

Zusammenfassung des Gutachtens „Zukunft der Krankenhausstrukturen in Rheinland-Pfalz und im Saarland“ von der hcb GmbH

Studie im Auftrag der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, der IKK Südwest, den vdek-Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland, der Knappschaft (Regionaldirektion Saarbrücken), des BKK Landesverbands Mitte (Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland) und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Die Krankenhausdichte in Deutschland ist im internationalen Vergleich sehr hoch. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass es daher in Deutschland ein großes Potenzial gibt, die Krankenhausstrukturen effizienter zu gestalten, ohne die Versorgungssicherheit zu gefährden. Gleichzeitig ließe sich aufgrund wachsender Ressourcenknappheit eine drohende Unterversorgung vermeiden. Im vorliegenden Gutachten zeigen wir ausgehend vom Status quo der Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz und im Saarland Optimierungspotenziale für die Krankenauslandschaft in diesen beiden Ländern auf.

Zum Veranschaulichen der regionalen Variation haben wir acht Versorgungsgebiete zugeschnitten – sieben in Rheinland-Pfalz und eines für das Saarland. Für diese Gebiete wird die Situation in der primärärztlichen Versorgung, der klinischen Notfallversorgung und der fachärztlichen klinischen Versorgung dargestellt und beurteilt. Ziel ist die Identifikation von Potenzialen zur Strukturoptimierung sowie von Regionen mit drohender Unterversorgung. Bei Letzteren stehen Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgung im Vordergrund. Bei den anderen Regionen leiten wir dagegen Potenziale zur Strukturoptimierung ab. Diese umfassen die Schwerpunktbildung, die Zentralisierung und die Etablierung von sogenannten Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SVE)¹ oder ambulante Zentren.²

Bundeslandstrukturen. Im Jahr 2022 lebten 4,16 Millionen Menschen in Rheinland-Pfalz und knapp eine Million Menschen im Saarland. Die Einwohnerdichte im Saarland lag 64% über dem Bundesdurchschnitt, in Rheinland-Pfalz 11% darunter. Die Bevölkerungsentwicklung zwischen 2016 bis 2022 verlief in beiden Ländern gegenläufig. In Rheinland-Pfalz nahm die Bevölkerungszahl in diesem Zeitraum zu, während sie im Saarland leicht rückläufig war. Die Alterung der Bevölkerung macht sich indessen in beiden Ländern ähnlich bemerkbar. Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre lag im Jahr 2022 in Rheinland-Pfalz und im Saarland über dem bundesweiten Durchschnitt. Die Wirtschaftskraft, gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner, lag in beiden Ländern 2021 unter dem Bundesdurchschnitt.

Krankenhausversorgung. In Rheinland-Pfalz lag die Krankenhausdichte je einer Million Einwohner mit 20,9 leicht über dem Bundesdurchschnitt (20,4), während das Saarland mit 18,1 rund 11% darunter lag. Anders sieht es bezogen auf die Fläche aus. Im Saarland lag die Zahl der Krankenhausstandorte je 1 000 km² um 46% über dem deutschlandweiten Durchschnitt, in Rheinland-Pfalz 9% darunter. Die Bettendichte im Saarland liegt 21% über dem Bundesschnitt, in

¹ In der dritten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aus dem Jahr 2022 wurden diese Einrichtungen „Level 1i“ genannt.

² Da zum Stichtag 30.4.2024 die endgültige gesetzliche Ausgestaltung der sog. Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SVE) nicht festgelegt war, ist im Gutachten stets von ambulanten Zentren und SVE die Rede. Das soll der rechtlichen Unsicherheit zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung Rechnung tragen.

Rheinland-Pfalz 3% darüber. Rheinland-Pfalz verfügt – gemessen an Betten – über viele kleine Krankenhäuser. Das Saarland verfügt über größere Standorte. In beiden Ländern ist die Dichte an Krankenhäusern der GBA-Notfallstufe 1 in Bezug auf Bevölkerung und Fläche überdurchschnittlich hoch.

