



STIFTUNG MÜNCH

# WAS FÜR EIN KRANKENHAUS BRAUCHEN WIR VOR ORT?

Alternativen finden und umsetzen –  
ein Leitfaden für lokale Entscheidungsträger



## INHALT

Was die Broschüre leisten soll .....	3
Warum kann ein „Weiter so“ für kleine Krankenhäuser nicht funktionieren? .....	4
Ernsthafter und konstruktiver Dialog .....	6
Analyse von Gesundheitsbedarf und -angebot als Grundlage .....	10
Wie kann sich das Krankenhaus vor Ort weiterentwickeln? .....	14
Zielbilder für den Gesundheitsstandort .....	16
Wirtschaftlichkeit .....	20
Beteiligte und Betroffene .....	22
Treiber und „Kümmerer“ .....	26
Impressum .....	30
Literatur .....	31

# WAS DIE BROSCHÜRE LEISTEN SOLL

Diese Broschüre soll lokalen Entscheidungsträgern als Leitfaden dienen, um die Gesundheitsversorgung in ihrer Region proaktiv gestalten zu können. Sie erläutert zentrale Themenfelder, die für eine erfolgreiche Transformation eines Krankenhauses in einen zukunftsfähigen, auf den Bedarf der Bevölkerung abgestimmte Gesundheitsstandort berücksichtigt werden müssen. Je nach den regionalen Voraussetzungen können unterschiedliche Ergebnisse generiert werden, sodass dabei offenbleibt, welches Zielbild im konkreten regionalen Fall das Beste ist.

## KAUM LÖSBARE PROBLEME KLEINER KRANKENHÄUSER

Als Eigentümer, Geschäftsführer und Aufsichtsrat eines kleinen Krankenhauses befindet man sich derzeit regelmäßig vor kaum lösbaren Problemen. Das Defizite des Krankenhauses erreicht erhebliche Ausmaße und steigt weiter. Wenn auch noch Ärzte oder Pflegekräfte fehlen, müssen Abteilungen geschlossen und Angebote eingestellt werden, sodass der Fachkräftemangel dem Machbaren enge Grenzen setzt. Auch legt die Gesundheitspolitik für Krankenhäuser strukturelle Voraussetzungen fest. Für kleine Krankenhäuser ist es schwerer, diese zu erfüllen. Diese Krankenhäuser stehen häufig vor der Frage, geschlossen zu werden. Aber viele dieser Einrichtungen prägen den Ort und die Bevölkerung identifiziert sich stark mit ihnen. Auch hängt die ambulante Versorgung in manchen Regionen am Krankenhaus und der Weg zu einer alternativen medizinischen Versorgung kann weit sein.

## IN VIELEN FÄLLEN LÄSST SICH EINE SCHLIESSUNG VERMEIDEN

Hierfür gibt es aber auch andere Lösungen! Es gibt gute Gründe, warum es sich – gerade auch im Interesse der Bevölkerung – lohnt, über Alternativen zur stationären Krankenhausversorgung nachzudenken. Die Lösungen können die berechtigten Wünsche und Sorgen der Bevölkerung adressieren und letztlich die Qualität der Versorgung sogar bedarfsgerecht verbessern. Das Ergebnis dieses Findungsprozesses ist offen – am Ende kann es sein, dass doch eine stationäre Einrichtung die beste Lösung darstellt. In vielen Fällen wird jedoch eine alternative Form einer Klinik, z. B. mit einem „intersektoralen“ oder ambulant vernetzten Angebot, die bessere Option sein, die sich auch den verschiedenen Interessensgruppen vermitteln lässt.

In vielen Fällen lässt sich die Schließung eines Gesundheitsstandortes vermeiden. Das Krankenhaus geht vielmehr über in eine neue Struktur der Versorgung, die bereits Vorhandenes ergänzt, vernetzt und stärkt und mögliche Lücken in der Versorgung gezielt schließt.

# WARUM KANN EIN „WEITER SO“ FÜR KLEINE KRANKENHÄUSER NICHT FUNKTIONIEREN?



Abbildung: Herausforderungen kleiner Krankenhäuser.

## POSITIVE ENTWICKLUNGEN IN DER MEDIZIN MACHEN KLEINEN KRANKENHÄUSERN DAS LEBEN SCHWER

Die Medizin entwickelt sich kontinuierlich weiter. Für kleinere Krankenhäuser sind zwei eigentlich positive Aspekte besonders bedrohlich: In der modernen Medizin können immer komplexere Krankheiten immer besser behandelt werden. Dies geht jedoch mit hohen Anforderungen an die vorhandene Qualifikation des Personals und die vorhandene Infrastruktur einher. Erst bei genügend hohen Fallzahlen hat das ganze Behandlungsteam die notwendige Routine und können teure Geräte bezahlt werden. Häufig sind Spezialisten aus unterschiedlichen Fachbereichen beteiligt. Dies führt dazu, dass viele der eher komplexen Leistungen kleiner Krankenhäuser von diesen nicht mehr erbracht werden können (oder sogar dürfen). Sie wandern in größere oder spezialisierte Einrichtungen ab.

Am anderen Ende des Leistungsspektrums – bei den eher einfachen Behandlungen und Eingriffen – ist immer seltener ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, man spricht hier von „Ambulantisierung“. Mehr Leistungen können in ambulanten Strukturen erfolgen. D.h. auch am unteren Ende des Leistungsspektrums verlieren kleine Krankenhäuser Patienten. Der leistbare Bereich wird folglich immer kleiner. Nur die Kapazität, d.h. die Zahl der Betten, weiter zu reduzieren, stellt keine Lösung dar: Viele Kostenblöcke bleiben konstant und können nicht reduziert werden, da beispielsweise Mindestbesetzungen für das Personal erforderlich sind. Ein Krankenhaus kann man deshalb nicht „gesund schrumpfen“. Hinzu kommt, dass durch eine höhere Belastung mit Diensten und geringere Möglichkeiten für die eigene Fort- und Weiterbildung für viele junge Ärzte und Pflegekräfte kleine Krankenhäuser weniger attraktiv erscheinen, was den Fachkräftemangel verschärft.

# ERNSTHAFTER UND KONSTRUKTIVER DIALOG

- ▶ Ein Krankenhaus berührt bei Bürgern und Mitarbeitern tiefgehende Emotionen.
- ▶ Auch wenn die Umwandlung eines Krankenhauses sachlich vernünftig ist, fürchten Bürger und Mitarbeiter häufig trotzdem diese Veränderungen.
- ▶ Die Komplexität des Gesundheitssystems öffnet zudem die Tür, dass Emotionen instrumentalisiert werden können.
- ▶ Emotionen sind ernst zu nehmen und zu adressieren, sie dürfen aber eine sachliche Entscheidung nicht überlagern oder verhindern.
- ▶ Konkrete und belegbare Beispiele können auch für Laien nachvollziehbar machen, inwiefern das eigene Bild des Krankenhauses vor Ort mit der Realität übereinstimmt und welchen Nutzen alternative Konzepte haben.

▶ Befürchtung, den Arbeitsplatz zu verlieren

▶ Sorge, im Notfall nicht versorgt zu sein

▶ Unsicherheit, was kommen wird

▶ Neue, innovative Versorgungskonzepte denken

▶ Versorgungsqualität sogar verbessern

▶ Für die Region den Wandel mitgestalten

Abbildung: Wissen vermitteln, Transparenz schaffen und Verständnis erzeugen.

## NOCH VOR DEN TECHNISCHEN DETAILS SIND DIE BEDÜRFNISSE DER MENSCHEN IN DEN BLICK ZU NEHMEN

Die natürliche Neigung des Menschen, lieber Bekanntes erhalten zu wollen als Neues zu wagen, ist einer der häufigsten Gründe, weshalb notwendige Veränderungen erst gar nicht angepackt werden. Veränderungen gerade im Bereich des Gesundheitswesens können die Bevölkerung

verunsichern und viele Mandatsträger fürchten, dass sich daraus Widerstand speist, der letztlich auf sie zurückfällt. Dies lässt sich jedoch beherrschen und sollte nicht den Einstieg in den weiteren Prozess zur Suche und Umsetzung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen verhindern.

