

„Stabile und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend weiter entwickeln“¹

Die neue Krankenhausstruktur-Reform

Spätestens seit Veröffentlichung der Grundpfeiler einer neuen Krankenhausstruktur-Reform im Dezember 2022 diskutiert der Gesundheitssektor Deutschlands über mögliche Auswirkungen der Vorschläge von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach. Durch die von der Regierungskommission vorgeschlagenen Änderungen im Vergütungssystem werden grundlegende Strukturen der stationären Versorgung, aber auch Veränderungen im ambulanten Sektor hinterfragt. Eine sektorübergreifende Verzahnung ist in der Gesundheitsbranche dringend geboten.

Die durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierten Entwürfe hinsichtlich der Versorgungsstufen werden laut Analysten zu wesentlichen Auswirkungen für den deutschen Krankenhausmarkt führen.

Grundsätzlich schlägt die Regierungskommission die Orientierung an den Versorgungsstufen der Grundversorgung, der Regel- und Schwerpunktversorgung sowie der Maximalversorgung vor. Die Zuordnung zur jeweiligen Stufe erfolgt gemäß Kriterienkatalog, jedoch ist aufgrund der verschiedenen Einzelstrukturen der Kliniken insbesondere für das Level 1 und 2 eine trennscharfe Einordnung kaum zu erreichen. Das BMG spricht hier von „einheitlichen Mindestvoraussetzungen, die gelten, um so die Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu erhöhen“. Den Kliniken der Grundversorgung wird eine regionale Funktion zugeordnet, man unterscheidet hier zwischen Kliniken mit (Level 1 n) oder ohne Notfallversorgung (Level 1 i). „Krankenhäuser des Levels 1 i soll eine Schlüsselrolle auf dem Weg zur Überwindung der zu häufig noch stationärer-ambulant getrennten Gesundheitsversorgung zukommen. Deshalb empfiehlt die Regierungskommission, sie sektorenübergreifend regional zu planen, sie vollständig aus dem DRG-System herauszunehmen und über Tagespauschalen zu vergüten. Zudem soll durch entsprechende gesetzliche Änderungen ermöglicht werden, dass sie unter pflegerischer Leitung stehen können.“² Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die kleinsten Kliniken die schwerste und bisher insbesondere aufgrund der Finanzierung ungelöste Aufgabe der sektorübergreifenden Versorgung zuteilwird.

Zur Finanzierung, aber vor allem zur Qualitätsverbesserung, befürwortet das BMG die Einführung von künftig genauer definierten Leistungsgruppen (z. B. „Kardiologie“ statt „Innere Medizin“), die nur bei entsprechender Abrechnungsvoraussetzung des Krankenhauses wie technische oder personelle Kapazitäten in Anwendung kommen. Derzeitig werden Modelle erarbeitet, die als Basis dafür dienen könnten wie bspw. in der Schweiz oder in Nordrhein-Westfalen (NRW). Weiterhin wird die Frage zu „der konkreten und hochkomplexen Ausgestaltung der im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen Finanzierung der Vorhaltekosten“ diskutiert.³

Die Regierungskommission empfiehlt, die Regelungen in einer großzügigen Übergangsphase von fünf Jahren schrittweise einzuführen. Ein Blick auf die Karte der Krankenhauslandschaft⁴ zeigt die Unterschiede der Bundesländer hinsichtlich Krankenhausedichte.

¹ Schleswig-Holsteinischer Landtag Drs. 20/718

² <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/krankenhaus-reform-2150196>

³ aha/aerzteblatt.de, 17.04.2023

⁴ Interaktiv möglich bei BDPK

Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein leben ca. 2,9 Mio. Einwohner auf 15.800 km², das entspricht 185 Einwohner pro km². Nach Abzug der Ballungszentren Kiel, Lübeck, Flensburg und verbleibt eine zu versorgende große Fläche gering besiedelten Landes. Das Durchschnittsalter der Schleswig-Holsteiner lag im Jahr 2021 bei 46 Jahren und somit über dem Bundesdurchschnitt, Tendenz vermutlich steigend. Die jüngeren Generationen haben ihren Lebensmittelpunkt meist in den Ballungsräumen, das Alter der ländlichen Bevölkerung nimmt stetig zu.

