

Stellungnahme zum Standortkonzept der Krankenhäuser des Ostalbkreises

*Prof. Dr. Boris **Augurzky**, hcb GmbH und Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsge-rechte Krankenhausversorgung*

*Prof. Dr. Christian **Karagiannidis**, Universität Witten/Herdecke und Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*

18. April 2023

Ausgangslage: Seit 2017 ist ein zunehmender Personalmangel prägend

Seit einigen Jahren verschlechtert sich die Gesamtlage der Gesundheitsversorgung in Deutschland spürbar. Bereits vor Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020 wurden die personellen Ressourcen knapper. Zunehmend wurde es schwieriger, ausreichend Pflegefachpersonen zu finden, um damit in den Kliniken in allen Bereichen die Mindestpersonalbesetzung zu erreichen. Hinzu kam die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen, die die Zahl der mit Personal betreibbaren Betten weiter verringerte. Anders als in früheren Jahren stagnierten seit 2017 bundesweit die stationären Fallzahlen der Krankenhäuser und ihre wirtschaftliche Lage hatte sich bis 2019 verschlechtert. Im Jahr 2020 hatte die Corona-Krise die Krankenhausversorgung herausgefordert. In regelmäßigen Abständen mussten Kapazitäten für COVID-Patienten freigehalten werden. Das Freihalten hatte dazu geführt, dass die stationären Fallzahlen im Jahr 2020 um erhebliche 14% im Vergleich zum Vorjahr sanken. Demzufolge hatten Krankenhäuser mit enormen Erlösminderungen zu kämpfen, die in den Jahren 2020 bis 2022 jedoch durch Ausgleichszahlungen aus Steuermitteln des Bundes oder durch Budgetsicherungsmechanismen aufgefangen wurden. Damit konnte die wirtschaftliche Lage der Kliniken im Jahr 2020 stabilisiert werden und fiel im Durchschnitt sogar besser aus als 2019.

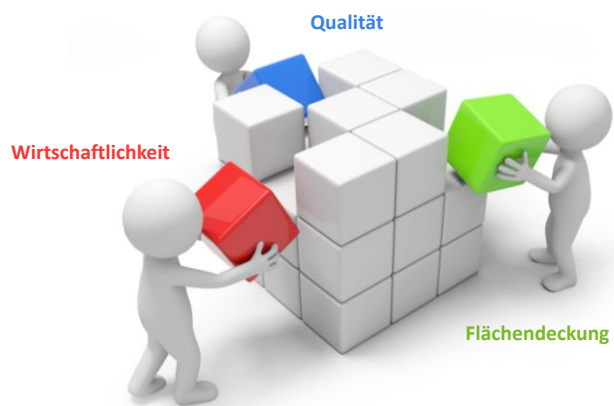
Aufgrund der schrittweisen Reduktion der Ausgleichszahlungen für freigehaltene Betten, zunehmend nicht mehr mit Personal betreibbarer Betten und ausbleibende stationäre Fälle ist die Erlössituation der Krankenhäuser inzwischen unter Druck geraten. Mit dem Beginn des Krieges in der Ukraine im Februar 2022 und der sich daran anschließenden Energiekrise sind außerdem die Energiepreise und im Gefolge davon die generelle Preis- und Lohinflation stark gestiegen. Damit ist nun ebenfalls die Kostensituation der Krankenhäuser unter enormen Druck gekommen. Mittlerweile wurden verschiedene Bundesprogramme zur Linderung der Kosteninflation der Krankenhäuser aufgelegt (Energiepreisbremse und Härtefallfonds). Dennoch ist zum jetzigen Zeitpunkt (April 2023) davon auszugehen, dass ihr Erlöswachstum nicht mit ihrem Kostenwachstum Schritt halten kann und sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken im Jahr 2023 deutlich verschlechtern wird. Insbesondere ist eine angespannte Liquiditätssituation und damit ein steigendes Insolvenzrisiko der Krankenhäuser festzustellen.

Schon vor der Energiekrise, der hohen Preisinflation und auch bereits vor der Corona-Pandemie sahen sich die Krankenhäuser des Ostalbkreises dem zunehmenden Personalengpass gegenüber. So wurde über den anhaltenden Fachkräftemangel im ärztlichen und im Pflegedienst in der Klausur des Verwaltungsrats im November 2019 berichtet. Immer wieder kam es zu Teilschließungen der Intensivstationen, Komplettschließungen ganzer Stationen und OP-Verschiebungen. Die tägliche Versorgung erfolgte teilweise „auf Sicht“. Hinzu kamen seit 2019 für immer mehr Fachbereiche vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegte Personaluntergrenzen, die einzuhalten sind. Im ersten Jahr 2019 waren es vier Fachbereiche, im Jahr 2022 bereits 16 Bereiche. Vor diesem Hintergrund ist es immer schwieriger geworden, Dienstplanvorgaben nach Dienstvereinbarung einzuhalten, und die Zahl der teuren externen Honorarkräfte im Pflegedienst hat zugenommen, was zu höheren Personalkosten führt.

In diesem Teufelskreislauf befinden sich derzeit viele Kliniken in Deutschland. Wir gehen zudem davon aus, dass sich die Personaldecke aufgrund der demografischen Entwicklung und der Veränderung der Arbeitswelt insbesondere im Pflegebereich weiter reduzieren wird. Dies wird weitere Bettenschließungen zur Folge haben, ein Viertel weniger bis 2030 scheinen realistisch. Damit geraten kleinere Kliniken in substanzielle Gefahr, weil schlicht zu wenig Personal zur Aufrechterhaltung des Betriebes da ist.

