



Teil 2

Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland

Fachlicher Bedarf, Struktur und
systemische Einordnung

Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland

Fachlicher Bedarf, Struktur und
systemische Einordnung

Dr. Matthias Gruhl

Inhalt

Zusammenfassung	5
Einleitung	10
Intention des zweiten Teils der dreiteiligen Expertise	10
Methodik und Vorstellung der eingebundenen Expertinnen und Experten	11
Literaturüberblick	12
Ergebnisse aus den Experteninterviews	19
Themenfeld 1: Spezifizierung des fachlichen Bedarfs	19
Nutzen für die Patientenversorgung	19
Indikations- und Leistungsspektrum der kGÜv	22
Die kGÜv im Kontext der regionalen Versorgung	28
Auswirkungen auf die Struktur der Krankenhausversorgung	29
Die besondere Rolle der Kommunen	30
Themenfeld 2: Strukturelle Voraussetzungen von Interimskliniken	32
Größe bzw. Bettenzahl der Interimskliniken	32
Notwendige sächliche Ausstattung	33
Personelle Voraussetzungen	34
Leitungsfunktion	36
Interprofessionelle Zusammenarbeit	37
Trägerschaft	38
Exkurs: Delegation und Substitution – Unzeitgemäße Kampfbegriffe für ein neues kooperatives Berufsverständnis	39
Themenfeld 3: Systemische Einordnung	42
Schnittmengen mit der bestehenden stationären Versorgung	43
Schnittmengen mit der ambulanten Versorgung	47
Schnittmenge mit der pflegerischen Versorgung nach SGB XI	51
Exkurs: Neue Konzepte und Modelle einer erweiterten pflegerischen Versorgung	52
Fazit und Ausblick	57
Abkürzungen	58
Impressum	59

ZUSAMMENFASSUNG

ZIELSETZUNG, METHODIK, LITERATUR

Brauchen wir in Deutschland als Ergänzung der hausärztlichen Versorgung kurzstationäre Interimskliniken? Können solche Einrichtungen Krankenhausbehandlungen für eine relevante Zahl von Patientinnen und Patienten ersetzen? Oder verhindern nach Abschluss der medizinischen Behandlung die noch notwendigen pflegerischen oder gesundheitstherapeutischen Maßnahmen eine sofortige Entlassung in die Häuslichkeit?

In der ersten von drei Expertisen zu diesem Themenfeld mit dem Titel „Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) – Zusammenstellung der realisierten, geplanten und gescheiterten Modelle“¹ (2022) hat die Bertelsmann Stiftung 17 Modelle in Deutschland vorgestellt, die diese Fragen für sich bejaht haben. Es zeigte sich aber, dass eine solche kGÜv innerhalb der heutigen Regelversorgung nicht umzusetzen oder nur mit Sondermitteln machbar ist.

Seit mindestens acht Jahren wird das Modell einer kGÜv in der Literatur positiv bewertet. In der letzten Zeit wird ein entsprechender Bedarf – auch im Rahmen der anstehenden Veränderungen in der stationären Versorgung – zunehmend in Stellungnahmen und Gutachten bestätigt, zuletzt durch die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Ein umsetzungsfähiges Modell ohne tiefgreifende Änderungen der gegebenen Normen und Verantwortlichkeiten konnte aber bisher nicht präsentiert werden.

Für die hier vorliegende zweite Expertise befragte die Bertelsmann Stiftung 17 fachlich versierte Expertinnen und Experten aus der Versorgung. Alle konstatierten die Notwendigkeit für diese zusätzliche Behandlungsform. Im Detail äußerten sich die Befragten zu den Voraussetzungen, Strukturen und Implementationsmöglichkeiten für die kGÜv.

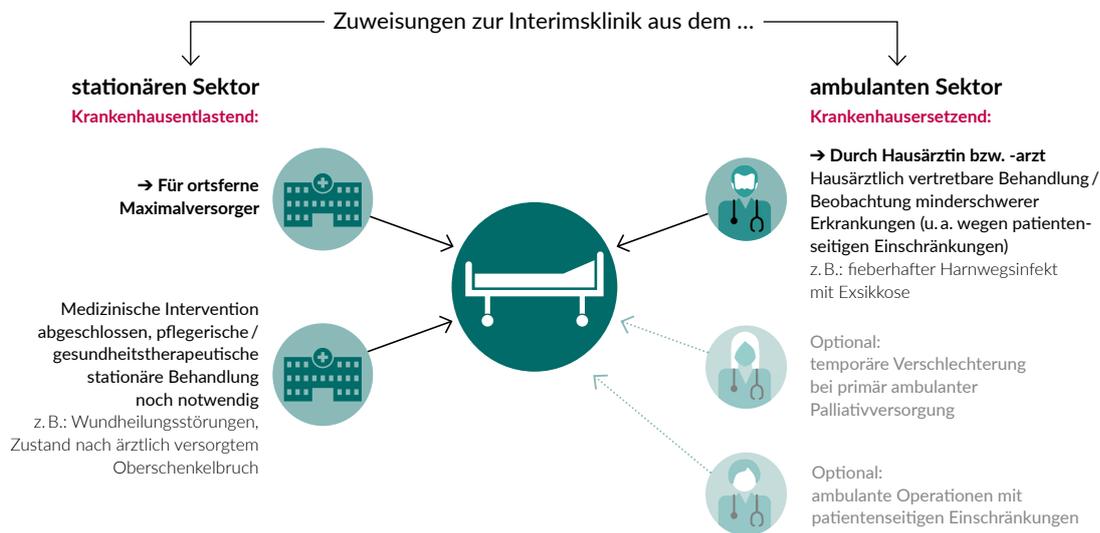


SPEZIFIZIERUNG DES FACHLICHEN BEDARFS

Profitieren würden besonders Patientinnen und Patienten, die nur über ein eingeschränktes Hilfesystem verfügen und/oder persönliche Einschränkungen aufweisen. Wenn diese Menschen wegen einer akuten, an sich hausärztlich beherrschbaren Erkrankung temporär nicht mehr oder noch nicht wieder im heimischen Umfeld betreut werden können, bieten sich Interimskliniken für die kGÜv an.

1 Bertelsmann Stiftung (Hg.) und Gruhl, M. (2022): Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland – Zusammenstellung der realisierten, geplanten und gescheiterten Modelle; <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/kurzstationaere-grund-und-uebergangsversorgung-in-deutschland> (abgerufen am 02.12.2022)

ABBILDUNG 1: Zuweisungsmöglichkeiten zur Interimsklinik



Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

Die kGÜv kann sowohl als erweiterte hausärztliche Versorgung zur krankenhausersetzenden Grundversorgung als auch zur Krankenhausaufenthalte verkürzenden Übergangsversorgung zwischen der stationären Behandlung und der Häuslichkeit eingesetzt werden. Weitere kurzstationäre Behandlungsanlässe können hinzukommen (siehe Abbildung 1).

Das Leistungsspektrum sollte nicht allein durch die Auflistungen geeigneter ICDs/DRGs mit niedriger Verweildauer und Fallschwere bestimmt werden, sondern zusätzlich auf den individuellen Notwendigkeiten und Einschränkungen der Patientinnen und Patienten beruhen. Ein gut nutzbares Konzept, diese zu definieren, bilden die personenbezogenen Kontextfaktoren des erweiterten AOP-Katalogs nach § 115b Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ob künftig sektorengleiche Finanzierungsformen, wie sogenannte Hybrid-DRGs, genutzt werden können, bleibt abzuwarten.

Für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung hat die regionale gesundheitsbezogene Versorgungsstruktur eine herausragende Bedeutung. Dies greift der Koalitionsvertrag auf und will die Versorgung stärker regional ausrichten. Hier gliedert sich die kGÜv als ergänzender Versorgungsbaustein ein, wird aber durch die jeweiligen regionalen Angebote geprägt. Ländliche Interimskliniken haben eine stärker kompensatorische Funktion als Einrichtungen in sozial belasteten Ballungsgebieten. Vorrangig wird ein Bedarf für Regionen gesehen, in denen die Krankenhausversorgung konzentriert wurde und nicht mehr ortsnah angeboten wird. Aber auch in den sozial benachteiligten urbanen Regionen kann ein Bedarf an Interimskliniken als Ergänzung zur primärmedizinischen Versorgung konstatiert werden.

Die anstehende Krankenhausreform wird zu einer Konzentration der stationären Versorgung führen. In den genannten Regionen bieten sich Angebote der kGÜv als Teil eines ambulanten/ kurzstationären Angebotspakets an und können kompensatorisch wahrgenommen werden. Telemedizinische Spezialsprechstunden unterstützen diesen Ansatz. Bestenfalls verläuft dieser Prozess mit einem längeren Planungsvorlauf, bevor die Schließung eines Krankenhauses erfolgt.

In einem solchen Transformationsprozess kommt den Kommunen eine zunehmende Bedeutung zu. Sie haben ein hohes Interesse an einer möglichst umfassenden gesundheitlichen Versorgung ihrer Bevölkerung. Zunehmend übernehmen sie dabei eine aktive Rolle in der Gestaltung, insbesondere bei einer Konzentration der stationären Versorgung – bis hin zur kGÜv. Im patientenbezogenen Case Management, das für die kGÜv unverzichtbar ist, ist die Kooperation mit den kommunalen Hilfen entscheidend.

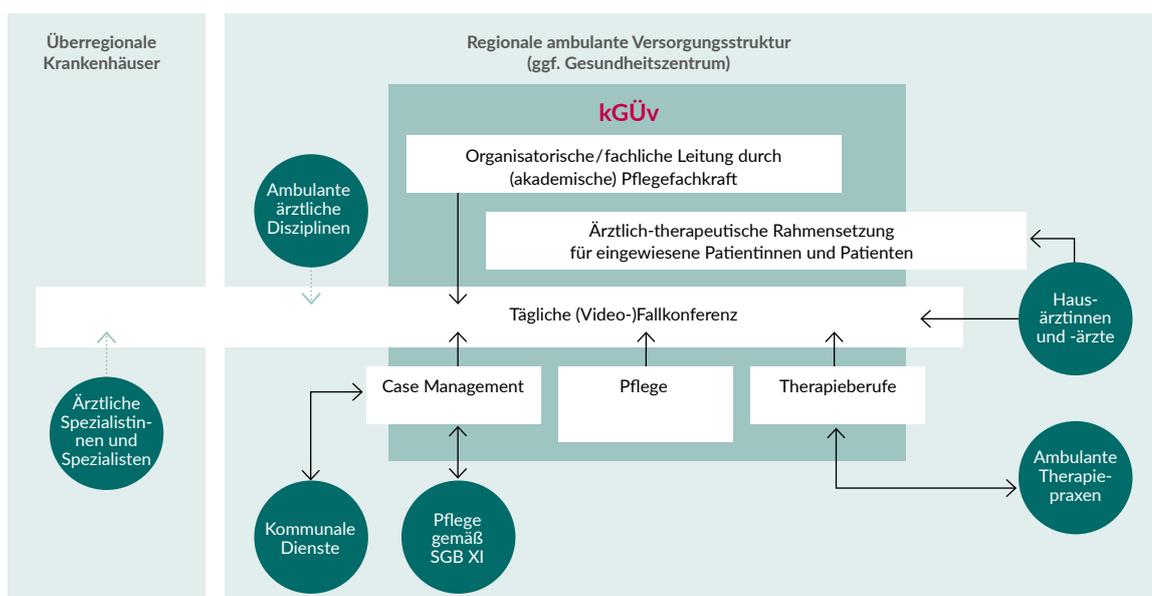
STRUKTURELLE VORAUSSETZUNGEN FÜR INTERIMSKLINIKEN

Klinikerersetzend könnten mindestens 20 Prozent von hausärztlichen Akuteinweisungen durch Interimskliniken behandelt werden. Einige Expertinnen und Experten beziffern den Prozentsatz, insbesondere für akute Einweisungen aus Pflegeeinrichtungen, sogar deutlich höher. Das Potenzial für die Übergangsversorgung kommt hinzu. Auf dieser Basis werden durchschnittlich 15 Betten pro Standort einer Interimsklinik als bedarfsnotwendig ausgewiesen. Diese Größenordnung stimmt mit den Bettenzahlen bei den im ersten Teil der Expertise dokumentierten Modellen überein.

Die Ausstattung wird an elementare Bedarfe der Überwachung, Pflege und der gesundheitstherapeutischen Berufe angepasst. Weiterführende Diagnostik findet in der kGÜv nicht statt.

Die ärztliche Betreuung kann bei dem definierten Leistungsspektrum fachlich von der hausärztlichen Versorgung abgedeckt und bei Bedarf durch telemedizinische Zuschaltungen von weiterer ärztlicher Expertise ergänzt werden. Hauptamtliche ärztliche Kompetenz wird grundsätzlich nicht vorgehalten. Neben gesundheitstherapeutischen Berufen und einem professionellen Case und Care Management wird in der kGÜv die tragende Rolle der Pflege betont. Erforderlich ist eine qualifizierte (akademische) Ausbildung der pflegerischen Fach- und Leitungskräfte, um den erweiterten Erwartungen an die Pflege für den therapeutischen Prozess gerecht zu werden.

ABBILDUNG 2: Organisation der berufsgruppenübergreifenden Kooperation



Quelle: Eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

Die bisherige strikte Zurückweisung der Substitution heilkundlicher Leistungen durch die Ärzteschaft erschwert die notwendige Zusammenarbeit der Pflege und der Ärztlichkeit in der kGÜv. Die Realität hat die Position der ärztlichen Standesorganisationen überholt. Aufgrund immer besser (auch akademisch) ausgebildeter Gesundheitsfachberufe nimmt der Umfang von delegierbaren Leistungen zu, die Grenzen zwischen beiden „Kampfbegriffen“ verschwimmen – zumal sie nie rechtlich sauber definiert waren. Die durch die §§ 63/64 SGB V eröffneten Spielräume beschleunigen den Prozess. Vorgeschlagen wird, eine neue interprofessionelle Zusammenarbeit durch Leitlinien zu erleichtern, die die jeweiligen Kompetenzen diagnosebezogen definieren.

Eine Digitalisierung der internen Abläufe in den Interimskliniken ist nicht nur für die Effektivität und Dokumentation zwingend, sondern sie wird in der kGÜv als Voraussetzung für eine konstante interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich. Nur so kann die nicht dauerhaft präsenste Fachlichkeit aufwandsarm eingebunden werden.

Aus Sicht der Expertinnen und Experten sind unterschiedliche Trägerschaften aus dem ambulanten oder stationären Sektor, aber auch durch Kommunen, Wohlfahrtsverbände oder Pflegeeinrichtungen nach SGB XI vorstellbar.

SYSTEMISCHE EINORDNUNG DER KURZSTATIONÄREN GRUND- UND ÜBERGANGSVERSORGUNG

Die entscheidende Frage für die Einführung der kGÜv lautet: In welchen der drei maßgeblichen Regelkreise der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung (Krankenhaussektor, vertragsärztliche Versorgung oder Pflegeeinrichtungen nach SGB XI) würde sich eine kGÜv unter den heutigen Rahmenbedingungen vorrangig einpassen?

Nach gültiger Rechtslage wird die stationäre Unterbringung an das Krankenhaus gebunden. Einige Voraussetzungen (z. B. in § 107 SGB V) sind aber nicht erfüllbar. Dennoch müsste die kGÜv heute nach rechtlichen Vorgaben am ehesten im Krankenhaus verortet werden.

Mit Investitionsmitteln aus dem Strukturfonds und der gesicherten Finanzierung von Personalmitteln über das Pflegebudget können zwei wichtige Finanzierungsmöglichkeiten für die kGÜv genutzt werden. Sicherstellungszuschläge sind unter den jetzigen Rahmenbedingungen nicht einzusetzen.

Zusammengenommen könnten rechtliche und finanzielle Regelungen die Umsetzung einer kGÜv im Krankenhaussektor unterstützen. Interimskliniken wären nur als ausgelagerte Betriebsstätten von bestehenden Krankenhäusern zu betreiben. Neue gesetzliche Möglichkeiten der Kurzzeit- oder Übergangspflege nach SGB V sind für die kGÜv bisher nicht hilfreich.

Die vertragsärztliche Versorgung wird fachlich als primärer Ort für eine kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung gesehen. Die heutigen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung sind aber nicht passend. In Praxiskliniken dürfen Patientinnen und Patienten „stationsersetzend“ ambulant und stationär behandelt werden – prinzipiell eine gute Möglichkeit zur Umsetzung der kGÜv. In der Realität haben sich Kostenträger sowie Betreiberinnen und Betreiber trotz jahrelanger Verhandlungen nicht auf eine praktikable Umsetzung des Grundgedankens einigen können. Praxiskliniken führen ein Nischendasein. Sie sind im Wesentlichen operativ tätig und haben damit bisher keine Nähe zu der Patientenkiel der kGÜv. Unter den jetzigen Rahmenbedingungen eignet sich auch die belegärztliche Struktur nicht zur Umsetzung der kGÜv.

Die Option, eine kGÜv als integriertes Angebot von Pflegeeinrichtungen anzubieten, sollte nicht ausgeschlossen werden. Die sachlichen, personellen und organisatorischen Schnittmengen von Pflegeeinrichtungen und den Anforderungen einer kGÜv sind offensichtlich. Allerdings müssten dafür noch die notwendigen rechtlichen Spielräume geschaffen werden.

Anhand von vier Beispielen für neue Konzepte und Modelle einer erweiterten pflegerischen Versorgung kann gezeigt werden, dass neben den etablierten ambulanten, stationären oder pflegerischen Angeboten ganzheitliche Ansätze in der Pflege entwickelt werden, die den bisherigen Blickwinkel erweitern. Es gibt in vielen dieser Modelle Parallelen zu den Grundprinzipien der kGÜv. Die Chancen, die sich mit einer kGÜv vor Ort zur Aufrechterhaltung des sozialen und persönlichen Settings für Patientinnen und Patienten bieten, unterstützen die Intention der neuen Pflegeansätze.

FAZIT UND AUSBLICK AUF DEN DRITTEN TEIL DER EXPERTISE

Der vorliegende zweite Teil der Expertise spezifiziert die Struktur, die Anforderungen und die Einbindung von Interimskliniken der kurzstationären Grund- und Übergangsvorsorgung. Aufgrund der gegebenen Bedingungen wäre eine rechtliche sowie abrechnungstechnische Verortung der kGÜv im Krankenhaussektor naheliegend, fachlich spricht allerdings vieles dafür, sie in den ambulanten Sektor einzugliedern. Strukturell und organisatorisch bietet sich die Integration in den bestehenden stationären Pflegesektor nach SGB XI an.

Im dritten Teil der Expertise sollen diese unterschiedlichen Optionen für eine kGÜv mit den wesentlichen Spitzenorganisationen des Gesundheits- und Pflegewesens diskutiert und daraus die fachlich geeignete Möglichkeit entwickelt werden, die die besten Chancen auf eine politische Implementierung hat. Der notwendige rechtliche Änderungsbedarf soll vor einer grundlegenden Strukturreform geklärt sein, um mit dem Angebot einer kGÜv besonders im stationären Sektor kompensatorische Spielräume zu eröffnen.

EINLEITUNG

Intention des zweiten Teils der dreiteiligen Expertise

Die sich wandelnden demografischen, sozialen, pflegerischen und medizinischen Anforderungen an das Gesundheitswesen treffen seit Jahrzehnten auf veränderungsresistente Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung. Beide Bereiche haben ihre eigene systemimmanente Logik entwickelt und verhindern bruchlose Übergänge. Andere Staaten mit ausgeprägten interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen, z. B. Frankreich, Österreich oder die skandinavischen Länder, sind Deutschland qualitativ überlegen. Sie erzielen beispielsweise in der Krebsbehandlung ähnliche oder sogar höhere Fünf-Jahres-Überlebensraten und niedrigere Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen.²

Zusätzlich nehmen die ökonomischen und personellen Restriktionen für beide Sektoren zu. Es ist also dringend geboten, Verschränkungen zwischen den Sektoren umzusetzen, um zu einer resilienten Struktur beizutragen. Die seit Jahrzehnten vom Gesetzgeber eröffneten Möglichkeiten einer verbesserten intersektoralen Zusammenarbeit haben bisher keinen systemrelevanten Anteil an der Versorgung erreicht. Dies gilt auch für die seit 2016 bestehende Option, bei einer notwendigen Konzentration der stationären Versorgung intermediäre Angebote in Form nicht akutstationärer örtlicher Versorgungseinheiten über den Strukturfonds investiv zu fördern (§ 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]).

Das Interesse an einer solchen hybriden Versorgungsform ist deutschlandweit hoch. Dies zeigt der erste Teil der Expertise zur kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv)³, die im Auftrag der Bertelsmann Stiftung im November 2022 vorgelegt wurde. In ihr werden insgesamt 17 beabsichtigte, gescheiterte und partiell realisierte Modellvorhaben für eine kGÜv an 23 Standorten identifiziert. Solche Modelle können wichtige Impulse für diese neue Versorgungsform setzen, sind aber als allgemeingültiger Standard ungeeignet.

Das Fazit der Expertise ist ernüchternd: „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.“⁴

2 Vgl. Hallek, M. (2022): Überlegungen zur optimalen Versorgung von Patienten mit Krebs – ethische, strukturelle, wissenschaftliche und ökonomische Aspekte. Festvortrag, Barmer Versorgungskongress, 18.08.2022, Berlin (nicht veröffentlicht)

3 Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2022), a. a. O.

4 Ebd., S. 33

Es zeichnet sich bisher kein Konsens ab, welche fachlichen, strukturellen, ökonomischen und rechtlichen Anforderungen notwendig sind, um diese intermediäre Versorgungsform zu ermöglichen und zu etablieren. Diese Anforderungen zu definieren, ist Gegenstand der zweiten Expertise der Bertelsmann Stiftung zur Implementation einer kGÜv.