Der Casemixindex (CMI) beider Länder lag 2022 unter dem Bundesdurchschnitt. Rheinland-Pfalz wies mit 0,86 den geringsten CMI unter allen Ländern auf. Die Landesbasisfallwerte in beiden Ländern sind dagegen bundesweit die höchsten. In den Jahren 2018 bis 2022 stieg die Zahl der ärztlichen Vollkräfte in den beiden Ländern stärker als im Bundesdurchschnitt. Beim Pflegedienst fand in diesem Zeitraum bundesweit generell ein sehr starker Aufbau statt, im Saarland sogar etwas stärker, in Rheinland-Pfalz geringer.

Innerhalb Deutschlands variiert die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser stark. In Rheinland-Pfalz und im Saarland zusammen genommen lag im Jahr 2021 der mittlere Jahresüberschuss³ der Krankenhäuser bei 0,6% der Erlöse im bundesweiten Mittelfeld. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag lag in den beiden Ländern bei 39% (bundesweit: ca. ein Drittel). Setzt man für den nötigen Investitionsbedarf einen Zielwert von 7,5% des jährlichen Umsatzes an, beläuft sich der jährliche Investitionsbedarf beider Länder auf etwa 449 Millionen Euro. Derzeit beträgt das Fördervolumen beider Länder in der Summe 162 Millionen Euro pro Jahr und damit die jährliche Förderlücke 287 Millionen Euro.

Vertragsärztliche Versorgung. Das Saarland wies 2022 eine durchschnittliche Hausarztichte auf, Rheinland-Pfalz eine unterdurchschnittliche. Bei der Frauen- und Kinderarztichte lagen beide Länder unter dem bundesweiten Durchschnitt. Etwa jeder fünfte Hausarzt in beiden Ländern war im Jahr 2022 über 65 Jahre alt. Damit wiesen die beiden Länder die höchsten Werte in Deutschland auf. Bei den Frauen- und Kinderärzten ist im Saarland jeder siebte bzw. zehnte Arzt im Jahr 2022 über 65 Jahre alt gewesen. In Rheinland-Pfalz war es jeder zehnte bis vierzehnte. Nachbesetzungsprobleme dürften in den nächsten zehn Jahren in manchen Regionen zu einer Unterversorgung bei Haus-, Frauen- und Kinderärzten führen.

Ausblick. In Rheinland-Pfalz erwarten wir alterungsbedingt ein Wachstum der stationären Fallzahl von 5,7% und im Saarland von 4,8% bis zum Jahr 2030. Das Ambulantisierungspotenzial beträgt nach unseren Berechnungen in beiden Ländern aber mindestens 12%, was eine Untergrenze darstellt.⁴ In der Summe erwarten wir daher in Rheinland-Pfalz einen Rückgang der stationären Fallzahl um mindestens 8% und im Saarland um mindestens 9%. Infolgedessen ist in beiden Ländern mit einem um 28% sinkenden Bettenbedarf zu rechnen.

Beurteilung der primärärztlichen Versorgung. Hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung sind bis zu zwölf Kreise⁵ und bei der kinderärztlichen Versorgung bis zu acht Kreise von Unterversorgung bedroht. Keine Unterversorgung ist bei der frauenärztlichen Versorgung zu erwarten. Regional fällt der Anteil der von drohender Unterversorgung betroffenen Bevölkerung unterschiedlich hoch aus. Im Saarland sind 13-24% der Bevölkerung von einer hausärztlichen Unter-

³ Als EAT, Earnings after tax.

⁴ Unberücksichtigt sind in diesen Berechnungen die fallreduzierenden Effekte der Hybrid-DRG und die Überlegungen aus dem Gutachten von Albrecht et al. (2022) mit den erweiterten ambulant durchführbaren Prozeduren und patientenbezogenen Kontextfaktoren. Das ambulante Potenzial dürfte daher höher liegen.

⁵ Zusammenfassung von kreisfreien Städten mit umliegenden Landkreisen.

versorgung bedroht, in Rheinland-Pfalz 9-32%. Bei der kinderärztlichen Versorgung ist in Rheinland-Pfalz fast jeder fünfte Einwohner bis 18 Jahre von einer künftigen Unterversorgung bedroht. Das Saarland ist bei der kinderärztlichen Versorgung nicht gefährdet.

