

rung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Bundestagswahl, die Mitte April vorgestellt wurde, intensiv eingebracht. Unsere Prämissen für die Strukturdebatte und eine zukünftige Versorgungsgestaltung lauten: Es braucht eine regionale Planungsperspektive. Es braucht sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke. Es braucht eine einheitliche Definition der sogenannten Ambulantisierungspotenziale im Krankenhaus. Und es braucht einen klaren Blick auf die realen Behandlungskapazitäten im niedergelassenen Bereich.

Damit kann mancherorts eine neue Rolle für angestammte Standorte einhergehen. Kliniken sollten unabhängig vom Bett als regionale Komplexversorger agieren und als Koordinatoren in der Versorgungslandschaft auftreten können. Dies bringt neue Finanzierungsformen und neue Kooperationen mit sich. So bleiben Klinikstandorte in modifizierter Form bestehen. Denn für die Menschen in einer Region sind verlässliche Anlaufstellen unverzichtbar. Daher gilt es in den kommenden Schritten, die gesetzliche Einbettung und Finanzierung zu klären.

Der kkvd hat hierfür konkrete Vorschläge formuliert:

- ◆ Tagesstationäre Versorgung: Ambulante Behandlung durch das Krankenhaus ist nicht gleich ambulante Behandlung in der niedergelassenen Arztpraxis. Die Klinik bietet den ambulanten Patient(inn)en eine diagnostisch-therapeutische, multiprofessionelle Komplexleistung aus einer Hand. Dies macht es zum Beispiel multimorbiden älteren Menschen erst möglich, sich einem ambulanten Eingriff zu unterziehen. Über rein ambulante Finanzierungsmechanismen (EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab) lassen sich diese Leistungen im Krankenhaus nicht kostendeckend abbilden. Hier werden Leistungen bereitgehalten (medizinische Vorhaltestrukturen, medizinische Weiterbildung etc.), die für die Behandlungsqualität und Gesundheitsversorgung insgesamt notwendig sind. Daher braucht es für solche neuen Leistungsformen eine adäquate Bepreisung. Vorstellbar wäre beispielsweise ein um den Übernachtungsanteil reduzierter DRG-Tagessatz.
- ◆ Kooperationen stärken/ausbauen: Insbesondere in Regionen, die aufgrund einer geringen Facharztdichte zukünftig unterversorgt sein werden, braucht es gute Kooperationen zwischen dem niedergelassenen Bereich und Krankenhäusern. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Krankenhaus Rüdeshcim. Selbst ein „kleiner“ Standort ist damit weiterhin relevant für die Gegend und bleibt dabei zukunftsfähig. Innovationsprojekte bieten ein ausgezeichnetes Übungsfeld, um neue Kooperationen zu erproben und Versorgungsformen zu verzahnen.
- ◆ Planungssicherheit: Wenn ein Krankenhaus in einer Region, die aufgrund von Praxissterben und Facharztmangel ambulant unterversorgt ist, in die ambulante Versorgung einsteigt, dann sollte der Sicherstellungsauftrag auf die Klinik übertragen werden, damit diese im engen Zusammenspiel mit den anderen örtlichen Leistungserbringern die medizinische Versorgung der Region langfristig gewährleisten kann. Dies bringt den Kliniken die notwendige Planungssicherheit.

rü/mk

„HandinHand“ für eine bessere Versorgung

Mit dem vom Innovationsfonds zu 100 Prozent geförderten Projekt HandinHand (Förderkennzeichen 01NVF17047) unterstützt das Pflegeexpert(inn)en-Center der Marienhaus Holding GmbH in Bad Neuenahr-Ahrweiler die Hausärztinnen und -ärzte der Region bei der hausärztlichen und aufsuchenden Versorgung ihrer chronisch kranken, multimorbiden, immobilen Patient(inn)en 60 plus.

Von März 2020 bis März 2021 wurden 410 Patient(inn)en neu in die Versorgung aufgenommen. Bisher nehmen 41 Ärztinnen und Ärzte aus den Landkreisen Ahrweiler, Neuwied, Euskirchen und dem Rhein-Sieg-Kreis am Projekt teil. Das Feedback der zuweisenden Mediziner(innen), der Patient(inn)en und ihrer Angehörigen sowie der Heime, in denen einige Patient(inn)en leben, ist durchweg positiv. Das Projekt startete im Juli 2019 mit der Förderphase. Es wird voraussichtlich bis Dezember 2022 laufen. Sein Budget umfasst rund acht Millionen Euro.

Die elf Pflegeexpert(inn)en sind examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und haben umfangreiche Berufserfahrung in der stationären Versorgung. Parallel zu ihrer Arbeit im Pflegeexperten-Center studieren sie Pflegeexpertise an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar. Für ihre neue Aufgabe erhielten sie eine spezielle Einarbeitung, die mehrere hundert Stunden umfasste.

Die für Innovationsfondsprojekte essenzielle wissenschaftliche Begleitforschung wird vom RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen beigesteuert. Kontrolldaten liefert die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, die als Konsortialpartnerin an der Seite von Marienhaus „HandinHand“ von Beginn an engagiert vorangetrieben hat.

»

Bild Joachim Gies



Die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu Dreyer besuchte das Pflegeexperten-Center im Oktober 2020 – und war voll des Lobes für „HandinHand“.

Angestrebt werden eine Verringerung der Krankenhauseinweisungen um 15 Prozent in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe sowie eine Reduktion der Zahl der Hausbesuche durch die Hausärztinnen und -ärzte. Ferner erfolgen qualitative Analysen zur Patientenzufriedenheit.

