der Regelarbeitszeiten erforderliche Kriseninterventionen.

**Facharztzentrum:** Das Facharztzentrum deckt große Teile des Spektrums ab, einschließlich der Allgemeinmedizin. Dabei sind jegliche Formen der Praxisorganisation denkbar, von der Einzelpraxis bis hin zum (kommunalen) MVZ und natürlich auch Institutsambulanzen.

**Notfallabklärung und -anlaufstelle:** Es kann in Abstimmung mit der KV eine 24/7-Anlaufstelle für Notfallpatienten vorgehalten werden.

**Ambulantes OP-Zentrum:** In Abhängigkeit vom prognostizierten Bedarf kann es Sinn machen, ein ambulantes OP-Zentrum aufzubauen, in welchem die einzelnen operativen und interventionellen Fachdisziplinen ihre Leistungen anbieten.

**Medizinnaher Kurzzeitpflege:** Je nach Größenordnung und Bedarf lässt sich die akutstationäre Station mit einer Kurzzeitpflege kombinieren.

**Stationäre Pflege, außerklinische Intensivpflege, betreutes Wohnen, ambulante Pflege:** Aufgrund der demografischen Entwicklung besteht nach wie vor Bedarf an flexiblen Pflegeangeboten (ggf. mit spezifischer fachlicher Ausrichtung).

**Therapie und Rehabilitation:** Sämtliche Therapieangebote können in den Gesundheitscampus integriert werden. In Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern können ambulante, stationäre oder auch teilstationäre Angebote für eine wohnortnahe Rehabilitation aufgebaut werden.

**Prävention und Training:** Präventive Gruppen- und Einzelangebote in Abstimmung mit Medizin, Pflege und Therapie.

**Casemanagement:** Das Casemanagement organisiert die multiprofessionelle Versorgung innerhalb des Gesundheitszentrums und darüber hinaus.

**Apotheke, Optiker, Hörgeräteakustiker, Sanitätshaus usw.:** Ergänzende Angebote runden das Leistungsangebot am Standort ab.



**Zentrumsmanagement:** Das Zentrumsmanagement übernimmt die Koordinierung aller gemeinsamen Aufgaben und stellt die benötigten und vereinbarten Dienstleistungen zur Verfügung. Der Umfang der Dienstleistungen kann von der reinen Vermietung der Räumlichkeiten bis zur Übernahme des Facilitymanagements, der Patientenadministration, des Einkaufs und der Logistik, IT usw. sämtliche Bereiche umfassen.

Die genaue Ausprägung des intersektoralen Gesundheitszentrums hängt von der Ausgangssituation ab. Grundsätzlich wird versucht, die bestehenden Stärken des Standortes zu nutzen und auf den unmittelbaren Bedarf einzugehen. Unabdingbare Voraussetzung ist jedoch die digitale Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer untereinander und mit einem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung und/oder der Schwerpunkt-/ bzw. Maximalversorgung,

#### **4. Schritte zur Realisierung**

Die Realisierung eines Gesundheitszentrums kann anhand einer geeigneten Modellregion, die exemplarisch als „Blaupause“ für weitere Standorte herangezogen wird, entwickelt und begleitet werden. Eine Modellregion könnte dadurch gekennzeichnet sein, dass aufgrund eines komplexen, sich beschleunigenden Strukturwandels in diesem Gebiet ambulante und stationäre Versorgung zunehmend schwieriger werden und seitens der Leistungserbringer die Bereitschaft besteht, an einem Modellvorhaben teilzunehmen. Ggf. kann dies im Rahmen einer Ausschreibung erfolgen.

Neben einer Projektsteuerungsgruppe, die das Modellvorhaben unterstützt und berät, halten wir eine wissenschaftliche Begleitung für dringend geboten. Insbesondere wird es darum gehen, in den ausgewählten Modellregionen die Bevölkerung kommunikativ vorzubereiten und frühzeitig einzubinden.