

# Krankenhäuser zukunftsfähig planen und bauen

## Einflussfaktor Ambulantisierung und die aktuelle Dynamik im Gesundheitsmarkt

Die fortschreitende Ambulantisierung stellt Krankenhäuser deutschlandweit aktuell nicht nur im täglichen Betrieb und in der tagtäglichen Patientensteuerung und -behandlung vor große Herausforderungen. Auch die baulichen Strukturen und die gesamte Infrastruktur der Krankenhäuser sind auf die künftigen ambulanten Bedarfe auszurichten.

Geht man davon aus, dass das im März 2022 durch das IGES-Institut veröffentlichte Gutachten zum ambulanten Potenzial in den kommenden zwei bis drei Jahren stufenweise umgesetzt wird, unter anderem durch eine entsprechende Erweiterung und Anpassung des AOP-Katalogs, dann sind künftig bis zu 30 % der heute noch stationären Fälle ambulant zu behandeln. Je nach Fachabteilung und Krankenhaus beträgt das ambulante Fallpotenzial vereinzelt auch bis zu 80 % der stationären Fälle (zum Beispiel HNO, Dermatologie), wie in ► **Abbildung 1** beispielhaft dargestellt.

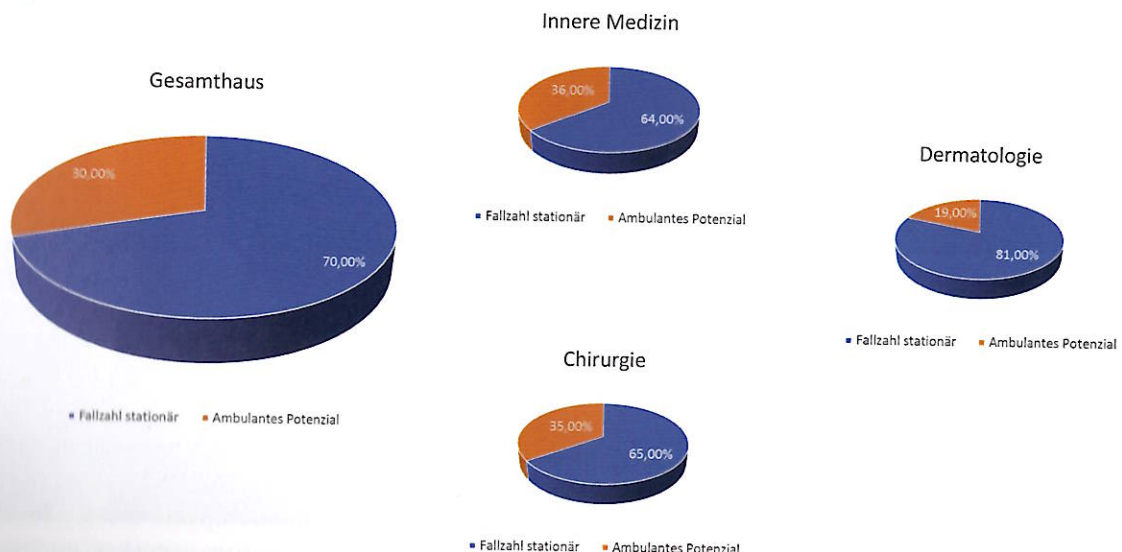
Aber nicht nur die Ambulantisierung stellt die Krankenhäuser derzeit vor große Herausforderungen und beeinflusst künftige Planungen von Fallzahlen, Ka-

pazitäten, Erlösen und Kosten sowie Investitionen und Bauprojekten. Hinzu kommt der aktuelle Mangel an Fachpersonal insbesondere in der Pflege, welcher durch die geltende Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) noch verschärft wurde und der in den meisten Krankenhäusern im Jahr 2022 zu massiven Bettensperrungen und Stationsschließungen geführt hat. Das Leistungsniveau vieler Krankenhäuser in Deutschland ist im Jahr 2022 um 20 bis 30 % unter dem Niveau des Jahres 2019 zurückgeblieben – obwohl laut Stellenplan der Krankenhäuser in der Regel deutlich mehr Pflegepersonal vorhanden war als 2019. Die Betten konnten aber oftmals wegen der geltenden PpUGV, gepaart mit einem unter anderem pandemiebedingt hohen Krankenstand, trotz gesteigerter Anzahl an Pflegekräften nicht im selben Umfang wie 2019 betrieben werden. In der Folge explodieren die Personalkosten derzeit vielerorts, während das Leistungsniveau abfällt. Auch die Sachkosten unterliegen derzeit unter anderem durch die Energiepreiskrise sowie steigende Logistik- sowie Instand-

haltungs- und Baukosten einer hohen Steigerungsrate. Die Schere zwischen Kosten und Leistungen wird immer größer. Dieser Zustand ist nicht nur für das einzelne Krankenhaus, sondern auch für das deutsche Gesundheitssystem insgesamt nahezu nicht mehr tragbar.