Der Ostalbkreis muss neue Wege beschreiten

Immer dringlicher stellte sich die Frage, wie es mit den drei Klinikstandorten des Ostalbkreises weitergehen könnte, zumal auch größere Investitionsbedarfe an den drei Standorten, besonders in Mutlangen und Aalen vorliegen. In der Summe rechnen die Kliniken Ostalb mit einem Investitionsbedarf zum Substanzerhalt in der Größenordnung von 240 Millionen Euro. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ambulantisierung der Medizin ist zudem mit einem sinkenden Bedarf an Krankenhausbetten – trotz Alterung der Bevölkerung – zu rechnen. Daher wurden im Jahr 2022 verschiedene Zukunftsvarianten mit Unterstützung der hcb GmbH geprüft: von der Fortschreibung des Status quo („Dreihäusigkeit“), über unterschiedliche Varianten der Drei- und Zweihäusigkeit bis hin zu einem neu zu bauenden Zentralklinikum („Einhäusigkeit“). Alle Varianten wurden hinsichtlich der folgenden Kriterien bewertet: (i) Sicherung der Patientenversorgung (Qualität und Erreichbarkeit der Angebote), (ii) Verbesserung der Personalsituation, (iii) Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und (iv) Investitionsbedarfe. Dabei existiert in der Krankenhausversorgung stets ein grundlegender Zielkonflikt zwischen der Qualität der Versorgung, der wirtschaftlichen Erbringung der Krankenhausleistungen und der Erreichbarkeit der Angebote (Flächendeckung).



In der Gesamtbewertung der insgesamt sechs vorliegenden und geprüften Varianten (1, 2a, 2b, 2c, 2d, 3) schnitten die Varianten mit einem höheren Grad an Zentralisierung (2c und besonders 2d und 3) in Bezug auf die vier genannten Kriterien am besten ab. Die Ergebnisse wurden in der Klausurtagung am 9. Juli 2022 vorgestellt und diskutiert. Das Kernelement der Zentralisierung ist neben einer Effizienzsteigerung der bedachtere Einsatz des knappen Personals, insbesondere nachts und am Wochenende, weil sich die Vorhaltung auf weniger Standorte reduziert. In den Varianten 2d und 3 kann das knappe Personal am besten eingesetzt werden, die Mindestbesetzungen können eher erreicht und Dienst- und Abwesenheitspläne flexibler gestaltet und bestmöglich eingehalten werden. Zudem bieten sich bessere Weiterentwicklungsmöglichkeiten für das Personal zum Beispiel hinsichtlich der Optionen zur Spezialisierung in einer größeren Einrichtung. Der größere Personalpool an den jeweiligen Standorten bietet dabei auch bessere Chancen, eine Weiterbildung absolvieren zu können, weil Abwesenheiten während der Weiterbildung einfacher aufgefangen werden können. Sicherlich ist damit zu rechnen, dass es Personal geben wird, das den Umzug eines Standortes prinzipiell nicht mitgehen wird. Allerdings überwiegen die positiven Effekte hinsichtlich Mitarbeiterattraktivität deutlich. Wichtig ist, die Mitarbeiterschaft in die Veränderungsprozesse gut mit einzubinden. Ferner können sich zusätzliche Berufsangebote durch neue stationäre und ambulante Versorgungsangebote ergeben. Letztlich kann die Arbeitgeberattraktivität u.a. durch einen Neubau erhöht werden, was in Zeiten des Fachkräftemangels ein wichtiger Faktor ist.

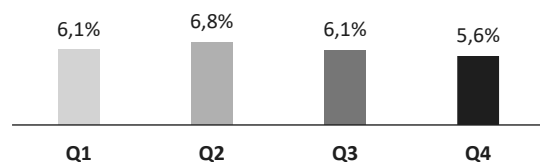
In den Varianten, die einen größeren Neubau vorsehen, kann dieser baulich, prozessual und infrastrukturell nach innovativen und effizienten betriebsorganisatorischen Konzepten erstellt werden; stationär und ambulant am Krankenhaus. Auch bekommt die Digitalisierung eine Chance, von Anfang an mitgedacht und in den neuen Prozessen integriert zu werden. Das Gleiche gilt für das Thema Klimaneutralität, wenn neu gebaut wird.

Zudem können durch die Bündelung der einzelnen Fachbereiche an weniger Standorten jeweils höhere Fallzahlen erzielt werden, was sowohl in wirtschaftlicher als auch medizinischer Hinsicht immer vorteilhaft ist. Für viele Leistungssegmente in der Medizin lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Ergebnisqualität und der Leistungsmenge nachweisen. Beispielsweise konnte im BARMER Krankenhausreport 2020 ein solcher Zusammenhang bei der chirurgischen Behandlung des Darmkrebses sowie des Pankreaskrebses nachgewiesen werden (siehe Abbildung). Dieser Zusammenhang ist nicht verwunderlich. Denn je häufiger ein Eingriff durchgeführt wird, desto mehr Übung und Erfahrung sammelt das Team bei der Behandlung. Eine Bündelung erlaubt es aber auch, regulatorische Anforderungen wie Mindestfallzahlen in einzelnen Leistungssegmenten und Strukturvorgaben einfacher zu erfüllen sowie die vorhandene Infrastruktur besser auszulasten, was wirtschaftliche Vorteile verschafft. Perspektivisch ist im Übrigen eine Krebsbehandlung außerhalb von Krebszentren unrealistisch.

Darmkrebs, Einteilung der Krankenhäuser nach Quartilen

	Q1	Q2	Q3	Q4
Ø Fälle pro Krankenhaus und Jahr	30	107	198	428
Anzahl Krankenhäuser	261	260	261	260
davon zertifizierte Zentren	1%	6%	30%	67%

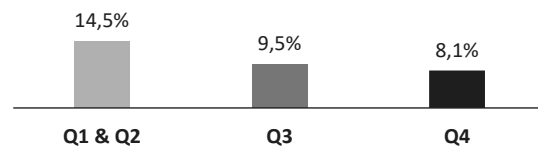
Durchschnittliche 30-Tages-Sterblichkeit⁽¹⁾



Pankreaskrebs, Einteilung der Krankenhäuser nach Quartilen

	Q1&Q2	Q3	Q4
Ø Fälle pro Krankenhaus und Jahr	5	14	42
Anzahl Krankenhäuser	285	143	142
davon zertifizierte Zentren	0%	7%	64%

Durchschnittliche 30-Tages-Sterblichkeit⁽¹⁾



Mittelwerte risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht, Behandlungsjahr, Art der Operation, Nebendiagnosen aus Elixhauser-Index (Elixhauser et al. 1998, Van Walraven et al. 2009); nur Erstaufnahmen, keine Verlegungen in andere Kliniken; Quelle: BARMER Krankenhausreport 2020.

