

**Thema**

Sektorenübergreifende  
Versorgung und  
Ambulantisierung  
S. 2

**kkvd Sozialpreis**

Gemeinsam. Mehr. Wert.  
S. 7

# kkvd -aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



**Liebe Leserinnen und Leser,** vor einem Jahr waren sich viele von uns sicher, dass wir die Pandemie im Frühjahr 2021 im Griff haben würden. Heute wissen wir: Der Marathon zieht sich hin, doch dank Fortschritten bei den Impfungen ist das Ziel nun hoffentlich in Sicht. Ganz besonders gefordert waren und sind in dieser Zeit die Mitarbeitenden in den Kliniken. Zwischen Infektionswellen und Regelversorgung hatten sie kaum Gelegenheit zum Durchatmen. Trotzdem machen sie mit großem Engagement weiter, um die bestmögliche Versorgung der Patient(inn)en sicherzustellen. Dafür sind wir ihnen allen, vom Reinigungsdienst bis zum pflegerischen und ärztlichen Personal, zutiefst dankbar. Viele von ihnen sagen bescheiden: „Das ist

doch unser Job.“ Aber uns allen ist auch klar, die Belastungsgrenze ist eigentlich längst erreicht.

Dankbar können wir auch den Menschen und Initiativen sein, die ihr Krankenhaus vor Ort in der Pandemie auf unterschiedliche Weise unterstützt haben: mit Solidaritätsbekundungen, Spenden oder ehrenamtlichem Engagement. Im Rahmen unseres diesjährigen „kkvd Sozialpreises“ möchten wir uns dafür bedanken. Unter dem Motto „Gemeinsam. Mehr. Wert.“ suchen wir Beispiele für solche Aktionen oder die vorbildhafte Unterstützung einer kkvd-Mitglieds-einrichtung durch Einzelpersonen, örtliche Initiativen oder Netzwerke. Wie gewohnt wird dann eine Jury entscheiden, welches Engage-

ment mit einem Preisgeld besonders honoriert wird. Mehr Informationen zum kkvd Sozialpreis 2021 finden Sie auf Seite 7 in diesem Heft.

Daneben richten wir in dieser Ausgabe erneut den Blick auf die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Aufgrund der Pandemie und der dadurch verursachten hohen öffentlichen Kosten wird der Druck zu Reformen auch im Gesundheitssektor spätestens nach der Bundestagswahl deutlich zunehmen. Auf die anstehenden Reformdiskussionen bereitet sich der kkvd derzeit intensiv vor. So haben wir im letzten Heft bereits unsere Vorschläge zur Reform von Krankenhausfinanzierung und -planung vorgestellt.

In dieser Ausgabe wollen wir nun den Fokus auf die Perspektiven der sektorenübergreifenden Versorgung und auf Ambulantisierungsstrategien richten. Darüber haben wir mit dem Geschäftsführer eines katholischen Krankenhauses im Rheingau und dem stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gesprochen. Zudem finden Sie im Heft Berichte über Modellprojekte zur vernetzten Versorgung von der Robert-Bosch-Stiftung und aus dem nördlichen Rheinland-Pfalz.

Das alles sind natürlich nur einzelne Beispiele aus dem dichten Netz an Projekten, die derzeit vor Ort entstehen. Sie alle unterstreichen eines: Solche Projekte sind dann besonders erfolgreich, wenn sie

passgenau auf den Bedarf der Menschen vor Ort zugeschnitten sind. Und das gelingt am besten, wenn sie aus Vertrauen und Zusammenarbeit in den Regionen erwachsen.

Der Wert und das große Potenzial, die heute bereits in Kooperationen vor Ort liegen, werden im politischen Berlin leider nicht angemessen wahrgenommen. Der kkvd arbeitet gemeinsam mit Ihnen weiter daran, dass sich das ändert.

Denn eines hat die Pandemie klar gezeigt: Dezentrale Strukturen waren und sind ein wichtiger Erfolgsfaktor in der Krise. Und dieser bedeutende Vorteil darf bei den anstehenden Strukturreformen nicht verspielt werden.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen!

Mit herzlichen Grüßen

Ihre Bernadette Rümmelin



**Bernadette Rümmelin**  
Geschäftsführerin (Sprecherin)  
des kkvd  
E-Mail: [bernadette.ruemmelin@caritas.de](mailto:bernadette.ruemmelin@caritas.de)

## Themenschwerpunkt

### Strategie mit Zukunft: sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung

**In den letzten Monaten stand in den Kliniken weiterhin Corona ganz oben auf der Tagesordnung. Der Alltag ist nach wie vor geprägt von einem veränderten Behandlungsumfeld und gesunkenen Auslastungszahlen. Für die Geschäftsführungen gilt, vor allem die kurz- und mittelfristigen Herausforderungen zu meistern: Mehrausgaben stemmen, Inzidenzraten im Blick behalten, Budgets verhandeln, Liquidität sichern und auf einen Ganzjahresausgleich 2021 dringen.**

