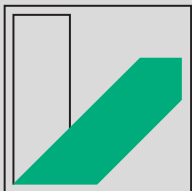


Intersektorale Gesundheitszentren

EIN INNOVATIVES MODELL DER ERWEITERTEN AMBULANTEN VERSORGUNG
ZUR TRANSFORMATION KLEINER LÄNDLICHER KRANKENHAUSSTÄNDE



UNIVERSITÄT
BAYREUTH


OBENDER

Andreas Schmid, Jan Hacker, Florian Rinsche und Franziska Distler

Intersektorale Gesundheitszentren

Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung
zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte

Gutachten

im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Bayreuth, Oktober 2018

IMPRESSUM

Beteiligte Institutionen



UNIVERSITÄT
BAYREUTH



Management im
Gesundheitswesen


OBERENDER

 **IMG**

INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT
UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Projektteam

Prof. Dr. Andreas Schmid

Gesamtprojektleitung und Projektleitung Universität Bayreuth

Dipl.-Kfm. Jan Hacker

Projektleitung Oberender AG

Florian Rinsche M. Sc. und Franziska Distler M. Sc.

Mitarbeiter

Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann und Prof. Dr. Volker Ulrich

Wissenschaftlicher Beirat

**Anna Stirner B. Sc., Annemarie Lober B. Sc., Katharina Mayer B. Sc., Laura Veigl B. Sc.
und Florian Kaiser M. Sc.**

Weitere Mitwirkende

Herausgeber

Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR

Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin

Zitierhinweis

Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F. und Distler, F. (2018), Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberender AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Epub Bayreuth. URN: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:703-epub-3852-8>.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Executive Summary.....	11
I Hintergrund und Zielstellung.....	15
II Aufbau des Gutachtens	18
III Datengrundlage	19
1. Modul: Analyse des Umwandlungspotentials auf dem deutschen Krankenhausmarkt	23
1.1 Grundlagen und Voraussetzung der Umwandlung.....	23
1.1.1 Selektionskriterien zur Umwandlung eines Krankenhausstandorts in ein IGZ.....	24
1.1.2 Weitere Charakteristika	30
1.1.3 Zusammenfassung des Kriterienkatalogs	34
1.2 Analyse der Krankenhauslandschaft in Deutschland.....	35
1.2.1 Umwandlungskandidaten nach Größe, Trägerschaft und Leistungsspektrum.....	37
1.2.2 Umwandlungskandidaten nach Lage und Siedlungsstruktur.....	38
1.2.3 Umwandlungskandidaten nach stationärer Versorgungssituation und Anbindung an weitere Krankenhausstandorte.....	39
1.2.4 Umwandlungskandidaten nach ambulanter Versorgungssituation und demographischer Entwicklung.....	40
1.3 Zusammenfassung Modul 1.....	43
2. Modul: Operationalisierung des Modells IGZ	47
2.1 Regionaler Versorgungsbedarf	48
2.2 Leistungsangebot und -erbringung.....	50
2.2.1 Definition des Leistungsportfolios	52
2.2.2 Potentielle Erweiterungen des Leistungsbereichs.....	54
2.2.3 Umfang der Leistungserbringung	58
2.3 Prozessstruktur und Behandlungswege.....	61
2.4 Gesellschaftsstruktur und Organisation	62
2.4.1 Interne Organisation des IGZ	62
2.4.2 Gesellschaftsstruktur des IGZ	64
2.5 Vergütung	66
2.5.1 Vergütungssysteme	66
2.5.2 Vergütungshöhe.....	68

2.6	Sicherstellungsauftrag und Bedarfsplanung	69
2.7	Stakeholder-Analyse	70
2.7.1	Regionale Bevölkerung	71
2.7.2	Ärzte	71
2.7.3	Nicht-ärztliche Mitarbeiter	72
2.7.4	Politik	73
2.7.5	Wirtschaft	74
2.8	Zusammenfassung Modul 2	74
3.	Modul: Fallstudie zur Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ	79
3.1	Ausgangssituation	79
3.2	Meilensteinplanungen zur Umwandlung des Krankenhauses in ein IGZ.....	81
3.2.1	Schließung der Krankenhausimmobilie und paralleler Neubau	83
3.2.2	Umwandlung der Krankenhausimmobilie im laufenden Betrieb	87
3.3	Fallstudie des IGZ mit Business-Planung.....	90
3.3.1	Zielstellung	90
3.3.2	Annahmen.....	90
3.3.3	Personalausstattung	92
3.3.3	Leistungsentwicklung.....	94
3.3.4	Entwicklung des EBITDAR und des Jahresergebnisses vor Steuern.....	95
3.3.5	Chancen, Risiken und Limitationen.....	100
3.4	Zusammenfassung Modul 3	101
4.	Modul: Auswirkungen der Transformation.....	105
4.1	Auswirkungen auf die Versorgung	105
4.2	Regionalökonomische Effekte	107
4.3	Wirtschaftlichkeit des IGZ im Vergleich zum Krankenhaus	109
4.4	Attraktivität für medizinisches Personal.....	110
4.5	Zusammenfassung Modul 4.....	113
5.	Modul: Empfehlungen zur Weiterentwicklung regulatorischer Grundlagen	117
5.1	Sicherstellung und Bedarfsplanung	117
5.2	Vergütung intersektoraler Leistungen	119
5.3	Berufs- und haftungsrechtliche Hürden	122
5.4	Staatliche und kommunale Förderung	123
5.5	Digitalisierung	126
5.6	Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst	127
5.7	Zusammenfassung Modul 5.....	129

IV Fazit	130
V Anhang	133
Anhang A: Meilensteinplanung zur Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ	133
Anhang B: Zentrale Annahmen der Fallstudie	137
Anhang C: Gewinn- und Verlustrechnung der Fallstudie.....	140
VI Literaturverzeichnis	145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Modularer Aufbau des Gutachtens.....	18
Abbildung 2:	Gemeindestrukturen in Deutschland nach Siedlungstyp und Lage	26
Abbildung 3:	Umwandlungskandidaten nach Anzahl der Fachabteilungen pro Standort in Prozent. 38	
Abbildung 4:	Geschäftsmodell und Einflussgrößen des IGZ.....	47
Abbildung 5:	Verteilung der traditionellen Krankenhausleistungen auf weitere Versorgungsstrukturen	49
Abbildung 6:	Leistungsportfolio des IGZ.....	51
Abbildung 7:	Kernleistung und potentielle Erweiterungen des IGZ.....	55
Abbildung 8:	Behandlungspfade im IGZ und angrenzenden Versorgungsbereichen.....	61
Abbildung 9:	Organigramm des IGZ.....	63
Abbildung 10:	Gesellschafts- und Unternehmensstruktur des IGZ.....	65
Abbildung 11:	Vergütungsmodelle in der ambulanten und stationären Versorgung	66
Abbildung 12:	Räumliche Einordnung des Umwandlungskandidaten in den Klinikverbund	80
Abbildung 13:	Meilensteinplanung zur Einrichtung des IGZ in einer neuen Immobilie.....	86
Abbildung 14:	Meilensteinplanung zur Umwandlung der Krankenhausimmobilie im laufenden Betrieb	89
Abbildung 15:	Grundlegende Annahmen zur Business-Planung des IGZ	91
Abbildung 16:	Operatives Ergebnis im Zeitverlauf; Szenario (2): Orientierung der Vergütungshöhe der EAV-Leistungen an DRGs	97
Abbildung 17:	Operatives Ergebnis im Zeitverlauf; Szenario (1): Orientierung der Vergütungshöhe der EAV-Leistungen an Tagessätzen der stationären Rehabilitation	100
Abbildung 18:	Adressierte Themenfelder zu den Auswirkungen des Transformationsprozesses	105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht der Kriterien zur Identifikation IGZ-geeigneter Krankenhausstrukturen	35
Tabelle 2:	Anzahl der Umwandlungskandidaten nach Bundesländern	39
Tabelle 3:	Umwandlungskandidaten nach Standortanzahl und Anbindung an Verbund, Kette, Konzern	40
Tabelle 4:	Durchschnittliche ambulante Versorgungsgrade in Regionen der Umwandlungskandidaten nach Arztgruppen in Prozent	43
Tabelle 5:	Im Rahmen der EAV behandelbare Krankheitsbilder und Diagnosen mit ICD-10 Codes..	53
Tabelle 6:	Personaltableau des IGZ in Vollzeitkräften (VK) im Planungsjahr 2020.....	94
Tabelle 7:	Leistungsentwicklung des IGZ im Zeitverlauf	95
Tabelle 8:	Regionalökonomische Effekte eines durchschnittlichen, dem Idealtyp entsprechenden Krankenhauses in Bayern in Mio. €.....	108
Tabelle 9:	Regionalökonomische Effekte eines Kern-IGZ in Mio. €	109
Tabelle 10:	Meilensteinplanung zur Umwandlung der Krankenhausimmobilie im laufenden Betrieb	133
Tabelle 11:	Meilensteinplanung zur Einrichtung des IGZ in einer neuen Immobilie	135
Tabelle 12:	Leistung und Erlöseffekte des IGZ	137
Tabelle 13:	Personalisierung und Personalkosten des IGZ	138
Tabelle 14:	Weitere Aufwendungen und Investitionen des IGZ	139
Tabelle 15:	Erträge aus Gewinn- und Verlustrechnung; Szenario (1): Vergütungshöhe der EAV-Leistungen in Anlehnung an stationäre Rehabilitation	140
Tabelle 16:	Zusammengefasste Gewinn- und Verlustrechnung; Szenario (2): Vergütungshöhe der EAV-Leistungen in Anlehnung an DRGs.....	141
Tabelle 17:	Vollständige Gewinn- und Verlustrechnung; Szenario (2): Vergütungshöhe der EAV-Leistungen in Anlehnung an DRGs	142

Abkürzungsverzeichnis

ÄD	Ärztlicher Dienst
ASD	Ambulant-sensitive Diagnosen
ASK	Ambulant-sensitive Krankenhausfälle
BauNVO	Verordnung über die bauliche Nutzung der Grundstücke (Baunutzungsverordnung)
BayKrG	Bayerisches Krankenhausgesetz
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BGA	Betriebs- und Geschäftsausstattung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BLT	Belegungstage
CMI	Case Mix Index
CMP	Case Mix Punkte
DRG	Diagnosis Related Groups
EAV	Erweiterte ambulante Versorgung
EBIT	Earnings before interest and taxes
EBITDA	Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization
EBITDAR	Earnings before interest, taxes, depreciation, amortization and restructuring or rent costs
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FA	Facharzt
FD	Funktionsdienst
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GÖA	Gebührenordnung für Ärzte
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INZ	Integriertes Notfallzentrum
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LGZ	Lokales Gesundheitszentrum zur Primär- und Langzeitversorgung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MFA	Medizinische Fachangestellte
MGV	Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung
MTD	Medizinisch-technischer Dienst
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PD	Pflegedienst
PHD	Pflehilfsdienst
PKV	Private Krankenversicherung
PVS	Praxisverwaltungssystem
SGB V	Sozialgesetzbuch fünftes Buch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TD	Technischer Dienst
VerwD	Verwaltungsdienst
VK	Vollzeitkraft
WVD	Wirtschafts- und Versorgungsdienst

Executive Summary

Ziel des Gutachtens ist es, durch die Entwicklung eines Konzepts für Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) einen Beitrag zur Schaffung nachhaltiger und qualitativ hochwertiger Versorgungsstrukturen zu leisten. Hierfür werden Krankenhäuser charakterisiert, die sich typischerweise für eine Umwandlung in dieses alternative Versorgungsangebot eignen. Darauf aufbauend wird das Potential, welches der deutsche Krankenhausmarkt in dieser Hinsicht bietet, quantifiziert. Der dazu notwendige Transformationsprozess, eine konkrete Fallstudie, die Auswirkungen der Umformung sowie die bestehenden Hürden werden ebenso dargestellt. Neben der konzeptionellen Arbeit zeichnet sich das vorliegende Gutachten insbesondere durch den Detailgrad der Ausarbeitung der Fallstudie und die Transparenz der jeweils getroffenen Annahmen aus.

Für eine Umwandlung in ein IGZ geeignete Krankenhausstandorte gehören der Grund- und Regelversorgung an, betreiben zumindest eine internistische Fachabteilung, sind im ländlichen Raum angesiedelt und haben weniger als 200 Betten. Das Umwandlungspotential in Deutschland wird dabei auf rund 190 Einrichtungen taxiert. Im Zuge der Definition eines Idealtypus, der auch als Vorlage für die darauf aufbauende Fallstudie dient, reduziert sich die Zahl auf circa 75 Krankenhausstandorte. Diese gelten perspektivisch nicht als Sicherstellungskandidaten nach den Regelungen des G-BA und sind mit einer Größe von 51-150 Betten recht homogen. Die überwiegende Zahl der betroffenen Krankenhäuser befindet sich in öffentlicher Trägerschaft. Neben einigen Solitären sind die meisten Krankenhäuser Standorte eines lokalen oder regionalen Krankenhausverbundes oder – in deutlich geringerem Umfang – Teil einer über-regionalen Kette.

Das Ergebnis der Umwandlung geeigneter Krankenhausstandorte sind IGZ, welche im ambulanten Sektor angesiedelt sind und deren Angebot über das klassische ambulante Leistungsportfolio hinausgeht. Diese IGZ umfassen zusätzlich die sogenannte erweiterte ambulante Versorgung (EAV), welche in einer bettenführenden Einheit erbracht wird. Eine derartige Transformation kann dazu beitragen, die Versorgungsqualität in einer Region zu erhöhen und das medizinische Angebot besser am Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Die Konkretisierung dieses Versorgungsangebots durch die modellhafte Entwicklung eines IGZ soll ferner verdeutlichen, dass die Schließung eines kleinen Krankenhauses durchaus auch als Chance begriffen werden kann und sollte.

Dass jenseits der Umwandlungskandidaten auch ein Potential für ersatzlose Schließungen von Krankenhausstandorten besteht, bleibt unbestritten, ist jedoch nicht Gegenstand dieses Gutachtens. Dementsprechend finden sich die meisten Kandidaten in ländlich geprägten Flächenstaaten wie Bayern und Niedersachsen, während in den dichtbesiedelten Stadtstaaten und Nordrhein-Westfalen entsprechend keine bzw. nur wenige Standorte identifiziert werden. Natürlich kann ein IGZ aber auch in diesen Regionen eine zweckmäßige Erweiterung des Versorgungsangebots darstellen und ist letztlich auch auf deutlich mehr Fallkonstellationen sinnvoll anwendbar.

Das IGZ kann unter seinem Dach eine Reihe von medizinischen und gesundheitsnahen Dienstleistern vereinen: Pflegedienste, Physiotherapeuten, Apotheken etc. Das Gutachten fokussiert jedoch ein Kern-IGZ, welches den medizinischen Nukleus der Einrichtung darstellt und für sich wirtschaftlich tragfähig sein muss. Dieses Kern-IGZ deckt unter konsequenter Einhaltung des Facharztstandards die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten ab. Neben der klassischen ambulanten Versorgung hält das IGZ daher für die EAV Betten vor, wodurch Patienten rund um die Uhr pflegerisch betreut werden können. Außerhalb der Sprechzeiten ist ein Facharzt in Rufbereitschaft.

Organisatorisch und rechtlich basiert das IGZ in seiner Grundstruktur auf einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), mit welchem es auch den Gründerkreis teilt. Die Vergütung der EAV kann nach derzeitigem Stand nur über Verträge zur Integrierten Versorgung (IV-Verträge) abgebildet werden. Da hierdurch keine zufriedenstellende Planungssicherheit geschaffen werden kann und bei jeder Gründung erneut relativ hohe Transaktionskosten entstehen, wären für eine flächendeckende Implementierung der IGZ entsprechende bundesmantelvertragliche Regelungen erforderlich.

Zur Zielgruppe gehören insbesondere Patienten, welche nicht die hochtechnisierte Infrastruktur eines Krankenhauses benötigen, jedoch – sei es aufgrund eines erhöhten Monitoringbedarfs oder einer sozialen Indikation – nicht für eine rein ambulante Versorgung in Frage kommen. Diesen wird durch die EAV eine wohnortnahe und ihrem Bedarf entsprechende Versorgung angeboten. Gleichzeitig kann das Ambulantisierungspotential, welches die adäquate Erbringung von vormals stationären Leistungen im ambulanten Setting beschreibt, durch die EAV erweitert werden. Insbesondere einfache konservative Indikationen sind im IGZ behandelbar. Patienten, welche zwingend einer Versorgung in Krankenhausstrukturen bedürfen, werden von den umliegenden Krankenhausstandorten aufgenommen, was dort zu einer besseren Auslastung führt und Optionen für strukturelle Qualitätsverbesserungen eröffnet.

Im ersten Teil der Fallstudie wird zunächst der Transformationsprozess mit der Schließung des Krankenhauses auf der einen Seite und der Neugründung des IGZ auf der anderen Seite dargestellt. Verschiedene Varianten, die sich unter anderem hinsichtlich des Zeitpunktes der Schließung der stationären Einrichtung und der für das IGZ genutzten Immobilie unterscheiden, werden erläutert und diskutiert. Im Phasenmodell sowie einer detaillierten Meilensteinplanung wird deutlich, dass bei einem optimalen Verlauf für die Transformation von einer Dauer von mindestens 1,5 Jahren ausgegangen werden muss. Diverse Unwägbarkeiten können jedoch zu deutlichen Verzögerungen führen. Ein zentraler Erfolgsfaktor ist dabei eine klare Ownership des Transformationsprozesses, da eine Vielzahl komplexer Stakeholderinteressen adressiert werden muss.

Im zweiten Teil der Fallstudie wird ein detaillierter Business-Plan ausgearbeitet, der alle zugrundeliegenden Annahmen transparent macht und eine kritische Diskussion des vorliegenden Versorgungsmodells erlaubt. Je nach regionalem Bedarf sind diverse Variationen der im Gutachten ausgearbeiteten Fallstudie denkbar. In diesem Grundmodell decken sechs Fachärzte sowie ein Weiterbildungsassistent in einem IGZ mit 15 Betten die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten ab. Das IGZ beschäftigt insgesamt mehr als 30 Vollkräfte, wobei der größte Anteil auf Pflegekräfte entfällt. Die Personalkosten sind dementsprechend insgesamt auch der größte Kostenblock.

Für die Gewinn- und Verlustrechnung werden zwei Szenarien hinsichtlich der im Rahmen von IV-Verträgen grundsätzlich frei zu vereinbarenden Vergütung gerechnet. Dabei orientiert sich die Höhe der Vergütung der EAV zum einen an Tagessätzen aus dem Bereich der Rehabilitation, zum anderen erfolgt in Anlehnung an die Vergütung von belegärztlichen Leistungen ein 30-prozentiger Abschlag auf eine fiktive durchschnittliche DRG mit einem CMI von 0,620. Während die erste Variante deutliche Defizite aufweist, kann die zweite Variante eine nachhaltige wirtschaftliche Finanzierung des IGZ sicherstellen. Das Gutachten veranschaulicht damit, dass die Kosten für die Krankenkassen deutlich unter dem Niveau, welches bei einer stationären Leistungserbringung in einem Krankenhaus erreicht würde, liegen können.

Die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung vor Ort werden positiv bewertet. Die Struktur des IGZ erlaubt eine äußerst effektive und effiziente Erbringung qualitativ hochwertiger Versorgungsangebote, welche dem Bedarf der regionalen Bevölkerung besser entsprechen als die noch immer zahlreich anzutreffenden Kleinstkrankenhäuser. Die Wegstrecken für Patienten, die weiterhin in einem Krankenhaus

behandelt werden müssen, erhöhen sich nur geringfügig, da im vorliegenden idealtypischen Szenario alle potentiellen Sicherstellungskandidaten ausgeschlossen wurden. Die verbleibenden Krankenhausstandorte werden wirtschaftlich gestärkt, was Investitionen in die Förderung der Versorgungsqualität erlaubt. Auch für die Chancen der Personalgewinnung werden positive Effekte erwartet.

Die – meist kommunalen – Träger der zu schließenden Krankenhausstandorte werden deutlich entlastet, da der häufig strukturell notwendige Defizitenausgleich entfällt. Zwar kann das IGZ hinsichtlich der regionalökonomischen Auswirkungen ein Krankenhaus nicht ersetzen. Es ist jedoch zu beachten, dass die ökonomischen Effekte eines kleinen Krankenhauses selbst in wirtschaftlich schwachen Kreisen einen eher geringen Beitrag zur wirtschaftlichen Situation leisten. Zudem bleibt das nicht ambulantisierbare stationäre Fallvolumen in der Region, sodass der tatsächliche Verlust an Wirtschaftskraft in einem sehr überschaubaren Rahmen bleiben sollte.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine wirtschaftliche, die Versorgungsqualität verbessernde Einrichtung wie das IGZ auch unter den derzeitigen Rahmenbedingungen grundsätzlich möglich ist. Neben den im Zuge des Gutachtens im Vordergrund stehenden ländlichen Regionen kann das IGZ auch in urbanen Regionen eine wertvolle Ergänzung des Versorgungsangebots darstellen. Es bestehen jedoch auch gravierende Hürden, die den Umwandlungsprozess wie auch den späteren Betrieb in vielen Fällen erschweren dürften. So können IV-Verträge aufgrund des administrativen Aufwands und der mangelnden Planungssicherheit nur als Übergangslösung gelten. Werden bisher stationär erbrachte Leistungen in den ambulanten Sektor transferiert, müssen entsprechend auch die sektoralen Budgets angepasst werden, sodass auch die Finanzmittel der Leistungsverlagerung folgen. Zudem gilt es – auch durch die Schaffung entsprechender gesetzlicher Grundlagen – belastbare Regelungen für das Zulassungsverfahren neuer Vertragsarztsitze zu finden, da der Status quo die für den Transformationsprozess so wichtige Planungssicherheit beeinträchtigt. Diese und weitere Handlungsbedarfe für eine flächendeckende Implementierung der IGZ werden thematisiert, um den Einstieg in einen zielführenden Diskurs zu ermöglichen.

I Hintergrund und Zielstellung

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen strukturellen Herausforderungen. So sind im Bereich der stationären Versorgung in urbanen Räumen nach wie vor Überkapazitäten zu verzeichnen. In ländlichen Räumen sehen sich kleine, wenig spezialisierte Akutkrankenhäuser vor gravierenden ökonomischen Problemen (vgl. Augurzky et al., 2016). Die Krankenhausstrukturen unterscheiden sich dabei jedoch nicht nur zwischen urbanen und ländlichen Räumen, sondern auch zwischen einzelnen Bundesländern enorm (vgl. Schmid, 2012; SVR, 2014). Analog sehen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit ähnlichen Schwierigkeiten im ambulanten Bereich konfrontiert. Für die KVen ist dabei die Sicherstellung einer wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung von hoher Priorität (vgl. KBV, 2018a). Die Herausforderungen im Spannungsfeld zwischen Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme sind jedoch hinreichend dokumentiert (vgl. Schliwen, 2015).

Während nun aber einerseits vehement für einen zum Teil radikalen Abbau von Krankenhausstandorten geworben wird, existieren andererseits politische Initiativen, die mit beachtlichen Summen versuchen, den Erhalt auch kleiner Krankenhausstandorte sicherzustellen (vgl. Balling, 2018). So verhindern häufig (struktur-)politische Überlegungen die Schließung kleiner, häufig defizitärer und mit Qualitätsproblemen kämpfender Krankenhäuser. Neben dem Verlust der Wirtschaftskraft für die Region fürchten Patienten und Versicherte insbesondere Einschnitte bei einer wohnortnahen Versorgung (vgl. Schmid, 2014). Dabei bleiben gerade für diese Leistungserbringer Probleme bei der Personalgewinnung und der Erfüllung steigender Qualitätsanforderungen bestehen. Auch die verstärkte Konfrontation mit multimorbiden, geriatrischen Patienten, erhöhte Anforderungen an eine am Bedarf der Patienten und nicht an tradierten Sektorengrenzen ausgerichteten Versorgung, sowie weitere existierende Probleme, speziell in ländlichen Räumen, erzeugen einen hohen Handlungsbedarf.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinem Gutachten 2014 mit dem Konzept „Lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (LGZ) einen Reformvorschlag unterbreitet (vgl. SVR, 2014). Durch die Zentralisierung medizinischer, pflegerischer und sozialer Leistungsangebote soll dabei eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung, insbesondere für die ältere und chronisch erkrankte Bevölkerung langfristig gesichert werden. In der Praxis gibt es jedoch nur wenige Beispiele, die einer erfolgreichen Umsetzung dieser Vision nahekommen, gerade wenn keine enge Anbindung an ein bestehendes Krankenhaus besteht. Finanzierungs- und Koordinationsprobleme sowie rechtliche Hürden auch in Bereichen der Delegation von Tätigkeiten zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen stehen dem regelmäßig entgegen. Zudem ist häufig nicht

klar, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die neugeschaffene Einheit ökonomisch überlebensfähig ist.

Einen weiteren Ausgangspunkt dieses Gutachtens bildet ferner die Beobachtung, dass insbesondere kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung kaum wirtschaftlich zu betreiben sind und zudem den steigenden Qualitätsanforderungen nur eingeschränkt gerecht werden können. Die Bevölkerung sieht sich dementsprechend häufig mit strukturell defizitären Krankenhäusern konfrontiert, die nicht selten mit öffentlichen Mitteln subventioniert werden müssen und zugleich nicht das bestmögliche Qualitätsniveau anbieten können. In der Diskussion wird dabei meist zwischen Erhalt und kompletter Schließung eines Krankenhauses abgewogen. Umwandlungskandidaten, d.h. Krankenhäuser, die nicht ohne Einschränkung der Versorgung ersatzlos geschlossen werden können, sondern an deren Stelle ein niederschwelligeres Versorgungsangebot sinnvoll erscheint, erhalten weniger Aufmerksamkeit. Dass darüber hinaus, insbesondere in von Überkapazitäten geprägten Ballungsräumen, ein Potential zur ersatzlosen Schließung von Krankenhausstandorten besteht, ist unbestritten.

Derartige Umwandlungsszenarien eignen sich dementsprechend zunächst am besten für ländliche Regionen, in welchen weniger substitutive Versorgungsangebote zur Verfügung stehen und die ökonomischen Herausforderungen für stationäre und ambulante Leistungserbringer meist etwas anders gelagert sind als in urbanen Ballungsräumen. Für die ländliche Bevölkerung bedeutet dies, dass Strukturveränderungen – wie der ersatzlose Wegfall eines Versorgers – deutlich stärker spürbar sind. Die Betreiber von medizinischen Einrichtungen sehen sich mit wachsenden Einzugsgebieten und niedrigeren Zahlen potentieller Patienten konfrontiert. Krankenhäuser – naturgemäß Orte der hochtechnisierten Spitzenmedizin mit entsprechend hohen Fixkosten und Ansprüchen an die strukturellen Voraussetzungen – können unter diesen Vorzeichen kaum erfolgreich geführt werden. Hinzu kommt, dass hochqualifiziertes Personal, insbesondere im Bereich des ärztlichen Dienstes und der Pflege, in ländlichen Regionen noch schwerer zu gewinnen sind.

Den Bedarf der lokalen Bevölkerung an Hochleistungsmedizin können derartige Einrichtungen nicht erfüllen. Egal wie sehr man ein Krankenhaus verkleinert und welche Abstriche an Service und Qualität man bereit ist einzugehen – die aus den Charakteristika eines Krankenhauses hervorgehenden Voraussetzungen (ärztlicher Dienst rund um die Uhr, vollwertiger OP etc.) bleiben weiterbestehen und verursachen die entsprechenden Kosten. Eine überteuerte Versorgung, die zudem häufig den notwendigen qualitativen Standard nicht erreicht, entspricht jedoch weder dem Bedarf noch den Interessen der Bevölkerung.

Zugleich können diese Einrichtungen einen anderen Bedarf ebenfalls nicht erfüllen, nämlich den einer möglichst persönlichen und übersichtlichen Erbringung der Versorgung. Betrachtet man das Fallspektrum genauer, zeigt sich, dass weiterhin ein großes Ambulantisierungspotential besteht. Während im Bereich elektiver Operationen in den letzten Jahrzehnten hier bereits Fortschritte erzielt wurden, finden sich gerade im Bereich der Inneren Medizin bzw. allgemein bei der Versorgung geriatrischer Patienten viele Fälle, die zwar eine qualifizierte medizinische Überwachung, aber keine Hochleistungsmedizin benötigen.

Dieses Gutachten soll einen Beitrag zur Entwicklung qualitativ hochwertiger und bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen leisten. Hohe Ansprüche an die medizinische und pflegerische Qualität sowie ökonomische Restriktionen sind dabei mit den Bedarfen und Präferenzen der Bevölkerung in Einklang zu bringen. Hierzu werden Potentiale für Strukturveränderungen ausgelotet. In Form eines Intersektoralen Gesundheitszentrums (IGZ) wird ein konkreter Vorschlag für ein besseres Versorgungsangebot unterbreitet und auf Basis eines Business-Cases auf seine wirtschaftliche Tragfähigkeit untersucht. Während Krankenhäuser, welche den beschriebenen Anforderungen nicht gerecht werden, planvoll abgewickelt werden, wird mit dem IGZ eine neue Versorgungsform geschaffen, welche die Lücke zwischen einer stationären Versorgung im Krankenhaus und einer rein ambulanten Versorgung schließt. Das IGZ erweitert dabei die Stärken einer ambulanten fachärztlichen Versorgung um eine bettenführende Einheit für Patienten, welche weder 24/7 eine ärztliche Betreuung noch den direkten Zugang zur stationären Hochleistungsmedizin, wohl aber eine qualifizierte medizinische Supervision benötigen. Ganz explizit soll es sich bei diesem IGZ um ein Angebot der medizinischen Grundversorgung handeln. Spezialisierte Angebote, wie die des ambulanten Operierens, werden im Grundmodell explizit ausgeklammert. Modulare Erweiterungen sind jedoch möglich.

Je größer ein derartiges IGZ ist, je mehr hochspezialisierte Leistungen oder verschiedene Angebote auch außerhalb des medizinischen Bereiches mit eingebunden werden, desto leichter ist es, einen ökonomisch tragfähigen Business-Plan aufzustellen. Das Gutachten soll jedoch nicht Visionen zeichnen, die in manchen dünn besiedelten Regionen kaum umsetzbar sind, sondern vielmehr ein Kern-IGZ definieren, welches ein überzeugendes und qualitativ hochwertiges medizinisches Angebot erbringt und zugleich wirtschaftlich geführt werden kann. Auch wenn im vorliegenden Gutachten – ausgehend vom Transformationsgedanken – der Fokus auf dem ländlichen Raum liegt, kann das IGZ ohne Zweifel auch für urbane Regionen eine sinnvolle Ergänzung der Versorgungsstruktur darstellen.

II Aufbau des Gutachtens

Das Gutachten gliedert sich in fünf Module:

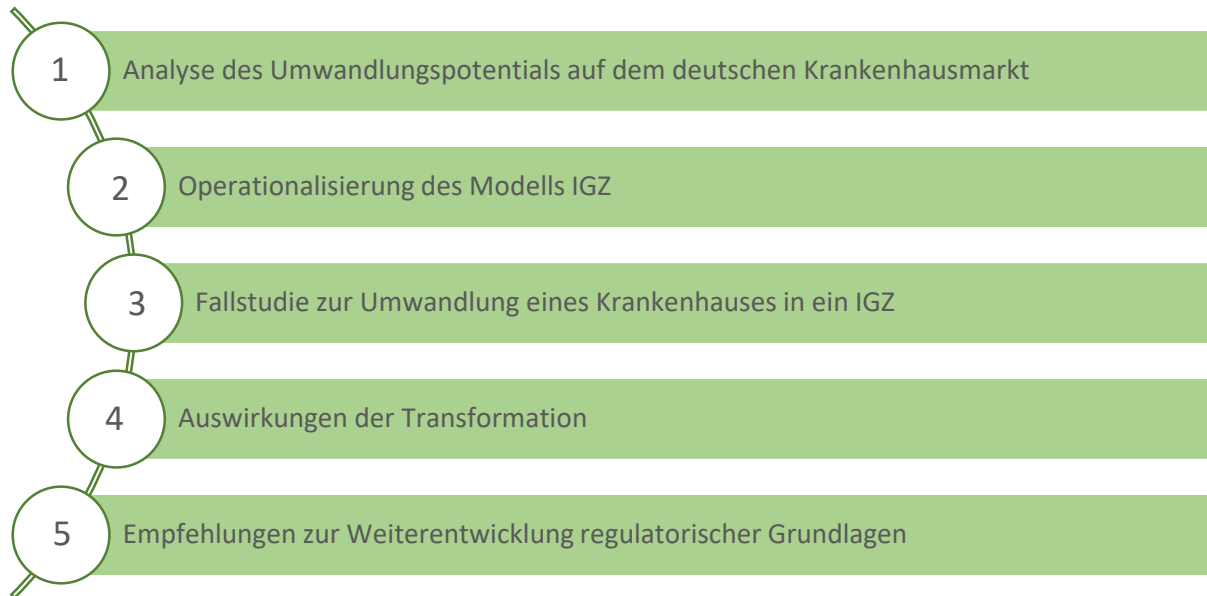


Abbildung 1: Modularer Aufbau des Gutachtens
Quelle: Eigene Darstellung

In Modul 1 werden grundlegende Kriterien definiert, welche dazu dienen, geeignete Krankenhäuser für eine Umwandlung in ein IGZ zu identifizieren. Neben Strukturmerkmalen der Einrichtung selbst ist hierzu auch der Einbezug regionaler Charakteristika von hoher Wichtigkeit. Methodisch stützt sich die Auswahl der Kriterien auf eine Literaturrecherche. Durch die Anwendung der Kriterien auf den deutschen Krankenhausmarkt wird anschließend das aktuelle Umwandlungspotential quantifiziert. Im Rahmen einer Vollerhebung, insbesondere auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, können dabei Aussagen darüber getroffen werden, in welchem Umfang sich Einrichtungen gut oder zumindest bedingt zur Umwandlung in ein IGZ eignen.

In Modul 2 wird anschließend das allgemeine Konzept des IGZ entwickelt und zunächst auf abstrakter Ebene operationalisiert. Neben der Festlegung eines Geschäftsmodells ist insbesondere zu diskutieren, welche Rolle das IGZ im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung erfüllt und welchen Beitrag es – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – zu einer wohnortnahen Versorgung leisten kann. Von elementarer Bedeutung ist dabei die Frage nach möglichen Vergütungsansätzen sowie eine umfassende Analyse der verschiedenen Stakeholderinteressen.

Modul 3 umfasst die Ausarbeitung einer fiktiven Fallstudie zur Etablierung eines IGZ. Das in diesem Kontext abzuwickelnde Krankenhaus entspricht dabei dem zuvor abgeleiteten Idealtypus. Die Fallstudie orientiert sich stark an realen Gegebenheiten und plausiblen ökonomischen und medizinischen Leistungsdaten. Unter Nutzung von umfassenden Erfahrungen aus der Beratungspraxis der Oberen AG wird in diesem Modul der vollständige Transformationsprozess von der Schließung des Krankenhauses bis zur Inbetriebnahme des IGZ dargestellt.

Welche potentiellen Auswirkungen sich durch die Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ ergeben, wird in Modul 4 thematisiert. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf Effekten zur Versorgungssituation vor Ort, der Wirtschaftlichkeit des IGZ im Vergleich zum Krankenhaus, regionalökonomischen Effekten und Auswirkungen auf die Chancen zur Gewinnung von medizinischem Fachpersonal.

Aus den Erkenntnissen der vorangegangenen Arbeitsschritte werden in Modul 5 die identifizierten Hürden des Umwandlungsprozesses und Betriebs eines IGZ zusammengefasst. Neben strukturellen und wirtschaftlichen Problemen muss dabei insbesondere auch die rechtliche Perspektive betrachtet werden. Dabei gilt es zu prüfen, inwiefern und mit welchen Erfolgsaussichten diese Hürden beseitigt werden können. Hieraus lassen sich grundlegende Empfehlungen zur Weiterentwicklung der regulativen Grundlagen ableiten.

III Datengrundlage

Um abzuschätzen, in welcher Größenordnung Umwandlungen in IGZ stattfinden können, gilt es den entwickelten Analyserahmen auf den deutschen Krankenhausesektor anzuwenden. Das Gutachten stützt sich dabei auf diverse Datenquellen, welche zur Analyse, Konkretisierung und Validierung herangezogen werden. Über die Nutzung der Datensätze hinaus wurden alle relevanten Ergebnisse in regelmäßigen Abständen im Kreis der Projektpartner diskutiert und unter Einbezug diverser Fachexperten validiert.

Konkret basieren die Ergebnisse des Gutachtens auf folgenden Datensätzen:

- **Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V**

Die aufbereiteten Qualitätsberichte aus dem Jahr 2016 ermöglichen einen Überblick über die zentralen Struktur- und Leistungsdaten deutscher Krankenhäuser. Besonders hervorzuheben ist, dass es sich um eine Vollerhebung handelt und der Datensatz auch einzelne Krankenhausstandorte ausweist.

- **Siedlungsstrukturelle Daten des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBSR)**
Anhand amtlicher Gemeindekennziffern können als siedlungsstrukturelle Informationen über laufende Stadtbeobachtungen nicht nur die Stadt- und Gemeindetypen zugeordnet, sondern über laufende Raubeobachtungen auch die Lage und Besiedlung der einzelnen Gemeinden berücksichtigt werden.
- **Raumordnungsprognose 2035 des BBSR**
Prognoseberechnungen für Kreise und kreisfreie Städte geben einen Ausblick auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung insgesamt.
- **Strukturdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen**
Daten zur Verteilung der Vertragsärzte und MVZ, Zuordnung der Planungsbereiche nach Arztgruppen sowie zur Bedarfsplanung beschreiben die bestehende Versorgungssituation im ambulanten Sektor.
- **Daten der amtlichen Krankenhausstatistik**
Die Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweise der Krankenhäuser geben einen Überblick über die Struktur des Krankenhaussektors und erlauben insbesondere die Ermittlung der regionalökonomischen Effekte. Anders als bei den Qualitätsberichten ist jedoch keine standortgenaue Betrachtung möglich.

Neben der Nutzung dieser öffentlichen Quellen wurde – insbesondere zur Konkretisierung der Fallstudie – auf Erfahrungswerte aus der Beratungspraxis der Oberender AG zurückgegriffen.

1. Modul

Analyse des Umwandlungspotentials auf dem
deutschen Krankenhausmarkt

1. Modul: Analyse des Umwandelungspotentials auf dem deutschen Krankenhausmarkt

1.1 Grundlagen und Voraussetzung der Umwandlung

Mit dem Konzept intersektoraler Gesundheitszentren (IGZ) wird das Ziel verfolgt, trotz des drohenden Verlustes stationärer Strukturen eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und attraktive Versorgung vor Ort sicherzustellen. Insbesondere für die alternde Bevölkerung in strukturschwachen Regionen ist eine wohnortnahe medizinische Leistungserbringung von steigender Bedeutung. Die ideale Ausgestaltung eines IGZ ist dabei von den strukturellen Bedingungen vor Ort abhängig.

Vor diesem Hintergrund ist in einem ersten Schritt zu definieren, bei welchen Krankenhäusern das langfristige Fortbestehen verstärkt gefährdet ist, die jedoch einen wichtigen Beitrag für die flächendeckende Versorgung leisten und daher nicht ersatzlos geschlossen werden sollten. Dabei ist neben den Strukturmerkmalen des Krankenhauses selbst, z. B. Größe, Leistungsspektrum und die Anbindung an weitere Versorger, auch der regionale Kontext zu berücksichtigen. Hierzu wird ein Analyserahmen zur Identifikation geeigneter Krankenhausstandorte entworfen. Die Kriterien wurden in einem mehrstufigen Verfahren unter Berücksichtigung literaturbasierter Erkenntnisse sowie oben genannter Datensätze finalisiert. Die Validierung erfolgt durch die Prüfung auf Umsetzbarkeit unter Einbezug der fachlichen Expertise aller Projektpartner.

Zunächst wird der Frage nachgegangen, welche Strukturen einen potentiellen Umwandlungskandidaten auszeichnen bzw. welche Eigenschaften diesem Vorhaben sicherlich entgegenstehen. In Anlehnung an den Vorschlag des SVR (2014) fokussiert sich das vorliegende Gutachten insbesondere auf kleinere, ländliche Krankenhausstandorte. Um sich diesen Standorten anzunähern, wurde eine Reihe an Kriterien definiert, welche zur Selektion bzw. zur weiteren Charakterisierung genutzt werden.

Selektionskriterien stellen Merkmale dar, welche die Standortauswahl im vorliegenden Gutachten verbindlich einschränken. Gefiltert wird dabei beispielsweise nach der Standortgröße als auch der Siedlungsstruktur. Hierbei ergibt sich eine Auswahl an Krankenhausstandorten, welche sich grundsätzlich für die Umwandlung in ein IGZ eignen. Gleichzeitig gilt es für die Ausgestaltung einer mit wirtschaftlichen Kennzahlen hinterlegten Fallstudie in Modul 3, einen möglichst eng umrissenen Umwandlungskandidaten zu definieren. Die Auswahl an Krankenhausstandorten, welche für eine Umwandlung in ein IGZ *grundsätzlich geeignet* ist, wird daher in einem sekundären Projektschritt anhand enger gefasster Kriterien auf *idealtypische* Umwandlungskandidaten eingegrenzt.

Neben den verbindlichen Selektionskriterien fassen **weitere Charakteristika** bestimmte Merkmale der Krankenhausstandorte zusammen. Diese stellen keine zwingenden Ausschlusskriterien dar, sondern dienen dazu, den Krankenhausstandort näher zu definieren. Zu welchem Grad die Charakteristika die Eignung einer Einrichtung zur Umwandlung in ein IGZ, den Umwandlungsprozess oder das spätere Geschäftsmodell beeinflussen können, wird im Verlauf des Gutachtens herausgearbeitet.

1.1.1 Selektionskriterien zur Umwandlung eines Krankenhausstandorts in ein IGZ

Nachfolgende Kriterien definieren notwendige Voraussetzungen eines Krankenhausstandorts zur Eignung als potentieller IGZ-Umwandlungskandidat. Im Einzelnen werden die Standortgröße, die Lage und das Leistungsspektrum der Einrichtung sowie die Aussicht auf Sicherstellungszuschläge betrachtet.

1.1.1.1 Standortgröße

Die Größe eines Krankenhausstandortes stellt einen wichtigen Indikator zum langfristigen Erhalt der Einrichtung dar. Denn während sich eine hohe Bettenzahl signifikant positiv auf die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit eines Krankenhauses auswirkt, haben kleinere Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung verstärkt mit ökonomischen Herausforderungen zu kämpfen (vgl. Augurzyk et al., 2017). Doch nicht nur vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlicher Kennzahlen, sondern auch auf Basis aktueller gesundheitspolitischer Maßnahmen erscheint der weitere Abbau kleinerer Krankenhäuser vorgezeichnet. Hierzu zählt insbesondere die Ausgestaltung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren, wodurch es Planungsbehörden erstmals ermöglicht wird, die Qualität der medizinischen Versorgung einer Klinik bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Auch die Einhaltung festgesetzter Mindestmengen stellt für kleinere Einrichtungen eine große Herausforderung dar. Mindestmengen beruhen dabei auf der Erkenntnis, dass insbesondere bei komplexen Behandlungen ein Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Qualität nachgewiesen werden kann (vgl. IQTIG, 2018). Des Weiteren fällt es kleineren Krankenhäusern tendenziell nicht nur schwerer, wirtschaftlich tragfähige Fallzahlen zu erreichen, sondern auch aufgrund des häufig als weniger attraktiv wahrgenommenen Standorts ausreichend qualifiziertes Personal zu rekrutieren (vgl. Neubauer, 2017). Der Krankenhaus-Report 2018 simuliert die zukünftige Weiterentwicklung des Krankenhausmarktes unter Berücksichtigung der Soll-Struktur entsprechend des Strukturfonds im Krankenhausstrukturgesetz (KHSZG). Dabei wird bis 2025 die Schließung von 286 Krankenhausstandorten beschrieben, wobei es sich insbesondere um kleine Einrichtungen mit durchschnittlich 132 Betten handelt (vgl. Augurzyk und Pilny, 2018). In Anlehnung an die Definition ländlicher Krankenhäuser von Beivers und Spangenberg (2008) und unter der Annahme, dass die tendenziell komplexeren Leistungen größerer Schwerpunktversorger nur in ge-

ringerem Maße in sektorenübergreifenden Zentren erbracht werden können, werden in einem primären Schritt ausschließlich Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten näher untersucht. Nicht betrachtet werden des Weiteren Standorte, welche in den Qualitätsberichten mit null Betten ausgezeichnet sind. Um die Homogenität der Auswahlkandidaten zu erhöhen, grenzen spätere Analysen diesen Korridor weiter ein. Die finale Auswahl an idealtypisch geeigneten Umwandlungskandidaten umfasst ausschließlich Krankenhausstandorte der Größenklasse von 51 - 150 Betten.

1.1.1.2 Siedlungsstruktur

Der Einbezug siedlungsstruktureller Daten zielt auf eine bestmögliche Abgrenzung zwischen urbanen und ländlichen Regionen. In Ballungszentren ist aufgrund einer höheren Konzentration an Leistungserbringern davon auszugehen, dass bei ersatzloser Schließung einer stationären Einrichtung der Zugang zur medizinischen Versorgung weiterhin ohne nennenswerte Einschränkung gegeben ist. Nach Analysen von Garre et al. (2015) sind über 75 % der Krankenhäuser ohne Spezialisierung und unter 300 Betten in Ballungszentren angesiedelt und würden im Fall der Standortschließung keine Versorgungslücken hinterlassen. Auch der SVR (2014) schätzt die mögliche Unterversorgung in Ballungszentren aufgrund der guten verkehrstechnischen Anbindung deutlich weniger gravierend ein als im ländlichen Raum. Bedingt durch die Urbanisierung und die damit verbundene Alterung der verbleibenden ländlichen Bevölkerung als auch die mangelnde Standortattraktivität für Leistungserbringer ist die Versorgungssituation insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten komplexer. Der Kliniksimulator des GKV-Spitzenverbands (www.gkv-kliniksimulator.de) gibt Aufschluss über verlängerte Fahrtzeiten, welche die Bevölkerung aufgrund der Schließung einer stationären Einrichtung auf sich nehmen müsste.

Der Definition der Siedlungsstrukturen in Deutschland liegt insbesondere die Datenbasis des BBSR zugrunde. Auf Gemeindeebene ist dabei sowohl nach Siedlungstyp (Groß-, Mittel-, Kleinstadt bzw. Landgemeinde) als auch nach Lage (sehr zentral bis sehr peripher) zu unterscheiden. Abbildung 2 differenziert dabei auf Gemeindeebene nach beiden Kriterien.

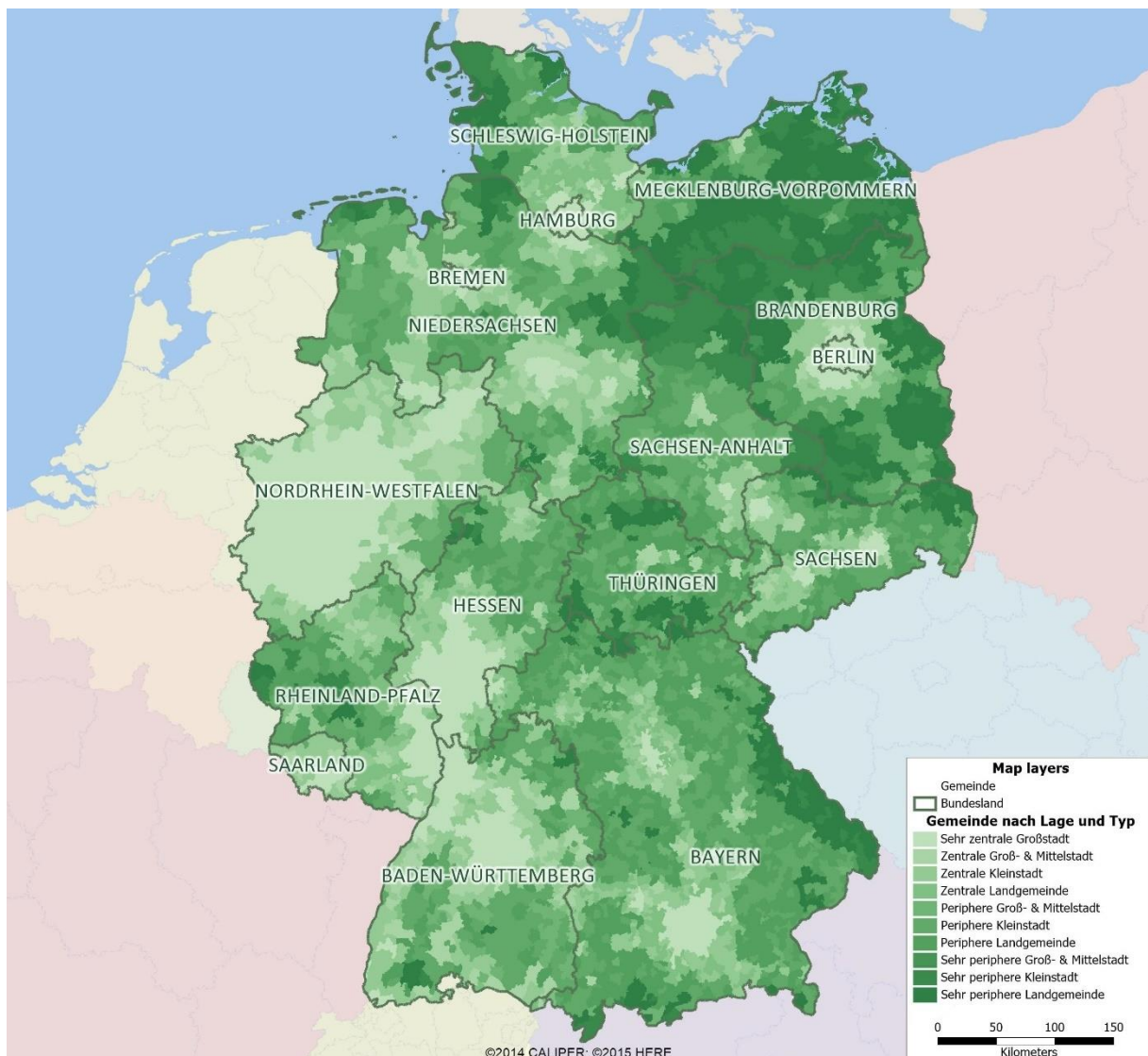


Abbildung 2: Gemeindestrukturen in Deutschland nach Siedlungstyp und Lage
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des BBSR (2018b)

Für die weitere Analyse werden sowohl zentrale als auch sehr zentrale Siedlungsstrukturen ausgeschlossen. Mit dem Ziel der Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung bei Krankenhausschließung fokussiert sich das vorliegende Gutachten auf periphere sowie sehr peripher gelegene Gebiete. Diese häufen sich insbesondere in den neuen Bundesländern, an den Küstengebieten sowie in Bayern. In Bezug auf den Siedlungstyp sind in (sehr) peripheren Gebieten am häufigsten Landgemeinden (bis zu 5.000 Einwohner) und Kleinstädte (bis zu 20.000 Einwohner) zu finden (vgl. BBSR, 2018a).