Dagegen könnte die Bündelung von Kapazitäten zu einer Verschlechterung der Erreichbarkeit für die Bevölkerung führen. Mit dem Ausbau der B29 wird dem aber entgegengewirkt, sodass die Erreichbarkeit der Standorte in den Varianten mit einem höheren Zentralisierungsgrad wiederum verbessert wird. Außerdem können ergänzende dezentrale Gesundheitsangebote mit Fokus auf ambulanter fachärztlicher Versorgung und mit telemedizinischer Anbindung ans Zentrum die flächendeckende Versorgung des Ostalbkreises sichern. Dies wird ein wichtiger Teil der Zukunft der ländlichen Versorgung in Deutschland werden. Dies wird umso wichtiger, weil die ambulante, kassenärztliche Versorgung ebenso vor der Herausforderung des Fachkräftemangels steht – zum Teil sogar in noch stärkerem Ausmaß als die Krankenhäuser. Viele Kassenarztsitze stehen in den nächsten Jahren vor einer Übergabe an den Nachwuchs, den es in der ambulanten Versorgung immer weniger gibt und der in größerem Ausmaß Teilzeitstellen und Angestelltenverhältnisse bevorzugt. Der Klinikverbund des Ostalbkreises sollte daher auch diese Herausforderung mit in den Blick nehmen. Die flächendeckende Versorgung des Landkreises durch Rettungswagen (RTW) und Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) ist im Status quo als gut zu bezeichnen.

Auf der Klausurtagung am 6. Dezember 2022 wurde eine weitere Variante „zwei Regionalversorger“ (jeweils 350 Bettenhäuser in Mutlangen und Aalen und ein Gesundheitscampus in Ellwangen) vorgestellt und diskutiert. Die beiden Regionalversorger würden jeweils eigene Schwerpunkte bilden, jedoch auch gewisse Doppelvorhaltungen aufweisen. Der Mangel an Pflegefachkräften könnte bei dieser Variante kaum reduziert werden, sodass vermutlich nicht alle Betten, darunter auch Intensivbetten, vollständig betrieben werden könnten. Die ärztliche Weiterbildung würde mit zwei Regionalversorgern nicht einfach zu organisieren sein. Die Einhaltung von strukturellen Mindestvorgaben des GBA würde durch die Schwerpunktbildung zwar verbessert. Jedoch blieben die Schwierigkeiten in den Bereichen, die doppelt vorgehalten werden, bestehen. Die Leistungen der einzelnen Schwerpunkte der beiden Regionalversorger würden für die Bevölkerung des Landkreises jeweils ungünstiger erreichbar sein, weil die Orte der jeweiligen Schwerpunkte hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit für die Bevölkerung nicht optimal gewählt sind, sondern den historisch vorhandenen Standorten folgen. Nur Leistungen, die an beiden Standorten erbracht werden (Doppelvorhaltungen), würden eine bessere Erreichbarkeit aufweisen.

Deswegen wurde zusätzlich das Modell „Regionalversorgung“ vorgestellt, das einen zentralen stationären Regionalversorger mit rund 700 Betten und ergänzenden dezentralen basisnahen Gesundheitsangeboten in der Fläche vorsieht. Er soll den Großteil der stationären Angebote, die es heute im Ostalbkreis gibt, an einem Standort als Maximalversorger mit Strahlkraft zentral bündeln. Der Standort sollte für eine optimale Erreichbarkeit der Bevölkerung verkehrstechnisch gut gelegen sein. Damit sichert er die Versorgung der Bevölkerung auch über 2030 hinaus, selbst wenn etwa ein Viertel weniger Personal zur Verfügung stehen wird. Im Gegensatz zum Modell mit zwei Regionalversorgern würden die neu gebildeten Schwerpunkte damit im gesamten Landkreis gut erreichbar sein.

In Mutlangen, Ellwangen, Bopfingen/Härtsfeld und im Schwäbischen Wald soll es Notarzt- und Rettungsdienststandorte sowie eine gebündelte haus- und fachärztliche Versorgung geben. In Mutlangen und Ellwangen ist zusätzlich eine wohnortnahe Basisnotfallversorgung und ambulantes Operieren vorgesehen. Dabei soll es in Mutlangen zudem eine Geburtshilfe und in Ellwangen ein Geburtshaus und eine Hebammenpraxis geben. Die Pflege und medizinische Versorgung älterer Menschen soll an diesen vier Standorten ausgebaut und Überwachungsbetten für vorrangig allgemeinärztlich-internistische und weitere konservative Angebote vorgehalten werden. Die konkrete Ausgestaltung der Gesundheitsangebote an den Standorten finden sich in den Unterlagen der Klausurtagung vom 6. Dezember 2022.

