



LANDKREISTAG **KOMPAKT**

Mitteilungen des Bayerischen Landkreistags

Ausgabe Nr. 5/2023

54. Landrätetagung im Landkreis Lindau 11./12. Oktober 2023

**Kommunaler Gesundheitsgipfel –
Die Gesundheitsversorgung in
der Fläche weiterentwickeln**

**Bürgernah, bezahlbar und bedarfsgerecht – die drei Bs einer
zukunftsfähigen Krankenhausstruktur S. 4**

Erfolgreiche medizinische Flächenversorgung, Oberender AG S. 18

**Die Veränderungen im Gesundheitswesen durch Digitale Medizin,
von Dr. Gerd Wirtz S. 33**



Editorial	3
Bürgernah, bezahlbar und bedarfsgerecht – die drei Bs einer zukunfts- fähigen Krankenhausstruktur	4
Eine Vision für Vorarlbergs Gesundheitswesen von Landesrätin Martina Rüscher, MBA MSc, Vorarlberger Landesregierung	8
Die Gesundheitsversorgung in der Fläche weiterentwickeln von Landrat Heiner Scheffold, Alb-Donau-Kreis, Vorstandsvorsitzender der Baden- Württembergischen Krankenhausgesellschaft	11
Erfolgreiche medizinische Flächenversorgung von Jochen Baierlein, Vorstand, und Andreas Schmid, Manager, Oberender AG	18
Dramatische Situation der Krankenhäuser in Bayern von Alexander Morton, Partner, Public Sector Consulting, KPMG AG	22
Konzept für regionale Gesundheitsversorgung in Bayern von Fabian Schülke, Director, Leiter Krankenhausberatung, PwC Deutschland	25
Gesundheitswesen der Zukunft von Ibo Teuber, Partner, Sector Lead Health Care Deloitte	30
Die Veränderungen im Gesundheitswesen durch Digitale Medizin von Dr. Gerd Wirtz, Neurophysiologe, Experte Digital Health & Zukunfts- medizin	33
Impressionen	37

Impressum:

Herausgeber:

Bayerischer Landkreistag
Kardinal-Döpfner-Straße 8
80333 München
Telefon (089) 286615-0
Telefax (089) 282821
info@bay-landkreistag.de
www.bay-landkreistag.de

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. Klaus Schulenburg
Stellvertreter des Geschäftsführenden
Präsidialmitglieds des Bayerischen
Landkreistags
Sarah Honold
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Druckerei Schmerbeck GmbH
Gutenbergstraße 12
84184 Tiefenbach

Liebe Leserinnen und Leser,

es gibt zahlreiche Themen, die den bayerischen Landrätinnen und Landräten auf den Nägeln brennen. Durch die Omnipräsenz der Migrationskrise kann gelegentlich der Eindruck entstehen, es gebe nichts anderes mehr. Dabei arbeiten die kommunalpolitische Ebene und ihre engagierten Mitarbeiter mit Hochdruck an allen Fragen, die entscheidend für gleich gute Lebensbedingungen in allen Landkreisen sind. Seien es flexible mobile Lösungen oder eine leistungsfähige digitale Infrastruktur – das Bekenntnis für gleichwertige Lebensverhältnisse gehört zur DNA der bayerischen Landräte. Dazu zählt natürlich auch die medizinische Grund- und Regelversorgung, die seit jeher ein schwieriges Pflaster ist und der mit der Krankenausreform aus Berlin ein regelrechtes Ausbluten droht. Vor diesem Hintergrund stand die 54. Landrätetagung des Bayerischen Landkreistags in Lindau am Bodensee unter der Überschrift „Kommunaler Gesundheitsgipfel – Die Gesundheitsversorgung in der Fläche weiterentwickeln“.

Medizinische Versorgung der Landkreise als Wirtschaftsstandorte

Die Wirtschaft – Industrie, Handwerk, Mittelstand und viele mehr – verdient das Geld, das der Staat u.a. auf den Straßen, auf der Schiene, in den Schulen, im Sozialbereich und beim Breitband ausgeben kann. Gleichzeitig können sich die Unternehmen nur dann zu unseren Landkreisen bekennen und weiter „daheim“ investieren, wenn grundlegende Rahmenbedingungen passen. Das gilt auch für die Arbeitnehmer, für die das Gesamtpaket vor Ort passen muss. Dazu zählt ganz entscheidend eine überzeugende medizinische Grund- und Regelversorgung. Diese hat deswegen weit über den ohnehin bestehenden gesetzlichen Sicherstellungsauftrag der Landkreise hinausgehend seit jeher einen besonderen Stellenwert für die bayerischen Landräte. So erklären sich auch die vielen kommunalen Millionen, die Landräte und Kreisräte bereits in der Vergangenheit aufgewendet haben, um die Versorgung sicherzustellen. Denn eigentlich zuständig für eine auskömmliche Finanzierung ist der Bund.

Frisches Geld gegen den kalten Strukturwandel

Die Aufgabenverteilung in diesem Bereich ist klar und lässt kaum Raum für Spekulationen offen. Der Bund ist für die Betriebskosten zuständig, der Freistaat kümmert sich um die Investitionen. Von kommunalem Geld war



Dr. Klaus Schulenburg
Stellvertreter des Geschäftsführenden Präsidialmitglieds des Bayerischen Landkreistags
Referent für Soziales, Gesundheit, Krankenhauswesen beim Bayerischen Landkreistag

nie die Rede und doch waren die Landkreise bereits in der Vergangenheit gezwungen, immer wieder mit eigenen Mitteln einzuspringen. Dieses Modell ist jetzt allerdings u.a. nach Erlös-Ausfällen durch die Coronapandemie und gestiegenen Kosten durch Inflation und Energiekrise endgültig am Ende angekommen. Sollte sich der Bund weiter weigern, den Landkreisen akut und mit frischem Geld unter die Arme zu greifen, wird es spätestens ab Mitte 2024 ein vielfaches Kliniksterben geben. Das ist besonders fatal, weil die geplante Reform des Bundesgesundheitsministers damit auf eine Krankenhauslandschaft stößt, die durch einen kalten Strukturwandel Häuser verloren haben wird, die für die flächendeckende Sicherstellung von medizinischen Leistungen entscheidend gewesen wären. Der Bund muss sich bewegen und auf die in Lindau formulierten Forderungen der bayerischen Landräte (ab Seite 7) eingehen!

Lesen Sie ab Seite 8, welche Konzepte andere Länder verfolgen und welche Ideen verschiedene Anbieter aus dem Beratungssektor in dem Bereich haben! Bei der Landrätetagung in Lindau konnten sie damit mal mehr und mal weniger überzeugen.

Herzliche Grüße
Ihr

Dr. Klaus Schulenburg

Eine bürgernahe, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische Versorgung für die 71 bayerischen Landkreise



Von Sarah Honold, Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Michael Graß, Referent für Kommunales und Recht beim Bayerischen Landkreistag

Schwierige Ausgangslage

Im Rahmen einer rd. 1-stündigen Diskussion unter der Überschrift „Bürgernah, bezahlbar und bedarfsgerecht – die drei Bs einer zukunftsfähigen Krankenhausstruktur“ hatten die bayerischen Landrätinnen und Landräte

zum Auftakt ihrer Landrätetagung die Möglichkeit, ihre Forderungen zum Erhalt einer medizinischen Grund- und Regelversorgung direkt an gesundheitspolitisch Verantwortliche der Ampelregierung zu richten.

Nachdem die Zusammenarbeit der Landkreise mit dem Bund im Bereich der medizinischen Versorgung seit Jahren einer Durststrecke gleicht und insbesondere die zurückliegenden Monate eine tiefe Kluft zwischen den Bedarfen vor Ort und den Visionen aus Berlin offenbarte, war die Stimmung entsprechend.

Bundespolitik zum Nachteil der Grund- und Regelversorgung in der Fläche

Gesetze, die vor allem die kleineren Häuser der Grund- und Regelversorgung benachteiligen, waren und sind in der Hauptstadt Tagesordnung. Grundlegend und von besonderer Schwere ist dabei der Fehler im Finanzierungssystem. Die Betriebskosten werden von der ver-





antwortlichen Bundesebene nicht auskömmlich finanziert, um u.a. die Kostensteigerungen durch höhere Tarifabschlüsse im Personalbereich auszugleichen. Viele Landräte mussten gemeinsam mit ihren engagierten Kreisräten bereits in der Vergangenheit über die Kreishaushalte die Defizite abfedern, um das Schlimmste zu verhindern.

Die Belastungen durch die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Erlösausfälle, drastisch gestiegene Energiekosten und die allgemeine Verteuerung durch die Inflation haben die Situation zusätzlich verschärft.

Trotzdem weigert sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, MdB, vehement, frisches Geld ins System zu geben. Damit riskiert er die Schließung von Krankenhäusern noch vor Start seiner Reform, denn verschiedene Landkreise werden die sehr hohen Betriebskostendefizite nicht mehr schultern können.

Die Reform

Eine Kernforderung des Bayerischen Landkreistags im Bereich der Gesundheitsversorgung ist seit jeher eine stärkere Orientierung am Patientenwohl und an der Flächenversorgung, anstatt an einer Ökonomisierung. Insofern würde es durchaus Schnittmengen mit dem Bund geben, der die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ebenfalls anpacken möchte. Allerdings differieren die Wege fundamental und so wurden zahlreiche Aspekte bei der Reißbrettplanung des Bundes nicht beachtet. Die Krankenhäuser im ländlichen Raum sind oftmals der letzte Ankerpunkt der medizinischen Versorgung insgesamt und damit weit mehr als „einfache“ Krankenhäuser. Diesen Aspekt berücksichtigend und mit Blick darauf, dass sich die Krankenhausreform des Bundes erst im Jahr 2027 finanziell auswirken wird, müsste der Bund jetzt konkrete Antworten auf die nicht bewältigbaren Finanzierungsprobleme ab Auslaufen des Hilfsfonds im April 2024 geben. Aber genau hier werden die Differenzen groß. Das wurde auch in der Diskussion deutlich.

Die Podiumsdiskussion

Die Vorstandsvorsitzende der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, Landrätin Tamara Bischof, Kitzingen, appellierte eindrücklich an die Bundesverantwortlichen: „Die Bundesregierung ist jetzt gefragt, etwas zu tun. Und zwar indem die Kostensteigerungen seit 2022 beim Landesbasisfallwert voll berücksichtigt werden. Wir reden über eine Kosten-Erlösschere von mindestens 4 Prozent. Ein Vertrösten auf die Krankenhausreform

hilft uns nicht weiter. Diese kommt zu spät. Die Krankenhäuser brauchen jetzt verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen, um ihre Energie auf die Zeit nach der Reform richten zu können.“

Obwohl die Bundesverantwortlichen die Situation durchaus erkennen, wie sie ist, war kaum Bereitschaft festzustellen, auf die Kommunen zuzugehen.

„Das Bundesgesundheitsministerium sieht die dramatische Finanzsituation. Aber Tatsache ist auch, dass es einen Reformstau gegeben hat beziehungsweise gibt, der jetzt unter Zeitdruck aufgeholt werden muss. Gründe für den Kostendruck bzw. Defizite sind die Steigerung bei den Sachkosten und die Steigerung bei den Personalkosten und Löhnen. Die Erlöse waren aufgrund geringerer Fallzahlen weniger. Der Bund hat bereits 16 Milliarden aufgewandt“, so Sabine Dittmar, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit.

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion im Deutschen Bun-

Teilnehmer der Diskussion:

Sabine Dittmar, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit

Prof. Dr. Armin Grau, MdB, Mitglied des Gesundheitsausschusses und u.a. Berichterstatter für die Krankenhäuser, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Deutschen Bundestag

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag (alle digital zugeschaltet)

Dr. Winfried Brechmann, Amtschef im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege als Vertreter für den zu diesem Zeitpunkt scheidenden Staatsminister Klaus Holetschek, MdB

Landrätin Tamara Bischof, Kitzingen, Zweite Vizepräsidentin des Bayerischen Landkreistags, als Vorstandsvorsitzende der Bayerischen Krankenhausgesellschaft

Moderator Roland Engehausen, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (alle live)

„Als Vertreter der Krankenhausträger ist uns klar: Während in den letzten 20 Jahren etwa 10 Prozent der Krankenhausstandorte geschlossen worden sind, wird diese Dynamik zunehmen. Dies darf aber nicht über einen kalten Strukturwandel erfolgen, den es ohne Transformationsbudget geben wird. Der Bund muss bei den Betriebskosten umgehend nachlegen.“

Landrätin Tamara Bischof, Kitzingen,
Vorstandsvorsitzende der Bayerischen Krankenhausgesellschaft

destag, versuchte zu beschwichtigen: „Seitens des Bundes sind wir bezüglich der Kostenproblematik noch in Verhandlungen. Natürlich muss bei diesem Thema insbesondere auch die Belastungsfähigkeit der Solidargemeinschaft berücksichtigt werden. Eine sogenannte kalte Strukturbereinigung ist keinesfalls Absicht des Bundes. Bei der Qualität bzw. den sogenannten Mindestmengen sind die Vorschläge von Fachleuten aus der Selbstverwaltung aufgenommen worden.“

Prof. Dr. Armin Grau, MdB, Mitglied des Gesundheitsausschusses BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Deutschen Bundestag: „Ein Hauptproblem ist, dass es im Krankenhausbereich einen erheblichen Reformstau gibt. Gesetzesinitiativen sind nun im Arbeitsprozess.“

Dr. Winfried Brechmann, Amtschef im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: „Die an-

gekündigten 5 Milliarden € werden nicht ausreichen. Partei- und länderübergreifend werden vom Bund stärkere Hilfestellungen gefordert. Insbesondere wichtig ist die Anhebung des Landesbasisfallwertes. Der Bund hat ein Problem mit der Realität. Das Problem ist nicht die Investitionskostenforderung, sondern die Betriebskostenfinanzierung. Die Finanzierungslücke muss vom Bund aus finanziert werden, wenn es keine Insolvenzelle geben soll. Die Planungsrechte der Länder dürfen nicht beschnitten werden. Der derzeitige Arbeitsentwurf des Bundes ist verfassungswidrig.“

„Wir wissen, dass der Reformprozess notwendig ist und ich bin optimistisch, dass uns auch der künftige Veränderungsprozess gemeinsam gelingen wird. Trotzdem sind wir vor Ort in dem Dilemma, dass selbst, wenn Umstrukturierungsprozesse (wie in meinem Landkreis, beispielsweise auch durch Kooperationen) auf dem richtigen Weg sind, gegenwärtig Defizite produziert würden. Hierfür sind dringend aktuelle Finanzhilfen erforderlich – insbesondere bei den Betriebskosten. Das geht vor allem über den Landesbasisfallwert“, so Landrätin Tamara Bischof.

In der anschließenden Diskussion herrschte eines unter vielen Landräten vor: die Fassungslosigkeit über die Ferne der Bundesvertreter zu den Herausforderungen vor Ort und ihre mangelnde Bereitschaft über frisches Geld, respektive finanzielle Ausgleichsmechanismen über den Landesbasisfallwert ernsthaft zu diskutieren. Sie haben sechs Forderungen, die sie direkt an Bund und Freistaat richten, verfasst.



Forderungen der 71 bayerischen Landräte

Abschließend haben die anwesenden Landrätinnen und Landräte gemeinsam Forderungen erhoben, die für den Erhalt einer bürgernahen, bedarfsgerechten und bezahlbaren medizinischen Versorgung zentral sind.

Kurzfristige Schließung der Liquiditätsengpässe der Kliniken!

„Wir fordern eine sofortige und auskömmliche finanzielle Unterstützung des Bundes für unsere Kliniken, um die sehr hohen Betriebskostendefizite auszugleichen und unregelmäßige Insolvenzen zu verhindern. Die Lage vieler Krankenhäuser und ihrer Träger ist dramatisch. Unsere Krankenhäuser tragen dafür keine Verantwortung. Sie stehen seit Jahren durch die wachsende Schere zwischen Kosten und Erlösen ökonomisch unter Druck. Sie schreiben u.a. deswegen rote Zahlen, weil die Tarifsteigerungen im Personalbereich von den Kassen nicht refinanziert werden. Hinzu kommen Inflations- und Energiekosten. Wir brauchen eine vollständige Refinanzierung unserer Betriebskosten, ansonsten sind nach der Reform Häuser zu, die u.a. für die Notfallmedizinische Versorgung in der Fläche bedarfsnotwendig gewesen wären“, so der Präsident des Bayerischen Landkreistags, Landrat Thomas Karmasin dazu.

Sektorenübergreifende Rolle der Krankenhäuser mitdenken!

„Der Bayerische Landkreistag bekräftigt angesichts der Personalnot vieler Kliniken die Notwendigkeit einer Krankenhausreform. Wir kritisieren jedoch mit Nachdruck sowohl das Verfahren als auch die Inhalte der derzeit vorliegenden Entwürfe. Eine Krankenhausreform, die auf eine bedarfsgerechte, bürgernahe und bezahlbare Versorgung der Bevölkerung zielt, muss die Rolle der Krankenhäuser im ländlichen Raum für die Notfallversorgung, die Aus- und Weiterbildung des pflegerischen und ärztlichen Personals und die Beantwortung von Versorgungsdefiziten im niedergelassenen fach- und hausärztlichen Bereich mitdenken. Genau das vernachlässigt der Bund aber sträflich“, so der Präsident weiter.

