

Bewertung des Gutachtens zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg

Das Land Baden-Württemberg hat ein Gutachten zur Krankenhausplanung entsprechend der Vorgaben des »Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes« (KHVVG) in Auftrag gegeben und jetzt veröffentlicht. Das Gutachten wurde von der Firma »PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH« erstellt und trägt den Titel: »Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden- Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung«.

Kernaussagen des Gutachtens sind:

- Bis 2035 wird es einen Fallzahlrückgang von bis zu 12 % geben
- Die Verweildauern bleiben gleich
- Die Bettennutzung soll von ca. 70 auf 85 % gesteigert werden
- Die benötigte Bettenzahl wird um bis zu 8800 Betten sinken (16,7 %)
- Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser ist in allen Regionen Baden-Württemberg sehr gut bis gut. Das ändert sich auch nach Konzentrationsmaßnahmen nicht.

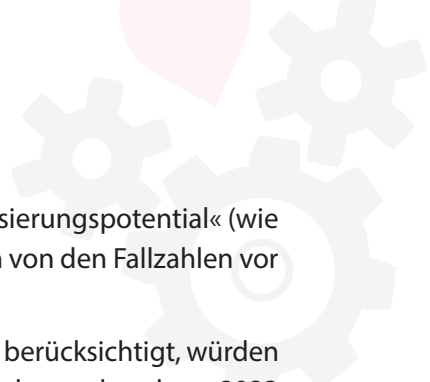
Die Berechnung, die diesen Kernaussagen zugrunde liegen, erfolgen anhand von statistischen Daten zur Entwicklung der Bevölkerungszahlen und der Alterszusammensetzung. Die Krankenhaushäufigkeit (KHH) selbst, also die Relation der stationär behandelten Patient*innen eines Jahres zur Einwohnerzahl, wird als konstant angenommen.

Diese Grundannahmen sind aus folgenden Gründen nicht nachvollziehbar:

1. Fallzahlrückgang

Das statistische Landesamt geht für Baden-Württemberg in dem betrachteten Planungszeitraum gar nicht von einer Abnahme der Bevölkerungszahl für Ba-Wü aus. Es berechnet eine Zunahme der Bevölkerung bis 2040 um 2,9 %.

Ganz sicher wird in den nächsten Jahren aber die Zahl der Bürger*innen über 65 Jahre deutlich zunehmen und diese Entwicklung wird mit Sicherheit die KHH nach oben treiben. Das statistische Landesamt schreibt: »Betrachtet man jedoch die ältere Bevölkerung ab einem Lebensalter von 70 Jahren, so sind unter den getroffenen Annahmen Zuwächse im Zeitraum 2021 bis 2040 um 36 % zu erwarten.« (<https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/20250402?path=/BevoelkGebiet/Alter/>)



Ein weiterer wesentlicher Punkt der Prognose ist ein angenommenes »Ambulantisierungspotential« (wie viele Fälle können in Zukunft ambulant behandelt werden) und die Frage, ob man von den Fallzahlen vor oder nach Corona ausgeht.

Das führt zu stark unterschiedlichen Ergebnissen: Wird die Ambulantisierung nicht berücksichtigt, würden die Fallzahlen bis 2035 um 23 % steigen, wohingegen sie mit Ambulantisierung und ausgehend von 2023 um 11 % sinken.

Die Ambulantisierungszahlen werden aus einem anderen Gutachten (IGES-Institut) zu ambulanten Behandlungsmöglichkeiten übernommen. Ob eine ambulante Behandlung aus Sicht der Patient*innen möglich ist (Alter, allg. Gesundheitszustand, soziale Lage, Versorgung zuhause gewährleistet, Wegezeiten bei Komplikationen) und ob überhaupt die ambulanten Strukturen und Kapazitäten vorhanden sind, um alle diese Patient*innen ambulant behandeln zu können, wird nicht weiter problematisiert. Die Ambulantisierungszahlen werden pro Leistungsgruppe nach statistischen Kriterien errechnet (Zahl der Kurzlieger). Ob jemand ambulant behandelt werden kann ist aber keine statistische Frage, sondern muss in jedem Einzelfall individuell geprüft werden.

Hinzu kommt, dass die demografische Entwicklung (immer mehr ältere und schwerer kranke Patient*innen) die Möglichkeiten ambulant zu behandeln deutlich einschränkt.

