



Insgesamt:

Augenheilkunde	7
Allgemeine Chirurgie	33
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28
Augen-, Nasen-, Ohren- heilkunde	16
Interne Medizin	32
Pathologie	15
Pädiatrie	331
Zahn- und Kiefer- heilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	10.213
Neurochirurgie	7
Neurologie	8
Orthopädie	1.484
Urologie	18
24	44

Stefan Loos, Maximilian Würz

Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein Stand und Perspektiven

Ein Gutachten für die Friedrich-Ebert-Stiftung

Stefan Loos, Maximilian Würz

Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein

Stand und Perspektiven

Ein Gutachten für die Friedrich-Ebert-Stiftung

1. Einleitung	4
2. Die gegenwärtige Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein	5
2.1 Eckdaten zur Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein	5
2.2 Geburtskliniken in Schleswig-Holstein	15
3. Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein	20
4. Fazit	23
4.1 Aktuelle Situation und Krankenhausplanung	23
4.2 Bestehender Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen	25
5. Anhang	27
A1 Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland	27
A2 Fachabteilungen der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein	28
A3 Krankenhäuser in Schleswig-Holstein mit mehr als 10.000 vollstationären Fällen	29
A4 Geburten in den Geburtskliniken in Schleswig-Holstein (2018–2022)	30
Abbildungen / Diagramme	31
Literaturverzeichnis	32
Die Autoren	34

1. Einleitung

Die Krankenhausversorgung ist Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Ihre Zukunft prägt aktuell die öffentliche und fachpolitische Diskussion auf allen Ebenen: Bund, Länder und Kommunen. Zentrale Themen sind die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und ihre Finanzierung, die Erreichbarkeit und Qualität der Leistungserbringung, der Trend hin zu einer ambulanten Behandlung („Ambulantisierung“) und sektorenübergreifende Versorgung sowie der Mangel an Fachkräften: All diese Faktoren und die gegenwärtigen Reformüberlegungen auf Bundesebene lassen eine weitere Konzentration der Krankenhausversorgung erwarten.

Aber auch ein Blick in die rechtlichen Grundlagen der Krankenhausversorgung zeigt, dass mit der Krankenhausversorgung viele, teilweise zueinander im Widerspruch stehende Ziele gleichzeitig verfolgt wurden und werden:

- Das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)), dem alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, bestimmt, dass die Krankenhausversorgung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss und die Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.
- Gemäß § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) soll die Krankenhausversorgung qualitativ hochwertig, patienten- und bedarfsgerecht sein, durch leistungsfähige, digital ausgestattete, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser erfolgen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen.
- Auch § 1 des Krankenhausgesetzes für Schleswig-Holstein (LKHG) formuliert als Ziele des Gesetzes, 1. eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Schleswig-Holstein mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen, dabei 2. eine vernetzte, kooperative und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, und schließlich 3. die Patientenrechte zu stärken und die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, die Patientensicherheit zu stärken.

Im Folgenden werden einige dieser Aspekte der Krankenhausversorgung für Schleswig-Holstein überblicksartig beleuchtet, um eine Grundlage für eine Diskussion zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung und der Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein zu schaffen.

2. Die gegenwärtige Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein

2.1. Eckdaten zur Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein

Rückläufige Anzahl an Krankenhausstandorten und wirtschaftliche Schwierigkeiten

In Schleswig-Holstein existierten im Jahr 2021 insgesamt 92 Krankenhäuser. Davon waren 61 Standorte sogenannte allgemeine Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen. Bei den übrigen 31 Krankenhäusern handelte es sich um Krankenhäuser mit einem Schwerpunkt in der psychiatrischen Versorgung sowie um Tages- und Nachtkliniken.¹

Die Anzahl der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein ist – oft bedingt durch Schließungen kleiner Krankenhäuser oder durch Krankenhausfusionen – in den letzten Jahren deutlich gesunken. Von 2017 bis zum Jahr 2021 hat sich die Anzahl an Krankenhäuser um 19 Standorte reduziert.² Zusätzlich stehen einige Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, aktuell auch aufgrund der hohen Inflation (insbesondere bei den Energiepreisen), wirtschaftlich unter massivem Druck und es kam bereits zu einigen Insolvenzfällen in der Kliniklandschaft.³ Die im Jahr 2022 insolvent gegangenen Imland-Kliniken Rendsburg und Eckernförde wurden mittlerweile von einem neuen Eigentümer übernommen.⁴ Das seit Ende 2022 insolvente DIAKO Krankenhaus gGmbH in Flensburg befindet sich derzeit im Sanierungsverfahren.⁵ Daneben hat aktuell das Klinikum Bad Bramstedt ein Schutzschirmverfahren beantragt.⁶

Weitgehend konstante Bettenkapazitäten

Die Bettenkapazität der Krankenhäuser stellt einen wesentlichen Indikator für die Größe der vorgehaltenen Krankenhauskapazitäten dar. In Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2021 in den Krankenhäusern insgesamt 15.882 Betten bzw. 5,4 Betten pro 1.000 Einwohner vorgehalten (Deutschland: 5,8 Betten pro 1.000 Einwohner).⁷ Die Anzahl der insgesamt aufgestellten und betriebsbereiten Betten blieb dabei – trotz des Rückgangs der Anzahl der Krankenhausstandorte – seit dem Jahr 2010 weitgehend konstant, sodass von einer Konzentration der Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein gesprochen werden kann (Abbildung 4).

1 Statistisches Bundesamt (2022).

2 Statistisches Bundesamt (2017–2022).

3 NDR (2022).

4 Die in Insolvenz gegangenen Imland-Kliniken Rendsburg und Eckernförde wurden im April 2023 von der Schön Klinik Gruppe übernommen (NDR (2023a)).

5 NDR (2023b).

6 NDR (2023c).

7 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2022).

Versorgungsstufen: Krankenhäuser mehrheitlich Regelversorger, viele Fachkrankenhäuser

Abhängig von der Anzahl der Fachabteilungen und den Betten werden die allgemeinen Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (wie in einigen anderen Bundesländern auch) derzeit vier Versorgungsstufen zugeordnet: Der begrenzten Regelversorgung als niedrigster Versorgungsstufe, der Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung als höchste Versorgungsstufe. Je höher die Versorgungsstufe, desto umfassender ist das Versorgungsangebot eines Krankenhauses.

Durch den Krankenhausplan von Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2017 wurden

- 8 Krankenhausstandorte der begrenzten Regelversorgung
- 15 Standorte der Regelversorgung,
- 12 Standorte der Schwerpunktversorgung und
- 2 Standorte der Maximalversorgung zugeordnet.

Zusätzlich wurden im Krankenhausplan 44 Fachkrankenhäuser und 19 Standorte mit einer teilstationären Versorgung festgesetzt, die nicht in diese Versorgungsstufensystematik eingeordnet werden können (Abbildung 1).⁸

Abbildung 1

Standorte der Plankrankenhäuser in Schleswig-Holstein, 2017



Quelle: Daten – Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein (2017); Karte – GeoBasis-DE / BKG (2023) (Bundesland SH).

Viele Krankenhäuser nicht Teil der gestuften Notfallversorgung

Seit dem Jahr 2020 gibt es neben den allgemeinen Versorgungsstufen zusätzlich bundesweit ein gestuftes System vom Notfallstufen in Krankenhäusern. Dabei wird im Wesentlichen zwischen folgenden drei Stufen unterschieden:

- Stufe 1: Basisnotfallversorgung,
- Stufe 2: erweiterte Notfallversorgung und
- Stufe 3: umfassende Notfallversorgung.

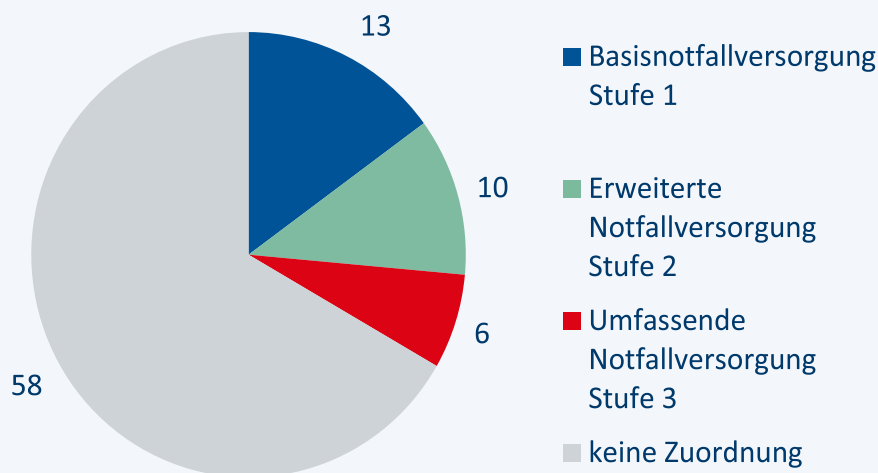
Auch hier gilt, dass das Leistungsangebot in der höchsten Stufe (Stufe 3) am umfassendsten ist. Alle Häuser, die einer Notfallstufe zugeordnet sind, erhalten eine jährliche Zuschlagspauschale im sechsstelligen Euro-Bereich.

Rund zwei Drittel (67 %; 58 Standorte) aller Krankenhausstandorte mit vollstationären Fällen waren im Jahr 2021 noch keiner Notfallstufe zugeordnet (Deutschland insgesamt: 43 %); sie hätten daher wegen ihrer Nichtteilnahme an der gestuften Notfallversorgung grundsätzlich einen Vergütungsabschlag von derzeit 60 € je vollstationärem Fall hinnehmen müssen (Abbildung 2).

Im Jahr 2021 gewährleisteten ausnahmslos öffentliche Krankenhäuser die umfassende Notfallversorgung der Stufe 3: Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein an den Standorten in Lübeck und Kiel, das Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, die Westküstenklinik Heide, das Klinikum Itzehoe und die Imland Klinik Rendsburg.

Abbildung 2

Krankenhausstandorte mit vollstationären Fällen in Schleswig-Holstein nach Notfallstufen, 2021



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser (SQB)⁹.

Gute Erreichbarkeit der Grund- und Notfallversorgung

Angesichts des Rückgangs der Zahl der Krankenhausstandorte ist die räumliche Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein wie in Deutschland insgesamt Gegenstand intensiver Diskussionen. Eindeutige und verbindliche Vorgaben für die Erreichbarkeit von Krankenhäusern gibt es weder in Schleswig-Holstein noch in anderen Bundesländern. Vielfach wird eine Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung innerhalb von 20-30 Minuten als ausreichend erachtet.¹⁰

Die geringe Bevölkerungsdichte (v. a. im Landesteil Schleswig) und die besondere geografische Lage von Schleswig-Holstein (zwei Küsten mit Inseln, eine Grenze zu Dänemark) stellt die Sicherstellung einer gut erreichbaren Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein vor besondere Herausforderungen; zentral sorgt hingegen die Bundesautobahn 7 für eine schnelle Verbindung zwischen den Zentren.

Für Schleswig-Holstein liegen kaum aktuelle, öffentlich verfügbare Daten zur Erreichbarkeit der Grundversorgung vor. Analysen mit dem Stand von 2016 zeigen noch, dass die Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung im Wesentlichen dem Niveau anderer deutscher Flächenländer abseits der großen Ballungsgebiete entsprach: Etwa 78 % der Bevölkerung benötigten damals maximal 15 Minuten, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen, 14 % maximal 20 Minuten und die verbleibenden 8 % mehr als 20 Minuten (Anhang 1).

