

Variables und am regionalen Bedarf orientiertes Konzept für die Struktur von Krankenhäusern

-

Mein GesundheitsCampus

Teil 2: Das Grundkonzept

Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Daniel Negele, Peter Jung, Rüdiger Herbold, Dr. Michael Lauerer

Das vorliegende Papier ist aus der interdisziplinär angelegten akademischen Analyse und Konzeptionierung sowie dem Dialog mit praktisch orientierten Experten entstanden. Das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG) der Universität Bayreuth stellt es im Sinne des Open Access der fachlichen und allgemeinen Öffentlichkeit zur Verfügung.

Das Grundkonzept

Das Grundkonzept von *Mein GesundheitsCampus* ist auf die ganzheitliche und flächendeckende Grundversorgung einer Region ausgerichtet. Diese Zielstellung steht in der öffentlichen Wahrnehmung oft im Konflikt mit der geplanten Schließung eines kleineren Krankenhauses. In diesem Kontext stellt sich die Aufgabe, trotz Reduktion der stationären Strukturen die Qualität der Gesundheitsversorgung auf gleichem Niveau aufrechtzuerhalten.

Die Grundidee besteht darin, eine relativ kleine stationäre Einheit mit ambulanten Strukturen vor Ort und höherwertigen stationären Strukturen in einem Kooperations-Krankenhaus zu vernetzen. Damit soll eine Versorgungsstruktur entstehen, die mindestens die gleiche medizinische Qualität bietet wie zuvor und dank optimaler Vernetzung Qualitätsgewinne in der Behandlung und einen Zugewinn an Komfort für die Patient*innen generiert.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Konzept die Digitalisierung. Gerade der Umstand, dass *Mein GesundheitsCampus* häufig nur über eingeschränkte räumliche, personelle und fachliche Ressourcen verfügen dürfte, legt nahe, ein besonderes Augenmerk auf die Chancen zu richten, die die Digitalisierung bietet. Dementsprechend sieht das Konzept vor, dass innerhalb des *Mein GesundheitsCampus*, aber auch in der Interaktion mit den Patient*innen und den Kooperationspartner*innen alle modernen digitalen Lösungen mitgedacht werden. Das führt dazu, dass *Mein GesundheitsCampus* zu einem Vorreiter der Vernetzung, der Digitalisierung und der Patientenorientierung werden kann.

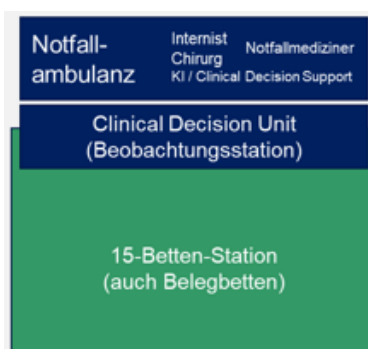
Die **stationäre Einheit** generiert sich aus dem bisherigen Krankenhaus, wird aber deutlich verkleinert. In vielen anderen Krankenhäusern ist die Notaufnahme vornehmlich eine „Durchlaufstation“ auf dem Weg zur Station oder in den OP. Stattdessen ist die **Notfallambulanz** in *Mein GesundheitsCampus* zentrale Leistungseinheit in dessen stationärem Teil. Daraus folgt, dass die medizinische Fachkompetenz des *Mein GesundheitsCampus* ihren Ausgangspunkt in der Notfallambulanz findet und von dort aus die Patient*innen, die außerhalb der Notfallambulanz behandelt werden, mitversorgt. Im typischen kleinen Akutkrankenhaus ist genau das Gegenteil der Fall. Hier ist es meistens so, dass die Stationsärzt*innen die Notfälle mitversorgen.