Der kkvd hat sich insbesondere für die Liquiditätssicherung und den Ganzjahresausgleich in politischen Gesprächen und in der Öffentlichkeit stark gemacht. Für Planungssicherheit im laufenden Jahr 2021 ist dies ganz entscheidend. Darüber hinaus tritt dieser Tage mit Blick auf die Bundestagswahl eine Entwicklung immer mehr in den Vordergrund, die sich bereits im Laufe des Jahres 2020 abzeichnete: die Debatte über die Krankenhauslandschaft der Zukunft nimmt neu an

Fahrt auf. So gibt es einerseits Forderungen nach einer weiteren Strukturbereinigung, Konzentration und Spezialisierung. Insbesondere Kritiker(innen) der jetzigen Struktur sehen sich in ihrer Sichtweise bestätigt. Sie verweisen darauf, dass der überwiegende Teil der Covid-Patient(inn)en von großen Schwerpunkt- und Maximalversorgern behandelt worden sei, da nur diese eine adäquate intensivmedizinische Versorgung gewährleisten konnten. Dies zeige, dass ein Großteil der kleineren Kliniken zukünftig verzichtbar sei. Darüber hinaus rückt aber auch die Diskussion um Ambulantisierung und Auflösung von Sektorengrenzen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Dies nicht ohne Grund: So stellte das aktuelle Gutachten der wissenschaftlichen Begleiter beim Bundesgesundheitsministerium einen Rückgang um 15 Prozent bei sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausfällen fest. Vor allem vermuten die Autoren, dass sich diese Entwicklung verstetigen werde. Insofern wird es aus Sicht der Kliniken unumgänglich sein, sich mit diesem Trend zu beschäftigen. Klar ist: Die ambulant klinische Versorgung im Krankenhaus bringt Herausforderungen mit sich, aber auch Chancen.

Für katholische Träger gilt es, sich zu positionieren und die Debatten engagiert zu begleiten. Der kkvd hatte sich daher in die Positionie-

derung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Bundestagswahl, die Mitte April vorgestellt wurde, intensiv eingebracht. Unsere Prämissen für die Strukturdebatte und eine zukünftige Versorgungsgestaltung lauten: Es braucht eine regionale Planungsperspektive. Es braucht sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke. Es braucht eine einheitliche Definition der sogenannten Ambulantisierungspotenziale im Krankenhaus. Und es braucht einen klaren Blick auf die realen Behandlungskapazitäten im niedergelassenen Bereich.

Damit kann mancherorts eine neue Rolle für angestammte Standorte einhergehen. Kliniken sollten unabhängig vom Bett als regionale Komplexversorger agieren und als Koordinatoren in der Versorgungslandschaft auftreten können. Dies bringt neue Finanzierungsformen und neue Kooperationen mit sich. So bleiben Klinikstandorte in modifizierter Form bestehen. Denn für die Menschen in einer Region sind verlässliche Anlaufstellen unverzichtbar. Daher gilt es in den kommenden Schritten, die gesetzliche Einbettung und Finanzierung zu klären.

Der kkvd hat hierfür konkrete Vorschläge formuliert:

- ◆ Tagesstationäre Versorgung: Ambulante Behandlung durch das Krankenhaus ist nicht gleich ambulante Behandlung in der niedergelassenen Arztpraxis. Die Klinik bietet den ambulanten Patient(inn)en eine diagnostisch-therapeutische, multiprofessionelle Komplexleistung aus einer Hand. Dies macht es zum Beispiel multimorbiden älteren Menschen erst möglich, sich einem ambulanten Eingriff zu unterziehen. Über rein ambulante Finanzierungsmechanismen (EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab) lassen sich diese Leistungen im Krankenhaus nicht kostendeckend abbilden. Hier werden Leistungen bereitgehalten (medizinische Vorhaltestrukturen, medizinische Weiterbildung etc.), die für die Behandlungsqualität und Gesundheitsversorgung insgesamt notwendig sind. Daher braucht es für solche neuen Leistungsformen eine adäquate Bepreisung. Vorstellbar wäre beispielsweise ein um den Übernachtungsanteil reduzierter DRG-Tagessatz.
- ◆ Kooperationen stärken/ausbauen: Insbesondere in Regionen, die aufgrund einer geringen Facharztdichte zukünftig unterversorgt sein werden, braucht es gute Kooperationen zwischen dem niedergelassenen Bereich und Krankenhäusern. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Krankenhaus Rüdeshcim. Selbst ein „kleiner“ Standort ist damit weiterhin relevant für die Gegend und bleibt dabei zukunftsfähig. Innovationsprojekte bieten ein ausgezeichnetes Übungsfeld, um neue Kooperationen zu erproben und Versorgungsformen zu verzahnen.
- ◆ Planungssicherheit: Wenn ein Krankenhaus in einer Region, die aufgrund von Praxissterben und Facharztmangel ambulant unterversorgt ist, in die ambulante Versorgung einsteigt, dann sollte der Sicherstellungsauftrag auf die Klinik übertragen werden, damit diese im engen Zusammenspiel mit den anderen örtlichen Leistungserbringern die medizinische Versorgung der Region langfristig gewährleisten kann. Dies bringt den Kliniken die notwendige Planungssicherheit.

rü/mk

## „HandinHand“ für eine bessere Versorgung

**Mit dem vom Innovationsfonds zu 100 Prozent geförderten Projekt HandinHand (Förderkennzeichen 01NVF17047) unterstützt das Pflegeexpert(inn)en-Center der Marienhaus Holding GmbH in Bad Neuenahr-Ahrweiler die Hausärztinnen und -ärzte der Region bei der hausärztlichen und aufsuchenden Versorgung ihrer chronisch kranken, multimorbiden, immobilen Patient(inn)en 60 plus.**

Von März 2020 bis März 2021 wurden 410 Patient(inn)en neu in die Versorgung aufgenommen. Bisher nehmen 41 Ärztinnen und Ärzte aus den Landkreisen Ahrweiler, Neuwied, Euskirchen und dem Rhein-Sieg-Kreis am Projekt teil. Das Feedback der zuweisenden Mediziner(innen), der Patient(inn)en und ihrer Angehörigen sowie der Heime, in denen einige Patient(inn)en leben, ist durchweg positiv. Das Projekt startete im Juli 2019 mit der Förderphase. Es wird voraussichtlich bis Dezember 2022 laufen. Sein Budget umfasst rund acht Millionen Euro.

Die elf Pflegeexpert(inn)en sind examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und haben umfangreiche Berufserfahrung in der stationären Versorgung. Parallel zu ihrer Arbeit im Pflegeexperten-Center studieren sie Pflegeexpertise an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar. Für ihre neue Aufgabe erhielten sie eine spezielle Einarbeitung, die mehrere hundert Stunden umfasste.

Die für Innovationsfondsprojekte essenzielle wissenschaftliche Begleitforschung wird vom RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen beigesteuert. Kontrolldaten liefert die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, die als Konsortialpartnerin an der Seite von Marienhaus „HandinHand“ von Beginn an engagiert vorangetrieben hat.

»

Bild Joachim Gies



Die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu Dreyer besuchte das Pflegeexperten-Center im Oktober 2020 – und war voll des Lobes für „HandinHand“.



Angestrebt werden eine Verringerung der Krankenhauseinweisungen um 15 Prozent in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe sowie eine Reduktion der Zahl der Hausbesuche durch die Hausärztinnen und -ärzte. Ferner erfolgen qualitative Analysen zur Patientenzufriedenheit.

Ein Projektbeirat, geleitet von Vertreter(inne)n der Pflegewissenschaft der Universitäten Lübeck und Köln, unterstützt die Begleitforschung.

Viele der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sind Mitglied im Ärztenetz Kreis Ahrweiler e. V. Das Ärztenetz hatte sich erfolgreich für eine Verschiebung des Projekts aus dem nördlichen Saarland, wo es am Widerstand der Ärzteverbände abgeprallt war, in den Kreis Ahrweiler stark gemacht.

Die teilnehmende Hausärztinnen und -ärzte im Kreis Ahrweiler und in den angrenzenden Regionen führen in ihrem Patientenstamm ein definiertes Screening durch, sprechen Patient(inn)en oder ihre Angehörigen an und holen das Einverständnis der Patient(inn)en zur Projektteilnahme ein. Nach Übermittlung der Patientendaten an das Pflegeexpert(inn)en-Center sucht von dort eine Expertin den Patienten auf, führt eine Eingangserhebung durch und erstellt einen Versorgungsplan. Nach dessen Freigabe durch den Hausarzt wird der Patient von den Pflegeexpert(inn)en in festzulegender Regelmäßigkeit mindestens sechs Monate lang in häuslicher Umgebung aufgesucht und betreut. Zu jedem Pflegeexperten-Patienten-Kontakt gibt es eine Information an die Hausärztin/den Hausarzt. Die Dokumentation erfolgt in der elektronischen Patientenakte, welche vom Rechenzentrum Volmarstein programmiert wurde.

## Rückbesinnung auf Pflegetradition als Impulsgeber

Die Marienhaus Unternehmensgruppe, bis 2011 in der Trägerschaft der Waldbreitbacher Franziskanerinnen e. V., seitdem Marienhaus Stiftung, blickt auf eine 150-jährige Pflegetradition zurück. Auf der Suche nach neuen Tätigkeitsfeldern, welche die bisherigen Kernleistungsbereiche Krankenhaus und Senioreneinrichtung ergänzen können, war diese Rückbesinnung ein maßgeblicher Impuls. Die Vollförderung durch den Innovationsfonds bot die einmalige Gelegenheit, eine neue, sektorenübergreifende Versorgungsform zum Nutzen der Allgemeinheit auszuprobieren – und gleichzeitig ausreichend praktische Erfahrung zu sammeln, um die Realisierungschancen für eine eigene Verstetigung ausloten zu können.

Zwar gibt es auch in der Marienhaus Unternehmensgruppe einige Medizinische Versorgungszentren – das Pflegeexpert(inn)en-Center aber, in dem Pflegende in Delegation hausarztunterstützend tätig werden, ist völlig neu. In angloamerikanischen und skandinavischen Gesundheitssystemen sind solche Zentren eher die Regel als die Ausnahme, aber noch nicht in Deutschland.