Einer aktuellen Studie lassen sich Angaben zur Erreichbarkeit der Krankenhäuser der Notfallversorgung Stufe 1 mit Sicherstellungszuschlag, Stufe 2 und Stufe 3 entnehmen.¹¹ Diese ist in Schleswig-Holstein weit überwiegend gut (Abbildung 3).¹² Die Standorte mit den genannten Notfallstufen sind für den Großteil der Bevölkerung innerhalb von maximal 20 Minuten Fahrzeit mit PKW zu erreichen. Krankenhäuser ohne eine ausgewiesene Notfallstufe und solche mit einer Notfallversorgung Stufe 1 ohne Sicherstellungszuschlag wurden bei dieser Analyse nicht berücksichtigt. Ihre Hinzunahme würde die Erreichbarkeit ggf. weiter verbessern.

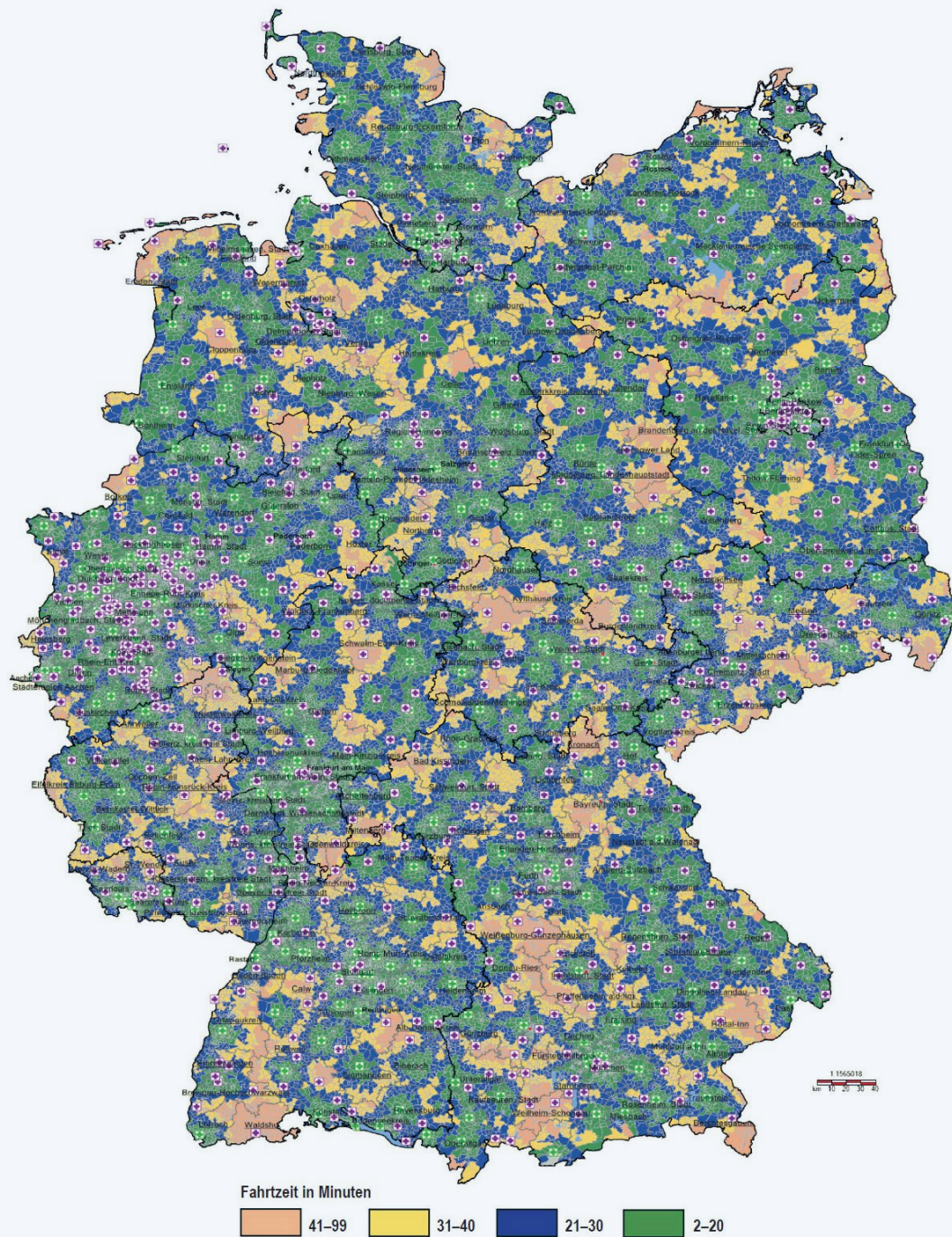
10 Gemäß dem Krankenhausplan NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022)) soll für über 90 % der Bevölkerung ein Krankenhaus der Grundversorgung innerhalb von 20 Autominuten erreichbar sein. Für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen an Grundversorger ist eine Erreichbarkeitsgrenze von 30 Minuten relevant (G-BA (2022)).

11 Karagiannidis C et al. (2023).

12 Die Darstellung der Fahrzeiten in Ostholstein und die Einstufung des Standorts Eutin in die Notfallstufe 1 kann nicht nachvollzogen werden: Das Aneos Krankenhaus in Eutin gehört ausweislich des Qualitätsberichts 2021 (damals noch Sana Krankenhaus) der Notfallstufe 2 an und hätte daher bei den Erreichbarkeitsberechnungen berücksichtigt werden müssen.

Abbildung 3

Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Notfallversorgung Stufe 1 (mit Sicherstellungszuschlag), Stufe 2 und Stufe 3 in Deutschland



Quelle: Karagiannidis C et al. (2023).

Rückläufige Fallzahlen und Krankenhaushäufigkeit

In den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2021 insgesamt 534.095 Patienten stationär behandelt (Abbildung 4). Nach einem deutlichen Anstieg der Patientenzahl Mitte der 2010er Jahre mit einem Höchstwert von 604.528 im Jahr 2016 hat sich die Anzahl der stationär behandelten Patienten vor allem in den Jahren 2020 und 2021¹³ infolge der Corona-Pandemie deutlich reduziert. Im Jahr 2021 wurden knapp 12 % weniger Patienten stationär behandelt als 2016. Im selben Jahr betrug die Krankenhaushäufigkeit 182,8 Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner und lag damit unter dem bundesweiten Durchschnitt von 201,3 Krankenhausfällen je 1.000 Einwohner.¹⁴

Die Krankenhausfälle verteilten sich im Jahr 2021 sehr ungleich auf die Krankenhausstandorte: Die 19 größten Kliniken mit mindestens 10.000 vollstationären Fällen – ein gutes Fünftel aller Klinikstandorte – erbrachten zusammen knapp drei Viertel (rd. 72 %) aller vollstationären Fälle.

Verweildauer meist weniger als eine Woche

Die durchschnittliche Verweildauer der stationär aufgenommen Patienten betrug im Jahr 2021 in den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins 7,7 Tage (Abbildung 4). In den meisten Fachgebieten blieben die Patienten in der Regel weniger als eine Woche im Krankenhaus (in der Augenheilkunde im Mittel sogar nur 2,4 Tage). Lediglich in den psychiatrisch-psychosomatischen Fachabteilungen (30,4 Tage) und in der Geriatrie (15,6 Tage) war die mittlere Verweildauer deutlich höher.¹⁵

Die mittlere Verweildauer ist dabei im Zeitraum 2010 bis 2016 um 0,5 Tage zurückgegangen und seitdem im Wesentlichen konstant geblieben.

Krankenhausbetten vielfach nicht ausgelastet

Ein wesentlicher Indikator für die Bedarfsgerechtigkeit der vorgehaltenen Bettenkapazitäten ist die durchschnittliche Auslastung bzw. der Nutzungsgrad der Betten. Dieser lag im Jahr 2021 in Schleswig-Holstein bei 70,8 % und damit knapp 3 Prozentpunkte über dem bundesweiten Durchschnitt (68,0 %) (Abbildung 4). Er lag allerdings deutlich unter der im Landeskrankenhausplan definierten Sollauslastung, die in den meisten Fachgebieten zwischen 80 % und 95 % liegt; insofern kann von einer Unterauslastung der Krankenhauskapazitäten ausgegangen werden. Allerdings gab es auch deutliche Unterschiede zwischen den Fachgebieten: Während die Auslastung in den psychiatrisch-psychosomatischen Fachabteilungen bei 83,3 % lag, waren es in der Orthopädie nur 51,1 % (Anhang 2).¹⁶

Die Bettenauslastung blieb in den Jahren seit 2010 relativ konstant, und ist erst mit Beginn der Corona-Pandemie und dem damit einhergehenden massiven Fallzahlrückgang deutlich eingebrochen.

13 Daten der AOK zeigen für 2022 einen weiteren deutlichen Rückgang (AOK-Bundesverband (2023)).

14 Statistisches Bundesamt (2022); Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2022).

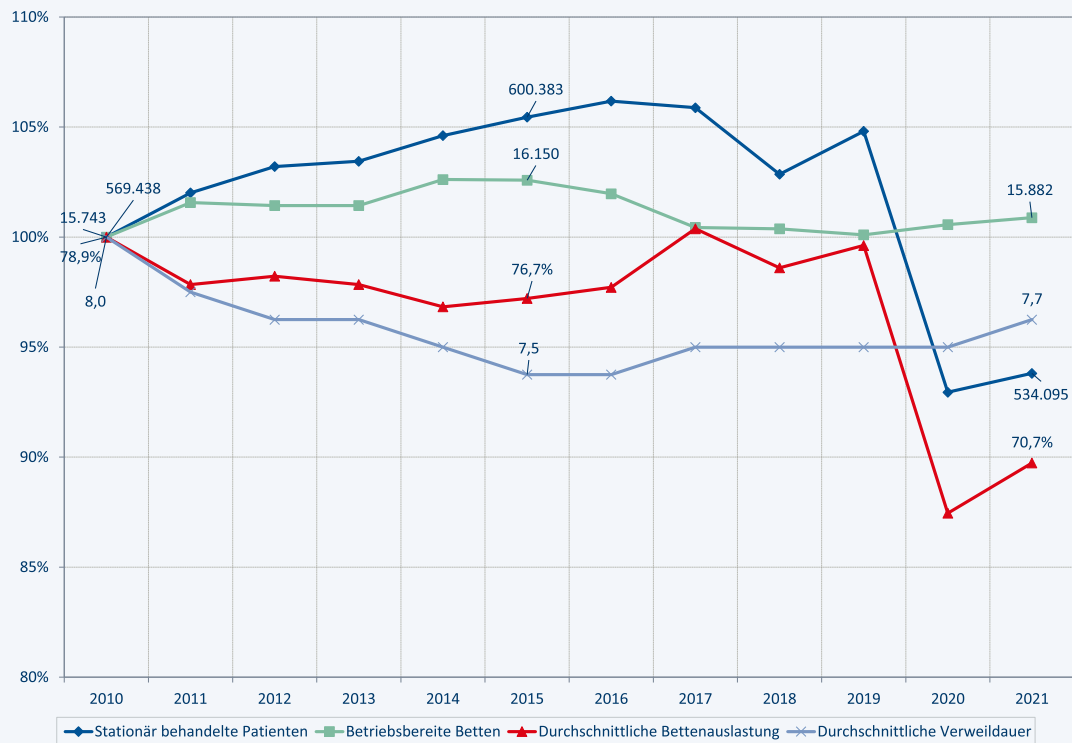
15 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2022).

16 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2022).

Abbildung 4 zeigt zusammenfassend noch einmal die wesentlichen Entwicklungen bei den Eckdaten zur Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein.

Abbildung 4

Anzahl stationäre behandelte Patienten, Anzahl betriebsbereiter Betten, durchschnittliche Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, 2010–2021 (prozentuale Veränderung seit 2010)



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (verschiedene Jahrgänge).

