

Gesundheitsstrategie der ARBERLANDKliniken 2035

Endbericht für ARBERLANDKliniken
Kommunalunternehmen

23. Dezember 2025



Projektteam

Prof. Dr. Boris Augurzky
Annika Emde
Vivian Hölzner
Dr. Adam Pilny
Claudia Schmitz

Impressum

hcb GmbH
Friedrich-Ebert-Straße 55
45127 Essen

www.hcb-institute.de

The logo consists of three horizontal, slanted bars of increasing length from top to bottom, followed by the lowercase letters 'hcb' in a bold, sans-serif font.

hcb

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	7
1 Daten und Methodik.....	11
1.1. Daten und Prognosen	11
1.2. Interviews und Workshops	14
2 Rahmenbedingungen in der Krankenhausversorgung	14
3 Bestandsaufnahme	18
3.1. Versorgungsregion und Erreichbarkeit	18
3.2. Demografie	22
3.3. Medizinische Angebote und Bedarfe.....	23
3.4. Qualitative Auswertung der Interviews	35
4 Zukunftsvarianten	37
5 Bewertung der Zukunftsvarianten	39
5.1. Bewertungskriterien	39
5.2. Erhalt des Status quo mit Optimierungen	39
5.3. Zentraler Standort.....	45
5.4. Schwerpunktbildung	54
5.5. Gegenüberstellung der Varianten	60
6 Fazit.....	63
Literatur.....	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung im Landkreis Regen 1996 bis 2040 nach Altersklassen, Anteile in %.....	22
Abbildung 2: Bevölkerungsprognose für Region, 2024-2040	22
Abbildung 3: Fallzahlen und Casemixvolumen der ARBERLANDKliniken, 2019-2025	23
Abbildung 4: Leistungsprognose bis 2035, Standort Viechtach.....	29
Abbildung 5: Einzelfilter der Leistungsprognose bis 2035 ja Fachabteilung, Standort Viechtach	30
Abbildung 6: Leistungsprognose bis 2035, Standort Zwiesel.....	30
Abbildung 7: Einzelfilter der Leistungsprognose bis 2035 ja Fachabteilung, Standort Zwiesel	31
Abbildung 8: Renteneintritte beim Personal der ARBERLANDKliniken.....	33
Abbildung 9: Jahresergebnisse der ARBERLANDKliniken, 2002-2023.....	35
Abbildung 10: Handlungsoptionen für die ARBERLANDKliniken.....	37
Abbildung 11: Kriterium zur Bewertung der Zukunftsvarianten.....	39
Abbildung 12: Zielstruktur der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“	40
Abbildung 13: Betriebsergebnis in der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“	44
Abbildung 14: Zielstruktur des Zukunftsvariante „Zentraler Standort“	46
Abbildung 15: Betriebsergebnis in der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“	52
Abbildung 16: Zielstruktur des Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“	54
Abbildung 17: Betriebsergebnis in der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“	59
Abbildung 18: Gesamtbewertung der Zielvarianten.....	62
Abbildung 19: Empfehlung Zukunftsvariante „Zentraler Standort“	64
Abbildung 20: Übergeordnetes Konzept der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fallzahlen und Casemix je Fachabteilung, Standort Viechtach, 2019-2024.....	24
Tabelle 2: Fallzahlen und Casemix je Fachabteilung, Standort Zwiesel, 2019-2024.....	25
Tabelle 3: Fallzahlen auf Ebene der Leistungsgruppen Bund, 2024	25
Tabelle 4: Zielstruktur der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“	40
Tabelle 5: ambulantes Angebot Erhalt Status quo mit Optimierungen.....	43
Tabelle 6: Bewertung der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“	45
Tabelle 7: Zielstruktur der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“	47
Tabelle 8: ambulantes Angebot zentraler Standort.....	51
Tabelle 9: Bewertung der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“	53
Tabelle 10: Zielstruktur der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“	55
Tabelle 11: ambulantes Angebot Schwerpunktbildung	58
Tabelle 12: Bewertung der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“	60
Tabelle 13: Bewertung aller Zukunftsvarianten.....	61

Kartenverzeichnis

Karte 1: Versorgungsregion rund um die ARBERLANDKliniken	18
Karte 2: Erreichbarkeit von Notfallversorgern mit GBA-Notfallstufe	19
Karte 3: Prähospitalzeiten zeitkritische Diagnosen.....	20
Karte 4: Einzugsgebiet der ARBERLANDKliniken im Verbund 2024	21
Karte 5: Einzugsgebiet der ARBERLANDKliniken auf Standortebeine 2024.....	21
Karte 6: Marktanteile Top-30 ICDs im Verbund nach Cluster	27
Karte 7: Erreichbarkeiten in der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“	41
Karte 8: Abwanderungswahrscheinlichkeiten in der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“	47
Karte 9: Erreichbarkeiten in der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“	49
Karte 10: Prähospitalzeiten zeitkritische Diagnosen bei zentralem Standort	50
Karte 11: Abwanderungswahrscheinlichkeiten in der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“	55
Karte 12: Erreichbarkeiten in der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“	56

Abkürzungsverzeichnis

AOP	Ambulantes Operieren
BG	Berufsgenossenschaft
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CT	Computertomographie
DAV	stationäres Durchgangsarztverfahren
DRG	Diagnosis Related Groups
EBITDA	Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen
EBM	Einheitlichen Bewertungsmaßstab
EEG	Elektroenzephalografie
EKG	Elektrokardiogramm
EMG	Elektromyographie
ENG	Elektroneurographie
EPU	elektrophysiologische Untersuchung
ERA	Elektrischen Reaktionsaudiometrie
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung.
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
KHAG	Krankenhausreformanpassungsgesetz

KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
LBFW	Landesbasisfallwert
LG	Leistungsgruppen
MRT	Magnetresonanztomographie
MRTA	Medizinisch-technische Radiologieassistent
MTL	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OP	Operation bzw. Operationssaal
OTA	Operationstechnische Assistent
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PPP	Public Private Partnership
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen
QB-Daten	Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser
QS-Berichte	Qualitätssicherungsberichte
SAV	Schwerstverletzungsartenverfahren
StMGP	Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention
SüV	sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung
TAVI	Transkatheter-Aortenklappenimplantation
TEMPiS	Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung
VAV	Verletzungsartenverfahren

Executive Summary

Die ARBERLANDKliniken betreiben im Landkreis Regen die beiden Klinikstandorte Viechtach und Zwiesel mit insgesamt 332 stationären Betten. In den medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Zwiesel, Viechtach, Regen und Aldersbach versorgen Fachärzte verschiedenster Fachrichtungen außerdem ambulante Patienten. Ihre Versorgungsregion umfasst neben dem Landkreis Regen Teile der Landkreise Freyung-Grafenau, Cham, Straubing-Bogen und Deggendorf. Die Region ist ländlich geprägt. Die Erreichbarkeit der Notfallversorgung ist sichergestellt, die ARBERLAND-Kliniken werden von der Bevölkerung gut angenommen und verzeichnen eine stabile Nachfrage. Die stationäre Versorgung befindet sich allerdings in einem tiefgreifenden Wandel: Viele Krankenhäuser in Deutschland schreiben Defizite und haben Schwierigkeiten, Fachpersonal zu finden. An manchen Standorten kann daher die stationäre Versorgung nicht mehr aufrechterhalten werden oder ihre Zukunft ist ungewiss.

Auch die wirtschaftliche Lage der ARBERLANDKliniken ist angespannt. Sie wird sich im Jahr 2025 deutlich verschlechtern, sodass ein hoher Jahresverlust aus dem Krankenhausbetrieb entsteht, der den bereits angespannten Haushalt des Landkreises zusätzlich belastet. Hinzu kommen im Zuge der im Januar 2025 in Kraft getretenen Krankenhausreform neue und strenge regulatorische Anforderungen an die Leistungserbringung. So muss zur Erbringung von medizinischen Leistungsgruppen künftig eine Mindestzahl an ärztlichen und pflegerischen Fachkräften vorgehalten werden. Zudem gibt es Vorschriften, welche Geräte vorhanden sein müssen und welche Mindestfallzahl eine Leistungsgruppe erreichen muss, um eine so genannte Vorhaltepauschale erhalten zu können – eine neue Vergütungskomponente, die ab dem Jahr 2027 an Bedeutung gewinnen wird. Zwar sind durch das Krankenhausreformsanpassungsgesetz einige Ausnahmen für Häuser in ländlichen Regionen möglich; die Herausforderungen bleiben trotzdem enorm, weil nicht nur die finanziellen, sondern auch die personellen Engpässe kaum kleiner werden dürften. Vielmehr verschärft sich derzeit der demografische Wandel mit der Folge, dass mehr Menschen den Arbeitsmarkt in den Ruhestand verlassen, als dass junge Menschen nachrücken.

Die bayerische Staatsregierung verfolgt das Ziel, eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu erhalten und zu stärken. Dazu zählt auch die Sicherung der nötigen Infrastruktur. Neben größeren Kliniken spielen kleinere Krankenhäuser auf dem Land eine zentrale Rolle. Sie sollen möglichst erhalten oder zu modernen, zukunftsfähigen und wirtschaftlich tragfähigen Leistungserbringern weiterentwickelt werden. Vor diesem Hintergrund hat die Staatsregierung ein Förderprogramm initiiert, das Mittel für Strukturgutachten zur Bewertung der regionalen Versorgung und zur Identifikation möglicher Handlungsoptionen bereitstellt.

Um landkreisübergreifende Perspektiven für die Versorgung in der Versorgungsregion aufzuzeigen, erstellen wir dieses Gutachten zur „Gesundheitsstrategie 2035“ der ARBERLANDKliniken. Dabei berücksichtigen wir die zu erwartbaren Veränderungen durch die Krankenhausreform, die Änderung der Bevölkerungsstruktur in den nächsten Jahren und epidemiologische Trends. Wir beachten zudem die künftige Aufstellung in der Notfallversorgung und welche Leistungen künftig stationär und welche ambulant erbracht werden. Ferner prüfen wir, wie sich die Allgemeine Innere Medizin, die Allgemeine Chirurgie, die Geburtshilfe und Tracer-Diagnosen¹ bedarfsgerecht sicherstellen lassen. Ebenfalls beantworten wir die Frage, wie eine intelligente Vernetzung der Standorte untereinander aussehen könnte.

¹ Kritische Diagnosen, deren (prä-)klinische Versorgung in einem bestimmten Zeitrahmen erfolgen sollte.

Für unsere Analysen greifen wir auf mehrere quantitative und qualitative Quellen zurück. Neben den Patientendaten der beiden Standorte nutzen wir die Qualitätsberichtsdaten der weiteren Kliniken in der Region, die lokalen Bevölkerungsprognosen, amtliche Daten des Statistischen Bundesamts sowie Benchmarks aus dem Krankenhaus Rating Report 2025. Verschiedene Aspekte wurden qualitativ in 21 Interviews mit über 60 Personen und im Rahmen von vier Workshops ausgewertet.

Zunächst analysieren wir die derzeitige Situation der beiden Standorte Viechtach und Zwiesel sowie ihre Mitbewerber im regionalen Umfeld. Anschließend führen wir eine Hochrechnung der Bedarfe an stationären Leistungen für die Zukunft durch. Hierbei berücksichtigen wir die Alterung der Bevölkerung, die vermehrten Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung, die Einführung der Hybrid-DRG, die regulatorischen Vorgaben und mögliche betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Lage. Auf dieser Grundlage schreiben wir die wirtschaftliche Situation der ARBERLANDKliniken bis zum Jahr 2040² fort. Mögliche bauliche Veränderungen (z.B. Instandhaltung, Erweiterungsbau, Neubau, Umbau) werden ebenfalls bewertet. Dabei gehen wir auf die ergänzende Investitionskostenuntersuchung der Varianten durch Hitzler Ingenieure ein.

Wir untersuchen drei Zukunftsvarianten im Detail: (i) „Erhalt des Status quo mit betrieblichen Optimierungen“, (ii) „Zentraler Standort“ und (iii) „Schwerpunktbildung“. In der ersten Variante bleiben die Leistungen an beiden Standorten weitgehend erhalten. Leistungsangebote der Viszeralchirurgie werden dagegen am Standort Zwiesel konzentriert und Maßnahmen zur Optimierung der Kostenstrukturen an beiden Standorten werden berücksichtigt. In der zweiten Variante soll ein zentraler Standort an der Bundesstraße 85 errichtet werden. Der Standort Viechtach wird hier in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (SüV) umgewandelt – dies ist eine neue Versorgungsform, die die Krankenhausreform geschaffen hat. Am Standort Zwiesel soll eine Ausweitung des MVZ stattfinden. In der dritten Variante wird die Schwerpunktbildung am Standort Viechtach mit Bündelung vieler stationärer Angebote forciert. Der Standort Zwiesel soll hier in ein SüV ohne stationäre Notaufnahme umfunktioniert werden. Im Folgenden fassen wir die Erkenntnisse und Ergebnisse kurz zusammen.

Medizinische Leistungen. Im Zuge der Corona-Pandemie sank bundesweit an fast allen Krankenhausstandorten die Zahl der stationären Fälle um mehr als zehn Prozent. Allmählich setzt ein Nachholeffekt ein, jedoch konnte im bundesweiten Durchschnitt die Fallzahl des Jahres 2019 nicht mehr erreicht werden. An den Standorten Viechtach und Zwiesel zeigt sich in dieser Hinsicht ein gemischtes Bild. Viechtach konnte sein Leistungsniveau des Jahres 2019 bereits 2024 übertreffen. Dort war der Zuwachs der Fallzahl besonders durch die internistischen Fachabteilungen geprägt, was am Aufbau der Kardiologie liegen dürfte. Zudem konnten die Fallzahlen in der Wirbelsäulenchirurgie mehr als verdoppelt werden. Der Standort Zwiesel konnte seine Leistungsmenge aus der Vor-Coronazeit bislang nicht mehr erreichen. Auf Ebene der Leistungsgruppen zeigt sich, dass beide Standorte ein medizinisches Angebot aufweisen, das über die Grundversorgung hinaus geht. Dabei bestehen Doppelstrukturen insbesondere in der Orthopädie.

Marktanteile. Beide Standorte werden von der Bevölkerung gut angenommen. Sowohl die Innere Medizin als auch die Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe weisen eine hohe Marktabdeckung auf. Die Allgemeine Chirurgie erreicht eine noch größere Marktabdeckung als die Allgemeine Innere Medizin. Fast die gesamte Fläche der Kreise Deggendorf und Freyung-Grafenau und ein großer Teil des Kreises Cham werden von der Allgemeinen Chirurgie abgedeckt.

² Betrachtung bis zum Jahr 2040, sodass die Wirkung von Effekten abgebildet werden kann.

Dafür weist die Allgemeine Innere Medizin innerhalb des Kreises Regen höhere Marktanteile auf.

Leistungsprognosen. Wir unterscheiden drei Prognosefälle: den Best Case, den Medium Case und den Worst Case. Im Medium Case schreiben wir die Nachfrage nach stationären Leistungen an den beiden Standorten unter den gegebenen Marktanteilen fort. Im Best Case gehen wir davon aus, dass die Marktanteile erhöht werden können – was zum Teil aber auch zu Lasten des Nachbarstandorts des eigenen Verbunds gehen kann. Im Worst Case kommen verschiedene negative Effekte zusammen, die zu einem Verlust von Marktanteilen führen. In allen Szenarien berücksichtigen wir, dass künftig immer mehr bislang noch stationär erbrachte Fälle ambulant behandelt werden. Oft wiegt dies die wachsende Nachfrage nach stationären Fällen, die aus der Alterung der Bevölkerung rührt, mehr als auf. Zudem können Leistungen perspektivisch entfallen, wenn die künftig strengeren regulatorischen Anforderungen nicht erfüllt werden können. Ausgehend vom Status quo erwarten wir im Medium Case für beide Standorte eine nahezu stagnierende Fallzahl bis 2035. Nur im Best Case kann eine relevante Steigerung erreicht werden. Künftig können nicht in allen Leistungsgruppen die Strukturkriterien erfüllt werden. Aufgrund von bestehenden Doppelstrukturen werden Ressourcen entsprechend doppelt gebunden. Um die Kriterien zur Erbringung der Leistungsgruppen langfristig zu erfüllen, sollten Doppelstrukturen daher aufgelöst werden. Abhängig von der Zukunftsvariante berücksichtigen wir neben der leistungsgruppenspezifischen Auswahl zum Best, Medium oder Worst Case und (regionalen) Sondereffekten auch Fallzahlverlagerungen inkl. Abwanderungsrisiken und Sogeffekten.

Bewertungskriterien. Wir bewerten die drei Zukunftsvarianten anhand einheitlicher Kriterien, die sich in drei Kategorien zusammenfassen lassen: (i) die medizinische Versorgungsqualität im Kreis Regen, (ii) die Wirtschaftlichkeit und (iii) das Maß der Zukunftsfähigkeit. In der ersten Kategorie spielen die Erreichbarkeit wichtiger Leistungen, die Erfüllung von Strukturvorgaben und die Akzeptanz durch die Bevölkerung als Kriterien eine wichtige Rolle. In der zweiten Kategorie stellen wir mit der Fortschreibung der Gewinn- und Verlustrechnung die Finanzierbarkeit der Zukunftsvarianten dar. Dabei bewerten wir die Investitionen und mögliche Förderungen sowie die Finanzierbarkeit der Eigenanteile. In der dritten Kategorie bewerten wir u.a. die Möglichkeiten zur Personalbesetzung und die Flexibilität, um in der Zukunftsvariante auf zukünftige Entwicklungen zu reagieren.

Bewertung der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“. Diese Zukunftsvariante erfüllt die meisten Kriterien nicht. Lediglich die Kriterien „Versorgungsqualität“ und die „Inanspruchnahme durch die Bevölkerung“ sind erfüllt. Die Erreichbarkeit und die Flexibilität, um sich künftigen Anforderungen stellen zu können, sind nur teilweise erfüllbar. Neben der dauerhaft angespannten wirtschaftlichen Lage, bleibt vor allem die Sicherstellung des Personals die größte Herausforderung. Schon heute stellt sich eine adäquate Personalbesetzung als kritisch dar. Einige bestehende Personalvorgaben werden durch die Mindestvorgaben nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) noch strenger. Die bevorstehenden Renteneintritte in den ARBERLANDKliniken und der steigende Personalbedarf durch die zu erwartende Leistungssteigerung in dieser Zukunftsvariante sind schwer aufzulösen.

Bewertung der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“. In dieser Zukunftsvariante werden fast alle Bewertungskriterien erfüllt. Im Vergleich zum Status quo kann ein zentraler Standort knappes Personal effizienter einsetzen, weil er die personellen Ressourcen bündelt und bessere Voraussetzungen für die Personalakquise schafft. Zudem ist hier mit der zentralen Lage die Erreichbarkeit für zeitkritische Fälle mit Tracer-Diagnosen besser als im Status quo. Auch die wirtschaft-

liche Lage kann sich in dieser Variante langfristig spürbar verbessern. Bis 2040 rechnen wir aufgrund der Synergieeffekte bei Personal- und Sachkosten mit einem positiven Betriebsergebnis. Letztlich ermöglicht die moderne Bauweise auch eine höhere Flexibilität für sich möglicherweise ändernde Anforderungen. Allerdings hängt die Realisierung dieser Variante davon ab, wie viele Mittel dafür aus dem Transformationsfonds zur Verfügung stehen.

Bewertung der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“. Diese Zukunftsvariante erlaubt ebenfalls die Hebung von Synergiepotenzialen, die eine Verbesserung der wirtschaftlichen Lage ermöglichen. Allerdings zeigen sich Einschränkungen in der Erreichbarkeit und es ist von einer schlechteren Akzeptanz seitens der Bevölkerung auszugehen. Ebenso schränkt die vorhandene Infrastruktur am Standort Viechtach die Flexibilität ein. Baufelder für mögliche Erweiterungen sind schwierig zu erschließen.

Empfehlung. Wir empfehlen die Realisierung der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“. Diese weist die beste Gesamtabdeckung der wichtigsten Kriterien auf (Qualität, Erreichbarkeit, Wirtschaftlichkeit). Hierbei werden die Leistungen der beiden Standorte Viechtach und Zwiesel auf einen neuen zentralen Standort konzentriert. Die medizinische Versorgungsqualität und Erreichbarkeit sowie die Wirtschaftlichkeit sprechen klar für diese Variante. Die Konzentration der Leistungen erzeugt einen Skaleneffekt, indem mehr gleichartige Leistungen gebündelt an einem zentralen Standort erbracht werden. Aufgrund zunehmender Routine sollte dies zu einer Qualitätssteigerung führen. Die Bündelung schafft zusätzlich eine stärkere Interdisziplinarität, die ebenfalls zur Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt. Auch die Notfallversorgung kann dadurch gestärkt, ggf. auch Notfallstufe 2 erreicht werden. Ein weiterer Vorteil für die Notfallversorgung entsteht durch die Realisierbarkeit eines Regionalen Traumazentrums.

Zudem erhöht diese Variante die Attraktivität für das Personal und vereinfacht somit die Personalakquise. Regulatorische Vorgaben zur Mindestbesetzung des Personals sind außerdem leichter erfüllbar.

Die stationären Angebote am Standort Zwiesel werden bei dieser Lösung entfallen. Im Gegenzug werden die ambulanten Angebote am MVZ erweitert³. Der Standort Viechtach würde zu einer SüV umgewandelt, wie es das KHVVG als eine neue Versorgungsform vorsieht. Diese Variante sollte es den ARBERLANDKliniken ermöglichen, ab dem Jahr 2040 ein positives Betriebsergebnis zu erzielen, weil Synergieeffekte bei den Personal- und Sachkosten realisiert werden können.

Die zu erwartenden Investitionskosten für diese Zukunftsvariante belaufen sich auf ca. 418 Millionen Euro⁴. Je nach Fördermittelszenario sind dabei zwischen 220 und 254 Millionen Euro förderfähig. Der Eigenanteil, den der Landkreis tragen muss, liegt zwischen 132 und 166 Millionen Euro, wobei auf den reinen Neubau mit Grundstückserwerb/-erschließung zwischen 93 und 124 Millionen Euro als nicht förderfähiger Anteil auf den Landkreis Regen entfallen würden. Ca. 32 Millionen Euro können durch alternative Finanzierungsmöglichkeiten getragen werden, z.B. Finanzierung der ARBERLANDKliniken, Mietkauf oder Public Private Partnership-Modelle (PPP) (Hitzler Ingenieure 2025).

³ Nachnutzung des Standorts ggf. durch Erweiterung mit zwei bis drei Vertragsarztsitzen (Chirurgie mit ambulanter berufsgenossenschaftlicher Zulassung, Gastroenterologie) mit drei Vollkraftstellen für Ärzte und ca. acht Vollkraftstellen für Medizinische Fachangestellte zusätzlich zum aktuellen Angebot. Der Investitionsaufwand liegt voraussichtlich unter einer Million €.

⁴ Baupreisstand 2025

Die Auswirkungen des zentralen Standorts an der B85 für die Versorgungsregion sind hinsichtlich der Erreichbarkeit positiv. Etwaige Veränderungen in der stationären Versorgung außerhalb des Landkreises Regen können dank der zentralen Lage des Standorts in der Versorgungsregion aufgefangen werden. Darunter fällt u.a. die Aufgabe der stationären Versorgung in Grafenau. Bestehende Kooperationen mit den Standorten in Deggendorf, Straubing oder Passau z.B. in den Bereichen Neurochirurgie, Herzchirurgie, Onkologie und Neonatologie sollten intensiviert werden – mit Fokus auf Deggendorf und Passau wegen des entstehenden Medizincampus Niederbayern. Eine Neusortierung der Kooperationspartner erachten wir allerdings als nicht notwendig. Die derzeitigen Kooperationspartner decken die notwendigen speziellen, nicht-wohnortnahen Leistungen ausreichend ab.

1 Daten und Methodik

1.1. Daten und Prognosen

Die zentrale Datengrundlage für die in diesem Gutachten vorgestellten Analysen bilden die gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), kurz DRG-Daten⁵, erhobenen Datensätze der ARBERLANDKliniken. Sie enthalten fallbezogene Informationen sowohl zum Krankheitsbild als auch in anonymisierter Form zu den Patienten. Für die Standorte Viechtach und Zwiesel sind Daten für die Kalenderjahre 2019 bis 2024 in die Analysen eingeflossen, Hochrechnungen für das Jahr 2025 werden ergänzend hinzugezogen. Diese Zeitreihe ermöglicht es uns auch, die Veränderungen im Gefolge der Covid-19-Pandemie zu beobachten.

Darüber hinaus ziehen wir die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser, kurz QB-Daten, des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) 2025 aus dem Berichtsjahr 2023 heran. Hierbei handelt es sich um öffentlich zugängliche Daten mit standortbezogenen Übersichten zu Hauptdiagnosen, Prozeduren und Fallzahlen. Mit dieser Datenbasis bilden wir die Leistungsprofile der umliegenden Krankenhausstandorte ab, für die keine DRG-Daten vorliegen.

Darauf aufbauend analysieren wir die Leistungssegmente der ARBERLANDKliniken und ihrer einzelnen Standorte – zunächst auf Fachabteilungsebene. Um die im Jahr 2025 in Kraft getretene Krankenhausreform zu berücksichtigen, gehen wir auch auf die Ebene der so genannten Leistungsgruppen (LG) ein, die die Reform verbindlich einführt. Hierzu nutzen wir die LG auf Bundesebene. Sie werden über die in den DRG-Daten hinterlegten Hauptdiagnosen und Prozeduren sowie die Fachabteilungsschlüssel definiert. Wir nutzen den aktuell verfügbaren LG-Groupier, der die Fälle entsprechend zuordnet. Die Leistungsgruppen und deren Zuordnung werden derzeit jedoch politisch diskutiert. Neue Erkenntnisse liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

Die DRG-Daten ermöglichen eine fundierte Einschätzung der aktuellen Leistungsstruktur sowie je LG eine Prognose der Leistungsmengen bis zum Jahr 2035 (ergänzend auch bis 2040). Dabei spielt die lokale Bevölkerungsentwicklung eine wichtige Rolle. Erwartbare Veränderungen in der Altersstruktur sowie der Bevölkerungszahl wirken sich auf die Nachfrage nach stationären und ambulanten Versorgungsleistungen aus. Darüber hinaus berücksichtigen wir je Diagnose das ambulante Potenzial, das eine Aussage darüber macht, welche bisher stationär erbrachten Leistungen künftig ambulant erbracht werden können oder sogar müssen. Wir unterscheiden dabei

⁵ DRG= Diagnosis Related Groups: Diagnosebezogene Fallgruppen zur pauschalen Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen.

zwei Fälle: einfach-ambulant und komplex-ambulant Potenzial⁶. Außerdem gibt es für einige Leistungen gesetzlich explizit definierte Mindestmengen. Darüber hinaus sind insbesondere bei elektiven Eingriffen Leistungszahlen sowohl für Krankenkassen, Niedergelassene und Patienten für Verhandlungen oder für die Wahl eines bestimmten Hauses maßgeblich. Das heißt, auch ohne gesetzliche Vorgaben werden nachfrageseitig implizite Mindestmengen gesetzt. Effekte von Mindestmengen werden in Szenarien einbezogen. Schließlich fließt in die Prognose ein, wie die regionalen Mitbewerber aufgestellt sind. Je nach Marktposition der ARBERLANDKliniken hat dies eine Auswirkung auf die zu erwartenden Fallzahlen.

Über eine Kombination der genannten Faktoren bilden wir drei Prognose-Cases:

1. **Best Case:** einfach-ambulant Potenzial, keine Mindestgrößen je Diagnose und starke Marktposition der eigenen Klinikstandorte.
2. **Medium Case:** einfach-ambulant Potenzial, Mindestgrößen je Diagnose von mindestens zehn Fällen je Diagnose und eine sich nicht verändernde Marktposition.
3. **Worst Case:** einfach- und komplex-ambulant Potenzial, Mindestmengen von mindestens 20 Fällen je Diagnose und eine schwache Marktposition.

Die demografische Prognose und der Verweildauerrückgang sind bei allen drei Cases identisch. Wir nehmen an, dass die Verweildauer bis zum Jahr 2035 auf 90% der mittleren Verweildauer nach Fallpauschalenkatalog⁷ sinkt – falls dieser Wert nicht bereits erreicht ist.

Im Gutachten wird gemäß Auftrag grundsätzlich das Jahr 2035 als Zielhorizont der Gesundheitsstrategie zugrunde gelegt. An einzelnen Stellen werden jedoch zusätzliche Fortschreibungsjahre (2038 und 2040) genannt. Dies liegt daran, dass Zukunftsvarianten mit größeren Strukturmaßnahmen eine längere Realisierungsdauer aufweisen (bis 2038). Da sich die daraus resultierenden betriebswirtschaftlichen Auswirkungen in der Planung der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) erst mit einem zeitlichen Verzug vollständig abbilden, wird außerdem auf das Jahr 2040 Bezug genommen.

Diese Fortschreibung unter Anwendung fallindividueller Kontextfaktoren auf Basis der DRG-Daten setzt sich von der Leistungsprognose des MEDIQON-Gutachtens ab. Das MEDIQON-Gutachten setzt ausschließlich auf öffentlich zugänglichen Daten auf (14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2023, Hybrid-DRG 2025, AOP-Katalog 2025). Es leitet den zukünftigen stationären Versorgungsbedarf anhand statistisch zu erwartender Diagnose-Verteilungen, der Bevölkerungsvorausberechnung sowie des ambulanten Potenzials ab. In diesem Gutachten hingegen kann die Leistungsfortschreibung auf Basis der DRG-Daten fallindividuell prognostiziert werden. Zwar fließen auch öffentlich verfügbare Daten ein (Demografie, Hybrid-DRG Katalog), jedoch werden Kontextfaktoren je Fall abgeprüft. Auch Effekte aus dem Wettbewerbsumfeld und implizite Mindestmengen werden berücksichtigt.

Neben den Leistungsdaten fließen ebenfalls wirtschaftliche Kennzahlen und Benchmarks aus dem Krankenhaus Rating Report 2025 in dieses Gutachten ein. Diese nutzen wir als Grundlage

⁶ Einfach-ambulant Potenzial kann auch von Niedergelassenen behandelt werden (weniger komplexe Fälle). Komplex-ambulante Leistungen verbleiben ressourcenbedingt häufig am Krankenhaus.

⁷ Die mittlere Verweildauer gibt an, wie viele Tage Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung durchschnittlich im Krankenhaus bleiben. Sie ergibt sich aus den bundesweiten Daten aller Krankenhäuser und wird jährlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Fallpauschalenkatalog veröffentlicht.

für die Projektionen der Gewinn- und Verlustrechnung bis zum Jahr 2040. Dazu ziehen wir den Jahresabschluss 2024 sowie den Controllingbericht zum Stand Juni 2025 heran.

