

NOVEMBER
2020

DIE
JOHANNITER.



Johanniter GmbH, Finckensteinallee 111, 12205 Berlin

BEGINN

Johanniter GmbH

Frau Ministerin
Petra Grimm-Benne

DER VORSCHLÄGE

Finckensteinallee 111
12205 Berlin

Telefon 030 230 9970-427
Telefax 030 230 9970-419

Ministerium für Arbeit, Soziales und
Integration des Landes Sachsen-Anhalt
Turmschanzenstr. 25

gemeinsam

Info@johanniter-gmbh.de
www.johanniter-gmbh.de

39104 Magdeburg

Herr Stadtrat G. Mangeltschew CDU
Herr Nitz Stadtrat 390/Grüne

Unser Zeichen
TK

Tel./Fax (Durchwahl)
-427

E-Mail
thomas.kroessin@johanniter-gmbh.de

Datum
24. November 2020

Frau Herrmann

Stadträtin
Linke

Antrag Nebenbetriebsstätte Portalklinik in Genthin und Havelberg

Stiftungsprofessur f. Allgemeinmedizin
Stiftungsprofessur f. Gendermedizin

freierführend

Dr. Thomas Kroessin

Sehr geehrte Frau Ministerin Grimm-Benne,
sehr geehrte Frau Staatssekretärin Bröcker,
sehr geehrte Frau Dr. Wille,

zu dieser Zeit
GF Johanniter Krankenkasse
Deutschland

wir freuen uns Ihnen mitzuteilen, dass wir zukünftig mit der Stiftungsprofessur für Allgemeinmedizin – getragen durch die Johanniter - einen Beitrag zur Ausbildung von Fachärzten leisten. Wir erwarten, dass ein Kleebeffekt entsteht und zukünftig mehr fachärztliche Kollegen in der Altmark in die Niederlassung wechseln.

Eine renommierte Stiftung aus Süddeutschland hat den Johannitern im Rahmen unserer Akademisierungsstrategie die verbindliche Zusage gegeben, dass sie eine Stiftungsprofessur für Gendermedizin in Stendal unter Einbindung einer medizinischen Fakultät ggf. aus Sachsen-Anhalt plant.

Diese Professur hat für Sachsen-Anhalt und die Bundesrepublik eine außerordentliche gesundheitspolitische und klinische Bedeutung.

Hierüber informieren wir Sie heute als allererstes Ministerium der Landesregierung.

Geschäftsführer:
Frank Böker (Vorsitzender),
Ansgar Hermeler,
Dr. Thomas Kroessin

Vorsitzender des
Gesellschafterausschusses:
Tilko von Selchow

KD-Bank e.G.
BIC GENODE33DKD
IBAN DE83 35080190 1667098018

Unser Fachanwalt für Medizinrecht, Herr Dr. Wiesener hatte am 08.10.2020 die diesseitigen Anträge auf Errichtung jeweils einer Portalklinik in Genthin und Havelberg mit nach vorläufiger Planung jeweils 10 – 12 Betten mit Frau Handschak besprochen und möchten unsere Anträge zur Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte in Genthin und Havelberg nochmals wiederholen.

Zur Begründung unserer Anträge möchten wir insoweit Folgendes ausführen:

1. Einleitung

Um die Bevölkerung unter den Rahmenbedingungen der begrenzten finanziellen Mittel, einer notwendigen Qualitätssicherung und des demografischen Wandels angemessen zu versorgen, ist es unabdingbar, die stationäre Versorgung mittels Plankrankenhäuser partiell durch intelligente andere Versorgungsmöglichkeiten zu ergänzen. Wie bereits besprochen stellen Portal-kliniken in Flächenländern ein probates Mittel dar, um zukünftig eine qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen in dünn besiedelten Regionen zu gewährleisten.

Nachdem Portalkliniken bisher in Sachsen-Anhalt nicht vorgesehen sind und in den bisherigen Veröffentlichungen, insbesondere im Hinblick auf den Leistungsumfang, unterschiedlich dargestellt wurden, möchten wir die Grundkonzeption im Folgenden erläutern: Als eine Portalklinik wird eine Einrichtung definiert, die bei reduzierten stationären Kapazitäten leistungsfähiges medizinisch-technisches Know-how durch Kooperation mit Schwerpunkt-kliniken im Hintergrund auf Basis modernster Telematik insbesondere Teleradiologie anwendet. Eine Einrichtung ist immer dann sinnvoll, wenn in ländlichen Räumen ein bisher bestehendes Krankenhaus wirtschaftlich nicht mehr betreibbar ist und schließen muss. Das liegt hier in den Regionen Genthin und Havelberg vor. Die Verbindung der ambulanten zur stationären medizinischen Versorgung der Bevölkerung vor Ort wird durch Schließungen von Krankenhausstrukturen erheblich ausgedünnt. Die Fahrt- und Versorgungswege werden deutlich länger. Daher wird seit langer Zeit die Portalklinik in diesen Regionen politisch immer wieder gefordert. Es besteht die begründete Hoffnung, dass dann der Zugang zur stationären Versorgung vor Ort nicht vollständig wegbricht. Die Portalklinik wird daher als probates Mittel angesehen, wenngleich es bisher bundesweit nur einzelne Portalkliniken gibt. Die Versorgung der Bevölkerung wird daher weiter gesichert, wenngleich nicht immer mit einem fachspezifischen Spektrum.

