

# Intersektorale Versorgung in der Coronakrise

## Von der Behandlung nach Abrechnungsart zur Abrechnung nach Behandlung

Von Prof. Dr. Erika Raab

*In den vergangenen Wochen war die Bewältigung der Covid-19-Pandemie prägendes Thema in der Politik, den Medien und der Bevölkerung. Durch den unmittelbaren Zwang, schnell pragmatische Lösungsansätze zur Erkennung und Behandlung zu finden und zugleich die Sicherstellung der Kapazitäten in den Krankenhäusern zu erreichen, entwickelten sich diverse Strategien der Gesundheitsversorger, die Krise zu bewältigen. Der Fokus lag dabei primär in der Hochleistungsmedizin der Intensivstationen. Doch abseits dieser sahen sich auch kleine Krankenhäuser gerade in Flächenregionen gezwungen, an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Medizin Strategien zu entwickeln, um leistungsfähig und nachhaltig die adäquate Versorgung sicherzustellen. Nachdem nun im Umgang mit Covid-19 eine gewisse Routine eingeleitet ist, sollen an dieser Stelle einzelne Instrumente in der Behandlung an der Sektorengrenze aufgezeigt und mit Blick auf die Diskussion um die künftige Ausrichtung des Gesundheitssystems an der Sektorengrenze reflektiert werden.*

**Keywords:** Medizincontrolling, Strategie

Im Landkreis Groß-Gerau zeigte sich bereits Ende Februar die Nachfrage nach Testungen auf Covid-19. Zu diesem Zeitpunkt war die Diskussion auf der Ebene der Selbstverwaltungspartner zur Einrichtung von Testzentralen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenerztlichen Vereinigung in vollem Gange. Seitens der niedergelassenen Kollegen des Landkreises erhielt die Kreisklinik die Hinweise, dass Schutzmaterialien nicht bzw. nur marginal verfügbar waren. Infolge des im Nachhinein als glücklich zu bezeichnenden Umstandes, dass die Kreisklinik Groß-Gerau frühzeitig größere Anschaffungen von Schutzausrüstung getätigt hatte, reifte der Entschluss, zunächst kompensatorisch die Ersttestungen zu übernehmen, bis die Sicherstellung der Ausrüstung der niedergelassenen Kollegen verzeichnet wird.

Zunächst wurde überlegt, wie vermieden werden konnte, dass Patienten mit Verdacht auf eine Covid-19-Infektion nicht die Notaufnahme der Kreisklinik oder des medizinischen

Versorgungszentrums an der Kreisklinik betreten, um unnötige Expositionen anderer wartender Patienten und des Personals zu vermeiden. Zugleich sollte die Schutzausrüstung ressourcenschonend genutzt werden. Kurz und gut: Das Verfahren sollte pragmatisch, einfach und sicher sein.

Da das Gelände der Klinik und des MVZ über einen großzügigen Parkraum verfügt, fiel sehr schnell im Rahmen der hygienischen und logistischen Prüfung die Entscheidung, Testabstriche am Auto einzuführen. Im Rahmen der Praxis wurden der Behandlungscluster definiert, Zeitfenster für die jeweiligen Untersuchungen freigehalten und unter Hinzuziehung der technischen Abteilung der Klinik Parkplatzeinweiser gestellt.

Das Modell, welches von den Mitarbeitenden und der Bevölkerung eine starke positive Resonanz erfuhr, wurde schnell in der „Corona-Umgangssprache“ als „Corona-Drive-In“ bezeichnet. In der „Übungspha-

Foto: vegefox.com – stock.adobe.com

se“ in der ersten Märzwoche war die Häufigkeit der Tests mit bis zu 10 Testungen pro Tag nahezu überschaubar. Das änderte sich schlagartig, als die Urlaubsrückkehrer aus den Hotspots Testungen benötigten. Da sich die Testzentralen der KV noch im Aufbau befanden, Groß-Gerau jedoch bereits im Praxisbetrieb lief, stiegen die Testungen aufgrund überregionaler Anfragen in den letzten 2 Märzwochen auf 150 pro Tag, einschließlich Wochenenden an.