Zur Abschätzung der Investitionskosten beziehen wir uns auf die Ergebnisse sowie die zugrundeliegenden Prämissen aus der Investitionskostenuntersuchung von Hitzler Ingenieure. Darin werden die drei im Gutachten betrachteten Varianten hinsichtlich ihrer potenziellen Investitionskosten analysiert. Die Untersuchung erfolgte in Abstimmung mit den ARBERLANDKliniken. Es handelt sich dabei um eine Grobkostenschätzung, die auf Erfahrungs- und Richtwerten basiert. Ziel dieser frühen Kosteneinschätzung ist es, einen finanziellen Rahmen abzustecken und eine Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Ein Anspruch auf exakte Genauigkeit besteht nicht, da eine detaillierte Kostenberechnung erst nach der Entscheidung für eine Variante im Zuge der weiteren Planung erfolgt. Grundlage der Berechnung ist der Baupreisstand 2025. Die ermittelten Kosten werden in verschiedene Kategorien unterteilt. Dazu zählen die förderfähigen, bei der Regierung von Niederbayern beantragbaren Kosten. Diese werden in zwei Fördermittelszenarien mit einem Fördermittelfaktor von 65 % bzw. 75 % betrachtet. Darüber hinaus werden die nicht förderfähigen Kosten, die als Eigenanteil des Landkreises zu tragen sind, ausgewiesen. Ergänzend werden alternative Finanzierungsmodelle ausgewiesen, wie beispielsweise Mietkauf, eine Finanzierung durch die ARBERLANDKliniken oder PPP-Modelle. Die vollständige Investitionskostenuntersuchung mit detaillierter Beschreibung der Prämissen und Ergebnisse sowie die ausführliche Kostenaufstellung von Hitzler Ingenieure wird als Grundlage für die Entscheidungsfindung zur Verfügung gestellt.

Für die Bewertung der Zukunftsvarianten führen wir unter anderem auch Berechnungen zur Erreichbarkeit durch. Für die Berechnung der Erreichbarkeiten nutzen wir Bevölkerungsdaten des Berichtsjahres 2024 auf PLZ-8-Ebene. Diese Ebene wurde von der Firma microm – Micromarketing-Systeme und Consult GmbH entwickelt und unterteilt die deutschen Postleitzahlgebiete in kleinere statistische Einheiten mit durchschnittlich rund 500 Haushalten. Dadurch lässt sich die räumliche Verteilung der Bevölkerung präzise abbilden.

Die Krankenhausstandorte ordnen wir anhand ihrer geografischen Koordinaten den Geometrien der PLZ-8-Gebiete zu. Zur Ermittlung der Erreichbarkeiten werden mit dem OpenRouteService (ORS) Isochronen berechnet. Isochronen definieren die Fläche, die innerhalb einer festgelegten Pkw-Fahrzeit erreichbar ist. Für die vorliegende Analyse werden Erreichbarkeitsgrenzen von 30, 40 und 45 Minuten berücksichtigt.

Im nächsten Schritt ermitteln wir, welche PLZ-8-Gebiete vollständig oder teilweise innerhalb der Isochronen liegen. Teilweise abgedeckte Gebiete werden anteilig berücksichtigt, wobei eine gleichmäßige Bevölkerungsverteilung innerhalb des jeweiligen PLZ-8-Gebiets angenommen wird. Beispiel: Deckt eine Isochrone 30 % eines PLZ-8-Gebiets ab, wird angenommen, dass 30 % der dort lebenden Bevölkerung den Standort innerhalb der definierten Fahrzeit erreichen. Isochronen mehrerer Krankenhausstandorte können sich überschneiden. Für die Analyse wird die Bevölkerung einer Region in zwei Gruppen unterteilt:

- Innerhalb der Isochronen: Wohnorte der Bevölkerung liegen innerhalb der definierten Fahrzeitgrenzen.
- Außerhalb der Isochronen: Wohnorte der Bevölkerung liegen außerhalb der Fahrzeitgrenzen. Diese Bewohner erreichen keinen Krankenhausstandort innerhalb der Vorgaben.

1.2. Interviews und Workshops

Ergänzend zur breiten Datenbasis haben wir während des Projektzeitraums 21 Gespräche mit über 60 Personen geführt. Ziel dieser Gespräche war es, sich über die Datenanalyse hinausgehend einen Überblick über die Versorgungssituation in der gesamten Region und die Standorte Viechtach und Zwiesel zu verschaffen. Zu den Interviewpartnern zählen der Vorstand, das Direktorium sowie die Beschäftigten der ARBERLANDKliniken, u.a. Vertreter des Personalrats, der Medizinischen Dienstleistungen und Controlling, des MVZ, ärztliche Direktoren, Chefärzte, der Pflegedirektor und Pflegedienstleitungen. Darüber hinaus wurden auch die Informationen des Rettungsdienstes, des Landrats, des Fördervereins, des ärztlichen Kreisverbands, der Fraktionssprecher, von Krankenkassen und anderen Krankenhäusern in der Region eingeholt.

Zusätzlich haben wir vier Workshops mit dem Direktorium, dem Vorstand, den ärztlichen Direktoren, der Personalleitung und dem Pflegedirektor durchgeführt. In diesen Workshops haben wir die Ergebnisse unserer Analysen und unsere Handlungsempfehlungen vorgestellt und mit den Teilnehmern validiert und diskutiert.

Durch die Gespräche mit dem Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes, der Geschäftsführung der Kliniken am Goldenen Steig und den Krankenkassen konnten wir in Verbindung mit den vorhandenen Daten eine landkreisübergreifende Perspektive einbringen, ohne dass die aktive Mitarbeit in Form von Datenlieferungen weiterer Kliniken nötig war.

2 Rahmenbedingungen in der Krankenhausversorgung

Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung erreichte in Deutschland im Jahr 2023 ein Volumen von 500 Milliarden Euro. Dies entsprach 12,0% des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Damit lag der Anteil am BIP etwas höher als im Jahr 2019 vor Beginn der COVID-19-Pandemie (11,6%). Für das Jahr 2024 erwartet das Statistische Bundesamt Gesundheitsausgaben in Höhe von 538 Milliarden Euro. Dementsprechend würde ihr Anteil am BIP wieder auf 12,5% zunehmen. Das deutsche Gesundheitssystem steht indessen vor einem tiefgreifenden Wandel. Jahrzehntelang profitierte es von wirtschaftlichem Wachstum, medizinisch-technischem Fortschritt und einer relativ stabilen Bevölkerungsstruktur. Doch Ereignisse wie die Corona-Pandemie, der Krieg in der Ukraine, der Klimawandel und vor allem die demografische Entwicklung markieren einen historischen Wendepunkt. Die Gesellschaft altert inzwischen rapide, was tiefgreifende Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme hat – insbesondere auf das Gesundheits- und Rentensystem.

Zentrales Problem ist die Veränderung des Verhältnisses zwischen der Zahl der Erwerbstätigen und Rentner. Während 1992 noch 4,2 Menschen im erwerbsfähigen Alter (20–64 Jahre) auf eine Person über 65 Jahren kamen, waren es 2022 nur noch 2,7. Bis 2035 wird dieses Verhältnis sogar auf nur noch 2,0 sinken. Das bedeutet, dass die Produktivität der Erwerbstätigen deutlich steigen, die Versorgung der älteren Generation eingeschränkt und Leistungen mit geringem Nutzen reduziert werden müssen. Die demografische Entwicklung ist auf die niedrige Geburtenrate seit den 1970er Jahren zurückzuführen, obwohl die Gesamtbevölkerung Deutschlands aufgrund ihrer steigenden Lebenserwartung und der Zuwanderung leicht gewachsen ist.

Ähnliche Veränderungen sind in vielen Branchen zu beobachten: im Einzelhandel (HDE 2025), der Gastronomie, dem Transportwesen (Eurotransport 2023), dem Handwerk und dem Gesundheitswesen, wenngleich im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren ein starker Aufwuchs an Personal stattgefunden hat. Noch nie haben so viele Menschen in Krankenhäusern gearbeitet wie im Jahr 2023 – gemessen in Vollzeitäquivalenten. Dennoch ist gegenwärtig der Mangel an

Pflegeschwestern und in einzelnen Disziplinen an Fachärzten groß. Bis zum Jahr 2030 kann – bezogen auf alle Gesundheitsberufe – schlimmstenfalls eine Lücke von 1,3 Mio. Vollkräften entstehen (Augurzyk und Kolodziej 2018).

Dies führt dazu, dass gerade kleine Krankenhäuser sich nicht nur finanziellen Problemen gegenübersehen, sondern auch wachsende Schwierigkeiten haben, ihre Personalstellen zu besetzen. Zudem hat sich die Medizin in den vergangenen Jahrzehnten fortlaufend spezialisiert, weshalb es Grundversorgern zunehmend schwerfällt, Generalisten, die in Rente gehen, zu ersetzen. Sie müssen auf den stärker spezialisierten Nachwuchs zurückgreifen, von dem sie theoretisch mehr als eine Person einstellen müssten, um die gesamte Bandbreite des ausgeschiedenen Generalisten abbilden zu können. Jedoch lässt es die vorhandene Leistungsmenge nicht zu, so hohe Fixkosten zu tragen – abgesehen davon, dass die nötigen Spezialisten ohnehin kaum in der nötigen Menge zu gewinnen wären.

Hinzukommen immer mehr Vorgaben an Krankenhäuser, die Personal binden: Vorgaben von Fachgesellschaften und des Gemeinsamen Bundesausschusses, in Tarifverträgen, Mindestkriterien des KHVG und Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV). Das Krankenhausreformschuldenanpassungsgesetz (KHAG) sieht zwar Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung im ländlichen Raum vor. Aber damit besteht das Problem der eingeschränkten Personalverfügbarkeit und der Schwierigkeit, Betriebe wirtschaftlich zu führen, fort.

Auch bei den Krankenkassen nehmen die finanziellen Probleme zu. Ihre Ausgaben steigen deutlich stärker als ihre Einnahmen. Das kombinierte Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und des Gesundheitsfonds lag im Jahr 2024 bei knapp zehn Milliarden Euro, was zu enormen Beitragssatzsteigerungen in der GKV geführt hat. Bei Fortschreibung des Status quo würden die gesamten Sozialabgaben, die bereits im Jahr 2025 bei 42% des Bruttogehalts liegen, bis 2035 voraussichtlich auf über 50% steigen. Diese hohe Belastung würde die Leistungsbereitschaft der Erwerbstätigen erheblich beeinträchtigen und aufgrund der dann hohen Produktionskosten am Standort Deutschland viele Unternehmen zur Abwanderung bewegen. Besonders kritisch ist, dass die Gesundheitsausgaben schneller steigen als das Bruttoinlandsprodukt und Deutschland im EU-Vergleich bereits heute das teuerste Gesundheitssystem hat. Um dem entgegenzuwirken und weiterhin eine gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu gewährleisten, sind tiefgreifende Reformen erforderlich, die auch die Krankenhausversorgung berühren.

Eine weitere Schwierigkeit ist die stagnierende gesamtwirtschaftliche Produktivität. Während die Arbeitsproduktivität in der Vergangenheit regelmäßig zunahm, ist ihr Wachstum in den letzten Jahren zum Erliegen gekommen. Auch in der Krankenhausversorgung ist die Zahl der behandelten Patienten pro Vollzeitkraft seit Jahren rückläufig, seit der Corona-Pandemie sogar drastisch. Die Folgen sind steigende Personalkosten bei gleichzeitig sinkenden Erlösen, wodurch viele Krankenhäuser in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Im Jahr 2024 schrieben mehr als die Hälfte der Krankenhäuser ein Defizit (Kasten 1). In Bayern war die Lage sogar noch schwieriger.

Kasten 1: Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Nach einem wirtschaftlich sehr guten Jahr 2020 hat sich die Lage der Krankenhäuser in den Jahren seit 2021 kontinuierlich verschlechtert (Augurzyk et al. 2025). Maßgeblich dafür war bei einem nach wie vor geringen, wenngleich wieder steigenden Leistungsniveau der Wegfall der im Rahmen der COVID-19-Pandemie und des Härtefallfonds an die Krankenhäuser geleisteten Hilfs-

zahlungen. 43% der Krankenhäuser schrieben im Jahr 2023 auf Konzernebene einen Jahresverlust; 2020 waren es nur 22% gewesen. Das durchschnittliche Jahresergebnis fiel 2023 erstmals seit Beginn der Zeitreihe im Jahr 2007 unter null (-0,2%); im Jahr 2020 hatte es noch bei +1,6% gelegen. Für das Jahr 2024 ist mit einer weiteren Verschlechterung zu rechnen. Unter Berücksichtigung des KHVVG – insbesondere unter der Annahme von Strukturveränderungen – dürfte der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust vom derzeit hohen Wert von 56% im Jahr 2024 im Jahr 2025 auf 37% fallen und bis zum Ende des Jahrzehnts bei knapp unter 30% liegen. Ohne Strukturveränderungen würde die Lage dagegen schlecht bleiben.

Signifikant besser fällt die Lage der Krankenhäuser in Ost-Deutschland aus, am schlechtesten in Bayern und Baden-Württemberg. Kliniken in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft schneiden deutlich besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken. Größere Häuser schneiden besser ab (ausgenommen Fachkliniken). Die besten Ergebnisse erzielen Krankenhäuser mit einer Bettenzahl zwischen 500 und 900. Häuser in Klinikketten zeigen eine signifikant bessere Ertragslage, während Einrichtungen mit mittlerem und hohem Spezialisierungsgrad ebenfalls ein signifikant höheres Rating aufweisen.

Die Zahl der stationären Fälle stieg im Jahr 2023 um 2,4% – so stark wie noch nie seit Einführung der DRG im Jahr 2004, allerdings von dem seit 2020 deutlich niedrigeren Niveau kommend. Im Vergleich zum Jahr 2019 lag sie 2023 trotzdem noch um 11,4% niedriger. Im Jahr 2024 stieg sie nur um 0,8%; allerdings wurden erstmals fast 300.000 Hybrid-DRG erbracht. Betrachtet man stationäre Fälle und Hybrid-DRG zusammen, belief sich der Zuwachs im Jahr 2024 ebenfalls auf 2,4%.

In den Krankenhäusern ist die Zahl der Vollkräfte im Jahr 2023 um 2,25% gestiegen, was deutlich über dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 1,45% im Zeitraum von 2010 bis 2022 lag. Trotz des erheblichen Rückgangs der Fallzahl im Jahr 2020 lag die Personalmenge im Jahr 2023 um 6,3% höher als 2019, womit die Produktivität stark gesunken ist. Bezogen auf die Leistungsmenge wurden im Jahr 2023 fast 16% mehr Vollkräfte eingesetzt als 2019. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten hat sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zugenommen. Hatten im Jahr 2009 im vertragsärztlichen Bereich noch lediglich 8% in Teilzeit gearbeitet, hat sich dieser Anteil mit 48% bis 2024 versechsfacht. Daher ist dort trotz wachsender Ärztezahlg umgerechnet die Anzahl der Vollkräfte zwischen 2009 und 2024 konstant geblieben. Überdies arbeiten immer mehr in einem Angestelltenverhältnis: Waren es noch 6% im Jahr 2008, so stieg dieser Anteil auf 29% im Jahr 2024.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, trat am 1.1.2025 das KHVVG in Kraft – die größte Reform seit der Einführung der DRG-Fallpauschalen vor 20 Jahren. Das KHVVG sieht die Einführung einer Vorhaltevergütung vor. Krankenhäuser erhalten dann künftig Geld dafür, dass sie Personal und Technik bereithalten – dies jedoch nicht kostendeckend. Weiterhin wird es die DRG-Fallpauschalen in reduzierter Form geben, sodass sich die Erlöse der Krankenhäuser künftig aus Fallpauschalen, Vorhaltebudgets und dem bereits 2020 eingeführten Pflegebudget zusammensetzen. Die Vorhaltebudgets sind an Leistungsgruppen geknüpft, die einem Standort im Rahmen der Krankenhausplanung zugeteilt werden. Dafür werden alle medizinischen Leistungen den Leistungsgruppen zugeordnet, für die ein Krankenhaus strenge Mindestanforderungen an Personal, Ausstattung und Fallzahlen („Mindestvorhaltezahlen“) erfüllen muss. Sie sollen die Qualität der Versorgung sichern und zu einer Konzentration auf weniger, aber besser ausgestattete Standorte führen.

Die damit einher gehende Schwerpunktbildung hat wirtschaftliche Vorteile, kann jedoch in ländlichen Regionen zu längeren Anfahrtswegen führen. Während dies bei planbaren Eingriffen unproblematisch ist, muss die Schwerpunktbildung bei Notfällen sorgfältig abgewogen werden. Jedoch gilt auch hier, dass es in vielen Fällen sinnvoller sein kann, einen Patienten etwas weiter zu transportieren, wenn dadurch eine bessere Notfallversorgung gewährleistet ist. In einigen Regionen ergibt daher die Zusammenlegung mehrerer kleiner Kliniken zu einem zentral gelegenen, größeren Krankenhaus Sinn. Die Zentralkliniken kann eine höhere Versorgungsstufe erreichen und damit eine bessere Notfallversorgung bieten. Für den Bau solcher Kliniken stellt die Reform bis 2035 insgesamt 50 Milliarden Euro bereit.

Ein weiterer Reformbaustein ist die Einführung von SüV. Diese kleinen Einrichtungen mit 50 bis 100 Betten sollen eine wohnortnahe, pflegerisch geprägte Grundversorgung bieten, insbesondere für ältere und chronisch kranke Menschen, die keine hochspezialisierte Technik benötigen, aber dennoch stationär betreut werden müssen. Sie sollen eng mit größeren Kliniken vernetzt sein und ihre Vergütung über Tagespauschalen kostendeckend erfolgen.

Die neue Regierungskoalition aus CDU, CSU und SPD sieht ab Januar 2026 Anpassungen am KHVVG vor. Mittlerweile liegt der Kabinettsentwurf zum KHAG vom 8. Oktober 2025 vor, der einige Regelungen des KHVVG abschwächt. Die Mindestvoraussetzungen je Leistungsgruppe sollen zwar bleiben. Sie werden jedoch etwas abgeschwächt und die Länder können in größerem Maße Ausnahmen davon erlauben. Die Vorhaltevergütung, die SüV sowie der Transformationsfonds bleiben, allerdings wird die Vorhaltefinanzierung erst ein Jahr später scharf geschaltet als ursprünglich geplant. Sie sieht vor, dass es je Leistungsgruppe und je Bundesland ein festes Vorhaltebudget gibt. Wenn ein Land viele Ausnahmen erlaubt und es damit viele Standorte je Leistungsgruppe gibt, verwässert das Land das feste Vorhaltebudget jedes Standorts. Schließlich soll außerhalb des KHAG über das Haushaltsbegleitgesetz geregelt werden, dass Krankenhäuser im Zeitraum vom 1.11.2025 bis zum 31.10.2026 einen Zuschlag auf den Landesbasisfallwert in Höhe von 3,25% erhalten. Dagegen steht allerdings die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geplante Absenkung der Steigerungsrate der Landesbasisfallwerte im Jahr 2026 von 5,17% auf 2,98%, um die Krankenkassen zu entlasten.

Die Regierungskoalition aus CDU, CSU und SPD plant im Gesundheitswesen weitere Reformen. Der Koalitionsvertrag sieht die Etablierung eines Primärarztsystems vor, ergänzt um eine Ersteinschätzung über digitale Wege. Zudem sollen auch das bereits in der letzten Legislatur ausgearbeitete Gesetz zur Reform der Notfallversorgung zügig auf den Weg gebracht sowie die Kompetenzen für die Pflegefachpersonen erweitert werden. Ebenfalls steht ein Gesundheitssicherstellungsgesetz an, das Vorbereitungen für den NATO-Bündnisfall beinhalten soll, und die überbordende Bürokratie soll abgebaut werden. Zwar bleibt der Weg dorthin vage. Die Regierung scheint aber die wachsende Misstrauenskultur als eine wesentliche Ursache des bisherigen Bürokratieaufwuchses erkannt zu haben. Eine neue Vertrauenskultur soll es erlauben, die vielfältigen Kontrollen von und Vorgaben an Behandlungsprozesse und Strukturen abzubauen. Ob die neue Regierung dazu in der Praxis den Mut aufbringen wird, bleibt abzuwarten.

Auch in den Ländern gibt es Optimierungsbestrebungen für die Gesundheitsversorgung. Der 7-Punkte-Plan in Bayern vom Oktober 2024 zielt darauf ab, die Krankenhauslandschaft zukunftsfähig und patientenorientiert zu gestalten. Zu den Kernmaßnahmen gehören der Aufbau einer bayernweiten Datengrundlage, Regionalkonferenzen zur Abstimmung der Versorgungsstrukturen, die Förderung von Strukturgutachten, sowie klare Leitplanken für essenzielle Bereiche wie Geburtshilfe und Notfallversorgung. Das übergeordnete Ziel ist es, eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern und gleichzeitig

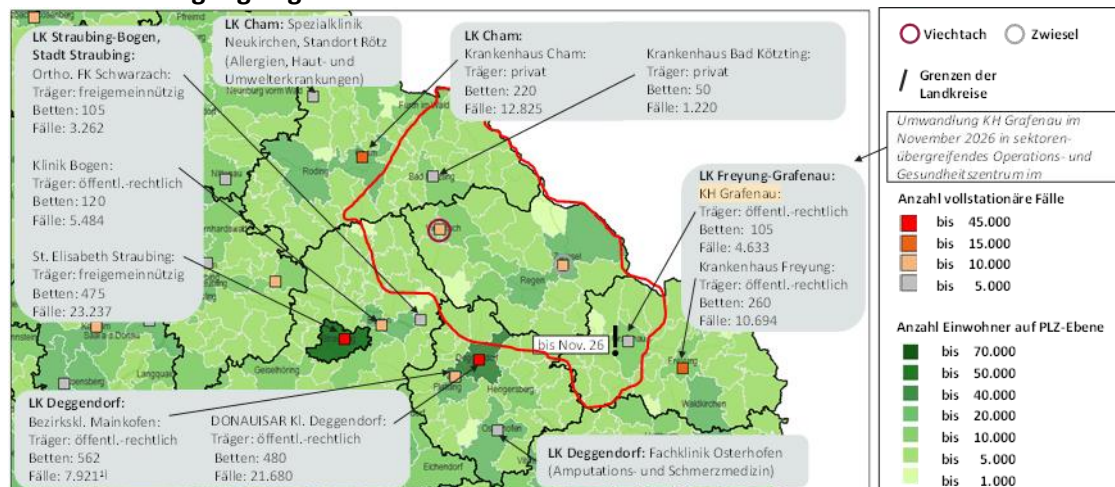
die stationäre und ambulante Versorgung besser zu verzahnen, um die Einrichtungen wirtschaftlich zu stabilisieren und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

3 Bestandsaufnahme

3.1. Versorgungsregion und Erreichbarkeit

Die ARBERLANDKliniken betreiben an den beiden Klinikstandorten Viechtach und Zwiesel insgesamt 332 Betten. Außerdem gibt es ein breites ambulantes Angebot an den MVZ in Zwiesel, Viechtach, Regen und Aldersbach, in denen jährlich ca. 47 700 Patienten behandelt werden (Jahresabschluss 2024 MVZ). Die Standorte befinden sich im Landkreis Regen, der im bayerischen Krankenhausplan der Planungsregion 12 zugeordnet wird. In diesem Gutachten fokussieren wir uns auf die Versorgungsregion, die neben dem Landkreis Regen Teile der Landkreise Freyung-Grafenau (Altlandkreis Grafenau), Cham (Altlandkreis Bad Kötzing), Straubing-Bogen (nördlich der A3) und Deggendorf (angrenzende Bereiche an den Landkreis Regen bis auf Höhe des Donaualsarklinikums) umfasst (Karte 1). Die Region ist ländlich geprägt und wird von mehreren kleinen Standorten versorgt. Zwei dieser Standorte erhalten einen Sicherstellungszuschlag: die beiden ARBERLANDKliniken-Standorte Viechtach und Zwiesel. Das an die Versorgungsregion angrenzende Sana Krankenhaus in Cham erhält ebenfalls einen Sicherstellungszuschlag, jedoch nur für die Geburtshilfe.

Karte 1: Versorgungsregion rund um die ARBERLANDKliniken



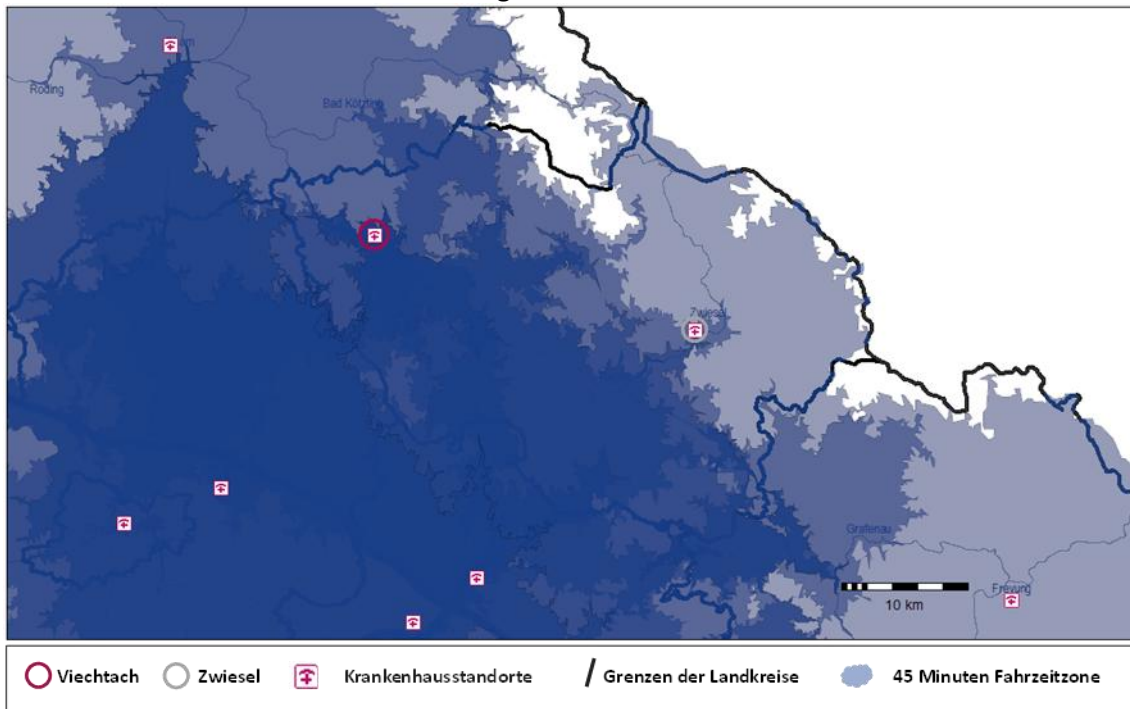
1) Es handelt sich um eine Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie ein Neurologisches Zentrum

Anmerkung: Farbliche Markierung des Krankenhauses Grafenau weist auf Besonderheit hin: Umwandlung Ende des Jahres 2026 in ein sektorenübergreifendes Operations- und Gesundheitszentrum

Quelle: hcb, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2023, GfK Einwohnerdaten 2024

Der Großteil der Bevölkerung erreicht bei der heutigen Klinikstruktur innerhalb von 45 Minuten einen Krankenhausstandort der Notfallversorgung mit mindestens der GBA-Notfallstufe 1 (Basisnotfallversorgung). Karte 2 zeigt die heutigen Erreichbarkeitsgebiete für Standorte mit einer Notfallstufe. Die weiß gefärbten Gebiete an der Grenze zur Tschechischen Republik erfüllen das Erreichbarkeitskriterium nicht. Hierbei handelt es sich um sehr gering besiedelte Ortschaften in stark bewaldeten Gebieten.

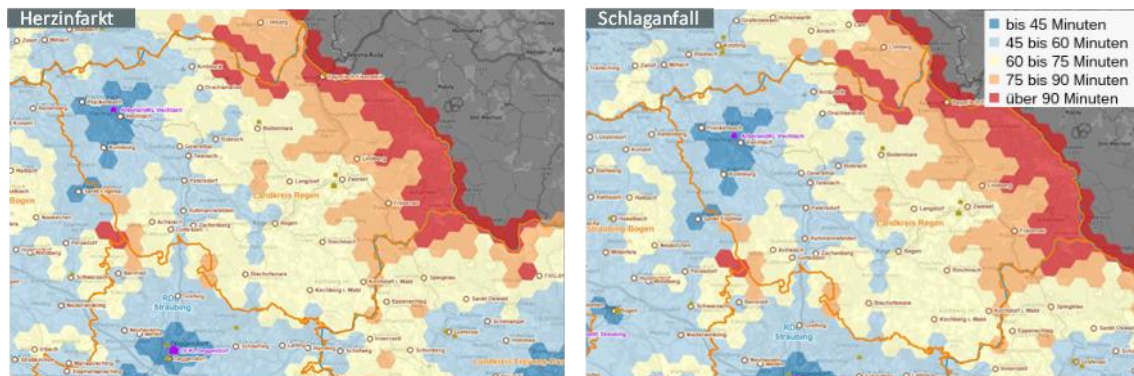
Karte 2: Erreichbarkeit von Notfallversorgern mit GBA-Notfallstufe



Quelle: hcb, GBA (2025)

Neben den reinen Fahrzeiten spielen Prähospitalzeiten in der Notfallversorgung eine große Rolle. Die Prähospitalzeit gibt den Zeitraum ab dem eingehenden Notruf bis zum Eintreffen im Krankenhaus an. In naher Zukunft wird sich diese in einigen Gebieten deutlich verlängern. Bei der Herzinfarktversorgung tritt die Verschlechterung voraussichtlich Ende 2026 ein: Sie entsteht durch die geplante Verlagerung der stationären Versorgung von Grafenau auf den Standort Freyung. Bei der Schlaganfallversorgung führt die beschlossene Verlegung des Standorts von Zwiesel nach Viechtach ab dem 1. April 2026 zu einer deutlich längeren Prähospitalzeit im nord-östlichen Landkreis Regens. Um die nahe Zukunft realistisch darzustellen, wurden die geplanten Änderungen bereits in Karte 3 als Status quo berücksichtigt, auch wenn sie derzeit noch nicht umgesetzt sind. Die Karte stellt die Prähospitalzeit der zeitkritischen Diagnosen Herzinfarkt und Schlaganfall grafisch dar.

