

# Die Krankenhausversorgung im Saarland

20. Juni 2024

## Gutachten im Auftrag der Krankenkassen und deren Verbänden



# Das Gutachten basiert auf der Auswertung zahlreicher Datenquellen und auf Experteninterviews



## Zahlreiche Datenquellen

Qualitätsberichte der Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt, Krankenhaus Rating Report, RWI-Bevölkerungsprognose, GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Breitbandatlas



## Quantitative Auswertung

Deskriptive Analysen, Erreichbarkeiten, Projektionen, Beurteilung der Regionen, Potenziale, Simulationsmodell zu Strukturoptimierungen



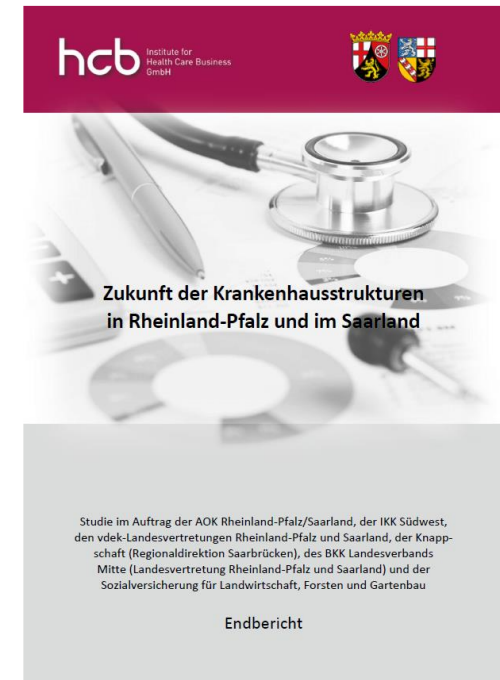
## Elf Experteninterviews

Gesundheitsministerien der Länder, Krankenhausgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Krankenkassen, Kommunalvertreter



## Qualitative Auswertung

Kondensierte Auswertung der Interviewinhalte zu verschiedenen Themen



Bestandsaufnahme, Zielbild, Handlungsempfehlungen

# Agenda



Wo steht das Saarland?

Was lässt sich tun?

# Das Saarland ist ein dicht besiedeltes Bundesland mit guter Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte

Gemessen an der Fläche ist die Standortdichte sehr hoch

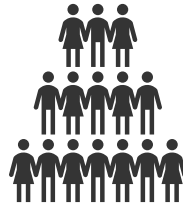


Hohe  
Bevölkerungsdichte

**386**

Einwohner pro km<sup>2</sup>

(Bund: 236)



**18** Krankenhausstandorte<sup>(1)</sup>

**0** mit Sicherstellungszuschlag

**14** Anlaufstellen bei Notfällen<sup>(2)</sup>

Sehr gute Erreichbarkeit der  
Krankenhäuser

**100%**

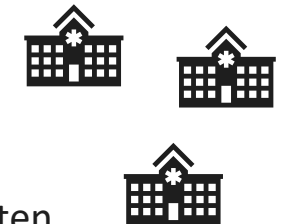
der Bevölkerung erreicht ein  
Krankenhaus mit Notfallversorgung  
innerhalb von 30 Minuten



Viele große und mittelgroße  
Krankenhäuser<sup>(3)</sup>

**53%** mit 150 bis unter 400 Betten

**47%** mit über 400 Betten



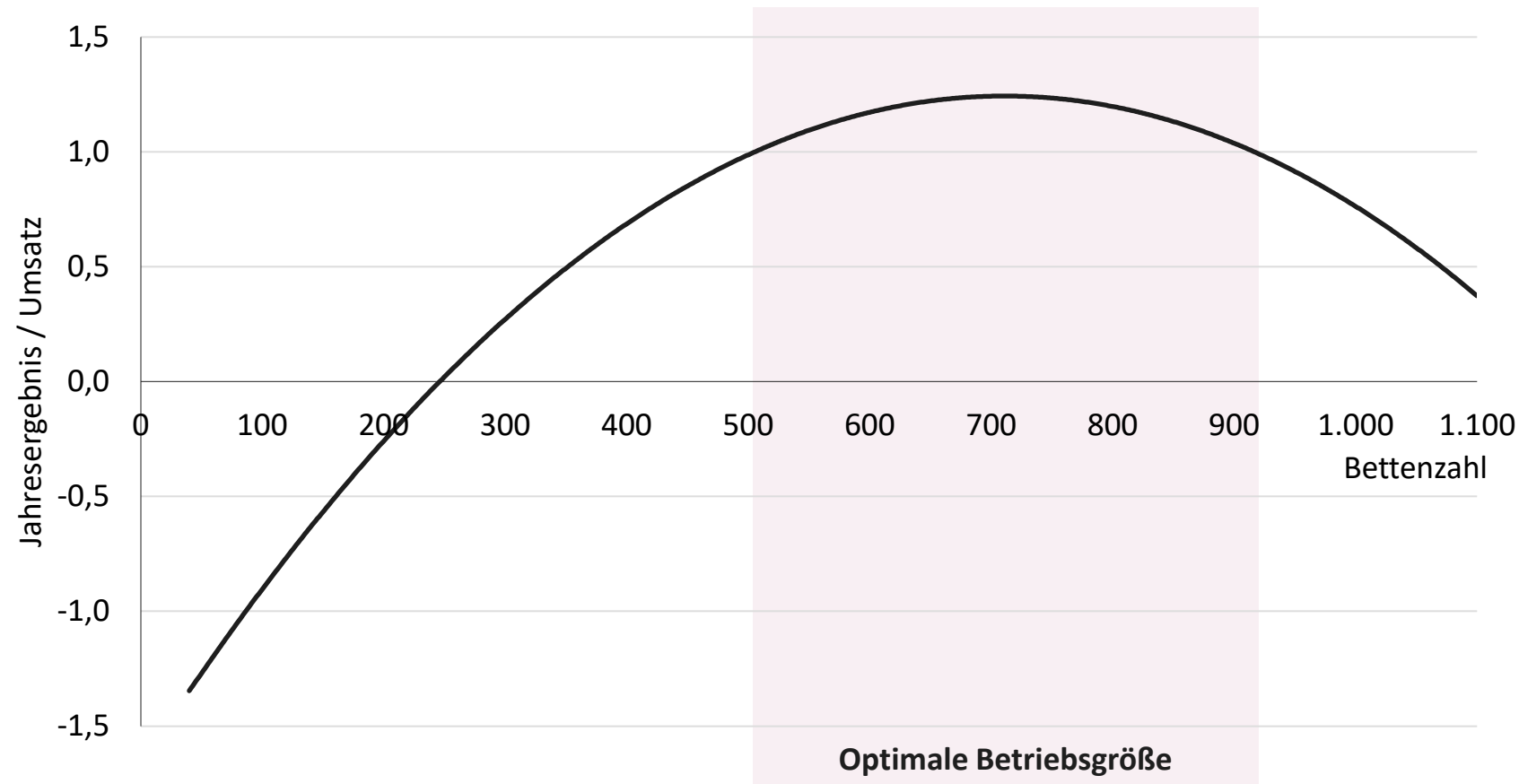
(1) Ohne Tageskliniken und psychiatrische Kliniken

(2) Krankenhausstandorte mit GBA-Notfallstufe entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand:12.5.2021).

