



Dezernat, Dienststelle
II/II/2

Beantwortung einer Anfrage nach § 4 der Geschäftsordnung öffentlicher Teil

Gremium	Datum
Gesundheitsausschuss	25.04.2023

Offene Fragen zum Zukunftskonzept der Städtischen Kliniken

Im Zusammenhang mit der Beschlussvorlage zum Zukunftsmodell für die Kliniken der Stadt Köln gGmbH (Kliniken Köln; Vorlage 0551/2023) bat Die Linke.-Fraktion um die Beantwortung einiger Fragen, zu der die Verwaltung in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung der Kliniken Köln nachfolgend Stellung nimmt.

Frage 1:

Wie sieht die konzentrierte Personalbedarfsrechnung aus?

Antwort

Die Basis für die Kalkulation des Personalbedarfs für das Zukunftsmodell der Kliniken Köln bilden die Auswertungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). In die Auswertungen des InEK fließen jährlich die Daten von rd. 280 sogenannten „Kalkulationskrankenhäusern“ verschiedener Größe und Träger ein. Das Institut verfügt über eine mehr als 20-jährige Erfahrung; die Ergebnisse sind valide und werden von vielen Kliniken herangezogen, um Personalbedarfe zu berechnen. Bei der Modellrechnung für das Zukunftsmodell der Kliniken der Stadt Köln wurde den InEK-Daten ein Aufschlag hinzugerechnet, so dass der gewählte Ansatz als konservativ zu sehen ist. Dabei wurde nach Dienstarten differenziert:

- Im Medizinisch-technischen Dienst / Funktionsdienst wurden bis zum Umzug 100% zum InEK-Wert aufgeschlagen. Danach wird der Aufschlag sukzessive reduziert, 2031 beträgt er noch immer 55% über den InEK-Werten.
- Der Ärztliche Dienst liegt bis zum Umzug ca. 30% über den InEK-Kosten. Danach wird der Aufschlag sukzessive reduziert und ab 2031 beträgt er noch immer 10% über den InEK-Werten.
- Im Pflegedienst sind keine Veränderungen vorgesehen. Demzufolge sind die hinterlegten Annahmen des Personalkörpers noch über dem Durchschnitt der Krankenhäuser Deutschlands bezogen auf die Leistungen.
- Dem sonstigen Personal sind folgende Dienstarten zugeordnet: Schüler, FSJ, Praktikanten (insb. Praktika der Medizinstudenten). Hier sind keine Änderungen des Personalbestands einkalkuliert.

Eingeflossen in die Modellrechnung ist natürlich die Abschaffung von Redundanzen durch die Zusammenlegung der Standorte, z. B.

- Verringerung des (Fremd-)Personaleinsatzes im med.-techn. Dienst sowie Funktionsdienst durch die Reduzierung auf ein Labor, eine Radiologie und den Schreibdienst
- Verringerung des (Fremd-)Personaleinsatzes im Wirtschafts- und Versorgungsdienst durch kürzere Wege und Wegfall von Pendelfahrten mit Patienten zw. Standorten, gemeinsame Küche
- Verringerung des Personaleinsatzes im technischen Dienst durch einen gemeinsamen Gerätepark
- Verringerung des Personaleinsatzes in der Verwaltung durch gemeinsamen Sicherheitsdienst und Empfang.

Im Vergleich zwischen dem Bedarf an Vollzeitkräften (VK) für das laufende Geschäftsjahr 2023¹ ergibt sich im Zuge der Konzentration der Standorte in Merheim nachfolgender Personalbedarf:

	2023	2031
Vollzeitkräfte gesamt	3.353	2.972
Ärztlicher Dienst	610	555
Pflegedienst	1.182	1.182
Medizinisch-Technischer Dienst und Funktionsdienst	898	674
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	117	72
Technischer Dienst	49	33
Verwaltungsdienst	283	248
Sonderdienste	20	14
Personal in Ausbildungsstätten	32	32
Sonstiges Personal	161	161

Frage 2:

In der NRW-Krankenhausplanung ist wie in der Bundesgesetzgebung vieles im Fluss. Was sind die Risiken und was die evtl. Synergieeffekte für die jeweiligen Standortmodelle?