Inseln werden im vorliegenden Gutachten nicht betrachtet, da diese nicht nur strukturellen Besonderheiten unterliegen, sondern sich auch in Hinblick auf den medizinischen Bedarf vom Festland unter-

scheiden. So verändert sich z.B. aufgrund der Touristenströme in den Sommermonaten das Patientenaufkommen auf der Insel Rügen drastisch (vgl. Harre, 2013). Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) berücksichtigt Krankenhäuser mit Insellagen regelmäßig gesondert (siehe Kapitel 1.1.1.4).

1.1.1.3 Leistungsspektrum und Spezialisierungsgrad

Nach dem Krankenhaus Rating Report ist die Kombination einer niedrigen Bettenzahl und einer gleichzeitig geringen Spezialisierung mit einer deutlich erhöhten Ausfallwahrscheinlichkeit verbunden (vgl. Augurzky et al., 2016). Doch nicht nur aus ökonomischer, sondern insbesondere auch aus Qualitätsperspektive rät der SVR zum Abbau von Überkapazitäten sowie zur stärkeren Spezialisierung der Krankenhäuser. So heißt es in den Empfehlungen: „Mit Blick auf den ländlichen Raum sollte nicht jedes Krankenhaus das gesamte Leistungsspektrum seiner im Versorgungsauftrag genannten Fachrichtungen erbringen. Stattdessen ist der Fokus auf eine qualitativ hochwertige Grundversorgung zu legen, während hoch spezialisierte Leistungen in dafür ggf. besser geeignete Einrichtungen mit entsprechender Infrastruktur gelenkt werden können“ (SVR, 2014, S. 608). Dementsprechend konzentriert sich auch das Konzept lokaler Gesundheitszentren des SVR (2014) auf Leistungen der Grundversorgung und insbesondere auf geriatrisch ausgerichtete Konzepte, um den wachsenden Versorgungsbedarf der älteren und chronisch erkrankten Bevölkerung wohnortnah sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund gilt es im Nachfolgenden, die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung zu identifizieren und von Schwerpunkt- und Maximalversorgern abzugrenzen. Im Rahmen des Versorgungsauftrags obliegt den einzelnen Bundesländern die Planung der stationären Versorgungskapazitäten. Dabei existiert keine bundeseinheitliche Definition der stationären Versorgungsstufen. Diese werden vielmehr in den jeweiligen Landeskrankenhausplanungen unterschiedlich berücksichtigt. Nach der Einordnung von Nagel (2013) verfügen Häuser der Grund- und Regelversorgung jedoch mindestens über eine Fachabteilung der Inneren Medizin und Chirurgie. Gegebenenfalls besitzen sie darüber hinaus weitere Abteilungen, z. B. eine Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Augenheilkunde. Grund- und Regelversorger garantieren dabei insbesondere die flächendeckende Versorgung in ländlichen Regionen. Im Jahr 2015 entfielen 66,1 % aller stationären Krankenhausfälle in Deutschland auf die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (vgl. Augurzky et al., 2017).

Im Sinne eines konsequent konservativen Vorgehens orientiert sich das Gutachten hier eher an einer minimalen Ausstattung. Als zwingendes Kriterium zur Einordnung als Grund- und Regelversorger werden daher in einem ersten Schritt ausschließlich Krankenhausstandorte als potentielle Umwandlungs-

kandidaten fokussiert, welche zumindest eine Fachabteilung der Inneren Medizin aufweisen. In Kombination mit der bereits definierten Größenrestriktion von 51 – 150 Betten kann hierdurch eine recht klare Abgrenzung der kleinen Häuser der ersten Versorgungsstufe gewährleistet werden.

Insbesondere bei stationären Versorgern unter 100 Betten handelt es sich häufig um Kliniken mit besonderen Leistungen und Strukturen, z. B. Privatkliniken oder Fach- und Belegkliniken (vgl. DKI, 2017). Augurzky et al. (2017) vermuten zudem eine Vielzahl spezialisierter Häuser bei einer Standortgröße von 50 - 199 Betten, da hier deutschlandweit der Case-Mix-Index (CMI) im Vergleich zu anderen Größenklassen auffällig hoch ist. Stark spezialisierte Kliniken und Fachkrankenhäuser sind keine potentiellen IGZ-Umwandlungskandidaten. Dies bedingt sich zum einen in ihren positiveren ökonomischen Aussichten im Vergleich zu Grund- und Regelversorgern (vgl. Augurzky et al., 2017), zum anderen in der begrenzten Möglichkeit der Überführung der komplexen Leistungen in ambulante Strukturen. Die Definition als Fachklinik erfolgt über den sogenannten Gini-Koeffizienten des WidO-Instituts aus dem Krankenhaus-Report. Dabei beschreibt ein Gini-Koeffizient mit dem Wert 1 eine maximale, der Wert 0 eine minimale Spezialisierung der Einrichtung. Der Wert bestimmt sich durch die Verteilung der individuellen Krankenhausleistungen über die Grundgesamtheit aller Basis-DRGs (vgl. Klauber et al., 2018). Im vorliegenden Datensatz wurden hochspezialisierte Krankenhausstandorte mit einem Gini-Koeffizienten $> 0,99$ automatisch ausgeschlossen, ebenso Einrichtungen, welche nach weiteren Recherchen einer Fachklinik entsprechen. Da bei Kliniken mit mehreren Standorten keine Angaben zum Gini-Koeffizienten aus dem Krankenhaus-Report verfügbar sind, wurde deren Spezialisierungsgrad mittels individueller Prüfung ihrer Internetseiten vorgenommen. Abschließend sind auch Krankenhäuser der Psychosomatik sowie der Psychiatrie aufgrund der fachspezifischen Leistungsspektren aus der finalen Betrachtung ausgeschlossen.

1.1.1.4 Aussicht auf Sicherstellungszuschlag nach Regelungen des G-BA

Sind Krankenhäuser aus regulären Mitteln des Entgeltsystems nicht kostendeckend zu finanzieren, jedoch für die regionale Basisversorgung der Bevölkerung unverzichtbar, können nach den Kriterien des G-BA Sicherstellungszuschläge zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart werden (vgl. G-BA, 2016b). Die Kriterien für die Bewertung der Relevanz eines Krankenhauses für die Sicherstellung der Versorgung werden allerdings kontrovers diskutiert. Gerade im internationalen Vergleich erscheinen die in Deutschland hier angelegten Maßstäbe eher restriktiv. Die Klärung dieser Frage ist jedoch nicht Gegenstand dieses Gutachtens. Daher wird dieses Kriterium lediglich im sekundären Auswahlverfahren zur Abgrenzung der *idealtypisch* geeigneten Krankenhausstandorte genutzt. Somit blei-

ben Einrichtungen, welche die strukturellen Vorgaben der Sicherstellungszuschläge erfüllen, zumindest im primären Auswahlverfahren erhalten und gelten daher für die Umwandlung in ein IGZ als *grundsätzlich* geeignet.

Seit April 2018 gilt nach dem Beschluss des G-BA neben der Inneren Medizin und chirurgischen Fachabteilungen auch die Geburtshilfe als basisrelevante Vorhaltung eines Krankenhauses und ist somit ab Januar 2019 zuschlagsfähig (vgl. G-BA, 2018b). Zu den Voraussetzungen zum Erhalt des Zuschlags zählen neben der Vorhaltung entsprechender Fachabteilungen auch die Gefährdung der flächendeckenden Versorgung im Falle einer Standortschließung sowie das Vorliegen eines geringen Versorgungsbedarfs. Im Umkehrschluss wird anhand dieser Definition gleichzeitig deutlich, welche Krankenhausstandorte nach Ansicht des G-BA verzichtbar sind und somit möglicherweise abgebaut werden könnten (vgl. Leber und Scheller-Kreinsen, 2018). Während im Jahr 2016 lediglich vier Krankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag erhielten, bezifferte der G-BA zu diesem Zeitpunkt das zukünftige Potential auf 80 zuschlagsfähige Einrichtungen (vgl. G-BA, 2016b).

Ohne Berücksichtigung der Geburtshilfe erfüllen aktuell ca. 100 Krankenhausstandorte zumindest die strukturellen Voraussetzungen eines Sicherstellungskandidaten (vgl. Leber und Scheller-Kreinsen, 2018). Zur tatsächlichen Vergabe des Zuschlags ist neben den strukturellen Merkmalen allerdings zusätzlich der ökonomische Status quo der Einrichtungen zu prüfen. Für die vorliegende Krankenhausauswahl ist aufgrund mangelnder Kostendaten nicht ersichtlich, welche Standorte sich in einer wirtschaftlichen Schieflage befinden. Allerdings kann anhand der Qualitätsberichtsdaten sowie des GKV-Kliniksimulators die Erfüllung der strukturellen Anforderungen des Sicherstellungszuschlags überprüft werden. Der GKV-Kliniksimulator ermittelt hierfür die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen im Falle einer fiktiven Standortschließung. Nach dem G-BA ist von einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung auszugehen, wenn durch die Standortschließung mindestens 5.000 Einwohner zusätzlich eine PKW-Fahrzeit von mehr als 30 Minuten auf sich nehmen müssen, um das nächstgelegene Krankenhaus zu erreichen. Ein geringer Versorgungsbedarf liegt vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte unter 100 Einwohnern je Quadratkilometer liegt. Für besonders dünn besiedelte Regionen und Inseln können darüber hinaus Ausnahmeregelungen geltend gemacht werden, welche mit niedrigeren Zuschlagsanforderungen einhergehen (vgl. G-BA, 2016b).

Im vorliegenden Gutachten können die strukturellen Voraussetzungen für den Erhalt des Sicherstellungszuschlags nicht für alle Häuser mittels des GKV-Kliniksimulators erhoben werden, da dieser einige wenige Krankenhausstandorte nicht enthält. Dies bedingt sich neben einer unterschiedlichen Datengrundlage (der GKV-Kliniksimulator nutzte zum Zeitpunkt der Prüfung ältere Qualitätsberichtsdaten aus dem Jahr 2015, dem Gutachten liegen Daten von 2016 zugrunde) auch durch eine abweichende

Definition der „Grund- und Regelversorger“. Dabei listet der GKV-Kliniksimulator ausschließlich Krankenhäuser, welche neben der Vorhaltung einer Inneren Medizin und Allgemeinen Chirurgie auch definierte Anforderungen an die Art, Anzahl und Uhrzeit der jeweils erbrachten Leistungen erfüllen. Letzteres Kriterium approximiert gleichzeitig die notwendige Anbindung an die Notfallversorgung (vgl. Scheller-Kreinsen und Krause, 2015). Im vorliegenden Gutachten erfolgt die Abgrenzung von Grund- und Regelversorgern aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit von Abrechnungsdaten ausschließlich über die Vorhaltung der Inneren Medizin unter Ausschluss der Fachkliniken. Für Krankenhausstandorte, bei welchen keine Ergebnisdaten des GKV-Kliniksensors generiert werden können, erfolgt die Analyse der Einwohnerdichte sowie der Gefährdung der flächendeckenden Versorgung anhand einer manuellen Onlinerecherche. Des Weiteren wurde die Identifikation der Sicherstellungskandidaten im Rahmen von Expertengesprächen, auch durch Hinzuziehung von Vertretern der Krankenkassen, validiert.

Insgesamt werden die strukturellen Voraussetzungen des Sicherstellungszuschlags ausschließlich für die Fachabteilungen Innere Medizin sowie Chirurgie geprüft, da Zuschläge der Frauenheilkunde und Geburtshilfe abweichenden Kriterien unterliegen. Hierbei ist die flächendeckende Versorgung erst dann als gefährdet einzustufen, wenn die PKW-Fahrzeit bei Krankenhausschließung eine Länge von 40 Minuten überschreitet (vgl. G-BA, 2018b). Der GKV-Kliniksimulator prüft jedoch ausschließlich hinsichtlich der Einwohneranzahl mit einer Fahrzeit länger als 30 Minuten.

1.1.2 Weitere Charakteristika

Im Nachfolgenden werden weitere Eigenschaften der Krankenhausstandorte beschrieben. Sie grenzen die bisherige Auswahl an IGZ-gereigneten Umwandlungskandidaten nicht weiter ein, sondern dienen vorrangig zur Beschreibung dieser. Im Vergleich zu den Selektionskriterien umfassen die Charakteristika nicht ausschließlich Strukturmerkmale der Einrichtung selbst, sondern beziehen sich auch auf den regionalen Kontext.

1.1.2.1 Krankenhausträgerschaft

Die Trägerschaft eines Krankenhauses erlaubt erste Hinweise auf die durchschnittliche wirtschaftliche Lage. Im Vergleich zu privaten und freigemeinnützig geführten Kliniken geht dabei die öffentlich-rechtliche Trägerschaft im Mittel mit einer schlechteren wirtschaftlichen Situation einher. Während im Jahr 2014 80 % der freigemeinnützig und 94 % der privaten Krankenhäuser einen Jahresüberschuss erzielten, war ein positives Ergebnis nur bei 64 % der öffentlich-rechtlich geführten Einrichtungen zu verzeichnen (vgl. Augurzky et al., 2017). Diese trägerspezifischen Unterschiede sind dabei insbesondere in westdeutschen Bundesländern zu verzeichnen. Prognosen des Krankenhaus-Rating-Reports 2017 vermuten für öffentlich-rechtliche Häuser eine deutlich höhere Ausfallwahrscheinlichkeit, wobei sich

die gefährdeten Häuser hauptsächlich in Bayern und Baden-Württemberg befinden (vgl. Augurzky et al., 2017).

1.1.2.2 Teilnahme am gestuften System der stationären Notfallversorgung

Die Auskunft darüber, ob ein umzuwandelndes Krankenhaus an der stationären Notfallversorgung beteiligt ist, ermöglicht eine bessere Übersicht über das aktuelle Leistungsangebot vor Ort. Insbesondere gering spezialisierte Häuser und Einrichtungen der Grundversorgung nehmen häufig an der Notfallversorgung teil. Lediglich 33,8 % der Häuser unter 50 Betten und 5,5 % der Häuser zwischen 50 und 199 Betten sind nicht darin integriert (vgl. Augurzky et al., 2017). Nach einem Gutachten des RWI zur Notfallversorgung in Deutschland würden von den aktuell 1.456 somatischen Krankenhäusern mit Anbindung an die Notfallversorgung grundsätzlich 736 Einrichtungen ausreichen, um ein Erreichbarkeitsniveau von maximal 30 Minuten Fahrzeit für 99,6 % der Bevölkerung zu halten. Allerdings liegt das Reduktionspotential hierbei zum Großteil in urbanen Regionen, darunter die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sowie Nordrhein-Westfalen. Speziell in ländlichen Regionen sind deutlich weniger Schließungen möglich, ohne das Erreichbarkeitsniveau zu unterschreiten (vgl. RWI, 2018).

Im April 2018 beschloss der G-BA neue Mindestanforderungen zu einem gestuften System der stationären Notfallversorgung als Grundlage zukünftiger Vergütungszuschläge. Zielsetzung dabei ist die flächendeckende Sicherung der Qualität in der Notfallversorgung als auch eine gerechtere und zielgenauere Vergütung für Krankenhäuser. Als strukturelle Mindestanforderung zur Zuordnung in die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) gilt die Vorhaltung der Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie/Unfallchirurgie sowie ein Bestand von mindestens sechs Intensivbetten am Standort. Nach der Aufnahme des Patienten in der Notaufnahme muss weiterhin innerhalb von zehn Minuten über die Priorität der Behandlung entschieden und ein Facharzt nach spätestens 30 Minuten am Patienten verfügbar sein (vgl. G-BA, 2018a). Da Prozessoptimierungen und Personalentscheidungen vergleichsweise flexibel und zügig angepasst werden können, werden die vorliegenden Krankenhausstandorte ausschließlich auf ihre strukturellen Voraussetzungen zur Teilnahme an der Basisnotfallversorgung geprüft. Als potentielle Kandidaten zählen hierzu Krankenhäuser, welche die notwendigen Fachabteilungen und -betten vorhalten.

Insgesamt orientieren sich die Zuordnungskriterien des G-BA ausschließlich an einrichtungsbezogenen Strukturen und schließen weder den tatsächlichen Versorgungsbedarf, noch den regionalen Kontext mit ein. Vor diesem Hintergrund ist die Einordnung als Basisnotfallversorger lediglich als deskriptives Charakteristikum zu nutzen.

1.1.2.3 Stationäre Versorgungssituation

Die Anzahl der Grund- und Regelversorger im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandorts erlaubt eine erste Einschätzung über die stationäre Versorgungssituation vor Ort. Diese Daten geben wichtige Hinweise auf den Versorgungskontext, in welchen sich das zu schließende Krankenhaus sowie das spätere IGZ einordnen. Ein hoher Versorgungsgrad kann dabei je nach Blickwinkel als Herausforderung oder Chance interpretiert werden. Eine hohe Anzahl an konkurrierenden Grund- und Regelversorgern könnte dabei auf eine hohe Wettbewerbsintensität hinweisen. Aufgrund der in der Fläche breiter verteilten Kliniken ist jedoch insbesondere in ländlichen Gebieten kaum von einem direkten Wettbewerb auszugehen, zumal diese häufig in einen gemeinsamen Verbund eingegliedert sind.

Dem IGZ bieten nahe gelegene Krankenhäuser einfache Möglichkeiten der Kooperation und Zusammenarbeit. Da das IGZ die Strukturen eines Akutkrankenhauses nicht ersetzen kann und soll, ist hierbei eine gute Zusammenarbeit mit allen Leistungserbringern der Region von hoher Wichtigkeit, um Patienten entsprechend ihres Bedarfs in die richtigen Versorgungsstrukturen lenken zu können.

Im vorliegenden Fall gibt der GKV-Kliniksimulator Auskunft darüber, wie viele Grundversorger sich im 30-PKW-Fahrtzeitminuten-Umkreis um den umzuwandelnden Krankenhausstandort befinden. Analog lassen sich auch online über die Weisse Liste der Bertelsmann Stiftung stationäre Versorger im Umkreis ermitteln. Hierbei wird jedoch nicht nach Einrichtungen verschiedener Versorgungsstufen bzw. Fachkliniken unterschieden.

1.1.2.4 Anbindung an weitere Krankenhausstandorte

Des Weiteren gilt es zu prüfen, ob der jeweilige Krankenhausstandort einer von mehreren Krankenhausstandorten eines Krankenhauses bzw. eines Krankenhausträgers in dieser Region ist. Es ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser durch eine gegenseitige Anbindung diverse Verbundeffekte und Synergien nutzen können, welche sich positiv auf den langfristigen Erhalt der Einrichtungen auswirken. Während größere Einrichtungen relativ gesehen häufiger als Solisten agieren, sind Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten häufiger Teil eines Verbunds. Das durchschnittliche Jahresergebnis bei Kettenmitgliedern liegt dabei deutlich höher als bei Solisten, welche gleichzeitig von einer höheren Ausfallwahrscheinlichkeit bedroht sind (vgl. Augurzky et al., 2017). Kliniken ohne direkte Anbindung an weitere Partner sind damit stärker gefährdet, langfristig nicht überlebensfähig zu sein. Als Ausnahme ist jedoch zu unterstreichen, dass die Zugehörigkeit zu einem öffentlich-rechtlichen Klinikverbund die Ausfallwahrscheinlichkeit eines Krankenhauses signifikant erhöht sowie eine niedrigere EBIT-Marge bedingt. Gleichzeitig agieren kommunale Häuser überdurchschnittlich oft als Solisten (vgl. Augurzky et al., 2017). Im vorliegenden Fall wird differenziert, ob eine Einrichtung im Sinne eines Einzelkrankenhauses als Solist agiert oder ob sie an weitere Kliniken angebunden ist.

1.1.2.5 Ambulante Versorgungssituation

Der ambulanten Versorgungssituation wird sich über die Verteilung bestimmter Facharztgruppen in den Regionen des Umwandlungskandidaten angenähert. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte ermöglicht eine erste Einschätzung darüber, inwieweit der aktuelle Bedarf an ambulanten Versorgungsleistungen gedeckt werden kann. Des Weiteren geben Versorgungsgrade Hinweise darauf, inwiefern die vorliegenden Regionen möglicherweise bereits an Standortattraktivität für Leistungserbringer verloren haben. Die Rekrutierung von medizinischem Personal in strukturschwachen Regionen stellt dabei eine zentrale Herausforderung für das IGZ dar.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind dazu verpflichtet, die ihnen übertragene öffentliche Aufgabe zur Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erfüllen. Jeder definierten Versorgungsebene liegt dabei ein entsprechender Raumzuschnitt zugrunde. So wird zwischen Mittelbereichen, Kreisen, Raumordnungsregionen und KV-Gebieten unterschieden (vgl. KBV, 2013) (nähere Ausführungen siehe Kapitel 1.2.4). Für die in diesem Gutachten betrachteten Standorte der Umwandlungskandidaten werden die aktuellen Versorgungsgrade der hausärztlichen Versorgung, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung für Chirurgen sowie der spezialisierten fachärztlichen Versorgung für Fachinternisten – jeweils mit und ohne Ermächtigung – zugeordnet. Des Weiteren sind die zukünftigen Prognosen der Versorgungsgrade zu betrachten, welche neben dem zu erwartenden Versorgungsbedarf auch die Altersstruktur der Leistungserbringer im betroffenen Gebiet einbeziehen (vgl. KBV, 2013). Die medizinische Versorgung ist insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen zum Teil gefährdet (vgl. SVR, 2014).

1.1.2.6 Anbindung an ambulante Strukturen

Krankenhäuser leisten neben der stationären Leistungserbringung auch einen zunehmend wichtigeren Beitrag zur ambulanten Versorgung. Viele ländliche Krankenhäuser bieten dabei nicht nur Leistungen wie ambulantes Operieren an, sondern sind auch an der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus oder an der Leistungserbringung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) beteiligt (vgl. Nagel et al., 2017).

Im Hinblick auf die Gründung eines IGZ scheint insbesondere das Betreiben eines MVZ durch das Krankenhaus interessant, da sich die bereits bestehende Verknüpfung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung möglicherweise auf den Umwandlungsprozess auswirkt oder das MVZ ein Nukleus für ein neues IGZ sein könnte. Neben bereits vorhandenen Strukturen besteht ggf. auch eine größere Akzeptanz der niedergelassenen Ärzte sowie der Bevölkerung in Bezug auf neue Versorgungsangebote. Gleichzeitig kann die Gründung eines IGZ als primär ambulant ausgerichtetes Geschäftsmodell jedoch auch, analog zur Gründung neuer MVZ, zu erheblichen Widerständen niedergelassener

Ärzte führen, welche zunehmende Konkurrenz und den Verlust des eigenen Patientenstamms befürchten. So hat beispielsweise ein MVZ in Krankenhaussträgerschaft in der Regel eine bessere finanzielle Ausgangslage, z. B. zur Investition in medizinische Großgeräte. Widerstände der niedergelassenen Ärzte können dabei, insbesondere durch ein verändertes Einweiserverhalten, hohen Druck auf die Betreiber der Zentren ausüben (vgl. Krolop et al., 2010). Das IGZ verfolgt dabei ausdrücklich nicht das Ziel, mit bereits ambulant tätigen Ärzten in Konkurrenz zu treten. Vielmehr sind bereits heute Allokationsprobleme der vertragsärztlichen Versorgung zwischen ländlichen und urbanen Räumen als auch zwischen der hausärztlichen und vertragsärztlichen Tätigkeit sichtbar. Während bei jungen Medizinerinnen ein Trend zur Subspezialisierung sichtbar ist, fällt es niedergelassenen Hausärzten auf dem Land gleichzeitig zunehmend schwerer, einen Nachfolger zu finden (vgl. SVR, 2014). Das IGZ bietet dabei das Potential, durch neue, sowohl für Patienten als auch Leistungserbringer attraktive Strukturen, die wohnortnahe Versorgung langfristig sicherzustellen.

1.1.2.7 Demographische Entwicklung

Für die ausgewählten Krankenhausstandorte wird die perspektivische Bevölkerungsentwicklung von 2018 bis 2033 herangezogen. Diese Prognosen geben wichtige Hinweise auf den zukünftigen medizinischen Bedarf in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten sowie auf potentielle Schwierigkeiten bei der zukünftigen Personalrekrutierung. Datengrundlage bildet hierzu die Raumordnungsprognose des BBSR (vgl. BBSR, 2012). Da ausschließlich periphere Siedlungsgebiete in die Betrachtung eingehen, ist eine zumindest tendenziell negative Einwohnerentwicklung zu erwarten. Während sich der Bedarf einer alternden Bevölkerung in Richtung steigender Multimorbidität und chronischer Erkrankungen verändert, stellt die Personalrekrutierung eine zunehmend größere Hürde für medizinische Dienstleister dar.

1.1.3 Zusammenfassung des Kriterienkatalogs

Tabelle 1 fasst alle definierten Kriterien zur Eignung eines Krankenhausstandortes für die Transformation in ein IGZ zusammen. Während Selektionskriterien Krankenhausstandorte verbindlich abgrenzen, beschreiben weitere Charakteristika lediglich Merkmale, welche sich direkt oder indirekt auf die Eignung als IGZ-Umwandlungskandidat auswirken können.

Standorte mit entsprechend definierter Lage, Leistungsspektrum und Spezialisierungsgrad sowie einer Standortgröße von 1-200 Betten sind für die Umwandlung in ein IGZ zumindest *grundsätzlich* geeignet. *Idealtypisch* geeignete Standorte grenzen sich von diesen darüber hinaus über einer Standortgröße von 51-150 Betten sowie keiner Aussicht auf Sicherstellungszuschläge nach den Regelungen des G-BA ab.

Tabelle 1: Übersicht der Kriterien zur Identifikation IGZ-geeigneter Krankenhausstrukturen

Selektionskriterien	Grundsätzlich geeignet	Idealtypisch geeignet
Standortgröße	1 - 200 Betten	51 - 150 Betten
Siedlungsstruktur	Periphere oder sehr periphere Gebiete	
Leistungsspektrum	Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin	
Spezialisierungsgrad	Keine Fachklinik, psychosomatische oder psychiatrische Klinik	
Strukturelle Voraussetzungen für Sicherstellungszuschlag	<i>(keine Prüfung)</i>	Nicht erfüllt
Weitere Charakteristika		
Krankenhausträgerschaft		
Teilnahme am gestuften System der stationären Notfallversorgung		
Anbindung an weitere Krankenhausstandorte		
Stationäre Versorgungssituation		
Ambulante Versorgungssituation		
Anbindung an ambulante Strukturen		
Demographische Entwicklung		

Quelle: Eigene Darstellung

1.2 Analyse der Krankenhauslandschaft in Deutschland

Die Zielsetzung dieses Kapitels liegt darin, das Umwandlungspotential für IGZ in Deutschland zu quantifizieren. Da sich dieser Prozess ausschließlich auf die Nutzung öffentlich verfügbarer Datenmaterialien stützt, wird an dieser Stelle bewusst auf eine namentliche Nennung der identifizierten Umwandlungskandidaten verzichtet. Wie bereits erwähnt, wurde die Auswahl jedoch anhand stichprobenartiger Überprüfungen sowie der fachinternen Expertise der Projektpartner validiert und bestätigt. Darüber hinaus befinden sich einzelne Standorte mittlerweile in einem Abwicklungsprozess, was die richtige Identifikation nicht langfristig überlebender Einrichtungen bestärkt. Anschließend erfolgt eine genauere Beschreibung der identifizierten Umwandlungskandidaten. Alle Zahlen sind dabei auf die nächstgelegene durch fünf teilbare Zahl gerundet.

Im Jahr 2016 waren über 2.500 Krankenhausstandorte in Deutschland zu verzeichnen. Mithilfe des bereits entwickelten Kriterienkatalogs werden im Rahmen der ersten Eingrenzung 190 Standorte als potentielle IGZ-Umwandlungskandidaten gefiltert (Kriterien: 1-200 Betten; keine Fachklinik, psychosomatische oder psychiatrische Klinik; periphere oder sehr periphere Lage; Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin). Diese Standorte gelten dabei zumindest als *grundsätzlich* für die Umwandlung in ein IGZ geeignet.

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass eine gute medizinische Versorgung auch über weite Distanzen hinweg bei deutlich weniger Krankenhäusern und Betten pro Einwohner logistisch zu lösen ist. Eine deutlich erhöhte Krankenhausedichte in Deutschland lässt dabei die potentielle Umwandlung von 190 Krankenhäusern durchaus realistisch erscheinen. Gleichzeitig ist jedoch unbestreitbar, dass die historisch gewachsenen Strukturen des deutschen Krankensektors mit entsprechenden Erwartungshaltungen der medizinischen Dienstleister als auch der Patienten einhergehen. Des Weiteren stehen diesem Umwandlungspotential auch gesetzliche Strukturen des deutschen Gesundheitswesens entgegen. So ist beispielsweise in Bezug auf die Sicherstellungszuschläge davon auszugehen, dass mehrere Krankenhäuser zukünftig trotz defizitärer Lage langfristig aufrechterhalten werden, da sie nach den Richtlinien des G-BA als notwendig für eine flächendeckende Basisversorgung gelten. Auch die bayerische Staatsregierung plant aktuell einen finanziellen Rettungsschirm, um kleine ländliche Krankenhäuser langfristig zu erhalten (vgl. Mittler, 2018).

Um vor diesem Hintergrund das kurz- bzw. mittelfristige Umwandlungspotential auf dem deutschen Krankensektor abschätzen zu können, wird die Auswahl *grundsätzlich* geeigneter Krankenhausstandorte weiter eingegrenzt. Die finale Auswahl umfasst dabei sowohl eine stärkere Restriktion der Standortgröße (51-150 Betten statt 1-200 Betten) als auch den Ausschluss aller Standorte, welche aufgrund ihrer strukturellen Gegebenheiten perspektivisch Aussicht auf Sicherstellungszuschläge nach der Vereinbarung des G-BA haben.

Die Auswahl *idealtypischer* Krankenhausstandorte lässt sich insgesamt auf ca. 75 beziffern. Diese Häuser sind nach den Kriterien des G-BA zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht zwingend notwendig und gleichzeitig aufgrund ihrer Größe, ihrer Lage und ihres Leistungsspektrums verstärkt in ihrer Existenz bedroht. Zudem bilden diese Strukturen einen idealen Anknüpfungspunkt für das IGZ, um zukünftig ein attraktives und tragbares Versorgungsmodell für die Bevölkerung vor Ort zu gewährleisten. Aufgrund der besseren Eignung zur Umwandlung in ein IGZ beziehen sich die Ausführungen des weiteren Gutachtens primär auf diese idealtypische Standortauswahl. Auch der Fallstudie in Modul 3 liegt ein fiktiver Business-Case zugrunde, welcher auf Basis dieser Krankenhausauswahl generiert

wurde. In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die rund 75 idealtypisch geeigneten Krankenhausstandorte näher charakterisiert.

1.2.1 Umwandlungskandidaten nach Größe, Trägerschaft und Leistungsspektrum

Die durchschnittliche Bettenzahl der zugrundeliegenden Krankenhausstandorte beträgt 102,4 Betten. Dabei verteilen sich die Umwandlungskandidaten gleichmäßig auf die Korridore 51-100 sowie 101-150 Betten. In Bezug auf die Trägerschaft lassen sich sowohl Standorte in privater, freigemeinnütziger und öffentlicher Führung als potentielle IGZ-Umwandlungskandidaten finden. Mit einer Anzahl von jeweils 20 Kandidaten sind sowohl private, als auch freigemeinnützige Krankenhausstandorte zu ähnlichen Teilen vertreten. Öffentliche Einrichtungen wurden dabei mit einer Anzahl von 35 Standorten fast doppelt so häufig als IGZ-Kandidaten identifiziert.

In Bezug auf das Leistungsspektrum halten alle Krankenhäuser zwingend eine Abteilung der Inneren Medizin vor. Insgesamt 8 % der Standorte besitzen darüber hinaus keine, und 10 % der Standorte nur eine weitere Fachabteilung (siehe Abbildung 3). Durchschnittlich weisen ländliche Krankenhäuser bei einer Bettenanzahl von 170 drei Hauptabteilungen sowie eine Belegabteilung auf (vgl. BDO AG, 2014). Auch im vorliegenden Fall hält ein Großteil der Häuser zwischen drei und fünf Fachabteilungen vor. Während der Anteil an Standorten mit sieben Abteilungen sehr gering ausfällt, verbleiben ein Viertel der Krankenhäuser mit sechs Fachabteilungen. Da es sich nach wie vor um kleine Krankenhäuser in peripheren Gebieten handelt, ist bei einer solch hohen Fachabteilungsanzahl davon auszugehen, dass ein Teil dieser als Belegabteilungen geführt wird.

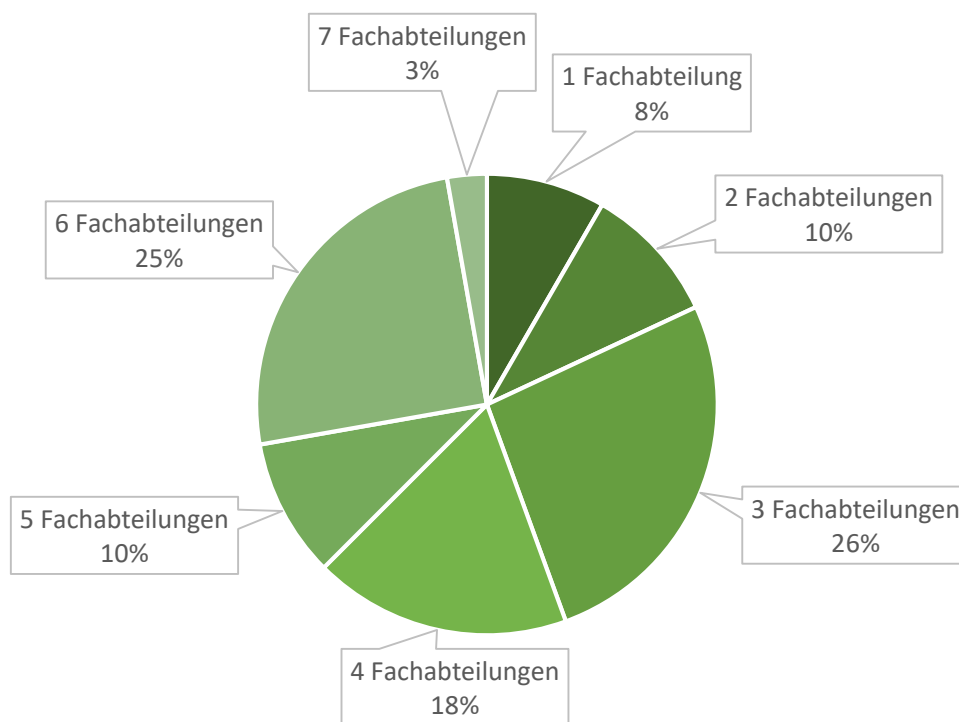


Abbildung 3: Umwandlungskandidaten nach Anzahl der Fachabteilungen pro Standort in Prozent
Quelle: Eigene Darstellung

Nach eigenen Angaben der Krankenhäuser im Rahmen der Qualitätsberichte betreiben über 90 % der Einrichtungen eine Zentrale Notaufnahme. Dies entspricht den Untersuchungen von Augurzky et al. (2017), wonach sich insgesamt nur 5,5 % der Häuser zwischen 50 und 199 Betten nicht an der Notfallversorgung beteiligen.

1.2.2 Umwandlungskandidaten nach Lage und Siedlungsstruktur

Tabelle 2 stellt die Verteilung der IGZ-Umwandlungskandidaten nach Bundesländern dar und weist dabei auf vorhersehbare Besonderheiten hin. So sind in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen keine IGZ-gerechten Krankenhausstandorte zu finden, was sich durch die Abwesenheit peripherer Siedlungsstrukturen begründet. Eine vergleichsweise hohe Anzahl an Krankenhausstandorten weisen dabei die größeren Flächenstaaten auf. Während bereits Baden-Württemberg und Niedersachsen mit je sechs bis zehn Kandidaten ein großes Umwandlungspotential besitzen, ist der Freistaat Bayern mit mehr als 20 Krankenhausstandorten mit Abstand am häufigsten gelistet. Als größtes Bundesland sind in Bayern viele periphere Strukturen und eine hohe Anzahl kleinerer Krankenhäuser zu verzeichnen. Im nationalen Vergleich ist die Krankenhausedichte in Bayern zudem besonders hoch (vgl. Augurzky et al., 2017). Die verbleibenden Flächenländer weisen mit einem bis fünf Einrichtungen nur vereinzelt IGZ-gerechte Umwandlungskandidaten auf.

Tabelle 2: Anzahl der Umwandelungskandidaten nach Bundesländern

Anzahl der Umwandelungskandidaten	Bundesländer
0	Berlin, Bremen, Hamburg
1 – 5	Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
6 – 10	Baden-Württemberg, Niedersachsen
11 – 20	/
> 20	Bayern

Quelle: Eigene Darstellung

Der Großteil der Umwandelungskandidaten liegt dabei in peripheren Kleinstädten, welche bis zu 20.000 Einwohner umfassen. Während auch in den Siedlungsstrukturen der peripheren Groß- & Mittelstädte, peripheren Landgemeinden und sehr peripheren Kleinstädten zwischen fünf und zehn Standorte zu finden sind, gibt es in sehr peripheren Landgemeinden deutlich weniger Kandidaten.

1.2.3 Umwandelungskandidaten nach stationärer Versorgungssituation und Anbindung an weitere Krankenhausstandorte

Zur Identifikation der stationären Versorgungssituation vor Ort ist die Anzahl weiterer Grund- und Regelversorger im nahen Umkreis zu bestimmen. Der GKV-Kliniksimulator berechnet diese Anzahl für den Umkreis einer max. 30-minütigen PKW-Fahrzeit. Da dem Simulator jedoch wie bereits erwähnt eine abweichende Definition der Grund- und Regelversorgung zugrunde liegt, ist diese Angabe für einen Teil der Standorte nicht ermittelbar. Ohne Berücksichtigung der 20 fehlenden Beobachtungen ergibt sich eine durchschnittliche Anzahl von 1,64 weiteren stationären Versorgern in direkter Nachbarschaft. 15 Standorte weisen dabei jeweils maximal zwei, zehn Standorte keinen weiteren Versorger im Umkreis auf.

Damit ist für einen Großteil der Krankenhäuser keine verschärfte Wettbewerbssituation anzunehmen, allerdings sind gleichzeitig auch die regionalen Kooperationsmöglichkeiten beschränkt. Die geringe Anzahl an Grund- und Regelversorgern in der jeweiligen Region unterstützt gleichzeitig die Idee des IGZ-Versorgungsmodells, welches eine Alternative zur ersatzlosen Schließung des Krankenhauses darstellt und somit einen wichtigen Beitrag zur langfristigen, wohnortnahen Versorgung leisten kann. An dieser Stelle ist jedoch erneut zu betonen, dass die identifizierten Krankenhäuser keine Aussicht auf Sicherstellungszuschläge besitzen und daher auch bei ersatzloser Schließung nach den Kriterien des G-BA keine ausreichend relevante Versorgungslücke hinterlassen würden.

Analog zu den Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sind in der vorliegenden Auswahl nicht nur Einzelkrankenhäuser gelistet, sondern auch einzelne Krankenhausstandorte, welche zu einem Krankenhaus mit mehreren Standorten gehören. Ob es sich dabei um einen Solisten oder um ein Krankenhaus mit mehreren Standorten handelt, ist über die jeweilige Standortnummer erkennbar. Die vorliegenden Häuser verteilen sich dabei gleichmäßig auf beide Gruppen. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die jeweiligen Krankenhausstandorte zusätzlich weiteren Verbänden, Ketten oder Konzernen angehören. Einzelkrankenhäuser sind zu über 75 % an weitere Einrichtungen angebunden. Standorte eines Krankenhauses mit mehreren Standorten sind mit ca. 60 % dagegen deutlich seltener Teil eines weiteren Zusammenschlusses.

Tabelle 3: Umwandlungskandidaten nach Standortanzahl und Anbindung an Verbund, Kette, Konzern

	Anbindung an Verbund, Kette, Konzern		Summe
	Ja	Nein	
Standort eines Krankenhauses mit nur einem Standort	30	10	40
Standort eines Krankenhauses mit mehreren Standorten	20	15	35
Summe	50	25	75

Quelle: Eigene Darstellung

1.2.4 Umwandlungskandidaten nach ambulanter Versorgungssituation und demographischer Entwicklung

Neben der Analyse der stationären Strukturen gilt es gleichzeitig, auch die ambulante Versorgungssituation vor Ort zu beleuchten. Dabei werden in einem primären Schritt die Anzahl der Krankenhaus-MVZ und anschließend die Versorgungsgrade einzelner Fachgruppen in den Planungsregionen untersucht. Insgesamt betreiben 20 der 75 Umwandlungskandidaten aktuell ein MVZ in eigener Trägerschaft. 15 MVZ sind dabei entweder direkt an das Krankenhaus angegliedert oder in unmittelbarer Nachbarschaft (max. 300 Meter). Während in den Zentren durchschnittlich 7,4 Vertragsärzte tätig sind, setzt sich das Leistungsspektrum zu 3,4 % aus Allgemeinärzten, zu 7,0 % aus hausärztlich tätigen Internisten, zu 14,5 % aus fachärztlich tätigen Internisten sowie zu 20 % aus Chirurgen zusammen. Mit ca. 55 % gehört gut die Hälfte der Ärzte sonstigen Fachgebieten, z. B. der Orthopädie, Frauenheilkunde oder Dermatologie, an.¹

¹ Die Auswertung beruht auf unveröffentlichten Daten der KBV zur Charakterisierung vorliegender Umwandlungskandidaten. Kleinere Unschärfen können entstehen, da die zweifelfreie Zuordnung von Trägerorganisationen der Krankenhäuser zu einzelnen MVZ nicht immer möglich ist.

Krankenhäuser verfolgen durch den Betrieb eines eigenen MVZ in der Regel die Ziele einer Sicherung der fachärztlichen Versorgung, die Generierung einer höheren Auslastung durch verstärkte Einweisung, die Ausweitung des Leistungsangebots auf ambulante Leistungen sowie die Stärkung der eigenen Marktmacht (vgl. Goepfert, 2016). Während hausärztlich ausgerichtete MVZ vorwiegend von niedergelassenen Ärzten gegründet werden, fokussieren sich Krankenhäuser als Träger stärker auf spezielle Fachabteilungen, welche sie in der Regel auch selbst als akutstationäre Abteilungen vorhalten. Ob das Bestehen eines MVZ im Rahmen der Krankenhausumwandlung als vor- oder nachteilig angesehen werden kann, ist an dieser Stelle nicht abschließend zu klären. Grundsätzlich erscheint es jedoch möglich, ein Krankenhaus-MVZ in Richtung eines IGZ weiterzuentwickeln. Gleichzeitig ist von einem geringeren Widerstand der Stakeholder Bevölkerung sowie niedergelassene Ärzteschaft auszugehen, da diese mit der ambulanten Leistungserbringung in Gesundheitszentren unter Krankenhausträgerschaft bereits vertraut sind. Da in der vorliegenden Auswahl jedoch weniger als ein Drittel der Krankenhäuser auch tatsächlich ein MVZ betreibt und sich deren fachliche Ausrichtung nur bedingt als Nukleus für die Gründung eines wie in Modul 3 skizzierten IGZ eignen, wird dieser Faktor im Nachfolgenden nicht verstärkt betrachtet.

Zusätzlich zur Vorhaltung eines MVZ sind auch die Versorgungsgrade der einzelnen Fachbereiche in der klassischen niedergelassenen Vertragsarztstätigkeit zu untersuchen. Auch hierbei wird, analog zu den obigen Punkten, lediglich die Auswahl der 75 idealtypischen Umwandlungskandidaten betrachtet.

Der G-BA legt die grundsätzliche Kapazitätsplanung der ambulanten Versorgung in der sog. Bedarfsplanungs-Richtlinie fest (vgl. G-BA, 2017). Ziel dabei ist neben einer bedarfsgerechten räumlichen Verteilung der Leistungserbringer auch die Begrenzung der Anzahl niedergelassener Vertragsärzte. Vor dem Hintergrund eines insgesamt gedeckelten Vergütungssystems erlaubt dies eine bessere Kalkulation der wirtschaftlichen Risiken, welche mit einer Praxisführung einhergehen (vgl. KBV, 2013). Nur im Fall, dass regionale Besonderheiten, z. B. Demographie, Morbidität oder Infrastruktur die bedarfsgerechte Versorgung potentiell gefährden, darf von der Planungsrichtlinie abgewichen werden. Sie basiert dabei insbesondere auf der Berechnung von Verhältniszahlen, welche sich aus dem Soll-Verhältnis der Einwohner zur Anzahl der Ärzte ergeben. Je nach ärztlicher Tätigkeit wird dabei zwischen verschiedenen Versorgungsebenen als auch verschiedenen räumlichen Planungsbereichen unterschieden. So werden (aufsteigend nach Flächengröße) Hausärzte in Mittelbereiche, allgemeine Fachärzte in Kreise und kreisfreie Städte, spezialisierte Fachärzte in Raumordnungsregionen und gesonderte Fachärzte in KV-Regionen geplant, wobei zum Teil auch zwischen den einzelnen KVen Unterschiede in der Umsetzung bestehen.

Die Gegenüberstellung der Soll- mit den Ist-Verhältniszahlen beschreibt den aktuellen Versorgungsgrad einer Region und weist auf mögliche Handlungsbedarfe hin. Die Bedarfsplanung dient dabei als ein Instrument der KVen, die ihnen übertragene öffentliche Aufgabe der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu erfüllen. Der Besitz einer arztgruppenspezifischen Zulassung gilt als Voraussetzung, um gesetzlich versicherte Patienten ambulant zu behandeln und erbrachte Leistungen zulasten der GKV abrechnen zu dürfen. Gleichzeitig begrenzt die Zulassung den Ort der ärztlichen Leistungserbringung, da sie sich auf einen vorgegebenen Planungsbereich bezieht. Arztgruppenspezifische Zulassungen werden dabei entsprechend der Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie und ggf. unter Berücksichtigung besonderer Bedarfe vergeben.

Die Versorgungsgrade der drei Fachbereiche der Hausärzte, Chirurgen und Fachinternisten gelten in Bezug auf das IGZ als besonders relevant und werden anhand unterschiedlicher Raumzuschnitte berechnet. Wird der Versorgungsgrad der Hausärzte von 75 %, bzw. die Versorgungsgrade der Fachärzte von 50 % unterschritten, so liegt eine Unterversorgung des Gebietes vor. Eine Überversorgung ist ab einem Versorgungsgrad von über 110 % definiert (vgl. KBV, 2013). An den hier einschlägigen Standorten ist für keine Arztgruppe eine Unterversorgung nach den Kriterien der Bedarfsplanung zu verzeichnen (siehe Tabelle 4). Grundsätzlich ist dabei nach Versorgungsgraden mit und ohne Ermächtigung zu unterscheiden. Drohen in einer Region qualitative oder quantitative Versorgungsdefizite, z. B. aufgrund des Bedarfs an besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder spezifischen ärztlichen Kenntnissen, können Ärzte zur Leistungserbringung ermächtigt werden. Dabei unterliegen Ermächtigungen nicht der Bedarfsplanung, sondern werden direkt durch die Zulassungsausschüsse vergeben und sind zumeist zeitlich, räumlich und auf einen engen Leistungsumfang begrenzt (vgl. KBV, 2013). Gleichwohl sind die Ermächtigungen gemäß dem gesetzlichen Auftrag bei der Bewertung der Versorgungslage zu berücksichtigen.

Durch die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs, z. B. aufgrund der Morbiditätslast, Demographie, Infrastruktur oder Versorgungsstrukturen, kann die Tätigkeit bereits praktizierender Ärzte auch in gesperrten Regionen bezüglich der Art oder des Umfangs erweitert werden. Des Weiteren dürfen nach Prüfung des Antrags auf Sonderbedarf oder Ermächtigung auch weitere Ärzte durch den Zulassungsausschuss befähigt werden (vgl. KBV, 2013). Ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf ist in einer der ca. 75 betrachteten Regionen in Bezug auf die hausärztliche Versorgung zu verzeichnen.

Auch zukünftig erwarten die KVen für die vorliegenden Regionen keine Unterversorgung der jeweiligen Facharztgruppen. Die sogenannte drohende Unterversorgung stellt dabei eine Prognose der zukünftigen Entwicklung der Versorgungssituation dar, welche die Altersstruktur der Ärzte, die zu erwartenden

Nachbesetzungen sowie die Bevölkerungsprognose berücksichtigt. Insgesamt ist in (fast) allen Regionen eine Überversorgung an Chirurgen und Fachinternisten zu verzeichnen. Bezüglich Hausärzten weist dagegen nur ca. die Hälfte der Regionen eine Überversorgung nach der Bedarfsplanungsberechnung auf.

