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 Krankenhausdichte, 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 Thüringen 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 Portalklink (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

Organisation einer Portalklinik

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 Fallzahlaufkommen 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 (Landeskrankenhausgesetze) 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 wohnortnah 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 angebundenen 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 Rahme 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 mehrerer 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 Portalklink, 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 Landeskrankenhausplan noch die rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden. Portalklinken 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