Antwort

Das Modell des NRW-Landeskrankenhausplans (LKP) befindet sich derzeit in der konkreten Begutachtungs- und Verhandlungsphase. Die konkreten Entscheidungen werden durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) auf der Grundlage der Ergebnisse aus den Gesprächen zwischen Krankenhäusern und dem Landesverband der Krankenkassen für jedes Krankenhaus getroffen. Die drei Standorte (bzw. vier mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie) der Kliniken Köln sind im Planungsverfahren als einzelne Standorte angetreten. Da diese Ergebnisse noch nicht vorliegen, können hierzu derzeit keine Aussagen getroffen werden.

Das Bundesmodell (Bundeskrankenhausplan BKP) befindet sich in Bezug auf die Feinheiten (hier Ausgestaltung der Leistungsgruppen) noch in der konkreten Ausarbeitung und orientiert sich zunehmend an dem des NRW-Modells (Ausführungen der

¹ Quelle: Wirtschaftsplan 2023 der Kliniken Köln

3. Stellungnahme der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausvergütung² in Überarbeitung).

Bei der Einführung bundeseinheitlicher Einstufungen der Krankenhäuser in Level li bis IIIu Häuser (5 Stufen insgesamt) sind derzeit keine Änderungen absehbar. Die Mindestvoraussetzungen für das Erreichen der einzelnen Levels sind definiert (s. Fußnote 2 und nachfolgende Abbildung 1).

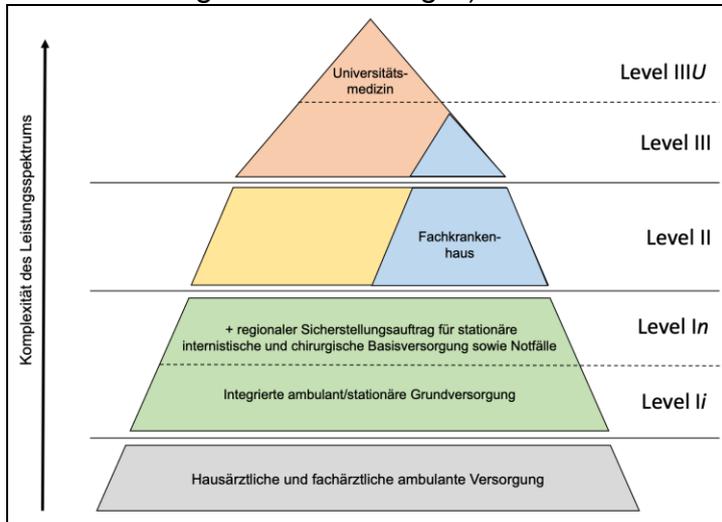


Abb. 1: Versorgungsstufenmodell per Bundeskrankenhausplan

Quelle: 3. Stellungnahme der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausvergütung, S. 13.

Die Krankenhäuser ab Level In werden – je nach Levelzuordnung – mit einer „Vorhaltepauschale“ grundfinanziert; Level-li-Krankenhäuser werden über sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen finanziert. In welcher Höhe sich die Pauschalen bewegen, lässt sich derzeit noch nicht abschätzen.

Auf der Grundlage der bisher bekannten Regularien ergeben sich für die Standortmodelle 1+0 und 3+0 nachfolgend dargestellte Risiken:

a) 1+0-Modell Gesundheitscampus Merheim

Im Modell der gesamten Konzentration der bisherigen somatischen stationären Leistungserbringung sowohl aus der Kinder- als auch Erwachsenenmedizin am Standort Merheim sind weder in Bezug auf den LKP noch auf den BKP Risiken festzustellen.