Tabelle 4: Durchschnittliche ambulante Versorgungsgrade in Regionen der Umwandlungskandidaten nach Arztgruppen in Prozent

	< 100 %	100 – 110 %	> 110 %	Zusätzlicher lokaler Bedarf	Drohende Unterversorgung
Hausarzt ohne Ermächtigung	23,3	21,9	54,8	In einem von ca. 75 Mittelbereichen	Nein
Hausarzt mit Ermächtigung	23,3	21,9	54,8		
Chirurg ohne Ermächtigung	2,7	5,5	91,8	Nein	Nein
Chirurg mit Ermächtigung	1,4	2,7	95,9		
Fachinternist ohne Ermächtigung	0	0	100	Nein	Nein
Fachinternist mit Ermächtigung	0	0	100		

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der KBV zur Bedarfsplanung

Auch wenn die flächendeckende Versorgung nach dieser Definition ausreichend sichergestellt werden kann, ist unbestreitbar, dass sich die Bedarfe der Bevölkerung langfristig verändern. Besonders ländliche Regionen sind dabei von einer zunehmenden Abwanderung der jungen Bevölkerungsgruppe betroffen. Die ältere und zunehmend immobile Bevölkerung benötigt aufgrund der steigenden Multimorbidität und chronischen Erkrankungen gleichzeitig stärkere medizinische Betreuung. Für alle Umwandlungskandidaten wurde daher auf Landkreisebene eine Bevölkerungsprognose berechnet. Insgesamt ergibt sich im Durchschnitt ein Rückgang der Bevölkerung um 4,72 % innerhalb der nächsten 15 Jahre. In 15 Kreisen sinkt dabei die Anzahl der Bevölkerung um mehr als 10 %.

1.3 Zusammenfassung Modul 1

Zusammenfassend erfolgte in Modul 1 die Identifikation von Krankenhausstandorten in Deutschland, bei welchen das langfristige Fortbestehen zunehmend gefährdet ist, diese jedoch einen wichtigen Beitrag für die flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung darstellen. Insgesamt gelten 190 Grund- und Regelversorger bis zu 200 Betten als besonders gefährdet und stellen gleichzeitig ge-

eignete Voraussetzungen zur Umwandlung des Standorts in ein IGZ dar. Enger gefasste Voraussetzungen bezüglich der Bettenzahl und der Aussicht auf Sicherstellungszuschläge der Krankenhäuser nach den Richtlinien des G-BA grenzen die Auswahl weiter auf ca. 75 idealtypisch geeignete Krankenhausstandorte ein. Diese liegen zum Großteil in peripheren Kleinstädten, weisen eine Anzahl von drei bis sechs Fachabteilungen auf und liegen weniger als 30 PKW-Fahrminuten vom nächsten Grund- und Regelversorger entfernt. In Bezug auf die Trägerschaft sind öffentliche Krankenhäuser und – bezüglich der Bundesländer – bayrische Standorte am häufigsten vertreten.

2. Modul

Operationalisierung des Modells IGZ

2. Modul: Operationalisierung des Modells IGZ

Auf Grundlage der in Modul 1 identifizierten Umwandlungskandidaten erfolgt nun die Operationalisierung des Modells IGZ. Dabei wird das IGZ mit seinen Elementen auf abstrakter Ebene definiert und wesentliche Inhalte werden diskutiert. Ziel ist es, ein Versorgungsmodell zu entwickeln, das in den betroffenen Regionen zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen kann und sich dementsprechend auch am Bedarf und den Präferenzen der Patienten orientiert. Da ein derartiges Konzept nur Chancen auf eine Realisierung besitzt, wenn es auch nachhaltig wirtschaftlich betrieben werden kann, werden nur Ausgestaltungsoptionen diskutiert, welche diesem Anspruch auch gerecht werden. Im späteren Modul 3 wird im Rahmen einer Fallstudie eine konkrete Ausgestaltungsoption des IGZ vorgestellt.

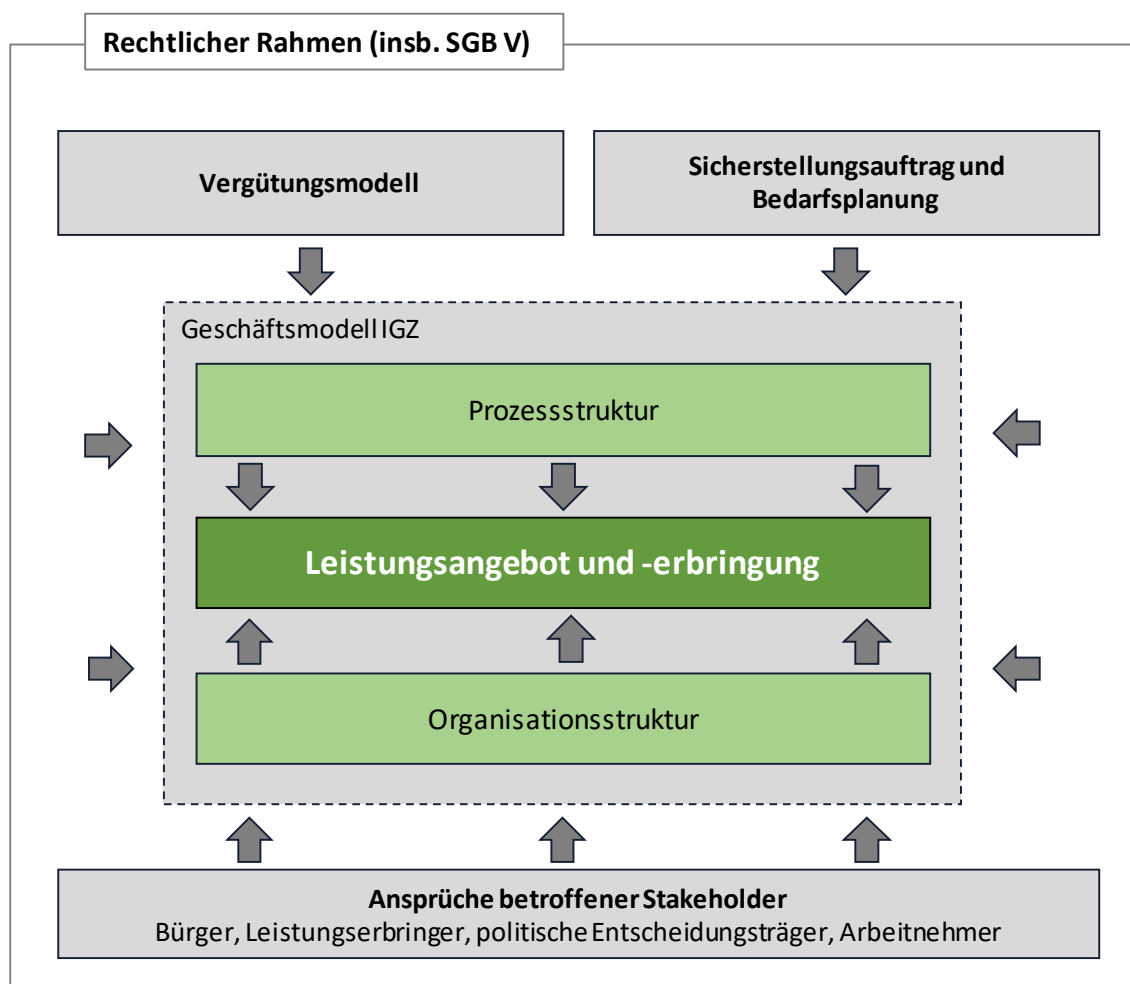


Abbildung 4: Geschäftsmodell und Einflussgrößen des IGZ
Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Abbildung 4 skizziert, sieht sich das IGZ bereits konzeptionell mit zahlreichen internen und externen Herausforderungen konfrontiert. Eine der Prämissen in diesem Gutachten lautet, dass das entwickelte Modell auch unter den derzeit vorzufindenden rechtlichen Rahmenbedingungen implementierbar ist. Auf damit einhergehende Hürden und Handlungsbedarfe wird in Kapitel 5 gesondert eingegangen.

In Anlehnung an ein Geschäftsmodell werden im Nachfolgenden die wichtigsten Aspekte des IGZ strukturiert dargestellt und thematisiert. Dabei umfasst das Geschäftsmodell die Beschreibung logischer Zusammenhänge, inwiefern das IGZ für bestimmte Zielgruppen Werte schafft und somit die eigene wirtschaftliche Überlebensfähigkeit sicherstellt. Dies gelingt im Rahmen des IGZ durch ein spezifisches medizinisches Versorgungsziel, das Leistungsangebot sowie die Art der Leistungserbringung. Ziel dabei ist es, durch das neuartige Geschäftsmodell einen höheren Nutzen für die Zielgruppen zu generieren als bisherige Versorgungsformen. Den Ausgangspunkt und zugleich den Kern bilden die Definition der bedarfsorientierten Ausgestaltung des Leistungsspektrums sowie die Frage, wie dieses organisatorisch abgebildet werden kann und wie sich das IGZ selbst in den Versorgungsprozess einordnet. Ferner gilt es für ein praxistaugliches Konzept weitere externe Faktoren zu berücksichtigen. Zu nennen sind die Themen Sicherstellung und Bedarfsplanung sowie Vergütung und allgemeine Faktoren wie z. B. die Erfordernisse des Arbeits- und Kapitalmarkts. Außerdem werden die einzelnen Interessensgruppen dargestellt und ihre Rolle diskutiert. Denn ohne die frühzeitige und konsequente Einbeziehung aller Beteiligten ist ein Transformationsprozess, welcher auch die Schließung eines Krankenhauses beinhaltet, nicht erfolgreich zu gestalten.

2.1 Regionaler Versorgungsbedarf

Im vorliegenden Gutachten wird die Implementierung des IGZ speziell in peripheren und sehr peripheren Siedlungsstrukturen fokussiert (siehe Kapitel 1.1.1.2). Die Bevölkerungsentwicklung ist in diesen Regionen zumeist rückläufig und weist ein steigendes Durchschnittsalter auf. Hierdurch verändert sich der Versorgungsbedarf insbesondere durch chronische Erkrankungen und steigende Multimorbidität (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015).

Während sich diese Bevölkerungsgruppen durch einen hohen Behandlungsbedarf und eine intensive Nutzung der medizinischen Infrastruktur auszeichnen, stellt deren qualitativ hochwertige Versorgung eine zunehmende Herausforderung dar. Neben der medizinischen Komplexität sind verstärkt auch soziale Faktoren zu berücksichtigen. Der Anteil von alleinstehenden Älteren, die nicht durch eine entsprechende familiäre Einbindung in ihrem direkten Wohnumfeld unterstützt werden können, steigt kontinuierlich an (vgl. Rudel et al., 2017). Durch die limitierte Verfügbarkeit von Angeboten des öffentlichen

Personennahverkehrs (ÖPNV) ist außerdem der Zugang zu Leistungserbringern häufig erschwert (vgl. Reichert-Schick, 2015). Soziale Indikationen sind dementsprechend oftmals entscheidend bei der Frage, ob eine ambulante Versorgung erfolgen kann oder doch eine kontinuierliche Unterbringung notwendig ist. Die häufigsten Ursachen für die Einweisung akut erkrankter Bewohner von Altenheimen in ein Krankenhaus stellen Sturzereignisse, Infektionen, Magen-Darm-Probleme, Schmerz und unklare Verschlechterungen des Gesundheitszustands dar (vgl. Bienstein und Bohnet-Joschko, 2015). Auch in diesem Zusammenhang ist zu vermuten, dass viele Indikationen keiner kontinuierlichen Betreuung durch Krankenhausärzte sowie spezieller technischer Krankenhausapparaturen bedürfen, sondern in erster Linie pflegerischer Leistungen und einer qualifizierten medizinischen Überwachung.

Punktuell fehlen in ländlichen Regionen zudem Angebote in spezifischen Fachbereichen, wie der Pädiatrie (vgl. Zepp und Krägeloh-Mann, 2018). Auch bei der Betreuung und Behandlung psychischer Erkrankungen mangelt es bereits jetzt an der persönlichen Kontinuität der Leistungserbringung über Sektorengrenzen hinweg, während sich der Hilfebedarf bei psychisch Erkrankten aufgrund der demographischen Entwicklung weiter erhöhen wird (vgl. KBV, 2016). Derartige Angebote sind wichtig, um als Region auch für junge Familien weiter attraktiv zu bleiben und einem Bevölkerungsschwund entgegenzuwirken.

Darüber hinaus entsteht auch durch die Schließung eines primär internistisch und/oder chirurgisch ausgerichteten Grund- und Regelversorgers ein zusätzlicher regionaler Bedarf an fachärztlicher Versorgung, welcher zumindest teilweise durch das IGZ aufgefangen werden muss. Die bisher im Krankenhaus versorgten Patienten können dabei in folgende drei Gruppen eingeteilt werden:

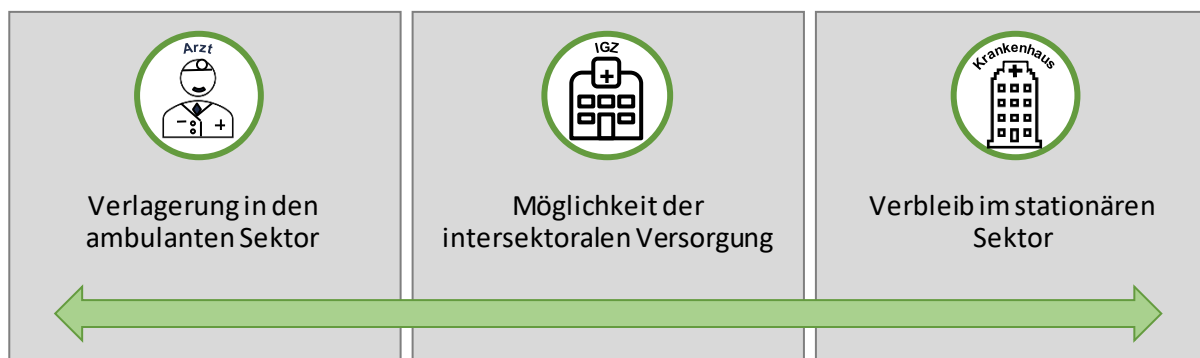


Abbildung 5: Verteilung der traditionellen Krankenhausleistungen auf weitere Versorgungsstrukturen
Quelle: Eigene Darstellung

(1) Verlagerung in den ambulanten Sektor

Ein Teil der Patienten, welche bisher stationär versorgt wurden, wird ohne Qualitätseinbußen durch Vertragsärzte im ambulanten Versorgungsbereich behandelt werden können. Unter dem Schlagwort *Ambulantisierung* ist dabei die Substitution ehemals stationärer Behandlungen durch ambulante Versorgungsstrukturen zu verstehen (vgl. SVR, 2018). Unter Berücksichtigung der Leistungsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115 SGB V sowie patientenbezogenen Faktoren schätzen Augurzky et al. (2017) das ambulante Substitutionspotential auf 6,5 %. Dieses sinkt jedoch mit zunehmendem Alter der Patienten.

(2) Möglichkeit der intersektoralen Versorgung

Ein weiterer Teil der Patienten weist einen höheren Versorgungsbedarf auf, welcher nicht ausschließlich durch die ambulante Versorgung gedeckt werden kann. Aus medizinischer Sicht ist für diese Patienten keine Behandlung in akutstationären Krankenhausstrukturen erforderlich. Aufgrund des Bedarfs einer permanenten qualifizierten medizinischen, jedoch nicht zwingend ärztlichen Betreuung, entsteht an der Schnittstelle des ambulanten und stationären Sektors die Notwendigkeit eines entsprechenden Versorgungsangebots.

(3) Verbleib im stationären Sektor

Der dritte Teil der Patienten bedarf weiterhin einer klassisch stationären Versorgung. Im Rahmen der Krankenhausumwandlung ist sicherzustellen, dass diese Patienten die akutstationäre Infrastruktur des nächsten Versorgers wohnortnah in Anspruch nehmen können.

2.2 Leistungsangebot und -erbringung

Das IGZ sichert unter Einhaltung des Facharztstandards die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten. Ziel des IGZ ist eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, welche sich an dem sich verändernden Bedarf der ländlichen Bevölkerung ausrichtet. Durch die Umwandlung des Krankenhausstandorts in ein IGZ wird die regionale Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht erhalten, da sich regelmäßig weitere Grund- und Regelversorger in der näheren Umgebung befinden (siehe Kapitel 1.1.1.4). Das IGZ stellt dabei ein im ambulanten Sektor verankertes Versorgungszentrum dar, welches auf zwei Säulen der Leistungserbringung basiert:

(1) Klassisch ambulante Versorgung

Durch die Vorhaltung von vertragsärztlich tätigen Haus- und Fachärzten wird im IGZ die klassische ambulante Versorgung, analog zu niedergelassenen Arztpraxen oder MVZ, sichergestellt. Gemeinsam mit bereits niedergelassenen Ärzten liegt die klare Zielsetzung des IGZ darin, die ländliche haus- und fachärztliche Versorgung langfristig zu stärken.

(2) Erweiterte ambulante Versorgung (EAV)

Für die Erbringung der sog. erweiterten ambulanten Versorgung (EAV) gilt es, innerhalb des IGZ eine bettenführende Einheit aufzubauen. Diese Säule adressiert ein neuartiges Angebot für den regionalen ambulanten Versorgungsbedarf, welcher sich durch die Schließung eines Grund- und Regelversorgers erhöht. Unter der Leitung ambulant tätiger Ärzte erfolgt hierbei die Erbringung stationärer Leistungen sowie eine mehrtägige medizinische Überwachung. Die pflegerische und ärztliche Betreuung ist dabei rund um die Uhr sichergestellt. Patienten können somit jederzeit adäquat medizinisch versorgt und überwacht werden.

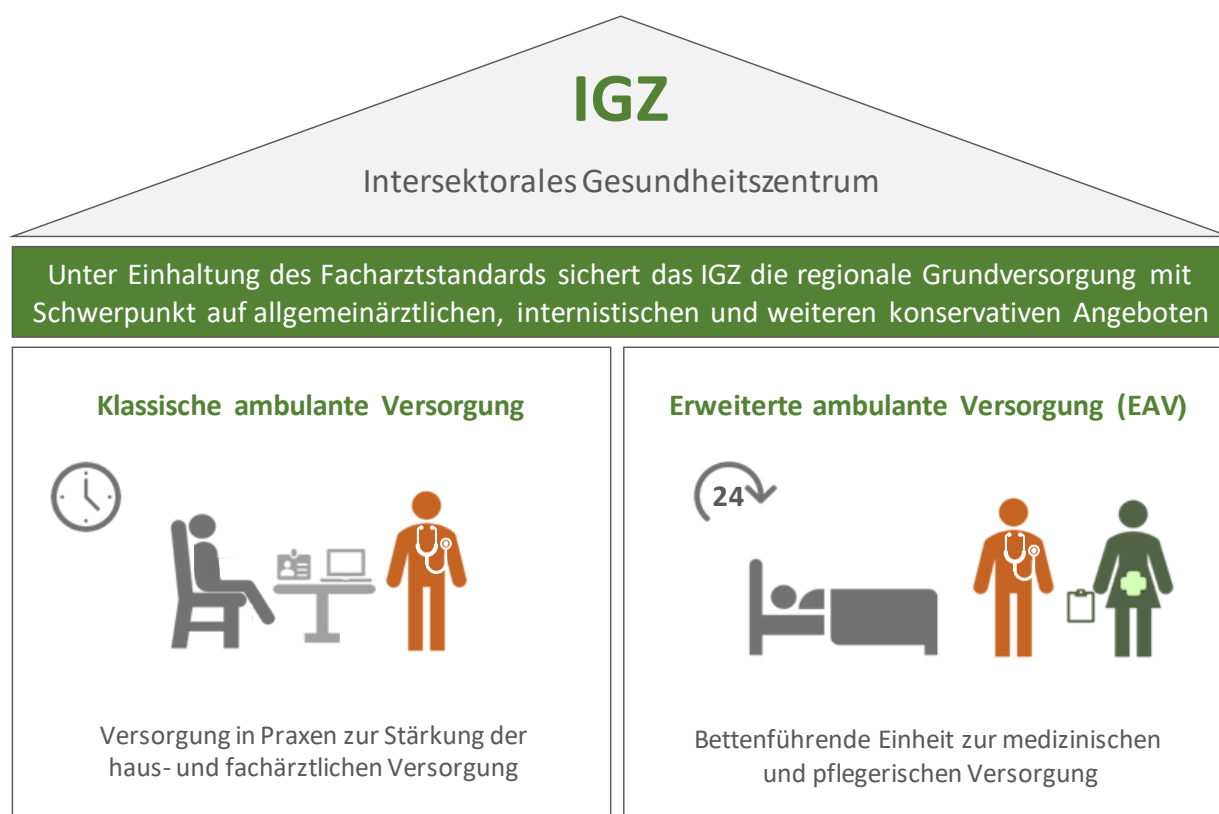


Abbildung 6: Leistungsportfolio des IGZ
Quelle: Eigene Darstellung

Durch die EAV unterscheidet sich das IGZ von klassisch ambulanten Versorgungseinrichtungen. Analog zum MVZ sind auch beim IGZ mehrere Zweigstandorte zur Verbesserung der flächendeckenden Versorgung denkbar. Von einem Krankenhaus im Sinne des § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V unterscheidet sich das IGZ dadurch, dass keine kontinuierliche ärztliche Präsenz vorgesehen ist. Die Betreuung wird nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen über eine fachärztlich besetzte Rufbereitschaft sichergestellt.

2.2.1 Definition des Leistungsportfolios

Das Geschäftsmodell des IGZ zielt auf eine hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung vor Ort. Während klassische ambulante Leistungen bereits klar abgegrenzt werden können, gilt es im Nachfolgenden zu definieren, welches Leistungsportfolio sich unter der EAV subsumieren lässt. Grundsätzlich werden Leistungen der EAV folgendermaßen abgegrenzt:

- (1) Im Rahmen der EAV werden nur Patienten behandelt, bei welchen perspektivisch alle medizinisch notwendigen Leistungen im ambulanten Versorgungskontext erbracht werden können. Ist bereits von Beginn an abzusehen, dass bestimmte Leistungsbestandteile nur im Rahmen einer stationären Versorgung erbringbar sind, werden diese Patienten nicht im IGZ behandelt.
- (2) Die Verweildauer in der EAV soll, sofern vorhersehbar, eine Dauer von fünf Tagen nicht überschreiten. Bei konservativen Leistungen wird im Mittel von einer viertägigen Verweildauer ausgegangen.

Davon abzugrenzen sind zum einen Versorgungsbedarfe, welche einem erhöhten Risiko unterliegen, jederzeit eine ärztliche Behandlung zu benötigen – und somit zwingend in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zu versorgen sind. Zum anderen sind hiervon Leistungen abzugrenzen, welche einen elektiven Charakter aufweisen, d. h. deren Erbringung nicht sofort notwendig ist und wahlweise auch zu einem gewünschten, späteren Zeitpunkt erfolgen kann. Insbesondere die elektiven Leistungen, wie z. B. ambulante Operationen nach § 115b SGB V, sollen nicht grundsätzlich vom Leistungsportfolio des IGZ ausgeschlossen werden. Sie bilden jedoch keine Kernleistung des IGZ im Sinne dieses Gutachtens, da die Wohnortnähe der medizinischen Einrichtung aufgrund der zeitlich flexiblen Leistungserbringung nicht die gleiche Notwendigkeit besitzt wie z. B. bei akuten Erkrankungen.

Tabelle 5 zeigt (nicht-abschließend) mögliche Indikationen zur Behandlung in der EAV auf, welche aktuell zwar häufig in stationären Einrichtungen erbracht werden, in der Regel jedoch keiner Behandlung in einem Akutkrankenhaus mit 24-stündiger Arztpräsenz bedürfen. Über die Erbringung klassischer ambulanter Leistungen hinaus stellen diese Indikationen das zusätzliche Leistungsangebot dar, welches auf-

grund der Übernachtungsmöglichkeit in den ambulanten Strukturen des IGZ erbracht werden kann. Dieses Leistungsspektrum grenzt somit das IGZ von klassischen ambulanten Versorgungseinrichtungen, z. B. niedergelassenen Arztpraxen oder MVZ, ab.

Tabelle 5: Im Rahmen der EAV behandelbare Krankheitsbilder und Diagnosen mit ICD-10 Codes

Krankheitsbilder und Diagnosen	ICD-10 Codes
Exsikkose	E86
Bronchitis, akut	J20.9
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41-J44, J47
Pneumonie	J12.-, J18.-
Herzinsuffizienz	I50.-, I11.0
Chron. ischämische Herzkrankheit	I25
Hypertensive Krise	I10.91, I11.91
Diabetesentgleisung	E10.-, E11.-, E13.-, E14.-
Koprostase	K56.4
Gastritis	K29.-
Diarrhoe	A09.-, K52.-, A04.-
Mangelernährung	E44.-, E43
Harnwegsinfekte	N39.-
Schmerzeinstellung	R52.-

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis eigener Recherchen. Im Ergebnis vergleichbar mit Albrecht et al. (2014).

Insbesondere aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts können ehemals stationäre Leistungen zunehmend in ambulanten Strukturen erbracht werden. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sich der Umfang der im Rahmen der EAV genannten Krankheitsbilder und Diagnosen zukünftig weiter erhöhen wird. Ebenso kann – sofern in einer Erweiterung auch operative Leistungen im IGZ angeboten werden – das Leistungsportfolio um das ambulante Operieren gem. § 115b SBG V ergänzt werden.

Neben der konservativen Grundversorgung soll die chirurgische Erstversorgung Teil des Leistungsangebots des IGZ sein. Um diesen Leistungsbestandteil genauer abzugrenzen, gilt es zunächst die chirurgische Grundversorgung genauer zu beschreiben. Diese kann grundsätzlich in drei Bereiche aufgeteilt werden:

- (1) Versorgung von Wunden
- (2) Abklärung und Versorgung von Frakturen und Weichteilverletzungen
- (3) Abklärung des unklaren Abdomens.

Während die Bereiche (2) und (3) zur Diagnostik und Folgeversorgung eine umfangreiche und auch kostenintensive Infrastruktur mit entsprechendem Fachpersonal benötigen, stellt das IGZ ausschließlich eine Anlaufstelle zur Primärversorgung behandlungsbedürftiger Wunden (1) dar. Hierzu ist ein Eingriffsraum vorgesehen, in dem die Wundversorgung fachgerecht durchgeführt werden kann. Dieser kann darüber hinaus auch zur Nachversorgung genutzt werden. Chirurgische Notfälle im Sinne von (2) und (3) sollten daher aufgrund der begrenzten Ressourcen im IGZ stets an den nächstgelegenen Notfallversorger überwiesen werden.

Gleichzeitig ist insbesondere bei ländlichen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung eine sinkende Auslastung der Operationssäle zu beobachten (vgl. Bundesministerium der Finanzen, 2018). Das Ziel eines IGZ besteht dabei ausdrücklich nicht darin, durch Vorhaltung konkurrierender Strukturen negativ auf die Stabilität angrenzender Leistungserbringer einzuwirken, sondern eine bedarfsgerechte Versorgung vor Ort sicherzustellen. Zudem bietet die Umwandlung des Krankenhauses in ein IGZ die Chance für angrenzende stationäre Versorger, die Auslastung der eigenen Ressourcen zu optimieren.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit eines Facharztes für Chirurgie im IGZ. Im Rahmen der Facharztausbildung für Allgemeinmedizin in Bayern umfassen die Weiterbildungsinhalte die „für die hausärztliche Versorgung erforderlichen Techniken der Wundversorgung und der Wundbehandlung, der Inzision, Extraktion, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie“ (BLÄK, 2011). Somit verfügen Fachärzte für Allgemeinmedizin grundsätzlich über die notwendige Qualifikation, um eine chirurgische Erstversorgung vorzunehmen. Die Vorhaltung eines chirurgisch ausgebildeten Facharztes im IGZ wird vor diesem Hintergrund zwar als sinnvoll erachtet, jedoch nicht als zwingend notwendig.

2.2.2 Potentielle Erweiterungen des Leistungsbereichs

Wie bei allen Geschäftsmodellen ist auch beim IGZ zwischen der Kernleistung und den erweiterten Leistungsbausteinen zu unterscheiden. Im Kern sichert das IGZ – unter Einhaltung des Facharztstandards – die regionale Grundversorgung mittels allgemeinärztlicher, internistischer und weiterer konservativer Angebote. Darüber hinaus kann der Leistungsumfang des IGZ in Abhängigkeit der regionalen Bedarfe und Strukturen durch weitere Bausteine ergänzt werden. Während die definierte Kernleistung als konstitutives Leistungsangebot angesehen wird, stellen die Ergänzungen des IGZ keine konstitutiven Leistungsbestandteile dar.

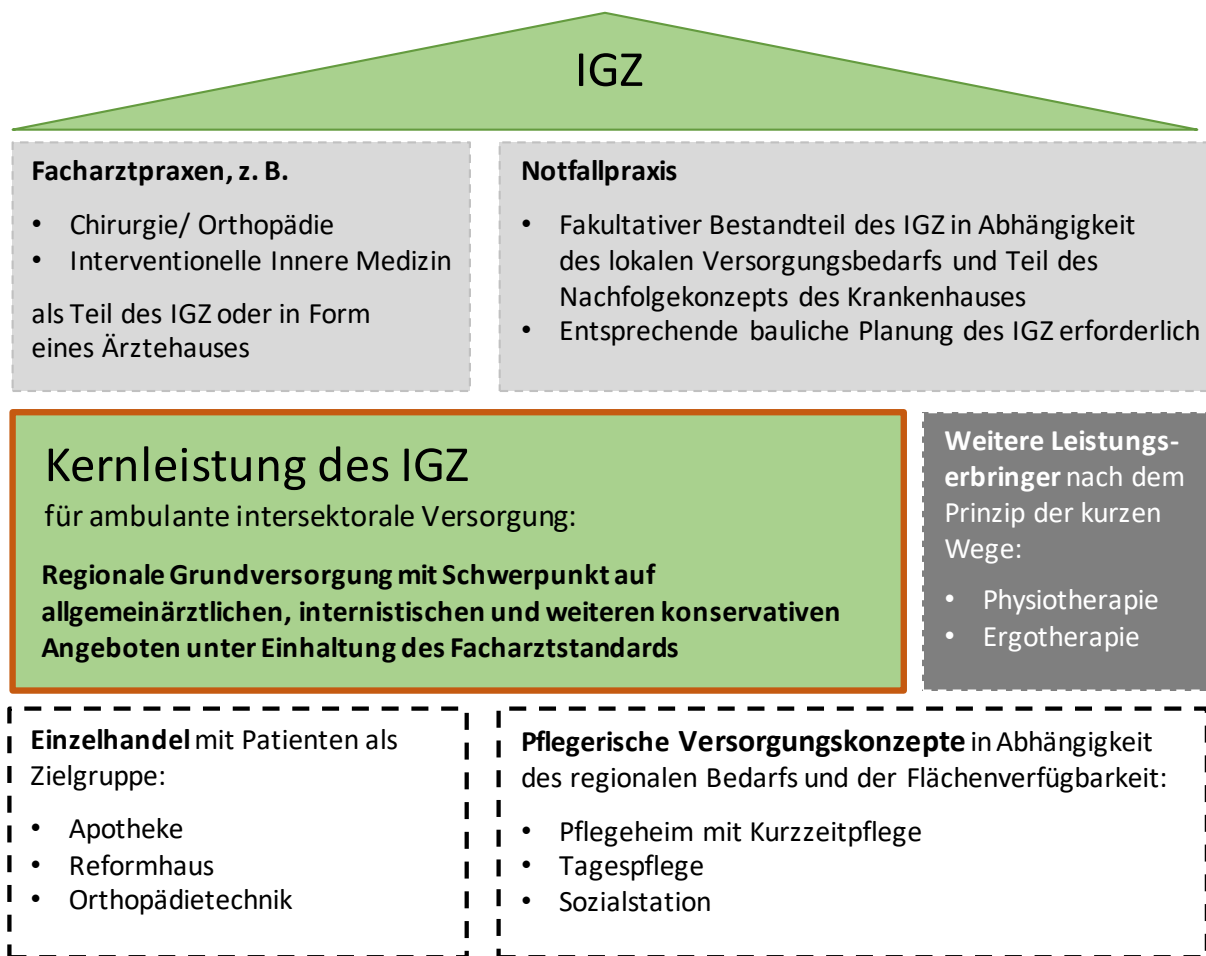


Abbildung 7: Kernleistung und potentielle Erweiterungen des IGZ
Quelle: Eigene Darstellung

Welche zusätzlichen Leistungen neben der Kernleistung angeboten werden, hängt wesentlich von folgenden Faktoren ab:

(1) Besonderer regionaler Versorgungsbedarf

Liegt in der jeweiligen Region ein besonderer Versorgungsbedarf vor, welcher bisher noch nicht oder ausschließlich durch das umzuwandelnde Krankenhaus gedeckt wurde, kann dieser Bedarf durch das erweiterte Portfolio des IGZ gedeckt werden. Hierbei kann es sich zum Beispiel um die pädiatrische oder chirurgische Versorgung oder eine Dialyseeinrichtung handeln.

(2) Kompensation der stationären Leistungen

Hält ein umzuwandelndes Krankenhaus neben der Grundversorgung weitere Abteilungen, wie z. B. die Urologie oder Gefäßchirurgie vor und besteht ein Interesse, diese Disziplin auch im IGZ abzubilden, so kann hier eine Erweiterung jenseits der Kernleistung vorgenommen werden. Es

wäre auch denkbar, diese Leistungen in Form einer „Außenstelle“ mit einem kooperierenden Krankenhaus abzubilden.

(3) Berücksichtigung des niedergelassenen Sektors

Besteht unter den bereits in der Region niedergelassenen Fachärzten über das bereits definierte Leistungsportfolio hinaus ein besonderes Interesse an einer Beteiligung am IGZ, sollte dieses konstruktiv aufgenommen werden.

Abseits der ärztlichen Leistungserbringung kann es darüber hinaus sinnvoll sein, das Portfolio z. B. durch den medizinischen Einzelhandel zu erweitern. Darunter lassen sich insbesondere Apotheken, Reformhäuser und Orthopädietechniker fassen. Ebenso ist eine Erweiterung um ein Pflegeheim mit Kurzzeitpflege, eine Tagespflege oder eine Sozialstation eines ambulanten Pflegedienstes denkbar. Erweiterungen jenseits der ärztlichen Leistungserbringung sind wirtschaftlich und rechtlich unabhängig vom IGZ zu betreiben.

Die Kooperation zwischen dem IGZ und externen Leistungserbringern kann über belegärztliche Tätigkeiten gestärkt werden. So ist z. B. denkbar, dass ein Facharzt des IGZ seine Patienten für größere medizinische Eingriffe auch in das nächstgelegene Krankenhaus begleitet. Während das Krankenhaus dadurch eine höhere Auslastung aufweist, ergibt sich für den Patienten der Vorteil einer kontinuierlichen Versorgung aus einer Hand, welche sowohl den klassisch ambulanten Bereich, die erweiterte ambulante Versorgung als auch den stationären Aufenthalt umfasst. Insbesondere in Bayern, wo die meisten Umwandlungskandidaten vorzufinden sind, ist das Belegarztwesen weit verbreitet und weist eine hohe Akzeptanz der beteiligten Akteure auf. Ein Viertel aller Belegärzte ist in Bayern tätig. Dabei handelt es sich hauptsächlich um die Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren, Augenheilkunde und Urologie (vgl. Bundesverband der Belegärzte, 2018). Auch die KBV verfolgt das Ziel, belegärztliche Tätigkeiten speziell bei onkologischen und hämatologischen Erkrankungen zu fördern und eine sektorenübergreifende Versorgung sicherzustellen (vgl. KBV, 2018c). Neben dem Belegarztwesen bietet sich weiterhin die Möglichkeit für externe Ärzte, tage- oder stundenweise fachärztliche Sprechstunden im IGZ anzubieten und damit die wohnortnahe, fachärztliche Versorgung zu optimieren.

Neben den klassischen Formen der Kooperation und bietet die Digitalisierung im Gesundheitswesen diverse weitere Möglichkeiten zur effizienten und patientenzentrierten Versorgung und gilt als ein wesentlicher Treiber des medizinischen Fortschritts. Telemedizin beschreibt dabei die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen zur Diagnostik und Therapie über eine räumliche und zeitliche Distanz hinweg. Sie kann dabei grundsätzlich in zwei verschiedene

Anwendungsgebiete aufgeteilt werden. Die *Doc-to-doc-Telemedizin* beschreibt dabei den telemedizinischen Austausch zwischen ärztlichen Kollegen anhand bestimmter Patientenbefunde. Zudem kann über die Telemedizin auch ein Austausch zwischen dem behandelnden Arzt und einem Patienten hergestellt werden (*Doc-to-Patient*) (vgl. Köhler und Prescher, 2018).

Insbesondere in ländlichen Regionen gilt die Telemedizin als Lösung zur Überwindung von geographischen Hindernissen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung (vgl. LeRouge et al., 2010). Auch im Rahmen des IGZ bietet die Nutzung von telematischer Infrastruktur vielfältige Einsatzmöglichkeiten. So kann der Arzt über das virtuelle Monitoring beispielsweise die Vitaldaten seines Patienten ortsunabhängig überwachen und bei Bedarf rechtzeitig einschreiten. Diese personalisierte Überwachung bietet nicht nur das Potential einer größeren Adhärenz der Patienten, sondern auch einer erhöhten Wirksamkeit der medizinischen Versorgung, da die Entgleisung von Krankheiten rechtzeitig verhindert werden kann (vgl. Straub, 2018). Insbesondere bei chronisch erkrankten Patienten bietet eine telemedizinische Überwachung die Möglichkeit einer optimierten Versorgung auch über größere Distanzen hinweg. Dieser verbesserte Zugang zur medizinischen Versorgung ist insbesondere in ländlichen Gebieten eine wichtige Ressource. Gleichzeitig können durch effektivere Prozesse nicht nur der Umfang administrativer Tätigkeiten reduziert und damit die tatsächliche Behandlungszeit für Patienten verlängert, sondern durch wirksamere Behandlungen auch Kosten gespart werden. Eine Überwachung der Patienten durch medizinisches Personal ist dabei nicht nur im häuslichen Umfeld denkbar. Auch die Vitalparameter der Patienten der EAV im IGZ könnten dabei nachts durch den Arzt in Rufbereitschaft bei Bedarf von dessen Wohnort aus direkt abgerufen werden. Dies ermöglicht eine bessere Überwachung von Patienten im kritischen Zustand auch ohne ärztliche Präsenz vor Ort.

Neben dem Telemonitoring bietet auch die Telekonsultation des Arztes durch den Patienten einen verbesserten Zugang zur ärztlichen Versorgung. Die prozessgestützte Konsultation ist schnell und sicher und sowohl räumlich als auch zeitlich unabhängig. Inhaltlich kann sie die telemedizinische Beratung in Akutsituationen, die telemedizinische Triage, allgemeine medizinische Informationen, Beratung zu bestimmten Medikamenten oder Reisemedizin sowie Empfehlungen zur Selbstbehandlung umfassen (vgl. Braga, 2017). Während der Öffnungszeiten des IGZ ist die telemedizinische Konsultation der Ärzte durch Patienten, außerhalb der Öffnungszeiten die Konsultation der Ärzte durch pflegerisches Personal des IGZ denkbar.

Neben einer stärkeren telematischen Verbindung zu Patienten bietet das IGZ zusätzlich die Möglichkeit, sich mit weiteren medizinischen Dienstleistern wie niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern zu vernetzen. Im Rahmen der Digitalisierung können sich dabei ambulante und stationäre Einrichtungen

durch sichere und flexible Plattformen zusammenschließen. Voraussetzung hierfür ist eine Implementierung einer digitalen und sektorenübergreifend kompatiblen Infrastruktur. Die Nutzung digitaler Vernetzungsmöglichkeiten führt dabei nicht nur zu einem besseren Gesundheitszustand und einer höheren Zufriedenheit der Patienten, sondern bietet auch das Potential der Produktivitätssteigerung in Gesundheitseinrichtungen (vgl. Rashid et al., 2017).

Das IGZ deckt unter Einhaltung des Facharztstandards die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten ab. Insbesondere in fachärztlichen Belangen bietet hierbei die Kooperation mit stationären Versorgern die Chance, die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung zu steigern. Mittels Telekonsil können sich dabei medizinische Fachpersonen oder Institutionen miteinander verbinden und Patientenbefunde ortsunabhängig austauschen und diskutieren. Klassischerweise betrifft dies Gebiete der bildgebenden Verfahren, z. B. der Kardiologie, Radiologie oder Dermatologie (vgl. Braga, 2017). Aber auch zum interdisziplinären Austausch zwischen ärztlichen Kollegen, z. B. im Rahmen von telemedizinischen Tumorkonferenzen, sind Telekonzile geeignet (vgl. Marx und Beckers, 2015). Der Einbezug externer fachlicher Expertise stellt dabei einen Zugewinn der medizinischen Behandlungsqualität dar.

In den nachfolgenden Kapiteln und in der Ausgestaltung einer konkreten Fallstudie in Modul 3 liegt der Fokus ausschließlich auf den Kernleistungen des IGZ. Nur wenn erreicht werden kann, dass sich dieser Kern aus sich heraus ökonomisch langfristig trägt, ist eine Erweiterung bzw. Angliederung weiterer Bausteine sinnvoll. Auch die diversen denkbaren Varianten und Potentiale einer verstärkten digitalen Vernetzung werden im Zuge dieses Gutachtens zugunsten einer übersichtlichen und nachvollziehbaren Darstellung der Grundidee nicht tiefergehend beleuchtet.

2.2.3 Umfang der Leistungserbringung

Nachdem sowohl der Versorgungsbedarf in ländlichen Regionen als auch das neue Versorgungsangebot des IGZ dargestellt worden sind, gilt es zu diskutieren, inwiefern Fallzahlen realisiert werden können, die einen nachhaltig wirtschaftlichen Betrieb der ambulanten als auch der erweiterten ambulanten Versorgung ermöglichen.

Das IGZ ist grundsätzlich nicht als konkurrierendes Versorgungsangebot für bereits praktizierende Leistungserbringer in der Region konzipiert, sondern verfolgt das Ziel, ein attraktives Arbeitsumfeld für medizinisches Personal in langfristig tragfähigen Strukturen zu schaffen, welches sich am Bedarf der Bevölkerung ausrichtet. Auch vor dem Hintergrund begrenzter Vertragsarztzulassungen stellt es eine zentrale Voraussetzung des IGZ dar, dass niedergelassene Ärzte ihre Tätigkeit freiwillig in das IGZ verlegen. Da

die räumliche Verlegung der ärztlichen Leistungserbringung nur in einem vorgegebenen Versorgungsgebiet möglich ist, können die Patientenstämme der niedergelassenen Ärzte mit in das IGZ übertragen werden und stellen einen Großteil der Auslastung mit ambulanten Fällen sicher.

Gleichzeitig wurde in Kapitel 2.1 bereits das ambulante Substitutionspotential herausgestellt, welches nach Augurzky et al. (2017) auf bis zu 6,5 % beziffert wird. Nicht zuletzt aufgrund des medizinischen Fortschritts können nun ehemals stationäre Leistungen auch in gleicher Qualität im ambulanten Sektor erbracht werden. Betrachtet man die Krankenhausauswahl aus Modul 1, weisen diese Häuser durchschnittlich ca. 4.000 vollstationäre Fallzahlen pro Jahr auf. Das Substitutionspotential stellt einen ersten Anhaltspunkt dar, in welchem Umfang stationäre Leistungen ressourcensparend in das IGZ verlegt werden können. Hierbei gilt es jedoch einschränkend zu berücksichtigen, dass sich die betrachteten Leistungen insbesondere auf den Fachbereich der Chirurgie beziehen, welche im IGZ als grundversorgende Einheit kaum adäquat erbringbar sind.

Des Weiteren bietet sich auch bei ambulant erbrachten Leistungen der Krankenhäuser das Potential, diese zukünftig in den IGZ-Strukturen zu erbringen. Durchschnittlich weisen die Krankenhäuser aus Modul 1 im Schnitt mehr als 7.000 ambulante Fallzahlen pro Jahr auf. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese keiner abschließenden Definition unterliegen, eine vom niedergelassenen Bereich abweichende Fallzählweise aufweisen und in den Qualitätsberichten nur auf freiwilliger Basis angegeben werden (vgl. G-BA, 2016a). Ambulante Krankenhausleistungen werden dabei z. B. im Rahmen des ambulanten Operierens, der Institutsambulanzen, der vor-, teil- und nachstationärer Versorgung oder von Disease Management Programmen erbracht und weisen eine Vielzahl verschiedener Vergütungssystematiken auf (vgl. Leber und Wasem, 2016). Haas et al. (2015) ermittelten Daten zur Notfallbehandlung in 55 Krankenhäusern. Dabei wurden bei 20 % der Behandlungen zwar fachspezifische, aber keine krankenhausspezifischen Leistungen erbracht. Weitere 33 % der Patienten hätten vollständig im niedergelassenen Setting versorgt werden können.

Durch eine verstärkte, auch fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit der IGZ-Ärzte könnten darüber hinaus auch effektivere Akutbehandlungen und verstärkte Präventionsmaßnahmen realisierbar sein, wodurch Eskalationen und spätere Krankenhausaufenthalte verhindert werden können. Attraktivere Arbeitsbedingungen bieten gleichzeitig das Potential einer höheren Arztdichte auf dem Land, welche einen verbesserten Zugang zur medizinischen Versorgung für Patienten mit sich bringt. Neben dem direkten Substitutionspotential umfasst der Begriff *Ambulantisierung* auch die Vermeidung stationärer Aufenthalte durch eine optimierte ambulante Versorgung. Auch wenn im aktuellen Kontext keine direkten Rückschlüsse auf die Auslastung des IGZ getroffen werden können, liefert das internationale Konzept der sog. ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK) einen ersten Anhaltspunkt zum entsprechenden

Einsparpotential, welches auf Defizite in der Qualität oder im Zugang zur ambulanten Versorgung hinweist (vgl. AHRQ, 2002; Weissman, 1992; Sundmacher und Schüttig, 2016). Erste Analysen für den deutschen Gesundheitssektor ermittelten dabei einen Anteil an stationär vermeidbaren ASK-Fällen zwischen 11 und 20 %, welche sich jeweils auf eine vorab definierte Liste ambulant-sensitiver Diagnosegruppen beziehen. Diese Diagnosen entsprechen dabei weitgehend dem Leistungsspektrum eines Grund- und Regelversorgers, z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Bronchitis, COPD, Angina Pectoris, Depression, Depressive Störungen, Influenza und Pneumonie (vgl. IGES, 2015; Sundmacher et al., 2015).

Die Auslastung der bettenführenden Einheit ist nicht nur durch Einweisungen der IGZ-Ärzte möglich. Auch andere niedergelassene Ärzte können Patienten in das IGZ verweisen, sobald diese einer durchgehenden Überwachung und/oder Pflege, jedoch keiner speziellen Krankenhausinfrastruktur bedürfen. Aufgrund der Altersstruktur ist dabei insbesondere in ländlichen Gebieten von einer höheren Anzahl an Patienten der EAV auszugehen. Ein hohes Alter in Verbindung mit einer steigenden Krankheitslast geht meist mit häufigeren Krankenhausaufenthalten einher. Bezüglich der sozialen Einbindung ist weiterhin anzunehmen, dass durch die Urbanisierung keine Angehörigen vor Ort verfügbar sind, um die nächtliche Überwachung und ggf. Pflege des Patienten sicherzustellen. Für den Patienten ergibt sich durch das IGZ die Chance der Versorgung in einer heimatnahen Einrichtung unter Wahrung des Facharztstandards. Gleichzeitig ist eine kontinuierliche Betreuung der Patienten aus einer Hand auch über bisher etablierte Sektorengrenzen hinweg möglich. Eine detaillierte Darstellung der Behandlungspfade beinhaltet das nachfolgende Kapitel.

Auch Krankenhäusern steht es frei, Patienten, welche keiner Krankenhausstrukturen bedürfen, in das IGZ zu verweisen. Dies kann mitunter zu einer deutlichen Entlastung der Krankenhauskapazitäten führen. Denkbar ist es weiterhin, dass Krankenhäuser Patienten nach einem stationären Aufenthalt in die EAV überweisen, sobald diese keine kontinuierliche ärztliche Präsenz mehr benötigen. Hierbei müssen jedoch zwischen Krankenhaus und IGZ interne Absprachen bezüglich der Leistungsvergütung getroffen werden, damit der gleiche Behandlungsfall nicht doppelt gegenüber dem Kostenträger abgerechnet wird. Sollte an das IGZ gleichzeitig ein Alten- oder Pflegeheim angegliedert sein, kann ein Teil der dort benötigten ärztlichen Leistungserbringung über das IGZ erfolgen.

Aufgrund der Übernahme bestehender Patientenstämme, der Realisierung von zusätzlichem Ambulanzisierungspotential, der Zusammenarbeit mit weiteren regionalen Versorgern und der grundsätzlichen Attraktivität des IGZ für Patienten (z. B. aufgrund verlängerter Öffnungszeiten und einem fachübergreifenden Leistungsangebot) ist von einer ausreichenden Auslastung des IGZ sowohl mit ambulanten als auch EAV-Leistungen auszugehen.

2.3 Prozesstruktur und Behandlungswege

Im Rahmen der Prozesstruktur und der Behandlungswege zeigt Abbildung 8 die Versorgungspfade innerhalb des IGZ und seinen angrenzenden Versorgungsbereichen der konservativen ambulanten und stationären Versorgung auf.

