

Regionale Versorgungszentren: Die Zukunft der Gesundheitsversorgung mit Unsicherheit der Refinanzierungsmöglichkeit

Kliniken drohen zu schließen und durch einen Mangel an Fachpersonal entstehen Versorgungslücken. Haus- und Facharztpraxen können zunehmend nicht nachbesetzt werden und auch pflegerische Angebote verschwinden vom Markt. Die Verpflichtung der Landkreise und kreisfreien Städte zur Daseinsvorsorge drückt sich nicht zuletzt durch steigende finanzielle Beiträge zum Aufrechterhalt der Klinikstandorte in ländlichen Regionen aus. Droht eine wachsende Ungleichheit im Zugang zu medizinischer und pflegerischer Versorgung?

Schon die vergangene Bundesregierung um Gesundheitsminister Karl Lauterbach hat das Risiko der Sicherung der stationären Versorgung auf dem Land erkannt und mit dem Konzept der damals genannten „Level 1i“ Kliniken eine Lösung versucht zu präsentieren. Die Idee ist nicht neu und wird international bereits erfolgreich umgesetzt. In den USA etwa übernehmen rund 250 pflegegeführte Gesundheitszentren (*Nurse-managed Health Centers*) mit innovativen Versorgungsmodellen aus der Pflege die Primärversorgung und Prävention in unterversorgten Regionen. In Finnland bilden kommunale Gesundheitszentren die zentrale Anlaufstelle der Primärversorgung und verknüpfen ambulante, präventive und Notfallversorgung nahtlos mit dem stationären Angebot.

In Deutschland sollen nun unausgelastete bzw. für einen wirtschaftlichen Betrieb zu kleine vollstationäre Krankenhäuser zu Regionalen Versorgungszentren umfunktioniert werden. Schlanke stationäre Versorgungsstrukturen sollen mit hohen Vorhaltekosten behaftete Krankenhausstandorte mit Intensivmedizin und 24/7 Notfallversorgung ersetzen. Ergänzt wird das Konzept mit der Refinanzierung durch degressive Tagessätze, die auf Ist-Kosten Basis kalkuliert werden und das mengenbasierte DRG-System in diesen Einrichtungen ablösen sollen.

Knapp 14 Monate nach der Veröffentlichung des Referentenentwurfs des KHVVG ist es Zeit für ein Zwischenfazit.

Was sind Regionale Versorgungszentren?

Regionale Versorgungszentren, auch bekannt als Gesundheitscampus, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) oder Level-1i-Häuser, sind Einrichtungen, die ambulante und stationäre Leistungen, Pflege, Therapie und Sozialberatung unter einem Dach vereinen. Das Ziel ist die Verzahnung von Sektoren in einer interprofessionellen Organisation, um entstehende oder drohende Versorgungslücken zu schließen und eine Behandlung der Patient:innen zu gewährleisten. Eingebettet in ein regionales Gesundheitskonzept sollen komplexe (Notfall-)Patient:innen umgehend an den nächsten Schwerpunktversorger weiterverlegt werden.

Als kooperative, sektorenübergreifende Modelle bieten sie u. a. für Kommunen, aber auch für andere Träger, Chancen eine Gesundheitsversorgung auch in ländlicher Region aufrecht zu erhalten.

Zukunftskonzept Regionale Versorgungszentren?

Bereits seit vielen Jahren wird die Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors diskutiert, doch bislang gelang kein großer Wurf. Die Ausweitung des AOP-Katalogs und die Einführung und stetige Erweiterung der Hybrid-DRG-Verordnung erhöht den wirtschaftlichen Druck auf Kliniken ohne gleichzeitig haltbare Lösungen zu präsentieren, wie diese Leistungen in stationären Strukturen wirtschaftlich erbracht werden könnten.

Regionale Versorgungszentren legen den Fokus auf die allgemeinmedizinische Primärversorgung als wohnortnahe Anlaufstelle für die Bevölkerung. Sie entlasten die stationäre Infrastruktur umliegender Schwerpunkt- und Maximalversorger und schaffen damit dort Ressourcen für die gezielte spezialisierte Behandlung. Mittel- bis langfristig könnte die Reduktion vollstationärer Krankenhausstrukturen eine Kostensenkung bewirken.