Bundespolitik sucht mit hoher Dynamik neue Wege

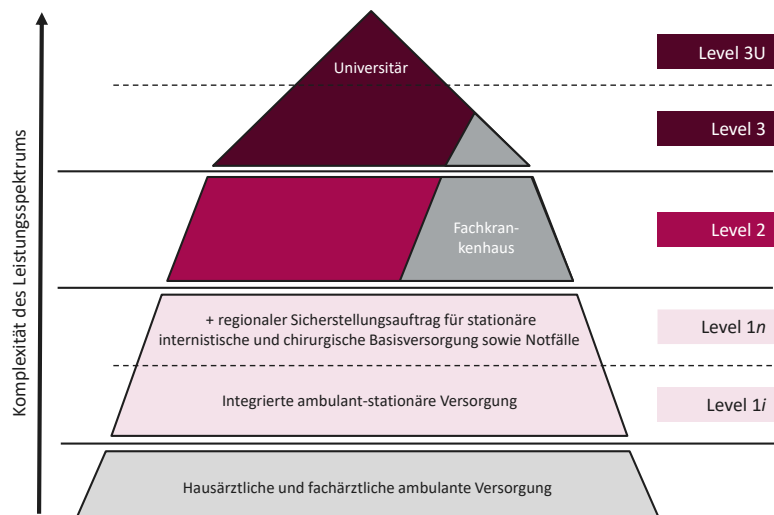
Zeitgleich am 6. Dezember 2022 stellte Bundesgesundheitsminister Lauterbach das Reformkonzept der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf einer Pressekonzferenz vor. Das Zielbild des Konzepts zielt auf Zentralisierung und Steigerung der Strukturqualität und deckt sich stark mit dem Modell mit nur einem Regionalversorger im Ostalbkreis. Das Reformkonzept besteht im Wesentlichen aus drei Teilen. Erstens schlägt es eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung vor. Die fallmengenabhängige Vergütung nach Fallpauschalen (DRG) soll an Bedeutung verlieren und im Gegenzug eine fallmengenunabhängige Vorhaltevergütung eingeführt werden. Die Vorhaltevergütung ist an konkrete Versorgungsaufträge geknüpft, die einzelne Klinikstandorte erhalten sollen. Künftig sollen die Krankenhauserlöse zu etwa 40-60% aus einem fallmengenunabhängigen Anteil bestehen, dem Vorhalte- und Pflegebudget. Der Rest ist weiterhin fallmengenabhängig (DRG-Fallpauschalen). Die Ausgestaltung der Vorhaltung ist aktuell noch Gegenstand der Diskussion. Sie könnte perspektivisch sachgerecht erfolgen, was enormen Einfluss auf die Grundvergütung der Kliniken haben wird.

Basis dafür bildet zweitens ein System von Leistungsgruppen, die das medizinische Leistungsgeschehen feiner abbilden als die bekannte Fachabteilungsstruktur. Im Reformkonzept werden 128 Leistungsgruppen vorgeschlagen; zum Beispiel unterteilt sich die Kardiologie zukünftig in „Interventionelle Kardiologie“, „elektrophysiologische Untersuchung (EPU) / Ablation“, „Kardiale Devices“ und „minimalinvasive Herzklappenintervention“. Die Fachabteilung kann weiterhin unter „Kardiologie“ auf Betriebsebene fungieren, die Abrechnung erfolgt dann jedoch automatisiert auf Ebene der Leistungsgruppen, über die auch die Vorhaltung ausgeschüttet werden soll. Auch soll es jeweils eigene Leistungsgruppen für „Endoprothetik Hüfte“, „Endoprothetik Knie“, „Revision Hüftendoprothese“, „Revision Knieendoprothese“ geben. Eine Auflistung aller vorgeschlagenen Leistungsgruppen findet sich in der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit¹.

Drittens sollen alle Krankenhäuser in Deutschland einer bundesweit einheitlichen Versorgungsstufe (Level) zugeordnet werden. An jedes Level sind Mindeststrukturvoraussetzungen geknüpft, die ein Krankenhaus des entsprechenden Levels erfüllen muss. Im Wesentlichen sind drei Level vorgesehen. Level 1 stellt die stationäre Grundversorgung dar. Dabei bietet ein Standort des Level 1n unter anderem stationäre Betten für eine Basisbehandlung der Inneren Medizin und der Chirurgie, eine Intensivmedizin mit mindestens sechs täglich betreibbare Intensivbetten und eine Notaufnahme der GBA-Stufe 1 rund um die Uhr an („24/7“). Letzteres definiert das „n“ in der Bezeichnung.

Ein Standort des Level 1i konzentriert sich dagegen auf akutpflegerische Versorgung mit Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung. Innere Medizin und/oder Chirurgie sowie allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin sind an Level 1i möglich.

Der vielleicht entscheidende Punkt des Level 1i ist die Abdeckung der Nächte und Wochenenden durch Rufbereitschaft ohne Anwesenheitsdienste. Anders als die anderen Level soll Level 1i nicht nach DRG-Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung vergütet werden. Stattdessen sind degressive Tagespauschalen für Akutpflege und eine separate Abrechnung der ärztlichen Leistungen angedacht. Es soll insbesondere ein Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung werden, was durch das „i“ im Sinne von „integriert“ angedeutet wird. Eine Konkretisierung von Level 1i soll im zweiten Quartal 2023 erfolgen. Eine Klinik des Level 1 könnte im Modell „Regionalversorgung“ des Ostalbkreises für die Standorte in Mutlangen und Ellwangen eine Option sein, jedoch davon höchstens eine Klinik des Level 1n.



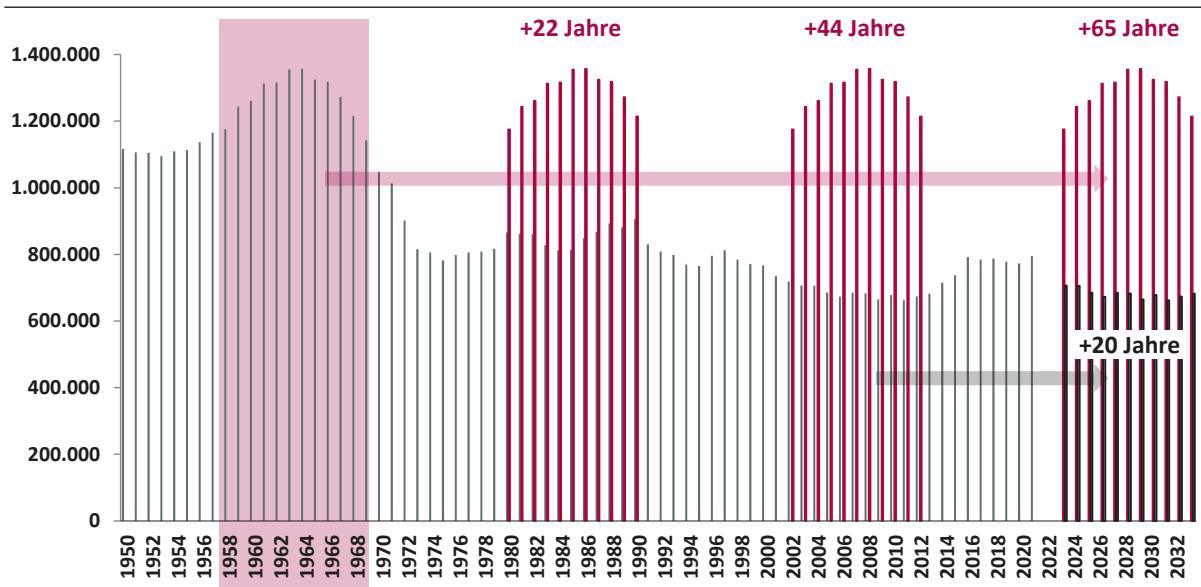
Ziel der Krankenhausreform ist der Erhalt einer hochwertigen Krankenhausversorgung vor dem Hintergrund der enormen Herausforderungen, die die beginnende starke Beschleunigung des demografischen Wandels mit sich bringt. Die eingangs geschilderte Situation des Ostalbkreises ist typisch für sehr viele Regionen Deutschlands. So können derzeit nicht mehr alle Krankenhausbetten aufgrund von Personalmangel betrieben werden. Besonders auffällig ist der seit 2021 feststellbare Rückgang der be-