Ein weiterer Faktor, der das Prognoseergebnis erheblich beeinflusst ist die Frage von welchem Basisjahr man ausgeht. Hintergrund ist, dass die stationären Fallzahlen seit 2019 deutlich gesunken sind. Dies ist im Wesentlichen durch Corona und die Folgewirkungen bedingt. Seit 2023 steigen die Zahlen wieder an. Dass der Anstieg nicht stärker ausgeprägt ist, ist auch mit dem Personalmangel in vielen Krankenhäusern zu erklären, der dazu führt, dass immer längere Wartelisten aufgebaut werden müssen. Angesichts der zunehmenden gesellschaftlichen Spaltung in arm und reich und der demografischen Entwicklung gibt es keinen Grund anzunehmen, dass die Menschen immer gesünder werden. Hinzu kommt, dass die finanzielle Steuerung über Fallpauschalen (DRGs), die einen massiven Anreiz zur Fallmengensteigerung beinhalten, unvermindert weiterbesteht. Warum sollten also Krankenhäuser jetzt darauf verzichten möglichst viele (lukrative) Patient*innen stationär zu behandeln?

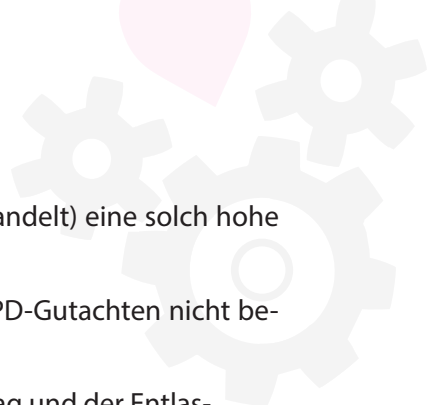
Die Auswirkungen, die sich aus der Annahme unterschiedlicher Ausgangsjahre (2019 oder 2022/2023) ergeben, beeinflussen massiv die Prognose: Geht man von 2019 aus und rechnet keine Ambulantisierungsquote ein, wäre laut Gutachten bis 2035 ein Fallzahlenanstieg um 23 % zu erwarten. Geht man vom Jahr 2023 und einer Ambulantisierungsquote aus, käme es zu einem Fallzahlrückgang um minus 11 %. Keine Frage, für welche Variante sich das Gutachten entscheidet.

Das Gutachten nimmt – außer den demografischen – keine Veränderungen an der eigentlichen Krankenhaushäufigkeit vor. Auch dies ist kritisch zu hinterfragen, wenn man z.B. die Zunahme der Infektionskrankheiten in den letzten Jahren betrachtet.

Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren würden die im Gutachten angenommenen Ambulantisierungspotentiale deutlich geringer ausfallen. Damit sind auch die Annahmen für einen möglichen Bettenabbau nicht realistisch.

2. Bettennutzung und Verweildauern

Weiter kommen die Bettenabbauzahlen dadurch zustande, dass die angenommene Bettennutzung dramatisch hochgesetzt wird. Das geschieht ungeachtet der Tatsache, dass bei kurzen Verweildauern (und



wenn es sich nicht um eine Fachklinik mit ausschließlich planbaren Eingriffen handelt) eine solch hohe Nutzung überhaupt nicht erreichbar ist.

Folgende Faktoren, die die Bettennutzung wesentlich beeinflussen, werden im PD-Gutachten nicht berücksichtigt:

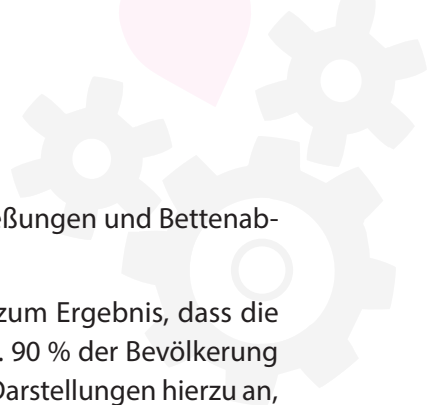
- Die Bettennutzung wird systematisch falsch berechnet, weil der Aufnahmetag und der Entlassungstag nur als 1 Tag gerechnet wird (Mitternachtsstatistik). Das drückt die Bettennutzung um ca. 15 %. Eine Bettennutzung von 70 % bedeutet also tatsächlich eine Auslastung von über 80 %.
- Interessanterweise wird zwar festgestellt, dass es zunehmend ältere Menschen gibt, dass dadurch die Verweildauern und der Bettenbedarf steigen, wird aber nicht berücksichtigt.
- Wenn immer mehr Patient*innen ambulant behandelt werden, sind die verbliebenen stationären Patient*innen deutlich kränker und müssen daher länger im Krankenhaus behandelt werden. Dadurch erhöht sich die Verweildauer. In dieselbe Richtung wirkt ein Anstieg des Alters der Patient*innen.
- Medizinische Entscheidungen zur vorübergehenden Bettensperrung entstehen bei der Behandlung von Patient*innen, die aus hygienischen Gründen isoliert werden müssen.
- Mit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) sind vorübergehende Bettensperrungen gesetzlich vorgeschrieben, wenn nicht genügend Pflegepersonal für die Behandlung verfügbar ist und wenn das Krankenhaus keine Strafen zahlen will.
- Völlig ausgeblendet wird in dem Gutachten wie auch im zugrundeliegenden KHVVG der Bedarf an zusätzlichen Betten, die für nicht planbare Sonderfälle wie Massenunfälle, Großschadensereignisse in Industrieanlagen, Naturkatastrophen oder Pandemien benötigt werden. Alle Regelungen zur sogenannten Vorhaltevergütung der künftigen Krankenhausfinanzierung berücksichtigen diese für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bedeutsamen Vorhaltebedarfe nicht.