Transformationsfonds für die Umsetzung der Reform!

Der Bund muss einen Transformationsfonds auflegen, um die Mehrkosten der geplanten Reform zu schultern.

Weiterentwicklung der Krankenhausplanung

Der Freistaat Bayern muss endlich seine Krankenhausplanung unter Berücksichtigung der tatsächlichen Notwendigkeit von Leistungen über Ländergrenzen hinweg weiterentwickeln. Er muss Kriterien erarbeiten für die Bedarfsgerechtigkeit etwa im Sinne der Erreichbarkeit in Minuten oder Kilometer für bestimmte medizinische Leistungen. Nur so können strukturelle Probleme etwa über die Schaffung von Krankenhausverbänden gelöst werden.

Auch bei der zukünftigen Zuordnung der noch zu definierenden bundeseinheitlichen Leistungsgruppen an die Krankenhausstandorte im Rahmen der Krankenhausreform erwarten die Landkreise eine aktive Rolle der Krankenhausplanungsbehörde.

Kommunale Mitsprache im ambulanten Bereich

Mit Blick auf die Bedeutung des ambulanten Bereichs u.a. zur Senkung der Häufigkeit stationärer Eingriffe sind die kommunalen Belange bei der Bedarfsplanung und Zulassung im niedergelassenen Bereich unabdingbar! Wir fordern daher sowohl ein Mitspracherecht in den regionalen Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 96 SGB V als auch auf Bundesebene.

Erhöhung der Investitionskostenförderung auf 1 Mrd. Euro

Wir fordern vom Freistaat Bayern, die Förderung der Investitionskosten von derzeit 643,4 Mio. Euro auf 1 Mrd. Euro aufzustocken und die Differenz aus Mitteln des Staatshaushalts allein zu tragen! Die Landkreise sind mit dem Ausgleich von Betriebskostendefiziten ihrer Häuser bereits derart überlastet, dass eine deutliche Anhebung der Krankenhausumlage zur Finanzierung des kommunalen Anteils an der Investitionskostenförderung von derzeit 50% nicht hinnehmbar ist.

Eine Vision für Vorarlbergs Gesundheitswesen: Beste Versorgung, Mitarbeiterbindung und Prävention im Fokus



Foto: A. Serra

Von Landesrätin Martina Rüscher, MBA MSc, Vorarlberger Landesregierung

Das Gesundheitswesen in Vorarlberg hat sich in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt, und dennoch stehen noch viele Herausforderungen bevor. In dieser Betrachtung stehen unsere Ziele im Mittelpunkt: die bestmögliche Versorgung für Vorarlberger Patient:innen, die Gewinnung und Bindung hochqualifizierter Mitarbeiter:innen, die Schaffung attraktiver Arbeitsplätze und die Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung. Wir streben zudem einen zielgerichteten Ressourceneinsatz an, um die Prävention im Gesundheitswesen zu stärken.

Die Gesundheit unserer Bürger:innen hat oberste Priorität. Unser Ziel ist es, die bestmögliche medizinische Versorgung in Vorarlberg sicherzustellen. Dies erfordert eine noch engere Zusammenarbeit zwischen allen, von Krankenhäusern über Hausärzte bis hin zu Fachärzten. Die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienste, die Verkürzung von Wartezeiten auch durch digitale Formen der Patientenlenkung, ein ehrliches „Leistungsversprechen“ (nicht alles überall, ohne Wartezeiten und kostenfrei) und der Zugang zu spezialisierten Einrichtungen sind Schlüsselfaktoren, um die-

ses Ziel zu erreichen. Das Gesundheitssystem ist auch in Zukunft eine begrenzte Ressource, die einen wertschätzenden Umgang aller benötigt.

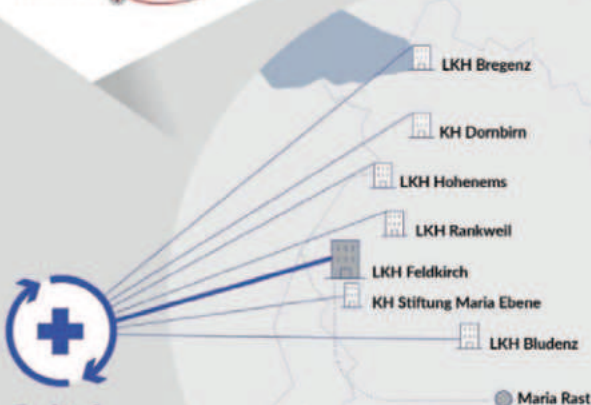
Ein wesentlicher Faktor für die Qualität der Gesundheitsversorgung in Vorarlberg sind engagierte und hochqualifizierte Mitarbeiter:innen. Es ist von großer Bedeutung, Talente zu gewinnen und langfristig zu binden.

Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung erfordert einen zielgerichteten Ressourceneinsatz. Durch effiziente Prozesse und die Priorisierung von präventiven Maßnahmen können Kosten gesenkt und die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden. Prävention ist ein entscheidender Baustein für die Gesundheit der Vorarlberger Bürger:innen. Wir fördern daher Programme zur Gesundheitsvorsorge, zur Früherkennung von Krankheiten und zur Aufklärung über einen gesunden Lebensstil und steuern diese auf Basis konkreter Daten stärker.

Insgesamt streben wir eine umfassende Verbesserung des Gesundheitswesens in Vorarlberg an. Die besten Interessen der Patient:innen, Mitarbeiter:innen und der Gesellschaft als Ganzes stehen dabei im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Durch die Umsetzung dieser Ziele können wir sicherstellen, dass Vorarlberg eine gesündere Zukunft für alle Bewohner:innen schafft.

54. Landrätetagung „Der Blick über den Tellerrand“

Landesrätin Martina Rüscher, Vorarlberg



Spitalscampus Vorarlberg

Standortübergreifende
Vernetzung und Zusammenarbeit
der Vorarlberger Krankenhäuser

5 Ziele

- ⊕ **Hohe Versorgungsqualität:**
Beste Versorgung für Vorarlberger Patient:innen
- ⊕ **Mitarbeiter:innen gewinnen:**
Nummer Eins in der Ausbildung von Fachkräften
- ⊕ **Mitarbeiter:innen halten:**
Attraktive Arbeitsplätze und ausreichende Personalausstattung
- ⊕ **Moderne Spitäler:**
Zukunftsorientierte Infrastruktur für Innovation und Pandemie-Resilienz
- ⊕ **Zielgerichteter Ressourceneinsatz:**
Sorgsamer Umgang mit Steuergeldern

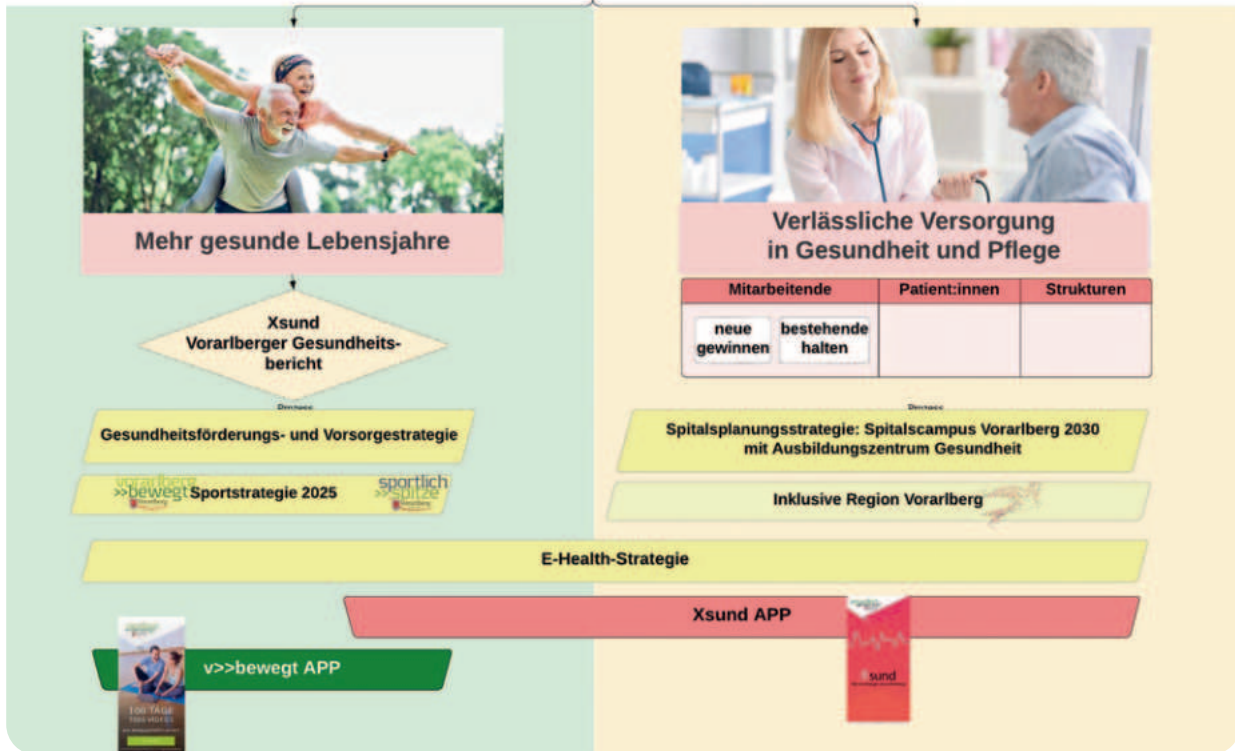
5 Grundlagen

- ⊕ **Ein starkes Netzwerk:**
Mehr Zusammenarbeit nach innen und außen
- ⊕ **Standortgarantie** für jedes Krankenhaus
- ⊕ **Notfall- und Grundversorgung** an allen Akuthäusern
- ⊕ **Ausgewogene Schwerpunktbildungen:**
Klare Identität für jedes Haus
- ⊕ **Partizipative Entwicklung** mit Einbindung aller Krankenhäuser und Systempartner



xsundblieba

Gesundheitsland Vorarlberg





Die Gesundheitsversorgung in der Fläche weiterentwickeln



Quelle: Landratsamt Alb-Donau-Kreis

Von Landrat Heiner Scheffold, Alb-Donau-Kreis, Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft

Landrat Heiner Scheffold gab den bayerischen Landrätinnen und Landräten Einblicke in die Struktur in Baden-Württemberg. Dazu gehörten auch Schilderungen über die oftmals schmerzhaften Entwicklungen in den letzten Jahren und die Ansätze der Landkreise in Baden-Württemberg im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Krankenhausstruktur in Baden-Württemberg

Getreu dem Motto: „Zahlen lügen nicht“, zum Einstieg einen kurzen Vergleich der Strukturdaten unserer Länder:

- In Baden-Württemberg gibt es 249 Krankenhäuser, in Bayern 367.

Diese absoluten Zahlen alleine sagen noch wenig aus. Man muss sie in den Bezug zu den Einwohnern setzen.

- Baden-Württemberg hat eine Bettendichte von 488 Betten auf 100.000 Einwohner und damit die geringste Bettendichte der Bundesländer. Bayern liegt mit etwa 90 Betten mehr darüber und damit ungefähr im Bundesdurchschnitt.

Wie kommt es zu diesen Unterschieden bei der Bettendichte? Eine einfache Antwort auf diese Frage gibt es sicher nicht. Sie hat mit regionalen Besonderheiten zu tun, wie der Trägervielfalt, den politischen Entscheidungsstrukturen und vielem mehr.

Eine mögliche Antwort kann ich jedoch von Beginn an ausschließen: Auch wenn unser mit bayerischen Wurzeln versehene Landesgesundheitsminister Manne Lucha es immer wieder gerne so darstellt: Diese Strukturen sind nicht aufgrund tatkräftiger Entscheidungen in Stuttgart entstanden. Man kann dem Land zwar zugutehalten, dass es angestoßene Modellprojekte unterstützt und mit temporären Fördermitteln hilft, erste Hürden aus dem Weg zu räumen.

Auch vertritt Herr Minister Lucha Krankenhausschließungen vor Ort und geht unangenehmen Diskussionen nicht aus dem Weg. Eine bedarfsgesteuerte Landeskrankenhausplanung gibt es aber auch in unserem Bundesland nicht. Unsere Landeskrankenhausplanung datiert aus dem Jahr 2010.

Und bei den Investitionen wären jährlich gut 800 Mio. EUR notwendig. Das Land gibt etwas über die Hälfte davon und damit zweifellos mehr als viele andere Bundesländer. Den fehlenden Betrag von knapp 400 Mio. EUR müssen jedoch die Klinikträger erbringen. Das ist auch mit Blick auf die sich abzeichnende Reform bei weitem nicht auskömmlich.

Wohin führt diese unzureichende Finanzierung? Sie führt dazu, dass die Landkreise als Krankenhausträger allein in den Jahren zwischen 2017 bis 2021 eine halbe Milliarde EUR aus Kreismitteln für die Investitionen in die Krankenhäuser aufbringen mussten. An dieser Stelle nur rein zur Information: Im gleichen Zeitraum haben die Kreise für ihre Krankenhäuser rund eine Milliarde EUR für die Defizite aus den Betriebskosten aufgebracht und die gerade eintreffenden Zahlen für die Folgejahre werden diese bereits immensen Summen in den Schatten stellen. Ich denke, die erste Schnelldiagnose ist erlaubt: Das System ist krank!

Um auf die Eingangsfrage zurückzukehren: Der Krankenhausstrukturwandel in Baden-Württemberg resultiert aus der chronischen Unterfinanzierung der Betriebskosten und Investitionskosten der Kliniken, der stärkeren medizinischen Spezialisierung, den gestiege-

nen Qualitätsanforderungen sowie dem Fachkräftemangel. Die Klinikträger – gerade die kommunalen – haben darauf mit Strukturanpassungen reagiert.

Warum nehmen sich die Landkreise nicht nur in Baden-Württemberg dieser Aufgabe auch mit kommunalem Geld an?

Gesundheit ist ein wichtiges Gut für die Bevölkerung und daher ist der Erhalt von flächendeckenden medizinischen Versorgungsstrukturen von enormer Bedeutung.

wohnnah Versorgung und ein Stück Identität. Sie stellen das emotional wahrgenommene nie ausgesprochene Versprechen an den Bürger dar, nicht allein gelassen zu sein und wohnortnah versorgt zu werden. Diese Emotionalität der Causa lässt sich feststellen bei den hitzigen Diskussionen um Krankenhausstandorte. Man spricht in dem Zusammenhang nicht lediglich von „einem“ Krankenhaus, sondern geradezu liebevoll immer von „unserem“ Krankenhaus, das geschlossen werden soll. Ob man dann freilich bei einem planbaren Eingriff auch wirklich in dieses „unsere“ Krankenhaus geht, steht auf einem anderen Blatt.

Vor seiner erstmaligen Wahl zum Landrat des Alb-Donau-Kreises 2016 bekleidete Heiner Scheffold u.a. verschiedene Stellen innerhalb der Baden-Württembergischen Landesverwaltung. Ab 2013 war Heiner Scheffold Erster Landesbeamter und Stellvertreter des Landrats des Alb-Donau-Kreises. 2021 übernahm er den Vorsitz des Gesundheitsausschusses des Landkreistages Baden-Württemberg, dem er ab 2017 angehörte. Seit 2019 ist er Teil des Vorstandes der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) und wurde 2021 zu deren Vorstandsvorsitzenden gewählt. Seit 2021 ist er zudem Präsidiumsmitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Für den Fall einer Krankheit soll sich jede Bürgerin und jeder Bürger darauf verlassen können, dass der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ohne lange Wartezeiten möglich ist. Und dies nicht nur in den Ballungszentren, sondern flankiert durch den verfassungsrechtlichen Auftrag „gleichwertiger Lebensverhältnisse“ überall im Land.

Gerade kommunale Krankenhäuser sind für viele – oft ältere Mitbürger – ein gefühlter Garant für diese gute

Und wenn es dann doch zu Strukturveränderungen kommen muss, so stellt sich sogleich die Frage nach dem „Was dann?“. Welche sektorenübergreifenden Strukturen können die Versorgung sichern? Können die sowieso schon schwächelnden ambulanten Strukturen überhaupt etwas abfangen?

Diese Fragen müssen beantwortet werden. Sie sind ansonsten Wasser auf die Mühlen derjenigen, die die Leistungsfähigkeit unseres Staates in Frage stellen, die die leichten Antworten auf komplexe Fragestellungen aus dem Ärmel schütteln und die zu meinem Erschrecken, nicht nur im Osten der Republik, immer mehr politischen Zuspruch erhalten.

Krankenhausreform und bereits erfolgreicher Strukturwandel in Baden-Württemberg

Die Frage, wie eine zukunftsfähige Versorgungsstruktur auch in der Fläche künftig funktionieren kann, beschäftigt daher viele unterschiedliche Akteure. Aufgrund meiner Aufgaben als Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Landkreistages



Kliniken Böblingen: Vorbereitung von Intensiv-Beatmungseinheiten (Foto: Klinikverbund Südwest)

Baden-Württemberg und nicht zuletzt auch als Landrat des Alb-Donau-Kreises kann ich Ihnen aus verschiedenen Perspektiven Einblicke in die baden-württembergischen Entwicklungen geben.