¹ Siehe [Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)

treibbaren Intensivbetten. Zwar verfügt Deutschland über viele Intensivbetten, aber über immer weniger Intensivpflegekräfte, die die Betten betreiben können. Der Mangel an Pflegefachkräften macht sich auch in der Altenpflege bemerkbar: Ambulante Dienste und Plätze in Pflegeheimen sind immer schwieriger zu bekommen. Es droht eine Rationierung von Leistungen, die in den kommenden Jahren ohne einschneidende Veränderungen Realität wird.

Der Grund für diese Entwicklung zeigt die untenstehende Abbildung. Der erste geburtenstarke Jahrgang aus dem Jahr 1958 geht etwa im Jahr 2023 in Rente, weitere noch stärker besetzte Jahrgänge werden ihm bis ca. 2033 folgen. Im Gegenzug treten die geburtenschwächsten Jahrgänge aus den Nuller Jahren in den Arbeitsmarkt. Damit trifft das Maximum an Arbeitsmarktaustritten auf ein Minimum an Arbeitsmarkteintritten, sodass eine enorme Lücke auf dem Arbeitsmarkt entsteht.

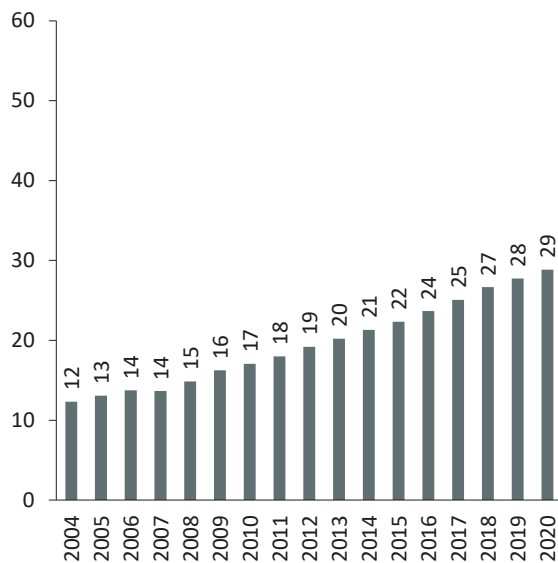
Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)



Damit wird der Kampf der verschiedenen Wirtschaftsbranchen um den knappen Fachkräftenachwuchs stark zunehmen. Aktuelle Meldungen von Anfang April 2023 berichten von einem 7%igen Rückgang der Zahl neuer Auszubildender in den Pflegeschulen im Jahr 2022. Die Daten der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen zeigen beispielhaft, dass derzeit 29% der Pflegefachpersonen über 55 Jahre und nur 15% unter 30 Jahre alt sind². Bei einer reinen Fortschreibung dieser Alterszusammensetzung werden die Auswirkungen in den nächsten Jahren dramatisch sein. Viele Dienstleistungen werden in Deutschland nicht mehr in der gewohnten Weise zur Verfügung stehen. Während beispielsweise Dienstleistungen in der Gastronomie, Hotellerie oder Tourismus im Zweifel reduziert oder im Transportwesen automatisiert werden können, ist dies in der Alten- und Krankenpflege nicht ohne weiteres möglich. Es ist ferner nicht davon auszugehen, dass Pflegekräfte ihre Arbeitszeit so stark ausweiten werden, um die entstehenden Lücken aufzufangen. Stattdessen dürfte sich eher der Trend zu höheren Teilzeitquoten fortsetzen (Abbildung). Darüber hinaus zeigen jüngere Umfragen eine erhöhte Anspruchshaltung und geringe Arbeitgeberbindung der Generation Z.

² Siehe Deutsches Ärzteblatt | Jg. 120 | Heft 12 | 24. März 2023.

Teilzeitquote im ärztlichen Dienst, Anteil in %



Teilzeitquote im nicht-ärztlichen Dienst, Anteil in %



Beschäftigte im Krankenhaus: Teilzeitbeschäftigte und geringfügig Beschäftigte sind zusammengefasst. Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022.

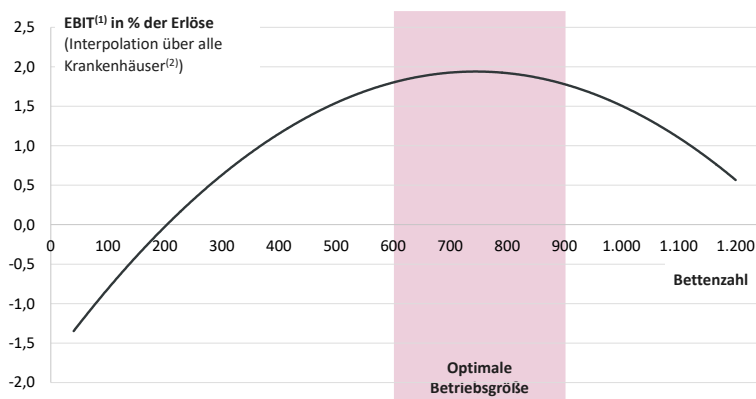
Eine der wichtigsten Aufgaben wird daher sein, die knappen Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung möglichst effizient einzusetzen. Dazu gehört es, Arbeitsabläufe optimal zu organisieren und Leerzeiten zu vermeiden, was in größeren Einrichtungen einfacher möglich ist als in kleinen Einrichtungen. Wichtig ist zudem, die Ambulantisierung der Medizin voranzubringen. Grundsätzlich müssen alle bisher erbrachten Leistungen hinsichtlich ihres Nutzens für die Gesundheitsversorgung hinterfragt werden. Eine Voraussetzung dafür ist Transparenz über das Leistungsgeschehen. Nur wenn bekannt ist, welche Kosten und welcher Nutzen mit einzelnen Leistungen verbunden sind, können die knappen Ressourcen in die Leistungen mit den für die Patienten höchsten Nutzen gelenkt werden. Die elektronische Patientenakte kann eine solche Transparenz schaffen, wie viele andere Länder weltweit zeigen. Technologische Innovationen etwa im Bereich der Künstlichen Intelligenz können sowohl für das Personal als auch für die Patienten eine Unterstützung sein. Doch auch solche technologischen Innovationen benötigen in der Regel umfangreiche Daten. Die Bundesregierung strebt ein Datennutzungsgesetz an, um eine solide Grundlage dafür zu schaffen und um Deutschlands diesbezüglichen Rückstand im internationalen Vergleich aufzuholen.

