Serie Teil 2: Das Modell Holzminden

Eine Blaupause für die integrierte Versorgung

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich im Epizentrum der umfassendsten Strukturreform seit Einführung der DRGs. Das seit Dezember 2024 geltende Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) markiert dabei einen absoluten Paradigmenwechsel: Weg von einer rein mengengesteuerten Logik, hin zu einer qualitätsorientierten, gestuften Versorgungsstruktur. In diesem strategischen Neuentwurf nehmen die Sektorenübergreifenden Versorger (SÜV) – manchmal auch als (RGZ) oder Primärversorgungseinheiten (PVE) bezeichnet, im Reformdiskurs eher technokratisch „Level-1i-Häuser" tituliert – eine wichtige Schlüsselrolle ein. Im zweiten Teil der neuen MVF-Serie „Versorgung neu gedacht – Deutschland baut um" (1) steht das Modell Holzminden im Fokus, das als eines der hierzulande allerersten Regionalen Gesundheitszentren weit mehr als ein regionales Projekt ist: Als Antizipation der bundesweiten Krankenhausreform liefert es die Blaupause für die praktische Ausgestaltung eines arbeitsteiligen Systems nach Leveln. Zudem nimmt das Bundesland Niedersachsen hierbei eine absolute Vorreiterrolle ein, indem es bereits die dafür notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen in seinem Niedersächsischen Krankenhausgesetz (NKHG) flexibilisiert hat, mit dem solche hybriden Modelle überhaupt erst legal ermöglicht werden.

>> In der Perspektive der Gesundheitsökonomie ist das „Level 1i" – anders als in vielen Diskussionen und Beiträgen dargestellt – weder ein „Krankenhaus light" noch die Inkarnation eines Kliniksterbens in der Fläche, Es ist vielmehr die notwendige Antwort auf seit vielen Jahrzehnten manifestierte Fehlsteuerungsanreize der bisherigen Krankenhausplanung der letzten Dekaden. Die aktuelle Planung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sieht unter anderem vor, dass künftig etwa 350 Standorte als „Level-1i"-Klinken – richtiger und positiver bezeichnet als Sektorenübergreifende Versorger (SÜV) – fungieren sollen. Dies entspricht immerhin einer Quote von rund 20% aller derzeitigen Krankenhausstandorte in Deutschland.

Um die Tragweite dieser Transformation zu erkennen, muss man jedoch SÜV im Kontext der gesamten Krankenhaus-Versorgungsmatrix in Deutschland betrachten: Den 350 SÜV-Standorten stehen 419 Krankenhäuser der Stufe Level 1n (Grundversorgung), 325 Fachkrankenhäuser sowie weitere 136 Maximalversorger der Stufe Level 3 gegenüber. So betonte der damalige Bundesgesundheitsminister, Prof. Dr. Karl Lauterbach, schon anno 2023 im Rahmen der zu dieser Zeit beginnenden Debatte um die geplante Krankenhausreform (KHVVG), dass die „Etablierung von Level-1i-Häusern kein Ausdruck von Mangelverwaltung, sondern die Conditio sine qua non für das Gelingen der Krankenhausreform" sei. SÜV fungierten als strukturelle Auffanglösung für Standorte, die unter den Bedingungen einer hochspezialisierten Medizin ökonomisch nicht mehr finanzierbar wären oder die notwendigen Mindestfallzahlen für komplexe Leistungsgruppen nicht erreichen könnten.

Oder die wie im Fall von Holzminden schlichtweg Insolvenz anmelden mussten. Die Gründe für den durch die Trägergesellschaft, die Agaplesion gAG, am 18. August 2023 gestellten Insolvenzantrag für das Krankenhaus und das zugehörige MVZ waren eine Kombination aus akuter Zahlungsunfähigkeit, fehlendem Personal für einen Rumpfbetrieb und strukturellen Problemen der Krankenhauslandschaft. Infolge der Ende November 2023 erfolgten Klinikschließung war der Landkreis Holzminden zeitweise der erste Landkreis in Niedersachsen ohne jegliche stationäre Krankenhausversorgung.

Mit dem Wegfall des zentralen Pfeilers der regionalen Gesundheitsversorgungsinfrastruktur wurde aber auch das benachbarte Krankenhaus Höxter überbelastet. Zudem wurde das Notrettungssystem durch weitere Fahrtzeiten und die Bindung in sogenannten „unechten" Notfällen – Patienten, die eine stationäre Überwachung, aber keine Akutintervention benötigen – blockiert.