Auf Basis des im Juli geeinten Eckpunktepapiers von Bund und Ländern ergibt sich nun langsam das geplante künftige Bild der Krankenhausstruktur, auch wenn noch viele Fragen offen sind.



Krankenhaus Herrenberg: Alltag auf der COVID19 Isolierstation (Foto: Klinikverbund Südwest)

Was der Bundesgesundheitsminister tatsächlich plant, lässt sich am aktuell vorgelegten Entwurf zu einem Transparenzgesetz sehr deutlich sehen. Er will eine deutliche Zentralisierung der Krankenhauslandschaft, er will deutlich weniger Standorte und deutlich größere Krankenhäuser. Inwieweit er dies umsetzen kann, ist noch fraglich. Ich hoffe nicht bzw. in einer deutlich abgespeckten und realitätsnäheren Form. Auch die in der vorletzten Woche an die Presse durchgestochenen ersten Gesetzesentwürfe zur eigentlichen Umsetzung lassen viele Fragen offen und Leerstellen an zentralen Punkten erkennen.

Zweifellos besteht ein breiter Konsens, dass es Reformen geben muss. Aber bei einer Reform kommt es natürlich darauf an, was im Kleingedruckten eines Reformvor-

schlags steht. Und es muss berücksichtigt werden, dass es große Unterschiede zwischen den Ländern gibt.

In der Vergangenheit wurde in Baden-Württemberg bereits viel getan, um eine effizientere Krankenhauslandschaft zu schaffen. Der Strukturwandel steht hier schon seit Jahren auf der Tagesordnung. Und damit widerspreche ich ganz deutlich der Behauptung, die immer wieder aufgestellt wird, nämlich, dass der Strukturwandel endlich begonnen werden müsse. Er ist seit Jahren im Gange auch ohne den Ukas vom grünen Tisch in Berlin.

Im Folgenden möchte ich Ihnen konkrete Beispiele für den Strukturwandel nennen:

- Im Landkreis Heilbronn wurden die Standorte in Brackenheim und Möckmühl geschlossen und im Gegenzug die Standorte in Heilbronn und Bad Friedrichshall erweitert.
- Im Landkreis Lörrach werden vier Krankenhäuser an einem einzigen Standort konzentriert.
- Im Ortenaukreis werden die Krankenhausstandorte von ursprünglich neun auf vier in 2030 reduziert und an den ehemaligen Standorten Primärversorgungszentren eingerichtet.
- Oder schon vor zehn Jahren wurde der zentrale Neubau des Schwarzwald-Baar-Klinikums eröffnet mit der damit verbundenen Verringerung der Klinikstandorte von sechs auf zwei im Schwarzwald-Baar-Kreis.



Ortenau-Klinikum Notaufnahme (Foto: Ortenau Klinikum)

Diese Liste könnte ich noch um 15 bis 20 Beispiele ergänzen. Um Sie nicht zu langweilen, erlaube ich den Verweis auf die von meiner Krankenhausgesellschaft erarbeitete Homepage:

www.krankenhausstrukturwandel-bw.de

Sie brauchen nicht mitschreiben. Wir stellen den Verweis im Nachgang über die Kollegen des Landkreistags gerne zur Verfügung.

Die Effektivität dieser Krankenhausstruktur lässt sich wieder mit Zahlen belegen. Die Krankenhauskosten je Einwohner sind mit 1.112 EUR bundesweit die niedrigsten und liegen gut 100 EUR unter dem Bundesdurchschnitt. Wenn Baden-Württemberg die gleiche Bettenausstattung wie im Bundesdurchschnitt hätte, gäbe es hier 10.000 Krankenhausbetten oder 25 Krankenhäuser mit je 400 Betten mehr.

Trotz der nachgewiesenen Effizienz und der Strukturverbesserungen in den vergangenen Jahren reicht die Vergütung aber nicht aus. Die Krankenhäuser in Baden-Württemberg haben nach dem Krankenhausrating Report von Prof. Augurzky seit Jahren die „rote Laterne“ im Bundesvergleich. Für das Jahr 2023 rechnen drei Viertel der Kliniken mit roten Zahlen. Grund dafür ist nicht, dass wir in Baden-Württemberg unsere besten Manager bei Daimler, Bosch oder Liebherr beschäftigt haben und in den Krankenhäusern nicht ordentlich gerechnet werden kann.

Der Grund ist die fehlende Berücksichtigung der höheren Kostenstruktur in Baden-Württemberg beim Landesbasisfallwert. Dass in einem mit wirtschaftlicher Prosperität und hoher Beschäftigungsquote in den letzten Jahrzehnten flächendeckend gesegneten Bundesland die Kosten zwangsläufig höher liegen, ist eigentlich selbsterklärend, hat jedoch keine Auswirkungen auf die Berechnungen des Landesbasisfallwerts.

Allein schon deshalb ist Baden-Württemberg bei seiner Krankenhausstruktur weiter als andere Bundesländer: Angestoßen wurde die Veränderung durch die „kalte Küche“ der Unterfinanzierung und des Personalmanagements. Umgesetzt werden die Veränderungen durch kommunalpolitische Entscheidungsträger in ausgesprochen schwierigen Entscheidungsprozessen. Diese waren jedoch schlechterdings kein Ausdruck einer landesweit gesteuerten, auf die Bedarfe abgestimmten mit Investitionsmitteln hinterlegten Planung. Und deshalb können diese Prozesse auch nicht als Blaupause oder sogar Vorbild für andere Bundesländer dienen. Gute Entwicklungen müssen durch gezielte Förderung und nicht allzu kleinteilige Planung herbeigeführt werden.

Neue Versorgungsform „Sektorenübergreifende Versorger“

Ich möchte Ihren Blick nochmals in Richtung der geplanten Krankenhausreform lenken:



Vortrag „Erfahrungen aus Baden-Württemberg“ von Landrat Heiner Scheffold, Alb-Donau-Kreis, Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft

Teil des vorgestellten Konzeptes sind auch eine Art von sektorenübergreifenden Versorgern namens Level li-Einrichtungen, welche an umgewandelten Krankenhausstandorten entstehen sollen.

Diese geplanten Level „li“-Einrichtungen sind nach den Vorstellungen des Bundes regionale Gesundheitszentren mit einem primär ambulanten Angebot ohne Krankenhausbehandlung und ohne ärztliche Präsenz. Das entspricht nicht dem, was bisher unter einem Krankenhaus verstanden wird. Es handelt sich vielmehr um Primärversorgungszentren. Dass solche Einrichtungen Bestandteil des Konzepts sind, ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, weil nun erste Rahmenbedingungen für solche Primärversorgungszentren geschaffen werden. Sie können der Gesundheitsversorgung in der Fläche dienen!

Problematisch erscheint aber, dass diese Einrichtungen mit einer Vielzahl von Elementen aus den ambulanten und stationären Sektoren arbeiten müssen. Dies verheißt leider einen hohen Bürokratieaufwand alleine durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme. Außerdem ist heute schon klar, dass die Vergütung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ambulante Leistungen die Kostenstrukturen in Primärversorgungszentren nicht abdecken wird.

Auch muss die Frage erlaubt sein, wer eigentlich der Träger für diese Einrichtungen ist, wenn dort überwiegend ambulante Leistungen erbracht werden. Sind es dann nicht vielmehr diejenigen, die den Sicherstellungsauftrag im ambulanten Bereich haben? Genau diese Frage habe ich vor einigen Wochen den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gestellt und ohne Überraschung keine befriedigende Antwort erhalten. Der Bund muss also dringend im Sozialgesetzbuch neu definieren, wer den Sicherstellungsauftrag hat, wer Träger sein kann, wie eine auskömmliche Finanzierung gestaltet ist, und wer die Ärzte wie rekrutieren kann. Naheliegend ist für mich, dass es für diesen Bereich eigene Finanzierungswege geben muss.

Daher auch mein Appell an Herrn Minister Holetschek: Wir benötigen saubere Definitionen.

Soweit meine Ausführungen zu den geplanten Level li-Einrichtungen. Da diese offensichtlich noch der Ausgestaltung bedürfen, lohnt sich nun ein Blick auf das, was es in diesem Bereich aktuell an modellhaften Einrichtungen in Baden-Württemberg gibt und welche

konkreten Ansätze für andere ambulante Strukturen bestehen.

Sektorenübergreifende Modelle in Baden-Württemberg

Wie bereits angesprochen, gibt es keine Musterlösung für die Umgestaltung eines stationären Standortes. Die Lösung muss an den örtlichen oder regionalen Strukturen ausgerichtet und austariert werden. Für die Menschen muss es weiterhin ortsnahe Anlaufstellen für den Notfall geben und die ambulanten Strukturen müssen so aufgebaut werden, dass die Versorgung weiter gewährleistet ist.



Operation am Kniegelenk (Foto: Ortenau Klinikum)

Die „Primärversorgungszentren“ sollen als wichtiger Baustein der künftigen Gesundheitsversorgung Anlaufstellen vor Ort sein und gerne auch durch telemedizinische Verknüpfung zu den Maximalversorgern Qualität sichern. Sie haben viele Elemente, die Chancen bieten. Es sind aber damit auch hohe Hürden und Probleme verbunden.

Junge Medizinerinnen und Mediziner arbeiten bevorzugt in einem Team als Angestellte. Auch sektorenübergreifende Arbeit ist gewünscht sowie eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Genau dies kann in der genannten Form angeboten werden.

Allerdings, und das ist ein Kernpunkt, sind Primärversorgungszentren aktuell im Sozialgesetzbuch nicht als Regelstruktur verankert.



Alb Fils Kliniken (Foto: Max Radloff)

Die daraus resultierenden Probleme in der Finanzierung, der Ärztegestellung und vieles mehr zeigen sich – insbesondere am Beispiel des **Gesundheitszentrums Spaichingen mit der geplanten Erweiterten Ambulanten Versorgung**. Auch nach mehreren Jahren ist es trotz des hohen Engagements und des großen Willens aller beteiligten Akteure noch nicht voll im Betrieb. Am Standort der ehemaligen Klinik soll ein innovatives intersektorales Gesundheitszentrum entstehen. Neben verschiedenen Arztpraxen, einem Zentrum für ambulantes Operieren, einer psychiatrischen Tagesklinik und therapeutischen Praxen gibt es dort pflegerische Angebote und gesundheitsnahe Dienstleistungen wie ein Hospiz oder einen Orthopädieschuhtechniker. Aber der Aufbau eines solchen Zentrums ohne das richtige konkrete Rahmengerüst ohne bundesrechtliche Vorgabe ist sehr mühsam. Warten wir einmal ab, was der Bund dafür liefern wird.

Das **Port Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein** unter Beteiligung der Robert Bosch Stiftung ist für die Bürgerinnen und Bürger vor Ort ein tolles Projekt. Es lässt sich ebenso aber aufgrund der fehlenden rechtlichen und finanziellen Verankerung nicht weiter in der Fläche ausrollen.

Das Konzept schließt neben der klassischen ambulanten und pflegerischen Versorgung auch Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote ein. Da nun Fördermittel auslaufen, stellt sich die Frage, wie es hier weitergeht.

Anekdotisch sei von den Herausforderungen bei der Einrichtung dieses Zentrums berichtet. Dieses wäre beinahe daran gescheitert, dass ein ärztliches Wartezimmer nicht gemeinsam mit dem Wartezimmer eines Physiotherapeuten betrieben werden durfte. Man konnte dieses Problem pragmatisch umschiffen, indem man auf verschiedene Stuhlpolsterfarben im Wartezimmer ausgewichen ist.

Die **Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)** haben den Vorteil, dass sie als ambulantes Versorgungsmodell im SGB V bereits verankert sind und die Leistungen dort im

Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit einer Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab erbracht werden. Es besteht sowohl die Möglichkeit, Heilmittelerbringer zu integrieren, wie auch die Möglichkeit der Gründung solcher Zentren durch Krankenhäuser.

Kommunen sind ebenso zulässige Träger eines MVZ und deren Möglichkeit der Gründung soll nach einem aktuell vorliegenden Gesetzesentwurf des Bundes sogar noch erleichtert werden. Allerdings gibt es aufgrund der wirtschaftlichen Risiken nur wenige Kommunen, die sich in dieses Wagnis gestürzt haben. Zudem ändert dies nicht das allgemeine Problem, Ärzte zu finden, welche bereit sind, auf dem Land zu arbeiten.

Das Präsidium des Landkreistages Baden-Württemberg hat sich Ende 2022 zu medizinischen Versorgungszentren unter kommunaler Beteiligung daher auch sehr verhalten positioniert.

Mit Blick auf den im Sommer öffentlich gewordenen Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes kommt nunmehr ein weiterer Spieler mit kommunaler Beteiligung auf den Markt: In den sogenannten Gesundheitskiosken soll niederschwellig beraten werden und damit die Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Auch sollen sie eine Art Case Management aufbauen und durch den Behandlungsdschungel leiten. Entstehen können sie auf Antrag der kommunalen Seite.

Die Kommunen trifft jedoch auch eine Finanzierungsobliegenheit von 20 Prozent und die Antwort auf die

Frage, wie in einem angespannten Personalmarkt das notwendige pflegerische Personal gefunden werden kann, steht ebenfalls in den Sternen. Ich sehe damit die Gefahr, dass solche Einrichtungen nicht dort entstehen, wo sie eigentlich gebraucht werden, sondern dort, wo die finanziellen und personellen Möglichkeiten bestehen.

Lassen Sie mich zurückkommen auf die bereits bestehenden Modellprojekte der Gesundheitsversorgung unter kommunaler Beteiligung. Weitere Beispiele können Sie auch auf dem vom Landkreistag Baden-Württemberg im Auftrag des Landes eingerichteten „Gesundheitskompass BW“ finden. Sie finden diesen im Internet. Ich habe Ihnen einen Hinweis auf diese Seite auslegen lassen. Ein Blick darauf lohnt sich und macht die bunte Vielfalt im Land sichtbar:
<https://gesundheitskompassbw.de>

Zum Abschluss möchte ich Ihnen nun über ein praktisches Beispiel der Umwandlung eines Krankenhauses aus meinem Landkreis berichten, das zeigt, sektorenübergreifende Versorgung kann gelingen:
 Am Klinikstandort **Langenau** haben wir die stationären Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe und Chirurgie geschlossen.
 Wir haben den Standort umgewandelt in eine Kombination von ausgewählten ambulanten und stationären Leistungen und Kooperationen. Damit konnte für die Bürgerinnen und Bürger ein ganzheitlicher Gesundheitsstandort geschaffen werden.

Das Krankenhaus hat sich als Fachklinik für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Rheumatologie, Geriatrie und Schmerztherapie spezialisiert. Darüber hinaus kann eine ambulante spezialärztliche Versorgung für Rheuma-Patienten am Standort Langenau angeboten werden. Und in der stationären Versorgung kooperieren wir mit dem Universitätsklinikum Ulm.

Für Bürgerinnen und Bürger gibt es in Langenau eine 24/7- Notfallversorgung und tagsüber eine chirurgische Notfallsprechstunde.

Daneben wird dort am selben Standort in einem Medizinischen Versorgungszentrum ambulante medizinische Versorgung erbracht. Zudem sind mehrere eigenständige ambulante Facharztpraxen für die Fachbereiche am Standort angegliedert.

Ergänzt wird das Angebot durch eine Apotheke, heilberufliche Praxen wie Hebammenpraxis, Physiotherapie und Logopädie und einer interdisziplinären Frühförderstelle sowie durch ein Sanitätshaus, eine Diakoniestation für ambulante Pflege und Tagespflege, einen Standort einer Krankenkasse und in direkter Nachbarschaft eine Anlage mit betreuten Seniorenwohnungen.

So konnte durch das Versorgungsnetzwerk in Langenau ein ganzheitlicher Gesundheitsstandort in allen Bereichen geschaffen werden, zur Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger. Das zeigen uns die Befragungen.

