

Vorlage-Nr.: **1057-2022/DaDi**

Aktenzeichen:

Fachbereich: 910 - Eigenbetrieb Kreiskliniken

Beteiligungen: 210 - Konzernsteuerung  
L - Landrat

Produkt: **KKH Eigenbetrieb "Kreiskliniken"**

Beschlusslauf:

<i>Nr.</i>	<i>Gremium</i>	<i>Status</i>	<i>Zuständigkeit</i>
1.	Kreiskliniken - Betriebskommission	N	Zur vorbereitenden Beschlussfassung
2.	Kreisausschuss	N	Zur vorbereitenden Beschlussfassung
3.	Ausschuss für Klima, Umwelt, Gesundheit und Infrastruktur	Ö	Zur vorbereitenden Beschlussfassung
3.	Haupt- und Finanzausschuss	Ö	Zur vorbereitenden Beschlussfassung
4.	Kreistag	Ö	Zur abschließenden Beschlussfassung

Betreff: **Kapazitätserweiterung des Herzkatheterlabors am Standort Groß-Umstadt**

### **Beschlussvorschlag:**

Die Betriebsleitung des Eigenbetriebes Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg wird beauftragt alle notwendigen Maßnahmen zur Errichtung eines 2. Linksherzkatheter und zum Ersetzen des 12 Jahre alten bisherigen Kathetermessplatz zu ergreifen.

Die Maßnahme steht unter dem Vorbehalt der Genehmigung des Nachtragswirtschaftsplanes 2021, in dem die entsprechenden Mittel vorgesehen sind.

## **Begründung:**

### **1. Ausgangslage**

Seit Implementierung der Fachabteilung für Kardiologie und Angiologie (Innere Medizin II) am Standort Groß-Umstadt im Jahr 2010 zeigt die Entwicklung der internistischen Leistungszahlen insgesamt eine Steigerung um über 100% (von knapp 3.000 auf über 6.000 stationäre Behandlungsfälle). Auf die Kardiologie entfallen dabei rund 3.300 bis 3.400 Fälle und sie ist seit der Inbetriebnahme im Jahr 2010 stetig gewachsen. Dabei ergibt sich in den letzten drei Jahren eine Stagnation bei rund 3.400 Fällen und 1.600 Kathederleistungen, die in der maximalen Auslastung des Herzkatheterlabors (HKL) begründet ist. Wie aktuell auch nochmals durch das Beratungsunternehmen ENDERA im Rahmen des Medizinkonzeptes 2030 verdeutlicht wurde, liegt die derzeitige Leistungsmenge bei nur einem verfügbaren Linksherzkatheter bereits deutlich über der erwartbaren Menge von zirka 1.200 Leistungen. Ab etwa 800 Leistungen wird ein HKL als wirtschaftlich betrachtet. Dies bestätigt die sehr gute organisatorische Führung und Auslastung des HKL. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die Präsentation „Kardiologie Kreisklinik Groß-Umstadt“ in der Betriebskommissionssitzung vom 10. Sept. 2021.

Eine Weiterentwicklung der Kardiologie, die – trotz der Zunahme nicht-invasiver Diagnostik – noch Fallzahlsteigerungen prognostiziert, ist letztlich nur über die Errichtung eines 2. Arbeitsplatzes möglich. In den letzten Jahren jedoch häufen sich Wartungs- und Reparaturarbeiten an der mittlerweile 12 Jahre alten Anlage, was immer wieder Abmeldungen von der Notfallversorgung zur Folge hat. Ein Ersatz der Anlage sollte daher zeitnah vorbereitet werden, um längere ungeplante (ggf. mehrwöchige) Ausfallzeiten zu vermeiden.