Höchste Zeit also für Kommune und Land zu agieren. Auch weil die Analyse der demografischen und versorgungsstrukturellen Daten eine dramatische Zuspitzung offenbarte, die noch über das übliche Maß ländlicher Strukturprobleme hinausgeht:

- **Status quo:** 52.538 Personen über 65 Jahre leben aktuell im 30-Minuten-Fahrtzeitradius um Holzminden.
- **Prognose 2033 (65+):** Ein Anstieg auf 64.890 Personen (+23,51%).
- **Kritischer Fokus (75+):** Die besonders pflege- und geriatrieintensive Gruppe der über 75-Jährigen wächst um +26,8% an, was einem absoluten Zuwachs von 7.219 Personen entspricht und eine präventive und geriatrisch fokussierte Versorgungsstruktur zwingend erforderlich macht.
- **Hausärztliche Versorgung:** Laut Prognose der KV Nordrhein wird zudem der Versorgungsgrad im Planungsbezirk Nord bis 2035 auf lediglich 50–60% sinken. Exemplarisch dafür stand das drohende Aus einer Praxis mit drei Sitzen und 4.000 betreuten Patient:innen ohne Nachfolgeregelung, welches jedoch im Zuge der RGZ-Gründung durch Übernahme und Fortführung der Praxis durch das RGZ abgewendet werden konnte.

Dies wissend und ins Kalkül ziehend, konnte schon kurz nach offizieller Klinikschließung zumindest das vom Krankenhaus mitbetriebene Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) weitergeführt werden, um die ambulante Versorgungsebene auch weiterhin absichern zu können. Andererseits wurde mit Unterstützung der beiden Beratungsunternehmen



RGZ und MVZ in einem Haus: Sie bilden das Weser-Med-Zentrum. Copyright: RGZ Holzminden

consus.health (Accenture) und HC&S ein sogenanntes Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) eingerichtet, das durch eine Ministerentscheidung des niedersächsischen Gesundheitsministers Dr. Andreas Philippi (SPD) seit Mai 2025 eine stationäre, wenn auch eingeschränkte Versorgung anbieten kann. (2)

Das aus der Insolvenz entstandene RGZ wurde damit befähigt, einen großen, wenn nicht gar wegweisenden Schritt für die deutsche Gesundheitsversorgung zu gehen. Obwohl es vorerst „nur" eine integrierende Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung darstellt, ist es vollständig in den niedersächsischen Krankenhausplan integriert. Es kann damit als hybride Antwort auf ein absehbares Versorgungsvakuum verstanden werden, das das bisherige Modell der strikten Trennung zwischen ambulanter Hausarztversorgung und stationärer Akutmedizin ablöst. Dies mit dem erklärten Ziel, den Versorgungsbedarf einer rapide alternden Gesellschaft auch künftig und vielleicht sogar besser – weil auf die tatsächlichen Bedarfe vor Ort angepasst – decken zu können.

Möglich macht das in Niedersachsen der dort seit einigen Jahren verhandelte § 3 Nr. 12 (3) des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG). Dieser kennt seit dem 1. Januar 2023, und damit passenderweise ein paar Monate vor der Insolvenz des Holzmindener Krankenhauses, den Begriff des Regionalen Gesundheitszentrums (RGZ). Paragraf 3 Nr. 12 soll – eine tägliche Erreichbarkeit (24h), ambulante fachärztliche Versorgung sowie eine (auch im Sinne des SGB XI) bettenführende Pflegeeinheit vorausgesetzt – ganz explizit:

- eine sektorenübergreifende, wohnortnahe medizinische Versorgung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer ermöglichen und
- bestehende Leistungserbringer in ein auf den regionalen Bedarf ausgerichtetes Gesamtkonzept integrieren.

Neustart ohne Overheadkosten

Wichtig ist, dass die vorausgegangene Insolvenz als absolut erfolgskritischer Faktor zu verstehen ist und die Transformation in Holzminden alles andere als ein freiwilliger Pilotversuch, vielmehr das Resultat einer akuten Versorgungskrise war. Das betonen der von HC&S kommende Ingo Goldammer und Tobias Orthmann (früher kaufm. Beratung von Heilberufen und tätig im Aufbau ambulanter Versorgungsmodelle), die seit Gründung gemeinsam die RGZ Holzminden GmbH führen. Ein entscheidender Erfolgsfaktor des Holzmindener Wegs war laut ihren Aussagen die konsequente Abkehr von alten Strukturen. Erst das Prinzip einer „neuen Gesellschaft ohne Altlasten" hätte es erlaubt, das RGZ betriebswirtschaftlich und personell auf einem „weißen Blatt Papier" zu planen.