## VORBEHALTE DER BEVÖLKERUNG LASSEN SICH GEZIELT ADRESSIEREN

Ein Krankenhaus berührt bei Bürgern und Mitarbeitern tiefgehende Emotionen. In der Regel stehen sie in engem Zusammenhang mit konkreten Ängsten der Bevölkerung (z. B.: „Ich befürchte, dass ich bei einem Unfall nicht mehr schnell genug von einem Arzt versorgt werden kann, wenn der Krankenhausstandort geschlossen wird.“) oder konkreten Erfahrungen (z. B. „Bei meiner schweren Erkrankung konnte mir sehr gut geholfen werden und das Personal hat sich rührend um mich gekümmert.“). Diese Emotionen dürfen nicht bagatellisiert oder ignoriert werden. Nicht zuletzt sind die Bürger häufig auch stolz auf ihr Krankenhaus, das oft auch symbolisch für die Bedeutung eines Ortes steht.

Die Umwandlung eines Krankenhauses kann daher Sorgen und Ängste hervorrufen. Es gilt, diese zu erkennen und zu vermitteln, was konkret unternommen wird, um mit diesen Problemen umzugehen und in welchen Bereichen sogar Verbesserungen entstehen können. Dabei ist auch zu klären, ob das wahrgenommene Leistungsversprechen („das Krankenhaus ist für dich in jeder medizinischen Notlage der richtige Anlaufpunkt“) mit der Realität übereinstimmt. Häufig ist dies gerade bei in Frage stehenden Krankenhausstandorten nicht der Fall, wenn beispielsweise aus Personalmangel medizinische Standards nicht eingehalten werden können oder notwendige Fachbereiche nicht vorhanden sind.

Zugleich ist das Gesundheitssystem an sich und auch der Betrieb von Krankenhäusern so komplex, dass Laien die Zusammenhänge nur schwer vollständig durchdringen können. Der medizinische Wert alternativer Angebote ist oft nicht direkt ersichtlich. So können Emotionen instrumentalisiert werden. In manchen Fällen gibt es auch Beteiligte, die sich einer sachlichen Auseinandersetzung entziehen und – lautstark – auf einer rein emotionalen Ebene Druck erzeugen.

Entsprechend wichtig ist es, einen strukturierten Prozess – im Idealfall unter externer professioneller Moderation – auf den Weg zu bringen. Dieser Prozess muss die Emotionen und die damit verbundenen Ängste aufgreifen und konstruktiv verarbeiten. Zugleich muss sichergestellt sein, dass der Prozess ein klar definiertes Ende findet, der mit einer abschließenden Entscheidung einhergeht.

Die Erwartung, dass im Notfall jeder Patient bestmöglich im nächstgelegenen Krankenhaus versorgt werden kann, entspricht schon heute nicht der Realität. Der Rettungsdienst steuert gezielt ein Krankenhaus an, das für die Aufnahme eines Notfallpatienten mit einer bestimmten Indikation am besten geeignet ist. Denn nicht jedes Krankenhaus hält jede Fachabteilung vor. Oft ist es wichtiger, schnellstmöglich den „richtigen“ Arzt mit der erforderlichen Expertise und Ausstattung zu erreichen, als einen Arzt, der letztlich nur eine Weiterverlegung veranlassen kann, wenn seine Einrichtung nicht hinreichend ausgestattet ist. Viel wichtiger als eine Notaufnahme vor Ort ist ein Rettungsdienst mit hoher Expertise und guter Ausstattung, um die Notfallsituation richtig einschätzen zu können und die geeignete Notaufnahme zu wählen. Gisela Kodzinski und vielen anderen Bürgern sind diese Zusammenhänge nicht bekannt. Mit konkreten Beispielen kann ihnen das Thema jedoch gut vermittelt werden. Entscheidend ist, dass auch nach der Umwandlung eines Krankenhauses in eine neue Versorgungsstruktur die Bürger darauf vertrauen können, im Notfall rechtzeitig Zugang zu einem geeigneten Krankenhaus zu haben.

## WIE KANN DER SORGE UM DIE NOTFALLVERSORGUNG BEGEGNET WERDEN?

Gisela Kodzinski (75 Jahre alt, verwitwet) bekommt am Samstagabend merkwürdige Brustschmerzen und plötzliche Übelkeit. Die Schmerzen nehmen derart zu, dass sie auf Anraten ihrer Nachbarin den Rettungsdienst über die 112 herbeiruft.

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 gefahren werden soll: Es gibt doch schließlich im

Ort ein Krankenhaus, wo man ihr auch schon mal mit einer neuen Hüfte gut geholfen hat.

Doch das Krankenhaus vor Ort hat kein Herzkatheterlabor, das zur weiteren Diagnostik und Behandlung unbedingt notwendig ist. Man kann sie dort nicht bestmöglich untersuchen und behandeln. Ein entsprechendes Labor kann auch nicht einfach angeschafft werden, da es besonders qualifiziertes (und rares) Personal erfordert und in Anschaffung und Betrieb sehr teuer ist.

Eine auf Basis von Emotionen und gegen sachliche Argumente getroffene Entscheidung schadet langfristig allen Beteiligten. Es gilt zu zeigen, dass das Neue die medizinische Versorgung vielmehr stabilisiert oder sogar stärkt als schwächt und auch darüber hinaus etwas ist, auf das man mindestens ebenso stolz sein kann. Die folgenden Abschnitte zeigen, wie die Sachlichkeit der Diskussion gestärkt und ein positives Zielbild entwickelt werden kann.

## NOTFALLVERSORGUNG ALS BESONDERS SENSIBLER BEREICH

- ▶ Die Notfallversorgung setzt sich aus drei Säulen zusammen: ambulante Notfallversorgung, Rettungsdienst und Notaufnahme im Krankenhaus.
- ▶ Für die Sicherstellung der Notfallversorgung müssen alle drei Bereiche separat sowie in ihrem Zusammenwirken betrachtet werden.
- ▶ Die vielen Notaufnahmen kleiner Krankenhäuser können heute selbst den Anforderungen der niedrigsten Stufe der Notfallversorgung nur noch eingeschränkt gerecht werden.
- ▶ Entsprechend wichtig ist die Organisation des Rettungsdienstes und seine Anbindung an geeignete Krankenhäuser.