Krankenhäuser häufig in privater Trägerschaft

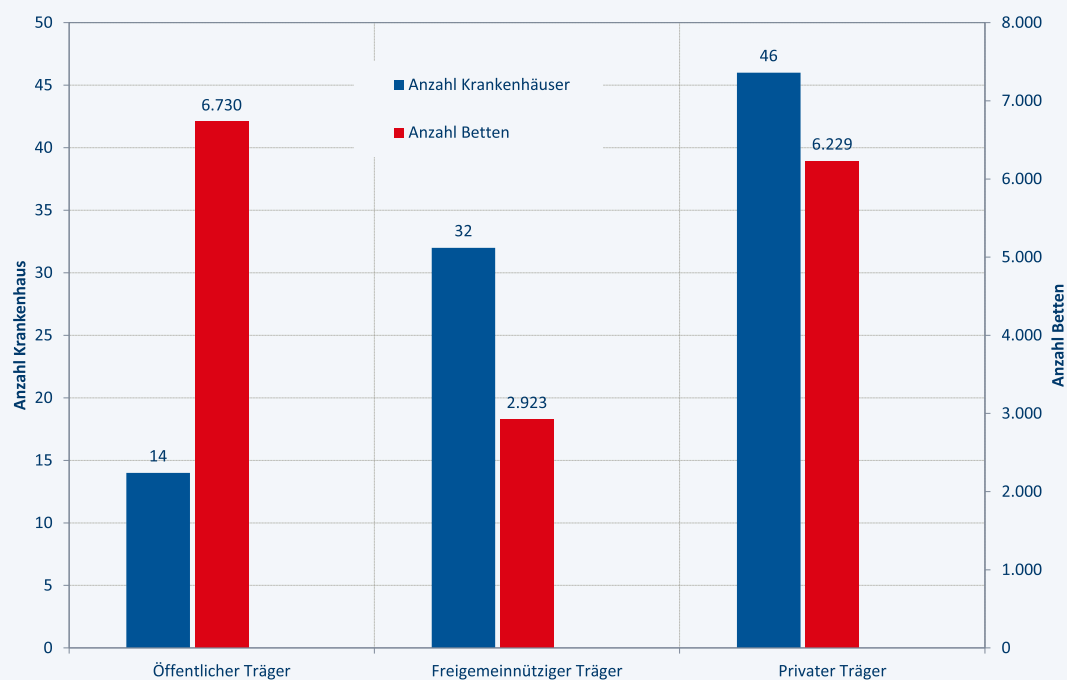
In der öffentlichen Diskussion über die Krankenhausversorgung spielt häufig auch die Trägerschaft der Krankenhäuser eine zentrale Rolle.¹⁷ Dabei ist zu unterscheiden zwischen öffentlichen Trägern (z. B. einer Gebietskörperschaft), freigemeinnützigen Trägern (z. B. einem kirchlichen Träger) und privaten Trägern. In Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2021 nur 14 Krankenhausstandorte (15 % der Krankenhausstandorte; Deutschland: 29 %) von einem öffentlichen Träger betrieben. Private Träger hatten 46 Krankenhäuser (50 % der Krankenhausstandorte; Deutschland: 39 %) und 35 % der Krankenhäuser bzw. 32 Krankenhausstandorte (2018: 38 Krankenhausstandorte) freigemeinnützige (Deutschland: 32 %).¹⁸

Überproportional viele Fälle und Betten in öffentlichen Krankenhäusern

Auch wenn im Jahr 2021 in Schleswig-Holstein nur 14 Krankenhausstandorte von öffentlichen Trägern betrieben wurden, hatten sie mit 6.730 den größten Anteil an den betriebsbereiten Betten (Abbildung 5). Private Träger hielten – trotz der deutlich höheren Anzahl an Krankenhausstandorten – nur 6.229 Betten vor. Deutlich weniger Betten wurden im Vergleich von den freigemeinnützigen Trägern bereitgestellt (2.923 Betten).¹⁹

Abbildung 5

Krankenhäuser in Schleswig-Holstein nach Trägerschaften und Anzahl Betten, 2021



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (2022).

Die Träger der sieben größten Standorte mit mindestens 21.000 vollstationären Fällen sind dabei alle in öffentlicher Trägerschaft, ebenso alle Standorte mit mehr als 600 betriebsbereiten Betten (Anhang 3).

¹⁷ Rößing (2021).

¹⁸ Statistisches Bundesamt (2022).

¹⁹ Statistisches Bundesamt (2022).

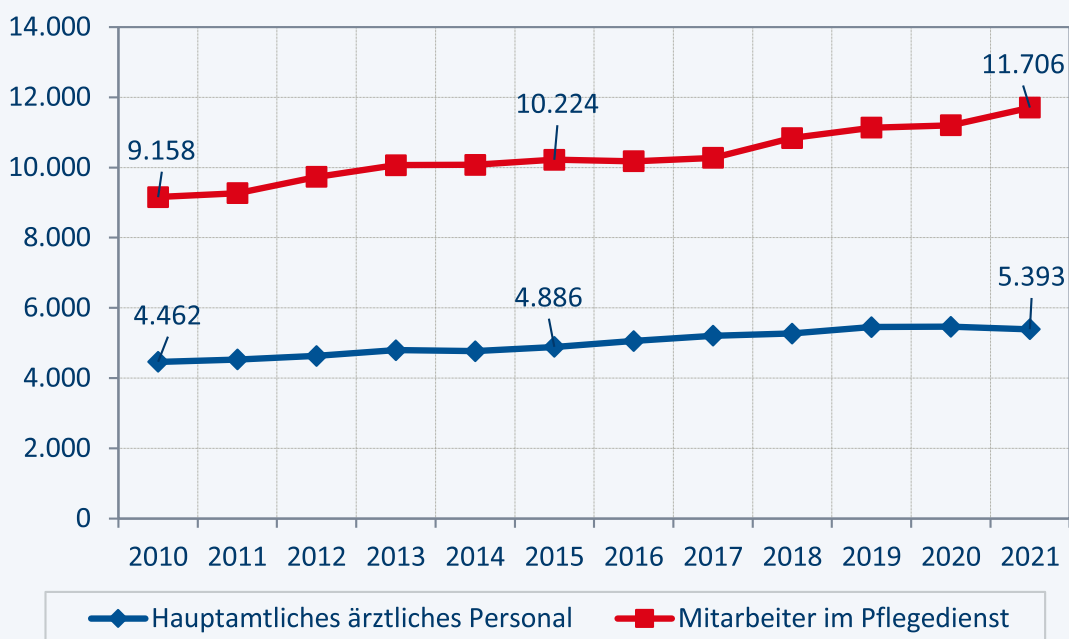
Beschäftigtenzahl in Krankenhäusern gestiegen

Die Beschäftigtenzahl lag in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein im Jahr 2021 bei 40.525 Personen bzw. 29.675 Vollkräften.²⁰ Darunter waren 6.698 Ärzte (5.393 Vollkräfte) und 16.150 Pflegekräfte (11.706 Vollkräfte).

Die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst lag im Jahr 2021 um rund 21 % höher als im Jahr 2010 (Deutschland: 28 %). Die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst ist in demselben Zeitraum um rund 28 % gestiegen (Deutschland: 21 %).²¹

Abbildung 6

Anzahl Vollzeitkräfte im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein in Vollzeitkräfte, 2010–2021



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (verschiedene Jahrgänge).

²⁰ Die Angaben zu den beschäftigten Personen bezieht sich auf den Stichtag 31.12.2001; die Angaben zu den Vollzeitkräften stellen einen Jahresmittelwert dar.

²¹ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (verschiedene Jahrgänge).

Krankenhäuser stark in ambulanter Versorgung engagiert

Die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein wie auch in Deutschland insgesamt sind in erheblichem und zunehmendem Umfang auch in der ambulanten Versorgung tätig. Auf rund 550.000 vollstationäre Fälle kamen im Jahr 2021 rund 1,07 Mio. ambulante Fälle. Allerdings wiesen mehr als ein Viertel aller Klinikstandorte überhaupt keine ambulanten Fälle aus. Die 28 Klinikstandorte mit mindestens 10.000 ambulanten Fällen erbrachten rund 92 % aller ambulanten Fälle.²²

Nur begrenzt Daten zur Qualität der Krankenhausversorgung

Zur Qualität der Krankenhausversorgung (wie auch zur Gesundheitsversorgung insgesamt) in Schleswig-Holstein liegen nur sehr eingeschränkt Auswertungen vor.

Die Landesarbeitsgemeinschaft für einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung in Schleswig-Holstein²³ veröffentlicht anscheinend keine Auswertungen, ebenso wenig das Gesundheitsministerium. Portale wie den Krankenhausspiegel in Thüringen oder in Hamburg gibt es nicht. Daten zur Versorgungsqualität liegen damit primär auf Standort- und Leistungs-/Qualitätsindikatoren-Ebene vor, z. B. in den Krankenhaussuchportalen oder in den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Eine Auswertung dieser Datenquellen ginge allerdings über den Umfang dieses Kurzgutachtens hinaus.

22 G-BA (o. D.).

23 Landesarbeitsgemeinschaft für einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung in Schleswig-Holstein (lag-eqsh.de).

2.2. Geburtskliniken in Schleswig-Holstein

Deutlicher Rückgang bei der Anzahl der Geburtskliniken

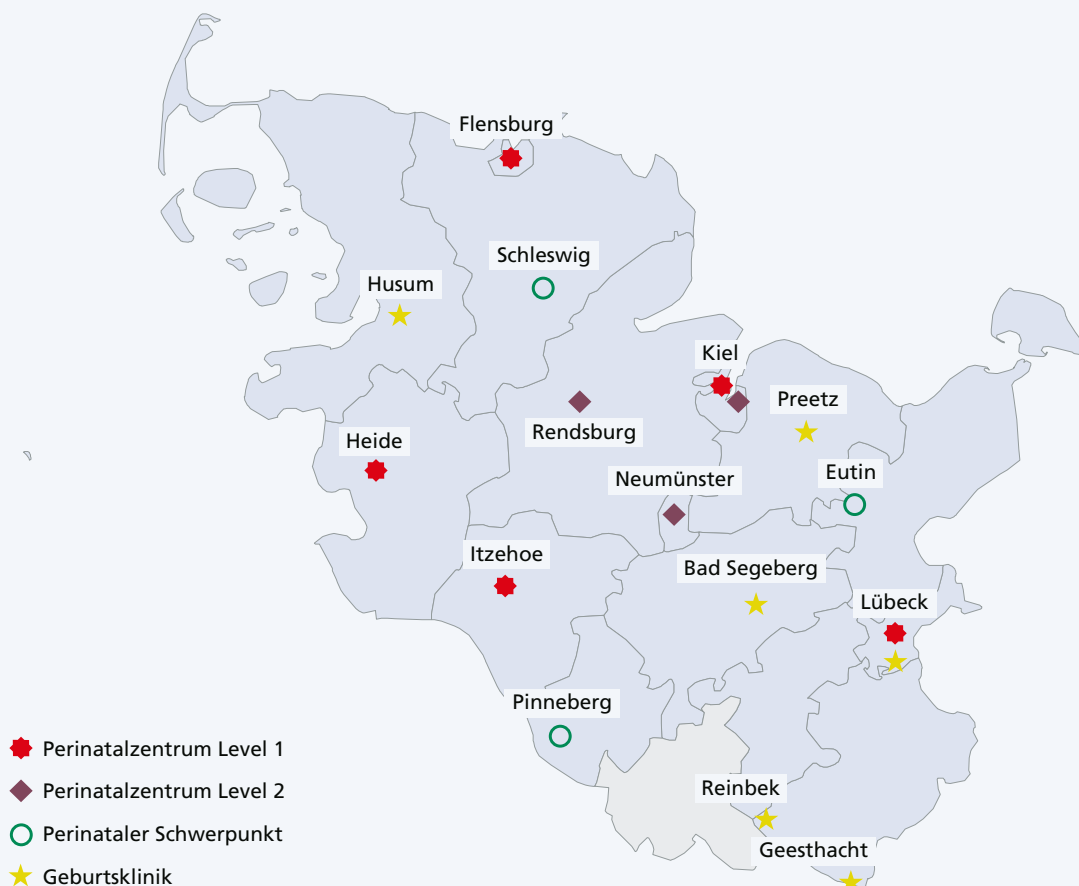
Der Rückgang der Anzahl an Krankenhäusern in Schleswig-Holstein ist am Beispiel der Geburtshilfe besonders deutlich zu beobachten. Gab es im Jahr 2018 noch 20 Geburtskliniken, waren es im Jahr 2023 nur noch 17: Die Geburtshilfe-Standorte Eckernförde, Henstedt-Ulzburg und Ratzeburg, die im Jahr 2021 noch einen Anteil von rund 7,5 % der Geburten in Schleswig-Holstein hatten, sind inzwischen geschlossen worden. Zusätzlich ist der Standort Preetz aufgrund von Personalmangel aktuell nicht betriebsbereit.²⁴

Die Geburtskliniken in Deutschland werden je nach Spezialisierungsgrad in vier Stufen eingeteilt, um eine adäquate medizinische Behandlung zu gewährleisten.