Notfall-
ambulanz

Internist
Chirurg
KI / Clinical Decision Support
Notfallmediziner

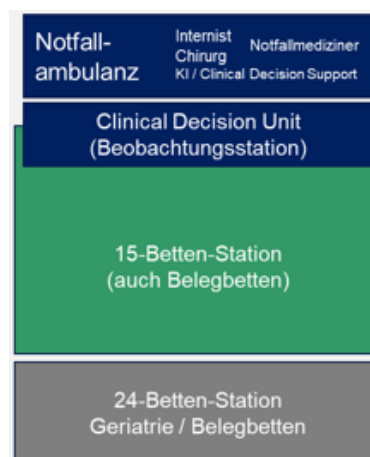
Personell ist die Notaufnahme mit mindestens einer Fachärztin bzw. einem Facharzt der Inneren Medizin und einer Fachärztin bzw. einem Facharzt der Chirurgie besetzt. Wünschenswert wäre, dass einer der Fachärzt*innen über eine Zusatzqualifikation als Notfallmediziner*in verfügt oder eine solche erwirbt. Die in der Notaufnahme tätigen Fachärzt*innen können gleichzeitig auch eine Niederlassung besitzen. So ist denkbar, dass mehrere niedergelassene Ärzt*innen mit einer Teilzeitstelle im Krankenhaus angestellt sind und somit den Dienst in der Notaufnahme an einzelnen Tagen abdecken. Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt sollte hauptberuflich im Krankenhaus beschäftigt sein und die medizinisch-fachliche Leitung nach § 107 Abs. 1 Ziff. 2 übernehmen. Fachlich wird die Notaufnahme vom Kooperations-Krankenhaus unterstützt. Die dortige Notaufnahme wird telemedizinisch an die Notaufnahme von *Mein GesundheitsCampus* angebunden.

Angegliedert an die Notaufnahme verfügt *Mein GesundheitsCampus* über eine **Bettenstation** mit mindestens 15 Betten. Diese dient zum einen als Clinical Decision Unit für Patienten, bei denen die stationäre Behandlungsbedürftigkeit erst nach einer länger währenden Diagnostik entschieden werden kann. Zum anderen besteht hier auch die Möglichkeit, Patient*innen über mehrere Tage hinweg stationär zu beobachten und zu behandeln. Darüber hinaus können diese und weitere Betten auch als Belegbetten für elektive Interventionen mit vermehrten Komorbiditäten und erhöhtem post-interventionellen Immobilitätsrisiko eingesetzt werden.



Zusätzlich zur stationären Notaufnahme verfügt *Mein GesundheitsCampus* über eine Anlaufstelle zum **KV-Notfalldienst**. Die Doppelstruktur aus stationärer und ambulanter Anlaufstelle für Notfallpatient*innen stellt sicher, dass die Patient*innen stets in dem Setting landen, das für ihre Behandlung adäquat ist.

Je nach Region und Versorgungsbedarf bietet sich die Möglichkeit, zusätzlich eine **geriatrische Station** mit Möglichkeit zur Komplexbehandlung. Da die Geriatrie weder auf einen OP, noch auf eine umfangreiche Funktionsdiagnostik angewiesen ist, lässt sich eine solche Abteilung relativ autark führen. Die benötigten therapeutischen Einheiten können über kooperierende Therapiepraxen erbracht werden. Zudem können viele positive Verbindungen mit einem eventuell auf dem Gelände befindlichen Alten- und Pflegeheim oder eine Kurzzeitpflege bestehen.



Eine weitere Option liegt im Aufbau einer Einheit für **multimodale Schmerztherapie**. Die Anforderungen hinsichtlich Qualifikation des Personals und Ausstattung des Krankenhauses sind auch hier gut abzudecken. Zudem überschneiden sie sich mit denen für eine geriatrische Station. Beide Angebote könnten insbesondere in Gegenden mit einer großen Zahl älterer Menschen Zuspruch finden.