Karte 3: Prähospitalzeiten zeitkritische Diagnosen

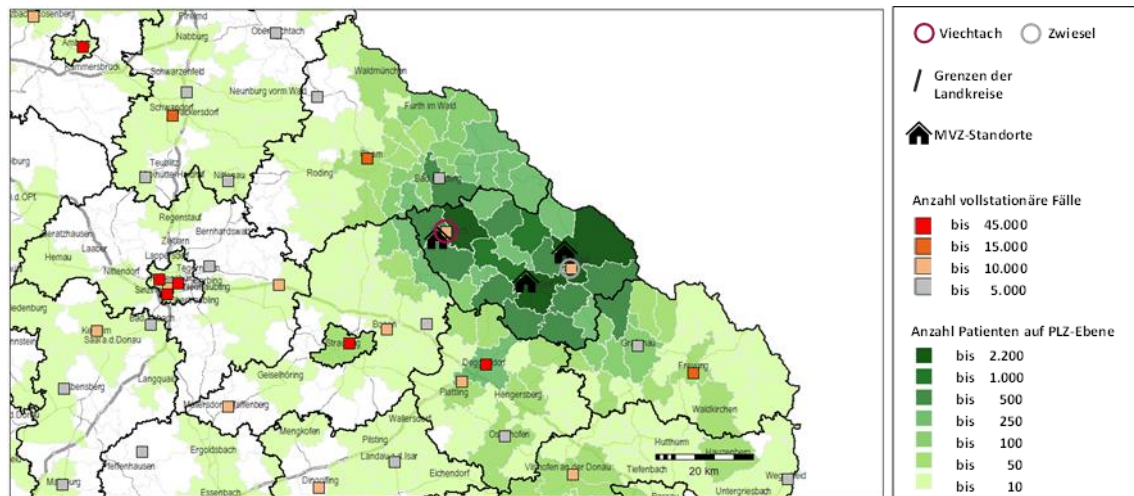


Anmerkung: Planerische Prähospitalzeiten (Hexagon-Ebene) unter Berücksichtigung der Vorhaltung bodengebundener Rettungsmittel und der Klinikressourcen zum Stichzeitpunkt Di. 08. April 2025, 13 Uhr. Fahr- und Transportzeiten gemäß Routinganalyse. Annahmen: Disposition und Ausrückintervall je 2 Minuten. On-Scene-Intervall i. d. R. 25 Min. Darstellung ohne Grafenau.

Quelle: Abbildung Ernst, ÄLRD Straubing, INM Datendienste Bayern

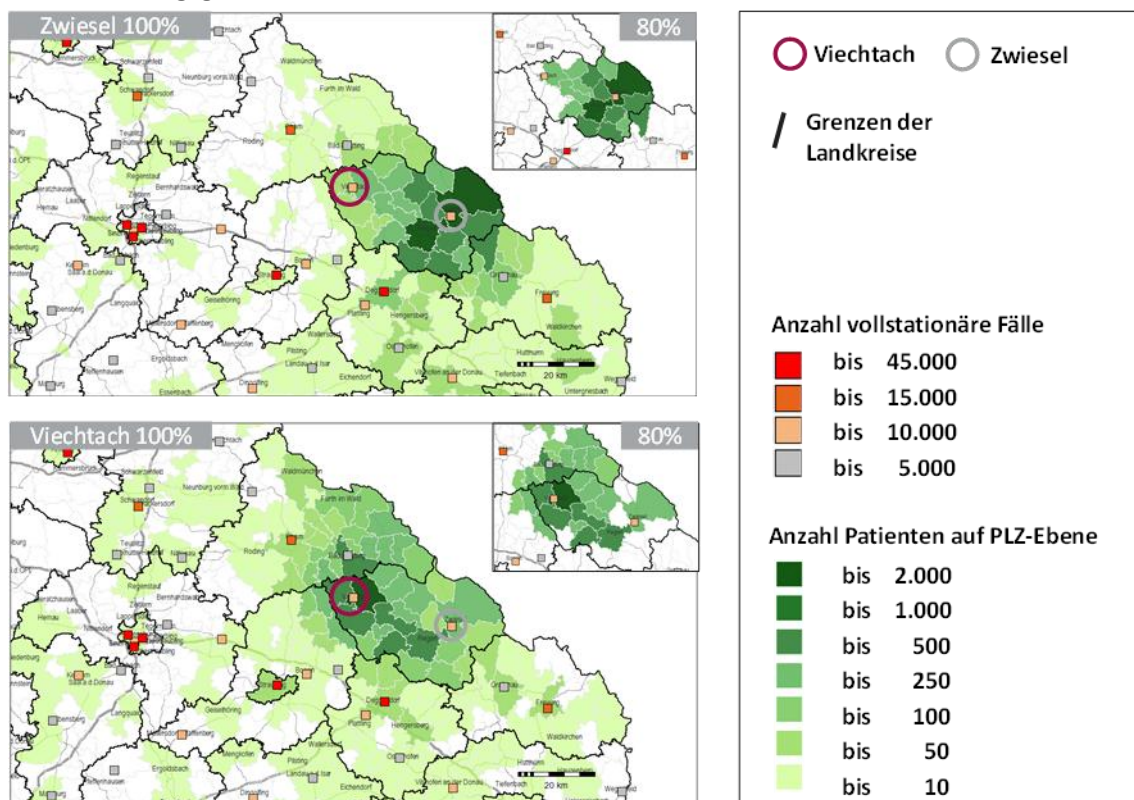
Im Umfeld der ARBERLANDKliniken ist Einiges im Umbruch. Das Krankenhaus Grafenau beendet Ende des Jahres 2026 seinen stationären Betrieb und wird in ein sektorenübergreifendes Operations- und Gesundheitszentrum umgewandelt. Das Krankenhaus in Bad Kötzing wird als Fachkrankenhaus für Altersmedizin und Palliativbetreuung mit angegliederter Reha-Abteilung anerkannt und nimmt somit (weiterhin) nicht an der Notfallversorgung teil. Das Einzugsgebiet der Standorte Viechtach und Zwiesel deckt im Verbund den Kreis Regen und umliegende Gebiete der Versorgungsregion ab. Je dunkler die Postleitzahlgebiete Karte 4 grün eingefärbt sind, desto mehr behandelte Fälle an beiden Standorten stammen daher. Das Einzugsgebiet ist durch die Mitbewerber in den anderen Kreisen sowie die Staatsgrenze zur Tschechischen Republik begrenzt. Richtung Westen begrenzen einige fallzahlstarke Mitbewerber aus den Kreisen Regensburg und Straubing das Einzugsgebiet. Die stärksten Mitbewerber in den angrenzenden Kreisen sind das St. Elisabeth Klinikum Straubing und das DONAUISAR Klinikum Deggendorf. Eine isolierte Betrachtung der Standorte der ARBERLANDKliniken zeigt, dass der Standort Zwiesel sein Einzugsgebiet überwiegend im Kreis Regen hat (Karte 5). Das Einzugsgebiet des Standorts Viechtach hingegen erstreckt sich bis in den Kreis Cham. Das lässt sich durch den fallzahlschwächeren Mitbewerber in Bad Kötzing mit einem rein internistischen Leistungsspektrum mit ca. 1 300 Fällen (Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2023) erklären.

Karte 4: Einzugsgebiet der ARBERLANDKliniken im Verbund 2024



Quelle: hcb, GBA (2025), §21-Daten der ARBERLANDKliniken

Karte 5: Einzugsgebiet der ARBERLANDKliniken auf Standortebeine 2024

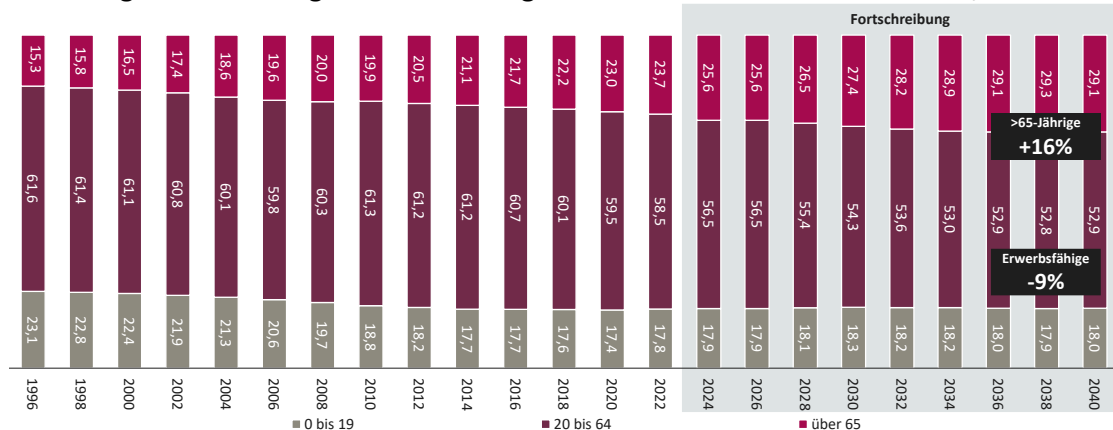


Quelle: hcb, GBA (2025), §21-Daten der ARBERLANDKliniken

3.2. Demografie

Der bundesweite Trend des Rückgangs der Zahl der Erwerbsfähigen sowie der Anstieg der Über-65-Jährigen macht auch vor dem Kreis Regen und den Nachbarkreisen nicht Halt. Die erwerbsfähige Bevölkerung im Alter zwischen 20 bis 64 Jahre dürfte im Kreis Regen von 2024 bis 2040 um 9% zurückgehen. Die Anzahl der Über-65-Jährigen steigt bis 2040 voraussichtlich um 16% (Abbildung 1).

Abbildung 1: Bevölkerung im Landkreis Regen 1996 bis 2040 nach Altersklassen, Anteile in %

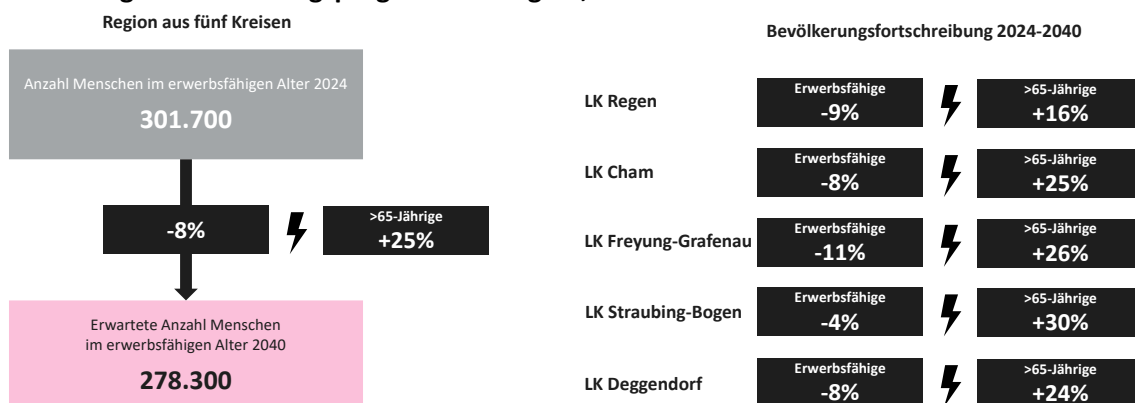


Anmerkung: Bis 2023 Bevölkerungsfortschreibung von Destatis, ab 2024 mit den Änderungsdaten der Bevölkerungsprojektion des Bayerischen Landesamtes für Statistik fortgeschrieben. Beschäftigtenzahlen nur sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigte zum Stichtag 1. Oktober 2024

Quelle: hcb, Destatis – Bevölkerungsfortschreibung, Bayerisches Landesamt für Statistik – Bevölkerungsprognose

Der Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung fällt in den fünf betrachteten Kreisen unterschiedlich aus (Abbildung 2). Im Kreis Straubing-Bogen ist mit einem geringen Rückgang von 4% zu rechnen, während es im Kreis Freyung-Grafenau 11% sind. Der Anstieg der Über-65-Jährigen fällt im Kreis Regen geringer aus als in den Nachbarkreisen.

Abbildung 2: Bevölkerungsprognose für Region, 2024-2040



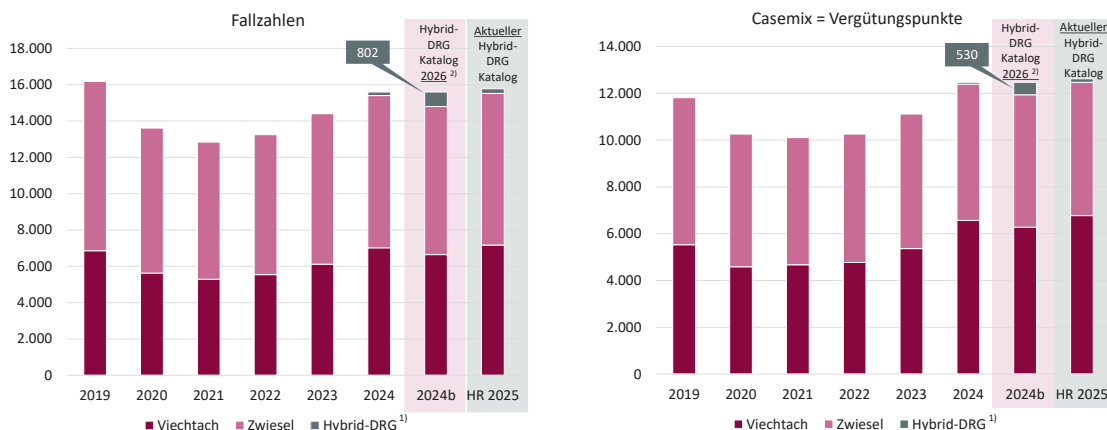
Quelle: hcb, Bayerisches Landesamt für Statistik – Bevölkerungsprognose

Der sich bereits heute abzeichnende Fachkräftemangel wird in den kommenden Jahren vor allem demografiebedingt weiter zunehmen. Gleichzeitig steigt mit zunehmendem Alter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Diesen Zusammenhang berücksichtigen wir in der **Leistungsprognose**.

3.3. Medizinische Angebote und Bedarfe

Fallzahlen und Casemix⁸. Die Standorte Viechtach und Zwiesel erbrachten zusammen im Jahr 2024 rund 15 000 stationäre Fäll (Abbildung 3). Die coronabedingten Verluste der Fallzahlen und des Casemixvolumens konnten im Verbund bis zum Jahr 2024 wieder ausgeglichen werden. Für das Jahr 2024 wurde erstmals eine geringe Anzahl an Hybrid-DRG-Fällen⁹ ausgewiesen. Eine Zuordnung der behandelten Fälle des Jahres 2024 auf den erweiterten Hybrid-DRG-Katalog 2026 zeigt, dass mit über 800 Hybrid-DRG-Fällen (Casemix-Äquivalent¹⁰ von 530) zu rechnen ist. Die Hochrechnung der Fallzahlen für das Jahr 2025 zeigt einen weiteren Anstieg der Fallzahlen und Casemixpunkte.

Abbildung 3: Fallzahlen und Casemixvolumen der ARBERLANDKliniken, 2019-2025



(1) Hybrid DRG: Vorgabe von Leistungen, die zunehmend ambulant bzw. mit einer Übernachtung erbracht werden sollen. Diese Vorgabe wird 2026 um weitere Leistungen erweitert.

(2) Das Jahr 2024b zeigt die erwarteten Hybrid-DRG-Fälle nach dem Hybrid-DRG-Katalog 2026. HR 2025 = Hochrechnung für das Jahr 2025.

Quelle: hcb, §21er-Datensätze Standorte Viechtach und Zwiesel, Hochrechnung 2025 der ARBERLANDKliniken

Der Standort Viechtach übertraf das Vor-Corona-Niveau aus dem Jahr 2019 im Jahr 2024 (Tabelle 1). Die Fallzahlen stiegen um 2,3%. Das Casemixvolumen stieg im gleichen Zeitraum um über 1 000 Punkte auf 6 570, ein Anstieg um 18,8%. Dieser Zuwachs ist besonders durch die internistischen Fachabteilungen getrieben gewesen – hier sticht der Aufbau der Kardiologie hervor (ca. + 750 Fälle, +233%). Die chirurgischen Fachabteilungen haben in der Summe nur leicht zugelegt. Der größte Effekt ist hier durch den Aufbau der Wirbelsäulenchirurgie entstanden, deren Fallzahlen sich im Vergleich zu 2019 mehr als verdoppelt haben. Im Jahr 2024 wurden am Standort Viechtach 107 Hybrid-DRG-Fälle abgerechnet.

Die ARBERLANDKlinik Viechtach verfügt neben den regulären diagnostischen und therapeutischen Angeboten – darunter Röntgen, Elektrokardiogramm (EKG), Sonographie (inklusive peripherer Doppler- und Duplexsonographie), Laboruntersuchungen, Computertomographie (CT),

⁸ Casemix beschreibt die Schwere der Behandlungsfälle eines und dient als Maß für den Aufwand an benötigten Ressourcen. Die Erlöse bemessen sich an den Casemixpunkten.

⁹ Hybrid DRG: Vorgabe von Leistungen, die zunehmend ambulant bzw. mit einer Übernachtung erbracht werden sollen. Diese Vorgabe wird 2026 um weitere Leistungen erweitert

¹⁰ Die Berechnung des Casemix-Äquivalents erfolgt mittels Landesbasisfallwert.

Magnetresonanztomographie (MRT) und Endoskopie – auch über ein erweitertes Spektrum spezieller Leistungen. Dazu gehören kardiologische Untersuchungen im Herzkatheterlabor, die Diagnostik mittels 12-Kanal-EKG sowie transthorakale und transösophageale Echokardiographie. Zudem stehen ein Hybrid-Operationssaal (OP) für gefäß- und neurochirurgische Eingriffe sowie eine funktionale Gefäßdiagnostik zur Verfügung. Ergänzend werden neurochirurgische Diagnoseverfahren wie Elektroenzephalografie (EEG), evozierte Potenziale, Elektromyographie (EMG) und Elektroneurographie (ENG) angeboten. Darüber hinaus ist eine teleradiologische Befundung möglich.

Die komplexe Intensivmedizin ermöglicht außerdem kontinuierliche Nierenersatzverfahren, flexible Bronchoskopien, verschiedene Ultraschallverfahren und die transösophageale Echokardiographie. Ein klinikeigenes Labor sowie Point-of-Care-Analytik erlauben zudem Laboruntersuchungen im eigenen Haus.

Tabelle 1: Fallzahlen und Casemix je Fachabteilung, Standort Viechtach, 2019-2024

An dieser Stelle wurde die Tabelle entfernt, da sie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse enthält. Die Daten liegen vor, sind jedoch in der öffentlichen Fassung nicht enthalten.

Anmerkung: Hybrid-DRG werden gesondert ausgegeben.
Quelle: hcb, §21er-Datensatz des Standorts Viechtach

Der Standort Zwiesel konnte bis 2024 seine Leistungsmenge aus der Vor-Coronazeit nicht mehr erreichen (Tabelle 2). Die Fallzahlen reduzierten sich während der fünf Jahre um 10,1%, das Casemixvolumen sank um 7,4%. Die chirurgischen Fachabteilungen sind von der Ambulantisierung und Besetzungsproblemen betroffen, wodurch das Fallvolumen seit 2020 nahezu stagniert. Das Leistungsniveau in der Gynäkologie und Geburtshilfe sank seit 2022 kontinuierlich. Niedergelassene Gynäkologen im Umfeld wiesen die Fälle häufig nicht dem Standort Zwiesel zu. Nach dem Renteneintritt dieser Ärzte seien nun aber wieder steigende stationäre Fallzahlen zu erwarten. Die Anzahl abgerechneter Hybrid-DRG in Zwiesel bewegt sich mit 92 Fällen ungefähr auf dem gleichen Niveau wie in Viechtach.

An diesem Standort ergänzen besondere Leistungen des Schlaganfallnetzwerks sowie die komplexe Intensivmedizin die regulären diagnostischen und therapeutischen Angebote (Röntgen, EKG, Sonographie, Laboruntersuchungen, CT, MRT und Endoskopie). Zudem besteht hier ebenfalls die Möglichkeit einer teleradiologischen Befundung.

Tabelle 2: Fallzahlen und Casemix je Fachabteilung, Standort Zwiesel, 2019-2024

An dieser Stelle wurde die Tabelle entfernt, da sie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse enthält. Die Daten liegen vor, sind jedoch in der öffentlichen Fassung nicht enthalten.

Anmerkung: Hybrid-DRG werden gesondert ausgegeben.
Quelle: hcb, §21er-Datensatz des Standorts Zwiesel

Auf Ebene der LG ist zu erkennen, dass beide Standorte ein medizinisches Angebot aufweisen, das über die Grundversorgung hinaus geht (Tabelle 3).

Tabelle 3: Fallzahlen auf Ebene der Leistungsgruppen Bund, 2024

An dieser Stelle wurde die Tabelle entfernt, da sie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse enthält. Die Daten liegen vor, sind jedoch in der öffentlichen Fassung nicht enthalten.

Anmerkung; In Einzelfällen kann es zu einer Zuordnung der Fälle zu LG kommen, die eigentlich am Standort nicht angeboten werden. Dies ist in der Klassifizierung des LG-Groupers und Patientenverlegungen zu begründen. Der Grouper berücksichtigt Kontextfaktoren (z.B. Diagnosen, Prozeduren, Fachabteilungen) der Fälle
Quelle: hcb, §21er-Datensätze der des Standorte Viechtach und Zwiesel

Einige Behandlungen setzen die Erreichung gewisser Mindestmengen voraus. Mindestmengen sind gesetzlich festgelegte Untergrenzen für die Anzahl bestimmter Behandlungen, die ein Krankenhaus pro Jahr durchführen muss. Ziel ist es, die Qualität der Versorgung zu sichern. Denn eine höhere Fallzahl einer Behandlung ist oft mit mehr Erfahrung und geringeren Komplikationsraten verbunden. Krankenhäuser, die diese Mindestmengen nicht erreichen, dürfen die entsprechenden Leistungen nicht mehr anbieten. Für die ARBERLANDKliniken ist die Einhaltung der Mindestmenge für Kniegelenk-Totalendoprothesen (bis 2027: 50, 2028 und 2029: 100, ab 2030: 150) von Bedeutung. Diese Vorgabe kann derzeit an beiden Standorten gut erfüllt werden. In den vergangenen Jahren wurden die Mindestmengen für Krankenhausleistungen in Deutschland kontinuierlich erhöht und auf weitere Behandlungen ausgeweitet (z.B. Chirurgische Behandlungen bösartiger Neubildungen an Dick- und Enddarm, Brustkrebs- und Lungenkrebsoperationen sowie Pankreas-Operationen). Auch in den kommenden Jahren ist mit weiteren Anhebungen und neuen Mindestmengen für zusätzliche Eingriffe zu rechnen, was große Herausforderungen mit sich bringen wird. Für die Kniegelenk-Totalendoprothesen hat der GBA ab 2028 bereits deutliche Verschärfungen beschlossen. Ab 2028 werden außerdem Mindestmengen für das Einsetzen von Teilprothesen (unikondyläre Schlittenprothese) (20) sowie für Revisionen (25) eingeführt.

Neben Mindestmengen spielen derzeit auch Zertifizierungen eine wichtige Rolle. Die ARBERLANDKliniken verfügen an beiden Standorten über ein zertifiziertes Endoprothetikzentrum und lokales Traumazentrum. Außerdem gibt es eine Stroke Unit in Zwiesel. Eine Zentralisierung oder Schwerpunktbildung könnte die Erfüllung von Mindestmengen und Personalvorgaben weiter erleichtern, die Interdisziplinarität stärken und langfristig die Zertifizierungsfähigkeit verbessern – etwa für ein regionales Traumazentrum. In der der Notfallversorgung ist die Zertifizierung unter anderem wegen ärztlicher Weiterbildung und gewissen Qualitätsanforderungen sehr herausfordernd. Ob Zertifizierungen künftig sinnvoll sind, lässt sich derzeit nicht sicher sagen. Die endgültige Liste für den Bundes-Klinik-Atlas (Informationen zu Zertifikaten und Qualitätssiegeln einzelner Krankenhäuser) fehlt noch und es ist unklar, welche Bedeutung Zertifizierungen nach Einführung der Leistungsgruppen noch haben werden.

Neben dem stationären und ambulanten Bereich werden auch Arbeitsunfälle behandelt, die über die Berufsgenossenschaft (BG) abgerechnet werden. Es können stationär drei Behandlungsverfahren angeboten werden, die sich in Vorhaltungsvoraussetzungen und Behandlungsangeboten in Abhängigkeit der Verletzungsschwere der Patienten aufgliedern lassen:

- Stationäres Durchgangsarztverfahren (DAV): leichte Verletzungen,
- Verletzungsartenverfahren (VAV): schwere Verletzungen und
- Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV): schwerste Verletzungen.

Viechtach bietet das DAV an. Stationär wurden im Jahr 2024 64 BG-Fälle behandelt, ambulant 1.952 BG-Fälle. Zwiesel bietet das VAV an. Dort wurden 2024 119 stationäre und 1.829 ambulante BG-Fälle behandelt. Zusätzlich ist eine ambulante durchgangsärztliche Versorgung an den MVZ-Standorten in Regen (601 BG-Fälle) und Viechtach (1.498 BG-Fälle) möglich.

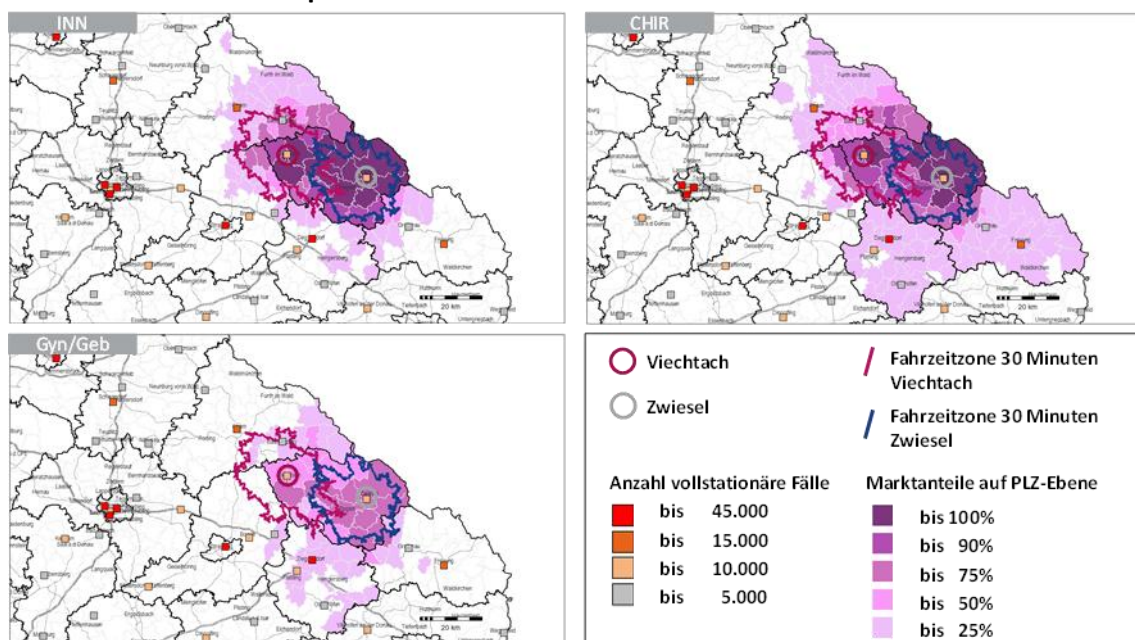
Beide Standorte bieten 24/7 eine stationäre Notfallversorgung der GBA Notfallstufe 1 an.

Marktanteile. Zur Berechnung der Marktanteile und den daraus abgeleiteten Fallpotenzialen der einzelnen Diagnosen gehen wir wie folgt vor: Im ersten Schritt grenzen wir die Marktbereiche für die Standorte Viechtach und Zwiesel ein. Die für beide Standorte definierten Marktbereiche orientieren sich an den relevanten Einzugsgebieten aus den DRG-Daten sowie an den be-

nachbarten Kreisen. Im zweiten Schritt ordnen wir die Fachabteilungen den Clustern Innere Medizin, Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe zu. Innerhalb dieser Cluster ermitteln wir die für den Verbund häufigsten 30 Hauptdiagnosen (Top-30 Diagnosen) aus den DRG-Daten. Zur Bestimmung der Marktanteile werden die eigenen Fallzahlen je Top-30 Diagnose mit den statistisch zu erwartenden Fallzahlen in den jeweiligen Marktbereichen gegenübergestellt. Die statistischen Erwartungen basieren auf der Fallhäufigkeit innerhalb der einzelnen Marktbereiche. Einige Diagnosen können sowohl internistisch als chirurgisch behandelt werden. Diese Unterscheidung wird in unseren Analysen berücksichtigt.

Karte 6 zeigt die Marktanteile für die drei Cluster. Alle Cluster weisen eine hohe Marktabdeckung auf. Die Chirurgie erreicht eine Marktabdeckung in einem noch größeren Gebiet als die Innere Medizin. Fast die gesamte Fläche der Kreise Deggendorf und Freyung-Grafenau und ein großer Teil des Kreises Cham werden mit hohen Marktanteilen in der Chirurgie abgedeckt. Dafür weist die Innere Medizin innerhalb des Kreises Regen höhere Marktanteile auf Postleitzahl-Ebene (PLZ-Ebene) auf. Die Gynäkologie und Geburtshilfe erreicht abhängig vom angebotenen Leistungsangebot (ohne Perinatalzentrum) etwas geringere Marktanteile mit bis zu 72%. Die Ergebnisse der Marktanteile zeigen somit, dass die Patienten der Region die ARBERLANDKliniken sehr gut annehmen. Ein Bedarf an weiteren medizinischen, bedarfsgerechten Angeboten gibt es in der Versorgungsregion nicht. Das Fallpotenzial für weitere Angebote wie eine Urologie oder Pädiatrie im Kreis Regen ist zu gering. Spezielle Leistungsangebote wie auch die Neurochirurgie, Herzchirurgie, Onkologie und Neonatologie können durch Kooperationen abgedeckt werden. Für solche speziellen Leistungen können längere Fahrzeiten in Kauf genommen werden.

Karte 6: Marktanteile Top-30 ICDs im Verbund nach Cluster



Anmerkung: Dargestellt sind nur Regionen mit einem Marktanteil >1%.

