

# Rheinland-Pfalz und das Saarland: Potenziale in der Patientenversorgung vor dem Hintergrund der großen Krankenhausreform

Gemeinsames Ersatzkassenforum vdek Saarland und Rheinland-Pfalz, Saarbrücken, 19. September 2024

# Agenda



## Krankenhausversorgung

Wo stehen Rheinland-Pfalz und das Saarland?

Was tun?

## Warum kann die Krankenhausversorgung nicht so bleiben, wie sie ist?

Weil die Krankenhauskapazitäten nicht mehr ausgelastet sind

Weil stationäre Fallzahlen im internationalen Vergleich trotzdem noch hoch sind

Weil Substanz der Krankenhäuser mangels Investitionen nicht mehr up-to-date ist

Weil die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser bedrohlich ist

Weil enormes Potenzial zur Schwerpunktbildung besteht

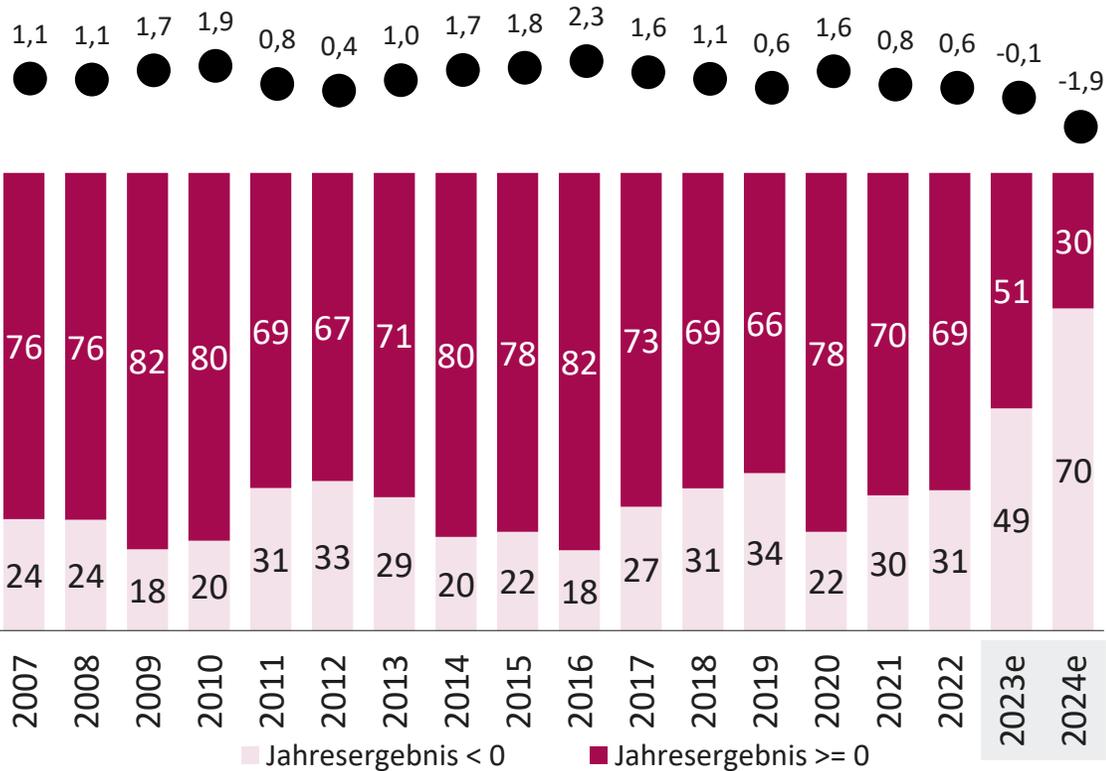
Weil der Nachwuchs ausgeht und Rationierung droht

# Verschlechterung der Lage der Krankenhäuser 2022, weitere Verschlechterung 2023 und 2024 erwartet; Gründe: geringe Auslastung, Reduktion der Staatshilfen, Preis- und Lohninflation

## Investitionsfördermittel der Länder unterhalb des Bedarfs

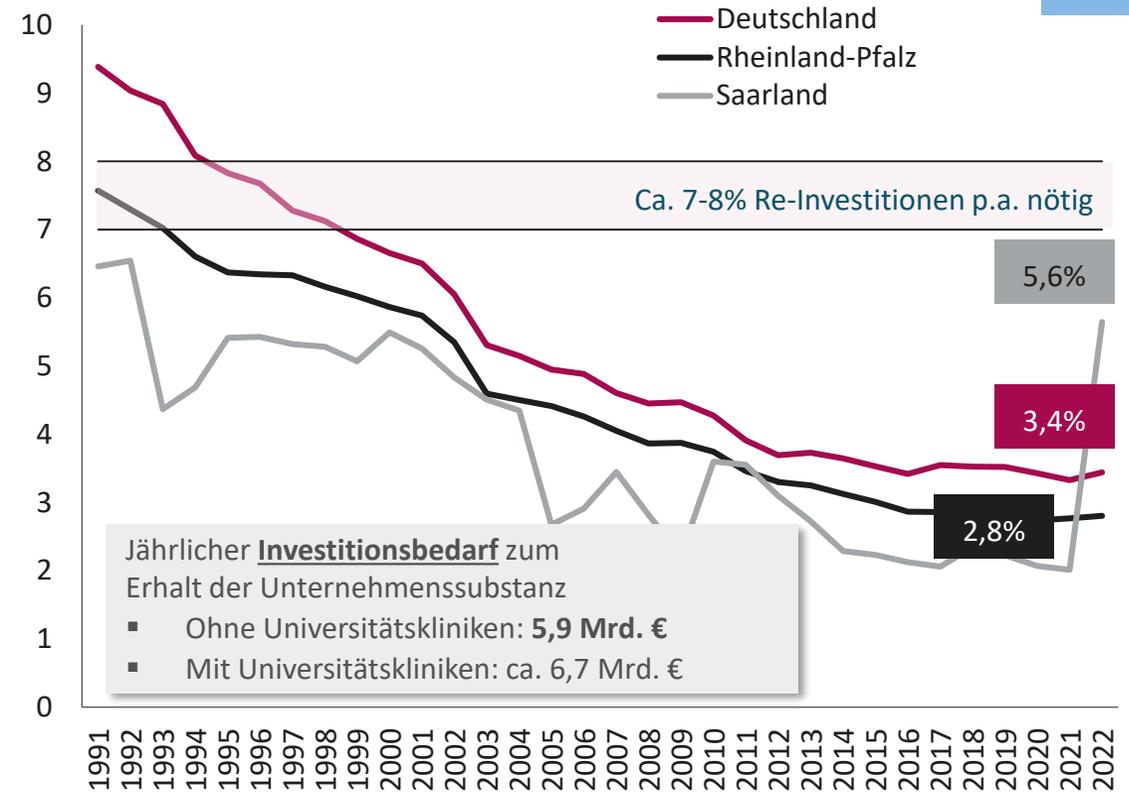


Jahresergebnis<sup>(1)</sup> (als Anteil an Erlösen)