Vielmehr geht das Modell mit klaren Chancen einher, denn die Kliniken Köln würden

- nur noch eine Versorgungstufe, die des rechtsrheinischen Maximalversorgers, vorhalten,
- per BKP eindeutig Level III Krankenhaus (höchste Versorgungsstufe) sein,
- von der Zusammenlegung von Leistungsbereichen und -gruppen durch Fallzahlkonzentration und -steigerung profitieren sowie
- Vorhaltekosten durch effizientere Ressourcenallokation signifikant reduzieren.

b) 3+0-Modell Status Quo

Im Gegensatz zu 1+0 sind aus Perspektive der Krankenhausplanung im dezentralen Modell (3+0) keine Chancen zu erkennen. Hier entstehen eindeutige Risiken, die sich zeigen in

- dem Verlust des Maximalversorgerstatus (!),

²https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

- der Vorhaltung von drei unterschiedlichen Versorgungsstufen – (nur) Regelversorger (Merheim) + Grundversorger (Holweide) + Kinderklinik (Riehl),
- drei unterschiedlichen Level per BKP – und hier ist deutlich hervorzuheben, dass das Krankenhaus Merheim mit seinem jetzigen Fachabteilungssektum lediglich Level II³ erhalten wird, Holweide wird lediglich Level II⁴ und Riehl wird als besondere Einrichtung eingestuft,
- negativen Auswirkungen im Rahmen des Landeskrankenhausplans und wahrscheinlich auch Bundeskrankenhausplans auf den Erhalt einzelner Leistungsbe- reiche und –gruppen (insbesondere für Holweide),
- insgesamt hohen Vorhaltekosten aufgrund von sachlichen, strukturellen und per- sonellen Doppelstrukturen.

Politischer Wille ist auf beiden Ebenen, die Gesundheitsversorgungslandschaft zu modernisieren und Spezialisierung zu zentralisieren. Andere angrenzende Länder ha- ben dies bereits erfolgreich umgesetzt. Angesichts der vorhandenen räumlichen Ka- pazitäten am Standort Merheim besteht für die Kliniken Köln mit der Zentralisierung der drei Standorte die Chance, einen überregional sichtbaren Gesundheitscampus mit hoher Strahl- und damit Zugkraft aufzubauen.

Herr Prof. Christian Karagiannidis greift in seiner Rolle als Mitglied der „Regierungs- kommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ in bei- liegendem Papier die Aspekte der Konzentration auch noch einmal auf (Anlage).

Synergieeffekte im Modell Gesundheitscampus Merheim

Unabhängig von der Bewertung der Modelle auf Grundlage der zu erwartenden Ände- rungen in der Gesundheitsversorgungslandschaft bietet das Zukunftsmodell „Gesund- heitscampus Merheim“ die Realisierung folgender Synergiepotentiale:

- Verringerung der Vorhaltekosten bzw. der Kosten für Leihpersonal
- Synergien im Bereich Servicehub & Logistik, d.h. zentrale medizinische und nicht- medizinische Infrastruktur (u.a. gemeinsames Labor, Radiologie, Schreibdienst, etc. / kürzere Wege und Wegfall von Pendelfahrten mit Patienten zw. Standorten)
- Synergien im Bereich Instandhaltung (nur ein Gebäude) und Wartung (nur ein Ge- rätepark)

³ Für Level III müssen aus mindestens acht der folgenden zwölf Leistungsbereiche Leistungsgruppen vorgehalten werden (rot = nicht vorhanden): Thoraxchirurgie, Palliativmedizin, **Geriatric, Urologie**, Neurologie, **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**, **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**, **Dermatologie**, Augenheil- kunde, **Pädiatrie**, **Gynäkologie/Geburtshilfe**, Neurochirurgie. Dies ist bei 3+0 am Standort Merheim nicht gegeben.

(Vgl. 3. Stellungnahme der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausvergütung, S. 16 ff.).