Methodik und Vorstellung der eingebundenen Expertinnen und Experten

Grundlage der Einschätzung ist – neben der Aufarbeitung der vorhandenen Literatur – die Einbindung eines breiten Spektrums von Expertinnen und Experten, die in der praktischen ambulanten und stationären Versorgung oder für diese tätig sind. Alle Interviewpartnerinnen und -partner weisen mit ihren unterschiedlichen professionellen Hintergründen eine direkte fachliche oder systemische Beziehung zur intermediären Versorgung auf. Ferner zeichnen sie sich durch ihre Bereitschaft aus, innovative Überlegungen im Gesundheitswesen zu fördern und sich aktiv für dessen Weiterentwicklung einzusetzen.

Die Inhalte der nun vorliegenden Expertise stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jeder interviewten Person dar. Die teilnehmenden Expertinnen und Experten haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die Bertelsmann Stiftung dankt ihnen sehr herzlich für ihr Engagement.

LISTE DER BEFRAGTEN FACHEXPERTINNEN UND -EXPERTEN (IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE)

- » **Philipp Dickel**, Facharzt für Allgemeinmedizin, Poliklinik Veddel, Hamburg
- » **Volker Eissing**, Facharzt für Allgemeinmedizin in Papenburg, ärztl. Leitung eines regionalen MVZ-Verbundes
- » **Dr. Christian Flügel-Bleienheuft**, niedergelassener Internist, Vorstandsvorsitzender des Gesundheitsnetzes Köln-Süd (GKS)
- » **Hedwig François-Kettner**, ehemalige Pflegedirektorin an der Charité und Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) bis 2019, Pflegemanagementexpertin und Beraterin
- » **Ingo Jakschies**, Projektentwickler für regionale Gesundheitsversorgung, Geschäftsführer der gesunddenken.de GmbH und mehrerer Gesundheitszentren
- » **Dr. Bernadette Klapper**, Bundesgeschäftsführerin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
- » **Dr. Albrecht Kloepfer**, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV)
- » **Sibylle Kraus**, Leitung Sozialdienst und Case Management der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin, Mitglied des Vorstandes der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
- » **Ann-Christin Reimer**, Pflegedirektorin Krankenhaus Hedwigshöhe – Alexianer Berlin-Hedwigkliniken
- » **Jürgen Richter**, Geschäftsführer der Salus Altmark Holding gGmbH
- » **Friedemann Salzer**, Projektkoordinator des PORT Gesundheitszentrums Schwäbische Alb
- » **Michael Sander**, Geschäftsführer der ASB Sozialeinrichtungen (Hamburg) GmbH

- » **Prof. Dr. Martin Scherer**, Direktor des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- » **Prof. Dr. Joachim Szecsenyi**, em. Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg, Leiter des aQua-Instituts (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH)
- » **Prof. Dr. Ulrich Thiem**, Chefarzt der Medizinisch-Geriatriischen Klinik im Albertinen-Krankenhaus und Albertinen-Haus gGmbH Hamburg, Professor für Geriatrie und Gerontologie am UKE
- » **Lukas Waidhas**, Pflegefachkraft und Community Health Nurse/HAW, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Poliklinik Veddel, Hamburg
- » **Ralf Zastrau**, Geschäftsführer Albertinen-Krankenhaus und Albertinen-Haus gGmbH Hamburg

Die Interviews wurden im Juli/August 2022 geführt.

Literaturüberblick⁵

Seit mindestens acht Jahren wird das Modell einer kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung in der Literatur positiv bewertet. Ein Bedarf wird in der letzten Zeit, auch im Rahmen der anstehenden Veränderungen in der stationären Versorgung, bestätigt. Ein umsetzungsfähiges Modell konnte bisher nicht präsentiert werden.

Der **Sachverständigenrat im Gesundheitswesen** hat sich in seinem Jahresgutachten 2014 „**Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche**“ mit der Möglichkeit einer kurzstationären Versorgung im Rahmen seiner Gesamtkonzeption befasst.⁶ Angesichts der komplexen Herausforderungen des Gesundheitssystems mit sektorenübergreifenden Problemlagen auf der einen Seite und regionalen Ungleichverteilungen auf der anderen Seite hält der Rat eine integrierte multiprofessionelle Versorgung für eine besonders geeignete Lösung für ländliche Räume. Der Rat empfiehlt „[s]peziell im Hinblick auf ländliche Regionen“ das „Konzept von lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung (LGZ)“⁷ und schlägt deren unterschiedliche Ausgestaltung in Abhängigkeit von den jeweiligen Gegebenheiten vor. So ist ein praxisgestützter Typ eines LGZ mit ärztlichem und pflegerischem Angebot denkbar. Insbesondere die Weiterentwicklungen von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Ärztehäusern, MVZ oder auch Praxiskliniken können für den Rat ein Ausgangspunkt sein. Denkbar ist aber auch ein „klinikgestützter Typ eines LGZ“⁸. Ein lokales Gesundheitszentrum soll „an einem zentralen Ort verschiedene ambulante und ggf. stationäre Versorgungsangebote unter einem Dach oder auf einem Campus“⁹ anbieten.

5 Berücksichtigt wurden relevante Veröffentlichungen bis Anfang Dezember 2022.

6 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, Kurzfassung, S. 137 ff.; https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf (abgerufen am 02.12.2022)

7 Ebd., S. 168

8 Ebd., S. 181

9 Ebd., S. 182

Unabhängig von seiner organisatorischen Ausprägung sollen – nach Vorstellung des Rates – in einem LGZ möglichst alle für eine umfassende Versorgung besonders der älteren und chronisch erkrankten Bevölkerung erforderlichen medizinischen, pflegerischen und sozialen Angebote sowie weitere Gesundheitseinrichtungen integriert oder assoziiert sein. „Die stationären Angebote des LGZ umfassen in erster Linie die für eine Grundversorgung typischen Fachrichtungen bzw. vor allem geriatrisch ausgerichtete Angebote.“¹⁰ Diese Überlegungen des Rates decken sich weitgehend mit den Überlegungen für die Zielgruppen der kGÜv (siehe S. 19 ff.). Die ambulante ärztliche Versorgung wird in erster Linie durch niedergelassene Haus- und grundversorgende Fachärztinnen und -ärzte sichergestellt, die im Umfeld des Krankenhauses angesiedelt und mit diesem vernetzt sind.

Das Modell eines LGZ soll die Attraktivität einer Tätigkeit im ländlichen Raum für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und weiteres medizinisches Fachpersonal erhöhen, weil ein kollegialer Rahmen vorgefunden wird und die Belastungen der Bereitschaftsdienste und der Notfallversorgung auf mehrere Schultern verteilt werden können.

Eine Operationalisierung dieser Idee leistet der Rat nicht.

Der Sachverständigenrat hat diese Idee – im Kontext mit der psychiatrischen Versorgung – in einem weiteren Jahresgutachten aus dem Jahr 2018 nochmals aufgegriffen.¹¹ Der Rat befürwortet dort weiterhin besonders im ländlichen Raum die Etablierung von lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung als Modell einer multiprofessionellen, vernetzten und koordinierten Versorgung.

Eine Veröffentlichung, die sich mit den komplexen Fragen der Operationalisierung einer kurzstationären Versorgung befasst, ist das im Auftrag der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** von Schmid et al. erstellte Gutachten „**Intersektorale Gesundheitszentren – Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte**“¹² aus dem Jahr 2018. Ein dort gefordertes Intersektorales Gesundheitszentrum (IGZ) als neue Versorgungsform sichert unter Einhaltung des Facharztstandards die regionale Grundversorgung mit dem Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten. Das IGZ stellt nach der Expertise von Schmid et al. ein im ambulanten Sektor verankertes Versorgungszentrum mit zwei Säulen dar:

1. der klassischen ambulanten Versorgung sowie
2. der *Erweiterten Ambulanten Versorgung (EAV)*.

Die klassische ambulante Versorgung soll hiernach durch niedergelassene Arztpraxen oder MVZ angeboten werden. Für die EAV gilt es, innerhalb des IGZ eine bettenführende Abteilung aufzubauen. Unter ärztlicher Leitung erfolgt hier die Erbringung stationärsersetzender Leistungen sowie eine mehrtägige medizinische Überwachung. Das IGZ in dieser Ausprägung ist nach Meinung der Gutachterinnen und Gutachter kein Krankenhaus, da keine durchgehende ärztliche Präsenz gewährleistet ist (§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).

¹⁰ Ebd., S. 182

¹¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, S. 747 ff.; https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (abgerufen am 06.12.2022)

¹² Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F., und Distler, F. (2018): Intersektorale Gesundheitszentren – Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bayreuth

Das Intersektorale Gesundheitszentrum deckt neben dem ambulanten vertragsärztlichen Leistungsspektrum in der EAV ein Leistungsspektrum ab, das Patientinnen und Patienten betrifft,

- » bei denen perspektivisch alle medizinisch notwendigen Leistungen im ambulanten Versorgungskontext erbracht werden können und
- » die nicht dem erhöhten Risiko unterliegen, jederzeit eine ärztliche Behandlung zu benötigen und somit krankenhausbearbeitungsbedürftig zu sein.

Die Verweildauer in der Erweiterten Ambulanten Versorgung soll regelhaft vier bis fünf Tage nicht überschreiten, und für sie werden in dem Gutachten nur Leistungen von geringer Komplexität vorgeschlagen.

Die Erweiterung dieses (Kern-)Leistungsangebotes des IGZ ist je nach regionalem Bedarf möglich. Belegärztliche Tätigkeiten, Kurzzeitpflege, Tagespflege, ambulante Pflege und anderes sind als nicht konstitutive Ergänzungsangebote hinzufüßbar. Die Möglichkeiten der Digitalisierung und insbesondere der Telemedizin sind bei der Gestaltung des Leistungsangebotes zu nutzen.

Das Potenzial für eine hinreichende Auslastung wird – je nach regionaler Versorgungslage – von Schmid et al. bejaht. Dieses Potenzial speist sich aus der vertragsärztlichen Versorgung, dem ambulanten Substitutionspotenzial, den bisherigen ambulanten Leistungen eines Krankenhauses, den vermeidbaren ambulant-sensitiven Fällen sowie etwaigen Verlegungen aus Krankenhäusern in das IGZ.

Für die besonderen Leistungen der EAV (z. B. Pflegeleistung, Unterbringung, Verpflegung) besteht keine Vergütungsform, auf die unverändert zurückgegriffen werden könnte. Das Gutachten sieht hier daher die Gestaltung der Vergütung über den Abschluss eines Integrationsvertrages vor (§ 140a SGB V). Der Vertragsabschluss ist freiwillig, also ohne Beteiligung einer entsprechenden Partnerin bzw. eines entsprechenden Partners nicht möglich; die Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer besonderen Versorgungsform bedarf der Zustimmung dieser Patientinnen und Patienten.

In einem **Folgegutachten**¹³ führen die Autorinnen und Autoren das Modell im Auftrag der KBV weiter aus, ohne aber grundlegende Änderungen vorzunehmen. Vielmehr werden Spezifizierungen und Ergänzungen vorgenommen. So wird in einer Kostenanalyse die Wirtschaftlichkeit des Modells bestätigt.

Auf beide Gutachten wird im Weiteren noch einzugehen sein.

Die **Barmer Ersatzkasse** befasst sich in einem „**10-Punkte-Papier 2.0 – Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung**“¹⁴ (Stand: Februar 2019) u. a. mit der Gründung von regionalen Versorgungsverbänden (in Form von Integrierten Gesundheitszentren). Diese Verbände sollen besonders in ländlichen Regionen im strukturellen und demografischen Umbruch zu einer Sicherung der flächendeckenden Versorgung beitragen. Die Barmer befürwortet unter dem Gesichts-

13 Schmid, A., Sturm, H., Drechsel-Grau, E., Kaiser, F., Leibinger, P., und Joos, S. (2021): IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Tübingen und Bayreuth; https://www.kbv.de/media/sp/IGZ_konkret_Gutachten_2021.pdf (abgerufen am 06.12.2022)

14 Straub, C., Hölscher, A., Leyh, G., und Weineck, S. (2019): 10-Punkte-Papier 2.0 – Notwendige Schritte zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Barmer, Februar 2019; <https://www.barmer.de/politik/positionen/sektoreuebergreifende-versorgung> (abgerufen am 06.12.2022)

punkt der Praxistauglichkeit die Erprobung sektorenübergreifender Versorgung in Modellregionen unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen. Beispielhaft wird u. a. das Ambulant Stationäre Zentrum Templin (ASZ) vorgestellt, das auch eine *kurzstationäre Versorgung* beinhaltet.

Das Bundesministerium für Gesundheit setzte bei der Umsetzung der Koalitionsvereinbarung für die 19. Legislaturperiode 2018 eine **Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung** ein. Als Ergebnis der Beratungen liegen ein politisch nicht abgestimmter Arbeitsentwurf für ein Eckpunktepapier sowie ein Fortschrittsbericht der Arbeitsgruppe vor (Stand Januar 2020)¹⁵. Aufgrund der Coronapandemie sind die Beratungen nicht weitergeführt worden.

Eines der Beratungsergebnisse bezieht sich auf die kGÜv: „Die AG hat diskutiert, inwieweit mit dem Ziel einer besseren Patientenversorgung existierende ambulante Versorgungslücken geschlossen werden können, indem Kapazitäten des stationären Versorgungsbereichs für die Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung, insbesondere in Regionen, in denen der ambulante Versorgungsbedarf aktuell und zukünftig nicht gedeckt werden kann, nutzbar gemacht werden. Hierbei sollen die Möglichkeiten für Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung erweitert beziehungsweise die Voraussetzungen dafür bei entsprechendem ambulanten Versorgungsbedarf vereinfacht werden. Die Länder erhalten die Möglichkeit, in von ihnen bestimmten ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten eines Planungsbereichs mit einem zusätzlichen ambulanten Versorgungsbedarf Krankenhäuser zu bestimmen, denen sie Versorgungsaufträge zur ambulanten Behandlung übertragen. Das Land hat dabei auch darüber zu entscheiden, ob das Krankenhaus in ein ambulantes Gesundheitszentrum oder in ein ‚ambulant-stationäres Gesundheitszentrum‘ umgewandelt werden soll. Darüber hinaus kann dem Krankenhaus ein ambulanter Versorgungsauftrag übertragen werden, ohne dass das Krankenhaus zwingend umgewandelt werden muss.“¹⁶

Der Fortschrittsbericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung hat dieses Ergebnis bestätigt.

Augurzky et al. legen unter der Überschrift „**Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren**“¹⁷ eine Zwischenbilanz der Erfahrungen vor, die aus der ersten Welle der Coronakrise 2020 gewonnen werden konnten. Auf der Grundlage einer Bewertung der Versorgung im Pandemiegeschehen werden u. a. folgende Schlussfolgerungen vorgestellt:

„Für Grundversorger gibt es gute mittel- bis langfristige Perspektiven als integrierte Versorgungszentren [...] Ein integriertes Versorgungszentrum kann abhängig vom regionalen Bedarf ganz unterschiedliche Leistungen anbieten: Diese reichen von der Bereitstellung von Anlaufstellen für die Bürger:innen in Gesundheitsfragen über das Angebot von Pflegeleistungen und ambulanten Operationen bis hin zur Notfall- und der *stationären Grundversorgung*. Ein solches integriertes Versorgungszentrum leistet zur Sicherstellung der ambulanten und stationären Basisversorgung in der

15 Bundesministerium für Gesundheit (2020): Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ (Stand Januar 2020); https://www.bmce.vde/wp-content/uploads/2020-01-14-BLAG_S%C3%9CV_Fortschrittsbericht-%C3%9Cberarbeitung.pdf (abgerufen am 06.12.2022)

16 Ebd., S. 2

17 Augurzky, B., Busse, R., Gerlach, F., und Meyer, G. (2020): Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren – Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung, Robert Bosch Stiftung und Bertelsmann Stiftung; <https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2020.001> (abgerufen am 06.12.2022)

Fläche einen entscheidenden Beitrag. Nötig ist dabei stets eine (telemedizinisch unterstützte) Anbindung an einen Regel- oder Maximalversorger im Zentrum einer Region.“¹⁸

Der **Koalitionsvertrag 2021–2025** der „Ampel-Koalition“ greift den Bedarf für eine intermediäre Versorgungsform zwischen der ambulanten und stationären Versorgung auf und fordert eine *kurzstationäre Versorgung* als Baustein eines regionalen Gesundheitsangebotes.¹⁹

Seit dem Spätsommer 2022 findet sich die kurzstationäre Versorgung zunehmend auf der gesundheitspolitischen Agenda wieder. Statements und Veröffentlichungen dazu nehmen deutlich zu:

So fordert die **Stiftung Münch** in einem **Leitfaden**²⁰ *Überwachungskliniken* als eine Option für die Umwandlung von Krankenhäusern. Interessant ist, dass die wichtige Gestaltung der Vergütung über den Abschluss eines Integrationsvertrages (§ 140a SGB V) in dieser Ausarbeitung neu bewertet wird. Auf diese Veröffentlichung wird im Weiteren noch eingegangen.

Unter anderem die **Krankenkassen**, die **Landesärztekammer** und die **Krankenhausgesellschaft in Thüringen** haben im September 2022 gemeinsam ein „**Zielbild 2030 der medizinischen Versorgung in Thüringen**“²¹ an das Gesundheitsressort ihres Landes übermittelt, in dem sie u.a. die Einrichtung von *regionalen intermediären Versorgern* für notwendig erachten.

Im Herbst 2022 veröffentlichte ein breites Konsortium, bestehend aus **Krankenkassen**, **wissenschaftlichen Instituten von Leistungserbringern** und **Hochschulen**, als Gutachten das Ergebnis des mehrjährigen Versorgungsforschungsprojektes „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“, das durch den G-BA Innovationsfonds gefördert wurde. Dieses Gutachten „**Ein sektorengleiches Vergütungssystem**“²² setzt sich u.a. mit der Integration einer *kurzstationären Versorgung* in die deutsche Versorgungslandschaft auseinander.

Im **Deutschen Ärzteblatt** wurden im September 2022 im Rahmen eines redaktionellen Beitrags zur Ambulantisierung von bisher stationären Leistungen intensiv Modelle der Vergütung von *Übernachtungen im Zusammenhang mit der ambulanten Leistungserbringung* diskutiert.²³

18 Ebd., S. 4 f.

19 Vgl. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. S. 85; <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> (abgerufen am 06.12.2022)

20 Institute for Health Care Business GmbH (hcb) und Oberender AG im Auftrag der Stiftung Münch (August 2022): Krankenhäuser umwandeln statt schließen: Voraussetzungen für neue Gestaltungsoptionen schaffen – Ein Leitfaden zu Handlungsbedarfen und Lösungsansätzen für die Gesetzgeber im Bund und in den Ländern; https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2022/08/StM_Krankenhausumwandlung.pdf (abgerufen am 06.12.2022)

21 Landesverbände der Thüringer Krankenkassen und die Ersatzkassen, Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V., Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Landesärztekammer Thüringen (September 2022): Zielbild 2030 der medizinischen Versorgung in Thüringen; <https://www.aok.de/pk/cl/plus/inhalt/thueringen-gpm-zielbild-2030-uebergeben-1/> (abgerufen am 06.12.2022)

22 Hamburg Center for Health Economics (HCHE), BKK Dachverband e. V., Deutsches Krankenhausinstitut, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (20.09.2022): Ein sektorengleiches Vergütungssystem; <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf> (abgerufen am 06.12.2022)

23 Vgl. Haserück, A., Kurz, C., und Lau, T. (2022): Chance Ambulantisierung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 37, Jahrgang 119, S. A1507–A1516; <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=227384> (abgerufen am 06.12.2022)

In einem Beitrag zur anstehenden Krankenhausstrukturreform äußert sich **Jonas Schreyögg** vom Hamburg Center for Health Economics (HCHE) in einem Interview der Süddeutschen Zeitung am 19.10.2022 zu der Notwendigkeit, krankenhauserlastend „in den Gesundheitszentren allgemeinmedizinische *Beobachtungsstationen*“²⁴ einzurichten.

Der **Koalitionsvertrag 2022–2027 in Niedersachsen** sieht vor, die Förderung Regionaler Gesundheitszentren (RGZ) auszuweiten, um die medizinische Versorgung dort sicherzustellen, wo Krankenhäuser nicht mehr dauerhaft betrieben werden können. Diese RGZ sollen die Versorgung durch die enge *Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Angeboten* unter einem Dach verbessern.

Da es sich bei den RGZ um krankenhauserne Einrichtungen handeln soll, wird eine stationäre Medizin in diesen Zentren dem Konzept einer kGÜv entsprechen.

Die Koalitionspartner wollen die notwendige gesetzliche Grundlage bundesrechtlich durchsetzen: „Zur Überwindung der starren Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor bedarf es umfassender gesetzgeberischer Maßnahmen auf Bundesebene. Wir werden uns daher beim Bund für die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende und integrierte Versorgung einsetzen.“²⁵

Mit dem **bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU)** hat sich jüngst eine politische Persönlichkeit für eine kGÜv ausgesprochen. Er schlägt Gesundheitszentren als Ergänzung einer ambulanten Versorgung vor, in denen Pflegende die Patientinnen und Patienten über Nacht betreuen und notfalls eine Ärztin oder einen Arzt alarmieren. Das wäre auch eine „Alternative für den einen oder anderen Krankenhausstandort“²⁶.