Quelle: hcb, §21-Daten der ARBERLANDKliniken, GBA (2025), Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (2023)

Qualität der medizinischen Versorgung: Die Versorgungsqualität wird von den Patienten an beiden Standorten insgesamt als sehr gut wahrgenommen (Patientenbefragung der ARBERLAND-Kliniken 2023, 2024). Die hohe Weiterempfehlungsquote spiegelt die allgemeine Zufriedenheit der Patienten wider. Außerdem wurde die Bevölkerung im Landkreis im Rahmen einer

Imageanalyse für den Landkreis Regen über mehrere Jahre hinweg befragt (2014, 2020, 2024). Gute medizinische Versorgungsmöglichkeiten sind der Bevölkerung in der Region sehr wichtig. Die Wahrnehmung der medizinischen Angebote ist mittel bis gut ausgeprägt. Die Bevölkerung sieht trotz der guten Ausgangslage ein gewisses Weiterentwicklungspotenzial. Im Zuge des Strukturgutachtens wurde ein Bürgerdialog angestoßen, welcher die Bedürfnisse der Bürger hinsichtlich der medizinischen Versorgung ausführlich herausstellen soll. Eine objektive Bewertung der Qualität findet über die krankenhausinternen Qualitätssicherungsberichte (QS-Berichte) statt. Die Qualitätssicherung bewertet die Situation im Großen und Ganzen unkritisch, was auf gute Prozesse und ein hohes Maß an Verlässlichkeit hinweist. Dennoch gibt es an beiden Standorten einzelne Indikationen, bei denen noch Verbesserungspotenzial besteht, um die bestehenden Standards weiter zu optimieren und die Versorgungsqualität langfristig auf einem guten Niveau zu erhalten (Viechtach: Hüftendoprothesenversorgung, Implantierbare Defibrillatoren, Koronarinterventionen und Koronarangiographie, Vermeidung Nosokomiale Wundinfektionen nach amb. Operation, Hirninfarkt; Zwiesel: Hüftendoprothesenversorgung, Herzschrittmacher, Geburtshilfe, Hirninfarkt).

Kooperation und Vernetzung: Bereits heute bestehen vielfältige (sektorenübergreifende) Kooperationen zwischen den ARBERLANDKliniken und anderen Krankenhäusern sowie Gesundheitseinrichtungen. Einige Kooperationen bestehen bereits seit vielen Jahren, andere wurden – und werden weiterhin – neu geschlossen, um die Strukturkriterien der Leistungsgruppen zu erfüllen. Damit bestimmte Leistungen abgerechnet und Leistungsgruppen zugewiesen werden können, ist eine Prüfung der Qualitätskriterien gemäß Leistungsgruppen- und OPS-Strukturmaßnahmen (LOPS-Richtlinie) erforderlich. Grundlage der Kooperationen sind Kooperationsverträge, die die Rollenverteilung, Ressourcenvorhaltung und Verantwortlichkeiten der Kooperationspartner eindeutig festlegen. Die Erweiterung des Netzwerks im Rahmen der Reform kann viele Vorteile für die medizinische Versorgung bewirken. Zum einen profitieren Patienten von einem schnelleren Zugang zu spezialisierten Behandlungen und einem strukturierten Wissenstransfer zwischen den Kooperationspartnern. Zum anderen tragen gemeinsame Qualitätsstandards, eine effiziente Ressourcennutzung und der Abbau von Doppelstrukturen dazu bei, die Versorgung insgesamt zu optimieren.

Auf Grundlage der LOPS-Richtlinie wurden die Kooperationspartner der ARBERLANDKliniken dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gemeldet: Der Standort Viechtach ist aktuell in 23 Kooperationen eingebunden¹¹, wobei die meisten mit den Kliniken Südostbayern bestehen, gefolgt vom Klinikum Passau. Weitere Partner sind unter anderem die Barmherzigen Brüder Straubing, das MVZ Dr. Neumaier in Regensburg, das Donau-Isar-Klinikum Deggendorf, die Kinderklinik Dritter Orden Passau sowie die Universitätsklinik Regensburg.

Auch der Standort Zwiesel ist gut vernetzt und unterhält 17 Kooperationen¹² mit insgesamt acht Partnern. Die meisten Vereinbarungen bestehen mit dem Standort Viechtach, gefolgt von der

¹¹ Davon sind fünf Kooperationsverträge zwar noch nicht vereinbart, aber beabsichtigt. Kooperationsbeginn soll jeweils der 1. Januar 2026 sein.

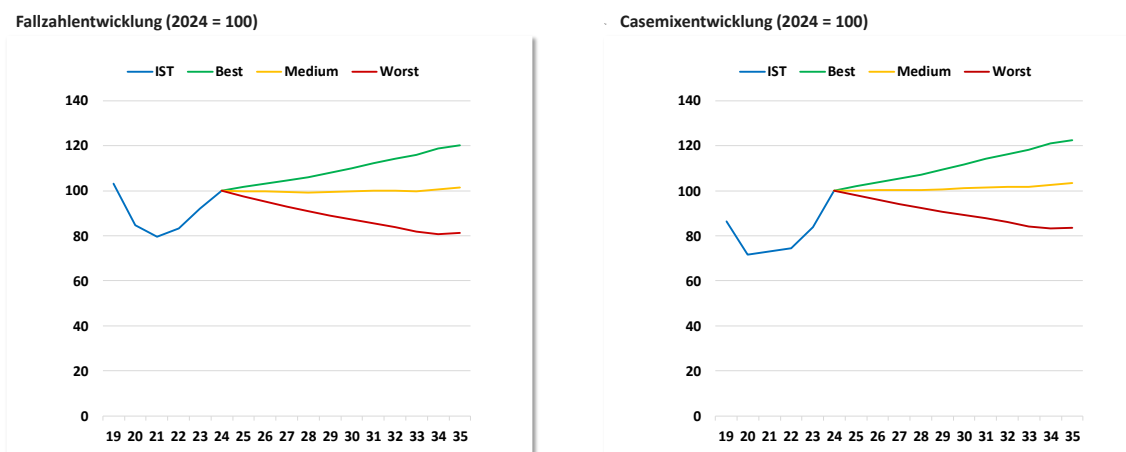
¹² Davon sind drei Kooperationsverträge zwar noch nicht vereinbart, aber beabsichtigt. Kooperationsbeginn soll jeweils der 1. Januar 2026 sein.

Radiologischen Praxis Schleicher an der ARBERLANDKlinik Zwiesel sowie den Kliniken Südostbayern. Darüber hinaus kooperiert Zwiesel ebenfalls mit der Kinderklinik Dritter Orden Passau, dem Klinikum Passau, den Barmherzigen Brüdern Straubing, der Universitätsklinik Regensburg und dem Donau-Isar-Klinikum Deggendorf. Wie in Viechtach entfällt auch hier der Großteil der Kooperationen – insgesamt neun – auf die Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie.

Eine Stärkung der bestehenden Kooperationen insbesondere mit Deggendorf und Passau ist wegen des entstehenden Medizincampus Niederbayern sinnvoll. Auch sektorenübergreifende Kooperationsmöglichkeiten mit MVZs sind weiterhin anzustreben, um nahtlose Übergänge zwischen der stationären und ambulanten Versorgung zu schaffen. Für starke Netzwerke und Kooperationen sind kontinuierliche Gespräche über ein gemeinsames Verständnis von Qualitätsstandards, die gegenseitigen Erwartungen sowie eine offene Kommunikation darüber, wie die Zusammenarbeit verläuft, unerlässlich.

Leistungsprognosen. Abbildung 4 stellt die nach Prognose-Cases differenzierte Fortschreibung der Fallzahl und des Casemixvolumens für den Standort Viechtach dar. Aufgrund seiner Bedeutung für die Erlöse der Kliniken konzentrieren wir uns im Folgenden auf das Casemixvolumen. Bis 2035 wird das Casemixvolumen im Medium Case nahezu stagnieren, im Best Case ist eine Steigerung um 22% möglich. Im Worst Case gehen wir von einem Rückgang um 16% aus. In Viechtach nimmt das Leistungsvolumen im Medium Case geringfügig um 3% zu. Rückgänge sind in den Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie zu erwarten. Die stärksten Zuwächse erwarten wir in den Fachabteilungen Geriatrie und Kardiologie.

Abbildung 4: Leistungsprognose bis 2035, Standort Viechtach

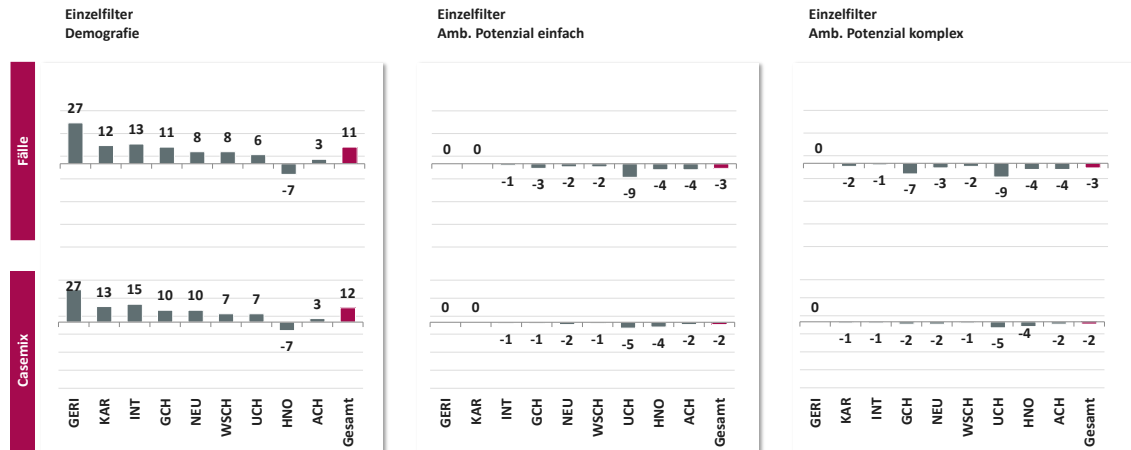


Anmerkung: Der Fortschreibungen ab dem Jahr 2025 liegen die §21-Daten aus 2024 zugrunde. Bereits durch den Grouper identifizierte Hybrid-DRGs sind nicht in der Fortschreibung enthalten (Kataloge 2024 und 2025).
Quelle: hcb, §21-Daten des Standorts Viechtach

Wie im Abschnitt zu „Daten und Methodik“ erwähnt, berücksichtigt jeder Case mehrere Faktoren gleichzeitig. Im Folgenden werfen wir einen Blick auf die isolierten Effekte der Demografie und der Ambulantisierung, um einen Eindruck ihrer jeweiligen Bedeutung zu erhalten. Der alleinige Effekt des Faktors Demografie gibt vielen Fachabteilungen am Standort Viechtach Rückenwind. Das ambulante Potenzial bewirkt den gegenteiligen Effekt, da ein Teil der Fälle künftig

verstärkt ambulant erbracht werden kann. Je nachdem, ob das einfache oder komplexe ambulante Potenzial betrachtet wird, wird die Auswirkung des rein demografischen Effekts geschmälert oder sogar aufgehoben (**Abbildung 5**).

Abbildung 5: Einzelfilter der Leistungsprognose bis 2035 ja Fachabteilung, Standort Viechtach

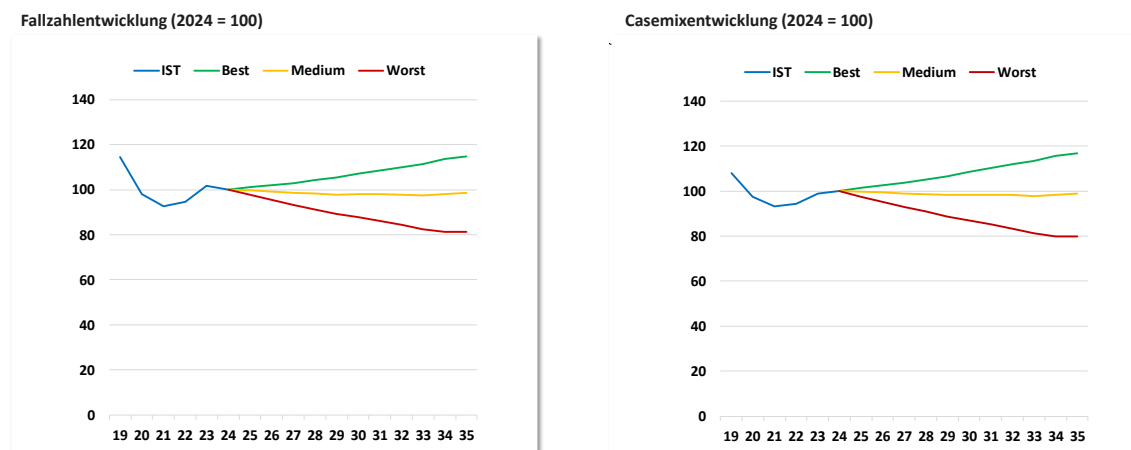


Anmerkung: Der Fortschreibungen ab dem Jahr 2025 liegen die §21-Daten aus 2024 zugrunde. Bereits durch den Grouper identifizierte Hybrid-DRGs sind nicht in der Fortschreibung enthalten (Kataloge 2024 und 2025); Absteigend sortiert gemäß des Casemixvolumens im Medium Case.

Quelle: hcb, §21-Daten des Standorts Viechtach

Am Standort Zwiesel ist eine positive Leistungsprognose nur im Best Case zu erwarten, während sich im Medium Case eine Stagnation einstellt (Abbildung 6). Der Best Case ist nur durch eine aktive Leistungsausweitung zu Lasten der Mitbewerber – und auf Standortebeine auch zu Lasten des eigenen anderen Standorts – erreichbar. Für den Standort Zwiesel erwarten wir im Medium Case im Durchschnitt keine spürbare Veränderung des Leistungsvolumens. Rückgänge werden in den chirurgischen Fachabteilungen und der Gynäkologie prognostiziert. Für die internistischen Fachabteilungen erwarten wir indessen Leistungszuwächse von 6-10%.

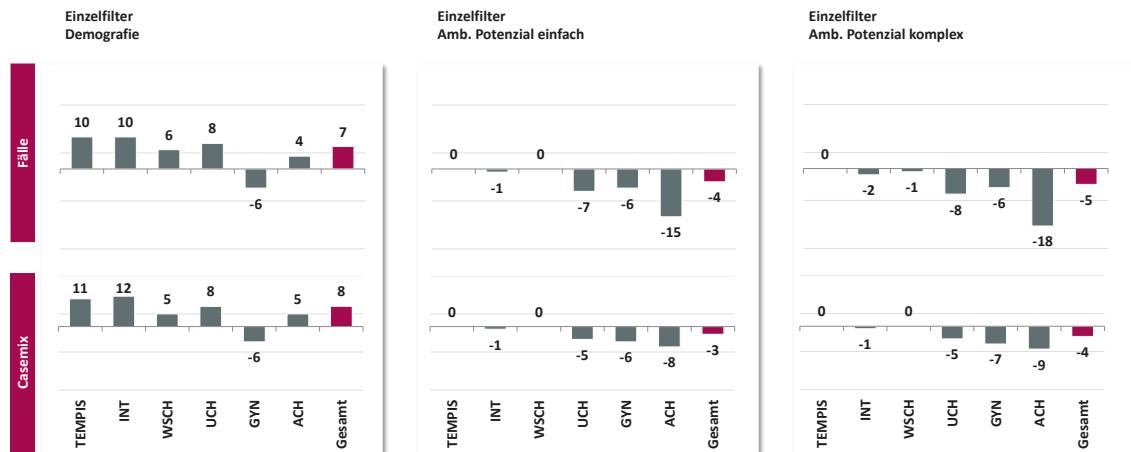
Abbildung 6: Leistungsprognose bis 2035, Standort Zwiesel



Anmerkung: Der Fortschreibungen ab dem Jahr 2025 liegen die §21-Daten aus 2024 zugrunde. Bereits durch den Grouper identifizierte Hybrid-DRGs sind nicht in der Fortschreibung enthalten (Kataloge 2024 und 2025). Quelle: hcb, §21-Daten des Standorts Zwiesel

Die Isolierung nach Einzelfiltern zeigt, dass am Standort Zwiesel der Demografieeffekt geringer ausfällt als am Standort Viechtach. Die Effekte durch das ambulante Potenzial können durch die demografischen Veränderungen nicht mehr ausgeglichen werden (Abbildung 7).

Abbildung 7: Einzelfilter der Leistungsprognose bis 2035 ja Fachabteilung, Standort Zwiesel



Anmerkung: Der Fortschreibungen ab dem Jahr 2025 liegen die §21-Daten aus 2024 zugrunde. Bereits durch den Grouper identifizierte Hybrid-DRGs sind nicht in der Fortschreibung enthalten (Kataloge 2024 und 2025); Absteigend sortiert gemäß des Casemixvolumens im Medium Case.

Quelle: hcb, §21-Daten des Standorts Zwiesel

Für die künftig zu erbringende Leistungsmenge spielt die Leistungsgruppensystematik und die Strukturvoraussetzungen des KHVVG eine wichtige Rolle. Das derzeitige Leistungsspektrum der ARBERLANDKliniken umfasst 27 LG. Die Strukturkriterien können in vielen LG bereits erfüllt werden. In einigen LG sind sie noch nicht erfüllt, jedoch größtenteils realisierbar. Doppelstrukturen treten nicht nur in allgemeinen LG, sondern auch in speziellen LG mit teilweise geringen Fallzahlen auf. Ressourcen werden doppelt gebunden, eine Auflösung der Doppelstrukturen ist daher zu empfehlen

Welche Leistungen in der stationären Versorgung in Zukunft nachgefragt werden, hängt maßgeblich von epidemiologischen Trends ab. Die epidemiologischen Trends zeichnen ein klares Bild: Mehr spezialisierte, interventionelle und interdisziplinäre Medizin. Insbesondere getrieben durch die alternde Bevölkerung verändert sich die Krankenhausversorgung von einer stark fachspezifischen hin zu einer vernetzten, patientenzentrierten Struktur. Kasten 2 gibt einen Überblick zu aktuellen epidemiologischen Trends.

Kasten 2: Epidemiologische Trends und ihre Auswirkungen auf die stationäre Versorgung

Die moderne Medizin steht im Spannungsfeld zwischen dem demographischen Wandel, technischen Innovationen und sich verändernden Krankheitsbildern. Epidemiologische Trends verdeutlichen dabei nicht nur die Verschiebung in der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen, sondern auch die wachsende Bedeutung interdisziplinärer Versorgungsmodelle. Im Folgenden zeigen wir Trends auf, die auf Grundlage von Experteninterviews zustande gekommen sind. Die Entwicklungen in der Versorgungsregion entsprechen den bundesweiten epidemiologischen Trends. Außerdem liefert die Datenbank zum MEDIQON-Gutachten Informationen über den zukünftigen Versorgungsbedarf in den einzelnen Regionen Bayerns. Demnach soll der stationäre Bedarf im Kreisgebiet bis 2035 um 3% steigen (MEDIQON 2025).

Kardiovaskuläre Erkrankungen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bleiben eine der größten Herausforderungen. Während die Zahl klassischer herzchirurgischer Eingriffe rückläufig ist, gewinnen interventionelle Verfahren wie die Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) oder Mitra- und Triclip-Eingriffe an Bedeutung. Das MEDIQON-Gutachten prognostiziert bei minimal-invasiven Herzklappeninterventionen im Kreisgebiet einen Anstieg stationärer Fälle bis 2035 (jedoch weiterhin geringe Prävalenz in der Region, Anstieg von +5 Fällen (29%)). Parallel etabliert sich das kardiale CT als Standardverfahren. Rhythmusstörungen, insbesondere Vorhofflimmern, rücken epidemiologisch in den Vordergrund, da sie die häufigste Ursache für Schlaganfälle darstellen. Diese Entwicklung macht spezialisierte Schrittmacherambulanzen und moderne Ablationstechniken zunehmend notwendig. Auch MEDIQON prognostiziert bis 2035 einen Anstieg der Leistungsgruppen interventionelle Kardiologie (+7%), EPU/Ablation (+1%) und Stroke Unit (+7%) für den Landkreis (MEDIQON 2025).

Alterstraumatologie und Orthopädie. Die alternde Gesellschaft führt zu einem deutlichen Anstieg von Frakturen, die über die klassischen Hüft- und Kniegelenksprobleme hinausgehen. Insbesondere Schulter- und Oberarmfrakturen treten häufiger auf und erfordern spezialisierte chirurgische Expertise. Gleichzeitig wird die Diskussion um konservative versus operative Therapien neu belebt. In der Alterstraumatologie zeigt sich zudem die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit Geriatern, da Demenz und Delir die Behandlung maßgeblich beeinflussen. MEDIQON geht davon aus, dass orthopädische Leistungsgruppen bis 2035 zwischen 4% und 9% steigen werden. Viele alterstraumatologische Fälle werden der Allgemeinen Chirurgie zugeordnet, auch hier ist ein Anstieg von 2% zu erwarten, in der speziellen Traumatologie von 4%. Für die Geriatrie wird ein Anstieg von 12% prognostiziert (MEDIQON 2025).

Demenzsensible Strukturen im Krankenhaus. Mit der Zunahme chronischer Erkrankungen und kognitiver Einschränkungen verändern sich auch die Anforderungen an die Krankenhausorganisation. Konzepte wie das „demenzsensible Krankenhaus“ berücksichtigen räumliche Orientierungshilfen, geschultes Personal, interdisziplinäre Netzwerke sowie ein verbessertes Schmerz- und Wundmanagement. Ziel ist es, medizinische Versorgung wohnortnah und patientenzentriert zu gestalten und durch Telemedizin zu ergänzen.

Interdisziplinarität und Netzwerke. Epidemiologische Entwicklungen zeigen, dass Einzeldisziplinen zunehmend an Grenzen stoßen. Die Unfallchirurgie etwa profitiert von Kooperationen mit der plastischen Chirurgie, Gefäßmedizin und Dermatologie, um komplexe Verletzungen wohnortnah versorgen zu können. Das Innovationsfondsprojekt EXPERT¹³ verdeutlicht diese Tendenz: Ein digitales „Extremitätenboard“ vernetzt Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, um gemeinsam über schwierige Fälle zu entscheiden – auch in Krankenhäusern ohne eigene Spezialabteilungen.

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität. Mit steigender Lebenserwartung nimmt die Zahl von Patienten mit chronischen Erkrankungen kontinuierlich zu. Neben kardiovaskulären Leiden gehören onkologische Langzeitüberlebende sowie demenzkranke und multimorbide Menschen dazu. Multimorbiditätskonferenzen gewinnen an Bedeutung, um Behandlungsziele gemeinsam zu definieren und Übertherapie zu vermeiden.

¹³ Details unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/expert.497>

Neue Themenfelder. Darüber hinaus entstehen neue Schwerpunkte, die eine Anpassung der Versorgung erfordern. Die Endometriose rückt zunehmend in den Fokus gynäkologischer Zentren, während minimalinvasive Eingriffe (z. B. bei Gallen- oder Hernienoperationen) sowie moderne Verfahren der Schmerztherapie in der Wirbelsäulenchirurgie weiterentwickelt werden. Auch robotische Systeme, sowohl in der Chirurgie als auch in der Intensivmedizin, könnten künftig helfen, dem Fachkräftemangel zu begegnen.

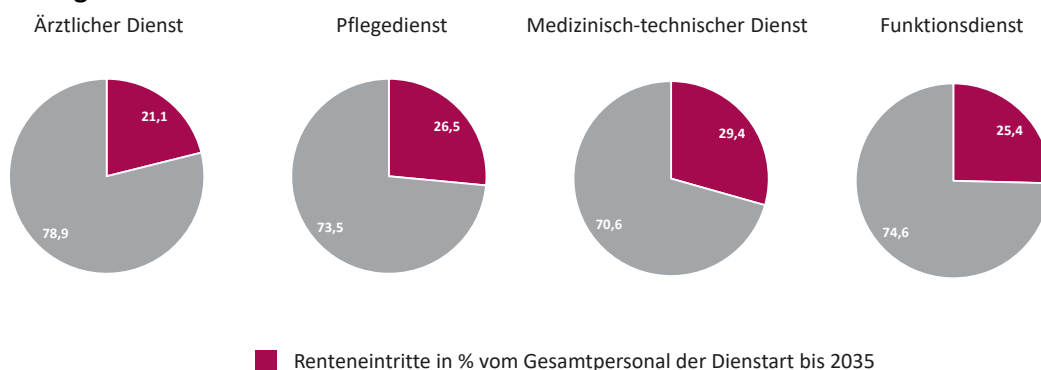
Das MEDIQON-Gutachten gibt für das Kreisgebiet weitere medizinische Bereiche mit starken prozentualen Veränderungen bis 2035 aus (Urologie, Augenheilkunde, komplexe periphere arterielle Gefäße, Carotis operativ/interventionell, Bauchaortenaneurysma), jedoch aufgrund der niedrigen Prävalenzen mit geringen absoluten Effekten. Den größten Effekt gibt es in der Geburtshilfe. Dort geht MEDIQON von einem Rückgang von -11% bei den Geburten und -8% beim perinatalen Schwerpunkt (absolut insgesamt 127 Fälle) im Landkreis Regen aus (MEDIQON 2025).

Um die Strukturvorgaben in der neu eingeführten Leistungsgruppensystematik nach KHVG zu erfüllen, muss neben dem Vorhalten gewisser LG und den apparativen Geräten auch ausreichend qualifiziertes Personal vorgehalten werden. Wie sich die Situation in den ARBERLANDKliniken darstellt, zeigt Kasten 3 auf.

Kasten 3. Personalsituation in den ARBERLANDKliniken

Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben wurde, macht die Alterung der Gesellschaft vor keiner Branche halt. So sind auch die ARBERLANDKliniken von den demografischen Veränderungen nicht ausgenommen. Abbildung 8 zeigt, wie hoch die Anteile des Personals nach Dienstart sind, die bis zum Jahr 2035 in Rente gehen werden. Im ärztlichen Dienst wird ein Fünftel der Ärzte innerhalb der nächsten zehn Jahre nicht mehr an einem der beiden Standorte tätig sein. Im Pflegedienst werden sogar über ein Viertel der Mitarbeiter die Arbeitsstelle in den Ruhestand verlassen. Im medizinisch-technischen Dienst sind es über 29% und im Funktionsdienst 25%. Die reguläre Fluktuation der Beschäftigten ist hierbei nicht berücksichtigt. Das Halten und Akquirieren von qualifiziertem Personal über alle Dienstarten wird in den nächsten Jahren zu einer Herausforderung für die ARBERLANDKliniken werden.

Abbildung 8: Renteneintritte beim Personal der ARBERLANDKliniken



Anmerkung: Entnommen aus der Präsentation zum Strategieworkshop am 26./27. 01. 2024.
Quelle: hcb, ARBERLANDKliniken

Auch heute kommt es phasenweise schon zu personellen Engpässen. Im ärztlichen Dienst treten diese insbesondere bei Zusatzqualifikationen in den Bereichen Geriatrie, klinische Akut- und

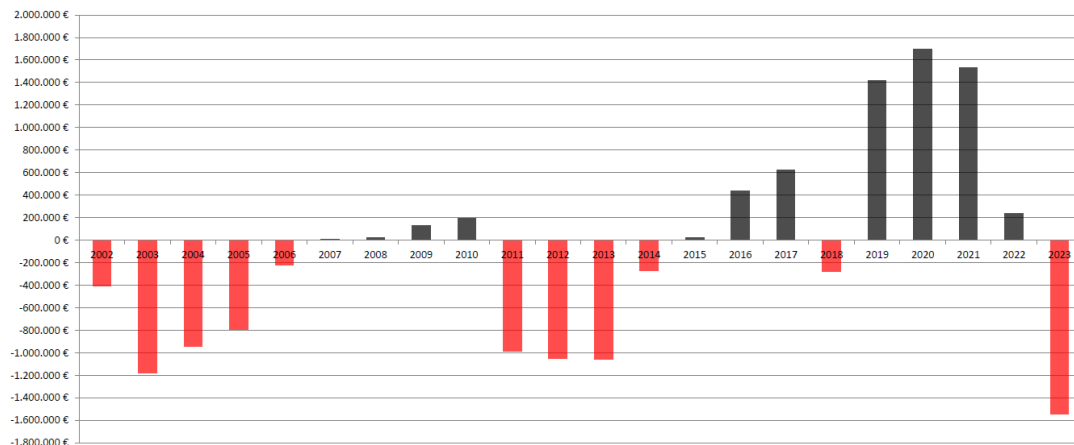
Notfallmedizin sowie Gastroenterologie auf. Auch in der Pflege besteht ein hoher Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal sowie an Fachkräften wie Medizinisch-technischen Radiologieassistenten (MTRA), Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten (MTL), Operationstechnischen Assistenten (OTA), Ergotherapeutinnen und Logopädinnen. Die dadurch entstehenden Engpässe wurden in den geführten Gesprächen immer wieder deutlich. Engpässe können zu Leistungseinschränkungen führen, weshalb die ARBERLANDKliniken aktiv Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung ergreifen, um die Versorgung langfristig sicherzustellen. Anders als in den zuvor genannten Bereichen, gibt es in der Viszeralchirurgie, gemessen an den erbrachten Leistungen, im Ärztlichen Dienst sehr viele personelle Ressourcen. Diese sind jedoch notwendig, um die Rufbereitschaftsdienste an beiden Standorten sicherzustellen und ein Abbau der fallzahlbedingten Überkapazität kann somit nicht erfolgen.

Die wirtschaftliche Situation der ARBERLANDKliniken ist daher von Bedeutung, da negative Jahresergebnisse durch die Kommune getragen werden müssen. Veränderungen von Strukturen erfordern nicht nur die Verfügbarkeit von Personal, sondern auch von Kapital, um erforderliche Maßnahmen finanzieren zu können. Kasten 4 gibt eine kurze Übersicht zu der wirtschaftlichen Lage der ARBERLANDKliniken.

Kasten 4. Wirtschaftliche Lage der ARBERLANDKliniken

Die Jahresergebnisse der ARBERLANDKliniken variieren über einen Zeitraum von über 20 Jahren (Abbildung 9). In den Perioden 2002-2006 und 2011-2014 wiesen die ARBERLANDKliniken negative Jahresergebnisse auf. Zwischen diesen beiden Perioden wurde die schwarze Null getroffen bzw. ein geringer Überschuss erzielt. Ab 2015 setzte eine positive Entwicklung ein, die abgesehen vom Jahr 2018 stabil war. 2018 hat ein Rückstellungseffekt das Jahresergebnis in die roten Zahlen gezogen. In den Jahren 2019-2021 wurden siebenstellige Jahresergebnisse erzielt. 2022 reduzierte sich das Jahresergebnis drastisch. 2023 war das Ergebnis erstmals seit vier Jahren wieder negativ und wies den höchsten negativen Wert seit 2002 auf. Maßgeblich für die Erlöse sind die stationären Leistungen (ca. 90% der Erlöse). Auf der Kostenseite sind die Personalkosten maßgeblich (72% der Kosten). Im Vergleich zu anderen öffentlichen Krankenhäusern in Deutschland (Krankenhaus Rating Report 2025) liegen die Personal- und Sachkosten etwas über dem Bundesdurchschnitt. Gemessen an den Gesamterlösen liegen die Personalkosten bei 66,3% (Durchschnitt öffentlicher Krankenhäuser: 60,7%) und die Sachkosten bei 26,1% (Durchschnitt öffentlicher Krankenhäuser: 24,1%). Die sonstigen Kosten sind mit 10,4% geringer als der Durchschnitt der öffentlichen Krankenhäuser (15,9%). Der Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA) ohne Mittel aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) liegt mit -2,8% an den Gesamterlösen unter dem Durchschnitt kommunaler Häuser (-0,7%).

