



Das Modell „Gesundheitshaus als erweiterter Hybridversorger“

Wie lassen sich zukünftige Versorgungskonzepte innerhalb einer antievolutionären Bevölkerungsentwicklung realisieren? Wie kann eine seniorengerechte Versorgung innerhalb neuer Strukturen gelingen? Können sich alte und junge Menschen außerhalb tradierter Familienstrukturen zukünftige Versorgungsbedarfe gemeinsam bewältigen? Welche Modelle können traditionelle Versorgungsstrukturen ergänzen bzw. weiterentwickeln? Können architektonische Erklärungen bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen unterstützen? Alle diese Fragen beschäftigen sich mit den Grundgedanken zur Konzeption eines Gesundheitshauses für die Bewältigung zukünftiger Anforderungen aus dem Zusammenspiel von Bevölkerungsentwicklung, gesundheitspolitischen Strömungen, notwendiger Familienentwicklung und der zukünftigen Versorgungslage unserer Seniorinnen und Senioren.

Bevölkerungsentwicklung

Bis zum Jahr 2030 wird der Bevölkerungsanteil der über sechzigjährigen bei ca. 35% liegen und der Anteil der unter zwanzigjährigen bei ca. 18% (Destatis 2017) liegen. Die Versorgungsverantwortung lastet demnach auf ca. 47% der Bevölkerung im mittleren Altersdrittel.

Diese Entwicklung wird von einer Auflösung traditioneller Familienstrukturen (Generationenvertrag zur innerfamiliären Versorgung) geleitet. Darüber hinaus ist mit einem stärkeren Anstieg von Single-Haushalten zu rechnen.

Der Ausstieg aus der Arbeitswelt erfolgt in Begleitung von Altersarmut, Vereinsamung und altersbedingt ansteigenden Begleiterkrankungen. Altersentwicklung, innovative Behandlungsverfahren und eine stetig steigende Teuerungsrate in Bezug auf Lebens-

grundlagen führen zu einem Aufbrauchen gesunder Lebenszeit.

Veränderte Familienstrukturen

Moderne Familien entwickeln sich immer weiter von einer traditionell geprägten „Normalbiographie“ hin zu einer modern geprägten und distanzierten Lebensführung innerhalb der Familiengruppe. Hier ist es notwendig, dass beide Elternteile arbeiten müssen, um einen Lebensstandard zu generieren, so dass Familien sich frühzeitig zunächst sozial dann beruflich differenzieren und sich bis ins hohe Alter immer weiter isolieren. Das hat gravierenden Einfluss auf die Erziehung der Kinder und Jugendlichen sowie die Versorgung der älteren Generationen. Beides wird zunehmend von anderen Institutionen wie Schulen oder Ausbildungseinrichtungen, oder bei den Senioren durch Wohngruppen bzw. Senioreneinrichtungen übernommen.

Erkennbare Versorgungsmängel

Kurzzeit-, Verhinderung- und, Tagespflege

Im Vergleich zur Anzahl an Bewohnerplätzen ist das Angebot an Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen zu gering. Die Versorgungsmodelle Kurzzeit- (§ 42 SGB XI) und Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie die Tagespflege sind unverzichtbarere Bausteine zur Sicherung der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Personen, da sie vorübergehende Engpässe überbrücken und damit einen grundsätzlichen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit längerfristig ermöglichen.

Kinderbetreuung

Nach statistischen Berechnungen wird der Bedarf an Kitaplätzen weiter steigen. Frühkindliche Betreuung außerhalb von Familienstrukturen erfolgt nicht mehr negativ behaftet. Immer mehr Frauen wollen immer früher zurück in den Beruf, deshalb sind



Familien früher auf Betreuungsmodelle außerhalb der Familienstruktur angewiesen.

Jugendbetreuung

Die Jugendlichen müssen sich mit einer Vielzahl von Entwicklungsaufgaben auseinandersetzen. Die Komplexität der Anforderungen, denen sie sich stellen müssen, wird durch eine zunehmende Differenzierung von Orientierungs- und Verhaltensmustern, fortschreitender Individualisierung, wachsender Zahl an Lebensstilen und -entwürfen sowie einer abnehmenden Planbarkeit ihrer persönlichen Zukunft erschwert. Viele Jugendliche fühlen sich in dieser Situation verunsichert und orientierungslos und benötigen entsprechende Unterstützung. Bei der Sozialarbeit besteht bereits jetzt schon ein erheblicher Fachkräfte- und Ressourcenmangel.