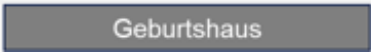
Das stationäre Behandlungsangebot von *Mein GesundheitsCampus* ist geringer als das größerer Krankenhäuser. Im **ambulanten Bereich** hingegen ist *Mein GesundheitsCampus* darauf ausgelegt, ein breites Spektrum zu bieten und dies auch in wirtschaftlichen Strukturen zu erbringen. Dazu ist an *Mein GesundheitsCampus* ein ambulanter OP-Bereich angegliedert. Dieser kann sich baulich im ehemaligen stationären OP-Bereich befinden. Der ambulante OP wird vorwiegend von niedergelassenen (Beleg-)Ärzt*innen genutzt, die idealerweise auf dem Campus in einem Ärztehaus angesiedelt sind. Ergänzend kann *Mein GesundheitsCampus* auch ein MVZ betreiben, so dass die Leistungen auch durch Krankenhaus-Ärzt*innen erbracht werden. Neben dem ambulanten OP ist hier idealerweise auch eine Herzkatheter-Einheit und eine Endoskopie-Einheit untergebracht. Inwiefern die Einheiten jeweils einen oder zwei Eingriffsräume beinhalten sollten, hängt vom Bedarf ab. Wirtschaftlicher ist es, wenn zwei Eingriffsräume parallel betrieben werden. Dazu braucht es allerdings auch zwei invasiv tätige Kardiolog*innen bzw. Endoskopiker*innen parallel zueinander. Vorbereitungs- und Aufwachräumlichkeiten sollten nach Möglichkeit von Herzkatheter und Endoskopie gemeinsam genutzt werden.




Das Herzkatheterlabor und die Endoskopieräume könnten überdies auch für stationäre Eingriffe genutzt werden, so dass sich den niedergelassenen Fachärzt*innen zusätzliche Möglichkeiten der Abrechnung eröffnen. Das gleiche gilt auch für die ambulanten OP-Räume. Diese sollten so ausgestattet werden, dass hier auch leichte stationäre OPs erbracht werden können. So gelingt eine patientenorientierte Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

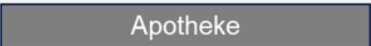
Da das Krankenhaus nicht in der Lage wäre, eine radiologische Abteilung wirtschaftlich zu betreiben, muss die Bildgebung über eine niedergelassene Radiologin bzw. Radiologen betrieben werden. Alternativ wäre hier denkbar, dass die radiologische Einheit ein Satellit eines Kooperations-Krankenhauses oder eines Radiologie-Netzwerks ist. In diesem Fall wäre die Radiologie nur mit Medizinisch-Technischen Radiologieassistenten (MTRA) besetzt und würde telemedizinisch befundet. In jedem Fall kann eine MTRA durch eine 24/7-Bereitschaft dauerhafte Möglichkeit zur (Tele-) Diagnostik sichern.


Darüber fungiert das Ärztehaus als **Sprechstundenzentrum**. Hier werden Möglichkeiten der Digitalisierung voll ausgeschöpft. Patient*innen können zu einer Sprechstunde des Kooperations-Krankenhauses in das Sprechstundenzentrum kommen und dort telemedizinisch untersucht, aufgeklärt und befundet werden. Auf diese Weise ersparen sich die Patient*innen den Weg zu weiter entfernt liegenden Kooperations-Krankenhauses, was gerade für ältere Menschen sehr angenehm ist. Damit die Qualität der digitalen Sprechstunde auf dem gleichen Niveau wie die einer physisch stattfindenden Sprechstunde liegt, ist es ggf. notwendig, dass die digitale Sprechstunde im Sprechstundenzentrum von einer bzw. einem Medizinischen Fachangestellten (MFA) und einer Assistenzärztin bzw. einem Assistenzarzt begleitet wird.


Viele Landkreise legen großen Wert darauf, dass es im Ort oder im Landkreis weiterhin eine Geburtshilfe gibt. Dieses Anliegen ist bei einer nur dreistelligen  Geburtenzahl in einem stationären Setting nicht wirtschaftlich umzusetzen. Jedoch besteht die Möglichkeit, ein hebammengeführtes **Geburtshaus** betreiben, in dem gesunde Schwangere ihr Kind zur Welt bringen können. Damit dieses gynäkologisch mitbetreut werden kann, wäre es nützlich, wenn im Ärztehaus eine Gynäkologin bzw. ein Gynäkologe angesiedelt ist. Eine Not-Sektio könnte dann im ambulanten OP durchgeführt werden. Das Geburtshaus könnte die Betten des Krankenhauses auch als Wochenbetten mitnutzen.

