

ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER MACHBARKEITSSTUDIE STUFE I ZUR ERRICHTUNG UND BETRIEB EINES GEMEINSAMEN ZENTRALKRANKENHAUSES - NUR FÜR DEN INTERNEN GEBRAUCH -

Die Machbarkeitsstudie Stufe I zur Errichtung und Inbetriebnahme eines gemeinsamen Zentralkrankenhauses des Landkreises Aurich und der Stadt Emden hatte zum Ziel, die Vorteilhaftigkeit und Tragfähigkeit der definierten Standortszenarien zu testen. Insgesamt wurden im Verlauf des Beratungsprozesses drei Grundscenarien definiert (siehe Tabelle). Dabei wurden von den Krankenhäusern die relevanten Daten und Informationen an die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft übermittelt. Die Validierungen und Analysen zur Machbarkeitsstudie Stufe I wurden dann von der BDO vorgenommen.

	Szenario 1	Szenario 2a	Szenario 2b
Zentralisierung an einem neuen Standort		Somatik und Psychiatrie	Somatik
Beibehaltung an den bestehenden Standorten	Somatik an drei Standorten (Aurich, Emden, Norden) und Psychiatrie an zwei Standorten (Emden, Norden)		Psychiatrie an zwei Standorten (Emden, Norden)

Allen drei Szenarien liegt die Prämisse einer fusionierten Einheitsgesellschaft zugrunde. Die Konzentration von Leistungen an einem neuen zentralen Standort (Szenarien 2a und 2b) bedingt allein aus organisatorischen Gründen eine fusionierte Einheitsgesellschaft. Bei Beibehaltung der drei Standorte wurde von Beginn an unterstellt, dass eine fusionierte Einheitsgesellschaft positiven Einfluss auf das Leistungs- und Wirtschaftsgeschehen hat und somit der Fortschreibung des Status quo überlegen ist. Insofern wurde seitens des Auftraggebers auf eine Berechnung des Status quo-Szenarios (3 Standorte bei weiterhin zwei konkurrierenden Gesellschaften) verzichtet.

Die Vorteilhaftigkeit und Tragfähigkeit der o. g. Szenarien wurde unter folgenden Gesichtspunkten analysiert:

- Vorteilhaftigkeit des Medizinkonzepts
- Vorteilhaftigkeit bezogen auf die Wirtschaftlichkeitseffekte
- Vorteilhaftigkeit und Tragfähigkeit hinsichtlich der Finanzplanung

Gesamtfazit

Die Analyseergebnisse der Machbarkeitsstudie Stufe I zeigen dabei bezogen auf alle o. g. Gesichtspunkte eindeutig die Vorteilhaftigkeit des Zentralkrankenhauses (Szenarien 2a und 2b) gegenüber dem Drei-Standort-Konzept (Szenario 1). Die wirtschaftliche Tragfähigkeit des Zentralkrankenhauses (Szenarien 2a und 2b) ist unter den definierten Prämissen aus heutiger Sicht als überwiegend wahrscheinlich zu bezeichnen. Wesentliche Voraussetzung ist zum einen eine adäquate Förderung des Zentralkrankenhauses durch das Land Niedersachsen sowie die Realisierung der aufgezeigten Wirtschaftlichkeitseffekte durch die Organe der neuen Gesellschaft. Somit kann durch die Errichtung und Inbetriebnahme eines Zentralkrankenhauses ein zuschuss- und defizitfreier Betrieb ermöglicht werden.

Die Frage, ob auch die Psychiatrie an einem neuen Standort zentralisiert werden soll oder nicht, kann aus heutiger Sicht noch offen gehalten werden. Das Szenario 2b (Zentralkrankenhaus für die Somatik und Beibehaltung der psychiatrischen Standorte in Emden und Norden) hat aufgrund des geringeren Investitionsvolumens wirtschaftlich gesehen leichte Vorteile, während das Szenario 2a (Zentralisierung der Somatik und der Psychiatrie) leichte Vorteile im Medizinkonzept aufweist. Die Frage der Zentralisierung der Psychiatrie dürfte auch im Wesentlichen von der grundsätzlichen Auffassung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung abhängen.