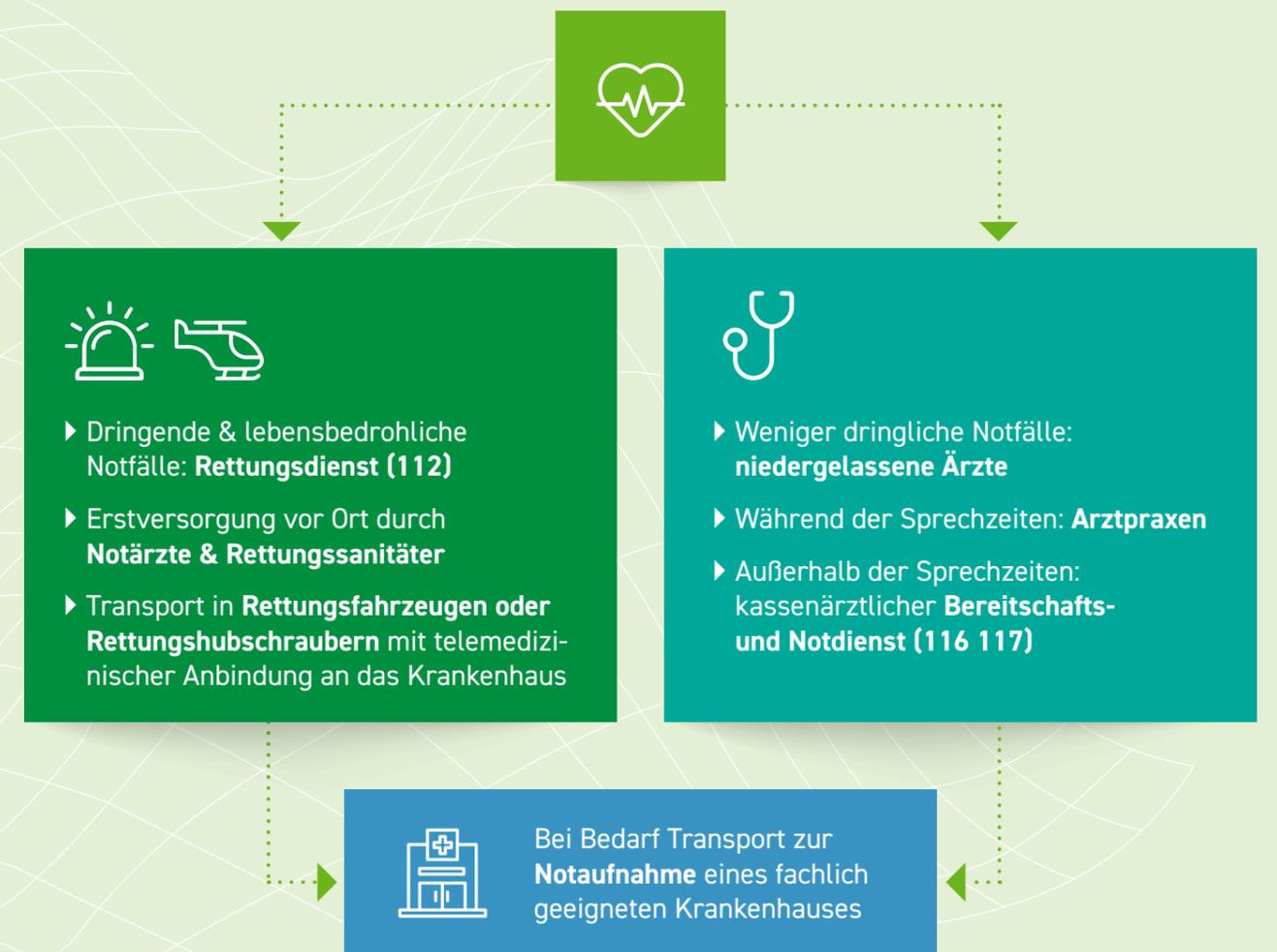


Abbildung: Verschiedene Elemente der Notfallversorgung müssen betrachtet werden.

# ANALYSE VON GESUNDHEITSBEDARF UND -ANGEBOT ALS GRUNDLAGE

- ▶ Für eine sachliche Diskussion aber auch für die Entwicklung von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten ist zunächst eine umfassende Bestandsaufnahme notwendig.
- ▶ Der Abgleich von Bedarf und vorhandener Struktur zeigt auf, wo gehandelt werden muss und was sich durch eine Umwandlung des Krankenhauses ergeben würde.
- ▶ Objektive Daten sind wichtig, reichen aber allein nicht. Das Wissen und die Erfahrungen der Experten vor Ort – z. B. Ärzte und Rettungsdienst – sind wichtig und bieten Einsichten, die aus Statistiken allein nicht ableitbar sind.
- ▶ Nicht immer ergibt sich hieraus ein einheitliches Bild – unabhängige Experten können helfen, die Ergebnisse einzuordnen.

## EINE FUNDIERTE ANALYSE IST WICHTIG FÜR DIE ENTWICKLUNG EINER PASSENDEN ZIELVISION

Auch wenn das Krankenhaus im Fokus der möglichen Umgestaltung steht, muss der Blick weiter gefasst werden. Häufig kompensieren kleine Krankenhäuser Versorgungslücken in anderen Bereichen (z.B. ambulante Angebote, Kurzzeitpflege) mit überproportional hohem Aufwand, da sie hierfür eigentlich nicht ausgelegt sind. Entsprechend muss die Bestandsaufnahme deutlich umfassender angelegt sein. Medizinische, pflegerische und therapeutische Bedarfe sowie vorhandene Angebote sind zu erheben und zu vergleichen. Auch die umliegenden Krankenhäuser sind in die Betrachtung mit einzubeziehen. In der Regel beginnt die Analyse mit der Bevölkerungsstruktur vor Ort. Mittels Bevölkerungsprognosen und Altersverteilungen lässt sich bereits viel über die typischerweise vorzufindende Krankheitslast und Behandlungsbedarfe aussagen. Nach Abschluss eines Transformationsprozesses sollen die Versorgungsangebote auch langfristig an die gesundheitlichen, demografischen, sozioökonomischen und räumlichen Strukturen der Region angepasst sein.

In der Analysephase gilt es auch, weitere für eine Umgestaltung notwendige Aspekte zu bedenken. Exemplarisch zu nennen sei hier die bauliche Verfassung und etwaige Investitionsbedarfe des bestehenden Krankenhauses. In manchen Fällen eignet sich das Gebäude durch den Zuschnitt sowie den Zustand hervorragend auch für andere Zwecke. In anderen Fällen kann der Neubau einer auf die kommenden Bedürfnisse abgestimmten Immobilie deutlich günstiger sein als eine aufwändige Sanierung.

## EXEMPLARISCHE FRAGEN IN DER ANALYSEPHASE

- ▶ Wenn das Krankenhaus in seiner jetzigen Form nicht mehr besteht – welche der wegfallenden Angebote könnten bestehende Angebote leicht abdecken, wo würden sich Engpässe ergeben?
- ▶ Welche Fachbereiche werden in den umliegenden Krankenhäusern angeboten und wie sind sie erreichbar?
- ▶ In welchen Fällen nutzen die Bürger der Region das Krankenhaus und wann suchen sie bereits heute andere Krankenhäuser auf?
- ▶ Wie sind bereits heute die anderen Kliniken über den Rettungsdienst in die Notfallversorgung der Region einbezogen?
- ▶ Steigt oder sinkt die Nachfrage in den verschiedenen Fachbereichen aufgrund demographischer Entwicklungen oder neuer medizinischer Ansätze?
- ▶ Welche Prognosen gibt es hinsichtlich des lokalen Fachkräftemangels?
- ▶ Fehlt es an bestimmten Heilberufen?
- ▶ Sind die Bedarfe an Kurzzeitpflegeplätzen heute und in Zukunft gedeckt?
- ▶ Braucht es als lokale Anlaufstelle Hebammen vor Ort, wenn die nächste Geburtshilfe weiter entfernt ist?



Abbildung: Von der Bedarfsanalyse zum Zielbild.

In bestimmten Regionen kann das Ergebnis der Analyse sein, dass es weiterhin erforderlich ist, die stationäre Krankenhausversorgung aufrechtzuerhalten. Beispielsweise dann, wenn sie für die regionale medizinische Basisversorgung der Bevölkerung notwendig ist, weil die Entfernung zum nächsten Krankenhaus zu weit und auch durch alternative Lösungen wie eine Optimierung des Rettungsdienstes oder dezentrale vernetzte Notfallzentren keine angemessene Versorgung erreicht werden kann. Tritt dieses Szenario ein, müssen sich die Beteiligten vergegenwärtigen, dass das Krankenhaus weiterhin wirtschaftlich äußerst schwierig zu betreiben ist und auch die Verfügbarkeit von Personal sichergestellt werden muss. Hier bedarf es dann zwingend der Erarbeitung von Finanzierungsoptionen mit den Krankenkassen und dem Träger sowie neue Modelle, wie eine derartige – in der Regel dezentral gelegene – Einrichtung auch künftig für Pflegekräfte und Ärzte als Arbeitsstelle attraktiv bleiben kann.

Vergleicht man aber am Ende der Analysephase Bedarf und Angebot mit dem Ergebnis, dass das Krankenhaus in der jetzigen Form nicht weiter betrieben werden muss, kann man ableiten, welche Art von Gesundheitseinrichtung künftig benötigt wird, um die Gesundheitsversorgung der Region am besten sicherzustellen. Dieses Zielbild für die Transformation des alten Krankenhauses stellt den nächsten Schritt dar.

## DATENGRUNDLAGEN & KOMPETENZ IN DER ANALYSEPHASE

- ▶ Zurückgegriffen werden kann auf eine Vielzahl routinemäßig erhobener und öffentlich zugänglicher Daten, z.B. die Gesundheitsberichterstattung und Bevölkerungsprognosen der Landkreise und Gemeinden sowie Daten zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich.
- ▶ Gespräche, Befragungen oder Interviews mit einem breiten Kreis von Schlüsselakteuren (Vertreter von Gesundheitsamt, der niedergelassenen Ärzteschaft, dem Krankenhaus, Bürgervertretung u.a.) sind durchzuführen, denn nicht alle wichtigen Informationen sind aus

- den verfügbaren Statistiken ableitbar. Dieser partizipative Ansatz kann zudem die Akzeptanz einer neuen Versorgungsstruktur fördern.
- ▶ Die Analysephase ist methodisch nicht trivial. Es kann sinnvoll sein, externe Dienstleister hinzuzuziehen, die in diesen Verfahren erprobt sind.
- ▶ Wo möglich, sollte auf vorhandene Expertise bzw. bereits vorliegenden Analysen, die z.B. von der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde oder dem lokalen Gesundheitsamt auch in anderen Kontexten durchgeführt wurden, zurückgegriffen werden.