Die **Reformkommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung** bestätigt in ihrer Dritten Stellungnahme und Empfehlung vom 06.12.2022 („Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“²⁷) den Bedarf für eine kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung. Sie schlägt für Krankenhäuser eine Differenzierung nach Versorgungsstufen („Leveln“) vor. In der untersten Versorgungsstufe („Level I“) weisen integrierte ambulante/stationäre Krankenhäuser eine hohe Schnittmenge mit dem von der Bertelsmann Stiftung vorgestellten Modell der kGÜv²⁸ auf. „Level-I-Krankenhäuser verbinden wohnortnah zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel- /Schwer-

24 Jonas Schreyögg in einem Interview von Rainer Stadler (19.10.2022): „Das bindet Kapazitäten und kostet Milliarden“. In: Süddeutsche Zeitung (Print), S. 5

25 Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Landesverband Niedersachsen und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Niedersachsen 2022–2027 (2022): SICHER IN ZEITEN DES WANDELS – Niedersachsen zukunftsfest und solidarisch gestalten. S. 87

26 aerzteblatt.de (07.11.2022): Holetschek kritisiert Pläne für Tagespauschalen; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/138627/Holetschek-kritisiert-Plaene-fuer-Tagespauschalen> (abgerufen am 06.12.2022)

27 Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, 06.12.2022; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (abgerufen am 08.12.2022)

28 Bertelsmann Stiftung / Gruhl (2022), a. a. O., S. 6 f., 32 f.

punkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden können. Die Leitung kann durch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Zusatzweiterbildung, z. B. ANP, nach einer entsprechend zu schaffenden gesetzlichen Regelung erfolgen.²⁹ Damit korrespondieren die Empfehlungen der Kommission mit den Vorschlägen der Bertelsmann Stiftung, die sich u. a. gleichfalls sowohl für eine krankenhausersetzende als auch für eine Krankenhausaufenthalte verkürzende Ausrichtung dieser intermediären Versorgungsform ausgesprochen hat.³⁰

Zwar sind auch Möglichkeiten für eine Einbindung der vertragsärztlichen Versorgung in diese Versorgungsstufe li gewünscht und die Integration in Gesundheitszentren wird erwähnt, aber nach Ansicht der Kommission müssen „Innere Medizin und/oder Chirurgie [...] gewährleistet sein“³¹ und tagsüber muss in der Einrichtung eine fachärztliche Präsenz vorgehalten werden.

Damit orientiert sich die Kommission mit ihrem Vorschlag am stationären Sektor und weniger an der ambulanten, insbesondere hausärztlichen Medizin. Vorrangig soll die Grundstufe der stationären Versorgung in „strukturschwachen Regionen“ etabliert werden. In diesen Regionen besteht aber aktuell bereits ein eklatanter Mangel an ärztlichem Krankenhauspersonal. Internistische und chirurgische Ärztinnen und Ärzte für die Basistherapie in solchen Einrichtungen einzuwerben, wird kaum zu realisieren sein.

Die bisherigen Erfahrungen aus den Modellprojekten³², auf die sich im Übrigen auch die Regierungskommission bezieht³³, und auch die Positionen der für diese Expertise im Sommer 2022 befragten Fachexpertinnen und -experten sprechen eindeutig für eine Orientierung der kGÜv an der hausärztlichen Medizin. Weitere fachärztliche Disziplinen werden nur optional – abhängig von den örtlichen Gegebenheiten – eingebunden. Hier besteht ein grundlegender Unterschied, der sich durch den vorzugsweise klinischen Blickwinkel der Kommission erklären lässt.

Die Vorstellungen der Kommission zu den Level-li-Krankenhäusern werden skizzenhaft vorgestellt. Die Stichworte lassen dennoch zahlreiche Gemeinsamkeiten mit den hier vorgestellten Empfehlungen erwarten. Zu wichtigen Fragestellungen, wie z. B. zur Definition des möglichen Behandlungsspektrums oder auch zur Einbindung von Pflegeeinrichtungen nach SGB XI, äußert sich die Kommission noch nicht.

Auch fehlt eine Einordnung in die heutigen rechtlichen Rahmenbedingungen bzw. ein Transformationspfad. Beispielhaft schlägt die Kommission vor, „eine Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsinstrumente, insbesondere der Planungsebenen, anzustreben. Die sektorenübergreifende Planung des Levels li kann [...] in regionalen, paritätisch besetzten Gremien unter Beteiligung der Länder erfolgen, welche die regionalen Besonderheiten und lokalen Bedarfe berücksichtigen und in ihre Planung einbeziehen. Dies gilt ebenfalls für die Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten in die Level-li-Kliniken.“³⁴

Der Wunsch nach solchen neuen Planungsformen ist fachlich nachvollziehbar, bedeutet aber über den Krankenhausbereich hinausgehende grundsätzliche Veränderungen, die man zwar fordern kann, dann aber auch verdeutlichen muss, wie sie erreicht werden sollen.

29 Regierungskommission (2022), a. a. O., S. 13

30 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2022), a. a. O., S. 6

31 Regierungskommission (2022), a. a. O., S. 15

32 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl, a. a. O., S. 32 ff.

33 Vgl. Regierungskommission (2022), a. a. O., S. 12

34 Ebd., S. 14

ERGEBNISSE AUS DEN EXPERTENINTERVIEWS

Gegenstand der Interviews waren in der Regel drei Themenfelder:

- » In Themenfeld 1 wird der fachliche Bedarf für eine kGÜv diskutiert sowie der regionale bzw. kommunale Kontext aufgezeigt.
- » Themenfeld 2 beschreibt in sächlicher und personeller Hinsicht die strukturellen Voraussetzungen für den Betrieb entsprechender Einrichtungen.
- » In Themenfeld 3 wird geprüft, ob und ggf. wie die kGÜv systematisch passend in die bestehenden Versorgungsangebote eingeordnet werden kann.

Themenfeld 1: Spezifizierung des fachlichen Bedarfs

Nutzen für die Patientenversorgung

Die Expertinnen und Experten bestätigen den Bedarf für eine intermediäre Versorgung. Er bezieht sich besonders auf Patientinnen und Patienten, die persönliche Einschränkungen aufweisen, aber nur über eine begrenzte Unterstützung verfügen. Temporäre akute Verschlechterungen, die aber medizinisch-hausärztlich beherrschbar sind, können in der kGÜv behandelt werden.

Aus fachlicher Sicht besteht ein eindeutiger Bedarf für eine kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung in der Patientenversorgung – darin sind sich alle befragten Fachexpertinnen und -experten einig. Ein besonderer Fokus der kGÜv liegt auf Patientinnen und Patienten, die neben ihrem akuten medizinischen Behandlungsanlass eine hohe chronische Krankheitslast aufweisen, die mit Einschränkungen ihrer kognitiven, mobilitätsorientierten oder psychischen Funktionen kombiniert ist.

Vor Eintritt eines akuten Ereignisses gelingt es besonders älteren Menschen häufig, ihr alltägliches Leben in ihrer Häuslichkeit trotz der Kombination verschiedener Einschränkungen lange erfolgreich zu bewältigen, wenn dazu z. T. auch Hilfen notwendig sind. Durch eine akute medizinische Verschlechterung wird dieses labile Gleichgewicht temporär beeinträchtigt.

Ziel des sich konsekutiv erhöhenden Behandlungsbedarfs sollte es sein, sich möglichst auf die Wiederherstellung des Status quo ante mit minimaler Intervention zu beschränken. Eine differenzierte und umfassende Diagnostik oder eine das gesamte Krankheitsspektrum umfassende Therapieumstellung vorzusehen, steht nicht im Vordergrund.

Die Akutbehandlung in Krankenhäusern hat dagegen – so fachlich nachvollziehbar sie auch sein mag – grundsätzlich das Ziel einer solchen vollumfänglichen Abklärung und eines umfassenden therapeutischen Ansatzes. Dies beginnt mit dem Empfang in der Zentralen Notaufnahme. Dort erfolgen die anspruchsvollen, aus der Akutmedizin abgeleiteten technisch-diagnostischen Abklärungen zur Festlegung eines Behandlungsplanes. Dieser ist aus betriebsinternen Gründen eng getaktet und für Patientinnen und Patienten mit vorbestehenden Einschränkungen meist sehr belastend. Ein stationärer Aufenthalt kann diese erkrankten Personen überfordern und ist häufig das auslösende Ereignis für einen erhöhten Unterstützungsbedarf, der im Rahmen des bis dahin gegebenen häuslichen Settings nicht zu gewährleisten ist. Es besteht die Gefahr, dass die häusliche Eigenständigkeit aufgegeben werden muss und der Übergang in eine Langzeitpflegeeinrichtung wird notwendig. Dies entspricht meist nicht dem Patienteninteresse.

Ähnlich gravierende Konsequenzen einer stationären Behandlung werden für die zahlreichen Krankenhauseinweisungen aus Langzeitpflegeeinrichtungen beschrieben. Bei den anschließenden Krankenhausesentlassungen mag zwar – insbesondere nach einer High-End-Versorgung – der akute Einweisungsgrund abgeklärt oder gebessert sein, psychische, kognitive und mobilitätsbezogene Fähigkeiten haben sich jedoch oft verschlechtert.

Die intermediäre Versorgungsform der kGÜv hat diesen Anspruch auf eine umfassende Diagnostik und Therapie nicht. Hier stehen Pflege und Aktivierung gleichberechtigt neben der möglichst schonenden und beschränkten medizinischen Behandlung im Vordergrund. Insofern orientiert sich der Behandlungsansatz eher an dem geriatrischen Fachverständnis, in dem die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung einer defizitären, aber tolerablen Gesamtsituation für die Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht. Die Behandlung der vielschichtigen Multimorbidität wird zugunsten der Wiederherstellung eines Equilibriums zurückgestellt.

Vor diesem Hintergrund bietet die Behandlung in der kGÜv eine Fortsetzung hausärztlich-allgemeinmedizinischer Behandlungskonzepte mit erweiterten Möglichkeiten und stellt die spezialisierte fachärztliche (Krankenhaus-)Behandlung hinten.

Die kGÜv kann als erweiterte hausärztliche Versorgung als eine krankenhausersetzende Grundversorgung sowie als eine Krankenhausaufenthalte verkürzende Übergangsversorgung zwischen der stationären Behandlung und der Häuslichkeit genutzt werden. Weitere kurzstationäre Behandlungsanlässe können hinzukommen.

Zwei Zugangswege zu dieser hybriden Versorgungsform sind gleichermaßen bedarfsnotwendig:

1. eine **kurzstationäre Grundversorgung** zur Vermeidung einer Krankenhausbehandlung bei akutem medizinischen Behandlungsbedarf, der von der hausärztlichen Versorgung initiiert sowie verantwortet wird
2. eine **kurzstationäre Übergangsvorsorgung** zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes, wenn die medizinische Intervention weitgehend abgeschlossen ist, aber einer Entlassung in die Häuslichkeit temporär noch pflegerische, gesundheitstherapeutische oder soziale Notwendigkeiten entgegenstehen

Die Expertinnen und Experten betonen, dass beide Zugangswege – sowohl zur Verhinderung als auch zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes – gemeinsam in einer solchen kurzstationären Einrichtung angeboten werden sollen, da für beide Patientengruppen die Aspekte der pflegerischen Betreuung und der aktivierenden Behandlungen im Vordergrund stehen.

Wir nennen solche Einrichtungen im Folgenden „Interimskliniken“. Damit soll betont werden, dass diese kurzstationären Angebote fachlich, strukturell sowie in puncto Behandlungstiefe und -dauer als Zwischenform zu den bestehenden Sektoren einzuordnen sind. Darüber hinaus sind Interimskliniken je nach regionalen Gegebenheiten und der dort vorhandenen fachlichen Kompetenz um zusätzliche Leistungsangebote erweiterbar. So ist eine temporäre stationäre Betreuung im Rahmen einer primär ambulanten Palliativversorgung ebenso geboten wie Leistungen, die durch eine geriatrische Institutsambulanz nach § 118a SGB V vorgesehen sind.

Sollte nach einer ambulanten Operation eine kurzstationäre Betreuung erforderlich sein, so kann auch diese als erweitertes Angebot aufgenommen werden, was aber eine spezielle fachärztliche Kompetenz vor Ort bedingt. Andere fachärztliche Leistungen – z. B. in der internistischen Diagnostik oder in der psychotherapeutischen/psychiatrischen Krisenintervention – sind unter den gleichen Voraussetzungen in die kGÜv integrierbar.

Das jüngst vorgelegte Konsortial-Gutachten zur einheitlichen sektorengleichen Vergütung³⁵ befasst sich explizit mit den Voraussetzungen für eine kurzstationäre Versorgung nach ambulanten Operationen.

Während der Bedarf für eine kGÜv bei der Krankenhausaufenthalte vermeidenden Grundversorgung meist durch die hausärztliche Versorgung geprägt wird, steht bei der Krankenhausaufenthalte verkürzenden Behandlung die pflegerische bzw. gesundheitstherapeutische Kompetenz im Vordergrund. Definitionsgemäß erfolgt die Verlegung der Patientinnen und Patienten bei der Übergangsvorsorgung erst dann, wenn die akutmedizinische Behandlung weitestgehend abgeschlossen ist. Ärztliche Interventionen sind dann in der Regel nicht mehr erforderlich. Physiotherapeutische, logopädische, ergotherapeutische und mobilisierend-pflegerische Aspekte verhindern bisher eine Entlassung in das häusliche resp. ambulante Setting, können aber durch die kGÜv vor Ort – soweit gegeben – erfolgen. Die medizinisch-ärztliche Nachbetreuung kann fachlich die Hausärzteschaft vornehmen, sie sollte aber durch die primär behandelnden Spezialdisziplinen des Krankenhauses unterstützt werden. Dafür bietet sich eine regelmäßige interdisziplinäre und interprofessionelle Videokonsultation zwischen dem zuweisenden Krankenhaus und der Interimsklinik an, in die die Hausärztlichkeit mit eingebunden sein sollte (siehe S. 37).

35 Hamburg Center for Health Economics (HCHE) et al. (2022), a.a.O.

Indikations- und Leistungsspektrum der kGÜv

Das Leistungsspektrum der kGÜv sollte weniger durch die Auflistungen von geeigneten ICDs/DRGs mit niedriger Verweildauer und Fallschwere bestimmt werden, sondern vielmehr durch die individuellen Notwendigkeiten und Einschränkungen der Patientinnen und Patienten. Ein gut nutzbares Konzept sind die personenbezogenen Kontextfaktoren des erweiterten AOP-Katalogs nach § 115b SGB V. Ob künftig sektorengleiche Finanzierungsformen, wie sogenannte Hybrid-DRGs, genutzt werden können, bleibt abzuwarten.



Das prototypische Leistungsspektrum eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung kann in mehrere Stufen unterteilt werden, die von der zunehmenden diagnostischen und therapeutischen Komplexität bestimmt sind:

- » Stufe 1: Kurzfristige medizinisch-pflegerische Beobachtung (Bsp.: Gehirnerschütterung, Transfusion)
- » Stufe 2: Ambulant nicht leistbarer Pflegebedarf bei wenig komplexer Grunderkrankung (Bsp.: Bewegungseinschränkung nach schwerer Prellung)
- » Stufe 3: Nicht lebensgefährliche Verschlechterung einer sonst ambulant therapiefähigen Grunderkrankung (Bsp.: Exsikkose bei Infekt)
- » Stufe 4: Planbare Interventionen (Bsp.: unkomplizierter Leistenbruch, Totalendoprothese [TEP])
- » Stufe 5: Sofortige Interventionsnotwendigkeit (Bsp.: Unfall mit zeitnahe Interventionsbedarf)
- » Stufe 6: Intensivmedizinische Behandlungsnotwendigkeit (Beispiel: Herzinfarkt)

Die Stufen 5 und 6 umfassen keine konsekutiven Behandlungsanlässe aus einer ambulanten Behandlung und setzen eine hohe fachärztliche Kompetenz sowie besondere strukturelle/technische Vorhaltungen voraus. Stufe 4 kann zwar als Ergebnis einer ambulanten Diagnostik und Vorbehandlung angesehen werden, bedingt aber ebenfalls ein spezialisiertes ärztliches Fachwissen und einen hohen technischen Vorhaltebedarf. Diese drei Stufen sind daher nicht vorrangig Teil einer kurzstationären Leistungserbringung.

Bleiben die Stufen 1, 2 und – teilweise – 3 als mögliches Leistungsangebot der kGÜv.

Aus dieser Kategorisierung lassen sich prototypische Diagnosen ableiten, die sich grundsätzlich für eine Behandlung in der kurzstationären Grundversorgung anbieten. Wenn ein medizinisches Ereignis mit einer klar definierten, wenig aufwendigen und risikoarmen Therapie in der Regel erfolgreich behandelt wird, kann diese Behandlung in einer Interimsklinik erwogen werden. Das geringe Risiko einer vitalen Gefährdung wird ärztlicherseits als verantwortbar eingeschätzt und durch eine professionelle pflegerische Überwachung abgesichert.

Immer wieder genannte Fallbeispiele für die kGÜv sind:

- » Patientinnen und Patienten in höherem Alter mit chronischen Vorerkrankungen kombiniert mit einem zusätzlichen beispielsweise infektiösen Geschehen bei temporär nicht leistbarem Pflegebedarf in der häuslichen Umgebung
- » Krankheitsbilder mit chronischen oder akuten Schmerzen, die durch eine kurzfristige nicht orale analgetische Behandlung gemildert werden können
- » Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden, die in der Häuslichkeit nicht verlässlich versorgt werden können
- » die notwendige Justierung der medikamentösen Therapie bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II, Herzinsuffizienz, COPD oder Hypertonus, die ambulant nicht engmaschig kontrolliert und eingestellt werden kann

Eine abschließende Listung aller möglichen Diagnosen ist allerdings wenig zielführend, denn nicht die Diagnose allein ist ausschlaggebend für eine Aufnahme in eine Interimsklinik. Neben der Fallschwere der Erkrankungen muss in Abhängigkeit von den sozialen und individuellen Umständen über das weitere Vorgehen entschieden werden. Die Frailty der Patientinnen und Patienten bzw. die häuslichen und pflegerischen Unterstützungssysteme beeinflussen die Entscheidung für den weiteren Behandlungsort deutlich stärker als eine Listung geeigneter ICD-10.

Schmid et al. haben 2018 in ihrem ersten Gutachten eine solche Diagnoseliste erstellt³⁶, die auch in der Konzeption für das Gesundheitszentrum in Spaichingen³⁷ verwendet wurde. Das Gesundheitszentrum Spaichingen hat sich fachlich durch dieselben Gutachterinnen und Gutachter beraten lassen.

Die Auflistung (siehe Tabelle 1, S. 24) deckt sich weitgehend mit den Katalogen ambulant-sensitiver Diagnosen, die von Albrecht et al. 2014³⁸ oder Sundmacher et al. 2015³⁹ vorgestellt werden.

36 Vgl. Schmid et al. (2018), a. a. O., S. 53

37 Oberender AG (2019): Medizinstrategisches Konzept für das Klinikum Landkreis Tuttlingen. 27.09.2019, Tuttlingen; https://www.landkreis-tuttlingen.de/media/custom/2527_2044_1.PDF?1570022370 (abgerufen am 07.12.2022)

38 Albrecht, M., Schliwen, A., und Loos, S. (2014): Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V – Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Abschlussbericht. IGES Institut GmbH, Berlin

39 Sundmacher, L., Schüttig, W., und Faisst, C. (2015): Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18., Berlin; https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/69/VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf (abgerufen am 21.12.2022)

TABELLE 1: Im Rahmen der EAV behandelbare Krankheitsbilder und Diagnosen mit ICD-10 Codes

KRANKHEITSBILDER UND DIAGNOSEN	ICD-10 CODES	KRANKHEITSBILDER UND DIAGNOSEN	ICD-10 CODES
Exsikkose	E86	Diabetesentgleisung	E10.-, E11.-, E13.-, E14.-
Bronchitis, akut	J20.9	Koprostase	K56.4
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41–J44, J47	Gastritis	K29.-
Pneumonie	J12.-, J18.0	Diarrhoe	A09.-, K52.-, A04.-
Herzinsuffizienz	I50.-, I11.0	Mangelernährung	E44.-, E43
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25	Hanwegsinfekte	N39.-
Hypertensive Krise	I10.91, I11.91	Schmerzeinstellung	R52.-

Quelle: Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F., und Distler, F. (2018): Intersektorale Gesundheitszentren – Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bayreuth, S. 53

| BertelsmannStiftung

TABELLE 2: Auszug aus dem vereinbarten DRG-Katalog zwischen der SKH und der AOK Rheinland/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
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

Quelle: Persönliche Mitteilung

| BertelsmannStiftung

Die AOK Rheinland/Hamburg vereinbarte bei einem der wenigen etablierten Projekte mit einer Nähe zur kGÜv – der SKH Stadtteilklinik Hamburg – bestimmte abrechnungsfähige DRGs (siehe Tabelle 2).

Ein abschließender Katalog für in der kGÜv zugelassene Leistungen erhöht zwar die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Aufnahme-Entscheidung und kann gut bepreist werden. Eine patientenbezogene Differenzierung der Entscheidung wird aber nicht berücksichtigt.

Ausführlich setzt sich die zweite Veröffentlichung der Oberender AG von Schmid et al. (2021) mit der Frage der Voraussetzungen für eine Aufnahme in eine kGÜv auseinander.⁴⁰ Aus einem fach-

40 Vgl. Schmid et al. (2021), a. a. O., S. 84 ff.

ärztlichen Konsensus-Verfahren werden 130 ICD-Diagnosen vorgestellt, die für eine hybride Versorgungsform grundsätzlich geeignet sein können. Auswahlkriterien sind eine niedrige Fallschwere (berechnet nach PCCL⁴¹ bis Stufe 2) und eine kurze Verweildauer. Etwa 90 der 130 ICD-Diagnosen werden allerdings nur dann als für eine kGÜv geeignet angesehen, wenn ein besonderer Kontext und zusätzliche Fachkompetenz vor Ort gegeben sind.⁴²

Im Ergebnis kommen Schmid et al. (2021) zu dem Schluss, von einer abschließenden Aufzählung möglicher Diagnosen für eine kGÜv abzusehen, und definieren stattdessen einen „Kriterienkatalog“, der sich aus krankheitsbezogenen, sozialen und strukturbezogenen Kriterien zusammensetzt (siehe Tabelle 3).

Es bedarf demnach einer nachvollziehbaren Systematik, wie neben der Fallschwere einer Diagnose auch personenbezogene Faktoren als Behandlungsanlass in der kGÜv berücksichtigt werden können.

