

Regionale sektorenübergreifende Gesundheitszentren



die schnell umsetzbare, wirtschaftliche tragfähige, versorgungs-
wirksame und zukunftsorientierte Alternative zum SÜV

Klinikträger stehen zunehmend vor der Frage, wie Standorte mit reduzierter strategischer Priorität langfristig tragfähig weiterentwickelt werden können.

Viele kleinere Krankenhäuser befinden sich in der Situation:

- Sanierungsbedarf in der baulichen Infrastruktur
- begrenzte Leistungsprofile
- fehlende klare Zukunftsaussichten
- sinkende Attraktivität für ärztlichen Nachwuchs
- zunehmender Investitions- und Personaldruck

Mit den geplanten sektorenübergreifenden Versorgungszentren (SÜV) schafft der Gesetzgeber zwar eine neue strukturelle Option für kleinere Klinikstandorte, löst jedoch nicht automatisch die zentralen Versorgungsprobleme im Übergang zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege.

Die praktische Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgungszentren (SÜV) dürfte sich auch nach der nun vorliegenden „Vereinbarung zu den stationären Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g Abs. 3 SGB V“ weiterhin schwierig gestalten. Zwar werden darin einzelne medizinische Leistungsbereiche definiert, zentrale Fragen der praktischen Umsetzung bleiben jedoch weiterhin offen. Dies betrifft insbesondere die konkrete Finanzierungs- und Vergütungsstruktur, die wirtschaftliche Tragfähigkeit kleiner stationärer Einheiten sowie deren organisatorische Einbindung in bestehende Versorgungsstrukturen.

Vor diesem Hintergrund bleibt das SÜV-Modell derzeit ein gesundheitspolitisches Strukturkonzept, dessen betriebswirtschaftliche und organisatorische Ausgestaltung vielerorts noch ungeklärt ist.

Die zentrale Frage lautet daher, welche Versorgungsstruktur an diesen Standorten tatsächlich benötigt wird: eine weiterhin medizinisch geprägte Krankenhausstruktur oder eine pflegerisch ausgerichtete Übergangs- und Krisenversorgung, ergänzt durch ambulante medizinische und rehabilitative Angebote.

Die strategische Entscheidung lautet daher nicht ob aus der Einrichtung ein Sektorenübergreifendes Versorgungszentrum wird sondern:

„Wie wird dieser Standort wirtschaftlich stabil, strukturell sinnvoll und regional unverzichtbar?“

Unsere Erfahrung zeigt:

Diese Klinikstandorte benötigen keine kostenintensive Krankenhausstruktur im klassischen Sinne – sie benötigen:

- ein klar definiertes Angebot der Übergangs- und Kurzzeitversorgung
- ein pflegerisch-therapeutisches – sektorenübergreifendes Konzept
- ein tragfähiges Erlösmodell

Genau hier liegt der entscheidende Unterschied zwischen einer rein formalen Umwandlung in ein sektorenübergreifendes Versorgungszentrum und einer echten strategischen Neupositionierung als

Regionales sektorenübergreifendes Gesundheitszentrum (RSG).

Im Gegensatz zur formalen Umwandlung zum SÜV, bei der die Gefahr besteht, dass bestehende Strukturen fortgeschrieben werden, setzt die strategische Neupositionierung des Standorts als RSG auf ein eigenständiges, wirtschaftlich tragfähiges Leistungsprofil mit klar definiertem Versorgungsauftrag.

Ein zentraler zukunftsweisender Baustein eines RSG ist die Etablierung einer wirtschaftlich und organisatorisch eigenständigen **Kurzzeitpflege** mit Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI. Sie adressiert gezielt den wachsenden Bedarf an Übergangs-, Entlastungs- und Krisenversorgung und schafft zugleich ein klar kalkulierbares Erlösmodell.

Zudem entspricht diese Ausrichtung den Zielsetzungen des **Zukunftspakts Pflege**, insbesondere der Stärkung der Kurzzeitpflege als Bestandteil einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur. Kurzzeitpflege übernimmt dabei eine zentrale Funktion

- **in der Übergangsversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt**, wenn keine medizinische Behandlungsnotwendigkeit mehr besteht, eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit jedoch noch nicht möglich ist,
- **in akuten Notfällen und häuslichen Krisensituationen**, etwa bei gesundheitlichen Verschlechterungen des Pflegebedürftigen oder beim kurzfristigen Ausfall der Hauptpflegeperson,
- **bei planbaren Abwesenheiten der Hauptpflegeperson**, beispielsweise während Urlaubs- oder Erholungszeiten.

Der Standort würde sich damit frühzeitig in eine Versorgungsstruktur einordnen, die gesundheitspolitisch ausdrücklich gewünscht und perspektivisch weiterentwickelt wird.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist in § 42 SGB XI geregelt. Die Einrichtung wird am Standort auf Grundlage der „Gemeinsamen Empfehlungen nach § 88a SGB XI zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege“ etabliert. Eine Umsetzung ist unabhängig vom laufenden Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausreform möglich und kann daher kurzfristig realisiert werden.

Eine Finanzierung der evtl. erforderlichen Umbaukosten sollte dabei über das bayerische PflegeSoNah-Programm erfolgen, das eine Förderung von bis zu 100.000 € je Platz vorsieht, und nicht über den Krankenhaustransformationsfonds (KHTFV).

Parallel dazu kann die therapeutische Behandlung unmittelbar angebunden werden. Physiotherapie, Ergotherapie oder andere rehabilitative Maßnahmen werden als ambulantes Setting direkt am Standort durchgeführt und in das Versorgungskonzept integriert. Dadurch entsteht eine geschlossene, wirtschaftlich tragbare Behandlungskette aus pflegerischer Stabilisierung und therapeutischer Aktivierung, die **rehabilitative Kurzzeitpflege**.

Wird am Standort ein ambulantes Operationszentrum etabliert, besteht in diesem Setting die Möglichkeit, ambulant operierte Patientinnen und Patienten, die sich postoperativ in der eigenen Häuslichkeit vorübergehend nicht selbst versorgen können, strukturiert in eine stationäre kurzzeitpflegerische, rehabilitative Betreuung zu überführen – ohne hierfür klassische Krankenhausbetten nutzen zu müssen.

Die medizinische Intervention und die therapeutische Begleitung bleiben ambulant organisiert, die pflegerische Betreuung erfolgt bedarfsgerecht und zeitlich begrenzt im stationären Setting. So wird die postoperative, pflegerische Versorgung qualitativ gesichert und die Krankenhausbetten entlastet ohne die kostenintensive Krankenhauslogik fortzuführen.

Dies stellt ein praxisnahes Konzept einer echten sektorenübergreifenden Zusammenarbeit dar: Medizin, Pflege und Therapie greifen ineinander und bilden ein integriertes Versorgungsmodell mit klarer regionaler Funktion und wirtschaftlich planbarer Struktur.

So wird aus einer strukturellen Restgröße ein profilierter Gesundheitsstandort mit wirtschaftlicher Perspektive, klar definierter Versorgungsrelevanz und konsequent sektorenübergreifender Ausrichtung.

**Es bedarf somit keiner neuen Systemarchitektur, sondern einer
konsequenten, strategisch gesteuerten Nutzung der bestehenden
Instrumente.**