(3) Bezogen auf Krankenhäuser ohne Tageskliniken, ohne reine Psychiatrien, ohne Fachkliniken.

Quelle: hcb

## Aus wirtschaftlicher Sicht liegt optimale Betriebsgröße zwischen 500 und 900 Betten



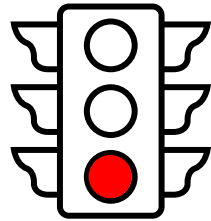
Auch aus medizinischer Sicht ist in vielen Leistungssegmenten erkennbar, wie die **Qualität** bei höherer **Leistungsmenge** steigt



# Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist schwierig geworden

In den vergangenen Jahren wurde zu wenig investiert

Neue Zahlen zum  
Jahr **2022** beim  
Hauptstadtkongress  
am 27. Juni 2024



Anteil **insolvenzgefährdeter**  
**Krankenhäuser** in Rheinland-Pfalz  
und im Saarland<sup>(1)</sup> im Jahr **2021**

**25%**

(Bund: 11%)

Anteil **insolvenzgefährdeter**  
**Krankenhäuser** in Rheinland-Pfalz  
und im Saarland<sup>(1)</sup> im Jahr **2020**

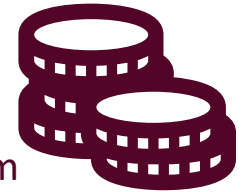
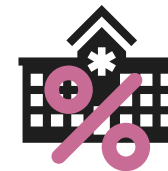
**5%**

(Bund: 6%)

Anzahl **Insolvenzen**  
seit 1.1.2023  
bis 10.6.2024

**1**

(Bund: 48)



Investitions-  
förderquote im  
Saarland 2021

**2,3%**

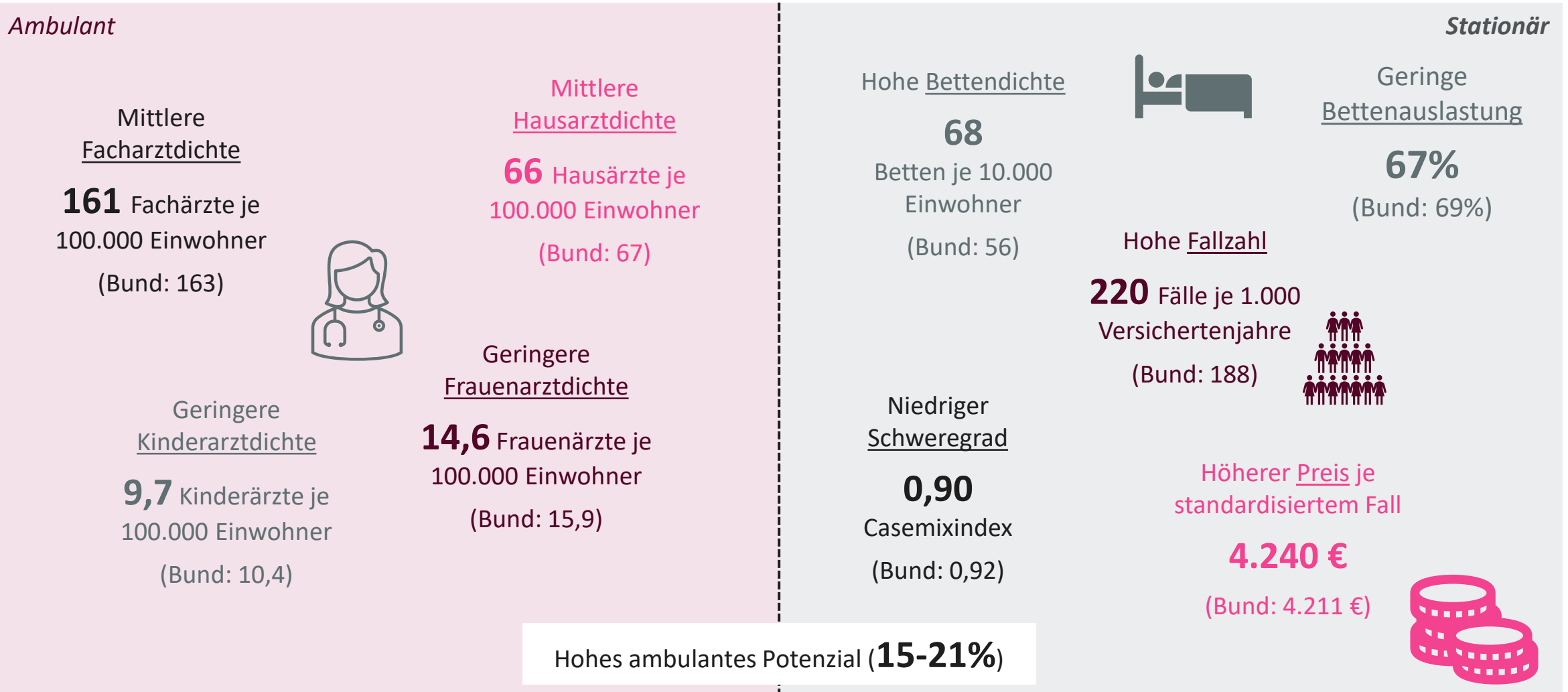
(Bund: 3,2%)

Zielwert: 7-8%

(1) Die beiden Länder können aus statistischen Gründen nur gemeinsam ausgewiesen werden.