**2023 und 2024 sind Hochrechnungen**

KHG-Fördermittel im Verhältnis zu den Krankenhäuserlösen<sup>(1)</sup>



(1) EAT, Earnings after taxes

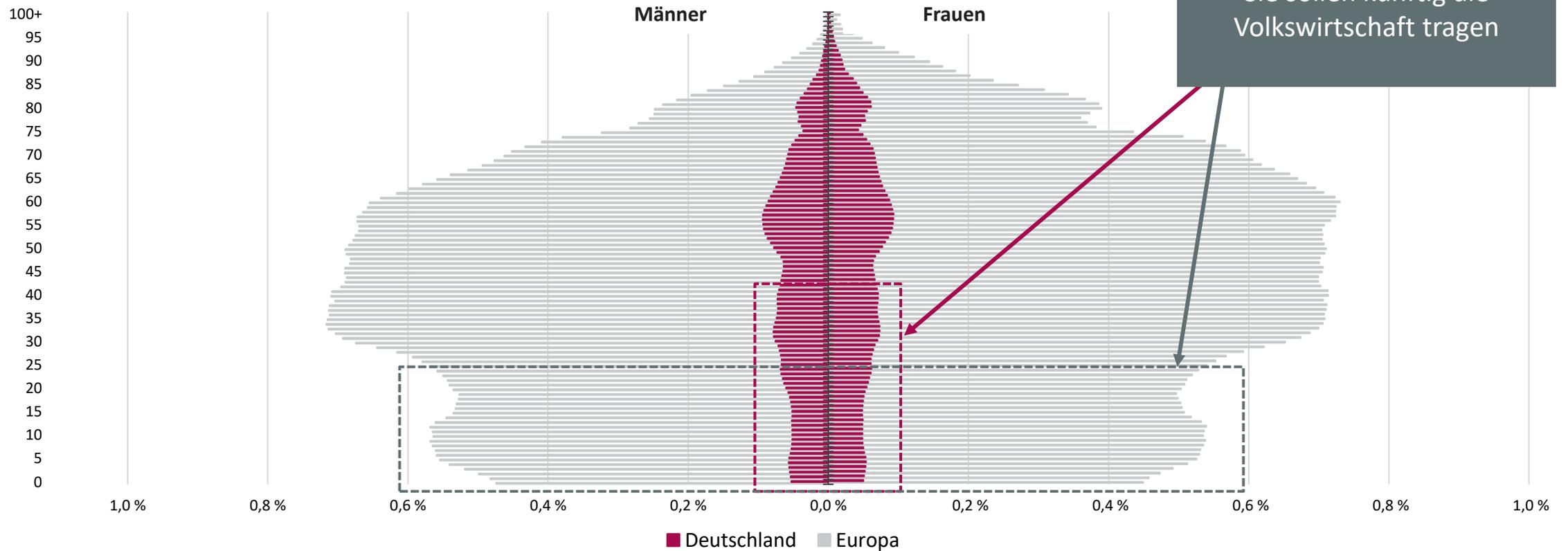
Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2024

# Ab jetzt beginnt die demografische Herausforderung brisant zu werden

Dabei kann Europa das demografische Problem Deutschlands auch nicht lösen

Anteil Altersjahre an der europäischen Bevölkerung 2021; Anteil in %



Anmerkung: Bevölkerungsschätzungen basierend auf Volkszählungen, Einwohnerregister und Haushaltsumfragen für 237 Länder oder Gebiete. Stichtag 1. Juli 2021. Bevölkerungszahl Europa: 745.173.830; Bevölkerungszahl Deutschland: 83.408.603.  
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

# Wie viele Kliniken können wir in zehn Jahren mit den dann vorhandenen Ressourcen betreiben? Welche Ziele müssen wir dabei im Auge behalten?

## Ausblick



Welche **Ressourcen** werden wir in Deutschland in zehn Jahren haben?

**Wie viele Kliniken** können wir damit noch betreiben?

## Zielstellung

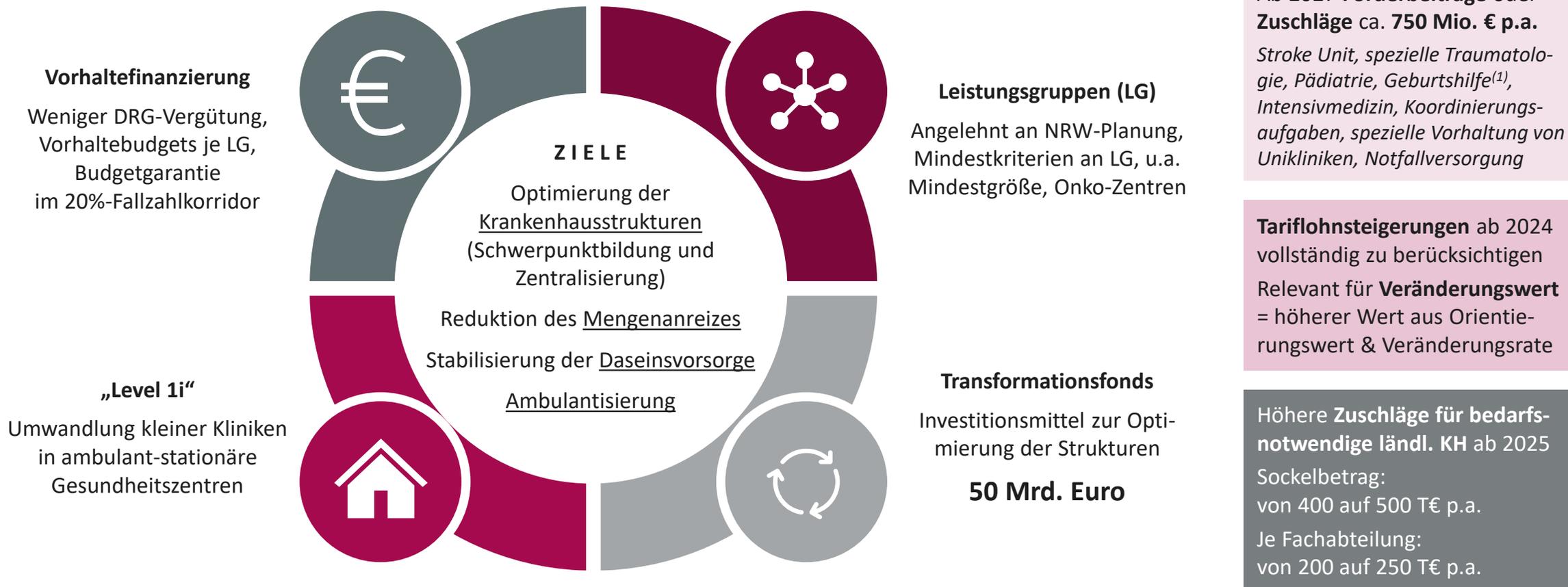


**Qualität** halten oder ggf. sogar verbessern!

**Zugang** für alle Bürger und Flächen- deckung erhalten!

**Wirtschaftlichkeit** verbessern bzw. Produktivität erhöhen!

# Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll helfen, zumindest mittelfristig



(1) Für Pädiatrie und Geburtshilfe bereits ab 2025  
Quelle: hcb; , Referentenentwurf vom 13. März 2024

# Agenda



Krankenhausversorgung

Wo stehen Rheinland-Pfalz und das Saarland?