Sollten die Forschungsergebnisse nach Projektabschluss positiv sein und sollte die Gesundheitspolitik Pflegeexpert(inn)en-Center bei

einer künftigen Gesundheitsreform in die Regelversorgung des Fünften Sozialgesetzbuches aufnehmen, wäre die Marienhaus Unternehmensgruppe auf Basis der Erfahrungen mit „HandinHand“ in der Lage, solche Zentren in Rheinland-Pfalz und im Saarland aufzubauen: gerade zur verbesserten Versorgung älterer Menschen im ländlichen Raum und gewiss nicht als Ersatz für die stationäre medizinische und pflegerische Versorgung, sondern als gelungene Ergänzung. Langfristig kann sich daraus ein völlig neues und eigenständiges Geschäftsfeld entwickeln, aber bis dahin ist es noch ein weiter Weg.

**Mehr: [www.pflegeexperten-center.de](http://www.pflegeexperten-center.de)**

**Prof. Dr. med. Gunther Lauen**

*Projektleiter „HandinHand“;*

*seit über 20 Jahren in Leitungsfunktionen der*

*Marienhaus Unternehmensgruppe;*

*Professor für Integrierte Versorgung am*

*RheinAhrCampus Remagen der Hochschule Koblenz*



## Interview

### Mauern einreißen führt noch nicht zur Einheit



**Auf keiner Liste zu den Lehren aus der Pandemie fehlt der Vorschlag, mehr sektorenübergreifende Versorgungsnetze zu knüpfen. Welche Ansätze gibt es dafür schon? Wo sind Hürden, wo die Potenziale? kkvd aktuell sprach mit Eckhard Starke, dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, und mit Jens Gabriel, Geschäftsführer des St. Josefs-Hospitals (JoHo) Rheingau in Rüdesheim.**

**Herr Gabriel, der JoHo-Verbund verfolgt seit mehreren Jahren eine Ambulantisierungsstrategie. Wie kam es dazu?**



**Jens Gabriel:** Wir sind ein regionaler Krankenhausverbund mit drei stationären Akuthäusern – die Vernetzung ist Teil unserer DNA: Wir glauben an eine funktionierende Netzwerkmedizin, verbundintern und vor Ort auf der lokalen ambulanten Versorgungsebene. Im Rheingau gibt es 80 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und ein Krankenhaus der Grund- und Notfallmedizin. Um die Versorgung in dieser ländlichen Region sicherzustellen, sind Vernetzung

und Ambulantisierung unerlässlich. Natürlich gibt es dabei Mauern und Hürden – spätestens das Finanzierungssystem setzt uns Grenzen. Doch Fakt ist, rund 30 Prozent unseres stationären Leistungsspektrums werden irgendwann ins ambulante Setting hinüberwechseln. Und darauf brauchen wir Antworten.

### 30 Prozent des Leistungsspektrums wandern in den ambulanten Bereich. Macht Ihnen das Sorge, Herr Starke?



**Eckhard Starke:** Wir leben in einer ganz anderen Zeit als vor 25 Jahren, als bestimmte Leistungen den Krankenhäusern fest zugeordnet waren. Das hat sich zunehmend gelockert und ist auch zum Vorteil der Patientinnen und Patienten. Wer liegt schon gerne lange im Krankenhaus? Daher ist wichtig, hier eine enge Verbindung zu schaffen. Ich hatte für meine Hausarztpraxis Räume im Ketteler-Krankenhaus in Offenbach gemietet, die direkt neben der Not-

aufnahme lagen. Wir hatten die Vereinbarung, dass die Notaufnahme Patienten ohne Einweisung zunächst in meine Praxis weiterreicht. Die Patienten haben nicht gemerkt, dass sie die Versorgungsebene wechselten. Wenn sie ein Fall für die stationäre Versorgung waren, habe ich sie zurückgeschickt. Aber die meisten hatten keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit. So etwas brauchen wir mehr in der Zukunft.

**Gabriel:** Den Aspekt mit der Notfallambulanz im Krankenhaus sehen wir ähnlich. Wir können uns jedoch dem Strom der Patienten, die direkt das Krankenhaus ansteuern, nicht entziehen. Bisher wurde in Hessen mit Portalpraxen gegengesteuert, einer absolut sinnvollen Institution. Der „gemeinsame Tresen“ in Frankfurt-Höchst ist ein gutes Beispiel, wie solche Pilotprojekte angeschoben werden. Dafür braucht es natürlich Vertrauen und vor allem flexible Organisationsstrukturen, die eine intersektorale Zusammenarbeit ermöglichen. Bei Letzterem sind die Mauern jedoch leider noch am höchsten.

**Starke:** Das Höchster Modell haben wir mittlerweile weiterentwickelt, indem wir die Notfallplattform Ivena öffnen. So kann nicht nur die Disposition der KV, sondern auch der Rettungsdienst und das Krankenhaus sehen, welche ambulante Einrichtung gerade verfügbar ist. Wir wollen eine ambulante Notfallversorgung schaffen, die für Transparenz sorgt und alle ins Boot holt. Mit etwas Sorge sehe ich aber die Debatte über die Mauern zwischen klinischer und stationärer Versorgung. In Deutschland kennen wir uns mit Mauern aus und wissen, dass deren Einreißen noch nicht zur Einheit führt. Wir brauchen mehr Modellversuche, die zeigen: So arbeitet eine klinische Einrichtung sehr eng mit der ambulanten Versorgung zusammen.

