Serie Teil 1: Strategien des Wandels

Wo neue Architekturen für die Versorgung entstehen

Modellhafte Umbauversuche der Krankenhauslandschaft gibt in Deutschland mehr, als man gemeinhin denkt. Die meisten folgen dabei den drei zentralen Strategien Ambulantisierung, Netzwerkbildung und Zentralisierung; oft in Kombinationen mit einer stärkeren digitalen Vernetzung. „Monitor Versorgungsforschung“ gibt mit der neuen Serie „Versorgung vor Ort neu gedacht – Deutschland baut um“ eine erste Einordnung und stellt ausgesuchte Transformations-Modellprojekte vor.“

>> Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich in einem tiefgreifenden Transformationsprozess, der weit über bloße Strukturkorrekturen hinausgeht. Einerseits sind Krankenhäuser konfrontiert mit chronischer, struktureller Unterfinanzierung, nicht kostendeckenden Fallpauschalen und fehlender Kompenation für Vorhaltekosten. Andererseits stellen sich für die Versorgung Fragen mit Bick auf die Qualität und bei den Ausgaben, die im Vergleich zu anderen Ländern zu massiver Kritik führen. In der Folge stehen vor allem ländliche Krankenhäuser vor der existenziellen Frage des Überlebens – oder genauer: der Form ihres Weiterlebens.

Verschiedene Regionen warten deshalb nicht auf den eigentlich nötigen Fingerzeig aus Berlin, sondern agieren proaktiv mit höchst unterschiedlichen und regional bis lokal sehr passgenauen Konzepten auf diese Herausforderungen, um eine möglichst wohnortnahe Versorgung auch weiterhin und zudem dauerhaft sichern zu können. So werden in Schleswig-Flensburg integrierte regionale Versorgungsnetzwerke im Stil des baden-württembergischen Kinzigtals erprobt und dabei Krankenhaus, Pflege und ambulante Angebote kombiniert. In Mecklenburg-Vorpommern liegt der Fokus auf der Etablierung regionaler Gesundheitsnetzwerke. In Niedersachsen gilt Holzminden als Blaupause für regionale Gesundheitszentren bzw.



Level-1i-Modelle. Und in Brandenburg sticht Seelow mit seiner Transformation zum Gesundheitscampus, einem „stambulanten" Modell zur Verzahnung von stationärer Grundversorgung und ambulanten Facharzt- sowie Therapieangeboten hervor. Zu nennen ist jedoch auch Elbe-Elster mit der Umsetzung eines Zentralklinikmodells (3+1-Struktur), bei der ein zentraler Klinikneubau durch drei ambulante Gesundheitszentren an den alten Standorten ergänzt wird. Währenddessen werden in der brandenburgischen Uckermark regionale Gesundheitszentren und der Einsatz von Telemedizin – wie etwa im HaffNet die intersektorale digitale Vernetzung – erprobt.

All dies geschieht bereits jetzt und heute und obendrein im derzeit gültigen Legalrahmen des SGB V, der – zugegebenermaßen – noch einiges, was absolut sinnvoll und dringend nötig wäre, erschwert und behindert. Das SGB V muss von daher seitens des Gesetzgebers bei einigen drängenden Punkten verändert und vor allen Dingen für handlungswillige Akteur:innen vor Ort flexibler werden.

Die neue MVF-Artikelserie „Versorgung vor Ort neu gedacht – Deutschland baut um" versucht eine erste Einordnung all dieser neuen Modelle und Projekte, mit denen die deutsche Versorgungslandschaft durch Buttom-up-Ansätze umgebaut, erneuert und vor allen resilient und zukunftsfest ausgebaut werden soll. Danach werden im Rahmen dieser Serie ausgesuchte Transformations-Modellprojekte vorgestellt, deren Stakeholder und Akteure sich dazu bei MVF melden können.