Was tun?

# Rheinland-Pfalz ist ein Bundesland mit vielen ländlichen Gebieten, trotzdem aber mit guter Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte

Viele kleine Standorte stellen die Gesundheitsversorgung jedoch vor besondere Herausforderungen

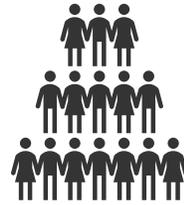


Geringe  
Bevölkerungsdichte

**209**

Einwohner pro km<sup>2</sup>

(Bund: 236)



**87** Krankenhausstandorte<sup>(1)</sup>

**12** mit Sicherstellungszuschlag

**63** Anlaufstellen bei Notfällen<sup>(2)</sup>

Gute Erreichbarkeit  
der Krankenhäuser

**99%**

der Bevölkerung erreicht ein  
Krankenhaus mit Notfallversorgung  
innerhalb von 30 Minuten



Viele kleine Krankenhäuser<sup>(3)</sup>



**30%** mit weniger als 150 Betten



Schwer, wirtschaftlich zu betreiben und  
medizinische Fachexpertise vorzuhalten

(1) Ohne Tageskliniken und psychiatrische Kliniken

(2) Krankenhausstandorte mit GBA-Notfallstufe entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand:12.5.2021).

(3) Bezogen auf Krankenhäuser ohne Tageskliniken, ohne reine Psychiatrien, ohne Fachkliniken.

Quelle: hcb

# Das Saarland ist ein dicht besiedeltes Bundesland mit guter Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte

Gemessen an der Fläche ist die Standortdichte sehr hoch

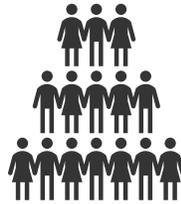


Hohe  
Bevölkerungsdichte

**386**

Einwohner pro km<sup>2</sup>

(Bund: 236)



**18** Krankenhausstandorte<sup>(1)</sup>

**0** mit Sicherstellungszuschlag

**14** Anlaufstellen bei Notfällen<sup>(2)</sup>

Sehr gute Erreichbarkeit  
der Krankenhäuser

**100%**

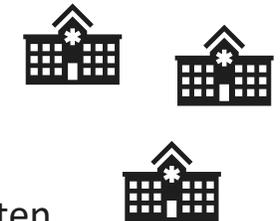
der Bevölkerung erreicht ein  
Krankenhaus mit Notfallversorgung  
innerhalb von 30 Minuten



Viele große und mittelgroße  
Krankenhäuser<sup>(3)</sup>

**53%** mit 150 bis unter 400 Betten

**47%** mit über 400 Betten



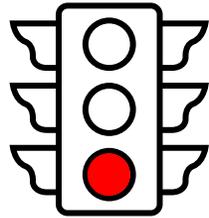
(1) Ohne Tageskliniken und psychiatrische Kliniken

(2) Krankenhausstandorte mit GBA-Notfallstufe entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand:12.5.2021).

(3) Bezogen auf Krankenhäuser ohne Tageskliniken, ohne reine Psychiatrien, ohne Fachkliniken.

# Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist schwierig geworden

In den vergangenen Jahren wurde zu wenig investiert



Anteil **insolvenzgefährdeter**  
**Krankenhäuser** in Rheinland-Pfalz  
und im Saarland<sup>(1)</sup> im Jahr **2022**

**13%**  
(Bund: 11%)

Anteil **insolvenzgefährdeter**  
**Krankenhäuser** in Rheinland-Pfalz  
und im Saarland<sup>(1)</sup> im Jahr **2020**

**5%**  
(Bund: 6%)

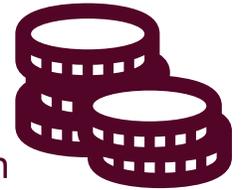
Anzahl **Insolvenzen**  
seit 1.1.2023  
bis 31.5.2024

**RLP: 7**  
**SL: 1**  
(Bund: 47)



Investitions-  
förderquote in  
Rheinland-Pfalz **2022**

**2,8%**  
(Bund: 3,4%)  
Zielwert: 7-8%



(1) Die beiden Länder können aus statistischen Gründen nur gemeinsam ausgewiesen werden.  
Quelle: hcb

# In Rheinland-Pfalz gute Hausarztdichte, jedoch unterdurchschnittliche Facharztdichte; dagegen hohe Fallzahlen in der stationären Versorgung bei gleichzeitig niedrigem Schweregrad Rheinland-Pfalz 2022

## Ambulant

Geringere  
Facharztdichte  
**140** Fachärzte je  
100.000 Einwohner  
(Bund: 163)



Geringere  
Kinderarztdichte  
**9,4** Kinderärzte je  
100.000 Einwohner  
(Bund: 10,4)

Mittlere  
Hausarztdichte  
**65** Hausärzte je  
100.000 Einwohner  
(Bund: 67)

Geringere  
Frauenarztdichte  
**14,5** Frauenärzte je  
100.000 Einwohner  
(Bund: 15,9)

Hohes ambulantes Potenzial (**15-21%**)

## Stationär

Hohe Bettendichte  
**58**  
Betten je 10.000  
Einwohner  
(Bund: 56)



Geringe  
Bettenauslastung  
**66%**  
(Bund: 69%)

Hohe Fallzahl  
**206** Fälle je 1.000  
Versichertenjahre  
(Bund: 188)



Niedriger  
Schweregrad  
**0,86**  
Casemixindex  
(Bund: 0,92)

Hoher Preis je  
standardisiertem Fall  
**4.312 €**  
(Bund: 4.211 €)



# Im Saarland geringere Kinder- und Frauenarztdichte, aber gute Hausarztdichte; dagegen hohe Fallzahlen in der stationären Versorgung bei gleichzeitig niedrigem Schweregrad Saarland 2022

## Ambulant

Mittlere  
Facharztdichte  
**161** Fachärzte je  
100.000 Einwohner  
(Bund: 163)