Im Jahr 2023 existieren in Schleswig-Holstein fünf relativ gleichmäßig über das Land verteilte Perinatalzentren Level 1 (höchste Versorgungsstufe), drei Perinatalzentren Level 2, drei perinatale Schwerpunkte sowie sechs Geburtskliniken (niedrigste Versorgungsstufe) (Abbildung 7).

Abbildung 7

Standorte der Geburtskliniken in Schleswig-Holstein, 2023



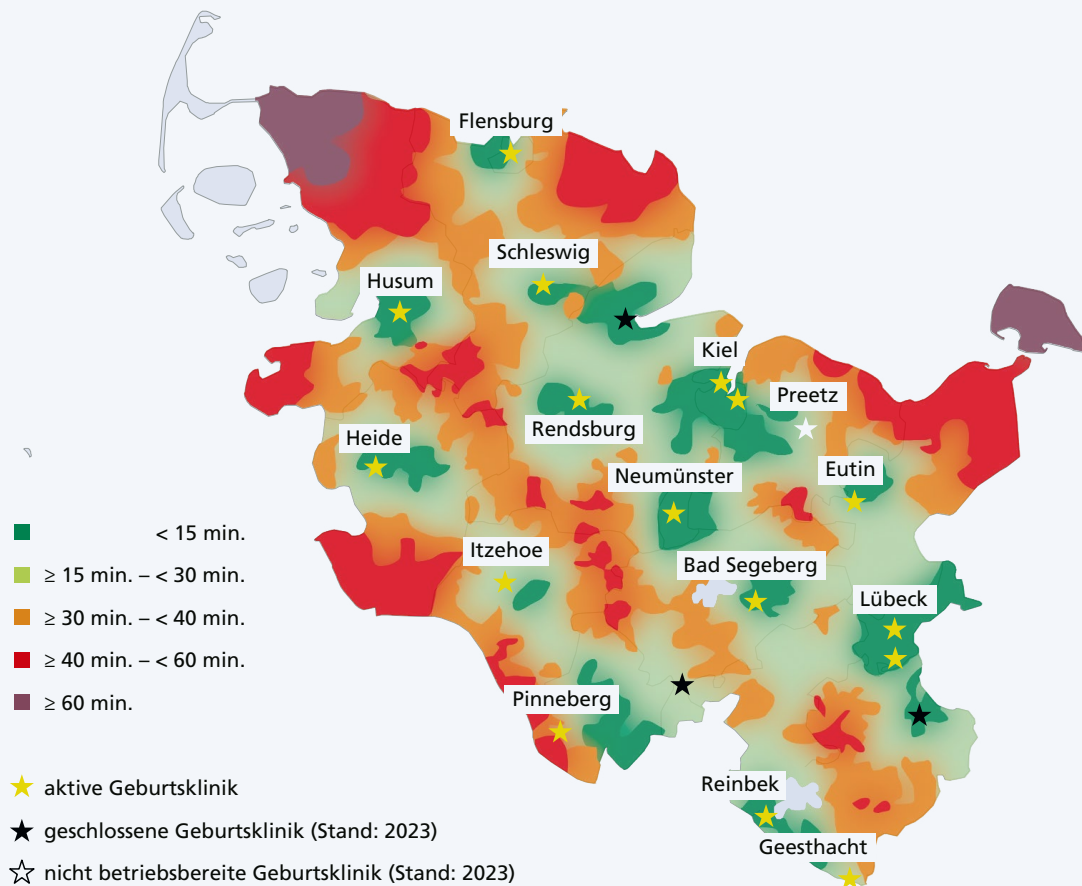
Quelle: Daten – Landesregierung Schleswig-Holstein (2023); Karte – GeoBasis-DE / BKG (2023) (Bundesland SH)

Erreichbarkeit der Geburtskliniken überwiegend noch gut

Aktuelle Daten zur Erreichbarkeit der Geburtskliniken liegen für Schleswig-Holstein nicht vor. Eine Analyse mit Stand 2018 (als noch vier Geburtskliniken mehr aktiv waren als im Jahr 2023) zeigt, dass Frauen im gebärfähigen Alter die nächstgelegene Geburtsklinik vielfach in weniger als 15 Minuten, überwiegend jedoch in weniger als 30 Minuten erreichen können. Erreichbarkeitsdefizite (40 Minuten und mehr) zeigen sich vor allem an den Küsten. Hamburg-nah kann der Wegfall einer Geburtsklinik in Schleswig-Holstein noch durch Geburtskliniken in Hamburg (z. B. Asklepios Klinik Nord – Heidberg) kompensiert werden. Da es in den Hamburg-fernen Regionen vielfach jedoch nur noch eine Geburtsklinik gibt (Ausnahmen: Kiel und Lübeck), würde die Schließung schon eines dieser Standorte die Erreichbarkeit für eine erhebliche Zahl von Schwangeren in den betroffenen Regionen verschlechtern. Dies gilt insbesondere für die Standorte Flensburg, Heide und Husum.

Abbildung 8

Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik in Schleswig-Holstein in PKW-Fahrminuten Erreichbarkeit (Stand: 2018 bzw. 2023)



Quelle: Albrecht, M. et al. (2019); (Karte: GeoBasis-DE / BKG [2023] [Bundesland SH])

Anmerkung: Graue Flächen sind gemeindefreie Flächen.

Anzahl der Lebendgeborenen in Schleswig-Holstein seit 2016 weitgehend konstant

Die Anzahl der Lebendgeborenen in Schleswig-Holstein ist im Zeitraum 2010 bis 2016 kontinuierlich gestiegen (insgesamt +13 %) und seitdem bis zum Jahr 2021 im Wesentlichen konstant geblieben (Abbildung 9). Insgesamt kam es im Zeitraum 2010 bis 2021 zu einem Anstieg der Lebendgeborenen in Schleswig-Holstein um 12 % (Deutschland: +17 %).

Innerhalb von Schleswig-Holstein verzeichneten im Zeitraum 2016 bis 2021 den höchsten prozentualen Anstieg an Lebendgeborenen die kreisfreie Stadt Neumünster (+7 %) gefolgt von den Landkreisen Plön, Segeberg, Rendsburg-Eckernförde mit einem Plus von jeweils 6 %. Zu einem deutlichen Rückgang der Lebendgeborenen kam es in demselben Zeitraum hingegen in den beiden größten kreisfreien Städten Kiel (-6 %) und Lübeck (-11 %).²⁵

Anzahl Geburten in den Geburtskliniken rückläufig

Die Anzahl der Geburten in den Geburtskliniken in Schleswig-Holstein ist im Zeitraum von 2018 bis 2022 um rund 7 % von 21.563 auf 20.084 Neugeborene gesunken (Anhang 4).²⁶

Anzahl Betten zuletzt wieder leicht angestiegen

In der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe standen im Jahr 2021 in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein 702 betriebsbereite Betten (4,4 % aller Krankenhausbetten in Schleswig-Holstein) (Abbildung 9). Nachdem im Jahr 2018 die Anzahl der betriebsbereiten Betten in der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe einen vorläufigen Tiefstand mit 588 Betten erreicht hat, ist sie in den letzten Jahren wieder leicht gestiegen.²⁷

Bettenauslastung nach Anstieg 2017 wieder leicht gesunken

Im Jahr 2021 betrug die durchschnittliche Bettenauslastung in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 57,5 % (Abbildung 9). Im Zeitraum 2010 bis 2016 lag die durchschnittliche Bettenauslastung konstant bei +/- 60 % – mit Ausnahme des Jahres 2015 (58,8 %), bevor sie im Jahr 2017 auf 66,4 % anstieg. Seit dem Jahr 2020 – wohl auch coronabedingt – ist die Bettenauslastung deutlich gesunken.²⁸

Abbildung 9 zeigt zusammenfassend die wesentlichen Entwicklungen bei den Eckdaten der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein.

Nur wenige sehr kleine Geburtskliniken

Viele Geburtskliniken in Deutschland sind deutlich zu klein, um wirtschaftlich arbeiten zu können. In Schleswig-Holstein ist dies nicht der Fall: Nur eine Geburtsklinik – das entspricht 6 % aller Standorte – hatte im Jahr 2022 weniger als 500 Geburten (Deutschland: 18 %).²⁹

25 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (verschiedene Jahrgänge).

26 Nutricia Milupa GmbH (2018–2022).

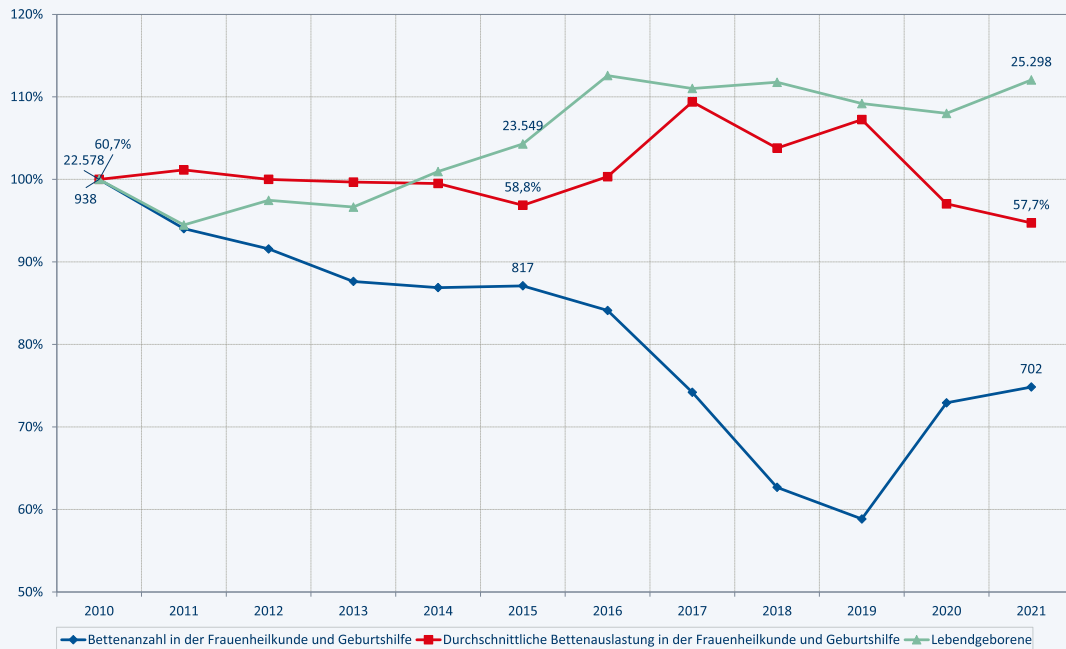
27 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2022).

28 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2022).