2. Konzeption

Die geplanten Portalkliniken in Genthin und Havelberg werden eine Notfallversorgung über die regelhafte Sprechstundenzeit der Vertragsärzte hinaus vor Ort gewährleisten. Das bedeutet, dass Patienten in medizinischen Not- bzw. dringlichen Fällen in der Portalklinik empfangen werden und eine Grunddiagnostik erfahren. Die erforderliche Diagnostik wie insbesondere Labor und radiologische Untersuchungen erfolgen vor Ort und der entsprechende Befund wird teleradiologisch von der Schwerpunkt-klinik erhoben. Während dieser Zeit kann der Patient in der Portalklinik durch medizinische ärztliches - und Pflegepersonal überwacht werden, bis die Entscheidung zur weiteren Behandlung fällt. Das bedeutet, dass der Patient als ambulanter Notfall, als Kurzlieger oder stationärer Fall eingestuft werden kann. Darüber hinaus kann vor Ort entschieden werden, ob eine Verlegung in ein Krankenhaus mit einer bestimmten Fachrichtung zur Weiterbehandlung erforderlich ist oder ein Weitertransport gänzlich entfallen kann. Dann wird der Patient in den vorgehaltenen stationären Betten bis zur Entlassung behandelt.

3. Ausstattung

Die Portalklinik muss diagnostisch und telemedizinisch modern aufgestellt sein. Der zu erwartende Patientendurchlauf ist für die Refinanzierung neben dem Investitionsbedarf nicht einfach abschätzbar. Die erforderlichen Investitionskosten müssen durch öffentliche Fördermittel geleistet werden, wenn der politische Wille zum Betreiben der Portalkliniken vorhanden ist, vergleiche auch Förderprogramm NRW 2008 - Sonderprogramm „Krankenhausportal“. Dieses Sonderprogramm zielt erfolgreich auf eine stärkere Vernetzung ortsnaher und spezialisierter Häuser. Gefördert werden sollen vor allem die diagnostisch-apparative Ausstattung, hiermit zusammenhängende bauliche Maßnahmen sowie Informationstechnologien für einrichtungs-übergreifende integrierende Telematik-Anwendungen.

4. Havelberg

In Havelberg ist durch das bis vor Kurzem noch funktionierende Krankenhaus eine funktionierende Infrastruktur vorhanden, die teilweise genutzt werden kann. Moderne Geräte sind aber auch hier zwingend erforderlich.

In Havelberg wird eine vorrangig internistisch ausgerichtete Portalklinik mit 10 Betten mit einem nachgeordneten stationären internistischen Bereich mit integrierter geriatrischer Frührehabilitation benötigt.

5. Genthin

In Genthin wäre eine Implementierung einer Portalklinik mit 10 Betten zunächst mit breit ausgebildeten Ärzten in Abhängigkeit vom sich dann zeigendem Bedarf in dieser Region zu beginnen, um dann die weitere Ausrichtung der stationären Einrichtung bedarfsgerecht zu entwickeln. Hier ist naturgemäß auch ein entsprechender Investitionsbedarf Voraussetzung, um den heutigen medizinisch-technischen Erfordernissen entsprechen zu können.

Gerne stehen wir Ihnen für ein erläuterndes Gespräch oder weitere Informationen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Thomas Krössin, MBA
Facharzt

Johanniter GmbH
Geschäftsführer Johanniter Krankenhäuser Deutschland



O K T O B E R

2022

öffentlich

Beschluss

-

Landtag

DRUCKSACHEN

ÄNDERUNGSANTRÄGE

29.11.23

11.12.23

04.09.24

Modell des intersektoralen Gesundheitszentrums zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung stufenweise umsetzen

Der Landtag von Sachsen-Anhalt hat in der **27. Sitzung** zu Drucksache 8/1666 folgenden Beschluss gefasst:

1. Der Landtag stellt fest, dass Sachsen-Anhalt über eine moderne Krankenhauslandschaft verfügt, die ihre Leistungs- und Anpassungsfähigkeit in den letzten Jahren immer wieder unter Beweis gestellt hat.
2. Der Landtag stellt fest, dass sich unser Gesundheitssystem vielen Herausforderungen gegenüber sieht, u. a. die Fachkräfteentwicklung, den demografischen Wandel, die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, technologische Entwicklungen und die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ziel aller Akteure ist weiterhin eine flächendeckende Gesundheitsversorgung und leistungsfähige sowie bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft.
3. Der Landtag betont, dass sich die Gesundheitsversorgung in einem Veränderungsprozess befindet. Bund und Land haben notwendige Reformprozesse angestoßen, u. a. werden derzeit im Bund Vorschläge durch eine Expertenkommission als auch im Land ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft und Krankenhausfinanzierung erarbeitet.
4. Der Landtag betont, dass besonders in ländlichen Regionen des Landes zur Sicherung der ambulanten und stationären medizinischen Daseinsvorsorge sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen und interdisziplinär sowie multiprofessionell arbeitende Teams aufzubauen sind. Der Landtag betont, dass die intersektorale Gesundheitsversorgung in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen wird.