Was waren bei der Umwandlung meine Leitgedanken? Diese möchte ich gleichsam als Schluss meines kurzen Vortrags stellen:

Die Gesundheitsversorgung muss immer am Bedarf der Menschen vor Ort ausgerichtet werden. Nur so kann eine Umwandlung gelingen, nur so sind die Standorte als Arbeitgeber attraktiv, nur so können die Bürgerinnen und Bürger überzeugt werden, dass nach der Schließung ihres Krankenhauses nicht nichts ist, sondern vielleicht sogar etwas Passenderes für ihre umfassende Versorgung entsteht. Und nur so, liebe Kolleginnen und Kollegen, können wir dies wohl auch kommunalpolitisch stemmen. Am Ende des Tages sind es nämlich wir, die vor den aufgebrachten Bürgerinnen und Bürgern stehen und die Veränderungen erklären müssen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Klinikum Lörrach Neubau (Foto: LRA Lörrach)

Erfolgreiche medizinische Flächenversorgung



Von Jochen Baierlein, Vorstand, und Andreas Schmid, Manager, Oberer AG

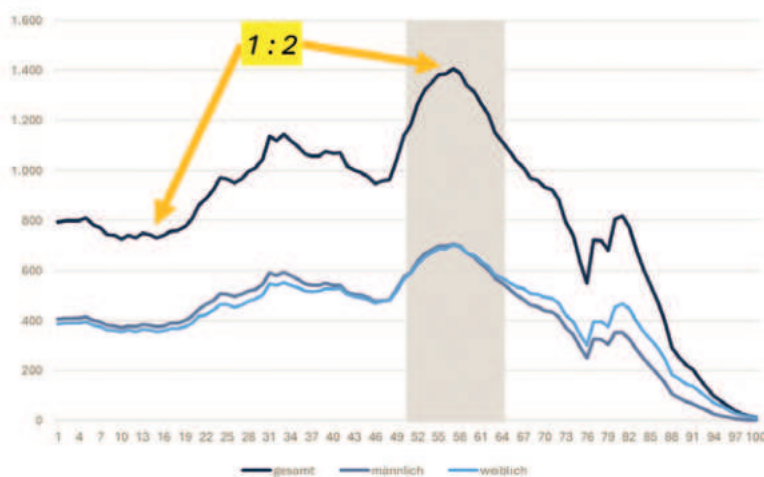
Wie unterschiedlich sie auch sind – alle Kommunen Bayerns sind von den massiven Verwerfungen im Gesundheitswesen betroffen. 90 von 96 Kreisen bzw. kreisfreien Städten sind direkt Träger eines Krankenhauses, zwei weitere zumindest mittelbar beteiligt. Dies bedeutet, dass nahezu jeder, der in einer Kommune in der Verantwortung steht, mit sich gravierend verändernden Rahmenbedingungen und hohen finanziellen Risiken und Belastungen konfrontiert ist.

Denn egal wie man zu den politischen Entscheidungen in Berlin steht – die eigentlichen Treiber des Wandels sind andere: Die Medizin wird immer leistungsfähiger,

stellt aber auch immer höhere Anforderungen an die Infrastruktur, an die Verfügbarkeit verschiedenster Spezialisten und umfassend qualifiziertes Personal. Zugleich stehen wir erst am Beginn eines sich noch deutlich verschärfenden Fachkräftemangels: Auf zwei Personen, die das Renteneintrittsalter erreichen, kommt eine, die einen Beruf ergreifen kann. Die Demographie wird unseren Handlungsraum in den nächsten Jahren prägen. Hinzu kommt, dass sowohl bei den Krankenkassen (auch bedingt durch die zunehmende Zahl an Rentnern, die geringere Beiträge zahlen als Erwerbstätige) als auch beim Bund (schwache Konjunktur, beginnende Tilgung der Sondervermögen) die finanziellen Reserven aufgebraucht sind.

In Bayern finden wir neben der hohen Dichte kommunaler Krankenhäuser eine weitere Besonderheit vor: 54 % aller Krankenhäuser in Bayern haben weniger als 150 Betten. Zugleich sind die Betten im Durchschnitt nur zu 60 bis 70 % ausgelastet. 100 belegte Betten sind nach den Maßstäben der modernen Medizin (abseits von Fachkliniken) aber nicht mehr ausreichend, um gute Medizin wirtschaftlich erfolgreich gestalten zu können. Sie können regelmäßig auch die Mindestanforderungen an eine für die Notfallversorgung notwendige Infrastruktur (beispielsweise zur Versorgung von Schlaganfällen oder Herzinfarkten) nicht mehr erfüllen. Das heißt, die Notaufnahmen vieler dieser Häuser haben bereits heute das Problem, dass sie die gravierenden Notfälle nicht mehr adäquat versorgen können.

Bevölkerungsstruktur nach Alter [Deutschland 2020, Vorausberechnung]



Quelle: Statistisches Bundesamt 2019; Oberer AG. Stand: 08/2022

- Auf zwei Menschen, die das Renteneintrittsalter erreichen, kommt ein Mensch, der erstmalig einen Beruf ergreifen kann.
- Auch wenn es sich heute schon anders anfühlt – wir stehen erst am Beginn der Entwicklung
- Die Bereitschaft, Veränderungen zuzulassen ist unabdingbar.
- Und das Neue kann im Ergebnis sogar besser sein, als das Altbekannte.
- Strukturierte und fachlich fundierte Kommunikation mit der Bevölkerung ist elementar!



Dafür werden immer mehr Bagatellverletzungen und -erkrankungen versorgt, die eigentlich nicht die teure Infrastruktur eines Krankenhauses erfordern.

In der Wahrnehmung der Bevölkerung ist dies jedoch häufig noch anders. Sie nimmt an, dass für eine gute Versorgung im Notfall das Krankenhaus vor Ort die beste Lösung darstellt, während sie zugleich bei planbaren Eingriffen in größere und spezialisierte Einrichtungen ausweichen. Dabei ist es hier viel wichtiger (und häufig nicht weniger herausfordernd), Strukturen im Rettungsdienst zu schaffen, die es erlauben, Patientinnen und Patienten in kürzester Zeit zu erreichen und in die nächstgelegene, geeignete Einrichtung zu verbringen. Die flächendeckende Versorgung mit diesen hierfür geeigneten Einrichtungen muss sichergestellt werden.

schränkt. Sie haben in der Vergangenheit viele Investitionen getätigt und Defizite ausgeglichen. Doch die Kreisumlage drückt, die Kassen sind leer, die Finanzaufsicht droht. Während andere kommunale Pflichtaufgaben nur noch mühsam und häufig nicht mehr zufriedenstellend gestemmt werden können, fließen hohe Beträge in das Krankenhaus vor Ort. Und nach aktuellem Stand werden die Defizite der Krankenhäuser in Deutschland mittelfristig Bestand haben – die Krankenhausreform wird hinsichtlich neuer Vergütungsansätze (Vorhaltevergütung) frühestens 2027 beginnen zu greifen, ein Vorschaltgesetz zur Defizitreduktion ist nicht in Sicht. Dafür steigen die Strukturansforderungen und treiben die Kosten weiter nach oben.

Abzuwarten ist entsprechend keine Option. Jeder Träger muss sich heute kritisch hinterfragen, was er in den nächsten zehn Jahren finanziell leisten kann und will und welche Zukunftsaussichten sein Krankenhaus – losgelöst von der eigenen finanziellen Leistungsfähigkeit – überhaupt hat. Und auch wenn die Kommunen den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung haben, bedeutet dies nicht, dass es hierzu in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt ein Krankenhaus braucht. Entsprechend ist die Frage noch zu erweitern: Wie wird die medizinische Versorgung in der Fläche zukünftig (vielleicht auch ohne stationäre Kapazitäten) im eigenen Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt aussehen? Die Medizin sollte dort sein, wo sie gebraucht wird, was nicht zwingend mit dem Ort eines Krankenhauses zusammenfallen muss. „Digital vor ambulant vor stationär“ ist ein geflügeltes, wenn auch nicht immer trivial umzusetzendes Paradigma, das auf diesen Sachverhalt abzielt.

Für eine hochwertige Notfallversorgung ist ein gutes Zusammenspiel aller drei Komponenten notwendig



Es kann also durchaus sein, dass in einer Region ein kleiner Standort deutlich ausgebaut werden muss, um die Notfallversorgung abbilden zu können, während zugleich zwei kleinere Standorte geschlossen oder für ein anderes Versorgungsangebot umgebaut werden müssen.

Der Handlungsspielraum vieler kommunaler Krankenhausträger ist mittlerweile aber deutlich einge-

Im Bereich der stationären Versorgung werden die Einführung von Leistungsgruppen mit Strukturvoraussetzungen und die Ausweitung der Hybrid-DRG bisherige Abwärtsbewegungen noch weiter beschleunigen. Es braucht eine nüchterne Analyse des Status quo sowie möglicher Entwicklungspfade sowohl in medizinischer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht (siehe Kasten).

Die Themen sind also zahlreich. Drei Aspekte erscheinen jedoch von besonderer Bedeutung:

- 1) Der Werkzeugkasten unterschiedlicher Maßnahmen und Instrumente, neue Versorgungsstrukturen zu gestalten, hat sich in den letzten Jahren massiv erweitert und wird mit jeder Reform größer. So sollen nun Sektorenübergreifende Versorger / Level 1i-Häuser aus Krankenhäusern heraus entstehen können, die weiterhin eine kleine bettenführende Einheit vorhalten, aber sonst primär ambulante Aufgaben wahrnehmen. Gesundheitsregion, Gesundheitskioske und Lotsensysteme sind weitere Stichworte, hinter denen sich mögliche Lösungsoptionen verbergen. Es ist tiefes fachliches Know-how erforderlich, um hier eine seriöse Bewertung der für die Region spezifischen Chancen und Limitationen vornehmen zu können.
- 2) Eine professionelle Kommunikation ist mindestens ebenso wichtig wie die fachlich richtige Entscheidung. Wenn diese nicht vermittelt wird, die Bevölkerung und lokale Stakeholder nicht mitgenommen werden, scheitern regelmäßig sinnvollste Initiativen bzw. werden so lange verzögert, dass sich das kleine Zeitfenster, in dem noch selbst gestaltend eingegriffen hätte werden können, schließt. Die Kommunikation muss beide Welten beherrschen: Die Kommunikation in die Breite, aber auch das inhaltliche Verständnis der Zusammenhänge mitbringen, um keine falschen Erwartungen zu schüren oder unbegründete Ängste zu befördern.
- 3) Aus Sicht der Kommune will es gut überlegt sein, welche Rolle sie bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen einnehmen kann und will. Hierzu gehört die realistische Betrachtung, in welchem Umfang Kompetenzen, aber auch zeitliche Ressourcen vorhanden sind, sich in die Themen einzubringen. Die Komplexität des Gesundheitssystems ist in seiner Breite selbst von Experten kaum zu überblicken, zu unterschiedlich sind stationäre und ambulante Leistungserbringung reguliert, zu heterogen sind die rechtlichen Vorgaben. Zugleich ist der Durchgriff für die Kommune extrem limitiert, vieles wird von der Selbstverwaltung oder anderen Akteuren entschieden und die Kommune kann nur Bitten und Wünsche formulieren. Aber auch die möglichen politischen Konfliktlinien sind deren viele. Nicht immer ist es sinnvoll, auch in der Umsetzung in erster Reihe zu stehen – manchmal können es andere einfach besser, manchmal gibt es schlichtweg keine wirklich gute Option.

Also nur Pessimismus allenthalben? Ganz sicher nicht! Die nächsten Jahre werden zweifelsohne fordernd und viele harte Entscheidungen werden zu treffen sein. Man darf aber nicht vergessen, dass ein Grund für diesen Wandel die vielen neuen Möglichkeiten sind, die uns die Medizin heute bietet, die aber noch gar nicht absehbar waren, als sich die heute vorhandenen Strukturen geformt haben. Es gibt durchaus die berechnete Hoffnung, dass wir auch künftig immer besser medizinisch versorgt werden. Was sich aber ändern wird, sind die Strukturen, in denen die Medizin erbracht wird. Auch die Selbstverantwortung der Bevölkerung und der Patientinnen und Patienten wird dabei eine Rolle spielen, die neue Verteilung von Verantwortlichkeiten zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen und die Nutzung neuer technologischer Möglichkeiten.

Zentrale Leitfragen für die weitere Entwicklung

- Wie ist es heute um die Notfallversorgung in der Region tatsächlich bestellt? Kann in allen relevanten Bereichen eine leitlinienkonforme Versorgung erfolgen?
- Welche Bereiche des Krankenhauses sind medizinisch langfristig zu halten, welche werden die Anforderungen nicht mehr erfüllen?
- Wo steht das Haus wirtschaftlich? Mit welchen anderen kommunalen Aufgaben stehen mögliche Zuschüsse in Konkurrenz?
- Welche Entwicklungsoptionen gibt es für das Krankenhaus (Standort stärken und ausbauen, Standort wirtschaftlich sanieren, Standort umwandeln in alternative Leistungsangebote, ...)
- Wie schaut die ambulante Versorgung heute und morgen aus, welche Rolle spielt das Krankenhaus darin?
- Kann die Notfallversorgung (evtl. sogar besser als im Status quo?) auch ohne das Krankenhaus dargestellt werden? Welche Änderungen im Rettungsdienst wären ggf. erforderlich, welche Angebote in der überbrückenden Erstversorgung wünschenswert?
- Aus welchen Bausteinen kann eine zukunfts-sichere, ambulant-stationäre Versorgung zusammengestellt werden und wie kann die Umsetzung erfolgen?
- Usw.



Die Voraussetzung hierfür ist es jedoch, aktiv zu werden. Das Zeitfenster, die Zukunft zumindest in weiten Teilen aktiv gestalten zu können, ist begrenzt. Ist ein Krankenhaus erst einmal nahe an oder bereits in der Insolvenz, ist der Handlungsspielraum extrem limitiert. Ein Domino-Effekt setzt sich in Gang, da Personal kaum noch zu gewinnen ist, die Reputation – egal ob berechtigt oder nicht – Schaden nimmt. Kommunen sind entsprechend gerade auch im Sinne der Bevölkerung in der Pflicht, alle Eventualitäten frühzeitig zu durchdenken. Auch ein kurzfristig unbequemer Weg kann langfristig der richtige sein. Sehr häufig wird die Analyse auch zeigen, dass der Krankenhausstandort tatsächlich unabdingbar ist und nur die Ausrichtung auf die aktuellen Gegebenheiten anzupassen ist.

Empfehlungen für eine weiterführende Lektüre

Zur Transformation von Krankenhausstandorten die Broschüre der Rhön Stiftung für lokale Entscheidungsträger: <https://www.rhoen-stiftung.de/umwandeln-statt-schliessen-wie-krankenhaeuser-an-den-bedarf-der-versorgung-vor-ort-angepasst-werden-koennen/>

Zu Intersektoralen Gesundheitszentren, den Ideengebern für die nun im KHVVG angedachten Sektorenübergreifenden Versorger zwei Gutachten im Auftrag der KBV:

<https://www.kbv.de/html/igz-gutachten.php>

Zu Primärversorgungszentren die Broschüre der Robert Bosch Stiftung:

<https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/vision-und-umsetzung-eines-port-gesundheitszentrums>

Zu den Autoren

Jochen Baierlein ist Mitglied des Vorstands der Oberender AG. Nach seiner Tätigkeit als Arzt im Fachbereich der Unfall- sowie Viszeralchirurgie sowie weiteren Stationen ist er damit seit über 15 Jahren beratend im Gesundheitswesen tätig. Er fokussiert die Bereiche Medizin, Strategie, Digitalisierung, Personal & Prozesse, Projekt- und Changemanagement, Organisationsentwicklung, innovatives Versorgungsmanagement. Er ist Gründungsdirektor des im Jahr 2013 gegründeten Oberender Research Instituts und leitet verantwortlich den Bürostandort in München.

Andreas Schmid ist Manager bei der Oberender AG und außerplanmäßiger Professor an der Universität Bayreuth. Nach seinem Studium der Gesundheitsöko-

Die Oberender AG ist ein deutschlandweit führendes Beratungsunternehmen aus Bayern mit Standorten in Bayreuth und München. Der Schwerpunkt liegt auf der Beratung von Krankenhäusern sowie ihren Trägern in strategischen wie operativen Fragen sowie die Entwicklung von regionalen Versorgungskonzepten. Eine Besonderheit ist das Engagement der Oberender AG in langfristigen Geschäftsbesorgungsverträgen vorwiegend für kommunale Krankenhausträger. Für die Kunden schafft dies die erfolgreiche Kombination aus erfahrenen Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern und einem breit aufgestellten Beratungsunternehmen. Die Oberender AG wiederum erhält umgehendes Feedback zum Erfolg der eigenen Beratungsansätze und kann so kontinuierlich das eigene Angebot optimieren. www.oberender.com

nomie promovierte er zu Wettbewerbsfragen im Krankenhausmarkt. Seine Forschungsschwerpunkte liegen auf der Analyse und Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Vergütungsmodellen sowie entsprechenden Reformbemühungen. Er publiziert regelmäßig wissenschaftliche Texte in einschlägigen Journalen, Sammelbänden und Zeitschriften. Neben anderen ehrenamtlichen Aktivitäten ist er ferner Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung und unparteiisches Mitglied im Sektorenübergreifenden Landesschiedsgericht Thüringen.

Kontakt

Jochen Baierlein, Vorstand
Oberender AG
Elsenheimerstraße 59
80687 München
t: +49 89 8207516-0
e: jochen.baierlein@oberender.com

Dramatische Situation der Krankenhäuser in Bayern



Von Alexander Morton, Partner, Public Sector Consulting, KPMG AG

Die Krankenhäuser in Bayern stehen unter einem immensen Druck. Fachkräftemangel, Demografischer Wandel, Inflation, Vergütungsengpässe, nicht-refinanzierte Tarifsteigerungen sind nur einige wenige der aktuellen Herausforderungen.