Ein eindeutiger Vorteil: In der klassischen Krankenhausberatung ist bekannt, dass die Transformation bestehender Häuser nur zu oft an Altlasten wie verkrusteten Tarifstrukturen, Pensionsverpflichtungen und unflexiblen Raumkonzepten scheitert. So aber konnte durch die rechtliche RGZ-Neugründung jeder Vertrag – von der Reinigung bis zur Medizintechnik und IT-Infrastruktur – auf den weit geringeren Bedarf eines künftigen Level-1i-Hauses angepasst, verhandelt und geschlossen werden. Dies verhinderte zum einen das Mitschleppen der Overheadkosten des ehemaligen Vollkrankenhauses, ermöglichte zum anderen die Nutzung vorhandener Infrastruktur des ehemaligen Krankenhauses, wobei das Gebäude in kommunale Trägerschaft überging.

Zudem schuf die enge Einbindung der lokalen Politik und des MVZ Holzminden das notwendige Vertrauen bei der Bevölkerung. Zusätzliche Synergieeffekte entstanden durch ein interdisziplinäres Versorgungscluster, indem die physische Nähe und organisatorische Verzahnung regional tätiger Hausärzt:innen, Internist:innen, Chirurg:innen und Radiolog:innen weitergenutzt werden konnte. Ein

weiteres operatives Erfolgsgeheimnis stellte die Hebung von personellen Synergien dar, da Fachärzt:innen des MVZ gleichzeitig die fachliche Aufsicht im RGZ unterstützen können, ohne dass doppelte Vorhaltestrukturen geschaffen werden müssen.

Vorreiter Niedersachsen

Alleine der Fakt, dass das RGZ Holzminden als sektorenübergreifendes Bindeglied konzipiert ist, das stationäre Kapazitäten der Grundversorgung mit einem breiten ambulanten Spektrum verzahnt, und zudem auf der Rechtsgrundlage des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) agieren kann, ist ein absolutes Prä. Obendrein eines, das es bislang nur in diesem Bundesland gibt! Bisher sind RGZ rechtlich nur in Niedersachsen (zuerst in Ankum, dann in Norden, Bad Gandersheim und Holzminden) möglich, weil sie fest im Krankenhausplan des Bundeslandes verankert sind. Alle anderen Bundesländer warten stattdessen unverständlicherweise auf entsprechende bundesweite Regelungen.

Diese sind zwar im seit Dezember 2024 geltenden KHVVG angelegt, jedoch stehen bislang die künftigen Tagesentgelte noch nicht fest. Darum finanziert sich aktuell der stationäre Teil des RGZ Holzminden noch über Fallpauschalen (DRG), weil es formell als Krankenhaus im landesweiten Bettenplan geführt wird. Auf der anderen Seite rechnet das MVZ ambulant erbrachte Leistungen über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) ab. Mit der geplanten Umwandlung in einen Sektorenübergreifenden Versorger (SÜV/Level 1i) wird sich dieses Abrechnungsprocedere jedoch ändern, weil dann krankenhausindividuelle Tagesentgelte eingeführt werden. Goldammer und Orthmann: „Wie genau dieser Tagessatz ermittelt wird und wie hoch der für die einzelnen Häuser ausfällt, steht bisher aber noch nicht fest. Es ist Sache der Selbstverwaltungsparteien, das möglichst zügig zu regeln."

Zudem operieren Pionierprojekte wie Holzminden in einer ökonomischen Übergangsumgebung. Obwohl die Krankenhausreform eine Vorhaltefinanzierung verspricht, müssen Modelle wie Holzminden ihre Wirtschaftlichkeit durch radikale Kosteneffizienz in der Vorhaltung erkämpfen. Für Holzminden ist der Zeitverzug dennoch nicht erfolgskritisch, eben weil ein Teil der Einnahmen über Fallpauschalen abgerechnet werden kann. Anders sieht das für unzählige andere bundesdeutsche Standorte aus. Diese beklagten eine dadurch fehlende Planungssicherheit, weshalb dortige Standorte „auf glühenden Kohlen sitzen" und händeringend auf das KHVVG warten.

Doch auch für Holzminden besteht in Zukunft ein Stück weit Unsicherheit: „Sobald feststeht, wie die krankenhausindividuellen Tagesentgelte gerechnet werden, müssen wir für uns analysieren, ob unser Ansatz auch dann noch wirtschaftlich funktioniert. Das wissen wir momentan noch nicht im Detail, aber wir gehen davon aus", erklären Goldammer und Orthmann gegenüber „Monitor Versorgungsforschung". In dem Zuge sollten die Selbstverwaltungsparteien ihrer Ansicht nach gleich auch über die Vergütungsstruktur für den ambulanten RGZ-Part nachdenken, den man als klassische Primärversorgungseinheit (PVE) betrachten kann. Im Kontext der Einführung künftiger Primärversorgungszentren merken die beiden Holzmindener Geschäftsführer an, dass man über eine an die neue Versorgungsstruktur angepasste Vergütungsstruktur für die Hausärzteschaft nachdenken müsse, da das aktuelle System mit seinen eng getakteten Sprechstunden beispielsweise eine offene Anlaufstelle für Notfälle oder auch eine Kontaktstelle für die pflegerische Langzeitversorgung wirtschaftlich kaum zulasse.