Beurteilung der klinischen Notfallversorgung. Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser mit einer GBA-Notfallstufe ist in beiden Ländern gut. Im Saarland erreichen alle Einwohner ein Krankenhaus mit einer Notfallstufe innerhalb von 30 Minuten. In Rheinland-Pfalz sind es 99 Prozent.

Würden Standorte mit einer GBA-Notfallstufe mit weniger als 150 bzw. 200 Betten entfallen, würde sich im Saarland die Erreichbarkeit zu mindestens der Notfallstufe 1 nicht verändern. In Rheinland-Pfalz wären in diesem Fall besonders die nördlichen und mittleren Regionen des Landes von längeren Fahrzeiten zu Notfallversorgern betroffen. Bereits im Status quo haben in den Versorgungsgebieten Westerwald, Trier und Mittelrhein zwischen 1,2 bis 3,1% der Einwohner Fahrzeiten von über 30 Minuten. Bei einem Wegfall ebengenannter Notfallversorger würden diese Anteile in den drei Regionen auf 5,0 bis 11,4% steigen. Bezogen auf ganz Rheinland-Pfalz hätten bei einem Wegfall dieser Standorte 2,6 bzw. 4,3% der Bevölkerung Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten (Status quo: 0,9%).

Beurteilung der klinischen fachärztlichen Versorgung. Die Erreichbarkeit für fachärztliche Krankenhausleistungen im Status quo ist in den meisten Versorgungsgebieten gut. Als kritisch betrachten wir eine Situation, bei der sich die Erreichbarkeit einer Leistungsgruppe deutlich verschlechtern würde, falls die Leistungsgruppe an Standorten mit einer geringeren Fallzahl entfielen. Dies ist in wenigen Leistungsgruppen in den Gebieten Westerwald, Hunsrück sowie Pfalz-West der Fall. Im Saarland gibt es keine kritischen Situationen.

Potenziale zur Optimierung der Versorgungsstrukturen. Im Status quo gibt es in Rheinland-Pfalz 87 und im Saarland 18 Krankenhausstandorte, die insgesamt 1 415 bzw. 352 Leistungsgruppen anbieten. Es besteht Potenzial zur Bildung von Schwerpunkten, indem bestehende Standorte gewisse Leistungsgruppen auf sich vereinen, während sie andere abgeben. Hierbei bleibt die Zahl der Standorte in der Regel unverändert. Es kommt jedoch zu einer Schwerpunktbildung. Darüber hinaus gibt es ein Potenzial zur Zentralisierung, indem mehrere, meist kleinere Standorte zu einem neuen größeren Standort zusammengelegt werden. Die Altstandorte werden dabei entweder umgewidmet, zum Beispiel in ein ambulantes Zentrum bzw. eine SVE, oder geschlossen.

In Rheinland-Pfalz gibt es großes Potenzial zur Schwerpunktbildung in den Leistungsgruppen „Endoprothetik Hüfte“ und „Endoprothetik Knie“. Das geringste Potenzial zur Schwerpunktbildung besteht in den Leistungsgruppen „Kinder- und Jugendmedizin“ und „Neurologie“. Für das Saarland zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Dort gibt es großes Potenzial zur Schwerpunktbildung in den Leistungsgruppen „HNO“, „Geriatric“ und „Endoprothetik Knie“.

Für Rheinland-Pfalz identifizieren wir ein Potenzial zur Zusammenlegung (Zentralisierung) von 30 Standorten zu 13 Zentralkliniken und im Saarland von zehn Standorten, die zu fünf Zentralkliniken zusammengelegt werden könnten. In Rheinland-Pfalz würde es danach noch 61 Krankenhausstandorte geben, im Saarland 12. Dies entspricht einer Reduktion um 31% bzw. 22%. Hinzu kommen die aus einer Umwandlung entstehenden alternativen Versorgungsangebote. Diese umfassen ambulante Zentren bzw. SVE. Für Rheinland-Pfalz rechnen wir mit 14 bis 21 und im Saarland mit bis zu einer Versorgungseinrichtung. Die Versorgungseinrichtungen entstehen vor allem an den Altstandorten, deren stationäre Kapazitäten im Zuge der Bildung einer Zentralklinik weitgehend ins Zentrum oder auf andere Standorte verlagert werden. Im ländlichen Raum

