



STIFTUNG MÜNCH

Gesundheitsversorgung im Wandel

WAS FÜR EIN KRANKENHAUS BRAUCHEN WIR VOR ORT?



Informationen für die interessierte Bevölkerung

INHALT

Vorwort	3
Im Notfall muss ich schnell Hilfe bekommen	4
Warum ist die Gesundheitsversorgung heute eine andere?	6
Kompetenz und Ausstattung sind wichtiger als Nähe	8
Zentralisierung sorgt für Qualität	10
Personal besser einsetzen	12
Moderne Medizin findet immer mehr ambulant statt	14
Alternative Investitionen in die kommunale Infrastruktur	16
Wie kann sich das Krankenhaus vor Ort weiterentwickeln?	18
Beispiele aus der Praxis	20
Literatur	22
Impressum	23

VORWORT

„Den Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen erhalten, ohne dass Leistungen rationiert werden – das ist das Ziel der Stiftung Münch.“

Unsere Gesundheitsversorgung befindet sich international auf einem hohen Niveau: Im Notfall bekommen alle Menschen schnell Hilfe. Aber damit das auch zukünftig so bleiben kann, müssen wir uns heute schon den vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitswesen stellen. Denn die Gesellschaft altert zunehmend, die finanziellen Mittel werden knapper und es gibt einen großen Personalmangel.

Wenn wir nicht jetzt neue Wege in der Gesundheitsversorgung einschlagen, könnten medizinische Leistungen schon in einigen Jahren nicht mehr im gewohnten Umfang angeboten werden. Das Ziel der Stiftung Münch ist es, genau das zu verhindern und den nicht-rationierten Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen weiterhin zu ermöglichen.

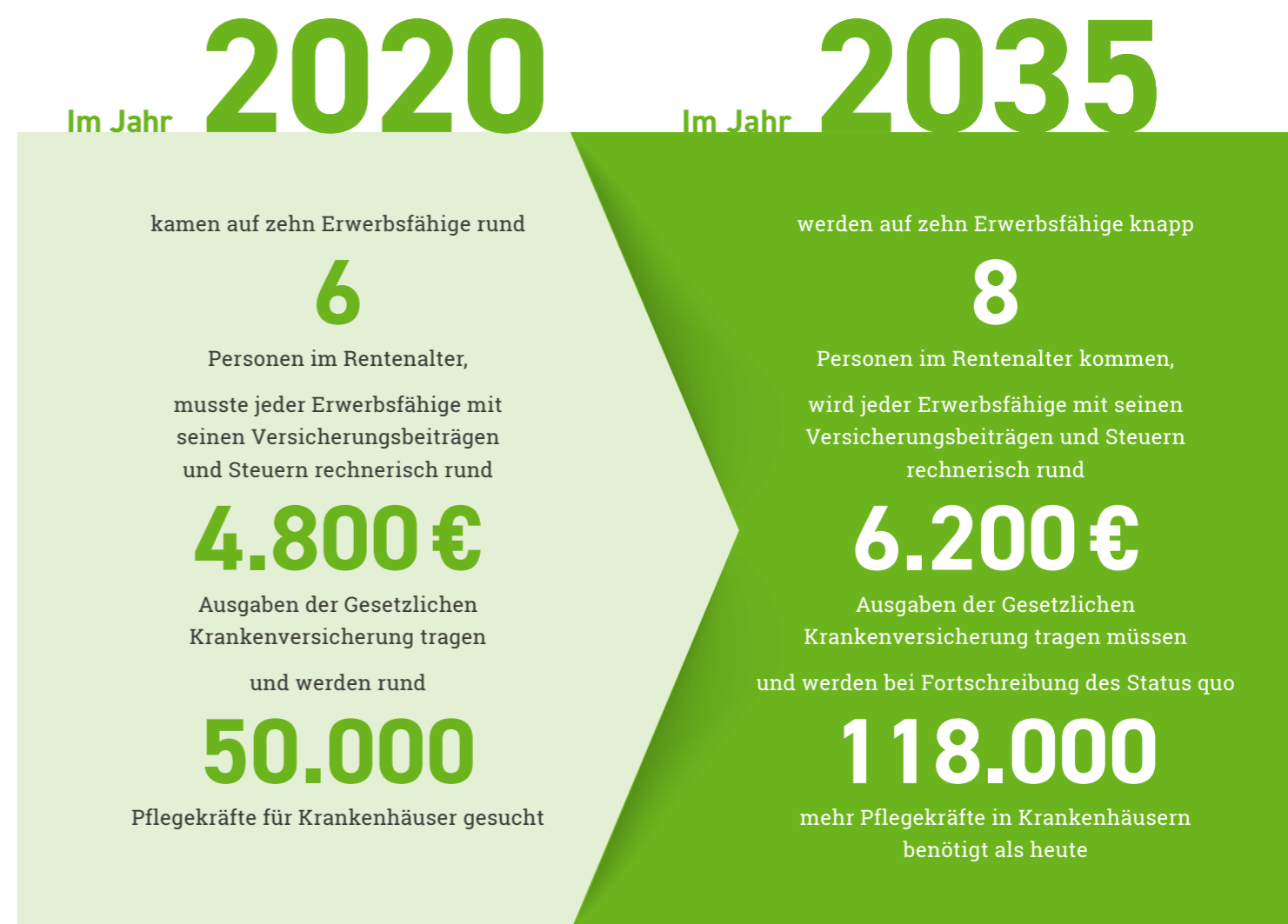
Denn wir haben sowohl das Wissen als auch die Technologien, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen bereits begegnen zu können. Was uns aber noch fehlt, ist der Mut und der Wille Veränderungen anzustoßen und anzunehmen.



IM NOTFALL MUSS ICH SCHNELL HILFE BEKOMMEN!

Unsere Gesundheitsversorgung steht vor großen Herausforderungen: In den kommenden Jahren wird es immer mehr ältere Menschen geben, die medizinische Behandlung und Pflege benötigen. Gleichzeitig werden immer weniger Ärzte¹ und Pflegekräfte zur Verfügung stehen, um diese Menschen zu versorgen. Es werden auch weniger Mittel dafür vorhanden sein, weil es weniger Erwerbstätige geben wird, die mit ihren Krankenversicherungsbeiträgen und Steuern unsere Gesundheitsversorgung finanzieren. Diese Veränderungen sind zwar besorgniserregend, aber kein Grund zum Verzagen. Denn unser Gesundheitssystem besitzt noch viele Potenziale, um die Ressourcen zu nutzen und weiterhin eine hochwertige und für alle Menschen gut erreichbare Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Dazu muss das Versorgungssystem an manchen Stellen angepasst werden.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen zeigen, dass sich die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung für alle lohnt und Ihnen neue Versorgungskonzepte vorstellen, die bereits jetzt erfolgreich praktiziert werden.



¹ In dieser Broschüre wird das generische Maskulinum verwendet. Es bezieht sich sowohl auf die männliche als auch die weibliche und andere Geschlechteridentitäten. Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit werden männliche und weibliche Sprachformen nicht verwendet. Alle Geschlechteridentitäten werden ausdrücklich mitgemeint, sofern nichts anderes beschrieben wird.

WARUM IST DIE WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG HEUTE EINE ANDERE?

- ▶ Moderne Technologien ermöglichen bessere und schonendere Behandlungen.
- ▶ Immer mehr Menschen wollen und können ambulant behandelt werden.
- ▶ Die Medizin spezialisiert sich weiter, doch nicht all die vielen Spezialdisziplinen können überall vorgehalten werden.
- ▶ Weil Gesundheitsfachkräfte knapper werden, können personelle Mindestanforderungen in den Krankenhäusern nicht mehr überall gewährleistet werden.
- ▶ Die Alterung der Gesellschaft vergrößert die Finanzierungslücken der Krankenkassen.



