

Kliniken der Stadt Köln gGmbH: Zukunftsmodell Vorlage 0551/2023

Zur Vollständigkeit und zur transparenten Darstellung der Zahlen sind mit dieser Anlage 6

- der Auszug aus der Niederschrift des Finanzausschusses vom 20.03.2023 zu dieser Vorlage (0551/2023) sowie
- die 3 Folien zum Vortrag von Frau Stadtkämmerin Prof. Dr. Diemert zu diesem Punkt beigefügt.

Zur weiteren Verdeutlichung der Vorteilhaftigkeit des Zukunftsmodells der Kliniken sind

- die Beantwortung der Anfrage zum Zukunftsmodell der Kliniken aus dem Gesundheitsausschuss am 25.04.2023 (1302/2023) sowie
- das Statement von Herrn Prof. Christian Karagiannidis in seiner Rolle als Mitglied der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ beigefügt.



Geschäftsführung Finanzausschuss

Herr Müller (20)

Telefon: (0221) 221-24649
Fax: (0221) 221-23902
E-Mail: Michael.Mueller6@stadt-koeln.de

Datum: 03.05.2023

Auszug aus der Niederschrift der Sitzung des Finanzausschusses vom 20.03.2023

öffentlich

10.9 Kliniken der Stadt Köln gGmbH: Zukunftsmodell 0551/2023

Anmerkung: Präsentation und Diskussion wurden an den Anfang der Sitzung vorgezogen.

Die Geschäftsführung der Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Frau Langer und Herr Professor Dr. Goßmann, stellen das Zukunftsmodell 1+0 in einem Folienvortrag (**Anlagen 1a und b**) vor.

Auch wenn in Köln 25 Kliniken für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehen, seien die Kliniken der Stadt Köln als zweiter Maximalversorger neben der Uniklinik für Köln und die Region unabdingbar. Die Uniklinik sei nicht in der Lage, das Volumen der Kliniken der Stadt Köln zusätzlich zu übernehmen: im letzten Jahr allein 100.000 Notfallpatienten. Das seien Zahlen, die eindeutig zeigen, dass ein zweiter Maximalversorger in Köln notwendig sei.

Die Kliniken der Stadt Köln hätten nachweislich auch eine überregionale Bedeutung. So reiche zum Beispiel der Einzugsbereich für die Versorgung von Schlaganfallpatienten weit in den rheinisch-bergischen Kreis hinein. Bei der Versorgung von Patienten mit Schwerverbrennungen halten die Kliniken der Stadt Köln insgesamt 14 Betten vor und sichern damit die Versorgung des gesamten Rheinlandes.

Als weiteres Beispiel für die Leistungsfähigkeit sei die Polytraumaversorgung zu nennen: die hochkomplexe Versorgung von Schwerstverletzten in Lebensgefahr könne nur von der Uniklinik und den Kliniken der Stadt Köln sichergestellt werden, weil es notwendig sei, ein breites Spektrum an verschiedenen hochqualifizierten Spezialisten vorzuhalten.

Zu den herausragenden Strukturmerkmalen der Kliniken der Stadt Köln gehören zudem folgende Leistungen:

- Eins von zwei Level-1-Perinatalzentren in Köln (Kinder unter 29 Wochen oder 1250 gr.) - es werden am Standort Holweide: ca. 100 Frühchen pro Jahr unter 750 gr. versorgt
- Eines der größten ECMO-Zentren in NRW
- Eines der größten Lungenkrebszentren in NRW
- Eines der größten Brustkrebszentren in NRW

- Eines der größten Nierentransplantationszentren in NRW
- Eines der größten HIPEC-Zentren in NRW
- Einziger Replantationsdienst in Köln

Die schlechte wirtschaftliche Lage sei Folge eines Instandhaltungsrückstandes, der alle drei Standorte betreffe – wegen baulicher Mängel seien einzelne Stationen gesperrt und können nicht genutzt werden -, und eines Fachkräftemangels, der sich in Zukunft noch verstärken und vom Pflegepersonal auf weitere Berufsgruppen ausweiten werde. Daher sei es so wichtig, wenn sich die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Anwerbung neuer Arbeitskräfte verbessern. Denn es gebe kein Nachfrageproblem und die Auslastung liege bei sehr guten 85 - 90%. Weil aber den Kliniken der Stadt Köln die baulichen und pflegerischen Ressourcen fehlen, werden zum Beispiel Schlaganfallpatienten oft nach der Behandlung in die zuweisende Klinik zurückverlegt – was medizinisch gesehen unsinnig sei.

Es werde in der öffentlichen Diskussion oft verlangt, zu begründen, warum das 1+0 Modell aus medizinischer Sicht sinnvoll sei. Dabei müsste es eigentlich umgekehrt sein, denn aus medizinischen Gründen käme niemand ernsthaft auf die Idee, zum Beispiel die Uniklinik auf drei Standorte zu verteilen. Weil an den drei Standorten nicht alle hochqualifizierten Versorgungsmöglichkeiten vorgehalten werden können, müssen auch schwerverletzte Patienten häufig von einem Standort zum anderen transportiert werden – Wegstrecken, die bei der Zentralisierung auf einen Standort entfallen werden. Dies betreffe zum Beispiel auch die Neugeborenen, für die im Falle einer Hirnblutung ein Baby-Intensivrettungstransport von Holweide nach Merheim bestellt werden müsse. Wenn man unterstelle, dass Herr Prof. Dr. Goßmann einmal täglich alle drei Standorte aufsuche, ergeben sich für ein Jahr ungefähr 36.000 km Wegstrecke. Dass die Kliniken der Stadt Köln auf drei Standorte verteilt seien, sei allein historisch begründet – aus medizinischer Sicht sei das unsinnig.

Es sei der Auftrag der Gesellschafterversammlung gewesen, angesichts hoher Defizite ein Zukunftsmodell für die Kliniken der Stadt Köln gGmbH unter wirtschaftlichen, pflegerischen und medizinischen Gesichtspunkten zu entwickeln. Dabei wurde klar, dass es aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll sei, mit den historisch bedingten drei Standorten weiterzuarbeiten. In der gegenwärtigen Situation gebe es viele unnötige Transportwege zwischen den Standorten – für Patienten und Mitarbeiter oft eine Belastung. Die Versorgung der Bevölkerung werde sich mit der Konzentration auf einen Standort verbessern - so werde sich zum Beispiel der Zahl der bewirtschafteten Betten mit der Zentralisierung von zurzeit 749 auf 1.029 erhöhen. An einem zentralen Standort sei eine schnellere und bessere interdisziplinäre Behandlung realisierbar. Es sei verständlich, dass die Bevölkerung in den betroffenen Stadtteilen den Verlust der beiden Standorte bedauere. Aber man dürfe nicht vergessen, dass der rechtsrheinische Raum von der Verlagerung strukturell profitieren werde.

Es werde eine Zukunftsperspektive eröffnet, die durch eine Veränderung der Strukturen und Prozesse eine dauerhafte Verringerung des Defizites der Kliniken erwarten lasse, zum Beispiel aufgrund der mit der Zentralisierung möglichen Synergieeffekte: Abbau von Doppelvorhaltungen und gemeinsame Nutzung von Hintergrund- und Funktionsdiensten.

Dies sei auch vor dem Hintergrund der anstehenden Veränderungen der Krankenhausplanung bedeutsam, denn die künftigen Strukturvoraussetzungen seien mit dem Zukunftsmodell wesentlich leichter zu erfüllen. Es sei notwendig, neue Wege zu gehen, zum Beispiel mit neuen Arbeitszeitmodellen. Der Betriebsrat habe sich ebenfalls deutlich für das Zukunftsmodell ausgesprochen – ein klares Signal für die Geschäftsführung, dass die Belegschaft die kommenden Veränderungsprozesse mitgehen werde, auch weil sich die Arbeitsbedingungen mit der Zentralisierung verbessern wer-

den. Und nur mit attraktiven Arbeitsplätzen sei künftig Wachstum möglich. Der Investitionsbedarf sei mit 590 Mio.€ zwar sehr hoch, aber es sei eine sinnvolle Investition in die Zukunft und nicht länger in die Deckung der negativen Betriebsergebnisse.

Die Geschäftsführung wünsche sich von der Politik den Mut und die Unterstützung, den aufgezeigten Weg zu gehen und den Veränderungsprozess in den kommenden Jahren gemeinsam zu gestalten.

Frau Stadtkämmerin Professor Dr. Diemert dankt der Geschäftsführung für das überzeugende Plädoyer für das Zukunftsmodell 1+0 und widmet sich sodann den wesentlichen Rahmenbedingungen und Folgen für den städtischen Haushalt:

Mit der vorliegenden Ratsvorlage solle eine Grundsatzentscheidung für das Zukunftsmodell für die Kliniken der Stadt Köln gGmbH in Verbindung mit der weitgehenden Standortverlagerung nach Merheim getroffen werden: die Variante 1+0.

Die Verwaltung solle zudem mit den notwendigen haushaltstechnischen Maßnahmen zur Umsetzung des Zukunftsmodells der Kliniken im Doppelhaushalt 2023/2024 und in der Planung für die Haushaltsjahre 2025ff. beauftragt werden. Letzteres könne erst im Anschluss an die Grundsatzentscheidung erfolgen, weil die haushaltstechnische Umsetzung von einer Reihe von Prämissen und Entscheidungen abhängt. Heute sollten die wesentlichen finanziellen Rahmenbedingungen und Eckdaten dargestellt werden, um eine hinreichend fundierte Abwägung zwischen dem Status quo und dem verwaltungsseitig vorgeschlagenen Zukunftsmodell zu ermöglichen.

In der vorliegenden Ratsvorlage werde zunächst auf die aktuelle Defizitentwicklung der Kliniken auf Basis des derzeitigen Wirtschaftsplan Bezug genommen, die auch schon in der Mitteilung 0078/2023 – dem Finanzausschuss in seiner Sitzung am 06.02.2023 vorgelegt – dargestellt worden sei. Das sei der Status quo.

Dem gegenüber stehe das Zukunftsmodell. Dieses sei von der Geschäftsführung unter Einbindung von consus health, einem auf den Gesundheits- und insbesondere Klinikfragen spezialisierten Berater erarbeitet worden:

Der Finanzbedarf des Zukunftsmodells werde danach bis zum Jahr 2031 mit insgesamt 818 Mio. € beziffert. Zugrunde liege die Modellierung einer Gewinn- und Verlustrechnung ohne Preis- und Kostensteigerung auf Basis des EBITDA, das heißt ohne Zinsen, Steuern und Abschreibungen, zzgl. einer Cash Out Betrachtung für die notwendigen Investitionen bis einschließlich 2031.

Zum Verständnis des Modells und der Darstellung auf den Folien 1 und 2 seien folgende Vorbemerkungen wichtig.

- Die mit der EBITDA erfolgende Fokussierung auf die operative Geschäftstätigkeit erleichtere die Vergleichbarkeit der Modelle. Bei „Übersetzung“ der operativen Defizite in den städtischen Haushalt müssten jedoch Zinsen und Abschreibungen mitgedacht werden. Sobald die Grundsatzentscheidung über das Zukunftsmodell gefasst sei, müsse geklärt werden, ob die Kliniken die Zinsbelastung aus den Gesellschafterdarlehen (bei einem Volumen zum Jahresende von rund 530 Mio. € und einem Zinssatz von 3% sind dies jährlich rund 16 Mio. € Zinsbelastung) dauerhaft tragen sollten oder ob die Gesellschafterdarlehen zur Ermöglichung eines kraftvollen Neustarts ganz oder teilweise in Eigenkapital umgewandelt werden sollten. Eine derartige Entscheidung sei sinnvoll aber erst möglich, wenn die Zukunft der Kliniken geklärt sei.
- Im Zukunftsmodell werde außerdem in sog. Modelljahren gearbeitet und es werde der Eintritt der positiven Effekte bei der Personalentwicklung von Anfang an unterstellt. Da keine betriebsbedingten Kündigungen beabsichtigt sind, werden diese Effekte voraussichtlich erst verteilt über mehrere Jahre eintreten.

Vor diesem Hintergrund bestehe Konsens mit der Geschäftsführung, dass die Zahlen aus der Modellrechnung, sofern der Rat die Grundsatzentscheidung für das Zukunftsmodell treffe, – zunächst in eine reguläre Wirtschaftsplanung für das Jahr 2024 zu überführen seien und sich dabei Verschiebungen bezogen auf die Wirtschaftsplanjahre – und darauf aufsetzend die städtischen Unterstützungsbedarfe - ergeben werden.

Die Defizite der Kliniken der Stadt Köln gGmbH werden ab 2024 in jedem Fall direkt auf den Haushalt durchschlagen. Weiteren Gesellschafterdarlehen stünden keine ausreichenden Vermögenswerte der Kliniken der Stadt Köln gGmbH in Form von stillen Reserven und bilanzierten Anlagegütern gegenüber. Die Abdeckung von laufenden Defiziten müsse daher ab 2024 über Betriebskostenzuschüsse aus dem städtischen Haushalt erfolgen. Die dadurch gebundenen Haushaltsmittel stünden für andere Aufgaben somit nicht mehr zur Verfügung. Für Investitionen kämen Investitionskostenzuschüsse in Betracht, die grundsätzlich aktiviert werden könnten und zunächst keine unmittelbare Belastung für den Ergebnishaushalt darstellten. Langfristig seien hier die Abschreibungen zu bedenken sowie die laufende Zinsbelastung für die aufzunehmenden Investitionskredite.

Da der Erhalt der Kliniken in städtischer Regie mithin erhebliche Anstrengungen erfordere, müsse die Frage beantwortet werden, wofür die städtischen Mittel eingesetzt werden sollten:

Modell 3+0:

Bei Fortsetzung des Status Quo (Modell 3+0) ergebe sich in der Modellrechnung ein Finanzbedarf von aufsummiert 1,28 Mrd. € bis zum Jahr 2031. Hierbei beliefe sich der Investitionsbedarf auf 646 Mio. € und das operative Defizit auf 635 Mio. €. Dabei bleibe das operative Defizit trotz hoher Investitionen zur Sicherstellung der Betriebsfähigkeit an allen drei Standorten unverändert hoch, weil keine Struktur- und Prozessverbesserungen, die mit dem modernen Campus in Merheim verbunden wären, realisiert werden könnten.

Modell 1+0:

Die Verwaltung schlage daher – sowohl medizinisch, als auch finanziell - die Sanierung in kommunaler Eigenregie und die Konzentration auf einen Standort vor. Dafür seien Investitionen in Höhe von 590 Mio. € notwendig. Dies werde im städtischen Haushalt Zinsbelastungen für entsprechende Investitionskredite zur Folge haben. Aus dem städtischen Haushalt müsste zudem jedenfalls das operative Defizit in Höhe von 228 Mio.€ - nur rund ein Drittel im Vergleich zum Modell 3+0 - abgedeckt werden.

Die operativen Defizite seien im Laufe der Jahre deutlich rückläufig. Die Sprünge im Jahr 2029 und 2030 erklärten sich wie folgt: Im Jahr 2029 sehe das Modell vor, dass Grundstücke verkauft werden. Damit seien Liquiditätszuflüsse in Höhe von 124 Mio.€ verbunden, die einen positiven Effekt in der Ergebnisrechnung der Kliniken haben, weil stille Reserven gehoben werden können. Dies führe operativ im Jahr 2029 bei den Kliniken zu einem operativen Überschuss von 82 Mio. € und zu einem niedrigeren operativen Defizit in 2030. Der Unterstützungsbedarf der Stadt und die Belastungen im Haushalt reduzierten sich entsprechend auf die oben genannten 228 Mio. €. Es bestehe darüber hinaus – anders als bei 3+0 – bei dem Modell 1+0 auch das Potenzial für die Akquise von Fördergeldern, welche in den hier präsentierten Zahlen noch gar nicht berücksichtigt seien und den Unterstützungsbedarf weiter reduzieren würden.

Die Zahlen verdeutlichen: Das Zukunftsmodell (Variante 1+0) bedeute zwar einen Kraftakt für den städtischen Haushalt, der jedoch wirtschaftlich sinnvoll sei und - gestützt auf die Ausführungen der Kliniken - eine hohe medizinische Qualität sicherstellen könne. Bei Fortsetzung des Status quo würde die Stadt schlicht Geld für die Defizitabdeckung „verbrennen“ ohne eine Verbesserung der medizinischen Versorgung oder Sanierung der Kliniken herbeizuführen.

Dies zeige der Vergleich im Zielzustand des Jahres 2031. Auf Folie 2, also in der Modellierung ergebe sich im Jahr 2031 – also nach erfolgten Baumaßnahmen - für das Modell 3+0, also im Status quo, immer noch ein jährlicher Finanzmittelbedarf von 66,4 Mio. €, während das Modell 1+0 einen Finanzmittelüberschuss von 8,3 Mio. € erziele und somit im Modellvergleich ein um 74,7 Mio. € p.a. besseres Jahresergebnis ausweise.

In beiden Modellen sei eine Basisförderung in Höhe der laufenden Baupauschale unterstellt: 10,8 Mio. Euro im 1+0-Modell und 9,4 Mio. Euro im 3+0 Modell. Auf der Folie 3 seien diese Effekte für eine bessere Vergleichbarkeit eliminiert worden, und würden zusätzlich zur EBITDA-Betrachtung – wegen der Relevanz für einen etwaigen Betriebskostenzuschuss – auch die Abschreibungen und die Zinsen in den Blick genommen.

Unter zusätzlicher Betrachtung von Abschreibungen läge das Jahresergebnis vor Zinsen bei dem Modell 1+0 bei -22 Mio. € und beim Modell bei -97,3 Mio. €. Das laufende Delta zwischen den beiden Varianten liege somit mindestens bei 75,3 Mio. €.

Frau Stadtkämmerin Prof. Dr. Diemert führt weiter aus, dass die Zinsbelastungen in dieser Folie zunächst nicht beziffert worden seien, auch wenn die Lasten der Vergangenheit nicht vergessen werden dürften. Die jährliche Zinsbelastung für die rd. 530 Mio. Euro Gesellschafterdarlehen liege – wie ausgeführt - bei einem angenommenen Zinssatz von 3 % bei rd. 16 Mio. Euro. Der Platzhalter in Form des Fragezeichens habe seinen Grund zum einen in der – in avisierten – Entscheidung zum Umgang mit den Gesellschafterdarlehen. Zum anderen beruhe dies darauf, dass, solange die Kliniken auf Betriebskostenzuschüsse angewiesen seien, die Zinsen in beiden Modellen den städtischen Haushalt belasten würden und daher nicht variantenabhängig seien. Die Stadt trage die Zinsen entweder direkt oder aufgrund der Zinsbelastung der Kliniken und sich in der Folge ergebender höherer Jahresdefizite über einen höheren Betriebskostenzuschuss an die Kliniken. In beiden Fällen werden die Folgen der strukturellen Schieflage in der Vergangenheit mithin im Haushalt sichtbar bleiben.

Mit dem vorgeschlagenen Zukunftsmodell 1+0 solle die strukturelle Schieflage der Kliniken der Stadt Köln gGmbH beendet werden. Die Beschäftigten hätten es verdient, eine nachhaltige Perspektive zu erhalten. Das Zukunftsmodell biete mit modernen Strukturen und der Konzentration – wie die Geschäftsführung überzeugend dargestellt habe – kein Weniger, sondern ein Mehr an medizinischer Versorgung.

*Die Folien zum Vortrag der Stadtkämmerin sind der Niederschrift als **Anlage 2** beigelegt.*

Der Ausschussvorsitzende dankt den Vortragenden und eröffnet die Diskussionsrunde.

RM Schneeloch betont, die Stadt Köln brauche einen Maximalversorger in kommunaler Hand für den rechtsrheinischen Bereich. Sie äußert sich kritisch zu den vorgeschlagenen Grundstücksverkäufen und vermisse eine Perspektive für attraktiven Wohnraum für Pflegekräfte und andere Beschäftigte der Kliniken. Zudem weist sie darauf hin, dass die Oberbürgermeisterin als Ziel ein Defizit von weniger als 10 Mio.€ vorgegeben habe.

RM Petelkau fragt, wie die operativen Defizite der Jahre 2024 bis 2031 kalkuliert wurden.

RM Joisten betont, das Wichtigste sei die beste Versorgung der Bürger* innen. Ein Maximalversorger im Rechtsrheinischen sei notwendig und müsse in seiner Leistungsfähigkeit ertüchtigt werden. Er vermisse in der Vorlage Aussagen darüber, welche medizinischen Leistungen an den bisherigen Standorten weiterhin angeboten werden können, zu den Auswirkungen der anstehenden Krankenhausreform auf die ermittelte Defizitentwicklung und eine konkrete Bauplanung.

SE Lenz weist darauf hin, dass in einer früheren Vorlage die Kosten des 3+0 Modells bei nur 880 Mio.€ lagen und fragt, in welchem Umfang Personalkosteneinsparungen bei der Erreichung des Defizitabbaus um 75 Mio.€ beitragen sollen.

RM Breite spricht sich gegen die Umwandlung der Gesellschafterdarlehen in Eigenkapital aus. Unter Berücksichtigung der Reform der Krankenhausfinanzierung und der Fördermöglichkeiten ergebe sich durchaus die Möglichkeit positiver Jahresergebnisse, aus denen Zinszahlungen an den städtischen Haushalt erfolgen könnten.

SE Dr. Fuchs gibt zu bedenken, dass die vorliegende Modellberechnung ohne Kostensteigerungen erfolgt sei, was es in der öffentlichen Wahrnehmung schwierig mache, wenn in der Realität die Gesamtkosten bei möglicherweise 1 Mrd.€ liegen werden.

RM Boyens kritisiert, dass eine solche Lösung schon früher hätte angegangen werden können. Es sei solange gewartet worden, bis die Defizite auf den Haushalt durchschlagen. Er halte es für nicht mehr zeitgemäß, an der Forderung nach einem rechtsrheinischen Maximalversorger festzuhalten. Er plädiere zudem für die Prüfung einer Veräußerung der Kliniken.

Frau Stadtkämmerin Professor Dr. Diemert beantwortet die gestellten Fragen wie folgt:

- Der Wunsch nach einer Nutzung der Grundstücke für Wohnungsangebote für die Beschäftigten sei nachzuvollziehen, aber man müsse im Blick behalten, dass der Verzicht auf den Verkauf eine Mehrbelastung des städtischen Haushaltes durch entsprechende Defizitdeckung im Volumen von 100 bis 120 Mio.€ mit sich bringe. Zu diesem Thema werden weitere Überlegungen angestellt. So gebe es durchaus auch die Möglichkeit, den Verkauf mit entsprechenden Maßgaben für den Investor zu verbinden.
Die von der Oberbürgermeisterin gesetzte Zielmarke von 10 Mio.€ für das Defizit der Kliniken beziehe sich auf die EBITDA-Methode und sei mit dem Modell 1+0 erreicht.
- Es handele sich um eine Modellrechnung, die keine hart kalkulierte Wirtschaftsplanung darstelle. So gehe die Modellrechnung zum Beispiel davon aus, dass die Personaleffekte sofort kostenmindernd wirksam werden, was in der Realität aufgrund des Verzichts auf betriebsbedingte Kündigungen nicht möglich sei.
- Veränderungen im weiteren Verlauf werden sich zwangsläufig ergeben, wenn die Grundsatzentscheidungen getroffen wurden und die Modellrechnung in den Wirtschaftsplan 2024 der Kliniken der Stadt Köln gGmbH überführt werde.
- Die früheren Kostenschätzungen beinhalteten nur Investitionen in den Standort Merheim. Es seien aber Investitionen in alle drei Standorte zwingend notwendig, wenn man am Status Quo festhalten wolle. Der Unterschied von 75 Mio.€

im Vergleich der beiden Modelle ergebe sich aus einem ganzen Strauß an Verbesserungen: Umsatzeffekte, Personalkosteneinsparungen und optimierte Sachkosten.

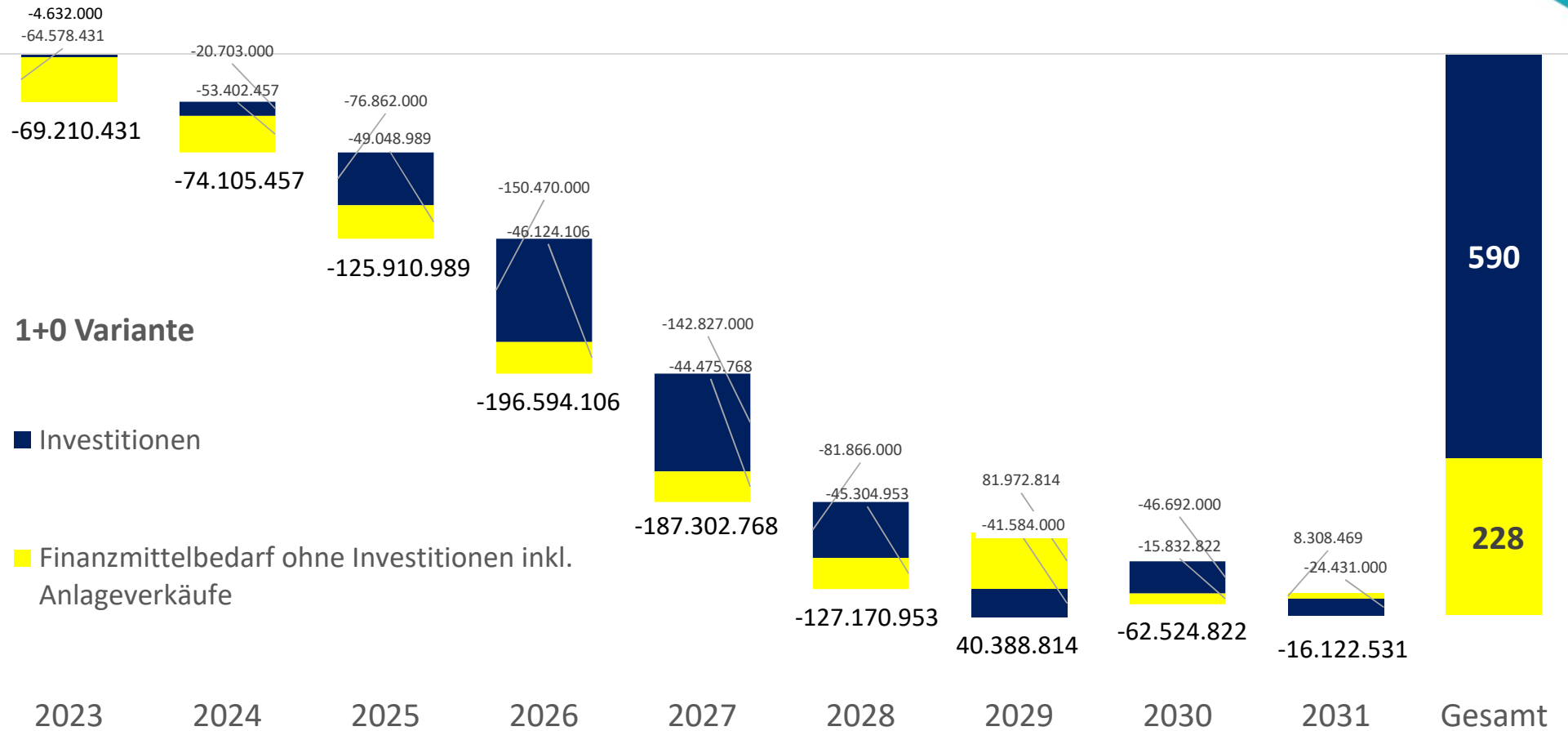
- Die angedachte Umwandlung der Gesellschafterdarlehen in Eigenkapital werde sehr sorgfältig abgewogen. Da es sich um eine erhebliche Summe handle, müsse auch die Auswirkung auf das Eigenkapital der Stadt beachtet werden, so dass gegebenenfalls auch nur eine Teilumwandlung in Frage komme.
- Auf die Berücksichtigung von Kostensteigerungen sei in der Modellrechnung verzichtet worden, um die Kosten in ihrer heutigen Dimension darzustellen.

Frau Langer (Geschäftsführerin Kliniken der Stadt Köln gGmbH) ergänzt, dass ein Verzicht auf einen zweiten Maximalversorger nur möglich sei, wenn die Uniklinik Köln ausgebaut werde, was aber aus technischen und baulichen Gründen nicht darstellbar sei. Die Veränderungen der Krankenhausfinanzierung im Zusammenhang mit der derzeit diskutierten Krankenhausreform seien aktuell nicht seriös in Zahlen darstellbar. Es existiere noch keine Gesetzesvorlage.

Der Finanzausschuss verweist im ersten Durchgang die Vorlage in die nachfolgenden Gremien.

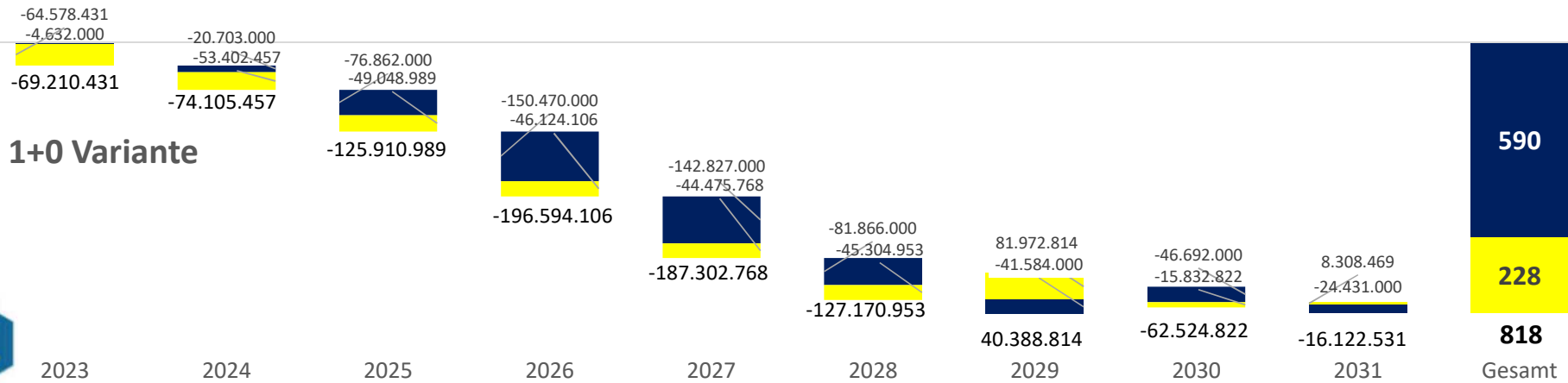
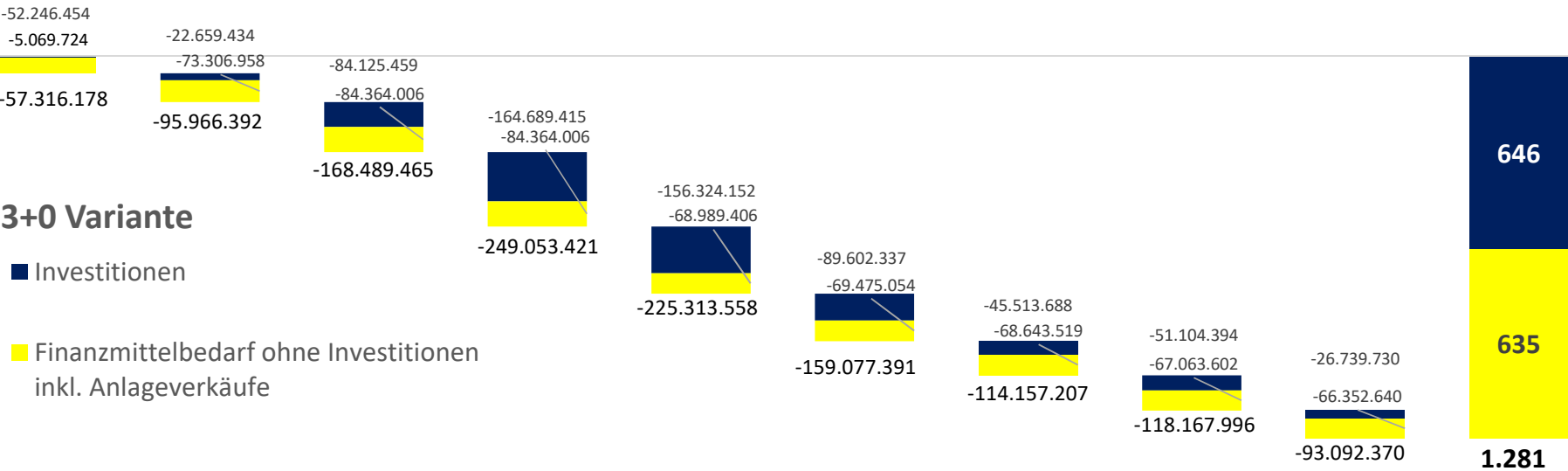
MODELLRECHNUNG: ENTWICKLUNG IM JAHRESVERGLEICH

Entwicklung des Finanzmittelbedarfs 1+0 (Basis EBITDA)



MODELLRECHNUNG: ENTWICKLUNG IM JAHRESVERGLEICH

Entwicklung des Finanzmittelbedarfs 3+0 vs. 1+0 (Basis EBITDA)

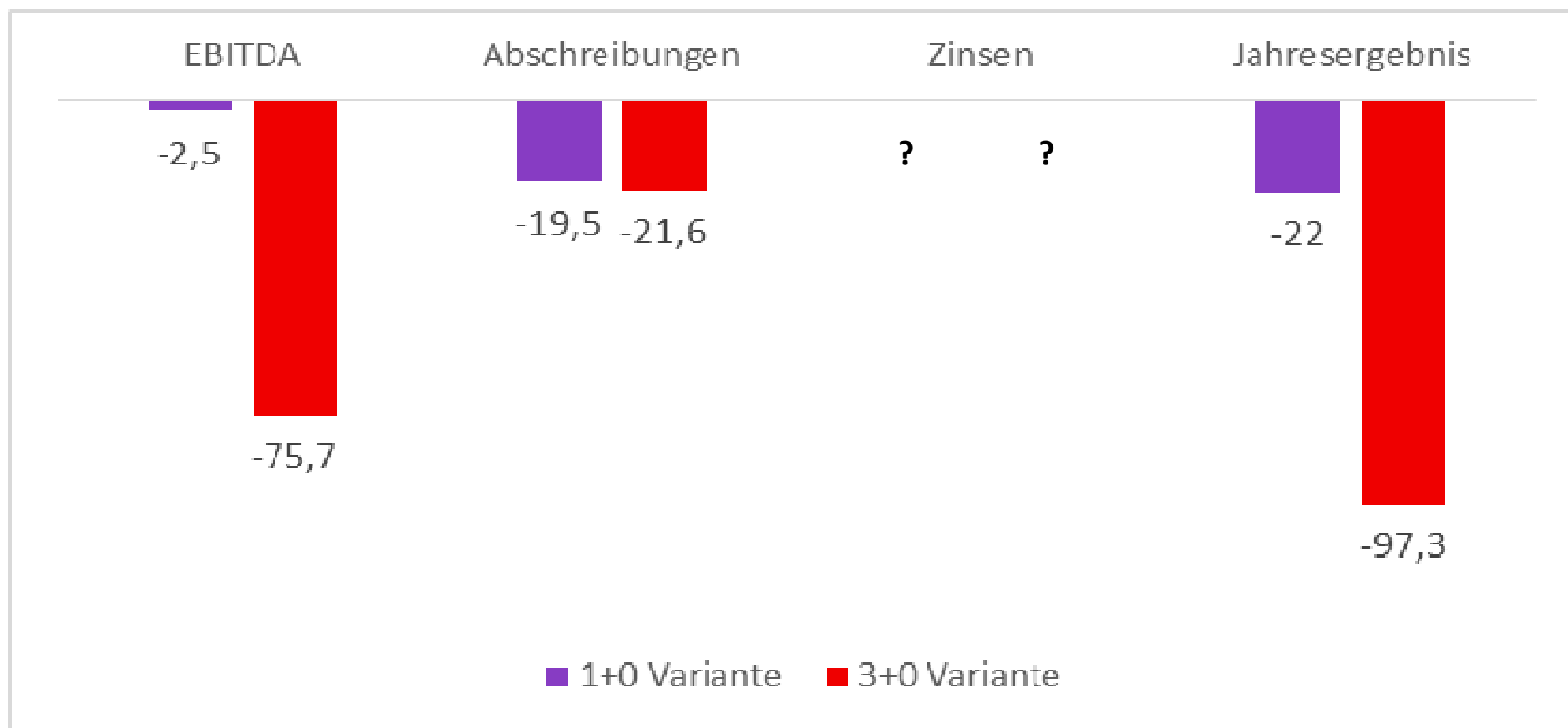


Jahresergebnisse ab 2031



Stadt Köln

Dezernat Finanzen und
Recht





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

¹ Quelle: Wirtschaftsplan 2023 der Kliniken Köln

Feinheiten (hier Ausgestaltung der Leistungsgruppen) noch in der konkreten Ausarbeitung und orientiert sich zunehmend an dem des NRW-Modells (Ausführungen der 3. Stellungnahme der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausvergütung² in Überarbeitung).

Bei der Einführung bundeseinheitlicher Einstufungen der Krankenhäuser in Level Ii 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).

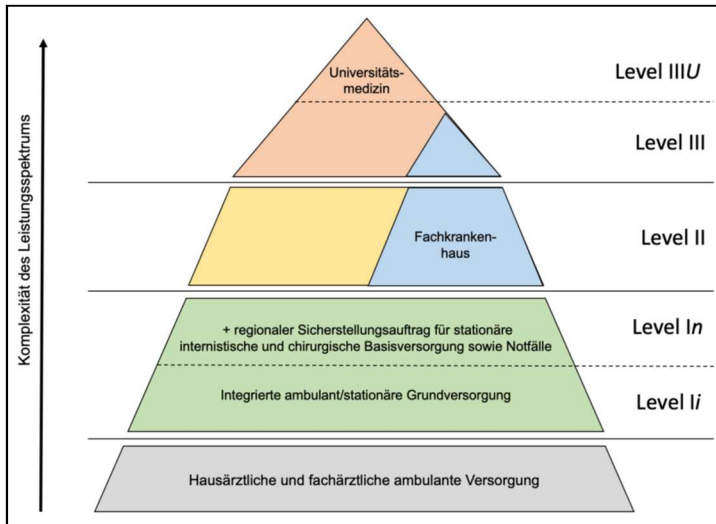


Abb. 1: Versorgungsstufenmodell per Bundeskrankenhausplan

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-Ii-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 Versorgungsstufe, 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

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

zeigen in

- dem Verlust des Maximalversorgerstatus (!),
- 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 Fachabteilungssektor lediglich Level II³ erhalten wird, Holweide wird lediglich Level I⁴ 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 mo- dernisieren und Spezialisierung zu zentralisieren. Andere angrenzende Länder haben dies bereits erfolgreich umgesetzt. Angesichts der vorhandenen räumlichen Kapazitä- ten 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 beilie- gendem 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)

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 I-Krankenhäuser nicht im Umkreis von 30-Minuten PKW-Fahr- zeit von Level II und III Krankenhäusern vorgesehen (Vgl. 3. Stellungnahme der Regierungskom- mission 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 hier- für mindestens drei internistische und drei chirurgische Leistungsgruppen vorgehalten werden müs- sen. Zudem sind mindestens zwei Leistungsgruppen aus den Bereichen (rot = nicht vorhanden) **Neu- rochirurgie**, **Unfallchirurgie**, **Orthopädie**, **Neurologie**, **Kardiologie**, Gastroenterologie und **obligatorisch zwei Fächer** aus den Bereichen **Pneumologie**, **Pädiatrie**, **Kinderkardiologie**, **Neonatalogie**, **Kinderchi- rurgie**, **Gefäßchirurgie**, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, **Augenheilkunde**, **Mund-Kiefer-Gesicht- schirurgie**, Hämatonkologie abzudecken. Ferner müssen eine Fachabteilung Gynäkologie und Ge- burtshilfe sowie eine **Stroke Unit** und **20** Intensiv- und Überwachungsbetten mit speziellen Anforde- rungen 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 Instandhaltung (nur ein Gebäude) und Wartung (nur ein Gerätepark)
- 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?

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

Antwort

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 Wohnungsbau-gesellschaft, 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 vgl. 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

Anlage zu Frage 2: Statement Prof. Dr. Karagiannidis

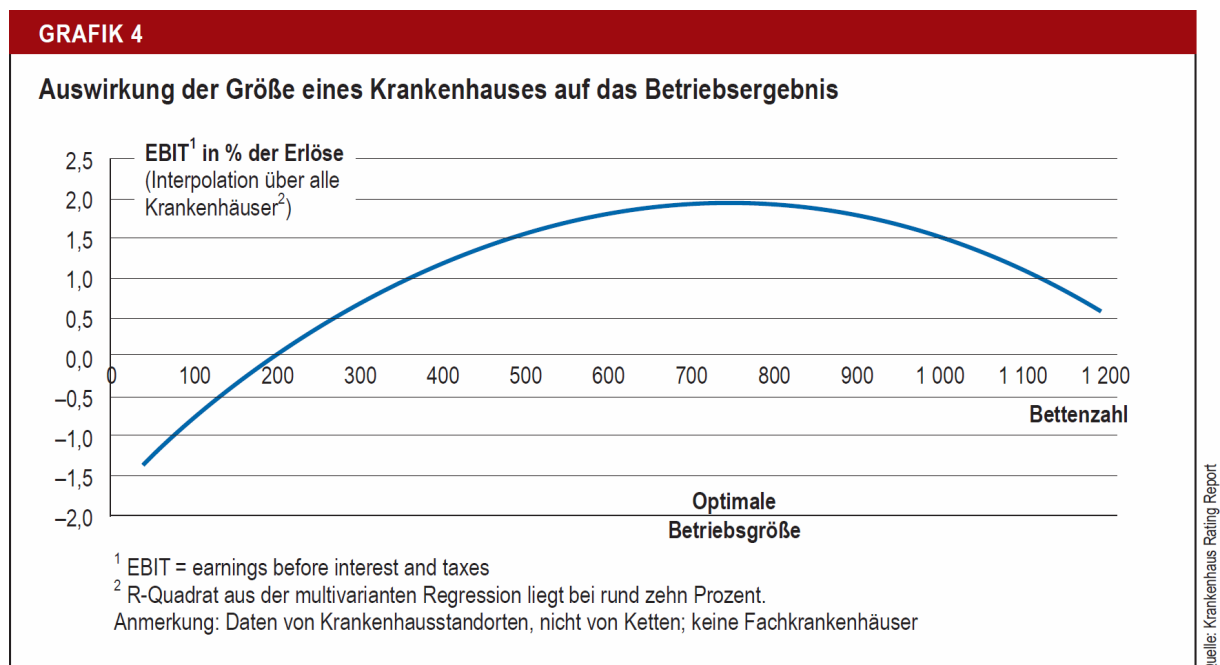
Die Reform des Landes NRW und insbesondere des Bundes zur Krankenhausplanung respektive -vergütung, wird erheblichen Einfluss auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland und besonders NRW nehmen. Beide Konzepte verfolgen das übergeordnete Ziel der Zentralisierung medizinischer Angebote und der Anhebung der Strukturqualität durch Vorhaltung an einzelnen Standorten und durch die breitflächige Einführung von Mindeststrukturvoraussetzungen für das jeweilige Fachgebiet. Der Grundgedanke des Bundes richtet sich zudem für die Schwerpunktversorger (zukünftig Level 2) und Maximalversorger (zukünftig Level 3) sehr stark an dem „General Hospital“ Gedanken aus, der international üblich ist: Der Patient kommt in eine Klinik und kann an dem jeweiligen Standort umfassend und qualitativ hochwertig behandelt werden. Die Zentralisierung der Kliniken der Stadt Köln an einem Standort entsprechen sowohl dem Leitgedanken des Bundes als auch des Landes und wird gerade in der neuen Vergütungslogik nahezu ideal abgebildet.

Darüber hinaus setzt gerade der Bund starke Akzente im Bereich der Zentrenbildung durch Verknüpfung verschiedener Fachdisziplinen (zukünftig Leistungsgruppen) an einem Standort. Eine onkologische Behandlung wird als Beispiel absehbar nicht mehr außerhalb großer Zentren stattfinden, die auch Vorhaltung für seltene Entitäten oder Komplikationen treffen. Hierzu ist eine Zentralisierung der Kliniken der Stadt Köln für die BürgerInnen der Stadt unabdingbar und klar mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität assoziiert.

Im Bundeskonzept wird die Vergütung zudem von der reinen Fallmengenabhängigkeit hin zur Vorhaltung entwickelt, wie wir es beispielsweise von der Polizei und Feuerwehr kennen. Hier sind im Moment die medizinischen Fachgesellschaften beauftragt Mindeststrukturvoraussetzungen zu definieren, die Eingang in eine sachgerechte Vorhaltevergütung finden könnten. Die Realisierung einer umfassenden Vorhaltung, die zukünftig vergütet wird, ist naturgemäß an einem Standort deutlich besser zu erbringen, als an drei Standorten. Eine besondere Rolle spielt zudem die Vergütung der Kinder- und Jugendmedizin. Es ist erklärtes politisches Ziel, dass die Kinder- und Jugendmedizin maximal gestärkt werden und die Kapazitäten möglichst aufrechterhalten werden sollen. Eine direkte räumlicher Nähe zur Geburtshilfe wird gerade für Level 3 Häuser zukünftig als fast unabdingbar angesehen.

Aus ökonomischer Sicht zeigt sich deutschlandweit in den letzten Monaten eine dramatische Entwicklung. Viele Krankenhäuser sind durch die aktuellen Rahmenbedingungen wie Inflation und Energiekosten, vor allem aber durch die flächendeckende Bettensperrung durch

fehlendes Personal, und damit fehlende Einnahmen in die teils tiefroten Zahlen gerutscht. Dies hat kurzfristig dazu geführt, dass die Bundesregierung 2 Mrd. Euro zum Auffangen des Defizits zur Verfügung stellt. Unter den Häusern gibt es aber teils deutliche Unterschiede im Ausmaß des Defizits, die sehr stark von der optimalen Krankenhausgröße abhängen. Der neue Krankenhausrating Report des RWI Essen wird in den kommenden Monaten erscheinen, aber wahrscheinlich eine ähnliche Kurvenkonfiguration aufweisen wie in der dargestellten Abbildung (Quelle: Dtsch Arztebl 2023; 120(12): A-506; Karagiannidis, Christian; Busse, Reinhard; Augurzky, Boris), nur mit einer weiteren Verschlechterung der Lage und einer Verschiebung der Kurve nach unten.



Eine Zielgröße von etwa 1000 mit Personal betreibbaren Betten an einem Standort wird von führenden Gesundheitsökonominnen als ideal angesehen.

Daher ist die Zusammenlegung von Standorten bereits vor der Bundesreform im Strukturfonds 1 und 2 angelegt worden, und soll eine erhebliche Steigerung im Strukturfond 3 erfahren. Ein solcher Fonds im zweistelligen Milliardenbereich wird aber nur dann aufgelegt werden, wenn damit echte Strukturreformen (wie die der KDSK geplant) einhergehen. Die Chance auf Gelder aus einem solchen Fonds wären hoch bei einer Zusammenlegung und de facto Null bei Erhalt der 3 einzelnen Standorte.

Als Risiko besteht die prinzipiellen Unwägbarkeiten des Reformprozesses, aber Bund und Länder scheint mittlerweile klar geworden zu sein, dass eine Reform zum 1.1.2024 kommen muss und Scheitern keine Option ist.

Zusammenfassend kann die Fusion der 3 Standorte als Blaupause für die Umsetzung der Bundesreform gesehen werden. Köln kann hier beispielhaft vorausgehen.