Geringere  
Kinderarztdichte  
**9,7** Kinderärzte je  
100.000 Einwohner  
(Bund: 10,4)

Mittlere  
Hausarztdichte  
**66** Hausärzte je  
100.000 Einwohner  
(Bund: 67)

Geringere  
Frauenarztdichte  
**14,6** Frauenärzte je  
100.000 Einwohner  
(Bund: 15,9)

Hohes ambulantes Potenzial (**15-21%**)

## Stationär

Hohe Bettendichte  
**68**  
Betten je 10.000  
Einwohner  
(Bund: 56)



Geringe  
Bettenauslastung  
**67%**  
(Bund: 69%)

Hohe Fallzahl  
**220** Fälle je 1.000  
Versichertenjahre  
(Bund: 188)

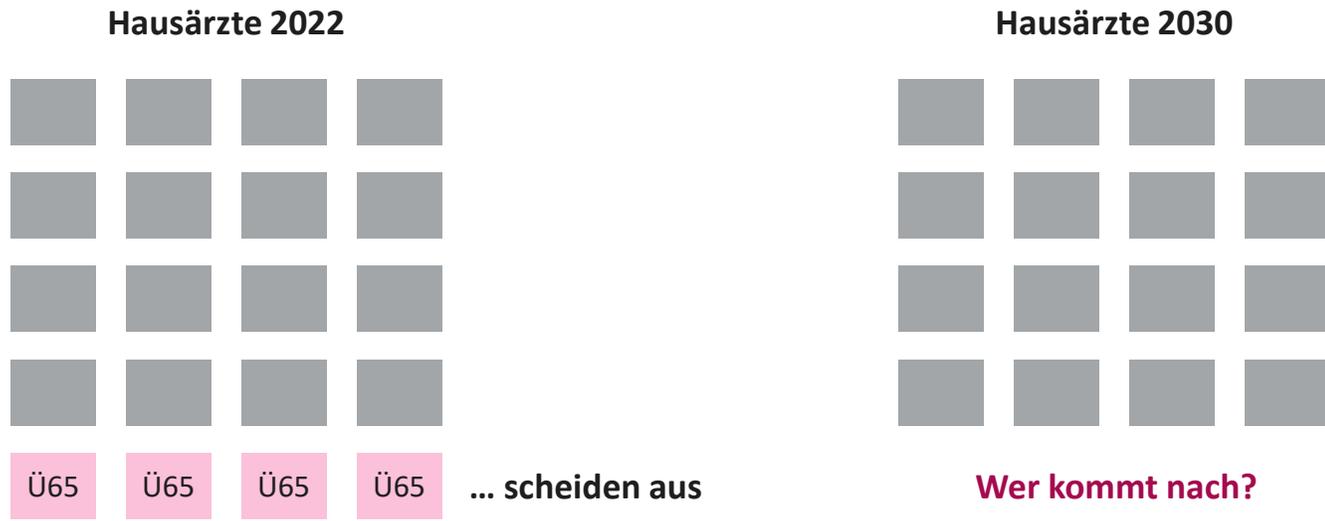


Niedriger  
Schweregrad  
**0,90**  
Casemixindex  
(Bund: 0,92)

Höherer Preis je  
standardisiertem Fall  
**4.240 €**  
(Bund: 4.211 €)



Allerdings sind in Rheinland-Pfalz 21% und im Saarland 19% der derzeit praktizierenden Hausärzte über 65 Jahre alt und die Zahl der zu versorgenden älteren Menschen nimmt zu ...



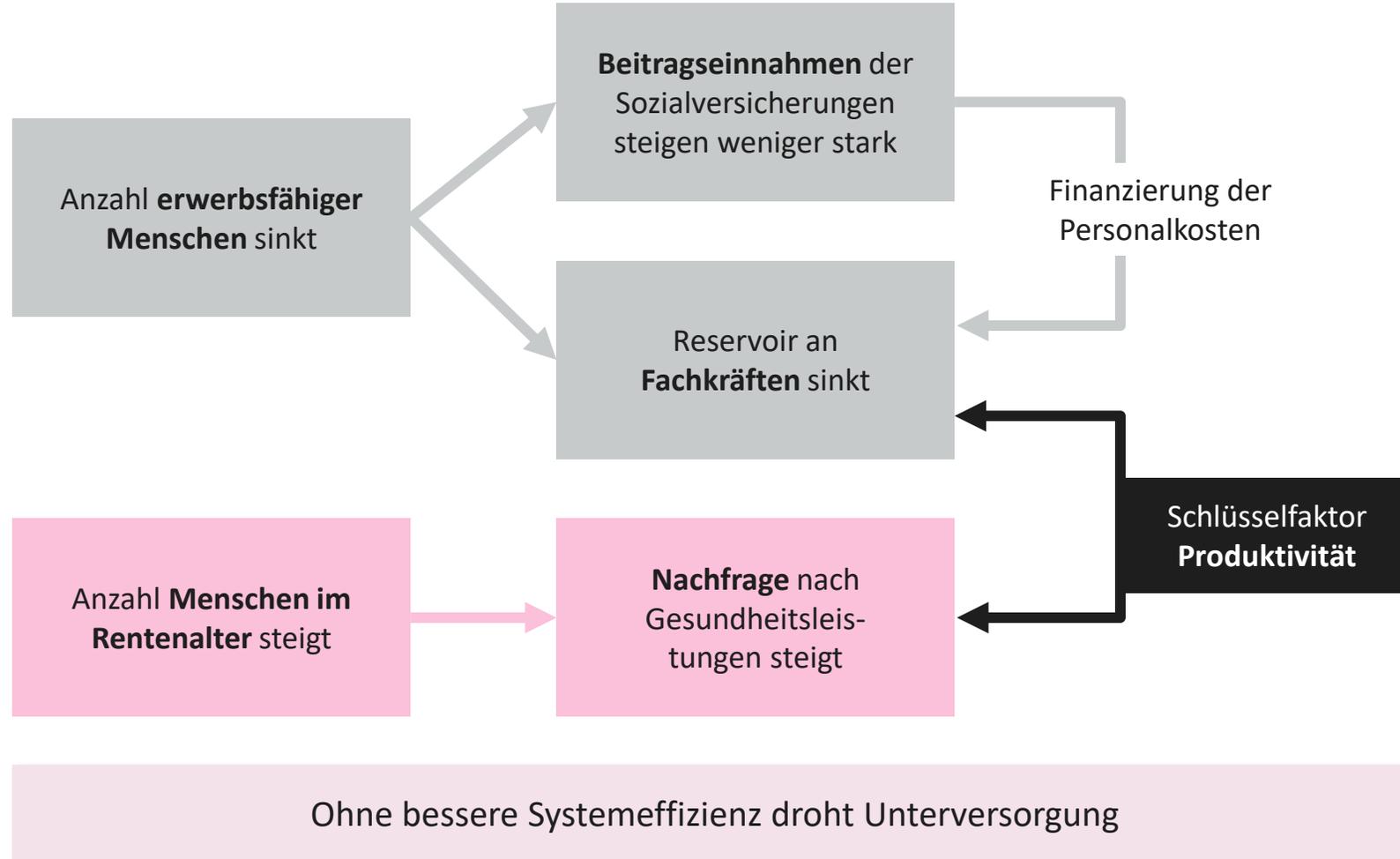
**Zum Vergleich:**  
Bundesweit sind  
15% aller Hausärzte  
über 65 Jahre alt