TABELLE 3: Kriterien der Versorgung

KATEGORIE	KRITERIEN
Akut krankheitsbezogene Kriterien	eindeutig diagnostizierbare Krankheitsbilder mit den vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten
	relevante Komplikationen sind überschaubar und im Setting beherrschbar (im Umkehrschluss Zurückhaltung, z. B. Patienten ohne Vorerkrankungen mit akutem Brustschmerz, akuter Dyspnoe, akutem Abdomen oder akut auftretenden neurologischen Defiziten)
	konservativer Therapieansatz, der im klassischen ambulanten Setting nicht ausreichend versorgt werden kann (i. v.-Therapie, Überwachung, Punktionen, Schmerztherapie, Wundbehandlung ...)
Individuelle Fallschwere	Patienten mit bekannter Vorgeschichte und damit einschätzbarem Risiko (z. B. Entgleisungen, Abstimmung und Therapieoptimierung bei Multimorbidität)
	morbiditätsbedingte Zurückhaltung hinsichtlich einer Maximaltherapie, bekannte Therapiebegrenzung oder palliative Situation
	Patienten mit großem Abstimmungs- und Koordinationsbedarf: chronisch kranke, multimorbide, geriatrische Patienten
	koordinierte Diagnostik
Soziodemografische Kriterien	hohes Alter mit Gebrechlichkeit/ Pflegegrad
	Patienten mit hohem Unterstützungsbedarf (v. a. Kinder, Schwangere, kognitive Einschränkungen)
	ländlicher Wohnort mit großer Entfernung zum nächsten Krankenhaus
	schwierige häusliche und soziale Bedingungen: alleinstehend, niemand, der sich kümmern kann, Obdachlose, Sprachprobleme (Versorgung von Migranten), bildungsferne Schichten
Strukturbezogene Kriterien	infrastrukturelle Ausstattung erlaubt notwendige Diagnostik und Therapie
	personelle Kompetenz: Versorgungsspektrum je nach vorhandenen (Zusatz-)Qualifikationen des ärztlichen, pflegerischen und MFA-Personals
	lokale Kooperationen: erweitertes Behandlungsspektrum je nach lokalen Kooperationen des IGZ mit Fachspezialisten vor Ort oder (Tele-)Konsiliumsmöglichkeiten sowie mit anderen relevanten Berufsgruppen (Psychotherapie, Sozialberatung, Heilmitteltherapeuten, SAPV etc.)

Quelle: Schmid, A., Sturm, H., Drechsel-Grau, E., Kaiser, F., Leibinger, P., und Joos, S. (2021): IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Tübingen und Bayreuth, S. 36; https://www.kbv.de/media/sp/IGZ_konkret_Gutachten_2021.pdf (abgerufen am 06.12.2022)

| BertelsmannStiftung

41 Patient Clinical Complexity Level (patientenbezogener Gesamtschweregrad)

42 Vgl. Schmid et al. (2021), a. a. O., S. 138 ff., Anhang C: Indikationen

Der 2022 durch das IGES Institut veröffentlichte, erweiterte AOP-Katalog nach § 115b SGB V könnte hierfür eine Lösung anbieten. Er differenziert die optimale Allokation einer Behandlung (ambulant oder stationär) anhand von patientenbezogenen Kontextfaktoren und führt so eine auf den Einzelfall bezogene, nicht ausschließlich medizinisch begründete Unterscheidung zur Definition der angemessenen Behandlungsebene ein.⁴³

ABBILDUNG 4: **Kontextprüfung – Kontextfaktoren zur Bewertung von Eingriffen mit der Möglichkeit ambulanter Durchführung**

patientenbezogen	leistungskontextbezogen
[K5] besonderer Betreuungsbedarf (z. B. Demenz) (ICD)	[K1] DRG-Kontext: Gesamtleistung nicht ambulant erbringbar
[K6] aufgrund von Haupt- / Neben- Diagnosekontext nicht ambulant durchführbar (z. B. Herzinfarkt, Sepsis, Schlaganfall) (ICD)	[K2] OPS-Kontext: kombiniert mit Nicht-AOP-Leistung
[K7] komplexe Komorbidität (PCCL)	[K3] nur stationär durchführbare Behandlungen, soweit nicht in OPS abgebildet (Beatmung)
[K8] Frailty (Frailty-Index, Pflegegrad, Grad der Behinderung)	[K4] OP-Komplexität durch Kombinationen von AOP-Leistungen
[K9] „ Soziale “ Begleitumstände	

Quelle: Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M., und Schiffhorst, G. (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. IGES Institut, Berlin, S. 217

BertelsmannStiftung

Der Vorschlag des IGES Instituts benennt folgende patientenbezogene Kontextfaktoren:

- » „Besonderer Betreuungsbedarf [K5], der durch bestimmte (z. B. psychiatrische) Erkrankungen verursacht wird [...]
- » Diagnosekontext [K6]: Die AOP-Leistung wird bei einem Patienten mit einer stationär behandlungsbedürftigen Haupt- oder Nebendiagnose (z. B. Herzinfarkt, Sepsis, Schlaganfall) durchgeführt. [...]
- » Komplexe Komorbidität [K7]: Mehrere Nebendiagnosen eines multipel erkrankten Patienten können die Behandlungskomplexität kumulativ so stark erhöhen, dass eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen begründbar ist. Für die Definition werden die PCCL-Werte genutzt.
- » Frailty [K8]: Eine meist altersbedingt erhöhte Vulnerabilität von Patienten geht mit systematisch erhöhten Risiken eines ungünstigen Behandlungsverlaufs einher, so dass eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen begründbar ist. [...]
- » Soziale Begleitumstände [K9]: Der Behandlungserfolg bei ambulanter Durchführung einer AOP-Leistung hängt auch von außermedizinischen Faktoren ab, u. a. von einer ausreichenden Überwachung und Nachbetreuung von Patienten in ihrer häuslichen Umgebung. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, kann eine stationäre Durchführung begründet werden.“⁴⁴

43 Vgl. Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M., und Schiffhorst, G. (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. IGES Institut, Berlin

44 Ebd., S. 216

Der erweiterte AOP-Katalog wird zurzeit von der Selbstverwaltung bewertet und bepreist. Sollte dort eine Einigung erzielt werden, kann auf dieser Grundlage eine Differenzierung für eine zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung verortete intermediäre Versorgungsform erfolgen.

Auch das Ergebnis des bereits genannten Versorgungsforschungsprojektes „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ setzt sich intensiv mit der Frage auseinander, wie bei einer sektorengleichen Vergütung unterschiedliche Versorgungsbedarfe differenziert werden können.⁴⁵ Hierzu sollen die sektorengleichen Leistungsgruppen⁴⁶ in zwei Stufen geteilt werden:

„Patientinnen und Patienten mit keinen oder nur geringen Komplikationen und Komorbiditäten und damit geringem Betreuungsbedarf fallen in Stufe 1. Mit mäßig schweren bis schweren Komplikationen und Komorbiditäten geht in der Regel ein höherer Vor- und Nachsorgebedarf einher, der zur Stufe 2 einer SLG führt. [...] Um auch weiterhin soziale Kriterien wie fehlende Betreuungsmöglichkeiten oder sehr weite Anreisen berücksichtigen zu können, muss deren rechtssichere Einbindung juristisch geprüft werden.“⁴⁷

Im Ergebnis wird die Schlussfolgerung vertreten, dass sich für die Stufe 2 die bisher in den G-AEP-Kriterien abgebildeten sozialen Faktoren nicht bewährt haben und zu Abrechnungstreitigkeiten führen. Von daher sei ggf. für diese Fälle auch eine kurzfristig zu prüfende, verbindliche und rechtssichere Vorab-Genehmigung denkbar – ein Verfahren, das die kurzstationäre Versorgung massiv erschweren würde. Vor einer Aufnahme eine rechtssichere Vorabgenehmigung einzuholen, wird sich bei einem akuten Handlungsbedarf als untauglich erweisen.

Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass sich das Projekt im Wesentlichen mit der Frage der Ambulantisierung von Leistungen befasste, also ein Diagnosespektrum im Blick hatte, das sich von demjenigen der kGÜv durch einen hohen Anteil von elektiven, meist operativen Interventionen oder technisch-diagnostischen Abklärungen unterscheidet.

Augurzky (2022) diskutiert, ob das im Koalitionsvertrag erwähnte Konstrukt der Hybrid-DRGs eine geeignete Abrechnungsgrundlage darstellen könnte, die auch für die kGÜv eine verlässliche und auskömmliche Abrechnungsbasis bietet. Hierzu fehlen aber weitere Spezifizierungen. Erfahrungen liegen dazu noch nicht vor, sieht man von einem gescheiterten Modellversuch in Thüringen ab.⁴⁸

Haserück et al. zitieren im Deutschen Ärzteblatt Dr. Bernhard Gibis, Leiter des Dezernats Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der dort ein zweistufiges Weiterentwicklungsmodell vorschlägt, bei dem die strikte Trennung zwischen ambulant und stationär bezogen auf die Nachtgrenze aufgehoben wird.⁴⁹ Die Differenzierung solle stattdessen über unterschiedliche Finanzierungsformen erfolgen, die von der (notwendigen) Verweildauer der Behandlung abhängig sei: bei bis zu einer Nacht über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), bei bis zu drei Tagen als Hybrid-DRG und darüber hinaus nach DRG.

45 Vgl. Hamburg Center of Health Economics (HCHE) et al. (2022), a.a.O., S. 4–5

46 Ebd., S. 4: „Für die identifizierten, zahlenmäßig relevanten Gruppen [von Leistungen] erfolgt anschließend die Definition von um stationäre Teilleistungen bereinigten, neuen sektorengleichen Leistungsgruppen (SLG). Diese umfassen z.B. keine Übernachtung mehr und sehen identische Leistungsinhalte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vor.“

47 Ebd., S. 4 f.

48 Vgl. Thelen, P. (2022): Mit Hybrid-DRGs erstmal gescheitert. Tagesspiegel Background. 04.03.2022. <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/mit-hybrid-drgs-erstmal-gescheitert> (Paywall; abgerufen am 07.12.2022)

49 Vgl. Haserück et al. (2022), a.a.O., S. A 1509–A1510

Auch Gibis stellt fest, dass es „keine allgemein anerkannte Definition gibt, was Hybrid-DRGs eigentlich sind“⁵⁰. Diese bleibt abzuwarten. Bisher werden sie in der fachpolitischen Debatte eher als Instrument der Ambulantisierung stationärer Leistungen diskutiert.

Zur Abgrenzung und Definition eines vorrangigen Behandlungsbedarfs in der kGÜv sind die bisherigen Überlegungen zu Hybrid-DRGs nur bedingt tauglich. Der o.g. Ansatz der Kontextfaktoren klingt belastbarer.

Die kGÜv im Kontext der regionalen Versorgung

Für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung hat die regionale gesundheitsbezogene Versorgungsstruktur eine herausragende Bedeutung. Dies greift der Koalitionsvertrag auf und will die Versorgung stärker regional ausrichten. In diese Struktur gliedert sich die kGÜv als ergänzender Versorgungsbaustein ein, sie wird aber durch die jeweiligen regionalen Angebote geprägt. Ländliche Interimskliniken haben eine stärkere kompensatorische Funktion als Einrichtungen in sozial belasteten Ballungsgebieten.

Mit dem Koalitionsvertrag 2021–2025 wurden erstmals regionale Aspekte der Gesundheitsversorgung als Ziel des gesundheitspolitischen Regierungshandelns festgeschrieben. Im Abschnitt zur ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung wird programmatisch betont:

„Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) [...]“⁵¹

Während bisher die institutionelle, technische und pharmazeutische Entwicklung und Leistungen der Spitzenmedizin öffentlich als Maß für die Qualität der Gesundheitsversorgung wahrgenommen wurden, hat sich mit der politischen Wertschätzung der regionalen Versorgung und Primärversorgung eine neue Perspektive eröffnet. Die Betonung der regionalen Komponenten einer Gesundheitsversorgung leitet sich aus der Erkenntnis ab, dass die Qualität und die Quantität der Gesundheitsversorgung vor Ort einen deutlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der dortigen Bevölkerung haben. In einer stark segregierten, sozial gespaltenen Bevölkerung mit wachsenden demografischen Herausforderungen kann es nicht das alleinige Ziel sein, die medizinische Spezialisierung zu optimieren. Vielmehr ist der Fokus auf Fragestellungen zu richten, die den höchsten Mehrwert für das gesundheitliche Wohlergehen der Bevölkerung erzielen. Dazu sind die Angebote der gesundheitlichen Versorgung nahe an den Bürgerinnen und Bürgern in ihren jeweiligen sozialen, ökologischen und

50 Ebd., S. A 1509–A1510

51 Koalitionsvertrag 2021–2025, a. a. O., S. 84

individuellen Lebenswelten zusammenzuführen. Der Koalitionsvertrag stützt diese neue Grundrichtung

- » mit der Betonung der Primärmedizin,
- » den breit aufgestellten ambulanten Versorgungsangeboten in Gesundheitszentren und
- » durch die Einführung von Schnittstellenangeboten zwischen der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung vor Ort in Form von Gesundheitskiosken.

Der Bedarf für die kGÜv steht im Zusammenhang mit den jeweiligen regionalen Angeboten. Gerade im ländlichen Raum werden die Erwartungen an eine Interimsklinik deutlich höher (und damit auch das Patientenaufkommen größer und das Diagnosespektrum breiter) sein, wenn die Krankenhausversorgung nicht orts- und zeitnah erreichbar ist. Hier lohnt es auch, Krankenhausaufenthalte verkürzende Übernahmen in die kurzstationäre Versorgung regelhaft mit den umliegenden Krankenhäusern zu vereinbaren. So können Patientinnen und Patienten schneller wieder in ihr vertrautes soziales Umfeld und in die ambulante Versorgung zurückgeführt werden.

Dagegen kann in städtischen Ballungsgebieten schnell auf eine vorhandene stationäre Struktur und ein breites fachärztliches Spektrum zurückgegriffen werden. In solchen städtischen Quartieren wird die kurzstationäre Grundversorgung, insbesondere für funktionseingeschränkte Patientinnen und Patienten, im Vordergrund stehen.

Interimskliniken ergänzen also die ambulanten, gesundheitsfördernden und sozialen Komponenten der gesundheitlichen Versorgung vor Ort. Sie müssen aber in das jeweilige regionale Versorgungsangebot eingebettet sein.

Besonders funktionseingeschränkte Patientinnen und Patienten können von der Stärkung der regionalen Strukturen einen persönlichen, sozialen und gesundheitsstärkenden Effekt erwarten. Von daher ist es zu begrüßen, dass die kurzstationäre Versorgung als Teil der regionalen Struktur im Koalitionsvertrag auf der aktuellen gesundheitspolitischen Agenda steht.

Auswirkungen auf die Struktur der Krankenhausversorgung

Die anstehende Krankenhausreform wird zu einer Konzentration der stationären Versorgung führen. Dafür bieten sich Angebote der kGÜv als kompensatorischer Teil eines ambulant-kurzstationären Angebotspakets an. Telemedizinische Spezialsprechstunden unterstützen diesen Ansatz. Bestenfalls verläuft dieser Prozess mit einem längeren Planungsvorlauf, bevor die Schließung eines Krankenhauses erfolgt.

Eine über den Koalitionsvertrag beabsichtigte tendenzielle Stärkung der Primärversorgung geht in der stationären Versorgung (aus qualitativen, personellen und ökonomischen Gründen) mit einem Rückzug aus der Fläche durch Leistungskonzentration einher. Die Debatte über obsoletere Krankenhausstrukturen in Deutschland dauert an. Sieht man von der Bereinigung der Krankenhauslandschaft im Rahmen der Wiedervereinigung in den ostdeutschen Ländern ab, lässt sich – insbeson-

dere in den westlichen und südlichen Bundesländern – bisher keine strukturierte Krankenhausplanung erkennen. Die bisherigen Krankenhausschließungen waren meist ökonomisch bedingte Einzelentscheidungen der Träger. Neue Entwicklungen in den Krankenhausplanungen der Länder Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen versuchen, dies zu ändern. Die Konzentration der Krankenhausversorgung wird sich dennoch fortsetzen – und damit auch der Rückzug des stationären Versorgungsangebotes aus dem ländlichen Raum.

Kurzstationäre Einrichtungen sind geeignet, einen Teil dieser Lücke zu füllen, wenn sie als Ergänzung der primärmedizinischen Versorgung frühzeitig in die regionalisierte Angebotsstruktur mit einbezogen werden. Sie können eine ortsferne Krankenhausbehandlung – soweit ärztlich und pflegerisch verantwortbar – z. T. kompensieren.

In den Experteninterviews wurde immer wieder betont, dass dieser kompensatorische Effekt auch von der Bevölkerung anerkannt wird, wenn er als Teil eines neuen ambulanten und teilstationären Gesamtkonzeptes der medizinischen Versorgung angeboten werden kann. Das Momentum ist am größten, wenn diese Restrukturierungsdebatte nicht zum Zeitpunkt der Krankenhausschließung oder gar im Nachgang geführt wird, sondern rechtzeitig vor der Veränderung abgeschlossen ist.

In der öffentlichen Wahrnehmung wird die Frage der Versorgungssicherheit bei einem lokalen stationären Angebot insbesondere mit Notfällen verbunden. Es kann fachlich gut erläutert werden, dass die Qualität der (Notfall-)Versorgung trotz längerer Transportwege in einem Schwerpunkt-krankenhaus besser zu gewährleisten ist als in einem lokalen Krankenhaus, das die notwendige personelle und technische Qualität nicht vorhalten kann. Dagegen vermeidet man mit einer lokalen Interimsklinik zumindest für einen Teil der Krankenhauseinweisungen die Nachteile einer ortsfernen Verlegung. Patientinnen und Patienten mit bestimmten Funktionseinschränkungen können, wie gezeigt, besonders von einer ortsnahen Versorgung profitieren.

Wenn es gelingt, die Stärkung der ambulanten Versorgung vor Ort, optimiert durch Videokonsultationen oder -sprechstunden in Spezialdisziplinen, mit einer Interimsklinik als Gesamtkonzept zu präsentieren, kann dies die Sorgen der lokalen Bevölkerung bezüglich einer Krankenhausschließung abmildern.

Die besondere Rolle der Kommunen

Die Kommunen haben ein hohes Interesse an einer möglichst umfassenden gesundheitlichen Versorgung ihrer Bevölkerung. Zunehmend übernehmen sie dabei eine aktive Rolle in der Gestaltung, insbesondere bei einer Konzentration der stationären Versorgung – bis hin zur kGÜv. Im patientenbezogenen Case Management – für die kGÜv unverzichtbar – ist die Kooperation mit den kommunalen Hilfen entscheidend.

Bei der Entwicklung neuer gesundheitlicher Strukturen vor Ort ist die besondere Rolle der Kommunen oder anderer Gebietskörperschaften als Träger der Daseinsvorsorge zu betonen.

Bei vielen patientenbezogenen Fragen wird in der kurzstationären Grund- und Übergangsvorsorgung eine Kooperation mit und ein Engagement durch die Kommunen notwendig sein: Der Übergang von der Interimsklinik zurück in die ambulante Versorgung erfordert in vielen Einzelfällen eine Abstimmung und Koordination zwischen den verschiedenen Unterstützungssystemen. Die Schnittstellen mit den kommunalen Zuständigkeiten der Eingliederungshilfe, mit der Hilfe zur Pflege oder mit den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sind vielfältig. Dies spricht für eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Primärvorsorgung, den kommunalen Einrichtungen und der Interimsklinik.

Qualifiziert weitergebildete Case-Management- bzw. sozialdienstliche Kompetenzen sind für diese Patientenkoordination und Netzwerkaktivität in der kurzstationären Versorgung unerlässlich. Die Bedeutung dieser vermittelnden Tätigkeiten wird aktuell durch den Koalitionsvertrag anerkannt, sei es durch die beabsichtigte Implementation von Gesundheitskiosken, von Gesundheitslotsinnen und -lotsen sowie von Gemeindefachkräften oder durch die geplante Etablierung des neuen Berufsbildes der Community Health Nurse.

Ob nun durch aktive Mitarbeit in einer Netzwerkstruktur oder sogar als Förderin bzw. Förderer oder Trägerin bzw. Träger von regionalen gesundheitlichen Einrichtungen oder Strukturen: Das kommunale Engagement für eine regionale Gesundheitsversorgung gewinnt an Bedeutung.⁵² Bereits 2020 betonten dies auch Hildebrandt et al.⁵³

Kommunen bringen sich bei einer anstehenden Konzentration stationärer Strukturen in der Region anwaltschaftlich ein und kämpfen für deren Erhalt und alternative Lösungen. Proaktive Kommunen beteiligen sich an dem Umgestaltungsprozess und nutzen dabei die kGÜv als einen wichtigen Baustein für den Umbau (z. B. in Spaichingen, Wadern und Niedersachsen⁵⁴).

Sollte eine öffentliche Gebietskörperschaft gleichzeitig Trägerin eines örtlichen Krankenhauses sein, obliegt ihr eine besondere Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung. Anstatt dauerhaft ein strukturelles und qualitatives Defizit an kommunalen Krankenhäusern zu dulden, ist der Umbau in neue Gesundheitsstrukturen nicht nur ein Gebot der Sparsamkeit, sondern vor allem der Qualität. Durch die angemessene Begrenzung des Leistungsspektrums können qualitative Aspekte in der kGÜv besser gewährleistet werden als in einem Krankenhaus der Grundversorgung, das aufgrund personeller und qualitativer Defizite an seine Grenzen stoßen wird.