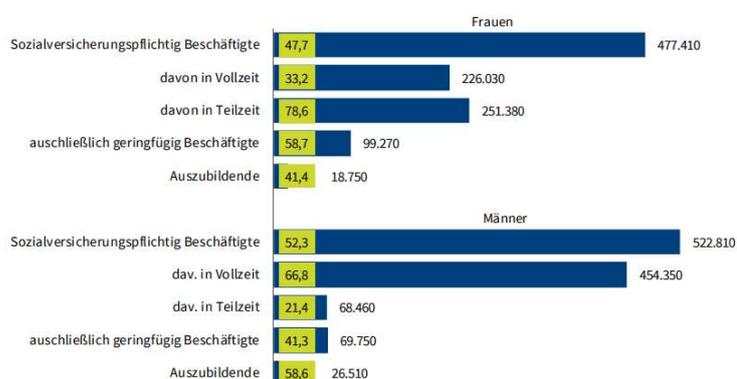


Bevölkerungs- und Altersstatistiken Schleswig-Holstein ⁵

Gemäß der Beschäftigungsstatistiken der Agentur für Arbeit von 2019 (neueste verfügbare Statistik, Auswertung Stand 2022, vgl. Abb. 1) sind ca. 1,0 Mio. Beschäftigte in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis, darüber hinaus wurden ca. 170.000 Mitarbeitende in einem geringfügigen Arbeitsverhältnis und 45.000 Auszubildende beschäftigt. Sofern nicht von Doppelbeschäftigungen ausgegangen wird, liegt die Beschäftigungsquote bei ca. 42% in Schleswig-Holstein. Der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigten wirkt sich auf die Beschäftigungsquote dabei zusätzlich negativ aus. In Schleswig-Holstein dominiert durch Lage und Struktur des Bundeslandes die Dienstleistungsbranche und hierfür wird vielfach eine 24/7 Versorgung angestrebt. Die Umsetzung dieser Versorgung ist mit Teilzeitkräften kaum realisierbar, hinzu kommt die Belastung der gesamten Gesundheitsbranche.

Abbildung 1: Beschäftigte nach Art der Tätigkeit in Schleswig-Holstein nach der Beschäftigungsstatistik

Stichtag 30.06.2019, absolute Werte und Anteile in Prozent



Anmerkung: Die Daten wurden gerundet. Rundungsbedingte Differenzen sind möglich.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2022a).

Beschäftigungsstatistik Schleswig-Holstein⁶

⁵ <https://www.demografie-portal.de/DE/Politik/Schleswig-Holstein/Schleswig-Holstein.html>

⁶ Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigungsstatistik SH 2019

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung hat in einer speziellen Analyse in 01/2022 Aussagen zur geschlechterspezifischen Segregation in Berufen und Beschäftigungen für Schleswig-Holstein getroffen. Hierin wird deutlich, dass für den gesamten Gesundheitsmarkt in Schleswig-Holstein ca. 130.000 Beschäftigte, sprich weniger als 5% , arbeiten.

Tabelle 2: Männer- und Frauenanteil nach Nationalität und Berufssegmenten in Schleswig-Holstein in Prozent
Stichtag: 30.06.2019, ausgewählte Staatsangehörigkeiten

Berufssegmente	Insgesamt		Deutsche		Ausländer			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Insgesamt		dar. Asylhau- ptherkunftsländer	
Land-, Forst- und Gartenbauberufe	70,7	29,3	69,1	30,9	81,0	19,0	94,1	5,9
Fertigungsberufe	82,8	17,2	82,4	17,6	87,5	12,5	95,7	4,3
Fertigungstechnische Berufe	87,9	12,1	87,8	12,2	90,5	9,5	97,7	2,3
Bau- und Ausbauberufe	93,8	6,2	93,5	6,5	96,3	3,7	98,3	1,7
Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	45,4	54,6	41,7	58,3	61,6	38,4	88,8	11,2
Medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe	18,8	81,2	18,1	81,9	30,8	69,2	74,5	25,5
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	26,6	73,4	26,3	73,7	32,4	67,6	51,3	48,8
Handelsberufe	38,5	61,5	38,1	61,9	48,3	51,7	80,9	19,1
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	32,1	67,9	32,0	68,0	35,5	64,5	65,9	34,1
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	33,7	66,3	33,6	66,4	38,8	61,2	67,3	32,7
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	74,3	25,7	74,6	25,4	69,4	30,6	85,6	14,4
Sicherheitsberufe	73,8	26,2	73,5	26,5	80,0	20,0	93,9	6,1
Verkehrs- und Logistikberufe	81,9	18,1	81,5	18,5	85,1	14,9	95,1	4,9
Reinigungsberufe	24,1	75,9	19,9	80,1	39,7	60,3	83,1	16,9
Insgesamt	51,0	49,0	50,1	49,9	62,9	37,1	87,8	12,2

Anmerkung: Ausgewertete Beschäftigungsarten siehe Fußnote 4. Die Daten wurden gerundet. Rundungsbedingte Differenzen sind möglich. Definition Asylhauherkunftsländer siehe Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2021: 5).
Quelle: BEH (2020); eigene Berechnungen.

Beschäftigungsverteilung Schleswig Holstein⁷

Tabelle 4: TOP-10 der Frauenberufe in Schleswig-Holstein
Stichtag: 30.06.2019

Berufskenn- ziffer	Bezeichnung	Geschlecht			Anteil in %	
		Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
7140	Büro- und Sekretariatskräfte	13.330	54.550	67.880	19,6	80,4
6210	Berufe im Verkauf	17.190	37.710	54.900	31,3	68,7
5410	Berufe in der Reinigung	8.470	35.690	44.160	19,2	80,8
8311	Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung	5.550	28.510	34.060	16,3	83,7
8130	Berufe Gesundheits-, Krankenpflege	4.880	24.680	29.560	16,5	83,5
6330	Berufe im Gastronomieervice	9.760	19.880	29.640	33,1	66,9
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung	8.390	19.100	27.490	30,5	69,5
8210	Berufe in der Altenpflege	3.740	16.520	20.260	18,5	81,5
7130	Berufe in der kaufmännischen und technischen Betriebswirtschaft	9.210	15.570	24.780	37,2	62,8
8110	Medizinische Fachangestellte	210	14.420	14.630	1,4	98,6

Anmerkung: Ausgewertete Beschäftigungsarten siehe Fußnote 4. Die Daten wurden gerundet und absteigend nach dem Absolutwert FRAUEN sortiert. Rundungsbedingte Differenzen sind möglich.
Quelle: BEH (2020); eigene Berechnungen.