Mit Eröffnung des Bettenhausneubaus im Laufe des kommenden Jahres werden bestehende baulich-strukturelle Engstellen der Weiterentwicklung behoben, indem die neu konzipierte Zentrale Notaufnahme (ZNA) sowie großzügig geplante Intensiv- und Überwachungsbereiche bessere Gestaltungsmöglichkeiten bieten. Eine Realisierung der Doppelanlage mit zwei Kathetermessplätzen am jetzigen Standort im Altbau bietet die Chance, zeitnahe zur Neubaufertigstellung umsetzbar zu sein, und sich später (sowohl organisatorisch als auch räumlich) an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulanten Leistungsbereich zu befinden.

### **2. Zielsetzung**

Die Erneuerung des alten Linksherzkatheters (LHK) ist aufgrund des Alters und der zunehmenden Ausfälle unabdingbar. Soll der Klinik für Kardiologie eine Weiterentwicklung ermöglicht werden, wie es aufgrund des bestehenden Potentials und der demographischen Entwicklung der Bevölkerung angeraten ist, so ist diese nur mit einem zweiten LHK zu bewerkstelligen. Der zweite

LHK bietet zudem eine Ausfallsicherung, nicht nur bei Wartungsarbeiten, sondern auch bei komplexen und mehrstündigen Eingriffen, bei denen zurzeit ebenfalls keine Versorgung von Herzinfarkten stattfinden kann. Darüber hinaus bestünde zukünftig die Möglichkeit, die Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren aus dem Zentral-OP in das HKL zu überführen.

Teil einer möglichen Weiterentwicklung für eine überregionale Kardiologie ist die Erbringung von elektrophysiologischen Untersuchungen (EPU) und Therapien, wie z.B. die Katheter-gestützte Ablation bei verschiedenen Herzrhythmusstörungen. Diese Eingriffe sind ebenfalls zeitaufwendig und waren bislang in den vorhandenen Ressourcen nicht denkbar.

### **3. Bedingungen und Unwägbarkeiten**

Die Implementierung eines 2. LHK und Notwendigkeit des Austausches der alten Anlage kommt zu einem Zeitpunkt, da die Planungen für den Neubau nahezu abgeschlossen sind und auch die bauliche Umsetzung weit fortgeschritten ist. Die zwischenzeitliche Option einer Doppelanlage im Neubau selbst wurde aber aus verschiedenen Gründen wieder verworfen, so dass die aktuelle Planung eine Errichtung am bestehenden Standort vorsieht, der neben einem großzügigeren Raumplan sich zudem für eine Andienung der ambulanten Patienten besser eignet.

#### **3.1. Bauliche Umsetzung**

Der *Status quo*, bauliche Veränderungen sowie notwendige Maßnahmen der Ertüchtigung von u.a. Stromversorgung und Kältetechnik wurden von Fachplanern bereits bewertet, so dass die vorliegende Kostenschätzung bereits sehr detailliert ist. Sie geht derzeit von Kosten in Höhe von rund 6 Millionen Euro aus, die im 1. Nachtragswirtschaftsplan im Vermögensplan bereits entsprechend eingestellt wurden. Hiervon entfallen auf die Medizintechnik 1.787.380 Euro, auf die baulichen Maßnahmen sowie Ertüchtigung der Infrastruktur (Strom, Kältetechnik etc.) 4.155.240 Euro. Die bevorzugte Variante sieht bei einer zeitlich zusammenhängenden Erneuerung des ersten Kathetermessplatzes die Realisierung einer Kopf-an-Kopf-Anlage vor, mit einem gemeinsamen Schalt- und Vorbereitungsraum zwischen den beiden Anlagen, was Vorteile bei Organisation (gemeinsames Lager) und Personaleinsatz bietet.