52 Vgl. Böhm, K., und Schönknecht, M. (Februar 2022): Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit – Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern des Versorgungssystems im Rahmen von Patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung (PORT). Ruhr-Universität Bochum, ZEFIR-Materialien Band 18; http://www.zefir.ruhr-uni-bochum.de/mam/images/materialien_band_18_kommunale_gesundheitsversorgung_projektbericht.pdf (abgerufen am 07.12.2022)

53 Vgl. Hildebrandt, H., Bahrs, O., Borchers, U. et al. (2020): Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert; https://optimedis.de/files/Zukunftskonzept/Buch_Auftaktartikel_Integrierte_Versorgung_Jetzt_Entwurf.pdf (abgerufen am 07.12.2022)

54 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2022), a. a. O., S. 20, 22 und 24

Themenfeld 2: Strukturelle Voraussetzungen von Interimskliniken

Größe bzw. Bettenzahl der Interimskliniken

Klinikeretzend können im Mittel 20 Prozent der Akuteinweisungen in der kGÜv behandelt werden. Das Potenzial für die Übergangsversorgung durch Interimskliniken kommt hinzu. Auf dieser Basis werden 15 Betten pro Interimsklinik als bedarfsnotwendig errechnet. Diese Größenordnung stimmt mit den Bettenzahlen in den dokumentierten Modellen überein.

Die Expertinnen und Experten schätzen, dass mit ortsnahen Interimskliniken mindestens 20 Prozent (bis zu 50 Prozent) der Notfalleinweisungen aus den Pflegeeinrichtungen bzw. von Patientinnen Patienten mit multimorbidem und geriatrischem Hintergrund vermieden werden können.⁵⁵ Dies wird durch die Studie von Schmid et al. (2021) bestätigt.⁵⁶ Nach den dort vorgenommenen Berechnungen wird postuliert, dass das Substitutionspotenzial je nach Szenario zwischen 12 und 25 Prozent liegt. Im mittleren Szenario beträgt es 16 Prozent aller stationären Behandlungsfälle. Dabei betrachten Schmid et al. allerdings nur die Patientengruppen, die aus der Grundversorgung übernommen würden. Die Patientinnen und Patienten, deren Krankenhausaufenthalt durch ein Angebot der kGÜv in der Übergangsversorgung verkürzt werden kann, sind nicht einbezogen.

Der Projektantrag StatAMed der AOK Rheinland/Hamburg – u. a. zur Förderung durch den Innovationsausschuss – geht von einer Vermeidung der Krankenhausaufnahmen durch Behandlungen in einer kGÜv um bis zu 20 Prozent aus.⁵⁷

Umgerechnet auf die „eingesparten“ Krankenhauseinweisungen geben Schmid et al. in ihren beiden bereits genannten Gutachten (2018 und 2021) eine Mindestgrößenordnung von 15 Betten für Interimskliniken an.⁵⁸ Diese Größenordnung deckt sich mit den Angaben im ersten Teil der Expertise der Bertelsmann Stiftung.⁵⁹ Tabelle 4 auf der folgenden Seite führt die Bettenzahlen der dort aufgelisteten Projekte, soweit bekannt, auf.

Zehn bis 15 Betten/Plätze werden in den regionalen Modellvorhaben im Mittel als bedarfsnotwendig angesehen. Zu kleine Einheiten sollten aus ökonomischen Gründen (schon aufgrund der notwendigen fachpflegerischen Besetzung) nicht geplant werden.

In einem Experteninterview wurde erst bei einer Bettenzahl von 40 Betten eine ökonomische Tragfähigkeit der Einrichtung gesehen. Damit verbindet sich die Erwartung, weitere vertretbare Behandlungsanlässe (z. B. palliative Versorgung, Angebote der Geriatrischen Institutsambulanz

55 Dabei könnte die Frage erörtert werden, ob Pflegeeinrichtungen mit dem Auftrag zur Behandlungspflege nicht an sich befähigt sein sollten, selbstständig eine kurzstationäre Grundversorgung abzudecken.

56 Vgl. Schmid et al. (2021), a. a. O., S. 92

57 Vgl. Altin, S. (2022): Etablierung der Gesundheitskioske in Nordrhein-Westfalen. Vortrag vor der Robert Bosch Stiftung am 07.07.2022, Berlin, Folie 18 (nicht veröffentlicht)

58 Vgl. Schmid et al. (2018), a. a. O., S. 91; Schmid et al. (2021), a. a. O., S. 104

59 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2022), a. a. O.

TABELLE 4: **Bettenzahlen der verschiedenen Modellvorhaben**

ORT	BETTENZAHL	ANMERKUNG
Thedinghausen	20	Historisches Beispiel
SKH Hamburg	5 plus 10 Belegbetten	Laut Krankenhausplan
Templin	6	In der Decision Unit
Wolgast	10	Inzwischen in tagesklinische Plätze umgewandelt
Travemünde	17	Zusätzlich 10 chirurgische Betten
Willingen	15	
Wadern	30	
Kirn	20-30	
Vohenstrauß/Waldsassen	15-20	
Havelberg	5	Plus 30 geriatrische Betten/Plätze
Adenau	10	

Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

[GIA], ambulantes Operieren) in die Einrichtung zu integrieren. Mit steigender Bettenzahl und durch zusätzliche Patientengruppen wachsen die Komplexität und auch die Strukturanforderungen an eine solche Einheit.

Notwendige sächliche Ausstattung

Die Ausstattung wird an elementare Bedarfe der Überwachung, Pflege und gesundheitstherapeutischen Berufe angepasst. Weiterführende Diagnostik findet nicht in der kGÜv statt.

Die technische, diagnostische und operative Ausrüstung der kGÜv muss keinem Krankenhausstandard entsprechen – so das Votum der Expertinnen und Experten. Einfache, die Überwachung erleichternde diagnostische Möglichkeiten sind jedoch notwendig. Ein Set von Laborparametern, z. B. als Point-of-Care-Labordiagnostik (wie Blutbild, Blutzucker, Troponin, Sauerstoffsättigung und Urinparameter), soll aber konstant verfügbar sein. Kardiologisches Monitoring/EKG und Sauerstoffzufuhr werden benötigt. Ärztlicherseits werden ein Ultraschallgerät und ggf. Möglichkeiten zur Punktion (Aszites, Pleuraerguss) gewünscht. Für die Notfallbehandlung reicht ein gut sortierter Notfallkoffer.

Offen blieb die Vorhaltung einer Röntgendiagnostik, die von hohem differenzialdiagnostischem Wert ist (z. B. Thorax-Aufnahme bei pulmonalen oder kardialen Erkrankungen), aber aufwendige technische und personelle Voraussetzungen bedingt.

Räumlich ist ein Behandlungszimmer mit der Möglichkeit zur kleinen Wundbehandlung ebenso angebracht wie Pflegehilfsmittel zum Transport oder zur Sanitärpflege von immobilen Patientinnen und Patienten.

Wegen der großen Bedeutung von gesundheitstherapeutischen Maßnahmen sind entsprechende räumliche Anforderungen der Physiotherapie und der Ergotherapie einzuplanen.

Über die weitere technische Ausstattung sollte gemeinsam mit dem sonstigen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Fachpersonal vor Ort entschieden werden. Ein effizientes Pooling von diagnostischen Möglichkeiten mit den jeweiligen lokal niedergelassenen Angeboten ist anzustreben.

Sollte die Einrichtung belegärztlich von anderen Fachdisziplinen genutzt werden, sind entsprechend angepasste Ausstattungen für die jeweilige Fachrichtung vorzuhalten.

Personelle Voraussetzungen

Neben gesundheitstherapeutischen Berufen und einem professionellen Case und Care Management wird die tragende Rolle der Pflege in der kGÜv betont. Hauptamtliche ärztliche Kompetenz soll nicht regelhaft vorgehalten werden. Erforderlich ist eine qualifizierte (akademische) Ausbildung der pflegerischen Fach- und Leitungskräfte, um die erweiterten Erwartungen für den therapeutischen Prozess zu übernehmen.

In Einrichtungen der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung werden vorrangig vier berufliche Qualifikationen tätig: gesundheitstherapeutische Berufe, ein qualifiziertes Case Management (Sozialarbeit im Gesundheitswesen) und vor allem die ärztliche und die pflegerische Profession.

Unabhängig davon, ob sich die Einrichtung aus einem (ehemaligen) Krankenhausstandort entwickelt oder als Erweiterung des bestehenden ambulant-ärztlichen Angebotes entsteht: Für die dort involvierten Ärztinnen und Ärzte bedarf es eines Perspektivwechsels.

Für klinisch tätiges ärztliches Personal wird es eine Herausforderung darstellen, die Arbeitsweisen in der kGÜv zu übernehmen. Ziel ist nicht das medizinisch Mögliche einer diagnostischen und therapeutischen Krankenhausbehandlung, sondern eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Die kGÜv ergänzt die bestehenden Möglichkeiten der ambulanten Versorgung. Hausärztliche Medizin besticht durch ein ganzheitliches Handeln über die gesundheitliche Situation hinaus. Von daher werden exakte Kenntnisse der generellen und der regional primärmedizinischen Gegebenheiten vorausgesetzt, die in der stationären Medizin nicht handlungsleitend sind.

Die kGÜv verändert aber auch die ambulante Versorgung. Sie ermöglicht eine Ergänzung der hausärztlich-primärmedizinischen Perspektive. Durch Interimskliniken erhält die primärmedizinische Versorgung vor Ort eine weitere Behandlungsoption und einen Kompetenzzuwachs. Hausärztliche Medizin wird durch diese neue Dimension berufspolitisch aufgewertet.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass die medizinische Betreuung durch die regionale (Haus-) Ärzteschaft wahrgenommen wird. Eigene ärztliche Kompetenz in Interimskliniken vorzuhalten, ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Von besonderer Relevanz könne dies, so eine Expertenmeinung, für die in der hausärztlichen Versorgung tätigen Internistinnen und Internisten sein. Sie stellen ca. 30 Prozent der Hausärzteschaft. Im Vergleich zur Allgemeinmedizin ist ihre ärztliche Orientierung bzw. ihre fachärztliche Ausbildung stärker klinisch geprägt. Für sie kann es von daher ein besonderer Gewinn sein, ihr klinisches Wissen über eine Tätigkeit in der kGÜv verstärkt in die hausärztliche Versorgung einzubringen.

Schon heute ist das breite Spektrum von Erwartungen und Aufgaben in der Primärversorgung nur durch kooperative Arbeitsstrukturen zu bewältigen. Hausärztinnen und -ärzte kennen und nutzen die Qualifikation von Gesundheitsfachpersonal, um ihre hohe Arbeitslast zu bewältigen. Ein den Experteninterviews entnommener Beleg dafür sind die positiven Erfahrungen in der Kooperation mit Physician Assistants. Es wird für die Hausärzteschaft entscheidend sein, dass sie auch in der kGÜv durch eine hohe Verantwortungsbereitschaft des Gesundheitsfachpersonals entlastet wird. Dort müssen vor allem die Pflegefachkräfte in einem zu definierenden Rahmen therapeutische Aufgaben übernehmen. Ohne eine solche neue Verantwortungsverteilung kann das zusätzliche Versorgungsangebot der Interimskliniken die hausärztliche Versorgung zu stark belasten oder sogar überfordern.

Es kann in der kGÜv nicht wie im Krankenhaus davon ausgegangen werden, dass rund um die Uhr ärztliche Kompetenz mit einem notwendigen Facharztstandard vorhanden ist. Eine ärztliche Präsenz wird nur anlassbezogen und zu bestimmten Tageszeiten zur Verfügung stehen. Damit ergeben sich in der kGÜv wesentliche Veränderungen in der Verantwortung und für das Tätigkeitsfeld der Pflege. Alle befragten Expertinnen und Experten sind sich einig, dass sich die Pflegefachkräfte im Vergleich zu den tradierten Tätigkeitsfeldern mit einem höheren Maß an Verantwortung und Kompetenz einbringen werden.

Bisher definiert das Pflegeberufereformgesetz aus dem Jahr 2017 in § 5 als Ausbildungsziel die fachlichen und personellen Kompetenzen „für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen“. Pflegefachkräfte sollen „kurative [...] Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen“ beherrschen. Die §§ 63 (3c) und 64d SGB V ergänzen diese Definition um die selbstständige Ausübung von Heilkunde für festzulegende Tätigkeitsfelder.

Unabhängig von der Diskussion über die rechtlichen Implikationen von Delegation und Substitution (siehe S. 39 ff.) werden in der kGÜv Anforderungen an die pflegerische Fachlichkeit gestellt, wie sie im europäischen Ausland Standard sind.

In einem vorgegebenen Rahmen werden die pflegerischen Fachkräfte eigenständige Aufgaben im therapeutischen Prozess übernehmen. Sie werden insofern in einem zu definierenden Maß therapeutische Entscheidungen mitzutreffen haben. In der Überwachung des Behandlungsprozesses sind medizinische Veränderungen zu beobachten und nicht nur im Notfall selbstständige Entscheidungen zu treffen.

Von daher sind sich die Fachexpertinnen und -experten einig, dass diese erweiterte Verantwortung eine besondere Kompetenz erfordert, die über die fachschulische Ausbildung hinausgeht. Neben den kompetenten und umfassenden Kenntnissen des Pflegeprozesses ist ein Gesamtverständnis des medizinisch-therapeutischen Prozesses gefragt, der auf wissenschaftlicher Grundlage mit dem Pflegeprozess verzahnt ist. Solche Kompetenzen werden in den akademischen Ausbildungen der Pflege- und gesundheitstherapeutischen Berufe vorrangig angeboten. Von daher wird die kGÜv ein attraktiver Arbeitsplatz für die akademisierte Pflege.

Um einen abgesicherten fachlichen Rahmen für die Zusammenarbeit zu definieren, wird aus dem Expertenkreis vorgeschlagen, dass die wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Allgemeinmedizin und der Pflege für prototypische Erkrankungen und Behandlungen gemeinsam Leitlinien entwickeln sollen. Diese können für beide Berufsgruppen die jeweiligen Anforderungen, deren Voraussetzungen sowie die Arbeitsteilung bis hin zu „Red Flags“ mit den sich daraus ergebenden Handlungsoptionen definieren. Solche gemeinsamen Standard Operating Procedures (SOPs) der wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden als Stand der Wissenschaft und Technik betrachtet und definieren damit eine rechtliche Qualität, solange man sich in ihrem Rahmen bewegt.

Die Beschlusslage zu § 63 Abs. 3c in Verbindung mit § 64d SGB V⁶⁰ und der Beschluss des Deutschen Ärztetages von 2017 zur Delegation ärztlicher Aufgaben an Physician Assistants⁶¹ können dazu herangezogen werden. Beide Beschlusslagen regeln eine erweiterte professionelle Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und Gesundheitsberufen.

Gerade die intermediäre Schnittstellensituation zwischen dem Krankenhaus, den Aufgaben in der kGÜv und der ambulanten häuslichen und pflegerischen Versorgung erfordert eine profunde vermittelnde und bahnende Kompetenz in jeder Interimsklinik. Dies kann und soll nicht primär durch die Pflege erfolgen. Ein professionelles Case Management mit entsprechender Weiterbildung bzw. sozialarbeiterischer Kompetenz im Gesundheitswesen ist als integraler Bestandteil des Teams der kGÜv vorzusehen und regelhaft in patientenbezogene Entscheidungsfindungen mit einzubinden.

Essenziell für die kGÜv sind gesundheitstherapeutische Fachkräfte. Die Übergangsversorgung ist ohne diese Berufsgruppen nicht durchführbar, aber auch in der Grundversorgung sind gesundheitsstärkende und mobilisierende Kompetenzen unabdingbar. Vorrangig werden Fachkräfte der Physiotherapie und der Ergotherapie benötigt, andere gesundheitstherapeutische Leistungen sind ggf. hinzuzuziehen. Die entsprechenden Angebote können durch ambulant niedergelassene Fachkräfte erbracht werden, wenn der Bedarf für eine Anstellung in der kGÜv nicht ausreicht.

Leitungsfunktion

Pflege ist quantitativ die dominierende Berufsgruppe in den Interimskliniken.⁶² Zusammen mit der neuen Verantwortlichkeit sollte sich dies, so die überwiegende Expertenmeinung, auch in der operativen und personellen Leitung der Einrichtung abbilden. Die Vorstellung von Schmid et al. (2018), die Interimskliniken ärztlich zu leiten,⁶³ ist aufgrund der reduzierten ärztlichen Präsenz nicht nachvollziehbar. Die Leitungsfunktion erfordert nicht nur die Gewährleistung einer besonderen organisatorischen Verantwortung, sondern auch die Kenntnis der regionalen gesundheitlichen, sozialen und langzeitpflegerischen Versorgung.

60 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2012): Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Erstfassung); <https://www.g-ba.de/beschluesse/1401/> (abgerufen am 07.12.2022) / Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Pflegeverbänden und der KBV zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d Sozialgesetzbuch V; https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag___64d_SGB_V.pdf (abgerufen am 07.12.2022)

61 Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen; https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf (abgerufen am 07.12.2022); verabschiedet auf dem 120. DÄT 2017 in Freiburg; <https://www.presseportal.de/pm/9062/3644570> (abgerufen am 07.12.2022)

62 Schmid et al. (2021) gehen von zwölf Vollzeitkräften pro Interimsklinik aus (vgl. S. 118).

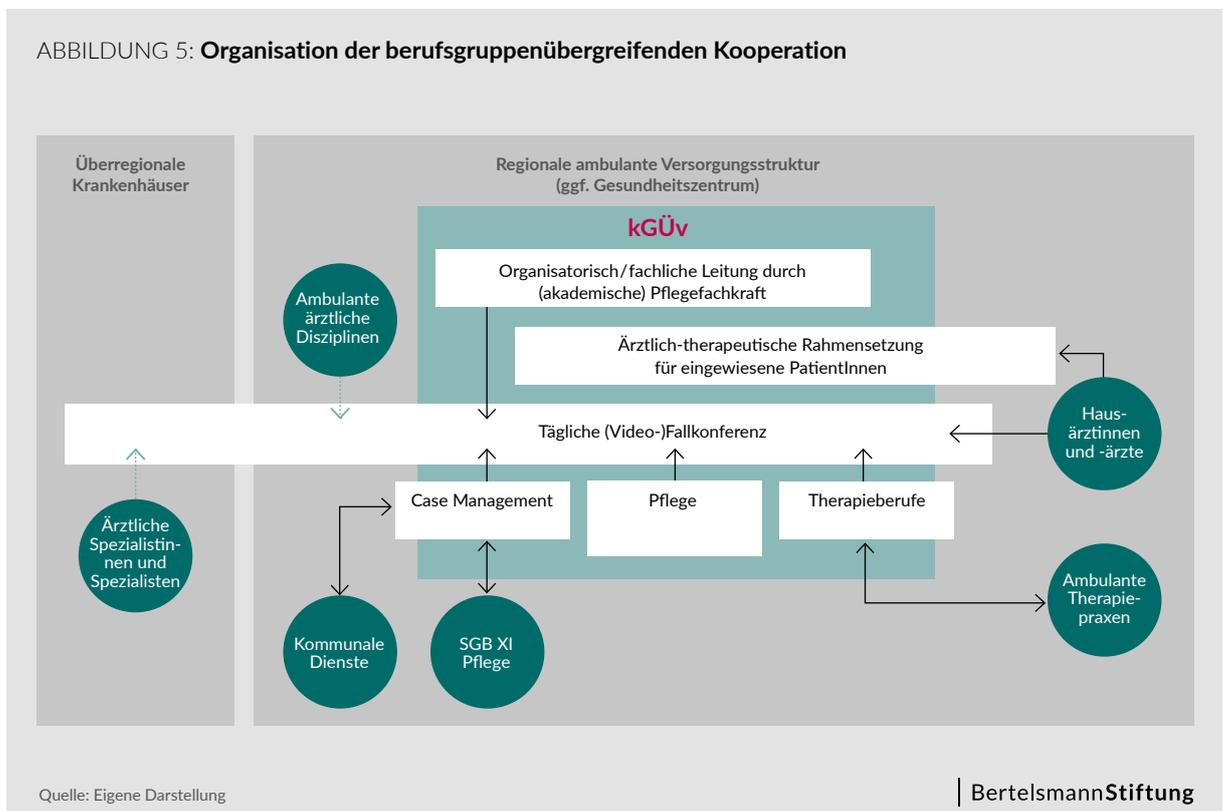
63 Vgl. Schmid et al. (2018), a.a.O., S. 53

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine Digitalisierung der internen Abläufe ist nicht nur für die Effektivität und Dokumentation zwingend, sondern wird in der kGÜv auch als Voraussetzung für eine konstante interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich. Nur so kann die nicht dauerhaft präsente Fachlichkeit aufwandsarm eingebunden werden.

Der interprofessionelle fachliche Anspruch zeichnet die Zusammenarbeit in der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung aus. Angesichts der therapeutischen Rahmensetzung müssen die Ärzteschaft, die erweiterte pflegerische Kompetenz sowie das Case Management und – insbesondere bei der Übergangsversorgung – die gesundheitstherapeutischen Berufe ihre jeweilige Sicht zur Entwicklung der Behandlungs- und Unterstützungsprozesse für die Patientinnen und Patienten kooperativ zusammenfügen. Aufgrund der eingeschränkten ärztlichen Präsenz bietet sich vorrangig eine digitale Kommunikationsplattform an, durch die fallbezogen auch externe Expertise (z. B. aus den vorbehandelnden Krankenhäusern) eingebunden werden kann. Die Vorteile und Notwendigkeiten einer elektronischen Patientenakte, die – bei Einverständnis durch die Patientinnen und Patienten – auch mit den ambulanten Akteurinnen und Akteuren in der Region verknüpft werden kann, sind naheliegend. Fallbesprechungen per Videokonferenz und berufsübergreifende Qualitätszirkel unterstützen die entsprechende Kooperation (siehe Abbildung 5).

ABBILDUNG 5: Organisation der berufsgruppenübergreifenden Kooperation



In die Patientenbehandlung der kGÜv sind sowohl dort hauptamtlich tätige als auch externe Fachkräfte eingebunden. Von daher bedarf es klarer und verbindlicher Absprachen zur interprofessionellen Kooperation. Sie ist die eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der neuen Versorgungsform.

Trägerschaft

Aus Sicht der Expertinnen und Experten sind unterschiedliche Trägerschaften aus dem ambulanten oder stationären Sektor, aber auch durch Kommunen oder Pflegeeinrichtungen nach SGB XI vorstellbar.