Da davon auszugehen ist, dass *Mein GesundheitsCampus* das medizinische Kompetenzzentrum der näheren Umgebung ist, ist daran zu denken, dass es auch **Standort der notärztlichen Versorgung** wird. Hierfür werden 3 bis 4 Notärzt*innen benötigt. Für eine kompetente Notfalldiagnostik muss *Mein GesundheitsCampus* über ein vor Ort angesiedeltes **Basislabor** verfügen. Dieses kann auch die Praxen im Ärztehaus mitversorgen.

Sofern im Krankenhaus auch eine Geriatrie oder eine multimodale Schmerztherapie betrieben wird, spielt die therapeutische Mitbehandlung eine wichtige Rolle. Diese sollte von vor Ort angesiedelten niedergelassenen **Therapeuten**  übernommen werden, so dass auch hier eine Verknüpfung des ambulanten und des stationären Sektors erfolgt. Insbesondere benötigt werden Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten.

In der internistischen Behandlung spielt die medikamentöse Therapie eine zentrale Rolle. Diese kann qualitativ gestärkt werden, wenn sich auch eine Apotheke auf dem  *Mein GesundheitsCampus* befindet.

Ähnlich wie in der Akutversorgung vollzieht sich auch in der Rehabilitation ein Trend zur Ambulantisierung. Dementsprechend treffen ambulante  Rehabilitationseinheiten nicht nur auf das Bedürfnis von Patient*innen, die zu Hause schlafen wollen, sondern auch das Wohlwollen der Leistungsträger*innen in der Rehabilitation. Vorstellbar ist, dass eine am Ärztehaus angesiedelte Physiotherapie-Praxis ambulante orthopädische Rehabilitation anbietet. Auch zur Multimodalen Schmerztherapie bestehen zahlreiche Anknüpfungspunkte. In Kooperation mit der niedergelassenen Kardiologin bzw. dem Kardiologen ist darüber hinaus auch eine ambulante Reha-Behandlung kardiologischer Patienten vorstellbar.

Eine weitere Einheit von *Mein GesundheitsCampus* könnte ein **Sanitätshaus** sein. Anknüpfungspunkte finden sich hier nicht nur zur Physiotherapie und der Ambulanten  Reha, sondern auch zu den Videosprechstunden, in denen orthopädische Patienten des Kooperations-Krankenhauses im Sprechstundenzentrum digital poststationär gesehen werden.

Des Weiteren ist es schlüssig, wenn sich auf dem Gelände von *Mein GesundheitsCampus* Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Ausprägungen niederlassen. Hierin kann auch eine Nachnutzung des alten Krankenhaus-Gebäudes entstehen. Eine **Kurzzeitpflege** bietet stationären Patient*innen der MGC-Notaufnahme, aber auch des Kooperations-Krankenhauses die Möglichkeit, angehörigen- und wohnortnah die Betreuung zu erhalten, die der aktuelle Gesundheitszustand nötig macht. Darüber hinaus ist es naheliegend auf dem Gelände von *Mein GesundheitsCampus* ein Alten- und Pflegeheim zu betreiben. Die kurzen Wege zur medizinischen Versorgung bieten hier klare Vorteile. Last but not least, kann auch eine ambulante Pflegeorganisation angedacht werden. Ausgehend vom Standort *Mein GesundheitsCampus* bietet die ambulante Pflege pflegerische Betreuung für Menschen, die zu Hause wohnen.