### Im Rheingau gibt es bereits sektorenübergreifende Modellprojekte. Wie sieht das konkret aus?

**Gabriel:** Bereits im Jahr 2017 hat die Bundesregierung den Krankenhäusern ein stationäres Entlassmanagement auferlegt. Dieses greift jedoch zu kurz, da es genau am Punkt der Überleitung in den ambulanten Sektor zu Informationslücken kommt. Daher haben wir unsere Dokumentation umstrukturiert mit dem Ziel, Versorgungsbrüche

nach der Krankenhausentlassung zu vermeiden. Wir sprachen mit dem regionalen Ärztenetzwerk darüber, welche Informationen die Mitgliedspraxen direkt brauchen, beispielsweise: Wurde eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, eine Physiotherapie verordnet, oder ist das Pflegebett bestellt? Diese Informationen erhält die niedergelassene Ärztin nun einen Tag vor der Entlassung des Patienten direkt aus dem Krankenhaus, damit sie sich ein genaues Bild machen kann. Dieses Projekt hat sehr viel Vertrauen zwischen den Leistungserbringern geschaffen und zu einer einzigartigen Zusammenarbeit in der Region geführt.

### Wie viel Steuerung aus der Politik ist nötig, damit solche Netze vor Ort wachsen?

**Gabriel:** Es muss natürlich eine Rahmengesetzgebung geben, ganz klar. Aber ich sehe das eher im Zuge einer gelenkten Evolution, die die „Leitplanken“ schafft. Die Regionen werden sich dahingehend unterschiedlich aufstellen. Zentralisierung hat in der Gesundheitsversorgung meist nicht funktioniert. Wir müssen weiterhin an regionalen Lösungen arbeiten.

**Starke:** Man muss natürlich wissen, wie die Politik tickt. Klar ist, die Politik hat keine praktischen Erfahrungen. Wenn ich ein Auto kaufe, gehe ich dazu ja auch nicht zum Bäcker. Daher müssen wir der Politik mit funktionsfähigen Modellen zeigen, wie es geht. Dann kann sie sagen: So machen wir das. Nur sollten wir uns nicht im Vorfeld streiten und der Politik damit das Gefühl geben, „die einigen sich sowieso nicht“.

### Es heißt bisweilen, kleine Kliniken wie das JoHo Rheingau mit seinen 150 Betten werden künftig nicht mehr gebraucht. Wie denken Sie darüber?

**Gabriel:** Dem muss ich eindeutig widersprechen – spätestens in Zeiten der Pandemie wurde klar, dass wir kleinere Krankenhäuser, insbesondere als Teil unserer Daseinsvorsorge, brauchen. Wir müssen endlich darüber sprechen, was uns die Gesundheitsversorgung in der Fläche wert ist. Was die Politik derzeit diskutiert, ist ein kalter Krankenhaus-Abbau unter dem Deckmantel von Qualitätsvorgaben und gesetzlichen Restriktionen.

**Starke:** Wir brauchen kleine Kliniken, weil es in Zukunft immer mehr ältere Menschen gibt. Wenn ich einer Patientin, die in die Herzinsuffizienz rutscht, für zu Hause die notwendige Dosis der Entwässerung gebe, dann wird diese Patientin nicht schnell genug auf die Toilette kommen. Diese Patientin braucht keine umfangreiche Diagnostik, sie braucht drei Tage intensive Therapie unter qualifizierter Kurzzeitpflege. Hier müssen wir den Schwerpunkt der kleinen Häuser sehen, sehr eng vernetzt mit den Vertragsärzten. Aber es wird nicht in jeder kleinen Klinik die Technik vorrätig und mit Fachpersonal besetzt sein können, die wir in Zukunft haben werden. Wir müssen uns im Klaren sein, welche Aufgaben ein Maximalversorger hat und welche Aufgaben kleine Häuser haben. »

### Digitalisierung: Wo sehen Sie Handlungsbedarf und Strategien?

**Starke:** Die Schnittstellen müssen geöffnet werden! Wir haben im ambulanten und stationären Bereich unterschiedliche Softwaresysteme. Gerade in einer Zeit, in der die Digitalisierung nicht mehr wegzudenken ist, müssen wir uns digital besser vernetzen können. Hier tut sich Deutschland leider sehr schwer. In Höchst mussten anfangs am gemeinsamen Tresen zwei Computer stehen, einer für die Vertragsärzte und einer für die Klinik. Aber das haben wir inzwischen hinge kriegt.

**Gabriel:** Für den JoHo-Verbund haben wir eine klare, konsistente Digitalstrategie erarbeitet, die sich auf drei Kernbereiche konzentriert: interne Betriebsprozesse, zielgruppenorientierte Kommunikation und Kooperationsmanagement. Beispielsweise beschäftigen wir uns so seit 2016 unter anderem mit dem Thema Televisite. Wo fängt Digitalisierung an, wo hört sie auf?

Wir haben uns zunächst in unserem Verbund per Videokonferenz vernetzt. Was gut stationär–stationär funktionierte, haben wir dann auch auf den ambulanten Bereich ausgedehnt. Heute gibt es 42 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die sich live zu uns ins Krankenhaus für eine Fallkonferenz aufschalten können.