3. Erreichbarkeit

Das Gutachten untersucht in folgenden Bereichen die Versorgungssituation:

- Geburtshilfliche Versorgung inkl. Perinatalzentren
- Kinder- und Jugendmedizinische Versorgung
- Geriatrische Versorgung
- Herzinfarktversorgung
- Onkologische Versorgung
- Traumazentren
- Schlaganfallversorgung
- Intensivmedizinische Versorgung
- Rettungsdienstliche Versorgung
- Psychiatrische und Psychosomatische Versorgung

Zunächst ist festzustellen, dass die Versorgungssituation in den wesentlichen Bereichen der Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie) nicht untersucht wird. Das ist nicht nachvollziehbar, weil auf diese beiden Leistungsgruppen der allergrößte Teil der Patient*innen angewiesen ist



(ca. 40 % aller stationären Patienten) und für den bei weiteren Krankenhausschließungen und Bettenabbau die größten Gefahren bestehen.

Das Gutachten kommt für die untersuchten Bereiche – kaum überraschend – zum Ergebnis, dass die Versorgung überall gut bis sehr gut ist. Es wird mit Prozentzahlen gearbeitet (z.B. 90 % der Bevölkerung erreichen eine Pädiatrie in weniger als 30 Minuten). Sieht man sich die grafischen Darstellungen hierzu an, erkennt man leicht, dass es viele Regionen gibt, in denen die Erreichbarkeit nicht so gut ist. Da diese Gebiete aber geringer besiedelt sind, fällt dies prozentual nicht ins Gewicht. Für die dort Lebenden dagegen sehr. Wenn 90 % der Bevölkerung ein Versorgungsangebot innerhalb von 30 Minuten erreichen, bedeutet das umgekehrt, dass 1,1 Mio. Einwohner*innen eben länger (und zum Teil deutlich länger) brauchen. Die »kleinen Lücken« werden als geringes Problem gesehen. Sie könnten mit Kooperation, Telemedizin und Vorhaltung von Fachpersonal leicht geschlossen werden. Weitere Standorte oder Erweiterungen des medizinischen Angebots seien nicht erforderlich.

Für die Berechnung der Fahrtzeiten wird so getan, als ob alle Einwohner*innen eines Gebietes in einem Wohnschwerpunkt leben würden, was natürlich bedeutet, dass alle außerhalb dieses Schwerpunktes ebenfalls längere Fahrtzeiten haben. Hinzukommt: die Fahrtzeiten sind für einen PKW errechnete Durchschnittszeiten ohne Berücksichtigung des Zeitpunkts der Fahrt und der Verkehrs- oder Wetterverhältnisse. Viele Menschen sind aber auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen, die in manchen Gebieten überhaupt nicht oder nur zu bestimmten Tageszeiten fahren, was die Erreichbarkeit des nächstgelegenen Krankenhauses deutlich einschränkt.

Für einige Patient*innengruppen ist die Erreichbarkeit des nächsten für die Behandlung geeigneten Krankenhauses besonders schlecht und die erforderlichen Transportzeiten sind für diese Menschen mit erhöhtem Mortalitätsrisiko und schlechterem therapeutischen Outcome verbunden: Für Patient*innen mit Herzinfarkt, Schlaganfall und Polytrauma sind in den medizinischen Leitlinien wissenschaftlich begründete Maximalzeiten zwischen Anruf bei der Rettungsstelle und Start der Behandlung im Krankenhaus festgelegt. Die Erreichbarkeit mit dem PKW sagt in diesen Fällen überhaupt nichts über die Angemessenheit der Versorgung aus. Diese Zeiten sind in den Qualitätsberichten der Rettungsdienste in Baden-Württemberg unter dem Begriff der Prähospitalzeit seit 2012 landkreisgenau erfasst und schon jetzt in ländlichen Regionen viel zu lang, sodass eine gleich gute Versorgung der Einwohner*innen in mehreren Landkreisen für diese Diagnosen nicht gewährleistet ist. Mit zunehmender Zentralisierung der Versorgungsmöglichkeiten für diese zeitkritischen Erkrankungen wird sich die Behandlungsqualität für Menschen aus solchen Regionen weiter verschlechtern.