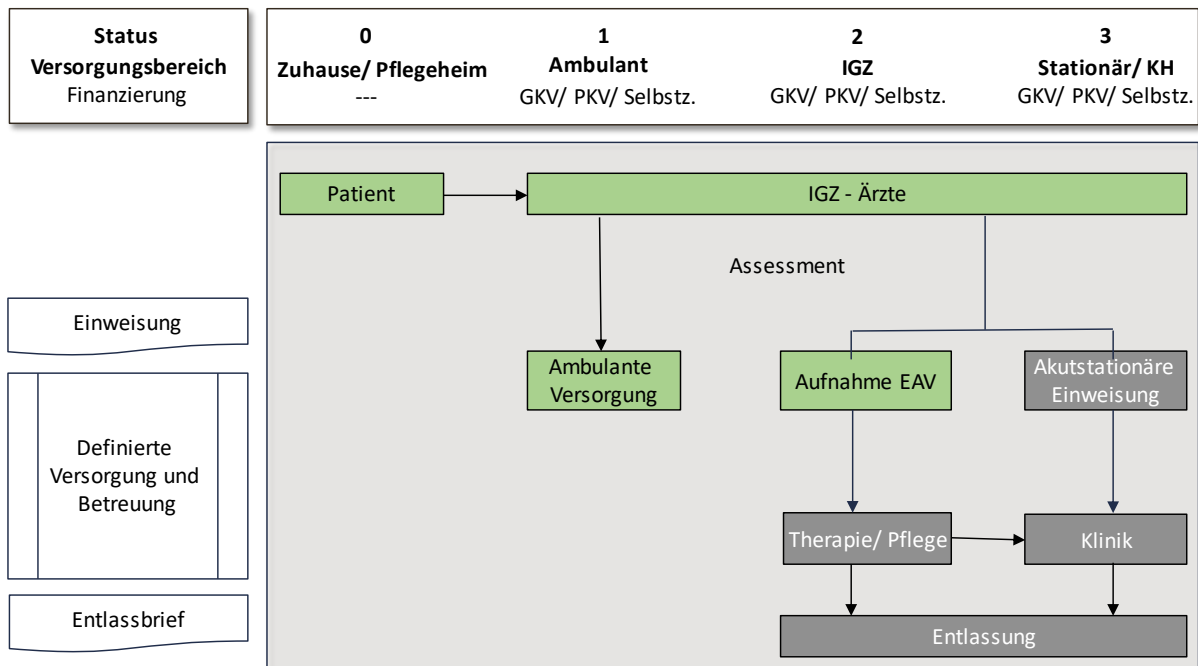


Abbildung 8: Behandlungspfade im IGZ und angrenzenden Versorgungsbereichen
Quelle: Eigene Darstellung

Der Erstkontakt bzw. der reguläre Kontakt zwischen Patient und Arzt im IGZ ereignet sich in der Regel im Rahmen der Sprechstunde der klassischen ambulanten Versorgung. Dort erfolgen die Diagnostik und Festlegung der Behandlung sowie gegebenenfalls die Indikationsstellung zur EAV oder gar zur akutstationären Einweisung. Der überwiegende Teil der Patientenkontakte im IGZ findet im Rahmen der klassischen ambulanten Versorgung statt, ohne eine Notwendigkeit der EAV festzustellen.

Im Falle einer Indikation zur EAV wird der Patient in die bettenführende Einheit des IGZ aufgenommen. Die Diagnostik sowie die Anamnese erfolgen dabei bereits in der Praxis. Somit kann unmittelbar mit der Therapie bzw. medizinischen Betreuung begonnen werden.

Der Aufenthalt umfasst täglich mindestens eine Visitation des Patienten durch einen Facharzt des IGZ, mit welchem das weitere Procedere in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal abgestimmt wird. Darüber hinaus steht jeweils ein IGZ-Arzt nachts, am Wochenende und an Feiertagen über einen Rufbereitschaftsdienst zur Verfügung.

Die Pflegeleistungen umfassen einen maßgeblichen Anteil der EAV. Die permanente Betreuung der EAV-Patienten erfolgt durch examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte. Die Pflegekräfte unterstützen die Patienten in den allgemeinen und speziellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Neben pflegerischen Aufgaben (z. B. im Rahmen der Grundpflege, bei der Unterstützung der Mobilität sowie der Kommunikation) übernimmt das Personal auch medizinische Tätigkeiten (z. B. Blutentnahme und Verbandswechsel) und stellt ein qualifiziertes Monitoring der Patienten sicher. Darüber hinaus trägt das Pflegepersonal zur Organisation der Anschlussversorgung bei, beispielsweise falls eine Einrichtung zur Kurzzeitpflege oder ein ambulanter Pflegedienst oder gar eine stationäre Pflegeeinrichtung zur weiteren Versorgung des Patienten benötigt wird. Während bei größeren IGZ die Organisation der Anschlussversorgung durch einen Sozialdienst organisiert werden kann, ist dies in kleineren Einrichtungen aufgrund einer tendenziell niedrigeren Arbeitsbelastung (siehe Kapitel 4.4) und einer geringeren Patientenzahl durch das Pflegepersonal möglich.

Über die in Abbildung 8 dargestellten Behandlungspfade hinaus ist es grundsätzlich denkbar, dass Patienten direkt vom Krankenhaus in die EAV des IGZ verlegt werden, sobald diese aus medizinischer Sicht keiner weiteren akutstationären Strukturen, sondern insbesondere pflegerischer Betreuung und Überwachung bedürfen. Durch die Verlegung entstehen jedoch möglicherweise neue Problemfelder an der schnittstellenübergreifenden Kommunikation, der Kostenerstattung sowie in Bezug auf die vollständige Behandlungsdauer. Aus diesem Grund wird auf diesen speziellen Behandlungspfad im Folgenden nicht näher eingegangen.

2.4 Gesellschaftsstruktur und Organisation

2.4.1 Interne Organisation des IGZ

Neben dem Leistungsangebot des IGZ gilt es im Nachfolgenden zu definieren, welches Personal benötigt wird und wie die Hierarchien bzw. Governance-Strukturen aufgebaut sind. Als fachübergreifendes Gesundheitszentrum werden die Tätigkeit und die interne Kooperation mehrerer Ärzte im IGZ vorausgesetzt. In Bezug auf die Leitung weist das IGZ Analogien zum MVZ auf und stellt eine ärztlich geleitete Einrichtung dar (§ 95 Abs. 1. S. 2 SGB V). Der Ärztliche Direktor ist befugt, allgemeine Vorgaben der medizinischen Versorgung auf übergeordneter Ebene zu etablieren. Dies betrifft zum Beispiel Hygienevorschriften, die Verwendung einheitlicher Medizinprodukte oder allgemeine Richtlinien zum Qualitätsmanagement im IGZ. Davon unberührt bleibt die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes in der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung und Therapien gemäß definierter Leitlinien. Die Ärzte des IGZ setzen sich im Wesentlichen aus Vertragsärzten, angestellten Fachärzten und Weiterbildungsassistenten zusammen.

Um das ärztliche Personal in betriebswirtschaftlichen Aspekten zu entlasten, ist eine schlank aufgestellte Managementstruktur vorgesehen. Diese kann bei einem kleinen IGZ in Personalunion mit dem Ärztlichen Direktor, in Teilzeit durch einen Geschäftsführer oder extern durch einen Geschäftsbesorgungsvertrag erfüllt werden. Die Geschäftsführung hat in ökonomischen und betriebswirtschaftlichen, jedoch nicht in medizinischen Angelegenheiten Weisungsbefugnis gegenüber den im IGZ angestellten Ärzten. Es ist stets ein Einvernehmen mit dem Ärztlichen Direktor herzustellen. Je größer die Einheit, desto umfangreicher bedarf es einer betriebswirtschaftlichen Unterstützung. Abbildung 9 stellt dabei die hierarchischen Strukturen eines IGZ in einem beispielhaften Organigramm dar.

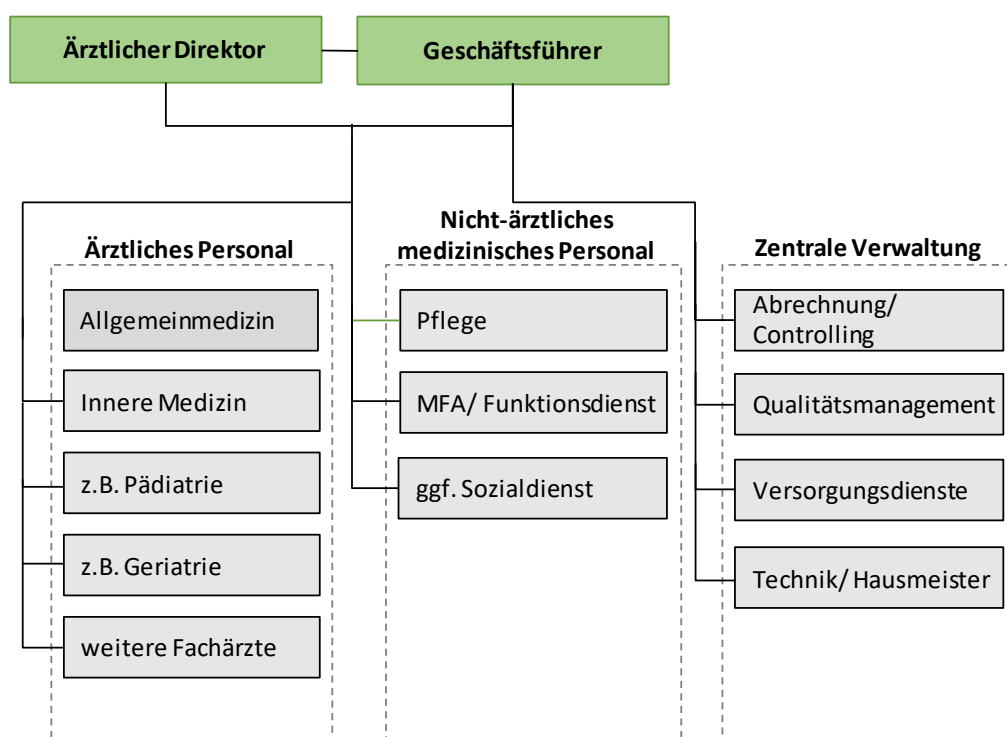


Abbildung 9: Organigramm des IGZ
Quelle: Eigene Darstellung

Grundsätzlich wird im vorliegenden Gutachten von einem kompakten IGZ in einer ländlichen Region mit einer einstelligen Anzahl an tätigen Ärzten ausgegangen. Neben Ärzten, welche klassisch ambulante Behandlungsfälle erbringen, gilt es dabei, zusätzliche ärztliche Kapazitäten für die EAV zu kalkulieren. Durch die längere Behandlungsdauer und möglicherweise auch aufgrund einer höheren Fallschwere ist den EAV-Patienten ein höherer Behandlungsaufwand zu unterstellen als für klassisch ambulante Fälle. Um die ärztlichen Fortbildungsmöglichkeiten auch in ländlichen Regionen zu unterstützen, besteht gleichzeitig die Möglichkeit, einen Weiterbildungsassistenten anzustellen. Dies ist nur in zugelassenen Weiterbildungsstätten und bei Anleitung durch einen befugten Vertragsarzt erlaubt (vgl. KVB, 2017). Wäh-

rend Ärzte zu den regulären Öffnungszeiten des IGZ persönlich vor Ort anwesend sind, stellen qualifizierte Pflege- und Pflegehilfskräfte eine kontinuierliche medizinische Überwachung und Pflege sicher. Zur Unterstützung der Ärzte bei allen Tätigkeiten im IGZ, Empfang und Betreuung der Patienten, Organisation der Praxisabläufe, Assistenz bei Untersuchungen und Behandlungen sowie zur Leistungscodierung und Abrechnung sind weiterhin Medizinische Fachangestellte (MFA) anzustellen. Die Darstellung eines umfänglichen Personaltableaus erfolgt im Rahmen der Fallstudie in Modul 3.

2.4.2 Gesellschaftsstruktur des IGZ

Neben der internen Organisation des IGZ gilt es im Nachfolgenden, die übergreifende Gesellschaftsstruktur des IGZ zu definieren. Als Hauptgesellschafter ergibt sich dabei der aus § 95 Abs. 1a SGB V abgeleitete Gründerkreis in Anlehnung an MVZ: zugelassene Ärzte, Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und Kommunen. Weiterhin sind nach § 105 SGB V zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung die KVen gründungsberechtigt. Neben dem Hauptgesellschafter besteht die Möglichkeit, die Gesellschafter-Ebene durch weitere Gesellschafter zu erweitern. Denkbar ist es z. B., dass niedergelassene Vertragsärzte ihre KV-Zulassung zugunsten einer Anstellung in das IGZ einbringen und dafür Gesellschaftsanteile erhalten.

Wie in Abbildung 10 dargestellt, wird das IGZ selbst durch eine Betriebsgesellschaft in Form einer GmbH organisiert². Die IGZ-Betriebsgesellschaft ist vor allem für den operativen Betrieb des IGZ verantwortlich: Medizinische und kaufmännische Führung, interne Koordination der primären Leistungserbringung, Tertiär- und Serviceleistungen sowie die externe Koordination mit weiteren Leistungserbringern.

² In Anlehnung an die zulässigen Rechtsformen eines MVZ ist es darüber hinaus grundsätzlich auch möglich, das IGZ in der Rechtsform einer Personengesellschaft (Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), Partnerschaftsgesellschaft (PartG und PartG mbH)), sowie einer eingetragenen Genossenschaft (eG) zu gründen. Bei öffentlichen Trägern sind ebenfalls die öffentlich-rechtlichen Rechtsformen möglich (§ 95 Abs. 1a SGB V) Aus praktischen Gründen wird in diesem Gutachten auf die Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung zurückgegriffen.

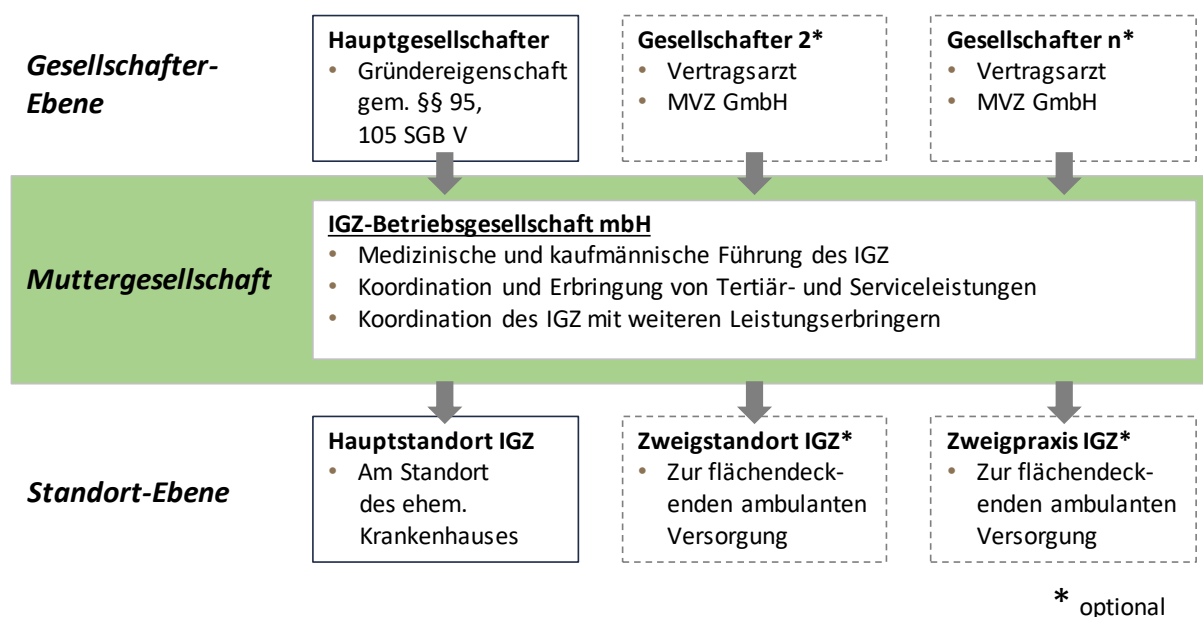


Abbildung 10: Gesellschafts- und Unternehmensstruktur des IGZ
Quelle: Eigene Darstellung

In Abhängigkeit vom Hauptgesellschafter und des Leistungsangebots sind unterschiedliche Organisationsformen möglich.

(1) Umfängliches hierarchisch aufgebautes Unternehmen

Das IGZ bildet mit all seinen einzelnen Leistungserbringern eine rechtliche und wirtschaftliche Einheit. Dabei sind alle Ärzte entweder im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses tätig oder sind selbst Gesellschafter der IGZ Betriebsgesellschaft mbH. Als klare Vorteile sind dabei geringere wirtschaftliche Abhängigkeiten und die Möglichkeit einer stringenten Führung unter einer einheitlichen Governance-Struktur des IGZ herauszustellen.

(2) Center-Modell mit zentraler Infrastruktur

Das IGZ besteht lediglich in seinem Basismodell und weitere Leistungserbringer mieten sich im gleichen Gebäude ein, arbeiten jedoch rechtlich und wirtschaftlich voneinander getrennt. Dieser Fall entspricht zum Beispiel einem Facharztzentrum. Der Vorteil ist, dass das IGZ durch die angesiedelten Ärzte an Attraktivität gewinnen kann und jede einzelne Praxis höhere Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung hat. Nachteilig dabei wäre, dass neben den positiven Anreizen auch Anreize zur partiellen Optimierung der einzelnen Einheit zu Lasten des Gesamt-IGZ bestehen.

Im Rahmen dieses Gutachten wird lediglich das Standardmodell (1) betrachtet, in welchem ein Hauptgesellschafter mittels einer Betreibergesellschaft ein IGZ an einem Standort betreibt. Darüber hinaus ist

es analog zu MVZ denkbar, für das IGZ Zweigstandorte zu etablieren, um auch größere Regionen abdecken zu können.

2.5 Vergütung

2.5.1 Vergütungssysteme

Das Leistungsportfolio des IGZ muss zwingend in Kombination mit der Frage der Vergütung gedacht werden. Eine leistungsgerechte und zweckmäßige Vergütung der erbrachten Leistungen stellt eine wichtige Basis für ein erfolgreiches Versorgungskonzept dar. Daher gilt es im Nachfolgenden zu untersuchen, welche Finanzierungsmöglichkeiten im IGZ denkbar erscheinen und mit welchen Anreizstrukturen diese für beteiligte Stakeholder einhergehen. Die Vergütung der IGZ-Leistungen stellt eine besondere Herausforderung dar, da hier Sektorengrenzen überwunden werden, welche bisher voneinander unabhängige Vergütungsstrukturen aufweisen. Gleichzeitig gilt es, inadäquate Verzerrungen der Leistungsvergütung zu vermeiden. Nicht tragbar erscheint es hier beispielsweise, aus dem gedeckelten Vergütungsvolumen der ambulanten Leistungserbringer auch vormals stationäre Leistungen abzurechnen, ohne eine adäquate Kompensation sicherzustellen. Zur Steigerung der Praktikabilität und Umsetzbarkeit gilt es zunächst, an den bestehenden Vergütungsregeln anzusetzen und Potentiale sowie Limitationen auszuloten. Abbildung 11 gibt einen Überblick über die derzeit gültigen Abrechnungsverfahren in Abhängigkeit von Leistungssektor und Versicherungsstatus.

		Gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung / Zusatzversicherung	Neue Versorgungsformen (Individuelle Vertragsmodelle)
Versorgungsbereich	Stationär	Akut-Krankenhäuser (DRG/ PEPP) Reha-Kliniken (Tagessätze)	Private Zusatz- versicherung (GOÄ) (DRG, etc.)	Besondere Versorgung gem. §§ 140a SGB V (Individuelle Gestaltung)
	Ambulant	Reguläre, niedergelassene/ ambulante Versorgung (EBM)	Private Krankenversicherung (GOÄ) Private Zusatz- versicherung (GOÄ)	
		Selbstzahler	Selbstzahler	

Abbildung 11: Vergütungsmodelle in der ambulanten und stationären Versorgung
Quelle: Oberender AG (2018)

Insgesamt ist das Leistungsportfolio des IGZ in zwei Bereiche zu unterteilen. Analog zu niedergelassenen Arztpraxen werden Patienten unter anderem in der klassischen ambulanten Versorgung behandelt. Hierbei entsteht durch die Umwandlung des Krankenhauses in ein IGZ kein zusätzliches Angebot. Es

handelt sich vielmehr um die Möglichkeit der Verlagerung niedergelassener Arztstühle in eine größere Einrichtung zur Zentralisierung der ambulanten Leistungserbringung. Durch das IGZ ist keine maßgebliche Veränderung in Bezug auf die Art oder Menge der zu erbringenden Leistungen zu erwarten. Klassisch ambulante IGZ-Leistungen sind daher wie bisher über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei privat versicherten Patienten, abzurechnen. Vor dem Hintergrund eines insgesamt gedeckelten Vertragsarztbudgets sind dabei keine Honorarverluste der ambulanten Leistungserbringer zu erwarten. Trotzdem muss geprüft werden, ob und in welchem Maße eine Budgetanpassung erfolgen muss, sobald ehemals stationäre Leistungen durch die Ambulantisierung nun in der klassischen ambulanten Versorgung erbracht werden.

Die Vergütung der EAV-Leistungen bringt deutlich größere Herausforderung mit sich. Im Vergleich zu den klassischen ambulanten Leistungen sind diese mit einem deutlich höheren medizinischen und pflegerischen Aufwand verbunden und schließen durch die 24h-Betreuung auch Unterbringungs- und Verpflegungskosten mit ein. Da es sich hier um ein neues Leistungsangebot handelt, kann ohne Anpassungen auf kein bestehendes Vergütungsmodell zurückgegriffen werden.

Aufgrund eines Gesamtbudgets würde die Honorierung der EAV-Leistungen aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) zu einer inadäquaten Benachteiligung der niedergelassenen Vertragsärzteschaft führen. Da kein bestehendes Vergütungssystem die EAV abbilden könnte, muss die Finanzierung der intersektoralen Leistungserbringung durch individuell gestaltete Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140a SGB V übergangsweise sichergestellt werden. Dabei können ergänzend oder substitutiv zum Kollektivvertragssystem Einzelverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen werden, um durch stärkere Koordination, Kooperation und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern Schnittstellen an den verschiedenen Stufen der Wertschöpfungskette der Patientenversorgung zu überwinden (vgl. Schreyögg et al., 2017; Greiner, 2014). IV-Verträge streben dabei eine kontinuierliche Versorgung über Sektorengrenzen hinweg an und verfolgen meist einen indikationsbezogenen Ansatz, z. B. für bestimmte chronische Krankheiten. Die konkrete Ausgestaltung der IV-Verträge unterliegt dabei den Vertragsparteien. Da die Teilnahme für alle Beteiligten (Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen) auf freiwilliger Basis erfolgt, ergibt sich der Anreiz, die Verträge möglichst gut auf die Bedürfnisse aller Beteiligten auszurichten (vgl. Amelung, 2011). Die notwendige Zustimmung des Patienten zur Versorgung in der bettenführenden Einheit gilt dabei als wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Betrieb des IGZ. Insgesamt stellen IV-Verträge jedoch nur eine Übergangslösung zur Finanzierung der EAV-Leistungen dar (siehe Kapitel 5.2).

2.5.2 Vergütungshöhe

Im Rahmen dieses Gutachtens wird das Ziel verfolgt, eine mögliche Vergütung aus bereits bestehenden Vergütungsformen herzuleiten. Diese wird über die Vereinbarung von Fallpauschalen im Rahmen eines IV-Vertrages realisiert. Neben der Vergütungsstruktur selbst gilt es jedoch zudem, die Höhe der EAV-Vergütungen festzulegen. Diese muss einerseits niedriger als die entsprechende Behandlung in einer vollstationären Versorgungsstruktur sein, um Anreize zum Vertragsabschluss für die gesetzlichen Krankenversicherungen zu setzen. Gleichzeitig ist die Vergütung jedoch auch hoch genug anzusetzen, um aus Sicht der Betreiber ein nachhaltiges Wirtschaften des IGZ zu ermöglichen.

Die mögliche Höhe der Fallpauschalen wird dabei über zwei bereits bestehende Vergütungssysteme hergeleitet. Als Orientierungspunkte gelten dabei einerseits die Tagespauschalen der stationären Rehabilitation, andererseits die klassische Vergütung stationärer Leistungen über DRGs. Beide Ansätze werden dabei entsprechend den IGZ-Anforderungen angepasst. In die Tagessätze der stationären Rehabilitation werden für die EAV beispielsweise Übernachtungs- und Verpflegungskosten einkalkuliert, während die DRGs aufgrund der Vorhaltung von weniger technischer Apparatur und Personal im IGZ mit einem Abschlag versehen werden. Ziel ist es hierbei, verschiedene Vergütungsansätze aufzuzeigen und im Rahmen der Fallstudie in Modul 3 die Chancen auf einen wirtschaftlichen Betrieb des IGZ auszuloten.

Neben der Leistungsvergütung sind im IV-Vertrag auch Patiententransporte zu berücksichtigen. Ist ein Krankentransport aus medizinischen Gründen notwendig und vom Arzt verordnet, haben gesetzlich versicherte Patienten einen Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenversicherung. Allerdings gilt dies in der Regel nur bei Fahrten in stationäre Versorgungseinrichtungen. Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dürfen durch Krankenkassen nur in besonderen Ausnahmefällen übernommen werden, z. B. zur Dialysebehandlung, Chemotherapie, bei Schwerstbehinderung des Patienten oder mindestens einem Pflegegrad Stufe 3 (vgl. G-BA, 2018c). Für das IGZ als ambulante Versorgungseinheit gilt es daher, gemeinsam mit den Kostenträgern Regelungen zur Übernahme der Transportkosten zu finden.

Ergänzend muss über Anreizstrukturen sichergestellt werden, dass eine Fehlbelegung des IGZ möglichst vermieden wird. Zum einen ist zu verhindern, dass Patienten aufgenommen werden, welche eigentlich keiner kontinuierlichen EAV bedürfen. Ist die Versorgung der Patienten in den Strukturen des IGZ kostengünstiger zu erbringen, muss gleichzeitig das Risiko minimiert werden, Patienten mit dem tatsächlichen Bedarf an akutstationärer Versorgung nicht aus ökonomischen Anreizen fälschlicherweise in das IGZ aufzunehmen.

2.6 Sicherstellungsauftrag und Bedarfsplanung

Den Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland teilt sich traditionell in zwei Verantwortlichkeiten auf. Während Kommunen die Gewährleistungsverantwortung für Krankenhausleistungen besitzen, stellen die jeweiligen KVen die Versorgung mit ambulanten Leistungen sicher. Das Leistungsportfolio des IGZ umfasst neben ambulanten Leistungen auch EAV-Leistungen, welche vormals im stationären Sektor erbracht wurden. Die Umwandlung des Krankenhauses und die damit einhergehende intersektorale Leistungsverchiebung bringt dabei auch eine Änderung der Sicherstellungsverantwortlichkeit mit sich. Diese unterliegt jetzt den KVen, da das IGZ im ambulanten Sektor verankert ist. Gleichzeitig bedingt die zunehmende Ambulantisierung sowie das neu generierte Angebot der EAV einen Anstieg der Leistungsmenge im ambulanten Sektor. Dementsprechend muss diesem zusätzlichen Bedarf vor dem Hintergrund begrenzter Zulassungen und gedeckelter ärztlicher Kapazitäten begegnet werden.

Das IGZ verfolgt dabei nicht das Ziel, durch neue Versorgungsangebote die Wettbewerbssituation in ländlichen Regionen zu schärfen. Vielmehr stützt sich das Modell auf eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten vor Ort. Niedergelassene Ärzte, welche ihre Tätigkeit in das IGZ verlagern, können von einer interdisziplinären, kooperativen Arbeitsweise und weiteren attraktiven Arbeitsbedingungen profitieren. Damit stellt das IGZ bezüglich der klassischen ambulanten Versorgung kein zusätzliches Angebot, sondern lediglich die Zentralisierung dieser Leistungen unter einem Dach dar. Da insbesondere Ärzte in ländlichen Regionen bereits heute einer höheren Arbeitsbelastung unterliegen (vgl. Arentz, 2018), ist unbestreitbar, dass für die Erbringung von EAV weitere Vertragsarztzulassungen notwendig sind. Dabei ist davon auszugehen, dass EAV-Patienten mit höherem ärztlichen Aufwand verbunden sind als klassisch ambulante Fälle.

Die Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes erfolgt grundsätzlich basierend auf der Bedarfsplanung durch den örtlich zuständigen Zulassungsausschuss. Ab einem regionalen Versorgungsgrad von 110 % gilt der Planungsbereich als gesperrt und es werden regelmäßig keine zusätzlichen Zulassungen erteilt. In Kapitel 1.2.4 wurden die jeweiligen Versorgungsgrade für Hausärzte, Chirurgen und Internisten bereits vorgestellt. Dabei ist in allen Umkreisen der Umwandlungskandidaten eine Überversorgung an Fachinternisten zu verzeichnen. Gleichzeitig liegen 46,2 % der hausärztlichen Versorgungsgrade unter 110 % und bieten daher grundsätzlich das Potential zur Genehmigung weiterer, planmäßiger Zulassungen.

Insgesamt stehen jedoch auch in gesperrten Planungsbereichen Möglichkeiten zum Erhalt weiterer Zulassungen offen. Durch Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs kann die Tätigkeit

bereits praktizierender Ärzte auch in gesperrten Regionen bezüglich der Art oder Umfang erweitert werden und nach Prüfung des Antrags auf Sonderbedarf oder Ermächtigung können auch weitere Ärzte durch den Zulassungsausschuss befähigt werden (vgl. KBV, 2013). Alle Möglichkeiten stellen dabei jedoch Einzellösungen dar, welche in Bezug auf den jeweils vorliegenden Versorgungsbedarf separat geprüft und zum Teil nur auf ärztlichen Antrag genehmigt werden dürfen. Sie stellen daher keine zielführende Lösung dar, um dem Bedarf an zusätzlichen ärztlichen Kapazitäten durch die EAV flächendeckend gerecht zu werden.

Zusammenfassend erweitert sich der klassische Verantwortungsbereich der KVen in Hinblick auf die Sicherstellung der erweiterten ambulanten Versorgung, welche auch vormals stationäre Leistungen abbildet. Während sich die IGZ-Ärzte zum großen Teil aus bereits niedergelassenen Ärzten der Region zusammensetzen, sind weitere Zulassungen für die Deckung des zusätzlichen intersektoralen Versorgungsbedarfs zu generieren. In knapp der Hälfte der betrachteten Regionen besteht aufgrund eines offenen Planungsbereichs die Möglichkeit, eine Hausarztzulassung planmäßig zu generieren. Dies ist in den verbleibenden Regionen, wie auch für Fachärzte aufgrund des aktuell hohen Versorgungsgrades nicht möglich. Hier kann ein zusätzlicher Sitz gegebenenfalls über Ausnahmegenehmigungen, wie z. B. Ermächtigungen oder Sonderbedarfszulassungen genehmigt werden. Wie vieler zusätzliche Arztsitze die EAV bedarf, wird in Rahmen der Fallstudie in Modul 3 ermittelt.

2.7 Stakeholder-Analyse

Der Erfolg eines Geschäftsmodells hängt maßgeblich davon ab, welche Auswirkungen interne und externe Stakeholder hiervon erwarten und welche sich tatsächlich ergeben. Konkret gilt es, die Bedürfnisse der regionalen Bevölkerung, Ärzten, angestellten Mitarbeitern, Politik und Wirtschaft herauszustellen und die Auswirkungen der Etablierung des IGZ zu analysieren. Dabei wird untersucht, mit welchen Akteuren das IGZ auf welche Weise in Beziehung steht und welche Interessen jeweils berührt werden. Dies betrifft insbesondere die Patienten selbst und – gerade im Hinblick auf den Transformationsprozess – die politischen Entscheidungsträger sowie die außerhalb des IGZ tätigen medizinischen Leistungserbringer.

Eng verknüpft mit der Analyse der Stakeholder ist letztlich die Frage der Ownership für das Transformationsprojekt. Sie ist ein zentraler Erfolgsfaktor, da eine Vielzahl komplexer Stakeholderinteressen adressiert werden muss. Hierzu ist klar zu regeln, wer für das Gesamtprojekt die Verantwortung für die damit zusammenhängenden Bemühungen trägt und diese koordiniert.

2.7.1 Regionale Bevölkerung

Die regionale Bevölkerung stellt ein Schlüsselement zur erfolgreichen Implementierung eines IGZ dar. Nur dann, wenn das medizinische Leistungsangebot auch von Patienten akzeptiert und wahrgenommen wird, kann eine wirtschaftlich notwendige Auslastung des IGZ realisiert werden.

Ein schneller Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung stellt dabei ein wichtiges Gut für die Bevölkerung dar. Insbesondere in ländlichen Gebieten wird, aufgrund einer im Vergleich zu urbanen Gebieten niedrigeren Krankenhausdichte, dem örtlichen Krankenhaus eine höhere Bedeutung in der Versorgungssicherheit unterstellt. Gleichzeitig ist die ländliche Bevölkerung aufgrund der Altersstruktur sowie der oft rudimentären verkehrstechnischen Anbindungen nur eingeschränkt mobil und damit in besonderem Maße auf eine wohnortnahe Versorgung angewiesen. Zudem stellt ein Krankenhaus häufig einen der größten regionalen Arbeitgeber dar, mit dem die Bevölkerung auch emotional stark verbunden ist.

Werden die etablierten Strukturen eines Krankenhauses im Rahmen eines Umwandlungsprozesses verändert, sind mitunter starke Abwehrreaktionen der Bevölkerung zu befürchten. Vor dem Hintergrund der freien Arztwahl in Deutschland steht es Patienten frei, ob sie die Leistungen der IGZ-Ärzte in Anspruch nehmen wollen. Die medizinische Versorgung in der bettenführenden Einheit bedarf aufgrund des IV-Vertrages darüber hinaus zunächst sogar der schriftlichen Zustimmung der Patienten. Als Nachfrager der IGZ-Leistungen ist die regionale Bevölkerung daher einer der einflussreichsten Stakeholder des IGZ und kann gleichzeitig weitere Akteure (z. B. die Politik) massiv beeinflussen.

Dabei gilt es frühzeitig und offen herauszustellen, dass das IGZ kein Risiko, sondern vielmehr eine Chance für die Region darstellt, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern, sie langfristig aufrechtzuerhalten und besser auf den Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Regelmäßige Informationen und offene Diskussionsrunden sind wichtig, um das Vertrauen der Bevölkerung zu sichern.

2.7.2 Ärzte

Im Rahmen der IGZ-Implementierung muss sowohl auf die Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft, als auch der Krankenhaus-Ärzte eingegangen werden. Die mangelnde Akzeptanz der lokalen Ärzteschaft stellt bei Modellen der integrierten Gesundheitsversorgung häufig eine große Hürde dar (vgl. Müller et al., 2016). Gleichzeitig genießen Ärzte ein sehr hohes Vertrauen bei ihren Patienten und beeinflussen daher in hohem Maße auch das Meinungsbild der Bevölkerung.

Niedergelassene Ärzte können die Krankenhausumwandlung aus eigener Perspektive als Chance oder Risiko wahrnehmen. Das IGZ bietet die Möglichkeit, durch attraktive Arbeitsstrukturen sowohl dem dro-

henden Ärztemangel auf dem Land als auch der hohen Arbeitsbelastung der niedergelassenen Ärzteschaft entgegenzuwirken. Den Ärzten selbst bietet sich dabei die Chance, sich kooperativen und sektorübergreifenden Strukturen anzuschließen und von Vorteilen, wie z. B. einem geringeren wirtschaftlichen Risiko oder flexibleren Arbeitszeitmodellen, zu profitieren. Strebt der selbständige Arzt allerdings keine Zusammenarbeit mit dem IGZ an, kann diese Gesundheitseinrichtung durchaus als starker Wettbewerber wahrgenommen werden. Durch eine hohe Versorgungsqualität verschiedener Facharztgruppen, der Möglichkeit einer nächtlichen Überwachung sowie einer modernen Praxisausstattung könnten Patienten zur Versorgung in das IGZ wechseln. Widerstände der niedergelassenen Ärzte können dabei, insbesondere durch ein verändertes Zuweiserverhalten, mitunter hohen Druck auf den Betreiber ausüben (vgl. Krolop et al., 2010). Im Rahmen der IGZ-Implementierung gilt es daher frühzeitig zu unterstreichen, dass die Einrichtung nicht das Ziel eines verschärften Wettbewerbs im ambulanten Sektor, sondern vielmehr das der Reduktion von Allokationsproblemen auf dem Land verfolgt.

Angestellte Ärzte im Krankenhaus sehen sich durch die Umwandlungspläne einem drohenden Arbeitsplatzverlust gegenübergestellt. Dabei kann den Ärzten in kleinen Häusern der Grund- und Regelversorgung zumindest zum Teil eine persönliche, regionale Bindung unterstellt werden, verbunden mit dem Interesse, das aktuelle Wohn- und Lebensumfeld zu erhalten. Die Stellenkapazitäten des IGZ, besonders im Hinblick auf die EAV, sollten daher nicht ausschließlich durch die niedergelassene Ärzteschaft, sondern auch durch Krankenhausärzte besetzt werden. Ist der umzuwandelnde Krankenhausstandort Teil eines Krankenhauses besteht gleichzeitig die Möglichkeit, den Krankenhausärzten Vergleichsangebote in nahegelegenen Standorten zu unterbreiten.

2.7.3 Nicht-ärztliche Mitarbeiter

Die angestellten Mitarbeiter im Krankenhaus stellen eine weitere wichtige Stakeholder-Gruppe dar. Häufig gelten Krankenhäuser als größte Arbeitgeber in ländlichen Regionen und beschäftigen dabei sowohl medizinisches als auch nicht-medizinisches Personal. Wird der stationäre Versorger geschlossen, bringt dies für Arbeitnehmer durch den drohenden Verlust der Tätigkeitsstelle nicht nur unsichere Einkommensverhältnisse, sondern auch Änderungen im Arbeits- und Lebensumfeld sowie Transaktionskosten durch neue Stellensuche mit sich. Vor allem in ländlichen Regionen gestaltet sich die Suche nach einem neuen Arbeitgeber auf Grund der geringeren Krankenhausedichte möglicherweise schwierig.

Qualifizierte Arbeitskräfte sollten bei Umwandlung des Grund- und Regelversorgers von anderen Krankenhausstandorten sowie vom IGZ übernommen werden. Dies kann gleichzeitig den Personalmangel bei stationären Versorgern im Umkreis entschärfen und dort zu einer geringeren Arbeitsbelastung führen. Ein geeignetes Personalmanagement zum Übernahmeangebot parallel zum Öffentlichkeitsmanagement

sollte frühzeitig Übernahmemöglichkeiten und Weiterbeschäftigungsperspektiven anbieten, bevor eine Abwanderung des Fachpersonals droht. Für geringer bis unqualifizierte Arbeitnehmer müssen, falls sie nicht in anderen Teilen des Unternehmens Beschäftigung finden, geeignete Abfindungs- und Überleitungsmaßnahmen in den Arbeitsmarkt gefunden werden.

2.7.4 Politik

Neben den Anliegen der Bevölkerung sowie des angestellten Personals ist es von hoher Wichtigkeit, auch die Interessen der Kommunalpolitik zu berücksichtigen. Diese verfolgt insbesondere das Ziel, gleichwertige Lebensverhältnisse für die Bevölkerung zu schaffen. Gleichzeitig liegt die Verantwortung zur Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung bei den Kommunen. Eine Krankenhausschließung kommt daher nur dort infrage, wo die Sicherstellung des Versorgungsauftrages weiterhin garantiert werden kann bzw. nahegelegene Standorte durch die Umwandlung eines Standorts gestärkt werden. Die adäquate, dem Versorgungsbedarf angepasste Modellierung des IGZ, sowie dessen Einpassung in die regionale Versorgungsstruktur muss daher schon im frühen Verhandlungsstadium ausreichend konzeptuell ausgestaltet und in Potentialen dargestellt und belegt werden.

Über den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag hinaus ist die Kommunalpolitik besonders in ländlichen Regionen eng an die stationäre Leistungserbringung geknüpft. Derzeit befinden sich rund 29 % aller Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft (vgl. Augurzky et al., 2017). Bei diesen Einrichtungen sind häufig Stadt oder Landkreis Eigentümer des Krankenhauses und tragen dementsprechend auch die wirtschaftliche Verantwortung. Der Grund der tendenziell schlechteren ökonomischen Lage der öffentlichen Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Trägerschaften wird immer wieder darin vermutet, dass die Entscheidungsträger Vertreter aus der Lokalpolitik sind und dabei stärker politische als unternehmerische Interessen verfolgen (vgl. Blum et al., 2017). Gleichzeitig bietet die Umwandlung für die Politik jedoch auch eine Möglichkeit, ein hoch defizitäres Krankenhaus zu schließen, die Haushaltssituation zu entlasten und dennoch eine regionale und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen. Unbestreitbar spielen für Lokalpolitiker die Haltung der Bevölkerung sowie die Auswirkungen auf die Wählerstimmung eine bedeutende Rolle.

Werden medizinische Versorgungsstrukturen verändert, wird dies von der Bevölkerung häufig als Gefahr angesehen und es werden zukünftige Versorgungslücken befürchtet. Diese negative Wahrnehmung kann insbesondere bei anstehenden Kommunalwahlen die Entscheidung der involvierten Politiker zur Krankenhausschließung stark beeinflussen. Im Rahmen der IGZ-Implementierung ist es daher von entscheidender Bedeutung, begleitend zu einem ökonomischen und versorgungsbezogenen Konzept für

Entscheidungsträger auch ein politisches Öffentlichkeitskonzept zu erarbeiten. Aufgrund des großen politischen Einflusses muss auch bei kleinen ländlichen Versorgungseinheiten die Bevölkerung davon überzeugt werden, dass die Krankenhausschließung kein Risiko darstellt, sondern das IGZ eine langfristige Sicherstellung der regionalen Gesundheitsversorgung garantiert. Gehen die Umwandlungspläne mit einer Akzeptanz der Bevölkerung und damit Wähler einher, ist auch eine höhere Akzeptanz der Entscheidungsträger zu vermuten.

2.7.5 Wirtschaft

Die Kriterien für die Wahl eines Firmen- und/oder Produktionsstandortes haben sich in den vergangenen Jahren stark geändert. Viele Branchen ließen sich hierbei vorrangig vom vorherrschenden Fachkräftemangel beeinflussen. Konzerne legen – neben der Anbindung des Standortes an Infrastruktur, Kunden und Lieferanten sowie Prestigefaktoren – besonderen Wert auf die Attraktivität der Firmenumgebung für neue Mitarbeiter. Diese Attraktivität definiert sich über Wohnraumangebote, Freizeitmöglichkeiten, Landschaftsfaktoren und besonders die lokale Versorgungsstruktur. Gerade qualifizierte Arbeitskräfte legen korrelierend zur allgemeinen Bevölkerungsentwicklung zunehmend Wert auf Gesundheit und Prävention (vgl. Jordan und Hoebel, 2015) und erwarten medizinische Angebote, die dieser Lebensstilkomponente Rechnung tragen. Im Rahmen der Familienplanung zählt hierzu beispielsweise auch ein adäquates Angebot an Hausärzten und Kinderärzten. Da ländliche Regionen im Vergleich zu urbanen Ballungszentren meist eine geringere Standortattraktivität aufweisen (vgl. Reichert-Schick, 2015), ist es von besonderer Notwendigkeit, die medizinische Infrastruktur langfristig und auf einem bedarfsgerechten, hohen Qualitätsniveau aufrechtzuerhalten.

Die Implementierung eines IGZ bietet dabei als wirtschaftlich tragfähiges Versorgungsmodell nicht nur sichere Arbeitsplätze für medizinisches und nicht-medizinisches Personal, sondern trägt gleichzeitig zur Erhöhung der Standortattraktivität für Unternehmen in ländlichen Regionen bei.

2.8 Zusammenfassung Modul 2

Die Urbanisierung in Verbindung mit der demographischen Entwicklung verändert nicht nur die Bevölkerungsstruktur auf dem Land, sondern auch den jeweiligen medizinischen Versorgungsbedarf. Lange Wege und eine zumeist schlecht ausgebaute Verkehrsanbindung erhöhen die Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung. Während kleinere Häuser der Grund- und Regelversorgung vor dem Hintergrund qualitativer und ökonomischer Hürden langfristig nicht aufrechtzuerhalten sind, steigt der Bedarf nach neuen Versorgungsangeboten. Auf abstrakter Ebene stellt das IGZ ein haus- und fachärztliches Leistungsportfolio zur regionalen Grundversorgung dar. Dabei erbringen Fachärzte nicht nur klassische ambulante Leistungen, sondern im Rahmen einer kontinuierlich betreuten bettenführenden Einheit

auch Leistungen der erweiterten ambulanten Versorgung (EAV). Darin können Patienten behandelt werden, welche einer pflegerischen Betreuung und/oder Überwachung, allerdings keiner akutstationären Krankenhausstrukturen bedürfen. In Bezug auf die Prozessstruktur, die interne Organisation sowie die Gesellschaftsstruktur weist das IGZ dabei große Analogien zum MVZ auf. Die Vergütung der EAV kann derzeit nicht durch etablierte Vergütungssysteme sichergestellt werden. Unter den bestehenden Rahmenbedingungen ist es hierzu notwendig, IV-Verträge zwischen Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten zu vereinbaren. Da sich durch die bettenführende Einheit auch das Leistungsportfolio gegenüber klassischen ambulanten Leistungserbringern erweitert, muss gleichzeitig die Zulassung zusätzlicher ärztlicher Kapazitäten gefordert werden. Als wichtigste Stakeholder zur erfolgreichen Implementierung des IGZ gelten dabei insbesondere die regionale Bevölkerung, die Ärzteschaft wie auch politische Entscheidungsträger. Um eine erfolgreiche Einbindung der Stakeholder zu gewährleisten, muss auch die Frage der Ownership für das gesamte Projekt geklärt sein. Während die Strukturen des IGZ bisher auf abstrakter Ebene diskutiert und definiert wurden, erfolgt in Modul 3 eine konkrete und praxisnahe Ausgestaltung eines Business-Case.

3. Modul

Fallstudie zur Umwandlung eines
Krankenhauses in ein IGZ

3. Modul: Fallstudie zur Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ

3.1 Ausgangssituation

In Modul 1 erfolgte die Definition und Identifikation von Krankenhausstandorten in Deutschland, welche sich zur Umwandlung in ein IGZ eignen. Modul 2 umfasste anschließend die Operationalisierung dieses Modells auf abstrakter Ebene. Um beide Inhalte miteinander zu verknüpfen und sowohl den Umwandlungsprozess als auch den Betrieb des IGZ anwendungsnah zu untersuchen, erfolgt in diesem Modul die Ausgestaltung einer konkreten Fallstudie. Diese wird mit einer ökonomischen Bewertung unterlegt. Jeder Schritt erfolgt dabei aus der Perspektive des jeweiligen Trägers, da dieser die Entscheidungen trifft und die Verantwortung (die Ownership) für das Teil-Projekt IGZ innehat. Für die Abwicklung des Krankenhauses ist dabei der bisherige Krankenhausträger verantwortlich. Für den Aufbau des IGZ ist dementsprechend die Betreibergesellschaft des IGZ verantwortlich. Für eine möglichst realitätsnahe Ausgestaltung dieses Moduls wird nachfolgend ein fiktiver Business-Case definiert, basierend auf den idealtypischen Umwandlungskandidaten aus Modul 1.

Die Krankenhaus-Trägersgesellschaft mbH betreibt in öffentlicher Trägerschaft drei akutstationäre Plankrankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mit Standort A (275 akutstationäre Planbetten), Standort B (155 akutstationäre Planbetten) und Standort C (100 akutstationäre Planbetten). Der Wandel der Krankenhauslandschaft, die ökonomische Situation dieser Krankenhäuser und zukünftige Trends führen zu einem notwendigen strukturellen Anpassungsbedarf der aktuellen Krankenhauskapazitäten. Die Standorte sind 25 km (Standort A zu C) und 15 km (Standort B zu C) voneinander entfernt. Im Fokus steht der kleinste der drei Standorte (C), welcher in ein IGZ umgewandelt werden soll. Alternative Konzepte zum Ausbau des Standortes oder zur Nutzung als Fachklinik oder Rehaklinik wurden geprüft und aufgrund der regionalen Gegebenheiten als nicht nachhaltig eingestuft.