leisten die ambulanten Zentren und SVE einen wichtigen Beitrag zur wohnortnahen Grund- und Weiterversorgung. In einigen Fällen gibt es auch das Potenzial, bestehende kleine Krankenhausstandorte ohne weitere Zentralisierung in eine solche Einrichtung umzuwandeln. Die größten Potenziale zur Optimierung der Strukturen bestehen in den Versorgungsgebieten Westerwald, Rheinpfalz und Mittelrhein.

Personalbedarf. Im Status quo haben viele Kliniken große und wachsende Probleme die personelle Mindestbesetzung aufrechtzuerhalten. Wenn trotz geringer Fallzahlen eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung ermöglicht werden soll, ist der damit verbundene hohe Personaleinsatz nicht effizient, was den Fachkräftemangel verschärft. Durch Schwerpunktbildung und Zentralisierung werden Leistungen innerhalb einer Region gebündelt und größere Einheiten zur Leistungserbringung geschaffen. Beide Maßnahmen sind geeignet, die sogenannte „Mindestbesetzungsproblematik“ zu lösen oder zumindest abzumildern. Praxisnahe Beispielrechnen zeigen, dass sich dadurch zwischen 16-18% der Personalkosten im ärztlichen Dienst und rund 5% im Pflegebetrieb einsparen ließen.

Investitionsbedarf. Im Rahmen der Zentralisierung würden in Rheinland-Pfalz 16% der Fälle bzw. 16% der Betten verlagert, im Saarland 26% bzw. 22%. Die stärkste Verlagerung würde im Gebiet Westerwald stattfinden, gefolgt von Rheinpfalz und Hunsrück. Wir gehen daher davon aus, dass in Rheinland-Pfalz bis zu 2 870 Betten neu gebaut werden müssten, im Saarland bis zu rund 1 100 Betten. Der Investitionsbedarf für den Bau von Zentralkliniken summiert sich demnach in Rheinland-Pfalz auf circa 2,3 Milliarden Euro, im Saarland auf circa 880 Millionen Euro. Im Transformationsfonds werden voraussichtlich ab 2026 bundesweit 50 Milliarden Euro für eine Laufzeit von zehn Jahren bereitstehen. Das entspricht fast 600 Euro pro Einwohner. Nach seiner Bevölkerungsgröße bemessen könnten Rheinland-Pfalz knapp 2,5 Milliarden Euro aus dem Transformationsfonds zur Verfügung stehen. Dem Saarland würden fast 600 Millionen Euro zur Verfügung stehen. In Rheinland-Pfalz würden die Mittel aus dem Transformationsfonds ausreichend sein. Für das Saarland müssten rund 300 Millionen Euro zusätzlich bereitgestellt werden, um die möglichen Zentralisierungspotenziale ausreichend zu finanzieren.

Flankierende Maßnahmen. Die Anpassung der Krankenhausstrukturen sollte durch weitere Maßnahmen flankiert werden. Neben der fachärztlichen und pflegerischen Versorgung sollten sich die alternativen Versorgungsformen (ambulante Zentren bzw. SVE) auch der stärker unter Druck stehenden primärärztlichen Versorgung widmen können. Damit könnten sie die ambulante Versorgung bündeln und effizienter gestalten. Um dies zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von vertragsärztlichen Leistungen durch Kliniken abgebaut und KV-Ermächtigungen nicht nur an einzelne Personen, sondern auch an Betriebe gebunden werden. In größeren Betrieben sind moderne Arbeitszeitmodelle einfacher realisierbar, was die Attraktivität der Gesundheitsberufe erhöht. Im ärztlichen Bereich sollte die Weiterbildung sektorenübergreifend ausgerichtet werden. Ein innovativer Ansatz besteht mit der Verbundweiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin und könnte auf weitere Facharztbereiche ausgeweitet werden.