Während daher nun Politik und Expertengremien auf Bundesebene bemüht sind, notwendige Struktur- und Finanzreformen für das stationäre Kerngeschäft zu entwickeln („DRG-Reform“), wird parallel die Ambulantisierung von Leistungen im Gesundheitswesen auf Bundesebene forciert. An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Ambulantisierung nicht das Fachkräfteproblem lösen wird, denn qualifizierte Fachkräfte sind im ambulanten Bereich ebenso rar wie im stationären Bereich. Auch unterscheidet sich das Berufsbild und die Vergütung der Pflegefachkraft grundlegend von dem der medizinischen Fachangestellten, sodass beide Berufsgruppen nur eingeschränkt in dem jeweils anderen Sektor einsetzbar sind. Im komplexen Geflecht aus Covid-19-Pandemie, Pflegepersonaluntergrenzen-

Abbildung 1: Ambulantes Fallpotenzial (Beispiel-Krankenhaus)



**Abbildung 2: Verzahnung (Ambulanz-)Strategie und Bauliche Planung**



verordnung, Fachkräftemangel, Krankenhausstruktur- und Finanzreform, Personal- und Sachkostensteigerungen und Ambulantisierung lässt sich schnell der Überblick für den einzelnen Akteur auf Krankenhausebene verlieren. Nur eines steht fest: Die Herausforderungen sind groß, es müssen Kosten eingespart und Kräfte gebündelt werden, da sind sich Politik und Krankenhausvertreter einig.

Allzu nahe liegen daher Überlegungen der Krankenhausträger und -manager, mit einem Krankenhausneu- oder umbau die strukturellen Voraussetzungen für ein zukunftsfähiges Krankenhaus zu schaffen und Krankenhausfusionen sowie Standortzentrierungen voranzutreiben. Bekannte Beispiele für solche Standortfusionen im kommunalen Bereich sind zurzeit die Krankenhausbauprojekte in Lörrach und Diepholz, die durch die ENDERA-Gruppe begleitet werden.

### Handlungsempfehlung für die bauliche Planung (Phasen)

Um Krankenhäuser zukunftsfähig planen und bauen und auch der fortschreitenden Ambulantisierung entsprechend Rechnung tragen zu können, sind im Regelfall folgende Planungsphasen zu durchlaufen:

- Phase 1: Medizinstrategie und Kapazitätsplanung
- Phase 1a: Medizinstrategie stationär

- Phase 1b: Medizinstrategie ambulant
- Phase 2: Betriebsorganisation und Prozesse
- Phase 3: Bauliche Planung
- Phase 4: Finanz- und Businessplanung

► **Abbildung 2** veranschaulicht, wie die Planungsphasen aufeinander aufbauen, aber auch in Wechselwirkung zueinander stehen:

In Phase 1 gilt es, zunächst eine medizinische Strategie für das jeweilige Krankenhaus zu erarbeiten bzw. die bestehende medizinische Strategie kritisch zu reflektieren. Neben den klassischen Faktoren, wie zum Beispiel Markt, Wettbewerb, Demografie, Morbidität, und rechtlichen Rahmenbedingungen – wie Mindestmengen und andere Mindestvoraussetzungen – sind die ambulanten Potenziale der stationären Fachabteilungen zu bewerten und für die Zukunft zu prognostizieren. Es ist ein Szenario zu entwickeln, das definiert, welche der aktuellen stationären Fälle zukünftig weiterhin stationär und welche ambulant erbracht werden. Auch ist für jeden stationären Fachbereich die Frage zu beantworten, ob die im Zuge der Ambulantisierung verlorenen Fälle stationär wieder „aufgefüllt“ werden können – unter anderem durch längere Verweildauern aufgrund höherer Komplexität der stationären Fälle oder entsprechende Entwicklungen in Demografie und Morbidität, aber auch durch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – oder ob ein „Gesundchrumpfen“ des jeweiligen stationären Fachbereichs ggf. die sinnvollere Strategie ist.