Abbildung 9: Jahresergebnisse der ARBERLANDKliniken, 2002-2023



Quelle: ARBERLANDKliniken

Der Zustand der baulichen Infrastruktur nimmt Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der ARBERLANDKliniken. Daher beleuchtet Kasten 5 die Infrastruktur und Ausstattung der Standorte.

Kasten 5. Infrastruktur und Ausstattung der ARBERLANDKliniken

Die bauliche Infrastruktur der Kliniken ist je Standort sehr unterschiedlich. In Viechtach ist diese aufgrund der in jüngster Vergangenheit und Gegenwart getätigten Baumaßnahmen in einem guten Zustand. Die technische Ausstattung am Standort Viechtach wurde im Rahmen der Baumaßnahmen modernisiert und nahezu komplettiert. Zur Beurteilung der technischen Ausstattung beziehen wir uns auf die geforderten Mindestkriterien (zwingende Voraussetzung) und Auswahlkriterien (nicht zwingend, nur bei Entscheidung zur Zuteilung bei mehreren geeigneten Krankenhäusern) des KHVVG. Für die Belegabteilung Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) fehlen eine Elektrischen Reaktionsaudiometrie (ERA) (Mindestkriterium) und ein Positronen-Emissions-Tomographie (PET)-CT (Auswahlkriterium).

Die Infrastruktur am Standort Zwiesel ist veraltet. Ein Großteil der technischen Anlagen stammt noch aus der Sanierung vom Jahr 1988/1989. Bei allen technischen Gewerken ist kurzfristig, mittelfristig oder langfristig Handlungsbedarf notwendig. Eine Erneuerung oder Sanierung der technischen Anlagen auf den neusten Stand ist teilweise aufgrund der baulichen Gegebenheiten nur bedingt oder nicht möglich (Bruckmayer Ingenieru Gesellschaft 2019). Hinsichtlich der geforderten Kriterien für die technische Ausstattung fehlt ein Endosonographiegerät, welches für die komplexe Gastroenterologie als Mindestkriterium gefordert wird. Bisher gibt es lediglich eines am Standort Viechtach.

3.4. Qualitative Auswertung der Interviews

Durch 21 Interviews mit über 60 Personen konnten weitere Chancen und Herausforderungen ergänzt werden. Die Gespräche mit unterschiedlichen Akteuren und Berufsgruppen haben uns erlaubt, vertiefte Einblicke zu erhalten. Folgende Bereiche lassen sich aus den Interviews zusammenfassen.

Ambulanter Bereich. Es wurde berichtet, dass niedergelassene Ärzte in der Region fehlen, ein besonderer Mangel bestünde bei den Hausärzten. Aus der Sicht der Interviewpartner gäbe es

ein hohes ambulantest Potenzial, das zu heben sei, um stationäre Ressourcen zu entlasten. Hierbei erscheine eine Ausweitung der MVZ, eine Teilanstellung stationärer Ärzte im ambulanten Bereich oder die Errichtung eines Zentrums für ambulantes Operieren (AOP)¹⁴ sinnvoll. Die Bereiche Kardiologie, Gastroenterologie und Anästhesie könnten weiter ausgebaut werden. Bei einem Neubau könne die Errichtung eines MVZ direkt mitgedacht werden.

Stationärer Bereich. Die Notfallversorgung im Kreis Regen müsse weiterhin gewährleistet sein, Abmeldungen müssten unbedingt vermieden werden. Daher sei eine Vorhaltung von ausreichenden Bettenkapazitäten notwendig. Perspektivisch müssten Patienten, die bislang in Grafenau stationär behalten wurden, aufgefangen werden. Es wurde zudem geäußert, dass eine Reduktion des Leistungsspektrums nicht zu einer Verschlechterung der ärztlichen Weiterbildungsbefugnisse führen dürfe. Bei etwaigen Veränderungen in den stationären Strukturen müsse die Versorgungssicherheit in den Jahren der Übergangszeit (z.B. bei Baumaßnahmen) gewährleistet sein.

Einschätzung zur Zentralisierung. Die Zentralisierung wurde in den Interviews überwiegend positiv gesehen. Sie sei eine Chance, um dem Personalmangel zu begegnen, z.B. bei der Notarztbesetzung. Zudem könne die Attraktivität bei der Gewinnung neuen Personals erhöht werden. Eine Bündelung des Personals könne weiter die Interdisziplinarität fördern. Redundante Doppelvorhaltungen und die Transporte des Rettungsdienstes zwischen den beiden bestehenden Standorten ließen sich reduzieren. Für Tracer-Diagnosen ergebe sich eine bessere Erreichbarkeit. Die Ankunft des Rettungsdienstes beim Patienten sei innerhalb von 12 Minuten gegeben. Letztlich sprächen auch mögliche Einsparpotenziale bei den Betriebs- und Personalkosten für eine Zentralisierung der Leistungen. Risiken sahen die Interviewteilnehmer in der Finanzierung dieses Vorhabens sowie in der mangelnden Akzeptanz der Bevölkerung.

Erweiterte Angebote und übergeordnete Themen. Von den Interviewteilnehmern wurde der Ausbau der Palliativmedizin und der Geriatrie als sinnvoll erachtet. Es wurde der Wunsch nach einer Fallsteuerung geäußert, die den gesamten Patientenprozess berücksichtigt. Weiter wurde ein Wohnheim für Auszubildende und (ausländische) Ärzte begrüßt. Es wurde zudem eine Stellungnahme zu einer Krankenpflegeschule gewünscht.

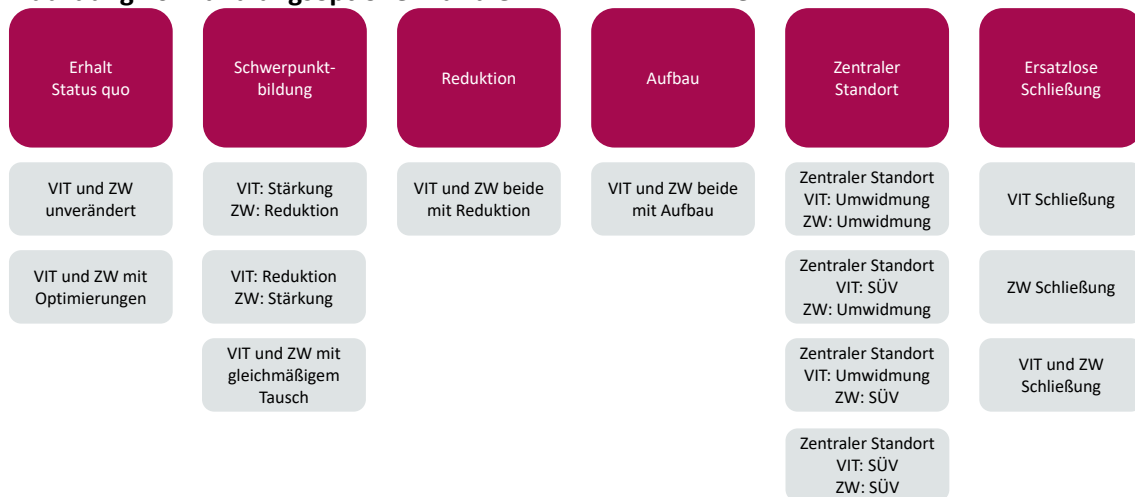
Kommunikation. Bei den anstehenden Maßnahmen zur Zukunftssicherung der ARBERLANDKliniken äußerten die Interviewpartner den Wunsch nach Transparenz und Offenheit. Der Erhalt der Arbeitsplätze und die Fortführung ebendieser im öffentlichen Dienst wurde besonders betont. Es sei aus Sicht mehrerer Teilnehmer eine Begründung notwendig, warum am Standort Viechtach weiterhin investiert werde.

¹⁴ In einem Zentrum für ambulantes Operieren werden kleinere oder mittlere Operationen ohne Übernachtung im Krankenhaus durchgeführt. Die Behandlung, Überwachung und Entlassung erfolgen am selben Tag.

4 Zukunftsvarianten

Die enormen anstehenden Herausforderungen (siehe Kapitel 2) erfordern eine aktive Steuerung der ARBERLANDKliniken. Um die stationäre Versorgung im Landkreis Regen auf ein stabiles Fundament zu bringen, gibt es grundsätzlich verschiedene denkbare Handlungsoptionen. Diese werden in Abbildung 10 dargestellt. Die Option „Erhalt Status quo“ sieht vor, dass beide Standorte unverändert im Markt bestehen bleiben, oder sich in ihren Strukturen optimieren. Die „Schwerpunkt-bildung“ umfasst die Verlagerung bestimmter Leistungen von einem Standort zum anderen bzw. einen beiderseitigen Tausch von Leistungen. In der „Reduktion“ senken beide Standorte ihre Leistungserbringung, beim „Aufbau“ bauen beide ihr Leistungsangebot indessen aus. Der „Zentrale Standort“ sieht vor, dass ein neues Zentralklinikum im Landkreis Regen errichtet wird – also ein Neubau auf der „grünen Wiese“, der die Erreichbarkeiten von Grund auf berücksichtigt. Bei dieser Handlungsoption stellt sich die Frage, ob die Standorte Viechtach und Zwiesel umgewidmet oder zu einer SüV umgewandelt werden. Die „Ersatzlose Schließung“ ist die drastischste aller Optionen. Hier steht die Schließung eines oder beider Standorte im Raum.

Abbildung 10: Handlungsoptionen für die ARBERLANDKliniken



Anmerkung: VIE = Viechtach, ZW = Zwiesel

Quelle: hcb

Einige der vorgestellten Handlungsoptionen können wir von vornherein ausschließen. Der Erhalt des Status quo ohne Optimierungen ist mit den derzeitigen und zukünftigen Herausforderungen (siehe Kapitel 2) nicht vereinbar. Die „Ersatzlose Schließung“ kommt nicht in Frage, da aktuell beide Standorte Sicherstellungszuschläge erhalten. Krankenhäuser, die einen Sicherstellungszuschlag erhalten, sind bedarfsnotwendig. Gerade in ländlichen Regionen können aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte Strukturen nicht kostendeckend betrieben werden. Der Sicherstellungszuschlag soll dies auffangen, weil das Krankenhaus aus Versorgungsgründen weiter betrieben werden muss. Der Bedarf an stationären Angeboten in der Region ist gegeben, das zeigen auch die Analysen zu den Marktanteilen (siehe Kapitel 3.3). Die Möglichkeit einer „Reduktion“ schließen wir ebenfalls aus, da sonst die Versorgungsbedarfe nicht gedeckt werden können. Ferner fällt der „Aufbau“ als Option aus, weil die Ressourcen – insbesondere die personellen – fehlen, das Marktpotenzial dies nicht erfordert und es zudem nicht den Reformzielen entspricht stationäre Leistungen aufzustocken, wo es in der Region Behandlungsangebote gibt.

Es bleiben folglich drei Optionen, die wir in die engere Auswahl nehmen. Die „Schwerpunkt-bildung“ und der „Zentrale Standort“ decken sich mit den Reformzielen des KHVVG, da diese zum

Ziel haben die Krankenhausstrukturen in der Region zukunftssicher zu machen. Die Option „Fortführung Status quo mit Optimierungen“ nehmen wir unter der Bedingung von geplanten Optimierungen hinsichtlich der Kostenstrukturen in die Auswahl auf. Diese Optionen sind im Folgenden als „Zukunftsvarianten“ kurz zusammengefasst.

Fortführung Status quo mit Optimierungen. In dieser Zukunftsvariante bleiben die Leistungen an beiden Standorten erhalten. Für die Bewertung schreiben wir den Status quo bis zum Jahr 2035 (und ergänzend bis 2040, vgl. Hinweis zum Prognosejahr im Kapitel 1.1) fort und berücksichtigen dabei die Optimierung von Sachkosten an beiden Standorten.

Zentraler Standort. Der zentrale Standort soll gut angebunden sein und an der Bundesstraße 85 (B85) errichtet werden. Der Standort Viechtach wird als SüV weiterbetrieben. Der Standort Zwiesel wird für andere Zwecke umgewidmet. Andere Varianten für diese Zukunftsvariante wurden geprüft und für nicht geeignet erachtet. Eine Umwandlung beider Standorte in SüV wäre nicht mit den Herausforderungen vereinbar und die Ressourcen für diese Variante würden fehlen. Viechtach ist baulich aufgrund bereits getätigter Investitionen auf einem aktuelleren Stand. Daher wird der Standort Zwiesel für eine Umwidmung in Betracht gezogen. In Kasten 6 wird erläutert, was unter einer Umwidmung zu verstehen ist.

Schwerpunktbildung. Eine Schwerpunktbildung wird am Standort Viechtach forciert. Der Standort Zwiesel soll in eine SüV ohne stationäre Notaufnahme umfunktioniert werden. Auch in dieser Zukunftsvariante haben wir verschiedene Varianten gegeneinander abgewogen. Ein gegenseitiger Tausch von LG hin zu mehr Konzentration von elektiven Leistungen und der Basisnotfallversorgung zwischen beiden Standorten hätte keine signifikanten Synergieeffekte erzeugt. Eine Schwerpunktbildung zugunsten des Standorts Zwiesel würde hohe Investitionen nach sich ziehen, da bei einer Verortung in Zwiesel ein neues Klinikum mit 280-300 Betten (vgl. Variante Zentraler Standort) errichtet werden müsste. Bei einer Schwerpunktbildung in Viechtach wären die Investitionskosten geringer, da die vorhandene Baustruktur genutzt und erweitert werden könnte. Zudem könnte eine Schwerpunktbildung in Zwiesel von einem Personalengpass flankiert werden. Längere Anfahrtswege für das Personal könnten in einigen Berufsgruppen zu einem verstärkten Fachkräftemangel führen. Schon heute gibt es Probleme bei der Personalbesetzung. Aus diesen Gründen fällt die Wahl zur Schwerpunktbildung zugunsten des Standorts Viechtach aus.

Kasten 6: Umwidmung von Krankenhausstandorten

Unter einer Umwidmung von Krankenhausstandorten ist die strukturelle Neuausrichtung eines bestehenden Krankenhausstandortes zu verstehen, ohne dass der physische Standort geschlossen wird. Eine Umwidmung bedeutet, dass ein Krankenhausstandort seine bisherigen stationären Akutleistungen aufgibt und stattdessen andere gesundheitliche oder nicht-gesundheitliche Funktionen übernimmt. Beispiele hierfür können Reha- oder Pflegezentren oder komplementäre Angebote (z.B. Apotheken, Sanitätshäuser) sein. Die Umwidmung im Zuge der Krankenhausreform beschreibt somit keine Schließung, sondern eine strategische Neuausrichtung des Standorts.

Für die drei Zukunftsvarianten schreiben wir für die nachfolgende Bewertung die Leistungszahlen (Fallzahlen, Casemixpunkte, Belegungstage) fort. Dabei berücksichtigen wir je LG unterschiedliche Cases aus den zuvor gezeigten Leistungsprognosen. Die Auswahl der zugrunde gelegten Cases je LG erfolgte auf Basis der Chefarztgespräche und der Diskussionen in den Zwischenworkshops, die während des Projektverlaufs stattfanden. Ferner berücksichtigen wir für

die Hochrechnung der Leistungszahlen Sondereffekte. Darunter fallen Zuwanderungseffekte aus dem Wettbewerbsumfeld, verbundinterne Verlagerungen inkl. Abwanderungsrisiken, Effekte durch Renteneintritte oder Fachabteilungsausweitungen.

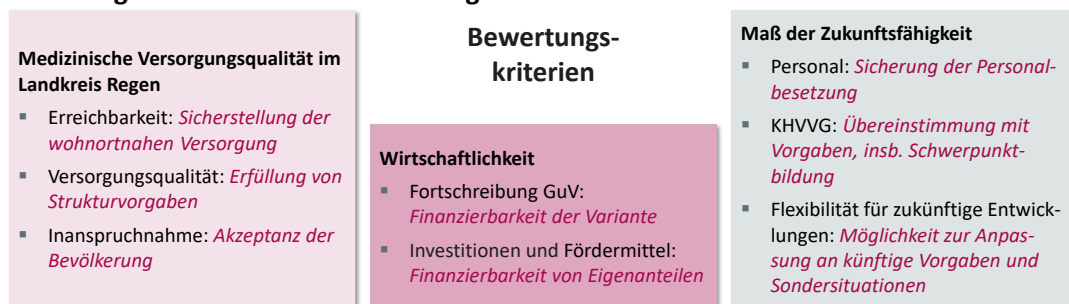
5 Bewertung der Zukunftsvarianten

5.1. Bewertungskriterien

Wir bewerten die drei Zukunftsvarianten anhand einheitlicher Kriterien, die sich in drei Kategorien zusammenfassen lassen: (i) die medizinische Versorgungsqualität im Kreis Regen, (ii) die Wirtschaftlichkeit und (iii) das Maß der Zukunftsfähigkeit. In der ersten Kategorie spielen die Erreichbarkeit wichtiger Leistungen, die Erfüllung von Strukturvorgaben und die Akzeptanz durch die Bevölkerung als Kriterien eine wichtige Rolle. In der zweiten Kategorie stellen wir mit der Fortschreibung der Gewinn- und Verlustrechnung die Finanzierbarkeit der Zukunftsvarianten dar und beziehen die Investitionskosten aus der ergänzenden Investitionskostenuntersuchung der Varianten von Hitzler Ingenieure unter Berücksichtigung von Fördermöglichkeiten und alternativen Finanzierungsoptionen ein. Aufgrund der unterschiedlich schnellen Realisierungsmöglichkeit der Varianten beziehen wir für eine bessere Vergleichbarkeit der Wirtschaftlichkeit auch das Jahr 2040 mit ein.

In der dritten Kategorie bewerten wir u.a. die Möglichkeiten zur Personalbesetzung und die Flexibilität, um in der Zukunftsvariante auf zukünftige Entwicklungen zu reagieren.

Abbildung 11: Kriterium zur Bewertung der Zukunftsvarianten



Quelle: hcb

5.2. Erhalt des Status quo mit Optimierungen

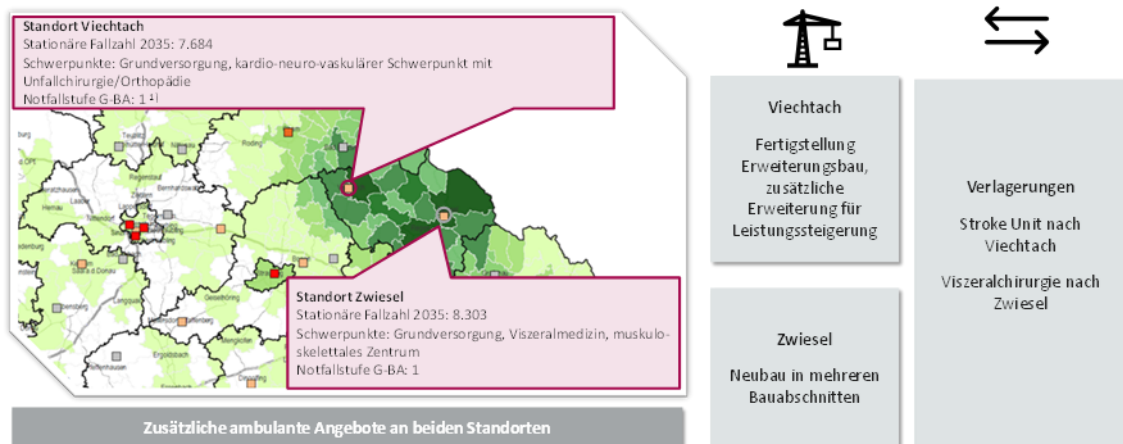
Trotz des Erhalts beider Standorte, sind in dieser Zukunftsvariante bauliche Maßnahmen notwendig, wie Abbildung 12 zeigt. Am Standort Viechtach ist neben der Fertigstellung des Erweiterungsbaus eine zusätzliche Erweiterung für die zu erwartenden Leistungssteigerungen auf insgesamt 180 bis 190 Betten¹⁵ notwendig. Am Standort Zwiesel sind Sanierungen erforderlich, die Kapazitäten sollten weiterhin zwischen 165 bis 175¹⁶ Betten liegen. Die Leistungen an beiden Standorten bleiben in dieser Zukunftsvariante, bis auf wenige Verlagerungen, erhalten. Auch ambulante Leistungen und BG-Fälle (DAV in Viechtach, VAV in Zwiesel) werden weiterhin behandelt. Die 24/7 Notfallversorgung der GBA-Notfallstufe 1 an beiden Standorten bleibt erhalten. Die LG Stroke Unit (ca. 150 Fälle im Status quo) wird zum 1. April 2026 an den Standort

¹⁵ Auslastung von 80%, Prognose 2035 stationäre Fälle und Hybrid-DRG Fälle.

¹⁶ Auslastung von 80%, Prognose 2035 für stationäre Fälle und Hybrid-DRG-Fälle.

Viechtach verlagert, wie bereits Mitte 2025 beschlossen. Die Viszeralchirurgie (ca. 450 Fälle im Status quo aus Viechtach) wird im Rahmen dieser Variante in Zwiesel zentralisiert (noch nicht beschlossen) (Tabelle 4). Bei der Hochrechnung der Leistungszahlen profitiert der Standort Viechtach von einer Zuwanderung der Fälle aus dem Wettbewerbsumfeld und der Standort Zwiesel speziell aus Grafenau. Beide Standorte können mit einer Steigerung ihrer Leistungsvolumina rechnen. Einige Leistungen könnten im Zuge der Umsetzung des KHVVG aufgrund geringer Fallzahlen und der Einführung von Mindestvorhaltezahlen gegebenenfalls entfallen. Das Risiko besteht in Viechtach bei den LG spezielle Traumatologie, komplexe Gastroenterologie, Revisionen Hüft- und Knieendoprothesen, allgemeine Frauenheilkunde, Neurochirurgie und Urologie (insgesamt ca. 45 Fälle im Status quo). In Zwiesel besteht dieses Risiko für insgesamt ca. 60 Fälle der LG spezielle Traumatologie, komplexe Gastroenterologie, Revisionen Hüft- und Knieendoprothesen und bariatrische Chirurgie.

Abbildung 12: Zielstruktur der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“



Quelle: hcb

Tabelle 4: Zielstruktur der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“

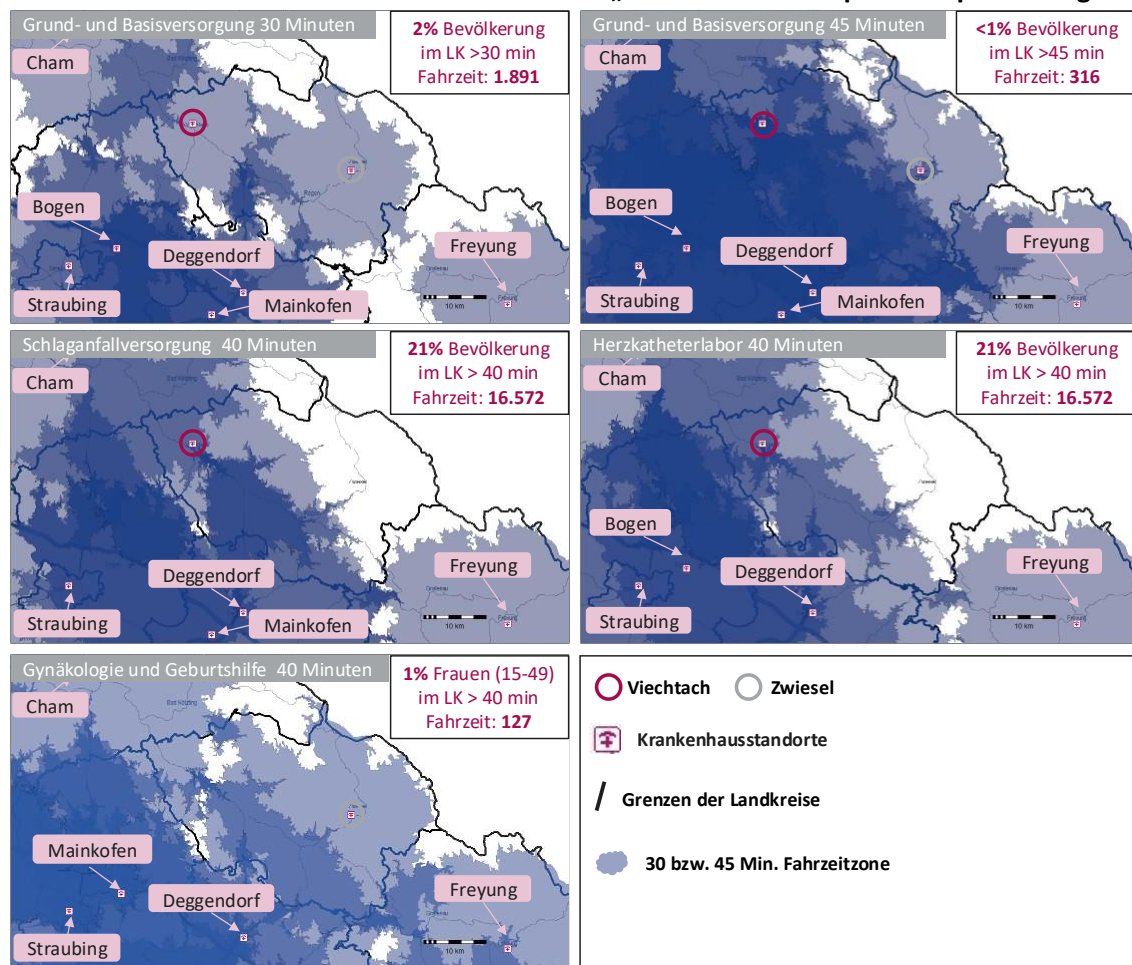
An dieser Stelle wurde die Tabelle entfernt, da sie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse enthält. Die Daten liegen vor, sind jedoch in der öffentlichen Fassung nicht enthalten.

Anmerkung: Stationäre Fallzahlen ohne Hybrid-DRGs (Katalog 2026). Grau hinterlegt: im Negativszenario möglicherweise entfallende Leistungsgruppen im Hinblick auf noch unbekannte Mindestvorhaltezahlen. Neugeborene hier in der Leistungsgruppe Perinataler Schwerpunkt aufgeführt aufgrund der Zuteilung des Groupers.

Quelle: hcb, §21-Daten der ARBERLANDKliniken, Homepage der ARBERLANDKliniken

Karte 7 zeigt die Erreichbarkeiten für verschiedene Leistungen und Fahrzeitzonen. Die Abdeckung in der Grund- und Basisversorgung ist bei Fortführung des Status quo weiterhin gut. Im 7-Punkte-Plan des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention wird für die Erreichbarkeit von Leistungen der Grundversorgung ein Grenzwert von 30 Minuten für 95% der Bevölkerung als wünschenswert angesehen. In jedem Fall seien aber 45 Minuten als maximale Fahrzeit zu solchen Leistungen anzustreben (StMGP 2024). In dieser Variante genügt die Erreichbarkeit bereits dem Grenzwert von 30 Minuten, da nur 2% aller Einwohner mehr als 30 Minuten benötigen. Das Kriterium mit der Fahrzeit von 45 Minuten ist in dieser Zukunftsvariante für nahezu alle Einwohner erfüllt. Für die Tracer-Diagnosen sieht es ungünstiger aus. Im östlichen Teil des Kreises Regen resultieren zur Erreichung von Stroke Units und Herzkatheterlaboren Anfahrtswege von über 40 Minuten¹⁷ für 21% der Bevölkerung. In der Geburtshilfe muss nur 1% der Frauen im gebärfähigen Alter über 40 Minuten zu einem Standort fahren.

Karte 7: Erreichbarkeiten in der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“



Anmerkung: Wegen der Betriebseinstellung des Krankenhauses Grafenau Ende 2026 bleibt der Standort bei der Fahrzeitzonenberechnung unberücksichtigt. Die Verlagerung der Stroke Unit von Zwiesel nach Viechtach zum 1. April 2026 ist bereits hinterlegt.

Quelle: hcb, GBA (2025)

Die Prähospitalzeiten (Karte 3) verändern sich in dieser Variante nicht.

¹⁷ Vorgabe des KHVVG

Die ambulanten Leistungsangebote der ARBERLANDKliniken spielen eine zentrale Rolle in der zukünftigen Gesundheitsversorgung des Landkreises. Sie ermöglichen eine patientenorientierte, wohnortnahe Betreuung und ergänzen stationäre Angebote. Eine enge Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen stellt sicher, dass Patienten trotz begrenzter Ressourcen eine umfassende (von Prävention bis zur Nachsorge) und abgestimmte Versorgung (Vermeidung von Doppeluntersuchungen) erhalten. Tabelle 5 zeigt, welche ambulanten Angebote in dieser Variante an welchem Standort und in welcher Ausprägung erbracht werden sollten.

In Regen kann die Etablierung eines Angebots Innere Medizin ohne einen besonderen Schwerpunkt sinnvoll für die Anbindung an Hausärzte sein. Für viele Bereiche ermöglicht die Nutzung vorhandener (klinischer) Strukturen und medizintechnischer Geräte eine effiziente Verwendung knapper Ressourcen. Darunter fallen endoskopische Leistungen, Herzkatheteruntersuchungen (HKL in der Klinik Viechtach), die Versorgung von Arbeitsunfällen (in Viechtach über die Klinik, Zwiesel und Regen über MVZ) und Untersuchungen in der Neurologie. Außerdem können Synergien im Rahmen von gemeinschaftlich organisierter fachärztlicher Aus- und Weiterbildung mit der Klinik im Bereich der Frauenheilkunde entstehen.

Ergänzend zum Leistungsportfolio, das sich auch stationär wiederfindet, sollten weitere ausgewählte ambulante Angebote vorgehalten werden. Darunter fallen die Fachbereiche Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Psychiatrie und Urologie.

Auch ambulantes Operieren soll weiterhin Teil der ambulanten Versorgung sein. Der Weiterbetrieb der ambulanten Operationen im Einkaufspark ist aufgrund der eingespielten Betriebsabläufe sinnvoll. Ein eigenes ambulantes OP-Zentrum im Landkreis an den Standorten Viechtach oder Zwiesel könnte auch sinnvoll sein, um effizientere Abläufe zu garantieren. Hierbei sind jedoch hohe Investitionen und die Verfügbarkeit von Räumlichkeiten zu berücksichtigen. Das Leistungsspektrum der ambulanten Operationen inkl. Anästhesie kann zukünftig ggf. auch die Neurochirurgie in Regen umfassen.

Nicht alle Leistungen können innerhalb der eigenen Ressourcen vorgehalten werden, da die Inzidenzen und die Nachfrage hierfür nicht ausreichend hoch sind. Um dennoch eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, könnten diese Leistungen in Kooperation mit anderen Kliniken im regionalen Umfeld angeboten werden. Im Bereich der Kinderchirurgie kann an einem Standort für ambulante Operationen die bestehende Kooperation mit der Kinderklinik Dritter Orden in Passau genutzt werden. Angebote in der Radiologie und Urologie können ebenfalls über Kooperationen oder alternativ zukünftig mit einem eigenen Facharztsitz abgedeckt werden. Dabei ist eine Kombination mit den Klinikstrukturen zwingend erforderlich.