Haus- und Facharztpraxen sowie niederschwellige (teil-) stationäre Primärversorgung werden unter einem Dach vereint und stimmen ihre Prozesse eng aufeinander ab. So kann die Behandlungsqualität gefördert und gleichzeitig Doppel- und Fehlbehandlungen reduziert werden. Regionale Versorgungseinrichtungen bieten somit eine gute Infrastruktur für eine Erstversorgung der Patient:innen. Durch telemedizinische Anbindung an große Krankenhäuser, integrierte Leitstellen oder Ersteinschätzungsambulanzen wird die Basisnotfallversorgung der Region aufrechterhalten.

Neben der Entlastung der stationären Versorgung bieten diese neuen Strukturen durchaus auch Möglichkeiten der Aufwertung nichtärztlicher Berufsgruppen. Nicht zufällig steht beispielsweise die Verabschiedung des Gesetzes zur Befugniserweiterung in der Pflege an, dessen Entwurf erste Schritte hin zur Vergrößerung des Aufgabenspektrums formuliert. Innerhalb Regionaler Versorgungszentren kann auch die Delegation von Tätigkeiten an andere Berufsgruppen, wie Physician Assistants, für die Erstbehandlung von Patient:innen erfolgen und somit die Attraktivität durch eine größere Eigenständigkeit gesteigert werden.

Aber auch für Ärzt:innen kann dieses Modell eine interessante Option sein, innerhalb eines abgesicherten Angestelltenverhältnisses mit attraktiven Arbeitsbedingungen in die ambulante Versorgung einzusteigen. Dennoch dürfte die Gewinnung und das Halten von kompetentem ärztlichem Personal eine erhebliche Herausforderung darstellen. Ein Regionales Versorgungszentrum, das nicht in einem bestehenden Krankenhausverbund eingebettet ist bzw. nicht über weitreichende Kooperationen zur Sicherstellung der Facharztweiterbildung verfügt, wird kaum ausreichend Ärzt:innen in Weiterbildung gewinnen können.

Finanzierungsunsicherheiten und politische Hürden

Umso mehr verwundert es, dass die Frage nach auskömmlichen Refinanzierungsinstrumenten bislang ungeklärt ist. Während wie bisher auch die ambulanten Leistungen nach EBM und die Pflegeleistungen nach SGB XI vergütet werden, ist die Vergütung der stationären Leistungen noch unklar. Die Etablierung der auf Ist-Kosten-Basis kalkulierten Tagessätze dürfte noch einige Zeit in Anspruch nehmen. In der Zwischenzeit erfolgt die Refinanzierung über das mengenabhängige DRG-System. Der einzuleitende Transformationsprozess wird vermutlich zu weiter rückläufigen Fallzahlen und damit signifikant steigenden Defiziten an den Standorten führen, wenn keine Zwischenlösung für die Refinanzierung der Betriebskosten geboten wird. Die weiteren anzubietenden Leistungen wie ambulante Operationen, KV-Leistungen, Pflegeleistungen, therapeutische Leistungen oder Erträge aus Vermietung und Verpachtung an Dritte werden nicht ausreichen, um die Standortkosten dauerhaft (und vor allem in der Transformationsphase) zu refinanzieren. Zudem zweifeln aktuell viele Akteure, ob im Rahmen der Verhandlung mit den Krankenkassen wirklich kostendeckende Tagessätze erzielt werden können. Ob und wann also das Konzept des Regionalen Versorgungszentren flächendeckend umgesetzt wird, wird aber vor allem hiervon abhängen.

Aufgrund der wirtschaftlich angespannten Lage vieler Krankenhausträger sowie der nicht auskömmlichen Förderungen der Länder wurde insbesondere an operativ defizitären kleinen Krankenhausstandorten in der Vergangenheit nicht ausreichend in die Infrastruktur investiert. Neben

den aufgelaufenen Investitionskosten entstehen mitunter erhebliche Rückbaukosten bzw. Einmalinvestitionen, um den Standort für ein Regionales Versorgungszentrum zu ertüchtigen.