4. Versorgungsregionen

Das Gutachten teilt Baden-Württemberg in versorgungsregionen auf, in denen jeweils zwischen 1,56 Mio. und 2,77 Mio. Menschen leben. Diese Versorgungsregionen sind auch flächenmäßig extrem groß: Die Region C reicht etwa von Friedrichshafen bis nach Ellwangen, die Region D von Mannheim bis Bad Mergentheim und die Region E von Herrenberg bis Künzelsau. Damit sind sie viel zu groß, um eine konkrete Planung der Versorgung zu erleichtern. Versorgungsregionen müssten so zugeschnitten sein, dass sie eine wohnortnahe und demokratische Planung unter Einbeziehung aller Betroffenen ermöglichen. Dies ist hier nicht der Fall. Die Planung wird damit weiterhin über die Köpfe der Betroffenen hinweg erfolgen.



5. Empfehlungen

Das Gutachten gibt am Ende folgende Empfehlungen (Abschnitt A, S. 72 – 77):

»Empfehlung 1: Höhere Granularität der Planung mittels Leistungsgruppen zur effizienten Bedarfsplanung und Zuweisung von Leistungsgruppen.«

Faktisch findet seit Einführung der DRG-Fallpauschalen gar keine Bettenplanung, sondern nur noch eine Bettenverwaltung statt. Die im Gutachten nun geforderte Planung der Betten auf Basis der einzelnen Leistungsgruppen ist zwar im Grundsatz richtig, sie bleibt aber weiterhin eine zentralistische und undemokratische Planung, die hochgradig dafür anfällig ist, für Bettenabbau und Krankenhausschließungen missbraucht zu werden. Was notwendig wäre, ist eine regionale und demokratische Planung unter Einbeziehung aller Beteiligten und Betroffenen vor Ort. Auch die Anreize zur Leistungsausweitung und Patient*innenselektion, die nach den Vorgaben des KHVVG insbesondere durch die konkrete Ausgestaltung der Vorhaltevergütung und das Fortbestehen der DRGs entstehen, bleiben trotz einer geänderten Basis der Bettenplanung unverändert bestehen.

»Empfehlung 2: Konzentration von Leistungen unter aktiver Steuerung des Ministeriums«

Dies scheint uns ein Kern des Gutachtens zu sein: Das Ministerium wird aufgefordert die neuen Instrumente (Leistungsgruppen, Qualitätskriterien) zu Bettenabbau und Krankenhausschließungen »aktiv« zu nutzen.

»Empfehlung 3: Länderübergreifende Analysen und Abstimmung für eine zukünftige gemeinsame Planung«

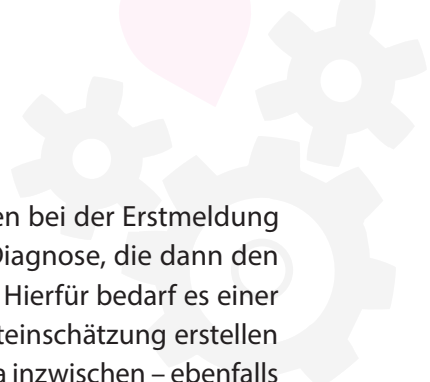
»An den Grenzen zu den Nachbarländern Frankreich, Schweiz und Österreich könnten darüber hinaus Kooperationen für bestimmte medizinische Leistungen angedacht werden.«

Es spricht nichts gegen eine länderübergreifende Abstimmung. Bezüglich der finanziellen Auswirkungen dieser Empfehlung muss aber berücksichtigt werden, dass die medizinischen Leistungen in den angrenzenden Ländern z.T. deutlich teurer sind (das gilt zumindest in der Schweiz) und daher mögliche Einspareffekte für Planungsentscheidungen kritisch hinterfragt werden sollten. Andere Länder bauen ja ihre Gesundheitseinrichtungen nicht zur Versorgung deutscher Patient*innen aus, die hier unterversorgt sind. Auch hier scheint das Hauptanliegen zu sein, Gelder einzusparen, statt eine gute und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

»Empfehlung 4: Erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung«

»Grundsätzlich sollte es das erklärte Ziel sein, Patientinnen und Patienten direkt in geeigneten Krankenhäusern zu behandeln, die bestimmten Strukturmerkmale erfüllen, wie beispielsweise die Versorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten in Standorten mit Linksherzkathetermessplatz oder die Behandlung von Schwerverletzten in TraumaZentren. Hier ist im Zweifel auch ein etwas längerer Fahrtweg vorzuziehen als der Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus, das die notwendigen Strukturen nicht vorhält. Verlegungen sollten möglichst vermieden werden, da diese zeit- und personalintensiv sind.«