Tabelle 5: ambulant Angebot Erhalt Status quo mit Optimierungen

ambulant Angebot	ZW	VIT	REG	Abkürzungen	
Innere Medizin ohne SP				Zwiesel	ZW
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	▲	▲		Viechtach	VIT
Innere Medizin, SP Kardiologie	?▲	▲	?▲	Regen	REG
Frauenheilkunde	?		?	Zentraler Standort	ZS
Unfallchirurgie/Orthopädie				Schwerpunkt	SP
Versorgung von Arbeitsunfällen	▲	▲			
Viszeralchirurgie				Symbole	
Gefäßchirurgie	?		?	in Verbindung mit SüV	△
Neurochirurgie	?		?□	in Kombination mit Klinikstruktur	▲
Neurologie	▲	▲		ambulanter OP	□
Psychiatrie				entweder-oder	?
Kinder- und Jugendmedizin					
Anästhesie	□	□	□	Farben	
Ambulante Operationen	?	?		Soll	
				Kann	
ergänzende Angebote ggf. in Kooperation					
Kinderchirurgie	?□	?□	?□		
Radiologie	▲	▲			
Urologie	?▲		?▲		

Quelle: hcb, ARBERLANDKliniken 2025

Der Jahresabschluss der ARBERLANDKliniken wies für das Geschäftsjahr 2024 einen Jahresfehlbetrag von 2,7 Millionen Euro aus (Abbildung 13). Das Klinikum geht in seiner Hochrechnung vom 30.06.2025 für das Geschäftsjahr 2025 von einem Jahresfehlbetrag von 5,0 Millionen Euro aus. In unseren Prognosen für die Gewinn- und Verlustrechnung rechnen wir Leistungssteigerungen und Kostensynergien ein. Trotz Einsparungen bei den Sachkosten rechnen wir für die Jahre 2035 und 2040 mit weiterhin negativen Betriebsergebnissen in einer Größenordnung von -7,2 bis -8,2 Millionen Euro (2035) und -10,2 bis -11,2 Millionen Euro (2040). Anteilig an den Erlösen entwickelt sich der Personalaufwand von 66,3% im Jahr 2024 auf 77,2% im Jahr 2040. Der Sachaufwand verändert sich aufgrund der Synergieeffekte von 26,1% gemessen an den Erlösen auf 21,3% bis 2040.

Dabei sind vorsichtig getroffene Annahmen hinterlegt:

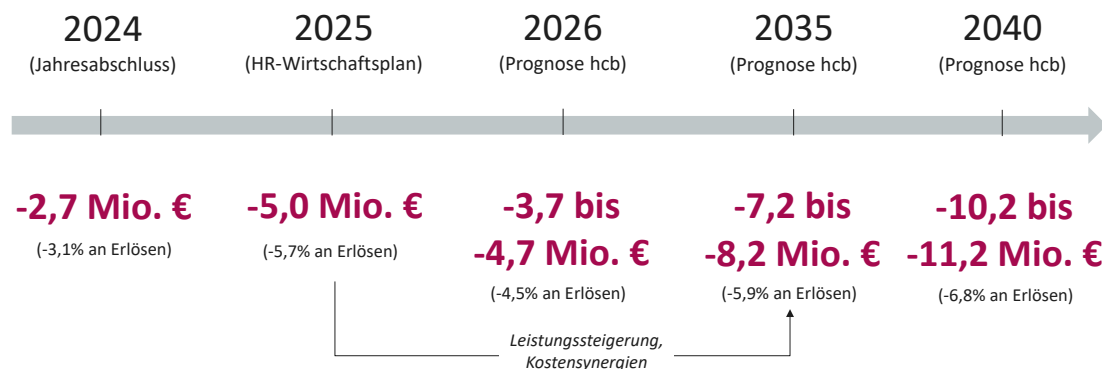
- Preisveränderungen: Nach aktuellen Plänen des BMG soll der Landesbasisfallwert (LBFW) 2026 nur um +2,98% steigen anstatt der ursprünglich geplanten +5,17%. Wir setzen diesen kleineren Wert an und erwarten für die folgenden Jahre ebenfalls nur ein geringes Wachstum von 3,15%. Hilfszahlungen im Jahr 2025 und 2026 (+3,45% auf den LBFW vom 1.11.2025 bis 31.10.2026) werden berücksichtigt. Bei ambulanten Leistungen gehen wir ab 2027 ebenfalls von dem Wachstum 3,15% aus. Das Preisniveau der Hybrid-DRG soll bis 2030 auf das EBM-Niveau (einheitlicher Bewertungsmaßstab in der vertragsärztlichen Vergütung) abgesenkt werden. Wir nehmen für die Zeitpunkte der Ausweitung des Hybrid-DRG Katalogs (2028 und 2030) eine entsprechende Absenkung an, da im Zuge der Aktualisierung die Hybrid-DRG neu kalkuliert werden. Des Weiteren setzen wir Einmaleffekte an und orientieren uns dabei am Krankenhaus Rating Report 2025. Darin enthalten sind bundesweite Mittel für die Geburtshilfe, Stroke Unit, Inten-

sivmedizin und erhöhte Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Außerdem gehen wir von jährlichen Lohnveränderungen von 3,8% aus und berücksichtigen die jährliche Inflation (zwischen 2,0 und 3,0%, ab 2030: 2,5%).

- Veränderungen in der Menge (Fallzahl, Casemix, Belegungstage) sind gemäß der oben beschriebenen Zielstruktur hinterlegt.
- Synergieeffekte: Wir treffen die Annahme, dass Sachkosten bis zum Jahr 2040 um 9% gesenkt werden können (0,9% p.a.).

Eine optimistischere Betrachtung der Preisveränderungen mit „Meistbegünstigtenklausel“¹⁸ für alle kommenden Jahre ergäbe ein Betriebsergebnis von -4,7 bis -5,7 Mio.€ im Jahr 2040. Zusätzlich entsteht für den Betrieb der MVZs der ARBERLANDKliniken ein Defizit von ca. - 1 Mio. € pro Jahr. (Jahresabschluss MVZ 2024). Wir gehen davon aus, dass dieses auch in den Folgejahren anfallen wird. Chancen für die Optimierung des Ergebnisses im MVZ bestehen darin, dass einige Ärzte vollumfänglich ambulant arbeiten, ohne auch für die stationäre Versorgung zuständig zu sein. Dadurch können aktuelle Effizienzverluste durch fragmentierte Arbeitszeiten, Interessenskonflikte oder Koordinationsaufwände zwischen stationären und ambulanten Tätigkeiten sowie Leerlaufzeiten durch Fahrten oder andere Wechsel verringert werden. Zudem können durch die Fokussierung auf einen Tätigkeitsbereich eine Identifikation mit der Tätigkeit geschaffen sowie die wahrgenommene Präsenz durch die Bürger gesteigert werden. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass mit einer Spezialisierung auch Optimierungen der Prozessabläufe einhergehen.

Abbildung 13: Betriebsergebnis in der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“



Quelle: hcb, Jahresabschluss 2024 der ARBERLANDKliniken, Wirtschaftsplan 2025 der ARBERLANDKliniken

In dieser Zukunftsvariante müsste der Landkreis sowohl das Defizit¹⁹ ausgleichen als auch Eigenmittel für Investitionen des Umbaus tragen.

Die zu erwartenden Investitionskosten für diese Zukunftsvariante belaufen sich auf ca. 371 Millionen Euro. Je nach Fördermittelszenario sind dabei zwischen 65 und 74 Millionen Euro förderfähig. Der Eigenanteil, den der Landkreis tragen muss, liegt zwischen 277 und 287 Millionen Euro, wobei allein auf den (Teil-) Neubau in Zwiesel ca. 222 Millionen Euro als nicht förderfähig

¹⁸ Für die künftigen Jahre werden immer die günstigsten (also optimistischsten) Annahmen getroffen.

¹⁹ Möglichkeit der Beantragung von individuellen Sicherstellungszuschlägen für defizitäre Fachabteilungen (Ausgleichs des Defizits, das wegen geringem Versorgungsbedarf nicht geschlossen werden kann. Die Höhe ist individuell zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zu verhandeln, basierend auf der nachgewiesenen Unterdeckung.

Anteil auf den Landkreis Regen entfallen würden. Ca. 19 Millionen Euro können durch alternative Finanzierungsmöglichkeiten getragen werden, z.B. Finanzierung der ARBERLANDKliniken, Mietkauf oder PPP-Modelle (Hitzler Ingenieure 2025).

Aus unserer Sicht ist die Zukunftsvariante „Erhalt Status quo mit Optimierungen“ nicht dauerhaft zu halten. In Tabelle 6 fassen wir die Bewertungskriterien zusammen. Lediglich die Versorgungsqualität und die Inanspruchnahme durch die Bevölkerung sind in dieser Variante unverändert erfüllt. Die Erreichbarkeit und die Flexibilität, um sich künftigen Anforderungen stellen zu können, sind nur teilweise erfüllt. Neben der angespannten wirtschaftlichen Lage, bleibt vor allem die Sicherstellung des Personals die größte Herausforderung. Schon heute stellen sich eine Personalnachbesetzungen als kritisch dar. Diverse bestehende Personalvorgaben spitzen sich durch die Mindestvorgaben nach KHVVG zu. Die bevorstehenden Renteneintritte in den ARBERLANDKliniken und der steigende Personalbedarf durch die zu erwartende Leistungssteigerung in dieser Zukunftsvariante sind schwer aufzulösen.

Tabelle 6: Bewertung der Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“

Kategorie	Kriterium	Bewertung
Medizinische Versorgungsqualität	Erreichbarkeit	Zeitkritische Fälle: 21% der Bevölkerung >40 Minuten , weite Anfahrtswege im Osten des LK Regen Zeitunkritische Fälle: 0% >45 min, erreichbar für nahezu gesamte Bevölkerung
	Versorgungsqualität	Die meisten Strukturvorgaben werden aktuell bzw. in absehbarer Zeit erfüllt
	Inanspruchnahme	Die Bevölkerung nimmt die Standorte gut an
Wirtschaftlichkeit	Fortschreibung Betriebsergebnis	Weiterhin negatives Betriebsergebnis zu erwarten: 2035: -7,2 bis -8,2 Mio. € , 2040: -10,2 bis -11,2 Mio. € Bei weniger konservativen Annahmen 2040 -4,3 bis -5,3 Mio. €
	Fördermittel	kein Transformationsfondsmöglich , Investitionen: ca. 371 Mio. € , davon Eigenanteil Landkreis ca. 277 bis 287 Mio. € , alternative Finanzierung: ca. 19 Mio. €
Maß der Zukunftsfähigkeit	Personal	Schwierigkeiten, Personal zu finden, um Leistungsangebot aufrechterhalten zu können
	KHVVG	Keine Schwerpunktbildung, Erfüllung der Strukturvorgaben „Personal“ langfristig kritisch
	Flexibilität	Vorhandene Infrastruktur in ihrer Flexibilität begrenzt, dadurch nur eingeschränkt an künftige Anforderungen oder Vorgaben anpassbar. Zwei Standorte sind aber in der Lage, Kapazitäten für Sonderereignisse (z.B. Pandemien) zu bieten.

Anmerkung: Farbbewertung nach Ampelsystem. Grün = Kriterium erfüllt, gelb = Kriterium teilweise erfüllt, rot = Kriterium nicht erfüllt.

Quelle: hcb

5.3. Zentraler Standort

In dieser Zukunftsvariante bündelt ein neuer zentraler Standort mit 280 bis 300 Betten²⁰ die stationären Leistungen aus den bisherigen Standorten Viechtach und Zwiesel. Durch die Bündelung von Leistungen kann zukünftig voraussichtlich die GBA-Notfallstufe 2 erreicht werden. Die Notfallversorgung findet 24/7 am Standort statt. Zusätzlich können BG-Fälle nach VAV stationär und ambulant behandelt werden. Der Standort Viechtach wird in eine SüV mit ca. 50 Betten²¹ umgewandelt, die weiterhin als Teil der internistischen Grundversorgung verbleiben. Eine stationäre Notfallversorgung findet nicht mehr statt. Ambulante Notfälle und ambulante

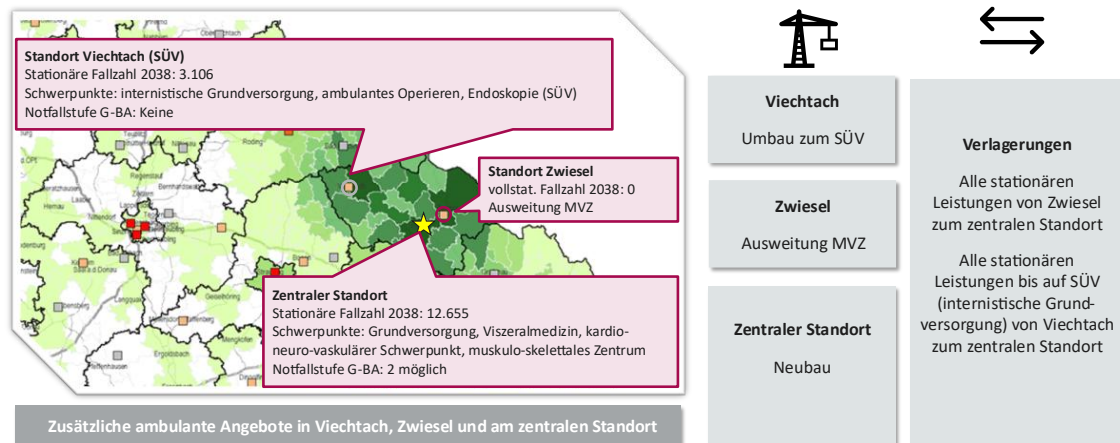
²⁰ Auslastung von 80%, Prognose 2040 stationäre Fälle und Hybrid-DRG Fälle.

²¹ Auslastung von 80%, Prognose 2040 stationäre Fälle und Hybrid-DRG Fälle.

BG-Fälle (über einen chirurgischen Sitz mit BG-Zulassung) können tagsüber weiterhin behandelt werden. In Zwiesel findet eine Ausweitung des MVZ statt²² (Abbildung 14). Alle stationären Leistungen aus Zwiesel werden zum zentralen Standort verlagert, ebenso alle stationären Leistungen aus Viechtach, bis auf die internistische Grundversorgung (Tabelle 7). Die Realisierung dieser Variante kann vermutlich erst im Jahr 2038 stattfinden. Die wirtschaftlichen Effekte wirken dann erst im Jahr 2040 vollständig. Daher gehen wir an dieser Stelle zusätzlich auf die Jahre 2038 und 2040 ein.

Für das Jahr 2038 kann mit rund 12 700 stationären Fällen gerechnet werden. Für die SüV in Viechtach rechnen wir mit über 3 100 Fällen in der internistischen Grundversorgung. Einige Leistungen könnten im Zuge der Umsetzung des KHVVG aufgrund geringer Fallzahlen und der Einführung von Mindestvorhaltezahlen gegebenenfalls entfallen. Das Risiko besteht den LG spezielle Traumatologie, komplexe Gastroenterologie, Revisionen Hüft- und Knieendoprothesen, allgemeine Frauenheilkunde, Neurochirurgie, Urologie und bariatrische Chirurgie (insgesamt ca. 100 Fälle im Status quo).

Abbildung 14: Zielstruktur des Zukunftsvariante „Zentraler Standort“



Quelle: hcb

²² Nachnutzung des Standorts ggf. mit 2-3 Vertragsarztsitzen (Chirurgie mit ambulanter berufsgenossenschaftlicher Zulassung, Gastroenterologie) mit 3 Vollkraftstellen für Ärzte und ca. 8 Vollkraftstellen für Medizinische Fachangestellte zusätzlich zum aktuellen Angebot. Der Investitionsaufwand wird voraussichtlich unter 1 Million € liegen.

Tabelle 7: Zielstruktur der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“

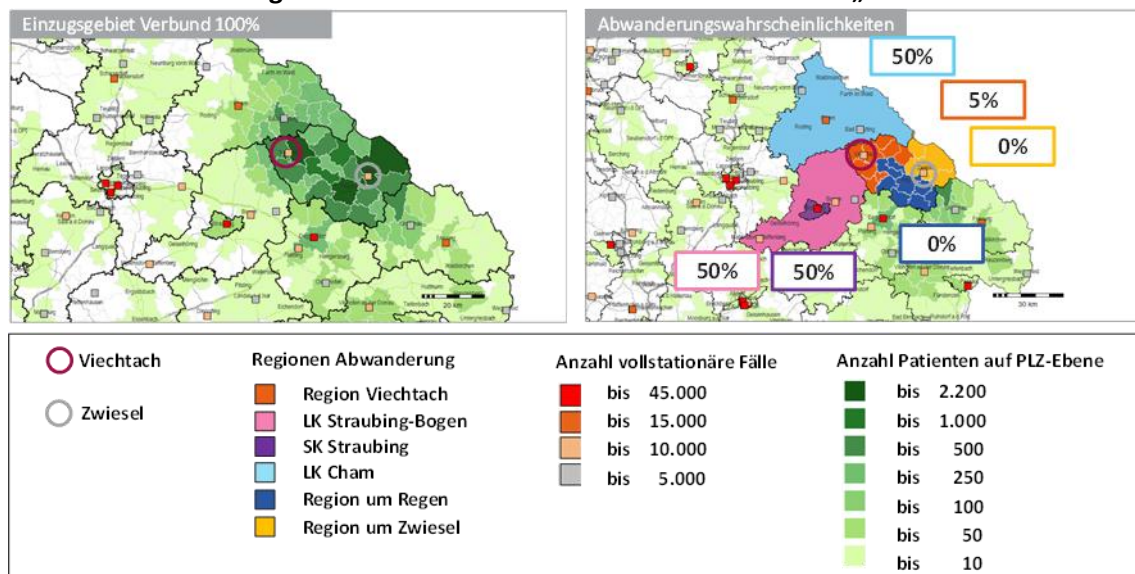
An dieser Stelle wurde die Tabelle entfernt, da sie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse enthält. Die Daten liegen vor, sind jedoch in der öffentlichen Fassung nicht enthalten.

Anmerkung: Stationäre Fallzahlen ohne Hybrid-DRGs (Katalog 2026). Grau hinterlegt: im Negativszenario möglicherweise entfallende Leistungsgruppen im Hinblick auf noch unbekannte Mindestvorhaltezahlen. Neugeborene hier in der Leistungsgruppe Perinataler Schwerpunkt aufgeführt aufgrund der Zuteilung des Groupers; SüV = Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung.

Quelle: hcb, §21-Daten der ARBERLANDKliniken, Homepage der ARBERLANDKliniken

Die Bündelung bisheriger Leistungen an einem zentralen Standort kann zu Abwanderungs- sowie Zuwanderungseffekten führen. Patienten, deren Fahrzeiten zum zentralen Standort sich gegenüber dem Status quo verlängern, könnten näher gelegene Krankenhäuser aufsuchen. Diese Patienten würden künftig somit „abwandern“. Eine Zuwanderung wäre aus den PLZ-Gebieten zu erwarten, in denen die Einwohner mit einer Reduktion der Fahrzeiten rechnen können. Ebenso beobachten wir einen „Sogeffekt“ bei Krankenhausneubauten, bei dem sich die Bevölkerung bewusst für einen neuen, baulich attraktiven Standort entscheidet. Für die Region um beide Standorte Viechtach und Zwiesel haben wir in der Berechnung die statistisch zu erwartende Abwanderungs- und Zuwanderungswahrscheinlichkeit berücksichtigt. Ausgehend vom Einzugsgebiet und den Mitbewerbern in der Region haben wir die Regionen also mit Abwanderungswahrscheinlichkeiten bewertet (Karte 8). Bei einer Leistungskonzentration an einem zentralen Standort ist bezogen auf die aktuelle Fallzahl eine durchschnittliche Abwanderungswahrscheinlichkeit von 10% und ein Zuwanderungseffekt von 5% zu erwarten.

Karte 8: Abwanderungswahrscheinlichkeiten in der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“



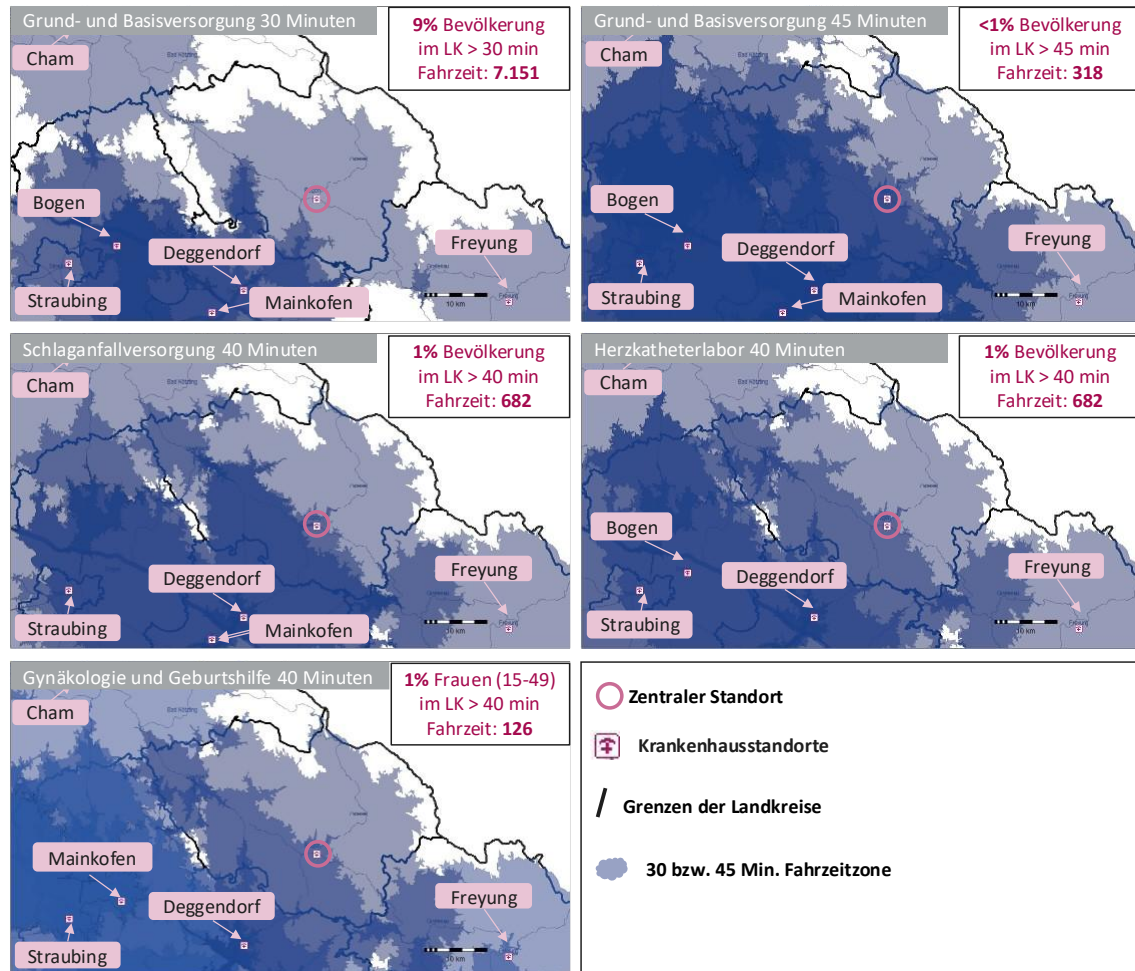
Anmerkung: Exklusive Hybrid-DRGs.

Quelle: hcb, §21-Daten der ARBERLANDKliniken

Die Bündelung der Leistungen an einem zentralen Standort geht mit veränderten Erreichbarkeiten im Landkreis Regen einher. Für die Grund- und Basisversorgung verlängert sich die Fahrzeit gegenüber dem Status quo für einen Teil der Bevölkerung (Karte 9). Rund 9% der Einwohner würden ein Krankenhaus der Grund- und Basisversorgung nicht mehr innerhalb von 30 Minuten erreichen (2% im Status quo). Bei einem Grenzwert von 45 Minuten würde sich im Vergleich zum Status quo nichts verändern. Eine spürbare Verbesserung kann mit dem zentralen Standort in der Erreichbarkeit der Tracer-Diagnosen realisiert werden. Nur circa 1% Einwohner hätten Fahrzeiten über 40 Minuten (im Status quo 21%), der östliche Teil des Landkreises Regen wäre deutlich besser abgedeckt. Gemäß den Leitplanken des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) des 7-Punkte-Plans soll die gegenwärtige Erreichbarkeit eines Krankenhauses der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung im Sinne der GBA-Notfallstufen erhalten bleiben. In diesem Fall findet sogar eine Verbesserung statt. In der Geburtshilfe müssen wie im Status quo 1% der Frauen im gebärfähigen Alter über 40 Minuten zu einem Standort fahren.

Der zentrale Standort wurde zu Simulationszwecken in einem Gewerbegebiet in Regen in der Nähe zur Bundesstraße B85 / B11 gewählt. Dieser zeigte eine vorteilhafte Erreichbarkeit für die Bevölkerung. Andere Standortsimulationen mit Standorten in Poschetsried und Patersdorf wurden ebenfalls geprüft. Die hier vorgestellten Erreichbarkeitssimulationen sind als Erstbewertung zu verstehen. Für die finale Standortwahl sind vertiefende Analysen notwendig.

Karte 9: Erreichbarkeiten in der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“

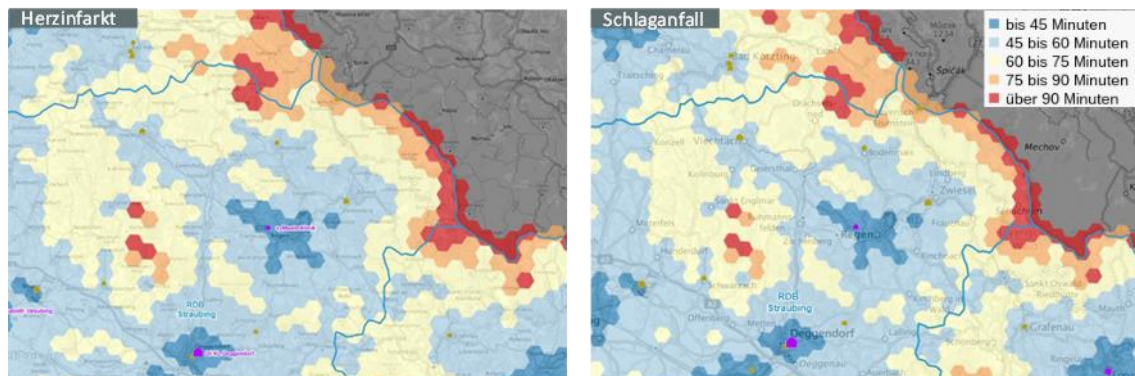


Anmerkung: Wegen der Betriebseinstellung des Krankenhauses Grafenau Ende 2026 bleibt der Standort bei der Fahrzeitonenberechnung unberücksichtigt. Die Anzahl der Bevölkerung je Karte bemisst den Effekt auf die Fahrzeit durch den zentralen Standort im Vergleich zum Status quo.

Quelle: hcb, GBA (2025)

Auch die Prähospitalzeiten verkürzen sich bei dieser Variante entsprechend gegenüber dem Status quo (Karte 3) insbesondere in den Randbereichen des Landkreises. Der nordöstliche Landkreis Regen kann so deutlich besser versorgt werden. Die Zeit bis zur Diagnostik und Behandlung verkürzt sich erheblich, was die Chancen auf eine erfolgreiche Therapie deutlich erhöht. Karte 10 stellt die Prähospitalzeiten grafisch dar.

Karte 10: Prähospitalzeiten zeitkritische Diagnosen bei zentralem Standort



Anmerkung: Planerische Prähospitalzeiten (Hexagon-Ebene) unter Berücksichtigung der Vorhaltung bodengebundener Rettungsmittel und der Klinikressourcen zum Stichtzeitpunkt Di. 27. Februar 2024, 13 Uhr. Fahr- und Transportzeiten gemäß Routinganalyse. Annahmen: Disposition und Ausrückintervall je 2 Minuten. On-Scene-Intervall i. d. R. 25 Min. Darstellung ohne Grafenau und Bad Kötzing.

Quelle: Abbildung Ernst, ÄLRD Straubing, INM Datendienste Bayern

Zur Ergänzung der bestehenden stationären Strukturen in dieser Variante sollen ausgewählte ambulante Leistungsangebote bestehen, um eine umfassende und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen. Tabelle 8 zeigt, welche ambulanten Angebote in dieser Variante an welchem Standort und in welcher Ausprägung erbracht werden sollten.

In Viechtach soll die Etablierung eines Angebots Innere Medizin ohne einen besonderen Schwerpunkt und im Bereich der Neurologie die Versorgung der Patienten im SüV sicherstellen. Für viele Bereiche ermöglicht die Mit- und Nachnutzung vorhandener (klinischer) Strukturen und medizintechnischer Geräte eine effiziente Verwendung knapper Ressourcen. Darunter fallen endoskopische Leistungen (Nachnutzung in Viechtach und Zwiesel), Herzkatheteruntersuchungen (HKL in Viechtach und am zentralen Standort), die Versorgung von Arbeitsunfällen (am zentralen Standort über die Klinik, Zwiesel und Viechtach über MVZ). Außerdem können Synergien im Rahmen von gemeinschaftlich organisierter fachärztlicher Aus- und Weiterbildung mit der Klinik im Bereich der Frauenheilkunde entstehen. Diese sollte entweder in Zwiesel oder am zentralen Standort verortet werden, wobei die Vorteile in einer Klinikstruktur am zentralen Standort überwiegen.

Ergänzend zum Leistungsportfolio, das sich auch stationär wiederfindet, sollten weitere ausgewählte ambulante Angebote vorgehalten werden. Darunter fallen die Fachbereiche Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Psychiatrie und Urologie.

Auch ambulantes Operieren soll weiterhin Teil der ambulanten Versorgung sein. Der Weiterbetrieb der ambulanten Operationen in den ehemaligen Strukturen in Viechtach ist aufgrund der Betriebsabläufe sinnvoll. Ein eigenes ambulantes OP-Zentrum im Landkreis ist angezeigt, um effizientere Abläufe zu garantieren. Zu Ausbildungszwecken der Assistenzärzte können einige ambulante Operationen (§115b oder Hybrid-DRGs) auch am zentralen Standort stattfinden. Das Leistungsspektrum der ambulanten Operationen inkl. Anästhesie soll zukünftig auch die Neurochirurgie in Viechtach umfassen.