Die Expertinnen und Experten legen sich nicht fest, ob eine bestimmte Trägerschaft für die kGÜv favorisiert oder ausgeschlossen sein sollte. Sowohl „Dependancen“ von Krankenhäusern als auch Erweiterungen der ambulanten Versorgung (z. B. als Ergänzungen für oder von Gesundheitszentren) sind denkbar.

Überlegenswert ist auch eine Trägerschaft durch Einrichtungen der Pflege nach SGB XI. Eine Anbindung an die stationäre Langzeitpflege wird allerdings kritischer gesehen als eine Integration in eigenständige Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Die Grundausrichtung der Kurzzeitpflege als aktivierende, nicht auf längere Aufenthalte ausgerichtete Pflege weist eine größere Nähe zur kGÜv auf als die stationäre Langzeitpflege. Deren Pflegephilosophie ist stärker bewahrend und lebensbegleitend geprägt.

Im Expertenkreis besteht unabhängig vom eigenen Tätigkeitsfeld eine Bereitschaft, Verantwortung für künftige Interimskliniken zu übernehmen. Weder die Vertreterinnen und Vertreter aus dem Krankenhaussektor, den Wohlfahrtsverbänden, der ambulanten Versorgung noch der Kommunen wollen künftig ein trägerschaftliches Engagement ausschließen, soweit dies im Rahmen der jeweiligen regionalen Gegebenheiten und bundesrechtlicher Möglichkeiten machbar ist.

Neben der fachlichen Bereitschaft, sich für diese neue Versorgungsform zu engagieren, sind auch betriebsinterne Überlegungen dafür ausschlaggebend. Für das eigene Pflegepersonal wird in der kGÜv ein neues, verantwortungsvolleres Tätigkeitsfeld gesehen. Ein Engagement könnte für die Träger als Maßnahme zur Personalbindung von Vorteil sein.

Exkurs: Delegation und Substitution – Unzeitgemäße Kampfbegriffe für ein neues kooperatives Berufsverständnis⁶⁴

Die strikte Zurückweisung der Substitution heilkundlicher Leistungen durch die Ärzteschaft wird in der Praxis relativiert. Aufgrund immer besser (und auch akademisch) ausgebildeter Gesundheitsfachberufe nimmt der Umfang von delegierbaren Leistungen zu, die Grenzen zwischen beiden „Kampfbegriffen“ verschwimmen – zumal sie rechtlich nie sauber definiert waren. Die durch die §§ 63/64 SGB V eröffneten Spielräume beschleunigen den Prozess. Vorgeschlagen wird, eine neue interprofessionelle Zusammenarbeit durch Leitlinien zu erleichtern, die die jeweiligen Kompetenzen diagnosebezogen definieren.

Bis heute beanspruchen die ärztlichen Standesorganisationen die alleinige Definitionsmacht über die Ausübung der Heilkunde. Aufweichungen, wie jüngst die Erlaubnis zur Coronaimpfung durch die Apothekerschaft, rufen reflexartig Proteste hervor.⁶⁵ Dabei gibt es aus juristischer Sicht durchaus einen Spielraum in der Definition von Heilkunde: Der Begriff leitet sich aus dem Heilpraktiker-gesetz (HPG) von 1939 ab, in dem die Tätigkeit der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker von der ärztlichen Tätigkeit abgegrenzt wird. In § 1 Abs. 2 HPG wird der Begriff der Heilkunde sehr weit gefasst: „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen [...]“. Jochen Taupitz sieht diese Definition nicht als geeignet an, um die Arbeitsbereiche im Gesundheitswesen voneinander abzugrenzen.⁶⁶ Auch die Bundesärz-te-or-dnung, nach der nur die- bzw. derjenige, die als Ärztin bzw. der als Arzt approbiert sei, den ärztlichen Beruf ausüben dürfe, ändere daran nichts. Diese Bestimmung sei im Grunde lediglich ein Titelschutz für den Arztberuf. Was Heilkunde sei, werde dort nicht definiert.

Insofern bleibt ein Interpretationsspielraum, in welchem Umfang ärztlicherseits Leistungen durch eine Delegation formal übertragen werden können. Unzweifelhaft ist, dass im Falle einer Übertragung diese ärztlicherseits angeordnet werden muss und die Letztverantwortung beim Anordnenden verbleibt.

Generelle Kriterien für eine Delegationsfähigkeit von Leistungen existieren also nicht, Gerichte entscheiden einzelfallabhängig.⁶⁷ Ein nicht rechtsverbindlicher Hinweis zum Umfang der Übertragung kann aus einer Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband aus dem Jahr 2013 abgeleitet werden, in der „die Anforderungen für die

64 Dank an Herrn Prof. Dr. Dieter Hart, ehemaliger geschäftsführender Direktor des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht an der Universität Bremen, für seinen fachlichen Rat

65 Vgl. Bundesärztekammer (2022): Patientensicherheit nicht gefährden – Impfen muss ärztliche Aufgabe bleiben. Pressemitteilung vom 25.04.2022; <https://www.bundesaeztekammer.de/presse/aktuelles/detail/patientensicherheit-nicht-gefaehrdet-impfen-muss-aerztliche-aufgabe-bleiben> (abgerufen am 07.12.2022)

66 Vgl. Gerst, T. (2015): Delegation und Substitution: Wer wann wo behandeln darf. In: Deutsches Ärzteblatt 2015, 112(10): A-402/B-348/C-340; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/168564/Delegation-und-Substitution-Wer-wann-wo-behandeln-darf> (abgerufen am 07.12.2022)

67 Vgl. Katzenmeier, C. In: Laufs, A., Katzenmeier, C., und Lipp, V. (2021): Arztrecht. 8. Aufl., München, S. 393

Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung⁶⁸ (aus § 1 Gegenstand) geregelt und beispielhaft in einem Katalog aufgelistet sind.

Entscheidend für die Delegation ist die persönliche Eignung der nicht ärztlichen Fachkraft. Diese wird primär durch deren Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung bestimmt. Bei adäquater Aus- und Weiterbildung ist die Übertragung einer Vielzahl ärztlicher Maßnahmen möglich, ohne dass der Facharztstandard unterschritten wird.⁶⁹ Das Spektrum der angebotenen Aus- und Weiterbildung für die Gesundheitsfachberufe hat sich in den letzten Jahren erweitert und qualifiziert. Bisher nur fachschulisch angebotene Berufe wurden ausschließlich (z. B. für Hebammen) oder wahlweise (z. B. für Pflegefachkräfte) als wissenschaftlich-hochschulisches Studium angeboten. Neue Berufsbilder oder Weiterbildungen sind hinzugekommen, die sich auf spezielle Segmente der Gesundheitsversorgung konzentrieren (z. B. OTA, Physician Assistants) oder als Zusatzqualifikationen vertieftes Fachwissen erwerben (z. B. Case Manager, Community Health Nurses). Mit der zusätzlichen (wissenschaftlichen) Qualität bzw. Spezialisierung können demnach auch die Delegationsmöglichkeiten erweitert werden. Diese Position wird inzwischen in der Vertragsärzteschaft geteilt.⁷⁰

Der jetzige Koalitionsvertrag unterstützt diese Tendenz der Aufwertung und Spezifizierung der gesundheitsfachberuflichen Ausbildungen. Auch aus der Ärzteschaft wird zunehmend die Qualifikation von Gesundheitsfachberufen gewünscht und gefördert, um weitere Aufgaben zu übertragen. So hat der Deutsche Hausärzteverband eine akademische Weiterbildung für seine medizinischen Fachangestellten ermöglicht⁷¹ und im Krankenhaus sowie in der vertragsärztlichen Versorgung werden Physician Assistants nachgefragt, die in immer mehr Hochschulen ausgebildet werden. Erweiterte Möglichkeiten zur Delegation an Physician Assistants hat der Deutsche Ärztetag 2017 beschlossen.⁷² In der Expertenbefragung wird über sehr positive Erfahrungen in der Kooperation mit diesen neuen Fachkräften bei der Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung berichtet.

Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat der Gesetzgeber mit dem § 63 Abs. 3c SGB V 2008 erstmals in Modellversuchen die Substitution ärztlicher Leistungen durch besonders qualifizierte Pflegekräfte ermöglicht. Nach langwierigen Diskussionen verabschiedete der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2012 einen Katalog von bisher ausschließlich ärztlichen Tätigkeiten, die auf Pflegekräfte zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde übertragen werden können. Ein Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und den pflegerischen Leistungserbringern aus dem Jahr 2022 regelt im Einzelnen die verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung dieser ärztlichen Tätigkeiten nach § 64d SGB V.⁷³

68 Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband: Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013. Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), Stand: 1. Januar 2015; https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf (abgerufen am 07.12.2022)

69 Vgl. von Staudinger, J. (2021): J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch: Staudinger BGB – Buch 2: Recht der Schuldverhältnisse: §§ 630a – 630h (Behandlungsvertrag) Berlin; § 630b Rn. 78, S. 186

70 Vgl. Mußgnug, T., Mangiapane, S., und Czihal, T. (2022): Perspektiven einer hausärztlichen Fokusgruppe auf die Einführung von Community Health Nurses. In: ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Ausgabe 9/2022, S. 298–303; <https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-9-2022/50261-1053180-zfa20220298-0303-perspektiven-einer-hausaerztlichen-fokusgruppe-auf-die-einfuehrung-v/> (abgerufen am 07.12.2022)

71 Vgl. Deutscher Hausärzteverband: Entlastung für Ihren Praxisalltag: Studiengang „Primärmedizinisches Versorgungs- und Praxismanagement“ (B.Sc.); <https://www.hausaerzteverband.de/themen/studium-fuer-verah> (abgerufen am 07.12.2022)

72 Vgl. Bundesärztekammer et al. (2017), a. a. O.

73 Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d Sozialgesetzbuch V vom 10.06.2022; https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/Modellvorhaben_64d/Rahmenvertrag_Modellvorhaben_64d_SGB_V.pdf (abgerufen am 07.12.2022)

Die Möglichkeiten einer neuen Arbeitsteilung zwischen dem ärztlichen Beruf und den Gesundheitsfachberufen haben und werden sich rechtlich und faktisch weiter verändern. Es gibt mehr Raum für ein arbeitsteiliges Vorgehen zwischen den professionellen Kompetenzen. Katzenmeier betont diese Entwicklung ausdrücklich und spricht von einem Paradigmenwechsel in der Debatte über Delegation und Substitution.⁷⁴

Auch innerärztlich gibt es relevante Stimmen, die die belastenden Diskussionen über Delegation und Substitution beenden möchten. So spricht beispielsweise Dr. Ulrich Weigelt, Vorsitzender des Deutschen Hausärzterverbands, nicht mehr von Delegation, sondern von der Notwendigkeit einer ärztlichen Supervision, soweit die medizinische Patientenversorgung berührt ist.⁷⁵ Hinzu kommt, dass in fast allen europäischen Ländern eine größere Verantwortung für die Gesundheitsfachberufe etabliert ist. Eine ungleiche Handhabung der Berufsausübung ist für die berufliche Freizügigkeit im Binnenmarkt nicht vermittelbar und hat Auswirkungen auf die Attraktivität des deutschen Gesundheitswesens für ausländische Fachkräfte. Diese Unterschiedlichkeit wird man sich angesichts der zunehmenden Personalengpässe im Gesundheitswesen nicht leisten können.

Die verbleibende rechtliche Unsicherheit für mögliche und erlaubte Spielräume der Arbeitsteilung ist unbefriedigend, auch wenn sie durch faktische Entwicklungen zunehmend in den Hintergrund tritt. Diese Unklarheit wird meist anhand der abschließenden Verantwortung und Haftung diskutiert. Katzenmeier schlägt deshalb vor, durch „interprofessionelle, evidenzbasierte Leitlinien [...] die notwendige Akzeptanz für eine [...] Umsetzung konsentierter Standards im komplexen Versorgungsgeschehen vor Ort zu schaffen“⁷⁶ – ein Vorschlag, der in dieser Expertise bereits aufgegriffen wurde (siehe S. 36).

Weniger zielführend ist der Absicht von Augurzky, für die veränderte Arbeitsteilung in der kGÜv ein Rechtsgutachten zu beauftragen, „das eine klare Einordnung vermuteter und realer Rechtsrisiken vornimmt [...]“: Es müsse „konkrete Empfehlungen zur Anpassung von relevanten Rechtstexten und untergesetzlichen Normen formulieren“ [...]“⁷⁷. Ein solches Gutachten und die Einpflegung seiner Ergebnisse in die unterschiedlichen Rechtsnormen benötigt viel Zeit. Es ist zu befürchten, dass es die Entwicklung einer notwendigen kooperativen Rollenverteilung – auch in der kGÜv – nicht befördern, sondern eher aufhalten wird.

Nicht nur die sich erweiternden rechtlichen Möglichkeiten, sondern auch die angespannte personelle Situation sowie der demografische Wandel werden eine veränderte Arbeitsteilung im Gesundheits- und Pflegewesen notwendig machen. Diese Meinung wurde auch auf der Fachtagung „Bessere vertragsärztliche Versorgung durch Delegation und Kooperation mit Gesundheitsberufen“⁷⁸ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) am 09.11.2022 vertreten.

Für die kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung sind die vorgeschlagenen neuen professionellen Rollenbilder und Aufgabenverteilungen von daher nicht nur eine fachlich wichtige, sondern auch eine faktisch notwendige Entwicklung.

74 Vgl. Katzenmeier (2021), a. a. O., S. 394

75 Persönliche Mitteilung im Rahmen der Erarbeitung einer Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung (2021): Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen (siehe S. 10); https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Prim%C3%A4rversorgungszentren_%20RobertBoschStiftung_April%202022.pdf (abgerufen am 07.12.2022)

76 Katzenmeier (2021), a. a. O., S. 395

77 Thelen (2022), a. a. O., S. 5

78 Livestream: <https://www.youtube.com/watch?v=t88aWlv96aQ>, Zusammenfassung: https://www.observer-mis.de/appDE/nav_eventsDetail.php?ID_EVENT=16976&MODE=REPORT&ID_SE=1809&ID_UE=185 (Paywall; beide abgerufen am 07.12.2022)

Themenfeld 3: Systemische Einordnung

Es soll geprüft werden, welcher der drei maßgeblichen Regelkreise der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung sich unter den heutigen Rahmenbedingungen vorrangig für eine kGÜv eignen könnte.

Die bisherigen Versuche, eine kGÜv in dem bestehenden rechtlichen Rahmen zu etablieren, sind, wie im ersten Teil der Expertise gezeigt, weitgehend gescheitert. Nur außerhalb der Regelfinanzierung (z. B. mittels einer Finanzierung durch den Innovationsfonds wie in Templin) bzw. aufgrund eines spezifischen politischen Handlungsdrucks (z. B. in Wolgast) konnten Interimskliniken aufgebaut werden.⁷⁹ Sie sind nicht dauerhaft abgesichert.

In der aktuellen Literatur gibt es eine Vielzahl von Überlegungen, welche optimierten Bedingungen notwendig sind, um eine kGÜv zu ermöglichen. Überlegungen zur Ausgestaltung einer neuen, sektorenübergreifenden Bedarfsplanung oder zu passgenauen Gesetzesänderungen in den 16 Krankenhausgesetzen der Länder⁸⁰, zu einer finanziellen und strukturellen Neuordnung der sektorenabhängigen Finanzierungssysteme⁸¹ oder zum Aufbau eines eigenen intermediären Versorgungsbereichs als „Gemeinsamer fachärztlicher Versorgungsbereich“⁸² sind zwar theoretisch möglich, bedingen aber umfassende weitere Implikationen. Da derartige Umbrüche in den Grundstrukturen des deutschen Gesundheitswesens erfahrungsgemäß mit einem hohen politischen Aufwand und Preis verbunden sind, ist in der gegebenen Situation nicht zeitnah mit einem „großen Wurf“ zu rechnen.

Von daher wurde mit den Expertinnen und Experten abgewogen, welcher der drei maßgeblichen Regelkreise der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung sich mit den jeweiligen heutigen Rahmenbedingungen vorrangig für eine kGÜv eignen könnte:

1. die stationäre Versorgung,
2. die ambulante Versorgung oder
3. die Langzeitpflege nach SGB XI.

Unter Beachtung der o. a. fachlichen Voraussetzungen sollen die Vor- und Nachteile für die einzelnen Sektoren erörtert werden.

79 Vgl. Bertelsmann/Gruhl (2022), a. a. O., Templin: S. 11, Wolgast: S. 14

80 Vgl. Thelen (2022), a. a. O., S. 14–15

81 Vgl. Haserück et al. (2022), a. a. O., S. A1512

82 Bundesministerium für Gesundheit (2020), a. a. O., S. 2

Schnittmengen mit der bestehenden stationären Versorgung

Nach gültiger Rechtslage wird die stationäre Unterbringung an das Krankenhaus gebunden. Damit müsste die kGÜv im Krankenhaus verortet werden.

Nach § 2 KHG bzw. § 107 Abs. 1 Ziffer 4 SGB V ist die stationäre Unterbringung an ein Krankenhaus gebunden. Eine Übernachtung von Patientinnen und Patienten im Bett ist also grundsätzlich nur im Krankenhaus möglich. Einrichtungen der kGÜv sind insofern nach geltender Rechtslage nur als Krankenhäuser zu betreiben. Dagegen spricht jedoch § 107 Abs. 1 Ziffer 2 und 3 SGB V, in dem für ein Krankenhaus sowohl die ständige ärztliche Leitung (Ziffer 2) als auch das jederzeit verfügbare ärztliche Personal (Ziffer 3) vorgegeben wird.

Die stationäre Versorgung bedingt weitreichende prozedurale, strukturelle, ökonomische und personelle Anforderungen. Grundlagen sind bundesgesetzliche Vorgaben, die (unterschiedlichen) Krankenhausgesetze der Länder, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, zahlreiche Regelungen der Selbstverwaltung und vieles mehr.

Als Teil der Krankenhausversorgung könnte eine Interimsklinik einerseits als eigenständiges Krankenhaus, andererseits als ausgelagerte Betriebsstätte eines ortsfernen Krankenhauses geführt werden. Für beide Möglichkeiten ist die Aufnahme und Abbildung im Krankenhausplan des jeweiligen Landes eine rechtliche Voraussetzung, wenn mit den Krankenkassen nicht Versorgungsverträge nach § 108 Satz 1 Ziffer 3 SGB V außerhalb des Krankenhausplanes angestrebt würden.

Die Hürden für ein eigenständiges Krankenhaus, das die bestehenden Anforderungen zu erfüllen hat, erscheinen in dem gegebenen rechtlichen Rahmen zu hoch. Weder die Bedingungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes noch die Erfüllung einer Vielzahl von Vorschriften für den Betrieb eines zugelassenen Krankenhauses ist für eine Einheit von ca. 15 Betten ökonomisch und inhaltlich zu gewährleisten. Vorstellbar ist insofern alleinig die Anbindung an ein bestehendes Plankrankenhaus. Die Bindung an eine ärztliche Leitung nach § 107 Abs. 1 SGB V entspricht aber nicht dem von den Expertinnen und Experten mehrheitlich geäußerten Leitungsmodell.

Im ersten Teil der Expertise werden für einige Regionen krankenhauserplanerische Neuordnungen vorgestellt, die neben einem zentralen Krankenhaus die periphere Vorhaltung von Einrichtungen der kGÜv, z. T. kombiniert mit einer klinischen Fachabteilung, anstreben (Wadern, Adenau, Oberpfalz). Dass auch dieses Konstrukt nicht ohne Widerstände umsetzbar ist, zeigte sich auch an verschiedenen Standorten (z. B. Havelberg).⁸³

Das neue Landeskrankenhausgesetz Niedersachsens greift den Gedanken einer stärker an regionalen Verbänden ausgerichteten Krankenhausplanung auf und definiert Krankenhausplanungsregionen, die jeweils zentral mit größeren vollversorgenden Krankenhäusern ausgestattet sind.⁸⁴

83 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2022), a. a. O., S. 22, 28, 30 und 31

84 Vgl. aerzteblatt.de (28.06.2022): Krankenhausversorgung in Niedersachsen bekommt neue Struktur; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135506/Krankenhausversorgung-in-Niedersachsen-bekommt-neue-Struktur> (abgerufen am 08.12.2022)

Für eine bettenführende Einheit wie eine Interimsklinik kommt also in Anerkennung der rechtlichen Gegebenheiten mit Einschränkungen eine Integration in den Krankenhaussektor in Betracht. Aber auch finanzielle Aspekte sprechen für eine entsprechende Einordnung.

EIGNUNG DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG FÜR DIE KGÜV

Mit Investitionsmitteln aus dem Strukturfonds und der gesicherten Finanzierung von Personalmitteln über das Pflegebudget können zwei wichtige Finanzierungsmöglichkeiten für die kGÜv genutzt werden. Sicherstellungszuschläge können unter den jetzigen Rahmenbedingungen nicht herangezogen werden.

Gewichtige Argumente sprechen zusätzlich für eine Anbindung an den stationären Sektor: Der bereits zitierte § 12 KHG eröffnet die Möglichkeit, den Investitionsbedarf für Interimskliniken über den Strukturfonds abzusichern. Ziel dieser Regelung war und ist die Reduzierung bis hin zur Aufgabe der bestehenden Bettenbestände von Krankenhäusern und deren Umwandlung u. a. in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinheiten. Eine solche ist in der entsprechenden Verordnung als „eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere [...] eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, [...] eine stationäre Pflegeeinrichtung oder [...] eine Einrichtung der stationären Rehabilitation“⁸⁵ definiert.

Damit können Interimskliniken am Krankenhausstandort oder im Einzugsgebiet des Hauses aufgebaut und über diesen Weg investiv gefördert werden. Es sei daran erinnert, dass die Mittel zu 50 Prozent über das Land und zu 50 Prozent aus dem Gesundheitsfonds – also aus Geldern der GKV – finanziert werden. Die Krankenkassen müssen deshalb der Umwidmung zustimmen.