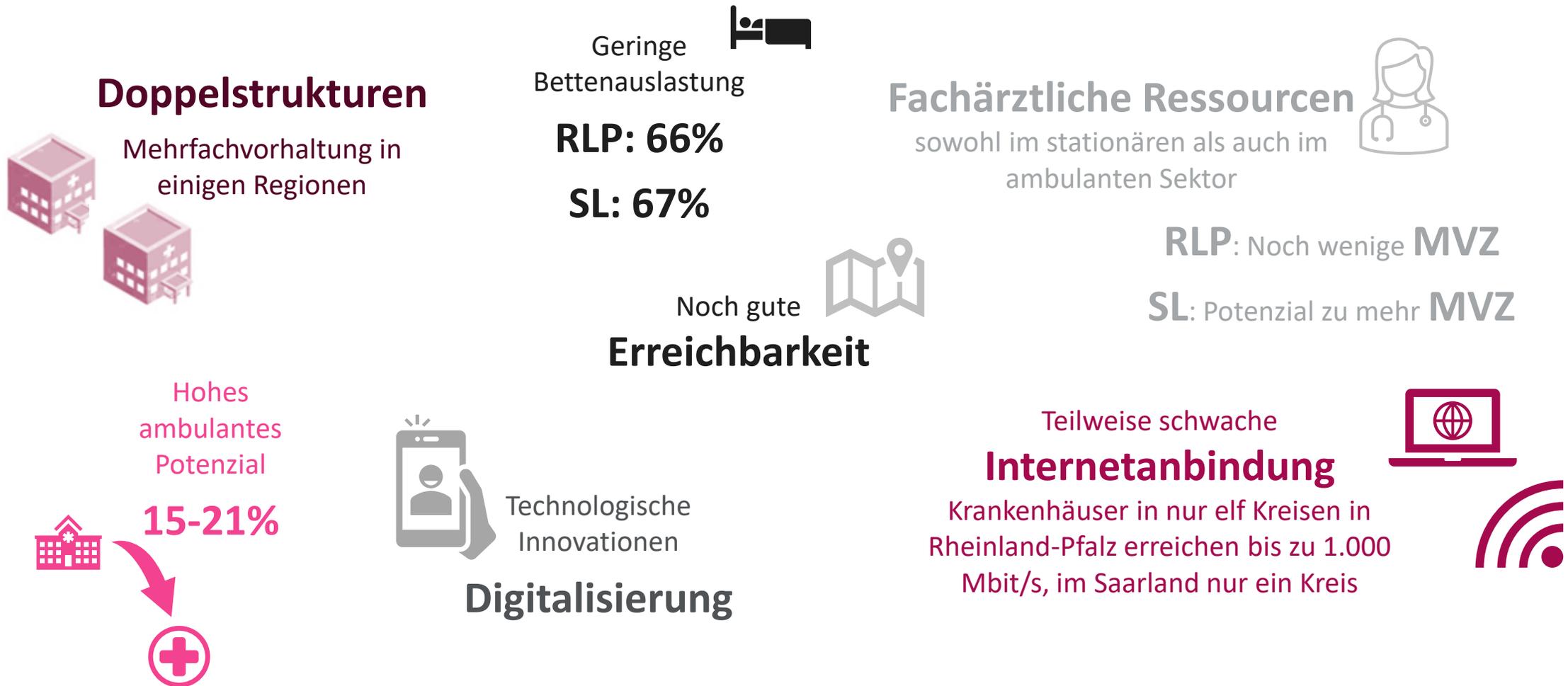
... aber die Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung wird bis 2030 schrumpfen



Die größte Herausforderung wird sein, mehr Menschen mit weniger Personal und bei weniger stark steigenden Beitragseinnahmen der Sozialversicherungen optimal zu versorgen



# Rheinland-Pfalz und das Saarland haben Potenziale, Angebot und Nachfrage auch weiterhin zusammenzubringen



# Agenda



Krankenhausversorgung

Wo stehen Rheinland-Pfalz und das Saarland?

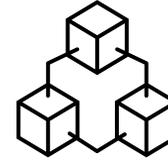
Was tun?

Rheinland-Pfalz hat zahlreiche Potenziale, um die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft auf einem qualitativ hohen Niveau bereitstellen zu können (I)



## Ambulantisierung

Einfachere stationäre Fälle mit kurzer Liegedauer lassen sich bei gleicher Qualität teilweise ambulant erbringen, geringere Kosten, weniger Bettenbedarf



## Schwerpunktbildung

In einigen Regionen gibt es Doppelstrukturen; eine stärkere Bündelung der Angebote führt zu größeren Einheiten mit höherer Qualität und günstigeren Kostenstrukturen



## Zentralisierung

In einigen Regionen lassen sich Standorte zusammenlegen und dadurch größere Betriebe bilden, die höhere Qualität und eine bessere Wirtschaftlichkeit erzielen können (optimale Betriebsgröße)

## Zusammenarbeit ambulant-stationär

Wenn in beiden Sektoren das Personal knapp wird, lohnt es sich enger zusammenzurücken; auch können größere ambulante Einheiten geschaffen werden (z.B. MVZ und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen)

Rheinland-Pfalz hat zahlreiche Potenziale, um die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft auf einem qualitativ hohen Niveau bereitstellen zu können (II)



## Telemedizin

Schnelle Breitbandanbindung ermöglicht Nutzung elektronischer Patientenakte, Echtzeit-Transfer von Daten und Befunden (z.B. in der Radiologie), fortwährende Fernüberwachung, hochauflösende (HD) telemed. Anwendungen



## Notfallversorgung

Telemedizinische Anbindung des RTW an Klinik, kreisübergreifende Koordination, sektorenübergreifende Strukturen (u.a. ärztliche Bereitschaftspraxen)

## Modellprojekte

Erprobung neuartiger Versorgungs- und Vergütungsmodelle in Regionen (u.a. budgetorientierte Ansätze)