Der im KHVVG etablierte Begriff der Level 1i Klinik ist sowohl bei handelnden Akteuren in der Politik als auch in der Bevölkerung gedanklich mit einem Reputations- und Qualitätsverlust verbunden. Der Verzicht auf eine 24/7 Intensiv- und Notfallmedizin wiegt emotional schwer und führt zu Ängsten vor Versorgungslücken. Die tatsächliche Inanspruchnahme und die Notwendigkeit dieser Strukturen rücken bei diesen emotionalen Diskussionen schnell in den Hintergrund. Dennoch dürfte die Reduktion auf ein Regionales Versorgungszentrum deutlich besser zu vermitteln sein als eine vollumfassende Schließung.

Dezierte Folgenabschätzung und Kommunikation als Erfolgsfaktor in der Umsetzung

Vor Einleitung des Transformationsprozesses des Standortes sollte eine fundierte Analyse der aktuellen Versorgung sowie der entstehenden Veränderungen in der Versorgung erfolgen. Beispielhaft sind folgende Fragestellungen zu bearbeiten:

- Wie hoch sind die Inanspruchnahmen der Notaufnahme und des OPs außerhalb der Regelarbeitszeiten? Welche Versorgungslücken entstehen?
- Wie verändern sich die Fahrzeiten der lokalen Bevölkerung zum nächsten Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung?
- Wie wird sich die stationäre Versorgungssituation durch zunehmende Ambulantisierung und Hybridisierung verändern?
- Welche lokalen Gesundheitsanbieter können in ein mögliches Regionales Gesundheitszentrum integriert werden?
- Wie gestaltet sich die zukünftige Personalentwicklung am Standort?

Zweifelsohne bedeutet die Transformation eines vollstationären Krankenhausstandortes zu einem Regionalen Versorgungszentrum eine erhebliche emotionale und strukturelle Veränderung. Damit der Veränderungsprozess funktioniert bedarf es einer sorgfältigen Kommunikation sowohl in die Belegschaft als auch in die Öffentlichkeit. Gespräche mit dem Land, der regionalen Politik, den Mitstreitern in der Region (zukünftige Kooperationspartner) sowie den Mitarbeitenden und der Bevölkerung vor Ort sind notwendig für eine erfolgreiche Gestaltung der Veränderung.

Fazit

Regionale Versorgungszentren bieten eine gute und pragmatische Lösung, um Versorgungslücken in strukturarmen Regionen nachhaltig zu schließen. Ihr Erfolg hängt maßgeblich von einer sorgfältigen Planung, enger Zusammenarbeit aller Akteure sowie einer klaren regionalen Versorgungsstrategie ab, die vom Land aber auch den Kassen mitgetragen werden muss. Entscheidend sind eine bedarfsorientierte Analyse, integrierte Versorgungskonzepte, gezielte Fördermittelnutzung, verlässliche Trägerschaften und starke Netzwerke.

Dennoch gestaltet sich die Umsetzung bislang als äußerst schwierig. Neben ersten umgesetzten Projekten in Niedersachsen veröffentlichen weitere Träger Absichtserklärungen, bestimmte Standorte nach dem Vorbild eines Regionalen Versorgungszentrums umzustrukturieren. Eine Konkretisierung der Finanzierungslogik bleibt die Politik bis dato schuldig. Eine verlässliche Finanzierung der dauerhaften Betriebskosten bzw. des Transformationsprozesses ist essenziell, um den notwendigen Wandel einzuleiten.

In der Finanzierungsfrage der stationären Leistungen muss unbedingt geklärt werden, dass auch in bevölkerungsschwachen Regionen mit rückläufiger Entwicklungsprognose eine Vorhaltefinanzierung unabhängig der tatsächlichen Leistungsmenge erfolgt.

Erst dann können Regionale Versorgungszentren eine zukunftsorientierte Chance bieten. Für die Bevölkerung und Politik stellen Sie ein Vehikel für eine Sicherstellung der Grundversorgung dar. Schwerpunkt- und Maximalversorger können in ihren Strukturen entlastet werden gleichzeitig haben Krankenhausträger wieder Handlungsspielraum in der wirtschaftlichen Gestaltung Ihrer Einrichtungen, auch bei niedrigen Fallzahlen.

Melina Weinke
Beraterin

Borchers & Kollegen Managementberatung GmbH
m.weinke@borchers-kollegen.de