Aktuell erwarten 71% der bayerischen Krankenhäuser ein Defizit für ihren Jahresabschluss 2022, die Prognosen für 2023 sehen noch düsterer aus: 89% der bayerischen Krankenhausgeschäftsführer erwarten hier ein Defizit. Und auch auf Ebene des Personals gibt es riesige Herausforderungen. So können hochgerechnet über 11.000 Betten in bayerischen Krankenhäusern in Folge von Personalmangel nicht betrieben werden.

Hinzu kommen immer neue und weitere regulatorische Anforderungen, die es zu erfüllen gilt und die nicht immer zu einem Abbau der überbordenden Bürokratie führen und den wirtschaftlichen Druck noch weiter steigern werden. Aktuell sind hier u.a. die geplanten Reformen der Krankenhausvergütung, das Transparenzgesetz und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz zu nennen. Gerade die geplante Reform der Krankenhausvergütung, ein Arbeitsentwurf des sog. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) liegt nun vor, wird massiven Veränderungsdruck auf die aktuellen Krankenhausstrukturen bewirken, gerade in einem Flächenland wie Bayern.



Abb. 1: Überblick aktuelle Herausforderungen

Kurzum: ein „Weiter so“ wird es nicht mehr geben. Wir brauchen ein neues Versorgungsmodell bzw. neue Versorgungsmodelle für Bayern! Diese müssen aber die Besonderheiten des Freistaates als Flächenland mit vielen ländlichen Regionen und an den Grenzen berücksichtigen und entsprechend individuell konzipiert werden.

Das Versorgungsmodell der Zukunft für Bayern: regionale Gesundheitsökosysteme – konsequente Vernetzung über alle Versorgungsstufen und Sektoren hinweg

Das Versorgungsmodell der Zukunft für Bayern sieht regionale Gesundheitsökosysteme vor, in denen eine konsequente Vernetzung über alle Versorgungsstufen und Sektoren hinweg erfolgt. Orientierung im regionalen Zuschnitt könnten hier in einem ersten Schritt die bereits bestehenden 18 Planungsregionen des Freistaates geben. Aber auch andere Zuschnitte, die noch stärker auf die Gesundheitsbedarfe der Bevölkerung eingehen und/oder sich an bestehenden Strukturen orientieren, sind in diesem Zusammenhang denkbar.

Welche einzelnen Maßnahmen sind dann konkret in den jeweiligen Planungsregionen/regionalen Gesundheitsökosystemen zu projektieren? Ausgangspunkt sollte hier jedoch immer ein gemeinsames Versorgungskonzept sein, welches auf Grundlage einer Versorgungsbedarfsanalyse mit Ausweis der aktuellen Strukturen und der zukünftig prognostizierten Bedarfe zu erstellen ist. Im Einzelnen empfehlen wir die folgenden Aktivitäten:

- Enge **Kooperationen** bis hin zu **Zusammenschlüssen** (auch trägerübergreifend!) zwischen Krankenhäusern gleicher und unterschiedlicher Versorgungsstufe (Universitätsklinik, Fachkrankenhäuser, Krankenhäuser der Versorgungsstufe I-III)

- **Sektorübergreifende Kooperationen** zwischen dem akutstationären Krankenhausbereich, ambulanten Sektor, Rehabilitationseinrichtungen und Pflege-sektor. In diese Kooperationsmodelle muss zwingend die Notfallversorgung mitgedacht und der Rettungsdienst mit eingebunden werden.

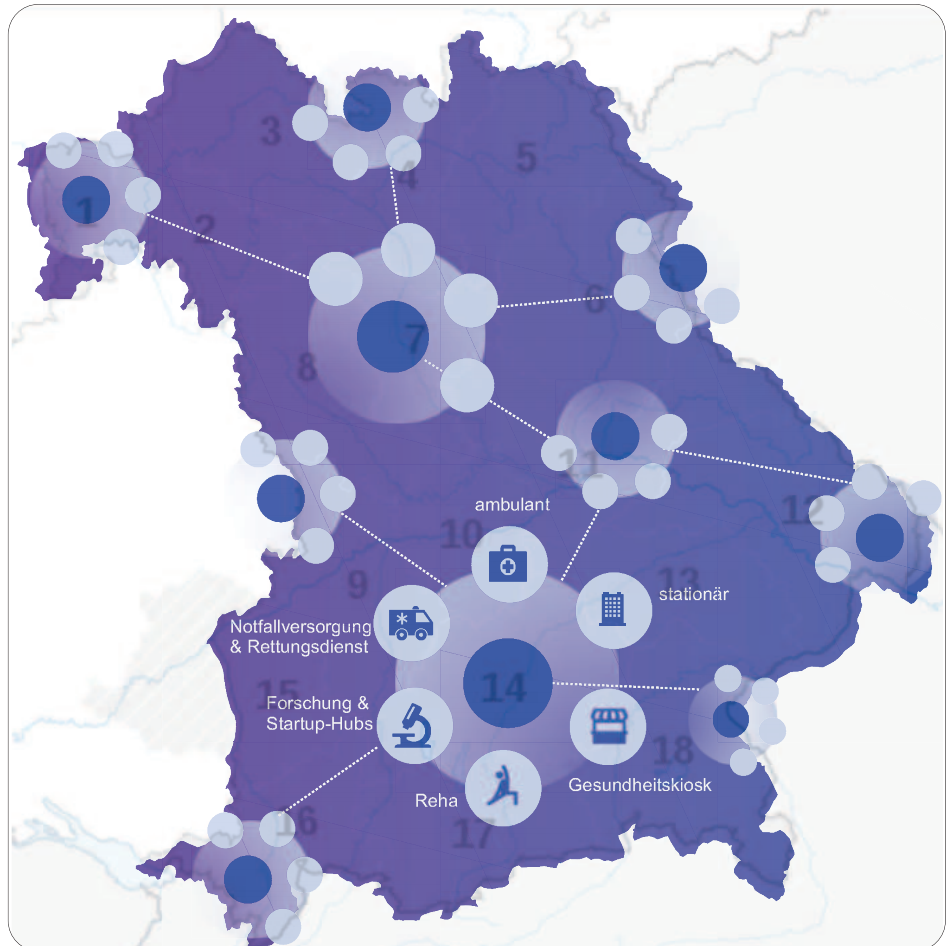


Abb. 2: Regionale Gesundheitsökosysteme

- **Neue Versorgungstypen** etablieren, wie bspw. Integrierte Gesundheitszentren, Hybride Angebotsformen („ambuläre Anbieter“), Gesundheitskioske, Cubes, etc.
- **Neue Berufsbilder** entwickeln/weiter ausbauen („community nurse“, Gesundheitslotsen, etc.) und den Aspekten des „New Work“ Rechnung tragen.
- Möglichkeiten der **Digitalisierung und Technologie** nutzen, die die neuen Versorgungsmodelle flankierend unterstützen (ePA, Telemedizin, Patientenportale, Plattformen, Rechenzentren, Cloud, KI, Gesundheitsdateninfrastrukturen) und gleichzeitig die Lokalwirtschaft stärken.



Wesentlicher Erfolgsfaktor der Umsetzung: Kommunikation – strukturiert und positiv!

Wie jeder Wandel geht auch der Transformationsweg im Gesundheitswesen mit großen Verunsicherungen einher. Alteingebrachte Strukturen werden aufgelöst und gehen in neuen Modellen und ggf. anderen regionalen Zuschnitten auf. Dies ist insbesondere für die aktuellen Träger der Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ein politisch und emotional äußerst schwieriger Weg. Um die o.g. Maßnahmen zielführend umzusetzen und neue Versorgungsmodelle zu etablieren, haben sich in der Praxis die folgenden Erfolgsfaktoren und Umsetzungsschritte bewährt:

- 1 Versorgungskonzepte:** Die neuen Versorgungsmodelle am Bedarf der Bevölkerung ausrichten und konzipieren (regionale, sektorübergreifende Versorgungskonzepte auf Basis von Bedarfsanalysen erstellen).
- 2 Stakeholder- und Projektmanagement:** Alle Beteiligte einbinden („Runder Tisch“ mit Vertretern aus Politik, Trägergremien, Krankenhaus, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Rehabilitation, Pflege, weiteren Gesundheitsdienstleistern und insbesondere dem Rettungsdienst); auch sind die relevanten Krankenkassen hinsichtlich der Vergütung der neuen Versorgungsstrukturen und -modelle hier mit einzubeziehen (Stakeholder- und Projektmanagementstrukturen aufsetzen).
- 3 Vertrauen durch Transparenz schaffen:** Proaktive und strukturierte Kommunikation sowie Öffentlichkeitsarbeit pflegen und den Nutzen dieser neuen Versorgungskonzepte herausstellen (Positivbotschaften).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Für die bayerischen Landkreise als Träger der Krankenhäuser stehen schwierige Zeiten an. Lokalpolitische und finanzielle Restriktionen stehen unzähligen Herausforderungen im Betrieb der Krankenhäuser und in der Konzipierung zukunftssträchtiger Versorgungsstrukturen gegenüber. Eine weitere Subventionierung und Finanzierung überholter Strukturen kann aber nicht die Lösung sein, ein „Weiter so“ wird nicht mehr funktionieren. Die bayerischen Landkreise werden mutig das Heft des Handelns selber in die Hand nehmen müssen und bedarfsgerechte, regionale Versorgungskonzepte etablieren müssen. Orientierung und Hilfestellung können die oben genannten Maßnahmen und Erfolgsfaktoren geben.

Alexander Morton

Partner/Public Sector Consulting
Gesundheitswirtschaft

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Barbarossaplatz 1a
50674 Köln

T 0221 20735700
M 0151 64755206
F 01802 11992-9348

alexandermorton@kpmg.com

www.kpmg.de
www.kpmg.de/socialmedia

PwC Deutschland skizziert Konzept für regionale Gesundheitsversorgung in Bayern



Von Fabian Schülke, Director,
Leiter Krankenhausberatung,
PwC Deutschland

Die Krankenhäuser hierzulande stehen vor großen Herausforderungen: Kraftvolle Markttreiber wie Fachkräftemangel, Ambulantisierung, Digitalisierung, Nachhaltigkeit, regulatorische Umbrüche durch die bevorstehende Krankenhausreform, aber auch externe Schocks wie COVID-19 und die Kriege im Nahen und Mittleren Osten und deren Auswirkungen bestimmen die Agenda in den Chefetagen der Kliniken und auf Trägerseite. Diese Entwicklungen verlangen oft zusätzliche finanzielle Mittel und führen gleichzeitig zu einer weiter auseinander laufenden Kosten-Erlös-Schere durch Inflation und Tarifsteigerungen bei nicht proportionalen Preissteigerungen auf der Einnahmenseite.

Die Herausforderung

Der Fachkräftemangel bedroht nicht nur die Versorgung in den Krankenhäusern, sondern auch in den niedergelassenen Arztpraxen, deren Übergaben an einen Nachfolger mittlerweile regelhaft scheitern. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die Kliniken für die Erbringung von – insbesondere spezialisierten – Leistungen durch Strukturvoraussetzungen und Qualitätskriterien.

Leistungen, die bisher stationär erbracht werden, werden überdies künftig in durchaus wesentlichem Umfang in die ambulante Versorgung verlagert – ob durch AOP-

Katalog, Hybrid-DRGs oder IGES-Gutachten. Aufgabe der Krankenhäuser wird es nun sein, ihre Rolle in diesem Sektor zu definieren, d.h. zu entscheiden, ob sie ihre Aktivitäten im ambulanten Bereich verstärken oder ein geringeres, dafür aber weiterhin auf die stationäre Leistungserbringung fokussiertes Geschäftsvolumen präferieren.

Die Lage verschärft sich zusätzlich durch finanzielle Belastungen: Krankenhäuser sehen sich mit einer Situation konfrontiert, in der Preise und Tarife für Personalkosten, Leistungsmengen und einzusetzende Ressourcen von externen Instanzen vorgegeben werden und damit der Spielraum für Ergebnisverbesserungen durch eigene Anstrengungen immer enger wird. Infolgedessen nehmen Insolvenzen in der Kliniklandschaft zu. Gleichzeitig wird in Bürgerentscheiden vermehrt für den Erhalt nicht wirtschaftlich zu betreibender und aus Sicht vieler Experten auch nicht bedarfsnotwendiger Standorte gestimmt – was die politische Situation vor Ort weiter erschwert.



Abbildung 1: Markttreiber für Krankenhäuser in Deutschland, © PwC Deutschland

Dabei sollte der Anteil am Bruttoinlandsprodukt, den wir jährlich in die Gesundheitsversorgung investieren, mit 13 Prozent durchaus ausreichend sein, um trotz demografischem Effekt eine bedarfsgerechte Lösung zu finden. Im internationalen Vergleich liegen wir mit diesem Wert in der Spitzengruppe. Und in Punkto gleichmäßiger Zugang zur Versorgung für die gesamte Bevölkerung erreichen wir damit auch Bestwerte. Mit Blick auf die medizinische Ergebnisqualität jedoch bewegen sich die Ergebnisse bestenfalls im Mittelfeld. Eine Krankenhausreform ist also dringend erforderlich.

Gerade auch für das Flächenland Bayern ist daher die Frage zu beantworten, wie eine finanzierbare und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung langfristig sichergestellt werden kann. Dazu muss zunächst definiert werden, was wir unter einer bedarfsgerechten Versorgung verstehen, das heißt, welche Art von Versorgung wir als Gesellschaft an welchem Ort medizinisch für erforderlich halten: Wie wichtig ist uns eine hochspezialisierte Medizin? Welche medizinische Versorgung in unmittelbarer Nähe zum Wohnort ist notwendig?

Die Antwort lautet: Wir benötigen ein ausgewogenes System bestehend aus niedrigschwelligen wohnortnahen Anlaufstellen und klaren Wegen für Patientinnen und Patienten bei alltäglichen Gesundheitsfragen sowie einer hochspezialisierten Versorgung mit höchster Expertise für schwerwiegende Erkrankungen. Dabei sollten wir uns immer selbst fragen, welchen Leistungserbringer wir bei welchem medizinischen Problem aufsuchen würden.

Elementar ist in diesem Zusammenhang eine Bedarfsprognose, die neben dem quantitativen auch den qualitativen Versorgungsbedarf beschreibt: Wie viele Fälle werden wir in welcher Region mit welchen Indikationen in fünf, zehn oder zwanzig Jahren stationär, ambulant oder auch digital zu versorgen haben? Welche Rolle werden eine stärkere Prävention sowie technologische und telemedizinische Möglichkeiten spielen?

Erst wenn wir hierzu belastbare Aussagen getroffen haben, können wir den Kapazitätsbedarf und eine sektorenübergreifende Zielstruktur für das künftig vorzuhaltende Versorgungsangebot entwickeln und eine geordnete Transformation der heutigen Krankenhauslandschaft vornehmen. Ohne einen solchen Plan wird die Umgestaltung am Ende erheblich kostspieliger ausfallen als notwendig und potentiell das gewünschte Ziel verfehlen. Gefordert sind hier die Bundesländer, kon-

cret die jeweiligen Ministerien, denen die Planungshoheit obliegt und die zumindest die Koordination für diesen Prozess übernehmen müssen.

Der Konsolidierungsdruck gemäß des Wettbewerbsindikators von PwC Deutschland ist in Bayern bei einem kalkulierten Bettenüberhang von etwa 20 Prozent er-

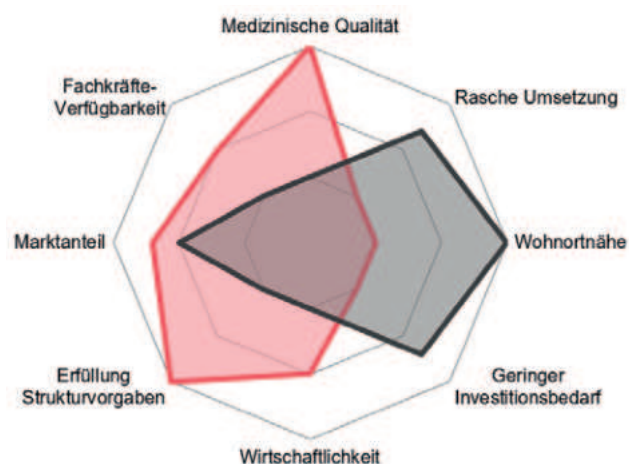


Abbildung 2: Erfüllung verschiedener Zielkriterien durch zwei fiktive Versorgungskonzepte, die alternativ auf eine starke Zentralisierung oder aber den Erhalt einer wohnortnahen Versorgung abzielen, © PwC Deutschland

heblich – wenngleich er in anderen Bundesländern, beispielsweise in Hessen und vor allem in Nordrhein-Westfalen, einen noch höheren Wert aufweist. Der Algorithmus für diesen Indikator berücksichtigt die Überschneidung von Leistungsspektren sowie die Entfernung zwischen Krankenhausstandorten.

Das PwC-Konzept

Im Rahmen des Health Pitches bei der Landrätetagung am 11. und 12. Oktober 2023 in Lindau stellte Fabian Schülke, Director und Leiter des Bereichs Krankenhausberatung bei PwC Deutschland, einen zielführenden und pragmatischen Ansatz zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in den ländlichen Regionen Bayerns vor.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Herausforderungen ist grundlegend zu überdenken, wer zukünftig wo und welche Gesundheitsdienste erbringt. Der klassische Landarzt wird immer weniger zu finden sein – der Fokus muss daher zwangsläufig stärker auf einer zentral gesteuerten, zunehmend ambulanten und digitalen Medizin liegen.