Bei der Entwicklung einer zukunftsfähigen Medizinstrategie ist neben der Frage der Ambulantisierung insbesondere auch die geplante DRG-Reform und deren Auswirkungen auf das stationäre Leistungsportfolio zu berücksichtigen. In der Summe werden diese beiden grundlegenden Entwicklungen – Ambulantisierung und DRG-Reform – für viele und insbesondere für kleinere Krankenhäuser gravierend bis existenzbedrohend sein. Es gilt daher, frühzeitig tragfähige Konzepte und Zukunftsstrategien zu entwickeln.

Im Ergebnis der medizinischen Strategie steht eine Kapazitätsplanung, das heißt eine Prognose der künftigen stationären Fallzahlen und Belegungstage je Fachbereich und daraus abgeleitet eine Planung des künftigen stationären Bettenbedarfs. Die ambulanten Potenziale sind hier entsprechend als Minderungsfaktor zu berücksichtigen.

Ebenso erfolgt für die ambulanten Bereiche eine Prognose der künftigen Fallzahlen, weitmöglich gegliedert nach Ambulanzen, einschließlich konkreter Beschreibung des jeweiligen Leistungsspektrums.

Die Ambulantisierungsstrategie umfasst auch die Planung von Art und Umfang der Ambulanzen, das heißt zum Beispiel Krankenhausambulanzen wie Ermächtigungen, ASV-Ambulanzen oder AOP (Ambulantes Operieren) sowie die Planung von MVZ- bzw. Kassenarztsitzen. Basis für die Fallzahlprognosen der Ambulanzen bilden die IST-Kapazitäten und Fallzahlen sowie die aufgrund der zu erwartenden Ambulantisierung künftig angestrebten Leistungsschwerpunkte, Kapazitäten und Fälle.

Auch die Rollenteilung zwischen stationärem Krankenhausbetrieb und Ambulanzen ist in den Eckpunkten zu definieren, dies gilt nicht nur für ambulante Operationen, sondern für jegliche Sprechstunden, die in stationären oder ambulanten Strukturen durchgeführt werden, bis hin zur Rollenteilung mit der Notfallambulanz. In diesem Rahmen ist auch die Frage zu beantworten, ob jeder ambulante Fall in eigenen Strukturen versorgt werden soll oder ob Kriterien entwickelt werden, nach denen die künftige ambulante Patientensteuerung erfolgt.

In Phase 2 gilt es, Betriebsorganisation und Prozesse für die künftig stationären, aber auch ambulanten Fachbereiche in den Grundzügen zu planen, um daraus abgeleitet bauliche Anforderungen zu definieren. Insbesondere die Raum- und Flächenbedarfe sind zu beschreiben, aber auch Raumqualitäten sowie organisatorische Beziehungen von Raumbedarfen untereinander, die in der baulichen Planung dazu führen, dass be-

stimmte Räume zum Beispiel in unmittelbarer Nähe zueinander geplant werden. Auch die Vorgaben des KV-Rechts sind frühzeitig zu beachten, wie zum Beispiel die organisatorische und räumliche Trennung von MVZ-Bereichen und stationärem Krankenhaus.

Auf Basis der entwickelten stationären und ambulanten Medizinstrategie und der Betriebsorganisationsplanung kann sodann in Phase 3 eine bedarfsgerechte und zukunftsfähige bauliche Planung erstellt werden, welche stationäre und ambulante Flächen jeweils getrennt ausweist und kennzeichnet. Auf dieser Basis ist dann auch eine erste Bewertung der voraussichtlichen baulichen Kosten möglich.

In den Phasen 1 bis 3 ist eine kontinuierliche Einbindung und Kommunikation auch mit den verantwortlichen ärztlichen Leitungen der medizinischen Fachabteilungen (Chefärzte) sicherzustellen, um den Gesamterfolg des Konzepts zu sichern.

In Phase 4 ist sodann die Refinanzierbarkeit der voraussichtlichen baulichen Kosten auf Grundlage eines umfassenden Finanzierungs- und Businessplans zu prüfen, welcher auch die in der Medizinstrategie prognostizierten Veränderungen auf Leistungsseite berücksichtigt. Für die Refinanzierung baulicher Kosten und insbesondere für die Möglichkeiten zum Einsatz von Fördermitteln ist es von entscheidender Bedeutung, ob Flächen künftig ambulant oder stationär genutzt werden.

Zu erwartende Baukostensteigerungen, aber auch grundlegende politische Gesundheitsreformen können und müssen – soweit bekannt – stets zu notwendigen Umplanungen und einer Überarbeitung der Finanzierungs- und Businessplanung führen. Die geschilderten Phasen 1 bis 4 sind daher ggf. immer wieder neu zu durchlaufen, wenn sich grundlegende Änderungen der Rahmenbedingungen ergeben. Die Ergebnisse der Planungsphasen sind somit nicht statisch zu sehen, mindestens solange die bauliche Realisierung noch nicht begonnen hat und Anpassungen der baulichen Planung somit noch möglich und vertretbar sind.