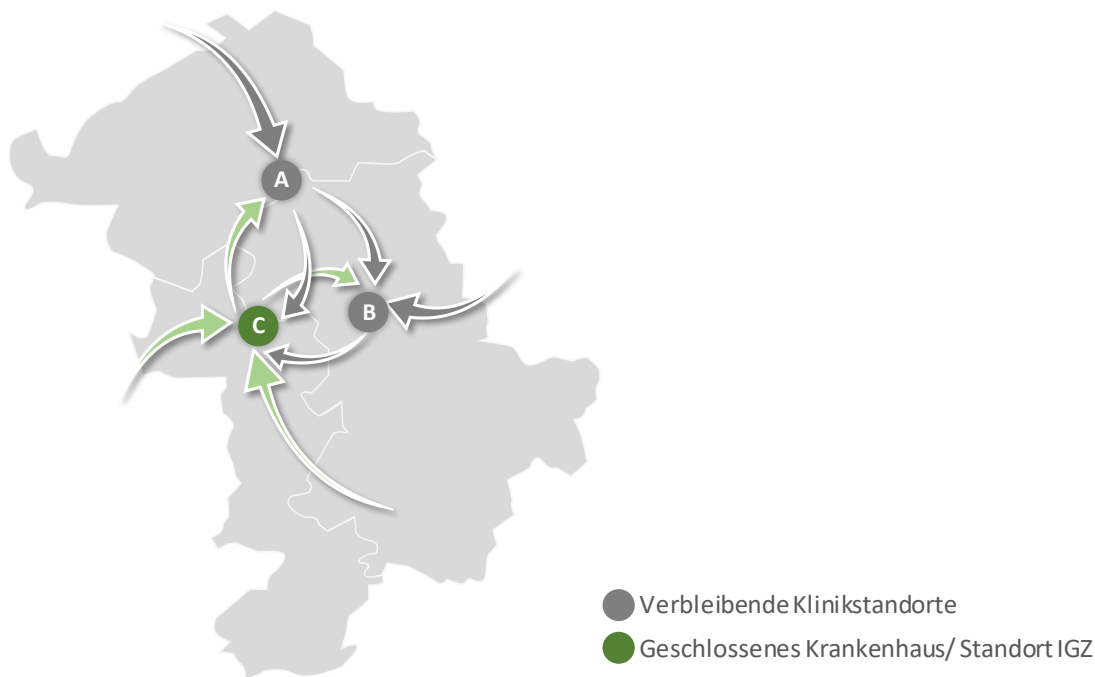


Abbildung 12: Räumliche Einordnung des Umwandlungskandidaten in den Klinikverbund
 Quelle: Eigene Darstellung

Am Standort C werden aktuell in den Abteilungen Innere Medizin und Allgemeinchirurgie 3.400 stationäre Krankenhausfälle erbracht. Sowohl die Belegung, als auch die durchschnittliche Fallschwere (Case-Mix-Index) sind in den letzten drei Jahren rückläufig. Entgegen der mittleren Verweildauer gemäß InEK-Kalkulation bleibt die Verweildauer im Krankenhaus konstant hoch. Untern den zehn häufigsten Diagnosen befinden sich vor allem Indikationen im Bereich der Gastroenterologie (Gastroenteritis, Ösophagitis), der Kardiologie (Herzinsuffizienz, Hypertonie, Arrhythmie, Synkope) und Pneumologie (Entzündungen der Atmungsorgane, COPD). In der chirurgischen Abteilung besteht der Schwerpunkt aus Leistungen der chirurgischen Grundversorgung, wie Hernien-Operationen, Eingriffe an der Gallenblase, Schilddrüsen-Operationen und Appendektomien. Die Auslastung liegt aktuell bei 62 %.

Insbesondere in den höheren Altersklassen der über 65-jährigen ist in den nächsten Jahren im Einzugsgebiet des Krankenhauses ein Anstieg zu erwarten. Dem entgegen gesetzt stagnieren die Bevölkerungszahlen der unteren Altersklassen oder sind sogar rückläufig. Insgesamt kann von einem leichten Bevölkerungswachstum von ca. 2 % bis 2024 ausgegangen werden.

Aufgrund anstehender Sanierungen des Krankenhausstandorts wurde bereits Kontakt zum Landesgesundheitsministerium aufgenommen. Dieses bindet die Einzelförderung an einen Kapazitätsabbau, welcher sich an den lokalen Versorgungsbedarf anpasst. Somit würde sich der ohnehin kleine Standort um 20 bis 25 Betten verkleinern. Vor dem Hintergrund hoher Vorhaltekosten (Fixkosten) wäre dadurch von

einer weiteren Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit auszugehen. Somit lautet die Entscheidung, Standort C als Akutkrankenhaus zu schließen und strukturell in ein IGZ umzuwandeln.

Dabei stellt sich die Frage nach der zukünftigen Verteilung der 100 akutstationären Planbetten des Standortes C. Umfangreiche Analysen zum Versorgungsbedarf führen zu folgendem Ergebnis:

(1) Verlagerung an einen anderen Standort

Im Rahmen der Umwandlung werden von den 68 internistischen Betten 20 und von den 32 chirurgischen Betten 15 an den Standort A des Krankenhauses verlagert.

(2) Umwandlung in IGZ-Betten

Von den 68 internistischen Betten werden 15 Betten in das IGZ verlagert und dort im Rahmen der EAV weiter genutzt. Allerdings befinden sich diese nicht mehr im Krankenhausplan des Bundeslandes.

(3) Abbau von Kapazitäten

Insgesamt werden 50 Planbetten des Krankenhauses ersatzlos abgebaut.

3.2 Meilensteinplanungen zur Umwandlung des Krankenhauses in ein IGZ

Die Schließung des Krankenhausstandorts umfasst zahlreiche Einzelschritte und bedarf einer stringenten Planung sowie einer konsequenten Steuerung. Neben dem Aufbau des neuen Versorgungsangebots ist der laufende Krankenhausbetrieb so abzuwickeln, dass ein nahtloser Übergang vom Krankenhaus hin zum IGZ möglich wird. Die beispielhaft erarbeiteten Realisierungsfahrpläne dieser Fallstudie werden in einem fünfstufigen, modularisierten Phasenmodell dargestellt. Dieses umfasst

- (1) Planung,
- (2) Operationalisierung,
- (3) Umsetzung,
- (4) Um- und Abbau bzw. Schließung des Krankenhauses,
- (5) Aufbau des IGZ und
- (6) Betrieb des IGZ.

Alle Aufgaben und Prozesse sind dem Krankenhausträger oder der neuen IGZ-Betreibergesellschaft zugeteilt. Hierbei bleibt offen, ob sich der Gesellschafterwechsel teilweise, vollständig oder im Rahmen einer Umfirmierung vollzieht.

Nachfolgend werden die einzelnen Projektschritte zusammengefasst und anschließend in Meilensteinplanungen (Gantt-Diagramme) graphisch dargestellt. Eine stärkere Differenzierung der Projektschritte sowie nähere Informationen zur jeweils geplanten Zeitdauer sind in Anhang A zu finden. Insgesamt liegt der Projektplanung ein sehr straffer Zeitplan zugrunde. Da einzelne Schritte aufgrund interner oder externer Einflüsse mitunter deutlichen Verzögerungen unterliegen können, sind in einer angewandten Meilensteinplanung großzügig Zeitpuffer einzuplanen.

Der Umwandlungsprozess eines Krankenhausstandorts in ein IGZ beginnt grundsätzlich mit der Planungsphase. In dieser werden Interessen- und Marktanalysen vorgenommen sowie die grundlegende Finanzplanung erstellt. Besonderer Fokus liegt hierbei auf der jeweiligen Interessenanalyse der identifizierten Stakeholder. Schlüsselement zum erfolgreichen Abschluss dieser Phase ist in erster Instanz das Interesse und Einverständnis des Krankenhausträgers zur Umwandlung und der je nach Bundesland zuständigen Behörde. Darauf aufbauend und ebenso maßgeblich müssen Interesse und Möglichkeiten des Gesundheitsministeriums zur Anpassung des Versorgungsauftrages sowie des örtlich zuständigen Zulassungsausschusses zur Vergabe bzw. Übertragung von Zulassungssitzen eruiert werden. Gleichmaßen sollte bereits in diesem Planungsabschnitt Kontakt mit den zuständigen Finanzministerien aufgenommen werden, um eine Einigung über die Rückzahlung gewährter Fördermittel zu initiieren.

Parallel zur sekundären Interessenanalyse sind entsprechende Budgetplanungen, Finanzmittelbeschaffung und Übernahmeverhandlungen einzuleiten, welche im weiteren Planungsverlauf mit einer Angebotsvorlage und -annahme durch den Alteigentümer abschließen. Die personelle Zusammensetzung des Projektteams sollte bereits vor Projektbeginn festgelegt werden. Die Umwandlung eines Krankenhausstandortes ist in jedem Fall ein hoch-sensibles Projekt, dessen Erfolg in erster Linie von der Akzeptanz der Stakeholder abhängig ist. Auch finanzielle und regulatorische Hemmnisse können zu einem frühzeitigen Scheitern führen.

Ein kritischer Aspekt im Prozess der Umwandlung ist die Krankenhausimmobilie selbst. Hierbei sind grundsätzlich zwei Optionen denkbar:

- (1) Abriss der Krankenhausimmobilie und paralleler Neubau des IGZ
- (2) Weiternutzung der bestehenden Krankenhausimmobilie und Umbau im laufenden Betrieb.

Beide Szenarien werden im Folgenden näher erläutert und mit Zeithorizont in Meilensteinplanungen dargestellt. Die Entscheidung, ob die Krankenhausimmobilie weitergenutzt werden sollte, stellt eine Einzelfallentscheidung dar, welche unter Abwägung der Vor- und Nachteile im regionalen Kontext zu erfolgen hat. Die Fallstudie in Kapitel 3.3 basiert auf Option (2).

3.2.1 Schließung der Krankenhausimmobilie und paralleler Neubau

Der Abriss der Krankenhausimmobilie kommt vor allem dann in Betracht, wenn sich aus Bausubstanz und -struktur unverhältnismäßig hohe Umwandlungskosten oder definitive Umwandlungshindernisse ergeben, z. B. eine Asbest-Belastung, Verwendung von Materialien mit nachteiligen Feuchtigkeits- und/oder dynamischen Eigenschaften sowie Schimmelbefall. Strukturell bedingt kann ein Umbau dann fraglich sein, wenn sich aus dem Bauuntergrund oder der vorliegenden, alten Baukonzeption Schwierigkeiten bei Anbau und Umbau ergeben, da z. B. keine ausreichenden Erweiterungs- oder Anbaumaßnahmen vorgenommen werden können oder die unveränderliche Rahmenstruktur des Altbaus notwendigerweise zu implementierende Ablaufprozesse des IGZ nachhaltig beeinflusst.

Vorteilhaft an der Neubau-Option ist, dass keine Abhängigkeit von dem sog. Bauleitplanungsverfahren besteht, sofern ein Grundstück entsprechender Deklaration vorab erworben werden kann. In dessen öffentlichem Vollzug ist ansonsten eine Umwidmung des Grundstückes von *Sonderstandort Krankenhaus* zu einem *weiteren Standort der Gesundheitsversorgung* oder einem *Gewerbegebiet* vorzunehmen. Diese Umwandlung obliegt der kommunalen Regierungsinstanz und kann, je nach Auslegung, optional vollzogen werden. Wird das Versorgungsangebot jedoch um gewerbliche Anbieter ergänzt, ist eine Umdeklarierung obligatorisch (§11 BauNVO). Dieses Verfahren ist in seiner zeitlichen Gestaltung sehr variabel, es kann jedoch nach allgemeiner Erfahrung von einer Mindestlaufzeit von einem Jahr ausgegangen werden. Die zeitliche Dauer bedingt sich auch in dem gesetzlich vorgesehenen Mitspracherecht der betroffenen Öffentlichkeit, welche in formal definierten Phasen zum Vorhaben informiert und angehört werden muss (vgl. Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Inneren, für Bau und Verkehr, 2017). Im Rahmen der Schließung des Krankenhauses kann auch eine Unterstützung durch die Sozialversicherungsträger im Rahmen des Strukturfonds gem. § 15 KHG SGB V zur Abfederung der Kosten vereinbart werden.

Nach positivem Verlauf der Planungsphase treten beide Gesellschaften in die Operationalisierungsphase ein. Die Krankenhausgesellschaft beginnt nun mit den Einzelschritten. Diese sind gekennzeichnet durch die Prüfung von Personal-, Wartungs- bzw. Leasingverträgen und Kündigungsfristen sowie Bestandsinventuren bei Medizintechnik und medizinischem Bedarf. Entscheidend ist dabei insbesondere die frühzeitige Planung und Umsetzung einer gestaffelten Stationsschließung bis hin zur endgültigen Betriebs-einstellung. Da insbesondere letztere nicht ohne Einbezug der am Versorgungs- und Ablaufprozess beteiligten Mediziner, Pflege- und Funktionskräfte möglich ist, ergibt sich hier eine logische Überlappung mit der in der Umsetzungsphase nachfolgenden Personalinformation. Diese beginnt mit der Information des Betriebsrates sowie dem Durchlaufen der notwendigen Formalia und den Planungen zur Personalabwicklung. Die Information der Belegschaft sollte, unter Berücksichtigung der Kündigungsfristen, so

spät wie möglich, allerdings vor Information der breiten Öffentlichkeit erfolgen. Um das Risiko der frühzeitigen Abwanderung qualifizierter Mitarbeiter zu verringern, sind zeitgleich Übernahmeangebote für andere Unternehmensstandorte an die entsprechenden Mitarbeiter zu richten. Hilfreich ist hierbei auch eine Abstimmung mit der neuen IGZ-Gesellschaft, denn auch im IGZ wird medizinisches und nicht-medizinisches Personal gebraucht.

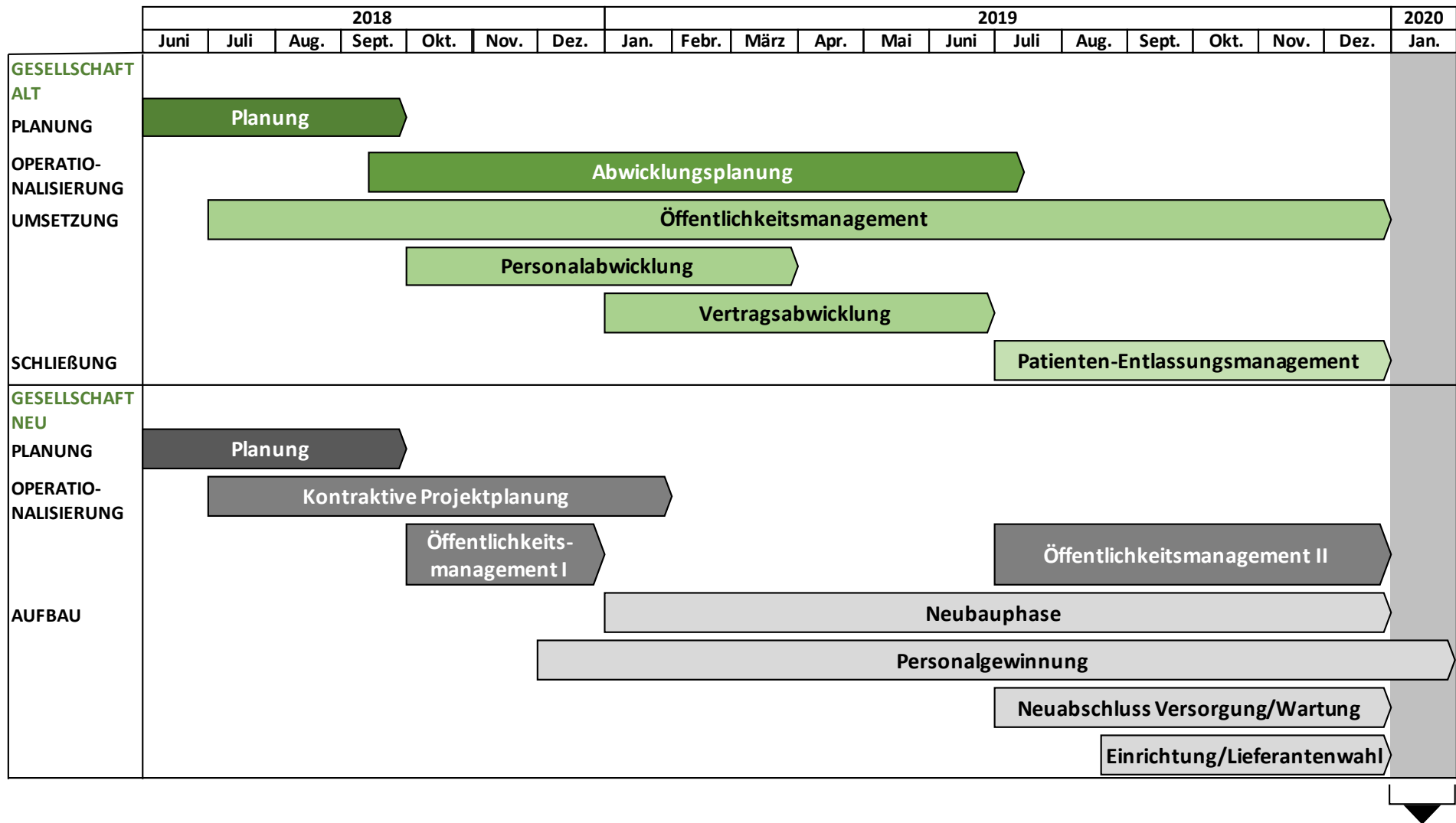
Zeitgleich zur Abwicklung durch die Altgesellschaft beginnt die IGZ-Gesellschaft mit der Operationalisierung der vertraglichen IGZ-Projektplanung. Gekennzeichnet ist diese von der Antragsstellung zur Zulassung beim Landesgesundheitsministerium, dem Bauantrag und der Ausschreibung des Bauvorhabens. Die betroffene Bevölkerung und niedergelassene Ärzteschaft werden an vereinbarten Stichtagen in kurzen zeitlichen Abständen über die geplante Schließung des Krankenhauses und die lückenlose Neueröffnung des IGZ in Kenntnis gesetzt. Hierfür ist die Erarbeitung eines Konzepts zum Öffentlichkeitsmanagement ein wesentlicher Bestandteil. Der Hauptteil der Öffentlichkeitsarbeit fällt hierbei der Krankenhaus-trägersgesellschaft zu, da die Schließung erwartungsgemäß zunächst eine negative Resonanz hervorrufen wird. Um sich Interesse, Vertrauen und Unterstützung der Stakeholder zu sichern, ist ein den Prozess langfristig begleitendes und transparentes Öffentlichkeitskonzept erforderlich.

Ein weiterer, wichtiger Bestandteil der Abwicklung mit nicht unerheblichem Einfluss auf die zeitliche Ablaufplanung ist das Vertragsmanagement auf Basis eines Vertragsverzeichnis. Dieses enthält beispielsweise Verträge mit Strom-, Gas-, Wasser-, Telefon- und Internetanbietern sowie Versicherungs- und Wartungsverträge als auch mögliche Verträge mit Belegärzten und Leasinganbietern. Im Zuge der gestaffelten Stationsschließung sind im Rahmen eines geeigneten Entlassungsmanagements gesonderte Vereinbarungen zu dem zum Stichtag hin erhöhten Aufkommen an Patiententransporten und -verlegungen zu treffen.

Die IGZ-Trägersgesellschaft ist in der Aufbauphase zum einen mit der Personalgewinnung und zum anderen mit der vertraglichen Einigung mit den Kostenträgern befasst. Die Gewinnung von und Einigung mit Medizinern mit kassenärztlicher Zulassung sind hierbei als wesentlich zu betrachten. Die Versorgungsabdeckung in den Regionen der Umwandlungskandidaten im ambulanten Bereich bei Allgemeinmedizinern ist nach Versorgungsgrad mehrheitlich überversorgt, im internistischen Fachbereich gänzlich überversorgt (siehe Kapitel 1.2.4). Eine Neuzulassung eines kassenärztlichen Vertragssitzes durch den Zulassungsausschuss ist bei der hausärztlichen Versorgung zwar grundsätzlich möglich, in einem Großteil der Versorgungsgebiete jedoch vorerst unwahrscheinlich. Ziel ist es, Ärzte zu gewinnen, die sich mit ihrer KV-Zulassung im IGZ einbringen und sich – sofern sie das wünschen – in ein Anstellungsverhältnis begeben. Da eine Gewinnung ärztlichen Personals für den ländlichen Bereich trotz bestehender Anreizstruk-

turen gemeinhin als problematisch gilt, ist es besonders wichtig, mit bereits lokal gebundenen Mediziner*innen zu kooperieren. Dabei bietet das IGZ eine Vielzahl an attraktiven Anreizstrukturen für Ärzte (siehe Kapitel 4.4). Der Personalbedarf an nichtärztlichem Personal, welcher nicht über die Freisetzung aus der Klinikschließung oder durch Leistungen der anderen Klinikstandorte gedeckt werden kann, sollte zu einem geeigneten frühen Zeitpunkt überregional ausgeschrieben werden.

Ebenso wichtig ist die abschließende Einigung zur Vergütung der erweiterten ambulanten Versorgung mit den Krankenkassen. Dies muss zunächst, solange noch keine Regelvergütung für diese Versorgungsform besteht, über individuelle IV-Verträge verhandelt werden (siehe Kapitel 2.5). Um auch die materielle Versorgung sicherzustellen, sind Versorgungs- und Wartungs- sowie Lieferantenverträge, eventuell über Einkaufsgemeinschaften mit den größeren Klinikstandorten oder weiteren IGZ, neu abzuschließen.



NEUERÖFFNUNG IGZ

Abbildung 13: Meilensteinplanung zur Einrichtung des IGZ in einer neuen Immobilie

Quelle: Eigene Darstellung

3.2.2 Umwandlung der Krankenhausimmobilie im laufenden Betrieb

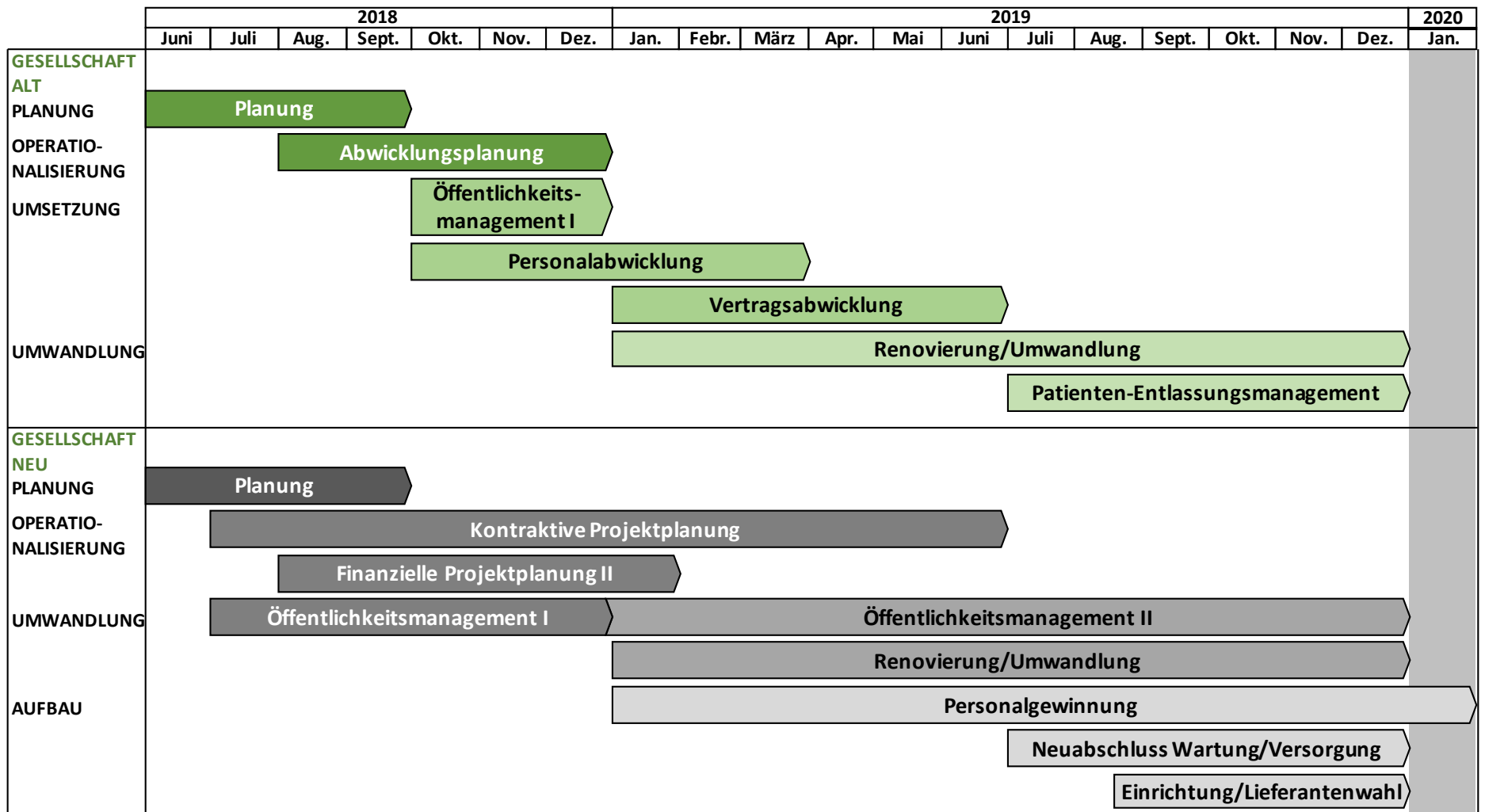
Stehen keine vertraglichen, baulichen oder finanziellen Rahmenbedingungen entgegen, kann die Krankenhausimmobilie für das IGZ weitergenutzt werden. Der Umbau bzw. die Renovierungsarbeiten sind dabei im laufenden Krankenhausbetrieb zu tätigen. Aus der Bevölkerung ist ein geringerer Widerstand zu erwarten, wenn der gewohnte Versorgungsstandpunkt als solcher erhalten bleibt. Auch bei angestellten und niedergelassenen Mediziner*innen ist eine höhere Akzeptanz zu erwarten, da der Erhalt des bekannten Standortes im Kontext einer weichen Umwandlung weniger als Konkurrenzangebot aufgefasst werden könnte. Ebenso ist die finanzielle Belastung der Altgesellschaft durch Reduzierung von Schließungskosten wie auch der leichteren Einigung über Fördermittelrückzahlungen mit dem zuständigen Finanzministerium geringer, da die betreffende Immobilie bestehen bleibt. Jedoch müssen baustrukturbedingt eventuell Abstriche bei der Prozessgestaltung in Kauf genommen werden. Zudem ist eine Umwandlung im laufenden Betrieb koordinativ anspruchsvoller und führt gegebenenfalls zu einer Belastung der Patienten und Mitarbeiter durch Baulärm. Hinzu kommt, dass hier eine Umwidmung des Grundstückszweckes durch das tendenziell zeitaufwendige Bauleitplanungsverfahren erforderlich werden kann.

Bleibt die Immobilie erhalten, ist durch die neue Trägergesellschaft in einem ersten Schritt der Operationalisierung eine Begutachtung der Bausubstanz erforderlich. Dieser folgt eine zweite Phase der Finanzplanung, in welcher die Planung der Umwandlungs- und Sanierungskosten nach Ausschreibung der notwendigen Maßnahmen vorgenommen werden muss. Zu diesem Zeitpunkt ist ein Wechsel hin zum Neubau noch möglich. Bei positivem Verlauf der Begutachtung sollte umgehend die Einleitung des Bauleitplanungsverfahrens angestrebt werden, um frühzeitig nach abgeschlossener Umwandlung eine gewerbliche Erweiterung des Versorgungsportfolios zu ermöglichen. Die Operationalisierungsmaßnahmen der Krankenhausträgergesellschaft befassen sich mit der Abwicklungsplanung und sind im Wesentlichen mit denen in Kapitel 3.2.1 deckungsgleich.

Bezüglich des Öffentlichkeitsmanagements sollte erneut die kooperative Informationsvermittlung bevorzugt werden. Hierbei ergibt sich jedoch eine Änderung in der Verteilung der Hauptaufgaben. Nach Bekanntgabe der Umwandlung an Einweiser und Bevölkerung, geht die Verantwortung des Öffentlichkeitsmanagements auf die neue IGZ-Gesellschaft über.

Nach Eintritt in die Umsetzungs- und Aufbauphase stellt sich die Personalabwicklung und -gewinnung für beide Gesellschaften grundsätzlich wie in Kapitel 3.2.1 dar, kann allerdings dadurch begünstigt werden, dass sich für das aus dem Klinikbetrieb zu übernehmende Personal keine Standortänderungen ergeben und somit eine höhere Bereitschaft zum Wechsel vorliegt.

Soll die Krankenhausimmobilie weitergenutzt werden, ist neben einem parallelen Umbau der Strukturen im laufenden Betrieb auch denkbar, den Standort vollständig zu schließen und erst anschließend mit den Renovierungsarbeiten zu beginnen. Hierbei ergibt sich ein mehrmonatiger Ausfall der lokalen Versorgungsstruktur und eine notwendige Umverteilung der Patientennachfrage während des Umbauprozesses. Erschwerend hinzu kommt eine definitive Abhängigkeit des Vorhabens von dem zuvor beschriebenen Bauleitplanungsverfahren. Vor abgeschlossener Grundstücksumwandlung kann ein Umbauprozess entkoppelt vom Krankenhausbetrieb nicht initiiert werden. Hierdurch entsteht ein zeitliches Kalkulationsrisiko, welches in Kombination mit dem vorübergehenden, vollständigen lokalen Wegfall der stationären Kapazitäten die betrachtete Umwandlungsoption als im Vergleich ungünstigste qualifiziert. Sie soll daher nicht näher betrachtet werden.



NEUERÖFFNUNG IGZ

Abbildung 14: Meilensteinplanung zur Umwandlung der Krankenhausimmobilie im laufenden Betrieb

Quelle: Eigene Darstellung

3.3 Fallstudie des IGZ mit Business-Planung

Für die Ermittlung der mittelfristigen betriebswirtschaftlichen Konsequenzen der Umwandlung eines ländlichen Krankenhauses in ein IGZ wird eine Ergebnisplanung über einen Zeitraum von fünf Jahren erstellt. Diese Gewinn- und Verlustrechnung stellt das jährliche operative Ergebnis (EBITDA) und das jährliche Gesamtergebnis vor Steuern aus der Sicht des Betreibers für das IGZ dar.

Als Ziel der Fallstudie gilt es darzulegen, dass ein wirtschaftlicher Betrieb des IGZ unter realistischen Annahmen grundsätzlich möglich ist. Um die Tragfähigkeit auch mittelfristig zu überprüfen, sind im Zeitverlauf individuelle Anpassungen, z. B. in Bezug auf die jeweilige Tarifsituation des Personals, Einkaufsbedingungen sowie Kapazitäts- und Größeneffekte vorzunehmen.

3.3.1 Zielstellung

Ziel der nachfolgenden Business-Planung ist die Betriebsaufnahme des IGZ zum 01.01.2020 am Ort des zuvor geschlossenen Krankenhauses. Während das Leistungsvolumen des Krankenhauses stationsweise reduziert wird, werden parallel notwendige Renovierungsarbeiten für das IGZ vorgenommen. Zum Stichtag erfolgt dabei ein nahtloser Übergang der Versorgung in das IGZ. Das Leistungsportfolio umfasst allgemein- und fachärztliche Leistungen der regionalen Grundversorgung. Neben dem Schwerpunkt auf internistischen und weiteren konservativen Leistungen ist ein Eingriffsraum vorgesehen, um die chirurgische Erstversorgung für kleinere Notfälle mit der Notwendigkeit einer Wundversorgung o.ä. sicherzustellen.

Das IGZ beschäftigt dabei sowohl angestellte Fachärzte mit KV-Zulassung als auch einen Weiterbildungsassistenten. Es wird in der Fallstudie davon ausgegangen, dass alle notwendigen Voraussetzungen, inklusive besetzter Stellen und vertraglicher Voraussetzungen mit den Kostenträgern bereits zum Start des IGZ erfüllt sind. Die hierauf entfallenden Transaktionskosten werden nicht berücksichtigt.

3.3.2 Annahmen

Den Berechnungen der Jahresergebnisse werden die in Abbildung 15 dargestellten Annahmen zu Grunde gelegt. Eine detaillierte Beschreibung der Prämissen ist in Anhang B zu finden. Ergänzende Annahmen, welche in Abhängigkeit der jeweils betrachteten Untergruppe oder im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse gemacht werden, sind in den entsprechenden Teilkapiteln erläutert.

Grund- prämissen	<ul style="list-style-type: none"> • Planung auf Basis von 15 Planbetten • Planungshorizont der Businessplanung 2020 bis 2024; Inbetriebnahme des Konzepts zum 01.01.2020 • Unterstelltes Personal steht zum 01.01.2020 vollumfänglich zur Verfügung • Zielgröße ist die Ermittlung eines nachhaltigen Vorsteuer-Ergebnisses
Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Pro KV-Sitz werden 3.500 Fälle pro Jahr unterstellt, ohne Fallzahlwachstum in den folgenden Jahren • Planung der Betten des IGZ für konservative Behandlungen; zudem Eingriffsraum für eine chirurgische Erstversorgung - vollumfänglicher OP ist kein Bestandteil des Gutachtens • Zielauslastung der EAV beträgt 75 %; Steigerung um + 1,5 % pro Jahr, max. 85 %
Erlöse	<ul style="list-style-type: none"> • Fortschreibung der KV-Erlöse um + 1,5 % pro Jahr • Ansatz des Privatpatientenanteils mit 5 %
Personal- aufwand	<ul style="list-style-type: none"> • Ermittlung der benötigten VK** über plausibilisierte PLAN-Zahlen • Kalkulation der Personalkosten je VK** dienstindividuell mit üblichen Bruttoarbeitgeberkosten • Annahme einer Lohnsteigerung zwischen 2,35 – 2,70 % pro Jahr
Sach- aufwand	<ul style="list-style-type: none"> • Kalkulation des Medizinischen Sachbedarfs sowie von extern zu beziehenden Leistungen (z.B. Endoskopie, Radiologie, Labor und Apotheke) auf Grundlage von PLAN-Werten • Fortschreibung erfolgt leistungsbezogen und unter Berücksichtigung von allgemeinen Kostensteigerungen

*Entsprechend der Nachfragprognose

** Vollkräfte

Abbildung 15: Grundlegende Annahmen zur Business-Planung des IGZ

Quelle: Oberender AG (2018)

Die Simulation ökonomischer Kennzahlen basiert auf den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen, den zum Erstellungszeitpunkt (10.08.2018) bekannten zukünftigen Entwicklungen sowie den vorab festgelegten Annahmen. Alle getroffenen Annahmen basieren auf öffentlich zugänglichen Daten, aus vergleichbaren Referenzprojekten der Oberender AG sowie aus mehreren Hintergrundgesprächen mit internen und externen Projektpartnern sowie der KBV.

Die Einnahmen des IGZ orientieren sich grundsätzlich an den Einnahmen eines MVZ, wobei den klassisch ambulanten Leistungen eine Vergütung gemäß EBM zugrunde gelegt ist. Die Vergütung der EAV-Leistungen kann derzeit nur auf der Basis eines Selektivvertrags gem. § 140a SGB V zwischen den Kostenträgern und dem IGZ erfolgen. Im Rahmen einer Szenarioanalyse wird die Höhe der möglichen Vergütung in Anlehnung an zwei bestehende Vergütungsmodelle berechnet.

(1) Tagessätze der stationären, geriatrischen Rehabilitation:

Die Vergütung der EAV-Leistungen orientiert sich an den Tagessätzen aus dem Bereich der stationären, geriatrischen Rehabilitation. Die Tagessätze sind in drei Teile aufgliedert: Medizinische Versorgung, pflegerische Versorgung sowie Verpflegung und Unterkunft. Die Gesamthöhe des Tagessatzes liegt mit 170 € etwas unter den Tagessätzen der Rehabilitation.

(2) DRG-Fallpauschalen:

Die Vergütung der EAV-Leistungen orientiert sich an DRG-Fallpauschalen des stationären Sektors. Der Fallpauschale wurde, basierend auf einem Referenzprojekt der Oberender AG, ein

Relativgewicht von 0,620 zugrunde gelegt.³ Dieses wurde mit dem Bundesbasisfallwert aus dem Jahr 2018 multipliziert und mit einem Abschlag von 30 % versehen, sodass die zugrunde gelegte Fallpauschale der EAV einheitlich und für alle Patienten 70 % der ermittelten DRG-Fallpauschale beträgt.

Für die Berechnung beider Szenarien werden identische Aufwendungen des IGZ unterstellt. Dabei sind insbesondere die Personalkostenänderungen (in Anlehnung an die Entwicklung im stationären Bereich) in die Planung einbezogen. Im Sachkostenbereich sind die Steigerungen zum einen an die Leistungsentwicklung gekoppelt (Fallzahlen, Belegungstage) und zum anderen an gängige Verbraucherpreisindizes des Statistischen Bundesamtes angelehnt. Zusammenfassend können über die Vergütung von 170 €, angelehnt an den Tagessätzen nach Szenario (1) keine nachhaltig ausgeglichenen bzw. positiven Unternehmensergebnisse erzielt werden. Fallpauschalen, welche 70 % der stationären DRGs umfassen, bieten dagegen die Möglichkeit, im IGZ nachhaltig positive Vorsteuerergebnisse zu erreichen. Somit bildet Szenario (2) die Grundlage für alle weiteren Berechnungen.

Die notwendigen baulichen Investitionen werden durch den Eigentümer der Immobilie getragen und über die Miete auf die Betreibergesellschaft umgelegt. Hierzu wurde ein entsprechender Mietzins zugrunde gelegt. Zu beachten ist, dass sich die Kosten für kleinere Instandhaltungen unmittelbar und in voller Höhe bei Anfall ergebniswirksam niederschlagen. Die Investitionen in die Betriebs- und Geschäftsausstattung werden im Gegensatz dazu über die jeweilige Nutzungsdauer abgeschrieben.

3.3.3 Personalausstattung

Wie bereits dargelegt, ist das IGZ aufgrund begrenzter Vertragsarztzulassungen darauf angewiesen, dass niedergelassene Vertragsärzte ihre Tätigkeit in das Zentrum verlegen. Nur so können ausreichend fachärztliche Kapazitäten an einem Ort zentriert und die Patientenversorgung verbessert werden. Die vorliegende Business-Planung konzentriert sich dabei auf ein kompaktes IGZ mit sechs Vertragsärzten sowie einem Weiterbildungsassistenten, um die Fortbildungsmöglichkeiten auch in ländlichen Strukturen zu stärken. Ein Weiterbildungsassistent ist ein approbierter Arzt, welcher eine Weiterbildung zum Erwerb einer Facharztbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzbezeichnung anstrebt (vgl. KVB, 2017).

Dabei wird angenommen, dass fünf niedergelassene Ärzte ihren Vertragsarztsitz in das IGZ verlegen und entsprechende Gesellschaftsanteile erhalten. Da die örtliche Verlagerung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Zulassung nur in einem definierten Versorgungsgebiet möglich ist, ist anzunehmen,

³ Hierzu wurde eine Auswahl an DRGs getroffen, die das Leistungsportfolio des IGZ approximiert (siehe Kapitel 2.2.1). Zur Systematik der Berechnung von Relativgewichten im Rahmen des DRG-Fallpauschalensystems siehe z. B. Schlüchtermann (2016, Kapitel 9).

dass diese Ärzte weiterhin ihren bestehenden Patientenstamm betreuen können. In Anlehnung an durchschnittliche Abrechnungsdaten der KBV werden jedem Arzt durchschnittlich 3.500 ambulante Erlösfälle unterstellt, welche jedoch aufgrund der besonderen Fallzahlweise keine direkten Rückschlüsse auf die tatsächliche Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte ermöglichen (vgl. SVR, 2018). Insbesondere aufgrund des höheren Anteils multimorbider und chronisch erkrankter Patienten ist in peripheren Gebieten von einer deutlich höheren Anzahl tatsächlicher Arzt-Patienten-Kontakte auszugehen.

Während die ärztlichen Kapazitäten von fünf Mediziner analog zur bisherigen niedergelassenen Tätigkeit vollständig ausgelastet sind, sind weitere Kapazitäten zur Behandlung und Betreuung der EAV-Patienten notwendig. Aufgrund einer umfangreicheren Diagnostik bei der Einweisung, nächtlichen Betreuung, schriftlichen Aufnahme und Entlassung usw. ist für einen Patienten der EAV ein doppelt so hoher ärztlicher Aufwand anzunehmen als für klassisch ambulante Behandlungsfälle. Die Anstellung eines privatärztlich tätigen Mediziners, welcher nicht den Regelungen der Bedarfsplanung unterliegt, ist zur Deckung dieses Bedarfs nicht zielführend, da dem IGZ aufgrund der ländlichen Strukturen nur ein Anteil an Privatpatienten von 5 % unterstellt ist. Auch der Weiterbildungsassistent schafft keine zusätzlichen ärztlichen Kapazitäten, da dieser grundsätzlich nur unter Aufsicht und Anleitung eines Weiterbildenden tätig werden darf, d. h. stets unter Aufsicht behandelt (vgl. KVB, 2017). Vor diesem Hintergrund wird eine weitere Vertragsarztstelle für die bettenführende Einheit des IGZ kalkuliert. In Kapitel 5.1 wird dabei auf notwendige Änderungen des Zulassungsrechts vor dem Hintergrund der intersektoralen Leistungsverchiebung hingewiesen.

In regelmäßigen Abständen wechseln sich die sechs IGZ-Ärzte mit der Übernahme der Rufbereitschaft in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen ab.

In Tabelle 6 wird die vollumfängliche Personalausstattung des IGZ für das Planungsjahr 2020 dargestellt. Nach der Implementierung des IGZ ist grundsätzlich von einer Steigerung der Patientenzahlen und Leistungserbringung auszugehen, welche sich jedoch in den ersten Planungsjahren nicht maßgeblich auf die Personalstrukturen auswirkt.

Tabelle 6: Personaltableau des IGZ in Vollzeitkräften (VK) im Planungsjahr 2020

Personal	Anzahl der VK-Stellen
Ärzte	
Fachärzte	6,0
<i>davon in der klassischen ambulanten Versorgung</i>	5,0
<i>davon in der erweiterten ambulanten Versorgung</i>	1,0
Weiterbildungsassistenten	1,0
Pflege	
Pflegekräfte	9,0
Pflegehilfskräfte	3,0
Medizinisch-Technischer Dienst	
Medizinische Fachangestellte	8,5
Sonstiges nicht-medizinisches Personal	
Geschäftsführung	0,5
MFA (Abrechnung)	2,0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1,5
Technischer Dienst	0,5
Sonstiges Personal	
<i>davon Auszubildende MFA</i>	2,0
Summe	34

Quelle: Eigene Darstellung

Während Ärzte ausschließlich zu den regulären Öffnungszeiten des IGZ persönlich vor Ort anwesend sind, stellt das Pflegepersonal kontinuierlich eine qualifizierte medizinische Versorgung und Pflege sicher. Der Pflegedienst arbeitet dabei vorrangig im Drei-Schichtsystem. Jeweils zwei examinierte Pflegekräfte und eine Pflegehilfskraft stehen (ggf. zeitversetzt) in der morgendlichen Schicht zur Verfügung, während nachmittags zwei Pflegekräfte und nachts eine Pflege- und eine Pflegehilfskraft die Versorgung sicherstellen. Zur Unterstützung der Ärzte bei allen Tätigkeiten im IGZ, Empfang und Betreuung der Patienten, Organisation der Praxisabläufe, Assistenz bei Untersuchungen und Behandlungen sowie zur Leistungscodierung und Abrechnung stehen 10,5 Medizinische Fachangestellte (MFA) in Vollzeit sowie zwei Auszubildende zur Verfügung.

3.3.3 Leistungsentwicklung

Insgesamt werden im IGZ 17.500 klassisch ambulante Fälle pro Jahr erbracht. Aus konservativer kaufmännischer Vorsicht wurde für die ambulanten Praxisfälle kein Fallzahlwachstum unterstellt.

Darüber hinaus weist die bettenführende Einheit der EAV mit 15 Betten anfänglich eine Auslastung von 75 % auf, welche um 1,5 % p.a. steigt, allerdings maximal eine Auslastung von 85 % erreicht. Diese wird jedoch nicht innerhalb des fünfjährigen Planungszeitraums erreicht. Tabelle 7 zeigt die Entwicklung der Leistungsdaten über die fünf Planungsjahre im Überblick. Detailliertere Angaben zu den Leistungen sind in Anhang B nachzulesen

Tabelle 7: Leistungsentwicklung des IGZ im Zeitverlauf

Leistungsentwicklung			
	2020	2024	Δ
Fachärzte	6	6	-
Ambulante Fälle	17.500	17.500	-
Betten	15	15	-
Bettenauslastung	75 %	80 %	+ 6,1 %
EAV-Fälle	1.027	1.090	+ 6,1 %
Belegungstage	4.106	4.358	+ 6,1 %

Quelle: Eigene Darstellung

3.3.4 Entwicklung des EBITDAR und des Jahresergebnisses vor Steuern

Die Ermittlung des operativen Ergebnisses vor Steuern, Abschreibungen und Miete (EBITDAR) und des Vorsteuerergebnisses des IGZ basiert auf einer klassischen Struktur einer Gewinn- und Verlustrechnung eines mittelgroßen MVZ. Aufbauend auf den Leistungsdaten werden betriebliche Erlös- und anschließend Aufwandsdaten ermittelt und den einzelnen GuV-Positionen zugeordnet. Eine detaillierte, tabellarische Übersicht der Erlöse und Aufwendungen ist in Anhang C zu finden.

Die betrieblichen Erlöse des IGZ stützen sich maßgeblich auf drei Säulen: Dies sind Erlöse aus den klassisch ambulanten Leistungen, Erlöse aus der EAV sowie sonstige Erlöse. Die Erlöse aus der ambulanten Leistungserbringung können wiederum in ambulante Erlöse durch die KV, ambulante Erlöse durch die PKV sowie Erlöse aus Selbstzahlerleistungen unterteilt werden. Mit ca. 87 % stellen dabei die Erlöse aus GKV-Leistungen den mit Abstand größten Anteil dar.

Die Höhe der Fallpauschale zur Vergütung der EAV-Leistungen wird vorab in den Verhandlungen zum Abschluss eines Selektivvertrags zwischen den beteiligten Krankenkassen und dem IGZ vereinbart. Weitere Erlöse stellen insbesondere Wahlleistungen des Patienten, z. B. durch die Wahl eines Einzelzimmers, Zusatzverpflegung oder besonderer Serviceleistungen sowie eine finanzielle Weiterbildungsförderung durch die KVen aufgrund der Anstellung eines Weiterbildungsassistenten im IGZ dar. Da diese Erlöse im Vergleich zur ambulanten bzw. erweiterten ambulanten Leistungserbringung nur eine untergeordnete Rolle spielen, werden sie als *Sonstige Erlöse* zusammengefasst.

Neben der Erlösseite sind gleichzeitig auch die betrieblichen Aufwendungen des IGZ zu betrachten. Wie in Gesundheitsunternehmen üblich, stellen die Personalaufwendungen den größten Aufwandsblock des IGZ dar. Das Personal setzt sich dabei nicht nur aus Ärzten und Pflegepersonal, sondern auch aus Medizinischen Fachangestellten (MFA), Verwaltungsangestellten, dem Wirtschafts- und Versorgungsdienst, dem Technischen Dienst sowie sonstigem Personal, z. B. Auszubildende, zusammen. Aus Unternehmenssicht sind die Bruttoarbeitgeberkosten zu kalkulieren. Insgesamt werden für das Personal mehr als zwei Millionen Euro pro Jahr aufgewendet. Der größte Anteil entfällt dabei auf ärztliches bzw. pflegerisches Personal. Beide Berufsgruppen müssen im IGZ sowohl am Tag als auch in der Nacht vorgehalten werden. Auf Basis durchschnittlicher Tarifsteigerungen der letzten Jahre wird den Berechnungen eine Lohnsteigerung von 2,70 % (ärztlicher Dienst) sowie 2,35 % (sonstiges Personal) pro Jahr zugrunde gelegt.

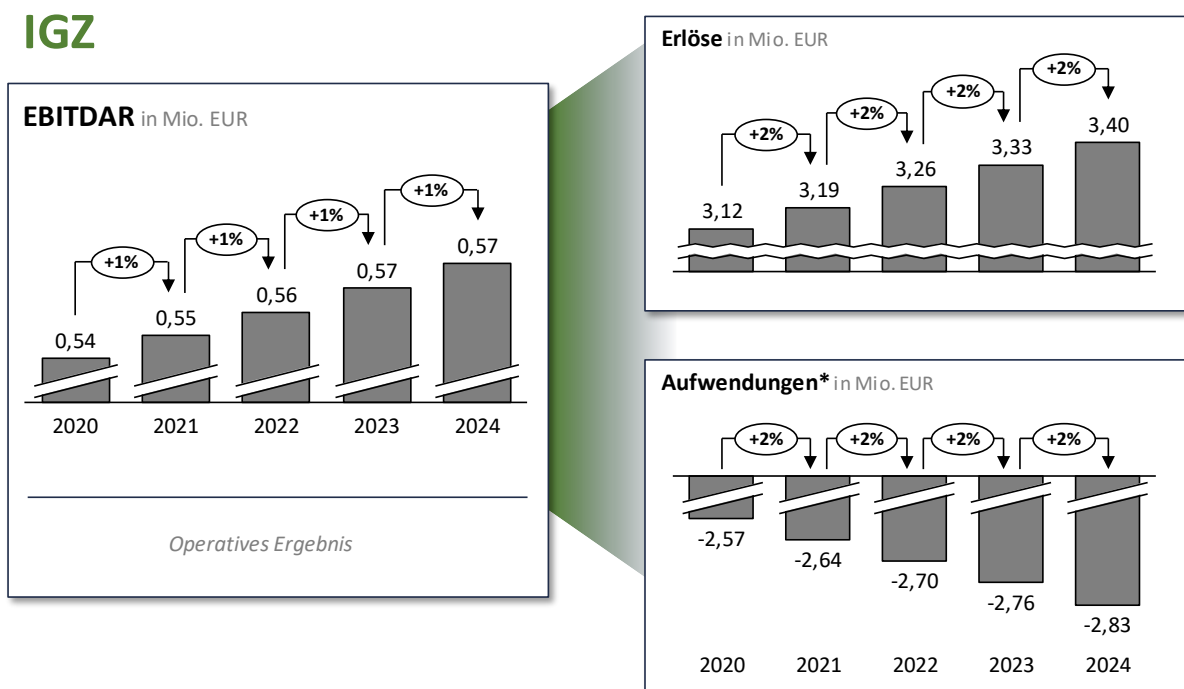
In der GuV wird ein kalkulatorisches Arztgehalt in Höhe von 130.000 € (Arbeitnehmer brutto) angenommen. Hierbei wird von einer Arbeitszeit von 42 Stunden pro Woche ausgegangen. Darin sind die Zeiten für Rufbereitschaften bereits enthalten, da rechnerisch im Schnitt ein Arzt von insgesamt sechs Fachärzten immer für die EAV zuständig ist. Der reguläre Praxisbetrieb wird somit von fünf Fachärzten bestritten, zuzüglich des Weiterbildungsassistenten, worauf auch die Erlös- und Leistungsplanung basiert. Die Rufbereitschaft ist immer dann für die Patienten der EAV zuständig, wenn der reguläre Praxisbetrieb geschlossen ist. Sie gilt nicht generell als Arbeitszeit, da der Arzt sich während seiner Rufbereitschaftszeit zu Hause aufhalten kann. Ob bzw. in welchem Umfang die Rufbereitschaft darüber hinaus zu vergüten ist, muss im Einzelfall entschieden werden. Zusätzlich zum Grundgehalt können Ärzte, die sich als Gesellschafter in das IGZ einbringen, eine Gewinnbeteiligung erhalten. Hierzu sind gesellschaftsvertraglich Regelungen zu schaffen.