Erhebliche Modellvielfalt

Erfolgreiche Transformationen gelingen vor allem dort, wo regional tätig Akteure – von Krankenkassen wie der AOK Nordost über Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bis hin zu kommunalen Trägern und Lokalpolitiker:innen – den Mut zu unkonventionellen Wegen aufbringen und die starren sektoralen Rahmenbedingungen durch regionale Kooperationen überwinden.

Eines der zentrales Modelle dieser Entwicklung ist der Gesundheitscampus, wie er derzeit in Seelow (Brandenburg) realisiert wird. Hier wandelt sich über vier Jahre hinweg ein klassisches Krankenhaus der Grundversorgung in ein sektorenübergreifendes Zentrum, das stationäre und ambulante Angebote unter einem Dach verzahnt. Allerdings: Ohne gezielte Maßnahmen zur Stabilisierung wäre das Seelower Krankenhaus mittelfristig auch nicht überlebensfähig gewesen

Das unter anderem von der brandenburgischen Gesundheitsministerin Britta Müller so genannte „stambulante" Modell beschreibt keine theoretische Blaupause, sondern eine notwendige Realität: Die strikte Trennung zwischen ambulanten und stationären Angeboten muss zugunsten einer engen, sektorenübergreifenden Kooperation aufgegeben werden. Das „stambulante" Modell sieht vor, dass Kernbereiche wie die Innere Medizin und die Notfallversorgung erhalten bleiben, während gleichzeitig ambulante chirurgische Eingriffe und pflegerische Leistungen wie Kurzzeitpflege ausgebaut werden. Ergänzt wird dies durch eine Überwachungseinheit, in der Patient:innen bis zu 24 Stunden ohne stationäre Aufnahme beobachtet werden können, sowie durch die Integration von Physiotherapie, Apotheken und Sanitätshäusern. Im Zentrum ihrer Vision steht jedoch nicht die bloße Erhaltung jedes einzelnen Standorts in seiner bisherigen Form, sondern die verlässliche Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung für die gesamte Bevölkerung durch die Schaffung starker Gesundheitsregionen.

Demgegenüber steht das Modell des Regionalen Gesundheitszentrums (RGZ), oft als Level-1i-Modell bezeichnet, für das Holzminden (Niedersachsen) als Blaupause dient. Wenn ein klassisches Krankenhaus wirtschaftlich nicht mehr tragfähig ist, tritt das RGZ an dessen Stelle: Es fungiert als kleine stationäre Einrichtung mit etwa 20 bis 40 Betten für die Basisversorgung (meist Innere Medizin), verzichtet jedoch auf eine große Intensivmedizin. Der Fokus liegt hier massiv auf einem breiten ambulanten Angebot durch integrierte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Diagnostik im selben Gebäude, um Versorgungslücken effizient zu schließen.

Die Vielfalt der Ansätze wird durch Netzwerk- und Kooperationsmodelle vervollständigt. Hierbei teilen sich eigenständige Krankenhäuser Fachgebiete auf – etwa Onkologie oder Herzmedizin – und arbeiten telemedizinisch eng zusammen, um Expertise digital in die Fläche zu bringen.

Seelow versus Elbe-Elster versus Wittstock: Konsens als Erfolgsfaktor

Ein entscheidendes Merkmal des Seelower



Weges ist die Art der politischen Umsetzung, die im deutlichen Kontrast zu anderen Regionen steht. Während die Debatten um die Krankenhausstandorte im Landkreis Elbe-Elster oft von öffentlichen Kontroversen und Unruhe geprägt waren und die Klinikschließung in Wittstock die dortige Kommune völlig unvorbereitet traf, verläuft der Umbau in Seelow bisher bemerkenswert „geräuschlos".