Krankenhausreform forciert Bündelung der knappen Ressourcen

Die geplante Krankenhausreform setzt starke Anreize für Krankenhäuser, ihre Kapazitäten zu bündeln. Gleichzeitig stärkt sie versorgungsnotwendige Angebote in der Fläche. Um Krankenhauskapazitäten bündeln zu können, sind Investitionen nötig. Daher soll ein weiterer Strukturfonds aufgelegt werden, der Mittel bereitstellt, um unter anderem den Bau von Zentralkliniken zu unterstützen. Dänemark hat diesen Weg bereits vor 15 bis 20 Jahren eingeschlagen und seine Krankenhausstruktur in der Zwischenzeit stark zentralisiert. Dort gibt es nun große so genannte Superkrankenhäuser. Dänemark hatte dafür rund 6 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Das sind circa 1.000 Euro pro Einwohner. Für den Ostalbkreis wären dies hochgerechnet 314 Millionen Euro. Jedoch sind in den vergangenen zehn Jahren die Baupreise stark gestiegen, sodass dieser Wert entsprechend preisbereinigt erhöht werden muss. Inwieweit der Bund Investitionsmittel begleitend zur Krankenhausreform zur Verfügung stellen wird, hängt von den Verhandlungen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesmi-

nisterium für Finanzen ab, in denen auch andere gesamtgesellschaftlich wichtige Themen wie beispielsweise die Verteidigungsfähigkeit und Maßnahmen zur Abmilderung des Klimawandels eine Rolle spielen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt (April 2023) lassen sich dazu noch keine konkreten Aussagen machen.

Wenn die angestrebte Krankenhausreform gelingt, wird sie langfristig nachhaltige Krankenhausstrukturen schaffen. Kurzfristig werden die Krankenhäuser davon jedoch noch nichts spüren. Wie eingangs erwähnt, ist davon auszugehen, dass sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken in diesem Jahr 2023 spürbar verschlechtern wird, auch wenn der Bund mit der Energiepreisbremse und dem Härtefallfonds verschiedene Hilfsprogramme aufgelegt hat. Am 5. April 2023 hat die Bundesregierung zudem beschlossen, einen großen Teil der Mittel des Härtefallfonds ohne Einzelfallprüfung pauschal auszuzahlen. Das betrifft 2,5 der insgesamt vorgesehenen 4,5 Milliarden Euro des Härtefallfonds. Auch wenn sich die Kostensteigerungen dadurch für die Krankenhäuser abmildern lassen, bleiben die Erlösminderungen aus dem nach wie vor bestehenden niedrigen Fallzahlniveau bestehen. Sollte das geringe Leistungsniveau bzw. die geringe Auslastung der Krankenhäuser dauerhaft bestehen bleiben, macht es aus volkswirtschaftlicher Sicht auch keinen Sinn, Erlösminderungen dauerhaft auszugleichen. Stattdessen müssen Krankenhäuser dann ihre Kapazitäten dem neuen Leistungsniveau entsprechend anpassen. Im Ostalbkreis würden die drei Standorte ihre Bettenzahl reduzieren müssen und jeder Standort für sich genommen kleiner werden. Die einzelnen Standorte würden sich dann noch weiter von der optimalen Klinikgröße wegbewegen, die im Krankenhaus Rating Report 2021 auf circa 600 bis 900 Betten kalkuliert wurde. Allein im Modell „Regionalversorgung“ würde sich das Zentralklinikum in diesem Intervall bewegen.



Bund und Länder nähern sich an

Da die geplante Krankenhausreform enorm starke Eingriffe in die bestehende Krankenhausstruktur vorsieht, opponieren die Bundesländer, die laut Grundgesetz die Verantwortung für die Krankenhausplanung tragen. Strittig sind in den laufenden Bund-Länder-Gesprächen vor allem die geforderte Zahl an Leistungsgruppen, die Mindestkriterien zur Erreichung der Krankenhauslevel und die Kopplung der Leistungsgruppen an die Level, das heißt, welche Leistungsgruppen auf welchem Level erbracht werden dürfen und welche nicht. Am 23. März 2023 hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach einen größeren Schritt der Annäherung an die Länder unternommen und die neue Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalens mit ihren derzeit 60 somatischen Leistungsgruppen als Blaupause für die Krankenhausreform auf Bundesebene definiert. Auf dieser Basis sollen Anpassungen vorgenommen werden. Da die Krankenhausreform für jede Leistungsgruppe eine Vorhaltefinanzierung vorsieht – anders als die novellierte Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalens –, braucht es jedoch eine größere Ausdifferenzierung als die 60 Leistungsgruppen in NRW. Es ist daher davon auszugehen, dass es am Ende deutlich mehr als 60, aber unter 100 Leistungsgruppen geben wird. Dabei soll auch ein Blick auf das Züricher Modell, das mit etwas mehr als 100 Leistungsgruppen arbeitet, geworfen werden.