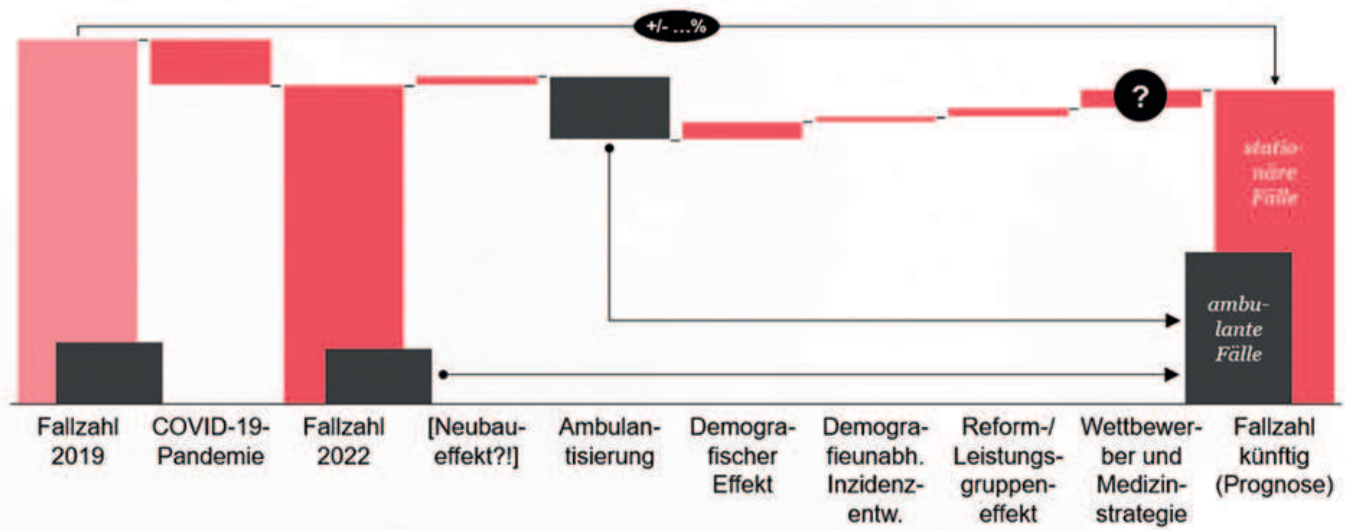


Abbildung 3: Prognostizierte Veränderung der Leistungsmengen (schematisch), © PwC Deutschland

Das „Hub & Spoke“-Konzept („Nabe“ & „Speiche“ bzw. „Zentrum“ & „Filiale“) von PwC beschreibt ein integriertes, sektoren- und landkreisübergreifendes regionales Versorgungsmodell. Dabei fungiert jeweils ein großer zentraler Standort als „Hub“, der mit kleineren dezentralen Standorten im „Filial“-System eng vernetzt wird. Die Akteure setzen konsequent nicht nur auf eine medizinisch, sondern auch organisatorisch professionelle – durchaus konzernähnliche – Zusammenarbeit.

Die „Hubs“ sind Krankenhäuser der Versorgungsstufen 2 und 3. Sie erbringen komplexe klinische Leistungen, halten teure medizinische Geräte vor, beschäftigen hochspezialisiertes Personal und erfüllen damit zunehmend bedeutsamere Strukturvoraussetzungen und Qualitätskriterien. Sie übernehmen die Verantwortung für die Gewährleistung umfassender medizinischer Kompetenz in der Region, für die telemedizinische Anbindung der „Filialen“, für die Sicherstellung attraktiver Weiterbildungsmöglichkeiten und das Bereitstellen zentraler Dienstleistungen.

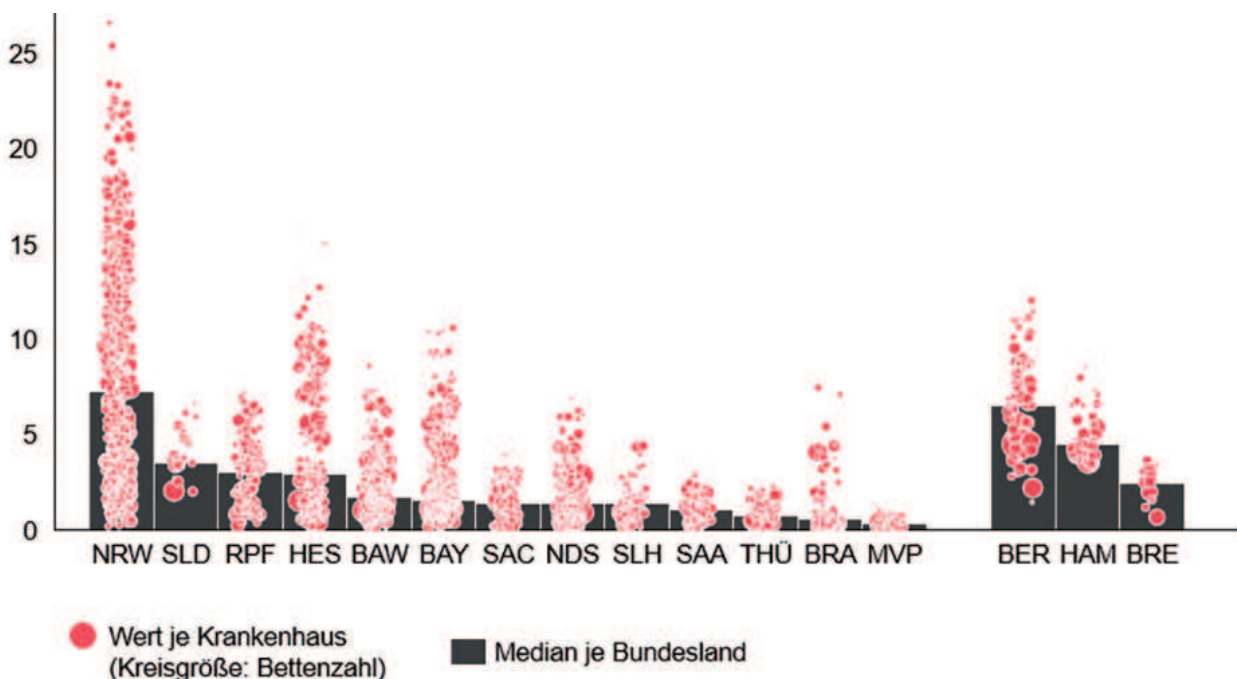


Abbildung 4: PwC-Wettbewerbsindikator für Krankenhäuser (bundesweiter Mittelwert = 3,6) zeigt Konsolidierungsbedarf insbesondere in Nordrhein-Westfalen, © PwC Deutschland

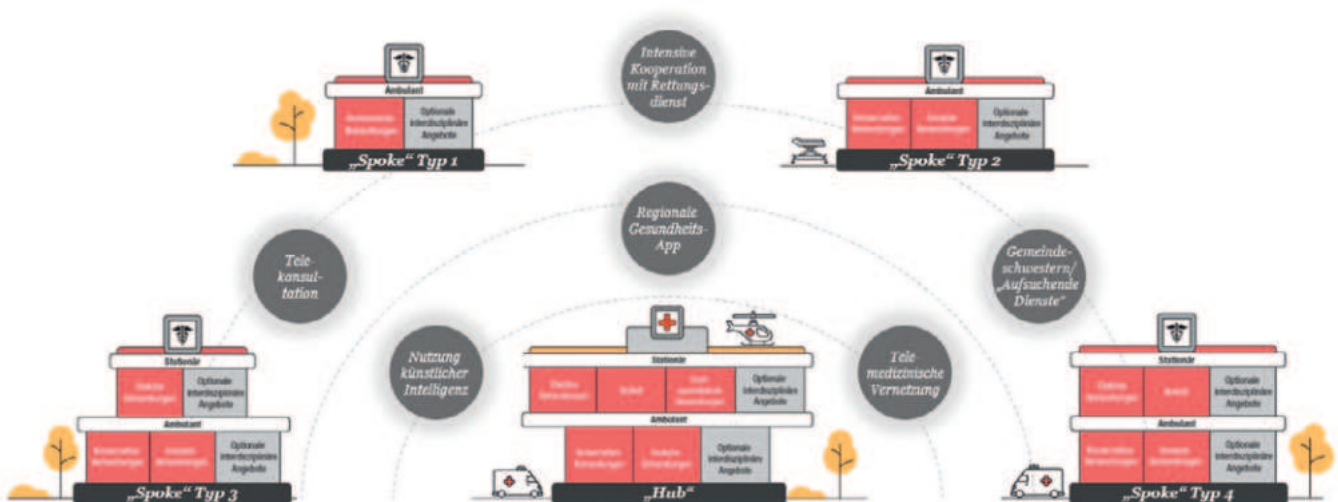


Abbildung 5: PwC's Hub & Spoke-Ansatz für integrierte regionale Versorgungsnetzwerke, © PwC Deutschland / PwC Schweiz

Die „Filialen“ finden sich in den ländlichen Gebieten und werden auf Grundlage von drei bis vier Grundtypen mit modularem Aufbau entwickelt. Sie erstrecken sich von niedrigschwelligen Erstanlaufstellen bis hin zu Regelversorgern für die stationäre Grund- und Notfallversorgung. Diese Außenstellen werden nach dem Vorbild eines professionellen Filialsystems gestaltet mit einheitlichen Strukturen und Prozessen, modularen Raumkonzepten, qualitativ hochwertiger Ausstattung, einem nicht zuletzt wegen des Fachkräftemangels effizienten Ressourceneinsatz und einer umfassenden technischen Ausstattung und Anbindung. Die Abläufe sind so gestaltet, dass möglichst nichts dem Zufall überlassen wird und sich Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichermaßen schnell zurechtfinden. Eine klare, mit den Kostenträgern abgestimmte Refinanzierung stellt sicher, dass diese Modelle wirtschaftlich tragfähig sind und eine hohe Qualität der Versorgung gewährleistet werden kann. Exemplarische Bausteine dieser „Filialen“ können sein (nicht abschließend):

- Kurzstationäres Versorgungsangebot (Versorgung von Patientinnen und Patienten, die keine Krankenhausversorgung benötigen, aber auch nicht durch andere Leistungserbringer versorgt werden können)
- Kurzzeitpflege
- MVZ-Strukturen (abhängig vom jeweiligen lokalen Bedarf und der notwendigen Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung)
- Rund-um-die-Uhr-Erstanlaufstelle einschließlich Telekonsultation

- Weitere Dienstleister wie Apotheke, Sanitätshaus sowie Ergo- und Physiotherapiepraxen
- Wohnortnahe ambulante und stationäre geriatrische Versorgungsangebote
- Aufsuchende Dienste („Gemeindefratern“, „Gemeindenotfallsanitäter“)
- Rettungsdienst-Stützpunkt
- Telemedizinische Anbindung an den „Hub“ und Nutzung von sensorgestütztem Telemonitoring von Patientinnen und Patienten

Die Ausgestaltung muss dabei jedoch immer an die jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden. Bei einem „Spoke“ handelt es sich also um einen Primärversorger der ambulanten, intersektoralen Versorgung und nicht zwingend um ein Krankenhaus. Es ist dabei essentiell, anzuerkennen, dass Qualität und Effizienz medizinischer Versorgung nicht vom Status eines Krankenhauses abhängen. Der Fokus auf präventive, ambulante und digitale Ansätze eröffnet neue Perspektiven für eine effektivere, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung.

Die Voraussetzungen für die kommunalen Träger in Bayern sind dabei günstig: Immerhin 70 Prozent der Krankenhausbetten befinden sich in öffentlicher Hand. Zudem werden solche Modelle im Freistaat in Teilbereichen bereits gelebt: So wird die rettungsdienstliche Versorgung seit einigen Jahren erfolgreich von Trauma-, Schlaganfall- und Herzinfarkt-Netzwerken getragen.



Und auch in Fragen der Informationstechnologie haben sich kommunale Krankenhäuser jüngst in einem großen Verbund zusammengeschlossen – im Interesse einer hochwertigen und gleichförmigen Versorgung der Patientinnen und Patienten, aber natürlich auch, um Synergiepotenziale und Skaleneffekte zu heben.

Ein weiterer Vorteil der Etablierung integrierter regionaler Gesundheitsregionen liegt in der Möglichkeit einer gemeinsamen landesweiten Konzept-Kommunikation, die die politische Diskussion in den einzelnen Landkreisen erheblich erleichtern würde.

Wichtige Voraussetzungen

Es sei abschließend noch einmal betont, dass die notwendige Transformation hin zu einem solchen modernen Versorgungsmodell nur mit Hilfe einer klaren Zielstruktur, einer fundierten Bedarfsprognose sowie einem dazu passenden Transformationsbudget gelingen kann – und indem mit Hilfe einer ad-hoc-Zwischenfinanzierung sichergestellt wird, dass die Standorte,

die heute und auch zukünftig Teil einer hochwertigen, flächendeckenden Versorgung darstellen, nicht auf dem Weg dorthin verloren gehen. Hier geben die Ausführungen im Koalitionsvertrag aus dem Oktober 2023 und das darin festgeschriebene Investitionsvolumen für bayerische Krankenhäuser in Höhe von einer Milliarde Euro Anlass zur Hoffnung.

Ihr Ansprechpartner:

- Fabian Schülke, Leiter Krankenhausberatung
PwC GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Tel.: 0175 2226945, fabian.schuelke@pwc.com

Seit mehr als 20 Jahren in der Gesundheitsbranche – im Rettungsdienst, auf Krankenhaus- sowie auf Krankenkassenseite und seit 2011 in der Unternehmensberatung

PwC Deutschland:

- Mehr als 13.000 engagierte Menschen an 21 Standorten. Knapp 2,61 Mrd. Euro Gesamtleistung. Führende Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft in Deutschland.

Im Bereich Krankenhausberatung begleiten wir unsere Kunden unter anderem zu Fragen der strategischen und organisatorischen Ausrichtung sowie im Kontext von Sanierung und Restrukturierung und in Transaktionsverfahren.

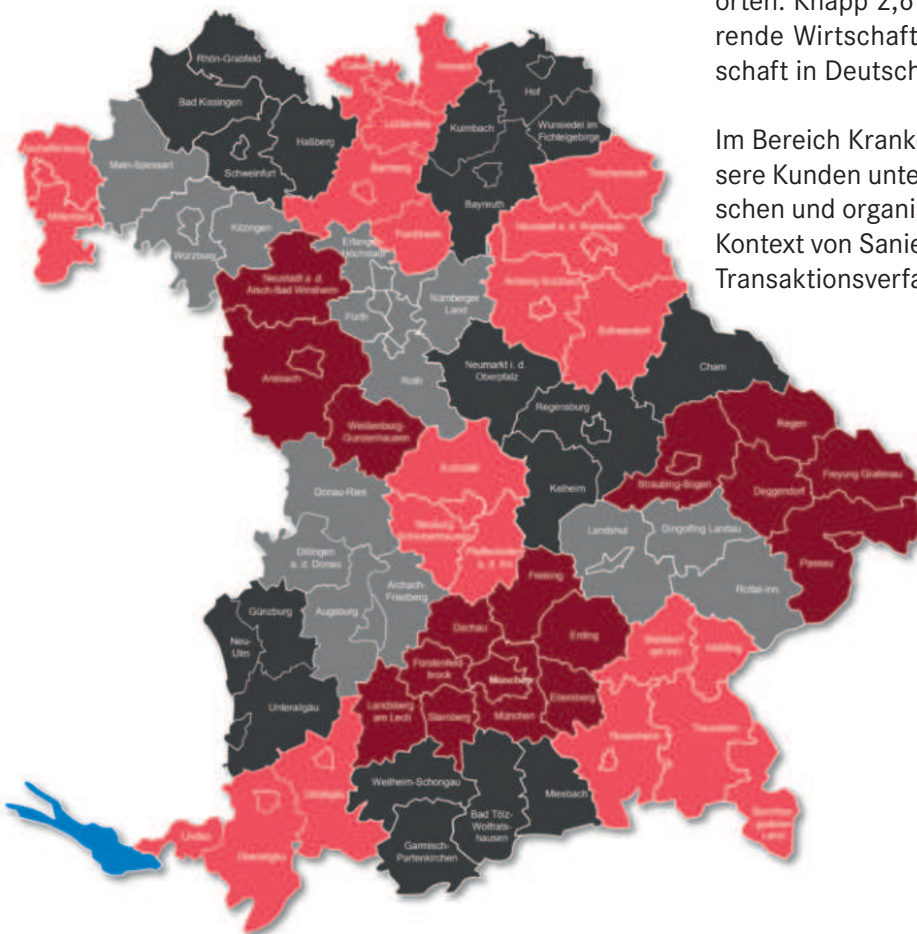


Abbildung 6: Möglichst gleichförmige Gebiete, wie die in Bayern bestehenden Planungsregionen können als Grundlage für den PwC-Ansatz dienen, © PwC Deutschland in Anlehnung an StMWi Bayern

Gesundheitswesen der Zukunft: Die zentrale Rolle der Kommunen



Von Ibo Teuber, Partner, Sector Lead Health Care
Deloitte

Darüber hinaus führen eine Reihe von mittel- und langfristigen Veränderungen zu einem völlig anderen Gesundheitsökosystem mit vielfältigeren Anknüpfungspunkten der Gesundheitsversorgung. In Zukunft werden ein weitreichender Datenaustausch und darauf basierende Analysen einen erheblichen wissenschaftlichen Fortschritt ermöglichen; der Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung wird breiter werden und informierte Verbraucher werden digitale Werkzeuge zum Wohle ihrer Gesundheit einsetzen.