Auf Basis des MVF-Gesprächs mit Goldammer und Orthmann lassen sich die operativen Erfahrungen, die strukturellen Hinderungsgründe und die strategischen Empfehlungen zusammenfassen:

1. Erfahrungen aus der Praxis: „Ambulant denken, stationär handeln"

Eine zentrale Erfahrung ist, dass ein Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) nur dann erfolgreich ist, wenn es konsequent „ambulant gedacht" wird. Ihr Vorteil: Beide kennen sowohl die ambulante als auch die stationäre Welt und konnten das Projekt in Holzminden mit einer schlanken Kostenstruktur aufsetzen, die sich deutlich von klassischen Krankenhäusern unterscheidet.

2. Hohe Patientenzufriedenheit

Eine weitere Erkenntnis nach einem Jahr RGZ-Betrieb ist die hohe Patientenzufriedenheit, die ihren Angaben nach gefühlt (es gab keine Befragungen und Evaluationen dazu) bei fast 100% liegt. Sie berichten von Patient:innen, die sogar den Mehrwert gegenüber größeren Häusern schätzen: Die Wege sind kurz, die Abläufe schneller und die Versorgung ist durch die enge Verzahnung mit der Pflege persönlicher. Zudem ist ein Facharzt im RGZ oft innerhalb von zehn Minuten bei dem Patienten, während dieser in einer überfüllten Notaufnahme eines höherstufigen oder gar Maximalversorgers oft Stunden warten müsste.

3. Tragfähigkeit des Konzepts

Wirtschaftlich zeigt ihre Erfahrung, dass beide Einheiten – das ambulante MVZ und der stationäre Teil des RGZ – perspektivisch für sich allein tragfähig sein können. Während das bisherige MVZ lange Zeit defizitär gewesen war, wurde in Holzminden bereits ein Turnaround geschafft. Für den stationären Bereich ist der Break-Even allerdings noch nicht erreicht. Er liegt bei einer Belegungsquote von etwa 10 bis 12 Betten der vorhandenen 20 (18 für Innere Medizin, 2 für Chirurgie – zugeschnitten auf eine Patientenschaft mit einfachen internistischen und chirurgischen Diagnosen sowie ältere, multimorbide Patient:innen).

Hinderungsgründe und rechtliche Hürden

Trotz ihrer schon erkennbaren Erfolgsgeschichte identifizieren Goldammer und Orthmann Barrieren für die Umsetzung ihres Transfermodells. Vor allem beklagen sie „fehlende Akzeptanz" und „Beharrungstendenzen". So gebe es Tendenzen bei einigen niedergelassenen Ärzt:innen und dem Rettungsdienst, an alten Einweisungswegen festzuhalten. Eines der signifikantesten Probleme ist ihren Angaben zufolge das Sicherheitsdenken der Zuweiser (Notärzt:innen, Rettungsdienst, Hausärzt:innen). Aus Sorge vor Weiterverlegungen würden Patient:innen teilweise direkt in Level-2- oder 3-Häuser gesteuert, auch wenn eine Behandlung im RGZ medizinisch adäquater wäre.

Diese Art der „Defensivmedizin" führe zu unnötigen Transporten und einer Überlastung der Maximalversorger. Will auch heißen: Neue Versorgungsangebote benötigen eine „kommunikative Anlaufkurve". Ständige persönliche Kommunikation und „Klinken putzen" sind laut Goldammer und Orthmann notwendig, um nach und nach Vertrauen in ein neues Modell zu schaffen. Hier sind die beiden RGZ-Chefs jedoch zuversichtlich: Nach der anstrengenden Aufbauphase der letzten eineinhalb Jahre haben sie für die-



Das RGZ-Team (links) und die beiden RGZ-Geschäftsführer rechts: Ingo Goldammer und Tobias Orthmann. Copyright: RGZ Holzminden

se wichtigen Kommunikationsaufgaben nun etwas mehr Zeit und werden diese nutzen. Ihre Erfahrung zeigt aber auch, dass die sich nach und nach weiter aufbauende Akzeptanz des Modells erst durch den Live-Betrieb und vor allem durch die erbrachte Qualität der hier geleisteten Versorgung wächst. Andererseits wirken sich Einschränkungen in den Aufnahmezeiten unmittelbar auf die Zuweisungsströme aus und erfordern eine präzise Steuerung der Belegungskapazitäten.