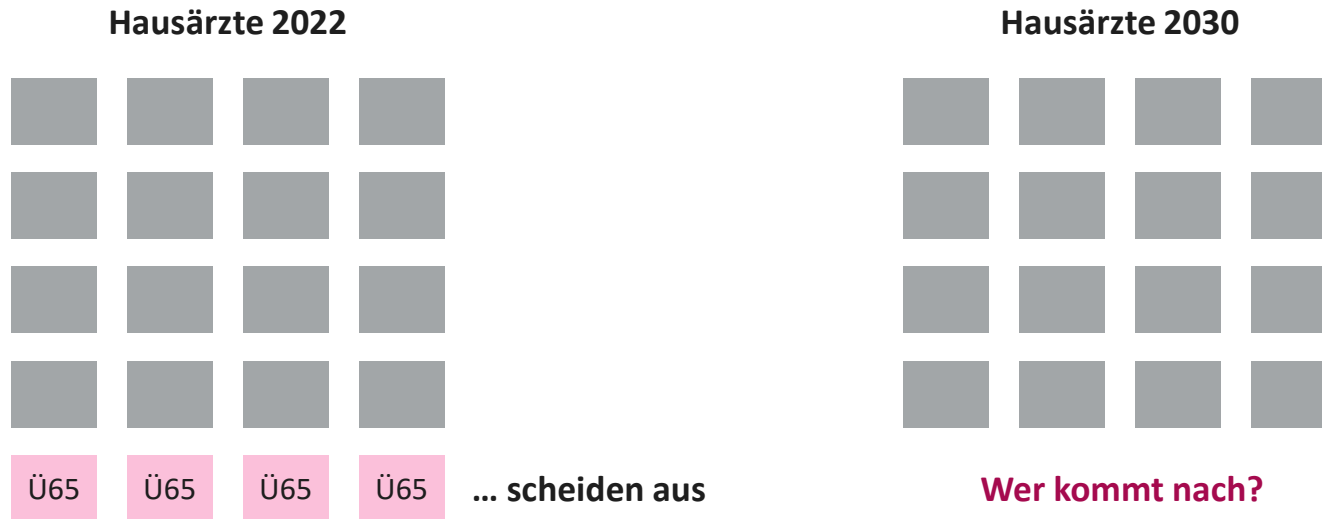
Quelle: hcb

# Geringe Kinder- und Frauenarztdichte – aber gute Hausarztdichte – im Saarland; dagegen hohe Fallzahlen in der stationären Versorgung bei gleichzeitig niedrigem Schweregrad





Allerdings sind 19% der derzeit praktizierenden Hausärzte über 65 Jahre alt



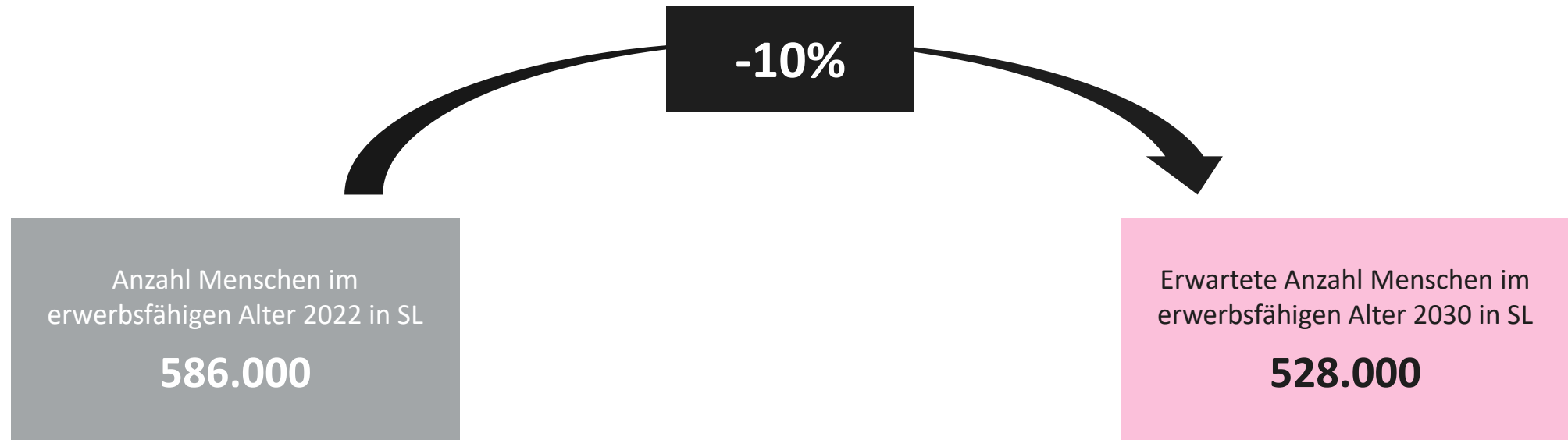
**Zum Vergleich:**  
Bundesweit sind  
15% aller Hausärzte  
über 65 Jahre alt

Anzahl Menschen  
über 65 Jahre 2022  
**243.000**

Erwartete Anzahl Menschen  
über 65 Jahre 2030  
**282.000**

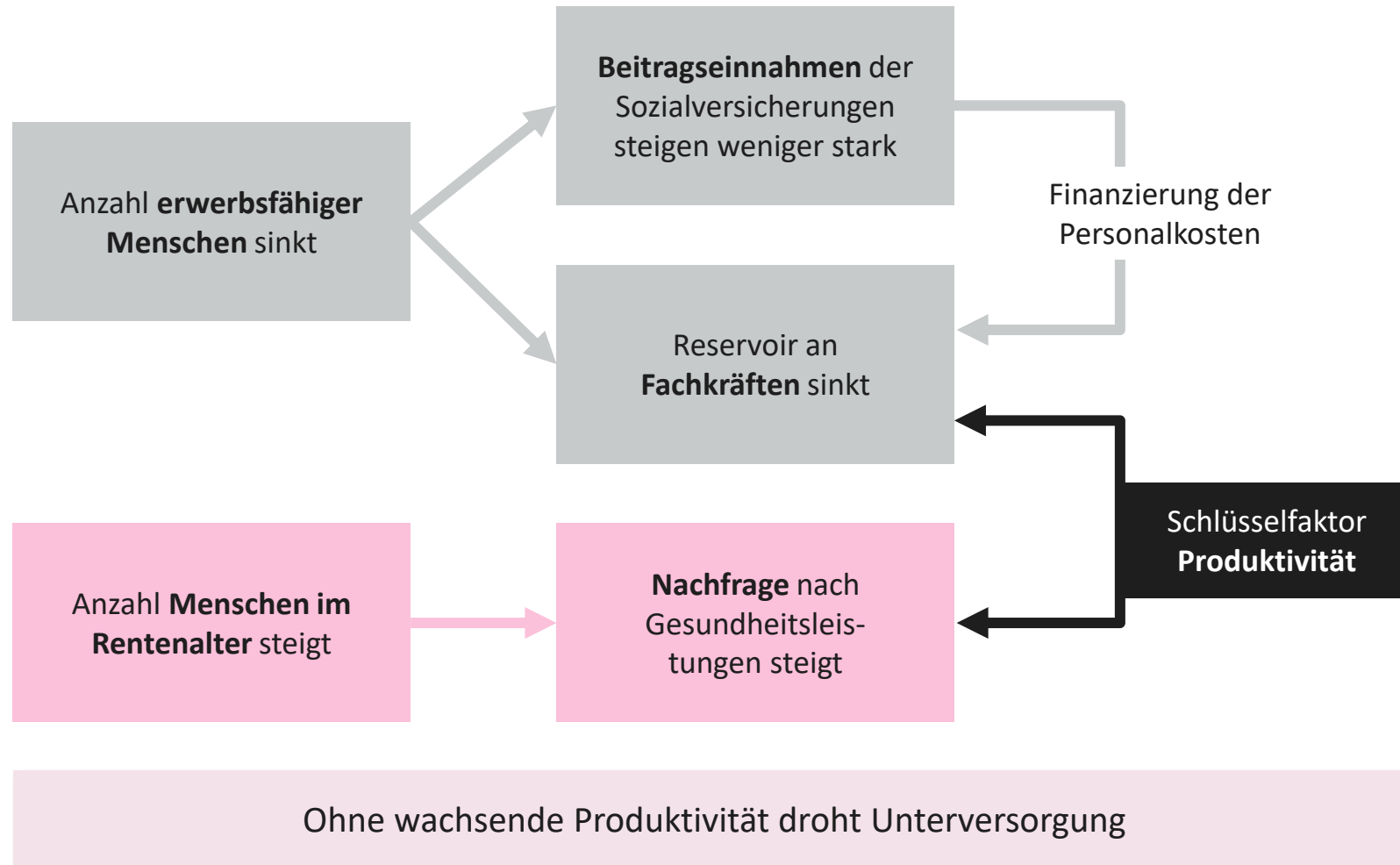
Wer versorgt die wachsende Zahl älterer Menschen?