Hilfreich war dabei die von der KV Hessen implementierte Möglichkeit, zusätzliches Hilfspersonal nutzen zu dürfen. So konnte Klinikpersonal, welches aufgrund der Freihaltung der Kapazitäten keine wesentliche Beschäftigung hatte, unterstützend zur Verfügung gestellt werden.

### **Corona-Hotline und Corona-Mail – die interdisziplinäre Koordination am Gesundheitsstandort**

Mit den steigenden Anfragen zum Umgang mit Corona, zu telefonischen Anmeldungen für Untersuchungen oder Testungen und diversen Nachfragen sowohl in der Kreisklinik, als auch im MVZ, die an unterschiedlichsten Orten aufschlugen, wurde die Einrichtung einer zentralen Hotline für den Standort erforderlich. Die Einrichtung der „Corona-Hotline“ wurde, nachdem das Gesundheitsamt, aber auch die Rettungsleitstellen unter dem Andrang von Anfragen blockiert waren, beschleunigt.

Zu diesem Zeitpunkt war die Hotline der KV (116 117) noch nicht umfangreich ausgerüstet, so dass die Belegschaft der Besetzung einer solchen Gemeinschaftsnummer zustimmte. In Spitzenzeiten, insbesondere nach der Rückkehr der Urlauber aus Risikogebieten, wurden in der 24 Stunden an 7 Tagen die Woche betriebenen Hotline täglich über 800 Anrufe verzeichnet. Diesem Ansturm konnte mit einem zehnköpfigen Gemeinschaftsteam aus Mitarbeitenden des MVZ und der Kreisklinik begegnet werden.

In der gemeinschaftlichen Basishotline erfolgte die Sortierung der Anliegen der Anrufenden. Testkriterien des RKI wurden abgefragt und sor-

tiert bei jenen, die Testwünsche hatten. Patienten mit Fieber und Erkältungssymptomen ohne RKI-Indikationen für einen Test wurden zur medizinischen Prüfung kategorisiert, Rezeptwünsche aufgenommen. Krankschreibungen, behördliche Anfragen, Umgang mit behördlichen Auflagen oder Seelsorge bildeten weitere Bedürfnisse.

Ein zweites Team der Praxis kümmerte sich anschließend um die zeitliche Koordination der Testpatienten. Um Staus und lange Wartezeiten zu vermeiden, wurden Termine für den „Drive-In“ vergeben. Nach erfolgter Testung übernahm das Team ebenfalls die Information zu den Testergebnissen und der weiteren Vorgehensweise.

### **Videosprechstunde für Quarantänepatienten und „normale“ Patienten**

Nachdem zunächst die getesteten Covid-19-Patienten überwiegend leichte Symptome aufwiesen, entschied die Ärztliche Leiterin des MVZ, diese regelmäßig telefonisch zu kontaktieren, um eine aktuelle Statusbestimmung vorzunehmen. Da diese Patienten in der Regel zu den jüngeren Altersgruppen zählten, jedoch unterschiedliche Schweregrade im Verlauf der Quarantäne verzeichnet werden konnten, wurde das Angebot des MVZ sehr zeitnah um eine telemedizinische Komponente erweitert, um eine bessere Beurteilung der Krankheitssituation vornehmen zu können.

### **Intersektorale Fiebersprechstunde**

Patienten, bei welchen die Frage nach einer erweiterten Diagnostik auftrat und eine stationäre Aufnahme zu prüfen war, wurden in einen separaten Untersuchungsbereich geleitet. Im Rahmen der Anpassung der Infrastruktur der Kreisklinik und des MVZ war räumlich zwischen der Notaufnahme und dem MVZ eine dritte Zone eingerichtet worden, in dem sowohl Fälle mit erhöhten Schutzausrüstungsvorkehrungen als auch spezifisch zugeordnetes Personal seinen Dienst versah.

Ursprünglich als Ergänzung zur Behandlung von Fieberpatienten der Region geplant, zeigte sich jedoch, dass landkreisübergreifend Infekt-

Patienten die Fiebersprechstunde anliefen, weil viele allgemeinärztliche und internistische Praxen das Angebot nicht vorhielten und Patienten abwiesen.