Abbau von Gesundheitseinrichtungen

Kleine Krankenhäuser (< 150 Betten) gelten seit Beginn der Gesundheitsreform (1995) und der Einführung der pauschalierten Fallvergütung (2004) zukünftig als nicht mehr Überlebensfähig. Mit dem Krankenhausstrukturfonds (§ 12 Abs. 1 KHG) soll der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (ambulante, sektoren- übergreifende, palliative Versorgungseinrichtungen oder stationäre Pflege oder Rehabilitationseinrichtungen) gefördert werden. Förderungsfähige Vorhaben bedeuten demnach entweder die dauerhafte Schließung, standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten oder eine Umwandlung in sinnstiftende Versorgungszentren. Die Vorhaben können grundsätzlich auf das Krankenhaus oder auf Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses, insbesondere Standorte, unselbständige Betriebsstätten oder eine Fachrichtung, mindestens aber eine

Abteilung eines Krankenhauses, bezogen sein. Förderungsfähige Kosten sind zum einen Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen, zum anderen Kosten für erforderliche Baumaßnahmen. Auch Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten, die ein Krankenhausträger aufgenommen hat, um ein förderungsfähiges Vorhaben zu finanzieren, sind förderungsfähig. Nicht förderfähig sind vom Land zurückgeforderte Mittel der Investitionsförderung.

Anforderungen an eine Generationengerechte und -übergreifende Versorgung

Ein Versorgungsmodell der Zukunft könnte aus der Idee generiert werden, junge und alte Generationen wieder füreinander zu interessieren. Junge und alte Menschen werden in solch einem gemeinsamen Projekt in neuen, anderen Konstrukten als in herkömmlichen Familienkonstellationen zusammengeführt. In solchen Situationen kann ein intensiver Erfahrungs- und Lern- austausch gelingen. Darüber hinaus können Jugendliche für die demographische wie auch soziale Entwicklung unserer Gesellschaft sensibilisiert werden. Wir erhoffen uns, dass Senioren den Jungen Lebenserfahrung vermitteln. Im Umkehrschluss unterstützen Kinder und Jugendliche die Senioren bei der Bewältigung von altersbedingten Defiziten. Das beginnt bereits im Vorschulalter und setzt sich in den folgenden Schuljahren fort. Es geht hierbei auch darum den jungen Leuten einen festen Beziehungspunkt innerhalb ihrer Freizeit zu bieten sowie ihnen die Gelegenheit zu geben und sich beruflich im sozialen Feld zu orientieren. Nur an wenigen Institutionen kann dies besser gelingen und gesteuert werden als in einer sozialen Einrichtung wie in einem Gesundheitshaus mit Hybridversorgung. Wir vereinen demnach die Seniorenbetreuung mit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen. In dieser symbiotischen Konstellation können sich die Nutzer der Einrichtung gegenseitig, unter der



fachgerechten Anleitung und Aufsicht von Fachpersonal, unterstützen bzw. ergänzen. Ein Gesundheitshaus eröffnet idealerweise Potentiale für eine Generationen übergreifende Quartiersarbeit bei gleichzeitiger Kompensation von Fachkräftemangel. Die Wahrscheinlichkeit, dass daraus auch die Fachkräfte der Zukunft generiert werden können ist in diesem Modell höher, als eine Rekrutierung auf dem üblichen Weg.

Strukturelle Unterstützung

Zur Bewältigung der genannten Anforderungen eignen sich Gebäudestrukturen wie sie auch in kleineren Krankenhäusern, die von einer Schließung bedroht sind oder sich bereits in der Abwicklung befinden zu finden sind. Hier sind sich ausreichend räumliche Grundstrukturen wie Tagesräume, Schlafgelegenheiten, Physiotherapeutische Einheiten und in der Regel eine Großküche vorhanden. Grundsätzlich reichen diese Räumlichkeiten aus, um z.B. Kurzzeit- und Tagesspflegen zu etablieren.