## Im Saarland wird die Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung bis 2030 schrumpfen



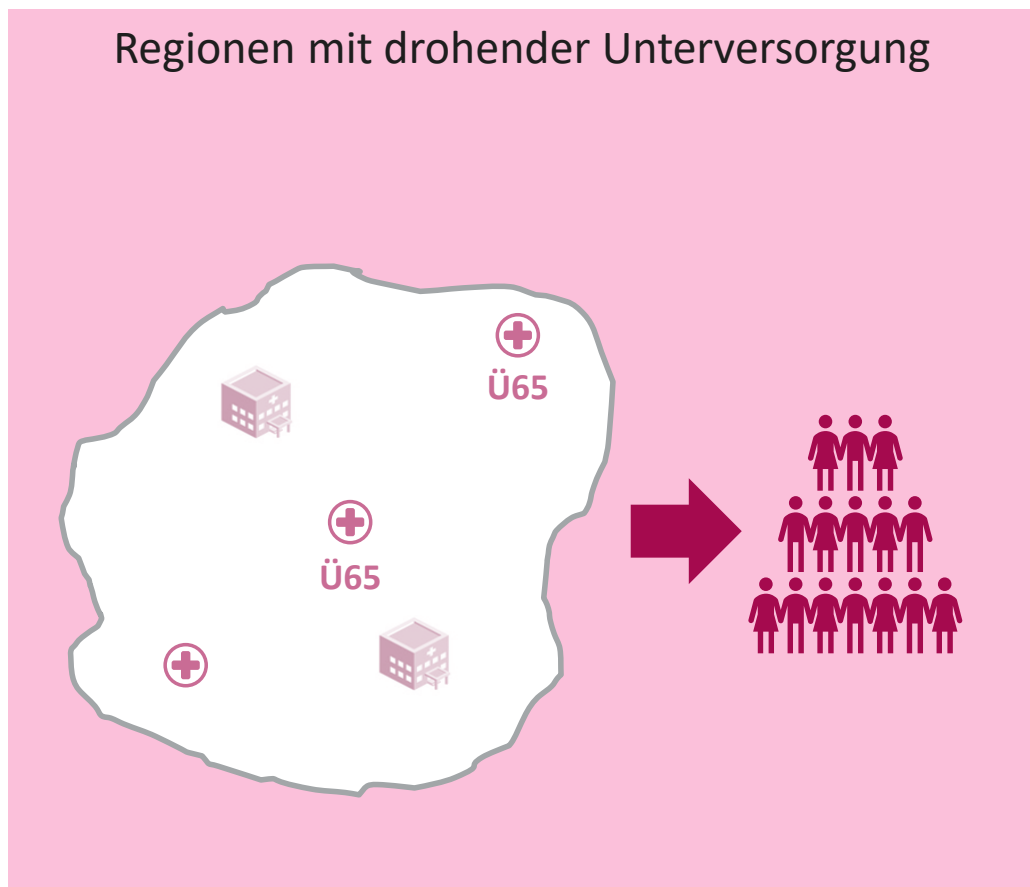
Dies gilt auch für das Personal im Gesundheitswesen

Die größte Herausforderung wird sein, mehr Menschen mit weniger Personal und bei weniger stark steigenden Beitragseinnahmen der Sozialversicherungen optimal zu versorgen