Strategische Empfehlungen der RGZ-Geschäftsführer

Für ihre eigene Zukunft und die Translation von Level-1i-Häusern in anderen Regionen geben Goldammer und Orthmann klare Empfehlungen ab:

1. Nutzung des Transformationsfonds:

Da die Umwandlungskosten (Sozialpläne, Vertragsauflösungen) nicht aus den laufenden Erlösen der 20-Betten-Station finanziert werden können, ist eine staatliche Anschubfinanzierung zwingend erforderlich, damit die neuen Häuser nicht direkt nach dem Start pleitegehen.

2. Konsequente Arbeitsteilung:

Die Versorgung muss nach dem Prinzip „Niedrigstes Level zuerst" organisiert werden. Das RGZ sollte als „Überlaufbecken" für einfache Fälle fungieren, um die Maximalversorger (vor allem Level 3) für hochkomplexe Behandlungen freizuhalten.

3. Vernetzung und Steuerung:

Ein RGZ kann nur im engen Schulterschluss mit der Kommunalpolitik, den Zuweisern und benachbarten Akutkrankenhäusern funktionieren. Ideal ist die Bildung einer Versorgungsregion, in der Patient:innen gezielt gesteuert werden.

4. Integration innovativer Rollen:

Langfristig empfehlen sie den Einsatz von „Flying Nurses" oder auch Community Health Nurses, um Patient:innen bereits im häuslichen Umfeld telemedizinisch unterstützt zu versorgen. Dies würde den ambulanten Sektor weiter entlasten, setzt aber neue, bisher nicht existente Abrechnungswege im Regelversorgungssystem voraus.

Zusammenfassend betonen beide ganz ausdrücklich, dass ein RGZ-Modell kein Ausdruck von Mangel ist, sondern ein „eigenständiges, qualitativ hochwertiges Versorgungsmodell, das die Lücke zwischen Hausarzt und Großklinikum schließt". Das RGZ versteht sich zudem als Nukleus eines „Gesundheitscampus". Über die Basiselemente hinaus wurden und werden daher weitere Angebote integriert:

1. Ambulantes OP-Zentrum:

Ermöglicht chirurgische Eingriffe ohne stationäre Übernachtung, nutzt aber die Infrastruktur des RGZ als Back-up.

2. Medizinisches Versorgungszentrum:

Die enge Kooperation mit dem MVZ Holzminden sichert den Zugriff auf radiologische und endoskopische Diagnostik sowie ein breites Facharztspektrum (Kardiologie, Neurologie, Chirurgie etc.).

3. Weitere potenzielle Angebote:

Geplant ist die Integration von Tagespflegeplätzen sowie einer stationären Pflegeeinrichtung. Auch komplementäre Dienstleister wie Optiker, Apotheken oder sozialpsychiatrische Dienste sind als Satellitenangebote vorgesehen, um den Standort als ganzheitlichen Anlaufpunkt zu etablieren.

Das RGZ-Modell als Blaupause für die integrierte Versorgung

Das Regionale Gesundheitszentrum Holzminden hat bereits jetzt den Praxistest bestanden. Trotz der massiven Herausforderungen einer Klinikschließung und des erheblichen Erklärungsbedarfs im System zeigt sich: Die Qualität der Versorgung und die Patientenzufriedenheit sind überraschend hoch. Und auch die Kostenstruktur ist bereits in der Anlaufphase besser als ursprünglich kalkuliert – die Erlösstruktur entspricht weitgehend den Planungen. Zusammenfassend

Erfolgskritische Faktoren versus operative Umsetzung	
Erfolgskritischer Faktor	**Strategische Umsetzung (Modell Holzminden)**
Maximale Kosteneffizienz	Nutzung gemeinsamer Infrastruktur (MVZ/RGZ), radikaler Verzicht auf redundante Verwaltung.
Konsequente Arbeitsteilung	RGZ für Basis/Geriatrie, Level 3 für Akutintervention; klare Definition von Ausschlusskriterien
Einbindung der Verteiler	Aktive Einbindung von Pflegediensten und Heimen als Hauptzuweiser für das RGZ-Klientel
Innovation in der Pflege	Einsatz von „Flying Nurses" und sektorenübergreifenden Pflegepools zur Abdeckung von Lastspitzen
Digital-First-Ansatz	Telemedizinische Anbindung an Spezialist:innen zur Kompensation der geringeren ärztlichen Präsenzzeit
Marketing & Akzeptanz	Offensive Kommunikation des RGZ als moderne, spezialisierte Einrichtung für die Generation 75+

Tab. 1: Erfolgskritische Faktoren versus operative Umsetzung. Eigene Darstellung.

lässt sich festhalten: Das RGZ Holzminden kann tatsächlich als Blaupause für integrierte Versorgungszentren der Zukunft verstanden werden, weil es das Dogma der Sektorentrennung durch eine gelebte und agile Praxis der Kooperation und Integration bricht. Es optimiert obendrein die Vorhaltekosten ohne Qualitätsverlust und bietet eine ökonomisch nachhaltige Antwort auf den immer weiter wachsenden demografischen Druck.