▶ Wenn das Krankenhaus in seiner jetzigen Form nicht mehr besteht – welche der wegfallenden Angebote könnten durch bestehende Angebote leicht abgedeckt werden, wo würden sich Engpässe ergeben?

▶ Wie hoch ist der Bedarf an Haus- und Fachärzten und wie verändert sich dieser im Hinblick auf die demografische Entwicklung in der Region?

▶ Wie ist die Notfallversorgung im Moment ausgestaltet, wo zeigen sich möglicherweise Potenziale für eine Verbesserung der Angebote?

▶ Welche Fachbereiche werden in den umliegenden Krankenhäusern angeboten und wie sind sie erreichbar?

▶ Welche Prognosen gibt es hinsichtlich des lokalen Fachkräftemangels?

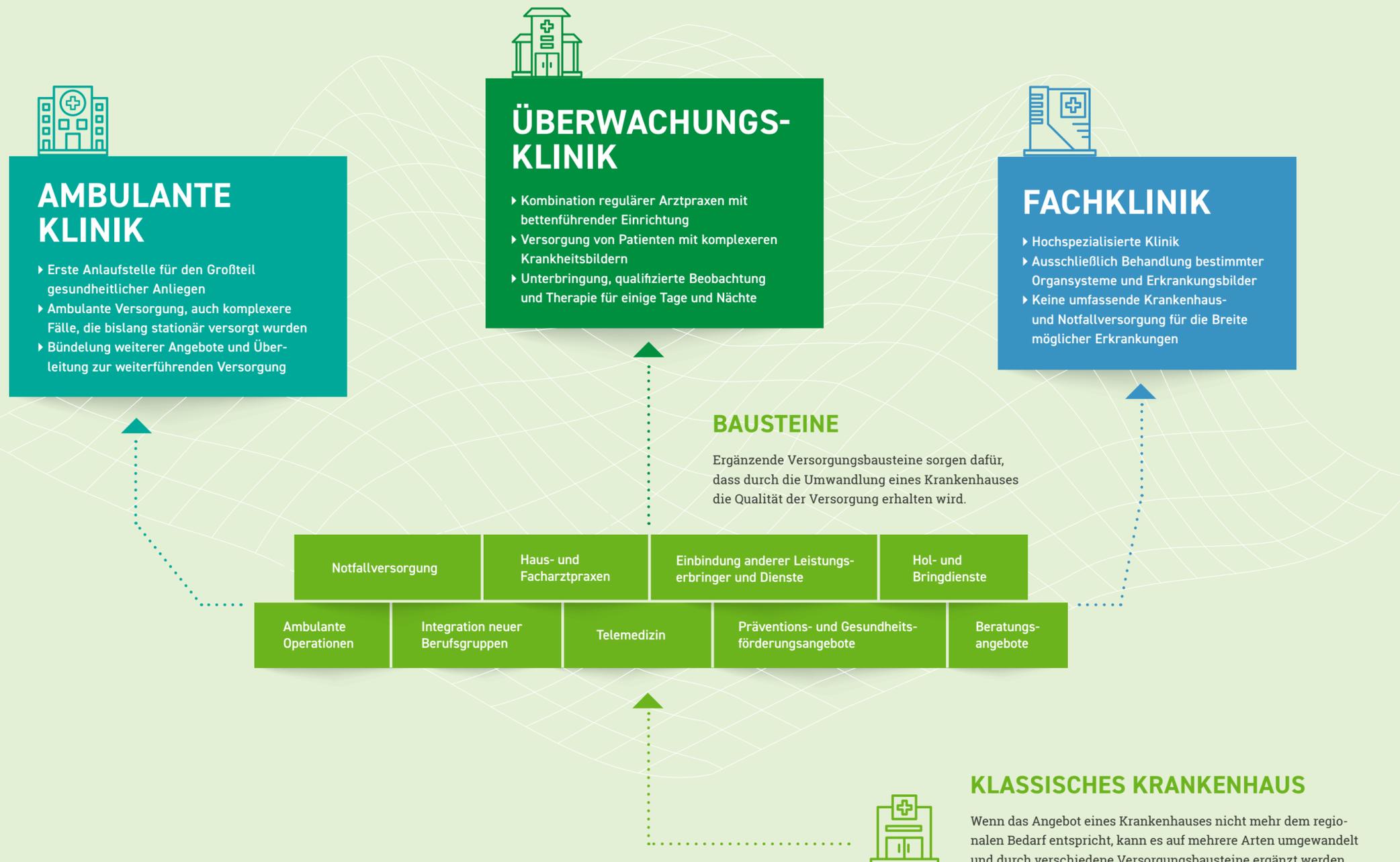


Abbildung: Regionale Analyse von Bedarf und Angebot.



# 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.

## AMBULANTE KLINIK

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)

## ÜBERWACHUNGS-KLINIK

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

## FACHKLINIK

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)

# ZIELBILDER FÜR DEN GESUNDHEITSSTANDORT

Wie eingangs beschrieben gibt es gute Gründe, warum es sich – gerade auch im Interesse der Bevölkerung – lohnt, über Alternativen zu stationären Krankenhausversorgung nachzudenken. Das Spektrum der denkbaren Optionen ist groß. Zur Illustration dieser Breite werden im Folgenden drei Zielbilder exemplarisch beschrieben. Neben der gesetzten Kerncharakteristik des jeweiligen Zielbildes gibt es eine Vielzahl von Bausteinen, die in allen der drei Zielbilder ergänzend vorkommen können. Hier bestimmen jeweils der regionale Bedarf bzw. bereits vorhandene Angebote, welche der Bausteine sinnvollerweise zum Tragen kommen.



## AMBULANTE KLINIK

Wenn die Analyse ergibt, dass die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen genauso gut oder sogar besser durch umliegende Krankenhäuser geleistet werden kann, wäre es dennoch verfrüht zu folgern, dass das Krankenhaus einfach ersatzlos geschlossen werden kann. In manchen Regionen übernehmen kleine Krankenhäuser auch ambulante haus- und fachärztliche Leistungen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn im ambulanten Bereich kein ausreichendes Angebot mehr vorhanden ist. Oder Patienten bleiben länger im Krankenhaus als sie rein medizinisch müssten, da es keine freien Plätze in der Kurzzeitpflege gibt. Auch die medizinische Versorgung außerhalb der Praxisprechzeiten kann als Problem wahrgenommen werden, wenn die nächste Bereitschaftspraxis in ländlichen Regionen nur in größerer Entfernung und mit dem PKW erreichbar ist. Das Krankenhaus kompensiert dann Versorgungslücken in der ambulanten medizinischen oder pflegerischen Versorgung. Im Zielbild würde vielleicht eine ambulante Klinik genügen, die als erste Anlaufstelle für einen Großteil der gesundheitlichen Problemlagen der Bürger dient.

Widerstand gegen eine Veränderung am Krankenhaus stammt in diesen Fällen somit zu einem guten Teil aus der Sorge, keinen Zugang zu einer grundständigen Basis- und Notfallversorgung bei gesundheitlichen Problemen mehr zu haben. Diese Sorge gilt es zu prüfen und ggf. durch entsprechende Maßnahmen zu adressieren.

Ein Transformationsprozess stellt gerade auch für die Optimierung der ambulanten Versorgung eine besondere Chance dar. Es lassen sich Angebote realisieren, die im Status quo nicht möglich gewesen wären, da in der Transformation in einem strukturieren Prozess alle notwen-

digen Akteure zusammenwirken, zusätzliche finanzielle Mittel aktiviert werden können und gerade beim Träger des Krankenhauses auch ein hoher Druck besteht, sich konstruktiv einzubringen.