29 Nutricia Milupa GmbH (2022).

Abbildung 9

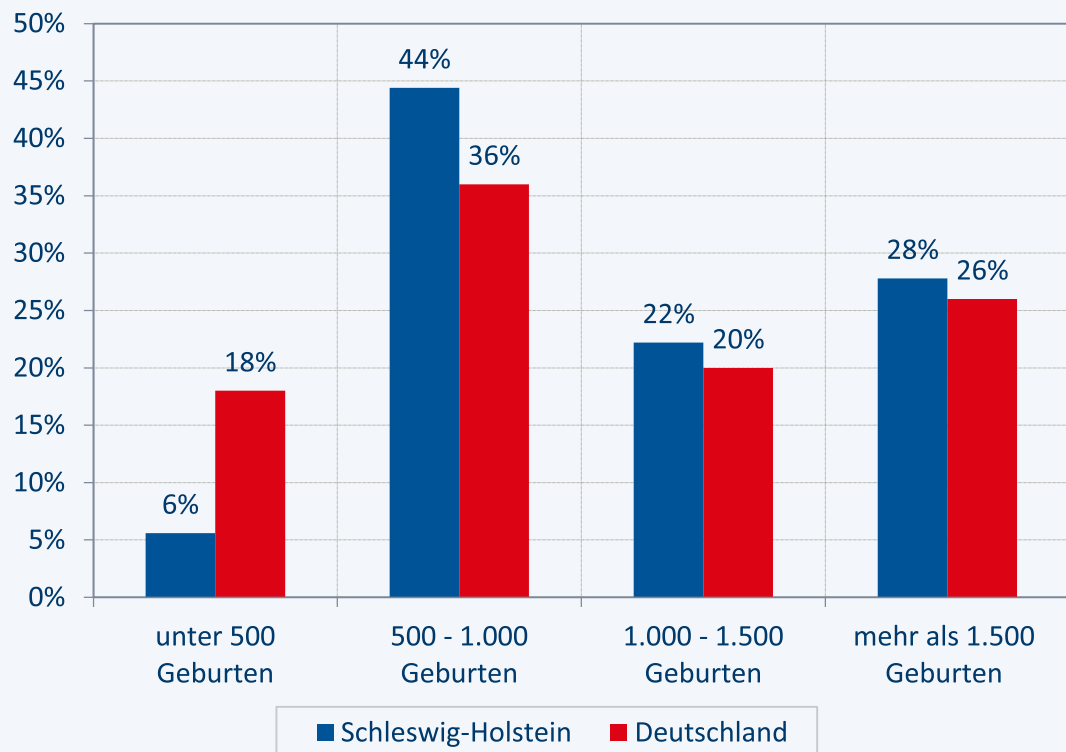
Bettenanzahl und durchschnittliche Bettenauslastung in der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein und Anzahl Lebendgeborene, 2010–2021 (prozentuale Veränderung seit 2010)



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (verschiedene Jahrgänge).

Abbildung 10

Prozentuale Verteilung der Geburtskliniken in Schleswig-Holstein und Deutschland kategorisiert nach Geburten, 2022



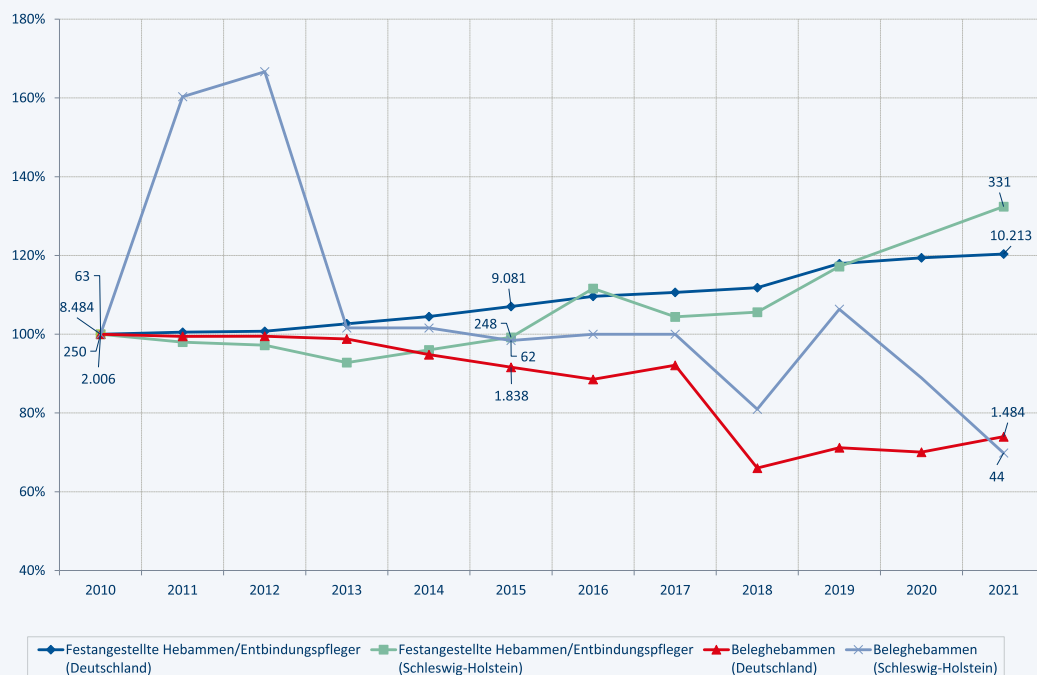
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Geburtenliste Nutricia Milupa GmbH (2022).

Anzahl Hebammen hat in den letzten Jahren zugenommen

Die Schließung von Geburtskliniken in Schleswig-Holstein und auch in Deutschland insgesamt erfolgte in den letzten Jahren vielfach aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und aufgrund eines Mangels an Hebammen. Die Anzahl der festangestellten Hebammen in den Geburtskliniken in Schleswig-Holstein ist allerdings zwischen den Jahren 2010 und 2021 von 250 auf 331 gestiegen und lag damit im bundesweiten Trend (Abbildung 11). Die Anzahl der Beleghebammen ist in diesem Zeitraum von 63 auf 44 gesunken.³⁰

Abbildung 11

Festangestellte Hebammen/Entbindungspfleger und Beleghebammen in Deutschland und Schleswig-Holstein, 2010–2021



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (verschiedene Jahrgänge) und des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (verschiedene Jahrgänge).
Anmerkung: Die Daten für das Jahr 2020 wurden als Mittelwert geschätzt.

3. Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein

Allgemeine Zielsetzung und Planungsgrundsätze

Gemäß § 6 Abs. 1 KHG sind die Länder dazu verpflichtet Krankenhauspläne aufzustellen, um eine wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sowie eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (vgl. § 1 KHG). Als zentrale Elemente eines Krankenhausplans gelten:

- eine **Krankenhauszielplanung**, wodurch die Ziele festgelegt werden, die das Land mit einer Bedarfsplanung verfolgt;
- eine **Bedarfsanalyse**, wodurch der gegenwärtig zu versorgende Bedarf erfasst sowie eine Bedarfsprognose erstellt wird;
- eine **Krankenhausanalyse**, wobei die tatsächlichen Versorgungsbedingungen in den einzelnen Krankenhäusern beschrieben werden.

Die Krankenhausplanung baut dabei auf den Grundsätzen der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Erreichbarkeit und Trägervielfalt auf. Dadurch soll eine umfassende stationäre Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden.

Nach § 7 LKHG ist in Schleswig-Holstein das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium (aktuell das Ministerium für Justiz und Gesundheit) für die Krankenhausplanung verantwortlich.³¹ Der Krankenhausplan ist spätestens nach Ablauf von sechs Jahren fortzuschreiben. Als Rahmenplanung legt er den Stand und die vorgesehen Entwicklung der Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Versorgung fest (§ 8 LKHG). Dabei definiert er die gegenwärtige und zukünftige Aufgabenstellung, den Standort, die Anzahl an Behandlungsplätzen, die Fachgebiete sowie die Anzahl an Intensivbetten getrennt nach Erwachsenen und Kinder.

Krankenhausplan 2017

Der aktuelle Krankenhausplan stammt aus dem Jahr 2017 und wurde noch auf Basis des damaligen Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) erstellt.³² Zur Ermittlung der bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur erfolgte im Rahmen der Planung eine Differenzierung nach Fachgebieten. Zusätzlich wurden als besondere Versorgungsschwerpunkte z. B. die Perinatal- und Neonatalversorgung und die geriatrische Versorgung festgelegt.

Die Bedarfsermittlung für die einzelnen Fachabteilungen erfolgte aufgrund einer Vorausberechnung der vollstationären Krankenhausfälle in Schleswig-Holstein für die Jahre 2017 bis 2022 aufgrund der zur erwartenden Bevölkerungsentwicklung. Für die jeweiligen Fachgebiete wurde im Rahmen der medizinischen Fachplanung jeweils zwischen einer Darstellung des Angebots für 2015, der Bedarfsprognose für 2017, der Versorgungsziele für 2019 (Zwischenfortschreibung) und 2022 (Laufzeitende Krankenhausplanung) differenziert. Ein neuer, aktualisierter Plan ist somit überfällig.

31 Das LKHG ist im Jahr 2020 in Kraft getreten und löst als gesetzliche Grundlage für die Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein das Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) ab.

32 Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein (2017).

Der Krankenhausplan enthält keine besonderen Vorgaben in Bezug auf die Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten, die Qualitätssicherung der Versorgung sowie die Notfallversorgung. Hier verweist der Krankenhausplan auf allgemeine bundesrechtliche Vorgaben, ohne eine Konkretisierung für Schleswig-Holstein vorzunehmen.

Um eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung im Norden Hamburgs und für das angrenzende Umland in Schleswig-Holstein sicherzustellen, haben sich bereits seit dem Jahr 1989 die beiden Länder Schleswig-Holstein und Hamburg darauf verständigt, die Krankenhausversorgung im Norden Hamburgs und für das angrenzende Umland in Schleswig-Holstein gemeinsam sicherzustellen. Die Zusammenarbeit konzentriert sich dabei insbesondere auf die Schwerpunkte Notfallversorgung, Perinatalzentren, Traumazentren, Onkologische Zentren, Brustzentren sowie Stroke Units.

KHG-Investitionsmittel pro Planbett über dem bundesweiten Durchschnitt

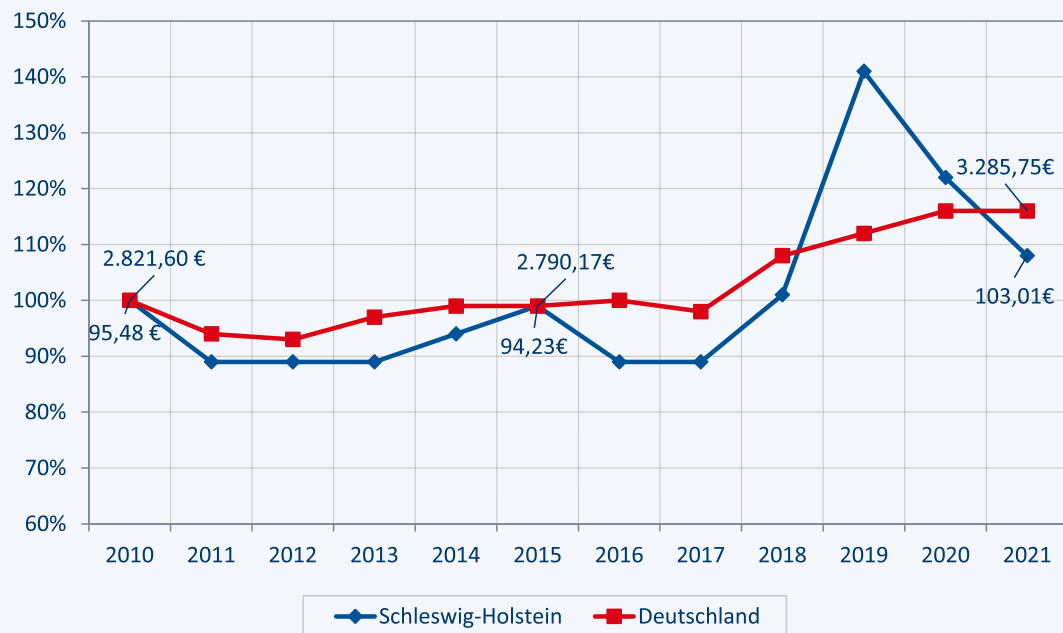
Deutschlandweit wird von einem erheblichen Investitionsstau bei den Krankenhäusern ausgegangen. Für die Bereitstellung von Investitionsmitteln für die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser sind die Bundesländer zuständig. Im Jahr 2021 stellte das Land Schleswig-Holstein 103,01 Millionen Euro an KHG-Investitionsmitteln zur Verfügung. Insgesamt blieben die vom Land Schleswig-Holstein zur Verfügung gestellten KHG-Investitionsmittel in den letzten Jahren seit 2010 konstant, mit Ausnahme eines deutlichen Anstiegs im Jahr 2019 (Abbildung 12).