Für eine solide Strategie ist es wichtig, seine Ziele und Grenzen zu definieren: Wo fängt Digitalisierung an, und wo hört sie auf? Uns ist es wichtig, Patienten- und Zuweiserbindungen zu stärken beziehungsweise auszubauen, Mitarbeitende in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen und Arbeitsprozesse zu vereinfachen. Es muss ein klar erkennbarer Nutzen dabei entstehen. Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz haben wir eine hervorragende Chance, die Digitalisierung im Krankenhaus voranzutreiben.

## Patientenorientierte ambulante Versorgung durch Primärversorgungszentren

**Der demografische Wandel wird in den kommenden Jahren unser Gesundheitssystem noch mehr herausfordern. Für die komplexe Betreuung einer zunehmenden Zahl chronisch kranker und älterer Menschen sowie die zu erwartende Knappheit des Fachpersonals halten Primärversorgungszentren Lösungen in dreierlei Hinsicht bereit. Sie ermöglichen eine qualitative Weiterentwicklung auf der Ebene der hausärztlichen Versorgung, entlasten die zentrale Ressource „Hausärztin“ und bieten attraktive Arbeitsplätze für medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Personal.**

Mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ fördert die Robert-Bosch-Stiftung seit 2017 an mittlerweile 13 Standorten in Deutschland die Einführung und (Weiter-)Entwicklung von lokalen, inhaltlich umfassenden Gesundheitszentren, die wohnortnah die Primärversorgung in einer Region abdecken können.

In einem solchen Gesundheitszentrum arbeitet die Hausärztin, der Hausarzt mit einem multiprofessionellen Team. Sie haben den Anspruch, ihre Patient(inn)en ganzheitlich und vorausschauend entlang des Versorgungskontinuums zu betreuen. Fachärztliche Expertise lässt sich mit Hilfe der Digitalisierung über Telekonsile einbinden. Stationäre Episoden im Krankenhaus werden vorbereitet, und die Nachsorge wird umgesetzt.

Über die individuelle medizinische Versorgung hinaus sind diese Gesundheitszentren in ihrem Einzugsgebiet aktiv und bieten Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung an: zum Teil als eigenes Angebot und unter Einbeziehung von Ehrenamtlichen, zum Teil durch ein Netzwerk in der Kommune und Umgebung. Dafür verantwortlich sind Fachkräfte wie Community Health Nurses, die auch als Ansprechpartner(innen) in allen Gesundheits- und Krankheitsfragen und als Helfer(innen) bei der sektorenübergreifenden Koordination fungieren.

Die koordinierte Versorgung im PORT-Zentrum kann je nach regionalem Bedarf modular ergänzt werden. Dazu zählen neben einer direkten Integration von Fachärzt(inn)en auch Angebote der Kurzzeitpflege und Reha im Rahmen des Entlassmanagements, wie es bereits in einigen Zentren praktiziert wird. Darüber hinaus sind auch ein ambulantes OP-Zentrum mit Tagesbetten oder die Notfallbehandlung inklusive eines Schockraums und eines Rettungswagenstandorts denkbar.

Zu den drängendsten Herausforderungen bei der Etablierung der Zentren zählen die zukünftige Finanzierung von Leistungen, die nicht über die Sozialgesetzbücher abgedeckt sind, und der bisher nicht gegenfinanzierte Mehraufwand aus der Zusammenarbeit der Berufsgruppen wie zum Beispiel interdisziplinäre Fallkonferenzen. Zwar bieten der jüngst erweiterte § 140a SGB V und die selektivvertraglichen Rahmenbedingungen zunehmend mehr Möglichkeiten für die flexible Konfiguration kommunaler Gesundheitszentren, von einer finanziell gesicherten Regelversorgung für Primärversorgungszentren lässt sich allerdings noch nicht sprechen. Auch werden Berufs- und haftungsrechtliche Fragestellungen damit nicht adressiert und bedürfen der zusätzlichen Absicherung.

Eine umfassende Primärversorgung, wie sie das PORT-Konzept vorsieht, ist bedeutsam für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung und kann helfen, ambulant-sensitive Krankenhausfälle durch effektives Management chronischer Erkrankungen und Akutbehandlungen im ambulanten Sektor zu vermeiden. Neben der Neugründung solitärer Zentren kann auch ihre Angliederung an oder die Umwandlung in Primärversorgungszentren eine interessante Zukunftsperspektive für einzelne Krankenhäuser und die Menschen in ihrem Einzugsgebiet sein.

Was bedeutet dies für Krankenhäuser? Als regionale Spezialisten können sie zusammen mit den Primärversorgern der Region – auch unter Einbeziehung innovativer digitalisierter, interoperabler Lösungen – integrierte Behandlungspfade gestalten und das dafür notwendi-

ge medizinisch-pflegerische Fachpersonal interprofessionell qualifizieren. Starke und innovative stationäre Versorger gewinnen somit eine Schlüsselfunktion in der Integration der Sektoren vor Ort. Denn für die Patient(inn)en und Bürger(innen) ist entscheidend, einen erreichbaren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu haben und auf eine gute Qualität und Koordinierung ihrer Behandlung vertrauen zu dürfen.