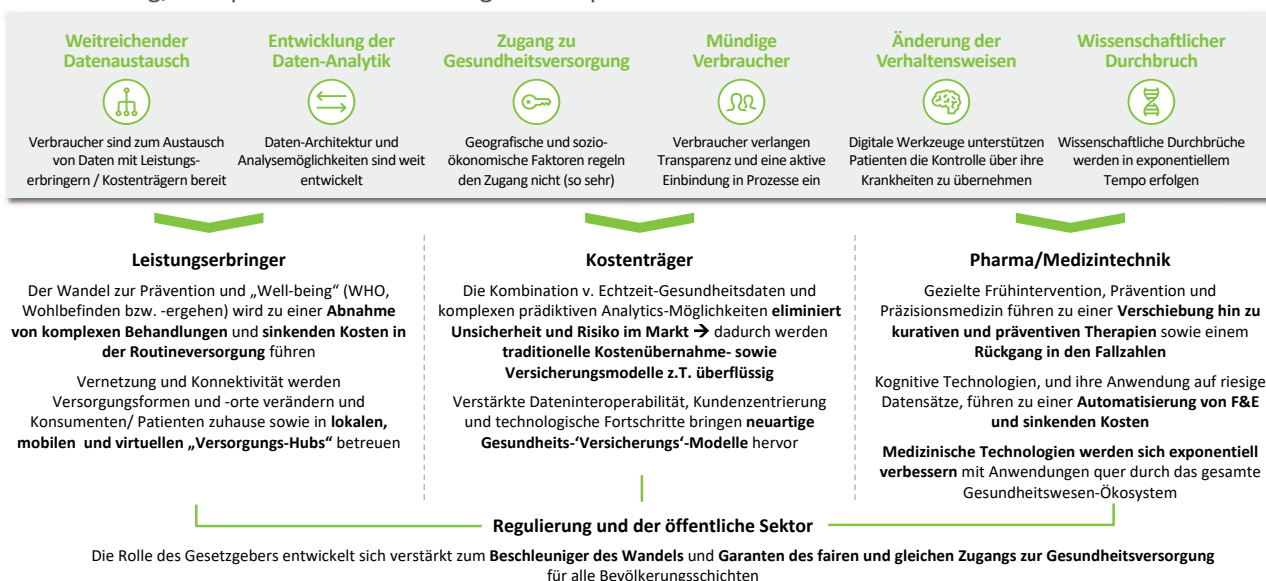
Diese Entwicklung der Gesundheitsversorgung ist nach unserer Einschätzung unumkehrbar. Denn sie steht nicht für sich allein, sondern findet im Kontext ähnlicher Entwicklungen in anderen Lebensbereichen wie der Arbeitswelt, der Kommunikation und im Handel statt.

Der Zustand des deutschen Gesundheitssystems ist in vielen Bereichen besorgniserregend: Vielfach mangelt es an Fachkräften und bei einigen Arzneimitteln gibt es zum Teil gravierende Lieferengpässe. Hinzu kommt eine stetig steigende Zahl an insolvenzgefährdeten Kliniken sowie zahlreiche vor der Schließung stehende Arztpraxen, so dass vor allem im ländlichen Raum die Regelversorgung gefährdet ist.

Es stellt sich also heute nicht mehr die Frage, **ob** es Reformen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung bedarf; vielmehr geht es darum, **welche** konkreten Maßnahmen hierzu einen Beitrag leisten können.

Sechs Elemente sind der Kern unserer Zukunftsvision der Gesundheit

Das bestehende Gesundheitsökosystem wird sich in einer Welt mit Echtzeit-Zugang zu Daten und Fähigkeiten zur Erfassung, Interpretation und Nutzung nahezu perfekter Informationen drastisch verändern



Deloitte 2023

Quelle: Deloitte, Zukunftsvision der Gesundheit



Viele Akteure im Gesundheitswesen haben den Veränderungsbedarf erkannt. Die Politik hat in verschiedenen Gesetzesvorlagen und Gesetzen wie dem Digitalgesetz (DigiG), dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) oder dem Krankenhaustransparenzgesetz erste Maßnahmen auf den Weg gebracht.

Die praktische Umsetzung dieser Vorhaben wird eine gewaltige Aufgabe für alle Player im deutschen Gesundheitswesen werden und nur in enger Kooperation und Abstimmung zwischen allen Beteiligten erfolgreich zu bewältigen sein.

Kommunen müssen das Ruder in die Hand nehmen

Die Kommunen spielen in diesem Wandel eine entscheidende Rolle. Viele haben in den vergangenen Jahren bereits angefangen, die regionale Gesundheitsversorgung aktiv mitzugestalten. Ein starker Fokus liegt dabei oft auf den folgenden Aspekten:

- Vernetzung der Akteure in der Region
- Durchführung von Bestands- oder Bedarfs-Analysen
- Koordination von Leistungserbringung, Fachkräfte-Gewinnung sowie Ausbildung und Forschung
- Information durch Veranstaltungen, Informationstage, Ratgeber und Broschüren

Insbesondere aus dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) ergeben sich für die Kommunen neue Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Versorgungsstrukturen vor Ort, zum Beispiel:

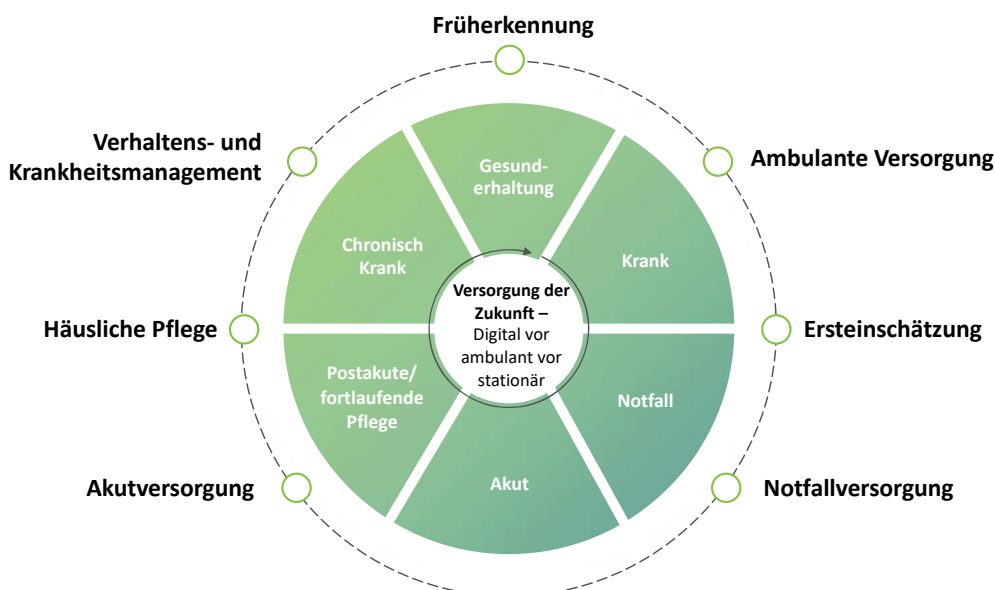
- Bei ihnen liegt das Initiativrecht für **Gesundheitskioske**, wenn eine Unterversorgung droht oder bereits eingetreten ist.
- Sie haben das Initiativrecht für einen **Gesundheitsregionen**-Vertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Sicherstellung einer sektorübergreifenden Versorgung.
- Die Gründung **kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ)** wird erleichtert.

Leider gibt es im aktuellen Reformansatz keine Bestrebungen, bestehende Sektorengrenzen konsequent aufzulösen; eine übergreifende Planung, Finanzierung oder Abrechnung ist nicht vorgesehen. Stattdessen erhöht sich vorerst der koordinative Aufwand durch den Aufbau von neuen Versorgungsstrukturen zwischen den klassischen Sektoren „ambulant“ und „stationär“.

Spezielle Herausforderung Krankenhaus

Viele Kommunen sind als Träger oder Teilhaber an kommunalen Krankenhäusern unmittelbar von der geplanten oder auch der faktisch stattfindenden Kran-

Konsequente Digitalisierung ermöglicht Entlastung des Systems und höhere Versorgungsqualität



kenhausstrukturreform betroffen. Die Häuser arbeiten oft defizitär oder sind teilweise von der Insolvenz bedroht; sie sind nicht oder nur eingeschränkt zukunftsfähig; einzelne Häuser werden durch die Reform Leistungsbereiche verlieren und neben den fachlichen Herausforderungen gehören kommunale Krankenhäuser oft zu den drei wichtigsten Arbeitgebern vor Ort und stellen somit einen bedeutenden wirtschaftlichen Faktor dar.

Hier gilt es, die neuen Möglichkeiten der Kommunen im Aufbau der regionalen Versorgungsstrukturen eng mit der Zukunftsstrategie im stationären Sektor zu verzahnen. Nicht nur im Sinne der Gesundheitsversorgung, sondern auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten wie dem Erhalt von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, der Standort-Attraktivität und der finanziellen Ausstattung der Kommune.

Ohne Digitalisierung geht es nicht

Um das volle Potential einer sektorenübergreifenden, qualitätsorientierten, regionalen Gesundheitsversorgung heben zu können, bedarf es der konsequenten digitalen Vernetzung aller beteiligten Akteure.

Nur so kann der Patient zum richtigen Zeitpunkt vom richtigen Leistungserbringer nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ die optimale Versorgung erhalten.

Digitalisierung ist zudem eine Grundvoraussetzung, damit auch innovative Versorgungsangebote wie zum Beispiel Telemedizin, Tele-Konsile oder Remote Patient Monitoring ihre volle Wirkung entfalten können. Hier besteht ein erhebliches Potential zur Entlastung des Systems, zum Beispiel bei psychischen Leiden, Notfällen und chronischen oder multimorbiden Patienten.

Erfolgsfaktoren für die regionale Gesundheitsversorgung

Obwohl die Ausgangssituation in den Kommunen sehr unterschiedlich sein mag, gibt es doch Praxisbeispiele mit Vorbildfunktion. Finnland ist so ein Beispiel, denn das Land hat erfolgreich klare Verantwortlichkeiten, spezialisierte, integrierte Pflege, neue Technologien und eine Erfolgsmessung zusammengebracht. Litauen hat bereits vor einiger Zeit seine Ergebnisse in der Kardiologie verbessert und auch in Deutschland finden sich Beispiele wie das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Ableiten lassen sich aus diesen Beispielen die folgenden Erfolgsfaktoren:

1. Der Patient steht im Mittelpunkt allen Handelns.
2. Permanente Kommunikation und Datenaustausch zwischen allen handelnden Akteuren (Right time, Right place, Right care)
3. „Gemeinsam statt einsam“: Best Practice Sharing, Bündelung von Kräften und Kooperationen: in der praktischen Umsetzung, in der Kommunikation und Information gegenüber Leistungserbringern und Bürgern sowie in der politischen Debatte

Die Herausforderungen der Kommunen bei der Wahrung der Gesundheitsversorgung vor Ort waren nie größer als heute. Zeitgleich hatten die Kommunen aber auch noch nie so viele Gestaltungsmöglichkeiten wie in den nächsten Monaten und Jahren. Diese konsequent zu nutzen, ist der Schlüssel für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Zukunft.

Zum Autor:

Ibo Teuber ist Partner im Bereich Health Care. Mit mehr als 12 Jahren Erfahrung im Bereich der ambulanten und stationären Leistungserbringer liegen sein Fokus auf der Strategieentwicklung, der digitalen Transformationen sowie der M&A-Beratung.

Die Veränderungen im Gesundheitswesen durch Digitale Medizin



*Von Dr. Gerd Wirtz,
Neurophysiologe,
Experte Digital Health
& Zukunftsmedizin*

Digitale Medizin ist ein aufregender Fortschritt im Gesundheitswesen, der moderne Technologien und Datenanalyse nutzt, um die medizinische Versorgung zu optimieren. Doch was bedeutet das genau? Es geht darum, medizinische Informationen nicht mehr nur auf Papier oder in Akten zu speichern, sondern in elektronischer Form. Das ermöglicht es den Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen, Daten wie Patientenakten, Röntgenbilder und Laborergebnisse sicher und effizient zu verwalten.

Aber die Digitale Medizin ist viel mehr als nur das Speichern von Daten. Sie hilft Ärzten, diese Informationen zu analysieren, um bessere Diagnosen zu stellen. Zum Beispiel können spezielle Softwareprogramme medizi-

nische Bilder wie Röntgenaufnahmen oder MRT-Scans präzise auswerten und Auffälligkeiten erkennen, die dem menschlichen Auge entgehen könnten.

Darüber hinaus unterstützt die Digitale Medizin auch die Entwicklung personalisierter Behandlungspläne. Jeder Mensch ist einzigartig, und seine Gesundheit sollte dementsprechend behandelt werden. Durch die Analyse von Gesundheitsdaten kann die Medizin individuell auf die Bedürfnisse eines Patienten zugeschnitten werden.

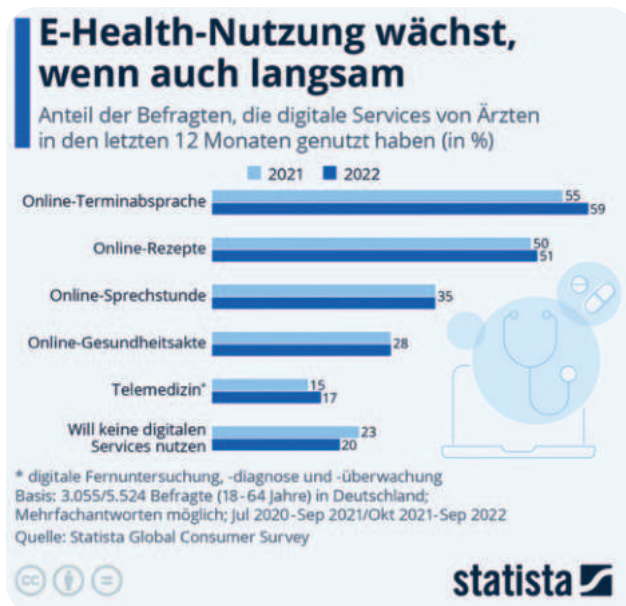
Aber nicht nur bei der Diagnose und Behandlung ist die Digitale Medizin nützlich. Sie ermöglicht auch die Prävention von Krankheiten. Apps und Wearables, wie Fitnessarmbänder oder Gesundheits-Apps, helfen den Menschen, ihre Gesundheit im Auge zu behalten. Sie messen beispielsweise den Herzschlag, den Blutdruck oder die Aktivität und warnen, wenn etwas nicht stimmt.



Insgesamt trägt die Digitale Medizin dazu bei, die Gesundheitsversorgung effizienter, genauer und zugänglicher zu gestalten. Sie ist ein Weg, wie die modernen Technologien unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden verbessern können.

Ein kleiner Rückblick – Wie hat sich Digitale Medizin entwickelt?

Die Geschichte der Digitalen Medizin beginnt in den 1950er Jahren, als Computer erstmals in der medizinischen Forschung eingesetzt wurden. Damals waren



diese Computer recht einfach und halfen hauptsächlich bei der Speicherung und Organisation von medizinischen Daten. Mit der Zeit entwickelten sich diese Systeme weiter, und in den 1970er und 1980er Jahren fingen Krankenhäuser an, elektronische Gesundheitsakten (EHRs) zu verwenden, um Patienteninformationen besser zu verwalten.

Telemedizin auf dem Vormarsch

Die Geschichte der Telemedizin in Deutschland begann in den 1970er Jahren. Damals wurden die ersten Versuche unternommen, medizinische Informationen über Entfernungen hinweg zu übertragen. Das Hauptaugenmerk lag auf der Fernübertragung von Röntgenbildern und anderen medizinischen Daten, um Expertenrat einzuholen.



In den 1990er Jahren breitete sich die Telemedizin in Deutschland weiter aus. Dies war möglich, weil die Technologie und das Internet immer besser verfügbar wurden. Es wurde einfacher, medizinische Informationen elektronisch zu übermitteln, was insbesondere Menschen in entlegenen Gebieten half, Zugang zu Spezialisten zu erhalten.

Der Ausbau von schnellen Internetverbindungen und die Verbreitung von Mobilgeräten spielten eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Telemedizin. Dank schnellem Internet und Smartphones wurden die Durchführung von Fernarztkonsultationen und die Übertragung von Gesundheitsdaten in Echtzeit einfacher und zugänglicher.