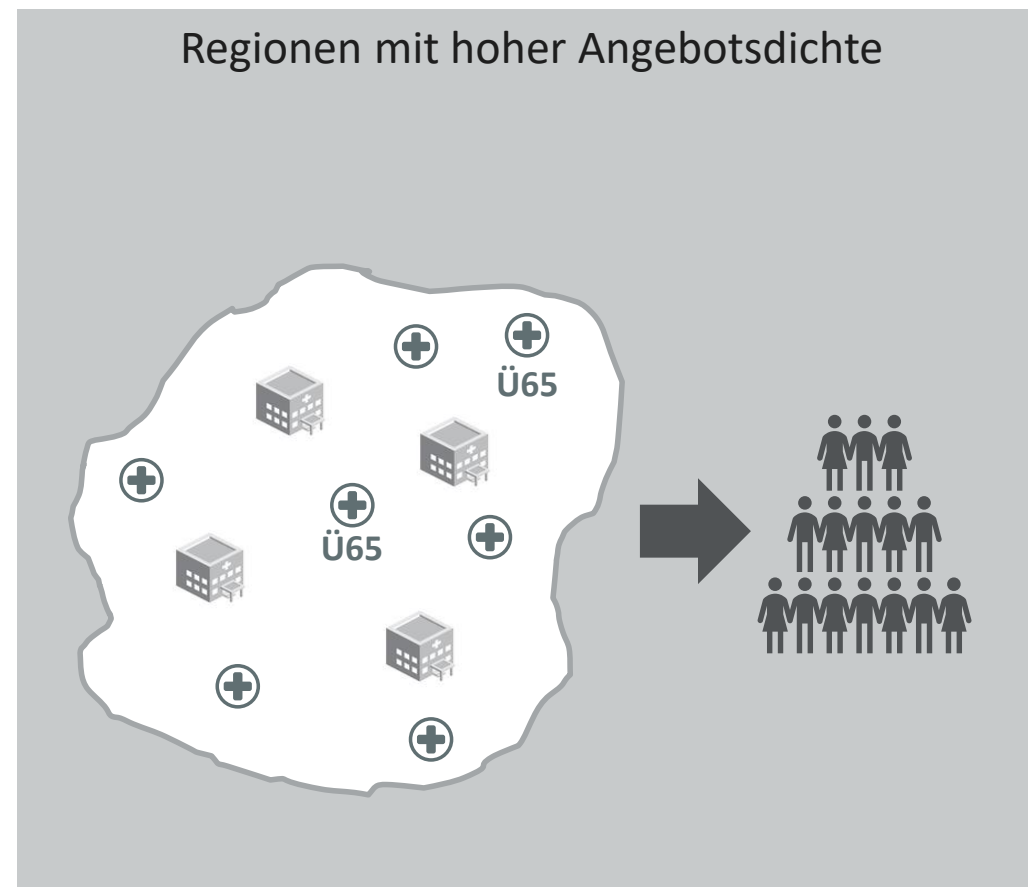


# Im Gutachten untersuchen wir Regionen mit drohender Unterversorgung und Regionen mit hoher Angebotsdichte

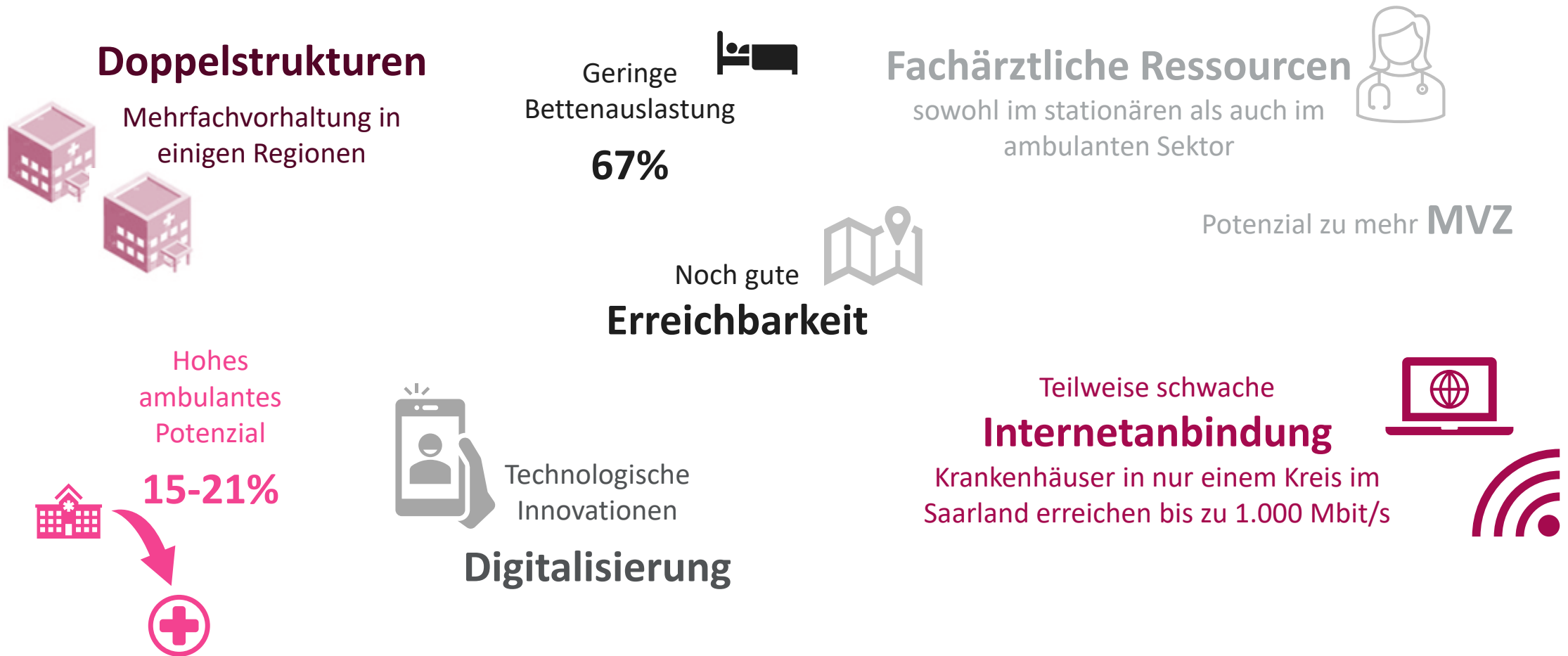
Regionen mit drohender Unterversorgung



Regionen mit hoher Angebotsdichte



# Das Saarland hat Potenziale, Angebot und Nachfrage auch weiterhin zusammenzubringen



# Agenda



Wo steht das Saarland?

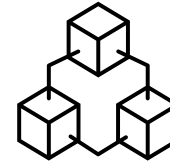
Was lässt sich tun?

Das Saarland hat zahlreiche Potenziale, um die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft auf einem qualitativ hohen Niveau bereitstellen zu können (I)



## Ambulantisierung

Einfachere stationäre Fälle mit kurzer Liegedauer lassen sich bei gleicher Qualität teilweise ambulant erbringen, geringere Kosten, weniger Bettenbedarf



## Schwerpunktbildung

In einigen Regionen gibt es Doppelstrukturen; eine stärkere Bündelung der Angebote führt zu größeren Einheiten mit höherer Qualität und günstigeren Kostenstrukturen



## Zentralisierung

In einigen Regionen lassen sich Standorte zusammenlegen und dadurch größere Betriebe bilden, die höhere Qualität und eine bessere Wirtschaftlichkeit erzielen können (optimale Betriebsgröße)

## Zusammenarbeit ambulant-stationär

Wenn in beiden Sektoren das Personal knapp wird, lohnt es sich enger zusammenzurücken; auch können größere ambulante Einheiten geschaffen werden (z.B. MVZ und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen)

Das Saarland hat zahlreiche Potenziale, um die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft auf einem qualitativ hohen Niveau bereitstellen zu können (II)



## Telemedizin

Schnelle Breitbandanbindung ermöglicht Nutzung elektronischer Patientenakte, Echtzeit-Transfer von Daten und Befunden (z.B. in der Radiologie), fortwährende Fernüberwachung, hochauflösende (HD) telemed. Anwendungen



## Notfallversorgung

Telemedizinische Anbindung des RTW an Klinik, kreisübergreifende Koordination, sektorenübergreifende Strukturen (u.a. ärztliche Bereitschaftspraxen)

## Modellprojekte

Erprobung neuartiger Versorgungs- und Vergütungsmodelle in Regionen (u.a. budgetorientierte Ansätze)