Abbildung: Qualität, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit sind zentrale Grundsätze der Gesundheitsversorgung.

IM JAHR 2022 FINDEN WIR EINE GANZ ANDERE WELT VOR

Wurde man vor dreißig Jahren von einem Haus- oder Facharzt in ein Krankenhaus überwiesen, verbrachte man dort im Schnitt 14 Tage und lag in einem Mehrbettzimmer. Viele Operationen waren zeitaufwendig und mit großen Schnitten verbunden. Damals war das Internet noch nicht öffentlich verfügbar und Mobiltelefone kaum verbreitet. Für Menschen heute schwer vorstellbar: Man sprach von einer „Ärztenschwemme“, weil es mehr Mediziner gab als benötigt wurden.

Im Jahr 2022 finden wir eine völlig andere Welt vor: Es gibt Gemeinschaftspraxen, Ärztehäuser und große medizinische Versorgungszentren (MVZ), die ihre Patienten bei Bedarf per Videotelefonie aus der Distanz behandeln. In den Krankenhäusern hat der Fortschritt dafür gesorgt, dass sich die Verweildauer stark verkürzt hat. In einigen Fällen müssen wir gar nicht mehr über Nacht im Krankenhaus bleiben, weil z. B. durch Telemonitoring Vitalparameter aus der Ferne kontrolliert werden können. Diese Entwicklungen geschehen fortlaufend, und die nächsten Technologien wie OP-Roboter sowie mobile Versorgungsangebote stehen in den Startlöchern. Allerdings nutzt das Gesundheitssystem diese neuen Möglichkeiten längst nicht ausreichend und verharrt oft in den alten Strukturen. Die Corona-Pandemie hat manche Schwachstellen des Systems wie unter einem Brennglas sichtbarer werden lassen.

All diese Veränderungen haben dazu geführt, dass das heutige Angebot vieler Krankenhäuser nicht mehr zum Bedarf der Patienten passt: Teilweise werden Betten oder spezielle Leistungsbereiche in mehreren Krankenhäusern einer Region vorgehalten, die besser an einem oder wenigen Standorten gebündelt würden. So werden knappe finanzielle Mittel nicht optimal eingesetzt, werden Ärzte und Pflegekräfte an Standorten mit wenigen Fällen vorgehalten, während andernorts Personal fehlt. Und diese Situation wird sich durch die Alterung der Gesellschaft verschärfen, insbesondere in der Pflege. Machen wir weiter wie bisher und halten an den Grundsätzen der 1990er Jahre fest, sind Qualität, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung gefährdet.

BEISPIEL: DIE QUAL DER WAHL

Bürgermeister Franz-Josef Bechlinger möchte für seine Kleinstadt am liebsten alles:

- ▶ das städtische Krankenhaus mit Innerer Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhalten, obwohl viele Bürger bereits andere Häuser bevorzugen,
- ▶ die Taktfrequenz des öffentlichen Nahverkehrs ausbauen,
- ▶ für schnelles Internet und ein verlässliches Funknetz sorgen
- ▶ sowie Kitas und Schulen sanieren.

Doch weil das Krankenhaus Verluste schreibt, fehlen im Haushalt der Kommune die Mittel für andere städtische

Angebote. Es ist wie im Privaten: Das Geld kann nur einmal ausgegeben werden – ein neues Auto und eine neue Küche und eine Urlaubsreise im selben Jahr sind nicht möglich.

Deshalb muss Bürgermeister Bechlinger mit der Bevölkerung besprechen: Muss die Geburtshilfe vor Ort bleiben oder kann sie ins Nachbar Krankenhaus verlegt werden, um dort das knappe Personal zu bündeln und die Mindestbesetzung zu gewährleisten? Braucht der Ort überhaupt das Krankenhaus in seiner jetzigen Form oder würde ein Krankenhaus bzw. ein Zentrum für ambulante Medizin ausreichen? Und könnte die Bündelung der Ressourcen im Nachbarort nicht die Versorgungsqualität für alle verbessern?

KOMPETENZ UND AUSSTATTUNG SIND WICHTIGER ALS NÄHE

▶ Im Notfall stehen Notfallpraxen, Rettungswagen und -hubschrauber sowie Telemedizin rund um die Uhr zur Verfügung, sodass eine zügige Erstbehandlung durch Experten sichergestellt ist.

▶ Nicht nur die örtliche Entfernung ist im Notfall entscheidend: Was nützt es, sehr schnell im nächsten Krankenhaus zu sein, wenn man dort nicht behandelt werden kann, weil Personal und die richtige Ausstattung fehlen?



- ▶ Dringende & lebensbedrohliche Notfälle: **Rettungsdienst (112)**
- ▶ Erstversorgung vor Ort durch **Notärzte & Rettungssanitäter**
- ▶ Transport in **Rettungsfahrzeugen oder Rettungshubschraubern** mit telemedizinischer Anbindung an das Krankenhaus



- ▶ Weniger dringliche Notfälle: **niedergelassene Ärzte**
- ▶ Während der Sprechzeiten: **Arztpraxen**
- ▶ Außerhalb der Sprechzeiten: **kassenärztlicher Bereitschafts- und Notdienst (116 117)**



Bei Bedarf Transport zur **Notaufnahme** eines fachlich geeigneten Krankenhauses

Abbildung: Für die Versorgung im Notfall ist immer rund um die Uhr gesorgt.

NUR 10-20% DER NOTFÄLLE SIND LEBENSBEDROHLICH

Nicht jeder Notfall ist gleich dringlich. Von den jährlich 25 Mio. Notaufnahmen in den Krankenhäusern sind nur 10 bis 20 Prozent lebensbedrohlich. So sind zum Beispiel Unfälle ohne akute Lebensgefahr wie eine größere Schnittwunde im Finger weniger dringlich und können meist sehr gut durch Arzt- und Notfallpraxen sowie den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117) versorgt werden. Dringliche und lebensgefährliche Notfälle hingegen werden zunächst durch Rettungsdienste, Notärzte und die Luftrettung (112) erstversorgt. Dafür stehen ihnen modern ausgerüstete Rettungswagen und Hubschrauber zur Verfügung, mit denen sie innerhalb von etwas weniger als 20 Minuten zu einem geeigneten Krankenhaus gelangen können. Durch eine telemedizinische Anbindung in das angesteuerte Haus können bereits bei der Erstversorgung unterwegs lebensrettende Maßnahmen ergriffen werden.

NICHT JEDES KRANKENHAUS IST FÜR JEDE BEHANDLUNG GEEIGNET

Noch deutlich schneller als unter 20 Minuten in ein Krankenhaus gebracht zu werden, mag auf den ersten Blick vorteilhaft erscheinen. Doch was hilft ein möglicher Zeitgewinn von einigen Minuten, wenn am betreffenden Standort nicht die für den jeweiligen Fall notwendige medizinische Expertise und medizintechnischen Apparate bereitstehen? Denn nicht jedes Krankenhaus in Deutschland kann sämtliche Spezialisten und Apparate vorhalten. Deshalb werden Patienten im Notfall immer dorthin gelotst, wo ihnen in ihrem Fall am besten geholfen werden kann.

Die Wahl des Krankenhauses wird im Notfall meist durch Notärzte und Rettungssanitäter getroffen. Denn sie wissen genau, welches Krankenhaus über die jeweils richtige personelle und technische Ausstattung verfügt. Beispielsweise sollte ein Schlaganfall-Patient in ein Haus mit einer so genannten Stroke Unit gebracht werden. Auch nehmen immer mehr Patienten von sich aus längere Anfahrtswege in Kauf, wenn ein Krankenhaus für bestimmte Behandlungen nicht besonders geeignet ist. Das am besten geeignete Krankenhaus ist also nicht zwangsläufig jenes in der unmittelbaren Umgebung.