Eine ambulante Klinik soll keine Konkurrenz zu bestehenden Strukturen sein, sondern diese ergänzen, erweitern und vernetzen, damit sie ihre Aufgaben bei der Versorgung der Bürger besser nachkommen können. Eine zentrale Funktion ist es auch, Patienten eine Überleitung zu höheren Versorgungsstufen zu bieten: Zum einen können durch Kooperationen Angebote durch Partner vor Ort angeboten werden, z. B. Facharztsprechstunden, oder Diagnostik über telemedizinisch angebundenes Krankenhaus. Zum anderen kann für Patienten die Aufnahme in eine für sie passende Einrichtung vermittelt werden, wenn eine ambulante Versorgung nicht ausreicht, z. B. Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung. Häufig spricht man dann auch von primärmedizinischen Zentren, die in enger Integration mit den Trägern der sozialen Wohlfahrt eine niederschwellige koordinierende Funktion übernehmen und deutlich über die im engeren Sinne medizinische Gesundheitsversorgung hinausgehen.

Den Kern einer solchen ambulanten Klinik bildet in der Regel die medizinische Versorgung durch Haus- und weitere Fachärzte. Um die Bedarfe der Bevölkerung umfänglich abzubilden – medizinisch, pflegerisch und therapeutisch – sind aber sinnweise weitere Gesundheitsangebote zu integrieren und zu bündeln. Das Angebot richtet sich dann nach den konkreten ermittelten Bedarfen vor Ort und kann verschiedenste Bausteine umfassen. Exemplarisch zu nennen Physiotherapeuten, Pflegeangebote, Einzelhandel z. B. Optiker und Sanitätshaus, eine Notfallpraxis, Beratungsstellen der Kommune, der Krankenkassen oder von Sozialverbänden.

Eine ambulante Klinik kann meist nicht alle wünschenswerten Strukturen und Kompetenzen selbst vorhalten. Eine enge Vernetzung mit externen ambulanten Anbietern und entfernteren Krankenhäusern ist daher sehr sinnvoll. Hier ist die telemedizinische Anbindung ein zentraler Baustein. Insbesondere um auch bei komplexeren oder akuten gesundheitlichen Problemen gute Versorgung leisten zu können, sollten Kooperationen mit Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen eingegangen werden.



## ÜBERWACHUNGSKLINIK

Immer häufiger stellt sich die Frage, wie auch künftig eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sichergestellt werden kann, wenn die stationäre Versorgung in einem kleinen Krankenhaus keine Zukunft mehr hat, aber dennoch Patienten in der Region zu versorgen sind, die nicht rein ambulant behandelt werden können. Für diese Patienten kann eine Überwachungsklinik eine geeignete Lösung sein. Sie stellt eine Versorgung dar, die eine Verbindung zwischen den klassischen Bereichen „ambulant“ und „stationär“ schafft. Eine solche Überwachungsklinik umfasst auch einige Betten, hat aber deutlich weniger hochtechnisierte Infrastruktur als ein typischer Grund- und Regelversorger. Sie zielt damit auf Patienten ab, die – aufgrund eines erhöhten Unterstützungs- und Überwachungsbedarfs oder einer sozialen Indikation – nicht für eine rein ambulante Versorgung in Frage kommen.

Die Versorgung geht über das klassische Leistungsportfolio einer ambulanten Klinik hinaus und bietet Versorgung und Unterbringung für die Dauer von mindestens einem Tag. Eine gute Diagnostik, sichere Verlaufsabschätzung und die Überwachung von Körperparametern sichern dabei die Versorgungsqualität. Zentrales Element ist, dass

neben Ärzten auch qualifizierten Pflegefachkräften und ggf. neuen Berufsbildern (z. B. Physician Assistant, Fallmanager) eine zentrale und verantwortungsvolle Rolle zukommen, was die Einrichtung auch als Arbeitsstelle zusätzlich attraktiv machen kann.

Eine solche Überwachungsklinik kann ebenfalls weitere Gesundheitsangebote integrieren, die je nach Bedarf in der Region unterschiedlich aussehen können. Die Vernetzung mit den Ärzten und sonstigen Gesundheitsberufen, die vor Ort bereits tätig sind, sowie mit umliegenden Krankenhäusern ist ein zentraler Baustein für den Erfolg. Derartige Einrichtungen werden derzeit unter verschiedenen Bezeichnungen (z. B. Intersektorale Gesundheitszentren – IGZ oder Regionale Gesundheitszentren – RGZ) vorangetrieben. Organisationen wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützen ihre Entwicklung. Noch ist die Gründung jedoch mit einem recht großen Aufwand verbunden, weil individuelle Verträge mit Krankenkassen geschlossen werden müssen: Es fehlt eine fest verankerte Vergütung des bettenführenden Teils im Kollektivvertrag. Aktuell erfordert die Gründung einer derartigen Klinik noch Pioniergeist. Das Konzept wird jedoch in anderen Ländern schon erfolgreich praktiziert, findet auch in Deutschland viel Anklang und profitiert von gesundheitspolitischen Entwicklungen, die im Koalitionsvertrag 2021 verankert sind.



## FACHKLINIK

Eine Fachklinik ist eine hochspezialisierte Einrichtung, die ausgewählte Leistungsbereiche vorhält. Hier werden Menschen mit spezifischen Krankheitsbildern versorgt, wohingegen eine allgemeine Versorgung über die Breite möglicher Erkrankungen nicht erbracht wird. Auch nimmt eine Fachklinik in der Regel nicht an der allgemeinen Notfallversorgung teil und eignet sich nur eingeschränkt für die Einbindung in die lokale Versorgungsstruktur. Ihr Fokus muss gerade in dünn besiedelten Gebieten überregional sein.

Liegen keine zwingenden Gründe für den Erhalt als Grund- und Regelversorger vor, kommt in fast allen Situationen, in denen die Schließung eines Krankenhauses erwogen wird, die Option „Fachklinik“ zur Sprache. Diese können durch ihren engeren Fokus auch mit kleineren Einheiten wirtschaftlich erfolgreich sein. Die Hoffnung erweist sich jedoch in dem weit überwiegenden Teil der Fälle als vergeblich, da für die erfolgreiche Gründung einer Fachklinik diverse Voraussetzungen erfüllt sein müssen, die sie zu einem äußerst fordernden Projekt machen:

- ▶ Zunächst muss ein umfassender konkreter Bedarf in einer spezifischen Fachrichtung (z. B. Psychosomatik oder Orthopädie) vorliegen: Ohne den in einer Bedarfsprüfung festgestellten fachspezifischen Bedarf wird das Krankenhaus nicht zur Versorgung zugelassen und kann auch keine Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen. Zudem muss für einen wirtschaftlichen Betrieb der Einrichtung der Bedarf groß genug sein.
- ▶ Erforderlich ist auch eine „Koryphäe“ – ein besonderer ärztlicher Spezialist, der auf seinem Fachgebiet außerordentliche Kompetenz und Strahlkraft besitzt – die entsprechend Aufmerksamkeit und Zuweisungen mit sich bringt.
- ▶ Eine Fachklinik muss – trotz Fachkräftemangel – nicht nur fachspezifisch exzellent, sondern zunehmend auch interdisziplinär aufgestellt sein. Das heißt, dass neben den Ärzten der einschlägigen Fachrichtung außerdem umfassende medizinische und pflegerische Expertise weiterer Fachrichtungen notwendig ist.

Im Ergebnis ist die Errichtung einer Fachklinik als Transformationsoption eines kleinen Krankenhauses alles andere trivial, weil hier dem Möglichen enge Grenzen gesetzt sind. In Einzelfällen kann eine solche Transformation gelingen, wenn die strengen Voraussetzungen auch nachhaltig erfüllt werden können.

## ERGÄNZENDE BAUSTEINE, JE NACH REGIONALEM VERSORGUNGSBEDARF

Um eine ganzheitliche regionale Versorgung anbieten zu können, kann in jedem der drei skizzierten Zielbilder eine Ergänzung um weitere Leistungsangebote – je nach Bedarf – sinnvoll sein. Exemplarisch zu nennen sind medizinische und pflegerische Bausteine wie weitere Haus- und Fachärzte, Angebote der Notfallversorgung, ein Zentrum für ambulantes Operieren und Kurzzeitpflegeplätze. Auch sind Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Beratung (z. B. Pflegeberatungsstelle, Hilfe für werdende Eltern) sowie unterstützende Dienste zu berücksichtigen. Auch neuere Berufsbilder, die eine Stärkung der Pflege forcieren, können hier mitgedacht werden (z. B. Physician Assistant, Gemeindegeschwester, Community Health Nurse, Fallmanager).