## Fachkräfte akquirieren und halten

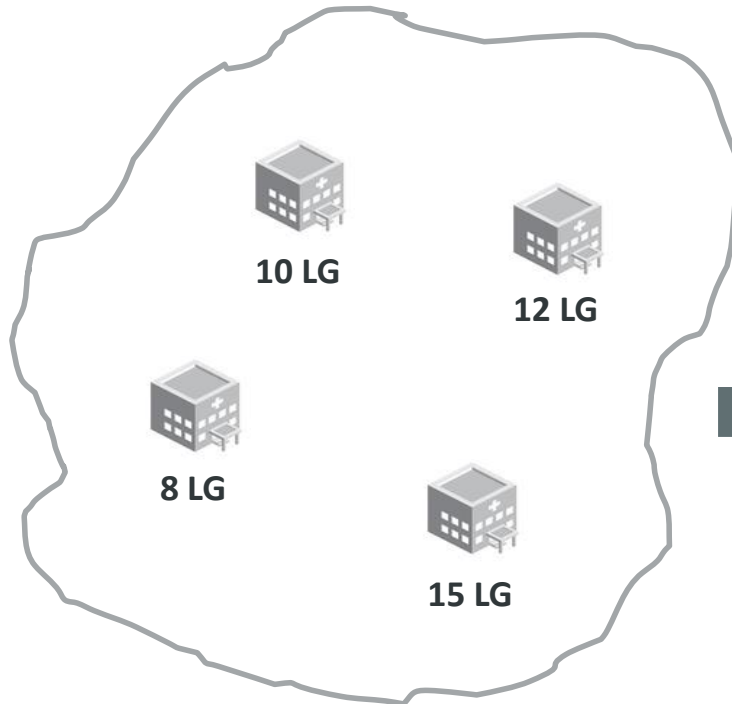
Attraktivität der Berufe steigern, Pflegekompetenzen stärken, Quereinsteigermodelle, sektorenübergreifende Ausbildung





# In der Schwerpunktbildung werden Leistungsgruppen gebündelt

Status quo: Jeder Standort in einer Region bietet **viele Leistungsgruppen (LG)** an



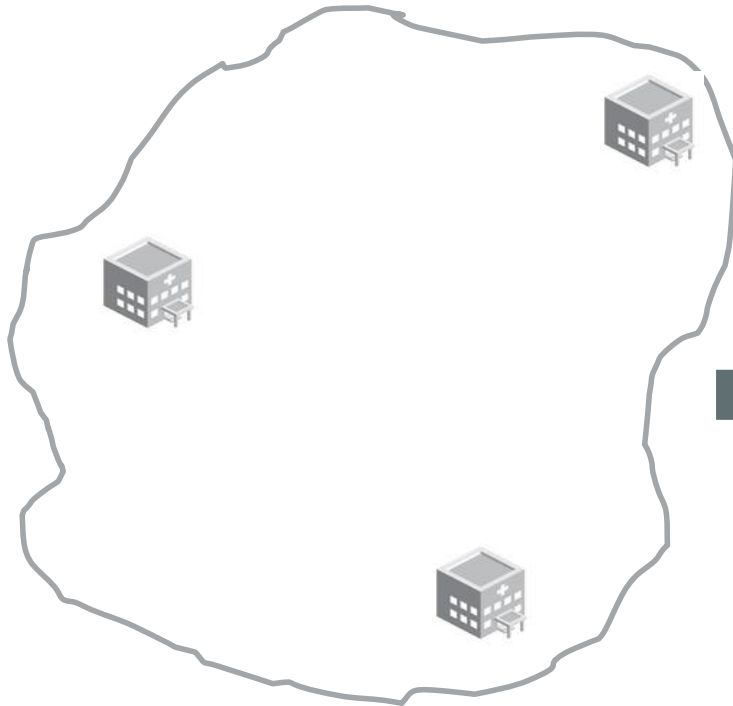
Zielbild: Die Standorte fokussieren sich jeweils auf weniger LG und dann mit höherer Fallzahl je LG (**Schwerpunktbildung**)



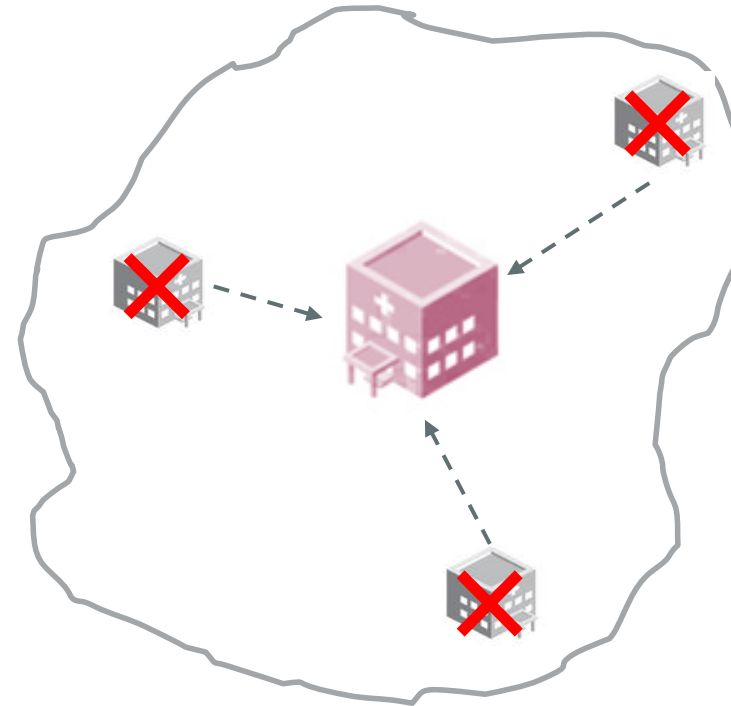
## Bei der Zentralisierung werden meist kleinere Standorte zusammengelegt

Damit lässt sich im neuen Zentrum zudem eine höhere Notfallstufe erreichen

Status quo: Mehrere kleine Kliniken mit wenig spezialisierten Leistungen

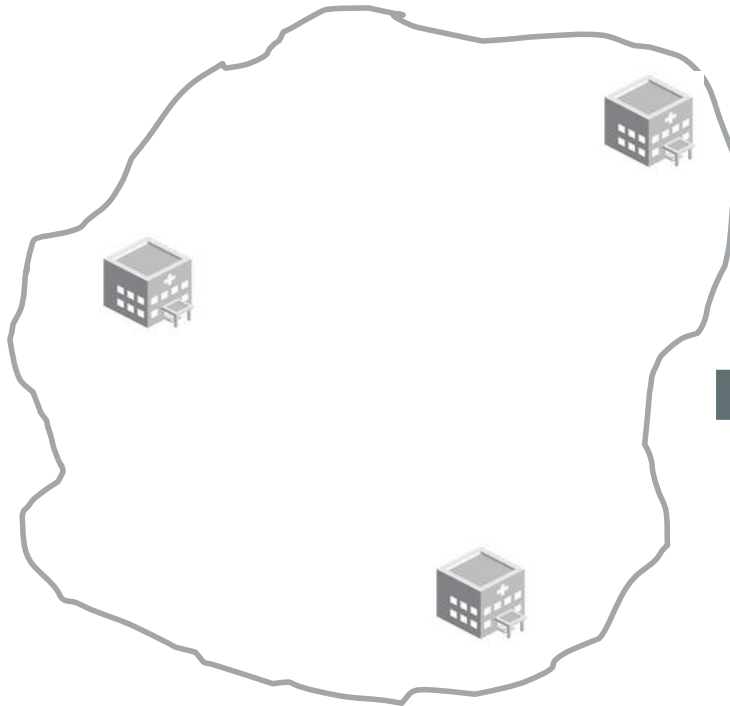


Zielbild: Bündelung der Kapazitäten an einem Standort (Zentralklinikum)