Die Strukturveränderungen sollten ergänzt werden durch dezentrale Angebote im Sinne von „Kümmerern“ oder Case Managern, die von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam wahrgenommen werden, unter Zuhilfenahme moderner Technologie, bis hin zu Künstlicher Intelligenz als neutraler Begleiter für die Patienten. Gleichzeitig sollten die Möglichkeiten der Pflege ausgeweitet werden, wie es zum Beispiel das Pflegekompetenzgesetz vorsieht. Es braucht auch Mobilitätsangebote, damit entweder Patienten zur Gesundheitsversorgung gelangen können oder umgekehrt die Angebote zu den Patienten, zum Beispiel über mobile Gesundheitsexperten

mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum, über eine direkte digitale Anbindung des Angebots in die Wohnung des Patienten oder über ein ergänzendes telemedizinisches Angebot in der Apotheke oder Hausarztpraxis vor Ort.

Idealerweise sollte sich eine Region für die komplette Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung verantwortlich fühlen und die Angebote koordinieren. Hierzu wäre ein Vergütungssystem hilfreich, das sektorenübergreifende Angebote besser ermöglicht und stärker an Versorgungszielen ausgerichtet ist. Mit einem stärkeren Fokus auf Versorgungsziele kann es mehr Gestaltungsfreiheit geben, um auf regionaler Ebene innovative Versorgungsmodelle zu erproben – mit dem Ziel, dass sich Versorgungsmodelle mit hoher Effizienz durchsetzen. Das Gesundheitsverstärkungsgesetz (GVSG) sieht unter anderem vor, dass Kommunen Möglichkeiten erhalten, selbst MVZ zu gründen.

Je stärker zentralisiert eine Krankenhausstruktur ist, desto wichtiger wird ein gut funktionierendes Rettungswesen. Dabei zählt nicht primär die Zeit, um vom Ort des Notfalls zum geeigneten Krankenhaus zu gelangen, sondern die Zeit bis zur Einleitung der ersten Behandlungsschritte. Das Krankenhaus, das einen Notfall aufnimmt, muss bereits bei Ankunft des Rettungswagens für den Patienten vorbereitet sein. Schon im Rettungswagen müssen erste wichtige Schritte durch den Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden können. Grundsätzlich sollte die Notfallversorgung sektorenübergreifend erfolgen, gerade wenn die Fachkräfte in beiden Sektoren immer knapper werden. Die vierte und neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung machen weitere Vorschläge zur Reform des Rettungswesens und der Notfallversorgung. Vor allem würde eine integrierte Leitstelle die Patienten darin unterstützen, das für sie richtige Angebot aufzusuchen.

Schlussfolgerungen. Die in diesem Gutachten vorgestellten Handlungsempfehlungen können dazu beitragen, den Grundstein für eine zukunftsfähige Versorgung in Rheinland-Pfalz und im Saarland zu legen. Die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen hängt vom Aufwand sowie der Einbindung der jeweils unterschiedlichen Akteure ab. Die Potenziale zur Schwerpunktbildung können schneller und kostengünstiger umgesetzt werden als der Bau von Zentralkliniken. Die Adressaten dieser Maßnahmen sind zunächst die Krankenhausträger und die Länder. Flankierende Maßnahmen, die angrenzende Bereiche umfassen – beispielsweise die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung, das Rettungswesen, die Notfallversorgung, die Weiterbildung und das Halten des Personals vor Ort – hängen maßgeblich auch vom Engagement weiterer Akteure ab. Hier sind die Kostenträger, die KVen und die Kommunen ebenfalls gefragt. Anstehende Reformen, darunter die große Krankenhausreform, sollen allen Akteuren Werkzeuge in die Hand geben, mit denen sich die genannten Potenziale leichter umsetzen lassen. Die Experteninterviews, die mit allen relevanten Akteuren aus beiden Ländern geführt wurden, zeigen, dass der Wille zu Veränderungen da ist. Jetzt gilt es, den Willen in die Tat umzusetzen.