Nicht alle Leistungen können innerhalb der eigenen Ressourcen vorgehalten werden, da die Nachfrage hierfür nicht ausreichend hoch ist. Um dennoch eine bedarfsgerechte Versorgung si-

herzustellen, könnten diese Leistungen in Kooperation mit anderen Kliniken im regionalen Umfeld angeboten werden. Im Bereich der Kinderchirurgie kann an einem Standort für ambulante Operationen die bestehende Kooperation mit der Kinderklinik Dritter Orden in Passau genutzt werden. Angebote in der Radiologie und Urologie können ebenfalls über Kooperationen oder alternativ zukünftig mit einem eigenen Facharztsitz abgedeckt werden. Dabei ist eine Kombination mit den Klinikstrukturen zwingend erforderlich.

Tabelle 8: ambulantes Angebot zentraler Standort

ambulantes Angebot	ZW	VIT	ZS	Abkürzungen	
Innere Medizin ohne SP		△		Zwiesel	ZW
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	▲	▲		Viechtach	VIT
Innere Medizin, SP Kardiologie		▲△		Regen	REG
Frauenheilkunde	?		?	Zentraler Standort	ZS
Unfallchirurgie/Orthopädie				Schwerpunkt	SP
Versorgung von Arbeitsunfällen			▲	Symbole	
Viszeralchirurgie				in Verbindung mit SüV	△
Gefäßchirurgie				in Kombination mit Klinikstruktur	▲
Neurochirurgie		□		ambulanter OP	□
Neurologie		△		entweder-oder	?
Psychiatrie				Farben	
Kinder- und Jugendmedizin	?		?	Soll	
Anästhesie		□	□	Kann	
Ambulante Operationen					

ergänzende Angebote ggf. in Kooperation			
Kinderchirurgie		? □	? □
Radiologie		▲	▲
Urologie		▲	▲

Quelle: hcb, ARBERLANDKliniken 2025

Durch den Abbau von Doppelstrukturen und damit verbundene Synergieeffekte bei Personal- und Sachkosten am zentralen Standort erwarten wir für das Jahr 2040 ein positives Betriebsergebnis in Höhe von 1,0 bis 2,0 Millionen Euro. Wir berücksichtigen hierbei, dass ein Umzug in den Neubau, aufgrund der Planungs- und Bauphase, erst 2038 möglich ist. Die positiven wirtschaftlichen Effekte würden sich zwei Jahre später realisieren lassen. Folgende Annahmen haben wir hinterlegt

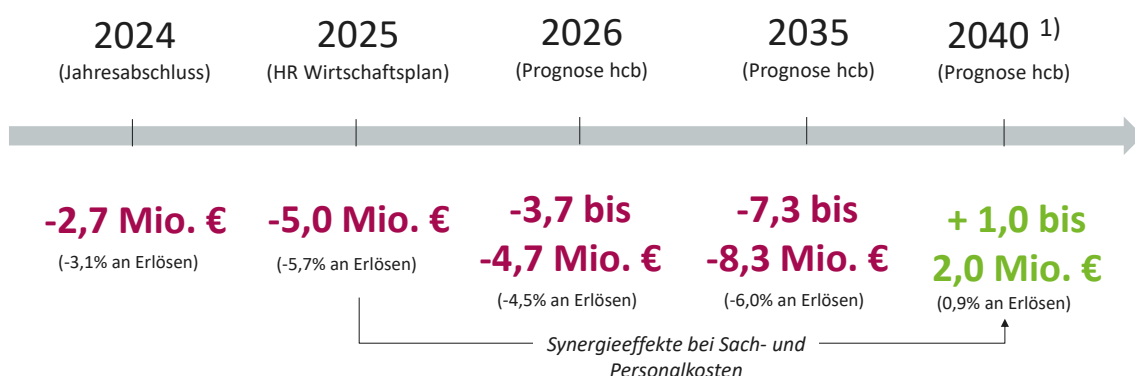
- Preisveränderungen: Wir haben für alle Varianten die gleichen Annahmen für Preisveränderungen getroffen. Nach aktuellen Plänen des BMG soll der LBFW 2026 nur um +2,98% steigen anstatt der ursprünglich geplanten +5,17%. Wir setzen diesen kleineren Wert an und erwarten für die folgenden Jahre ebenfalls nur ein geringes Wachstum von 3,15%. Hilfszahlungen im Jahr 2025 und 2026 (+3,45% auf den LBFW vom 1.11.2025 bis 31.10.2026) werden berücksichtigt. Bei ambulanten Leistungen gehen wir ab 2027 ebenfalls von dem Wachstum 3,15% aus. Das Preisniveau der Hybrid-DRG soll bis 2030 auf das EBM-Niveau abgesenkt werden. Wir nehmen für die Zeitpunkte der Ausweitung des Hybrid-DRG Katalogs (2028 und 2030) eine entsprechende Absenkung an, da im Zuge der Aktualisierung die Hybrid-DRG neu kalkuliert werden. Des Weiteren setzen wir Einmaleffekte an und orientieren uns dabei am Krankenhaus Rating Report 2025. Darin enthalten sind bundesweite Mittel für die Geburtshilfe, Stroke Unit, Intensivmedizin und

erhöhte Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Außerdem gehen wir von jährlichen Lohnveränderungen von 3,8% und berücksichtigen die jährliche Inflation (zwischen 2,0 und 3,0%, ab 2030: 2,5%).

- Veränderungen in der Menge (Fallzahl, Casemix, Belegungstage) sind gemäß der oben beschriebenen Zielstruktur hinterlegt.
- Synergieeffekte: Annahme, dass bei einem zentralen Standort sowohl Personal- als auch Sachkosten ab dem Jahr 2038 gesenkt werden können. Insgesamt gehen wir von einer Reduktion der ärztlichen Personalkosten von 12% aus, im Pflege- und Funktionsdienst von 5%, im medizinisch-technischen Dienst von 8% und bei den übrigen Diensten von 10% aus. Durch eine verbesserte bauliche und organisatorische Struktur treffen wir die Annahme, dass 20% der Sachkosten reduziert werden können. Bis zum Bezug des zentralen Standortes setzen wir für die aktuellen Strukturen in Viechtach und Zwiesel die Synergieeffekte für die Sachkosten aus der Variante Erhalt des Status Quo an.
- Betrieb SüV: Aufgrund der Bestrebungen des Gesetzgebers, eine SüV kostendeckend betreiben zu können, gehen wir in unserer Berechnung konservativ davon aus, dass ein Verlust von 5% gemessen an den Erlösen entsteht.

In einem optimistischen Szenario ergibt sich ein Betriebsergebnis von 1,0 bis 2,0 Millionen Euro. Zusätzlich entsteht für den Betrieb der MVZs der ARBERLANDKliniken ein Defizit von ca. -1 Mio. € pro Jahr (Jahresabschluss MVZ 2024). Wir gehen davon aus, dass dieses auch in den Folgejahren anfallen wird. Chancen für die Optimierung des Ergebnisses im MVZ bestehen darin, dass einige Ärzte vollumfänglich ambulant arbeiten, ohne auch für die stationäre Versorgung zuständig zu sein. So lassen sich Effizienzverluste reduzieren, die derzeit durch fragmentierte Arbeitszeiten, Interessenkonflikte oder hohen Koordinationsaufwand zwischen stationären und ambulanten Tätigkeiten sowie durch Leerlaufzeiten bei Fahrten und Wechseln entstehen. Eine stärkere Fokussierung auf einen Tätigkeitsbereich fördert zudem die Identifikation mit der eigenen Aufgabe und erhöht die wahrgenommene Präsenz bei den Bürgern. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass eine Spezialisierung auch zu optimierten Prozessabläufen führt.

Abbildung 15: Betriebsergebnis in der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“



(1) Umzug in zentralen Standort im Jahr 2038 möglich, Effekte wirken erst 2 Jahre später vollständig, daher Betrachtungszeitpunkt 2040 gewählt.

Quelle: hcb, Jahresabschluss 2024 der ARBERLANDKliniken, Wirtschaftsplan 2025 der ARBERLANDKliniken

In dieser Zukunftsvariante muss der Landkreis kein Defizit mehr ausgleichen, hat aber hohe Investitionen zu tragen.

Die zu erwartenden Investitionskosten für diese Zukunftsvariante belaufen sich auf ca. 418 Millionen Euro. Je nach Fördermittelszenario sind dabei zwischen 220 und 254 Millionen Euro förderfähig. Der Eigenanteil, den der Landkreis tragen muss, liegt zwischen 132 und 166 Millionen Euro, wobei auf den reinen Neubau mit Grundstückserwerb/-erschließung zwischen 93 und 124 Millionen Euro als nicht förderfähiger Anteil auf den Landkreis Regen entfallen würden. Ca. 32 Millionen Euro können durch alternative Finanzierungsmöglichkeiten getragen werden, z.B. Finanzierung der ARBERLANDKliniken, Mietkauf oder PPP-Modelle (Hitzler Ingenieure 2025). Verschiedene Fördertatbestände des Transformationsfonds sind in dieser Variante erfüllt. So führt ein zentraler Standort zu einer Standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, der bisherige Standort Viechtach wird zu einer SüV umstrukturiert und schließlich erfolgt die Schließung des Standorts in Zwiesel.

In der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“ werden fast alle Kriterien in Tabelle 9 erfüllt. Im Vergleich zum Status quo kann ein zentraler Standort die Personalproblematik auflösen, da er die personellen Ressourcen bündelt und bessere Voraussetzungen für die Personalakquise schafft. Zudem ist die Erreichbarkeit für zeitkritische Fälle besser als im Status quo. Die Konzentration der Leistungen erzeugt einen Skaleneffekt, indem mehr gleichartige Leistungen gebündelt an einem zentralen Standort erbracht werden. Aufgrund zunehmender Routine sollte dies zu einer Qualitätssteigerung führen. Die Bündelung schafft zusätzlich eine stärkere Interdisziplinarität, die ebenfalls zur Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt. Auch die Notfallversorgung kann durch die Bündelung gestärkt werden. Ein weiterer Vorteil für die Notfallversorgung entsteht durch die Realisierbarkeit eines Regionalen Traumazentrums.

Letztlich ermöglicht die moderne Bauweise eine höhere Flexibilität für künftige Anforderungen. Allerdings hängt die Realisierung dieser Variante von der Förderhöhe der Mittel aus dem Transformationsfonds ab.

Tabelle 9: Bewertung der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“

Kategorie	Kriterium	Bewertung
Medizinische Versorgungsqualität	Erreichbarkeit	Zeitkritische Fälle: 1% der Bevölkerung >40 Minuten , deutlich kürzere Anfahrtswege im Osten des LK Regen Zeitunkritische Fälle: 0% >45 min , erreichbar nahezu gesamte Bevölkerung
	Versorgungsqualität	Die meisten Strukturvorgaben können erfüllt werden, Personalvorgaben einfacher zu erfüllen als bei zwei Standorten
	Inanspruchnahme	Die Bevölkerung würde einen zentralen Standort vermutlich gut annehmen
Wirtschaftlichkeit	Fortschreibung Betriebsergebnis	Langfristig positives Betriebsergebnis zu erwarten: 2035: -7,3 bis -8,3 Mio. € , 2040: +1,0 bis 2,0 Mio. € Im weniger konservativen Szenario 2040: -6,2 bis 7,2 Mio. €
	Fördermittel	Transformationsfonds möglich , Investitionen: ca. 418 Mio. € , davon Eigenanteil Landkreis: ca. 166 bis 254 Mio. € , alternative Finanzierung: ca. 32 Mio. €
Maß der Zukunftsfähigkeit	Personal	Bessere Voraussetzungen für Personalakquise, größerer und neuer Standort attraktiver für Personal
	KHVVG	Schwerpunktbildung erreicht, Erfüllung der Strukturvorgaben Personal einfacher
	Flexibilität	Infrastruktur durch moderne Bauweise mit Flexibilität, um an künftige Anforderungen oder Vorgaben anzupassen.

Anmerkung: Farbbewertung nach Ampelsystem. Grün = Kriterium erfüllt, gelb = Kriterium teilweise erfüllt, rot = Kriterium nicht erfüllt.

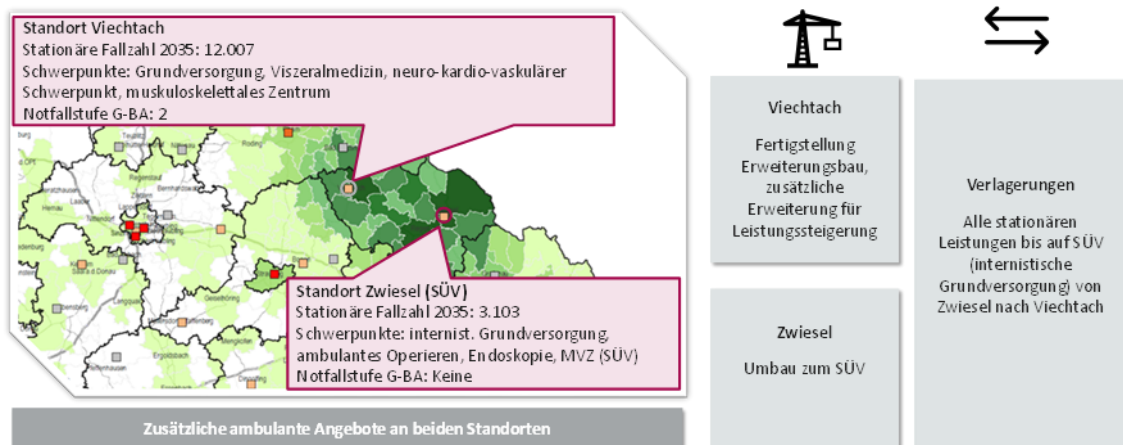
Quelle: hcb

5.4. Schwerpunktbildung

In der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“ werden Leistungen am Standort Viechtach in 280 bis 300 Betten²³ gebündelt. Bis auf die internistische Grundversorgung werden alle stationären Leistungen des Standorts Zwiesel nach Viechtach verlagert. Dort findet die stationäre Notfallversorgung 24/7 statt. Voraussichtlich kann die GBA-Notfallstufe 2 erreicht werden. Zusätzlich werden stationäre Fälle nach dem VAV-Verfahren und ambulante BG-Fälle behandelt. Der Standort Zwiesel wird zu einer SüV mit ca. 50 Betten²⁴ umfunktioniert (Abbildung 16). Eine stationäre Notfallversorgung findet nicht mehr statt. Ambulant können Notfälle und BG-Fälle (über einen chirurgischen Sitz mit BG-Zulassung) weiterhin tagsüber behandelt werden. Einige LG könnten im Hinblick auf noch unbekannte Mindestvorhaltezahlen entfallen. Das Risiko besteht den LG spezielle Traumatologie, komplexe Gastroenterologie, Revisionen Hüft- und Knieendoprothesen, allgemeine Frauenheilkunde, Neurochirurgie, Urologie und bariatrische Chirurgie (insgesamt ca. 100 Fälle im Status quo) (Tabelle 10).

Wir rechnen damit, dass im Rahmen der Verlagerung bis zu 17% des Fallvolumens entfallen wird, das bislang am Standort Zwiesel erbracht worden ist. Die höchste Abwanderungswahrscheinlichkeit ist im Kreis Freyung-Grafenau zu erwarten (Karte 11).

Abbildung 16: Zielstruktur des Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“



Quelle: hcb

²³ Auslastung von 80%, Prognose 2035 stationäre Fälle und Hybrid-DRG Fälle.

²⁴ Auslastung von 80%, Prognose 2035 stationäre Fälle und Hybrid-DRG Fälle.

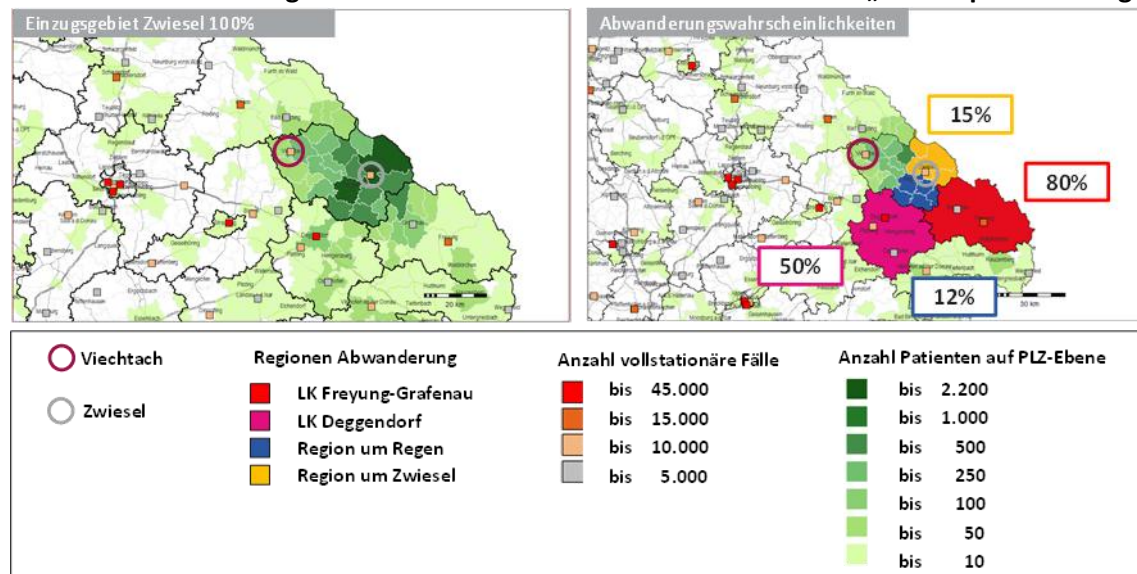
Tabelle 10: Zielstruktur der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“

An dieser Stelle wurde die Tabelle entfernt, da sie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse enthält. Die Daten liegen vor, sind jedoch in der öffentlichen Fassung nicht enthalten.

Anmerkung: Stationäre Fallzahlen ohne Hybrid-DRGs (Katalog 2026). Grau hinterlegt: im Negativszenario möglicherweise entfallende Leistungsgruppen im Hinblick auf noch unbekannte Mindestvorhaltezahlen. Neugeborene hier in der Leistungsgruppe Perinataler Schwerpunkt aufgeführt aufgrund der Zuteilung des Groupers; SüV = Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung.

Quelle: hcb, §21-Daten der ARBERLANDKliniken, Homepage der ARBERLANDKliniken

Karte 11: Abwanderungswahrscheinlichkeiten in der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“



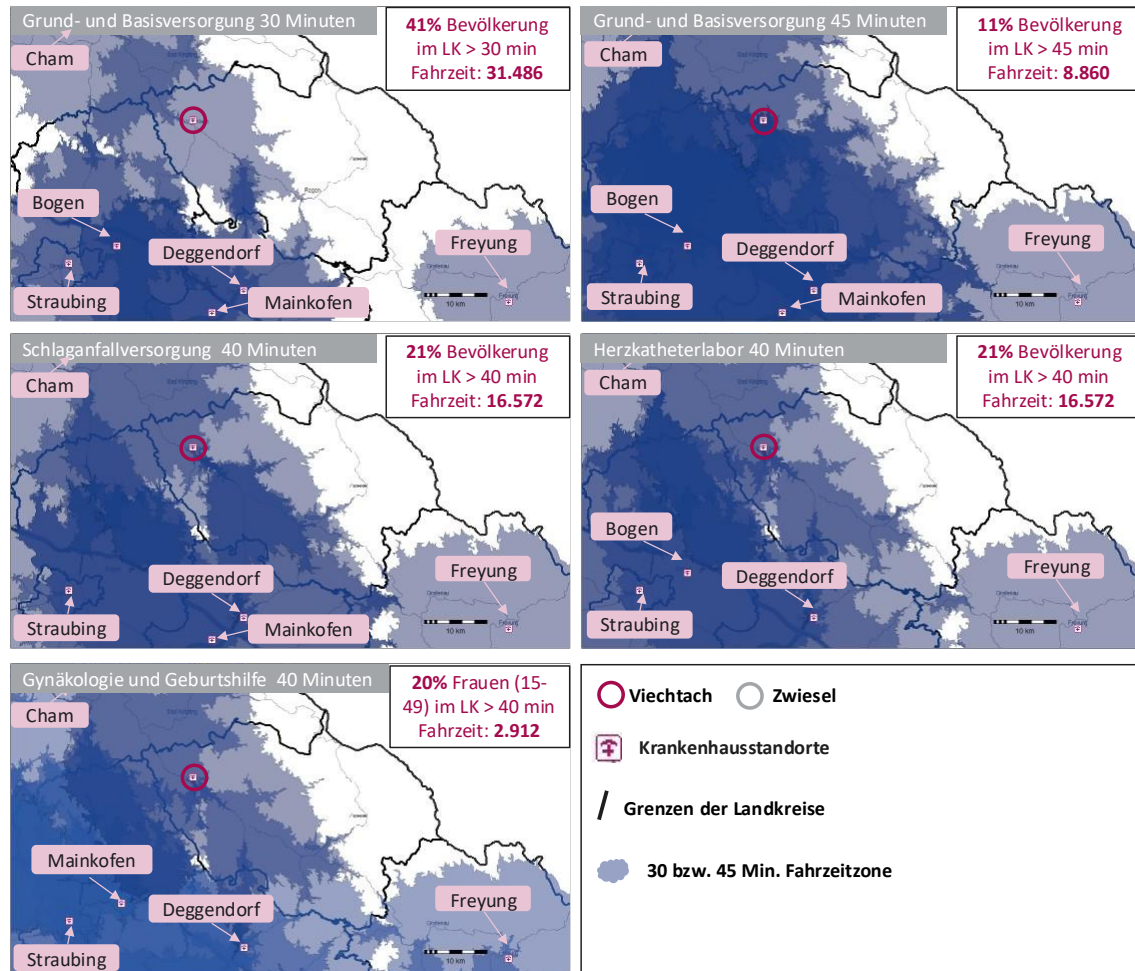
Anmerkung: Exklusive Hybrid-DRGs.

Quelle: hcb, §21-Daten der ARBERLANDKliniken

Die Erreichbarkeit in der Grundversorgung stellt sich in dieser Zukunftsvariante schlechter dar, als es bei der zentralen Lösung der Fall ist (Karte 12). Bei einem Grenzwert von 30 Minuten erreichen 41% der Bevölkerung keinen Standort der Grundversorgung, bei 45 Minuten sind es immer noch 11% mit längerer Fahrtzeit. Der Zielwert von 95% der Bevölkerung, der innerhalb von 45 Minuten solche Standorte erreichen sollte, wird hier deutlich unterschritten. Die Erreichbarkeit ist besonders bei zeitkritischen Diagnosen relevant. Die Erreichbarkeit zu Standorten, die Schlaganfallpatienten versorgen oder Herzkatheterlabore vorhalten, verändert sich im Vergleich zum Status quo nicht. Die Anfahrtswege im Osten des Landkreises Regen sind weiterhin weit.

Gemäß den Leitplanken des StMGP des 7-Punkte-Plans soll die gegenwärtige Erreichbarkeit eines Krankenhauses der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung im Sinne der GBA-Notfallstufen erhalten bleiben. In diesem Fall findet zwar keine Verbesserung, aber auch keine Verschlechterung statt. In der Geburtshilfe müssen 20% der Frauen im gebärfähigen Alter über 40 Minuten zu einem Standort fahren.

Karte 12: Erreichbarkeiten in der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“



Anmerkung: Wegen der Betriebseinstellung des Krankenhauses Grafenau Ende 2026 bleibt der Standort bei der Fahrzeitberechnung unberücksichtigt.

Quelle: hcb, GBA (2025)

Unter Berücksichtigung der anstehenden Veränderungen in der Schlaganfallversorgung (Beschluss zur Verlagerung von Zwiesel nach Viechtach ab dem 1. April 2026) und Herzinfarktversorgung (ohne Grafenau) verändern sich die Prähospitalzeiten aus dem Status quo (Karte 3) in dieser Variante nicht.

Zur Ergänzung der bestehenden stationären Strukturen in dieser Variante sollen ausgewählte ambulante Leistungsangebote bestehen, um eine umfassende und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen. Tabelle 11 zeigt, welche ambulanten Angebote in dieser Variante an welchem Standort und in welcher Ausprägung erbracht werden sollten.

In Zwiesel soll die Etablierung eines Angebots Innere Medizin ohne einen besonderen Schwerpunkt und der Neurologie die Versorgung der Patienten im SÜV sicherstellen und am Standort

Regen kann die Etablierung der Inneren Medizin sinnvoll für die Anbindung an Hausärzte sein. Für viele Bereiche ermöglicht die Mit- und Nachnutzung vorhandener (klinischer) Strukturen und medizintechnischer Geräte eine effiziente Verwendung knapper Ressourcen. Darunter fallen endoskopische Leistungen (in Viechtach und Zwiesel), Herzkatheteruntersuchungen (HKL in Viechtach, zusätzliches Angebot zur Mitversorgung der internistischen Patienten im SüV in Zwiesel), die Versorgung von Arbeitsunfällen (in Viechtach über die Klinik, in Zwiesel und Regen über MVZ). Außerdem können Synergien im Rahmen von gemeinschaftlich organisierter fachärztlicher Aus- und Weiterbildung mit der Klinik im Bereich der Frauenheilkunde entstehen.

Ergänzend zum Leistungsportfolio, das sich auch stationär wiederfindet, sollten weitere ausgewählte ambulante Angebote vorgehalten werden. Darunter fallen die Fachbereiche Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Psychiatrie und Urologie.

Auch ambulantes Operieren soll weiterhin Teil der ambulanten Versorgung sein. Der Weiterbetrieb der ambulanten Operationen in den ehemaligen Strukturen in Zwiesel ist aufgrund der Betriebsabläufe sinnvoll. Ein eigenes ambulantes OP-Zentrum im Landkreis ist sinnvoll, um effizientere Abläufe zu garantieren. Zu Ausbildungszwecken der Assistenzärzte können einige Restleistungen (§115b oder Hybrid-DRGs) auch in Viechtach erbracht werden. Das Leistungsspektrum der ambulanten Operationen inkl. Anästhesie soll zukünftig auch die Neurochirurgie in Zwiesel umfassen.

Nicht alle Leistungen können innerhalb der eigenen Ressourcen vorgehalten werden, da die Inzidenzen und die Nachfrage hierfür nicht ausreichend hoch sind. Um dennoch eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, könnten diese Leistungen in Kooperation mit anderen Kliniken im regionalen Umfeld angeboten werden. Im Bereich der Kinderchirurgie kann an einem Standort für ambulante Operationen die bestehende Kooperation mit der Kinderklinik Dritter Orden in Passau genutzt werden. Angebote in der Radiologie und Urologie können ebenfalls über Kooperationen oder alternativ zukünftig mit einem eigenen Facharztsitz abgedeckt werden. Dabei ist eine Kombination mit den Klinikstrukturen zwingend erforderlich.

Tabelle 11: ambulant Angebot Schwerpunktbildung

ambulant Angebot	ZW	VIT	REG
Innere Medizin ohne SP	△		
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	▲	▲	
Innere Medizin, SP Kardiologie	△▲	▲	
Frauenheilkunde	?		?
Unfallchirurgie/Orthopädie			
Versorgung von Arbeitsunfällen		▲	
Viszeralchirurgie			
Gefäßchirurgie			
Neurochirurgie	□		
Neurologie	△		
Psychiatrie			
Kinder- und Jugendmedizin			
Anästhesie	□	□	
Ambulante Operationen			

Abkürzungen

Zwiesel	ZW
Viechtach	VIT
Regen	REG
Zentraler Standort	ZS
Schwerpunkt	SP

Symbole

in Verbindung mit SüV	△
in Kombination mit Klinikstruktur	▲
ambulanter OP	□
entweder-oder	?

Farben

Soll	
Kann	

ergänzende Angebote ggf. in Kooperation

Kinderchirurgie	? □	? □	
Radiologie	▲	▲	
Urologie	▲	▲	

Quelle: hcb, ARBERLANDKliniken 2025

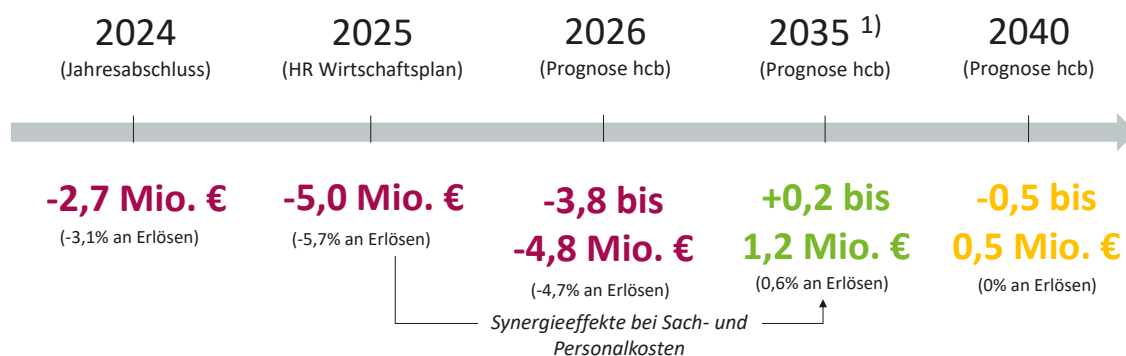
Die Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“ ermöglicht die Hebung von Synergieeffekten bei Personal- und Sachkosten (Abbildung 17). Für das Jahr 2035 erwarten wir ein positives Betriebsergebnis zwischen 0,2 bis 1,2 Millionen Euro, bis 2040 in der Größenordnung von -0,5 bis 0,5 Millionen Euro. Wir nehmen an, dass die Schwerpunktbildung die wirtschaftliche Lage der ARBERLANDKliniken früher verbessern kann als der zentrale Standort, da die (Um-)Baumaßnahmen weniger zeitintensiv sind. Eine Realisierung ist für das Jahr 2033 angesetzt. Folgende Annahmen haben wir hinterlegt

- Preisveränderungen: Wir haben für alle Varianten die gleichen Annahmen für Preisveränderungen getroffen. Nach aktuellen Plänen des BMG soll der LBFW 2026 nur um +2,98% steigen anstatt der ursprünglich geplanten +5,17%. Wir setzen diesen kleineren Wert an und erwarten für die folgenden Jahre ebenfalls nur ein geringes Wachstum von 3,15%. Hilfszahlungen im Jahr 2025 und 2026 (+3,45% auf den LBFW vom 1.11.2025 bis 31.10.2026) werden berücksichtigt. Bei ambulanten Leistungen gehen wir ab 2027 ebenfalls von dem Wachstum 3,15% aus. Das Preisniveau der Hybrid-DRG soll bis 2030 auf das EBM-Niveau abgesenkt werden. Wir nehmen für die Zeitpunkte der Ausweitung des Hybrid-DRG Katalogs (2028 und 2030) eine entsprechende Absenkung an, da im Zuge der Aktualisierung die Hybrid-DRG neu kalkuliert werden. Des Weiteren setzen wir Einmaleffekte an und orientieren uns dabei am Krankenhaus Rating Report 2025. Darin enthalten sind bundesweite Mittel für die Geburtshilfe, Stroke Unit, Intensivmedizin und erhöhte Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Außerdem gehen wir von jährlichen Lohnveränderungen von 3,8% und berücksichtigen die jährliche Inflation (zwischen 2,0 und 3,0%, ab 2030: 2,5%).
- Veränderungen in der Menge (Fallzahl, Casemix, Belegungstage) sind gemäß der oben beschriebenen Zielstruktur hinterlegt.