Sogar die Gegenüberstellung der best-case Berechnung des Drei-Standort-Konzeptes mit den worst-case Berechnungen aus Szenario 2a und 2b zeigt einen klaren Unterschied im Hinblick auf die Tragfähigkeit zugunsten des Zentralkrankenhauses. Somit gibt es gemäß unseren Analysen keine Konstellation in der das Drei-Standort-Konzept dem Zentralkrankenhaus überlegen bzw. annähernd gleichwertig ist. Auch unter Einbeziehung des eher unwahrscheinlichen Risikos, dass es für die drei derzeit betriebenen Standorte keinerlei Nachnutzung geben wird, ist das Ein-Standort-Konzept dem Szenario 1 überlegen. Das Drei-Standort-Konzept wird auf Sicht bezogen auf das Medizinkonzept mit zum Teil grundlegenden qualitativen Problemen behaftet und wirtschaftlich nicht mehr tragbar sein, da die Defizite zunehmend ansteigen werden.

Auch bezogen auf zusätzliche Entscheidungskriterien, wie z. B. die Erreichbarkeit des Krankenhauses im Einzugsgebiet, Versorgungsqualität in den Städten mit medizinischen Grundleistungen etc., ergibt sich für das Zentralkrankenhaus kein entscheidungsrelevanter Nachteil gegenüber dem Drei-Standort-Konzept. Die Notfallversorgung bleibt weiterhin auf hohem Niveau, da sowohl Rettungsdienst, niedergelassene Ärzte und das Krankenhaus diese sicherstellen.

Insofern zeigt die Machbarkeitsstudie Stufe I nicht nur die eindeutige Vorteilhaftigkeit des Zentralkrankenhauses in jeglicher entscheidungsrelevanter Hinsicht, sondern auch, dass es für die Beibehaltung der drei Standorte kein nachhaltiges medizinisches und vor allem wirtschaftliches Konzept gibt.

Erwähnt werden muss an dieser Stelle, dass der wirtschaftliche Erfolg des Zentralkrankenhauses eigens hergestellt werden muss und nicht garantiert werden kann. Die Errichtung und Inbetriebnahme eines Zentralkrankenhauses ist eine große Managementherausforderung für alle Organe der neuen Gesellschaft. Zum einen bedeutet dies, dass die neue Gesellschaft in der Lage sein muss, wirtschaftlich und unternehmerisch handeln zu

können, natürlich unter Beachtung kommunaler Besonderheiten. Zum anderen muss sichergestellt werden, dass die neue Gesellschaft nicht allein die Lasten der Vergangenheit schultern muss.

Das nachfolgende Schaubild fasst die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie Stufe I grafisch im Sinne einer qualitativen Skalierung gemäß der Ampelfarbensystematik zusammen. Die einzelnen Gesichtspunkte werden anschließend kurz mit ihren wesentlichen Ergebnissen erläutert.

Kriterium	Szenario 1	Szenario 2a	Szenario 2b
Medizinkonzept			
Wirtschaftlichkeit			
Tragfähigkeit			
Zusätzliche Entscheidungskriterien			

Medizinkonzept

Die Vorteile des Drei-Standort-Konzepts (Szenario 1) beschränken sich bezogen auf das Medizinkonzept auf die sehr gute Erreichbarkeit eines Krankenhauses im Einzugsgebiet. Demgegenüber stehen teilweise relevante Einschränkungen. Zum einen ist aufgrund des nahezu identischen Leistungsangebotes der drei Standorte (jeweils Grund- und Regelversorgung) und der Tatsache, dass keine vereinheitlichte Institutskennzeichen-Nummer auch bei einer Fusion zugeteilt wird, das Medizinkonzept nahezu fixiert. Somit können kaum zusätzliche Leistungen angebunden werden. Aufgrund der räumlichen Trennung wird eine Schwerpunkt- und/oder Zentrenbildung wesentlich erschwert sein. Zum anderen ist in Teilbereichen absehbar, dass es aus Sicht der medizinischen Qualität voraussichtlich Problemfelder geben wird. Demografiebedingt werden z. B. die Fachabteilungen Geburtshilfe und auch die Pädiatrie an den bestehenden Standorten derart schrumpfen, dass die medizinische Qualität kaum gewährt bzw. die notwendige Anzahl an Fachärzten auch nicht bereit gestellt werden kann. Das Gesamtkonstrukt - drei Standorte der Grund- und Regelversorgung - gewinnt durch eine Fusion auch nicht an Attraktivität, so dass der Fachkräftemangel sich voraussichtlich verschärfend auswirken wird. Ferner ist noch anzuführen, dass bei Beibehaltung der drei Standorte weiterhin ein indirekter Wettbewerb zwischen den gleichen Fachabteilungen stattfinden wird, was insgesamt zumindest zu Lasten der Wirtschaftlichkeit geht.