Neben den Personalkosten sind auch Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe zu kalkulieren. Hierzu zählen insbesondere Kosten für Lebensmittel, da im Rahmen der EAV auch die Verpflegung der bis zu 15 Patienten sichergestellt werden muss. Die Speiseversorgung übernimmt dabei ein externer Dienstleister, z. B. eine Cateringfirma oder ein nahegelegenes Krankenhaus mit eigener Großküche. Während die Fixkosten einer eigenen Küche zu der Verpflegung von max. 15 Patienten nicht im Verhältnis stehen, bietet sich durch die Inanspruchnahme des externen Dienstleisters die Möglichkeit, die notwendigen Speisemengen je nach Patientenzahl kurzfristig zu variieren. Sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in der EAV fallen darüber hinaus Aufwendungen u. a. für Laborleistungen, Medikamente etc. an, welche als Aufwand für medizinischen Sachbedarf subsumiert sind. Für Patienten der EAV werden dabei deutlich höhere Kosten kalkuliert als für klassisch ambulante Fälle. Dies begründet sich unter anderem in der längeren Verweildauer im IGZ. Analog zur klassischen ambulanten Versorgung beziehen die Patienten der EAV ihre Medikamente sowie ggf. Hilfsmittel über reguläre Rezepte, die z. B. in Kooperation mit einer Apotheke eingelöst werden können. Die Kosten für Wasser, Energie

und Brennstoffe werden für die Bettenstation aufgrund der durchgehenden Besetzung sowie einer größeren Grundfläche als doppelt so hoch kalkuliert als für die Praxisräumlichkeiten und unterliegen einer jährlichen Steigerungsrate. Ein Wäscheservice für die EAV sowie die regelmäßige Reinigung aller IGZ-Räumlichkeiten wird von externen Dienstleistern übernommen.

Unter *Sonstige betriebliche Aufwendungen* fallen insbesondere Aufwendungen für Verwaltungsbedarf als auch Verwaltungskosten der KV, welche jährlich je nach KV in Höhe von ca. 2,5 % des KV-Umsatzes abzuführen sind. Während Kosten für die IT sowie Aufwendungen für das Praxisverwaltungssystem (PVS) jährlich auf 30.000 € geschätzt werden, entfallen auf die Wartung und Instandhaltung der Medizintechnik sowie auf die Instandhaltung des Gebäudes aufgrund des Mietverhältnisses deutlich geringere Kosten. Die Abgaben und Versicherungen stellen mit über 45.000 € einen großen Anteil der sonstigen betrieblichen Aufwendungen dar und werden anteilig als 1,5 % des Umsatzes berechnet.

Um festzustellen, ob sich der rein operative Betrieb des IGZ unter den gegebenen Annahmen ökonomisch trägt, ist die Kennzahl EBITDAR zu berechnen. Diese beschreibt den operativen Gewinn und lässt dabei Zinsen, Abschreibungen und Mietaufwendungen unberücksichtigt. Die Entwicklung des EBITDAR im Zeitverlauf von fünf Jahren ab Implementierung des IGZ ist in Abbildung 16 dargestellt.



* Personalaufwendungen, Materialaufwendungen und sonstige betriebliche Aufwendungen

Abbildung 16: Operatives Ergebnis im Zeitverlauf; Szenario (2): Orientierung der Vergütungshöhe der EAV-Leistungen an DRGs

Quelle: Eigene Darstellung

Die Erlöse setzen sich dabei in etwa zu gleichen Teilen aus den Erlösen aus ambulanten Leistungen und Fallpauschalen zusammen. Sie betragen im ersten Jahr 3,12 Mio. € und steigern sich bis 2024 aufgrund höherer Fallzahlen der EAV als auch des steigenden Fallwerts zur Berechnung der GKV-Leistungen auf 3,40 Mio. €.

Die Aufwendungen werden insbesondere durch Personalaufwendungen dominiert und betragen im ersten Jahr 2,57 Mio. €. Im Zeitverlauf steigen dabei insbesondere die Personalkosten als auch die Materialkosten deutlich an. Das EBITDAR weist ein positives Ergebnis von knapp 0,6 Mio. € auf, welches sich im Zeitverlauf leicht steigert. Der rein operative Betrieb des IGZ ist auf Basis der getroffenen Annahmen also wirtschaftlich möglich. Der Mietzins des IGZ beträgt 12 € pro m², welcher sich bei einer Gesamtfläche von 940 m² ca. 135.000 € pro Jahr summiert. Werden diese Mietaufwendungen in das EBITDA einberechnet, weist das IGZ weiterhin positive Ergebnisse auf. Um die Kennzahl EBIT zu erhalten, welches das Unternehmensergebnis lediglich um Steuern und Zinsen bereinigt, sind des Weiteren Abschreibungen zu berücksichtigen.

Das ärztliche IGZ-Personals setzt sich aus sechs Vertragsärzten zusammen, wovon fünf Ärzte ihren Praxissitz von einer ehemals selbständigen Niederlassung in das IGZ einbringen und hierfür Gesellschaftsanteile des IGZ erhalten. Im für dieses Gutachten gewählten Szenario erfolgt kein Kauf der Vertragsarztsitze durch das IGZ. Bei Einbringung der Praxis fallen in der Regel weitere Investitionskosten an, z. B. um die Praxis umzubauen oder das Inventar bzw. die medizinisch-technischen Geräte zu modernisieren. Insbesondere bei Projekten zur integrierten Versorgung sind Anschubfinanzierungen von hoher Notwendigkeit, damit diese in den etablierten Strukturen des Gesundheitswesens Fuß fassen und langfristig wirtschaftlich tragfähig sind (vgl. Müller et al., 2016).

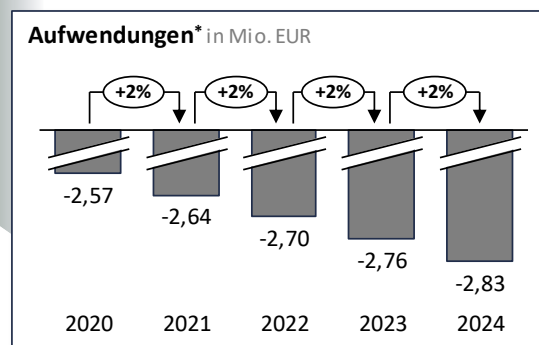
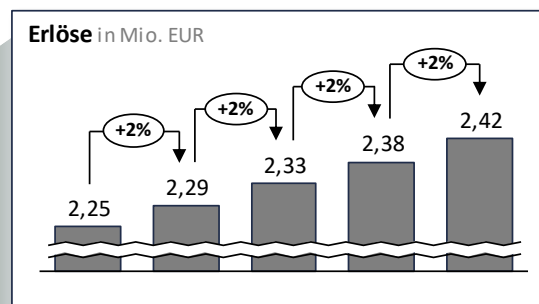
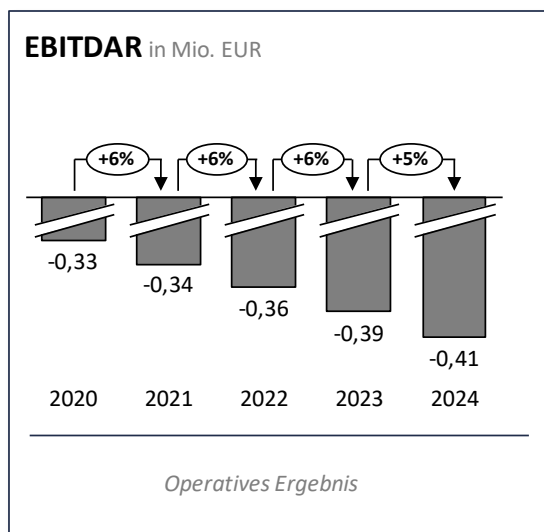
Auch im Rahmen des IGZ werden dabei Investitionen der Ärzte als Anschubfinanzierung des IGZ unterstellt, welche allerdings niedriger kalkuliert werden als bei Einzelpraxen, da durch die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Ärzte Synergieeffekte realisiert werden können. Eine kooperative Leistungserbringung birgt dabei Rationalisierungspotentiale und ermöglicht eine bessere Geräteauslastung. Gleichzeitig ist es denkbar, dass ein Teil der ehemaligen Betriebs- und Geschäftsausstattung ehemaliger niedergelassener Praxen in das IGZ übertragen werden kann.

Aufgrund des kurzen Zeithorizonts der Business-Planung von fünf Jahren sind keine Anschlussinvestitionen berücksichtigt. Trotzdem gilt es laufende Investitionen, insbesondere in zumeist teurere Medizingeräte, kurz herauszustellen. Im Rahmen einer Befragung von knapp 900 niedergelassenen Ärzten zum Investitionsverhalten gaben zwei Drittel der Mediziner an, in den letzten zwei Jahren in Medizingeräte investiert zu haben, welche im Durchschnitt ca. 28.000 € kosteten. Dabei investieren Niedergelassene klar eigenkapitalorientiert, wodurch Investitionsvorhaben meist nicht unmittelbar und in voller

Höhe umgesetzt werden können (vgl. Ehrhardt, 2018). Das IGZ bietet hierbei strukturelle Vorteile, welche sowohl zu einer höheren Attraktivität für Patienten als auch Ärzte führen kann. Durch die Tatsache, dass sich Investitionen in Medizingeräte durch eine höhere Auslastung schneller amortisieren, besitzt das IGZ ein vergleichsweise höheres Investitionspotential.

Aufgrund eines kurzen Zeithorizonts der Business-Planung, der insgesamt niedrigen Zinsraten sowie der Tatsache, dass das IGZ keinen Kapitalaufwendungen unterliegt, wird vereinfachend von einer Zinsneutralität ausgegangen. Da es sich weiterhin um eine reguläre Business-Planung handelt, werden keine außerordentlichen Erträge oder Aufwendungen kalkuliert. Damit entspricht die EBIT-Kennzahl gleichzeitig dem Jahresergebnis vor Steuern. Dieses beträgt im ersten Jahr ca. 300.000 € und steigert sich in den folgenden fünf Jahren auf ca. 400.000 €.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Business-Modell des IGZ unter vorgegebenen Annahmen langfristig tragbar ist und jährlich wachsende Jahresgewinne aufweisen kann. Die EAV-Leistungen werden dabei über Fallpauschalen vergütet, welche 70 % einer vergleichbaren DRG-Vergütung im stationären Bereich betragen. Wird die Höhe der Fallpauschalen an die Tagessätze der stationären geriatrischen Rehabilitation angepasst, ergibt sich ein negatives operatives Ergebnis (EBITDAR) von ca. 330.000 €, welches bis zum Jahr 2024 auf über 400.00 € ansteigt. Das Ergebnis vor Steuern beträgt im ersten Jahr - 490.000 € und schreibt sich im Zeitverlauf weiter negativ fort.



*Personalaufwendungen, Materialaufwendungen und sonstige betriebliche Aufwendungen

Abbildung 17: Operatives Ergebnis im Zeitverlauf; Szenario (1): Orientierung der Vergütungshöhe der EAV-Leistungen an Tagessätzen der stationären Rehabilitation

Quelle: Eigene Darstellung

3.3.5 Chancen, Risiken und Limitationen

Wie bereits dargestellt, basiert der Business-Case des IGZ auf mitunter starken Annahmen. Diese sind zur detaillierten Kalkulation notwendig und umfassen zum Teil idealtypische Ausgangssituationen. Abweichend von dieser Darstellung gilt es jedoch zu unterstreichen, dass diverse Chancen und Risiken für das IGZ bestehen, welche sich direkt auf das wirtschaftliche Ergebnis auswirken können.

Chancen für das IGZ bestehen darin, dass das neue Leistungsangebot besser angenommen wird, als erwartet. Somit könnte früher als erwartet die mittelfristige Zielauslastung der EAV von 85 % erreicht werden. So ist eine moderate Steigerung der ambulanten Fallzahlen denkbar, welche sich in einer hohen Attraktivität des IGZ begründet, das sich durch interdisziplinärer Kooperation der IGZ-Ärzte sowie ein hohes Qualitäts- und Serviceniveau auszeichnet.

Gleichzeitig bestehen jedoch auch zahlreiche Risiken, welche das wirtschaftliche Ergebnis des IGZ verschlechtern könnten. Die größten Risiken bestehen darin, dass durch den bürokratischen Prozess der Start des IGZ deutlich verzögert wird und zum Start noch kein oder ein deutlich schlechteres Ergebnis der Vergütung im Selektivvertrag erreicht werden konnte. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass nicht genügend qualifiziertes Personal, insbesondere Ärzte, für das IGZ in den ländlichen Regionen gewonnen werden können. Da das IGZ nicht als konkurrierendes Versorgungsangebot konzipiert ist, sondern

auf die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzteschaft angewiesen ist, den Ort ihrer Leistungserbringung zu wechseln, stellt die Bereitschaft zur Einbringung des eigenen KV-Sitzes sowie der Aufgabe der eigenen Praxisräumlichkeiten niedergelassener Ärzte eine große Herausforderung dar. Der starke Widerstand regionaler Stakeholder kann die Implementierung des IGZ, analog zu bisherigen Erfahrungen bei MVZ, deutlich verzögern oder gänzlich verhindern. Wird das Leistungsangebot des IGZ von der Bevölkerung nicht als qualitativ hochwertiges und bedarfsgerechtes Angebot wahrgenommen, droht eine unzureichende Auslastung des IGZ, da Patienten weiterhin primär akutstationäre Einrichtungen aufsuchen werden. Gleichzeitig gilt es als Grundvoraussetzung zur Erbringung und Abrechnung der EAV-Leistungen, dass der Patient auf freiwilliger Basis der Behandlung über den IV-Vertrag zustimmt. Können die Bürger hierbei nicht von Vorteilen der EAV-Leistung im Vergleich zum stationären Aufenthalt überzeugt werden, ist die Auslastung des IGZ nicht gewährleistet. Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass die direkte Übertragbarkeit der Fallstudie auf einen konkreten Umwandlungskandidaten nur begrenzt möglich ist. Trotz aller der Kalkulation zugrundeliegender kaufmännischer Vorsicht sind zwingend die Rahmenbedingungen und Besonderheiten des jeweiligen Falls in die Business-Planung einzubeziehen. Durch eine hohe Transparenz der der Fallstudie zugrundeliegenden Annahmen eröffnet dies jedoch die Option für individuell notwendige Adaptionen.

Vor dem Hintergrund diverser Chancen und Risiken stellt das IGZ in seiner Grundstruktur ein ökonomisch tragfähiges Geschäftsmodell dar. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung, welche den Abbau von Überkapazitäten im stationären Sektor bedingt, sollte dabei nicht nur aus wirtschaftlicher Perspektive von Kostenträgern, sondern insbesondere auch aus Gründen der Versorgungsqualität von Patienten als Chance betrachtet werden. Welche Hürden dabei die Notwendigkeit der Änderung regulatorischer Grundlagen bedingen, wird in Kapitel 5 herausgestellt.

3.4 Zusammenfassung Modul 3

Modul 3 umfasst eine Fallstudie zur Umwandlung eines Krankenhausstandorts in ein IGZ. Als Ausgangspunkt wird dabei ein Krankenhausstandort mit 100 akutstationären Betten in ein IGZ mit 15 Betten und sechs tätigen Vertragsärzten umgewandelt. Von der Planung bis zur tatsächlichen Inbetriebnahme des IGZ sind dabei mindestens 1,5 Jahre notwendig. Zur praxisnahen Ausgestaltung des Business-Case liegen dabei verschiedene Annahmen zugrunde, welche sich sowohl aus externen Vergleichswerten als auch dem Einbezug diverser Experten ergeben. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Betrieb eines IGZ unter diesen Prämissen wirtschaftlich möglich ist. Vor dem Hintergrund der aktuell bestehenden Vergütungssysteme ist hierfür jedoch die Akzeptanz der Kostenträger und der Patienten essentiell, da die Vergütung der EAV-Leistungen über IV-Verträge sichergestellt werden muss. Da gleichzeitig die Höhe der Vergütung entscheidend ist, wurden zwei Szenarien betrachtet, wobei lediglich

reduzierte DRG-Pauschalen den wirtschaftlichen Betrieb ermöglichen. Vorliegende Berechnungen weisen ein jährlich operatives Ergebnis von ca. 500.000 € auf. Gleichzeitig unterliegt der Erfolg des IGZ zahlreichen Risiken. Hierzu zählt insbesondere die notwendige Attraktivität der Struktur für Patienten (um eine hinreichende Auslastung zu gewähren) und für medizinisches Personal. Die intersektorale Leistungsverschiebung der EAV-Leistungen bringt gleichzeitig den Bedarf zusätzlicher ärztlicher Ressourcen im ambulanten Sektor mit sich.

4. Modul

Auswirkungen der Transformation

4. Modul: Auswirkungen der Transformation

Welche Auswirkungen die Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ mit sich bringt, wird im Nachfolgenden herausgestellt. Neben der veränderten Versorgungslandschaft sind dabei insbesondere regionalökonomische Effekte, wirtschaftliche Rahmenbedingungen und die Auswirkungen auf das medizinische Personal zu adressieren.

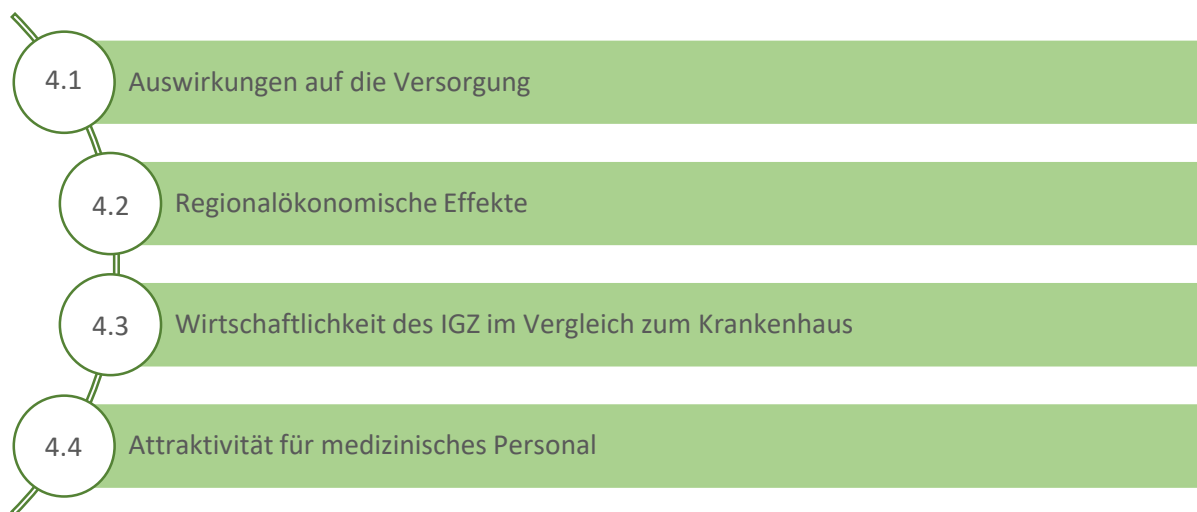


Abbildung 18: Adressierte Themenfelder zu den Auswirkungen des Transformationsprozesses
Quelle: Eigene Darstellung

4.1 Auswirkungen auf die Versorgung

Betrachtet man die Auswirkungen auf die Versorgung, so sind Aspekte wie das Spektrum der lokal und regional verfügbaren Versorgungsangebote, der Zugang zur Versorgung allgemein sowie deren Qualität und der Fit des Versorgungsangebots mit dem Bedarf der Bevölkerung zu beachten.

Durch die Implementierung des IGZ ist grundsätzlich eine Verlagerung der Versorgung zu erwarten, wobei zwischen einer Verschiebung innerhalb der tradierten Sektorengrenzen sowie über diese Grenzen hinweg zu unterscheiden ist. Bei ersterer handelt es sich um eine Verlagerung von zwingend in einem Krankenhaus zu behandelnden Patienten in ein – in der Regel nächstgelegenes und somit benachbartes – Krankenhaus. Bei letzterer geht es um die klassische Ambulantisierung, d.h. die nun vollständige Erbringung von ehemals stationären Leistungen im ambulanten Sektor, sowie die erweiterte Ambulantisierung, welche erst durch das Modell des IGZ möglich wird. Neben der Aufteilung des bisherigen Patientenkollektivs des zu schließenden Krankenhauses wird angestrebt, dass sich auch die umliegenden Krankenhäuser beide Facetten des Ambulantisierungspotentials zunutze machen. Die Steuerung des Patienten kann dabei jedoch nicht gelingen, wenn diese erst bei Kontakt mit dem stationären Leistungserbringer beginnt. Eine enge Abstimmung der stationären und ambulanten Leistungserbringer über die optimalen Versorgungspfade ist hier von hoher Relevanz. Die EAV stellt dabei eine

Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebots dar, welche eine bisherige Lücke im Versorgungskontinuum schließt. Die Patienten erfahren hierdurch eine Ausweitung der ihnen zur Verfügung stehenden Optionen.

Im Zuge des Gutachtens wurden hinsichtlich des Ambulantisierungspotentials sehr konservative Annahmen getroffen, welche sich an den Gewohnheiten von Patienten und Leistungserbringern in Deutschland orientieren. Die Umsetzung in anderen Ländern zeigt, dass durchaus noch deutlich umfassendere Ambulantisierungspotentiale bestehen. Nicht Gegenstand des Gutachtens ist ferner die Option, Patienten aus einem Krankenhaus – z. B. zur Nachversorgung nach einer Operation – in ein IGZ zu verlegen. Dies kann durchaus für alle Beteiligten (Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger) eine attraktive und effiziente Variante darstellen, benötigt jedoch eine entsprechende separate Vergütungsregelung.

Im Hinblick auf das Leistungsspektrum ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei den umzuwandelnden Krankenhäusern ausschließlich um kleine Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung handelt. Diese decken die Innere Medizin sowie ggf. weitere Fachbereiche wie Chirurgie und Frauenheilkunde ab. Mit Blick auf das Versorgungsangebot zeigt sich, dass im vorgestellten Kern-IGZ die klassische Krankenhaus-Chirurgie keine Rolle spielt. Der strukturelle Grund liegt in den hohen Kosten für die Einrichtung und den Betrieb eines vollwertigen und allen Qualitätsansprüchen genügenden Operationstrakts, der unter den gegebenen Umständen nicht finanzierbar ist. Auch in den betroffenen Krankenhäusern stellen diese Einrichtungen häufig den größten Defizittreiber dar. Ferner entspräche dies nicht der Zielstellung, ein Angebot der konservativ orientierten Grundversorgung zu entwickeln. Vorhanden ist dementsprechend jedoch ein Eingriffsraum, welcher z. B. eine fachgerechte Wundversorgung ermöglicht. Sollten aufgrund regionaler Gegebenheiten auch Angebote des ambulanten Operierens wirtschaftlich abbildbar sein, kann das IGZ ohne weiteres entsprechend erweitert werden. Dies gilt analog für weitere Fachbereiche wie z. B. Frauenheilkunde, Pädiatrie oder psychotherapeutische und psychiatrische Angebote.

Hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung bleibt festzuhalten, dass durch die Fokussierung auf Krankenhäuser, die keine Aussicht auf einen Sicherstellungszugschlag haben, gewährleistet wird, dass weiterhin adäquate stationäre Versorgungsangebote in der Region verfügbar sind. Es ist zu erwarten, dass sich die Wegezeiten für Patienten im Mittel nur marginal erhöhen. Auch hier wird der vergleichbar strenge deutsche „Erwartungsstandard“ angelegt. Blickt man z. B. in skandinavische Länder, so zeigt sich, dass auch bei deutlich größeren Distanzen zum nächsten Leistungserbringer eine angemessene Versorgung aufrechterhalten werden kann.

Im Hinblick auf die Versorgungsqualität ist zum einen der im IGZ durchgängig gewährleistete Facharztstandard zu betonen. Die im Vergleich zu einer Einzelpraxis größere Einheit des IGZ eröffnet zudem

weitere Optionen hinsichtlich eines umfassenden Qualitätsmanagements und einer stärkeren Ausdifferenzierung der Tätigkeitsprofile der Ärzte sowie des interdisziplinären Austausches vor Ort. Hinzu kommen Möglichkeiten zur digitalen Vernetzung mit regionalen sowie weiter entfernten Einrichtungen. Während die hierfür notwendigen Investitionen kleinere Einzelpraxen schnell an ihre finanziellen Grenzen bringen können, lassen sich die notwendigen Mittel in größeren Einheiten wie einem IGZ leichter bereitstellen. Hinzu kommt, dass durch das höhere Fallvolumen auch eine entsprechende Auslastung der technologischen Infrastruktur sichergestellt werden kann. Die digitale Vernetzung kann sich dabei von konsiliarischen Leistungen perspektivisch bis zur kooperativen Behandlung von Patienten erstrecken und kann auch belegärztliche Tätigkeiten von IGZ-Ärzten komplementieren.

Umliegende Krankenhäuser profitieren weiterhin von einer höheren Bettenauslastung, da ein Teil der Patienten weiterhin akutstationärer Versorgungsstrukturen bedarf. Es ist davon auszugehen, dass dies die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verbessert und Freiräume für Investitionen in qualitätsfördernde Strukturen entstehen.

Nicht zu vernachlässigen ist ferner, dass durch das IGZ eine Chance entsteht, die starren Strukturen der regionalen Versorgungsmonopole ländlicher Krankenhäuser aufzubrechen. Zum einen entsteht im Grenzbereich eine Konkurrenz um Patienten, welche potentiell in beiden Einrichtungstypen behandelt werden können. Zum anderen ist das IGZ durch die Möglichkeiten digitaler Kooperationen nicht zwingend auf den geographisch nächstgelegenen Leistungserbringer angewiesen und kann bei Bedarf auch auf andere Partner ausweichen (vgl. Schmid, 2018a).

Wie bereits einführend im Gutachten dargelegt, orientiert sich das Leistungsspektrum des IGZ am Bedarf der ländlichen Bevölkerung. Dieser wird insbesondere durch die EAV als neuartiges Versorgungsangebot adressiert. Ganz bewusst wurde kein Ansatz verfolgt, Angebotsformate für hochtechnisierte, geräteintensive Medizin zu schaffen.

4.2 Regionalökonomische Effekte

Widerstände gegen die Schließung eines Krankenhauses speisen sich häufig aus der Angst, damit einen wichtigen Wirtschaftsfaktor der Region zu verlieren. Eine Studie von Konrad und Schmid (2018) zeigte bereits, dass dies in weiten Teilen unbegründet ist, da der – sicherlich vorhandene Effekt – in seiner Größe deutlich überschätzt wird. Eine Reproduktion des Vorgehens von Konrad und Schmid (2018) mit

dem im Zuge des Gutachtens definierten Idealtyp von Umwandlungskandidaten zeigt, dass zum Beispiel für Bayern⁴ die Bruttowertschöpfung eines durchschnittlichen Krankenhauses bei rund 16 Mio. € jährlich liegt.

Tabelle 8: Regionalökonomische Effekte eines durchschnittlichen, dem Idealtyp entsprechenden Krankenhauses in Bayern in Mio. €

	Produktion/ Nachfrage	Wert- schöpfung	Beschäftigung (in VK)	Arbeitnehmer- entgelt
Bruttoeffekt	17 €	10 €	162	11 €
Direkter Effekt	8 €	10 €	162	10 €
Indirekter Effekt	7 €	3 €	39	1 €
Induzierter Effekt	6 €	3 €	41	2 €
Gesamteffekt je Krankenhaus	21 €	16 €	242	13 €

Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf Bayerisches Landesamt für Statistik (2017)

Selbst in Relation zur Bruttowertschöpfung der in dieser Hinsicht schwächsten bayerischen Kreise und kreisfreien Städte beläuft sich der Beitrag auf lediglich rund ein Prozent. So liegt die Bruttowertschöpfung in der kreisfreien Stadt Schwabach 2015 bei 1.220 Mio. € bzw. im Landkreis Bayreuth bei 1.831 Mio. € (letzter bzw. fünftletzter Platz dieser Statistik für Bayern). Dabei ist anzunehmen, dass ein Großteil der Effekte nicht im jeweiligen Kreis, sondern in angrenzenden oder weiter entfernten Regionen Bayerns zum Tragen kommen, sodass die in Tabelle 8 genannten Zahlen den Effekt für die lokale wirtschaftliche Lage weiterhin deutlich überschätzen.

Auch die durchschnittlich 162 direkt am Krankenhaus Beschäftigten dürften im Regelfall ohne größere Hürden in der Region ein alternatives Beschäftigungsverhältnis eingehen können. Insbesondere für Ärzte und Pflegekräfte ist der Arbeitsmarkt derzeit äußerst vorteilhaft, zumal die umliegenden Krankenhäuser durch die Verlagerung von Patienten eine Fallzahlsteigerung erfahren, dementsprechend personelle Kapazitäten erweitern und zusätzliche regional wirksame Ausgaben tätigen müssen. Dies wiederum führt dazu, dass auch die indirekten und induzierten Beschäftigungseffekte nicht komplett wegfallen, sondern vielmehr weitgehend in der Region erhalten bleiben.

⁴ Aus methodischen Gründen können nur wirtschaftliche Verflechtungen auf Ebene von Bundesländern untersucht werden. Da zur Sicherstellung des Datenschutzes für Bundesländer mit weniger als fünf Beobachtungseinheiten (geeigneten Krankenhäusern) im vorliegenden Fall für diverse Bundesländer keine Auswertungen der amtlichen Krankenhausstatistik vorgenommen werden können und eine Aggregation nicht möglich ist, werden diese Berechnungen exemplarisch nur für Bayern durchgeführt, da in diesem Bundesland auch die größte Zahl möglicher Umwandlungskandidaten vorzufinden ist (siehe Kapitel 1.2.2). Ein direkter Übertrag der ökonomischen Werte auf andere Bundesländer ist nicht möglich. Es liegt jedoch nahe, dass der Effekt in kleineren Bundesländern mit weniger einschlägiger Industrie geringer ausfällt, da mehr Güter und Leistungen importiert werden müssen.

Mit dem IGZ selbst tritt zudem ein weiterer Akteur in den Vordergrund, der einen Beitrag zur regionalen Wirtschaft leistet. Wie aus Tabelle 9 hervorgeht, welche stark vereinfachend die Eckdaten eines Kern-IGZ in die obige Kalkulation für Krankenhäuser übernimmt, ist dieser deutlich kleiner.

Tabelle 9: Regionalökonomische Effekte eines Kern-IGZ in Mio. €

	Produktion/ Nachfrage	Wert- schöpfung	Beschäftigung (in VK)	Arbeitnehmer- entgelt
Bruttoeffekt	2,6 €	2,1 €	34	2,1 €
Direkter Effekt	1,1 €	2,1 €	34	2,0 €
Indirekter Effekt	0,5 €	0,2 €	3	0,1 €
Induzierter Effekt	1,1 €	0,6 €	8	0,3 €
Gesamteffekt je IGZ	2,7 €	2,9 €	45	2,4 €

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Zahlen beziehen sich allerdings auch nur auf das im Gutachten vorgestellte Kern-IGZ. Im Regelfall dürften weitere Angebote in das IGZ integriert werden (siehe Abbildung 7), was das IGZ zu einem regionalökonomischen Nukleus zur Entstehung weiterer gesundheitsbezogener Angebote macht.

Das IGZ stellt zudem sicher, dass die von der Krankenhausschließung betroffene Kommune nicht an Attraktivität als Wohnort verliert. Statt eines kontinuierlichen „Überlebenskampfes“ mit allen negativen Begleiterscheinungen kann ein innovatives und positiv besetztes Angebot beworben werden, dass sich in seiner Ausgestaltung stark am lokalen Bedarf orientiert.

4.3 Wirtschaftlichkeit des IGZ im Vergleich zum Krankenhaus

Die in Modul 1 identifizierten Umwandlungskandidaten haben aufgrund ihrer Größe als auch der geringen Spezialisierung stärker mit ökonomischen Herausforderungen zu kämpfen und gelten damit vergleichsweise häufiger als schließungsgefährdet (vgl. Augurzky et al., 2017). Insbesondere Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft befinden sich häufiger in einer finanziell defizitären Lage, wobei als Ursache unter anderem regionalpolitische statt wirtschaftliche Interessen der Entscheidungsträger unterstellt werden (vgl. Blum et al., 2017).

Während die Länder grundsätzlich die Sicherstellungsverantwortung für eine flächendeckende Krankenhausversorgung besitzen, bestimmen die Krankenhausgesetze eine kommunale und subsidiäre Sicherstellungsverantwortung. Dadurch sind Kommunen dazu verpflichtet, Krankenhäuser zu betreiben, solange die Versorgung nicht anderweitig sichergestellt wird. Möglicherweise ist die Kommune in diesem Zusammenhang also dazu verpflichtet, ein für die Versorgung notwendiges, aber defizitäres Krankenhaus langfristig aufrechtzuerhalten (vgl. SVR, 2014). Doch nicht nur aus gesetzlicher Verpflichtung,

sondern auch aus politischen Gründen werden die finanziellen Defizite vieler Kliniken durch den kommunalen Träger ausgeglichen, um die Schließung des stationären Versorgers zu verhindern. Insbesondere in ländlichen Regionen werden Krankenhäuser als wichtige regionale Arbeitgeber wahrgenommen, was durch die hohe Sensibilität der Bevölkerung eine enorme politische Brisanz mit sich bringen kann.

Durch diese Unterstützungsleistungen ist eine zum Teil sehr hohe finanzielle Belastung der Kommunen anzunehmen. Um die bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen und die Krankenhausbetriebe aufrechtzuerhalten, entschied z. B. der Landkreis Calw in Baden-Württemberg, die Defizite zweier Kreiskrankenhäuser für die Jahre 2012 bis 2016 auszugleichen, welche im Vorjahr bereits Fehlbeträge von mehr als 3 Mio. bzw. mehr als 6 Mio. € umfasst hatten (vgl. DStGB, 2016). Neben dem Defizitausgleich ist es gleichzeitig üblich, dass sich Kommunen „in teilweise erheblichem Umfang mit Eigenmitteln oder über den Weg der Kreditaufnahme am Kapitalmarkt unmittelbar an der Finanzierung unabdingbarer Investitionsmaßnahmen im Krankensektor beteiligen“ (Luthe, 2013). Während Kommunen also bisher mitunter enorme finanzielle Mittel für die Krankenhäuser freiwillig oder verpflichtend aufwandten, kann die Umwandlung des stationären Versorgers in ein ökonomisch tragfähiges IGZ-Modell eine deutliche Entlastung dieser darstellen. Dabei zeigt der Business-Case in Modul 3, dass das Kern-IGZ unter den getroffenen Annahmen wirtschaftlich betrieben werden kann. Unkritisch ist dabei die klassische ambulante Versorgung, während für die EAV die Höhe der Vergütung ausschlaggebend ist, die mangels einer adäquaten Abbildung im Kollektivvertrag mit den Krankenkassen individuell zu verhandeln ist. Dabei wurden in der vorliegenden Kalkulation jedoch sehr konservative Annahmen getroffen, die durch signifikante Abschläge zu den korrespondierenden DRGs deutlich unter den Kosten liegen, die für eine Behandlung desselben Patienten im Krankenhaus von den Krankenkassen übernommen werden müssten.

4.4 Attraktivität für medizinisches Personal

Die Rekrutierung von qualifiziertem Personal stellt eine zentrale Herausforderung für medizinische Dienstleister in ländlichen Regionen dar. Das IGZ bietet dabei aufgrund neuer Strukturen ein attraktives Arbeitsumfeld, sowohl für Ärzte als auch für pflegerisches Personal.

Für Ärzte stellt nach wie vor die Niederlassung in einer eigenen Praxis die beliebteste Form der Leistungserbringung dar. Gleichzeitig lässt sich jedoch ein Trend zur verstärkten Tätigkeit in kooperativen Strukturen erkennen. Im Jahr 2016 waren bereits rund 43,2 % der Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ organisiert. Mit Blick auf die Berufsgruppen steigt die Attraktivität kooperativer Strukturen insbesondere für Chirurgen, aber auch bei Hausärzten nimmt die Zahl der Einzelpraxen ste-

tig ab (vgl. KBV, 2018b). Analog zum MVZ sind dabei auch im IGZ Vorteile der kooperativen Leistungserbringung herauszustellen. Durch die Aufspaltung der Managementaufgaben und der ärztlichen Tätigkeit können alle Bereiche mit den Kernkompetenzen der jeweiligen Experten besetzt werden. Im Rahmen einer gemeinsamen Versorgung durch mehrere Ärzte sind individuelle Arbeitszeitmodelle realisierbar, sofern gewünscht auch im Anstellungsverhältnis (vgl. SVR, 2012). Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine ausgeglichene Work-Life-Balance gewinnen vor allem bei jungen Ärzten zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig ermöglicht das IGZ den fachlichen Austausch und Kooperationen mit Kollegen auch über verschiedene Fachrichtungen hinweg. Die potentielle telemedizinische Anbindung an stationäre Versorger führt zudem zu einer Ausweitung des Kompetenzbereiches und stellt einen wichtigen Zugewinn an Qualität der ambulanten Versorgung im IGZ dar, auch über das Leistungsspektrum der regionalen Grundversorgung hinaus. Während speziell in ländlichen Gebieten häufig keine selbständigen Nachfolger gefunden werden, bietet die Tätigkeit in einem IGZ attraktive Strukturen. Gleichzeitig wird von manchen Ärzten ein Anstellungsverhältnis als vorteilhaft empfunden, wenn im Vergleich zur Selbständigkeit geringere Investitionskosten sowie weniger administrative Aufgaben und vertragliche Bindungen notwendig sind. Ist der Arzt mit den Rahmenbedingungen nicht zufrieden, kann auch der Wechsel der Arbeitsstätte mit geringerem Aufwand verbunden sein (vgl. Ocunet, 2018). Im Gegensatz dazu bietet das IGZ Ärzten auch die Möglichkeit, sich als potentielle IGZ-Betreiber neuen Herausforderungen zu stellen und unternehmerisches Risiko einzugehen.

Insbesondere bei chronisch erkrankten und multimorbiden Patienten ist ein vollständiger und zügiger Austausch der medizinischen Informationen zwischen allen beteiligten Leistungserbringern für eine adäquate und effektive Versorgung von hoher Bedeutung. Kommunikationsprobleme sowie die mangelnde Integration der Sektoren sind dabei bereits seit Jahren insbesondere zwischen ambulanten und akutstationären Leistungserbringern bekannt (vgl. SVR, 2012). Durch die Ausweitung des Leistungsspektrums auf EAV-Leistungen bietet das IGZ dem Arzt die Möglichkeit der selbständigen Weiterbehandlung der Patienten auch über den klassischen ambulanten Leistungsbereich hinaus. Hierdurch können Schnittstellenproblematiken vermieden und eine kontinuierliche Versorgung aus einer Hand sowie eine optimierte Patientenbetreuung sichergestellt werden. Gleichzeitig ergibt sich für den Arzt durch die Erweiterung der EAV-Leistungen ein spannendes und abwechslungsreiches Tätigkeitsfeld, welches die Attraktivität der Leistungserbringung im IGZ zusätzlich erhöht.

Über diese Rahmenbedingungen hinaus bietet das IGZ gleichzeitig die Möglichkeit der stärkeren Fort- und Weiterbildung des ärztlichen Personals. So ist neben den regulären Vertragsärzten insbesondere die Anstellung eines Weiterbildungsassistenten im IGZ vorgesehen. Flexible Arbeitszeitmodelle sowie eine geringere administrative Belastung erleichtern die regelmäßig Weiterbildung. Die Zusammenarbeit mehrerer Fachärzte unter einem Dach bietet zudem die Chance einer individuellen Spezialisierung, welche im Rahmen der Tätigkeit in einer Einzelpraxis aufgrund zeitlicher Ressourcen sowie einem

geringeren Patientenaufkommen kaum möglich erscheint. Die gemeinsame Tätigkeit mehrerer spezialisierter Ärzte im IGZ erhöht dabei die Bandbreite der Leistungserbringung und steigert das Qualitätsniveau insgesamt. Gleichzeitig verstärkt die Aussicht auf ein anspruchsvolles, den eigenen Fähigkeiten entsprechendes Arbeitsgebiet die Attraktivität des IGZ insbesondere für junge Nachwuchsmediziner. Über individuelle Zertifizierungen kann darüber hinaus die Außenwirkung des IGZ sowohl für Ärzte, Pflegekräfte als auch Patienten gesteigert werden.

Insgesamt müssen die Vorteile der Tätigkeit im IGZ im Vergleich zur Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich klar herausgestellt und den Ärzten vermittelt werden. Insbesondere bei der Implementierung eines IGZ gilt es als zwingende Voraussetzung, dass bereits niedergelassene Ärzte davon überzeugt sind, durch die Verlagerung ihres Vertragsarztsitzes unter das Dach des IGZ neue Potentiale ausschöpfen zu können.

Neben der Rekrutierung der Ärzte stellt bisher jedoch auch die qualitative und quantitative Ausstattung mit nicht-ärztlichem Personal eine zunehmende Schwierigkeit für medizinische Leistungserbringer dar. Nach dem Krankenhaus-Barometer des DKI gaben im Jahr 2016 mit 51 % ein zunehmender Teil der Krankenhäuser an, Probleme bei der Besetzung des Pflegedienstes zu haben. Der Fachkräftemangel betrifft dabei insbesondere kleinere Kliniken (vgl. DKI, 2016). Der SVR (2014) sieht den Abbau des Personalmangels als zentrale Herausforderung des Gesundheitssystems an, welcher mit einer Aufwertung der Profession durch eine Weiterentwicklung der Qualifikationsniveaus sowie der Abschaffung der Ausbildungsgebühren begegnet werden kann. Gleichzeitig sind Pflegekräfte in ihrer Arbeit hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Nach einer Studie des WidO-Instituts stellen besonders die hohe Verantwortung, die ständig erforderliche Aufmerksamkeit und Konzentration als auch der hohe Termin- und Leistungsdruck große Belastungen dar (vgl. Zok, 2010). Tatsächlich ist die Anzahl der Patienten pro Pflegepersonal (umfasst sowohl Pflegefachkräfte als auch geringer qualifiziertes Personal) in Deutschland mit 10,5 im europäischen Vergleich sehr hoch. Im Vergleich zu Norwegen, welches mit 3,3 die geringste Patienten-Personal-Relation aufweist, hat jede Pflegeperson hierzulande mehr als sieben Patienten zusätzlich zu versorgen (vgl. Aiken et al., 2012). Das IGZ bietet das Potential einer deutlichen Arbeitsentlastung für pflegerisches Personal. Hierbei sind für 15 Betten der EAV tagsüber zwei Pflegefachkräfte und ein Pflegehelfer, sowie außerhalb der IGZ-Sprechzeiten eine Pflegefachkraft und ein Pflegehelfer eingeteilt. Da die Patienten-Personal-Quote also deutlich geringer ausfällt als im stationären Bereich, ergibt sich die Chance einer intensiveren individuellen Patientenbetreuung und einer niedrigeren Arbeitsdichte für das Pflegepersonal. Hinzu kommt eine geringere Belastung der Pflege durch einen tendenziell geringeren Schweregrad im IGZ im Vergleich zum Krankenhaus.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass Absprachen in Krankenhäusern zwischen Pflegepersonal und Ärzten als auch unter gleichgestellten Arbeitskollegen aufgrund der permanent wechselnden Dienstbesetzung mit Kommunikationsschwierigkeiten behaftet sind. Das IGZ weist einen deutlich kleineren Personalstamm auf. Durch die stärkeren persönlichen Beziehungen zwischen den Arbeitskollegen sind eine bessere interdisziplinäre Vernetzung sowie regelmäßige Absprachen anzunehmen. Dies schafft auch für Pflegekräfte das Gefühl einer stärkeren Einbindung und Teilhabe an der Patientenversorgung. Ein familiär anmutendes Umfeld kann dabei zu einer guten Unternehmenskultur sowie zu einem verbesserten Wohlbefinden des Personals wie auch der Patienten beitragen.

4.5 Zusammenfassung Modul 4

Durch die Umwandlung eines Grund- und Regelversorgers in ein IGZ ändert sich zwangsläufig die Versorgungsstruktur einer Region. Diese Veränderung ist jedoch positiv zu bewerten. Die Schließung des Krankenhauses führt zu keiner nennenswerten Verschlechterung des Zugangs zur stationären Versorgung. Das IGZ adressiert – besser als das kleine Krankenhaus – den Bedarf der lokalen Bevölkerung. Durch die Umstrukturierung ergeben sich für alle Versorgungsbereiche Potentiale zur Qualitätsverbesserung. Eine digitale Anbindung an kooperierende Leistungserbringer bietet weitere Möglichkeiten einer optimierten Patientenversorgung. Die bettenführende Einheit stellt gleichzeitig einen Treiber der regelmäßig geforderten stärkeren Ambulantisierung stationärer Leistungen dar. Während durch die Schließung des Krankenhauses nur in sehr geringem Umfang negative Effekte auf die regionale Wirtschaftskraft zu erwarten sind, kann ein wirtschaftlich tragfähiges IGZ eine finanzielle Entlastung des jeweiligen Trägers – d. h. in den meisten Fällen der kommunalen Haushalte – darstellen, da möglicherweise notwendige Defizitausgleiche entfallen. Durch die Vorteile kooperativer Zusammenarbeit sowie einer tendenziell geringeren Arbeitsbelastung des pflegerischen Personals stellt das IGZ gleichzeitig ein attraktives Arbeitsumfeld dar, was in der zunehmenden Konkurrenz um Fachkräfte von besonderer Bedeutung ist.

5. Modul

Empfehlungen zur Weiterentwicklung regulatorischer Grundlagen

5. Modul: Empfehlungen zur Weiterentwicklung regulatorischer Grundlagen

Trotz vielzähliger Potentiale einer intersektoralen Leistungserbringung sieht sich das IGZ mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Für die Implementierung und Weiterentwicklung des Modells sowie die zunehmend geforderte sektorenübergreifende Zusammenarbeit werden in diesem Kapitel Empfehlungen zur Weiterentwicklung der regulatorischen Grundlagen ausgesprochen.

5.1 Sicherstellung und Bedarfsplanung

Durch die Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ werden Angebotsstrukturen geschaffen, welche die Erbringung ehemals stationärer Leistungen nun auch im Rahmen der EAV ermöglichen. Dieser Ausweitung des ambulanten Versorgungsangebots steht jedoch keine Ausweitung der ärztlichen Versorgungskapazitäten (personell und finanziell) gegenüber. In Modul 2 wurde bereits herausgestellt, dass zusätzliche ärztliche Ressourcen im ambulanten Setting notwendig sind, um den steigenden Bedarf zu decken. Im Rahmen der aktuellen Bedarfsplanung sind zusätzliche Vertragsarztsitze in gesperrten Planungsbereichen jedoch nur über Einzelfalllösungen generierbar. Vor diesem Hintergrund gilt es daher, die strikt sektorenspezifische Bedarfsplanung zu überdenken.

Die historisch gewachsene Bedarfsplanung steht, trotz mehrerer Adaptionen durch den G-BA, seit Jahren regelmäßig in der Kritik. Bemängelt wird dabei insbesondere, dass die Verhältniszahlen nicht empirisch erhoben wurden, sondern sich an historischen Werten orientieren und aktuelle Veränderungen des Angebots oder der Nachfrage medizinischer Leistungen nicht ausreichend berücksichtigen (vgl. SVR, 2018).

Für eine perspektivische Neuordnung der Bedarfsplanung lassen sich in der Literatur diverse Ansätze finden. So schlagen Scheller-Kreinsen et al. (2018) beispielsweise neben den vier Versorgungsstufen (hausärztliche sowie allgemeine, spezialisierte und gesondert fachärztliche Versorgung) eine fünfte Versorgungsstufe vor, welche sich auf spezifische sektorenübergreifende Leistungssegmente bezieht. Für die Erbringung dieser Leistungen sollen zeitlich befristete Versorgungsaufträge an Vertragsärzte oder Krankenhausambulanzen vergeben werden, um „die Zementierung von Versorgungsstrukturen zu verhindern“ (Scheller-Kreinsen et al., 2018). Auch der SVR (2018) thematisiert im aktuellen Gutachten Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Neben einer konsequent zusammengefassten Kapazitätsplanung des ambulanten und stationären Sektors unter stärkerem Einbezug der Morbidität wird zudem die Möglichkeit eines niedrighwellig umsetzbaren Konzepts für einen hybriden Leistungsbereich vorgestellt. Leistungen im *Hybridbereich* können dabei, analog zur ASV, so-

wohl in der ambulanten als auch stationären fachärztlichen Versorgung erbracht werden. Die Versorgungsaufträge werden hierzu auf Basis regionaler Ausschreibungen vergeben. Um den gravierenden Versorgungsunterschieden zwischen ländlichen und urbanen Regionen gerecht zu werden fordern Nagel et al. (2017) zudem die stärkere Berücksichtigung siedlungsstruktureller Besonderheiten. Aufgrund der Urbanisierung, der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung als auch der mangelnden Standortattraktivität für Leistungserbringer ist die Versorgungssituation hauptsächlich in ländlichen und strukturschwachen Gebieten bereits heute teilweise gefährdet (vgl. SVR, 2014). Zusammenfassend erscheint für eine langfristige Sicherstellung bedarfsgerechter Kapazitäten eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung sehr wichtig. Diese sollte – z. B. mit sektorenübergreifenden Elementen – der stetigen Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor Rechnung tragen.