Mehr: [www.bosch-stiftung.de/port](http://www.bosch-stiftung.de/port)

**Cordula Hoffmanns, Jannis Feller**  
Senior Projektmanager  
Gesundheit bei der Robert  
Bosch Stiftung GmbH



## Verband

### kkvd Sozialpreis 2021: Gemeinsam. Mehr. Wert.

**Dieses Jahr wird zum fünften Mal der kkvd Sozialpreis ausgeschrieben. Das fünfjährige Jubiläum fällt in eine besondere Zeit. Die Jahre 2020 und 2021 sind geprägt von einer weltweiten Pandemie. Der Lebens- und Arbeitsalltag der Menschen hat sich in einem bis dahin unvorstellbaren Maß verändert: Gewohnheiten mussten weichen, Planungen immer wieder angepasst werden, der Aktionsradius in Freizeit und Berufsalltag hat sich auf ein Minimum beschränkt. Vor allem diejenigen, die Sorge für andere Menschen übernommen haben, waren und sind einer besonderen Belastung ausgesetzt. Das ist insbesondere in Krankenhäusern spürbar. Der kkvd will dies aufgreifen und etwas von der Solidarität, die die Krankenhäuser in der Pandemie erfahren haben, zurückgeben.**

Der kkvd Sozialpreis 2021 hat das Motto: „Gemeinsam. Mehr. Wert.“ (s. Titelbild dieses Heftes). Denn die Pandemie zeigt deutlich, dass diese besondere Herausforderung nur mit großem gesellschaftlichen Zusammenhalt bewältigt werden kann. Beim diesjährigen Sozialpreis wollen wir daher bewusst die gesellschaftlichen Unterstützungsinitiativen über die Klinikmauern hinaus in den Mittelpunkt stellen. Engagement und Solidarität sind nicht als selbstverständlich zu erachten – sie haben einen Wert, einen Mehrwert. Als Ausdruck der christlichen Nächstenliebe tragen sie die Gesellschaft. Mit seinem Motto fügt sich der fünfte kkvd Sozialpreis in die Kampagne zum 125-jährigen Jubiläums des Deutschen Caritasverbandes ein: „Das machen wir gemeinsam“ ([www.dasmachenwirgemeinsam.de](http://www.dasmachenwirgemeinsam.de)).

### Solidarität hat viele Gesichter

Die Erfahrungen der letzten Monate haben sehr deutlich gezeigt, dass Solidarität ganz unterschiedlich verstanden und mit Leben gefüllt

werden kann. Menschen haben sich auf unterschiedlichen Wegen mit ihren Mitmenschen und ihrem Umfeld solidarisch – also verbunden – gezeigt. Der kkvd Sozialpreis möchte diese breite Vielfalt zeigen und honorieren. Ganz bewusst wird der diesjährige Preis daher für alle Aktionen, gesellschaftlichen Initiativen und Kooperationen geöffnet, die exemplarisch für Gemeinsinn und Zusammenhalt stehen. Dies können zum Beispiel Menschen sein, die alleine oder gemeinsam im Krankenhaus geholfen haben, oder ortsansässige Händler(innen), die mit Aufmerksamkeiten für die Beschäftigten ihre Unterstützung bekundet haben. Aber auch Mitarbeitende, die sich gegenseitig unterstützten, und kreative Köpfe, die sich Gedanken über nachhaltige Verbesserungen gemacht haben, um den Klinikalltag in der Pandemiebekämpfung zu erleichtern. Sie alle haben gehandelt und Verantwortung übernommen. Solche Initiativen können von kkvd-Mitgliedeinrichtungen nominiert werden.

Vorschläge für solche guten Aktionen und unterstützenden Maßnahmen, von denen Mitgliedeinrichtungen des kkvd beziehungsweise deren Mitarbeitende profitiert haben, können ab Anfang Mai 2021 über die Projekte-Website oder über die sozialen Medien gepostet werden. Hierfür ist nicht mehr als eine kurze Beschreibung – am besten mit einem Foto – nötig.

Wie in den Vorjahren auch wird eine Jury aus renommierten Expert(inn)en über die eingereichten Vorschläge beraten und Siegeraktionen küren. Ausgezeichnet werden sieben Aktionen, die die Idee des diesjährigen Sozialpreises in authentischer und vorbildhafter Weise zeigen. Jede Einrichtung, die eines dieser Projekte beziehungsweise Aktionen vorgeschlagen hat, erhält einen Gutschein von 1000 Euro, der wiederum für einen guten Zweck eingesetzt werden kann. Die Verleihung findet im Herbst 2021 statt.

Mehr Infos: [www.kkvdsozialpreis.de](http://www.kkvdsozialpreis.de)

mk

## NEU: NETZWERKTREFFEN

Mit dem „Netzwerktreffen Klinikleitung“ hat der kkvd ein neues digitales Austauschformat für die verbandsinterne Netzwerkarbeit etabliert. Am 4. Februar 2021 fand ein erstes, gut besuchtes Treffen statt, in dessen Mittelpunkt die bundespolitischen Entscheidungen zur Ausgestaltung der Corona-Ausgleichszahlungen standen.

Mit dem digitalen Netzwerktreffen Klinikleitung möchte der kkvd den Leitungen katholischer Krankenhäuser künftig eine neue Möglichkeit zum offenen Erfahrungsaustausch zu aktuellen Herausforderungen und zur internen Vernetzung anbieten. Zu diesem Zweck findet ein Teil der Diskussionen in Kleingruppen statt. Die nächsten Termine sind in Vorbereitung.