#### **3.2. Wirtschaftliche Auswirkungen**

Für die Wirtschaftlichkeitsberechnung wurden Annahmen für die Leistungsentwicklung gemeinsam mit dem Chefarzt der Abteilung getroffen. Diese wurden mit den Prognosen und Empfehlungen der ENDERA-Gruppe GmbH zur Medizinstrategie abgeglichen und angepasst. Es ist grundsätzlich demographie- und morbiditätsbedingt von einem weiteren Leistungszuwachs in der kardiologischen Diagnostik und Therapie auszugehen, auch wenn nicht-invasive Verfahren mittels spezieller CT- oder MRT-Untersuchungen weiter zunehmen werden. Letztlich führt aber auch bei einem nicht-

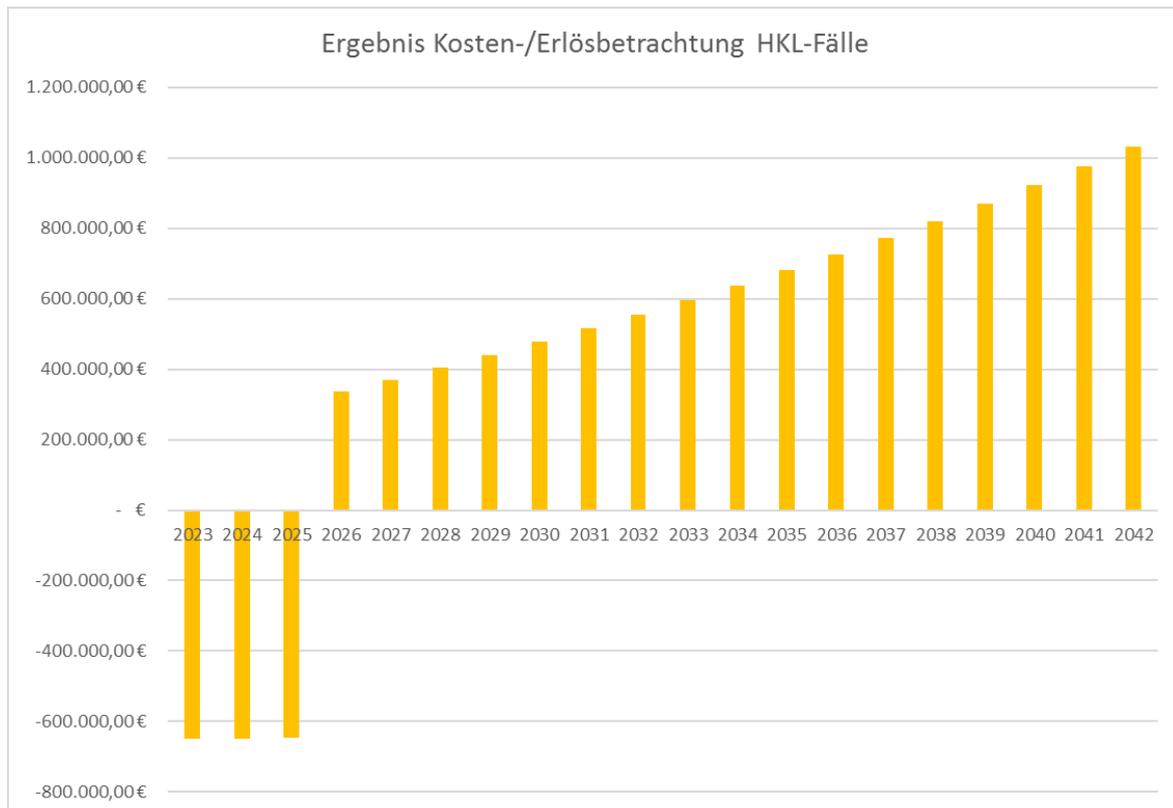
invasiv festgestellten Behandlungsbedürftigen Befund kein Weg an der Intervention im Katheterlabor vorbei. Die strenge Indikationsstellung zur Koronarangiographie an den Kreiskliniken wird durch den hohen Anteil von Interventionen bestätigt, d.h. es werden nur selten Herzkatheter-Untersuchungen durchgeführt, bei denen letztlich kein auffälliger Befund resultiert, bei der überwiegenden Anzahl wurde der Verdacht auf eine Verengung oder gar einen Verschluss von Herzkranzgefäßen bestätigt. Neben den Fallzahlen für die Koronarangiographie wurde der Aufbau eines neuen Leistungsbereiches Elektrophysiologie berücksichtigt. Hier sind rund 250 elektrophysiologische Untersuchungen (EPU) mit oder ohne Katheterablation in die Berechnung aufgenommen.