Für den Ländervergleich bietet sich eine Differenzierung der zur Verfügung gestellten KHG-Investitionsmittel je KHG-Bett an (Abbildung 13). Die vom Land Schleswig-Holstein zur Verfügung gestellten KHG-Investitionsmittel pro KHG-Bett im Jahr 2020 i. H. v. 9.111,67 € lagen deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt (7.751,07 €) (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2022). Die Fördersumme ist dabei allerdings niedriger als in den drei Flächenländern Hessen, Bayern und Baden-Württemberg. Zudem stellen die in den ländervergleichenden Analysen zuletzt betrachteten Jahre 2019 und 2020 im Langzeitverlauf (Abbildung 12) deutliche Ausreißer nach oben dar.

Ab dem Jahr 2023 plant das Land Schleswig-Holstein, zusätzliche Investitionsmittel für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung zu stellen und somit die Fördersumme deutlich zu erhöhen.³³ In welchem Umfang Investitionsmittel tatsächlich benötigt werden, lässt sich ohne eine detaillierte Kenntnis insbesondere des gegenwärtigen Zustands der Krankenhäuser nicht zuverlässig beurteilen; solche Informationen sind derzeit nicht öffentlich verfügbar.

Abbildung 12

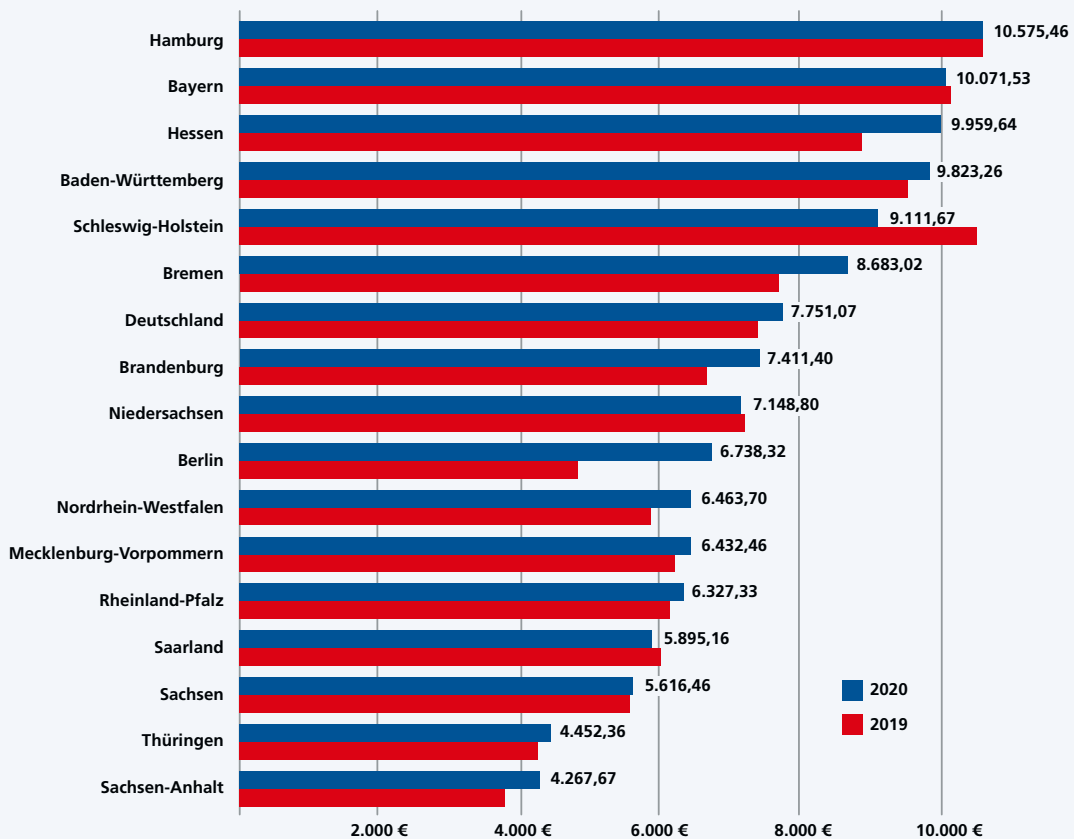
**KHG-Fördermittel in Schleswig-Holstein und in Deutschland
(2010–2021; in Millionen Euro; prozentuale Veränderung seit 2010)**



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022).

Abbildung 13

**KHG-Mittel je KHG-Bett differenziert nach Bundesländern
für die Jahre 2019 und 2020 in Euro**



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022).

4. Fazit

4.1. Aktuelle Situation und Krankenhausplanung

Eckdaten zur Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein

Trotz rückläufiger Anzahl der Krankenhausstandorte ist die Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein – soweit dies auf Basis der verfügbaren Daten beurteilt werden kann – weit überwiegend noch gut. Ein Wegfall einzelner Kliniken könnte aber in einzelnen Regionen zu einer deutlichen Verschlechterung der Erreichbarkeit führen, wovon auch die Notfallversorgung betroffen wäre. Als versorgungsrelevante Kliniken im Bereich der Grundversorgung (Innere Medizin und Chirurgie) gelten u. a. das Klinikum Nordfriesland in Niebüll, das Westküstenklinikum Heide, das Klinikum Nordfriesland in Husum, das Westküstenklinikum Brunsbüttel sowie die Inselkliniken Sylt, Föhr-Amrum und Helgoland.³⁴ Ein Wegfall dieser Krankenhausstandorte würde zu einer deutlich schlechteren Erreichbarkeit der Grundversorgung führen. Gegenwärtig ist jedoch unklar, inwieweit eine Verschlechterung der Erreichbarkeit auch zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung führt: Zum einen kann eine Standortkonzentration zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen (z. B. durch größere Behandlungsfallzahlen); zum anderen kann eine verschlechterte Erreichbarkeit durch verschiedene Maßnahmen (z. B. Telemedizin, verbesserte Rettungsdienstverfügbarkeit) kompensiert werden.

Die Bettenkapazitäten an den Standorten sind in den letzten Jahren weitgehend konstant geblieben. Bei rückläufigen Fallzahlen sind diese Betten vielfach nicht ausgelastet, so dass hier z. T. Überkapazitäten bestehen.

Die Krankenhauslandschaft ins Schleswig-Holstein ist vielfach durch (sehr) kleine Krankenhausstandorte (häufig Fachkliniken, häufig in privater Trägerschaft, häufig reine Belegkliniken) gekennzeichnet. Diese kleinen Häuser sind vielfach nicht Teil der gestuften Notfallversorgung. Die Leistungserbringung konzentriert sich deutlich auf größere Standorte, die sich vielfach in öffentlicher Trägerschaft befinden.

Viele Krankenhäuser sind jetzt schon stark in der ambulanten Versorgung engagiert; allerdings gibt es auch hier eine deutliche Leistungskonzentration auf wenige Standorte.

Daten zur Qualität der Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein liegen nur begrenzt vor. Zusammenfassende Darstellungen zur Versorgungsqualität wie etwa in Thüringen oder Hamburg existieren nicht.

Die Beschäftigtenzahl (Ärztlicher Dienst und Pflegedienst) in Krankenhäusern ist in den letzten Jahren angestiegen. Dennoch gibt es in vielen Kliniken einen zum Teil erheblichen Personalmangel, der durch die Corona-Pandemie noch einmal deutlich verschärft wurde. Dieser Mangel könnte z. B. aus einer verstärkten Teilzeittätigkeit, einem höheren Krankenstand oder aus der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen resultieren.

34 Die Auswirkung der Schließung verschiedener Standorte der Grundversorgung (Innere Medizin und Chirurgie) auf die Versorgungssituation der Bevölkerung wurde mithilfe eines Kliniksimulators des GKV-Spitzenverbandes modelliert (GKV (2020)).

Geburtskliniken in Schleswig-Holstein

Die allgemeine Situation der Krankenhäuser spiegelt sich in der Geburtshilfe wider: Auch hier kam es zu einem deutlichen Rückgang bei der Anzahl der Klinikstandorte. Die Erreichbarkeit der Geburtskliniken ist überwiegend noch gut. Dadurch, dass viele Geburtskliniken als so genannte „Sole Community“-Kliniken die einzigen Geburtskliniken in ihrer Region sind, könnte ihr Wegfall die Erreichbarkeit in diesen Regionen im Vergleich zum Status Quo deutlich verschlechtern. Auch hier gilt: Inwieweit sich dadurch die Versorgung verschlechtert, ist noch nicht hinreichend geklärt.

Die Anzahl der jährlichen Geburten in Schleswig-Holstein ist seit dem Jahr 2016 weitgehend konstant, die Anzahl Geburten in den Geburtskliniken leicht rückläufig. Bei zuletzt wieder leicht gestiegenen Bettenzahlen war die Auslastung leicht rückläufig und insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau.

Anders als in Deutschland insgesamt gibt es in Schleswig-Holstein keine (sehr) kleinen Geburtskliniken, so dass die Voraussetzungen für einen wirtschaftlichen Betrieb besser sind.

Die Anzahl der in den Krankenhäusern tätigen Hebammen hat in den letzten Jahren zugenommen. Der dennoch konstatierte Personalmangel könnte auch hier aus einer verstärkten Teilzeittätigkeit, einem höheren Krankenstand, vermehrten Freistellungen oder der gestiegenen Belastung durch „hebammenfremde“ Tätigkeiten resultieren. Hierzu liegen für Schleswig-Holstein jedoch keine ausreichenden Daten vor.

Krankenhausplanung

Der Krankenhausplan Schleswig-Holstein stammt aus dem Jahr 2017 und wurde zuletzt im Jahr 2019 fortgeschrieben. Ein neuer Plan ist überfällig. Die Planung hat sich bisher auf das „Wesentliche“ beschränkt: Sie erfolgt primär auf Ebene von Fachgebieten, und die gestufte Planung ist (bisher) nur von eingeschränkter Bedeutung. Es gibt keine qualitätsorientierte Planung, keine klare Erreichbarkeitsorientierung und keine gesonderte Planung der präklinischen und klinischen Notfallplanung (gestufte Notfallversorgung). Die immer wichtiger werdende ambulante Versorgung wird im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans mit Blick auf seine bundesrechtlichen Vorgaben vielfach erwähnt; konkrete ambulante bzw. sektorübergreifende Versorgungsmodelle finden sich dort jedoch kaum (Ausnahme: die Modellprojekte zur integrierten psychiatrischen Versorgung). Dass telemedizinische Strukturen helfen können, dünner besiedelte Flächen oder Inseln mit qualifizierten Leistungen zu versorgen, wird im Allgemeinen Teil ebenfalls erwähnt; an konkreten planerischen Ansätzen fehlt es – soweit erkennbar – auch hier.