BEISPIEL: HERZINFARKT

Gisela Kodzinski (75 Jahre alt, verwitwet) bekommt am Samstagabend merkliche Brustschmerzen und ihr ist plötzlich übel. Die Schmerzen nehmen derart zu, dass sie auf Anraten ihrer Nachbarin den Rettungsdienst über die 112 ruft. Der Notarzt stellt den Verdacht auf Herzinfarkt und empfiehlt den Transport in ein 50 Kilometer entferntes Krankenhaus. Frau Kodzinski ist irritiert, warum sie erst so weit fahren werden soll, wo es doch im Ort ein Krankenhaus gibt, in dem sie schon ihre neue Hüfte bekommen hat. Doch das Krankenhaus vor Ort hat kein Herzkatheterlabor, das zur weiteren Diagnostik und Behandlung unbedingt notwendig ist. Es ist deshalb nicht der bestmögliche Ort für sie.

BEISPIEL: TELESTROKE

Der Notarzt und die Rettungssanitäter werden in die Wohnung von Johannes Dinklage (68 Jahre alt) gerufen. Dort treffen sie die Tochter des alleinstehenden Mannes an, die zufällig vor Ort war und ihren kaum ansprechbaren Vater auf dem Sofa liegend fand. Notarzt und Rettungssanitäter vermuten einen Schlaganfall. Deshalb macht das Team eine neurologische Untersuchung und überträgt mittels Telestroke-System die Bild- und Tondaten an die Stroke Unit des etwa 60 Kilometer entfernten Krankenhauses. Der dort diensthabende Schlaganfall-Experte kann in Absprache mit den Helfern vor Ort innerhalb kürzester Zeit entscheiden, wo und wie Rentner Dinklage am besten weiter behandelt werden sollte.

ZENTRALISIERUNG SORGT FÜR QUALITÄT

- ▶ Nicht jedes Krankenhaus kann Personal und Ausstattung für jeden erdenklichen und komplizierten Fall vorhalten, zum Beispiel für Kniegelenk-Operationen oder Transplantationen.
- ▶ Die Spezialisierung und Zentralisierung von Krankenhäusern trägt dazu bei, dass weniger Behandlungsfehler passieren und bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden.

- Hohe Behandlungsqualität
- Geringe Behandlungsqualität
- Behandlungsfehler

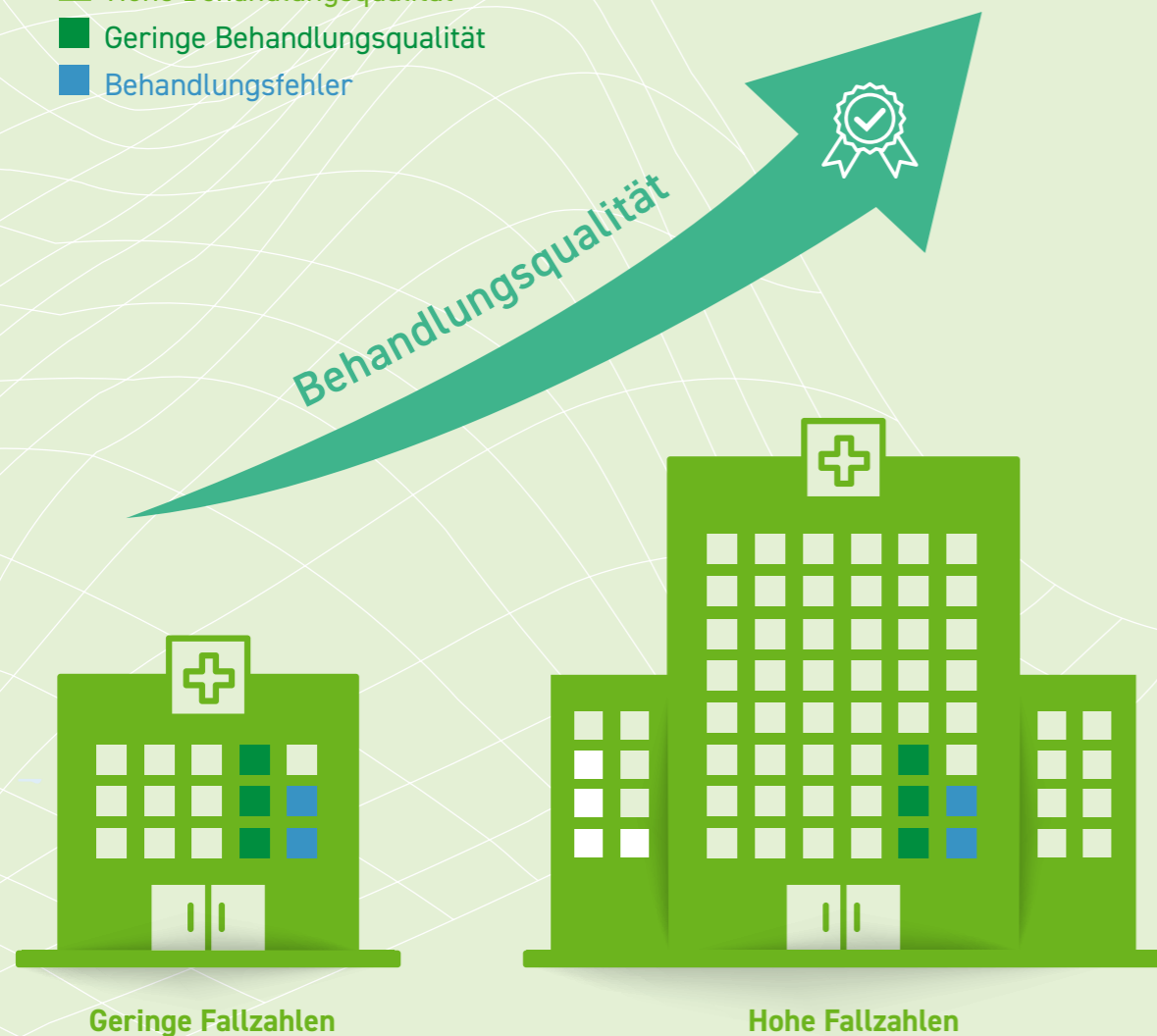


Abbildung: Krankenhäuser mit vielen Fällen weisen oft eine höhere Behandlungsqualität auf.

Nicht jedes Krankenhaus kann jede erdenkliche medizinische Expertise und alle Leistungsangebote vorhalten. Daher ist auch nicht jedes Krankenhaus in allen Belangen gleich gut. Selbst wenn eine bestimmte medizinische Leistung angeboten wird, wird sie nicht zwangsläufig häufig und mit höchster Qualität erbracht. Denn es gibt bei vielen Behandlungen einen nachweisbaren Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Operation und ihrer Qualität: Je öfter eine Operation durchgeführt wird, desto besser die Behandlungsergebnisse. Auch in der Medizin gilt: Übung macht den Meister.

EIN INDIKATOR FÜR DIE BEHANDLUNGSQUALITÄT IST DIE JÄHRLICHE FALLZAHL

Notärzte und Rettungskräfte kennen die besten Anlaufstellen und lotsen ihre Patienten im Notfall in das bestgeeignete Krankenhaus. Wenn es sich aber um keinen Notfall handelt, hat jeder Patient die Möglichkeit, durch eigene Recherchen, Erfahrungen oder Empfehlungen das geeignete Krankenhaus selbst auszuwählen. Ein Indikator für die Behandlungsqualität ist die jährliche Fallzahl. Verschiedene Gesundheitsportale im Internet (z. B. Weisse Liste) bieten dabei Unterstützung an. Während immer mehr Menschen sich kundig machen, wählen ältere und wenig mobile Patienten das Krankenhaus immer noch häufig allein nach seiner Erreichbarkeit aus.