Auch das aktuelle Zulassungssystem, welches sich auf die Bedarfsplanung stützt, ist von hoher Komplexität geprägt und stellt nach Ansicht von Hahn et al. (2017) einen möglichen Hindernisgrund für den Einsatz angestellter Ärzte in peripheren Strukturen dar. Denn in ambulanten Zentren ist der Tätigkeitsumfang jedes Arztes klar begrenzt und sowohl genehmigungs- als auch dokumentationspflichtig. Während also Kapazitätsüberschreitungen nicht zulässig sind, ist gleichzeitig die Vakanz einer Stelle für das Versorgungszentrum belastend. Wird ein freier Kassenarztsitz nicht innerhalb von 12 Monaten neu besetzt, verfällt dieser. Die Nachbesetzung ärztlicher Stellen stellt dabei in ländlichen Gebieten eine große Hürde dar.

Die ärztliche Leistungserbringung ist einer der wichtigsten Grundpfeiler im IGZ. Neben der Rekrutierung von Personal gilt es gleichzeitig sicherzustellen, dass diese auch zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten zugelassen sind. Einzellösungen, z. B. Ermächtigungen oder Sonderbedarfszulassungen durch die KVen, werden in der Regel nur auf Antrag genehmigt – Ermächtigungen sind darüber hinaus auch zeitlich befristet. Um ausreichende Planungssicherheit für die Gründung und den Betrieb des IGZ zu garantieren ist es dabei unerlässlich, die gesetzlichen Anforderungen an die Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie das Zulassungsrecht so zu verändern, dass bereits frühzeitig im Planungsprozess weitgehende Planungssicherheit herrscht und ferner den oben beschriebenen Entwicklungen Rechnung getragen werden kann.

5.2 Vergütung intersektoraler Leistungen

Während die Vergütung der im IGZ erbrachten ambulanten Leistungen über den EBM erfolgen kann, stellt die adäquate Vergütung der Leistungen der EAV eine große Herausforderung dar. Der intersektorale Ansatz des IGZ führt hierbei zur Verschiebung der vormals stationären Leistungserbringung in den ambulanten Sektor. Dies muss bei der Verteilung der Zuweisungen der GKV in die jeweiligen Sektoren berücksichtigt werden, damit die Finanzierung der (allseits gewünschten) Ambulantisierung nicht zu Lasten der niedergelassenen Ärzte geht (siehe auch Kapitel 2.5.1).

Im aktuellen Business-Case wird die Finanzierung der intersektoralen Leistungserbringung durch individuell gestaltete Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140a SGB V sichergestellt (siehe Modul 2). Auch wenn mittlerweile fast jede Krankenkasse mehrerer solcher Versorgungsprogramme anbietet, weisen diese zumeist geringe Teilnehmerzahlen auf (vgl. Schreyögg, 2014). Seitens des IGZ sind für erfolgreiche Vertragsverhandlungen bzw. einen erfolgreichen Vertragsabschluss ein professionelles Management erforderlich (vgl. Müller et al., 2016). Der Einschreibung in ein IV-Modell muss jeder Patient schriftlich gegenüber der Krankenkasse zustimmen. Diese Einwilligung setzt jedoch voraus, dass der Patient hinsichtlich der Regelversorgung zumindest keine Versorgungsverschlechterung oder eine systematische Vorenthaltung bestimmter Leistungen erwartet (vgl. Albrecht und Neumann, 2014). An dieser Stelle ist grundsätzlich eine Reserviertheit der Patienten anzunehmen, da sich diesen aufgrund der intransparenten Vertragsinhalte der individuelle Zusatznutzen möglicherweise nicht ausreichend erschließt. Gleichzeitig ist der administrative Aufwand seitens des medizinischen Personals zur inhaltlichen Darlegung und Erklärung der neuen Versorgungsstrukturen beträchtlich.

Im Rahmen innovativer Leistungserbringung stellen IV-Verträge grundsätzlich die Möglichkeit dar, durch festgelegte Honorierungen eine verlässliche betriebswirtschaftliche Kalkulation zu generieren und eine höhere Planungs- und Investitionssicherheit für Leistungserbringer zu garantieren (vgl. Greiner, 2014). Gleichzeitig ist der kostendeckende Betrieb des IGZ jedoch maßgeblich von der Verhandlungsbereitschaft der Krankenkassen abhängig. Bisher können Projekte der Integrierten Versorgung kaum adäquat evaluiert werden. Resultierend daraus fehlt häufig die Bewertung der Nutzenseite sowie der Kosteneffektivität (vgl. Greiner, 2014). Gleichzeitig sind IV-Verträge durch Aufsichtsbehörden z. B. auf die Wirtschaftlichkeit, die Regelleistungsersetzung und den sektorenübergreifenden Versorgungsansatz zu prüfen (vgl. Amelung et al., 2015).

Darüber hinaus bergen die Verhandlungen zu IV-Verträgen für alle Beteiligten hohe Transaktionskosten, ohne erfolgreiche Vertragsabschlüsse zu garantieren. Um die gesamte Patientenpopulation abdecken zu können, ist es gleichzeitig notwendig, den IV-Vertrag mit allen in der Region in relevantem

Umfang vertretenen Krankenkassen abzuschließen (vgl. Schmid, 2018b). Als weiteren Unsicherheitsfaktor ist der temporär begrenzte Charakter der Verträge deutlich zu unterstreichen. IV-Verträge können unter Einhaltung der vereinbarten Fristen jederzeit gekündigt werden. Als häufigste Ursachen für das Scheitern der Verträge geben Vertreter der Krankenkassen insbesondere das Nichterreichen wirtschaftlicher Ziele, eine zu geringe Teilnehmerzahl sowie ein zu großzügiges Leistungsangebot an (vgl. Amelung et al., 2015). Die unsichere Laufzeit der IV-Verträge steht dabei einer auf Dauer angelegten betriebswirtschaftlichen Planung des IGZ entgegen. Im Rahmen der IGZ-Gründung sind IV-Verträge in einzelnen Regionen daher grundsätzlich nur als Übergangslösung denkbar. Hinsichtlich einer perspektivischen, flächendeckenden Verbreitung der IGZ sind neue Vergütungsformate zu fordern, welche intersektorale Strukturen auf gesetzlicher Ebene fördern und durch Aufnahme in den Bundesmantelvertrag auch langfristige Vergütungssicherheit garantieren.

Das Geschäftsmodell IGZ weist Parallelen zum Konzept der Praxiskliniken auf, welches bereits im Jahr 1989 im § 115 SGB V eingeführt wurde. In Praxiskliniken werden Versicherte durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant oder kurzstationär bis zu drei Tagen versorgt. Derzeit gibt es etwa 120 Praxiskliniken in Deutschland, welche sich insbesondere auf die Fachbereiche der Chirurgie und Anästhesie fokussieren (vgl. Laschet, 2018). Hier liegt in der inhaltlichen Ausrichtung auch der deutlichste Unterschied zum Konzept des IGZ, welches klar die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten adressiert.

Im Sinne einer nachhaltigen Vergütungslösung können die Praxiskliniken jedoch nicht als Vorbild für das IGZ dienen. Um eine nahtlose ambulante und stationäre Versorgung zu sichern, werden hierfür dreiseitige Verträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften und KVen auf Länderebene getroffen. Die Praxiskliniken selbst sind also keine direkten Vertragspartner. Bis heute wurden lediglich in sieben KV-Bezirken die gesetzlich geforderten dreiseitigen Verträge verhandelt. Gleichzeitig ruhen seit 2011 Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie einer gebildeten Spitzenorganisation zur Vertretung der in Praxisklinik tätigen Ärzte zur Verabschiedung eines Leistungskatalogs sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen, Versorgungsabläufen und Behandlungsergebnissen. Trotz gesetzlicher Anstöße im Rahmen des § 122 SGB V konnten sich die Praxiskliniken nicht flächendeckend durchsetzen (vgl. Staeck, 2017). Bis heute haben Praxiskliniken keinen Anspruch auf Verträge mit Krankenkassen, sondern regeln die Vergütung der erbrachten Leistungen über Selektivverträge nach § 140a SGB V. Damit Praxiskliniken ihr Potential entfalten können, ist jedoch auch hierbei eine langfristige Sicherung der Vergütung unabdingbar. Der Herausforderung, einen verbindlichen Katalog an Hybrid-Leistungen festzulegen, muss dabei analog zur Praxisklinik auch das IGZ für seine EAV-Leistungen begegnen. Hierfür sind allerdings vom Gesetzgeber die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Die für einen wirtschaftlichen Betrieb des IGZ notwendige Vergütungshöhe der EAV-Leistungen ist im Vergleich zu regulären DRG des stationären Sektors deutlich geringer einzustufen. Dies begründet sich insbesondere darin, dass große Teile der kostspieligen Infrastruktur eines Krankenhauses nicht vorgehalten werden müssen. Neben der medizinisch-technischen Infrastruktur fällt hierunter auch die Tatsache, dass die ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechzeiten nur im Rahmen einer Rufbereitschaft zu kalkulieren ist. Die Behandlung der Patienten im IGZ geht dabei für die Kostenträger perspektivisch mit einer deutlichen Kosteneinsparung einher. Denn obwohl Patienten regelmäßig keiner akutstationären Infrastruktur, sondern insbesondere der Pflege und medizinischen Überwachung bedürfen, müssen sie unter aktuellen Gegebenheiten in stationären Einrichtungen behandelt werden. Die Abrechnung dieser Versorgungleistungen erfolgt dabei über DRGs und führt zur höheren Kostenbelastung der Krankenkassen. Im Rahmen der EAV können diese Fälle zukünftig adäquat und unter fachärztlicher Betreuung auf einem hohen Qualitätsniveau behandelt werden, ohne die Krankenhauskapazitäten unnötig zu belasten.

Ist die Versorgung der Patienten in den Strukturen des IGZ kostengünstiger zu erbringen, muss gleichzeitig das Risiko verringert werden, dass Patienten mit dem tatsächlichen Bedarf an akutstationären Strukturen nicht aus ökonomischen Anreizen fälschlicherweise in IGZ überwiesen bzw. aufgenommen werden. Dies lässt sich über Abschläge bei den Fallpauschalen realisieren. Vereinbaren die Vertragspartner vorab Abschläge, welche zum Tragen kommen, falls der Patient nach der Aufnahme in das IGZ weiterverlegt werden muss, steigt der Anreiz für eine frühzeitig optimale Triage des Patienten. Die Höhe des Abschlags ist dabei von enormer Wichtigkeit, da bei zu hohen Abschlägen die Gefahr droht, dass aus Angst vor finanziellen Verlusten alle Patienten direkt in stationäre Strukturen verlagert werden.

Neben dieser Risikosteuerung erscheint die Umwandlung eines IGZ auch aus einem weiteren Gesichtspunkt für Kostenträger attraktiv. Der Umwandlungsprozess bringt, auch im Sinne politischer Bestrebungen, einen Abbau stationärer Betten mit sich. Hierdurch können zusätzlich Kosten- und Ressourceneinsparungen generiert werden.

Eine gesetzlich verankerte Vergütungsstruktur der intersektoralen Leistungserbringung schafft dabei die Möglichkeit auf einem bedarfsgerechten Niveau Patienten kosteneffektiv zu versorgen. In diesem Kontext soll an der Stelle die Idee der Hybrid-DRGs erwähnt werden. Hierbei wird bestimmten Leistungen eine feste Vergütungshöhe zugeordnet, welche unabhängig davon ausgezahlt wird, ob diese Leistungen im ambulanten oder stationären Setting erbracht werden (vgl. Lehmann, 2016). Auch der SVR (2018) empfiehlt eine sektorenunabhängige einheitliche Vergütung anhand eines festgelegten Leistungskatalogs, um den Wettbewerb zwischen stationären und ambulanten Fachärzten zu forcieren. Im

Vordergrund steht für das IGZ allerdings das Ziel, mit seinem Angebot speziell in ländlichen und strukturschwachen Regionen den Versorgungsbedarfen der Bevölkerung zu entsprechen. Zu unterstreichen ist hierbei der zunehmende Bedarf an Leistungen der medizinischen Überwachung und Pflege, welche für stationäre Versorger finanziell wenig attraktiv sind.

Zusammenfassend ist insbesondere für den Leistungsbereich der EAV ein gesetzlich geregeltes und adäquates Vergütungsmodell zu fordern. Dieses ermöglicht nicht nur eine fundierte Kalkulation betriebswirtschaftlicher Risiken, sondern wirkt auch potentiellen Widerständen von Leistungserbringern aus klassischen Versorgungsmodellen entgegen. Da die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung jedoch zunehmend verschwimmen und sich zudem Versorgungsbedarfe verändern, gilt es vor dem Hintergrund einer patientenzentrierten Versorgung die strikte Trennung der sektoralen Vergütungssysteme zu überdenken, ohne dabei Anforderungen wie eine ordnungskonforme Ausgestaltung außer Acht zu lassen (vgl. Schmid, 2018b).

5.3 Berufs- und haftungsrechtliche Hürden

Für den Betrieb eines IGZ ist zu prüfen, inwieweit berufs- und haftungsrechtliche Probleme der ärztlichen Tätigkeit entgegenstehen. Grundsätzlich können im Rahmen des IV-Vertrages zur erweiterten ambulanten Versorgung für die Behandlung im IGZ individuelle Standards festgelegt werden. Dies bietet den Vertragspartnern eine große inhaltliche Vertragsfreiheit. Werden in diesem Zusammenhang keine individuellen berufs- und haftungsrechtlichen Absprachen definiert, sind die allgemeingültigen Vorschriften aus der stationären Leistungserbringung und von MVZ abzuleiten. Analog zum Geschäftsmodell des MVZ ist anzunehmen, dass die allgemeinen Grundsätze der Arzthaftung sowohl für die klassische als auch für die erweiterte ambulante Leistungserbringung gelten.

Einen weiteren Kernaspekt des IGZ stellt die Gewährleistung des Facharztstandards dar. Während pflegerisches Personal eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicherstellt, steht der Arzt nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen im Rahmen der Rufbereitschaft für das IGZ-Personal zur Verfügung. So gilt es im Rahmen des IV-Vertrages, auch die Rufbereitschaft des IGZ haftungsrechtlich abzusichern. Für die Ausgestaltung dieser Inhalte lohnt sich ein Blick auf die Gegebenheiten bei stationären Krankenhausaufenthalten. Auch dort gilt es, den Facharztstandard grundsätzlich rund um die Uhr zu gewährleisten. Da aus Gründen der Wirtschaftlichkeit als auch der Personalbesetzung nicht zu jeder Tages- und Nachtzeit für alle Fachgebiete ein Facharzt vor Ort anwesend sein kann, sind auch die Systeme von Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft haftungsrechtlich grundsätzlich anerkannt (vgl. Schulte-Sasse und Debong, 2016). Für eine mangelnde Dienststruktur im Krankenhaus haftet grundsätzlich der Träger aus eigenem Organisationsverschulden (§ 823 BGB). Werden vom Krankenhausträger bestimmte

Bereitschaftsdienste und/oder Rufbereitschaften angeordnet, trägt anschließend der Chefarzt die Verantwortung zur korrekten Umsetzung. Im Schadensfall ist dabei im Rahmen gerichtlicher Prüfungen zu untersuchen, inwieweit der Facharztstandard gewährleistet wurde. Der Arzt in Rufbereitschaft muss sich bei Alarm grundsätzlich die jeweilige Situation schildern lassen und die Erfordernis weiterer Maßnahmen abwägen. Diese können sich darauf beschränken, am Telefon für Rückfragen zur Verfügung zu stehen, Anweisungen an das Personal vor Ort zu erteilen oder bei Erforderlichkeit den Patienten unverzüglich persönlich aufzusuchen (vgl. Schulte-Sasse und Debong, 2016).

Neben der Ausgestaltung der Rufbereitschaft ist dabei insbesondere zu klären, inwieweit die behandelnden Ärzte bzw. das IGZ haftbar gemacht werden können, falls der Patient fälschlicherweise in das IGZ aufgenommen wird, obwohl dieser die Strukturen eines Krankenhauses benötigt. Im Rahmen eines Gerichtsbeschlusses unterstrich z. B. das Landgericht Mainz, dass natürlich nicht alle stationären Versorger die Möglichkeit haben, Leistungen der Maximalversorgung anzubieten. Werden diese trotzdem ohne die Vorhaltung von geeigneten Ressourcen erbracht, geht die Klinik das Risiko der Schadenersatzpflicht gegenüber dem Patienten ein (vgl. Schulte-Sasse und Debong, 2016). Analog hierzu ist auch der Träger des IGZ dazu verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Aufnahme von Patienten in das IGZ unterbunden wird, falls ausreichende medizinische oder pflegerische Leistungen nicht angeboten werden können.

Während im Rahmen der IV-Verträge also individuelle Vertragsabsprachen getätigt werden können, stellen diese gleichzeitig nur eine Übergangslösung dar. Entwickelt sich das IGZ zu einem klassischen Versorgungsmodell in Deutschland, gilt es hierbei, vorab berufs- und haftungsrechtliche Bedingungen festzulegen, um den beteiligten Akteuren Sicherheit zu garantieren. Dies gilt im Besonderen für das im IGZ tätige medizinische Personal.

5.4 Staatliche und kommunale Förderung

Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen, hat es nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) grundsätzlich den Rechtsanspruch auf staatliche Förderung für Investitionen. Förderwürdig können dabei langfristige Investitionen wie Gebäudesanierungen oder Anbauten sowie kleinere bauliche Maßnahmen oder Wiederbeschaffungen diverser Anlagegüter sein. Die Art und Höhe der Förderung werden dabei in Abhängigkeit des jeweiligen Bundeslandes festgelegt und sind zweckgebunden. Die Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ bedingt dessen Ausscheiden aus dem entsprechenden Krankenhausplan. Grundsätzlich ist dabei in den landesspezifischen Krankenhausgesetzen festgelegt, dass Förderbescheide hierbei zu widerrufen sind (Am Beispiel Bay-

ern: Art 19 1 Satz 2 BayKrG). Allerdings kann in bestimmten Fällen auch vom Widerruf abgesehen werden, z. B. wenn das Ausscheiden im krankenhausplanerischem Interesse steht und die Anlagegüter einer anderen Zweckbestimmung zugeführt werden, welche in sozialstaatlichem Interesse liegen.

Vor dem Umwandlungsprozess in ein IGZ gilt es daher, die Verpflichtung zur Rückzahlung von Fördermitteln im Einzelfall zu prüfen. Trotz landesspezifischer Vorgaben besteht dabei für den Krankenhaus-träger bis zum Abschluss der Prüfung die Unsicherheit, ob die Mittel zurückgezahlt werden müssen oder nicht. Erfahrungen aus der Praxis weisen zwar darauf hin, dass dies oft nicht nötig ist, die latente Gefahr der Fördermittelrückzahlung stellt dennoch ein hohes finanzielles Risiko für den gesamten Umwandlungsprozess dar. Gleichzeitig geht die amtliche Prüfung der Rückzahlungsansprüche mit langwierigen Prozessverfahren einher, welche Monate bis hin zu mehreren Jahren in Anspruch nehmen können. Dabei wechseln im Verfahrensverlauf meist auch die amtlichen Zuständigkeiten. Während die Auszahlung der Fördermittel über die Gesundheitsministerien bewilligt werden, sind diese bei entsprechendem Beschluss an das Finanzministerium zurückzuzahlen.

Die Unsicherheit über Rückzahlungsverpflichtungen, die damit verbunden langwierigen Prüfungsverfahren sowie wechselnden Zuständigkeiten führen zu einer enormen Planungsunsicherheit. Hierbei ist davon auszugehen, dass diese Strukturen die Implementierung neuer und attraktiver Projekte bzw. Modelle nicht nur verzögern, sondern grundsätzlich verhindern können. Die Schwerfälligkeit der aktuellen Strukturen erschwert eine angemessene und zeitnahe Anpassung der Leistungserbringung an den aktuellen Versorgungsbedarf. Vor diesem Hintergrund sind klare Richtlinien zur Rückzahlung von Fördermitteln bzw. eine deutliche Beschleunigung der staatlichen Prüfungsverfahren mehr als wünschenswert.

Mit der Einrichtung des Strukturfonds im Jahr 2016 stellte der Gesetzgeber erstmalig finanzielle Mittel zur Verfügung, um strukturelle Veränderungen am Krankenhausmarkt vorzunehmen. Diese richten sich insbesondere auf (i) den Abbau von Überkapazitäten, (ii) die Konzentration von Leistungen sowie (iii) die Umwandlung von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen. Bis April 2017 wurden dabei 145 Projekte beantragt, welche sich jedoch vorrangig auf die Konzentration von Leistungen fokussieren (vgl. Augurzky et al., 2017). Um auch von gesetzlicher Seite aus Anreize zu schaffen, IGZ zu implementieren, ist es sicherlich förderlich, auch die Krankenhausumwandlung in ein IGZ explizit als mögliche Variante von (iii) in den Strukturfonds aufzunehmen. Nach § 12 Abs. 1 KHG ist bisher die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Einrichtungen oder palliative Versorgungsstrukturen förderungswürdig. Die Mittel dürfen jedoch nicht gewährt werden, sollte der Krankenhaus-träger gegenüber dem Land aufgrund der Schließung zur Rückzahlung von Fördermitteln verpflichtet sein.

Neben Förderungsmöglichkeiten auf Landesebene ist es weiterhin notwendig, einen Blick auf die kommunale Ebene zu werfen. In Kapitel 4.3 wurde bereits herausgestellt, welche finanziellen Aufwendungen Kommunen mitunter auf sich nehmen, um die subsidiäre Sicherstellungsverantwortung zu erfüllen oder aus regionalpolitischen Gründen die Schließung einzelner Einrichtungen zu verhindern. Während die Unterstützung durchaus siebenstellige Geldbeträge umfassen kann, ist häufig nicht auszuschließen, dass sich die Jahresfehlbeträge der Kliniken auch in den nächsten Jahren weiterhin fortschreiben und kontinuierlich weitere kommunale Haushaltsmittel aufgewendet werden müssen.

Die Umwandlung eines defizitären Krankenhauses in ein – wie in Modul 3 herausgestellt – ökonomisch tragfähiges Versorgungsmodell des IGZ, kann dabei zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Kommunen beitragen. Gleichzeitig sind auch in der ambulanten Versorgung in ländlichen Regionen kommunale Allokationsprobleme erkennbar. Kommunale Akteure (z.B. Landräte oder Bürgermeister) sowie ältere niedergelassene Hausärzte sehen sich dabei am stärksten mit Versorgungsproblemen konfrontiert und engagieren sich im besonderen Maße zur Schaffung neuer Versorgungslösungen (vgl. Müller et al., 2018).

Vor diesem Hintergrund gilt es zu klären, in welchem Umfang die Kommune die Implementierung und den Betrieb des IGZ unterstützen kann und darf. Schließlich sind diese häufig die Beteiligten mit dem größten Interesse eine positive Lösung für ein defizitäres Krankenhaus zu finden und mitunter durchaus bereit, hierfür auch eigene Mittel zu investieren. Müller et al. (2018) führten im Rahmen einer Studie mehrere Interviews mit kommunalen Akteuren zu Hürden in der Umsetzung neuer Versorgungslösungen sowie geforderten Unterstützungsleistungen durch. Die Mehrheit der Interviewpartner wünscht sich dabei insbesondere bei der Finanzierung, Akquise von Geldmitteln sowie der Bewerbung um Fördermittel externe Expertenberatung (vgl. Müller et al., 2018). Gleichzeitig verfügen Kommunen hinsichtlich einer direkten oder indirekten Subventionierung neuer Versorgungsmodelle nur über eine begrenzte Handlungsfreiheit, da der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung nicht bei den Kommune liegt und europarechtliche Vorgaben zu beachten sind. Die Entscheidungen einer Kommune werden dementsprechend unter anderem durch die Kommunalaufsicht kontrolliert und müssen ggf. entsprechend den Vorgaben der Aufsichtsbehörde angepasst werden (vgl. Bayerisches Staatsministerium des Inneren und für Integration, 2018). Die kostenlose oder stark vergünstigte Überlassung einer öffentlichen Immobilie an die IGZ-Betreibergesellschaft ist vor diesem Hintergrund beispielsweise nicht umsetzbar.

5.5 Digitalisierung

Auch wenn digitale Anwendungen große Potentiale bergen (siehe Kapitel 2.2.2), stehen diesen große Hürden entgegen. Hierzu zählen insbesondere hohe Investitions- und Entwicklungskosten. Im Krankenhaussektor zeigt sich, dass größere Konzerne hier besser aufgestellt sind und es ihnen leichter fällt, entsprechende langfristige Investitionen zu tätigen, als kleinen und insbesondere kleinen kommunal geführten Einrichtungen. Dieser Nachteil kleiner Einheiten gilt analog auch im ambulanten Sektor, weshalb eine strukturierte Unterstützung von besonderer Bedeutung ist. Neben finanziellen Mitteln ist häufig auch die fachliche Kompetenz in den damit einhergehenden technischen und juristischen Fragestellungen notwendig. Perspektivisch ist eine derartige digitale Befähigung auch für die Etablierung zukunftsfähiger Vergütungssysteme von großer Bedeutung (vgl. Schmid, 2018b).

Neben externer Beratung sind auch externe Impulse notwendig, da für den einzelnen Akteur das verzögern der Investition in entsprechende Hard- und Software – kurzfristig – eine durchaus rationale ökonomische Strategie darstellen kann. Solange nicht klar ist, welche technologischen Standards sich etablieren, überwiegt hier in der subjektiven Perspektive häufig die Gefahr sich für die falsche Option zu entscheiden und eine Fehlinvestition zu tätigen. Entsprechend wichtig ist die Förderung der Etablierung von offenen Standards und frei nutzbare Schnittstellen für andere Anbieter, die zudem dazu beitragen können, eine marktbeherrschende Stellung einzelner Anbieter von technologischen Lösungen zu verhindern (vgl. Schmid und Himmler, 2015).

Im Rahmen der Gesundheitsversorgung müssen dabei Evidenzanforderungen erfüllt und der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit gewahrt werden. Kritisch ist zudem die Abwägung zwischen dem zwingend notwendigen Schutz medizinischer Patientendaten und der Gefahr, die regulatorischen Hürden für die Implementierung innovativer Ansätze prohibitiv komplex zu gestalten.

Mit dem Entschluss zur Lockerung des Fernbehandlungsverbots in Deutschland im Mai 2018 unterstützt auch der Deutsche Ärztetag moderne Behandlungsmethoden. Letztendlich stellt auch die starke sektorale Trennung im Gesundheitswesen eine große Hürde zur Einführung neuer telematischer Anwendung dar. Auch hier ist der Gesetzgeber gefordert, einheitliche Standards zu definieren um die Interoperabilität der verschiedenen Anwendungen und Produkte sicherzustellen (vgl. Straub, 2018).

Aus wissenschaftlicher Sicht erscheint derzeit weniger Forschungsbedarf im Bereich der Technologieforschung zu bestehen. Die technologischen Potentiale übersteigen den aktuellen Implementierungsstand deutlich. Offene Fragen ergeben sich vielmehr dahingehend, wie die unterschiedlichen Interessen und Präferenzen der drei Akteure Patient, Leistungserbringer und Kostenträger in Einklang gebracht werden können. Entscheidend erscheint auch hier die Gestaltung des Vergütungssystems. Nur so besteht eine Aussicht auf zügige Verbreitung der entsprechenden Technologien.

5.6 Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst

Grundsätzlich ist die Notfallversorgung in Deutschland in die drei Bereiche der ambulanten und stationären Notfallversorgung, sowie dem Rettungswesen aufgeteilt. Eine sektorenübergreifende Organisation dieser Bereiche ist bisher nicht vorhanden. Vielmehr unterliegen sie unterschiedenen politischen Zuständigkeitsebenen, werden in Bezug auf das Aufgabengebiet länderspezifisch unterschiedlich interpretiert und unabhängig voneinander finanziert. Dabei wird immer wieder gefordert, die Notfallversorgung neu auszurichten und falschen Anreizsystemen entgegenzuwirken. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist dies vor dem Hintergrund hoher Vorhaltekosten und knapper Arbeitskräfte nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus qualitativen Gesichtspunkten geboten (vgl. RWI, 2018; SVR, 2014). Der SVR (2018) stellt in seinem Gutachten einen detaillierten Entwurf eines Integrierten Notfallzentrums (INZ) dar, welches die Tätigkeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, der stationären Notaufnahme als auch des Rettungsdienstes sowohl örtlich als auch technisch zusammenführt und die Dreiteilung damit überwindet.

Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung wird im Sozialgesetzbuch primär den Vertragsärzten zugeordnet. Die Organisation erfolgt durch die KVen. Unter einem ambulanten Notfall ist dabei insbesondere ein nicht lebensbedrohlicher Fall zu verstehen, bei welchem der Patient nach Diagnostik und Therapie (unabhängig vom Ort der Leistungserbringung in Krankenhausambulanz oder Bereitschaftsdienstpraxis) wieder in das häusliche Umfeld entlassen werden kann (vgl. RWI, 2018). Gemäß § 75 Absatz 1b Satz 1 SGB V sind die KVen dazu verpflichtet, die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten zu erfüllen. Dies geschieht in der Regel durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. den ärztlichen Notdienst, welcher früher meist in einzelnen Praxen, mittlerweile aber zunehmend in zentralisierten Bereitschaftsdienstpraxen erfolgt, sowie einem Fahrdienst für medizinisch dringende Hausbesuche.

Grundsätzlich sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet, am ärztlichen Notdienst teilzunehmen. Nur in Ausnahmefällen ist eine Befreiung ganz oder teilweise möglich. In Bayern kann beispielsweise nur aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung, besonderer familiärer Pflichten, einer Schwangerschaft oder belegärztlicher Tätigkeit eine Befreiung beantragt werden (vgl. KVB, 2013). Für einzelne medizinische Fachrichtungen ist neben dem allgemeinen ärztlichen Notdienst auch ein fachärztlicher Notdienst eingerichtet. Entsprechend qualifizierte Fachärzte sind dabei zur Teilnahme verpflichtet und gleichzeitig vom allgemeinen Notdienst befreit.

Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst führt zu einer zunehmenden Belastung der diensthabenden Vertragsärzte. Dies begründet sich insbesondere in der Altersstruktur der Ärzte als auch einer als unattraktiv wahrgenommenen Vergütung dieser Pflichtaufgabe. Vor allem in ländlichen Regionen

führt dabei der Mangel an diensthabenden Ärzten dazu, dass die Belastung der verbleibenden Ärzte steigt. Eine Entschärfung der Lage ist schwierig zu erreichen, da der medizinische Nachwuchs die Arbeit auf dem Land aufgrund der hohen Dienstbelastung als zunehmend unattraktiv empfindet (vgl. Beivers und Dodt, 2014). Auf die Probleme der Besetzung des ärztlichen Notdienstes, welche sich aus strukturellen und demographischen Veränderungen ergeben, haben viele KVen reagiert und die Versorgungsbezirke räumlich neu strukturiert und vergrößert sowie teilweise eine Notdienstpflicht für alle Fachgruppen eingeführt (vgl. SVR, 2018). Die zunehmende Schwierigkeit, Vertragsarztsitze in strukturschwachen Regionen nachzubesetzen deutet jedoch auf eine weiterhin steigende Dienstbelastung niedergelassener Ärzte hin. Vor diesem Hintergrund gilt es Möglichkeiten auszuloten, inwieweit das IGZ perspektivisch an die Strukturen des vertragsärztlichen Notfalldienstes angebunden werden und diese unterstützen kann.

Während niedergelassene Ärzte durch den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bereits einer hohen Dienstbelastung unterliegen, würde sich diese durch die Tätigkeit im IGZ und der damit einhergehenden Rufbereitschaft weiter erhöhen. In der beispielhaften Fallstudie in Modul 3 stellen sechs Vertragsärzte sowohl die ambulante als auch die erweiterte ambulante Versorgung sicher. Diese Ärzte wechseln sich regelmäßig zur Rufbereitschaft außerhalb der Sprechzeiten ab. Vor diesem Hintergrund gilt es zu diskutieren, ob eine Befreiung der IGZ-Ärzte vom KV-Bereitschaftsdienst möglich wäre, um die gesamte Dienstbelastung dieser zu reduzieren und die Attraktivität der Tätigkeit im IGZ zu erhöhen. Dies würde jedoch zwangsläufig zu einer zusätzlichen Belastung der weiteren regionalen Vertragsärzte führen, welche nun auch die KV-Bereitschaftsdienste der IGZ-Kollegen übernehmen müssten.

Nach § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V sollen Krankenhäuser „entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden“. Diese Maßnahmen zielen auf eine effizientere Steuerung der Patientenströme, den Abbau von Doppelstrukturen, eine leistungsgerechte Vergütung sowie die Möglichkeit einer stärkeren Ambulantisierung der Leistungen (vgl. RWI, 2018). Durch die Angliederung der Bereitschaftsdienstpraxen an einen stationären Versorger besteht das Potential, fachliche und apparative Ressourcen gemeinsam zu nutzen und durch eine gemeinsame, sektorenübergreifend tätige Anmeldung Patienten bedarfsgerecht zu tragieren (vgl. Seeger et al., 2017).

Analog zu diesem Vorschlag besteht die grundsätzliche Möglichkeit der Angliederung einer KV-Bereitschaftsdienstpraxis an das IGZ. Nicht nur die Räumlichkeiten einer bestehenden Immobilie könnten so weiter ausgelastet werden, sondern es wird zusätzlich für den Patienten eine feste Anlaufstelle auch über die vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten hinaus geschaffen, ohne dies zwingend an ein geographisch möglicherweise wenig vorteilhaft liegendes Krankenhaus koppeln zu müssen. Die Frage, an welche Einrichtung die KV-Bereitschaftsdienstpraxis angegliedert werden sollte, gilt es unter Einbezug

regionaler Gegebenheiten abzuwägen und kann im vorliegenden Gutachten nicht abschließend geklärt werden.

Insgesamt erscheint die Dienstbelastung der Vertragsärzte sowohl im niedergelassenen Bereich als auch zur Erbringung der EAV als große Herausforderung. Hierbei sind der Gesetzgeber sowie die KVen gefordert, die aktuelle und zukünftige Situation zu prüfen und ggf. neue Strukturvorgaben zu schaffen.

5.7 Zusammenfassung Modul 5

Zusammenfassend bietet das IGZ das Potential, eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen. Zur erfolgreichen Implementierung dieses Modells in der Breite ist es jedoch notwendig, regulatorische Grundlagen weiterzuentwickeln und an die aktuellen Bedarfe anzupassen. Unerlässlich ist es dabei, die Bedarfsplanung zu reformieren, welche bisher streng nach Sektoren aufgeteilt ist und Sonderformen wie die der EAV nicht kennt. Die Möglichkeit der EAV führt zu einer Verschiebung der Leistungserbringung über Sektorengrenzen hinweg und erhöht dabei die Fallzahlen im ambulanten Sektor, was auch in der Finanzierung der Sektoren abzubilden ist. Auch müssen zur Sicherstellung einer permanenten ärztlichen Verfügbarkeit entsprechend weitere Vertragsarztsitze geschaffen werden. Um den Erfolg des IGZ langfristig zu sichern und eine flächendeckende Implementierung zu ermöglichen, gilt es weiterhin, ein gesetzlich verankertes Vergütungssystem für EAV-Leistungen sowie berufs- und haftungsrechtliche Rahmenbedingungen verbindlich festzulegen. Im Bereich der staatlichen Institutionen und Akteure sind beschleunigte Prüfungsverfahren zu Fördermittelrückzahlungen sowie stärkere Fördermöglichkeiten des IGZ durch Kommunen anzuraten. Auch die digitale Vernetzung mit Patienten und Kooperationspartnern birgt weiteres Erfolgspotential, für deren Realisierung allerdings die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen sind.

IV Fazit

Das IGZ stellt ein neuartiges Versorgungsmodell dar, welches unter Berücksichtigung der sich verändernden Bedarfe der ländlichen Bevölkerung eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellt. Auch wenn sich kleine und wenig spezialisierte Krankenhäuser zunehmend ökonomischen und qualitativen Herausforderungen gegenübersehen, ist eine ersatzlose Schließung in ländlichen Regionen häufig schwierig. Das Umwandelungspotential geeigneter Krankenhäuser in dieses neue Versorgungsmodell ist dabei auf rund 190 bzw. bei näherer Eingrenzung auf rund 75 Standorte zu beziffern.

Das IGZ ist im ambulanten Sektor verankert und sichert unter Einhaltung des Facharztstandards in seinem Kern die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten. Neben der klassisch ambulanten Versorgung werden dabei in einer bettenführenden Einheit auch Leistungen der erweiterten ambulanten Versorgung (EAV) erbracht, deren Patienten keiner akutstationären Krankenhausstrukturen, jedoch einer kontinuierlichen Überwachung und Pflege bedürfen. Während dabei qualifiziertes Pflegepersonal rund um die Uhr verfügbar ist, stehen Ärzte außerhalb der Sprechzeiten, an Wochenenden und Feiertagen über Rufbereitschaft zur Verfügung.

Im Rahmen einer Fallstudie wurde konkret der Umwandlungsprozess eines 100-Betten-Krankenhausstandorts in ein IGZ dargestellt, welcher mindestens 1,5 Jahre in Anspruch nimmt. Das neue Versorgungsmodell weist dabei in Bezug auf die Prozessstruktur, die interne Organisation sowie die Gesellschaftsstruktur große Analogien zum MVZ auf. Können alle relevanten Stakeholder (Bevölkerung, Kostenträger, Politik, Ärzteschaft und medizinisches Personal) von diesem Modell überzeugt werden, ist auch unter den bestehenden Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens der erfolgreiche Betrieb eines IGZ aus ökonomischer Perspektive durchaus möglich. Dies wird im vorliegenden Gutachten durch einen konkreten Business-Case über einen Zeithorizont von fünf Jahren untermauert.

Aufgrund der intersektoralen Leistungsverchiebung sind Tätigkeiten im Rahmen der EAV vorübergehend über IV-Verträge zu vergüten, welche jedoch einer hohen Planungsunsicherheit unterliegen. Dementsprechend scheint es notwendig, für die EAV ein angemessenes Format innerhalb des etablierten kollektivvertraglich abgesicherten Vergütungssystems zu finden. In der Planungsphase stellt die Abhängigkeit vom Zulassungsausschuss einen weiteren gravierenden Unsicherheitsfaktor dar, den es zu adressieren gilt.

Unbeschadet dessen weist das IGZ ein enormes Potential für ländliche (und ggf. auch urbane) Regionen auf. Es kann ein wohnortnahes Versorgungsangebot schaffen, welches sich unter Wahrung des Fach-

arztstandards an den Bedarfen der Bevölkerung ausrichtet und neben medizinischen auch soziodemographische Indikationen berücksichtigt. Auch vor dem Hintergrund des im Gesundheitswesen besonders gravierenden Fachkräftemangels leistet das IGZ einen wertvollen Beitrag. Während das ärztliche Personal von den Vorteilen einer kooperativen Leistungserbringung profitiert, unterliegt das Pflegepersonal einer geringeren Arbeitsbelastung als in stationären Strukturen. So kann das IGZ die Attraktivität der medizinischen Leistungserbringung in ländlichen Regionen erhöhen und das Entstehen von Versorgungslücken verhindern. Ein ökonomisch tragfähiges Geschäftsmodell stellt gleichzeitig dauerhaft die Versorgung vor Ort sicher und kann zur deutlichen finanziellen Entlastung der häufig kommunalen Krankenhausträger beitragen.

Zusammenfassend leistet dieses Gutachten neben der Identifizierung und Quantifizierung von Potentialen struktureller Veränderungen im stationären Sektor auch die Konzeptualisierung und Operationalisierung eines neuen, tragfähigen Leistungsangebots. Auch wenn ein IGZ bereits unter derzeitigen Rahmenbedingungen umsetzbar ist, müssen für eine flächendeckende Implementierung diverse – auch gesetzliche – Rahmenbedingungen geändert werden. Das IGZ bietet dann eine konkrete Perspektive, um die medizinische Grundversorgung in ländlichen Regionen langfristig und auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern.

V Anhang

Anhang A: Meilensteinplanung zur Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ

Tabelle 10: Meilensteinplanung zur Umwandlung der Krankenhausimmobilie im laufenden Betrieb

Modul	Verbalisierung	Gesamtzeit	Start	Ende optimal
PHASE I - PLANUNG				
M1	Interessenanalyse I	Σ 3 Monate	01.06.2018	15.08.2018
	Festlegung Projektteam	0,5 Monate	01.06.2018	15.06.2018
	Kontaktaufnahme durch/mit potentiellen IGZ-Betreiber/n, Ausschreibung	0,5 Monate	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung der Beteiligten liegt vor	2 Monate	15.06.2018	15.08.2018
M2	Finanzielle Projektplanung I	Σ 3,5 Monate	15.06.2018	30.09.2018
	Budgetplanung und Mittelverfügbarkeit (Gespräche mit Kreditgebern/-institute)	2,5 Monate	15.06.2018	31.08.2018
	Vorbereitung/Verhandlung zu Gesellschaftsumwandlung oder Neugründung nach Liquidation	2 Monat	30.06.2018	31.08.2018
	Angebotsvorlage/- abschluss bei Eigentümer (Gesellschaftsumwandlung oder Gebäudekauf nach Liquidation)	2 Monate	01.08.2018	30.09.2018
M3	Interessenanalyse II	Σ 2 Monate	01.06.2018	31.07.2018
	Vorbereitung Kontaktaufnahme mit Gesundheitsministerium und Finanzministerium	0,5 Monat	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung der Ministerien liegt vor	1,5 Monate	15.06.2018	31.07.2018
	Vorbereitung/Kontaktaufnahme mit Kommunalregierung	0,5 Monat	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung der Kommunalregierung liegt vor	1,5 Monate	15.06.2018	31.07.2018
	Vorbereitung/Kontaktaufnahme mit Sozialversicherungsträgern	0,5 Monat	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung der Sozialversicherungsträger liegt vor	1,5 Monate	15.06.2018	31.07.2018
M4	Marktanalyse	Σ 1 Monat	15.06.2018	30.06.2018
	Analyse des Versorgungsgrades auf KV-Sitz-Ebene und mögliche Ermächtigungen	1 Monat	15.06.2018	30.06.2018
M5	Interessenanalyse III	Σ 2,5 Monate	01.06.2018	31.07.2018
	Vorbereitung/Kontaktaufnahme mit KV-Sitz-Inhabern	0,5 Monat	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung seitens der KV-Sitz-Inhaber vorhanden	1 Monat	15.06.2018	15.07.2018
	Verhandlung/Auswahl der KV-Sitz-Inhaber	1,5 Monate	01.07.2018	31.07.2018
	Austausch zu KV-Sitz-Übernahme Möglichkeit/Timing	1 Monat	15.07.2018	31.07.2018
	Vorbereitung/Antrag auf Zulassung KV-Ausschuss	1,5 Monate	15.06.2018	31.07.2018
	Zusage der KV über Zustimmung zum Projekt			31.07.2018
PHASE II - OPERATIONALISIERUNG				
M6	Abwicklungsplanung	Σ 5 Monate	01.08.2018	31.12.2018
	Staffelplanung der Stationsschließungen/-zentralisierung	3 Monate	01.08.2018	31.10.2018
	Ausschreibung Kostenvorschläge für Stationsräumungen	2 Monate	01.09.2018	31.10.2018
	Prüfung des Personalbestandes (reduzierbare Stellen, Kündigungsfristen)	3 Monate	01.08.2018	31.10.2018
	Prüfung des Bestandes an Medizintechnik (zukünftig irrelevante Geräte)	3 Monate	01.08.2018	31.10.2018
	Inventur (Stationen, OP, Verwaltung, Technik, Zentral- und Stationslager)	3 Monate	01.08.2018	31.10.2018
	Kalkulation des umzuverteilenden Versorgungsbedarfs	1 Monat	01.10.2018	31.10.2018
	Kalkulation zu verlegender Patienten	1 Monat	01.10.2018	31.10.2018
	Identifikation und Desinvestitionen in umwandlungsirrelevante Einheiten	2 Monate	01.09.2018	31.10.2019
M7	Kontraktive Projektplanung	Σ 12 Monate	01.07.2018	30.06.2019
	Antrag auf schrittweise Anpassung des Versorgungsauftrages bei Gesundheitsministerium	5 Monate	01.08.2018	31.12.2018
	Vorbereitung/mehrstufige Verhandlung mit Krankenkasse über IV-Verträge	4 Monate	01.10.2018	31.01.2019
	Einleitung/Durchführung Baulandplanungsverfahren bei Gemeinde	12 Monate	01.07.2018	30.06.2019
M8	Finanzielle Projektplanung II	Σ 6 Monate	01.08.2018	31.01.2019
	Begutachtung der Bausubstanz durch externe Stelle	1,5 Monate	01.08.2018	15.09.2018
	Planung Stationsumwandlungen/Umbauplanung	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Ausschreibung Kostenvorschläge für Stationsumbau	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Vertragsschluss mit Bauplanungs-/Renovierungsunternehmen	2 Monate	01.12.2018	31.01.2019
M9	Öffentlichkeitsmanagement I	Σ 3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Vorbereitung/Durchführung Pressetagung/-mitteilung zu IGZ-Eröffnung	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Vorbereitung/Einladung Informationstag für Einweiser	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Vorbereitung Bürgersitzung/-informationstag in Kooperation mit kommunalen Vertretern	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10: Meilensteinplanung zur Umwandlung der Krankenhausimmobilie im laufenden Betrieb

Modul	Verbalisierung	Gesamtzeit	Start	Ende optimal
PHASE III - UMSETZUNG				
M10	Schrittweise Kündigung/Umwandlung bestehender Verträge	Σ 6 Monate	01.01.2019	30.06.2019
M11	Personal	Σ 6 Monate	01.09.2018	28.02.2019
	Vorbereitung/Information des Betriebsrates über Betriebsänderung	2 Monate	01.09.2018	31.10.2018
	Verhandlung mit Betriebsrat über Interessenausgleich	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Verhandlung mit Betriebsrat über Sozialplan	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Planung/Durchführung der Sozialauswahl	1 Monat	01.11.2018	30.11.2018
	Verhandlungen über Umverteilung betroffener Auszubildende	2 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Antrag auf Zustimmung des Integrationsamtes	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Antrag auf Zustimmung der Arbeitsschutzbehörde	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Vorbereitung/Durchführung Mitarbeiterveranstaltung	2 Monate	01.11.2018	31.12.2018
	Ausstellung ordentlicher, betriebsbedingter Kündigungen	1 Monat	01.01.2019	31.01.2019
	Angebotsvorlage zur Abfindungen	2 Monate	01.01.2019	28.02.2019
M12	Öffentlichkeitsmanagement I	Σ 6 Monate	01.07.2018	31.12.2018
	Initiierung/Planung Projekt Öffentlichkeitsmanagement/Öffentlichkeitsstrategie			01.07.2018
	Vorbereitung/Durchführung Pressetagung/-mitteilung zur Umwandlung	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Einladung/Informationstag für Einweiser	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Bürgersitzung/-informationstag in Kooperation mit kommunalen Vertretern	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
PHASE IV - UMWANDLUNG				
M13	Entlassmanagement	Σ 12 Monate	01.01.2019	31.12.2019
	Patientenmanagement: Case-/Überleitungsmanagement	12 Monate	01.01.2019	31.12.2019
	Patientenentlassung	1,5 Monat	01.01.2019	31.12.2019
	Patientenverlegung in andere Standorte	2 Monate	01.01.2019	31.12.2019
M14	Stationsräumung	Σ 12 Monate	01.01.2019	31.12.2019
	Rückführung Leasing-Geräte	12 Monate	01.01.2019	31.12.2019
	Verkauf/Abtransport Stationsinventar	12 Monate	01.01.2019	31.12.2019
M15	Renovierung/Umbau der Stationsräumlichkeiten	Σ 12 Monate	01.01.2019	31.12.2019
	Verwahrung und Lagerung der Patientenakten durch ehem. Betreiber	3 Monat	01.10.2019	31.12.2019
PHASE V - AUFBAU				
M16	Abschluss Baulandplanungsverfahren			30.06.2019
M17	Zulassung durch KV-Ausschuss			31.07.2019
M18	Abschluss IV-Vertrag			30.06.2019
	Öffentlichkeitsmanagement II	Σ 11 Monate	01.01.2019	31.01.2020
	Öffentlichkeitsbegleitung während Baulandplanungsverfahren	6 Monate	01.01.2019	30.06.2019
	Marketingmanagement/Werbungs-offensive	10 Monate	01.04.2019	31.01.2020
M19	Personalgewinnung	Σ 14 Monate	01.11.2018	31.12.2019
	Vorbereitung/Angebotsvorlage zur Weiterbeschäftigung	3 Monate	01.11.2018	31.01.2019
	Angebotsunterzeichnung zur Weiterbeschäftigung	3 Monate	01.01.2019	31.03.2019
	Stellenausschreibung bei einschlägigen Plattformen/Agentur für Arbeit	9 Monate	01.04.2019	31.12.2019
	Auswahl von nicht-ärztlichem Neupersonal	6 Monate	01.07.2019	31.12.2019
	Einstellung von nicht-ärztlichem Neupersonal	4 Monate	01.09.2018	31.12.2019
	Anwerbung von Ärzten in Anstellung/Headhunting	12 Monate	01.01.2019	31.12.2019
	Auswahl/Verhandlung/Einstellung Ärzten in Anstellung	9 Monate	01.04.2019	31.12.2019
M20	Einrichtung	Σ 6 Monate	01.06.2019	31.12.2019
	Auswahl/Bestellung/Aufbau Praxen-/Stationseinrichtung	6 Monate	01.06.2019	31.12.2019
	Auswahl/Bestellung fehlender Medizintechnik	6 Monate	01.06.2019	31.12.2019
	Auswahl/Bestellung Medizinischer Bedarf	6 Monate	01.06.2019	31.12.2019
M21	Neuabschluss Versorgungs- und Wartungsverträge	Σ 6 Monate	01.06.2019	31.12.2019
PHASE VI - BETRIEB DES IGZ				