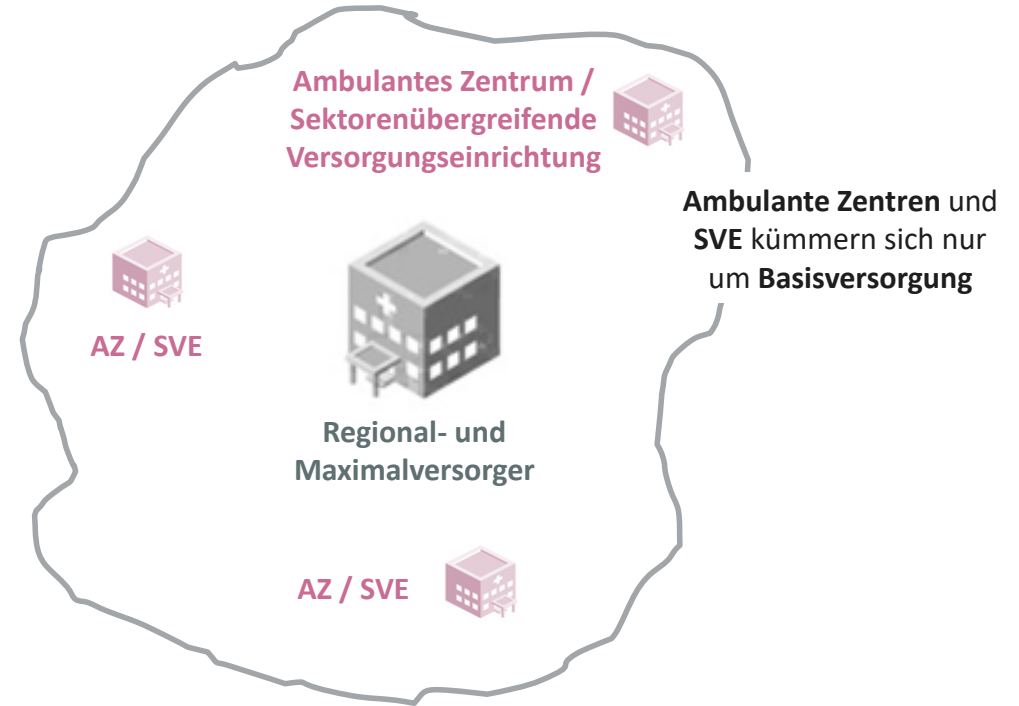


# Ambulante Zentren und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können Versorgung an Altstandorten sicherstellen

Status quo: Mehrere kleine Kliniken mit wenig spezialisierten Leistungen

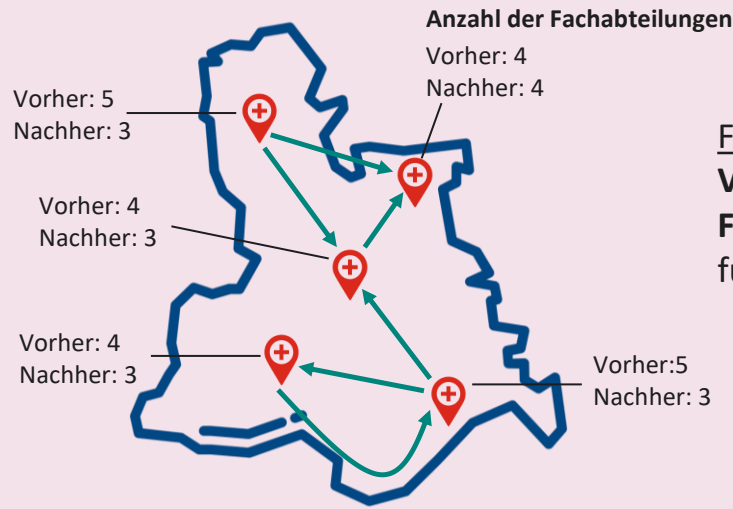


Zielbild: An Altstandorten ambulante Zentren und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in enger Kooperation mit Regionalversorger



Zentralisierung und Schwerpunktbildung reduzieren zudem den Personalbedarf, was in Zeiten wachsenden Fachkräftemangels essenziell für eine gute und stabile Gesundheitsversorgung ist

### Schwerpunktbildung



Fallbeispiel:  
**Verlagerung von Fällen** zwischen fünf Standorten

Personalkosten  
Ärztlicher Dienst

**-16%**

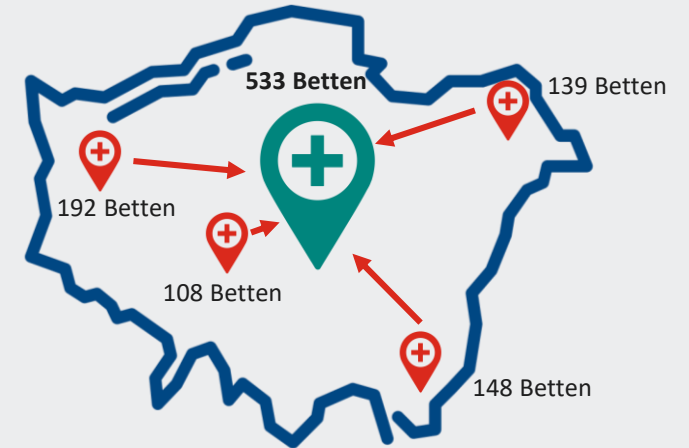
Vollkräfte im  
Pflegedienst

**geringe  
 Reduktion**

### Zentralisierung

Fallbeispiel:  
**Neubau eines Zentralklinikums** aus vier Standorten

Bettenreduktion **9%**



Personalkosten  
Ärztlicher Dienst

**-18%**

Vollkräfte im  
Pflegedienst

**mind. -5%**

## Für das Saarland haben wir das Potenzial zur Schwerpunktbildung und Konzentration geprüft



Status quo	Restrukturierung			KH ohne Veränderung	Zielbild ohne ambulante Zentren/SVE		Zielbild mit ambulanten Zentren bis hin zu SVE		
	Zentralklinik (ZK)				Anzahl KH ohne AZ/SVE		Anzahl Standorte (KH und AZ bis hin zu SVE) Δ%		
Anzahl Standorte	Anzahl Standorte zu ZK zusammengelegt	davon Neubauten	Anzahl dadurch entstandener ZK	Anzahl Standorte	Anzahl	Δ%	Anzahl AZ bis hin zu SVE	Anzahl Standorte (KH und AZ bis hin zu SVE)	Δ%
Saarland	18	10	0	5	7	-33%	0 bis 1	-28% bis -33%	