Tabelle 5: TOP-10 der Männerberufe in Schleswig-Holstein
Stichtag: 30.06.2019

Berufskenn- ziffer	Bezeichnung	Geschlecht			Anteil in %	
		Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	34.080	9.750	43.830	77,8	22,2
6212	Berufskraftfahrer*innen (Güterverkehr/LKW)	21.010	470	21.480	97,8	2,2
6410	Berufe im Verkauf	17.190	37.710	54.900	31,3	68,7
3410	Berufe in der Gebäudetechnik	13.750	1.350	15.100	91,1	8,9
7140	Büro- und Sekretariatskräfte	13.330	54.550	67.880	19,6	80,4
2510	Berufe in der Maschinenbau- und Betriebstechnik	12.540	2.230	14.770	84,9	15,1
2930	Köch*innen	11.830	10.640	22.470	52,6	47,4
5132	Berufe für Post- und Zustelldienste	10.000	6.600	16.600	60,3	39,7
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	9.790	270	10.050	97,3	2,7
6330	Berufe im Gastronomieervice	9.760	19.880	29.640	33,1	66,9

Anmerkung: Ausgewertete Beschäftigungsarten siehe Fußnote 4. Die Daten wurden gerundet und absteigend nach dem Absolutwert MÄNNER sortiert. Rundungsbedingte Differenzen sind möglich.
Quelle: BEH (2020); eigene Berechnungen.

Der Bedarf wird deutlich höher bemessen, insbesondere Pflegekräfte und med. assistierendes Personal wird an jedem Ort benötigt. Dies spiegelt sich in den ausgeweiteten Pflegepersonaluntergrenzen gemäß Pflegestärkungsgesetz PpSG von 2018 wider, die zwangsläufig durch zu wenig vorhandenes Pflegepersonal zu Schließungen von Behandlungskapazitäten und Versorgungsengpässen führen. Im ärztlichen Dienst kristallisiert sich ebenfalls in den letzten Jahren der Fachkräftemangel heraus und führt zu Praxisschließungen aufgrund fehlender Nachbesetzungen vor allem in ambulanten Einheiten.

Die ambulante Krankenversorgung des Landes Schleswig-Holstein wird maßgeblich durch die vertragsärztliche Versorgung sichergestellt. Die Interessen der über 5.800 Vertragsärzte und Physiotherapeuten werden durch die KVSH vertreten. Gerade in der ambulanten Versorgung verzeichnet das Land Schleswig-Holstein einen hohen Grad an Facharztmangel. Allein 600 von 2.000 Hausärzten sind älter als 60 Jahre und betreiben ihre Praxen vor allem in ländlichen Regionen SH. Oftmals entfallen pro Arzt mehr als 2.000 Patientinnen und Patienten über weitere Strecken, die zumutbare Entfernung gemäß G-BA wird teilweise überschritten. Daher sollte es zwingend eine Debatte zur doppelten Facharztstruktur geben.

⁷ IUB, Analyse Beschäftigung 1/2022 Schleswig-Holstein

In der Bedarfsplanung Schleswig-Holsteins wird seit der Nivellierung der Richtlinie ab 30.06.2019 die Auswirkung von Sozial- und Morbiditätsstruktur zusätzlich zu den demographischen Faktoren berücksichtigt.⁸ Die Bedarfsplanung aus 2012 hatte aufgezeigt, dass im Hinblick auf Mitversorgungsbeziehungen im hausärztlichen Bereich, insbesondere zwischen Hamburg und Schleswig-Holstein, ein Wachstum der Patientenströme zu verzeichnen war. Die neue Bedarfsplanung berücksichtigt nunmehr zwei Verhältniszahlen für Schleswig-Holstein, eine für die Planungsbereiche Kiel/Lübeck und eine für die verbleibenden Versorgungsgebiete. Die Reglementierung der Verhältniszahlen führte zur Stärkung des ländlichen Bereichs sowie zur Verbesserung der Versorgung an der Westküste und die Einführung von Mindestquoten sorgen für eine stabilere Versorgung in der spezialisierten Behandlung.

Die Öffnung für Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen ist bereits über die Regelungen zur Ambulanten spezialärztlichen Versorgung, kurz ASV (§116b-Nachfolger) erfolgt, inzwischen gibt es in Schleswig-Holstein 50 ASV-Teams, Tendenz steigend (Stand 2022).

