

Regionale Gesundheitszentren gesetzlich verankern

Ausgangslage

Der Gesetzentwurf zum KHVVG plant die Einrichtung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden sollen. Es ist jedoch zweifelhaft, ob diese unter den geplanten Bedingungen wirtschaftlich betrieben werden können, ob ehemalige Krankenhausstandorte für die Aufgaben der Einrichtungen baulich geeignet sind und ob sie für Krankenhausärzte einen attraktiven Arbeitsplatz darstellen. Zudem sind die Einrichtungen nicht in eine regionale, sektorenübergreifende Versorgungsstruktur eingebettet. Eine Vernetzung der Einrichtungen in andere Versorgungsbereiche fehlt ebenso wie die gleichberechtigte Einbindung von Leistungen der Vertragsärzte und anderer Gesundheitsfachberufe, die unter einem gemeinsamen Dach erbracht werden können.

Lösung: Regionale Gesundheitszentren

Vorgeschlagen wird die Erweiterung des Ansatzes hin zu regionalen, sozialraumbezogenen Gesundheitszentren (RGZ), die eine sektorenunabhängige, multiprofessionelle Primärversorgung leisten und eine koordinierende Rolle einnehmen. Dieses Vorgehen entspricht einer patientenzentrierten Versorgung und bietet zugleich eine Weiterentwicklungsperspektive nicht nur für einzelne Krankenhausstandorte, sondern für die Versorgung von strukturschwachen Regionen insgesamt.

Leistungen im RGZ

RGZ bündeln ambulante und stationäre Versorgungsleistungen mit Prävention, Rehabilitation und Pflege sowie weiteren Leistungen an einem Ort und schaffen damit ein ganzheitliches, sozialgesetzbuchverbindendes Leistungsangebot für die Gesundheit der Bevölkerung. Dazu gehören insbesondere folgende Leistungen:

- Wohnortnahe, regional (sektorenunabhängig) vernetzte Erst-, Grund- und Routineversorgung in allen RGZ:
 - Erweiterte hausärztliche Versorgung, die durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist. Näheres zu Inhalten und Anforderungen an Ausstattung und Qualifikationen in der erweiterten hausärztlichen Versorgung vereinbaren GKV-SV und KBV im Bundesmantelvertrag.
 - Medizinisch-pflegerische Versorgung (Übergangs-, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege) sowie Leistungen der ambulanten Pflege i. S. des SGB XI
 - Koordination und Steuerung der Versorgung unabhängig von Sektorengrenzen durch ein Care und Case Management (CCM). Abhängig von den Strukturen vor Ort kann das CCM im RGZ selbst oder bei einem regionalen Netzwerkpartner angesiedelt werden.
 - Telemedizinische Kooperation im RGZ-Leistungsspektrum mit regionalen Versorgungspartnern als verbindendes Zugangs- und Steuerungsinstrument inkl. Telemonitoring und -diagnostik

- Abhängig von den regionalen Gegebenheiten kann das Leistungsangebot um spezialisierte medizinische und nicht-medizinische Leistungen in Präsenz und/oder digital erweitert werden:
 - Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V
 - Auf Basis eines Versorgungsauftrags des jeweiligen Landes
 - Spezialisierte (akutstationäre) Leistungen, die nicht durch ein Krankenhaus im Einzugsbereich abgedeckt werden (z. B. Leistungen der Geriatrie oder Inneren Medizin)
 - Belegärztliche Leistungen
 - Ambulante 24/7 Notfallversorgung inkl. ärztlicher Rufbereitschaft
 - Leistungen der medizinischen Rehabilitation i. S. des SGB IX
 - Leistungen weiterer Gesundheitsfachberufe (insb. der Heilmittelerbringer), der Nachsorge sowie der Sozialarbeit
 - Leistungen zur populationsbezogenen Prävention und Patientenedukation, wobei die Integration von bestehenden Beratungsangeboten z. B. der Pflegestützpunkte möglich ist

Versorgungsrelevante Strukturanforderungen für das RGZ

RGZ sind eine sektorenunabhängige Betriebsform, die Leistungen der verschiedenen Sektoren unter einem Dach anbietet. Entsprechend sind sie offen für alle Berufsgruppen, die an der Primärversorgung teilnehmen. Sie stellen sowohl Leistungs- als auch Vernetzungszentren dar, die ihre Stärken als Teil einer regionalen, bedarfsgerechten, digital-ambulant-stationären Versorgungsstruktur ausspielen. Dafür müssen sie verbindlich in ein Versorgungsnetz eingebunden werden. Im Detail bedeutet dies:

- RGZ müssen die o. g. Leistungen anbieten. Sofern diese nicht durch das RGZ selbst erbracht werden, sind dazu Kooperationsverträge mit der haus- und fachärztlichen Versorgung (etwa in Form von „Kooperationspraxen“ oder in einem Praxisnetz) sowie der ambulanten Pflege zu schließen. Eine Integration von Arztsitzen hausärztlicher und fachärztlicher Grundversorgung in das RGZ ist möglich, jedoch keine Voraussetzung für seine Errichtung.
- RGZ nutzen Möglichkeiten der Heilkundeübertragung, sobald diese zur Verfügung stehen. Sie sind prädestiniert für den Einsatz neuer Berufsbilder wie der Community Health Nurse in der medizinisch-pflegerischen Erst-, Grund- und Routineversorgung. Grundsätzlich sind RGZ multiprofessionell und kooperativ in der Leistungserbringung aufzustellen.
- RGZ verfügen über eine ärztliche sowie pflegerische Leitung. Die Gesamtleitung ist nicht professionsgebunden.
- RGZ beteiligen sich im Rahmen der Weiterbildungsordnungen an der ärztlichen Weiterbildung und ermöglichen die Qualifikation in einem interprofessionellen Team, um die Zusammenarbeit zu fördern.
- RGZ kooperieren mit dem ÖGD und vereinbaren Näheres dazu in einem Kooperationsvertrag.
- RGZ nutzen interoperable IT-Systeme für die Dokumentation sowie die Steuerung von Diagnose- und Behandlungsprozessen und bieten Patient:innen digitalen Zugang zu für sie relevanten Informationen.
- Nähere Anforderungen an Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität sind durch den G-BA zu bestimmen. Diese sollen datenbasiert überprüft werden und können für eine erfolgsabhängige Vergütung herangezogen werden. Wesentliche Daten zur Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit sind für die Kommunen einsehbar.

Betrieb und Finanzierung

Die Initiierung von RGZ soll nicht auf einen einzelnen Sektor oder eine Berufsgruppe beschränkt werden. Vielmehr können alle natürlichen oder juristischen Personen ein RGZ betreiben:

- Ein RGZ kann durch eine Kommune oder aus bestehenden (ambulanten und stationären) Einrichtungen heraus oder als neue Einrichtung etabliert werden. Voraussetzung für die Zulassung ist eine Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung, ob die Strukturanforderungen erfüllt sind (analog zur Zulassung von Praxisnetzen nach § 87 (4) SGB V).
- Zur Erbringung stationärer Leistungen kann ein RGZ die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes beantragen.
- Das Nähere ist im Einzelfall oder über Rahmenverträge nach § 115 SGB V in den Bundesländern und Regionen zu vereinbaren.
- Da RGZ keine neuen Kapazitäten schaffen, sondern bereits in der Versorgungsplanung enthaltene Leistungen effektiv bündeln, können sie unabhängig vom bestehenden Versorgungsgrad einer Region gegründet werden. Mittelfristig sollten RGZ Teil einer sektorenunabhängigen Bedarfsplanung werden.
- Der Betrieb ist trägeroffen. Er kann durch die errichtende Institution selbst oder in Zusammenarbeit mit Dritten erfolgen und auch ausgeschrieben werden. Einschränkungen der Betriebsform (wie etwa für MVZ) bestehen nicht.
- RGZ rechnen ihre Leistungen innerhalb der bestehenden Vergütungskataloge ab. Für die Vergütung von Leistungen, die nicht im Vergütungskatalog enthalten sind, schließen die RGZ mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Landesebene eine gesonderte Vereinbarung, die auch Managementkomponenten umfasst.
- Der Bewertungsausschuss ergänzt den einheitlichen Bewertungsmaßstab insbesondere im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen der erweiterten hausärztlichen Versorgung. Für Leistungen der Koordination und Steuerung legt er eine berufsgruppenunabhängige Pauschale fest.
- Der Transformationsfonds fördert die Integration von Krankenhäusern in regionale, sektorenübergreifende Versorgungsnetze sowie die Umwandlung von Krankenhausstandorten in RGZ.