Diese Empfehlung betrachtet nur die spezialisierte Behandlung. Für den gesamten Prozess der Versorgung auch bei komplexen Erkrankungen muss aber berücksichtigt werden, dass Patient*innen insbesondere



in ländlichen Gebieten mit den schon jetzt lückenhaften ambulanten Ressourcen bei der Erstmeldung in einer Leitstelle zunächst nur ihre Symptome schildern können, eine exakte Diagnose, die dann den Behandlungsprozess erst planbar macht, kann telefonisch nicht gestellt werden. Hierfür bedarf es einer nahegelegenen medizinischen Einrichtung, die eine adäquate diagnostische Ersteinschätzung erstellen und die erforderlichen Ressourcen für die weitere Behandlung bestimmen kann. Da inzwischen – ebenfalls auf dem Land – viele Notfallpraxisstandorte von der Kassenärztlichen Vereinigung aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen worden sind, wird es für Patient*innen außerhalb der Praxisöffnungszeiten immer schwieriger, in Wohnortnähe eine fachlich kompetente Einrichtung zu finden, die diese Ersteinschätzung durchführen kann. Die Konsequenz dieses Engpasses ist eine zunehmende Anzahl von Patient*innen-transporten in hoch spezialisierte Krankenhäuser, die der dort verfügbaren Ressourcen gar nicht bedürfen. So wird das Gegenteil dessen erreicht, was eigentlich mit der Konzentration des Leistungsgeschehens beabsichtigt wurde: die Notaufnahmen der spezialisierten Kliniken werden mit Patient*innen überlastet, die nicht dorthin gehören. Eine Zentralisierung darf daher nur dann umgesetzt werden, wenn vorher die Versorgungslücken im ländlichen Bereich beseitigt wurden. Hier plädieren wir für ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser, die wohnortnah, ausgestattet mit Überwachungsbetten und allen notwendigen diagnostischen Einrichtungen, diese Funktion übernehmen. Außerdem muss zeitgleich der Rettungsdienst deutlich ausgebaut werden, um den zusätzlichen Anforderungen, die durch die Zentralisierung entstehen, gerecht zu werden und eine Gleichbehandlung aller Menschen im Land zu gewährleisten unabhängig von ihrem Wohnort. Bevor solche Strukturen nicht aufgebaut sind, dürfen keine Krankenhäuser im ländlichen Raum geschlossen werden.

»Empfehlung 5: Versorgungsrelevante Krankenhäuser stärken durch gezielteren Einsatz von Investitionsmitteln«

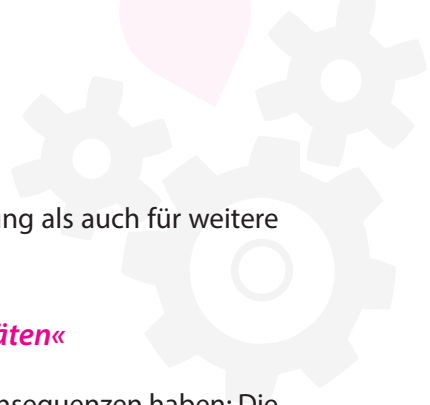
Hier stellt sich als erstes die Frage, welche Krankenhäuser als »versorgungsrelevant« angesehen werden. Es steht zu befürchten, dass diese Formulierung das Aus für viele kleine Krankenhäuser auf dem Land bedeuten wird. Die Gutachter empfehlen, die Investitionsförderung ausschließlich an den Ressourcenbedarf der für ein Krankenhaus zugewiesenen Leistungsgruppen zu orientieren. Krankenhäuser haben aber Investitionsbedarf nicht nur, um die Leistungen der zugewiesenen Leistungsgruppen erbringen zu können, sondern auch für den Betrieb und die Instandhaltung aller Einrichtungen, die für ein Krankenhaus erforderlich sind. Die Investitionen in diese Bereiche müssen sichergestellt werden, um nicht wie bisher Instandhaltungskosten aus Erlösen für die medizinische Behandlung finanzieren zu müssen.

»Empfehlung 6: Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung und Nutzung neuer Technologien«

Die Empfehlung zur Förderung telemedizinischer Kooperationen für medizinische Einrichtungen auf dem Land ist zu begrüßen. Gerade das aufgeführte Beispiel des Aufbaus einer telemedizinischen Kooperation in der Schlaganfallversorgung zeigt überzeugend, dass mit Hilfe innovativer Nutzung der Kommunikationstechnik eine qualitativ hochwertige Versorgung mit komplexen Behandlungsabläufen auch auf dem Land sichergestellt werden kann. Eine sinnvolle Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung wäre darüber hinaus die Zulassung aller Krankenhäuser für die ambulante Behandlung.

»Empfehlung 7: Datengrundlagen und Softwareunterstützung für die neue Krankenhausplanung«

Auch diese Empfehlung darf seit einigen Jahren in keinem Gutachten fehlen. Allerdings ist sie relativ nichtssagend. Entscheidend sind weiterhin die Ziele der Planung und nicht ihre Mittel (EDV und Software).



Die Mittel können sowohl für eine Verbesserung der flächendeckenden Versorgung als auch für weitere Einsparungen zu Lasten der Patient*innen eingesetzt werden.