In 2020 wurde zur Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der KVSH-Strukturfond⁹ für die Förderung von insbesondere ländlichen Strukturen eingeführt. Im Mittelpunkt des Programmes steht ein neues Versorgungsmodell, das hausärztliche Teampraxen (nachfolgend „Gesundheitszentren“ genannt) finanziert, um der Tendenz von Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. Über die letzten zwei Jahre wurden so aus 18 definierten Förderregionen mehrere Modellprojekte realisiert. In diese Gesundheitszentren sind alle hausärztlichen und spezialärztlichen Vertragsärzte oder Ärzte in Anstellung eines Zentralen Ortes¹⁰ für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in einem Radius von 10 bis 15 Kilometern integriert. Wichtige Elemente der Gesundheitszentren sind darüber hinaus Routine-Hausbesuche durch weitergebildetes medizinisches Praxispersonal, telemedizinische Angebote und die Weiterbildung angehender Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin¹¹.

Um eine Verbesserung der ambulanten, medizinischen Versorgung vor allem in den ländlichen Strukturen Schleswig-Holsteins zu erreichen, haben sich in den letzten Jahren zahlreiche Praxisnetze etabliert, die meist aus regionalen oder aber fachgruppenübergreifenden Zusammenschlüssen von Ärzten bestehen. Als Interessenvertretung agiert hier der Dachverband der Praxisnetze mit 21 angeschlossenen Arztnetzen. Hauptziele der Zusammenschlüsse sind vielfach qualitäts- und effizienzorientierte Aspekte, grundsätzlich aber die Sicherung der Freiberuflichkeit im Gesundheitswesen und damit zufolge die ambulante Versorgungssicherung für die Patientinnen und Patienten gewährleisten.¹²

Ambulante Versorgung wird inzwischen an vielen Kliniken ebenfalls sichergestellt, allerdings kann eine auskömmliche Finanzierung der ambulanten Strukturen und Prozesse in den Kliniken nicht hinterlegt werden. Zudem sind die damit verbundenen Beantragungen zur Erbringung der Leistungen so komplex und aufwendig, dass dies nicht im Verhältnis steht (z. B. bei Verträgen zur Integrierten Versorgung oder bei Ermächtigungen).

⁸ Bedarfsplan 2020 für den Bezirk der KVSH, Fortschreibung in 2022, Stand 01.11.2022

⁹ Strukturfond nach § 105 Abs. 1a SGB V

¹⁰ Definition gem. <https://kvsh.de/perspektiven/teampraxen>

¹¹ Vgl. Stellungnahme der KVSH zum Gesetzesentwurf der Fraktion AfD „Entwurf eines Gesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum“ (Drucksache 19/1612) und dem Antrag der Fraktionen CDU, B'90/Die Grünen und FDP zum genannten Gesetzesentwurf (Umdruck 19/3425) v. 08.05.2020

¹² Vgl. <https://dnp-sh.de>

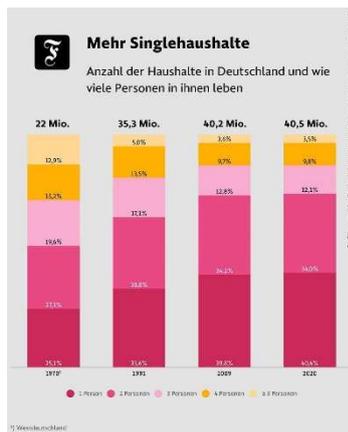
Gemäß Klinikradar.de¹³ gibt es in Schleswig-Holstein 121 Kliniken, die die Versorgung in Schleswig-Holstein sicherstellen. Aufgrund der Vielzahl muss hierbei differenziert werden. Allein nach Klinikstandorten verteilen sich 50 Krankenhäuser auf sechs Städte. Auch bei dieser Betrachtung ist noch keine Beurteilung der Versorgungsstufe vorgenommen. Gemäß der zuvor ausgeführten, anstehenden Veränderung in den Versorgungsstufen ab 2023 werden vermutlich 66 Standorte in die Analysen mit einbezogen werden können, da nur sie den Kriterien einer somatischen Versorgung entsprechen. Nicht erwähnt sind dabei Standorte mit rein spezialfachärztlicher Versorgung, psychiatrischer Angebote oder Standorte mit rehabilitativer Behandlung.

Für die medizinische Versorgung von 2,9 Mio. Schleswig-Holsteinern bedeutet dies nach ersten Einschätzungen für die stationäre Behandlung komplexer Fragestellungen, dass fünf Kliniken der Kategorie Schwerpunktversorgung und 5 Kliniken der Kategorie Maximalversorgung vorhanden sind. Gemessen an der Zahl der in 2022 versorgten ca. 900.000 stationären Fälle in allen Kliniken und dem dafür benötigtem Fachpersonal zeigen sich Unverhältnismäßigkeiten auf. Der dringliche Wunsch nach Einstufung der medizinischen Indikationsstellung und abgestufter sowie sektorübergreifender Versorgung wird hierin transparent.

In Deutschlands Kliniken gibt es ein umfassendes Versorgungsangebot zur Behandlung von Krankheiten auf körperlicher Ebene. Die sogenannte somatische Versorgung erstreckt sich von der Geburt bis hin zur palliativen Versorgung. In dem dazwischen gelagerten Portfolio kann jede/r Patientin/Patient nach Beschwerdelage differentialdiagnostisch versorgt werden, Funktionsdiagnostik rundet das Bild ab. Regulierender Faktor ist in den letzten Jahren die Bettenkapazität, die sich aufgrund der Pflegebemessungen drastisch reduzierten. Somit wird auch das bestehende Versorgungsangebot weiter verknüpft und diese Abwärtsspirale kann durch Personalengpässe und qualitative Unterschiede in der Versorgung in eine Notstandssituation führen.