Bundesweit und auch in Schleswig-Holstein gibt es schon seit langem Defizite in der Investitionskostenfinanzierung. Schleswig-Holstein hat eine deutliche Erhöhung der KHG-Investitionsmittel angekündigt; ob dieses ausreichend ist, lässt sich aufgrund fehlender empirischer Grundlagen zum Umfang des bestehenden Investitionsbedarfs nicht beurteilen.

4.2. Bestehender Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Die wesentlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung deuten auf eine weitere Konzentration der Leistungserbringung hin. Dazu zählen u. a.

- zu erwartende Fallzahlrückgänge aufgrund einer fortschreitenden Ambulantisierung der Versorgung;
- ein anhaltender wirtschaftlicher Druck auf die Krankenhäuser (v. a. durch einen Investitionsstau und verschärft durch die aktuelle Inflation) aber auch auf nahezu alle anderen gesellschaftlichen Bereiche und öffentlichen Haushalte;
- ein sich verschärfender Personalmangel (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, andere Berufsgruppen, bedingt auch durch die im internationalen Vergleich noch deutlich überdurchschnittlichen Fallzahlen im Krankenhaus) und
- entsprechende Gesetzesvorhaben auf Bundesebene (z. B. die anstehenden Krankenhausreform mit der Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen an Krankenhäuser).

Auch der prognostizierte demografische Wandel wird die Krankenhausstruktur in Schleswig-Holstein vor weitere Herausforderungen stellen.

Der kombinierte Effekt der verschiedenen Faktoren (insb. Ambulantisierung und demografischer Wandel) auf den Krankenhausbehandlungsbedarf in Schleswig-Holstein kann hier nicht zuverlässig abgeschätzt werden; dies sollte im Rahmen der Erstellung des neuen Krankenhausplans erfolgen. Ein Indiz für einen künftig sinkenden Krankenhausbehandlungsbedarf könnte aber auch sein, dass sowohl die Krankenhaushäufigkeit (Krankenhäuser je Einwohner) als auch die Krankenhausverweildauern in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern noch immer deutlich überdurchschnittlich sind.

Der zentrale Handlungsbedarf für die Landespolitik / Krankenhausplanung besteht darin, diesen Wandel in der Krankenhausversorgung durch eine aktivere Krankenhausplanung und einer ausreichende Investitionskostenfinanzierung zu gestalten. Andernfalls könnte es a) zu gesamtgesellschaftlich nachteiligen Entwicklungen in der Krankenhausversorgung und b) zu einer weiteren Verlagerung von Steuerungskompetenzen im Krankenhausbereich auf die Bundesebene kommen.

Erforderlich ist dazu kurzfristig ein neuer Krankenhausplan für Schleswig-Holstein, der die Entwicklungen der letzten Jahre aufgreift und bundesweite Vorgaben unter der Nutzung vorhandener Gestaltungsspielräume zur Optimierung der Krankenhausstruktur in Schleswig-Holstein ein- und umsetzt. Dabei geht es vor allem darum,

- einerseits die Krankenhausversorgung stärker an zentralen Standorten zu konzentrieren, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung zu steigern und dem Personalmangel entgegenzuwirken;
- andererseits eine flächendeckende Erreichbarkeit der Versorgung sicherzustellen, um zu vermeiden, dass eine erforderliche Krankenhausbehandlung nicht oder zu spät in Anspruch genommen wird.

Um dies zu ermöglichen, müssen ergänzend insbesondere

- neue sektorenübergreifende, telemedizinisch unterstützte Versorgungsangebote an dezentralen Standorten etabliert und
- die präklinische Notfallversorgung (Rettungsdienst) gestärkt werden.

Bei der Konzentration der Krankenhausstandorte wäre insbesondere zu prüfen, welche Rolle die vielen kleinen Fach-/Belegkliniken im Rahmen einer künftigen Krankenhausstruktur spielen sollen.

Zusätzlich gilt es, ambulante bzw. sektorenübergreifende Versorgungsangebote zu schaffen. Hierfür gibt es bundesweit und auch in Schleswig-Holstein schon Konzepte und Vorbilder; z. B. das Modell von regionalen Primärversorgungszentren³⁵, wie sie auch in Templin/Brandenburg³⁶ (Bohm et al. 2023) und in Ankum-Bersenbrück/Niedersachsen³⁷ erprobt werden. Vor allem dort, wo es auch im niedergelassenen Bereich Kapazitätsengpässe gibt oder wo bestehende stationäre Behandlungsangebote nicht mehr benötigt werden, sollte die Rolle der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung gestärkt werden.

In einer stärker konzentrierten Krankenhausversorgung wird der präklinischen Notfallversorgung durch den Rettungsdienst eine noch bedeutsamere Rolle zukommen als heute schon. Dafür müssen einerseits Strukturen und Prozesse etabliert werden, die dazu beitragen, Rettungsdienste von der großen Zahl nicht notfallmäßig behandlungsbedürftiger Fälle zu entlasten. Andererseits sollten ggf. die räumliche Verteilung von Rettungswachen angepasst und Rettungsdienstkapazitäten aufgebaut werden, die eine grundsätzliche 24/7-Einsatzfähigkeit v. a. in der Luftrettung ermöglichen. Insbesondere im Bereich der – naturgemäß zeitkritischen – Notfallversorgung sollte eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung etabliert werden, die neben der Behandlungsqualität auch die zeitlichen Abläufe (Hilfsfristen, Zeit bis zum Eintreffen am Krankenhaus, Zeit bis zur Intervention) umfasst. Erst auf Basis dieser inhaltlichen Konzepte kann eine sinnvolle Investitionskostenfinanzierung erfolgen. Dafür können auch über die Investitionskostenfinanzierung und die Sicherstellungszuschläge hinausgehend finanzielle Mittel des Landes und der Kommunen erforderlich sein. Basis für die Vergabe dieser Mittel sollte eine transparente Bestandsaufnahme zum Investitionsbedarf sein.

35 Gruhl M (2022).

36 Bohm S et al. (2023).

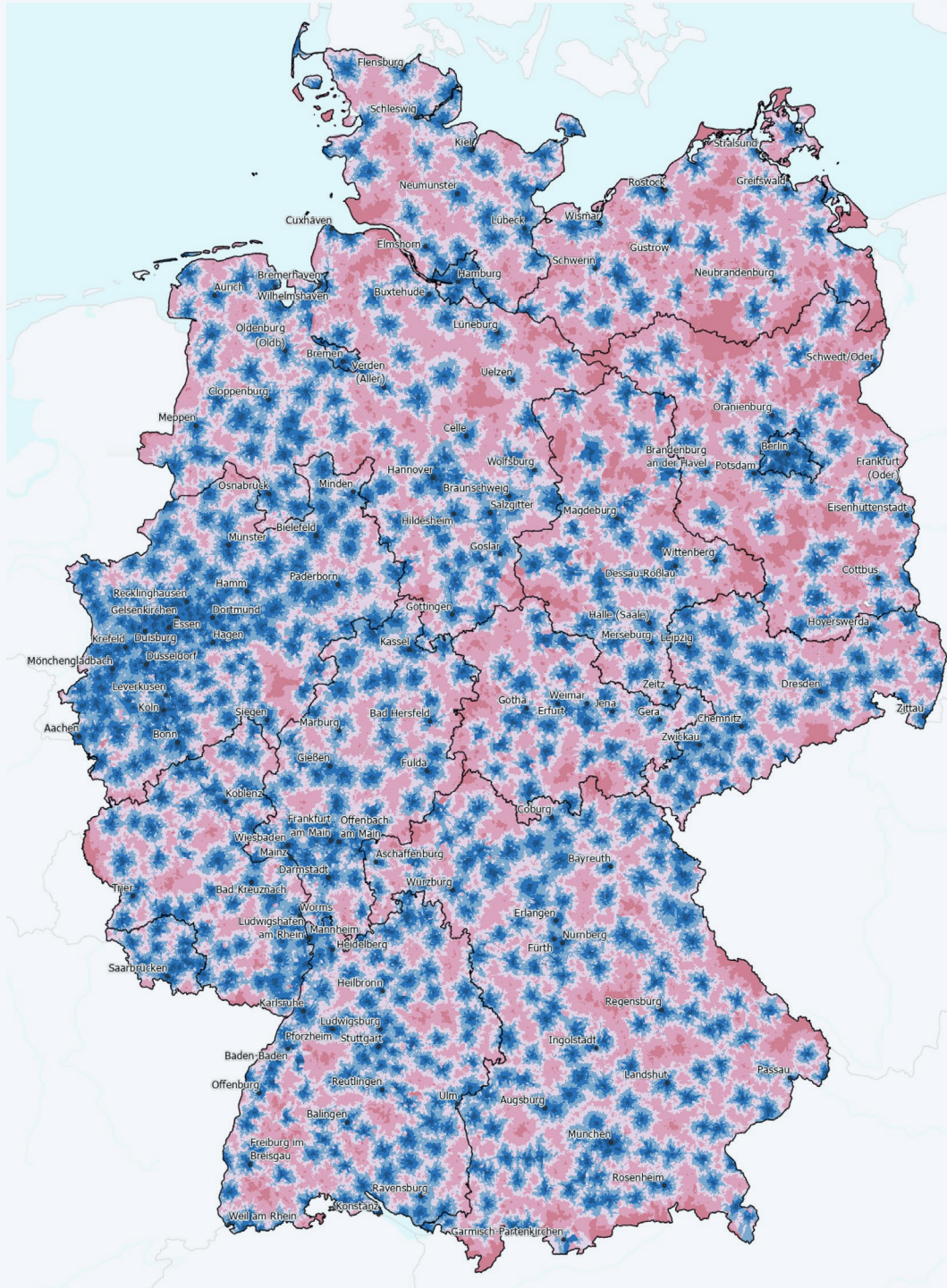
37 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (2023).

5. Anhang

Anhang 1

Abbildung 14

Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung in Deutschland, 2016



Quelle: Der Deutschlandatlas - Karten - Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung (bund.de)

Anmerkung: Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus mit Grundversorgung im Jahr 2016 in Minuten:

■ > 30; ■ 20 bis > 30; ■ 15 bis > 20; ■ 10 bis > 15; ■ 5 bis > 10; ■ < 5

Anhang 2

Tabelle 1

Fachabteilungen der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein 2021

	Fach- abteilungen (Anzahl)	Betten (Anzahl)	Stationäre behandelte Patienten (Anzahl)	Verweil- dauer (Ø; Tagen)	Betten- auslastung (Ø)
Insgesamt:	311	15.882	534.095	7,7	70,8
Augenheilkunde	7	145	12.212	2,4	55,1
Allgemeine Chirurgie	33	1.957	73.841	5,5	64,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28	702	43.908	3,2	57,5
Hals-Nasen-Ohren- heilkunde	16	175	10.348	3,2	53,8
Innere Medizin	32	3.210	132.486	4,7	69,3
Geriatrie	15	1.247	19.316	15,6	74,0
Pädiatrie	11	390	19.546	4,0	57,5
Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	7	52	2.831	4,2	64,6
Neurochirurgie	8	232	7.857	7,0	71,7
Neurologie	18	991	31.171	6,8	70,0
Orthopädie	13	852	29.038	5,2	51,1
Urologie	24	341	21.705	3,8	71,5
Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik/Psychotherapie	36	3.208	37.848	30,4	83,3

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Amtes Hamburg und Schleswig-Holstein (2021).

Anmerkung: Der Übersichtlichkeit halber werden hier nicht alle Fachabteilungen aufgeführt.