Die Gesundheitspolitik hat den Zusammenhang zwischen Menge und Qualität erkannt: Bei einigen Indikationen sollen gesetzlich vorgeschriebene Mindestmengen sicherstellen, dass eine Mindestqualität erreicht werden kann. Erreicht ein Krankenhaus die Mindestmenge einer Leistung nicht, darf es diese Leistung nicht mehr anbieten. Als Folge davon werden immer mehr Leistungen zentralisiert. Das nächstgelegene Krankenhaus ist also nicht zwangsläufig das Richtige für die eigenen Beschwerden, ganz so wie zuhause: Wenn die Heizung defekt ist, hilft der freundliche Fliesenleger aus der Nachbarschaft nicht weiter, sondern nur der ausgebildete Heizungsinstallateur aus der Nachbarstadt.

BEISPIEL: KRANKENHAUSWAHL

Peter Hansen (81 Jahre alt, verwitwet) hat Arthrose im rechten Kniegelenk: eine Schädigung des Gelenkknorpels, wegen der er kaum noch laufen kann. Helfen würde eine Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP). Die Angehörigen beraten, welches Krankenhaus wohl am besten für die Behandlung geeignet wäre. Doch Herrn Hansens Kinder haben unterschiedliche Ansichten. Seine Tochter findet: „Papa soll hier im Krankenhaus behandelt werden. Wir alle kennen das Haus und können ihn hier oft besuchen. Ich will nicht, dass er allein in einer fremden Umgebung liegt.“

Ihr Bruder hält dagegen: „Ich möchte auch, dass Papa nicht so viel allein ist im Krankenhaus. Aber wir sind beide berufstätig und haben Familie. Wir schaffen es ohnehin nicht, ihn täglich zu besuchen. Ich würde Papa lieber in einem auf Knie-TEPs spezialisierten Haus behandelt sehen. Unsere Klinik am Ort hat mit solchen Fällen kaum zu tun. Mir ist es wichtiger, dass er gut behandelt und dadurch schnell wieder gesund wird. Die Nachsorge und Verbandswechsel später können hier vor Ort sein Hausarzt bzw. der Pflegedienst machen.“

PERSONAL BESSER EINSETZEN

- ▶ Da die Gesellschaft altert, fehlt es immer mehr an Nachwuchskräften – in allen Branchen.
- ▶ Viele Krankenhäuser können nur noch mit größten Anstrengungen dem Personalmangel Stand halten, um den Krankenhausbetrieb rund um die Uhr aufrechtzuerhalten.
- ▶ Der Wunsch nach geregelten Arbeitszeiten und Teilzeittätigkeiten nimmt zu.
- ▶ Mehr Geld für die Versorgung kann das Problem nicht lösen: Nur durch neue Versorgungskonzepte kann das knappe Personal besser eingesetzt werden.

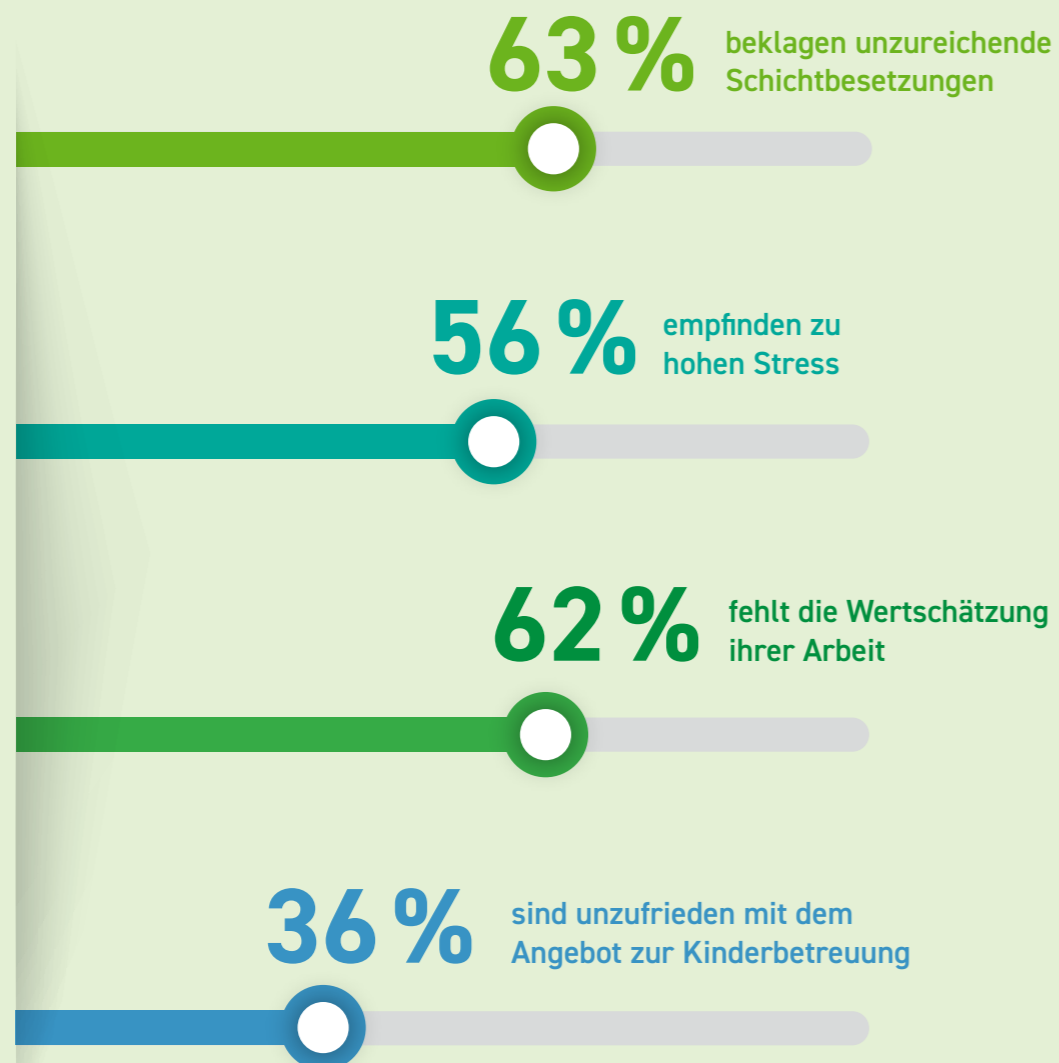


Abbildung: Viele Pflegekräfte sind aktuell unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation. Quelle: Buxel 2011.

Ein Krankenhaus braucht nicht nur Gebäude, Anlagen und technische Geräte, ein Krankenhaus braucht vor allem qualifiziertes medizinisches und pflegerisches Personal. Jedoch wird dessen Verfügbarkeit geringer. Durch die Alterung der Gesellschaft gibt es immer weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter, was in allen Branchen und eben auch im Gesundheitswesen und gerade in ländlichen Regionen zu einem spürbaren Personalmangel führt. Dadurch ist nicht immer ausreichend Personal vorhanden, um eine Besetzung rund um die Uhr zu gewährleisten. Wo die Personaldecke zu dünn ist, treten häufiger Qualitätsmängel auf, manchmal auch Behandlungsfehler. Und manchmal können gewisse Behandlungsleistungen gar nicht mehr angeboten werden, weil gesetzliche Personalmindestvorgaben unterschritten werden.

WUNSCH NACH TEILZEIT UND GEREGLTEN ARBEITSZEITEN NIMMT ZU

Doch es ist nicht allein die Alterung der Gesellschaft, die den Personalmangel verschärft. Junge Menschen finden heute einen attraktiven und vielfältigen Arbeitsmarkt vor, der ihnen unzählige Möglichkeiten bietet – nämlich Berufe mit geregelten Arbeitszeiten, ohne Wechseldienste, Nachtschichten und das kurzfristige Einspringen für erkrankte Kollegen. Hinzu kommt, dass es den Nachwuchs stärker in die Städte zieht und er vermehrt den Wunsch nach Teilzeit hegt. Viele Pflegekräfte sind unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation, einige kündigen und geben den Beruf dauerhaft auf.