»Empfehlung 8: Begleitung des Abbaus von überschüssigen Bettenkapazitäten«

Die Empfehlung zum weiteren Bettenabbau in Baden-Württemberg wird zwei Konsequenzen haben: Die Erreichbarkeit stationärer Einrichtungen auf dem Land wird sich weiter verschlechtern und die Arbeitsbelastung in den verbleibenden Krankenhäusern wird noch weiter zunehmen. Die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden ist aber schon jetzt so hoch und die Arbeitsbedingungen so schlecht, dass nicht davon ausgegangen werden kann, alle Mitarbeiter*innen insbesondere in den Pflegeberufen würden nach Schließung eines Krankenhauses automatisch in die verbleibenden Krankenhäuser wechseln. Vielmehr werden noch mehr Pflegekräfte als bisher von Vollzeit in Teilzeitarbeit wechseln oder den Beruf ganz verlassen und dem Gesundheitswesen verloren gehen. Dies lässt sich aus den Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte seit Einführung der DRG-Fallpauschalen mit der daraus folgenden Ökonomisierung der Behandlungsprozesse ablesen und es spricht nichts dafür, dass sich daran etwas ändern könnte, wenn der Arbeitsstress in den Gesundheitsberufen noch weiter zunimmt.

»Empfehlung 9: Vorbereitung auf Krisensituationen und koordinierende Funktion ausgewählter Kliniken«

Zurecht wird in dieser Empfehlung darauf hingewiesen, dass unser Gesundheitswesen auf unplanbare große Schadensereignisse nicht ausreichend vorbereitet ist. Explizit wird in diesem Zusammenhang neben einer verbesserten Koordination der vorhandenen Ressourcen auch der Ausbau von Reservekapazitäten für solche Extremsituationen gefordert. Umso unverständlicher ist es, dennoch ohne Berücksichtigung dieser Reservebedarfe einen weiteren relevanten Abbau von Bettenkapazitäten zu empfehlen. Dieser Widerspruch wird in dem Gutachten nicht einmal erwähnt.

Im Folgenden gehen wir auf einige Detailspekte in den Aussagen des Gutachtens zur Versorgungssituation in einzelnen Bereichen ein.

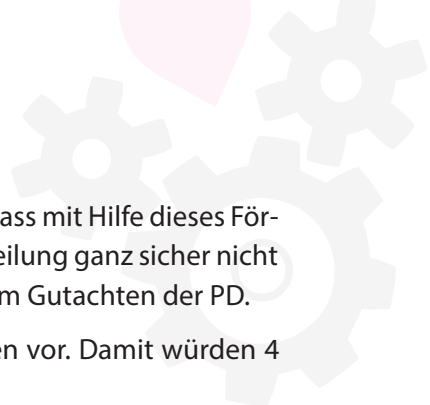
Geburtshilfliche Versorgung inklusive Perinatalzentren:

»Weitere Schließungen von Standorten könnten die Versorgung gefährden. Eine genaue Beobachtung ist notwendig, um Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden. Das Land Baden-Württemberg fördert jedoch bereits seit 2019 die Bildung weiterer Gesundheitszentren mit dem Schwerpunkt Geburt.« (Abschnitt B, Seite 6)

Liest man die angegebene Quelle für den Beleg der Fördermaßnahmen auf der Website der Landesregierung, ist erkennbar, dass es sich um eine Pressemitteilung vom 10.07.2020 handelt. Konkret wird zu der genannten Förderung ausgeführt:

»Angedacht ist die Förderung von bis zu vier Projekten jeweils vom 15. Oktober 2020 bis maximal zum 31. März 2022. Die maximale Zuschusshöhe beträgt 110.000 Euro für die gesamte Laufzeit des Projekts.«

Der Förderzeitraum ist also seit fast 3 Jahren beendet, drohende Schließungen von geburtshilflichen Abteilungen in der Zukunft können durch diese Fördermaßnahmen aus der Vergangenheit nicht verhindert werden. Die Höhe der Förderung von maximal 110.000 Euro für die gesamte Laufzeit eines Projektes über



insgesamt 1 ½ Jahre war aber auch schon während der Maßnahme so begrenzt, dass mit Hilfe dieses Förderprogramms eine finanziell bedrohliche Schieflage einer geburtshilflichen Abteilung ganz sicher nicht vermieden werden konnte. Eine kritische Bewertung dieses Sachverhaltes fehlt im Gutachten der PD.

Das Gutachten schlägt in diesem Bereich eine Mindestfallzahl von 500 Geburten vor. Damit würden 4 weitere geburtshilfliche Standorte geschlossen werden.