Um ressourcenschonend zu arbeiten und zugleich die umfangreichen Hygienemaßnahmen intersektoral einhalten zu können, wurde eine „Gemeinschaftszone“ eingerichtet. Dank der zwischen MVZ und Klinik abgestimmten Terminierung von Fieberpatienten, Infektfällen und Coronapatienten mit zunehmender Verschlechterung des Krankheitsbildes konnte die Fallsteuerung so optimiert werden, dass frühzeitig ein abgestimmtes Verfahren zur Erstbehandlung und Risikominimierung an der Sektorengrenze möglich war.

### **Corona-Mobil: Versorgung in den Altenheimen und Hausbesuche**

Nachdem im Landkreis mehrere niedergelassene Ärzte erkrankt oder in Quarantäne waren, trat ein weiterer Bedarf auf. Wie sollte mit Verdachtsfällen in Pflegeheimen umgegangen werden? Wer testet wo? Wie werden Hausbesuche organisiert? Was ist mit den Patienten, die kein Auto haben bzw. nicht fahren können? Auch hier fand sich eine kreative Lösung. Ein Lieferwagen der Kreisklinik wurde so umgerüstet, dass ein ärztlicher Fahrdienst eingerichtet werden konnte. Das Corona-Mobil erhielt eine mobile Grundversorgungsausrüstung, so dass Abstriche und Untersuchungen extern unter Einhaltung der Schutzmaßnahmen in den Pflegeheimen als auch bei häuslichen Besuchen vorgenommen werden können. Die Terminierung erfolgt auch hier unter Nutzung der Corona-Hotline oder mit einer Anmeldung per E-Mail. Mittlerweile wird das Corona-Mobil auch für Serientestungen in Betrieben und öffentlichen Einrichtungen genutzt.

### **Corona-Team: Versorgung im stationären Bereich**

Nachdem der Aufruf des Gesundheitsministers zur Freihaltung von Kapazitäten im stationären Bereich und der Schaffung von Intensivplätzen ergangen war, wurde im Rahmen der Pandemie Vorbereitung der Stationsbetrieb der Klinik konzeptionell in Abstimmung mit dem Ka- ▶

tastrophenschutz des Landkreises vorgenommen. Da der Landkreis neben der Kreisklinik Groß-Gerau auch über eine weitere Klinik verfügt, wurde frühzeitig ein Stufenplan aufgesetzt, der eine Arbeitsteilung zwischen den Häusern vorsah. Um die Non-Covid-19-Patienten weiterhin optimal versorgen zu können, wurde vereinbart, dass Corona-Verdachtsfälle im Rahmen der ersten Stufe nach Groß-Gerau geleitet werden, während die Partnerklinik so lange wie möglich die Normalversorgung aufrecht erhält.

Aufgrund der baulichen Gegebenheiten in der Kreisklinik konnte ein großzügiger Isolationsbereich für Corona-Patienten auf der Normalstation eingerichtet werden. Die Intensivstation wurde komplett für die Behandlung von Covid-19 vorgesehen. Logistisch trennbar und mit separierten Behandlungsteams ausgestattet, ist die Kreisklinik aufgrund einer äußerst komfortablen Personalsituation in der Lage, den Schwerpunkt auf Covid-19-Patienten zu legen.

### **Corona-Intensiv: Im Grenzbereich**

Die Kreisklinik verfügt regulär über eine Intensivstation mit 8 Beatmungsplätzen. Im Bedarfsfall kann auf 16 Intensivbetten aufgerüstet werden, wobei 12 Plätze einer Beatmung zugänglich sind. Aufgrund umfangreicher Schulungen der Pflege und der Bereitschaft examinierter Pflegepersonals, unter Anleitung fachkundig intensivmedizinischer Pflegeleitung in jeder Schicht tätig zu sein, kann das Personal mit einem Backup-System geplant werden.

Da die Mehrzahl der Patienten in der Kreisklinik Groß-Gerau seit ihrer ambulanten Testung bekannt ist, konnte im Verlauf ein Gefühl für kritische Zeitfenster der Erkrankung entwickelt werden, das eine optimale Ressourcensteuerung ermöglicht.

### **Corona poststationär**

In der Nachsorge der Patienten zeigten sich folgende weiterführende Fragestellungen im System: Nach der Beendigung der akutstationären Behandlungsphase, aber mit noch positiven Testergebnissen fehlte es an einer Versorgungsstruktur, ana-

log einer poststationären Übergangs- oder Kurzzeitpflege. Mit Hilfe der Videosprechstunden und Hometreatment-Angeboten konnte eine Lösung geschaffen werden, die Nachsorge in der Quarantäne ambulant sicherzustellen.