5. Der Landtag begrüßt das Engagement des Landes und der Salus Altmark gGmbH (SAH), die ein dreistufiges aufeinander aufbauendes Konzept für die medizinische Versorgung in Havelberg erarbeitet hat. Das Modellvorhaben wird derzeit nach und nach umgesetzt. Der Landtag bittet alle Akteure vor Ort, ihre bisherigen intensiven Bemühungen zur Gewinnung von Fachpersonal weiter fortzusetzen.
6. Der Landtag bittet die Landesregierung und die Salus gGmbH, bis zum Ende des I. Quartals 2023 im Ausschuss für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung über die Umsetzung der bisher erreichten Schritte im Konzept der Salus gGmbH zur Sicherung der medizinischen Versorgung der Region Havelberg zu berichten und einen Ausblick für die weitere Umsetzung im Kalenderjahr 2023 zu geben.
7. Der Landtag bittet die beteiligten Akteure zu prüfen, inwiefern bei der Suche für das entsprechende ärztliche und medizinische Fachpersonal weitere personenbezogene Anreizsysteme geschaffen werden können, beispielsweise Hilfestellung bei der Wohnort- und Arbeitsplatzsuche.
8. Der Landtag bittet im Rahmen der Etablierung und Erprobung dieses Modellprojekts zu prüfen, inwiefern Erkenntnisse über Strukturen für weitere geeignete Regionen des Landes übernommen werden könnten.
9. Der Landtag bittet das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, in Genthin zur Errichtung eines intersektoralen Gesundheitszentrums fachliche Beratung zur Verfügung zu stellen.

Dr. Gunnar Schellenberger
Präsident

29.11.2023
Drucksache
8/3404

öffentlich

11.12.2023
Drucksache
8/3487

öffentlich

04.09.2024
Drucksache
8/4559

öffentlich

JANUAR

2024

Ergebnisse des Einwohnergesprächs im Rahmen der Sitzung des Medizinischen Versorgungsausschusses am 31.01.2024

In Auswertung des Gesprächs wurden nachfolgend aufgeführte Hinweise von den Teilnehmern an der Veranstaltung geäußert.

Die Anmerkungen sind unter Themenkomplexen zusammengefasst und nicht den jeweiligen Bürgern zugeordnet.

Umsetzung der vom Land beauftragten Projektentwicklung

- Die lange Dauer der Projektbearbeitung wird kritisiert.
- Es sind keine Ergebnisse erkennbar.
- Die Brisanz des Themas wird nicht ausreichend anerkannt.
- Es wurde Druck gefordert, um die PD zum Handeln zu bewegen.
- Es wurde die Frage aufgeworfen, ob die Corona-Gelder weiter zur Verfügung stehen.
- Die Krankenkassen müssen unbedingt mit eingebunden werden.
- Der Kontakt zu Havelberg muss weiter aufrecht erhalten werden, um deren Erfahrungen und Aktivitäten zu nutzen.

Zielgruppen

- Es wird auf die schlechte Versorgungssituation, vor allem für Senioren, hingewiesen.
- Für den Sportbereich ist im Fall von Verletzungen keine ausreichende Versorgung gesichert.
- Für Beschäftigte u.a. muss die Absicherung durch einen D- Arzt gegeben werden.

Rettungsdienst

- Bei Inanspruchnahme des Rettungsdienstes gibt es für die Betroffenen oft keine Rückfahrmöglichkeit.
- 80 % der Rettungseinsätze fallen nicht unter den Auftrag des Rettungsdienstes. Sie kommen aber zustande, weil die Bürger, insbesondere die Älteren, keine andere Lösung sehen.

Versorgungsleistungen

- Es fehlt eine Röntgendiagnostik in Genthin.

APRIL
2024

Protokoll zur Beratung des Medizinischen Versorgungsausschusses des Stadtrats
Genthin am 08.04.24

Teilnehmer: Lutz Nitz
Wilmut Pflaumbaum
Rüdiger Feuerherdt
Christoph Grothe
Gabriele Herrmann

Klaus-Dieter Bauer als Gast

1. Stand der Umsetzung des PD-Projektes

Es wurde deutlich kritisiert, dass die Ausschussmitglieder mit dem Stand der Umsetzung sehr unzufrieden sind. Insbesondere halten sie die Information des Ausschusses für völlig unzureichend.

In der Sitzung des Ausschusses, an der der Staatssekretär Beck teilgenommen hat, wurden u.a. zwei Schwerpunkte benannt. Zum einen war ausdrücklich die Mitwirkung des Ausschusses eingefordert worden, zum anderen wurde die Bürgerbeteiligung als besonders wichtig hervorgehoben. Der Ausschuss kann keinen Fortschritt in der Umsetzung erkennen, selbstgesteckte Ziele der PD vor allem im Bezug auf den zeitlichen Vollzug werden nicht eingehalten und die Bürgerbeteiligung ist vollkommen auf der Strecke geblieben.

2. Fragebogenentwicklung

Der Ausschuss hält an seinem Ziel, einen Fragebogen über den Generalanzeiger und die Homepage der Stadt Genthin in Umlauf zu bringen, fest.

Die Entwicklung dieses Fragebogens gehört aber in die Hand von PD. Dazu wird der Ausschuss einen Aktionstag am Freitag, dem 03.05.24 in der Zeit von 10-13 Uhr auf dem Marktplatz organisieren; Herr Nitz hat sich bereit erklärt, wird die Organisation zu übernehmen. Von der PD wird gefordert, dass sie in Vorbereitung einen Entwurf für den Fragebogen entwickelt, der dem Ausschuss vorab zeitnah zur Verfügung gestellt wird.