Ein Zentralkrankenhaus hingegen kann in die Lage versetzt werden, dass ein innovatives Medizinkonzept etabliert wird. Zusätzliche Schwerpunkte und eine erleichterte Zentrenbildung erhöhen das Qualitätsniveau, so dass das neue Krankenhaus auch bezogen auf die Pläne der Bundesregierung, die Qualität der Leistungen mit der Vergütung dieser zu verknüpfen (Pay for Performance), gut aufgestellt ist. Mit neuen Schwerpunkten und Zentren ist das Zentralkrankenhaus zunehmend attraktiver für Fachkräfte. Darüber hinaus kann bei der Konzeptionierung bereits berücksichtigt werden, dass das Zentralkrankenhaus auch im ambulanten Bereich Leistungen übernehmen kann, welche aufgrund der allge-

meinen Überalterungsproblematik bei den niedergelassenen Vertragsärzten durch die Kassenärztliche Vereinigung ggf. zukünftig nicht mehr sichergestellt werden können. Das Zentralkrankenhaus kann damit drohende Versorgungslücken im ambulanten Sektor besser auffangen. Eine Einschränkung ergibt sich bezogen auf das Medizinkonzept einzig hinsichtlich der Erreichbarkeit innerhalb des Einzugsgebietes, wobei selbst das Zentralkrankenhaus noch eine gute und sichere Erreichbarkeit abbildet.

Aus Sicht der Notfallversorgung und somit der wohnortnahen Versorgungsqualität vor allem in den Städten ergibt sich keine wesentliche Änderung. Das Rettungsdienstnetzwerk ist als sehr gut zu bezeichnen und wird sich durch das Zentralkrankenhaus nicht verändern. Die bestehenden Facharztzentren in den Städten verbleiben auch bei der Inbetriebnahme des Zentralkrankenhauses an den derzeitigen Örtlichkeiten und stellen tagsüber einen Anlaufpunkt für ambulante und mobile Patienten dar. Lediglich aus Sicht der Patienten, die durch das ambulante Netzwerk vor Ort nicht versorgt werden können, erhöht sich die Fahrtzeit zum Krankenhaus um ca. 10 bis 15 Minuten je nach Startpunkt. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um labile oder schwerverletzte/-erkrankte Patienten, da diese weiterhin durch den Rettungsdienst versorgt werden.

Insofern kann aus Sicht der Möglichkeiten und Grenzen des Medizinkonzepts eindeutig die Vorteilhaftigkeit des Zentralkrankenhauses in allen entscheidungsrelevanten Aspekten dargestellt werden. Die qualitativen Chancen und die wesentlich besseren Zukunftsperspektiven rechtfertigen unseres Erachtens das im Gegensatz zum Drei-Standort-Konzept etwas eingegrenztere Einzugsgebiet. Eine Versorgungslücke entsteht durch das insgesamt kleinere Einzugsgebiet nicht, da umliegende andere Krankenhäuser gut erreichbar sind.

Wirtschaftlichkeitseffekte

Die potenziellen Wirtschaftlichkeitseffekte einer Fusion bei Beibehaltung des Drei-Standort-Konzepts sind in Summe nicht annähernd ausreichend, damit das derzeitige jährliche Defizit auf Basis des Jahres 2012 (Anmerkung: 2013 zum Zeitpunkt der Analyse noch nicht testiert) kompensiert werden kann. Entsprechend ist kein wirtschaftlicher Betrieb sichtbar. Die identifizierten Einsparpotenziale beschränken sich dabei auf die Sekundär- und Tertiärbereiche der Häuser. Aufgrund des fixierten Medizinkonzepts können in den medizinisch-pflegerischen Primärbereichen keine nennenswerten Potenziale erschlossen werden. Bestehende Mindestbesetzungsprobleme können bei Erhalt aller Standorte nicht aufgelöst werden und die Problematik wird durch die Demografie tendenziell verschärft. Hinzu kommt, dass die identifizierten Einsparpotenziale nicht ohne weiteres realisiert werden können. Teilweise müssten hierfür bestehende Betriebsvereinbarungen verändert werden (z. B. bei Outsourcingvorhaben). Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit bietet das Szenario 1 somit keine Perspektive.