### **Corona-Lektion 1: Pragmatismus und Flexibilität**

An der Schnittstelle von ambulanten und stationären Aufgabenstellungen, die unter hohem Zeitdruck zu lösen waren, bildete die Einsatzbereitschaft und Flexibilität des Personals den entscheidenden Hebel zum Erfolg bei der Umsetzung auch unkonventioneller Ideen. In der morgendlichen Besprechung der anstehenden Fragestellungen wurde der Personaleinsatz am täglichen Bedarf ausgerichtet. Sämtliche Fragestellungen ließen sich mit einem hohen Engagement und einer gesunden Form des Pragmatismus lösen, wobei alle Beteiligten proaktiv und unter Überwindung der Sektorengrenzen zur Bewältigung des ersten Ansturms beitrugen.

### **Corona-Lektion 2: Intersektorale Versorgung zur optimalen Reflexion**

In der Reflektion der eingesetzten Module der Versorgung bei Covid-19 zeigt sich, dass das in Groß-Gerau gelebte Modell bereits einer Umsetzung einer intersektoralen Versorgung entspricht. Ca. 80 % der Corona-Erkrankungen bzw. Verdachtsfälle konnten durch eine gut verzahnte Versorgungsstruktur an der intersektoralen Grenze ambulant versorgt werden. Durch die vertikale als auch horizontale Vernetzung stand die optimale Betreuung der Patienten im Vordergrund.

### **Corona-Exit**

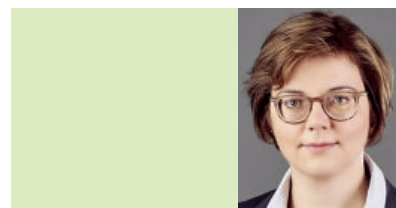
Die Herstellung einer „neuen Normalität“ nach der ersten Anspannungsphase stellt eine besondere Herausforderung dar. Die Organisation der Strukturen dergestalt, dass im Fall eines Wiederauflebens von Infektionen zugleich die Flexibilität zur Rückkehr in den „Pandemiestatus“ erhalten bleibt, bildet die größte Herausforderung und impliziert eine Rückkehr des Mikromanagements, welches sich systematisch auf Prozess- und Strukturveränderungen konzentrieren muss. Detaillierte Regelungen des Patientenflus-

ses sowie eine gekonnte Termin-, Belegungs- und Belastungssteuerung werden traditionelle Wege neu definieren. Logistisch werden Meisterleistungen erwartet: Die Trennung von Patientenströmen mit und ohne Infektion, mit Notfallindikation oder elektiver Aufnahme sowie die feinteilige Einsatzplanung des Personals unter weiterhin höchsten Sicherheitsanforderungen. Während in Zeiten der ansteigenden Infektionswelle – gegebenenfalls zusätzlich gekoppelt an ein saisonal zu erwartendes Influenzaaufkommen – der Personalbedarf steigt, sinkt dieser während des Abflachens der Infektionswellen. Einhergehen wird diese Entwicklung mit starken amplitudenhaften Leistungsschwankungen zwischen Belegungsspitzen und belegungsschwachen Leistungszeiträumen.

Gravierenden Vorhaltekosten einer Klinik stehen die nun zu erwartenden Leistungseinbußen nach der bisherigen DRG-Welt gegenüber. Künftig muss es gelingen, das Management des Versorgungsbedarfs so zu flexibilisieren, dass Kapazitätsspitzen abgedeckt werden können. Dafür bedarf es einer grundlegenden Veränderung in der Versorgungsplanung, in der Sektorentrennung, aber auch im Arbeitsrecht. ■

---

**Prof. Dr. Erika Raab**  
Geschäftsführerin  
Kreisklinik Groß-Gerau GmbH  
Wilhelm-Seipp-Straße 3  
64521 Groß-Gerau  
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende  
Deutsche Gesellschaft für  
Medizincontrolling e.V.  
erika.raab@kreisklinik-gg.de



Prof. Dr. Erika Raab