So führt Landrat Gernot Schmidt diesen Erfolg darauf zurück, dass alle politischen Akteure – der Kreis als Träger, die Stadt, die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung – konsequent in den Prozess eingebunden wurden. Es habe in Märkisch-Oderland nie eine destruktive Standortdebatte um die drei kommunalen Krankenhäuser (Seelow, Wriezen, Strausberg) gegeben. Stattdessen setzte man auf regionale Vernetzung: Spezialisierte Leistungen wie das Herzkatheterlabor wurden nach Strausberg verlagert, während Seelow durch ein MVZ-System (Medizinisches Versorgungszentrum) und die Rekommunalisierung des Rettungsdienstes als Notarztstandort gestärkt wurde. Dieser kooperative Ansatz zwischen Landespolitik und regionaler Selbstverwaltung wird von Katja Thielemann, der Geschäftsführerin des Krankenhauses Seelow, die in ihrer Funktion maßgeblich den Transformationsprozess der Einrichtung hin zu einem sektorenübergreifenden Gesundheitscampus begleitet, als wichtiges Signal an die Bevölkerung gewertet, dass die Verantwortung für die regionale Versorgung ernst genommen wird. Und: In Seelow gab es auch keine zerstörerische Debatte über den Erhalt einzelner Häuser.

In der Zusammenschau ergibt sich eine von der MVF-Redaktion mit Unterstützung von HI und AI erstellte „Deutschlandkarte der Krankenhaus-Reformen" (s. Abb). Sie zeigt, dass es keine Einheitslösung gibt, sondern die Modelle je nach regionalem Bedarf kombiniert werden und das in so ziemlich allen Regionen von Nord nach Süd:

- **Norddeutschland:** In Regionen wie Schleswig-Flensburg und Westmecklenburg dominieren regionale Versorgungs- und Gesundheitsnetzwerke, um die weiten Wege im ländlichen Raum zu überbrücken.
- **Ostdeutschland:** Brandenburg fungiert mit dem Gesundheitscampus Seelow, dem Zentralklinikmodell Elbe-Elster und der Modellregion Lausitz (mit Fokus auf digitale Vernetzung) als Innovationslabor für den Umbau. In der Altmark (Sachsen-Anhalt) stehen Telemedizin und Netzwerkversorgung im Vordergrund.
- **Mitteldeutschland:** In Hessen (Vogelsbergkreis, Hersfeld-Rotenburg) setzen Akteure verstärkt auf die Spezialisierung einzelner Klinikstandorte innerhalb von Versorgerverbünden.
- **Süddeutschland:** Das Kinzigtal (Baden-Württemberg) gilt als internationales Vorbild für eine integrierte regionale Versorgung, bei der Prävention und Behandlung über alle Sektoren hinweg gemeinsam gesteuert werden.

Das Konzept der „Gesundheitsregionen" der AOK-Gemeinschaft

Über konkrete Orte und Projekte hinaus ist seitens der AOK-Gemeinschaft das konzeptionelle Modell „Gesundheitsregionen – sektorenunabhängige Versorgung gestalten" angelegt. Dabei handelt es sich um ein allgemeineres Konzept für „Gesundheitsregionen". Es zielt darauf ab, die starren sektoralen Rahmenbedingungen aufzubrechen und durch regionale Lösungen eine bessere integrierte Versorgung zu ermöglichen. Ziel dieser Cluster- bzw. Regionsmodelle ist es ebenso, durch Arbeitsteilung und Vernetzung (Prinzip: „Niedrigstes Level zuerst") die Versorgung in der Fläche trotz Fachkräftemangel und wirtschaftlichem Druck sicherzustellen.

Allgemein sieht dieses Modell zwei grundlegende Faktoren vor:

- **Sektorenunabhängigkeit:** Dieses Modell der AOK-Gemeinschaft zielt darauf ab, die starren, zentralistischen Rahmenbedingungen des Systems aufzubrechen, um Innovationen und sektorübergreifende Weiterentwicklungen zu ermöglichen.
- **Experimentierklauseln:** Es beinhaltet Vorschläge für Gesetzesänderungen, um ein regionales Veränderungsmanagement jenseits der üblichen bürokratischen Hürden zu erlauben.