Für die deutsche Krankenhausreform bedeutet das aber auch: Der Erfolg wird nicht in den Metropolen entschieden, sondern in der Fähigkeit, Modelle wie Holzminden flächendeckend auszurollen. Das RGZ ist kein „Krankenhaus zweiter Klasse", sondern der notwendige Evolutionsschritt hin zu einem neuen, vor allen Dingen aber intelligenten, arbeitsteiligen und patientenzentrierten Gesundheitssystem. Die Transformation von 20% der Krankenhausstandorte zu Level 1i ist damit keine Drohung, sondern muss als Chance auf eine dauerhafte Sicherung der wohnortnahen medizinischen Grundversorgung in der Fläche verstanden werden. So können vor allem Level-2- und 3-Häuser von Fällen entlastet werden, die keine hochspezialisierte Infrastruktur benötigen. Ohne diese Entlastung droht den Notaufnahmen der Maximalversorger ein systemischer Kollaps durch „Überkapazitätsbeanspruchung bei niedrigschwelligen Diagnosen".

Strategische Empfehlungen und systemische Bedeutung

Die „Lessons Learned" aus Holzminden lassen sich direkt auf andere strukturschwache Regionen, die vor der Herausforderung einer weitläufigen Flächenregion mit drohender Unterversorgung und einer alternden Bevölkerung stehen, übertragen. Für solche Regionen – von denen es mehr gibt, als man gemeinhin erwartet (4) – bedeutet dies: Kommune und Land dürfen nicht warten, bis das letzte Krankenhaus insolvent ist. Die Planung von Versorgungslogistik und die Etablierung von Level-1i-Häusern müssen proaktiv erfolgen, wobei die digitale Komponente als „Kitt" zwischen den Standorten fungiert. Ein bisher oft unterschätzter Faktor, der in der weiteren Entwicklung eine zentrale Rolle spielen muss, ist die digitale Vernetzung. Das Prinzip „Niedrigstes Level zuerst" kann nur funktionieren, wenn die Daten des Patienten (E-Akte, Telemedizin) nahtlos zwischen RGZ, Hausarzt und Maximalversorger fließen und genutzt werden. Das Modellprojekt in Holzminden liefert die empirische Evidenz für die praktische Umsetzbarkeit dieser bisher rein theoretischen Konzepte.

RGZ in fünf Bundesländern

Die Etablierung von Regionalen Gesundheitszentren hat sich in Deutschland seit 2023 als eine mögliche Antwort auf Krankenhausschließungen und die Sicherstellung der ländlichen Gesundheitsversorgung entwickelt. Mit Stand Mai 2026 gibt es bundesweit – soweit online recherchierbar – sechs RGZ- oder RGZ-ähnliche Standorte, die sich auf fünf Bundesländer verteilen. Die Verteilung zeigt, dass der Roll-out primär in Flächenländern stattfindet, in denen die Wege zur nächsten stationären Maximalversorgung besonders weit und/oder gefährdet sind.

So treibt der Verband der Ersatzkassen (vdek) das RGZ-Konzept unter dem Begriff „Regionale Gesundheitspartner" in Nordrhein-Westfalen und Brandenburg voran. Am Standort Gronau-Epe (NRW), der im Juni 2024 eröffnete, steht die Delegation ärztlicher Aufgaben im Mittelpunkt. Physician Assistants (PA) unterstützen bei der Behandlung chronisch Kranker, während nichtärztliche Praxisassistentinnen für Hausbesuche mit speziellen Telemedizinrucksäcken ausgestattet werden. Dies ermöglicht die Übertragung medizinischer Daten in Echtzeit an die Praxis, wo bei Bedarf ein Arzt telemedizinisch zugeschaltet werden kann.

Das Bundesland Niedersachsen nimmt aufgrund seines fortschrittlichen Krankenhausgesetzes eine absolute Vorreiterrolle ein: Es beheimatet rund die Hälfte aller aktuellen RGZ-Standorte – fast alle sind „echte" RGZ, also jene mit stationärer Anbindung.

Einige der etablierten RGZ stammen aus dem mit 11 Millionen Euro vom Innovationsfonds geförderten STATAMED-Projekt (5). Zielgruppe sind vor allem ältere Patient:innen mit akuten Infekten oder chronischen Erkrankungen, die eine ärztliche und pflegerische Rund-um-die-Uhr-Versorgung für wenige Tage benötigen, ohne in ein klassisches Krankenhaus eingewiesen werden zu müssen.Das Konzept umfasst zudem Patientenlotsen und „Flying Nurses", die Patient:innen nach der Entlassung zu Hause weiterbetreuen sollen.