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 11: Meilensteinplanung zur Einrichtung des IGZ in einer neuen Immobilie

Modul	Verbalisierung	Gesamtzeit	Start	Ende optimal
PHASE I - PLANUNG				
M1	Interessenanalyse I	Σ 2,5 Monate	01.06.2018	15.08.2018
	Kontaktaufnahme durch/mit potentiellen IGZ-Betreiber/n	0,5 Monate	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung der Beteiligten liegt vor	2 Monate	15.06.2018	15.08.2018
M2	Finanzielle Projektplanung	Σ 3 Monate	01.07.2018	30.09.2018
	Budgetplanung und Mittelverfügbarkeit (Gespräche mit Kreditgebern/-instituten)	3 Monate	15.06.2018	31.08.2018
	Prüfung auf Fördermittelrückzahlungsverpflichtungen (Investitionsfördermittel)	3 Monate	15.06.2018	30.09.2018
	Aufstellung Abwicklungskosten (Verlegung, Räumung, Abfindungen, Erlöse aus Inventarliquidation)	3 Monate	01.07.2018	30.09.2018
	Vorbereitung/Verhandlung mit Krankenkasse über Schließungskosten §15 KHG	3 Monate	01.07.2018	30.09.2018
M3	Interessenanalyse II	Σ 2 Monate	01.06.2018	31.07.2018
	Kontaktaufnahme mit Gesundheitsministerium und Finanzministerium	0,5 Monat	01.06.2018	15.06.2018
	Grundsätzliches Interesse/Zustimmung der Ministerien zur Schließung liegt vor	1,5 Monate	15.06.2018	31.07.2018
	Kontaktaufnahme mit Kommunalregierung	0,5 Monat	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung der Kommunalregierung liegt vor	1,5 Monate	15.06.2018	31.07.2018
	Vorbereitung/Kontaktaufnahme mit Sozialversicherungsträgern	0,5 Monat	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung der Sozialversicherungsträger liegt vor	1,5 Monate	15.06.2018	31.07.2018
M4	Marktanalyse	Σ 1 Monat	15.06.2018	15.07.2018
	Analyse des Versorgungsgrades auf KV-Sitz-Ebene und mögliche Ermächtigungen	1 Monat	15.06.2018	15.07.2018
M5	Interessenanalyse III	Σ 2,5 Monate	01.06.2018	15.08.2018
	Vorbereitung/Kontaktaufnahme mit KV-Sitz-Inhabern	0,5 Monat	01.06.2018	15.06.2018
	Interesse/Zustimmung seitens der KV-Sitz-Inhaber vorhanden	1 Monat	15.06.2018	15.07.2018
	Verhandlung/Auswahl der KV-Sitz-Inhaber	1,5 Monate	01.07.2018	15.08.2018
	Austausch zu KV-Sitz-Übernahme Möglichkeit/Timing	1 Monat	15.07.2018	15.08.2018
	Vorbereitung/Antrag auf Zulassung KV-Ausschuss	1,5 Monate	15.06.2018	31.07.2018
	Zusage der KV über Zustimmung zum Projekt			31.08.2018
PHASE II - OPERATIONALISIERUNG				
M6	Abwicklungsplanung	Σ 10 Monate	01.10.2018	31.07.2019
	Prüfung des Personalbestandes (reduzierbare Stellen, Kündigungsfristen)	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Prüfung des Bestandes an Medizintechnik (zukünftig irrelevante Geräte)	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Inventur (Stationen, OP, Verwaltung, Technik, Zentral- und Stationslager)	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Staffelplanung der Stationsschließungen/-zentralisierung	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Ausschreibung Kostenvoranschläge für Objekträumung	3 Monate	01.01.2019	31.03.2019
	Identifikation und Desinvestitionen in umwandlungsirrelevante Einheiten	2 Monate	01.11.2018	31.12.2018
	Kalkulation zu verlegender Patienten zum Stichtag	2 Monate	01.11.2018	31.12.2018
	Ausschreibung Kostenvoranschläge für Patiententransporte	3 Monate	01.03.2019	30.06.2019
	Vereinbarung zur Bereitstellung von Patiententransportkapazitäten	1 Monat	01.07.2019	31.07.2019
M7	Kontraktive Projektplanung	Σ 7 Monate	01.07.2018	31.01.2019
	Antrag auf Anpassung des Versorgungsauftrages bei Gesundheitsministerium	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Vorbereitung/mehrstufige Verhandlung mit Krankenkasse über IV-Verträge	4 Monate	01.10.2018	31.01.2019
	Vorbereitung/Bauantrag bei Gemeinde	6 Monate	01.07.2018	31.12.2018
	Ausschreibung der baulichen Maßnahmen	3 Monate	01.07.2018	30.09.2018
	Prüfung Kostenvoranschläge	1,5 Monate	01.09.2018	15.10.2018
	Vertragsschluss mit Bauplanungs-/Renovierungsunternehmen	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
M8	Öffentlichkeitsmanagement	Σ 17 Monate	01.10.2018	01.03.2020
	Vorbereitung/Durchführung Pressetagung/-mitteilung zu IGZ-Eröffnung	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Vorbereitung/Einladung Informationstag für Einweiser	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Vorbereitung Bürgersitzung/-informationstag in Kooperation mit kommunalen Vertretern	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Werbemaßnahmen/Information zu Neueröffnung und Leistungsangebot	8 Monate	01.07.2019	28.02.2020

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 11: Meilensteinplanung zur Einrichtung des IGZ in einer neuen Immobilie

Modul	Verbalisierung	Gesamtzeit	Start	Ende optimal
PHASE III - UMSETZUNG				
M9	Kündigung bestehender Verträge (zu Stichtag)	Σ 6 Monate	01.01.2019	30.06.2019
M10	Personal	Σ 6 Monate	01.10.2018	31.03.2019
	Vorbereitung/Information des Betriebsrates über Betriebsänderung (-schließung)	3 Monate	01.09.2018	30.11.2018
	Verhandlung mit Betriebsrat über Interessenausgleich	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Verhandlung mit Betriebsrat über Sozialplan	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Planung/Durchführung der Sozialauswahl	1 Monat	01.11.2018	30.11.2018
	Verhandlungen über Umverteilung derzeitiger Ausbildungsverhältnisse	2 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Antrag auf Zustimmung des Integrationsamtes	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Antrag auf Zustimmung der Arbeitsschutzbehörde	2 Monate	01.10.2018	30.11.2018
	Vorbereitung/Durchführung Mitarbeiterveranstaltung	2 Monate	01.11.2018	31.12.2018
	Ausstellung ordentlicher, betriebsbedingter Kündigungen	1 Monat	01.01.2019	31.01.2019
	Angebotsvorlage zur Abfindungen	2 Monate	01.01.2019	28.02.2019
M11	Öffentlichkeitsmanagement	Σ 18 Monate	01.07.2018	31.12.2019
	Initiierung/Planung Projekt Öffentlichkeitsmanagement/Öffentlichkeitsstrategie	18 Monate	01.07.2018	31.12.2019
	Vorbereitung/Durchführung Pressetagung/-mitteilung zu Schließung	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Einladung/Informationstag für Einweiser	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Bürgersitzung/-informationstag in Kooperation mit kommunalen Vertretern	3 Monate	01.10.2018	31.12.2018
	Öffentliche Ankündigung des Aufnahmestopps			31.01.2019
	Öffentliche Ankündigung/Stichtag der Betriebsstillgung			31.01.2019
PHASE IV - SCHLIEßUNG				
M12	Entlassmanagement	Σ 6 Monate	01.07.2019	31.12.2019
	Patientenmanagement: Case-/Überleitungsmanagement	6 Monate	01.07.2019	31.12.2019
	Patientenentlassung	1 Monat	01.12.2019	31.12.2019
	Patientenverlegung in andere Standorte	2 Monate	01.11.2019	31.12.2019
M13	Objekträumung	Σ 6 Monate	01.01.2020	31.01.2020
	Rückführung Leasing-Geräte	0,25 Monat	01.01.2020	07.01.2020
	Verkauf/Abtransport Stationsinventar	0,5 Monat	01.01.2020	15.01.2020
	Verwahrung und Lagerung der Patientenakten durch ehem. Betreiber	1 Monat	01.01.2020	31.01.2020
M14	Objektschluss			31.12.2019
M15	Objektsicherung			01.01.2020
PHASE V - AUFBAU				
M16	Neubauphase	Σ 12 Monate	01.01.2019	31.12.2019
M17	Zulassung durch KV-Ausschuss			01.07.2019
M18	Abschluss IV-Vertrag	Σ 2 Monate	01.02.2019	30.04.2019
M19	Personalgewinnung	Σ 12 Monate	30.11.2018	31.12.2019
M20	Einrichtung	Σ 4 Monate	01.09.2019	31.12.2019
	Auswahl/Bestellung/Aufbau Praxen-/Stationseinrichtung	4 Monate	01.09.2019	31.12.2019
	Auswahl/Bestellung/Reaktivierung Medizintechnik	3 Monate	01.10.2019	31.12.2019
	Auswahl/Bestellung Medizinischer Bedarf	2 Monate	01.10.2019	30.11.2019
M21	Neuabschluss Versorgungs- und Wartungsverträge	Σ 6 Monate	01.07.2019	31.12.2019
PHASE VI - BETRIEB DES IGZ				

Quelle: Eigene Darstellung

Anhang B: Zentrale Annahmen der Fallstudie

Tabelle 12: Leistung und Erlöseffekte des IGZ

Leistung ambulante Praxis IGZ	2020 PLAN	2021 PLAN	2022 PLAN	2023 PLAN	2024 PLAN
Anzahl KV-Sitze	6	6	6	6	6
davon Hausarzt (FA für Allgemeinmedizin oder hausärztlicher Internist)	3	3	3	3	3
davon FA Innere Med. (Gastroenterologie/ Kardiologie/...)	2	2	2	2	2
davon in der erweiterten ambulanten Versorgung	1	1	1	1	1
Fallzahlen [pro Jahr und pro Arzt]	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500
davon Anteile der Privat-Versicherten	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Weiterbildungsförderung	4.800,00 €	4.800,00 €	4.800,00 €	4.800,00 €	4.800,00 €

Leistung bettenführende Einheit	2020 PLAN	2021 PLAN	2022 PLAN	2023 PLAN	2024 PLAN
Bettenanzahl IGZ	15	15	15	15	15
Zielauslastung der Betten IGZ	75,0%	76,1%	77,3%	78,4%	79,6%
Verweildauer [in Tagen]	4	4	4	4	4
Fallzahlen	1.027	1.042	1.058	1.073	1.090
Veränderung Fälle		1,50%	1,50%	1,50%	1,50%
Belegungstage (BLT)	4.106	4.168	4.230	4.294	4.358

Allgemein Erlöseffekte	2020 PLAN	2021 PLAN	2022 PLAN	2023 PLAN	2024 PLAN
Fallwert [pro Quartal]					
GKV-Patient (Kassenärztlicher Fall) hausärztlich	66,45 €	67,45 €	68,46 €	69,49 €	70,53 €
GKV-Patient (Kassenärztlicher Fall) internistisch ohne Schwerpunkt	84,02 €	85,28 €	86,56 €	87,86 €	89,18 €
PKV-Patient	140,00 €	140,00 €	140,00 €	140,00 €	140,00 €
Veränderung Fallwert (GKV)		1,50%	1,50%	1,50%	1,50%
Veränderung Fallwert (PKV)		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Anteil Patienten mit Wahlleistung Unterkunft	5%	5%	5%	5%	5%
Wahlleistungen Unterkunft (Ø Erlös pro BLT)	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €
Selbstzahlerleistungen					
Anteil an KV-Erlösen	5%	5%	5%	5%	5%

Szenario (1) nach stationärer Reha					
Tagessatz med. Leistungen EAV	38,00 €	38,57 €	39,15 €	39,74 €	40,33 €
Tagessatz Pflege EAV	52,00 €	52,78 €	53,57 €	54,38 €	55,19 €
Tagessatz Unterkunft + Verpflegung EAV	80,00 €	81,20 €	82,42 €	83,65 €	84,91 €
Veränderung Vergütungshöhe EAV	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%
Szenario (2) nach DRG					
Bundesbasisfallwert (InEK, 2018)	3467,3				
durchschnittl. Fallschwere	0,62				
Anteil der DRG für die Behandlung im IGZ	70%	70%	70%	70%	70%
Fallpauschale	1.527,38 €	1.550,29 €	1.573,55 €	1.597,15 €	1.621,11 €
Veränderung Fallpauschale EAV	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 13: Personalisierung und Personalkosten des IGT

Personalisierung (in VK)	2020 PLAN	2021 PLAN	2022 PLAN	2023 PLAN	2024 PLAN
Ärzte					
Fachärzte	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
<i>davon in der klassischen ambulanten Versorgung</i>	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
<i>davon in der erweiterten ambulanten Versorgung</i>	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Weiterbildungsassistenten	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Pflege					
Pflegekräfte	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
Pflegehilfskräfte	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Medizinisch-Technischer Dienst					
Medizinische Fachangestellte	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5
Sonstiges nicht-medizinisches Personal					
Geschäftsführung	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
MFA (Abrechnung)	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Technischer Dienst	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Sonstiges Personal					
<i>davon Auszubildende MFA</i>	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0

Personalkosten	2020 PLAN	2021 PLAN	2022 PLAN	2023 PLAN	2024 PLAN
Ärzte					
ÄD Grundgehalt Facharzt	153.722,12 €	157.872,62 €	162.135,18 €	166.512,83 €	171.008,67 €
ÄD Grundgehalt Weiterbildungsassistent	69.696,00 €	71.577,79 €	73.510,39 €	75.495,17 €	77.533,54 €
ÄD Grundgehälter Summe	1.005.967,91 €	1.033.129,05 €	1.061.023,53 €	1.089.671,17 €	1.119.092,29 €
Pflege					
PD Grundgehalt	50.000,00 €	51.175,00 €	52.377,61 €	53.608,49 €	54.868,29 €
PHD Grundgehalt	40.000,00 €	40.940,00 €	41.902,09 €	42.886,79 €	43.894,63 €
PD Grundgehälter Summe	560.000,00 €	573.160,00 €	586.629,26 €	600.415,05 €	614.524,80 €
Medizinisch-technischer Dienst/ Funktionsdienst					
MFA Grundgehalt	38.000,00 €	38.893,00 €	39.806,99 €	40.742,45 €	41.699,90 €
MTD Grundgehälter Summe	323.000,00 €	330.590,50 €	338.359,38 €	346.310,82 €	354.449,13 €
Weiteres Personal					
Geschäftsführer	40.000,00 €	40.940,00 €	41.902,09 €	42.886,79 €	43.894,63 €
MFA Abrechnung	38.000,00 €	38.893,00 €	39.806,99 €	40.742,45 €	41.699,90 €
VerwD Grundgehälter Summe	116.000,00 €	118.726,00 €	121.516,06 €	124.371,69 €	127.294,42 €
WVD Grundgehalt	35.000,00 €	35.822,50 €	36.664,33 €	37.525,94 €	38.407,80 €
WVD Grundgehälter Summe	52.500,00 €	53.733,75 €	54.996,49 €	56.288,91 €	57.611,70 €
TD Grundgehalt	50.833,00 €	52.027,58 €	53.250,22 €	54.501,60 €	55.782,39 €
TD Grundgehälter Summe	25.416,50 €	26.013,79 €	26.625,11 €	27.250,80 €	27.891,20 €
Sonst. Personal Grundgehalt	10.744,80 €	10.997,30 €	11.255,74 €	11.520,25 €	11.790,98 €
Sonst. Personal Grundgehälter Summe	21.489,60 €	21.994,61 €	22.511,48 €	23.040,50 €	23.581,95 €
Steigerungsraten					
Lohnsteigerung ÄD Jährlich	2,70%	2,70%	2,70%	2,70%	2,70%
Lohnsteigerung Sonstige Jährlich	2,35%	2,35%	2,35%	2,35%	2,35%

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 14: Weitere Aufwendungen und Investitionen des IGZ

Material und bezogene Leistungen	2020 PLAN	2021 PLAN	2022 PLAN	2023 PLAN	2024 PLAN
Aufwand Lebensmittel (€ / BLT)	13,50 €	13,75 €	14,01 €	14,27 €	14,54 €
Aufwand Med. Sachbedarf (€/ BLT) EAV	8,20 €	8,32 €	8,45 €	8,57 €	8,70 €
Aufwand Med. Sachbedarf (€/ Fall) Praxis	1,25 €	1,27 €	1,29 €	1,31 €	1,33 €
Aufwand Leasing bewegl. Med. Geräte	7.200,00 €	7.308,00 €	7.417,62 €	7.528,88 €	7.641,82 €
Gebäudefläche	940	940	940	940	940
Wasser, Energie, Brennstoffe	52.900 €	53.323,20 €	53.749,79 €	54.179,78 €	54.613,22 €
Aufwand Reinigung (€/ qm)	67,50 €	68,11 €	68,72 €	69,34 €	69,96 €
Aufwand Wirtschaftsbedarf (€ / Fall)	0,50 €	0,50 €	0,51 €	0,51 €	0,52 €
Aufwand Wirtschaftsbedarf (€ / BLT)	1,50 €	1,51 €	1,53 €	1,54 €	1,55 €
Wäsche (€ / BLT)	5,00 €	5,05 €	5,09 €	5,14 €	5,18 €
Sonstige betriebliche Aufwendungen					
Verwaltungsbedarf (% vom Umsatz)	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
KV Verwaltungskosten pro KV-Sitz	6.500 €	6.598 €	6.696 €	6.797 €	6.899 €
Instandhaltung Praxis	8.000 €	8.000 €	8.000 €	8.000 €	8.000 €
Wartung und Instandhaltung Medizintechnik	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
IT / PVS	32.000 €	32.000 €	32.000 €	32.000 €	32.000 €
Abgaben und Versicherungen (% vom Umsatz)	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
Sonstige ordentliche und übrige Aufwendungen	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Miete (m²/ Jahr)	144 €	146 €	148 €	150 €	152 €
Steigerungsraten	2020	2021	2022	2023	2024
Medizinischer Bedarf	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%
Wasser, Energie, Brennstoffe	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%
Lebensmittel	1,87%	1,87%	1,87%	1,87%	1,87%
Sonstige Aufwendungen / Erträge	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%
Instandhaltungen	2,37%	2,37%	2,37%	2,37%	2,37%
Abgaben und Versicherungen	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
Miete	1,35%	1,35%	1,35%	1,35%	1,35%

Investitionen	Afa-Dauer in Jahren			
Praxiskaufpreise	4			
Laufende Investitionen	5			
Anschubfinanzierung Praxen	8	Investition bei Praxis-übernahme	46.754,86 €	Gewichtungs-faktor
Anschubfinanzierung EAV	12			2,45

Quelle: Eigene Darstellung

Anhang C: Gewinn- und Verlustrechnung der Fallstudie

Tabelle 15: Erträge aus Gewinn- und Verlustrechnung; Szenario (1): Vergütungshöhe der EAV-Leistungen in Anlehnung an stationäre Rehabilitation

Position	Bezeichnung	PLAN Berechnungsmethodik	2020	2021	2020	2023	2024	
			PLAN	PLAN	PLAN	PLAN	PLAN	
	1.1	ambulante Erlöse KV	Fallzahl x Fallwert	1.285.897	1.305.185	1.324.763	1.344.635	1.364.804
	1.2	ambulante Erlöse PKV	Fallzahl x Fallwert PKV	122.500	122.500	122.500	122.500	122.500
	1.3	Erlöse aus Selbstzahlerleistungen	Fallzahl x Fallwert Selbstzahlerleistungen x Anteil	64.295	65.259	66.238	67.232	68.240
1	1	Erlöse aus ambulanten Leistungen	Summe	1.472.692	1.492.945	1.513.501	1.534.366	1.555.544
2	2	Erlöse aus EAV IGZ	Summe	698.063	719.161	740.898	763.292	786.362
3	3	Erlöse aus Walleistungen	Summe	20.531	20.839	21.152	21.469	21.791
	4.1	Weiterbildungsförderung		57.600	57.600	57.600	57.600	57.600
4	4	Weiterbildungsförderung		57.600	57.600	57.600	57.600	57.600
	5.1	Erlöse aus periodenfremden Erträgen	PLAN-Wert ist gleich null	0	0	0	0	0
5	5	Sonstige betriebliche Erträge	Summe	0	0	0	0	0
		Betriebliche Erträge		2.248.885	2.290.545	2.333.151	2.376.727	2.421.298

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 16: Zusammengefasste Gewinn- und Verlustrechnung; Szenario (2): Vergütungshöhe der EAV-Leistungen in Anlehnung an DRGs

Position		Bezeichnung	2020	2021	2022	2023	2024
			PLAN	PLAN	PLAN	PLAN	PLAN
1	1	Erlöse aus ambulanten Leistungen	1.472.692	1.492.945	1.513.501	1.534.366	1.555.544
2	2	Erlöse aus EAV IGZ	1.567.951	1.615.343	1.664.166	1.714.466	1.766.286
3	3	Erlöse aus Wahlleistungen	20.531	20.839	21.152	21.469	21.791
4	4	Weiterbildungsförderung	57.600	57.600	57.600	57.600	57.600
5	5	Sonstige betriebliche Erträge	0	0	0	0	0
		Betriebliche Erträge	3.118.774	3.186.726	3.256.419	3.327.901	3.401.221
6	6	Personalaufwand	-2.104.374	-2.157.348	-2.211.661	-2.267.349	-2.324.445
7a	7a	Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	-184.915	-188.875	-192.943	-197.122	-201.417
7b	7b	Aufwendungen für bezogene Leistungen	-83.981	-85.048	-86.131	-87.233	-88.351
7	7	Materialaufwand	-268.896	-273.922	-279.074	-284.355	-289.769
8	8	Sonstige betriebliche Aufwendungen	-201.305	-204.165	-207.094	-210.092	-213.163
		Betriebliche Aufwendungen	-2.574.575	-2.635.435	-2.697.829	-2.761.796	-2.827.377
		EBITDAR	544.200	551.291	558.590	566.105	573.844
9	9	Miete	-135.360	-137.184	-139.033	-140.907	-142.806
		EBITDA	408.840	414.107	419.557	425.198	431.038
10	10	Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens	0	0	0	0	0
11	11	Abschreibungen auf Sachanlagen (Praxis)	-14.316	-17.255	-20.194	-23.134	-26.073
12	12	Abschreibungen auf Sachanlagen (EAV)	-15.000	-15.000	-15.000	-15.000	-15.000
		Investitionsergebnis	-29.316	-32.255	-35.194	-38.134	-41.073
		EBIT	379.524	381.852	384.363	387.064	389.965
		Finanzergebnis	0	0	0	0	0
		Außerordentliches Ergebnis	0	0	0	0	0
		Ergebnis vor Steuern	379.524	381.852	384.363	387.064	389.965

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 17: Vollständige Gewinn- und Verlustrechnung; Szenario (2): Vergütungshöhe der EAV-Leistungen in Anlehnung an DRGs

Position	Bezeichnung	PLAN Berechnungsmethodik	2020	2021	2022	2023	2024
			PLAN	PLAN	PLAN	PLAN	PLAN
	1.1 ambulante Erlöse GKV	Fallzahl x Fallwert KV	1.285.897	1.305.185	1.324.763	1.344.635	1.364.804
	1.2 ambulante Erlöse PKV	Fallzahl x Fallwert PKV	122.500	122.500	122.500	122.500	122.500
	1.3 Erlöse aus Selbstzahlerleistungen	Fallzahl x Fallwert Selbstzahlerleistungen x Anteil Selbstzahlerleistungen	64.295	65.259	66.238	67.232	68.240
1	1 Erlöse aus ambulanten Leistungen	Summe	1.472.692	1.492.945	1.513.501	1.534.366	1.555.544
	2.1 Erlöse aus EAV IGZ	Fallpauschale	1.567.951	1.615.343	1.664.166	1.714.466	1.766.286
2	2 Erlöse aus EAV IGZ	Summe	1.567.951	1.615.343	1.664.166	1.714.466	1.766.286
	3.1 Wahlleistungen Unterkunft	Anteil Wahlleistungsfälle x Belegtage x Unterkunftspreis (externer Vergleich)	20.531	20.839	21.152	21.469	21.791
3	3 Erlöse aus Wahlleistungen	Summe	20.531	20.839	21.152	21.469	21.791
	4.1 Weiterbildungsförderung		57.600	57.600	57.600	57.600	57.600
4	4 Weiterbildungsförderung		57.600	57.600	57.600	57.600	57.600
	5.1 Erlöse aus periodenfremden Erträgen	PLAN-Wert ist gleich null	0	0	0	0	0
5	5 Sonstige betriebliche Erträge	Summe	0	0	0	0	0
	Betriebliche Erträge		3.118.774	3.186.726	3.256.419	3.327.901	3.401.221
	6.1 Ärztlicher Dienst	VK über Benchmark (CMP/VK) x Bruttoarbeitgeberkosten	-1.005.968	-1.033.129	-1.061.024	-1.089.671	-1.119.092
	6.2 Pflegedienst	VK über Benchmark (Fälle/VK) x Bruttoarbeitgeberkosten	-560.000	-573.160	-586.629	-600.415	-614.525
	6.3 Med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	VK über Funktions- und Arbeitsplatzbetrachtung	-323.000	-330.591	-338.359	-346.311	-354.449
	6.4 Wirtschafts- und Versorgungsdienst	VK über Funktions- und Arbeitsplatzbetrachtung	-52.500	-53.734	-54.996	-56.289	-57.612
	6.5 Technischer Dienst	VK über Funktions- und Arbeitsplatzbetrachtung	-25.417	-26.014	-26.625	-27.251	-27.891
	6.6 Verwaltungsdienst	VK über Funktions- und Arbeitsplatzbetrachtung	-116.000	-118.726	-121.516	-124.372	-127.294
	6.7 Sonstiges Personal (Auszubildende)		-21.490	-21.995	-22.511	-23.040	-23.582
6	6 Personalaufwand	Summe	-2.104.374	-2.157.348	-2.211.661	-2.267.349	-2.324.445
	7.1 Lebensmittel	Kosten je BLT	-55.434	-57.316	-59.262	-61.274	-63.354
	7.2 Medizinischer Sachbedarf Praxis	Ø Kosten pro Case-Mix-Punkt gemäß InEK (Baseline) x Case-Mix zzgl. Preissteigerung	-26.250	-26.644	-27.043	-27.449	-27.861
	7.3 Medizinischer Sachbedarf Bettenstation IGZ	Ø Kosten pro Case-Mix-Punkt gemäß InEK (Baseline) x Case-Mix zzgl. Preissteigerung	-33.671	-34.689	-35.737	-36.818	-37.930
	7.4 Wasser, Energie, Brennstoffe	Preis je m² zzgl. Preissteigerung	-52.900	-53.323	-53.750	-54.180	-54.613
	7.5 Wirtschaftsbedarf	Ø Kosten pro BLT x Anzahl BLT zzgl. Preissteigerung	-16.659	-16.903	-17.150	-17.402	-17.659
7a	7a Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	Summe	-184.915	-188.875	-192.943	-197.122	-201.417
	7.6 Wäsche	Ext. Vergleichswert Preis je BLT zzgl. Preissteigerung	-20.531	-21.027	-21.534	-22.054	-22.586
	7.7 Reinigung		-63.450	-64.021	-64.597	-65.179	-65.765
7b	7b Aufwendungen für bezogene Leistungen	Summe	-83.981	-85.048	-86.131	-87.233	-88.351
7	7 Materialaufwand	Summe der Positionen 7a und 7b	-268.896	-273.922	-279.074	-284.355	-289.769
	8.1 Verwaltungsbedarf	Ext. Vergleichswert	-62.375	-63.735	-65.128	-66.558	-68.024
	8.2 Bezogene Verwaltungsaufgaben	Pauschale Abschätzung	-15.000	-15.000	-15.000	-15.000	-15.000
	8.3 KV-Verwaltungskosten		-32.147	-32.630	-33.119	-33.616	-34.120
	8.4 Instandhaltung Gebäude	Pauschale Abschätzung für geringe Instandhaltungen	-8.000	-8.000	-8.000	-8.000	-8.000
	8.5 Wartung und Instandhaltung Medizintechnik	Ext. Vergleich / pauschale Abschätzung	-5.000	-5.000	-5.000	-5.000	-5.000
	8.6 IT / PVS	Pauschale Abschätzung	-32.000	-32.000	-32.000	-32.000	-32.000
	8.7 Abgaben und Versicherungen	Ext. Vergleichswert	-46.782	-47.801	-48.846	-49.919	-51.018
	8.8 Sonstige ordentliche und übrige Aufwendungen	Ext. Vergleichswert	0	0	0	0	0
	8.9 Periodenfremde Aufwendungen		0	0	0	0	0
8	8 Sonstige betriebliche Aufwendungen	Summe	-201.305	-204.165	-207.094	-210.092	-213.163
	Betriebliche Aufwendungen		-2.574.575	-2.635.435	-2.697.829	-2.761.796	-2.827.377
	EBITDAR		544.200	551.291	558.590	566.105	573.844
9	9 Miete		-135.360	-137.184	-139.033	-140.907	-142.806
	EBITDA		408.840	414.107	419.557	425.198	431.038
	10 Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens	Eingebrachte KV-Sitze/ Abschreibungsdauer	0	0	0	0	0
11	11 Abschreibungen auf Sachanlagen (Praxis)	BGA/ Abschreibungsdauer	-14.316	-17.255	-20.194	-23.134	-26.073
12	12 Abschreibungen auf Sachanlagen (EAV)	BGA/ Abschreibungsdauer	-15.000	-15.000	-15.000	-15.000	-15.000
	Investitionsergebnis		-29.316	-32.255	-35.194	-38.134	-41.073
	EBIT		379.524	381.852	384.363	387.064	389.965
	Finanzergebnis		0	0	0	0	0
	Außerordentliches Ergebnis		0	0	0	0	0
	Ergebnis vor Steuern		379.524	381.852	384.363	387.064	389.965

Quelle: Eigene Darstellung

VI Literaturverzeichnis

- AHRQ (2002), „Guide to Prevention Quality Indicators. Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions“, verfügbar unter <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/ahrqqi/pqiguide.pdf> (Zugriff am 28. Juni 2018).
- Aiken, L. H., Sermeus, W., van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. und Kutney-Lee, A. (2012), „Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States“, *BMJ (Clinical research ed.)*, 344. Jg., e1717.
- Albrecht, M., Loos, S. und Schliwen, A. (2014), Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V, Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V), IGES Institut.
- Albrecht, M. und Neumann, K. (2014), „Wie geht es mit der Integrierten Versorgung weiter? - Ein Vorschlag zur Stärkung des Wettbewerbsgedankens“, in Fink, U., Kücking, M., Walzik, E. und Zerth, J. (Hg.), *Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen - ein Suchprozess: Festschrift für Herbert Rebscher*, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 383–392.
- Amelung, V. E. (2011), „Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand“, in Amelung, V. E., Eble, S. und Hildebrandt, H. (Hg.), *Innovatives Versorgungsmanagement: Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 3–16.
- Amelung, V. E., Wolf, S., Ozegowski, S., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R., Schlenker, R.-U. und Sjuts, R. (2015), „Totgesagte leben länger: Empfehlungen zur Integrierten Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen“, *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58. Jg., Nr. 4-5, S. 352–359.
- Arentz, C. (2018), „Zur regionalen Ungleichverteilung von Ärzten in Deutschland – eine Frage der Privaten Krankenversicherung?“, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 72. Jg., Nr. 1, S. 21–26.
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M. und Wuckel, C. (2016), *Krankenhaus Rating Report 2016: Mit Rückenwind in die Zukunft?*, Krankenhaus Rating Report, Band 2016, medhochzwei Verlag, Heidelberg.
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M. und Wuckel, C. (2017), *Krankenhaus Rating Report 2017: Strukturfonds - Beginnt jetzt die große Konsolidierung?*, Krankenhaus Rating Report, Band 2017, medhochzwei Verlag, Heidelberg.
- Augurzky, B. und Pilny, A. (2018), „Der KHS-G-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), *Krankenhaus-Report 2018: Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit*, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 131–148.
- Balling, S. (2018), „Keine zentrale Kliniklandschaft“, *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, Nr. 9, S. 804–806.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2017), *Krankenhausstatistik 2016: Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweise*, Fürth.

- Bayerisches Staatsministerium des Inneren und für Integration (2018), „Kommunalaufsicht“, verfügbar unter <https://www.stmi.bayern.de/kub/komaufsicht/index.php> (Zugriff am 16. August 2018).
- BBSR (2012), „Raumordnungsprognose 2035 nach dem Zensus“, verfügbar unter http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/UeberRaumb Beobachtung/Komponenten/Raumordnungsprognose/Download_ROP2035/DL_ROP2035_uebersicht.html;jsessionid=C40B80E48D931AAD7F8D1E402DC5FB1A.live21303?nn=444934#doc1129830bodyText1 (Zugriff am 2. Mai 2018).
- BBSR (2018a), „Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzungen“, verfügbar unter https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp_node.html (Zugriff am 29. Mai 2018).
- BBSR (2018b), „Raumabgrenzungen“, verfügbar unter https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/raumabgrenzungen_node.html (Zugriff am 19. September 2018).
- BDO AG (2014), „Ländliche Krankenhausversorgung Heute und 2020“, verfügbar unter https://www.-dki.de/sites/default/files/downloads/laendliche_krankenhaeuser.pdf (Zugriff am 4. April 2018).
- Beivers, A. und Dodt, C. (2014), „Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung“, *Notfall + Rettungsmedizin*, 17. Jg., Nr. 3, S. 190–198.
- Beivers, A. und Spangenberg, M. (2008), „Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung“, *Informationen zur Raumentwicklung*, Nr. 1/2, S. 91–99.
- Bienstein, C. und Bohnet-Joschko, S. (2015), „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim. Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsvorhaben, gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung“, verfügbar unter https://www.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/04_W/07_Professuren/Walcker_Management_Gesundheitswesen/iva-abschlussbericht.pdf (Zugriff am 16. August 2018).
- BLÄK (2011), „Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004. In der Fassung der Beschlüsse vom 16. Oktober 2011“, verfügbar unter http://www.blaek.de/weiterbildung/-WBO_2004/download/WBO%202004_2010%2010.pdf (Zugriff am 8. August 2018).
- Blum, K., Morton, A. und Offermanns, M. (2017), „Krankenhausstrategie 2020. Qualität im Fokus“, *Das Krankenhaus*, Nr. 1, S. 28–30.
- Braga, A. V. (2017), „Die telemedizinische Konsultation“, in Pfannstiel, M. A., Da-Cruz, P. und Mehlich, H. (Hg.), *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I: Impulse für die Versorgung*, Springer Science and Business Media, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 93–108.
- Bundesministerium der Finanzen (2018), „Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern. Gründe und Reformoptionen“, verfügbar unter https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Berat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.-pdf;jsessionid=0EA6D73F9B80185CBC26492E0FEB787A?__blob=publicationFile&v=3 (Zugriff am 14. August 2018).
- Bundesverband der Belegärzte (2018), „Der Belegarzt Deutschland“, verfügbar unter <http://www.bundesverband-belegaerzte.de/wir/belegarzt/index.html> (Zugriff am 28. August 2018).

- DKI (2016), „Krankenhaus Barometer. Umfrage 2016“, verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2016_12_19_kh_barometer_final.pdf (Zugriff am 30. Juli 2018).
- DKI (2017), „Krankenhaus Barometer. Umfrage 2017“, verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2017_11_kh_barometer_final.pdf (Zugriff am 13. April 2018).
- DStGB (2016), „BGH: Kommunale Zuwendungen für Krankenhäuser nicht zu beanstanden“, verfügbar unter <https://www.dstgb.de/dstgb/Homepage/Schwerpunkte/Europa%20und%20Internationales/Beihilfen/BGH%3A%20Kommunale%20Zuwendungen%20f%C3%BCr%20Krankenh%C3%A4user%20nicht%20zu%20beanstanden/> (Zugriff am 19. Juli 2018).
- Ehrhardt, L. (2018), Das Investitionsverhalten niedergelassener Ärzte, Dissertation Universität Bayreuth.
- Garre, P., Schliemann, B. und Schönbach, K.-H. (2015), „Reform und -bedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), Krankenhaus-Report 2015: Schwerpunkt: Strukturwandel, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 211–236.
- G-BA (2016a), „Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser - Qb-R. Anlage 1 Qb-R für das Berichtsjahr 2016“, verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4530/c_Qb-R_An1_2016.pdf (Zugriff am 27. Juni 2018).
- G-BA (2016b), „Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser: Bundeseinheitliche Regelungen beschlossen. Pressemitteilung“, verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/650/> (Zugriff am 13. April 2018).
- G-BA (2017), „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. (Bedarfsplanungs-Richtlinie)“, verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1522/BPL-RL_2017-11-17_iK-2018-01-01.pdf (Zugriff am 14. Juni 2018).
- G-BA (2018a), „Neue G-BA-Regelung zur stationären Notfallversorgung: Sichere Erreichbarkeit, verbesserte Qualität und zielgenaue Finanzierung“, verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/744/> (Zugriff am 2. Mai 2018).
- G-BA (2018b), „Pressemitteilung. Krankenhausplanung: Zukünftig auch Sicherstellungszuschläge für Geburtshilfe möglich“, verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/745/> (Zugriff am 2. Mai 2018).
- G-BA (2018c), „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V. Krankentransport-Richtlinie“, verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1495/KT-RL_2017-09-21_iK-2017-12-23.pdf (Zugriff am 16. August 2018).
- Goepfert, A. (2016), „Bedeutung eines Krankenhaus-MVZ“, in Goepfert, A., Bühn, R. und Conrad, C. E. C. (Hg.), Das Krankenhaus-MVZ: Planung, Aufbau, Betrieb, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 233–248.
- Greiner, W. (2014), „Integrierte Versorgung - Modell der Zukunft oder schon gescheitert?“, in Fink, U., Kücking, M., Walzik, E. und Zerth, J. (Hg.), Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen - ein Suchprozess: Festschrift für Herbert Rebscher, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 373–382.
- Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T., Lübke-Naberhaus, K.-D., Schmidt, C., Brachmann, M. und Dodt, C. (2015), „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und

- Strukturanalyse“, verfügbar unter https://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf (Zugriff am 3. Juli 2018).
- Hahn, U., Müller, T., Awe, B. und Koch, J. (2017), „Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung – Trends, Status quo und Auswirkungen“, *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 22. Jg., Nr. 02, S. 93–103.
- Harre, K. (2013), „Diversitätsmanagement bei saisonalen Schwankungen im Krankenhaus - Fallbeispiel "Inselkrankenhaus Rügen"“, in Bouncken, R. Pfanstiel, M. und Reuschl, A. (Hg.), *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus: Prozesse, Produktivität und Diversität*, Research, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 421–442.
- IGES (2015), „Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. Studienbericht zur Projektphase I“, verfügbar unter https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e10849/e11992/e11996/e11998/attr_objs12650/IGES_Ambulantes_Potential_Notfaelle_WEB_ger.pdf (Zugriff am 28. Juni 2018).
- IQTIG (2018), „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Prüfung und Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen“, verfügbar unter http://www.dkgev.de/media/file/76631.2018-03-07_RS090-18_Anlage_2a_Vorbericht_d._IQTIG_Plan._QI_zu_Strukturqualitaetsanforderungen.pdf (Zugriff am 18. Juli 2018).
- Jordan, S. und Hoebel, J. (2015), „Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA)“, *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58. Jg., Nr. 9, S. 942–950.
- KBV (2013), „Die neue Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten“, verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf (Zugriff am 14. Juni 2018).
- KBV (2016), „Psychisch Erkrankte müssen sektorenübergreifend betreut werden“, verfügbar unter http://www.kbv.de/html/1150_23197.php (Zugriff am 20. August 2018).
- KBV (2018a), „Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung“, verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php> (Zugriff am 17. September 2018).
- KBV (2018b), „Gesundheitsdaten. Mehr Ärzte in kooperativen Strukturen“, verfügbar unter <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php> (Zugriff am 28. Mai 2018).
- KBV (2018c), „Versorgungskonzepte. Sektorenübergreifende Versorgung mit Belegärzten“, verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/32818.php> (Zugriff am 28. August 2018).
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.) (2018), *Krankenhaus-Report 2018: Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit*, Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Köhler, F. und Prescher, S. (2018), „Digitales Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele. Telemedizinische Mitbetreuung bei chronischer Herzinsuffizienz: Chance für bessere Versorgung“, *Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen*, Nr. 17, S. 16–23.
- Konrad, P. und Schmid, A. (2018), „Regionalökonomische Effekte ländlicher Krankenhäuser am Beispiel Bayerns“, *Welt der Krankenversicherung*, Nr. 4, S. 82–88.

- Krolop, S., Lemm, M. und Kaiser, C. (2010), „Notwendige unternehmerische Erfordernisse an ein modernes MVZ“, in Hellmann, W., Kretzmann, W., Kursche, C. und Eble, S. (Hg.), Medizinische Versorgungszentren erfolgreich führen und weiterentwickeln: Qualität steigern, Erträge ausbauen, Zukunft sichern, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 63–76.
- KVB (2017), „Allgemeine Informationen zum Thema Weiterbildungsassistent“, verfügbar unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Praxisfuehrung/Zulassung/KVB-Merkblatt-Weiterbildungsassistent.pdf> (Zugriff am 17. Juli 2018).
- Laschet, H. (2018), „Neuer Anlauf mit den Praxiskliniken“, verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/958605/kbv-neuer-anlauf-praxiskliniken.html (Zugriff am 8. August 2018).
- Leber, W.-D. und Scheller-Kreinsen, D. (2018), „Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), Krankenhaus-Report 2018: Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 101–130.
- Leber, W.-D. und Wasem, J. (2016), „Ambulante Krankenhausleistungen - Überblick, Trendanalyse, ordnungspolitische Anmerkungen“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), Krankenhaus-Report 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 3–28.
- Lehmann, G. (2016), „Eine für alle. Hybrid-DRG“, f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 2, o. S.
- LeRouge, C., Tulu, B. und Forducey, P. (2010), „The business of telemedicine: strategy primer“, Telemedicine journal and e-health the official journal of the American Telemedicine Association, 16. Jg., Nr. 8, S. 898–909.
- Luthe, E.-W. (2013), Kommunale Gesundheitslandschaften, Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, Springer, Wiesbaden.
- Marx, G. und Beckers, R. (2015), „Telemedizin in Deutschland“, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 58. Jg., Nr. 10, S. 1053–1055.
- Mittler, D. (2018), „Staatsregierung beschließt Rettungsschirm für kleine Krankenhäuser“, verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/bayern/gesundheitswesen-staatsregierung-beschliesst-rettungsschirm-fuer-kleine-krankenhaeuser-1.4067409> (Zugriff am 8. August 2018).
- Müller, B. S., Falkenhagen, N., Wilke, D., Gerlach, F. M. und Erler, A. (2018), „Implementierung von Modellen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen: Entwicklung eines Beratungsangebots“, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 131.-132. Jg., S. 53–59.
- Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D., Gerlach, F. M. und Erler, A. (2016), „Innovative Versorgungsmodelle in Deutschland – Erfolgsfaktoren, Barrieren und Übertragbarkeit“, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 115.-116. Jg., S. 49–55.
- Nagel, E. (2013), Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung, 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Nagel, E., Neukirch, B., Schmid, A. und Schulte, G. (2017), „Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland“, verfügbar unter https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/2017-05-31/Gutachten_ambulant_vor_stationaer_final.pdf (Zugriff am 29. August 2018).

- Neubauer, G. (2017), „Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), Krankenhaus-Report 2017: Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 151–166.
- Oberender AG (2018), Projektunterlagen Oberender AG, Bayreuth.
- Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Inneren, für Bau und Verkehr (2017), Planungshilfen für die Bauleitplanung 16/17: Hinweise für die Ausarbeitung und Aufstellung von Flächennutzungsplänen und Bebauungsplänen.
- Ocunet (2018), „Pressemitteilungen 2018. Anstellung in der Augenheilkunde eröffnet Versorgungsperspektiven“, verfügbar unter <https://www.ocunet.de/de/presse/publikationen/presse/pressemitteilungen/anstellung-in-augenheilkunde.html> (Zugriff am 10. August 2018).
- Rashid, A., Laufer, J., Shammass, L., Marquardt, K., Griewing, B. und Soda, H. (2017), „Digitalisierte Gesundheitsnetzwerke mit Telemedizin: Produktive Netzwerkmedizin am Beispiel Schlaganfall“, in Pfannstiel, M. A., Da-Cruz, P. und Mehlich, H. (Hg.), Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I: Impulse für die Versorgung, Springer Science and Business Media, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 41–58.
- Reichert-Schick, A. (2015), „Infrastruktur im ländlichen Raum“, in Lempp, J., van der Beek, G. und Korn, T. (Hg.), Aktuelle Herausforderungen in der Wirtschaftsförderung, Springer, Wiesbaden, S. 75–86.
- Rudel, M., Abraham, M. und Görtler, E. (2017), „Pflegepräferenzen und regionale Mobilität Einflussfaktoren auf die pflegebezogene Umzugsneigung älterer Menschen in Partnerschaften im ländlichen Raum“, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50. Jg., Nr. 3, S. 200–209.
- RWI (2018), „Notfallversorgung in Deutschland. Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“, verfügbar unter http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/rwi-pb_notfallversorgung.pdf (Zugriff am 2. Mai 2018).
- Scheller-Kreinsen, D. und Krause, F. (2015), „Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrzeiten, Krankenhauserreichbarkeit und -kapazitäten“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), Krankenhaus-Report 2015: Schwerpunkt: Strukturwandel, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 23–39.
- Scheller-Kreinsen, D., Lehmann, K., Botero, G., Krause, F. und Quentin, W. (2018), „Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), Krankenhaus-Report 2018: Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 209–232.
- Schliwen, A. (2015), Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich, Allokation im marktwirtschaftlichen System, Band 70, Peter Lang, Frankfurt.
- Schlüchtermann, J. (2016), Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus: Grundlagen und Praxis, 2., aktualisierte und erweiterte Aufl., Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Schmid, A. (2012), Konsolidierung und Konzentration im Krankenhaussektor: Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenhausträgers, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 36, 1. Aufl., Nomos, Baden-Baden.
- Schmid, A. (2014), „Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von zentralisierten Versorgungsstrukturen“, Recht und Politik im Gesundheitswesen, 23. Jg., Nr. 4, S. 106–110.

- Schmid, A. (2018a), „Marktkonzentration im Krankenhaussektor“, in Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (Hg.), *Gesundheitswesen aktuell 2018: Beiträge und Analysen*, Barmer, Wuppertal, S. 14–28.
- Schmid, A. (2018b), „Vergütungssysteme für eine vernetzte und populationsbezogene Medizin der Zukunft“, in Rebscher, H. und Kaufmann, S. (Hg.), *Zukunftsmanagement in Gesundheitssystemen, Gesundheitsmarkt in der Praxis*, medhochzwei Verlag, Heidelberg.
- Schmid, A. und Himmler, S. (2015), *Netzwerkmedizin - Impulse für Deutschland aus den USA: Projektbericht*, Stiftung Münch, München.
- Schreyögg, J. (2014), „Kassenwettbewerb durch Versorgungsmanagement“, in Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C. und Zerth, J. (Hg.), *Solidarische Wettbewerbsordnung: Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gesundheitsmarkt in der Praxis*, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 145–169.
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S. und Busse, R. (2017), „Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung“, in Busse, R., Schreyögg, J. und Stargardt, T. (Hg.), *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*, 4. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 106–127.
- Schulte-Sasse, U. und Debong, B. (2016), „Facharztstandard während Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft“, *ArztRecht*, 51. Jg., Nr. 3, S. 57–84.
- Seeger, I., Rupp, P., Naziyok, T., Rölker-Denker, L., Röhrig, R. und Hein, A. (2017), „Ambulante Versorgung in ZNA und Bereitschaftsdienstpraxis. Eine deskriptive Sekundärdatenanalyse in einer ländlichen Klinik“, *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 112. Jg., Nr. 6, S. 510–518.
- Staeck, F. (2017), „Das fünfte Rad am Wagen der Selbstverwaltung“, verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/943544/praxiskliniken-fuenfte-rad-wagen-selbstverwaltung.html (Zugriff am 8. August 2018).
- Statistisches Bundesamt (2015), „Bevölkerung Deutschland bis 2016. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung“, verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159-004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 14. August 2018).
- Straub, C. (2018), „Digitales Gesundheitswesen: Kozepte und Praxisbeispiele. Worin liegen Chancen und Risiken für Patienten, Ärzte und Krankenkassen?“, *Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen*, Nr. 17, S. 6–15.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U. und Faisst, C. (2015), „Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany“, *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119. Jg., Nr. 11, S. 1415–1423.
- Sundmacher, L. und Schüttig, W. (2016), „Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), *Krankenhaus-Report 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 149–164.
- SVR (2012), *Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*, Huber, Bern.
- SVR (2014), *Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten 2014, Gutachten / Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Band 2014*, Huber, Bern.

- SVR (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018 (Zugriff am 4. Juli 2018).
- Weissman, J. S. (1992), „Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland“, JAMA, 268. Jg., Nr. 17, S. 2388–2394.
- Zepp, F. und Krägeloh-Mann, I. (2018), „Perspektiven der ambulanten pädiatrischen Versorgung“, Monatsschrift Kinderheilkunde, 166. Jg., Nr. 2, S. 101–103.
- Zok, K. (2010), Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen am Arbeitsplatz: Ergebnisse aus Beschäftigtenbefragungen, KomPart, Berlin.