- Synergieeffekte: Annahme, dass bei der Schwerpunktbildung am Standort Viechtach sowohl Personal- als auch Sachkosten ab dem Jahr 2033 gesenkt werden können. Insgesamt gehen wir von einer Reduktion der ärztlichen Personalkosten von 10% aus, im Pflege- und Funktionsdienst von 3%, im medizinisch-technischen Dienst von 5% und bei den übrigen Diensten von 5% aus. Wir treffen außerdem die Annahme, dass 15% der Sachkosten reduziert werden können. Bis zur Schwerpunktbildung setzen wir für Zwiessel die Synergieeffekte für die Sachkosten aus der Variante Erhalt des Status Quo an.
- Betrieb SüV: Aufgrund der Bestrebungen des Gesetzgebers, eine SüV kostendeckend betreiben zu können, gehen wir in unserer Berechnung konservativ davon aus, dass ein Verlust von 5% gemessen an den Erlösen entsteht.

In einem optimistischen Szenario ergibt sich ein Betriebsergebnis von -0,5 bis 0,5 Millionen Euro. Zusätzlich entsteht für den Betrieb der MVZs der ARBERLANDKliniken ein Defizit von ca. -1 Mio. € pro Jahr (Jahresabschluss MVZ 2024). Wir gehen davon aus, dass dieses auch in den Folgejahren anfallen wird. Chancen für die Optimierung des Ergebnisses im MVZ bestehen darin, dass einige Ärzte vollumfänglich ambulant arbeiten, ohne auch für die stationäre Versorgung zuständig zu sein. Durch Spezialisierung lassen sich Effizienzverluste wie fragmentierte Arbeitszeiten, Koordinationsaufwand und Leerlaufzeiten reduzieren. Gleichzeitig stärkt die Fokussierung die Identifikation mit der Aufgabe, erhöht die Präsenz bei Bürgern und verbessert Abläufe.

Abbildung 17: Betriebsergebnis in der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“



(1) Umzug in zentralen Standort im Jahr 2033 möglich, Effekte wirken erst 2 Jahre später vollständig, daher Betrachtungszeitpunkt 2035 gewählt.

Quelle: hcb, Jahresabschluss 2024 der ARBERLANDKliniken, Wirtschaftsplan 2025 der ARBERLANDKliniken

In der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“ muss der Landkreis kein Defizit für den stationären Betrieb ausgleichen und hat geringere Investitionen zu tätigen als in der Variante „zentraler Standort“.

Die zu erwartenden Investitionskosten für diese Zukunftsvariante belaufen sich auf ca. 260 Millionen Euro. Je nach Fördermittelszenario sind dabei zwischen 131 und 151 Millionen Euro förderfähig. Der Eigenanteil, den der Landkreis tragen muss, liegt zwischen 85 und 105 Millionen Euro, wobei allein zwischen 55 und 75 Millionen Euro auf den Erweiterungsbau in Viechtach als nicht förderfähiger Anteil auf den Landkreis Regen entfallen würden. Ca. 24 Millionen Euro können durch alternative Finanzierungsmöglichkeiten getragen werden, z.B. Finanzierung der ARBERLANDKliniken, Mietkauf oder PPP-Modelle (Hitzler Ingenieure 2025). Zur Beantragung von Mitteln aus dem Transformationsfonds sind in dieser Variante zwei Fördertatbestände erfüllt: die Standortübergreifende Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten und die Errichtung einer SüV.

In der Bewertung bietet die Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“ Synergiepotenziale, die eine bessere Finanzierung ermöglichen. Allerdings zeigen sich Einschränkungen in der Erreichbarkeit. Die Geburtshilfe in Zwiesel befindet sich bereits aktuell in einer instabilen Lage. Sie ist wirtschaftlich nicht tragfähig und ihr langfristiger Erhalt wegen qualitativer Mindestmengen und Personalvorgaben kritisch zu bewerten. Eine Verlagerung würde die Situation zusätzlich verschärfen. Die Geburtshilfe kann jedoch nicht in einer SüV verbleiben und muss daher nach Viechtach verlagert werden. Die Infrastruktur am Standort Viechtach schränkt die Flexibilität ein, da Baufelder für Erweiterungen schwierig zu erschließen sind. (Tabelle 12).

Tabelle 12: Bewertung der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“

Kategorie	Kriterium	Bewertung
Medizinische Versorgungsqualität	Erreichbarkeit	Zeitkritische Fälle: 21% der Bevölkerung >40 Minuten, weite Anfahrtswege im Osten des LK Regen Zeitunkritische Fälle: 11% >45 min, deutlich schlechter erreichbar als im Status quo
	Versorgungsqualität	Die meisten Strukturvorgaben können erfüllt werden
	Inanspruchnahme	Es ist von einer schlechten Akzeptanz der Bevölkerung auszugehen
Wirtschaftlichkeit	Fortschreibung Betriebsergebnis	Positives Betriebsergebnis früher als bei zentralem Standort 2035: 0,2 bis 1,2 Mio. €, 2040: -0,5 bis 0,5 Mio. € Mit weniger konservativem Ansatz 2040: +4,0 bis 5,0 Mio. €
	Fördermittel	Transformationsfonds möglich, Investitionen: ca. 260 Mio. €, davon Eigenanteil Landkreis: ca. 85 bis 105 Mio. €, alternative Finanzierung: ca. 24 Mio. €
Maß der Zukunftsfähigkeit	Personal	Ärztl. Dienst: bessere Voraussetzungen für Personalakquise, jedoch weniger attraktiv als zentraler Standort Übrige Dienststellen: Fahrzeiten verlängern sich, Abwanderung nach Freyung und Deggendorf möglich
	KHVVVG	Schwerpunktbildung wird erreicht, Erfüllung der Strukturvorgaben Personal einfacher
	Flexibilität	Vorhandene Infrastruktur in ihrer Flexibilität durch mehrere unabhängig voneinander gebauten Gebäudeteile begrenzt, dadurch nur eingeschränkt an künftige Anforderungen, Vorgaben oder Reformen anpassbar.

Anmerkung: Farbbewertung nach Ampelsystem. Grün = Kriterium erfüllt, gelb = Kriterium teilweise erfüllt, rot = Kriterium nicht erfüllt.

Quelle: hcb

5.5. Gegenüberstellung der Varianten

In Tabelle 13 stellen wir alle drei Zukunftsvarianten gegenüber. Der Variante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“ sprechen wir keine Empfehlung aus. Diese erfüllt lediglich die Kriterien der Versorgungsqualität und der Inanspruchnahme der Bevölkerung. Die Erreichbarkeit und die Flexibilität sind teilweise erreicht. Die angespannte wirtschaftliche Lage und die Herausforderungen bei der Personalbesetzung sind die wesentlichen Gründe, die gegen die Zukunftsvariante „Erhalt des Status quo mit Optimierungen“ sprechen. Dauerhaft wird diese Variante nicht umsetzbar sein.

Wir empfehlen in der Gesamtbetrachtung die Variante „Zentraler Standort“, da sie fast alle Kriterien erfüllt. Besonders attraktiv ist diese Variante für die Personalakquise, da in Zeiten des Fachkräftemangels weniger Personal benötigt wird. Die Realisierbarkeit eines zentralen Standorts hängt maßgeblich von den Fördermöglichkeiten aus dem Transformationsfonds und der Finanzierbarkeit ab.

Besteht die Möglichkeit einer solchen Förderung nicht, plädieren wir stattdessen für die Umsetzung der Zukunftsvariante „Schwerpunktbildung“ am Standort Viechtach und der Umwandlung des Standorts Zwiesel zu einer SüV. Die Erreichbarkeit ist jedoch schlechter als bei der zentralen Lösung. Zudem sind die baulichen Voraussetzungen am Standort Viechtach nicht optimal und es werden Investitionen an beiden Standorten notwendig sein, um die Variante „Schwerpunktbildung“ zu realisieren.

Die flexible Nutzung von Krankenhausstandorten gewinnt insbesondere im Hinblick auf saisonale Schwankungen und Sondersituationen wie Pandemien oder Krisenlagen zunehmend an Bedeutung. Ein zentraler Standort bietet hierbei durch eine moderne, adaptive Bauweise die größten Möglichkeiten, schnell auf veränderte Anforderungen zu reagieren. So kann er Kapazitäten kurzfristig anpassen, Notfallbereiche erweitern oder zusätzliche Versorgungseinheiten bereitstellen.

Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass die Umnutzung von Standorten – wie beispielsweise während der Coronapandemie – stets situationsabhängig individuell bewertet werden muss. Welche Bereiche temporär verändert und für andere Zwecke genutzt werden können, hängt von der jeweiligen Lage, den vorhandenen Ressourcen und den organisatorischen Möglichkeiten ab.

Die Krisensicherheit von Krankenhäusern sollte zudem durch gezielte Fördermaßnahmen des Bundes unterstützt werden. Im Verteidigungsfall oder vergleichbaren Extremsituationen käme hierfür zum Beispiel ein Sondervermögen Verteidigung in Betracht, um notwendige bauliche und infrastrukturelle Maßnahmen finanziell abzusichern.

Eine strategische Planung, die sowohl zentrale als auch dezentrale Standorte berücksichtigt, ermöglicht somit eine flexible und krisenfeste Versorgung, die auf saisonale Effekte und außergewöhnliche Lagen gleichermaßen reagieren kann.

Tabelle 13: Bewertung aller Zukunftsvarianten

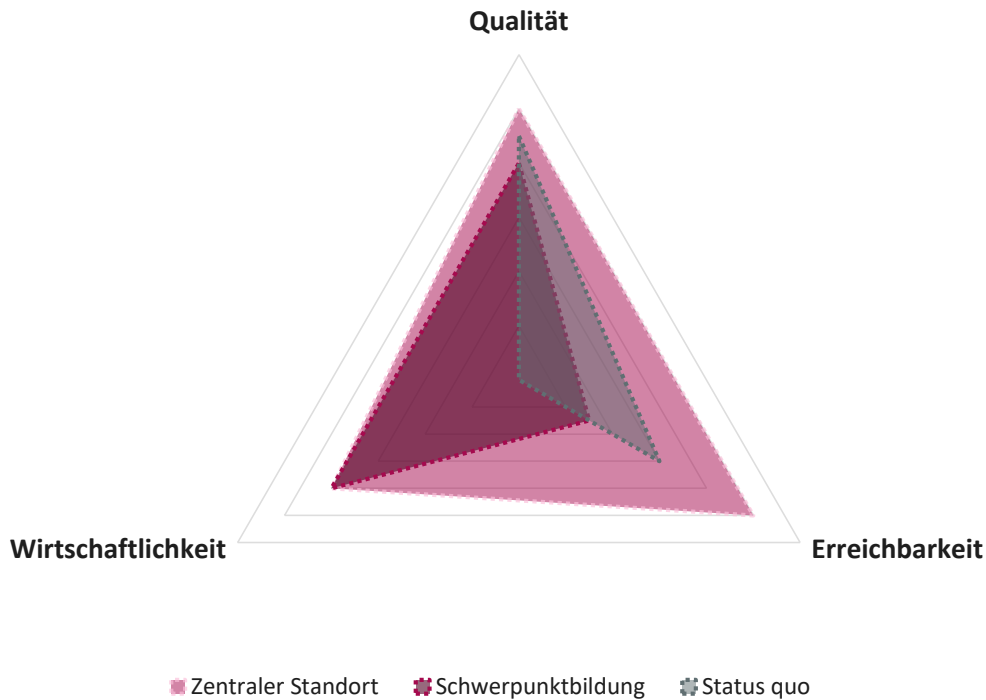
Kategorie	Kriterium	Status quo	Zentraler Standort	Schwerpunktbildung
Medizinische Versorgungsqualität	Erreichbarkeit	Zeitkritisch: 21% >40 Minuten Zeitunkritisch: 0% >45 min	Zeitkritisch: 1% >40 Minuten Zeitunkritisch: 0% >45 min	Zeitkritisch: 21% >40 Minuten Zeitunkritisch: 11% >45 min
	Versorgungsqualität	Erfüllt bzw. erfüllbar	Erfüllt bzw. erfüllbar, Personalvorgaben einfacher zu erfüllen als im Status quo	Erfüllt bzw. erfüllbar
	Inanspruchnahme	Standorte werden gut angenommen	Zentraler Standort würde vermutlich gut angenommen werden	Schlechte Akzeptanz der Bevölkerung absehbar
Wirtschaftlichkeit	Fortschreibung Betriebsergebnis	2035: -7,2 bis -8,2 Mio. € 2040: -10,2 bis -11,2 Mio. € (optimistisch: -4,3 bis -5,3 Mio. €)	2035: -7,3 bis -8,3 Mio. € 2040: 1,0 bis 2,0 Mio. € (optimistisch: 6,2 bis 7,2 Mio. €)	2035: 0,2 bis 1,2 Mio. € 2040: -0,5 bis 0,5 Mio. € (optimistisch: 4,0 bis 5,0 Mio. €)
	Fördermittel	Kein Transformationsfonds möglich, Eigenanteil LK: 277 bis 287 Mio. € Alternative Finanzierung: 10 Mio. €	Transformationsfonds möglich Eigenanteil LK: 132 bis 166 Mio. € Alternative Finanzierung: 32 Mio. €	Transformationsfonds möglich Eigenanteil LK: 85 bis 105 Mio. € Alternative Finanzierung: 24 Mio. €
Maß der Zukunftsfähigkeit	Personal	Große Schwierigkeiten	Hohe Attraktivität für Personal	Attraktiver als Status quo, weniger attraktiv als „Zentraler Standort“
	KHVVG	Bestrebung Schwerpunktbildung nicht aufgegriffen, Personalvorgaben langfristig schwierig	Bestrebung Schwerpunktbildung aufgegriffen, Personalvorgaben langfristig besser erfüllbar	Bestrebung Schwerpunktbildung aufgegriffen, Personalvorgaben langfristig besser erfüllbar
	Flexibilität	Teilweise gegeben	Gegeben	Eingeschränkt

Anmerkung: Farbbewertung nach Ampelsystem. Grün = Kriterium erfüllt, gelb = Kriterium teilweise erfüllt, rot = Kriterium nicht erfüllt.

Quelle: hcb

Abbildung 18 stellt die Gesamtbewertung zwischen den Varianten gemessen an den wichtigsten Kriterien grafisch dar. Es ist zu erkennen, dass für die Empfehlung insbesondere die Zukunftsvarianten „Zentraler Standort“ und „Schwerpunktbildung“ miteinander zu vergleichen sind. Der zentrale Standort weist die beste Gesamtabdeckung der Kriterien auf. Größtes Unterscheidungsmerkmal ist die Erreichbarkeit.

Abbildung 18: Gesamtbewertung der Zielvarianten



Quelle: hcb

In den Gesprächen wurde zudem die Idee einer neuen Krankenpflegeschule am Zentralklinikum genannt. Eine eigene Pflegeschule wäre unter den aktuellen Rahmenbedingungen und unserer Einschätzung nach wirtschaftlich und strukturell nicht sinnvoll. Mit insgesamt rund 40 Ausbildungsplätzen, die auf verschiedene Standorte verteilt sind – etwa 30 in Zwiesel sowie je fünf in Bad Kötzing und Cham – besteht bereits eine stabile und funktionierende Struktur. Die Gründung einer zusätzlichen Schule würde ein paralleles System schaffen und Konkurrenz zu bestehenden Einrichtungen erzeugen. Wir sehen insbesondere auch eine Herausforderung darin, genügend Lehrpersonal zu akquirieren. Da die vorhandenen Ausbildungsplätze regional breit aufgestellt sind, kann das aktuelle Modell weitergeführt werden. Eigene Skill Labs²⁵ für praktische Übungen könnten jedoch im zentralen Standort etabliert werden, da sie in der Ausbildungsverordnung vorgegeben und im Fall von Pandemien notwendig sind.

Auch, wenn langfristig ein zentraler Standort forciert werden sollte, müssen in der Zwischenzeit Investitionen an den aktuellen Standorten getätigt werden. Der Neubau kann voraussichtlich erst ab dem Jahr 2038 genutzt werden, sodass die stationäre Patientenversorgung auch in den nächsten 13 Jahren noch angemessen in Viechtach und Zwiesel durchgeführt können werden muss.

²⁵ Skill Labs sind Übungslabore. Es handelt sich um spezielle Trainingsräume in Krankenhäusern oder Pflegeschulen, in denen medizinisches Personal praktische Fertigkeiten üben kann (z.B. Nachstellung von Notfallsituationen, Untersuchungen).

6 Fazit

Dieses Gutachten beschäftigte sich mit der Frage, wie eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum der Versorgungsregion um die ARBERLAND-Kliniken erhalten und gestärkt werden kann. Hierzu wurden Zukunftsvarianten erarbeitet, die sowohl die stationäre Notfallversorgung und das ambulante Leistungsgeschehen als auch die Erreichbarkeit von Geburtshilfe und der medizinischen Grund- und Notfallversorgung unter Berücksichtigung der Versorgungsbedarfe einbeziehen. Drei Zukunftsvarianten sind in die engere Auswahl gezogen worden. Diese haben wir in Bezug auf das medizinische Leistungsportfolio, die regionale Wettbewerbssituation und die wirtschaftliche Situation der Standorte analysiert. Die Analysen basieren auf den Patientendaten (DRG-Daten) der ARBERLANDKliniken und öffentlichen Datenquellen. Darüber hinaus wurden 21 Interviews mit über 60 Personen geführt, die entweder bei den ARBERLANDKliniken angestellt oder für andere Akteure im Gesundheitswesen oder der Lokalpolitik tätig sind. Ferner haben wir mit Vertretern der ARBERLANDKliniken vier Workshops durchgeführt. Die Inhalte aus den quantitativen und qualitativen Auswertungen flossen in die Bewertung ein.

Im Ergebnis empfehlen wir die Errichtung eines **Zentralklinikums** an einem gut erreichbaren Standort in der Nähe der Bundesstraße 85 (Abbildung 19). Der neue Standort würde 280 bis 300 Betten vorhalten und könnte im Jahr 2038 voraussichtlich 12 700 stationäre Fälle behandeln. Für Fälle in den Tracer-Diagnosen, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie ist der zentrale Standort gut erreichbar. Der Standort Viechtach würde in eine SüV umgewandelt werden, die weiterhin die internistische Grundversorgung mit ca. 50 Betten anbieten könnte. Bis 2038 rechnen wir dort mit bis zu 3 100 Fällen jährlich. In Zwiesel wird das bestehende MVZ gestärkt. Stationäre Operationen würden künftig ausschließlich am zentralen Standort durchgeführt. Ambulante Eingriffe fänden zu einem großen Anteil dezentral in der SüV in Viechtach statt. Aus organisatorischen Gründen sowie zur Sicherstellung der Ausbildungsanforderungen sollten ambulante Operationen jedoch auch am zentralen Standort angeboten werden. Nach Abschluss der Leistungsgruppenzuweisung sollte eine detaillierte Berechnung der OP-Kapazitäten erfolgen.

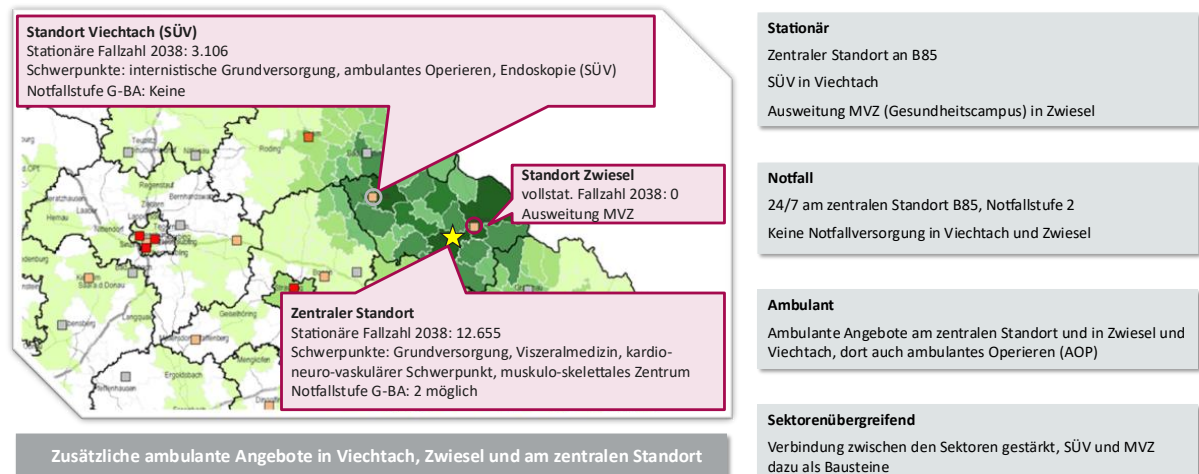
Die **Notfallversorgung** in der Versorgungsregion wird weiterhin sichergestellt. Durch die Bündelung der Leistungen könnte der zentrale Standort sogar die GBA-Notfallstufe 2 (erweiterte Notfallversorgung) erreichen. In jedem Fall aber verbessert sich die Qualität der Notfallversorgung durch die Bündelung von Leistungen. Interdisziplinarität und die Möglichkeit zu einem regionalen Traumazentrum sorgen für mehr Qualität. Die stationäre Notfallversorgung wird dort 24/7 gewährleistet. Zusätzlich können BG-Fälle nach VAV stationär und ambulant behandelt werden. Am SüV in Viechtach würde indessen keine stationäre Notfallversorgung angeboten. Ambulante Notfälle und BG-Fälle können tagsüber weiterhin behandelt werden. **Ambulante Leistungen** würden am zentralen Standort, im SüV in Viechtach und im MVZ in Zwiesel erbracht. In Viechtach könnten auch ambulante Operationen angeboten werden. In dieser Kombination würde auch die **sektorenübergreifende Versorgung** gestärkt.

Es entsteht eine effiziente medizinische Wertschöpfung durch die enge Verzahnung von stationärem Krankenhausstandort, sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung und MVZ. Der stationäre Standort übernimmt die Akutversorgung und komplexe Eingriffe, wie Schlaganfallversorgung, kardiologische Behandlungen oder endoprothetische Eingriffe und gewährleistet die stationäre Notfallversorgung. Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bietet zusätzlich eine niederschwellige stationäre internistische Grundversorgung an, ermöglicht ambulante

Nachsorge und Behandlungen und steuert Therapiemaßnahmen. Das MVZ ergänzt die Versorgung durch weitere ambulante Angebote und Diagnostik. Auf diese Weise werden medizinische Angebote sinnvoll auf die jeweiligen Sektoren verteilt und durch telemedizinische Strukturen und Kooperationen unterstützt, sodass die Angebote für die Patienten nahtlos ineinandergreifen.

Die Einbindung niedergelassener Ärzte sowie Belegärzte in den Versorgungsbetrieb bietet erhebliche Chancen zur Optimierung der Auslastung von Kapazitäten, zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit und zur Erfüllung der Vorgaben im Rahmen des KHVG. Die gemeinsame Nutzung von Großgeräten wie bildgebenden Verfahren oder Laborinfrastruktur schafft Synergien und erhöht die Auslastung. Ebenso bietet die Einbeziehung niedergelassener Fachärzte in Bereichen wie Endoskopie und in den operativen Eingriffen eine Möglichkeit, freie Kapazitäten effizient zu nutzen. Aktuell besteht ein Belegarztmodell in der HNO, welches auch zukünftig aufrechterhalten werden kann. Darüber hinaus sollten weitere Fachbereiche Berücksichtigung im stationären Alltag finden. Besonders die Nephrologie ist für die stationäre Versorgung relevant und sollte perspektivisch stärker integriert werden. Auch fachärztliche Mitbehandlungen (Konsile) in den Bereichen der Psychiatrie oder der Urologie sind zu berücksichtigen. Konsile können über MVZ-Strukturen abgebildet werden, um strukturierte Patientenpfade zu gewährleisten und die Versorgung für alle Beteiligten nachhaltig zu verbessern.

Abbildung 19: Empfehlung Zukunftsvariante „Zentraler Standort“



Anmerkung: Im Hintergrund der Karte ist das derzeitige Einzugsgebiet des Verbunds dargestellt; SÜV=sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

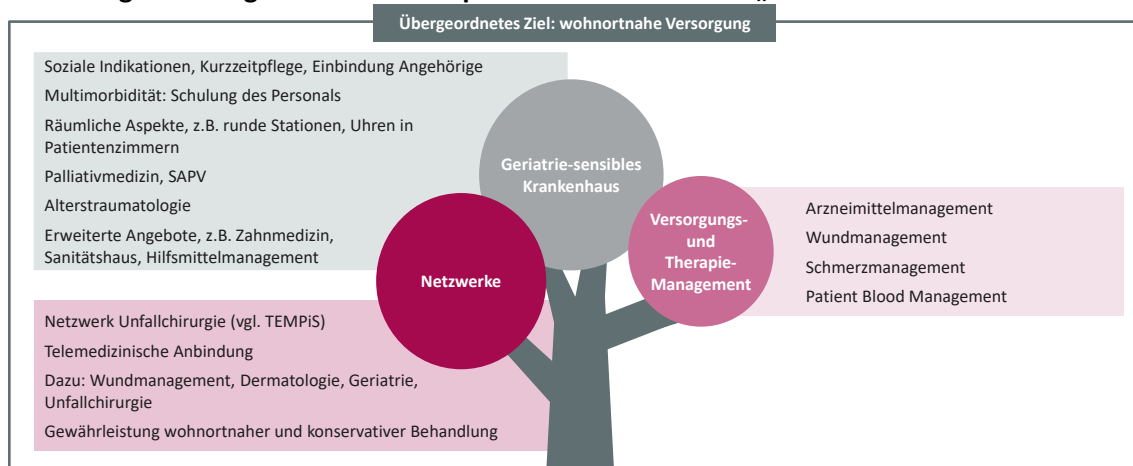
Quelle: hcb

Die Auswirkungen des zentralen Standorts an der B85 für die Versorgungsregion sind hinsichtlich der Erreichbarkeit positiv. Etwaige Veränderungen in der stationären Versorgung außerhalb des Landkreises Regen können dank der zentralen Lage des Standorts in der Versorgungsregion aufgefangen werden. Darunter fällt u.a. die Aufgabe der stationären Versorgung in Grafenau und die Umwandlung des Krankenhauses in Bad Kötzing zu einer Fachklinik. Gleichzeitig sollten bestehende Kooperationen mit den Standorten in Deggendorf, Straubing oder Passau z.B. in den Bereichen Neurochirurgie, Herzchirurgie, Onkologie und Neonatologie intensiviert werden. Eine Neusortierung der Kooperationspartner erachten wir allerdings als nicht notwendig. Die derzeitigen Kooperationspartner decken die notwendigen speziellen, nicht-wohnnahen Leistungen ausreichend ab.

Zur weiteren Komplettierung des Leistungsspektrums könnten zusätzliche Angebote in Betracht gezogen werden, deren Nutzen und Realisierbarkeit für die Region jedoch noch detailliert geprüft werden muss. Dazu zählen zum Beispiel die Errichtung einer pflegerischen Einheit, wie Fachpflege oder Kurzzeitpflege. Auch ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten können sinnvoll sein. Die Etablierung einer Palliativmedizin sowie erweiterte Angebote wie Zahnmedizin, Sanitätshaus- und Hilfsmittelmanagement können das Portfolio sinnvoll ergänzen. Weitere relevante Bereiche sind Arzneimittel-, Wund- und Schmerzmanagement, Patient Blood Management sowie die Anbindung an Netzwerke wie die Unfallchirurgie (vgl. TEMPiS) und telemedizinische Lösungen.

In dieser Variante können die ARBERLANDKliniken gut auf epidemiologische Trends, wie sie in Kasten 1 (siehe Kapitel 3.3) diskutiert wurden, auf eine zunehmende Multimorbidität, soziale Kontextfaktoren und sich ändernde Bedarfe reagieren. Unter anderem kann der zentrale Standort als Geriatrie-sensibles Krankenhaus etabliert werden (Abbildung 20). Zudem lassen sich Netzwerke wie TEMPiS²⁶ stärken und weiter ausbauen. Mit der Zusammenarbeit weiterer Akteure der stationären und ambulanten Versorgung in Netzwerken lässt sich eine wohnortnahe Behandlung gewährleisten. Schließlich kann mit der Bündelung der Versorgungsstrukturen das Versorgungs- und Therapiemanagement optimiert werden.

Abbildung 20: Übergeordnetes Konzept der Zukunftsvariante „Zentraler Standort“



Quelle: hcb

²⁶ Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung

Literatur

Augurzky, B. und Kolodziej, I. (2018). Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030: Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Nr. 06/2018). Arbeitspapier. Link: <https://www.econ-tor.eu/bitstream/10419/184864/1/1040678963.pdf>, abgerufen am 17.10.2025

Augurzky, B., Krolop, S., Hollenbach, J., Bergschneider, H., Monsees, D., Pilny, A. und Schmidt, C.M. (2025). Krankenhaus Rating Report 2025: Aufbruch aus dem Tal der Tränen. Heidelberg: medhochzweiverlag.

Ernst, C., ÄLRD Straubing, INM Datendienste Bayern (2025). Detailbetrachtung unterschiedlicher Szenarien für den Lkr. Regen mit dem ÄRLD Simulationstool im Atlas des INM.

Eurotransport (2023), Bis zu 115.000 Fahrer fehlen ,Link: <https://www.eurotransport.de/logistik/verkehrspolitik/nachwuchs-dringend-gesucht-bis-zu-115-000-fahrer-fehlen/>, Abruf am 14.08.2025.

G-BA (2025), Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2023. Link: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/> , abgerufen am 30.7.2025.

HDE (2025), Fachkräftelücke im Einzelhandel: Viele offene Stellen trotz guter Arbeitsbedingungen und Karrierechancen, Link: <https://einzelhandel.de/presse/aktuellemeldungen/14875. Ab-ruf-am-14.08.2025.>

Hitzler Ingenieure (2025), Ergänzende Investitionskostenuntersuchung der Varianten.

Koalitionsvertrag (2025), Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode. Link: https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf, abgerufen am 17.10.2025

MEDIQON (2025), Bayernweites Gutachten zur Darstellung des aktuellen und zur Prognose des künftigen Bedarfs an stationären somatischen Krankenhausleistungen.

StMGP (2024), Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. 7-Punkte-Plan des Freistaates Bayern. Link: https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/umsetzung-der-krankenhausreform/#toc_7PunktePlan_des_Freistaates_Bay-ern, abgerufen am 16.10.2025

trinovis (2022), ARBERLANDKlinik Standortsimulation Gesamtklinikum.