Daran würde sich kaum etwas ändern, wenn die Löhne stark stiegen. Tatsächlich sind sie in der Krankenpflege in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich gewachsen. Vielmehr muss das knappe Personal besser eingesetzt werden. Es ist deshalb genau zu überlegen, ob eine Vorhaltung von ohnehin knappen personellen Ressourcen an vielen Standorten zielführend ist. Die Situation könnte entspannter sein, wenn sich das knappe Gesundheitspersonal auf weniger Standorte konzentrierte. In manchen Fällen wäre es daher besser, wenn das Krankenhaus sich auf komplexe ambulante Leistungen ausrichten und die stationäre Versorgung aufgeben würde. In diesem Fall müssten nicht mehr mehrere Pflegekräfte rund um die Uhr in verschiedenen Tag- und Nachtschichten vorgehalten werden.

BEISPIEL: PERSONALMANGEL

Monika Riederer, Stationsleiterin der Inneren Medizin eines kleinen Kreiskrankenhauses, ist gestresst. Soeben musste sie wegen Personalmangels einige OP-Termine absagen, obwohl das Krankenhaus nicht voll ausgelastet ist. Sie musste auch eine eigentlich dienstfreie Pflegeerin herbestellen, weil sonst nicht genügend Personal für die Mindestbesetzung vorhanden wäre. In letzter Zeit

passierte das öfter, was zu Unmut im Team führte. Doch Monika Riederer möchte kein Risiko eingehen. Sie hat schon einmal erlebt, dass bei zu wenig Personal und zu großem Stress schlimme Fehler passierten. Dass das nicht nur bei ihr so läuft, weiß sie aus den Regionaltreffen umliegender Krankenhäuser: Alle Häuser kämpfen um Personal.

MODERNE MEDIZIN FINDET IMMER MEHR AMBULANT STATT

- ▶ Die ambulante Versorgung in Arztpraxen bietet für die meisten gesundheitlichen Lebenssituationen von Patienten eine angemessene medizinische Grundversorgung.
- ▶ Krankenhäuser können Behandlungen zunehmend auch ambulant erbringen.
- ▶ Mithilfe telemedizinischer Technologien können heute schon deutschlandweit geeignete Experten in die Diagnostik und Behandlung einbezogen werden.

Ärztliche Versorgung

- ▶ Haus- und Facharztpraxen
- ▶ Psychotherapeutische Praxen
- ▶ Medizinische Versorgungszentren
- ▶ Krankenhäuser

Heilmittel & Pflege

- ▶ Physiotherapie
- ▶ Krankengymnastik & Massagen
- ▶ Logopädie
- ▶ Hausärztliche Alten- & Krankenpflege

Prävention

- ▶ Gesundheitskurse
- ▶ Bewegungs- & Sportangebote
- ▶ Betriebliche Gesundheitsförderung
- ▶ Netzwerke durch Suchtprävention

Telemedizin

- ▶ Gesundheits- & Medizinapps
- ▶ Online-Videosprechstunde
- ▶ Tele-Stroke-Units
- ▶ Tele-Notarzt
- ▶ Telemonitoring

Abbildung: Die ambulante Gesundheitsversorgung ist heute schon vielfältig.

IMMER MEHR OPERATIONEN ERFOLGEN OHNE KRANKENHAUS- AUFENTHALT

Haus- und Facharztpraxen sind heutzutage ausreichend apparativ und personell ausgestattet, um eine gute Grundversorgung für die meisten gesundheitlichen Lebenssituationen zu leisten. Besondere Versorgungsprogramme erlauben es auch, chronisch- und schwererkrankten Menschen in ihrem Umfeld gut zu versorgen. Dabei bringen auch Krankenhäuser ihre Expertise ein, ebenso wie verschiedene Heilmittelerbringer, Pflegedienste und Präventionsangebote.

In ambulanten OP-Zentren können schon heute knapp 3.000 Arten von Operationen ohne Aufenthalt in einem Krankenhaus erfolgen. Und diese Zahl wird weiter steigen. Dabei ist eine ambulante Behandlung keinesfalls schlechter. So werden in den USA Kniegelenk-OPs auch ambulant durchgeführt und dann in die ambulante Rehabilitation übergeleitet. Die frühzeitige Mobilisation befördert die Heilung, weil tagelanges Liegen in Schonhaltung entfällt, und ist qualitativ ebenbürtig.

TELEMEDIZIN UND TELE- MONITORING MACHEN DIE VERSORGUNG NOCH BESSER

Darüber hinaus wird die ambulante Versorgung zunehmend durch Telemedizin und Telemonitoring unterstützt. Durch die Erfassung von Vitalparametern in Echtzeit können chronisch Erkrankte (z. B. bei Herzinsuffizienz) ambulant überwacht werden, so dass im Falle einer Verschlechterung des Zustands umgehend ein Arzt aufgesucht werden kann. In Kombination mit Präventionsansätzen kann die ambulante Versorgung manchen Klinikaufenthalt ersetzen und eine Genesung zu Hause ermöglichen. Auch Apotheken könnten stärker eingebunden werden, indem sie durch eine Videosprechstunde in einem Nebenraum einen niedrigschwelligen Kontakt zum Haus- oder Facharzt ermöglichen. Innovative Konzepte wie z. B. Helios Cube (Eigenschreibweise: C4U2BE) gehen einen Schritt weiter: Mobile Praxen bzw. flexibel aufstellbare Versorgungseinheiten können in entlegenen Regionen umfassende Angebote machen, etwa Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen. Dabei muss noch nicht einmal ein Arzt vor Ort sein. Denn durch die weltweite telemedizinische Anbindung an spezialisierte Ärzte und Zentren kann die optimale Behandlung über Videotelefonie eingeleitet werden.

BEISPIEL: AMBULANTE OP

Bei Maria Oswald wurde das Karpaltunnel-Syndrom im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert – ein eingeklemmter Mittelnerv der Hand, der zu Taubheit, Kribbeln und Schmerzen in Fingern und Hand führt. Frau Oswald wird nahegelegt, sich bald operieren zu lassen, um den Mittelnerv so gut es geht erhalten zu können. Im Nachbarort befindet sich ein Zentrum für ambulantes Operieren, das solche Operationen durchführt. Noch am selben Tag der OP kann die Patientin nach Hause zurückkehren. Nach der Operation muss Frau Oswald ihre Hand für drei Wochen schonen, kann sie aber bereits wieder im Alltag einsetzen. In den 1990er Jahren hätte sie noch mindestens drei Tage im Krankenhaus verbracht.

BEISPIEL: MOBILE ARZTPRAXIS

Dezentrale Telemedizinangebote wie der Cube von Helios bietet unter anderem Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen an, ebenso Blutdruck- und Augendruckmessung und können flexibel an bestimmten Orten aufgestellt werden. Nach einem digitalen Erstkontakt mit einem Telearzt via Videosprechstunde können Menschen notwendige medizinische Untersuchungen unter Anleitung von Fachkräften durchführen. Die Ergebnisse werden über eine App den kooperierenden Ärzten übermittelt, wodurch direkt nach dem Besuch die weiterführende Behandlung stattfinden kann. So können unter anderem Herz-Kreislauf- sowie Lungenerkrankungen und Diabetes medizinisch überwacht und behandelt werden.