Ferner soll eine gewisse Kopplung der Leistungsgruppen an die Krankenhauslevel bestehen bleiben, jedoch weniger stark als im Reformvorschlag der Regierungskommission vom 6. Dezember 2022. Eine weitere Veränderung im Vergleich zum Vorschlag der Regierungskommission ist die von Minister Lauterbach ins Spiel gebrachte Erhöhung des Anteils der fallmengenunabhängigen Finanzierung an den Gesamterlösen der Krankenhäuser von den ursprünglich vorgesehenen 40% (für die meisten Leistungsgruppen) auf 60% für alle Leistungsgruppen. Die Verhandlungen zwischen Bund und Ländern dürften noch bis mindestens Sommer 2023 andauern. Danach soll ein erster Gesetzesentwurf stehen. Die Krankenhausreform soll schließlich zum 1. Januar 2024 in Kraft treten, wohl mit einer budgetneutralen Phase im ersten Jahr und einer anschließenden Konvergenzphase von rund vier Jahren. Bis das Zielbild einer neuen Krankenhausstruktur erreicht wird, dürften indessen sieben bis zehn Jahre vergehen, weil dafür zahlreiche Neu- und Umbauten erforderlich werden.

Der Ostalbkreis als Blaupause für die Krankenhausreform

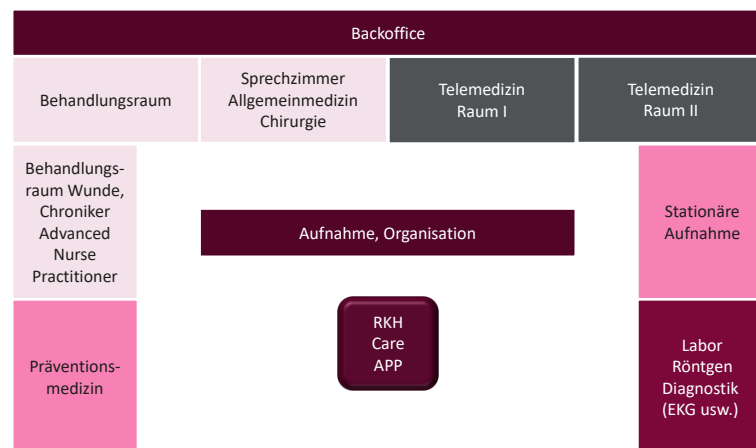
Der Ostalbkreis mit seinen drei Klinikstandorten ist ein sehr passendes Beispiel für die oben geschilderten Probleme und Herausforderungen im Gesundheitswesen sowie die mit der Krankenhausreform intendierten Lösungsoptionen. Die einzelnen Standorte des Ostalbkreises sind für sich genommen nicht in der Lage, die anstehenden Herausforderungen zu bewältigen. Sie würden personell und finanziell „ausbluten“, bis sie in einigen Jahren ihren Betrieb schrittweise einstellen müssten. Betrachtet man dagegen den Verbund als Ganzes kann er sich den Herausforderungen dagegen sehr gut stellen. Denn eine Krankenhausversorgung wird für den Landkreis dauerhaft benötigt – immer mehr auch ergänzt um komplexe ambulante Leistungen am oder im Krankenhaus. Die Lösung muss von der Bevölkerung her gedacht werden: Welche Bedarfe bestehen und mit welchen Angeboten können sie am besten gedeckt werden? Dabei muss der oben erwähnte Zielkonflikt zwischen Qualität, Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit stets im Auge behalten werden. Hinter der Qualität und Wirtschaftlichkeit verbirgt sich zudem das zentrale Thema der Personalressourcen. Dabei sollte die geplante Krankenhausreform mit den derzeit bekannten Inhalten im Ostalbkreis Berücksichtigung finden.

Die Firma Vebeto hat die drei Klinikstandorte des Ostalbkreises hinsichtlich ihrer Level-Einordnung gemäß der geplanten Krankenhausreform analysiert. Demnach erreichen die Standorte in Mutlangen und Aalen das Level 2 und Ellwangen Level 1. Ellwangen müsste nach dem Reformvorschlag vom 6. Dezember 2022 dann die Leistungsgruppen „Hüftendoprothesen“, „Knieendoprothesen“ und „tiefe Rektumeingriffe“ abgeben. Die gegenwärtigen Fallzahlen in Ellwangen und Aalen liegen etwas unterhalb der aufgrund der lokalen Bevölkerungsstruktur für diese Standorte erwartbaren Zahlen, während die Fallzahlen in Mutlangen leicht darüber liegen. Im Modell der Regionalversorgung sollte Level 3, das heißt Maximalversorgerstatus, erreichbar sein. Möglicherweise kann Level 3 auch in Variante 2d (Fusion der Standorte Mutlangen und Aalen) erreicht werden. Im Modell „zwei Regionalversorger“ mit den etwa gleich großen Standorten in Aalen und Mutlangen kann dagegen keiner der beiden Standorte Level 3 erreichen, sondern jeder jeweils weiterhin Level 2. Ein Vorteil der Varianten mit stärkerer Zentralisierung ist überdies, dass sich damit die Marktposition des Krankenhausangebots im Landkreis verbessern und sich der Marktanteil steigern ließe. Gegenüber der Variante 2d hat das Modell „Regionalversorgung“ den Vorteil, dass es langfristig nachhaltiger ist. In Variante 2d wird der Standort in Ellwangen langfristig den Fachkräftemangel stärker spüren als ein neuer größerer Standort in der Mitte von Mutlangen und Aalen in Variante 2d oder als ein neuer noch größerer Standort im Modell Regionalversorgung. Jedoch wäre dieser Standort des Regionalversorgungsmodells geografisch günstiger hinsichtlich der Erreichbarkeit für den ganzen Landkreis gelegen. Unter „langfristig“ sind die nächsten zwölf Jahre zu verstehen, die unter dem Aspekt des Fachkräftemangels die herausforderndsten sein werden.