In den Standorten Bad Gandersheim und Norden (sowie Sulingen) wird eine kurzstationäre, allgemeinmedizinische Versorgung erprobt. Beim RGZ BürgerGesundheitsPark Bad Gandersheim gibt es eine Besonderheit, da aus finanziellen Gründen der stationäre Betrieb zum 31. März 2026 eingestellt werden musste und das Angebot auf Kurzzeitpflege umgestellt werden soll.

Trotz der innovativen Ansätze ist die finanzielle Basis vieler RGZ angespannt. Ein Beispiel dafür ist Anevita, die Trägergesellschaft der Kliniken Aurich-Emden-Norden, die u. a. auch für das RGZ in Norden (ebenfalls STATAMED-Partner) zuständig ist. Diese verzeichnet ein negatives Konzernjahresergebnis in Millionenhöhe. Allerdings weisen die Krankenhäuser der Trägergesellschaft eine in vielen wichtigen Bereichen positive Entwicklung auf. Sowohl das Konzernjahresergebnis von 2024 als auch Ergebnis, Leistungszahlen und Personalentwicklung 2025 zeigen eine deutliche Aufwärtsdynamik (6). Das RGZ in Norden ist übrigens auch der einzige Standort, der eine eingeschränkte Notfallversorgungseinheit vorhält, die allerdings nur unter Vorbehalt der weiteren Förderung auch bis zum Umzug in die Zentralklinik Ostfriesische Meere erhalten bleiben soll.

Strukturelle Defizite gefährden den langfristigen Betrieb vieler Zentren, selbst wenn zum Beispiel der Standort Norden für 2026 vorerst gesichert ist. Auch am Standort Ankum-Bersenbrück, dem ersten RGZ Niedersachsens, bleibt die Zukunft des ehemaligen Marienhospitals ungewiss, da die genauen Auswirkungen der Reform auf die Finanzierung und den Status solcher Einrichtungen noch nicht abschließend geklärt sind. Aber auch die Teilnehmer des STATAMED-Projekts stehen nach Projektende im März 2027 vor erheblichen finanziellen und regulatorischen Herausforderungen, sollten bis dahin noch keine krankenhausindividuellen Tagesentgelte verhandelt oder individuelle Nachfolgelösungen vereinbart sein. <<

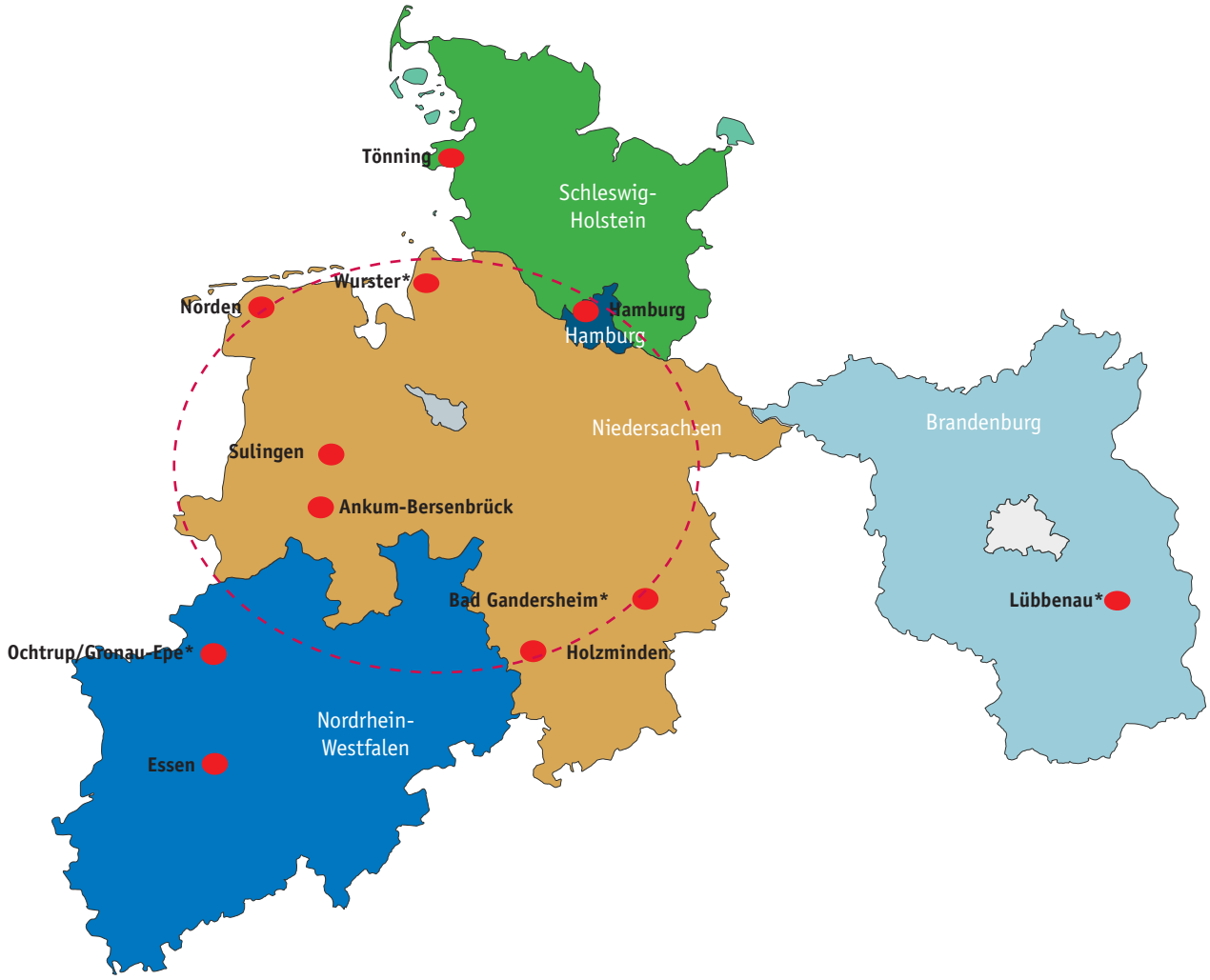
von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: Serienteil 1 in MVF 02/26: https://t1p.de/530fn
2: https://t1p.de/vhm1z
3: https://t1p.de/vx94l
4: https://t1p.de/7uvpt
5: https://t1p.de/iwmmt
6: https://t1p.de/rz29h