Ein Projektbeirat, geleitet von Vertreter(inne)n der Pflegewissenschaft der Universitäten Lübeck und Köln, unterstützt die Begleitforschung.

Viele der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sind Mitglied im Ärztenetz Kreis Ahrweiler e. V. Das Ärztenetz hatte sich erfolgreich für eine Verschiebung des Projekts aus dem nördlichen Saarland, wo es am Widerstand der Ärzteverbände abgeprallt war, in den Kreis Ahrweiler stark gemacht.

Die teilnehmende Hausärztinnen und -ärzte im Kreis Ahrweiler und in den angrenzenden Regionen führen in ihrem Patientenstamm ein definiertes Screening durch, sprechen Patient(inn)en oder ihre Angehörigen an und holen das Einverständnis der Patient(inn)en zur Projektteilnahme ein. Nach Übermittlung der Patientendaten an das Pflegeexpert(inn)en-Center sucht von dort eine Expertin den Patienten auf, führt eine Eingangserhebung durch und erstellt einen Versorgungsplan. Nach dessen Freigabe durch den Hausarzt wird der Patient von den Pflegeexpert(inn)en in festzulegender Regelmäßigkeit mindestens sechs Monate lang in häuslicher Umgebung aufgesucht und betreut. Zu jedem Pflegeexperten-Patienten-Kontakt gibt es eine Information an die Hausärztin/den Hausarzt. Die Dokumentation erfolgt in der elektronischen Patientenakte, welche vom Rechenzentrum Volmarstein programmiert wurde.

Rückbesinnung auf Pflegetradition als Impulsgeber

Die Marienhaus Unternehmensgruppe, bis 2011 in der Trägerschaft der Waldbreitbacher Franziskanerinnen e. V., seitdem Marienhaus Stiftung, blickt auf eine 150-jährige Pflegetradition zurück. Auf der Suche nach neuen Tätigkeitsfeldern, welche die bisherigen Kernleistungsbereiche Krankenhaus und Senioreneinrichtung ergänzen können, war diese Rückbesinnung ein maßgeblicher Impuls. Die Vollförderung durch den Innovationsfonds bot die einmalige Gelegenheit, eine neue, sektorenübergreifende Versorgungsform zum Nutzen der Allgemeinheit auszuprobieren – und gleichzeitig ausreichend praktische Erfahrung zu sammeln, um die Realisierungschancen für eine eigene Verstetigung ausloten zu können.

Zwar gibt es auch in der Marienhaus Unternehmensgruppe einige Medizinische Versorgungszentren – das Pflegeexpert(inn)en-Center aber, in dem Pflegende in Delegation hausarztunterstützend tätig werden, ist völlig neu. In angloamerikanischen und skandinavischen Gesundheitssystemen sind solche Zentren eher die Regel als die Ausnahme, aber noch nicht in Deutschland.

Sollten die Forschungsergebnisse nach Projektabschluss positiv sein und sollte die Gesundheitspolitik Pflegeexpert(inn)en-Center bei

einer künftigen Gesundheitsreform in die Regelversorgung des Fünften Sozialgesetzbuches aufnehmen, wäre die Marienhaus Unternehmensgruppe auf Basis der Erfahrungen mit „HandinHand“ in der Lage, solche Zentren in Rheinland-Pfalz und im Saarland aufzubauen: gerade zur verbesserten Versorgung älterer Menschen im ländlichen Raum und gewiss nicht als Ersatz für die stationäre medizinische und pflegerische Versorgung, sondern als gelungene Ergänzung. Langfristig kann sich daraus ein völlig neues und eigenständiges Geschäftsfeld entwickeln, aber bis dahin ist es noch ein weiter Weg.

Mehr: www.pflegeexperten-center.de

Prof. Dr. med. Gunther Lauen

Projektleiter „HandinHand“;

seit über 20 Jahren in Leitungsfunktionen der Marienhaus Unternehmensgruppe;

Professor für Integrierte Versorgung am

RheinAhrCampus Remagen der Hochschule Koblenz



Interview

Mauern einreißen führt noch nicht zur Einheit



Auf keiner Liste zu den Lehren aus der Pandemie fehlt der Vorschlag, mehr sektorenübergreifende Versorgungsnetze zu knüpfen. Welche Ansätze gibt es dafür schon? Wo sind Hürden, wo die Potenziale? kkvd aktuell sprach mit Eckhard Starke, dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, und mit Jens Gabriel, Geschäftsführer des St. Josefs-Hospitals (JoHo) Rheingau in Rüdesheim.

Herr Gabriel, der JoHo-Verbund verfolgt seit mehreren Jahren eine Ambulantisierungsstrategie. Wie kam es dazu?



Jens Gabriel: Wir sind ein regionaler Krankenhausverbund mit drei stationären Akuthäusern – die Vernetzung ist Teil unserer DNA: Wir glauben an eine funktionierende Netzwerkmedizin, verbundintern und vor Ort auf der lokalen ambulanten Versorgungsebene. Im Rheingau gibt es 80 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und ein Krankenhaus der Grund- und Notfallmedizin. Um die Versorgung in dieser ländlichen Region sicherzustellen, sind Vernetzung

und Ambulantisierung unerlässlich. Natürlich gibt es dabei Mauern und Hürden – spätestens das Finanzierungssystem setzt uns Grenzen. Doch Fakt ist, rund 30 Prozent unseres stationären Leistungsspektrums werden irgendwann ins ambulante Setting hinüberwechseln. Und darauf brauchen wir Antworten.