Unabhängig vom konkreten Zielbild, ist die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer wichtig, um eine koordinierte und aufeinander abgestimmte Gesundheitsversorgung in einem Behandlungsprozess zu leisten. Gelingt eine räumliche Bündelung von Einrichtungen und Angeboten nicht, bedarf es anderer Kanäle der Vernetzung. Dabei kommt der telemedizinischen Anbindung eine wichtige Rolle zu.

## OPTIMALER EINSATZ DIGITALER ANGEBOTE

Gesundheitsleistungen müssen häufig im persönlichen Kontakt erfolgen. Die sinnvolle Einbindung digitaler Lösungen, z. B. Telekonsile, bieten aber zunehmend Möglichkeiten, Versorgung zu gestalten und Versorgungsqualität zu verbessern – nicht nur, aber insbesondere

in ländlichen Regionen. Vor Ort sonst nicht verfügbare fachärztliche Kompetenz kann so zugänglich gemacht werden. Daher sollte der gezielte Einsatz von digitalen Versorgungsangeboten als Teil einer gelungenen Versorgungsstruktur mitgedacht werden.

# WIRTSCHAFTLICHKEIT

- ▶ Kleine Krankenhäuser der Grundversorgung sind aufgrund der personellen und strukturellen Anforderungen kaum noch wirtschaftlich zu betreiben.
- ▶ Ein Verlustausgleich ist keine dauerhafte Lösung. Bei kommunalen Einrichtungen begrenzt dies die finanziellen Mittel für andere kommunale Zwecke.
- ▶ Um die Versorgung langfristig zu erhalten, muss die (neue) Einrichtung wirtschaftlich tragfähig sein.
- ▶ Durch geringere Vorhaltekosten können ambulante und intersektorale Zentren eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Lösung sein.

## Finanzlage der Ausgangssituation

## Finanzlage nach der Transformation

### Finanzlage des Krankenhauses

- ▶ Negatives Jahresergebnis ohne voraussichtliche Besserung. Im Jahr 2020 verzeichnen 33% aller kleinen Krankenhäuser<sup>1</sup> einen Jahresfehlbetrag

### Finanzlage des Krankenhauses

- ▶ Reduktion von Aufwand für Vorhaltekosten
- ▶ Neue Einnahmequellen durch ambulante Angebote
- ▶ Bei Wegfall des Krankenhausstatus keine Investitionsförderung durch das Land

### Finanzlage der Kommune

- ▶ Finanziell angespannte Lage in vielen Kommunen
- ▶ Verlustausgleich des Krankenhauses durch die Kommune bzw. Eigentümer schließt die Möglichkeit einer Alternativverwendung der finanziellen Mittel aus

### Finanzlage der Kommune (Optionen)

- ▶ Weniger bis kein Verlustausgleich bei bedarfsgerechter Versorgungsstruktur
- ▶ Einsatz kommunaler Mittel entsprechend ihres Verwendungszweckes außerhalb der Gesundheitsversorgung

Abbildung: Finanzlage vor und nach der Transformation.

<sup>1</sup>Krankenhäuser mit 100-299 Betten (Quelle: Augurzky B., Krolop S., Pilny A., Schmidt C.M., Wuckel, C. (2021): Krankenhaus Rating Report 2021. Mit Wucht in die Zukunft katapultiert. medhochzwei, Heidelberg.)

## STRUKTURELL DEFIZITÄRE EINRICHTUNGEN SIND KEINE NACHHALTIGE LÖSUNG

Eine langfristig gesicherte Gesundheitsversorgung einer Region ist auch von der wirtschaftlichen Tragfähigkeit des Gesundheitsangebots abhängig. Dies gilt ebenfalls, wenn die Kommune der Eigentümer ist, weil ein Ausgleich der Verluste des Krankenhauses damit einhergeht, dass die finanziellen Mittel nicht mehr für alternative kommende Verwendungszwecke zur Verfügung stehen. Zudem begrenzt die zunehmend angespannte Finanzlage vieler Kommunen den Spielraum für Unterstützungen.

Rund 33% aller kleinen Krankenhäuser<sup>1</sup> verzeichneten im Jahr 2020 ein negatives Jahresergebnis, der Ausblick für die 2020er Jahre ist negativ, weil der Fachkräftemangel zunimmt und zudem die Defizite der Krankenkassen steigen. Infolgedessen wird nicht nur die Zahl defizitärer Einrichtungen steigen, sondern auch die Höhe der Defizite. Dies führt dazu, dass ein Verlustausgleich immer schwieriger wird. Hinzu kommt, dass neben dem reinen Ausgleich des laufenden Betriebsdefizits, regelmäßig erhebliche Investitionszuschüsse durch den Träger getätigt werden müssen. Diese Mittel fehlen an anderer Stelle der Daseinsfürsorge – sei es für Kindergärten, Schulen, Straßen oder die örtliche Feuerwehr.

Unterstellt man, dass ein Kindergartenplatz pro Jahr rund 10.000 Euro kostet und davon die Kommune 50% zu tragen hat, entspricht ein Defizitausgleich von

1 Mio. Euro für ein Krankenhaus dem Betrag, der notwendig wäre, um 200 zusätzliche Kindergartenplätze zu finanzieren.

Die Bedeutung kleiner Krankenhäuser als Wirtschaftsfaktor wird häufig überschätzt. Sowohl der Beitrag zur Bruttowertschöpfung als auch der Anteil der vom Krankenhaus abhängigen Arbeitsplätze rangiert meist in Größenordnungen zwischen ein und zwei Prozent. Ein neuer Gesundheitsstandort mit positiver Dynamik kann hingegen nicht nur Arbeitsplätze vor Ort sichern, sondern auch positive Impulse zur weiteren kommunalen Entwicklung setzen.

## DIE KOSTEN EINER UMWANDLUNG SIND IN DER REGEL GUT BEHERRSCHBAR

Bedenken hinsichtlich zu erwartender Transformationskosten lassen sich überwiegend ausräumen. So ist die Rückzahlung öffentlicher Investitionsfördermittel mit dem Bundesland verhandelbar, das selbst auch ein Interesse daran hat, keine weiteren Mittel in einen Standort zu investieren, dessen Zukunft unsicher ist. Der Krankenhausstrukturfonds stellt zudem für die Umwandlung von Krankenhäusern in alternative Versorgungsstrukturen Mittel bereit, die über die Bundesländer beantragt werden können. Hinzu kommt die hohe Bereitschaft privater Geldgeber, in Gesundheitsimmobilien zu investieren. Im ambulanten Sektor sind die Investitionskosten zudem über die Vergütung durch die Krankenkassen abgebildet und müssen nicht wie im stationären Sektor separat bei den Bundesländern beantragt werden. Darüber hinaus sind Krankenkassen häufig daran interessiert, sich in den Transformationsprozess einzubringen, um zukunftsfähige Strukturen mitgestalten zu können.

# BETEILIGTE UND BETROFFENE

- ▶ Eine erfolgreiche Transformation kleiner Krankenhäuser ist maßgeblich von der Einbindung der relevanten Beteiligten und Betroffenen (=Stakeholder) abhängig.
- ▶ Krankenkassen, die Kreisärzteschaft, die Kassenärztliche Vereinigung und viele andere müssen berücksichtigt werden.
- ▶ Gemein ist allen Beteiligten in der Regel ein Interesse an einer qualitativ hochwertigen und nachhaltig tragfähigen Versorgung.
- ▶ Sie sind wertvolle Quellen für Know-how und können auch bei der Überzeugungsarbeit unterstützen – manche haben eine Veto-Position und müssen zwingend integriert werden.



Abbildung: Beteiligte und Betroffene eines Transformationsprozesses.

Im Gesundheitswesen hängt alles mit allem zusammen. Entsprechend berührt eine Veränderung, wie die Transformation eines Krankenhauses, viele Personen und Organisationen – die sogenannten Stakeholder. Sie haben am Verlauf und Ergebnis der Transformation ein berechtigtes Interesse, in einigen Fällen kann ihre Zustimmung sogar zwingend erforderlich sein.

## EINE DURCH-DACHTE KOMMUNIKATIONS-STRATEGIE IST ZWINGEND ERFORDERLICH

Die Identifizierung der zu Beteiligten gilt als wesentlicher erster Schritt. In der Regel ist der Kreis der Stakeholder groß. Mit zunehmender Zahl an Personen sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass die Themen vertraulich bleiben. Entsprechend sollte der Kreis erst weiter gefasst werden, wenn das Thema auch „reif für die Öffentlichkeit“ ist (siehe Kasten), andernfalls kann frühzeitig Misstrauen und Unmut entstehen.