ALTERNATIVE INVESTITIONEN IN DIE KOMMUNALE INFRASTRUKTUR

- ▶ Einige Städte und Gemeinden stecken jährlich hohe Summen in den Erhalt von Krankenhausstandorten, die nicht immer nötig wären.
- ▶ Alternative Investitionen in die kommunale Infrastruktur fördern Gesundheit, Teilhabe und Wohlbefinden der Bevölkerung.
- ▶ Eine stärker zentralisierte Krankenhausversorgung mit ergänzenden ambulanten Angeboten vor Ort und in der Fläche bedeutet keinen Verlust, sondern ein Mehr an passgenauer Versorgung.

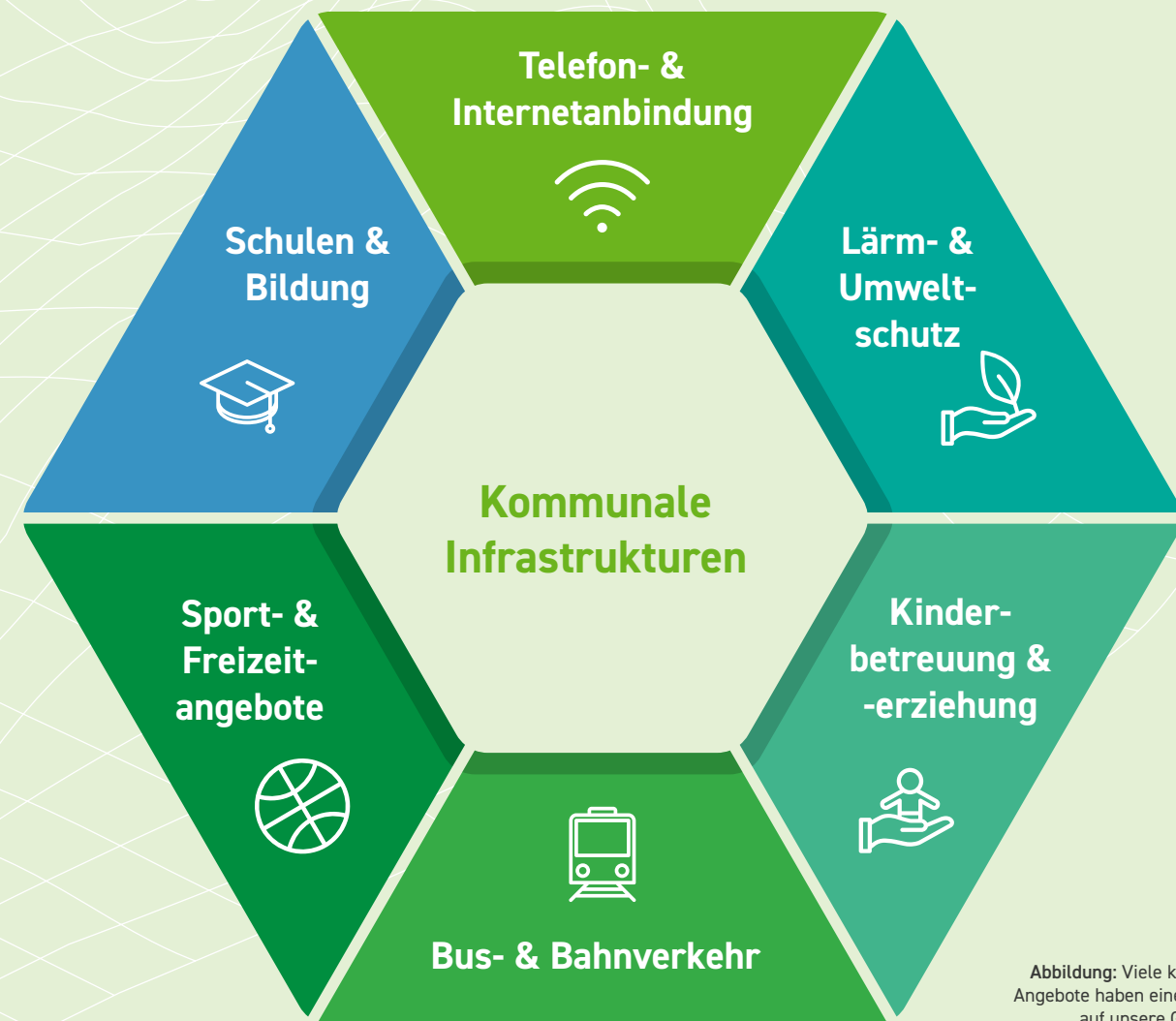


Abbildung: Viele kommunale Angebote haben einen Einfluss auf unsere Gesundheit

AUCH ALTERNATIVE INVESTITIONEN WIRKEN SICH AUF DIE GESUNDHEIT AUS

Einen Euro kann man nur einmal ausgeben – derlei Budgeterwägungen werden für private wie für kommunale Haushalte angestellt. Viele Städte und Gemeinden haben knappe Haushaltskassen, und fast jedes zweite Krankenhausbett ist in öffentlicher Hand. Rund 50 Prozent davon schreiben Verluste. In einigen Fällen fließen hohe Summen in den Erhalt eines Krankenhauses, das in der bestehenden Form nicht immer benötigt wird.

Wenn eine Kommune den betriebswirtschaftlichen Verlust ihres Krankenhauses ausgleicht, fehlen ihr diese Mittel für andere Investitionen in Kitas und Schulen, Bäder und Stadtparks, Bus- und Bahnverbindungen, Museen und Kultureinrichtungen, Präventionsangebote, Lärm- und Umweltschutzmaßnahmen, Telefon- und Internetverbindungen. Auch solche Infrastruktur macht das Leben in einer Gemeinde lebenswert und fördert mitunter auch die körperliche und seelische Gesundheit, man denke nur an ein vielfältiges Sport- und Freizeitangebot.

Es lohnt sich also zu überlegen, wohin die Mittel fließen. Und manchmal gibt es gute Alternativen zu einem kleinen defizitären Krankenhaus vor Ort mit hohem Investitionsbedarf: Städte und Gemeinden, die das stationäre Angebot und die Zahl der Krankenhausbetten vor Ort reduzieren bzw. verlagern, können im Gegenzug das ambulante Angebot vor Ort ausbauen - angepasst an den speziellen Behandlungsbedarf. In der Regel geschieht dies durch die Umwandlung des Angebots des örtlichen Krankenhauses von stationär zu ambulant.

Dass dies kein Verlust für die Menschen vor Ort sein muss, sondern im Gegenteil ein Vorteil für viele ist, zeigt folgendes Szenario: Durch die Verlagerung der stationären Versorgung kann zwar ein größerer Anfahrtsweg zum nächsten stationären Angebot entstehen, jedoch wird damit dieses andere Krankenhaus gestärkt, weil es durch höhere Fallzahlen eine höhere Versorgungsqualität erreichen und besser Personal rekrutieren kann. Gleichzeitig entsteht in der eigenen Gemeinde eine breite ambulante Versorgung. Arbeitsplätze gehen dabei nicht verloren, denn Gesundheitsfachkräfte werden überall dringend gebraucht. Die meisten werden vom Krankenhaus, in das die Verlagerung stattfindet, aufgenommen. Andere wechseln in das neue ambulante Gesundheitszentrum vor Ort, wo zusätzlich Stellen in anderen Berufsfeldern entstehen.

BEISPIEL: ÖPNV

In ländlichen Regionen fehlen oft die Mittel für ein attraktives Angebot des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV). Doch Mobilität ist für alle Menschen wichtig: Kinder und Jugendliche wollen an Sport- und Freizeitangeboten teilhaben, Berufstätige müssen zur Arbeit kommen, und ältere Menschen müssen Arzttermine unkompliziert wahrnehmen können.