Strukturierung, Umbau, Modernisierung, Finanzierung und Erlösgenerierung

Eine der primär wichtigsten Fragestellung beschäftigt sich mit der Finanzierung von Umbau und Betrieb sowie der Erlösgenerierung. Analog zur Seniorenbetreuung können auch in einem Gesundheitshaus SGB Leistungen abgerechnet werden. Insbesondere innerhalb einer gut organisierten Tagespflege sowie Kurzzeit- und Verhinderungspflege lassen sich je nach Struktur und Mengendynamik Kostenneutralität im laufenden Betrieb erreichen. Gelingt es das Modell des Gesundheitshauses plausibel zu präsentieren, können für Sanierung und Umbau sowie darüber hinaus als Anschubfinanzierung Gelder aus dem Krankenhausstrukturfond generiert werden. Eine gut sanierte und den Ansprüchen entsprechend umgebaute Klinik der o.g. Größenordnung bietet die Möglichkeit weitere Gelder aus Vermietung von Räumlichkeiten oder den Betrieb einer Großküche mit

modernen Kostformen über die Versorgung des Gesundheitshauses hinaus.

Weitere Modelle aus der Ideenschmiede könnten der Betrieb eines komplett ausgestatteten ambulanten OPs oder Endoskopie sein. Hier würden komplett, mit Betriebsmitteln und Personal ausgestattete Zeitkorridore für externe Interessenten vermietet. Ebenfalls könnte eine außerklinische Intensivpflege oder sogar eine Intensivmedizinische Rehabilitation betrieben werden. Ein einschlägiges Ärztehaus mit Poliklinik und eine Physiotherapie mit Fitnessbereich runden das Gesamtbild ab. Alle genannten Geschäftsfelder werden bereits in Satellitenorganisationen erfolgreich geführt. Die Vernetzung der genannten Geschäftsfelder unter einem Dach unterstützt die Bemühungen Gesundheit in einer anderen Form Familien- und Ortsnah anzubieten. Da kleinere und unrentable Kliniken meist in den ländlichen Bereichen verortet sind könnte auch hier die Primärversorgung aufrechterhalten werden.

Es schließt sich nun die Frage an, wie ein Gesundheitshaus realisiert werden kann. Ein Gesundheitshaus in der beschriebenen Art ist sehr komplex strukturiert und erscheint in einer spontanen Realisierung eher nur schwer umsetzbar. Eine professionelle Organisation sollte ausschließlich durch ein einschlägiges Expertentum erfolgen. Der Fokus liegt dabei auf der professionellen Prozessorganisation und Führung abseits von ausschließlich in Netzwerken generierten Personenstrukturen.

Zusammenfassung

Die Versorgung von Senioren und jüngeren Menschen in der nahen Zukunft ist ein noch nicht durchgreifend gelöstes Problem. Bedarfe bestehen darüber hinaus in der ambulanten sowie intensivmedizinischen Versorgung und der gemeindenahen Anbindung von Versorgungseinrichtungen insbesondere im ländlichen Raum. Demgegenüber stehen immer mehr Schließungs-



prozesse kleinerer Kliniken, gefolgt von Personalfreistellung und Unterversorgung. Die Kliniken, einst als Vorzeigeobjekt der politischen Interessen, finden in ihrer ursprünglichen Bestimmung kein Interesse mehr. Wirtschaftlichkeit hat eine vorrangige Position eingenommen. Die Umorientierung einer Klinik in ein Gesundheitshaus könnte ein Ausweg aus den beschriebenen Dilemmata darstellen. Sogar ein wirtschaftlicher Betrieb ist möglich.

Primär aber würden Arbeitsplätze erhalten und eine Familien- sowie gemeindenahere Versorgung gewährleistet. In der politischen Orientierung stellt sich das Gesundheitshaus erneut als eine sozialpolitische Errungenschaft dar. Politische Entscheider, Dienstleister als auch Versorgungsbedürftige partizipieren in gleichartiger Weise.

Innerhalb der Projektierung mit einschlägig erfahrenen Experten rückt die Machbarkeit eines Gesundheitshaus als erweiterter gemeinde- und familiennaher Hybridversorger in greifbare Nähe.

Andreas Vossen
SystemLösungen in
GesundheitsOrganisationen
Am Bongert 18
D-41812 Erkelenz
Mobil: +49 (0)152 36 31 83 87
Web: www.andreasvossen.de
Mail: box@andreasvossen.de
A