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Eine Blaupause für die integrierte Versorgung", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/26), S. 34–39. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2831

Regionale Gesundheitszentren und RGZ-ähnliche Modelle in fünf Bundesländern



Regionale Gesundheitszentren (RGZ) und RGZ-ähnliche Modelle in fünf Bundesländern

Stadt	Land	Start	Name/Trägerschaft	Link
Ankum-Bersenbrück	NS	April 2023	Niels-Stensen-Kliniken Marienhospital Ankum-Bersenbrück: erstes RGZ in Niedersachsen	https://t1p.de/vgxnf
Essen	NRW	Juli 2023	Teilnehmende des Innovationsfondsprojekts STATAMED: drei Klinikstandorte in der Region der AOK Rheinland/Hamburg sowie drei Klinikstandorte in der Region der AOK Niedersachsen	https://t1p.de/ppsrn
Hamburg	HH			
Norden	NS			
Sulingen	NS			
Bad Gandersheim*	NS		Der BürgerGesundheitsPark Bad Gandersheim hat den stationären Betrieb zum 31. März 2026 eingestellt. Stattdessen ist geplant, das Angebot auf Kurzzeitpflege umzustellen	https://t1p.de/kcfup
Tönning	SH	Juni 2016 / 2024	Klinikum Nordfriesland mit drei Akutkliniken in Husum, Niebüll und Föhr-Amrum plus Integration von MVZ-Facharztpraxen im RGZ Tönning	https://www.klinikum-nf.de
Ochtrup/Gronau-Epe*	NRW	Mai 2024	Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner; Pilotprojekt der „Regionalen Gesundheitszentren" (RGZ) des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek)	https://t1p.de/o35kr
Wurster*	NS	Mai 2024	Regionales Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste, vdek-Pilotprojekt	
Lübbenau*	BB	Oktober 2024	Pilotprojekt der „Regionalen Gesundheitszentren" (RGZ) des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek)	https://www.mzl-gmbh.de
Holzminden	NS	Mai 2025	Umwandlung in RGZ nach Klinikschließung	https://rgz-holzminden.de

Tab. 2: „Regionale Gesundheitszentren (RGZ) und RGZ-ähnliche Modelle in fünf Bundesländern" gibt einen Überblick über die aktiven RGZ und vergleichbare Modellprojekte in Deutschland. * RGZ-ähnliche Modelle – oft MVZ – meist ohne stationäre Ebene. Legende: BB = Brandenburg, HH = Hamburg, NRW = Nordrhein-Westfalen, NS = Niedersachsen, SH = Schleswig-Holstein. Tabelle: eigene Darstellung; Stand: 12.05.2026. Grafik: Sonja Hamann. Copyright: MVF.