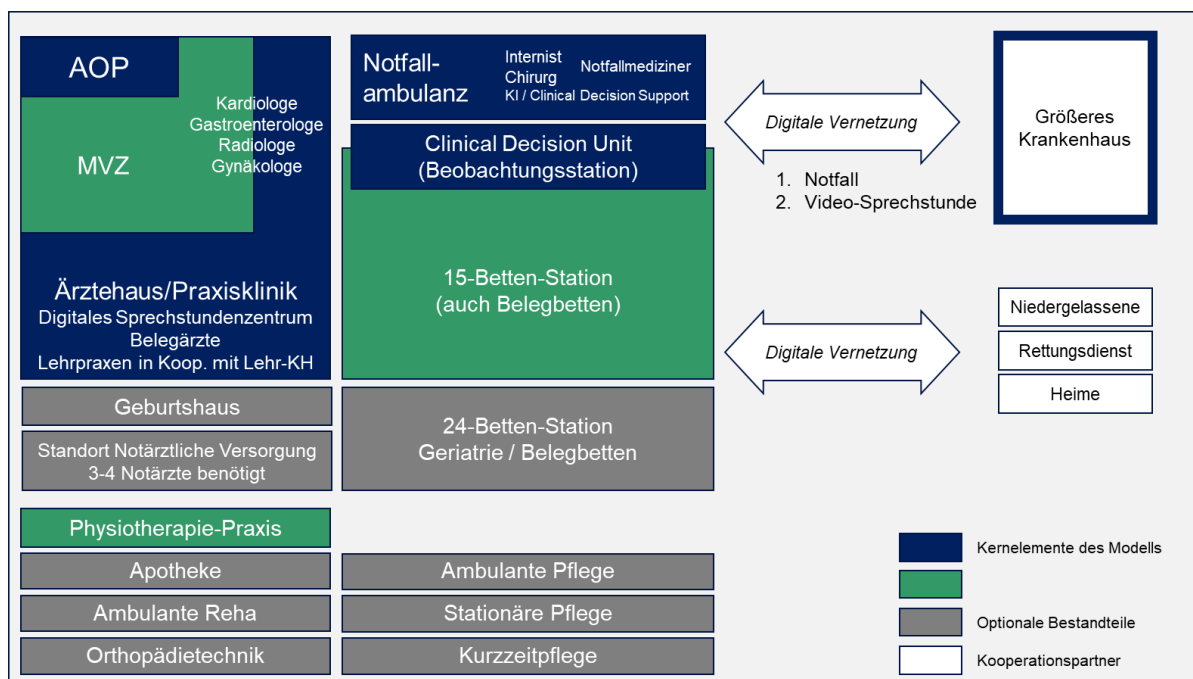
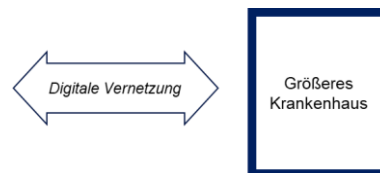


Abbildung: 1: Grundmodell Mein GesundheitsCampus

Zentraler Bestandteil der Konzeption von *Mein GesundheitsCampus* ist die Nutzung der Chancen der Digitalisierung. Diese ermöglicht es, die „Medizin zu den Patient*innen“ zu bringen und der Bevölkerung vor Ort Angebote zu machen, die bisher noch nicht bestanden haben. Das oben dargestellte Sprechstundenzentrum baut wesentlich auf den neuen digitalen Möglichkeiten auf. So wird der Weg der Patient*innen zur Ärztin bzw. Arzt kürzer, obwohl diese*r möglicherweise 30 bis 50 km weit entfernt praktiziert. Im Behandlungsalltag kann die Ärztin bzw. der Arzt in *Mein GesundheitsCampus* über gemeinsame Televisiten Fachexpertise und Zweimeinungen einholen, so dass sich die fachliche Qualität gegenüber dem Zustand vor der Errichtung von *Mein GesundheitsCampus* verbessert. Bei telemedizinischen Befundbesprechungen besteht die Möglichkeit, die wesentlichen Inhalte auf Video aufzunehmen und anzusehen, so dass der häufige anzutreffende Effekt des Vergessens direkt nach Beendigung des Gesprächs kompensiert werden kann.



Um die medizinische Versorgung noch näher an (betagte) Patient*innen zu bringen, können auch Hausarztbesuche semivirtuell durchgeführt werden. So könnte eine ausgebildete Pflegekraft oder eine Medizinische Fachkraft Patientenbesuche zu Hause durchführen und dabei über Tablet mit einer Fachärztin bzw. einem Facharzt verbunden sein. Diese Struktur hat für alle Seiten Vorteile:



Patient*innen müssen sich nicht auf den Weg zur Ärztin bzw. zum Arzt begeben, die Ärztin bzw. der Arzt spart Wegezeiten und kann dadurch zeiteffizienter arbeiten und die Pflegekräfte/MFA erfahren eine fachlich spannende Erweiterung ihres Tätigkeitsfeldes in den medizinischen Bereich hinein. Darüber hinaus können weitere Behandlungsschritte mit kooperierenden Fachpraxen und -kliniken abgeglichen oder immobile Patient*innen aus Pflegeheimen auf die Ferne ärztlich betreut werden.