### Umsetzung der Ambulantisierungsstrategie

Die Ambulantisierungsstrategie und damit die neue Rollenteilung zwischen stationärem und ambulatem Betrieb sollte und kann nicht erst mit Inbetriebnahme geplanter neuer baulicher Strukturen umgesetzt werden, sondern bereits schrittweise in den bestehenden Strukturen. In welcher Reihenfolge und Geschwindigkeit die Umsetzung erfolgt, ist unter anderem abhängig von gesetzlichen Rahmenbedingungen, der Attraktivität der Vergütung, dem Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes und den Möglichkeiten des Krankenhauses, ambulante Fälle durch entsprechende zusätzliche stationäre Fälle ersetzen zu können.

Insbesondere sollte zeitnah die Etablierung eines ambulanten OP-Zentrums erfolgen (soweit noch nicht vorhanden) sowie die Schaffung wettbewerbsfähiger ambulanter Praxisstrukturen, welche im Bereich AOP und MVZ weitmöglich abgekoppelt von stationären Strukturen betrieben werden.

Wenngleich die Politik durch die Einführung von Hybrid-DRGs und ähnlichem die Vergütung für ambulante Leistungen in einer Übergangsphase relativ attraktiv gestalten will, sollte in der Perspektive davon ausgegangen werden, dass diese Vergütungen wieder auf das übliche EBM-Niveau abgeschmolzen werden. Stationäre Strukturen und Ressourcen sind über solche ambulanten Vergütungssysteme nicht refinanzierbar, es bedarf daher umfassender Anpassungen bis hin zu separaten Ambulanzteams und einem neuen Terminmanagement. Auch bestehende Ambulanzen sollten frühzeitig organisatorisch optimiert und auf das bevorstehende Fallzahlwachstum vorbereitet werden. Darüber hinaus empfiehlt sich ein zentrales Ambulanzmanagement und -controlling, um alle Ambulanzen im jeweiligen Krankenhauskonzern strategisch und wirtschaftlich zentral steuern zu können und einheitliche qualitätsgesicherte Standards in Prozessen und Abläufen – von der Anmeldung bis zur Abrechnung – zu gewährleisten.

Viele Krankenhausambulanzen und Krankenhaus-MVZ sind aktuell noch nicht im Fokus des Krankenhausmanagements, sondern fristen ein „Schattendasein“. Die Organisation wird oftmals der jeweiligen Fachabteilung des Krankenhauses oder den jeweils ambulant tätigen Ärzten überlassen. Dementsprechend finden sich in diesen Ambulanzen stationäre Prozesse und Kostenstrukturen wieder, die Deckungsbeiträge – die oftmals noch nicht einmal bekannt sind – sind in der Regel hoch defizitär, die Organisation der Ambulanzen lässt keine Fallzahlsteigerung vergleichbar einer niedergelassenen Praxis zu. Es wäre ein hohes Risiko, solche defizitären und unzureichend organisierten Ambulanzen wachsen zu lassen. Vor dem Wachstum sollte zwingend eine Konsolidierung und Neuordnung der bestehenden Strukturen stehen – von der Leistungsstrategie und den Schwerpunkten des einzelnen Arztes über die Organisation und Abrechnung der Leistungen bis hin zu den Steuerungs- und Controllinginstrumenten. Es ist unabdingbar, entsprechende Kompetenzen auf Management-Ebene anzusiedeln und spezialisiertes Know-how aufzubauen.

### Zusammenfassung

Die Ambulantisierung stellt Krankenhäuser deutschlandweit vor große Herausforderungen und ist mitentscheidend für die Existenzsicherung. Die Auswirkungen der Ambulantisierung müssen frühzeitig in Neu- und Umbauplanungen berücksichtigt werden. Auf Basis einer zukunftsgerichteten stationären und ambulanten Medizinstrategie sind Räume, Kapazitäten und Prozesse an das künftige stationäre und ambulante Leistungsgeschehen anzupassen. Darüber hinaus ist eine Finanz- und Businessplanung zu erstellen, welche im Ziel die wirtschaftliche Tragfähigkeit des entwickelten Gesamtkonzepts aufzeigt.

### Anschrift der Verfasserin

Stephanie Dreher, Leitung MVZ- und Praxismanagement, Prokuristin ENDERA Interim-Management GmbH, Wilhelmstraße 26, 53721 Siegburg, [www.endera-gruppe.de](http://www.endera-gruppe.de)