Ungeklärt bleiben ebenfalls die Finanzierungslücken für höchst komplexe, spezialfachärztliche Versorgung (sofern nicht ausreichend über die ASV finanziert), Extremkostenfälle (stationäre Fälle, die durch die Art ihrer Behandlung und Komplexität niemals kostendeckend sein können) und für die Notfallversorgung. In den letzten Jahren haben sich die Patientenströme immer mehr zu einer Akutversorgung entwickelt. Behandlungen werden aufgrund privater Umstände verschoben, fachärztliche ambulante Behandlung ist erst nach mehreren Monaten wegen langer Wartelisten möglich oder die Notaufnahme des Krankenhauses wird als Erstkontakt bevorzugt, mit der Folge der Überlastung der Notfallversorgung. Zirka 60-70 Prozent der Aufnahmen in der stationären Versorgung beruhen auf Notfällen, wobei der Großteil dieser Patientinnen und Patienten durch eine integrierte Notfallversorgung akut versorgt werden könnte. Eine Entlassung in die häusliche Gemeinschaft ist vielfach nicht möglich, da die Versorgung dort aufgrund der angestiegenen Ein-Personen-Haushalte oder nachgelagerten Pflegeeinrichtungen nicht sichergestellt ist. Daraus resultieren wiederum längere Aufenthalte in Kliniken.

¹³ <https://klinikradar.de/kliiken/in/schleswig-holstein>



Die auskömmliche Finanzierung von Kosten, die zur Erbringung von Leistungen und zum Bereithalten der erforderlichen Betriebskapazitäten zwingend hinterlegt werden müssen, wird in den letzten Monaten in Fachkreisen vielschichtig diskutiert. Zum einen sollen nicht spezialisierte Kliniken des Versorgungslevels 1 die sogenannten Vorhaltekosten durch degressive, nicht verweildauerabhängige Tagespauschalen erhalten und zum anderen sollen alle Kliniken der höheren Levelstufen eine zusätzliche Finanzierung ihrer Strukturkosten sichergestellt bekommen. Die Kalkulation der Vorhaltung soll ebenso wie die Kalkulation der fallabhängigen Entgelte durch das InEK¹⁴ erfolgen. Da bisher die Entgeltkalkulation auf Basis historischer Daten der Kalkulationshäuser erfolgte, wird die Berechnung dieser neuen Methode eine Herausforderung an alle Beteiligten.

In einem Beschlusspapier der Amtschefkonferenz der Gesundheitsminister sprachen sich die Bundesländer nun gegen die Einführung der bundeseinheitlichen Versorgungsstufen der geplanten Krankenhausreform aus. Mit dem Verweis auf die Zuständigkeit der Länder hinsichtlich der Krankenhausplanung und den zuvor benötigten Maßnahmen zur Entbürokratisierung, die durch die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Strukturreform nicht ausreichend berücksichtigt wird, wurde der Expertenkommission des BMG und den Selbstverwaltungspartnern die Überarbeitung der bisherigen Reformvorschläge abverlangt.¹⁵ Allerdings haben die Länder diese Zuständigkeit in der Vergangenheit nicht genutzt.

Zum 05.05.2023 wurde mittlerweile seitens BMG ein „Entwurf eines Basismodells zur geplanten Krankenhausreform als Grundlage für eine erste Folgenabschätzung“ zur Diskussion in der Klausursitzung des Koordinierungskreises vorgelegt. Darin geht eine erste von vier Folgenabschätzungen auf ein mögliches Basismodell (angelehnt an das Bundesland NRW) ein und stellt die für die beschriebenen Leistungsgruppen notwendigen Qualitätskriterien dar.¹⁶

Fazit: Mit den bisherigen Vorschlägen des BMG zur Krankenhausreform wird versucht, den strukturellen und finanziellen Herausforderungen eine Lösung zu geben. Die schon lange notwendige, qualitative Bereinigung des Krankenhausmarktes kann durch den aus NRW eingeschlagenen Weg richtungsweisend erfolgen. Ein klarer Bevölkerungsbezug der Krankenhausplanung mit regionaler Koordinationsfunktion durch die Maximalversorger/Universitätskliniken ist zentral, um für die Krankenhäuser eindeutige Versorgungsaufträge zu formulieren und ihre wirtschaftliche Existenz abzusichern.¹⁷

¹⁴ InEK Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

¹⁵ Ärzteblatt.de vom 08.05.2023, „Krankenhausreform: Bundesländer sprechen sich gegen die Versorgungsstufen aus“

¹⁶ Entwurf eines Basismodells zur geplanten Krankenhausreform als Grundlage für eine erste Folgenabschätzung des BMG vom 05.05.2023

¹⁷ Gemeinsame Pressemitteilung von VUD, AKG, DKG, GKV-Spitzenverband vom 16.05.2023

Patientenzentriert versorgen - Gesundheitsmodellregion einrichten - Sektorenverbindend handeln statt reden¹⁸

Wie im Auftrag beschrieben, sollen anhand bestehender Patientenströme, geeignete Modellprojekte zur Lösung definiert werden. Patientinnen und Patienten suchen sich ihre medizinische Versorgung dort, wo sie schnell und leicht verfügbar ist. Da vielfach die Regionen in Schleswig-Holstein nicht auskömmlich für alle Bedarfe versorgt¹⁹ sind, gehen oder fahren die Patienten in versorgungsstärkere Gebiete. Dies ist meist der nächstgelegene Ballungsraum.