Um die Vorteile der Digitalisierung nutzbar zu machen, enthält die Machbarkeitsstudie auch Aussagen zur Schaffung einer optimierten Technologie-Infrastruktur.

Konzeptvariante 2: Ausschließlich ambulante Versorgung

In einigen Regionen kann, beispielsweise durch das Zusammenlegen mehrerer kleiner Kliniken an einem zentralen Standort, der Bedarf an stationären Leistungen der Region nach wie vor gedeckt sein. Die Veränderungen durch die Erreichbarkeit des neuen Standorts und die Entstehung vakanter medizinischer Infrastruktur bedingen jedoch auch hier neue und angepasste Versorgungskonzepte. Hier stellt die Implementierung einer ausschließlich ambulanten Variante von *Mein GesundheitsCampus* eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung der Region sicher.

Bei der ausschließlich ambulanten Nutzung fallen die stationären Betteneinheiten sowie Rettungsdienstkooperationen und ein möglicher Notarztstandort weg. Der Fokus liegt in der bedarfsgerechten ambulanten Struktur in Form eines umfassend vernetzten Ärztehauses mit Notfallpraxis. *Mein GesundheitsCampus* stellt so eine interdisziplinäre fachärztliche Versorgung, angepasst an den regionalen Bedarf, sicher. Durch die telemedizinische und administrative Vernetzung mit Krankenhäusern und weiteren Kooperationspartnern sowie die Erweiterung des Campus um Angebote der Medizintechnik und Arzneimittelversorgung generiert *Mein GesundheitsCampus* auch in einer ausschließlich ambulanten Struktur hohe Qualitäts- und Komfortgewinne. Abbildung 2 gibt eine Übersicht.