Anders gestalten sich die Möglichkeiten unter der Bedingung eines Zentralkrankenhauses. Relevant ist vor allem die Zentralisierung der somatischen Fachabteilungen. Insofern gelten die weiteren Ausführungen analog für die Szenarien 2a und 2b. Die Konzentration der somatischen Fachabteilungen an einem neuen Standort macht maßgebliche Wirtschaftlichkeitseffekte in den medizinisch-pflegerischen Primärbereichen möglich. Die Kapazitäten werden gebündelt. Durch die bessere Auslastung der Kapazitäten verringern sich die

Vorhaltekosten. Mindestbesetzungen werden größtenteils verhindert oder minimiert. Das Zentralkrankenhaus ermöglicht im Gegensatz zum Drei-Standort-Konzept eine wesentliche Optimierung des „Kerngeschäftes“ - der Medizin. Die Investitionen ermöglichen Strukturoptimierungen und damit Einsparungen, die deutlich höher sind als die der Sekundär- und Tertiärbereiche aus Szenario 1. Die dort identifizierten Einsparpotenziale werden auch im Szenario 2 relevant und summieren sich somit. Insgesamt entsteht ein Einsparpotenzial, welches voraussichtlich das Defizit (auf Basis des Jahres 2012) kompensiert und den Kapitaldienst für die eigenfinanzierten Investitionen für das Zentralkrankenhaus tragen kann. Die nachhaltige Sicherung des Geschäftsbetriebs scheint durch die Investition möglich zu werden. Ferner ändern sich durch die Gründung einer neuen Gesellschaft auch die Rahmenbedingungen. Es ist darauf zu achten, dass die neue Gesellschaft jedoch nicht mit Rahmenbedingungen ausgestattet wird, welche unternehmerisches Handeln und kontinuierlich notwendige Betriebsverbesserungen - die unabhängig vom Neubau notwendig werden - einschränken.

Finanzplanung

Mithilfe der Finanzplanung - basierend auf der Gewinn- und Verlustrechnung - soll aufgezeigt werden, innerhalb welcher Bandbreiten hinsichtlich der relevanten Rahmenbedingungen die Szenarien eine wirtschaftliche Tragfähigkeit zeigen. Zum heutigen Zeitpunkt sind noch viele entscheidende Positionen nicht hinreichend genug konkretisiert. So ist z. B. die Fördermittelhöhe oder die konkrete Investitionssumme noch nicht genau definierbar. Insofern ist derzeit eine integrierte Finanzplanung, welche die Auswirkungen eines Zentralkrankenhauses auf die Ertrags-, Vermögens- und Finanzlage zeigt, weder möglich noch sinnvoll.

Vielmehr ist zu fragen, ob die wirtschaftliche Tragfähigkeit bei der überwiegenden Zahl der getesteten realistischen Subsznarien (z. B. unterschiedliche Fördermittelquoten oder unterschiedliche Höhe der Wirtschaftlichkeitseffekte) gegeben und somit wahrscheinlich ist.

In keinem der als realistisch betrachteten Subsznarien wird für das Drei-Standort-Konzept ein positiver Jahresüberschuss über alle Jahre des Planungszeitraums (2014 bis 2031) erzielt. Ein zuschuss- und defizitfreier Betrieb ist nicht ersichtlich. Die Investitionsfähigkeit wird zu keinem Zeitpunkt erreicht. Dennoch müssen maßgebliche Investitionen zum Substanz- und Strukturertalt innerhalb des Planungszeitraums getätigt werden, ohne dass diese durch betriebsnotwendige Anpassungen refinanziert werden können. Hierdurch wird - in Verbindung mit der zunehmenden Auseinanderentwicklung der Kosten-Erlös-Schere - das Defizit kontinuierlich ansteigen, nachdem die Fusionseffekte verebben und überkompensiert werden. Selbst im best-case Szenario (maximale Realisierung der Wirtschaftlichkeitseffekte) wird kein nachhaltiger Konzeptansatz deutlich. Das Drei-Standorte-Konzept kann somit als nicht tragfähig bezeichnet werden. Über kurz oder lang wird eine Existenzgefährdung eintreten.

Aus heutiger Sicht ist die wirtschaftliche Tragfähigkeit für das Szenario 2 (a und b) als überwiegend wahrscheinlich anzusehen. Die Simulationen zeigen, dass in den meisten getesteten Szenarien ein defizit- und zuschussfreier Betrieb ermöglicht werden kann. Fer-

ner werden auch in den meisten Subszenarios Überschüsse erzielt, damit die Investitionsfähigkeit nachhaltig erhalten bleibt. Die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit des Geschäftsbetriebes scheint durch dieses Konzept somit möglich. Die Subszenarios zeigen jedoch auch, dass das Vorhaben nicht frei von wirtschaftlichen Risiken ist, da z. B. bei einer zu geringen Förderung und/oder einer niedrigen Realisierungsquote bzgl. der Wirtschaftlichkeitseffekte ebenfalls negative Jahresergebnisse nach Inbetriebnahme auftreten werden. Jedoch sind die wirtschaftlichen Risiken im worst-case Szenario des Ein-Standort-Konzeptes wesentlich niedriger als im best-case Szenario des Drei-Standorte-Konzeptes.

Köln, 11. Juli 2014