Um geeignete Modellregionen mit einem Modellvorschlag zu hinterlegen, muss zunächst auf die Struktur des Kreises geschaut werden. Kreise mit geringen Besiedlungen sind Dithmarschen (94 Einw./km²), Nordfriesland (80 Einw./km²), Schleswig-Flensburg (98 Einw./km²) und Plön (120 Einw./km²) und bieten sich für notwendige Veränderungen an. Alle benannten Regionen verfügen über ein oder mehrere Krankenhäuser, es gibt durch Städte bedingte höhere Bevölkerungsdichten und dünn besiedelte ländliche Regionen²⁰. In allen Regionen gibt es bereits jetzt Herausforderungen, hauptsächlich in der Besetzung von qualifiziertem Fachpersonal, aber vor allem in ländlichen Regionen wird die „Landarztquote“ thematisiert.

Modellregion Nordfriesland:

Das Klinikum Nordfriesland versorgt mit mehreren Standorten sowohl das Festland als auch die Inseln der Region. Die Hausarztichte ist in den Gemeinden je nach Lage unterschiedlich. Ein Projekt der AktivRegion Südliches Nordfriesland aus 2017 zeigt, dass die medizinische Versorgungslage nach Schließung der Klinik in Tönning Ende 2016 zu eklatanten Versorgungsengpässen führte.²¹ Patientenabwanderungen nach Husum, Rendsburg und Kiel waren die Folge.

Modellregion Plön:

Die Klinik Preetz sichert in der Region die medizinische Versorgung im Kreis Plön mit sechs Fachdisziplinen und einer reduzierten Notfallversorgung. Aufgrund der Kriterien des Krankenhausstrukturgesetzes könnte die Klinik in das Level 1n kategorisiert werden. Den Medienberichten zufolge sind aber nicht alle Behandlungen gesichert (Gynäkologie) und die Geschäftsführung zeigt sicherlich aufgrund der strukturellen Schwierigkeiten keine Kontinuität. Ähnlich wie die zuvor genannte Modellregion verfügt der Kreis Plön über eine unterschiedliche Hausarztichte, in Badeorten mit einer höheren Dichte als in anderen Orten. Es werden Patientenströmungen Richtung Neustadt, Lübeck aber vor allem nach Kiel erkennbar.

Genereller Vorschlag zur Gestaltung:

Die Möglichkeiten zur Gestaltung sind vielfältig, häufig komplex und intransparent, allerdings sollten sich hier die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten widerspiegeln.

Die Patientin /der Patient wünscht sich eine ortsnahe Behandlung, entweder in der Nähe seines Heimatortes oder der Arbeitsstätte. Eine schnelle und verbindliche Verfügbarkeit ist wichtig, aber bei

¹⁸ Schleswig-Holsteinischer Landtag Drs. 20/733 (neu)

¹⁹ Vgl. KVSH Bedarfsplan 2020, Stand 2022

²⁰ https://statistik-nord.de/fileadmin/dokumente/statistische_berichte/bevoelkerung

²¹ Ausschreibung der Machbarkeitsstudie Medizinische Versorgung Eiderstedt, Dezember 2017

komplexen, medizinischen Fragestellungen fehlt dort die Maximalversorgung und die damit verbundene Routine. Daher sollte eine längere Fahrzeit für eine qualitativ bessere Patientenversorgung, wie in vielen europäischen Ländern, akzeptiert werden. Die Behandlungsergebnisse sind in diesen europäischen Ländern schon heute besser als in Deutschland.

Der junge Patient ist medienaffin und nutzt Informationsquellen zur Recherche, die eine zügige Schlussfolgerung und Hilfestellung bieten. Der ältere Patient sieht eher die persönliche Ansprache und die Vertrauensbasis im Vordergrund, die nachhaltige Behandlung ist für ihn wichtig. Um allen Ansprüchen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, bedarf es unbegrenzter Verfügbarkeiten in der derzeitigen Versorgung oder eine generell anders gestaltete Versorgungsgrundstufe.

Das bestehende Finanzierungssystem der Krankenversorgung hat in seinen relativ starren Strukturen der sektoralen Versorgung durch verschiedene Ansätze versucht, die Grenzen aufzubrechen und eine Zusammenarbeit zu ermöglichen (vgl. §140 SGB V Integrierte Versorgung). Diese institutionellen Ansätze sind jedoch selten anwendbar und bestehen auf freiwilligen oder gar überobligatorischen Lösungen.