⁴ Holweide ist bisher Krankenhaus mit Basisnotfallversorgung (G-BA Stufe 1). Per derzeitiger Ausge- staltung des BKP-Modells sind Level In-Krankenhäuser nicht im Umkreis von 30-Minuten PKW- Fahrzeit von Level II und III Krankenhäusern vorgesehen (Vgl. 3. Stellungnahme der Regierungs- kommission zur Reform der Krankenhausvergütung, S. 12). Somit würde Holweide durch ein Downgrading erheblich verlieren. Aus Holweide ein Level II Krankenhaus zu machen ist auch nicht möglich, da hierfür mindestens drei internistische und drei chirurgische Leistungsgruppen vorgehalten werden müssen. Zudem sind mindestens zwei Leistungsgruppen aus den Bereichen (rot = nicht vor- handen) **Neurochirurgie**, **Unfallchirurgie**, **Orthopädie**, **Neurologie**, **Kardiologie**, Gastroenterologie und obligatorisch zwei Fächer aus den Bereichen **Pneumologie**, **Pädiatrie**, **Kinderkardiologie**, **Neonatolo- gie**, **Kinderchirurgie**, **Gefäßchirurgie**, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, **Augenheilkunde**, **Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie**, Hämatonkologie abzudecken. Ferner müssen eine Fachabteilung Gynäko- logie und Geburtshilfe sowie eine **Stroke Unit** und **20** Intensiv- und Überwachungsbetten mit speziel- len Anforderungen vorgehalten werden.

Ergänzend müsste die Notfallstufe 2 erfüllt werden (derzeit Stufe 1)

(Vgl. 3. Stellungnahme der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausvergütung, S. 16 ff.). Zahlreiche dieser Anforderungen werden in Holweide nicht erfüllt.

- Synergien im Bereich der Verwaltung
- Konsequenter Fremdbezug Reinigung und Flächenoptimierung
- Aufgrund der geringeren Fläche und besseren Isolierungen können Einsparungen in der Fernwärme generiert werden
- Sinkende Versicherungsbeiträge für Gebäude sowie Sach- und Haftpflicht durch Qualitätssteigerung
- Straffung der Chefarztstruktur durch die Zusammenlegung der Standorte sowie die Zentralisierung der Ambulanzen

Frage 3:

Woher sollen die 590 Mio. Euro Sanierungs- bzw. Neubaukosten kommen? Bitte aufschlüsseln in z. B. städtische Mittel, pauschale Krankenhausinvestitionsförderung NRW, Förderung für strukturverändernde Maßnahmen NRW, Förderung für Klimaanpassungsmaßnahmen NRW, evtl. Bundesmittel und weitere Quellen und Fördertöpfe. Der Krankenhausstrukturfonds des Bundes ist mit 1 Mrd. Euro noch nicht einmal doppelt so hoch. Deswegen erscheint es utopisch, hier mit einer annähernd bedarfsdeckenden Summe zu rechnen.

Antwort

Soweit erforderlich, ist eine Mittelbereitstellung für Sanierung und Neubau durch die Stadt Köln vorgesehen. Das wird in der Ratsvorlage 0551/2023 vom 24.02.2023 beschrieben. Diese sieht vor, dass die notwendigen haushaltstechnischen Maßnahmen zur Umsetzung des Zukunftsmodells der Kliniken Köln im Haushalt der Stadt Köln abgebildet werden. Damit würden die städtischen Mittel in eine sinnvolle und nachhaltige Neuaufstellung der Kliniken Köln fließen statt – wie bisher - nur Defizite abzudecken. Gleichzeitig wird die Geschäftsführung aufgefordert, für die Umsetzung des Vorhabens in größtmöglichem Umfang Förder- und sonstige Drittmittel einzuwerben. Das Land NRW plant zudem eine neue Förderung von 2,5 Milliarden Euro zur Umsetzung der Krankenhausplanung. Derzeit befindet sich der Entwurf der geplanten Förderrichtlinie für die „Förderung der Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2022 unter Berücksichtigung von Klimaanpassungsmaßnahmen“ in Abstimmung⁵. Sobald Einzelheiten feststehen, werden die Kliniken Köln sich um Fördergelder bemühen. So lange aber keine Bewilligung vorliegt, lassen derartige Fördermittel sich nicht seriös in die Finanzierung einplanen.