Kinder – und Jugendmedizinische Versorgung:

Dazu wird im Gutachten unter anderem ausgeführt:

»Rund 83 % der Bevölkerung Baden-Württembergs konnten innerhalb von 30 Minuten einen pädiatrischen Versorger im Jahr 2023 erreichen, somit kann die Erreichbarkeit als grundsätzlich gut bewertet werden. Vereinzelt gibt es Gebiete, in denen die Fahrzeiten über 60 Minuten betragen (Albstadt, Schramberg, Waldshut sowie zwischen Mosbach und der nördlichsten Spitze des Bundeslandes).« (Seite 7)

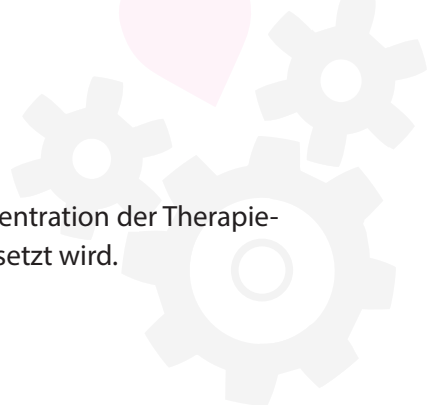
Liest man die aufgeführten Zahlen aus Sicht der potentiellen Patient*innen, ergibt sich, dass fast 1/5 der Bevölkerung in Baden-Württemberg nicht innerhalb von 30 Fahrminuten eine pädiatrische Abteilung erreichen können. Das ist alles andere als eine gute Erreichbarkeit, zumal besonders ländliche Regionen betroffen sind, in denen auch der öffentliche Nahverkehr kein angemessenes Angebot vorhält. Auffallend schwammig sind die Zahlenangaben über die Betroffenen, die mehr als 60 Minuten Fahrzeit bis zu einer pädiatrischen Abteilung in Kauf nehmen müssen. Ein Gutachten, das die Erreichbarkeit für pädiatrische Versorgungsangebote als gut bewertet, sollte in dieser Hinsicht detailliertere Angaben machen, um sich nicht dem Vorwurf auszusetzen, ein Gefälligkeitsgutachten für die Landesregierung als Auftraggeber erstellt zu haben.

Herzinfarktversorgung:

Zur aktuellen Versorgungslage werden folgende Zahlen angegeben:

»Die Erreichbarkeit von Versorgern mit einem 24/7-verfügbaren LHKM in unter 30 Minuten war im Jahr 2023 für 87 % der Bevölkerung gewährleistet. Längere Fahrzeiten ergaben sich insbesondere an der nördlichen Grenze zu Bayern und Hessen sowie in Versorgungsregion A.« (Seite 8)

Das bedeutet, dass bei einer Einwohnerzahl des Landes von 11,3 Mio. (2023) 1,47 Mio. nicht in 30 Minuten ein Krankenhaus mit angemessenem Therapieangebot (Linksherzkatheterinterventionen) erreichen können. Gerade Herzinfarkte müssen aber innerhalb von 90 bis 120 Minuten nach EKG-Diagnose invasiv behandelt werden und nicht nur das Krankenhaus erreichen, sonst sinkt die Erfolgsrate deutlich. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Erreichbarkeit eines für die Behandlung ausgerüsteten Krankenhauses schon jetzt nicht zufriedenstellend. Die Gutachter weisen darauf hin, dass von den 68 Standorten mit »interventioneller Kardiologie« 38 Standorte weniger als 300 Fälle im Jahr versorgen. Die Gutachter empfehlen unter Bezugnahme auf diese Zahlen eine weitere Zentralisierung der Krankenhäuser mit Linksherzkatheterbehandlung. Hierzu müsste zumindest eine zeitgleiche Aufstockung der Kapazitäten für Notfalltransporte erfolgen. Diese Empfehlung fehlt allerdings und so bleibt als Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme nur die Schlussfolgerung, dass mit einer Verschlechterung der Akutversorgung für fast 1,5 Mio. Patient*in-



nen mit Herzinfarkt im ländlichen Raum gerechnet werden muss, wenn die Konzentration der Therapieangebote entsprechend den Vorgaben des KHVVG in Baden-Württemberg umgesetzt wird.

Onkologische Versorgung:

Die angegebene Versorgungsdichte mit onkologischen Zentren in Baden-Württemberg geht von der Anzahl der 2024 verfügbaren onkologischen Zentren aus. Nicht berücksichtigt werden die Auswirkungen der im KHVVG vorgesehenen Maßnahmen zur weiteren Konzentration onkochirurgischer Leistungserbringer. Aufgrund der von den Krankenhäusern jährlich gemeldeten Operationen wäre eine solche Prognose durchaus möglich gewesen und hätte eine realistischere Bewertung der in Zukunft zu erwartenden Fahrzeiten zu den deutlich weniger zugelassenen onkochirurgischen Zentren erbracht.