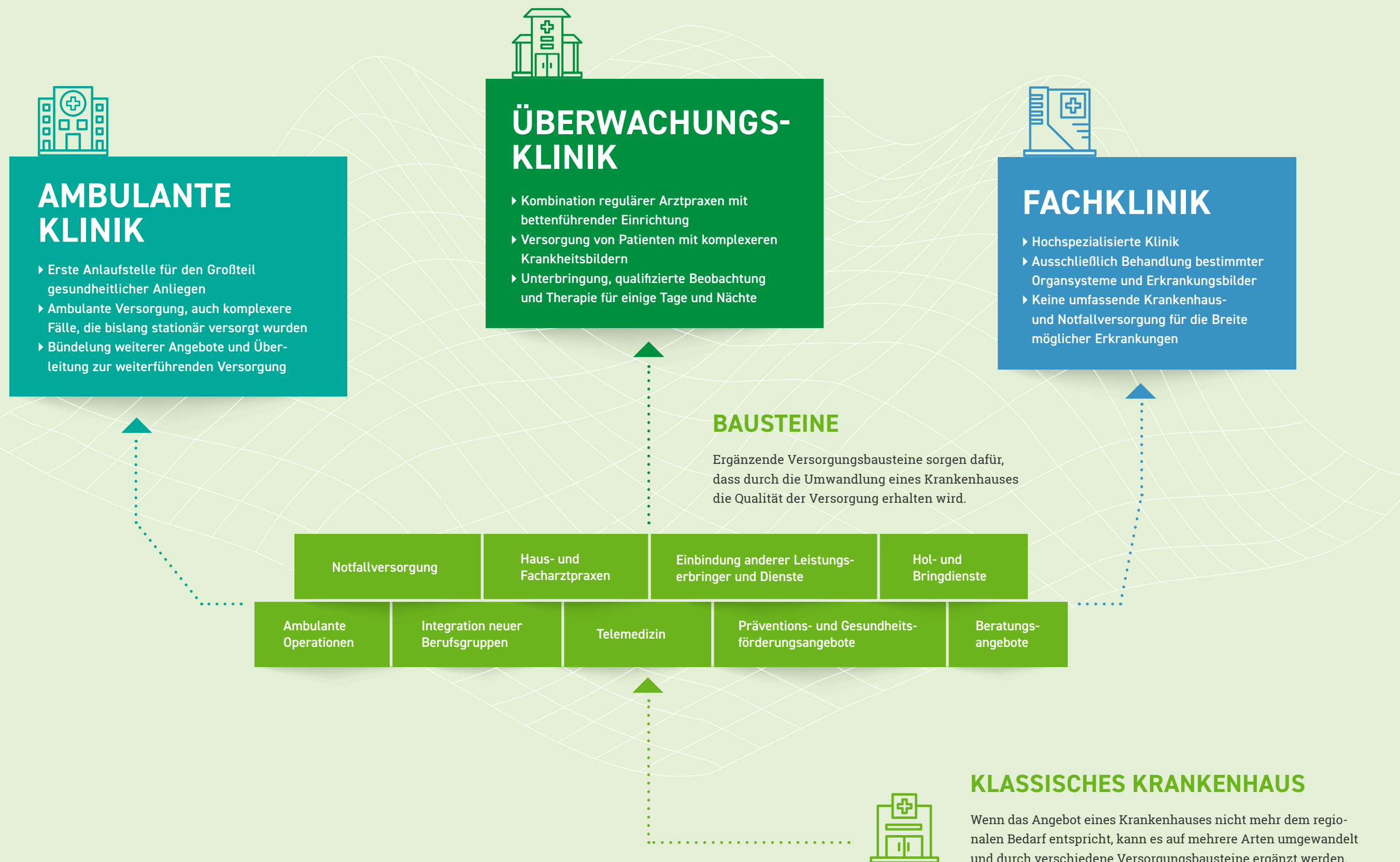
BEISPIEL: KITA

Wenn vor Ort nicht genügend Mittel bereitstehen für das Personal und die Ausstattung von Kitas und anderen Betreuungs- und frühkindlichen Bildungsangeboten, hat das negative Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder. Dies beeinflusst das Ernährungs- und Sozialverhalten und prägt das Gesundheitsverhalten für das spätere Leben.



WIE KANN SICH DAS KRANKENHAUS VOR ORT WEITERENTWICKELN?

WIE KANN SICH DAS KRANKENHAUS VOR ORT WEITERENTWICKELN?



Oft lohnt es sich, über Alternativen zum bestehenden Krankenhaus mit stationären Angeboten nachzudenken und ein Zielbild für die gesundheitliche Versorgung einer Region zu entwerfen. Die folgenden drei Beispiele zeigen, wie breit das Spektrum möglicher Bestandteile eines Zielbilds ist. Dabei ist keines per se „schlechter oder besser“. Das Zielbild ist dann gut, wenn es den Bedarf der Region trifft und die Qualität der Versorgung damit besser ist als bei einer Fortschreibung des Status quo.



Die Transformation eines Krankenhauses in eine ambulante Klinik kann ein wichtiger Bestandteil für die regionale Gesundheitsversorgung sein. Kern einer ambulanten Klinik bildet die ambulante medizinische Versorgung. Die Klinik stellt als erste Anlaufstelle für einen Großteil der gesundheitlichen Anliegen eine Basisversorgung sicher. Ein Transformationsprozess eröffnet Möglichkeiten, dafür freiwerdende Räume des Krankenhauses zu nutzen oder neue Gebäude zu errichten, um ambulante Angebote zusammenzuführen und durch neue zu ergänzen. Auf diese Weise wären viele Gesundheitsdienste an einem zentralen Ort leicht zu erreichen.

▶ Praxisbeispiel: Möckmühl (Baden-Württemberg)



Wenn kein Bedarf für eine klassische stationäre Versorgung besteht, jedoch eine wohnortnahe Versorgung mit medizinischer Überwachungsmöglichkeit notwendig ist, können Überwachungskliniken eine Option sein. Anders als in ambulanten Kliniken gibt es Betten, hier können Patienten für einige Tage und Nächte aufgenommen werden. Das Angebot richtet sich an Patienten, die rein ambulant nicht mehr sicher versorgt werden können, jedoch auch nicht die hochtechnisierte Infrastruktur und durchgehende ärztliche Präsenz benötigen. Eine gute ärztliche Diagnostik sowie die sichere Verlaufsabschätzung und kontinuierliche Überwachung durch qualifizierte Pflegekräfte sichern die Versorgungsqualität.

▶ Konzepte in Entwicklung und Umsetzung



In bestimmten Fällen kann sich ein Krankenhaus auf ausgewählte Spezialgebiete fokussieren. Das kann dann gelingen, wenn eine Fachabteilung bzw. ausgewählte Leistungsbereiche eines Krankenhauses eine überregionale Strahlkraft erreichen. Dadurch würde das Krankenhaus zu einer Fachklinik für ausgewählte Krankheitsbilder mit einem überregionalen Einzugsgebiet werden. Damit stünde es aber nicht mehr für die breite Grund- und Notfallversorgung zur Verfügung. Die Grund- und Notfallversorgung würde dann durch andere Angebote sichergestellt werden, zum Beispiel durch Rettungsdienst, Arztpraxen und umliegende Krankenhäuser.

▶ Praxisbeispiel: Uffenheim (Bayern)

BEISPIELE AUS DER PRAXIS



AMBULANTE KLINIK BEISPIEL: MÖCKMÜHL (BADEN-WÜRTTEMBERG)

Das Krankenhaus der Gemeinde Möckmühl (etwa 8.000 Einwohner) im Landkreis Heilbronn hatte große Schwierigkeiten: Als Krankenhaus der Grundversorgung mit etwa 80 vollstationären Betten für die Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Unfallmedizin wurde es immer schwieriger, ausreichend Personal zu bekommen. An eine wirtschaftliche Betriebsführung war nicht zu denken. Das Krankenhaus schrieb seit Jahren Verluste.