Eingehend auf patientenbezogene Konzepte für die sektorübergreifende Versorgung (süV) bleibt die Finanzierung häufig erschwert. In diesen Ansätzen wird zwischen *durch den Hausarzt gesteuerten Regelfall in Kooperation* und *den Facharzt betriebenen Spezialfall* unterschieden und die Behandlung orientiert sich am momentanen Krankheitsverlauf. Beide Konzepte scheitern, wenn es an den versorgenden Fachkapazitäten in der ländlichen Region mangelt und zudem die Möglichkeit für Interventionen im Notfall nicht geregelt ist.²²

Populationsbezogene süV-Konzepte greifen den Aspekt der kooperativen Gemeinschaft unter einem Dach und die damit verbundene kurzen Kommunikationswege auf. Eine Umsetzung dieses Ansatzes findet sich bereits in Schleswig-Holstein. Das in Büsum seit 2017 durch die Bosch-Stiftung geförderte Projekt zeigt ein andersartiges berufs- und fachgruppenübergreifendes Arbeiten. Neu in diesem Projekt sind nichtärztliche Praxisangestellte, sogenannte NÄPA, die nach entsprechender Weiterbildung Aufgaben wie Kontrollmessungen, Blutentnahmen und Hausbesuche übernehmen und somit den Arzt entlasten. Hieraus resultiert zudem die Nachwuchsförderung und die Integration von verschiedenen Altersklassen in die medizinische Betreuung.²³

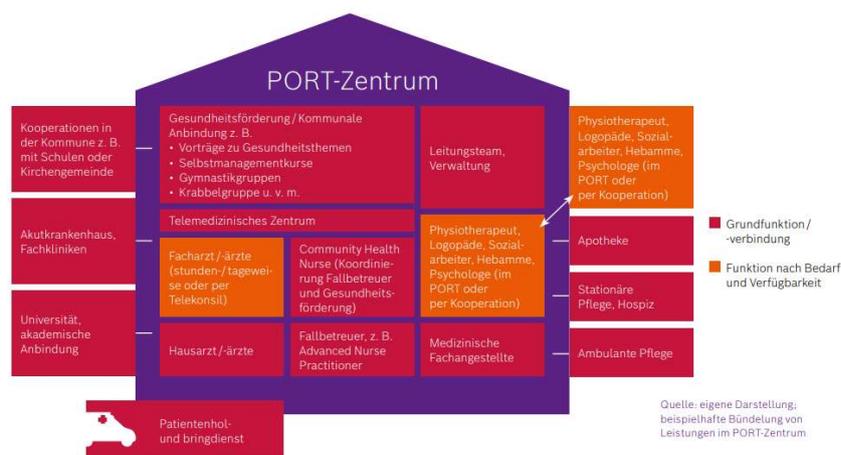


Abb. S. PORT, Robert-Bosch-Stiftung²⁴

²² Vgl. ÖGD (gesundheit-nds-hb.de)

²³ <https://aerztezentrum-buesum.de/>

²⁴ https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer_012021.pdf

Nimmt man diese Idee auf und integriert dann die Ansätze zur tagesgleichen Behandlung von Patienten gem. §115f, könnten Zentren geschaffen werden, die sowohl einen außerordentlich hohen Versorgungsstandard bieten als auch die Kliniken entlasten.

Mit dem ersten Aufschlag der Etablierung von Integrativen Gesundheitszentren (IGZ) ist jedoch nur eine Seite der Medaille der süV betrachtet. Eine tatsächliche sektorübergreifende Versorgung mit z.B. Übernachtungsmöglichkeiten zur 24h-Arztpräsenz, Kurzzeitpflege oder einer Aufnahmepflicht für die wohnortnahe Weiterbetreuung nach Versorgung aus Level 2/3-Kliniken kann nur dann stattfinden, wenn alle versorgenden Einheiten als Mitwirkende eingebracht werden. Eine Verzahnung der Beteiligten wird aber nur dann passieren, wenn sie selbst einen Nutzen davon ableiten können. Daher wird dringend empfohlen, die Zusammenarbeit im Vorwege zu definieren.

In einer Realisierung der IGZ ist ein wichtiger Bestandteil, dass die Versorgung zu „überwachender“ Patientinnen und Patienten erfolgt. Dieses Monitoring ist derzeit aufgrund fehlender Finanzierung der dafür notwendigen Qualitätsmerkmale nur in Verbindung mit stationären Versorgungen möglich und wird meist als „ambulantes Potential“ bei Kontrollen durch den Medizinischen Dienst moniert.

Ein weiterer notwendiger Bestandteil ist ebenfalls die entgegengesetzte sektorübergreifende Behandlung an einer spezialisierten Einheit einer Klinik. So muss es beispielsweise auch möglich sein, eine kardiale Spezialversorgung nach Eingriffen ambulant durchzuführen, ohne den Haus- und Fachärzten die Versorgung zu „entziehen“. Hier müssen ebenfalls die Kriterien von abgestufter Versorgung gelten und somit eine hochspezialisierte ambulante Versorgung den Fachexperten zugestanden sein.