Im Modell der Regionalversorgung ist es wichtig, dass über Zusatzangebote eine flächendeckende Versorgung des gesamten Ostalbkreises erreicht wird, wobei in Einzelfällen auch Krankenhäuser von Nachbarlandkreisen für die Versorgung zur Verfügung stehen können. Die beiden Standorte Mutlangen und Ellwangen könnten in diesem Modell den Status einer Level-1-Klinik erhalten; jedoch höchstens einer davon Level 1n bzw. mindestens einer davon Level 1i, wie es das Reformpapier der Regierungskommission vorsieht. Bei Level 1i kann wohnortnah eine breite akutpflegerische Versorgung und darüber hinaus fachärztliche Leistungen erbracht werden. Dies schließt ambulantes Operieren mit ein. Eine Geburtshilfe ist an einer Level-1i-Klinik jedoch nicht vorgesehen. Anders als ambulante Gesundheitscampus behält eine Level-1i-Klinik ihren Status als Krankenhaus. Sie ist damit weiterhin Teil des Krankenhausplans des Landes und kann daher auch wie bislang Investitionsfördermittel des Landes erhalten.

Level-1i-Kliniken bieten zudem eine Notfallversorgung an, allerdings nicht notwendigerweise rund um die Uhr und an jedem Tag in der Woche in einer klassischen Notaufnahme. Die angebotene Notfallversorgung hängt von den personellen Verfügbarkeiten und den lokalen Bedarfen ab. Grundsätzlich sollte die Notfallversorgung eng mit dem Zentralklinikum des Level 3 zusammenarbeiten und sich die Personalressourcen im Idealfall teilen. Zu empfehlen ist eine enge telemedizinische Verzahnung aller Gesundheitsangebote im Landkreis mit dem Zentralklinikum, das heißt der Standorte in Mutlangen, Ellwangen, Bopfingen/Härtsfeld und im Schwäbischen Wald. Telemedizinische Angebote sollten sich allerdings nicht nur auf den Austausch zwischen den Kliniken beschränken. Sie können und sollten auch Angebote von Kliniken direkt an Patienten umfassen. So plant die Regionale Kliniken Holding aus Ludwigsburg so genannte RKH Care Center zur Stärkung der dezentralen Versorgung der Bevölkerung. Das Care Center bietet verschiedene Behandlungsräume, unter anderem ein Raum „Wunde, Chroniker“ mit einer Advanced Nurse Practitioner, ein Sprechzimmer Allgemeinmedizin, Chirurgie, ein Raum für Labor, Röntgen und Diagnostik sowie insbesondere Telemedizin-Räume, um ärztliches Knowhow aus dem Zentralklinikum hinzuschalten. Gerade für eine älter werdende Bevölkerung mit einer ggf. geringeren Affinität gegenüber digitalen Angeboten können solche Telemedizin-Räume, die von einer Assistenzkraft betrieben werden, eine große wohnortnahe Hilfe sein. Darüber hinaus starten ab dem 19. April 2023 Drohnenverbindungen zwischen den Krankenhäusern in Markgröningen und Ludwigsburg und Markgröningen und Mühlacker, was ebenfalls dazu beiträgt, Distanzen in ländlichen Regionen zu überbrücken. Auch dies könnte ein sinnvoller Ansatz zur Anbindung der Gesundheitscampus an das Zentralklinikum im Ostalbkreis sein.

Das Care Center bietet verschiedene Behandlungsräume, unter anderem ein Raum „Wunde, Chroniker“ mit einer Advanced Nurse Practitioner, ein Sprechzimmer Allgemeinmedizin, Chirurgie, ein Raum für Labor, Röntgen und Diagnostik sowie insbesondere Telemedizin-Räume, um ärztliches Knowhow aus dem Zentralklinikum hinzuschalten.



Gerade für eine älter werdende Bevölkerung mit einer ggf. geringeren Affinität gegenüber digitalen Angeboten können solche Telemedizin-Räume, die von einer Assistenzkraft betrieben werden, eine große wohnortnahe Hilfe sein. Darüber hinaus starten ab dem 19. April 2023 Drohnenverbindungen zwischen den Krankenhäusern in Markgröningen und Ludwigsburg und Markgröningen und Mühlacker, was ebenfalls dazu beiträgt, Distanzen in ländlichen Regionen zu überbrücken. Auch dies könnte ein sinnvoller Ansatz zur Anbindung der Gesundheitscampus an das Zentralklinikum im Ostalbkreis sein.

Aufklärung und Kommunikation mit der Bevölkerung wichtig

Weitreichende Veränderungen hin zu einem Zentralklinikum gehen erfahrungsgemäß mit Ängsten in der Bevölkerung und Polarisierung sowie Dramatisierung in der Lokalpresse einher. Dieser Faktor ist bei einer Zusammenlegung nicht zu unterschätzen. Bei besonders starken Widerständen wäre sogar ein Pilotprojekt analog zur Schlichtung von Stuttgart 21 oder ein „Bevölkerungsparlament“ zur Einbindung denkbar. Beides muss sehr gut vorbereitet werden, ist zeit- und kostenintensiv, könnte aber die Akzeptanz deutlich erhöhen.

Fazit

- Ein starkes Zentrum der Maximalversorgung (zukünftig Level 3) mit guter und moderner Vernetzung in die Fläche ist zu empfehlen, um die Versorgung der Region im Jahr 2030 und darüber hinaus sicherzustellen.
- Die Ausgestaltung von „Satelliten“ in Form von Level 1-Kliniken kann helfen, die Region notfallmedizinisch und geriatrisch für die Zukunft gut aufzustellen. Dabei ist höchstens mit einem Level 1n-Klinikum zu rechnen bzw. mindestens mit einem Level 1i-Klinikum.
- Ein größeres Zentrum wie im Modell der Regionalversorgung ist dabei nachhaltiger hinsichtlich des wachsenden Fachkräftemangels als ein mittelgroßes Zentrum mit einem größeren Grundversorger.
- Ein Regionalversorger muss nicht nur im Hinblick auf stationäre Strukturen gedacht werden, sondern auch ambulante „Tracks“ enthalten und die Digitalisierung inklusive Telemedizin in den Vordergrund stellen. Dabei sollte beim Bau auch Klimaneutralität von Anfang an mitgedacht werden und ebenso innovative neue Versorgungsmodelle für die flächendeckende Versorgung.

B. Augewitz

C. Karag