Es lohnt sich, frühzeitig mit dem für Krankenhäuser zuständigen Ministerium erste vertrauliche Gespräche zu führen, die häufig bereits Hinweise auf Hürden oder Förderoptionen geben können. Auch die Krankenkassen haben in der Regel ein starkes Interesse an einer qualitativ hochwertigen regionalen Versorgung. Die für Versorgungsfragen zuständige Zentralabteilung der vor Ort am stärksten vertretenen Krankenkasse kann hier einen guten ersten Kontaktpunkt darstellen.

## ZEITLICHER RAHMEN, VERTRAULICHKEIT UND PRESSEARBEIT

Auch wenn die Beteiligung der Stakeholder äußerst wichtig ist, muss wohl überlegt sein, wann und in welcher Reihenfolge man diese informiert. Es ist nicht gut, „die Pferde scheu zu machen“ mit einer Idee, die man mangels Substanz wenig später wieder zurücknehmen muss. Dies erodiert Vertrauen. Es lohnt sich, erste Sondierungen in einem kleinen Kreis durchzuführen, evtl. auch erste Analysen schon durchzuführen – nicht um Entscheidungen vorwegzunehmen, sondern um den Prozess der Entscheidungsfindung inklusive möglicher Herausforderungen gut einschätzen und entsprechend vorbereiten zu können.

Es ist wichtig, bereits eine grundlegende Orientierung zu haben, welche Zielstellungen oder welches Vorgehen per se in Frage kommt, wenn man mit dem Thema „Transformation des Krankenhauses“ an die Öffentlichkeit geht. Dies hilft, einen zeitlich definierten Rahmen zu gestalten. Man darf nicht unterschätzen, dass die mit einem

derartigen Prozess einhergehenden Unsicherheiten und zum Teil sicherlich auch kontroversen Auseinandersetzungen eine Belastung für die Beteiligten darstellen können. Entsprechend muss beim Start des Prozesses auch ein Endpunkt für eine Entscheidung definiert sein, der – unabhängig von der Art der Entscheidung – ein zermürbendes Ausufernd verhindern.

Zentral für die öffentliche Meinungsbildung ist die Lokalpresse. Sie außen vor zu lassen, ist selten erfolgversprechend. Dagegen ist eine proaktive Kommunikation zielführend. Frühzeitig zu beginnen, regelmäßige Hintergrundgespräche zu führen, ist ein wichtiges Instrument, da hier besser als im Format der Pressekonferenz ein Dialog geführt werden kann. Es kann beispielsweise auch durch die Landeskrankenhausesgesellschaft und das Landesgesundheitsministerium unterstützt werden, die regelmäßig mit derartig schwierigen Settings konfrontiert sind und zugleich die regionalen Gegebenheiten gut kennen.

Von äußerster Wichtigkeit sind die örtlichen Allgemein- und Fachärzte. Zum einen ist für sie das Krankenhaus in ihrer Rolle als Einweiser von erheblicher Bedeutung, zum anderen besitzen sie bei der Bevölkerung ein großes Vertrauen und spielen bei der Meinungsbildung zu Themen der örtlichen Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Gleiches gilt für andere an der Gesundheitsversorgung Beteiligte.

Die Mitarbeiter haben ein fundamentales Interesse an Fragen zur Zukunft des Krankenhauses. Auch wenn in der aktuellen Lage das Risiko für Arbeitslosigkeit für Fachkräfte minimal ist, können längere Wegstrecken zum Arbeitsplatz gerade für Teilzeitbeschäftigte ein erhebliches Problem darstellen. Meist ist es eine sehr kleine Zahl an Mitarbeitern, die ggf. aufgrund spezifischer Umstände individuelle Unterstützung benötigen.

Werden für neue Versorgungsmodelle zusätzliche Arztsitze benötigt, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen von hoher Relevanz. Mit den Landesbehörden ist zu prüfen, wie mit etwaigen Fördermitteln umzugehen ist, die das Krankenhaus in der Vergangenheit erhalten hat.

## GEMEINSAME INTERESSEN NUTZEN

Der drohende Verlust eines Krankenhauses kann in der Bevölkerung Ängste auslösen. Als Krankenhausträger, der auch ökonomische Aspekte im Blick haben muss, wird man von der Bevölkerung nicht immer als vollkommen neutral wahrgenommen. Es könnte ja doch sein, dass ökonomische Motive das Interesse an einer qualitativ hochwertigen Versorgung dominieren, so der latente Zweifel. Hier hilft es, wenn andere – von der Bevölkerung weniger hinsichtlich „unlauterer“ Interessen im Verdacht

stehende Akteure – eingebunden werden können. So tritt beispielsweise die Kassenärztliche Bundesvereinigung stark für Intersektorale Gesundheitszentren ein – bettenführende Einrichtungen, die im ambulanten Sektor verortet sind. Wenn man die Kassenärztliche Vereinigung für ein Transformationskonzept gewinnen kann, welches ein derartiges Zielbild verfolgt, hat man einen Partner, der in der Öffentlichkeit als Vertreter der Ärzteschaft weniger hinsichtlich seiner Neutralität in Frage gezogen wird.

## MÖGLICHKEITEN, UM STAKEHOLDER AKTIV EINZUBINDEN

- ▶ **Mitarbeiter:** persönlich-schriftliche Einladung zu der dann folgenden Mitarbeiterversammlung; Einbindung des Betriebsrats; Mitarbeiterumfrage und anschließende Ergebnispräsentation
- ▶ **Ambulante Leistungserbringer und regionale Wirtschaft:** aktive Ansprache, ggf. unter Einbeziehung der Verbände und Netzwerke und Gespräch zur Interessenslage und möglichen Modellen der Zusammenarbeit
- ▶ **Patienten und Gesellschaft:** Bürgerversammlungen; Bürgerdialoge; Bürgerumfragen; eigene Website zur Bürgerinformation mit Fortschritt des Transformationsprozesses und anstehende Entscheidungen.
- ▶ **Kassenärztliche Vereinigung sowie Kommunal- und Landespolitik:** Frühzeitige Ansprache und Information zum Transformationsvorhaben; Unterstützung einholen
- ▶ **Medien:** Erstellen aussagekräftiger Informationspakete und Einbinden in öffentliche Veranstaltungen

Hinsichtlich der lokalen Bevölkerung ist manchmal, aber nicht immer ein groß angelegter partizipatorischer Ansatz mit Bürgerbeteiligung notwendig. Letztlich ist die Stimmungslage vor Ort entscheidend für den am besten zu wählenden Ansatz. Drei Grundelemente erfolgreicher Kommunikation sollten jedoch immer berücksichtigt werden: Wissen vermitteln, Transparenz schaffen und Verständnis erzeugen.

Dazu gehört beispielsweise auch die Informationsvermittlung über gesundheitspolitische und rechtliche Herausforderungen für Krankenhäuser oder die ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Hintergründe der Transformation. Die Vorstellung der für die Region denkbaren Konzepte der Gesundheitsversorgung gewährt Einblick und Transparenz und ermöglicht Teilhabe. Derart sollen die Beteiligten und Betroffenen ein Verständnis für die komplexe Aufgabe der Gesundheitsversorgung entwickeln.

# TREIBER UND „KÜMMERER“

- ▶ Ein Transformationsprozess erfordert hohen zeitlichen Einsatz, Fachkenntnisse und soziale Kompetenz.
- ▶ Zu klären ist, wer der Treiber des Prozesses ist. Dieser begleitet den Prozess von Anfang bis Ende, führt Verhandlungen mit möglichen Vertragspartnern und trägt die Verantwortung für das Gesamtprojekt.
- ▶ Zusätzlich ist ein „Kümmerer“ wichtig – als Ansprechpartner und Kommunikator, der vor Ort umfassend Präsenz zeigt.
- ▶ Um von Erfahrungen anderer profitieren zu können, lohnt es sich, gezielt externe Expertise einzubinden.



Abbildung: Viele Themen greifen ineinander und sind zu koordinieren.

## FRÜHZEITIG IST ZU KLÄREN, WER FÜR WELCHE THEMEN DIE VERANTWORTUNG ÜBERNIMMT

Die Veränderung eines Krankenhausstandortes geht mit wesentlichen Einschnitten für die Gesundheitseinrichtung, ihren Mitarbeitern sowie die Bevölkerung und viele weitere Beteiligte vor Ort einher. Für eine Übersichtlichkeit über alle Belange sorgt die Strukturierung des Transformationsprozesses. Sie beginnt mit einer ersten groben Projektplanung und der Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten.