Aufgrund der Tatsache, dass nicht alle kardiologischen Leistungen der Kreiskliniken interventioneller Natur sind, und der internistische Pool der Assistenzärzte für die Koronarangiographien eine untergeordnete Relevanz haben, wurden folgendes Modell für die Wirtschaftlichkeitsberechnung herangezogen:

Betrachtet werden die (stationären) Erlösanteile aus allen interventionellen Leistungen, die im HKL stattfinden. Dies erfolgt über die Erlösanteile des Kostenstellen-Bereiches 7 (Kardiologische Diagnostik und Therapie) der InEK-Matrix für die abgerechneten DRGs, sowohl für die Personal- als auch Intrastrukturkosten. Die DRGs sowie deren durchschnittliche Kosten- bzw. Erlösbestandteile ermitteln sich aus den im Jahr 2021 abgerechneten interventionellen Behandlungsfällen mit mindestens einer Leistung im HKL. Für die kommenden Jahre wird von einer moderaten Steigerung (2,0%) des hessischen Landesbasisfallwertes (LBFW) ausgegangen, sowie von einem leichten Fallwertverlust über einen negativen Katalogeffekt (CMI -0,8%). Gegenübergestellt werden jene Personalkosten, welche unmittelbar mit der Leistungserbringung sowie den Vorhaltekosten im HKL zusammenhängen, dies wären das Funktionspersonal im HKL, der überwiegende Anteil der Personalkosten im zuständigen oberärztlichen Bereich sowie leistungsbezogene Personalkosten für die EPU. Hinzu kommen dann die Kosten für die Errichtung der Einheit.

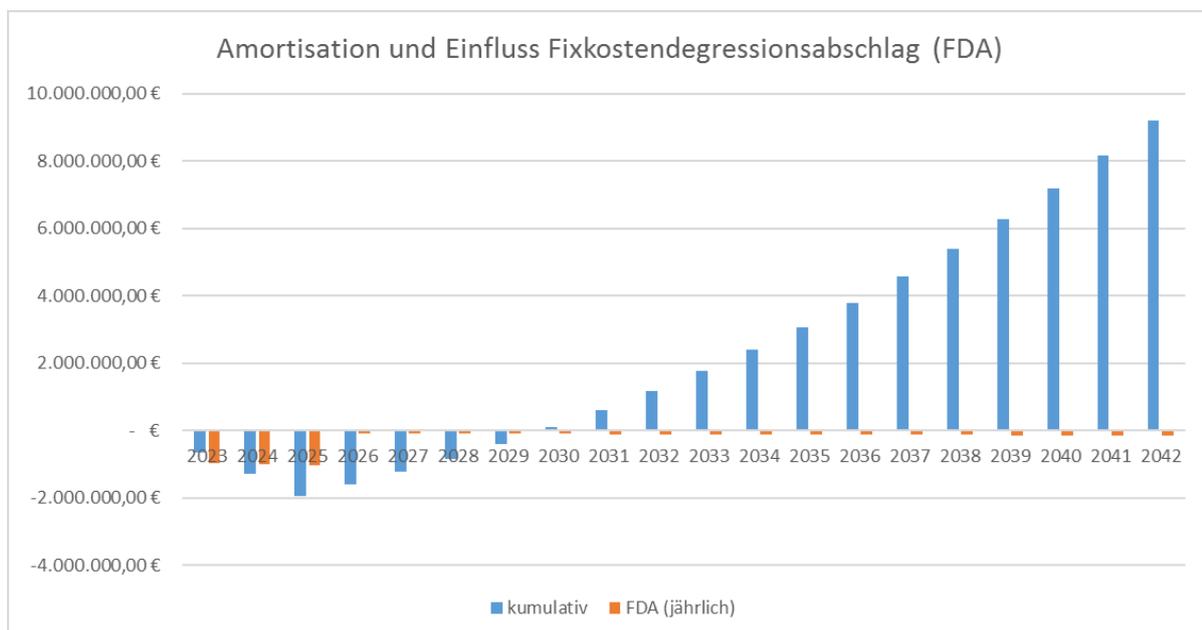
Sofern die Kosten der Medizintechnik über die jährlich zugewiesenen pauschalen Fördermittel des Landes gedeckt werden, fließen in die Wirtschaftlichkeitsberechnung lediglich die baulichen Maßnahmen ein, mit einer Abschreibung über 20 Jahre.