Bei dem Aktionstag sollen die Bürger die Möglichkeit erhalten, ihre Sicht durch die Kommentierung der Fragen auf Pinnwänden zum Ausdruck zu bringen. Für die Verteilung der Fragebogen sind die Ausschussmitglieder bereit, auch als Verteiler wirksam zu werden. Sie würden dazu auch den Kontakt mit den ansässigen Ärzten aufnehmen. Auch die Seniorensprechstunde kann dafür genutzt werden.

3. Beratung mit dem Staatssekretär am 19.04.24

Dem Staatssekretär sind vorab folgende Fragestellungen zu übermitteln

1. Welchen Leistungsumfang hat der Auftrag des Landes an die PD?
2. Wie soll der Zeitverzug gegenüber dem Konzept ausgeglichen werden und wie ist der neue Zeitplan?
3. Wie soll der Medizinische Versorgungsausschuss des Stadtrates weiter involviert werden?

4. Wer setzt das entwickelte Modellprojekt um?
 5. Wie soll die Modellentwicklung und –umsetzung zukünftig transparenter und öffentlicher erfolgen?
 6. Wie kann die Kommunikation zwischen dem Ausschuss, dem Ministerium und der PD verbessert werden?
4. Weiterführung des Ausschusses nach der Kommunalwahl
Die Ausschussmitglieder bekräftigten noch einmal ihre Empfehlung, den Ausschuss nach der Neuwahl des Stadtrates weiterzuführen. Dazu sollte aber die Zusammensetzung einschließlich der Einbeziehung externen Sachverständs nicht nur nach gesetzlichen Vorgaben, sondern auch nach einer effizienten Auftragserfüllung erfolgen.

f.d.R des Protokoll
Gabriele Herrmann

Die Befragung endet am 2. Juni, anschließend werden die Fragebögen durch die PD ausgewertet und die Ergebnisse an das Ministerium übergeben.

PD

Wie geht es weiter?

Offene Fragen

Wie geht es nach den Kommunalwahlen am 9. Juni mit der Zusammenarbeit vor Ort weiter?

Diskussion einer möglichen Darstellung der Ergebnisse

Übergabe der Ergebnisse an das Ministerium



Darstellung der Befragungsergebnisse

03 2024

3. Quartal 2024



Auswertung der Fragebögen und Aufbereitung der Ergebnisse

Einsammlung und Übergabe der Papierfragebögen an die PD

02.06. Ende des Befragungszeitraums

MAI 2024

29.05.24

gab an, dass der Nacht auf itens 30 Men- erkommen sei- er seien Frau- endliche. Die h nicht unab-

Verletzungen. „Das tödliche Mes- ser-Attentat auf einen jungen Poli- zisten ist Ausdruck einer men-

Neben einem Ende des Ab- schiebestopps für Aighanen und Syrer kündigte Scholz noch weite-

hätte man sich wegen der damals bereits schwierigen Sicherheitsla- ge darauf verständigt, nur Männer

wieghens und der Ankündigungen, diese Zeit ist jetzt vorbei“, sagte der CDU-Vorsitzende. **Meinung**

Nur bei echtem Notfall in die Notaufnahme

Entwurf des Gesundheitsministeriums soll Kassen jährlich eine Milliarde Euro sparen.

BERLIN/DPA. Patienten mit akuten Anliegen sollen nach Plänen der Ampel-Koalition künftig stärker an passende Behandlungsangebote verwiesen werden, statt oft gleich ins Krankenhaus zu gehen. Ziel sei, durch eine präzisere Steuerung die Notaufnahmen der Kliniken und den Rettungsdienst zu entlasten, heißt es in einem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums, der dpa vor- liegt.

Demnach sollen bundesweit „integrierte Notfallzentren“ in der Regie von Kliniken entstehen, in denen eine „Ersteinschätzungs- stelle“ Patienten rund um die Uhr weiterleitet. Das kann eine Notauf- nahme oder eine nahe Notdienst- praxis sein.

Ausgebaut werden sollen sol- che Ersteinschätzungen zur Dring- lichkeit auch per Telefon in neuen „Akutleitstellen“. Sie sollen als „zentrale erste Anlaufstelle“ für

Personen dienen, die von einer so- fortigen ambulanten Behand- lungsnötigkeit ausgehen, wie es im Gesetzentwurf heißt. Patien- ten sollen dann in der Regel pri- mär in reguläre Praxen vermittelt werden. Bei lebensbedrohlichen Notfällen sollen Anrufe unmittel- bar an die Rettungsleitstelle wei- tergestellt werden. Dazu sollen der Notruf 112 und die Terminvermit- lungshotline 116 117 der Kassen- ärzte vernetzt werden.

Gesundheitsminister Karl Lau- terbach (SPD) hatte im Januar be- reits Eckpunkte vorgestellt. Der Grünen-Gesundheitsexperte Ja- nosch Dahmen sagte der dpa, die Reform solle für eine bessere Pa- tientensteuerung, einheitliche Schnittstellen und Standards und eine verlässliche Qualität. Bei der derzeitigen Situation litten Notfall- patienten und auch das Personal unter einem ineffizienten Flick- teppich.



Die Ampel plant, Notaufnahmen zu entlasten.

FOTO: DPA

Mehrkosten zur Umsetzung des neuen Systems stünden erhebli- che Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber, heißt es. Sie ergäben sich durch bessere Steuerung und damit eine bedarfs- gerechte Inanspruchnahme von Notdiensten. Insgesamt könne durch die Reform langfristig mit jährlichen Minderausgaben von knapp einer Milliarde Euro ge- rechnet werden.