Welche Rollen in Personalunion ausgeführt werden und welche Rollen von verschiedenen Personen oder auch Organisationen übernommen werden sollen, ist zu definieren. Die Verteilung der Rollen dient der Vermeidung der Überforderung einzelner. Neben der – besonders im kommunalen Bereich – wichtigen politischen Verantwortung gilt es, die Umsetzungsverantwortung für das Gesamtprojekt klar zuzuordnen. Je nach Setting, können sich hier unterschiedliche Lösungen eignen. Wenn es sich bei dem Krankenhaus nur um einen von mehreren Standorten handelt, könnte von den verbleibenden Krankenhausstandorten umfangreiches Know-how und personelle Ressourcen eingebracht werden. Alternativ kann als unabhängiger Dritter ein Projektträger identifiziert werden, der die Interessen der beteiligten Parteien hinreichend abbildet. Wichtig sind hier die fachliche Kompetenz und zeitliche Kapazität, um ein derartig umfassendes und komplexes Projekt planen, steuern und angemessen umsetzen zu können. Da der Projektträger auch die Verantwortung für die Kommunikation und Verhandlung z. B. mit Ministerium, Krankenkassen zu führen hat, ist hier eine fachliche Kompetenz im Gesundheitswesen mit seinen diversen rechtlichen und ökonomischen Interdependenzen eine wichtige Voraussetzung.

## DER „KÜMMERER“ VOR ORT MUSS FÜR ALLE ERREICHBAR SEIN

Möglicherweise in Personalunion, evtl. aber auch getrennt von der Funktion des Projektverantwortlichen, ist die Funktion des „Kümmers“ vor Ort zu definieren. Er hat die zentrale Aufgabe, Ansprechpartner und Schnittstelle zwischen den diversen Beteiligten zu sein. Er hält den kommunikativen Prozess am Laufen und nimmt Bedenken und Sorgen sowie Ideen und Initiativen auf. Im Idealfall ist er in der Lage, mögliche Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu moderieren. Die Person oder die damit betraute Organisation muss sich mit dem Ziel hochgradig identifizieren und dies auch nach außen glaubhaft vermitteln können. Sie benötigt ferner die Ressourcen und die Erfahrung, einen derartigen nicht immer einfachen Prozess moderieren und gestalten zu können. Des Weiteren darf der zeitliche Aufwand nicht unterschätzt werden. Die Anforderungen sind entsprechend hoch. Wenn sich vor Ort keine Person findet, die diese Rolle ausfüllt, kann dies auch durch einen externen Partner erfolgen, der jedoch stark vor Ort präsent sein sollte.

Zur Transformation eines Krankenhauses sind häufig nicht alle benötigten Kompetenzen im erforderlichen Umfang vor Ort vorhanden – oder können aus Gründen der Vertraulichkeit zumindest zu Beginn des Projektes noch nicht umfassend eingebunden werden. Dies kann bereits bei der Erstellung einer Bestandsaufnahme zu Bedarfen und Angeboten der Gesundheitsversorgung in der Region beginnen. In diesem Fall ist zu empfehlen, auf externe Unterstützung zurückzugreifen. Während es für die Verantwortlichen vor Ort häufig der erste derartige Prozess ist, den sie begleiten, haben andere diese Erfahrungen bereits gemacht.

# BEISPIELE AUS DER PRAXIS

Konkrete Beispiele zeigen, mit welchem zeitlichen Horizont zu rechnen ist und welche Meilensteine zu erreichen sind.



## 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.



Abbildung: Meilensteine und Ablauf des Transformationsprozesses in Möckmühl



## FACHKLINIK

### BEISPIEL: FACHKLINIKUM 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.



Abbildung: Meilensteine und Ablauf des Transformationsprozesses in Uffenheim



## ÜBER- WACHUNGS- KLINIK

### KONZEPTE IN ENTWICKLUNG UND UMSETZUNG

Die Erkenntnis, dass Überwachungskliniken eine sinnvolle und notwendige Versorgungsstruktur darstellen, hat sich in den vergangenen zwei bis drei Jahren deutlich verfestigt. Verschiedene Projekte zielen auf die Umsetzung derartiger Einrichtungen ab – häufig unter Begriffen wie Regionalen oder Intersektoralen Gesundheitszentren. Die Politik hat hier sowohl im Koalitionsvertrag 2021 als auch in verschiedenen Gremien wie der Bund-Länder-Arbeitsgruppe klare Ziele formuliert. Bundesländer wie Niedersachsen und Brandenburg haben in ihren Krankenhausgesetzen bereits entsprechende Vorkehrungen getroffen. Die Tür, hier gestaltend tätig zu werden, ist weit offen.

## 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

# LITERATUR

### Herausforderungen im Gesundheitswesen

► Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem J., Beivers A. (Hrsg.) (2020): Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Springer, Berlin, Heidelberg. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8>.

► Wübker, A. (2018): Herausforderungen im Gesundheitswesen in Regionen mit sinkenden Bevölkerungszahlen, in: Wirtschaftsdienst – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 98(5), S. 372-374, Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s10273-018-2302-y>.

### Ernsthafter und konstruktiver Dialog

► Fischer-Korp C. (2018): Erfolgreiche Change-Prozesse im öffentlichen Bereich, Strategien, Methoden und Tools, Springer Gabler, Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17331-9>.

### Analyse von Gesundheitsbedarf und -angebot als Grundlage

► Schliwen, A. (2015): Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich, Allokation im marktwirtschaftlichen System, Peter Lang, Frankfurt a. M., Online verfügbar unter <https://doi.org/10.3726/978-3-653-06008-9>.

### Zielbilder für den Gesundheitsstandort

► Auschra, C.; Deisner, J.; Berghöfer, A.; Sydow, J. (2018): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Modelle und Maßnahmen. Projektbericht in Herausgeberschaft der Stiftung Münch. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2019/05/Projektbericht\\_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land\\_Nov.pdf](https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2019/05/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land_Nov.pdf).

► Hildebrandt, H.; Bahrs, O.; Borchers, U.; Glaeske, G.; Griewing, B.; Härter, M. et al. (2020): Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert. Online verfügbar unter [https://optimedis.de/files/Zukunftskonzept/Buch\\_Auftaktartikel\\_Integrierte\\_Versorgung\\_Jetzt\\_Entwurf.pdf](https://optimedis.de/files/Zukunftskonzept/Buch_Auftaktartikel_Integrierte_Versorgung_Jetzt_Entwurf.pdf)

► Schmid A.; Sturm H.; Drechsel-Grau E.; Kaiser F.; Leibinger P.; Joos, S. (2021), IGZ konkret, Erweiterte Ambulante Versorgung – Umsetzung und Implikationen, Gutachten des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen und der Oberender AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Online verfügbar unter [https://doi.org/10.15495/EPub\\_UBT\\_00005662](https://doi.org/10.15495/EPub_UBT_00005662).

► Schmid, A.; Günther, S.; Baierlein, J. (2020): Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, DOI: 10.15495/EPub\_UBT\_00005121. Online verfügbar unter <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/vision-und-umsetzung-eines-port-gesundheitszentrums>

### Wirtschaftlichkeit

► Augurzky, B., Krolop S., Pilny, A.; Schmidt, C.; Wuckel C. (2021), Krankenhaus Rating Report 2021, Mit Wucht in die Zukunft katapultiert, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

### Beteiligte und Betroffene

► Benighas, C.; Wachinger, G.; Renn, O. (2016), Bürgerbeteiligung: Konzepte und Lösungswege für die Praxis, Wolfgang Metzner Verlag, Frankfurt am Main.

### Treiber und „Kümmerer“

► Fischer, A., Schulte, T., Brüwer, O., Lorenz, I., Werner, U., Horwege, B., Hildebrandt, H. (2015): Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn. Endbericht. OptiMedis AG, Hamburg. Online verfügbar unter <http://experten.gesundheit-bh.de/wp-content/uploads/2017/07/Entwicklungs-und-Handlungskonzept-Billstedt-Horn.pdf>.

**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](mailto:kontakt@stiftung-muench.org)  
[www.stiftung-muench.org](http://www.stiftung-muench.org)