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass die Erlöse aus Krankenhausleistungen über DRGs keine Investitionsmaßnahmen abdecken, die Erlösanteile med. Infrastruktur aus der InEK-Matrix (Kostenstellen-Bereich 7) sind lediglich auf die laufenden Betriebskosten bezogen. Auf die Darstellung zukünftiger Betriebskosten wurde verzichtet, da es durch den weitgehenden Wegzug der Stationen aus dem Altbau ohnehin zu deutlichen Änderungen im Bereich des Altbaus kommt. Die resultierende Kosten-/Erlösbetrachtung zeigt vor allem ein (bekanntes) strukturell-gesundheitspolitisches Problem auf: den Fixkostendegressionsabschlag (FDA):



Die zusätzlichen Erlöse aus Mehrleistungen werden in den ersten Jahren vollständig vom 3-jährigen FDA verzehrt, erst ab dem 4. Jahr zeigt sich ein positiver Deckungsbeitrag.

Insgesamt wird in den ersten drei Betriebsjahren ein kumulierter FDA in Höhe von über 3 Millionen Euro fällig, der an die Krankenkassen über Ausgleichs zurückgezahlt werden muss. Eine sukzessive Erlössteigerung ist in den Folgejahren über ein moderates Fallzahlwachstum möglich, auch wenn den 2% Steigerungen des LBFW ein jährlicher Anstieg der Personalkosten von 2,5% gegenübersteht.



In der Gesamtdarstellung der Wirtschaftlichkeit zeigt sich eine mögliche Amortisation der Investitionen nach 7 Jahren. Dieser Zeitraum ist fast ausschließlich durch den kumulierten FDA bedingt, ab dem 4. Jahr fällt der jeweilige FDA der weiteren Leistungssteigerungen nunmehr mit 100 – 150.000 Euro jährlich (kaum) ins Gewicht.

#### **4. Fazit**

Die Kreiskliniken werden mit Bezug des Bettenhausneubaus die Möglichkeit zu strukturellen und organisatorischen Veränderungen haben, um die Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern und auch langfristig die stationäre Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Das Potential für eine Weiterentwicklung der Klinik für Kardiologie wäre dann fast ausschließlich durch den vollständig ausgelasteten Linksherzkatheter blockiert, der zudem am Ende seiner technischen „Laufzeit“ angelangt sein wird und bald ausgetauscht werden muss. Die Errichtung einer zweiten Anlage mit gleichzeitigem Austausch des ersten LHK schafft wieder Raum für Wachstum, neue Leistungsbereiche und entlastet durch Verlegung der Schrittmacherimplantationen den Zentral-OP. Zusätzlich erhalten die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg durch den zweiten Herzkathetermessplatz ein besseres Ausfallmanagement im Rahmen der Notfallversorgung und sichern eine durchgängige Leistungsabdeckung ab. Trotz erheblicher Abschläge durch den FDA in den ersten Betriebsjahren kann eine Amortisation binnen 7 bis 8 Jahren möglich sein. Es wird daher empfohlen, diesem Projekt zuzustimmen.

#### **Anlage:**

- Präsentation der BK vom 10.09.2021