POA-1-05

Handwritten notes in blue ink: "↑ MODELL", "SO SOLL ES AUSSEHEN", "VOLKSSTIMME", and "7.6.24".

Blaue Bänder für Solidarität mit Polizei

BERLIN/DPA. Nach der chen Messrattacke auf Polizisten in Mannheim die Deutsche Polizei- schaft (DPOlG) die Bevölke- um ein Zeichen der Solid mit Polizistinnen und Po- ten. Die Gewerkschaft ruft auf, dunkelblaue Bänder al- chen der Trauer und gege- walt zu tragen.

Schon lange habe die G- gegen Einsatzkräfte und schäftige im öffentli- Dienst eine erschreckend- mension erreicht, hieß es i- Mitteilung. Die Polizei sei- die Bevölkerung rund um- Uhr, wird der Chef der DPO- Baden-Württemberg, Ralf- terer, zitiert. „Heute bitte- die Bevölkerung um Unte- zung. Heute bitten wir ur- Zeichen der Bevölkerung- uns.“ Der Chef der Deuts- Polizeigewerkschaft, R- Wendt, sprach sich dazu- an Trauerbeflagung übe- gesamte Zeit der Fußba- und nicht nur bis zur B- zung des Kollegen festzuh-

Handwritten text: "Juni 2024"

DEZEMBER 2024 INFORMATION KRANKENHAUSREFORM

Nach fast zweijährigem Ringen um eine große Krankenhausreform hat Karl Lauterbach sein Prestigeprojekt durchgesetzt. Der Bundesrat ließ den Entwurf passieren, sodass das Gesetz am 1. Januar in Kraft tritt. *1. JANUAR 2025*
Dabei kam es im Vorfeld immer wieder zu hitzigen Diskussionen, die noch in der entscheidenden Bundesratssitzung andauerten. Brandenburgs Ministerpräsident entließ dabei die Gesundheitsministerin mitten in der Bundesratssitzung. Die thüringische Regierung war sich dagegen uneins, sodass die Stimmen aus dem Freistaat ungültig waren.

Die Ziele der Reform: weniger Finanzdruck für die Kliniken und mehr Spezialisierung bei komplexeren Eingriffen, die Patienten eine bessere Versorgung bringen soll.

Wofür braucht es überhaupt eine Reform?

Seit Jahren schwelende Probleme:

Finanznöte, Personalengpässe, und ein Drittel der 480.000 Betten sind laut Gesundheitsministerium nicht belegt.

Theorie: Ohne Änderungen drohten Klinik-Insolvenzen und nicht optimale Behandlungen.

Ziel sei daher, den wirklich benötigten Häusern eine auskömmliche wirtschaftliche Basis zu sichern.

Was sieht die Reform beim Geld vor?

Das vor 20 Jahren eingeführte Vergütungssystem mit Pauschalen pro Behandlungsfall soll grundlegend geändert werden.

In der Novembersitzung des Bundesrates wurde die Krankenhausreform dort durchgewunken.

Künftig soll es daher einen festen Sockel von 60 Prozent der Vergütung schon allein dafür geben, dass Kliniken eine Grundausstattung mit Personal und Geräten für bestimmte Leistungen vorhalten. Der Rest soll weiterhin durch Fallpauschalen finanziert werden.

Extra-Vergütungszuschläge geben soll es außerdem für Kliniken mit Kinderheilkunde, Geburtshilfe, Intensiv- und Unfallmedizin, speziellen Schlaganfall-Stationen und Notfallversorgung.

Was sieht die Reform bei der Behandlungsqualität vor?

Die neue Fix-Vergütung soll eine Klinik für "Leistungsgruppen" bekommen, die ihr das Land zuweist.

Sie bilden medizinische Leistungen ab. Dabei muss ein Krankenhaus bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, um eine Leistungsgruppe zu erhalten, etwa zu Fachpersonal und Ausstattung.

Was heißt das für das Netz der Kliniken?

Steuern sollen den Wandel die für die Krankenhausplanung zuständigen Länder. Sie könnten etwa sagen, ob es in einer Region zwei oder vier Standorte für Wirbelsäulenchirurgie gebe, erläuterte Lauterbach. Die neue Fix-Vergütung soll auch die Existenz kleinerer Häuser auf dem Land weiter absichern.

Die Länder sollen Standorte zudem zu "sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen" erklären können, die "wohnnah" stationäre Behandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden. Wo Praxen von Fach- und Hausärzten fehlen, sollen Patienten so künftig für solche Behandlungen auch ins Krankenhaus gehen können. Klinikstandorte wegfallen dürften vor allem in westdeutschen Großstädten.

Sind Finanzhilfen für Kliniken geplant?

Das Gesetz sieht auch Finanzspritzen vor. So sollen Kostensteigerungen der Kliniken unter anderem bei den Tariflöhnen aller Beschäftigten schon von diesem Jahr an nicht mehr nur zur Hälfte, sondern voll von den Krankenkassen finanziert werden. Um den Wandel zu den neuen Strukturen zu unterstützen, soll zudem ein "Transformationsfonds" kommen, aus dem von 2026 bis 2035 bis zu 25 Milliarden Euro fließen könnten – sofern sich Länder in jeweils gleicher Höhe beteiligen. Kommen soll das Geld aus Mitteln der gesetzlichen Kassen und – entsprechend ihrem Anteil an den Behandlungen – der privaten Krankenversicherungen.

Wie geht es weiter?

Planmäßig in Kraft treten soll die Reform zum 1. Januar 2025 – gleich komplett umgesetzt würde sie dann aber nicht, sondern schrittweise bis 2029. Geplant ist, dass die Länder ihren Kliniken bis Ende 2026 die jeweils vorgesehenen Leistungsgruppen zuweisen.

Die Finanzierung soll dann 2027 und 2028 schrittweise auf das neue System umgestellt we



Foto: sveta.vestockphoto.com

Portalkliniken als innovatives Versorgungsmodell

Konzept einer intersektoralen Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen

Von Dr. Thomas Krössin und Dr. Jan Wiesener

Portalkliniken als Nebenbetriebsstätte eines Krankenhauses sind für die Kostenträger budgetneutral und führen zu keinem Aufwuchs an stationären Betten im Landeskrankenhausplan. Intersektorale Dienstmodelle von Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung mit Nebenbetriebsstätten (Modell Portalklinik), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und den KV-Notfallpraxen sichern eine medizinische Grundversorgung von Patienten in strukturschwachen Regionen in einem 24/7 Dienstplanmodell. Eine Voraussetzung ist die Verlagerung von Krankenhausbetten aus einem Haus der Schwerpunktversorgung an einen anderen Standort, der im Umkreis von 40 – 60 Kilometern liegt.

Keywords: Krankenhaus 4.0, Krankenhausplanung, Notfallmedizin

Das im Juli 2019 veröffentlichten Gutachten des IGES-Instituts (nachfolgend Institut f. Gesundheits- und Sozialforschung) beauftragt durch die Bertelsmann-

Stiftung trifft die Aussage, dass Krankenhäuser mit einer Bettenzahl < 200 aus der Landeskrankenhausplanung und der Versorgungskette herausgenommen werden können. Demnach würden 1.319 Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten aus der Gesundheitsversorgung herausfallen, Wesentliche Voraussetzung für die Schließung ist, dass innerhalb einer Zeitspanne von 30- 60 Minuten ein Krankenhaus wohnortnah erreicht werden kann. Die seitens der Gutachter vorgeschlagenen Schließungsszenarien sind in Großräumen mit einer hohen Krankenhausedichte, ambulanten Gesundheitszentren und einer hohen Dichte von KV-Notfallpraxen denkbar. Immer unter dem Aspekt, dass bei lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall (Rettungszeit 8 - 17 Minuten: Anruf Patient bis zum Eintreffen Notarztwagen am Wohnort) und anderen Notfallsituationen, die gesetzlichen Hilfszeiten innerhalb definierter Zeiten eingehalten werden können. Diese beträgt in Hamburg 8 Minuten, in ländlichen Regionen wie Thürin-

gen 17 Minuten. In strukturstarken Regionen leisten die KV-Notfallpraxen darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag in der Gesundheitsversorgung. In Bundesländern mit einer hohen Bevölkerungsdichte/Fläche wie Baden-Württemberg existieren nach aktuell verfügbaren Zahlen 120 KV-Notfallpraxen in Mecklenburg-Vorpommern 8 und in Sachsen-Anhalt 16 KV-Notfallpraxen.

Sind die Kernaussagen aus dem IGES-Gutachten auf den ländlichen und strukturschwachen Raum übertragbar?

Die Antwort ist nein. Die Gesundheitspolitik nach der Corona-Pandemie wird eine grundlegend andere sein.

Im föderalen und kommunalen Raum wird zukünftig die gesundheitspolitische Diskussion über existentielle Grundlagen einer öffentlichen Infrastruktur Wählerverhalten beeinflussen. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung als Ausdruck der Daseinsvorsorge gehören zu diesen exis-

tentiellen Grundlagen. Dies haben viele Menschen in der Corona-Pandemie als überlebenswichtig begriffen. Fallen Gesundheitseinrichtungen wie Arztpraxen und Krankenhäuser insbesondere in wirtschaftlich schwachen Regionen weg, verstärkt sich die Abwärtsspirale in einem Landkreis in einer Kreisstadt, in einer ganzen Region.

Seit Jahren setzt sich der verhängnisvolle Kreislauf in strukturschwachen Regionen fort. Verschiedene Indikatoren wie:

- Bruttojahreslohn
 - Erwerbstätigenprognose
 - Öffentliche Infrastruktur
 - Öffentliche Aufwendungen pro Einwohner
- weisen sehr frühzeitig auf diesen Abwärtstrend hin.

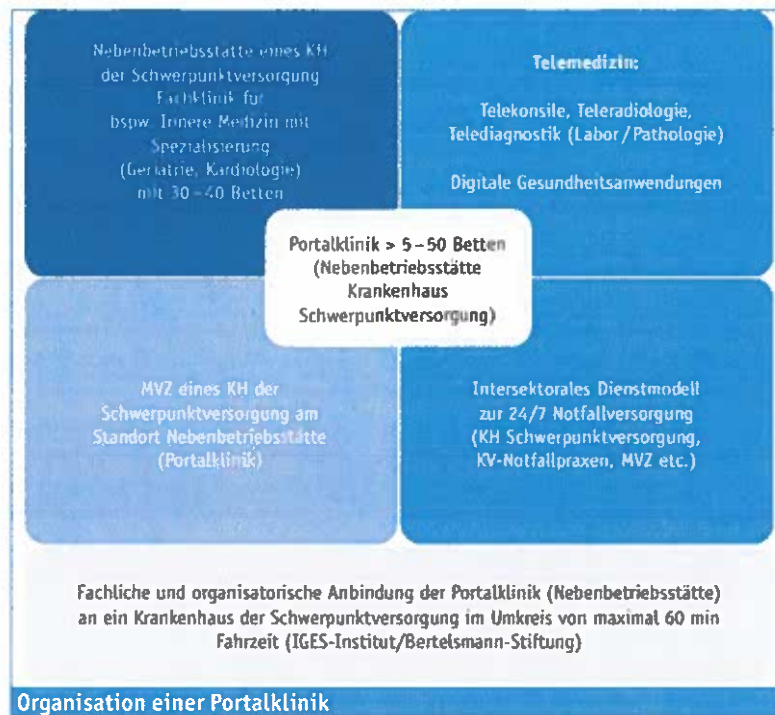
Gesundheitspolitische Indikatoren sind:

- Rückgang der Geburtenrate
- Überalterung der Bevölkerung
- Schließung sozialer Infrastrukturen (z.B. Krankenhäuser, Schulen, öffentliche Institutionen)

Umso mehr muss der Blick auf eine „Gesundheitsversorgung der Zukunft“ gerichtet werden, die sich nicht vorrangig an ökonomischen Zwängen orientiert.

Die Weiterentwicklung von innovativen Versorgungsmodellen am Beispiel einer Portalklinik (als Nebenbetriebsstätte eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung) verknüpft mit den folgenden Entwicklungen können Treiber für eine neue Gesundheitsversorgung der Zukunft sein - nach dem Ende der Corona-Pandemie 2022 - 23:

- Intersektorale Medizin
- Polikliniken
- SGB § V DiGA - Digitale Gesundheitsanwendungen (Nachweis medizinischer und ökonomischer Skaleneffekte: Mortalität - Morbidität)
- Digitale Medizin (Patientenorientierte Medizin)
- Intersektorale Patientenakte (KV-Praxen - Krankenhäuser)
- Telemedizin (Telemonitoring, Teleradiologie, Telekonsile)
- Share-Economy bei mobiler Diagnostik
- E-Health-Sektor



Intersektorale Modelle Portalklinik versus Praxisklinik – cui bono ?

Werfen wir einen Blick zurück in die westdeutsche Vergangenheit: Intersektorale Modelle sind ein weithin bekannter Versorgungsansatz.

Bereits 1989 wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine „Praxisklinik“ über das Gesundheitsstrukturgesetz geschaffen. 32 Jahre und eine Wiedervereinigung später, gibt es bundesweit keine einzige Kontrahierung zwischen Kostenträgern, Landesregierungen und kassenärztlichen Vereinigungen. Vorrangig ist die Finanzierung der stationären Patientenversorgung - wie so oft bei Modellprojekten - nicht gesichert. Erfolgreiche Modelle von Praxiskliniken existieren zwar, allerdings in großen Ballungszentren als „Zentren für ambulantes Operieren“. 1997 wurde gesundheitspolitisch über das „Krankenhaus-Neuordnungsgesetz“ (KHNG) ein erneuter Anlauf unternommen – wiederum erfolglos.

Das intersektorale Modell einer Praxisklinik mit 4 stationären Betten ist bis heute nicht im Sozialgesetzbuch V (SGB) verankert und kein realistisches Versorgungsmodell – bis zum Beweis des Gegenteils.

Portalkliniken, Telemedizin und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können zur Daseinsvorsorge beitragen !

Verschiedene Autoren zeigen, dass insbesondere die Gleichwertigkeit der Daseinsvorsorge einen maßgeblichen Einfluss auf die durchschnittliche Lebenserwartung in einem Bundesland hat. In Baden-Württemberg beträgt die durchschnittliche „Lebenserwartung bei Geburt/Sterbetafel“ für Frauen 84,2 Jahre, für Männer 79,8 Jahre. In strukturschwachen Regionen ist die Lebenserwartung auffällig niedriger.

Am Beispiel Sachsen-Anhalt (LSA) zeigt sich, dass multifaktoriellen Ursachen für die weitaus höhere Inzidenz von Koronaren Herzerkrankungen (KHK) verantwortlich sind. LSA hat bundesweit das zweithöchste Fallzahlauflkommen bei ischämischen Herzerkrankungen mit 863/100 Tsd. Einwohner. Die Abweichung in der Morbidität im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegt in LSA 17 Prozent höher, im Vergleich dazu treten in Bremen 20 Prozent weniger Herzerkrankungen und Hospitalisierungen in Krankenhäusern infolge ischämischer Herzerkrankungen auf.

Diese Zahlen belegen die unterschiedlichen Lebensverhältnisse. Es ist immer durch eine Vielzahl von Studien belegt, dass zwischen boo-

menden und gesundheitspolitisch gut aufgestellten Regionen und im Vergleich zu ländlich geprägten Regionen deutliche Unterschiede in der Gesundheitsprävention, Morbidität und Mortalität etc. auftreten.

Doppelt so viele Einwohner sterben in LSA an ischämischen Herzerkrankungen im Vergleich zu Bremen oder Baden-Württemberg. In Bayern, NRW und Berlin liegt die Mortalität in einer Range zwischen 0,12 und 0,13 Prozent im Vergleich zu LSA mit 0,24 Prozent.

Aufgaben der Landes- und Kommunalpolitik im Zusammenwirken mit Krankenhausträgern oder ambulanten Gesundheitseinrichtungen

Vorrangig ist die Sicherstellung der Rahmenbedingungen für eine Gesundheitsversorgung eine nicht verhandelbare staatliche Aufgabe insbesondere im Zusammenwirken mit Krankenhausträgern, Kassenärztlichen Vereinigungen etc.

Stadt- und Landkreise sind über einen Sicherstellungsauftrag der meisten LKHG (Landeskrankenhausesetze) verpflichtet, eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Bundesweit haben verschiedene Krankenhausträger infolge wirtschaftlicher Probleme den Versorgungsauftrag z.B. für Geburten an die Kommunen wieder ab- oder gänzlich aufgegeben. Tritt dieser Versorgungsnotfall ein, ist die Sicherstellung durch die öffentliche Hand zu gewährleisten.

Alternativen zu der Schließung von Krankenhäusern in strukturschwachen Regionen

Aus Sicht der Autoren bietet das Modell der Portalklinik als Nebenbetriebsstätte eines Krankenhauses im Vergleich zu einer Praxisklinik einige wesentliche Vorteile.

Portalkliniken können als sektorenübergreifendes Modell (Dienstmodell Ärzte) geführt werden und gewinnen in ländlich geprägten und damit in der Regel unterversorgten Regionen im Zusammenspiel mit Telemedizin, DiGA etc. an Bedeutung. Eine einheitliche Definition der „Portalklinik“ findet sich nicht in der aktuellen Gesetzgebung, die rechtliche Ausgestaltung ist daher

auf verschiedenen Wegen möglich. Nach heutigem Verständnis ist eine Portalklinik - z.B. in NRW- eine überwiegend stationär geprägte Einrichtung mit geringer Bettenzahl. Ziel ist die medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Basisversorgung mit örtlich begrenzter Reichweite sowie eine notfallmäßige Versorgung im Rahmen einer klinischen Ersteinschätzung (Triage).

Interdisziplinäre Teams aus Ärzten und Pflegekräften gewährleisten wohnortnahe die Notfall- oder Erstversorgung. Weiterhin wird die ambulante, tagesklinische und kurzstationäre Behandlung der Patienten sichergestellt. Die medizinisch kompetente Triage ist maßgeblich im Entscheidungsprozess, ob Patienten im weiteren Verlauf zu einem angebundnen Krankenhaus der Maximal-/Schwerpunktversorgung verlegt werden müssen. Das medizinische Leistungsspektrum einer Portalklinik besteht mithin in der Notfall- oder Erstversorgung der wohnortnahen Bevölkerung. Telemedizinische Diagnostik, telekonsiliarische interdisziplinäre Befundbesprechungen unterstützen die „clinical pathways“ des medizinischen Personals vor Ort.

Zusammengefasst sind Portalkliniken vorrangig stationär geprägt im Gegensatz zu einer Praxisklinik, die ambulante Schwerpunkte setzt und nur temporäres Monitoring von bspw. Elektivpatienten im Rahmen ambulanter Eingriffe anbietet.

Medizinische und rechtliche Merkmale von Portalkliniken

- Medizinische Basisversorgung mit einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in einem Radius von 30-60 Min Fahrzeit
- Ersteinschätzung (Triage) und notfallmäßige Basisversorgung
- Erstdiagnostik bei kardiologischen, neurologischen, chirurgischen Notfallsituationen
- Telemedizin (Radiologie, Telekonsile)
- Elektronische Patientenakte für ambulante und stationäre Patienten
- 5-50 stationäre Betten

Rechtlich ausgestaltet können Portalkliniken zum einen als Praxiskliniken i.S.v. § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V betrieben werden, nämlich als „Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehre-

rer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden“. Zur rechtlichen Umsetzung bedarf es dann eines Drei-Parteien-Vertrages zwischen den Krankenkassen, der Portalklinik und den Vertragsärzten (MVZ).

Alternativ können Portalkliniken als Plankrankenhäuser betrieben werden, wobei eine geringe Zahl von Betten aus dem „Mutter-Krankenhaus“ abgezogen und in die Portalklinik überführt werden. Die Portalklinik erhält damit einen eigenen Versorgungsauftrag und kann - soweit keine Einschränkungen vorgenommen werden - sämtliche Leistungen einer Fachklinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Geriatrie erbringen. Die schlanke Infrastruktur der Portalklinik, der Einsatz von Telemedizin, DiGA und insbesondere einem sektorübergreifenden Dienstplanmodell von Vertrags- und Krankenhausärzten führen im Ergebnis zu einer besseren Gesundheitsversorgung.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die in vielen Bundesländern etablierte Versorgungsform einer Portalklinik ergänzt um Telemedizin, DiGA in ländlichen und strukturschwachen Regionen eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten kann. Dazu müssen weder die Planbettenzahlen in einem Landeskrankenhausesplan noch die rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden. Portalkliniken sind als Nebenbetriebsstätten bundesweit möglich und weisen in die Zukunft! ■

Dr. Thomas Krössin
Geschäftsführer
Johanniter Akut-Krankenhäuser



Dr. Thomas Krössin

Dr. Jan Wiesener
Fachanwalt für Medizinrecht