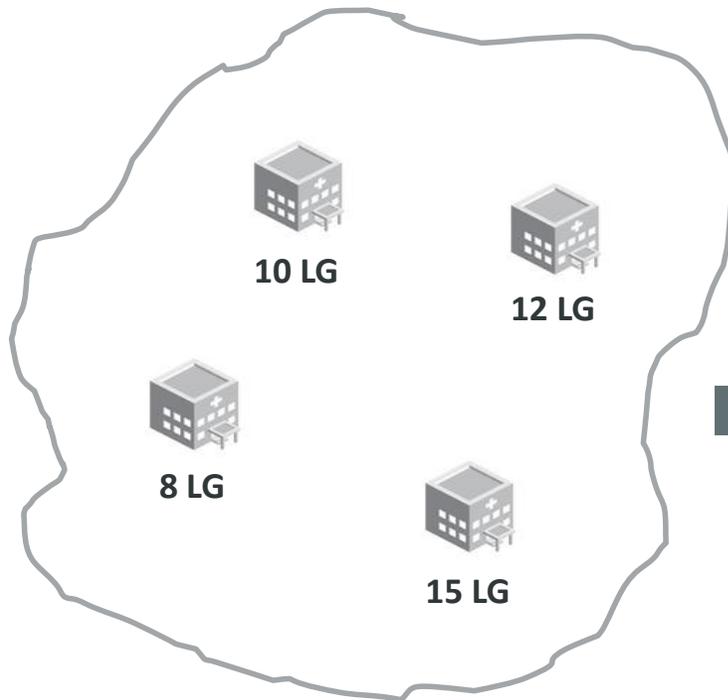
## Fachkräfte akquirieren und halten

Attraktivität der Berufe steigern, Pflegekompetenzen stärken, Quereinsteigermodelle, sektorenübergreifende Ausbildung



# In der Schwerpunktbildung werden Leistungsgruppen gebündelt

Status quo: Jeder Standort in einer Region bietet **viele Leistungsgruppen (LG)** an



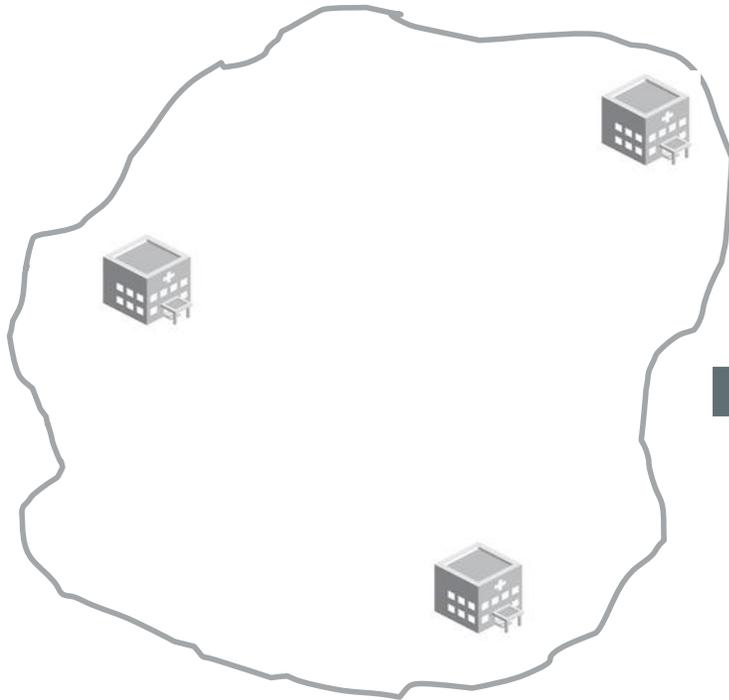
Zielbild: Die Standorte fokussieren sich jeweils auf weniger LG und dann mit höherer Fallzahl je LG (**Schwerpunktbildung**)



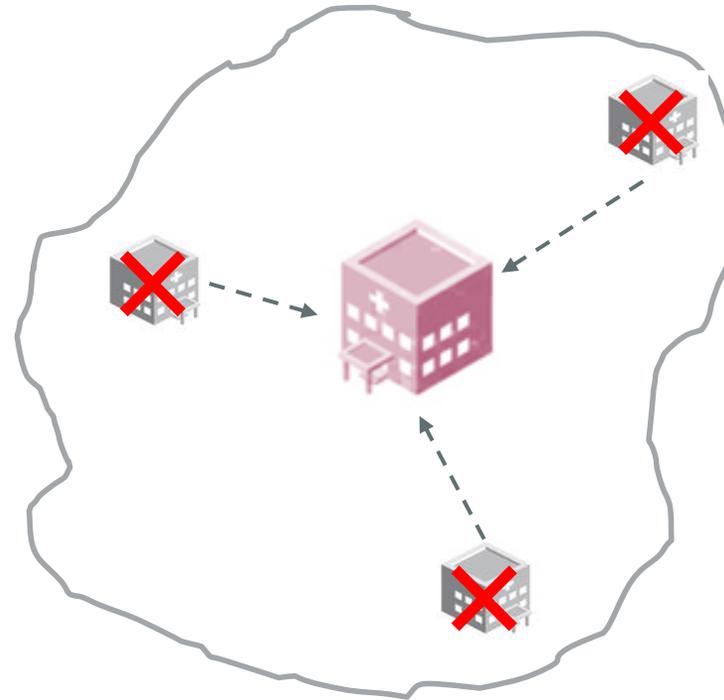
## Bei der Zentralisierung werden meist kleinere Standorte zusammengelegt

Damit lässt sich im neuen Zentrum zudem eine höhere Notfallstufe erreichen

Status quo: Mehrere kleine Kliniken mit wenig spezialisierten Leistungen

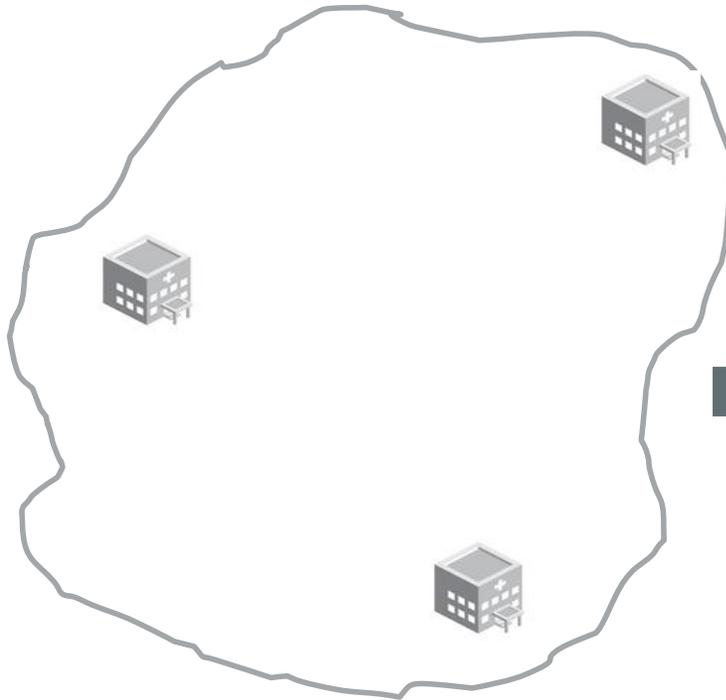


Zielbild: Bündelung der Kapazitäten an einem Standort (Zentralklinikum)

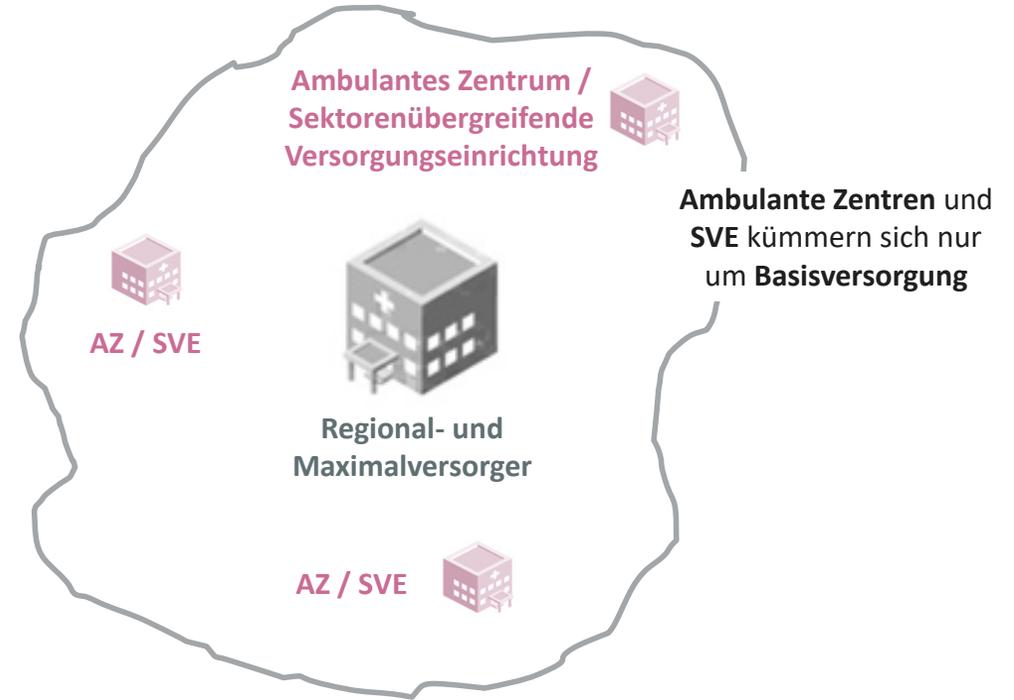


# Ambulante Zentren und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können Versorgung an Altstandorten sicherstellen

Status quo: **Mehrere kleine Kliniken** mit wenig spezialisierten Leistungen

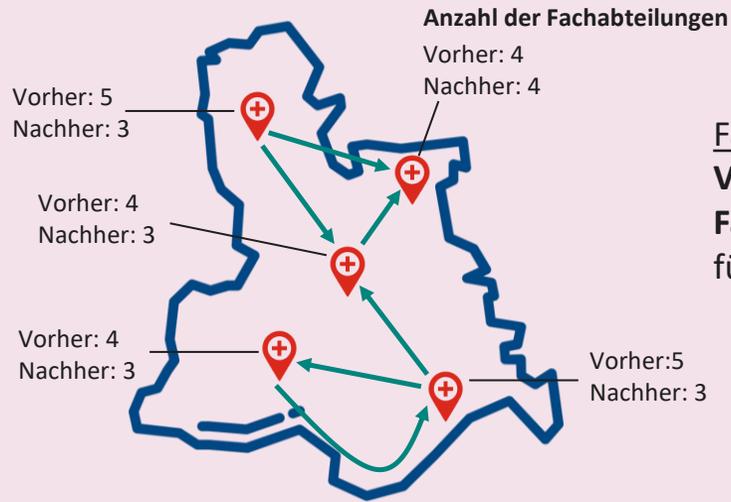


Zielbild: An Altstandorten **ambulante Zentren** und **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** in enger Kooperation mit Regionalversorger



Zentralisierung und Schwerpunktbildung reduzieren zudem den Personalbedarf, was in Zeiten wachsenden Fachkräftemangels essenziell für eine gute und stabile Gesundheitsversorgung ist  
 Fiktives Beispiel auf Basis praxisnaher realer Daten

**Schwerpunktbildung**



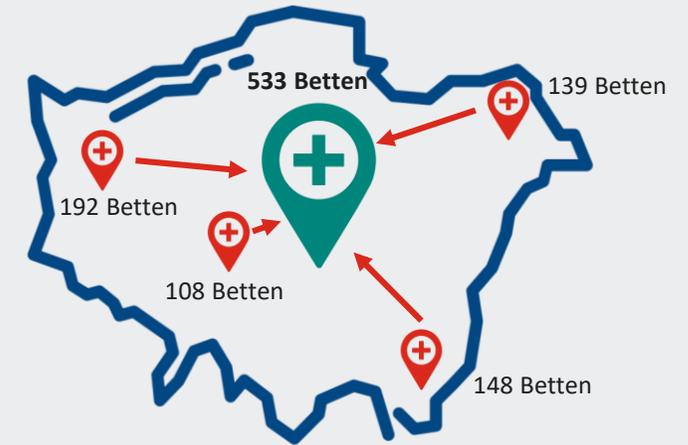
Fallbeispiel:  
**Verlagerung von Fällen** zwischen fünf Standorten

Personalkosten  
 Ärztlicher Dienst  
**-16%**

Vollkräfte im  
Pflegedienst  
**geringe Reduktion**

**Zentralisierung**

Fallbeispiel:  
**Neubau eines Zentralklinikums** aus vier Standorten  
 Bettenreduktion **9%**