Die geplante Notfallversorgung des Bundes setzt mit einem Integrierten Notfallzentrum im Krankenhaus (INZ)²⁵ genau an diesem Punkt an. Ein langer „Tresen“ soll dem Patienten in Level 2/3 Kliniken eine 24/7 verfügbare Anlaufstelle bieten, ohne dabei stationäre Einheiten zu überlasten. Durch die Triagierung der Patienten muss eine qualifizierte Eingruppierung in eine optimale Versorgungsstufe gewährleistet sein. Andere Aspekte wie bspw. Funktionsuntersuchungen zu radiologischen Einschätzungen der Symptome des Patienten sollten in der Refinanzierung in verschiedenen Versorgungsstufen zudem hinterlegt werden.

In dem untenstehenden Vorschlag ist es zwingend erforderlich, dass eine ärztliche und nichtärztliche Besetzung der IGZ durch die Kliniken Level 1 und Fachkliniken erfolgt. Voraussetzung dafür ist, dass sie weitergebildetes Personal erhalten, das durch die Aufgabe der Universitätsmedizin in der Rotation in Lehrkrankenhäuser sichergestellt wird. Darüber hinaus sollte die Verantwortung der Triagierung von „Bagatellfällen“ im IGZ liegen und eine Einweisung in die höheren Level-Krankenhäuser nur nach entsprechender Indikationsstellung der Zuordnung zur den Leistungsklassen gem. Krankenhausreform erfolgen. Eine Definition der Vorhaltepauschalen sollte die IGZ integrieren.

²⁵ <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/>

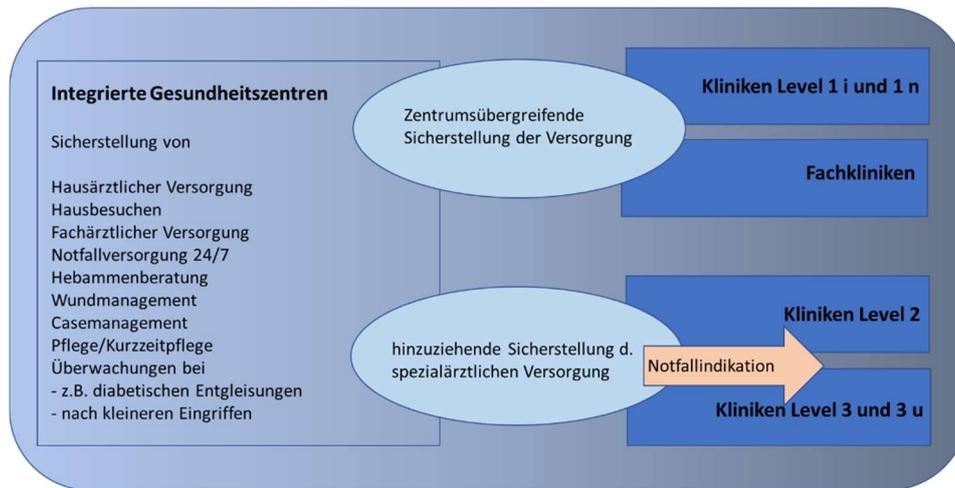


Abb. Schematische Darstellung der Gesundheitsversorgung in SH im Modellprojekt

Basierend auf den Modellprojekten ergeben sich die bislang gebahnten Patientenströme aus der Nichtverfügbarkeit am Heimatort und an der vermeintlich höheren Expertise in Ballungszentren. Um eine weitere Zunahme der Patientenströme in Ballungsgebiete abzuwehren, ist es wichtig, den Ursachen in den ländlichen Regionen zu entgegnen. In der praktischen Umsetzung in beiden Modellprojekten wird eine vorherige Wahl der IGZ dringend geraten.

Nach einer ersten Einschätzung wird für die Modellregion Kreis Plön die Etablierung von vier IGZ-Standorte in Plön, Preetz, Laboe und Lütjenburg vorgeschlagen, die die Steuerung in das Krankenhaus Level 1n Preetz oder die Versorgung in den höheren Levelstufen operationalisieren.

In der Modellregion Nordfriesland werden vier IGZ-Standorte auf dem Festland empfohlen (Husum, Niebüll, Sillerup und Tönning), aber auch für die Versorgung der Inseln an den Standorten Wyk auf Föhr und Westerland auf Sylt. Auch hier kann dann die Steuerung in die Klinikstandorte erfolgen, hier sollte allerdings die Notwendigkeit aller Standorte hinterfragt werden.

Eine Aufgabe der Landesregierung liegt hierbei in der Delegation der Koordination und der übergeordneten Aufgaben, die am besten durch die höchste Versorgungsstufe, in dem Fall dem UKSH übertragen werden sollte.

Die Finanzierung der Modellprojekte sollte durch Kalkulation und Mittelverwendung erfolgen. Eine Finanzierung des Roll-Outs muss durch eine 2-Säulen-Refinanzierung gesichert werden: Vorhaltekosten und Leistungserbringung durch die Kostenträger des Gesundheitssystems und regionale Strukturkosten durch die Landesfinanzierung.

Dieses Papier kann aufgrund der Kürze der Zeit und auch der noch nicht vollständig erfolgten Nivellierung der Gesetzgebungen nicht alle Aspekte der Gesundheitsversorgung wiedergeben. Dennoch sollten die hier beschriebenen Maßnahmen zu einer Verbesserung in der Versorgung und auch für die Attraktivität der Branche beitragen.

Constanze Wildenhain

Kiel, 17.05.2023