In der eben vom Bundestag verabschiedeten Reform der Krankenhausreform wird zudem das Modell der Level-1i-Häuser (sektorenübergreifende Versorger) als Auffanglösung für Standorte gesehen, die als klassische Akutkrankenhäuser nicht mehr finanzierbar sind. Laut Prognosen könnten deutschlandweit bis zu 419 Krankenhäuser der Stufe 1n sowie 325 Fachkrankenhäuser für eine Umwandlung infrage kommen. Die Modelle Holzminden und Seelow werden hierbei oft als spezifische Blaupause für diese Form der integrierten Versorgungszentren genutzt.

Aus der Vielfalt der derzeit schon erprobten Transformations-, Netzwerk- und Kooperationsmodelle lassen sich einige grundlegende Praxiserfahrungen herausfiltern:

- **Ansatz der „Grünen Wiese":** Der Aufbau erfolgt durch eine neue Gesellschaft, die ohne finanzielle oder strukturelle Altlasten startet.
- **Nutzung vorhandener Infrastruktur:** Bestehende Gebäude, Ausstattungen sowie das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) werden weiter genutzt.
- **Interdisziplinäres Versorgungsangebot:** In Kooperation mit dem MVZ werden hausärztliche, internistische, chirurgische, neurologische, gynäkologische und radiologische Versorgungsoptionen sowie ein ambulantes Operationszentrum geschaffen.
- **Personelle Synergien:** Durch die Zusammenarbeit werden Ressourcen im Personalbereich gebündelt.
- **Regionale Ausweitung:** Versorgungscluster sehen den Aufbau weiterer ambulanter Versorgungsangebote im geografischen Umkreis vor, insbesondere für ältere Patient:innen in Pflegeeinrichtungen (z. B. Pflegeheimversorgung).

Die Rolle der Telemedizin bei regionalen Reformmodellen

In der Vernetzung der Regionen übernimmt die Telemedizin eine Schlüsselrolle als digitaler Brückenschlag, um medizinische Expertise in die Fläche zu bringen und den Zugang zu spezialisierten Leistungen zu sichern. Telemedizinische Zusammenarbeit ist zudem ein wesentliches Merkmal von regionalen Kliniknetzwerken, in denen sich mehrere Häuser Aufgaben und Spezialisierungen teilen. Sie gilt neben der Zentralisierung und Ambulantisierung als eine der drei wesentlichen Strategien, um die Krankenhauslandschaft zukunftsfest umzubauen.

Die konkrete Rolle der Telemedizin bei regionalen Reformmodellen lässt sich in folgende Bereiche unterteilen:

- **Zentrales Element:** In vielen Modellregionen ist die Telemedizin ein fester Bestandteil der Versorgungsstrategie. Beispiele hierfür sind die Altmark in Sachsen-Anhalt, die auf Netzwerkversorgung und Telemedizin setzt, sowie die Uckermark. In der Lausitz wird Telemedizin im Rahmen eines „digitalen Netzwerks" zur Strukturverbesserung der ambulanten und stationären Versorgung genutzt.
- **Transfer von Expertenwissen:** In sogenannten telemedizinischen Versorgungsnetzen können kleinere Krankenhausstandorte erhalten bleiben, während die notwendige fachmedizinische Expertise digital aus spezialisierten Zentren zugeschaltet wird.
- **Erleichterung des Leistungszugangs:** In integrierten Modellen wie dem Gesundheitscampus Seelow ist perspektivisch geplant, moderne Telemedizinlösungen einzusetzen, um der lokalen Bevölkerung den Zugang zu weiteren medizinischen Angeboten zu erleichtern, die vor Ort physisch nicht dauerhaft präsent sein können. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Kontakt zur Redaktion

Bei dieser Serie sind wir auf die aktive Hilfe von Stakeholdern und Akteuren angewiesen. Bitte nehmen Sie mit der Redaktion Kontakt auf, wenn Sie auch Ihr Modell im Rahmen dieser neuen MVF-Serie vorstellen (lassen) wollen. Redaktions-E-Mail: stegmaier@m-vf.de

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wo neue Architekturen für die Versorgung entstehen", „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 22–24. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2819