Personalkosten  
 Ärztlicher Dienst  
**-18%**

Vollkräfte im  
Pflegedienst  
**mind. -5%**

## Für Rheinland-Pfalz und das Saarland haben wir das Potenzial zur Schwerpunktbildung und Konzentration geprüft



Status quo	Restrukturierung				KH ohne Veränderung	Zielbild ohne ambulante Zentren/SVE		Zielbild mit ambulanten Zentren bis hin zu SVE			
	Zentralklinik (ZK)			Anzahl dadurch entstand- ener ZK		Anzahl KH ohne SVE		Anzahl Standorte (KH und amb. Zentren bis hin zu SVE) Δ%			
	Anzahl Standorte	Anzahl Standorte zu ZK zusammen- gelegt	davon Neubauten			Anzahl Standorte	Δ%	Anzahl SVE	Zentren bis hin zu SVE) Δ%		
Hunsrück	11	3	0	1	7	8	-27%	2 bis 3	0% bis -9%		
Mittelrhein	16	5	0	2	11	13	-19%	1 bis 2	-6% bis -13%		
Pfalz-West	6	2	0	1	4	5	-17%	0 bis 1	0% bis -17%		
Rheinhessen	10	0	0	0	7	7	-30%	2 bis 3	0% bis -10%		
Rheinpfalz	18	9	1	4	9	13	-28%	3 bis 4	-6% bis -11%		
Trier	10	1	1	1 <sup>(1)</sup>	8	9	-10%	0 bis 1	0% bis -10%		
Westerwald	16	10	1	4	2	6	-63%	6 bis 7	-19% bis -25%		
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>87</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>48</b>	<b>61</b>	<b>-30%</b>	<b>14 bis 21</b>	<b>-6% bis -14%</b>		
<b>Saarland</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>-33%</b>	<b>0 bis 1</b>	<b>-28% bis -33%</b>		

Rheinland-Pfalz und das Saarland könnten mit **30-33% weniger (herkömmlichen) Standorten** auskommen, ohne die Versorgungssicherheit für die Bevölkerung zu gefährden; gleichzeitig könnte die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit steigen

Anmerkung: AZ = ambulante Zentren; SVE = sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung  
Quelle: hcb

Der Investitionsbedarf für Zentralisierung in Rheinland-Pfalz und im Saarland beläuft sich auf ca. 3,2 Mrd. Euro

Investitionsbedarf für Zentralisierung		
	RP	SL
Neu zu bauende Betten:	ca. 2.870	ca. 1.100
Benötigte Investitionsmittel in Mrd. €:	ca. 2,3	ca. 0,88



Transformationsfonds		
	RP	SL
Laufzeit: Zehn Jahre ab 2026		
Volumen <sup>(1)</sup> : 50 Mrd. € Ca. 600 € je Einwohner		
Anteilig bereitstehende Mittel in Mrd. € <sup>(2)</sup>	ca. 2,5	ca. 0,6



**Rheinland-Pfalz: Fondsmittel ausreichend** für vorgeschlagene Zentralisierungen

**Saarland: Fondsmittel nicht ausreichend** für vorgeschlagene Zentralisierungen

**Finanzierungslücke** im Saarland von rund **300 Mio. €**

(1) Zur Hälfte von Ländern kofinanziert

(2) Mittel anteilig nach Bevölkerung in Rheinland-Pfalz und im Saarland

Quelle: hcb

## Beispiele für potenzielle Zusammenlegungen von Standorten

Diakonie Krankenhaus und  
Krankenhaus St. Marienwörth  
in **Bad Kreuznach**

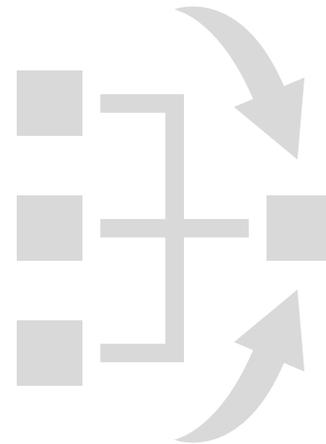
St. Elisabeth-Krankenhaus  
**Rodalben** und Städtisches  
Krankenhaus **Pirmasens**

Diakonie-Klinikum  
**Neunkirchen** und  
Marienhausklinik St. Josef  
**Kohlhof**

Krankenhaus Maria Stern **Remagen**  
und Franziskus Krankenhaus **Linz**

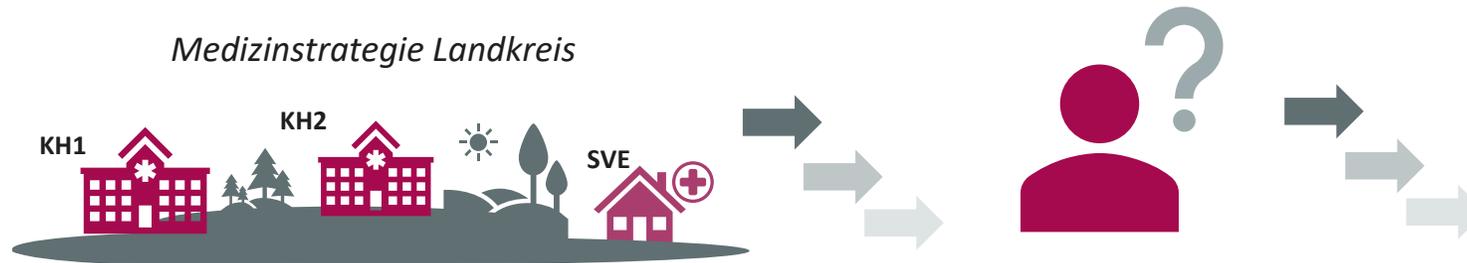
Marienhaus Klinikum St.  
Elisabeth **Neuwied** und  
DRK Krankenhaus **Neuwied**

DRK Krankenhäuser **Hachenburg**,  
**Altenkirchen, Kirchen**, Ev. Krankenhaus  
**Selters** und Ev. Krankenhaus **Dierdorf**



## Aber Veränderungen schaffen Unsicherheiten und stoßen auf Widerstände

Bürgerdialoge, damit sich die Bevölkerung vor Ort mit dem Thema intensiver befasst?



Aktuelles Beispiel:  
**Ostalbkreis** in Baden-  
Württemberg, Bau  
eines **Zentralklinikums**



„Gesundheitsversorgung“ ist ein **komplexes Thema**

**Veränderungen** bei Krankenhausangeboten schaffen Unsicherheit und rufen Ängste hervor  
Bei einer oberflächlichen Befassung mit diesem Thema werden überwiegend die Nachteile wahrgenommen, Vorteile gehen unter

**Bürgerdialoge** führen dazu, dass sich die Menschen vor Ort damit intensiver befassen und Vor- und Nachteile in Ruhe abwägen können

- Was verstehen die **Bürger** unter **Sicherung** ländlicher **Patientenversorgung**?
- Welche **Gesundheitsangebote** sind ihnen **wichtig**?
- Welche Aspekte muss die **Medizinstrategie** aus **Sicht** der **Bürger berücksichtigen**?
- Welche Sorgen haben die **Mitarbeiter**?

### Leistungen hcb

- Organisation
- Begleitung
- Moderation
- Analyse und Empfehlung

# hcb

Vielen Dank!



hcb GmbH

Friedrich-Ebert-Str. 55

45127 Essen

Deutschland



+49 (0)201 / 29 39 3000



info@hcb-institute.de



hcb-institute.de



hcb GmbH