Intensivmedizinische Versorgung:

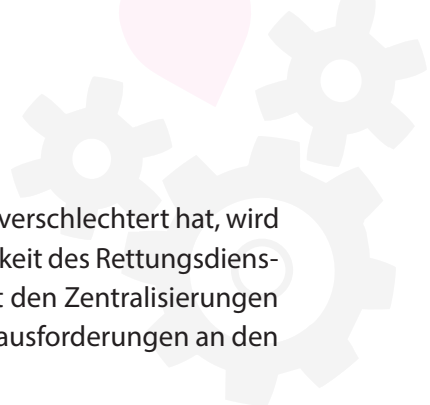
Im Gutachten wird für 89 % der Kinder die Erreichbarkeit einer intensivmedizinischen Versorgung mit einer Fahrzeit bis maximal 40 Minuten angegeben, d.h. dass für 211.247 Kinder und Jugendliche diese Zeit überschritten wird. Da es sich bei dieser Patient*innengruppe um Schwerkranke in oft lebensbedrohlichen Situationen handelt, ist die Versorgungsdichte mit intensivmedizinischem Angebot als ungenügend einzustufen. Nicht berücksichtigt sind in der Darstellung des PD-Gutachtens die Auswirkungen einer weiteren Zentralisierung auch in diesem Sektor, der mit dem KHVVG beabsichtigt ist und die Erreichbarkeit intensivmedizinischer Behandlungsplätze für Patient*innen in ländlichen Regionen weiter verschlechtern wird.

Rettungsdienstliche Versorgung:

Im Gutachten wird zur Beurteilung der rettungsdienstlichen Versorgungsqualität in Baden-Württemberg ausschließlich der Median der Transportzeiten im SQR-Qualitätsbericht herangezogen und im Jahresverlauf zwischen 2019 (13,25 Minuten) und 2023 (13,92 Minuten) verglichen. Die Transportzeit bildet aber nur die Zeit von der Abfahrt des Rettungswagen/Notarztwagens am Einsatzort nach Einladen des Patienten bis zum Eintreffen im Zielkrankenhaus ab. Dieser Parameter ist aber für die Bewertung der Dauer des Krankentransports auf den weiteren Behandlungsverlauf ungeeignet. Entscheidend ist die Prähospitalzeit, das ist die gesamte Zeit von der Alarmierung der Leitstelle bis zum Eintreffen am Zielkrankenhaus. Diese liegt im Median zwischen 80 und fast 108 Minuten und überschreitet damit bereits die in den medizinischen Leitlinien für Diagnosen wie Herzinfarkt und Schlaganfall empfohlenen Zeiten für eine moderne invasive Behandlung bei diesen Diagnosen. Berücksichtigt man, dass der Median so definiert ist, dass 50 % aller realen Prähospitalzeiten über dieser gemessenen Zeitdauer liegen, so steigt das Ausmaß der durch den Krankentransport in ein Zentrum bedingten rettungsmedizinischen Unterversorgung für Menschen in ländlichen Regionen dramatisch an. Die Bedeutung der Prähospitalzeit für das medizinische Outcome bei zeitkritischen Diagnosen wird im Gutachten sogar ausdrücklich erwähnt:

»Für das Outcome der Patientinnen und Patienten sind insbesondere bei Tracer-Diagnosen die Prähospitalzeit sowie die Einlieferung in eine adäquate Zielklinik die ausschlaggebenden Faktoren.« (Abschnitt B, Seite 10)

Umso unverständlicher bleibt daher, dass bei der Darstellung der rettungsdienstlichen Qualitätsparameter die Prähospitalzeit nicht herangezogen wird. Die einzige relevante Schlussfolgerung aus dem Vergleich



der Transportzeiten zwischen 2019 und 2023, in der sich dieser Parameter um 5 % verschlechtert hat, wird von den Gutachtern nicht erwähnt: in diesem Zeitraum hat sich die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes verschlechtert. Und das ist eine ausgesprochen schlechte Nachricht, denn mit den Zentralisierungen in vielen Bereichen der stationären Versorgung durch das KHVVG werden die Herausforderungen an den Rettungsdienst erheblich zunehmen.

Einzelinterviews (Stimmungsbild ausgewählter Akteure):

Aus früheren Interviews zur Einschätzung des DRG-Fallpauschalensystems ist bekannt, dass die Beantwortung wortgleicher Fragen diametral unterschiedlich ausfällt, je nach Berufsgruppe, zu der die Gesprächspartner*innen gehören. Besonders ausgeprägt sind dabei die unterschiedlichen Bewertungen zwischen Ärzt*innen in leitenden Positionen und den nicht in die alltägliche Krankenversorgung involvierten Geschäftsführer*innen von Kliniken. Dieser aus der wissenschaftlichen Literatur bekannte Bias für eine aussagekräftige Auswertung solcher Interviews wird im PD-Gutachten nicht angemessen berücksichtigt, was die Aussagekraft der dargestellten Meinungen stark einschränkt.

Alles zusammengenommen kommt bei dem Gutachten also genau das heraus, was sich die Auftraggeber wünschen: Die Lage ist ausgezeichnet, einem weiteren Bettenabbau und weiteren Krankenhaus-schließungen steht nichts im Wege.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

Vi.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

info@krankenhaus-statt-fabrik.de

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert