

„Innovationskraft sektorübergreifender Versorgung nicht ausbremsen!“

Im Gespräch mit Helge Engelke, Verbandsdirektor der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG)

Wie ist die vorläufige Bilanz der jungen Regionalen Gesundheitszentren in Niedersachsen?

Die Idee der Regionalen Gesundheitszentren, die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden und neue Formen der Kooperation im Gesundheitswesen aktiv zu fördern, ist richtig. Mit den RGZ soll die lokale Gesundheitsversorgung sichergestellt werden, wo es kein Krankenhaus mehr gibt. Doch es gibt massive Umsetzungsschwierigkeiten. Trotz der Anschubfinanzierung ist die stationäre Versorgung in den Regionalen Gesundheitszentren allein nicht tragfähig. Hier muss etwas passieren. Die stationären Betten sind schlecht ausgelastet. Wenn diese Form der sektorübergreifenden Versorgung ein zukunftsfähiges Modell

werden soll, muss die Vergütung deutlich verbessert werden.

Hat sich die Versorgung vor Ort durch die RGZ verbessert?

Die RGZ werden durchaus positiv wahrgenommen von den Bürgern. Es gibt einen Anlaufpunkt, wo es eine fachärztliche Versorgung gibt und auch eine Grundversorgung für weniger komplexe stationäre Fälle. Die Patienten, vor allem in ländlichen Regionen, profitieren, und es hat positive Auswirkungen auf die stationäre Versorgung insgesamt. So kann beispielsweise oft der sogenannte Drehstür-Effekt bei Patienten aus Alten- und Pflegeheimen ein Stück weit vermieden werden, wenn die Möglichkeit besteht, die Patienten für ein, zwei Nächte dort stationär aufzunehmen. Trotzdem: Auch,

wenn die Anwohner zufrieden sind, dass sie mit dem RGZ eine stationäre Grundversorgung vor Ort haben – sie müssen auch kommen. Alle möchten ein Krankenhaus in der Nachbarschaft, aber sie gehen, wenn sie stationäre Versorgung brauchen, auch für wenig komplexe Behandlungen oftmals dann doch in die Zentren der größeren Städte. Die Auslastung der RGZ ist bisher eher schlecht.

Werden die RGZ zu sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) im Sinne des SGB? Auch sie sollen im Rahmen der Krankenhausreform als Bindeglied der stationären und der ambulanten Versorgung eine Schlüsselrolle einnehmen.

Die Regionalen Gesundheitszentren sind in ihrer aktuellen Ausgestaltung etwas ganz anders als die geplanten Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Und es gibt bis heute keinen Plan für eine geordnete Überleitung. Ohne Überleitung werden RGZ keine Zukunft haben.

Wenn die heutigen RGZ Krankenhäuser im Sinne der Krankenhausplanung bleiben sollen, weil die SÜV-Kriterien nicht auf sie passen, müssten sie auch die Anforderungen der Leistungsgruppen erfüllen. Diese Anforderungen sind von den RGZ jedoch kaum zu leisten. Sie passen auch nicht zu den RGZ-Strukturen. Die Anzahl von Fachärzten, die in den Leistungsgruppen vorgesehen sind und viele weitere Strukturkriterien lassen sich dort nicht darstellen. Die RGZ würden also keine Zulassung für die stationäre Versorgung mehr bekommen.

Wird sich die Versorgung verschlechtern? Was sollte getan werden?

Wenn die RGZ wieder schließen müssen, wird das Ziel der Versorgung in den be-



Helge Engelke, Verbandsdirektor der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG).
Foto: NKG

troffenen ländlichen Gebieten verfehlt. Das muss dringend vermieden werden. Die bestehenden RGZ müssen daher befähigt und ermächtigt werden, über das vorgesehene Spektrum hinaus Leistungen erbringen zu dürfen. Die noch zu definierenden Anforderungen an die SÜV müssen dies gewährleisten, um keine Lücken in der Versorgung entstehen zu lassen.

Ist das Konzept der SÜV und die Ziele, die der Gesetzgeber damit verfolgt, denn nicht grundsätzlich denen der RGZ sehr ähnlich?

Die Ziele sind vergleichbar: Es geht im Kern um die Sicherstellung einer wohnortnahmen medizinischen Grundversorgung und der akutmedizinischen Versorgung insbesondere auch „in der Fläche“. In enger Verzahnung der verschiedenen Sektoren im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke sollen so auch unnötige Einweisungen in größere Krankenhäuser verhindert werden.

Auch die Versorgung in den SÜV kann nur funktionieren, wenn die Vorhaltevergütung nochmal wesentlich fokussierter

in den Verhandlungen mit den Krankenkassen in den Vordergrund gestellt werden kann. Denn auch die SÜV werden nie zu 100 % ausgelastet sein, es wird immer einen gewissen Leerlauf geben. Aber auch der muss bezahlt werden. Wenn man das nicht haben will, wenn der Politik eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung gerade in ländlichen Gebieten das nicht wert ist, dann muss man auch ehrlich sein. Die Kliniken in ein Versorgungssystem hineinzulocken, es dann aber an der Finanzierung scheitern zu lassen, das kann nicht sein.

So, wie die Voraussetzungen sich nun abzeichnen, geht es nicht. Es ist wichtig und richtig, dass die Krankenhäuser sektorenübergreifend versorgen. Und es ist auch wichtig, dass wir die ganze Kaskade der Versorgung anbieten können. Wir brauchen eine klare Definition, was das SÜV darf. Neben internistischen und geriatrischen Basisleistungen sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch Leistungen anbieten können, die dem jeweiligen Bedarf in einer Region entsprechen, etwa in den Be-

reichen Urologie, Allgemeinchirurgie oder Gynäkologie.

Aber wir müssen die gesetzlichen Grundlagen nochmal anpassen. Für die Leistungserbringung in den SÜV brauchen wir andere Anforderungen an die Strukturqualität als bei der regulären Grund- und Regelversorgung. Es können nicht die gleichen Anforderungen wie bei den Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V in den Leistungsgruppen gelten. Das gleiche gilt für die in § 135i SGB V vorgesehenen Pflegepersonaluntergrenzen: Sie sind für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ungeeignet. Die Qualität der Leistungen muss insgesamt durch andere und für diese Einrichtungen angemessene Maßnahmen gewährleistet werden.

Diese neue Versorgungsform der sektorübergreifenden Versorgung birgt in sich eine hohe Innovationskraft. Sie sollte nicht durch unverhältnismäßig hohe Anforderungen ausgebremst werden.

*Das Gespräch führte Katrin Rüter,
Chefredakteurin*

Bücher

Katja Scholtes: Krankenhausalarm- und Einsatzplanung konkret. Von der strukturierten Risikoanalyse zur individuellen Planung – Schritt für Schritt erklärt. Verlag Kohlhammer 2025, 163 Seiten, kartoniert, 49,00 €, ISBN 978-3-17-045148-3

Das Werk führt die Krankenhäuser konkret und praxisnah von der krankenhausindividuellen Risikoanalyse zum passgenauen Alarm- und Einsatzplan. Es behandelt die wichtigsten Themen aus dem Bereich Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP). Begonnen bei den Grundsätzen für die Erstellung eines KAEP als primärer Überblick über die detaillierte Abhandlung der Alarmierung und der im Krankenhaus aufgestellten Führungsstrukturen werden die potenziell entstehenden Sonderlagen in einzelne Bereiche aufgegliedert und detailliert beleuchtet.

**www.daskrankenhaus.de
(Online-Volltext-Version)**