Ein weiterer Vorteil, Interimskliniken im Regelkreis der stationären Versorgung zu positionieren, besteht in der Personalkostenfinanzierung. In den Einrichtungen der kGÜv wird die Pflege die größte Berufsgruppe stellen. Hierbei handelt es sich um klassische „Pflege am Bett“. Dafür trägt im Rahmen des Pflegebudgets – unabhängig von der DRG-Finanzierung – die GKV die Vollkosten. Ein beträchtlicher Teil der laufenden Kosten wäre so strukturell abgesichert. Bei einer krankenhausspezifischen DRG-Abrechnung der Leistungen ist von einer geringen Fallschwere und damit von niedrigpreisigen DRGs in der kGÜv auszugehen. Eine abgesicherte Finanzierung eines relevanten Teils des Personalkörpers wäre ein wichtiges Faktum.

Für die Länder würde sich die Herausforderung stellen, solche Einheiten, die oft nicht deckungsgleich mit den jeweiligen Definitionen von Krankenhausversorgung in den Landeskrankengesetzen sind, in ihrer Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Dass dies gelingen kann, zeigt sich in Mecklenburg-Vorpommern anhand des Projektes Wolgast.

85 Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV) vom 17.12.2015: § 1 Abs. 3b; https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Innovationsfonds/20220613_KHSFV.pdf (abgerufen am 08.12.2022)

Es bleibt zu prüfen, ob Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Satz 6 ff. KHG bzw. pauschale Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum nach § 5 Abs. 2a KHEntgG zu nutzen sind. Die dafür vorgeschriebene Zahl von Fachabteilungen kann in einer kGÜv nicht abgebildet werden. Es bedürfte einer Änderung der einschlägigen G-BA-Richtlinien. Die kGÜv an diesen Vorgaben auszurichten, wäre ohne Aufgabe der Zweckbestimmung nicht möglich.

Die Regierungskommission verortet die kurzstationäre Versorgung mit ihrem Vorschlag zu Level-I-Krankenhäusern vorrangig im stationären Sektor, nutzt aber explizit keine der bisherigen Finanzierungselemente, selbst wenn sie die kGÜv erleichtern würden. Stattdessen stellt sie dafür ein eigenständiges, neues Finanzierungsmodell vor: „Vergütung erfolgt im Gegensatz zu den nachfolgenden Leveln durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege. Abrechnung der ärztlichen Leistungen: a) nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung und b) um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Budgetdeckelung. Damit erhalten Level-I-Kliniken keine Vorhaltung und auch kein Pflegebudget. Beides wird durch die Tagespauschalen ersetzt, innerhalb derer ein erheblicher Teil auf die Pflegekosten entfällt.“⁸⁶

Ein solches System von Tagespauschalen existiert bisher nicht im deutschen Gesundheitswesen. Woran es sich in Bezug auf Aufwand und Verweildauer orientieren soll und wie es berechnet wird, lässt die Kommission offen.

NEUE RECHTLICHE MÖGLICHKEITEN FÜR EINE ÜBERGANGSVERSORGUNG

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren besondere Versorgungsübergänge zwischen der stationären und der ambulant-pflegerischen Versorgung ermöglicht, die im Hinblick auf ihre Eignung für einen Versorgungsarm der kGÜv, die Übergangsversorgung, betrachtet werden sollen:

§ 39C SGB V KURZZEITPFLEGE BEI FEHLENDER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

„Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, **insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt**, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, **erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit** mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann **in zugelassenen Einrichtungen** nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.“

§ 39E SGB V ÜBERGANGSPFLEGE IM KRANKENHAUS

„**Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen** der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, **erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die**

⁸⁶ Regierungskommission (2022), a. a. O., S. 16

Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.“

Beide Optionen wären geeignet, einen gleitenden Übergang in die ambulante oder rehabilitative Versorgung zu erleichtern. Allerdings wird von den Expertinnen und Experten bemängelt, dass prozedurale und materielle Hindernisse eine Inanspruchnahme der Optionen verhindern können.

Nach § 39c SGB V stehen Leistungen der Kurzzeitpflege auch Patientinnen und Patienten ohne Pflegestufe zu – ein Kriterium, das für die kGÜv erleichternd wäre. Wenn die Krankenkassen Krankenhäuser als „geeignete Einrichtungen“ für die Kurzzeitpflege anerkennen würden, könnten Leistungen nach § 39c SGB V im Rahmen einer kGÜv genutzt werden. Eine ähnliche Idee, Kurzzeitpflege im Krankenhaus zu ermöglichen, wurde 2019 aus Nordrhein-Westfalen bekannt.⁸⁷

Die Krankenkassen haben jedoch (Stand Januar 2019) kein Krankenhaus vertraglich als „geeignete Einrichtung“ berücksichtigt. Hintergrund ist aus Sicht der Krankenkassen die Befürchtung, dass der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V dazu führen kann, „dass die Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit aus ökonomischen Gründen zum Zweck einer früheren Krankenhausentlassung genutzt wird. Die Krankenkassen gehen davon aus, dass speziell der Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 132h SGB V mit Krankenhäusern dazu führen könnte, dass aufgrund der [...] früheren Entlassmöglichkeit in die ‚krankenhauseigenen‘ Strukturen vermehrt Anträge auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V im Rahmen des Entlassmanagements gestellt werden würden. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V unterminiert dadurch die Bemühungen um eine frühzeitige Entlassplanung und Klärung der Anschlussversorgung im Rahmen des Entlassmanagements durch die Krankenhäuser.“⁸⁸ Ferner führen die Krankenkassen aus, „dass teilweise nach ambulanten Operationen Anträge auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V gestellt werden, obwohl die Anspruchsvoraussetzungen dieser Leistungen nicht angezeigt sind und die ‚normale‘ ambulante Nachsorge als ausreichend anzusehen ist. Insofern würde der grundlegende Ansatz ‚ambulant vor stationär‘ zunehmend konterkariert, wenn Versicherte nach ambulanten Operationen durch stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen versorgt werden.“⁸⁹

Insofern wird der § 39c SGB V in der jetzigen Form nicht als intermediäre Versorgungsform für die Krankenhäuser zu nutzen sein. Auch in Nordrhein-Westfalen wurde die beabsichtigte Einbindung der Kurzzeitpflege in die Krankenhäuser dem Vernehmen nach nicht umgesetzt.

Die Übergangspflege nach § 39e SGB V wurde erst 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eingeführt. Die von den Spitzenverbänden verabschiedete Dokumentationsrichtlinie⁹⁰ erschwert den Krankenhäusern die Umsetzung: So muss in jedem Einzelfall eine Abfrage von 20 für die nachgehende Behandlung geeigneten externen Einrichtungen

87 Vgl. aerzteblatt.de (07.06.2019): Nordrhein-Westfalen erprobt neue Wege mit Kurzzeitpflege im Krankenhaus; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Pflege?nid=103732> (abgerufen am 08.12.2022)

88 Deutscher Bundestag, Drucksache 19/6933, 19. Wahlperiode, 07.01.2019: Unterrichtung durch die Bundesregierung – Bericht des GKV-Spitzenverbandes zu den Erfahrungen mit der Einführung der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit, S. 7; <https://dserver.bundestag.de/btd/19/069/1906933.pdf> (abgerufen am 08.12.2022)

89 Ebd., S. 8

90 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2021): Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege) vom 31.10.2021; <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/stationaere-verguetung/uebergangspflege-im-krankenhaus/> (abgerufen am 08.12.2022)

gen erfolgen und deren Nichtaufnahmbereitschaft dokumentiert werden. Erst dann kann ein Antrag auf Kostenübernahme von den Kostenträgern bearbeitet werden. Wie bei der Umsetzung des § 39c SGB V werde auch hier eine Misstrauenskultur zwischen den Selbstverwaltungspartnern deutlich, so die Aussage aus dem Expertenkreis. Sie verhindert oft gut gemeinte Regelungen.

Zurzeit werden die Vereinbarungen auf Landesebene abgeschlossen.⁹¹ Stand Ende September 2022 liegen für mehr als die Hälfte der Länder noch keine Vereinbarungen vor. Von daher konnten bisher kaum Erfahrungen gesammelt werden, in welchem Maße in der Praxis von der Übergangspflege Gebrauch gemacht wird. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten. Es gibt in den bisherigen Verträgen allerdings keine Perspektive, diese neue Versorgungsform im Sinne der kGÜv zu nutzen.

Zusammenfassend könnten rechtliche und finanzielle Regelungen die Umsetzung einer kGÜv im Krankenhaussektor unterstützen. Interimskliniken wären nur als ausgelagerte Betriebsstätten von bestehenden Krankenhäusern zu betreiben. Neue gesetzliche Möglichkeiten der Kurzzeit- oder Übergangspflege im SGB V sind für die kGÜv bisher nicht hilfreich. Eine denkbare Verortung der kGÜv in den Kliniken betreffe vorwiegend nur die Übergangsversorgung der kGÜv. Dagegen lassen sich die Anliegen der Grundversorgung durch ein Regelkrankenhaus nur schwerlich abbilden. Hierzu bedarf es der Nähe und der Verschränkung mit der ambulanten hausärztlichen Versorgung, die in den Krankenhäusern nicht gewährleistet wird.

Schnittmengen mit der ambulanten Versorgung

Ohne Zweifel besteht die größte fachliche Nähe einer kGÜv zur ambulanten hausärztlichen Versorgung. Der Grundgedanke, mit Interimskliniken als ergänzende hausärztliche Versorgung eine bruchlose und sektorenübergreifende Versorgung anzubieten, lässt sich am ehesten durch eine Anbindung an die ambulante Versorgung realisieren. Der Gesetzgeber hat dafür bisher zwei Optionen vorgesehen: Praxiskliniken bzw. eine belegärztliche Versorgung. Diese Modelle sollen im Hinblick auf ihre Eignung für die kGÜv beschrieben werden.

91 Zum Beispiel für den Freistaat Bayern: Vereinbarung nach § 132m SGB V über das Nähere zur Leistungserbringung und Finanzierung der Übergangspflege gemäß § 39e SGB V (Übergangspflege im Krankenhaus); https://www.bkg-online.de/media/mediapool_BKG/02_infos-services/Downloads/Verzeichnis_der_Landesvertraege/2022-05-19-landesvertrag-uebergangspflege-bayern-unterschriftsversion.pdf (abgerufen am 08.12.2022)

PRAXISKLINIKEN

In Praxiskliniken dürfen Patientinnen und Patienten „stationsersetzend“ ambulant und stationär behandelt werden – prinzipiell eine gute Möglichkeit zur Umsetzung der kGÜv. In der Realität haben sich Kostenträger und Betreiber trotz jahrelanger Verhandlungen nicht auf eine praktikable Umsetzung des Grundgedankens einigen können. Praxiskliniken führen ein Nischendasein. Sie sind im Wesentlichen operativ tätig und haben damit bisher keine Nähe zu der Patientenklientel der kGÜv.

Die Nähe der Praxiskliniken nach § 115 oder § 122 SGB V zu den Grundlagen der kGÜv klingt auf den ersten Blick vielversprechend. Für die vertragsärztliche Versorgung wird die Möglichkeit eingeräumt, ihre Patientinnen und Patienten auch „stationsersetzend“, aber dennoch bettgebunden zu behandeln.

Praxiskliniken weisen jedoch einen immanenten Widerspruch auf, der rechtlich bisher nicht gelöst werden konnte:

- » Praxiskliniken versorgen ambulant und stationär.
- » Stationäre Leistungen können zulasten der GKV nur in Krankenhäusern erbracht werden.
- » Praxiskliniken brauchen also einen Versorgungsvertrag und sind damit Krankenhäuser (Abrechnung gemäß DRG).
- » Wenn Praxiskliniken Krankenhäuser sind, sind sie keine Praxiskliniken, weil sie nicht ex ante ambulant versorgen.⁹²

Die rechtliche Ausgestaltung erweist sich als schwierig und letztendlich nicht praxistauglich. Praxiskliniken sind bereits seit 1981 im SGB V vorgesehen, die heutige Formulierung in § 122 SGB V wurde 2009 erlassen. Die Umsetzung hat über landesspezifische dreiseitige Verträge zwischen den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhausgesellschaften zu erfolgen, bei deren Ausgestaltung die Praxiskliniken nicht beteiligt sind. Zwar liegen in sieben Bundesländern solche Verträge vor, die darin formulierten Voraussetzungen für die Anerkennung von Praxiskliniken nach § 122 SGB V sind aber so hoch, dass diese in keinem Fall möglich war. Soweit die rund 115 bestehenden Praxiskliniken in Deutschland nicht privatärztlich betrieben werden, konnten mit einzelnen Krankenkassen selektivvertragliche Regelungen abgeschlossen werden.⁹³ Dabei handelt es sich überwiegend um urbane, spezialisierte ambulante Operationszentren, denen für bestimmte Eingriffe kostenträgerseitig eine Finanzierung von nachgehenden Überwachungs- und Übernachtungsleistungen zugestanden wurde. Praxiskliniken haben es bis heute nicht vermocht, ihr Nischendasein zu überwinden und sich als eine breit akzeptierte Versorgungsform zu behaupten. Es scheint Befürchtungen der Kostenträger zu geben, dass eine Ausweitung von Praxiskliniken eher zu einer Bettenvermehrung anstatt zur weiteren Ambulantisierung beitragen könnte. Einrichtungen, die dem allgemeinmedizinisch-internistischen bzw.

92 Vgl. Wolff, J., Referatsleiter Krankenhausvergütung GKV-Spitzenverband (2010): Der neue Vertrag für Praxiskliniken – Stand der Entwicklung. Fachvortrag auf der VOP Fachtagung, Heidelberg, 16.04.2010 (nicht veröffentlicht)

93 Vgl. Staack, F. (2017): Praxiskliniken – Das fünfte Rad am Wagen der Selbstverwaltung. In: Ärztezeitung online, 19.09.2017; <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Das-fuenfte-Rad-am-Wagen-der-Selbstverwaltung-298636.html> (abgerufen am 08.12.2022)

geriatrischen Diagnosespektrum der kGÜv zuzuordnen sind, sind bundesweit nicht bekannt. Auf die Überlegungen des Gesundheitsnetzes Köln-Süd⁹⁴ wird verwiesen.

Von daher erscheint es nicht sinnvoll, eine Erweiterung der fachlichen Breite von Praxiskliniken durch die kGÜv als vorrangige Perspektive zu verfolgen. Augurzky äußert sich ähnlich und schlägt vor, für die kGÜv „eine eigene Ausnahme (gesetzlich) zu formulieren“⁹⁵.

BELEGÄRZTLICHE VERSORGUNG NACH § 121 SGB V

Unter den jetzigen Rahmenbedingungen eignet sich die belegärztliche Struktur nicht zur Umsetzung der kGÜv.

Belegärztinnen und -ärzte sind nicht in einem Krankenhaus angestellte Vertragsärztinnen und -ärzte, die berechtigt sind, ihre Patientinnen und Patienten in sogenannten Belegbetten stationär oder teilstationär zu behandeln.⁹⁶ Die belegärztliche Versorgung deckt, ähnlich wie in der Konzeption der kGÜv vorgesehen, die kontinuierliche sektorenübergreifende ärztliche Behandlung im ambulanten und stationären Sektor aus einer Hand ab.

Nach § 121 Abs. 3 SGB V werden die belegärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die näheren Bestimmungen zur Vergütung und zu den Voraussetzungen sind im Bundesmantelvertrag – Ärzte § 38 ff.⁹⁷ festgelegt. Dieser impliziert auch die formalen Bedingungen für die Ausübung einer belegärztlichen Tätigkeit. So ist nach § 40 die Anerkennung als Belegarzt nur möglich, wenn eine entsprechende Fachrichtung im Belegkrankenhaus „nach Maßgabe [...] der Weiterbildungsordnung in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan“⁹⁸ des Landes ausgewiesen ist.

Belegärztliche Tätigkeiten werden in der Regel von spezifischen Fachärztinnen und -ärzten wahrgenommen, vorwiegend für interventionelle Leistungen. Eine belegärztliche Anerkennung für Hausärztinnen und Hausärzte, wie sie für die kGÜv beabsichtigt ist, kann bisher nicht erfolgen, da in keinem Krankenhausplan hausärztliche Krankenhaus-Fachabteilungen aufgeführt sind. Ebenso müssten für eine belegärztliche Tätigkeit im Rahmen der kGÜv Interimskliniken im Krankenhausplan aufgenommen werden. Die diesbezüglichen Voraussetzungen bzw. Hindernisse wurden im vorigen Kapitel diskutiert.

Die Zahl der Belegärztinnen und -ärzte nimmt in Deutschland kontinuierlich ab. Ein Grund wird in der hohen Abschlagsquote bei der Vergütung der stationären Leistungen gesehen. Zwar wurde politisch immer wieder eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die belegärztliche Versorgung zugesagt⁹⁹, sie erfolgte aber bis heute nicht.

94 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2022), a. a. O., S. 18

95 Thelen (2022), a. a. O., S. 13

96 Vgl. AOK-Bundesverband: Lexikon – Belegarzt; https://www.aok-bv.de/lexikon/b/index_00242.html (abgerufen am 08.12.2022)

97 Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband: Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Januar 2022, S. 51 ff.; <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf> (abgerufen am 08.12.2022)

98 Ebd., S. 52

99 Zuletzt mit dem Fortschrittsbericht: Bundesministerium für Gesundheit (2020), a. a. O., S. 8

Unter den jetzigen Rahmenbedingungen eignet sich die belegärztliche Struktur nicht zur Umsetzung der kGÜv.

SELEKTIVVERTRAGLICHE ABSICHERUNG

Schmid et al. schlagen in ihrem ersten Gutachten für die KBV als weitere Option zur rechtlichen und ökonomischen Abbildung der Leistung der kGÜv eine selektivvertragliche Lösung nach § 140 SGB V vor. Die kGÜv wird von ihnen als Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) bezeichnet und als Teil eines Integrierten Gesundheitszentrums (IGZ) beschrieben.¹⁰⁰

Für die besonderen Leistungen der EAV (z. B. Pflegeleistung, Unterbringung, Verpflegung) besteht keine Vergütungsform, auf die unverändert zurückgegriffen werden kann. Das Gutachten von Schmid et al. sieht daher die Gestaltung der Vergütung über den Abschluss eines Integrationsvertrages vor. Der Vertragsabschluss ist freiwillig, also ohne Beteiligung von Kostenträgern nicht möglich; die Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer besonderen Versorgungsform bedarf der Zustimmung der Patientinnen und Patienten.

Die zu vereinbarende Höhe der Vergütung ergibt sich aus einem zu entwickelnden abgesenkten Fallpauschalenkatalog, der so zu gestalten ist, dass er die wirtschaftliche Führung eines IGZ noch ermöglicht.¹⁰¹

Mit den Änderungen des § 140a SGB V im Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 1.1.2021 wurde den Vertragsparteien ein erweiterter Vertragsspielraum eingeräumt. Unter anderem wurden Regelungen für einen regionalen Selektivvertrag ermöglicht. Dies wäre für eine kGÜv eine regulatorische Erleichterung, da Modellversuche nach § 140a SGB V bisher immer bundesweit ausgeschrieben werden mussten. Andere, unpraktikable Bestimmungen bleiben jedoch bestehen:

- » Nach § 140a Abs. 3 SGB V muss jede und jeder Versicherte zwingend eine freiwillige Teilnahmeerklärung abgeben. Diese bürokratische Hürde kann bei einer kurzfristig gebotenen Einweisung nicht vorab überwunden werden.
- » Der Abschluss eines Selektivvertrages steht unter dem wirtschaftlichen und faktischen Prüfrecht des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS), das dieses Prüfrecht restriktiv handhabt.
- » Es ist nur sehr selten möglich, einen Selektivvertrag mit allen (relevanten) Krankenkassen abzuschließen. Der Kassenwettbewerb verhindert ein einheitliches Vorgehen der Krankenkassen. Damit würden Patientinnen und Patienten je nach Kassenzugehörigkeit von der kGÜv ausgeschlossen werden. Dies ist für eine akutmedizinische Einrichtung nicht vermittel- und vertretbar.

Aufgrund dieser praktischen Probleme hält die Stiftung Münch in ihrem Leitfaden¹⁰² den § 140a SGB V zurzeit als rechtliche Grundlage nicht für geeignet.

100 Vgl. Schmid et al. (2018), a. a. O., S. 69

101 Vgl. Orłowski, U., und Gruhl, M. (2021): Umwandlung von kleinen Krankenhäusern in ländlichen Regionen zu Gesundheitszentren. Gutachten im Auftrag der Marienhaus Kliniken GmbH, 14.04.2021, S. 32 (nicht veröffentlicht)

102 Institute for Health Care Business GmbH/Oberender AG (August 2022), a. a. O., S. 11

Zusammenfassend wird die vertragsärztliche Versorgung zwar fachlich als primärer Ort für eine kGÜv gesehen. Die heutigen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung sind aber nicht passend.

Schnittmenge mit der pflegerischen Versorgung nach SGB XI

Die Anbindung der kGÜv an die pflegerische Versorgung ist eine dritte denkbare Variante, die es nach der Meinung der Expertinnen und Experten zu erwägen gilt.

Einige Aspekte unterstützen solche Überlegungen:

- » Die flächendeckende Versorgung mit den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen nach SGB IX ist, auch in ländlichen Regionen, gewährleistet.
- » Neben der stationären Langzeitversorgung stehen Angebote der Kurzzeitpflege, der Tagesbetreuung und – wenn auch nur selten angeboten – der Nachtpflege zur Verfügung – und damit eine differenzierte Angebotspalette.
- » Eine professionelle pflegerische Versorgung, die auch die Behandlungspflege umfasst, ist vorhanden.
- » Die Einheiten werden pflegerisch geleitet, was dem Anforderungsprofil der Expertenrunde im Hinblick auf Interimskliniken entspricht.
- » Es gibt eine eingespielte und rechtlich abgesicherte (haus-)ärztliche Versorgung aus der jeweiligen Umgebung. § 119b SGB V optimiert zusätzlich die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit durch den verpflichtenden Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen geeigneten Vertragsärztinnen und -ärzten und einer Pflegeeinrichtung. Zusätzlich zur freien Arztwahl für die Klientinnen und Klienten der Pflegeeinrichtung ist so eine abgesicherte Versorgung vorhanden.