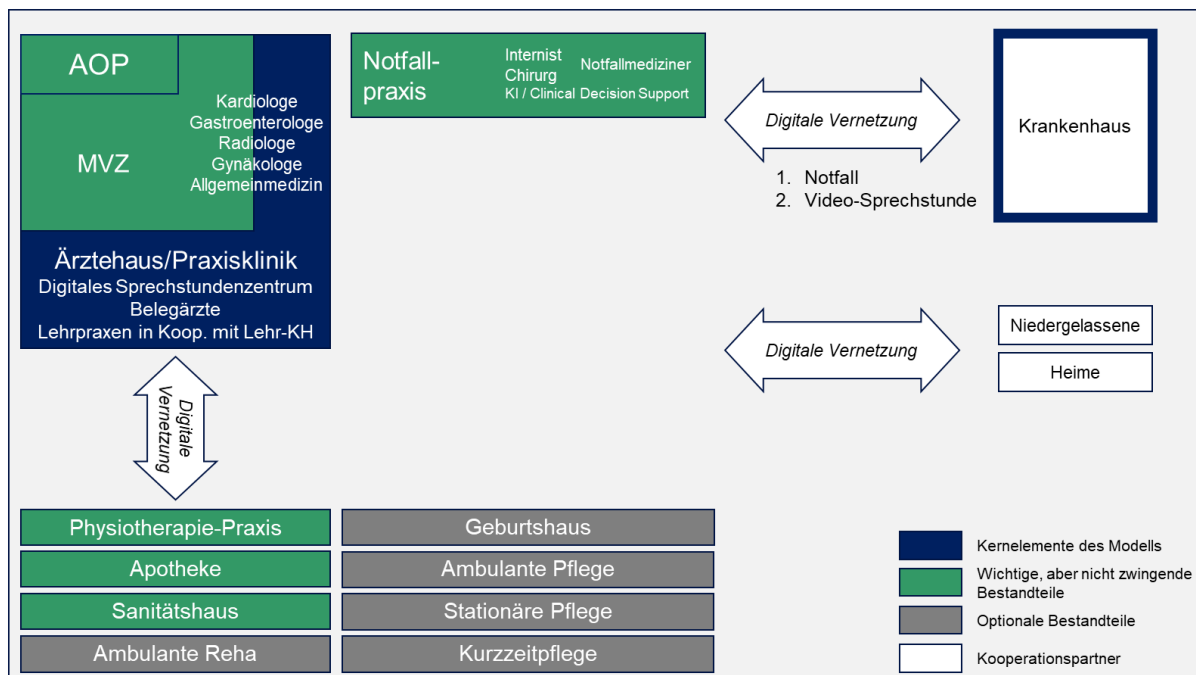


Abbildung 2: Ausschließlich ambulante Versorgung

Konzeptvariante 3: Mischform – semistationäre Versorgung

Darüber hinaus sind auch Mischformen der Grundform und des ambulanten *Mein GesundheitsCampus* möglich: So können stationäre Betten im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung auch in einem praxisbetriebenen *Mein Gesundheitscampus* implementiert werden. Der Standort zur notärztlichen Versorgung und geriatrische Betten würden in diesem Fall wegfallen, ansonsten ist das Versorgungskonzept mit Ausnahme der Finanzierungsgrundlagen identisch. Abbildung 3 gibt einen Überblick.

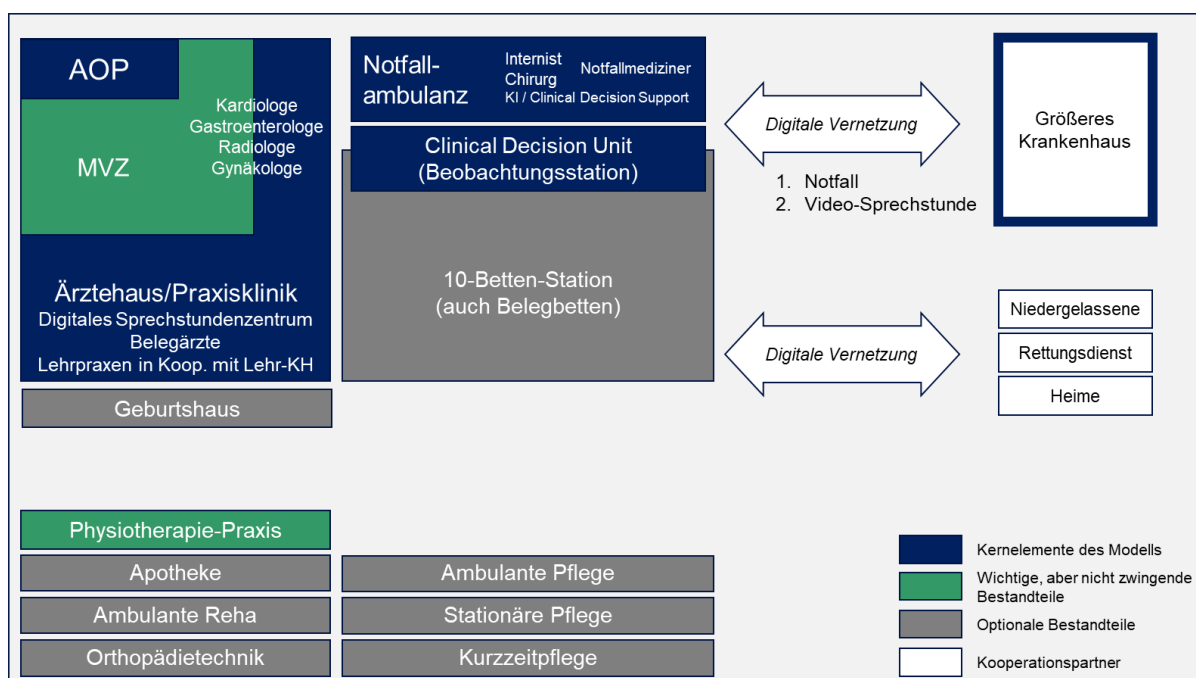


Abbildung 3: Mischform – semistationäre Versorgung

Das Grundmodell und die beiden beschriebenen Varianten sind nicht als die einzig möglichen Lösungen zu verstehen. Vielmehr zeigen sie die Spannweite auf, aus der – unter Berücksichtigung des regionalen Bedarfs – das optimale Modell ausgewählt werden kann.