Anhang 3

Tabelle 2

Krankenhäuser in Schleswig-Holstein mit mindestens 10.000 vollstationären Fällen, 2021

Krankenhaus	Trägerschaft	Vollstationäre Fälle	Bettenzahl
Uni-Klinik Kiel	öffentlich	50.810	1.054
Uni-Klinik Lübeck	öffentlich	46.555	1.123
Klinikum Itzehoe	öffentlich	28.641	601
Städt. KH Kiel	öffentlich	23.925	605
FEK Neumünster	öffentlich	23.531	662
Westküsten-Klinik Heide	öffentlich	22.132	630
Imland Klinik Rendsburg	öffentlich	21.707	584
DIAKO Flensburg	freigemeinnützig	20.986	400
KH Reinbek St. Adolf-Stift	freigemeinnützig	17.410	351
Klinik Bad Segeberg	privat	17.274	523
Sana Klinik Lübeck	privat	15.984	400
Schön Klinik Neustadt	privat	15.417	366
Regio Klinik Pinneberg	privat	15.214	304
HELIOS Klinik Schleswig	privat	14.582	307
Sana Klinik Eutin	privat	13.632	197
Klinik Manhagen Großhansdorf	privat	12.301	124
Regio Klinik Elmshorn	privat	11.273	563
Malteser KH Flensburg	privat	11.207	384
Klinik Nordfriesland Husum	privat	11.116	263

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser (SQB)³⁸.

Anhang 4

Tabelle 3

Geburten in den Geburtskliniken Schleswig-Holstein (2018–2022)

Krankenhaus	Geburten 2018	Geburten 2019	Geburten 2020	Geburten 2021	Geburten 2022
Perinatalzentrum Level 1					
Uni-Kl. Kiel	1.597	1.682	1.841 ***	1.880	1.989
Uni-Kl. Lübeck	1.851	1.667	1.637 ***	1.670	1.845
Klinikum Itzehoe	1.568	1.615	1.635	1.736	1.785
DIAKO Flensburg	1.926	1.946	1.842	1.797	1.640
Westk.-Kl. Heide	1.091	1.058	1.033	1.132	1.022
Perinatalzentrum Level 2					
St. KH Kiel	1.889	1.839	1.732	1.898	1.955
FEK Neumünster	1.073	1.095	985	1.022	979
Imland Kl. Rendsburg	899	922	1.041	966	957
Perinataler Schwerpunkt					
Regio Kl. Pinneberg	1.236	1.200	1.164	1.161	1.112
Sana Kl. Eutin	1.097	905	1.003	1.105	1.022
HELIOS Kl. Schleswig	696	719	787	860	862
Geburtsklinik					
Marien-KH Lübeck	1.490	1.529	1.435	1.400	1.374
Kl. Nordfr. Husum	702	684	755	730	776
Joh.-KH Geesthacht	722	707	760	790	714
KH St. A.-Stift Reinbek	859	771	781	666	689
Seg. Kl. Bad Segeberg	650	638	657	670	665
Par.-Kl. Henstedt-Ulzburg	742	723	742	791	600 *
Kreis-KH Preetz	522	438	425	332	98 **
Imland Kl. Eckernförde	617	589	303	540	. /.
DRK-KH Ratzeburg	336	302	290	282	. /.

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Geburtenliste der Nutricia Milupa GmbH (2018-2022).

Anmerkung:

* Im Jahr 2022 geschlossen.

** Aufgrund Personalmangel im Laufe des Jahres geschlossen.

*** Für die Universitätskliniken Lübeck und Kiel liegen Anzahl an Geburten für das Jahr 2020 nicht gesondert, sondern nur als Gesamtanzahl vor. Daher wurde eine Verteilung der Geburten für die beiden Standorte anhand der Geburten für 2021 angenommen.

./. Geburtsstation wurde geschlossen.

Abbildungen/Diagramme

- 6 Abbildung 1
Standorte der Plankrankenhäuser in Schleswig-Holstein, 2017
- 7 Abbildung 2
Krankenhausstandorte mit vollstationären Fällen in Schleswig-Holstein nach Notfallstufen, 2021
- 9 Abbildung 3
Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Notfallversorgung Stufe 1 (mit Sicherstellungszuschlag), Stufe 2 und Stufe 3 in Deutschland
- 11 Abbildung 4
Anzahl stationäre behandelte Patienten, Anzahl betriebsbereiter Betten, durchschnittliche Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, 2010–2021 (prozentuale Veränderung seit 2010)
- 12 Abbildung 5
Krankenhäuser in Schleswig-Holstein nach Trägerschaften und Anzahl Betten, 2021
- 13 Abbildung 6
Anzahl Vollzeitkräfte im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein in Vollzeitkräfte, 2010–2021
- 15 Abbildung 7
Standorte der Geburtskliniken in Schleswig-Holstein, 2023
- 16 Abbildung 8
Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik in Schleswig-Holstein in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (KBV-Geschwindigkeitsmodell) (Erreichbarkeit Stand: 2018, Standorte Stand 2018 und 2023)
- 18 Abbildung 9
Bettenanzahl und durchschnittliche Bettenauslastung in der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein und Anzahl Lebendgeborene in Schleswig-Holstein, 2010–2021 (prozentuale Veränderung seit 2010)
- 18 Abbildung 10
Prozentuale Verteilung der Geburtskliniken in Schleswig-Holstein und Deutschland kategorisiert nach Geburten, 2022
- 19 Abbildung 11
Festangestellte Hebammen/Entbindungspfleger und Beleghebammen in Deutschland und Schleswig-Holstein; 2010–2019
- 22 Abbildung 12
KHG-Fördermittel in Schleswig-Holstein und in Deutschland (2010–2021; in Millionen Euro; prozentuale Veränderung seit 2010)
- 22 Abbildung 13
KHG-Mittel je KHG-Bett differenziert nach Bundesländern für die Jahre 2019 und 2020 (in Euro)
- 27 Abbildung 14
Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung in Deutschland, 2016

Literaturverzeichnis

Albrecht M, Loos S, an der Heiden I, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M & Bock H (2019):

Stationäre Hebammenversorgung

Stationäre Hebammenversorgung. IGES Institut GmbH. Berlin.

Abrufbar unter: Bericht (1 & 2 Zweiseitig) (iges.com).

AOK-Bundesverband (2023):

Rückgang 2022 noch größer als in den ersten beiden Pandemie-Jahren

Abrufbar unter: Krankenhaus-Fallzahlen: Rückgang 2022 noch größer als in den ersten beiden Pandemie-Jahren (06.03.23) | Pressemitteilungen | Presse |

AOK-Bundesverband (aok-bv.de).

Bohm S, Freiberg L & Supantia P (2023):

Ambulante und stationäre Versorgung neu gedacht:

Strukturmigration im Mittelbereich Templin (StimMT)

In: Nieper R, Ekkernkamp A & Glöckner V (Hrsg.): Innovative Versorgungsmodelle.

Entwicklungen. Perspektiven. Chancen. Medizinische Verlagsgesellschaft. Berlin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022):

Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung

und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022

Abrufbar unter: 2022_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_und_Investitionsfinanzierung.pdf (dkgev.de).

G-BA (o. D.):

Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Abrufbar unter: Referenzdatenbank Qualitätsberichte (g-ba.de).

G-BA (2022):

Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser

Abrufbar unter: Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser - Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de).

Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein (2017):

Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein

Abrufbar unter: schleswig-holstein.de - Krankenhäuser - Krankenhausplan Schleswig-Holstein.

GKV-Spitzenverband (2020):

GKV-Klinik Simulator: Strukturveränderung simulieren

Abrufbar unter: Strukturveränderung simulieren - GKV-Kliniksimulator.

Gruhl M (2022):

Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen

Robert Bosch Stiftung GmbH. Stuttgart.

Abrufbar unter: Blanko Hochformat (bosch-stiftung.de).

Karagiannidis C, Busse R, Augurzky B (2023):

Sicherung der stationären Gesundheitsversorgung 2030

Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 120 (15), A 645-9.

Abrufbar unter: Deutsches Ärzteblatt: Stationäre Versorgung:

Sicherung der stationären Gesundheitsversorgung 2030 (14.04.2023) (aerzteblatt.de).

Landesregierung Schleswig-Holstein (2023):

Krankenhausplan Schleswig-Holstein

Abrufbar unter: schleswig-holstein.de - Krankenhäuser -
Krankenhausplan Schleswig-Holstein.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022):

Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen

Abrufbar unter: Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen | Arbeit.Gesundheit.
Soziales (mags.nrw).

Ministerium für Justiz und Gesundheit (Schleswig-Holstein) (2023):

Land plant zusätzliche Investitionsmittel für Krankenhausinvestitionen

Abrufbar unter: schleswig-holstein.de - Politik - Land plant zusätzliche
Investitionsmittel für Krankenhausinvestitionen.

NDR (2022):

Kliniken in SH machen Millionen-Defizite

Abrufbar unter: Kliniken in SH machen Millionen-Defizite |
NDR.de - Nachrichten - Schleswig-Holstein.

NDR (2023a):

Schön Klinik offiziell neue Eigentümerin der Imland Kliniken

Abrufbar unter: Schön Klinik offiziell neue Eigentümerin der Imland Kliniken |
NDR.de - Nachrichten - Schleswig-Holstein

NDR (2023b):

Diako in Flensburg: Insolvenzplan genehmigt

Abrufbar unter: Diako in Flensburg: Insolvenzplan genehmigt |
NDR.de - Nachrichten - Schleswig-Holstein.

NDR (2023c):

Klinikum Bad Bramstedt beantragt Schutzschirmverfahren

Abrufbar unter: Klinikum Bad Bramstedt beantragt Schutzschirmverfahren |
NDR.de - Nachrichten - Schleswig-Holstein.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (2023):

Erstes Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsens öffnet

Abrufbar unter: Erstes Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsens öffnet |
Nds. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

Nutricia Milupa GmbH (verschiedene Jahrgänge):

Geburtenliste Deutschland. Frankfurt/Main

RöBing (2021):

Vor- und Nachteile bei der Rekommunalisierung von Kliniken

kma Online. Abrufbar unter: Trend: Vor- und Nachteile bei der Rekommunalisierung
von Kliniken – kma Online (kma-online.de).

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (verschiedene Jahrgänge):

Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein

Hamburg/Kiel.

Statistisches Bundesamt (verschiedene Jahrgänge):

Grunddaten der Krankenhäuser

Wiesbaden.

Die Autoren

Stefan Loos

hat an der Universität Konstanz Verwaltungswissenschaften studiert und wurde an der TU Berlin zum Gesundheitswissenschaftler promoviert. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören u. a. die Krankenhausplanung und -versorgung sowie der öffentliche Gesundheitsdienst. Er ist seit 2003 Mitarbeiter des IGES Instituts.

Maximilian Würz

hat an der Humboldt-Universität zu Berlin Sozialwissenschaften (Politik und Soziologie) studiert und absolviert derzeit berufsbegleitend ein Masterstudium der Versorgungsforschung an der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Seine Forschungsschwerpunkte sind Digitalisierung im Gesundheitswesen, Versorgung im ländlichen Raum und Krankenhausplanung. Er ist seit 2021 Mitarbeiter des IGES Instituts.

Impressum

ISBN 978-3-98628-397-1

Herausgegeben von

Friedrich-Ebert-Stiftung

Julius-Leber-Forum

Bestellung/Kontakt: hamburg@fes.de

Autorenkontakt

Dr. Stefan Loos

Maximilian Würz

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Kontakt: stefan.loos@iges.com

Lektorat

Matthias Koch

Gestaltung

IconScreen Hamburg

Titelbild

picture alliance

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

© Friedrich-Ebert-Stiftung 2023

Die **Friedrich-Ebert-Stiftung** wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft
- Politikberatung
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern
- Begabtenförderung
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit Archiv und Bibliothek

Das **Julius-Leber-Forum** ist das Regionalbüro der Friedrich- Ebert-Stiftung für die Bundesländer Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein. Seit 1995 bieten wir in diesen drei Ländern Veranstaltungen zur politischen Bildung an: von öffentlichen Diskussionsforen über Ausstellungen, Exkursionen und Jugendbeteiligungsprojekte bis hin zu Kompetenztrainings, Webinaren und einem eigenen Podcast.