Die COVID-19-Pandemie wirkte dann nochmals wie ein Turbo auf die Entwicklung der Telemedizin in Deutschland. Aufgrund der Pandemie wurden viele Arztpraxen geschlossen, was die Nachfrage nach virtuellen Arztkonsultationen und telemedizinischen Lösungen in die Höhe schnellen ließ. Die Menschen gewöhnten sich an die bequeme und sichere Möglichkeit, medizinische Beratung von zu Hause aus zu erhalten.



Die Ära der Mobilität

In den 2000er Jahren erlebten wir eine regelrechte Revolution im Gesundheitswesen. Smartphones und tragbare Geräte wurden allgegenwärtig, und Gesundheits-Apps sowie tragbare Geräte ermöglichten es den Menschen, ihre Gesundheit aktiv zu überwachen. Dies förderte das Bewusstsein für die eigene Gesundheit und gab Ärzten wertvolle Einblicke in die Lebensweise ihrer Patienten.

Künstliche Intelligenz und Datenanalyse

Die neueste Entwicklung der Digitalen Medizin ist eng mit künstlicher Intelligenz (KI) und Big Data verbunden. Moderne Algorithmen und Datenanalyse-Methoden

können große Mengen medizinischer Daten durchsuchen, um Muster zu erkennen und personalisierte Diagnosen und Behandlungspläne zu erstellen. Dies hat das Potenzial, die Genauigkeit der medizinischen Versorgung erheblich zu verbessern.

Die Vorteile der Digitalen Medizin

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens bietet zahlreiche Vorteile. Sie kann die Effizienz steigern, Kosten senken, den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern und die Qualität der Patientenversorgung erhöhen. Sie ermöglicht auch eine bessere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, einschließlich Patienten, Ärzten, Apothekern und Versicherern.

Digitale Medizin und die Vorteile für ältere Menschen

Die Digitale Medizin bietet uns allen eine breite Palette an Möglichkeiten zur Verbesserung unserer Gesundheitsversorgung.

Zur Veranschaulichung begleiten wir Herrn Müller ein Stück weit in seiner Krankengeschichte und wir sehen, wie sich seine persönliche Gesundheitsversorgung durch Digitalisierung bereits jetzt verändert hat.

Herr Müller ist 72 Jahre alt und leidet an Bluthochdruck sowie Diabetes. Er lebt alleine und hat Schwierigkeiten, die Arztpraxis aufzusuchen. Dank digitaler Gesundheitslösungen kann er seine Gesundheitsversorgung erheblich verbessern:



Statt sich aufwendig in die Praxis zu begeben, kann Herr Müller über eine sichere Telemedizin-Plattform sich per Video von seinem Arzt beraten lassen. Er kann bequem von zu Hause aus Fragen stellen, seine Symptome schildern und seinen Behandlungsverlauf besprechen. Die virtuelle Sprechstunde ermöglicht ihm den direkten Kontakt zu seinem Arzt, ohne das Haus verlassen zu müssen.



Herr Müller verwendet ein Armband mit Sensoren, die wichtige Gesundheitswerte von ihm überwachen. Ein kontinuierlicher Blutdruckmesser und ein Blutzuckermessgerät liefern ständig aktuelle Daten an eine App auf seinem Smartphone. Seine Ärztin kann diese Daten in Echtzeit überprüfen, um sicherzustellen, dass sein Blutdruck und Blutzuckerspiegel stabil bleiben. Dies ermöglicht eine bessere Kontrolle seiner chronischen Erkrankungen und die frühzeitige Erkennung von Problemen.

In einer Gesundheits-App hat Herr Müller eine übersichtliche Medikamentenliste und erhält Erinnerungen für die Einnahme seiner Medikamente. Die App verfolgt auch Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten und warnt vor möglichen Problemen. Diese digitale Unterstützung sorgt dafür, dass er seine Medikamente korrekt und rechtzeitig einnimmt.

Basierend auf den gesammelten Gesundheitsdaten erstellt Herr Müllers Ärztin Behandlungspläne für seine individuelle aktuelle Gesundheitssituation. Wenn seine Blutzuckerwerte ansteigen, erhält er automatisch Empfehlungen zur Anpassung seiner Ernährung und Medikation.

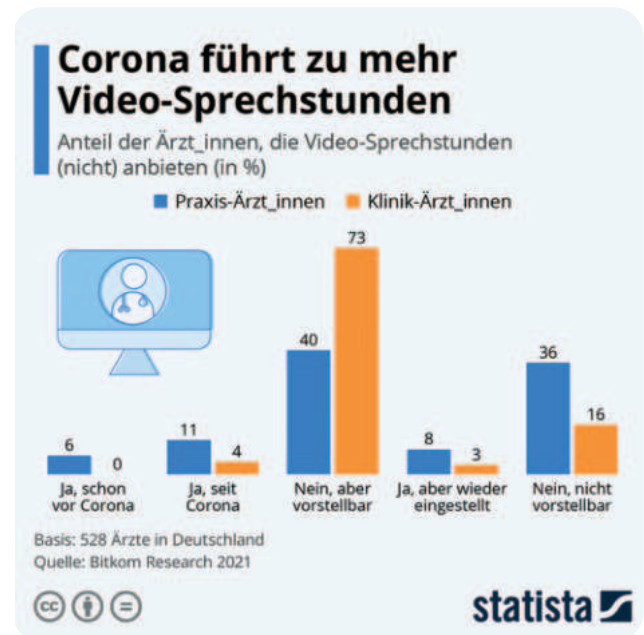
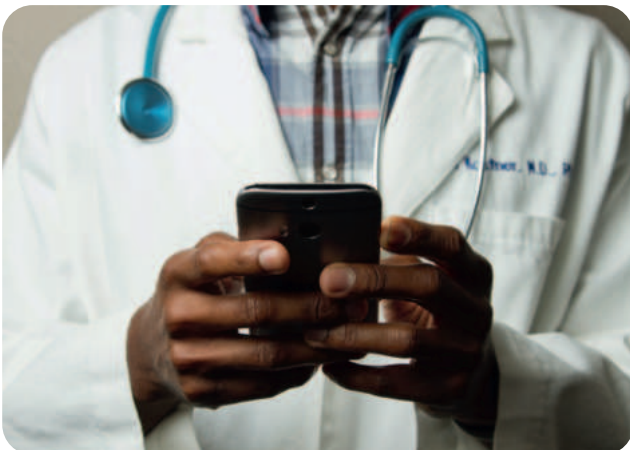
Bei einem unerwarteten Symptom kann Herr Müller Bilder oder Videos seines Zustands über die Telemedizin-Plattform an seine Ärztin senden. Die Ärztin kann

sofort darauf reagieren und eine erste Diagnose stellen. In einem dringenden Fall kann sie eine Überweisung für eine weitere Untersuchung ausstellen, ohne dass Herr Müller lange auf einen Arztbesuch warten muss.

Durch die fortlaufende Überwachung seiner Gesundheitsdaten ist es möglich, potenzielle Probleme frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, bevor sie sich zu ernsthaften gesundheitlichen Komplikationen entwickeln. Herr Müller kann so verhindern, dass er aufgrund seiner chronischen Erkrankungen ins Krankenhaus muss.

Die Plattform ermöglicht es Herrn Müllers Kindern, die Gesundheit ihres Vaters mitzuverfolgen. Sie erhalten Benachrichtigungen, wenn es neue Entwicklungen gibt, sei es eine Änderung seiner Medikation oder eine Abweichung von den normalen Blutdruckwerten. Dies gibt ihnen Sicherheit und ermöglicht es ihnen, im Notfall schnell zu handeln.

Durch die Digitale Medizin kann Herr Müller nicht nur seine Gesundheitsversorgung optimieren, sondern auch sein unabhängiges Leben genießen. Die digitalen Lösungen ermöglichen ihm eine personalisierte und gut überwachte Gesundheitsversorgung, ohne dass er sein Zuhause verlassen muss.



Dr. Gerd Wirtz ist Neurophysiologe, Digital Health-Experte, Trainer & Keynote Speaker für Zukunftsmedizin. Mit 20 Jahren Erfahrung auf nationalen und internationalen Bühnen ist er als Moderator, Coach, Kommunikationsberater und Keynote-Speaker erfolgreich. Wenn Sie auf der Suche nach einem begeisternden Keynote-Speaker oder einem Moderator für Ihre Veranstaltung sind, nehmen Sie Kontakt auf unter:

<https://www.gerdwirtz.de/>
Phone: +49 0221 975867 51
E-Mail: info@gerdwirtz.de

Impressionen



Dr. Katja Wildermuth, Intendantin des BR, war Gast in der Sitzung von Präsidium und Landesausschuss.



Der gastgebende Landrat Elmar Stegmann heißt seine Gäste am ersten Tag willkommen.



Der Präsident des Bayerischen Landkreistags, Landrat Thomas Karmasin (Fürstenfeldbruck) begrüßt seine Kolleginnen und Kollegen zur 54. Landrätetagung.



(Reihe vorne v.l.n.r.): Landrätin Sabine Sitter (Main-Spessart), Landrat Thomas Eichinger (Landsberg am Lech), Landrat Matthias Diebl (Fürth), Kreisrat Günter Obermeyer (Weißenburg-Gunzenhausen)



Impuls aus Österreich: „Der Blick über den Tellerrand“ von Landesrätin Martina Rüscher, MBA MSc, Vorarlberger Landesregierung



Die Teilnehmer am ersten Tag der Landrätetagung in der Inselhalle in Lindau



Landrat Raimund Kneidinger (Passau) meldet sich zu Wort.



V.l.n.r.: Landrat Thomas Bold (Bad Kissingen) und Landrat Michael Fahmüller (Rottal-Inn) nutzen die Pause für ein Gespräch mit Klaus Geiger (Referent für Finanzen, Organisation und digitale Verwaltung beim Bayerischen Landkreistag).



Landrat Elmar Stegmann (rechts) im Gespräch mit Kreisrat Peter Tomaschko, MdL (Aichach-Friedberg)



Landrat Dr. Oliver Bär (Hof, Bildmitte) ergreift das Wort.



V.l.n.r.: Alexander Tritthart (Landrat Erlangen-Höchststadt), Raimund Kneidinger (Landrat Passau), Erwin Schneider (Landrat Altötting) und Rita Röhl (Landrätin Regen) im Austausch



V.l.n.r.: Landrat Ben Schwarz (Roth), Landrat Klaus Peter Söllner (Kulmbach), Landrat Thomas Eberth (Würzburg), Landrat Alex Eder (Unterallgäu), Landrat Peter Berek (Wunsiedel i. Fichtelgeb.), Landrat Florian Wiedemann (Bayreuth)



Landrat Ben Schwarz (links) mit seinem mittelfränkischen Kollegen Helmut Weiß (Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim)



Oberbayerische Landräte unter sich (v.l.): Landrat Max Heimerl (Mühlendorf a.Inn), Landrätin Andrea Jochner-Weiß (Weilheim-Schongau), Landrat Siegfried Walch (Traunstein), Landrat Otto Lederer (Rosenheim)



Schwäbische Runde (v.l.): Landrat Alex Eder (Unterallgäu), Landrätin Indra Baier-Müller (Oberallgäu), Landrat Markus Müller (Dillingen a.d.Donau), Landrätin Maria Rita Zinnecker (Ostallgäu)



V.I.n.r.: Landrat Peter Dreier (Landshut), Präsident Thomas Karmasin, Landrat Willibald Gailler (Neumarkt i.d.OPf.), Landrat Michael Fahmüller (Rottal-Inn)



V.l.n.r.: Gastgeber Landrat Elmar Stegmann, Landrat Robert Niedergesäß (Ebersberg), Landrat Alex Eder (Unterallgäu), Landrat Markus Müller (Dillingen a.d.Donau), Landrat Klaus Peter Söllner (Kulmbach) und Landrat Peter Berek (Wunsiedel i. Fichtelgebirge)



*V.l.: Landrat Max Heimerl (Mühl-
dorf a.Inn), Kreisrätin Ingrid Heck-
ner, MdL a.D., Landrat Otto
Lederer (Rosenheim), Landrat
Peter Dreier (Landshut)*



Jochen Baierlein, Vorstand Oberender AG



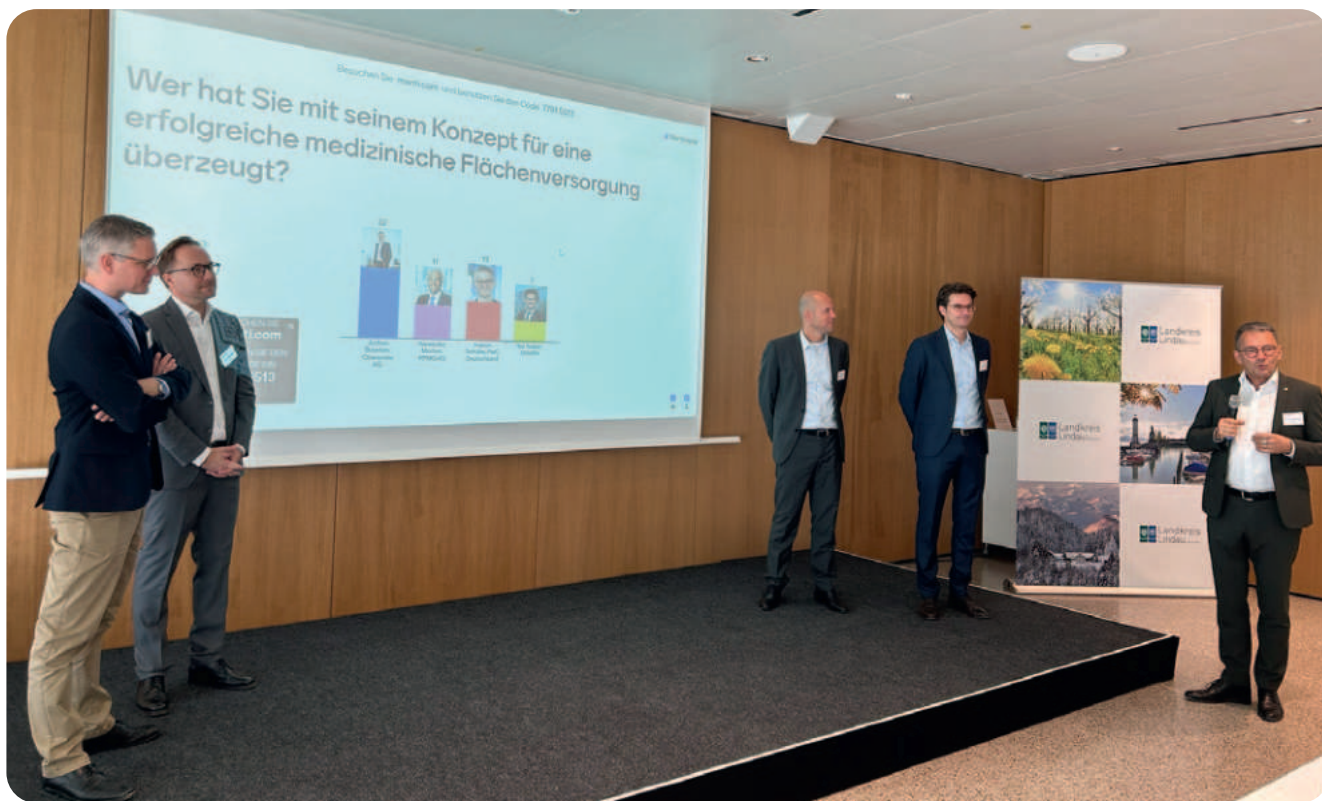
Alexander Morton, Partner, Public Sector Consulting, KPMG AG



Fabian Schülke, Director, Leiter Krankenhausberatung, PwC Deutschland



Ibo Teuber, Partner, Sector Lead Health Care Deloitte



Health Pitch: Erfolgreiche medizinische Flächenversorgung 7/7



Die Medizin der Zukunft: Dr. Gerd Wirtz, Neurophysiologe, Experte Digital Health & Zukunftsmedizin



Der Präsident des Bayerischen Landkreistags, Landrat Thomas Karmasin (links) mit dem Gewinner der Health-Pitch-Abstimmung Jochen Baierlein



Abschlussworte von Landrat Thomas Habermann (Rhön-Grabfeld), Erster Vizepräsident des Bayerischen Landkreistags





Der Bayerische Landkreistag ist einer der vier Kommunalen Spitzenverbände in Bayern.

Neben dem Bayerischen Landkreistag sind dies der Bayerische Gemeindetag, der Bayerische Städtetag und der Bayerische Bezirkstag. Die 71 bayerischen Landkreise haben sich freiwillig zu diesem Kommunalen Spitzenverband zusammengeschlossen, der gleichzeitig eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Dienstherreneigenschaft ist. Wesentliches Ziel des Bayerischen Landkreistags ist es, die kommunale Selbstverwaltung auf der Kreisebene zu sichern und zu stärken: Nach außen, insbesondere gegenüber dem Gesetzgeber und den Ministerien, werden die gemeinsamen Interessen der bayerischen Landkreise vertreten, nach innen werden die Mitglieder informiert und beraten.



Bayerischer Landkreistag

Kardinal-Döpfner-Straße 8 - 80333 München
Telefon: +49 (0) 89/286615-0 - Telefax: +49 (0) 89/282821
info@bay-landkreistag.de - www.bay-landkreistag.de