# NACHGEDACHT



**Dr. Ilkamarina Kuhr**

*Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bereich Pastoral*  
E-Mail: [i.kuhr@dbk.de](mailto:i.kuhr@dbk.de)

## Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Hospiz- und Palliativversorgung stellt eine wichtige Perspektive dar, die Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung ein Sterben in Würde

ermöglicht. Sie richtet sich auf die ganzheitliche Bedürftigkeit des Menschen und bietet eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung an.

Gute palliative Fürsorge will das vielschichtige Leiden von Schwerkranken und Sterbenden lindern. Dazu gehört auch, dem seelischen Schmerz zu begegnen. Der einfühlsame Umgang mit existenziellen Fragen und mit Fragen des Glaubens, die sich in der Nähe des Todes stellen, wird in unserer alternden Gesellschaft zunehmend wichtig. Seelsorgende, die im Auftrag der Kirchen ihren Dienst tun, sind darin ausgebildet, mit Patientinnen und Patienten, aber auch mit deren Angehörigen und mit den Mitgliedern des Behandlungsteams zum Beispiel über deren Ängste und Fragen nach Sinn, Schuld und Vergebung zu sprechen und über die Hoffnung auf ein ewiges Leben. Das Angebot der Seelsorge richtet sich dabei an alle Menschen – unabhängig von ihrer Konfession oder Weltanschauung.

Seelsorge ist ein fester Bestandteil der ganzheitlichen Behandlung in der Palliativversorgung. Dies entspricht anerkannten fachlichen Standards. Im Jahr 2002 hat die World Health Organization (WHO) die Wahrnehmung der spirituellen einschließlich der religiösen Bedürfnisse von Kranken im Konzept der Palliativversorgung festgeschrieben. Patientinnen und Patienten müssen in ihrer letzten Lebensphase angesichts der betroffenen existenziellen Dimension von Leiden und Sterben auch eine spirituelle einschließlich religiöse Versorgung gemäß ihren individuellen Bedürfnissen erhalten können, wenn sie dies wünschen.

Um dies gewährleisten zu können, sind ausgebildete Seelsorgerinnen und Seelsorger selbstverständlicher Bestandteil des Behandlungsteams und übernehmen eine anteilige Verantwortung am Therapieplan. Entsprechend werden sie auch nach der S3-Leitlinie Palliativmedizin regelmäßig als Teammitglieder aufgeführt. Ihre seelsorglichen Leistungen können qualifiziert nicht von anderen Berufsgruppen erbracht werden, die zudem auch einen jeweils anderen Kernauftrag haben.

Vor diesem Hintergrund ist es befremdend und irritierend, dass die gesetzlichen Krankenkassen derzeit die Leistungen der qualifizierten Krankenhausseelsorger(innen) in der Palliativversorgung nicht mehr berücksichtigen wollen. Dies würde einen Rückschritt hinter fachliche Standards bedeuten und ohne Not einen essenziellen Bereich der ganzheitlichen palliativen Versorgung beschneiden.

Die deutschen Bischöfe hingegen setzen deutliche Akzente, um die kirchliche Sterbebegleitung im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung zu stärken. Sie haben in ihrer Frühjahrsvollversammlung 2021 die Erklärung „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38) – Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden“ verabschiedet. Dieses Grundlagenpapier setzt die drei Bereiche der Palliative Care, Spiritual Care und kirchlichen Seelsorge zueinander ins Verhältnis und erschließt sie so, dass ihre jeweiligen Profile für alle Berufsgruppen sowie für Patientinnen und Patienten nachvollziehbar werden. Die Bischöfe nehmen dabei auch erstmals Stellung zu dem noch jungen Fachgebiet „Spiritual Care“, das sich mit der kirchlichen Seelsorge teilweise überschneidet, aber auch von ihr unterscheidet. Die Erklärung erscheint noch in diesem Frühjahr in der vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz herausgegebenen Reihe „Die deutschen Bischöfe – Pastoralkommission“.

Ilkamarina Kuhr

## IMPRESSUM

[www.kkvd.de](http://www.kkvd.de)

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)  
Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 0 30/2 40 83 68-11

Redaktion: Bernadette Rümmelin (rü) (Sprecherin der Geschäftsführung; verantwortlich), Thomas Vortkamp (vo), (Geschäftsführer; verantwortlich), Herbert Möller (mö), Klemens Bögner (neue caritas)

Redaktionsbeirat: Birgit Trockel (bt), Karoline Körber (kö), Michael Kretschmer (mk)

Redaktionssekretariat: Jennifer Riedel, Tel. 0 30/2 40 83 68-15, Fax: -22, E-Mail: [kkvd-aktuell@caritas.de](mailto:kkvd-aktuell@caritas.de)

Vertrieb: Bettina Weber, Lambertus-Verlag GmbH; Tel. 07 61/3 68 25-0, Fax: 3 68 25-33,  
E-Mail: [neue-caritas@lambertus.de](mailto:neue-caritas@lambertus.de)

Titelbild: kkvd

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung. ISSN 2190-4448.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.