Frage 4:

Auf der einen Seite wird mit Erlösen von 124 Mio. Euro durch den Verkauf der Grundstücke in Holweide und Riehl gerechnet, auf der anderen Seite soll dort Personalwohnen realisiert werden. Beides zusammen ist schwer vorstellbar, weil dann ein Investor gefunden werden müsste, der sich mit niedrigen Margen aus dem sozialen Wohnungsbau bzw. niedrigpreisigen, frei finanzierten Wohnungsbau zufrieden geben müsste.

Wie soll beides realisiert werden?

Antwort

⁵ Quelle: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/cdu-und-gruene-beharren-auf-nrw-krankenhausplanung-49548;>
<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD18-3846.pdf>

Die Bewertung der Grundstücke erfolgte ausschließlich auf Basis der aktuellen Bodenrichtwerte. Es wurde keinerlei Ertrags-Szenario durch eine Wohnraum-Entwicklung berücksichtigt.

Der Mangel an bezahlbarem Wohnraum erschwert den Kliniken Köln die Gewinnung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Daher ist aus Sicht der Geschäftsführung eine Wohnraum-Entwicklung, die neben frei vermietbaren Wohnungen auch Personalwohnhäuser berücksichtigt, beispielsweise durch eine gemeinnützige Wohnungsbaugesellschaft, wünschenswert.

Die Nachnutzung der Grundstücke in Holweide und Riehl inklusive einer städtebaulichen Perspektive muss und wird gemeinsam von der Geschäftsführung der Kliniken Köln mit der Stadt Köln entwickelt werden.

Frage 5:

In der Beschlussvorlage für den Rat ist die Rede davon, dass die Kinderklinik wegen des fehlenden Hubschrauberlandeplatzes zurzeit nur in Notfallstufe 1 eingestuft ist. Mit Ansiedlung in Merheim wäre Notfallstufe 3 möglich.

Nachdem der Landeplatz in Riehl durch strengere Vorschriften nicht mehr haltbar war, sollte die Station auf dem Kalkberg den Landeplatz des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße ersetzen. Sollte der Kalkberg nicht zu realisieren sein, so sollte ein vorschriftenkonformer Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach der Kinderklinik realisiert werden, so der damalige Stadtdirektor Kahlen. Warum ist das nicht passiert?

Antwort

Es trifft zu, dass das Kinderkrankenhaus zurzeit nur in Notfallstufe 1 eingruppiert wurde. Der Boden-Hubschrauber-Landeplatz im Park des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße kann aufgrund der vor mehreren Jahren ausgesprochen Verschärfung der Sicherheitsbestimmungen für Rettungsflüge nicht mehr betrieben werden.

Unabhängig von der offiziellen Anerkennung eines Hubschrauber-Landesplatzes können Rettungshubschrauber im Notfall zur Vermeidung einer Gefahr für Leib oder Leben überall landen, so dass in diesen Fällen auch eine Landung auf einer Wiese am Kinderkrankenhaus möglich und die Patientenversorgung in derartigen Notfällen sichergestellt ist.

Im Rahmen einer Projektstudie wurden vor dem Hintergrund fehlender Optionen zur Realisierung eines genehmigungsfähigen bodengebundenen Hubschrauber-Landeplatzes bauliche Möglichkeiten zur Errichtung eines Landeplatzes auf Dachflächen des Krankenhauses untersucht. Vor dem Hintergrund von zum damaligen Zeitpunkt geschätzten einmaligen Investitionskosten von rd. 10 Mio. € und laufenden Kosten von ca. 70 T€ p.A. wurde in Anbetracht des sehr hohen Sanierungsbedarfes an allen Klinikstandorten und der bekannt schwierigen Finanzlage der Kliniken Köln sowie der vg. Berechtigung, ohnehin in Notfällen auf einer Wiese am Kinderkrankenhaus landen zu dürfen, die mit Zweifeln behaftete Genehmigungsfähigkeit eines Hubschrauber-Landeplatzes auf dem Dach nicht vertieft geprüft.

gez. Prof. Dr. Diemert