### Verlagerte Fälle und Betten in %

	Zentralisierung		Zentralisierung und reine Umwandlungen in ambulante Zentren/SVE	
	Verlagerte Fälle	Verlagerte Betten	Verlagerte Fälle	Verlagerte Betten
Saarland	26%	22%	28%	24%

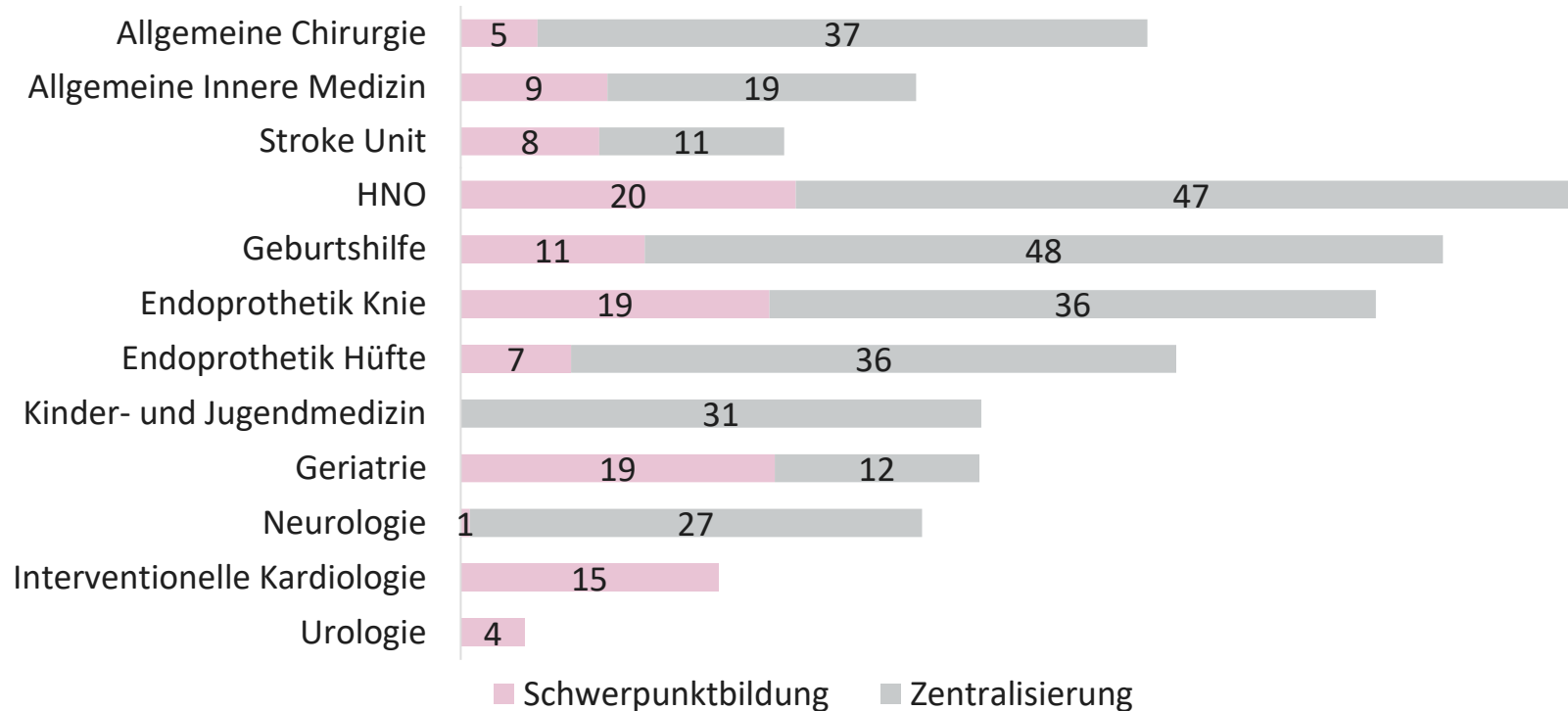
Das Saarland könnte mit **33% weniger (herkömmlichen) Standorten** auskommen, ohne die Versorgungssicherheit für die Bevölkerung zu gefährden; gleichzeitig könnte die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit steigen

Anmerkung: AZ = ambulante Zentren; SVE = sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

Quelle: hcb

Dadurch würden an den dann 12 Standorten höhere Fallzahlen je Leistungsgruppe erreicht

**Insgesamt umverteilte Fälle je Leistungsgruppe in %**

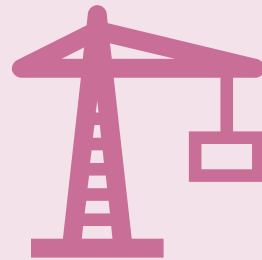


# Der Investitionsbedarf für Zentralisierung im Saarland beläuft sich auf ca. 880 Mio. Euro

## Investitionsbedarf für Zentralisierung

**Neu zu bauende  
Betten:** ca. 1.100

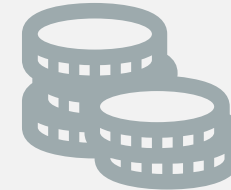
**Benötigte Investitions-  
mittel:** ca. 880 Mio. €



## Transformationsfonds

**Laufzeit:** Zehn Jahre ab 2026

**Volumen<sup>(1)</sup>:** 50 Mrd. €  
Ca. 600 € je Einwohner



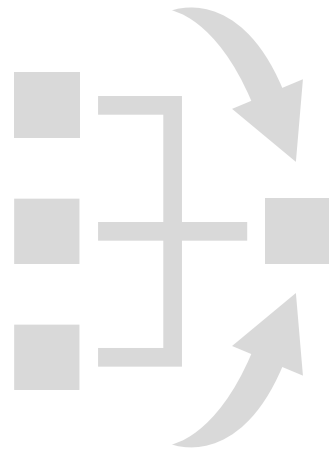
**Anteilig bereitstehende Mittel<sup>(2)</sup>**  
für das Saarland: 600 Mio. €

**Fondsmittel nicht ausreichend** für vorgeschlagene Zentralisierungen im Saarland

**Finanzierungslücke** von rund **300 Mio. €**

(1) Zur Hälfte von Ländern kofinanziert  
(2) Mittel anteilig nach Bevölkerung im Saarland  
Quelle: hcb

## Beispiel für eine potenzielle Zusammenlegung von Standorten im Saarland



Diakonie-Klinikum  
**Neunkirchen** und  
Marienhausklinik St. Josef  
**Kohlhof**



# hcb

Vielen Dank!



hcb GmbH

Friedrich-Ebert-Str. 55

45127 Essen

Deutschland



+49 (0)201 / 29 39 3000



info@hcb-institute.de



hcb-institute.de



hcb GmbH