Durch den engagierten Einsatz des damaligen Landrats, der Geschäftsführung und zahlreicher Unterstützer des Veränderungsprozesses erfolgte 2018 die Umwandlung in ein ambulantes Gesundheitszentrum. Denn für die Bevölkerung in Möckmühl und Umgebung ist eine gute wohnortnahe Grundversorgung durch eine Haus- und Kinderarztpraxis sowie eine orthopädisch-chirurgische Praxis und eine Frauenarztpraxis ausreichend. Die Notfallversorgung vor Ort wird durch die Notfallpraxen und den Rettungsdienst sichergestellt. In Notfällen sind die nächstgelegenen Krankenhäuser innerhalb von 30 Minuten erreichbar. Zugleich wurden weitere Dienste in das ambulante Gesundheitszentrum integriert: ein Therapiezentrum mit Krankengymnastik, Physiotherapie und Massagen sowie ein Sanitätshaus und ein Pflegestützpunkt.

Verlinkung zu weiteren Infos:

► <https://www.gesundheitszentrum-moeckmuehl.de/>



FACHKLINIK BEISPIEL: UFFENHEIM (BAYERN)

Die Klinik Uffenheim war mit ca. 80 Betten für die Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie sowie geriatrische Rehabilitation die kleinste der drei kommunal getragenen Kliniken im Landkreis Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim. Der Fortbestand der Klinik war fraglich, der Betrieb war nur bei Akzeptanz dauerhafter wirtschaftlicher Defizite möglich.

Im Jahr 2013 konnte mit den Heiligenfeld Kliniken eine etablierte Klinikgruppe mit dem Schwerpunkt psychosomatische Medizin gefunden werden, die Interesse hatte, das Krankenhaus zu kaufen. Nach dem Erwerb erfolgte die Umwandlung der Klinik Uffenheim in eine Fachklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen. Die neu gegründete Heiligenfeld Klinik Uffenheim in gemeinsamer Trägerschaft der Kommune und den Heiligenfeld Kliniken investierte im Jahr 2013 in Renovierungs- und Umbaumaßnahmen. Nach einer zwischenzeitlichen Reduktion auf nur 56 Betten, können seit 2014 wieder ca. 80 Betten vorgehalten werden, in denen eine hoch qualifizierte medizinische Versorgung von psychosomatischen Erkrankungen möglich gemacht wird. Im Jahr 2019 erfolgte eine weitere Aufstockung um 10 Planbetten. Der Zeitraum zwischen Beginn der Verhandlung und Eröffnung der Fachklinik ist mit 1,5 Jahren kurz. Häufig ist die Transformationsphase deutlich länger.

Die neugegründete Fachklinik kann seit vielen Jahren mit wirtschaftlichem Erfolg betrieben werden. Die medizinische Akut- und Notfallversorgung der Bevölkerung wird durch die umliegenden Krankenhäuser gewährleistet. Besondere Erfolgsfaktoren im Transformationsprozess waren unter anderem die Kompetenz und Unternehmenskultur der Heiligenfeld Kliniken sowie ihr umfassender Erfahrungsschatz aus dem Betrieb diverser anderer Fachkliniken.

Verlinkung zu weiteren Infos:

► <https://www.heiligenfeld.de/kliniken/heiligenfeld-klinik-uffenheim/>

LITERATUR

Notfallversorgung

- ▶ Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J. (2016). Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

Erreichbarkeit

- ▶ Aggarwal, A., van der Geest, S.A., Lewis, D., van der Meulen, J., und Varkevisser, M. (2020). Simulating the impact of centralization of prostate cancer surgery services on travel burden and equity in the English National Health Service: A national population based model for health service re-design. *Cancer Medicine*, 9(12), 4175-4184. doi:<https://doi.org/10.1002/cam4.3073>.
- ▶ Avdic, D., Moscelli, G., Pilny, A., & Sriubaite, I. (2019). Subjective and objective quality and choice of hospital: Evidence from maternal care services in Germany. *Journal of Health Economics*, 68, 102229. doi:10.1016/j.jhealeco.2019.102229.
- ▶ Versteeg, S. E., Ho, V. K. Y., Siesling, S., & Varkevisser, M. (2018). Centralisation of cancer surgery and the impact on patients' travel burden. *Health Policy*, 122(9), 1028-1034. doi:10.1016/j.healthpol.2018.07.002.

Behandlungsqualität

- ▶ Lan, R.H., Samuel, L.T., Grits D., Kamath, A.F. (2021). Contemporary Outpatient Arthroplasty Is Safe Compared with Inpatient Surgery: A Propensity Score-Matched Analysis of 574,375 Procedures. *J Bone Joint Surg Am*. 2021 Apr 7;103(7):593-600. doi: 10.2106/JBJS.20.01307. PMID: 33646984.
- ▶ Nimptsch, U., Mansky, T. (2017). Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014 *BMJ Open* 2017;7:e016184. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016184.

Personalzufriedenheit

- ▶ Buxel, H. (2009). Motivation, Arbeitsplatzbewertungen/-zufriedenheit und Jobwahlverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern. Münster 2009.
- ▶ Buxel, H. (2011). Krankenhäuser: Was Pflegekräfte unzufrieden macht. *DtschArztebl* 2011; 108(17): A-946 / B-778 / C-778 Buxel, Holger.
- ▶ Ulbricht, D., Lueke, S. (2021). „Was muss ich tun, damit Du bleibst?“ Wie Krankenhäuser ihre Pflegekräfte besser halten können. *KU Gesundheitsmanagement* 9/2021.

Zahlen und Daten

- ▶ Ärzteblatt (2019). Neue Erhebung: Krankenhäusern fehlen mehr als 50.000 Pflegekräfte. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108162/Neue-Erhebung-Krankenhaeusern-fehlen-mehr-als-50-000-Pflegekraefte>
- ▶ Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C.M., Wuckel, C. (2021). Krankenhaus Rating Report 2021. Mit Wucht in die Zukunft katapultiert.
- ▶ Boston Consulting Group (Hrsg., 2021). Die 300-Milliarden-Euro-Frage – Perspektive für ein nachhaltiges Gesundheitssystem. Online unter: <https://web-assets.bcg.com/a1/e5/29e680e2480894bde866bc617562/perspektive-fur-ein-nachhaltiges-gesundheitsystem.pdf>
- ▶ Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (Hrsg., 2019). Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Düsseldorf. Online unter: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final_0.pdf
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg., 1990). Grunddaten der Krankenhäuser. Online unter: https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00013696
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2021). Ausblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Bundesländern nach dem Corona-Jahr 2020. Erste mittelfristige Bevölkerungsvorausberechnung 2021 bis 2035 Online unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2035-5124202219004.pdf;jsessionid=B13CED8D41571674B8B41E6B5BA56145.live742?__blob=publicati
- ▶ Verband der Ersatzkassen (vdek) (Hrsg., 2022). Online unter: https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html

Best-Practice

- ▶ Preusker, U.K. (2019). Reform des Gesundheitssystems in Finnland. In: Dormann, F., Klauber, J. und Kuhlen, R. *Qualitätsmonitor 2019*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. DOI: <https://doi.org/10.32745/9783954664344>.

IMPRESSUM

Stand: 07/2022

Herausgeber

STIFTUNG MÜNCH

Salzburger Leite 1 | Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34

kontakt@stiftung-muench.org

www.stiftung-muench.org

V. i. S. d. P.

Annette Kennel

Gestaltung

Sonja März

Druckerei

Kawidruck

Die Studie wurde im Auftrag der Stiftung Münch vom Institute for Health Care Business GmbH und von der Oberender AG durchgeführt.

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender), Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Stiftung Münch ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64

STIFTUNG MÜNCH

Salzburger Leite 1
Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34
kontakt@stiftung-muench.org
www.stiftung-muench.org