Von den Expertinnen und Experten werden solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen als mögliche Partnerinnen der kGÜv favorisiert, da diese, ähnlich wie in der kGÜv, großen Wert auf eine aktivierende und gesundheitsstärkende Pflege legen (siehe S. 38).

Mehrere gewichtige Gründe sprechen aber auch gegen eine Implementation der kGÜv in den Einrichtungen der Pflege nach SGB XI:

- » Die Qualität der pflegerischen Versorgung entspricht (noch) nicht den erweiterten Anforderungen an die Pflege in der kGÜv.
- » Die Einrichtungen der Pflege nach SGB XI dürfen bisher nur Patientinnen und Patienten mit einem Pflegegrad 2 und höher aufnehmen. Eine bereits bestätigte Pflegegradeinstufung ist jedoch nicht durchgängig bei den Patientinnen und Patienten der kGÜv zu erwarten.
- » Der Eigenanteil in der Pflege in Pflegeeinrichtungen ist beträchtlich höher als in Krankenhäusern bzw. in der ambulanten Versorgung.
- » Von den Expertinnen und Experten wird darauf hingewiesen, dass die Langzeitpflege aufgrund der Personalnot und des gegebenen Qualifizierungsmix kaum Potenziale für ein erweitertes Leistungsspektrum bereitstellen kann. Positive Gegenbeispiele wie in Willingen¹⁰³ sind Ausnahmen.

103 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2022), a. a. O., S. 17

Die Option, eine kGÜv als integriertes Angebot von Pflegeeinrichtungen anzubieten, sollte nicht ausgeschlossen werden. Die sachlichen, personellen und organisatorischen Schnittmengen der Pflegeeinrichtungen mit den Anforderungen einer kGÜv sind offensichtlich. Allerdings müssten dafür noch die notwendigen rechtlichen Spielräume geschaffen werden.

Exkurs: Neue Konzepte und Modelle einer erweiterten pflegerischen Versorgung

Verschiedene Reformansätze in der Pflege nach SGB XI wollen mit einem ganzheitlichen und berufsgruppenübergreifenden Ansatz die Qualität und die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen stärken. Modelle und Konzepte dazu werden von verschiedenen Seiten entwickelt und z. T. über den Innovationsfonds erprobt. Ziel ist es, ein Care- und Case-Managementsystem, verbunden mit einer sektorenübergreifenden Kooperation, zu implementieren. Die gesundheitlich-pflegerischen Bedarfe insbesondere von älteren und pflegebedürftigen Menschen sollen so regional, kontinuierlich und passgenau mit den vorhandenen Angeboten zusammengeführt werden.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden an dieser Stelle vier relevante Beispiele vorgestellt:

HANDINHAND

Initiiert von der Marienhaus GmbH und einem lokalen Ärztenetz wurde 2017 über den Innovationsfonds des G-BA ein Modellprojekt zur Entlastung und Zusammenarbeit der hausärztlichen Versorgung mit Pflegeexpertinnen und -experten im ländlichen Raum (Ahrweiler, Rheinland-Pfalz) gestartet.

Stand: „In ländlichen Regionen steigt der Anteil älterer Menschen mit einem hohen medizinischen Versorgungsbedarf. Zugleich sinkt hier die Zahl der (Haus-)Ärzte. Ziel des Projekts HandinHand, welches vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss mit ca. 8 Mio. € über einen Zeitraum von vier Jahren gefördert wird, ist es, Hausärzte bei der zeitintensiven Begleitung chronisch kranker Menschen zu unterstützen und zu entlasten. Rund 700 Patienten im Kreis Ahrweiler haben daran teilgenommen.

Pflegeexperten, die [...] das Zusatzstudium Pflegeexpertise B. Sc. absolviert haben, arbeiteten in einem Pflegeexperten-Center in Bad Neuenahr-Ahrweiler. In enger Abstimmung mit den Hausärzten der Region suchten sie die Patienten zu Hause auf und betreuten sie dort. [...]

Die Patienten wurden von März 2020 bis September 2022 betreut, die Patientenversorgung ist abgeschlossen. Die Projektlaufzeit beträgt insgesamt vier Jahre, d. h. bis 30.06.2023. Der Zeitraum bis Sommer 2023 wird für die Auswertung und Schlussberichterstellung genutzt.“¹⁰⁴

104 Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH: Was ist das Innovationsfondsprojekt HandinHand?; <https://www.pflegeexperten-center.de/startseite> (abgerufen am 08.12.2022)

KOMMUNALE PFLEGERISCHE VERSORGUNGSZENTREN (KPVZ)

2021 legte der BKK Dachverband seine Konzeption für kommunale pflegerische Versorgungszentren vor, die er als Ideenskizze in die pflegepolitische Debatte einbrachte. Eine Umsetzung erfolgte bisher nicht.

Das kommunale pflegerische Versorgungszentrum (KpVZ) ist demnach als Komponente des Care Managements und als (pflegefachliche) Brücke zur medizinischen Versorgung einer Stadt oder Region zu verstehen. So soll die Betreuung und Versorgung von Versicherten verbessert werden, die von Krankheit und Pflegebedürftigkeit bedroht oder betroffen sind. Bereits vorhandene oder perspektivisch entstehende Versorgungsbrüche und -lücken gilt es zu schließen bzw. zu vermeiden. Doppelstrukturen soll es mit den KpVZ ausdrücklich nicht geben. Ein KpVZ sichert, koordiniert, vernetzt und bündelt insbesondere die Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen unter der Führung und Verantwortung entsprechend hoch qualifizierter Pflegefachkräfte. Diese verfügen in einem ersten Schritt über erweiterte medizinische Kompetenzen gemäß § 63 Abs. 3b und 3c SGB V. Langfristiges Ziel ist ein Qualifikationsniveau auf der Ebene einer Advanced Practice Nurse.

Für Menschen mit stabilen chronischen Erkrankungen soll in diesen neuartigen pflegerischen Versorgungszentren die Versorgung im Sinne eines Case Managements durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, die im Bedarfsfall die notwendigen ärztlichen und nicht ärztlichen Professionen hinzuziehen, erfolgen. Ein weiteres Aufgabenfeld liegt im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung.

Träger der KpVZ sollen die Kommunen sein. Die Kommune ist das ideale Setting, solche pflegerischen Versorgungszentren zu verankern, da hier gesundheitlich belastete Menschen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreichbar sind. Zudem befinden sich alle für die KpVZ relevanten Akteurinnen und Akteure – in ganz unterschiedlichen Konstellationen – vor Ort.¹⁰⁵

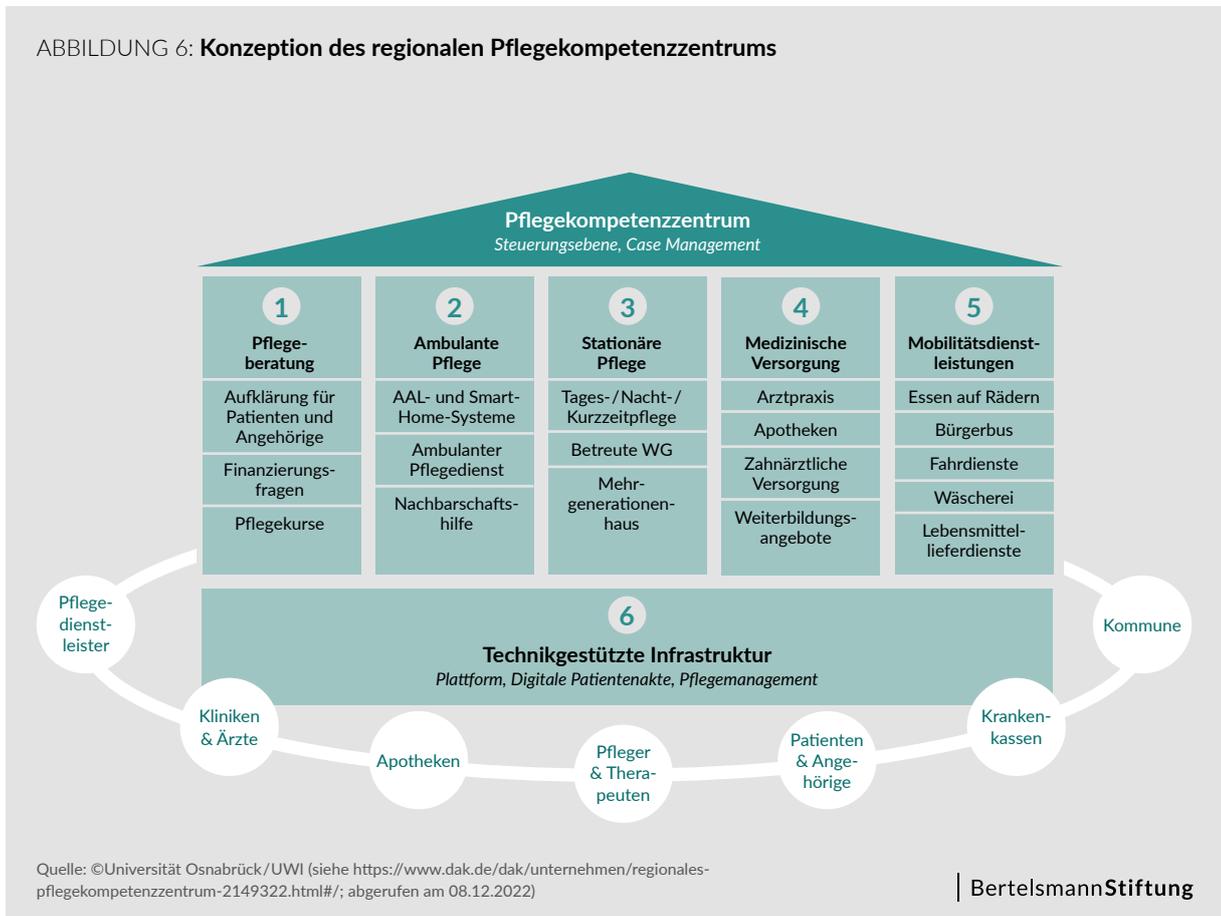
REGIONALES PFLEGEKOMPETENZZENTRUM (REKO)

Auch bei diesem Projekt der DAK-Gesundheit bündelt ein Pflegekompetenzzentrum „regionale Versorgungsangebote innerhalb einer Organisation: Pflegeberatung, medizinische Versorgung, Unterstützung in Sachen Mobilität sowie ambulante und stationäre Angebote. Ein persönlicher Ansprechpartner, der die ganze Bandbreite der regionalen Angebote und Besonderheiten kennt, übernimmt die Gesamtkoordination und begleitet Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Eine IT-Plattform bietet darüber hinaus Unterstützung und digitale Vernetzung. Krankenhäuser, die beispielsweise wegen einer geringen Auslastung oder qualitativen Problemen von einer Schließung bedroht sind, können als regionale Pflegekompetenzzentren genutzt werden (siehe Abbildung 6 auf der folgenden Seite).

Als Pilotmodell entstand das erste Pflegekompetenzzentrum in den niedersächsischen Landkreisen Grafschaft Bentheim und Emsland. Auf dem Areal des ehemaligen Marienkrankenhauses in Nordhorn fand neben Ärztehäusern, Apotheken, einer Service-Wohnanlage, einer Cafeteria sowie einer Kapelle auch ein Pflegeheim Einzug – die idealen Voraussetzungen für ein Regionales Pflegekompetenzzentrum.

¹⁰⁵ Vgl. BKK Dachverband: Kommunale pflegerische Versorgungszentren (KpVZ) für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung. Berlin; https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/Kommunale_pflegerische_Versorgungszentren__KpVZ__002_.pdf (abgerufen am 08.12.2022)

ABBILDUNG 6: Konzeption des regionalen Pflegekompetenzzentrums



Neben der DAK-Gesundheit sind an dem Projekt der regionalen Pflegekompetenzzentren noch die Universität Osnabrück, die Gesundheitsregion EUREGIO sowie weitere Kooperationspartner beteiligt. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses fördert das Vorhaben mit rund zehn Millionen Euro.¹⁰⁶

BUURTZORG-MODELL

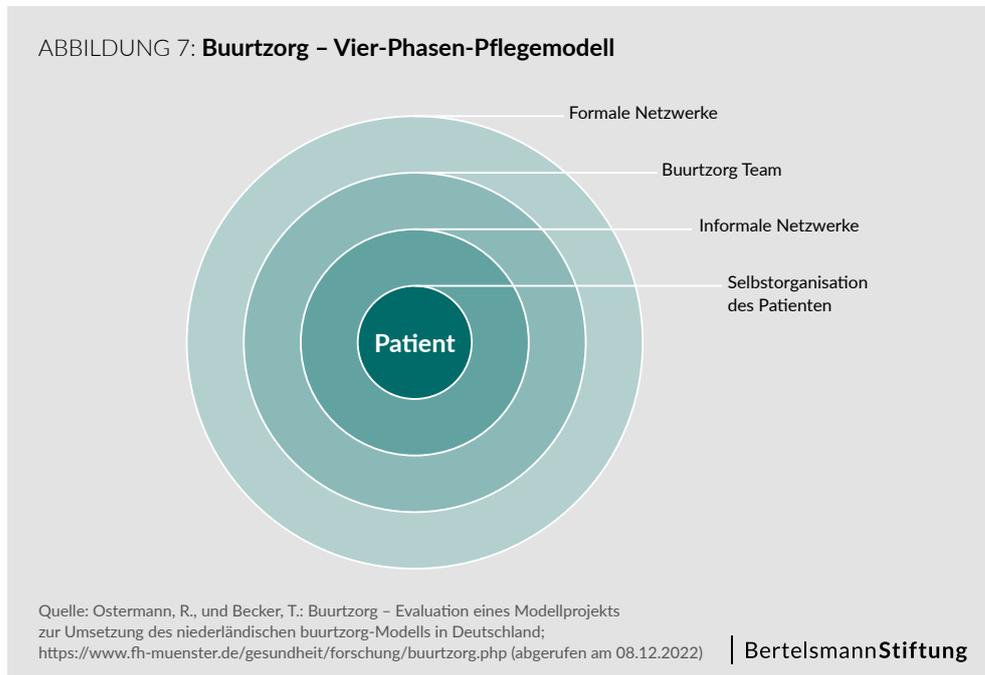
Die 2006 in den Niederlanden eingeführte Buurtzorg-Modell¹⁰⁷ wurde in Deutschland in bestimmten Regionen übernommen¹⁰⁸. Neben einer veränderten Leitungs- und Organisationsform ist die pflegerische Arbeit darauf ausgerichtet, ein stabiles Unterstützungsnetz für die in der Häuslichkeit verbleibenden Pflegebedürftigen aufzubauen und zu stützen. Das Modell besteht aus vier Phasen, die berücksichtigt werden müssen (siehe Abbildung 7).

Im **ersten Schritt** erfolgen eine Beratung und Anleitung der Klientinnen und Klienten, wie sie selbst dazu beitragen können, ihre Unabhängigkeit zu erhalten oder wiederzuerlangen. Eine qualifizierte und dokumentierte Pflegeplanung ist hierbei unerlässlich.

106 DAK-Gesundheit: Regionales Pflegekompetenzzentrum; <https://www.dak.de/dak/unternehmen/regionales-pflegekompetenzzentrum-2149322.html#/> (abgerufen am 08.12.2022)

107 Siehe <https://www.buurtzorg.com/> (abgerufen am 08.12.2022)

108 Zum Beispiel in Münster und München; siehe <https://buurtzorg-deutschland.de/> (abgerufen am 08.12.2022)



Der **zweite Schritt** ist der Aufbau eines informellen Netzwerks, bestehend aus Familienangehörigen oder Nachbarinnen und Nachbarn sowie Freundinnen und Freunden. Es gelingt in der Regel, zusätzliche Personen erfolgreich in die tägliche Betreuung mit einzubeziehen.

Die **dritte Ebene** der Betreuung bildet die tatsächlichen pflegefachlichen Tätigkeiten ab, die vom zuständigen Buurtzorg-Team geleistet werden.

Als **vierter Schritt** erfolgen der Aufbau, die Pflege und die Koordination eines stabilen, verlässlichen formalen Netzwerks bestehend aus hausärztlicher Versorgung, Spezialistinnen und Spezialisten (z. B. der Physiotherapie), Apotheke, Krankenhaus und ggf. anderen lokalen und überregionalen Diensten, die die Patientinnen und Patienten in Anspruch nehmen.¹⁰⁹

Die individuelle Lebenssituation wird in diesem niederländischen Modell nach dem Lebenswelten-/ Setting-Ansatz mit professionellen und informellen Unterstützungssystemen in dem jeweiligen Umfeld der Patientinnen und Patienten verbunden – ein Ansatz, der über den üblichen Rahmen der ambulanten Pflege hinausgeht.

Die vier Beispiele für neue Konzepte und Modelle einer erweiterten pflegerischen Versorgung zeigen, dass neben den etablierten ambulanten, stationären oder pflegerischen Angeboten holistische Ansätze in der Pflege entwickelt werden, die den bisherigen Blickwinkel erweitern. Es gibt in vielen dieser Modelle Parallelen zu den Grundprinzipien der kGÜv:

¹⁰⁹ Nach Ostermann, R., und Becker, T.: Buurtzorg – Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen buurtzorg-Modells in Deutschland; <https://www.fh-muenster.de/gesundheit/forschung/buurtzorg.php> (abgerufen am 08.12.2022)

- » **in der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit**
- » **in der Betonung eines dauerhaft begleitenden, aktiven Case Managements**
- » **in der Stärkung der ambulanten Potenziale in Medizin und Pflege**
- » **in der Fokussierung und Aktivierung der lokalen/regionalen Möglichkeiten**
- » **in dem Ziel, den oft zwangsläufigen Übergang in die Langzeitpflege anlässlich einer akuten gesundheitlichen Beeinträchtigung abzuwenden**

Die Chancen, die sich mit einer kGÜv vor Ort zur Aufrechterhaltung des sozialen und persönlichen Settings für Patientinnen und Patienten bieten, unterstützen die Intention der neuen Pflegeansätze.

Ob sich solche erweiterte Pflegekonzepte in Deutschland durchsetzen können, bleibt abzuwarten. Die bisherigen Erfahrungen mit der Überleitung von Modellversuchen und Innovationsfondsprojekten in die Regelversorgung sind nicht ermutigend – selbst bei positiver Evaluation.

FAZIT UND AUSBLICK

Ein Bedarf für die kGÜv als intermediäres Angebot zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung wird bestätigt. Durch eine breite Fachexpertise konnten eine Eingrenzung des Behandlungsansätze entwickelt und Überlegungen zur Festlegung eines zulässigen Leistungsspektrums vorgeschlagen werden. Die technischen, strukturellen und personellen Voraussetzungen für den Betrieb einer Interimsklinik werden aufgelistet, ebenso die interprofessionelle Aufgabenverteilung sowie die Kooperationsnotwendigkeiten innerhalb der Interimskliniken plus die notwendigen Supports von außen.

Ein solches Interimsangebot einer kGÜv ist nicht ohne Anpassungen in die heutige Versorgungslandschaft zu integrieren. Die jeweiligen Vor- und Nachteile einer Einbindung in die stationäre und die ambulante Versorgung sowie in den pflegerischen Sektor werden beschrieben.

Rechtlich und abrechnungstechnisch wäre aufgrund der gegebenen Bedingungen eine Verortung der kGÜv im Krankenhaussektor naheliegend, fachlich spricht vieles dafür, diese im ambulanten Sektor einzugliedern. Strukturell und organisatorisch bietet sich die Integration in den bestehenden stationären Pflegesektor nach SGB XI an.

Es gilt im Weiteren, diese unterschiedlichen Optionen mit den wesentlichen Spitzenorganisationen des Gesundheits- und Pflegewesens zu diskutieren und daraus eine fachlich geeignete Möglichkeit zu entwickeln, die die besten Chancen auf politische Implementierung hat. Der notwendige rechtliche Änderungsbedarf soll ohne grundlegende Änderung der gesamten Versorgungslandschaft umzusetzen sein. Dies ist keine Abkehr von der Einsicht, dass im deutschen Gesundheitswesen grundlegende Reformen zwingend geboten sind. Es wäre aber vermessen, die Einführung einer kGÜv an eine umfassende Gesundheitsreform zu knüpfen.

Vielmehr sollte es gelingen, die kGÜv mit geringem Aufwand vorab zu etablieren, um damit für den stationären Sektor kompensatorische Spielräume für eine Strukturreform zu eröffnen.

Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	hcb	Institute for Health Care Business GmbH
AOP-Katalog	Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V	HCHE	Hamburg Center for Health Economics
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.	HPG	Heilpraktikergesetz
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung	IGZ	Integriertes Gesundheitszentrum; Intersektorales Gesundheitszentrum
CC	Complication or Comorbidity	IT	Informationstechnik
COPD	chronic obstructive pulmonary disease, chronisch obstruktive Lungenerkrankung	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse	kGÜv	kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
DGIV	Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.	KpVZ	kommunales pflegerisches Versorgungszentrum
DRG	Diagnosis Related Group, diagnosebezogene Fallgruppe	LGZ	lokales Gesundheitszentrum zur Primär- und Langzeitversorgung
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol	PCCL	Patient Clinical Complexity Level
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	PORT	Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung
GIA	Geriatrische Institutsambulanz	ReKo	Regionales Pflegekompetenzzentrum
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	RGZ	Regionales Gesundheitszentrum
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz	SGB	Sozialgesetzbuch
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz	SLG	sektorengleiche Leistungsgruppe
		SOP	Standard Operating Procedure
		UKE	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
		ZNA	Zentrale Notaufnahme

Impressum

© Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Januar 2023

DOI 10.11586/2023006

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