

Konzeptschreiben Hospital@Home - Think Camp Rhön Stiftung

Milena Kolb, Steffen Rohwer, Daniel Wolff, David Falaschi, Musa Dukuray

Projektbeschreibung und Zielsetzung: Das Pilotprojekt "Krankenhaus to Home" verfolgt die Einführung eines Hospital@Home (H@H) Angebotes in der Modellregion Stadt und Landkreis Pinneberg, Schleswig-Holstein. Ziel ist es, ein räumlich begrenztes Pilotprojekt zu etablieren, das als Vorbild für die spätere flächendeckende Implementierung im somatischen Bereich dienen kann. Der Landkreis Pinneberg, mit seiner Nähe zur Metropole Hamburg und einer Einwohnerzahl von rund 324.000, bietet optimale Voraussetzungen aufgrund der bestehenden Krankenhausstruktur sowie der prognostizierten demographischen Veränderungen mit steigender Nachfrage im Bereich der über 65-Jährigen. Ein zentrales Ziel ist es, Krankenhausstrukturen zu entlasten, die Effizienz der Patientenversorgung zu steigern und gleichzeitig hohe Qualitätsstandards zu gewährleisten. Langfristig sollen sowohl Patienten als auch Gesundheitseinrichtungen von diesem innovativen Ansatz profitieren.

Ein- und Ausschlusskriterien: Patienten für das Projekt werden mittels eines klar definierten, mehrstufigen Auswahlverfahrens selektiert. Einschlusskriterien umfassen Diagnosen wie Erysipel (ICD starker A46) und vergleichbare Erkrankungen, keine intensivmedizinische Indikation, ausreichende Patientencompliance, Wunsch nach einer Behandlung im häuslichen Umfeld sowie technische Voraussetzungen wie Internetzugang und geeignete Wohnverhältnisse.

Ausschlusskriterien beinhalten medizinische Umstände, die eine kontinuierliche stationäre Überwachung oder Intensivpflege erfordern, sowie eine unzureichende häusliche Infrastruktur.

Behandlungspfad: Der Behandlungspfad startet am ersten Tag mit einer initialen Kontaktaufnahme über eine zentrale Leitstelle via Telefon (zentrale Rufnummer) oder Videokonsultation. Dies geschieht initial mithilfe einer KI (Opt-out), wobei definierte Red Flags dafür sorgen, dass der Patient automatisch an einen Arzt weitergeleitet wird. Nach telemedizinischer ärztlicher Beurteilung und Therapieplanung erfolgt die Koordination durch das spezialisierte H@H-Team. Anschließend besuchen speziell

geschulte Fachkräfte (VERAH) die Patienten, um medizinische Maßnahmen wie Infusionen, Kontrollen der klinischen Parameter mittels mobilem Point-of-Care-Testing (POCT) sowie Schulungen der Patienten und Angehörigen durchzuführen. Kontinuierliches Monitoring erfolgt mittels Wearables, Badges sowie einem Vayyar-System.

Ab dem zweiten Tag sind tägliche telemedizinische Sichtkontrollen durch einen Arzt sowie regelmäßige Hausbesuche durch medizinisches Fachpersonal (u.a. Verabreichung der Infusion) vorgesehen. Ergänzt werden diese Maßnahmen durch ein 24/7 Telemonitoring, um eine durchgehende Patientensicherheit und schnelle Reaktion bei Auffälligkeiten zu gewährleisten. Im Falle medizinischer Eskalationen erfolgt eine unmittelbare stationäre Einweisung ins Krankenhaus. Die Behandlung endet mit einer abschließenden ärztlichen Begutachtung per Video, die sicherstellt, dass alle therapeutischen Ziele erreicht wurden.

Vergütungssystem und Vertragsgestaltung: Die Vergütungsstruktur des Projekts umfasst detaillierte und transparente Positionen, welche sowohl Personal- als auch Technikkosten berücksichtigen. Zu diesen zählen Kosten für die zentrale Leitstelle (90 €), tägliche Besuche der VERAH (insgesamt 810 € pro Fall), ärztliche Leistungen (180 €), technische Aufbereitung und Bereitstellung von Equipment (jeweils 100 € und 250 €), allgemeine Overheadkosten (300 €) sowie Infusionen (90 €). Ergänzt werden die Kosten durch Drop-out-Kosten, welche entstehen, wenn Patienten zunächst im H@H versorgt werden, jedoch anschließend doch stationär behandelt werden müssen. Diese sind individuell zu kalkulieren, um realistische Szenarien abzudecken und Risiken transparent abzubilden.

Vertragspartner im Rahmen des Projekts sind Krankenhäuser, Krankenkassen und ambulante Leistungserbringer. Die Vertragsgestaltung erfolgt gemäß §140a SGB V (Selektivverträge), was eine flexible und zielgerichtete Umsetzung ermöglicht.

Direkt zu Beginn erfolgt eine gezielte Abwertung der DRG, wodurch sowohl Krankenhäuser initial attraktive Margen erzielen als auch Krankenkassen langfristig von einer Kostensenkung profitieren. Somit entsteht eine Win-win-Situation, die die Einführung des innovativen Versorgungsmodells fördert.

Fazit: Das Hospital@Home-Konzept bietet ein innovatives und zukunftsweisendes Versorgungsmodell, das ökonomische Effizienz und hohe Patientenzufriedenheit verbindet. Es besitzt erhebliches Potenzial, die stationäre Krankenhausversorgung nachhaltig zu entlasten und qualitativ zu ergänzen. Der erfolgreiche Start in der Modellregion Pinneberg kann als Blaupause für eine bundesweite Implementierung dienen und entscheidend zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen.