



# Überprüfung und Weiterentwicklung der Medizinstrategie der ALB FILS KLINIEN

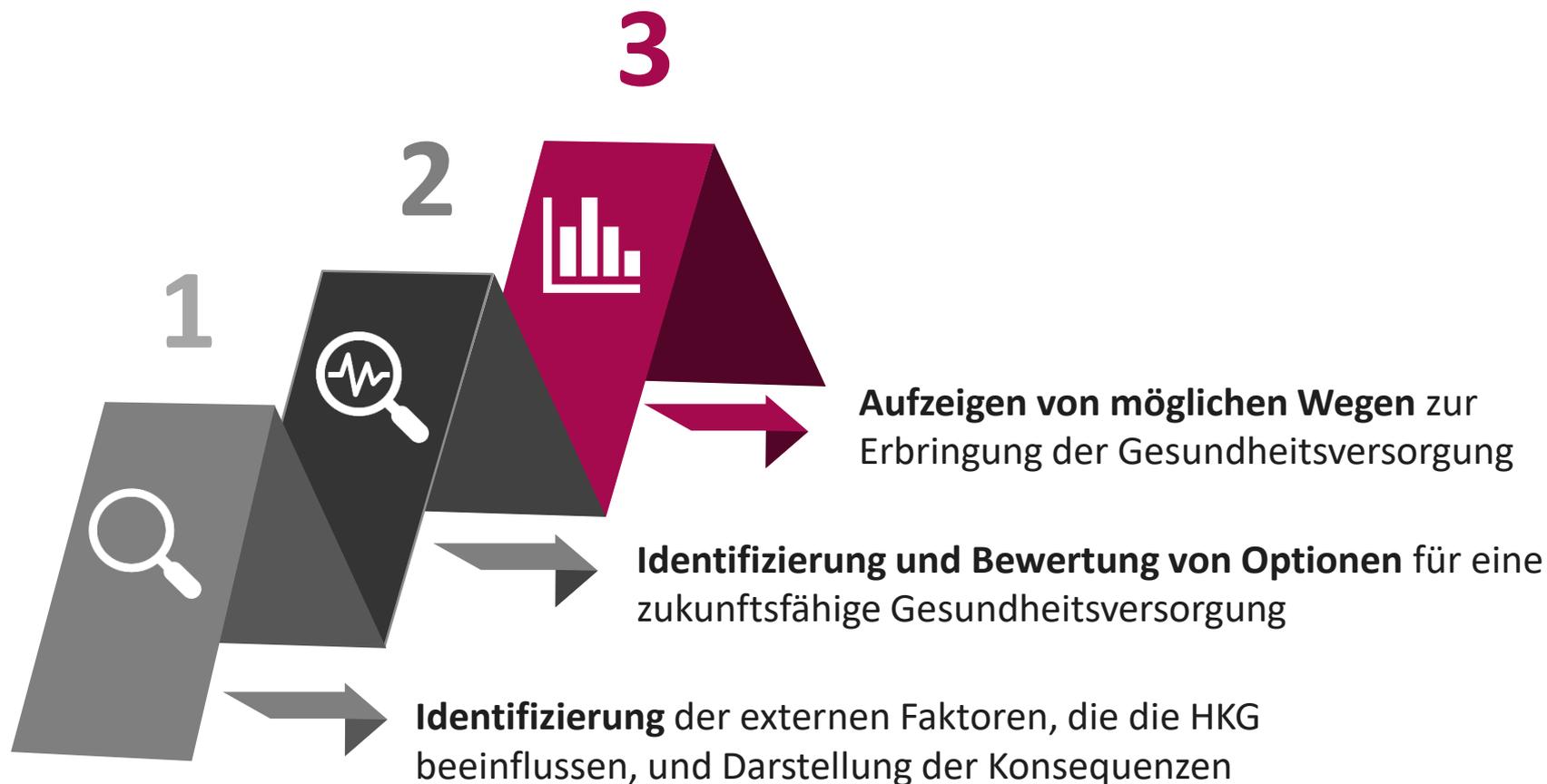
22. November 2019

## Projektziele

1. Überprüfung und Weiterentwicklung der **aktuellen Medizinstrategie** für die **ALB FILS KLINIKEN** sowie
2. **Ableitung von Handlungsoptionen** für die regionale Gesundheitsversorgung



# Vorgehen zur Bewertung der externen Herausforderungen mit Fokus auf die Helfenstein Klinik Geislingen (HKG)



# Agenda



## Ausgangslage und Trends

- Leistungsprognose
- Wirtschaftliche Lage
- Personalsituation
- Regulierung
- Technologie

## Optionen für Geislingen

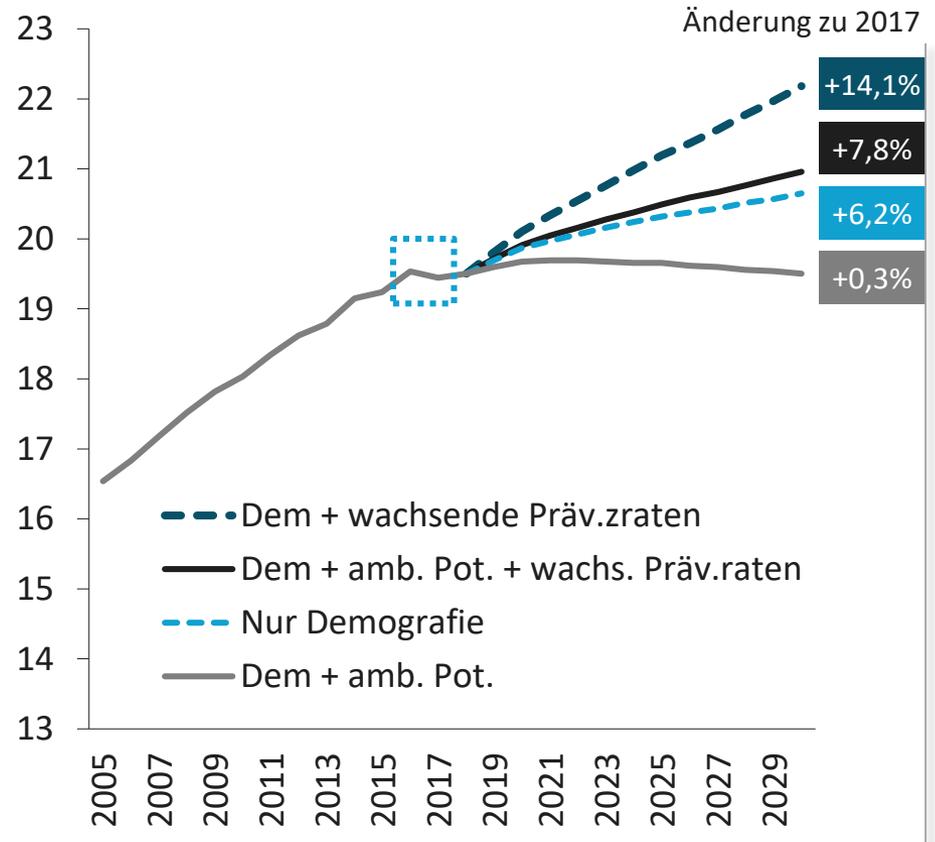
## Fazit

# Erstmals seit langem bundesweit sinkende stationäre Fallzahl 2017, künftige Fallzahl abhängig v.a. vom Ausmaß der Ambulantisierung

## Mögliche Gründe für den Rückgang 2017

-  Zunehmende **Ambulantisierung** der Medizin
-  **Fachkräftemangel**
-  Bereits hoher **Sättigungsgrad** bei kardiologischen und orthopädischen Leistungen
-  Gesteigerter **Informationsstand** der Patienten
-  Intensivere **MDK-Prüfungen**

## Fallzahlen<sup>(1)</sup> in Mio.



(1) Im Fall wachsender Prävalenzraten nehmen wir +0,6% pro Jahr an. Das ambulante Potenzial wird annahmegemäß ab 2019 und dann schrittweise in den Folgejahren gehoben; „starkes ambulantes Potenzial“ unterstellt

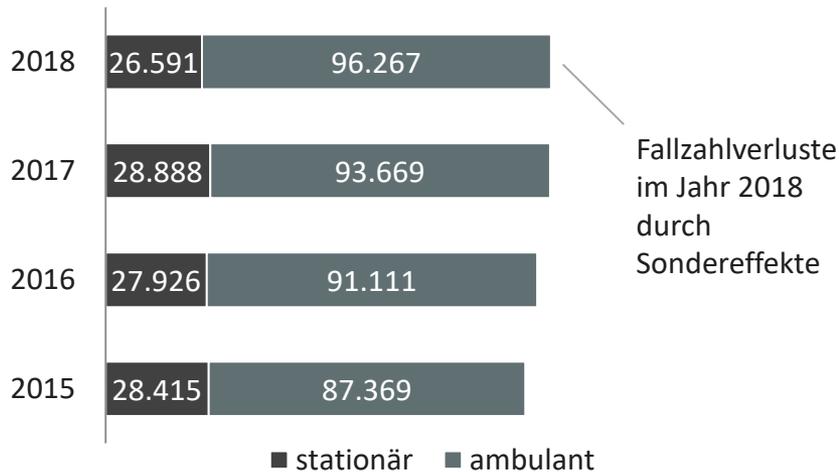
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 und Interviews mit Krankenhäusern und Kassen Ende 2018

# Auch Fallzahlrückgang an beiden Standorten im Landkreis Göppingen

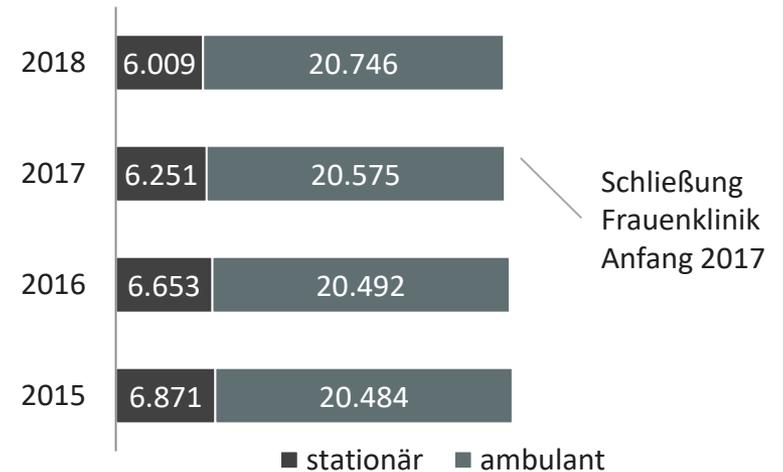
Zum Teil jedoch Sondereffekt an der KAE im Jahr 2018



Fallzahl Klinik am Eichert (KAE), 645 Betten<sup>1)</sup>



Fallzahl Helfenstein Klinik Geislingen (HKG) <sup>2)</sup>, 130 Betten<sup>1)</sup>



1) Planbetten

2) Fallzahlrückgang unter anderem bedingt durch die beabsichtigte Schließung der Gynäkologie und Geburtshilfe

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Helfenstein Klinik Geislingen 2018, §21-er Datensatz Klinik am Eichert Göppingen 2018, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017

# Neubau in Göppingen dürfte große Auswirkungen auf die Patientenströme haben ...

... und dabei auch Fälle aus Geislingen abziehen



Ein Teil der zusätzlichen Fälle an der KAE kommt aus Geislingen

- 1) Experteninterviews, Qualitätsbericht der Krankenhäuser 2013-2015
  - 2) Ausschließliche Berücksichtigung von zusätzlichen Erlösen, Kosten hier unberücksichtigt
- Quelle: hcb, §21-er Datensätze ALB FILS KLINIKEN 2018, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017



## Zwischenfazit „Leistungsprognose“



Erstmals seit langem **bundesweit sinkende stationäre Fallzahl 2017, auch Fallzahl- und Casemixrückgang an beiden Standorten** bei derzeit geringer Auslastung der Häuser



**Interne Sogwirkung** zieht Patienten, die bisher in der HKG behandelt wurden, in die KAE: Risiko von Fallzahlverlusten durch Sogwirkung für die HKG **je nach regionaler Lage des Patientenwohnorts unterschiedlich hoch**



Neubau erzielt **extern** eine noch größere Sogwirkung als intern



**Ausblick 2025:** Leistungsprognose HKG im Medium Case schlechter als bei KAE



Best Case Großteils nur erreichbar **zulasten des jeweils anderen Standorts**. Zudem wird es immer schwieriger, Personal für Wachstum zu finden: Fachkräftemangel + Marburger Bund Tarifvertrag der Ärzte: Problematik der Besetzung der Dienste. HKG kann personell bedingt Best Case Niveau nicht erreichen.

# Agenda



## Ausgangslage und Trends

- Leistungsprognose
- **Wirtschaftliche Lage**
- Personalsituation
- Regulierung
- Technologie

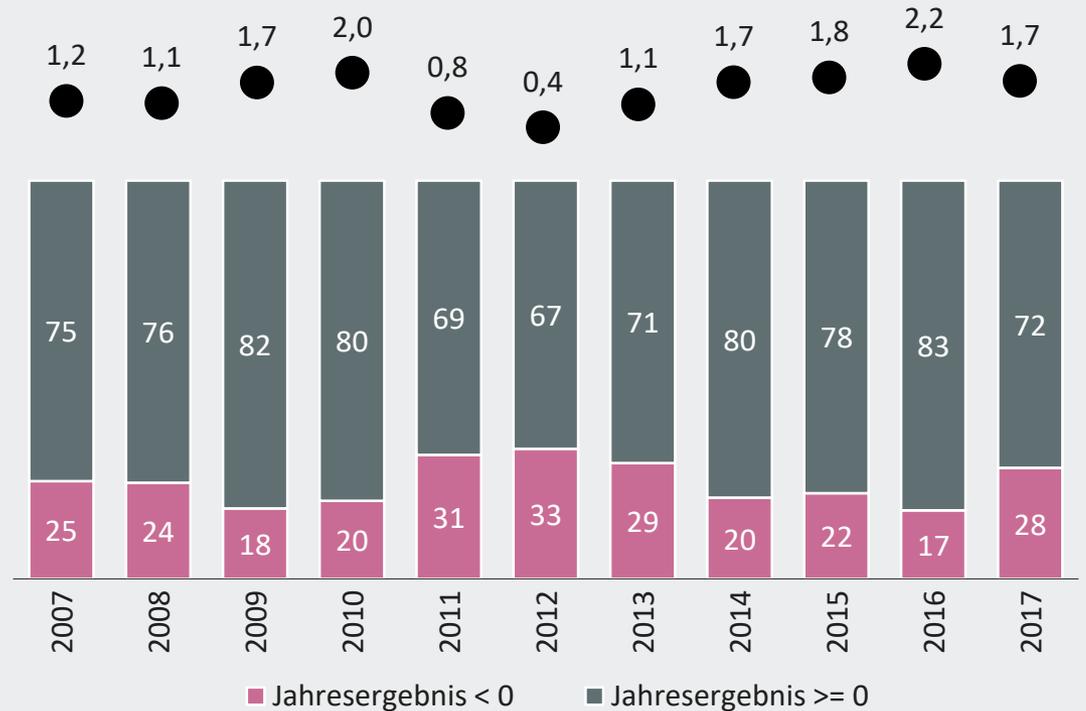
## Optionen für Geislingen

## Fazit

# Nach Erholung bis 2016 Verschlechterung der Lage im Jahr 2017



Jahresergebnis<sup>(1)</sup> (als Anteil an Erlösen)



Auf Standortebene 2017 vermutlich 37% mit Jahresverlust

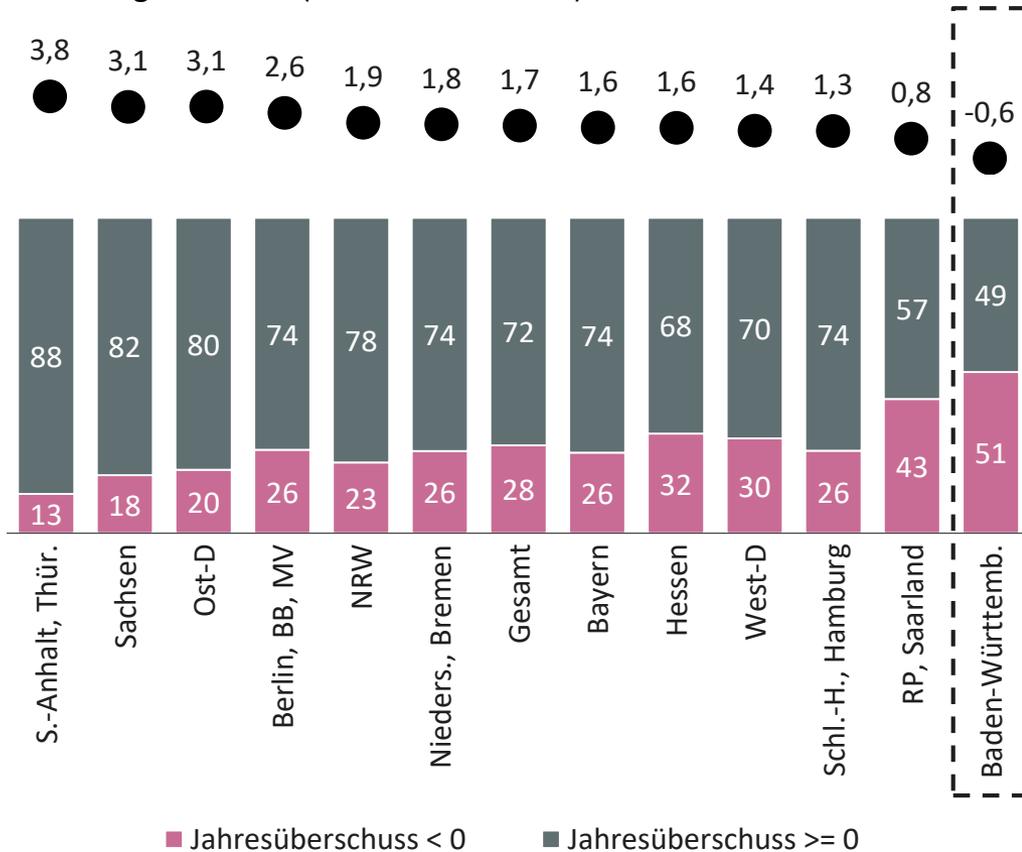
(1) EAT, Earnings after tax

Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 813 und 981 Einrichtungen.

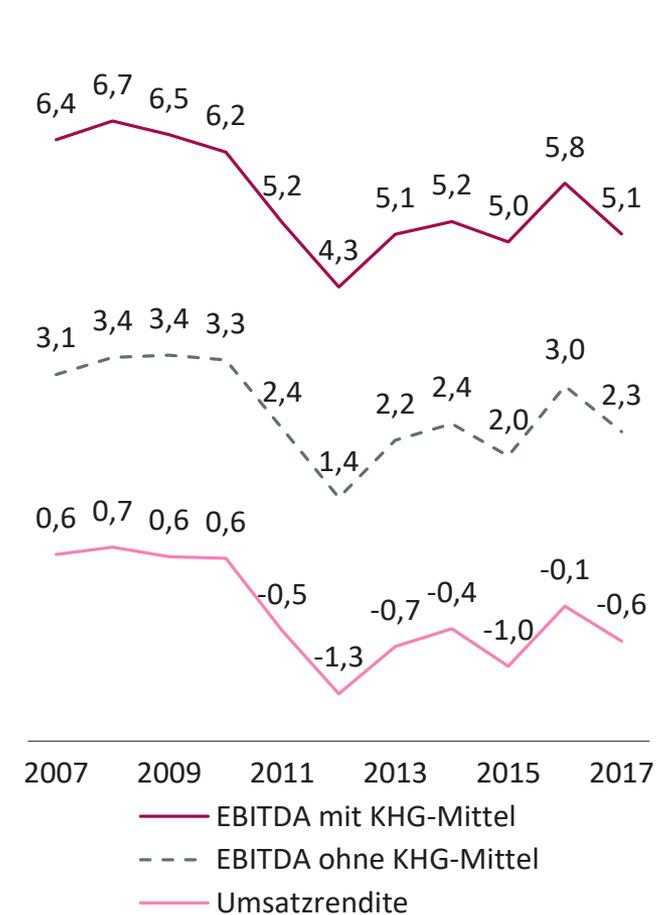
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019

# Bundesweit am schwierigsten ist die Lage in Baden-Württemberg

Jahresergebnis 2017 (als Anteil an Erlösen)<sup>(1)</sup>



EBITDA-Margen im Zeitverlauf 2007-2017; in %<sup>(2)</sup>

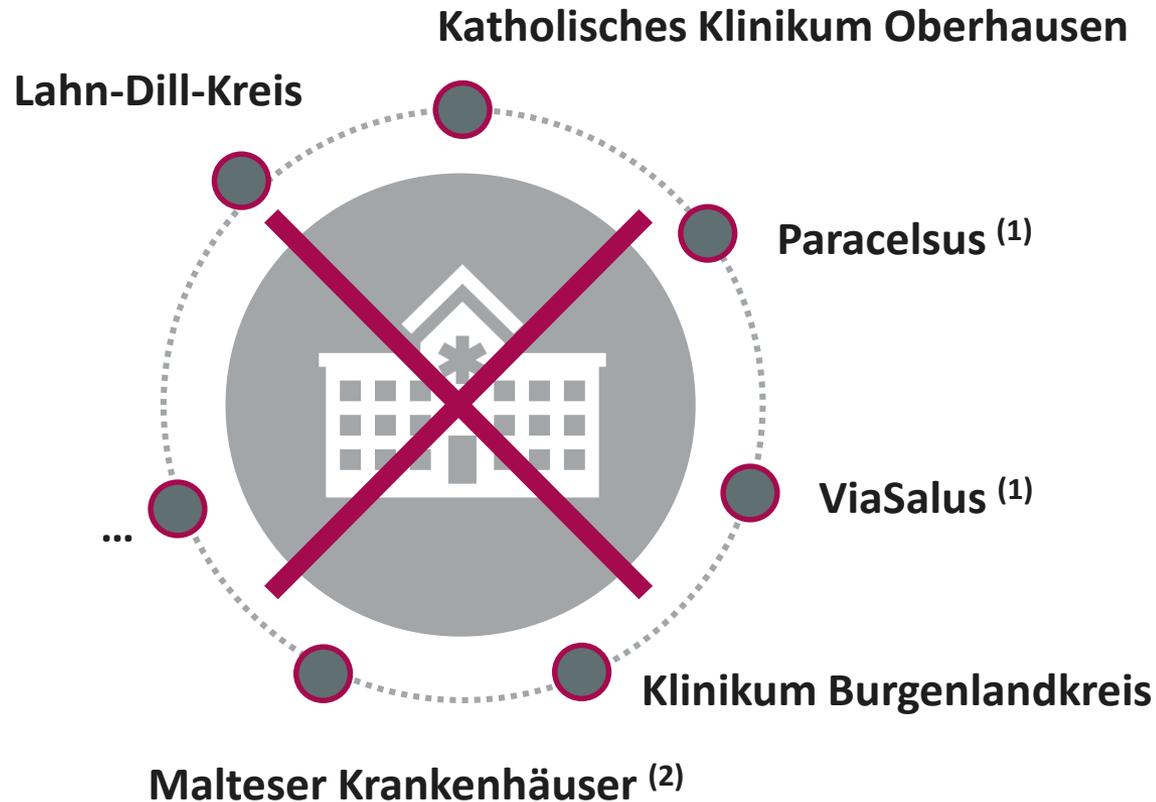


(1) EAT, Earnings after tax

(2) Berechnung über das fusionierte Krankenhaus

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019

# Zunehmende Zahl an Insolvenzen zu beobachten ... ... und Bereitschaft, sich von Sparte „Krankenhaus“ zu trennen



(1) Insolvenzverfahren inzwischen beendet

(2) zum Verkauf ausstehend

Quelle: hcb, Krankenhaus Rating Report 2019

# Bewegung auch im Umfeld



<b>Karl-Olga-KH Stuttgart</b>	Allgemeine Chirurgie: <b>Schließung</b> zum Jahresende 2019 Innere Medizin (Gastroenterologie), Gefäßchirurgie: <b>Schließung</b> März 2020
<b>Landkreis Hohenlohe</b>	Klinik in Künzelsau: <b>Schließung</b> <b>Zusammenlegung</b> in Öhringen
<b>Regionale Kliniken Holding</b>	Vaihingen: seit 2016 <b>Tagesklinik und Simulationszentrum</b> Marbach: Umwandlung in <b>Gesundheitscampus</b> Bretten: <b>Neubau</b>
<b>Landkreis Esslingen</b>	<b>Schließung</b> Plochingen und Umwandlung zum <b>Gesundheitscampus</b> <b>Umzug der psychiatrischen Fachklinik</b> von Nürtingen nach Kirchheim
<b>Landkreis Alb-Donau</b>	Sana <b>schließt</b> Krankenhaus Riedlingen
<b>Landkreis Winnenden</b>	Krankenhäuser Backnang und Waiblingen <b>nun unter einem Dach im Neubau Winnenden</b>
<b>Ravensburg: KH Weingarten</b>	Klinikum 14 Nothelfer Weingarten: <b>Schließung bzw. Umwandlung in ambulante Einrichtung</b>
<b>Landkreis Reutlingen</b>	1 Klinik an 3 Standorten (Bad Urach: Umwandlung in <b>Ambulanzzentrum</b> , Münsingen: <b>Schließung</b> Geburtshilfe)

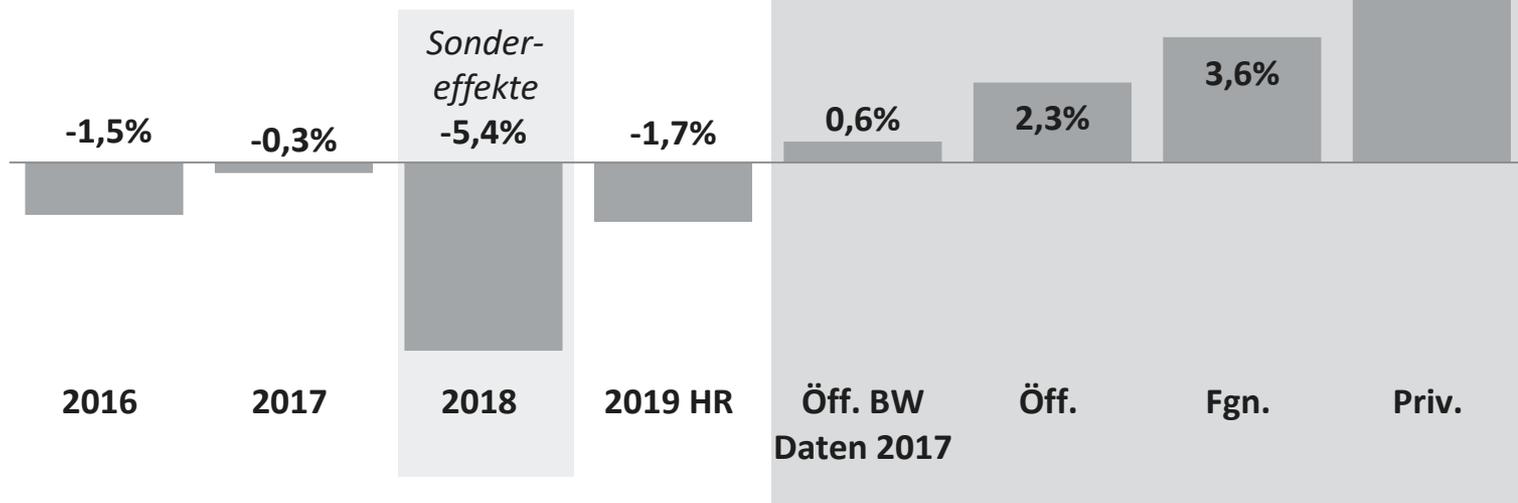
**Vorbeugung von Insolvenzen durch „Gesund schrumpfen“ und Zentralisieren**

Quelle: hcb



# Betriebsergebnis (EBITDA) der AFK negativ

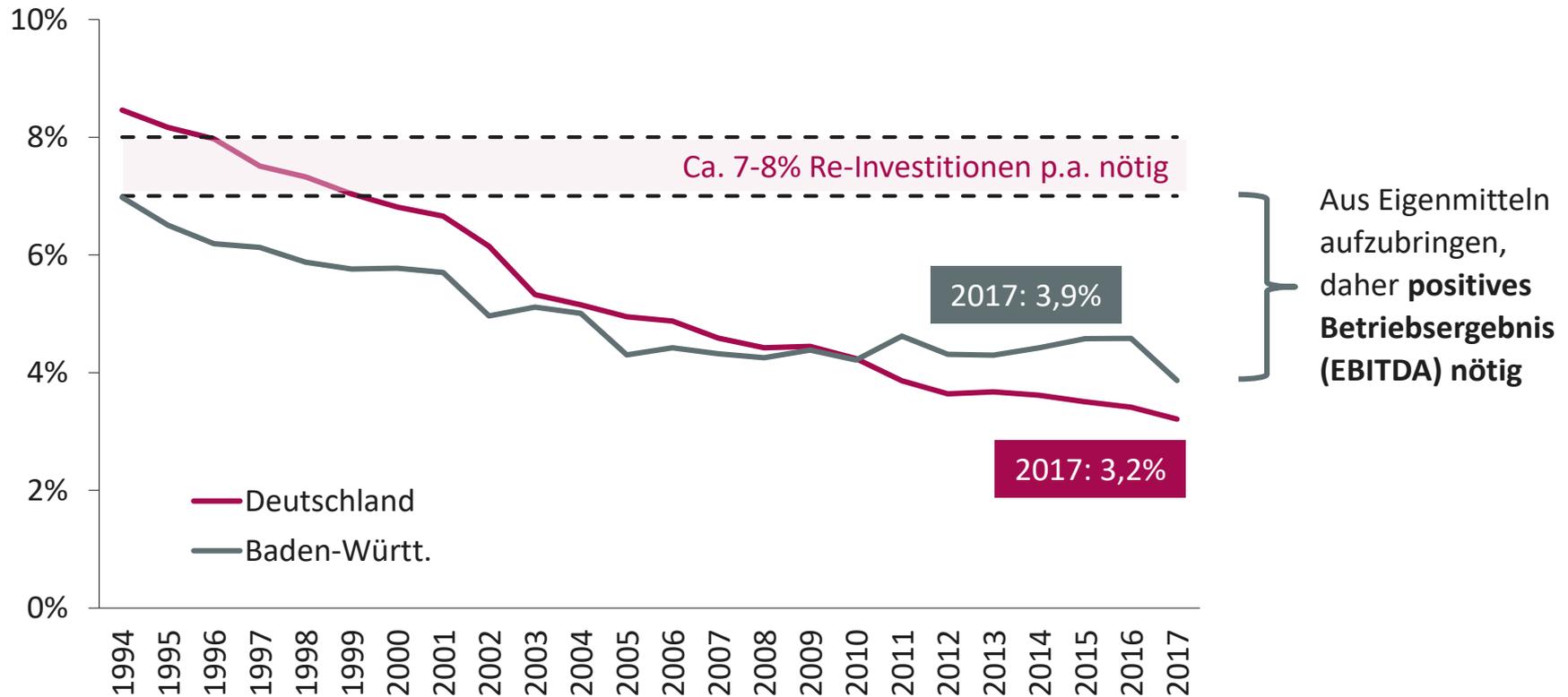
**Betriebsergebnis der AFK (EBITDA ohne KHG-Mittel) in % der Gesamterlöse**



Anmerkung: EBITDA ohne KHG Mittel und bereinigt um Fördermittel des Landkreises  
 Quelle: hcb, Krankenhaus Rating Report 2019, Jahresabschlüsse AFK 2017 und 2018

# Zu wenige Investitionsfördermittel der Länder erfordern dauerhaft ein positives Betriebsergebnis

## KHG-Fördermittel als Anteil am Krankenhausumsatz



Anmerkung: Ohne Universitätskliniken  
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019



## Zwischenfazit „Wirtschaftliche Lage“



Negatives Betriebsergebnis, Prognose für 2019 ebenfalls negativ



Hoher Sanierungsbedarf, ca. 20% davon durch das Land abgedeckt



Abschreibungen beim Sanierungsbedarf der HKG stellen finanzielles Risiko für den Landkreis dar

# Agenda



## Ausgangslage und Trends

- Leistungsprognose
- Wirtschaftliche Lage
- **Personalsituation**
- Regulierung
- Technologie

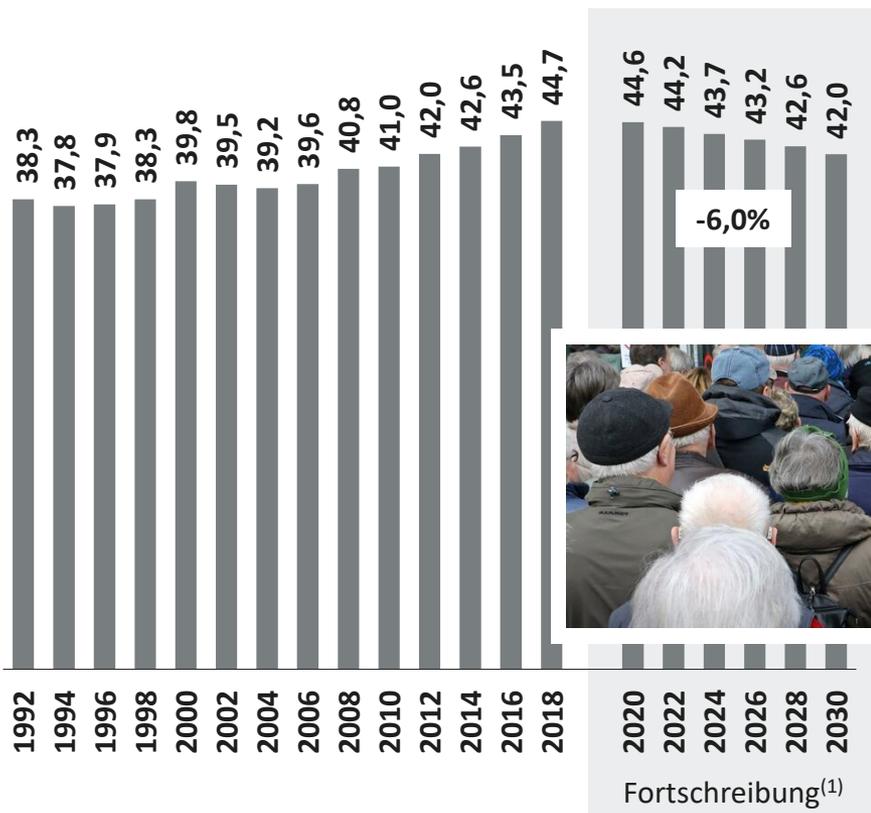
## Optionen für Geislingen

## Fazit

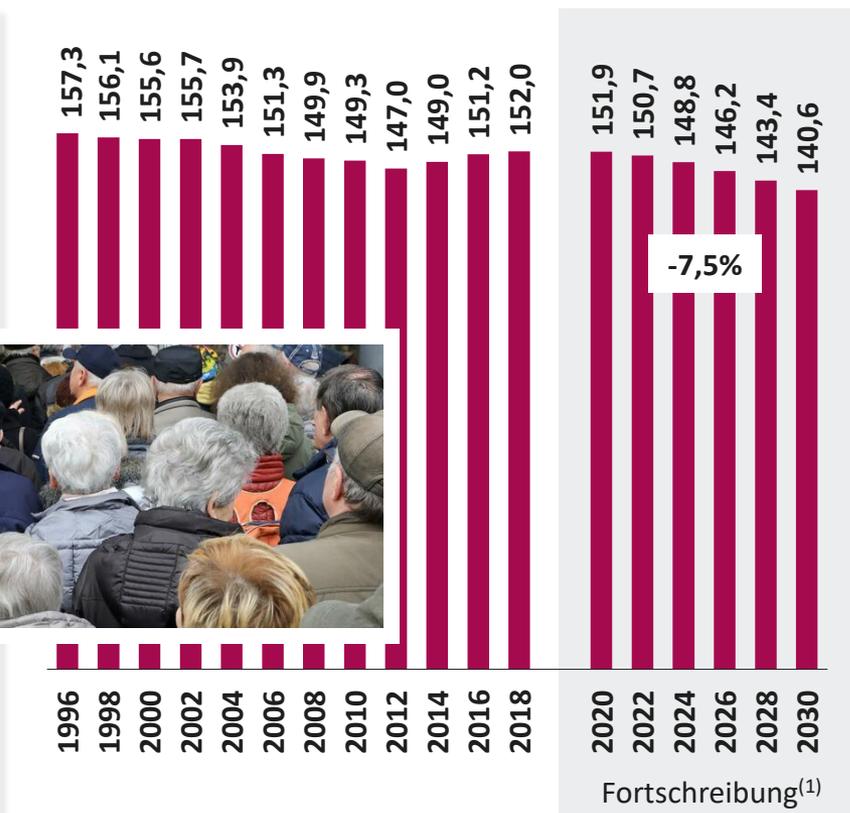
# In Deutschland 2018 noch nie so viele Erwerbstätige, bei einfacher Fortschreibung ist der Peak jedoch inzwischen erreicht

Leicht stärkerer Rückgang der Erwerbstätigenzahl im Landkreis Göppingen erwartet

Erwerbstätige in Deutschland (Inländerkonzept) in Millionen



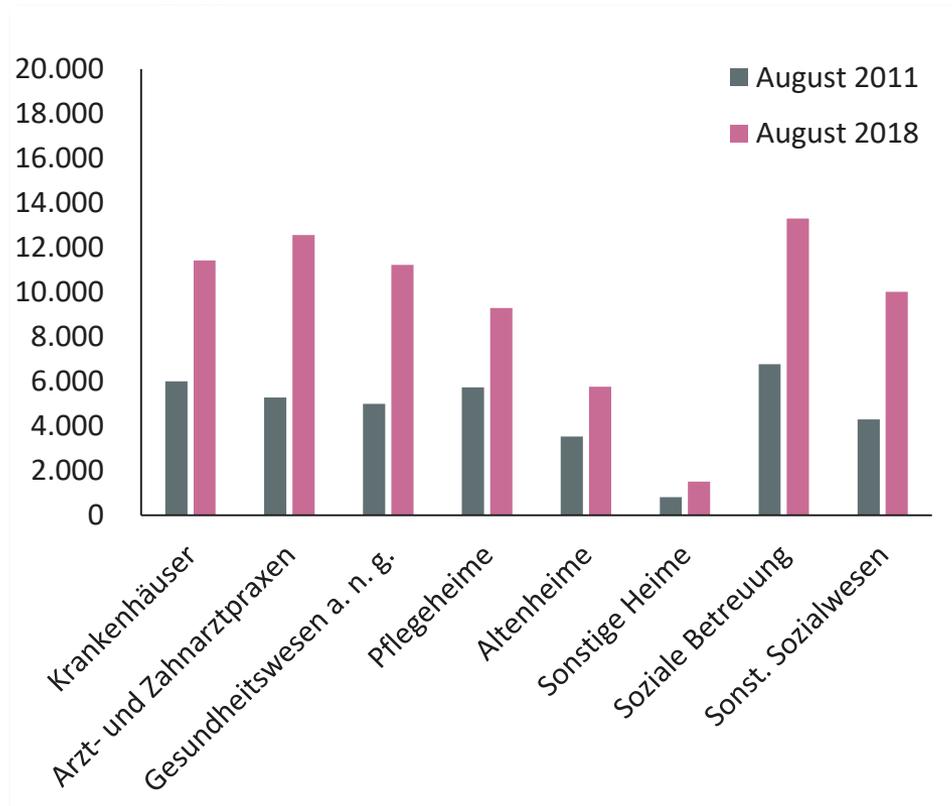
Erwerbstätige im LK Göppingen (Inländerkonzept) in Tausend



(1) Erwerbstätigenquote, Frühverrentungsquote und Frauenerwerbsquote jeweils konstant, Erhöhung des Renteneintrittsalters gemäß aktueller gesetzlicher Bestimmungen  
Quelle: RWI, Augurzky und Kolodziej (2018)

# Steigende Zahl offener Stellen im Gesundheitswesen und inzwischen hohe Abwerbepremien

Anzahl der bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Stellen nach Wirtschaftsgruppe



Anmerkung: a.n.g. = anderweitig nicht genannt. Den Wirtschaftsabteilungen sind die Wirtschaftsgruppen untergeordnet. Altenheime beinhaltet Alten- und Behindertenwohnheime, sonstige Heime ohne Erholungs- und Ferienheime, Sonstiges Sozialwesen ohne Heime.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Bestand an gemeldeten Arbeitsstellen nach ausgewählten Wirtschaftszweigen, Zeitreihe ab Juli 2011, Datenstand: August 2019, f&w, Volksstimme.de,



## Schwierigkeiten bei vakanten Stellen in Geislingen:

- Bereichsleitung seit Einführung der Struktur (mind. 2 Jahre) unbesetzt
- Innere Medizin: 6,3 VK unter Plan



## Zwischenfazit „Personal“



Bereits spürbarer **Fachkräftemangel wird sich in Zukunft** verstärken (Rückgang der Erwerbstätigen auch im Landkreis Göppingen erwartet)



Standort **HKG verliert** aufgrund seiner Größe und im Vergleich zum Neubau KAE immer mehr **an Attraktivität** für das Personal



**Stationen bleiben teilweise unbesetzt und müssen zeitweise geschlossen werden**  
→ Casemixverlust durch weniger nutzbare Ressourcen



**Berentungen von Schlüsselpersonen ab 2027**

- **Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung** mit geeigneten Ärzten
- **Gefährdung von Casemixpunkten**

# Agenda



## Ausgangslage und Trends

- Leistungsprognose
- Wirtschaftliche Lage
- Personalsituation
- **Regulierung**
- Technologie

Optionen für Geislingen

Fazit

# Die Politik legt Gesetze im Eiltempo vor

Politik

## Minister Fleißig: 16 Gesetze in 16 Monaten

Mittwoch, 17. Juli 2019



Die Krankenhäuser müssen sich auf vielfältige Neuerungen einstellen

Quelle: hcb, Ärzteblatt

hcb

# Zahlreiche Gesetzesänderungen betreffen Krankenhäuser

Gesetzesvorhaben



 in Planung

 bereits verabschiedet

Quelle: hcb

hcb

# Pflegepersonaluntergrenzen führen bei bestehendem Fachkräftemangel zu einer weiteren Verknappung

Aktuelle Mitteilung des InEK (Ende KW 47): HKG rechnet > 3.000 kardiologische DRGs in Inneren Medizin ab  
→ HKG unterliegt ab 2020 ebenfalls PpUG der Kardiologie!



## Kardiologie:

Tag: 12 Pat. pro Pflegekraft (2019)  
Nacht: 24 Pat. pro Pflegekraft (2019)



## Intensivmedizin:

Tag: 2,5 Pat. pro Pflegekraft (2019)      Tag: 2 Pat. pro Pflegekraft (2021)  
Nacht: 3,5 Pat. pro Pflegekraft (2019)      Nacht: 3 Pat. Pro Pflegekraft (2021)



## Unfallchirurgie:

Tag: 10 Pat. pro Pflegekraft (2019)  
Nacht: 20 Pat. pro Pflegekraft (2019)



## Geriatric:

Tag: 10 Pat. pro Pflegekraft (2019)  
Nacht: 20 Pat. pro Pflegekraft (2019)

**Ab 2020: Ganzhausansatz: Pflegepersonalquotient** (Wert ist noch festzulegen)

→ Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zu individuellem Pflegeaufwand eines Krankenhauses

# Ausweitung von Mindestmengen führt zu einer weiteren Konzentration der medizinischen Leistungsangebote

Leistungsbereiche	Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses
Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende) <sup>(1)</sup>	20
Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) <sup>(1)</sup>	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)	10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	10
Stammzellentransplantation <sup>(1)</sup>	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	50
Koronarchirurgische Eingriffe <sup>(1)</sup>	derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1.250 g	14

Risiko: Mindestmengen für weitere OPS/DRG

(1) Aktuell nicht relevant für AFK  
Quelle: hcb, Gemeinsamer Bundesausschuss 2019

# Gesetzgeber plant die Einführung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhausstandorten

Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhäuser erhalten Auftrag, INZ einzurichten

## Was?

Zentrale Anlaufstelle, dazu Integration ärztl. Bereitschaftsdienst der KV und zentrale Notaufnahme des KH, qualifizierte Ersteinschätzung

## Wer?

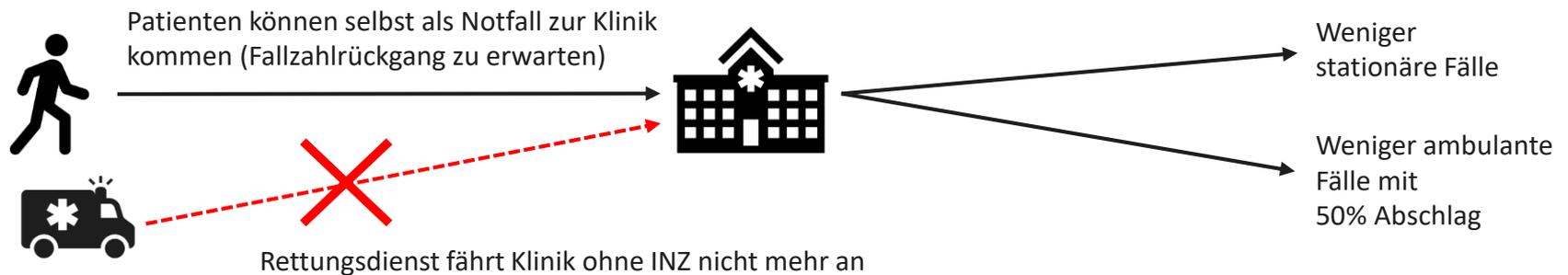
Festlegung der Länder über Notfallversorgungsplanung

## Wie?

Überführung bestehender Notfallstrukturen in INZ, räumliche Einbindung in KH als erste Anlaufstelle

## Wie wird informiert?

Krankenkassen informieren Versicherte über nächstgelegene INZ



# Darüber hinaus schaffen inzwischen auch Tarifverträge zusätzliche Restriktionen beim Personaleinsatz

## Arbeitszeitliche Forderungen des Tarifvertrag des Marburger Bundes

- 1 Freie Wochenenden** <sup>1)</sup>: min. zwei arbeitsfreie Wochenenden pro Monat <sup>3)</sup>
- 2 Arbeitszeiterfassung** <sup>2)</sup>: genaue Anwesenheitserfassung der Ärzte
- 3 Begrenzung der Bereitschaftsdienste** <sup>1)</sup>: innerhalb eines Kalenderhalbjahres durchschnittlich monatlich nur bis zu vier Bereitschaftsdienste <sup>3)</sup>
- 4 „Sandwich-Dienste“** <sup>1)</sup>: Arbeitsabschnitte unmittelbar nach Bereitschaftsdienst nur zulässig, wenn  $\leq 60$  Minuten und Verkürzung des dem Bereitschaftsdienst vorangegangenen Arbeitsabschnitts
- 5 Abstand zu Schichtdienst** <sup>1)</sup>: innerhalb von zwei Kalenderwochen nicht mehr als acht  $>10$  h Schichten leisten; Zeitraum zwischen Bereitschaftsdienst und einer Schicht  $\geq 72$  h
- 6 Minusstundenproblematik** <sup>2)</sup>: 15% Zuschlag für jede Stunde des Bereitschaftsdienstes, ab 2021 wird Bewertung des Bereitschaftsdienstes um 10% angehoben
- 7 Verlässliche Dienstplanung** <sup>1)</sup>: Dienst- und Bereitschaftsplanung min. einen Monat vorher im Dienstplan

1) Umsetzung ab dem 1. Januar 2020

2) Umsetzung ab dem 1. Juli 2019

3) Zusätzliche Bereitschaftsdienste sind möglich, wenn ansonsten Patientensicherheit gefährdet wird

Quelle: hcb, Tarifabschluss des Marburger Bundes für Ärztinnen und Ärzte in kommunalen Kliniken



## Zwischenfazit „Regulierung“

Zahlreiche **Gesetzesänderungen** kommen auf Krankenhäuser zu



**Pflegepersonaluntergrenzen** ab 1.1.2020 für noch mehr Abteilungen; sie führen bei bestehendem Fachkräftemangel zu einer weiteren Verknappung



Außerdem schaffen inzwischen **Tarifverträge** zusätzlichen Restriktionen beim Personaleinsatz



Ausweitung von **Mindestmengen** führt zu einer weiteren Konzentration der medizinischen Leistungsangebote (Schwierigkeiten für kleinere Standorte)



Gesetzgeber plant Einführung von **Integrierten Notfallzentren (INZ)** an ausgewählten Krankenhausstandorten

- **Kein Anfahren des Rettungsdienstes für die HKG;** ohne INZ ist von geringerem Patientenzulauf auszugehen
- **Weniger stationäre und ambulante Fälle an der HKG → Erlösverlust**

# Agenda



## Ausgangslage und Trends

- Leistungsprognose
- Wirtschaftliche Lage
- Personalsituation
- Regulierung
- **Technologie**

## Optionen für Geislingen

## Fazit

# Technologische Entwicklungen verändern das Gesundheitswesen

Internet

Telemedizin /  
Fernbehandlung

Drohnen



Wearables / Insidables

3D-Drucker

Digitales Monitoring  
(Compliance)

Big Data

Gendiagnostik

ePA / eGK

Künstliche  
Intelligenz



ada

Diagnoseunter-  
stützung, „Ada Health“

Apps



Smart Home

Robotik



Quelle: hcb, Krankenhaus Rating Report 2016

# Telemedizin erleichtert Patienten Zugang zur Gesundheitsversorgung



Führender Anbieter für **integrierte ambulante Gesundheitsversorgung**

Behandlung per **Telefon, Video oder online**

Allgemeine **Beratung, Diagnostik, Bildbefundung, Überweisung, Behandlungsplan, Ausstellung von Rezepten**

Patienten **können Bilder schicken**, z.B. von Auge, Haut

5.000 Telekonsultationen pro Tag

7.11.2019: Aufsichtsrat RHÖN-KLINIKUM AG stimmt Gründung von **Medgate Deutschland** zu



Im dünn besiedelten **Oberbergischen Land:**

25 Min. Anfahrt, 5 Min. beim Patienten und 25 Min. Rückweg

Besser: Wenn ein **wenig mobiler Patient** untersucht werden muss, fährt ein Versorgungsassistent los mitsamt **Telemedizinrucksack**

Vor Ort macht der Assistent ein EKG und misst den Blutdruck. Per Video **wird der Landarzt über ein Tablet zugeschaltet.**



Künstliche Intelligenz als **Gesundheitsberater im Haushalt**

Quelle: hcb, medgate, Welt, Amazon, Google, Microsoft



## Zwischenfazit „Technologie“



Große technologische Veränderungen



Enormes Potenzial für telemedizinische Behandlung von Patienten



Nutzung digitaler Medien zur Vernetzung und Abdeckung der Versorgung

# Agenda



Ausgangslage und Trends

Konsequenzen und Optionen für Geislingen

- Konsequenzen
- Optionen

Fazit

## Bis 2025 sinkende Fallzahlen in Geislingen erwartet

<b>Startjahr 2018 Fallzahlen:</b>	<b>6.009</b>
<b>Fortschreibung Medium Case 2025 <sup>1)</sup></b>	<b>- 249</b>
<b>davon durch Demografie</b>	<b>+ 421</b>
<b>davon durch ambulantes Potenzial</b>	<b>- 361</b>
<b>Sogwirkung Neubau KAE</b>	<b>- 500</b>
<b>Wegfall Notfallversorgung</b>	<b>- 523</b>
<b>Ausbau Marktanteile</b>	<b>+ 178</b>
<b>Endjahr 2025 Fallzahlen</b>	<b>4.915 (-18%)</b>
<hr/>	
<b>Zusätzlich durch Chefarztberentungen ab 2027</b>	<b>- 891</b>
<b>Durch Personalmangel</b>	<b>- 426<sup>(2)</sup></b>

1) Ohne med.-techn. Fortschritt und mit starkem amb. Potenzial, Basisjahr 2018

2) Fälle, die 2025 durch vorhandenes Pflegepersonal versorgt werden könnten. Da Effekt der sinkenden Nachfrage (-18%) größer ist als Effekt des Personalmangels (-7%), keine Berücksichtigung in der Berechnung für das Ergebnis 2025

Quelle: hcb

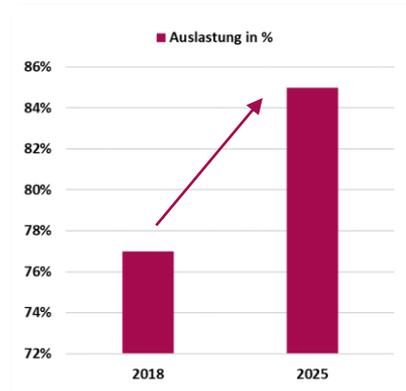
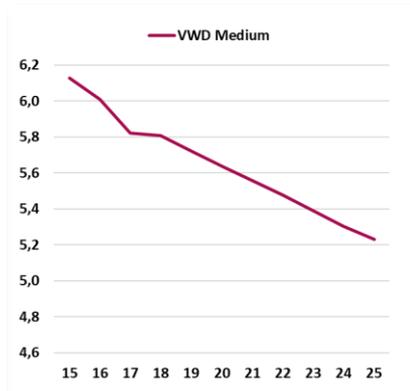
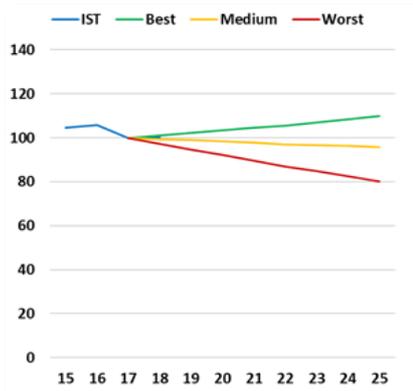
# Unter Berücksichtigung der externen Effekte besteht in Geislingen künftig nur noch ein Bedarf von rund 80 Betten

Fallzahlen 2018:  
6.009

VWD 2018:  
6,1 Tage

Auslastung 2018:  
77 %

Betten 2018:  
130



$$\frac{\text{Fälle} * \text{VWD}}{\text{Auslastung} * 365}$$

Erw. Fallzahlen 2025:  
4.915

Erwartete VWD 2025<sup>(1)</sup> :  
5,2

Zielauslastung 2025:  
85 %

Bettenbedarf 2025:  
80 <sup>(2)</sup>

(1) Verweildauer nach Fallpauschalenkatalog

(2) Abzüglich der Intensivbetten, da voraussichtlicher Wegfall der Intensivstation durch erwartete Notfallreform

Quelle: hcb

# Agenda



Ausgangslage und Trends

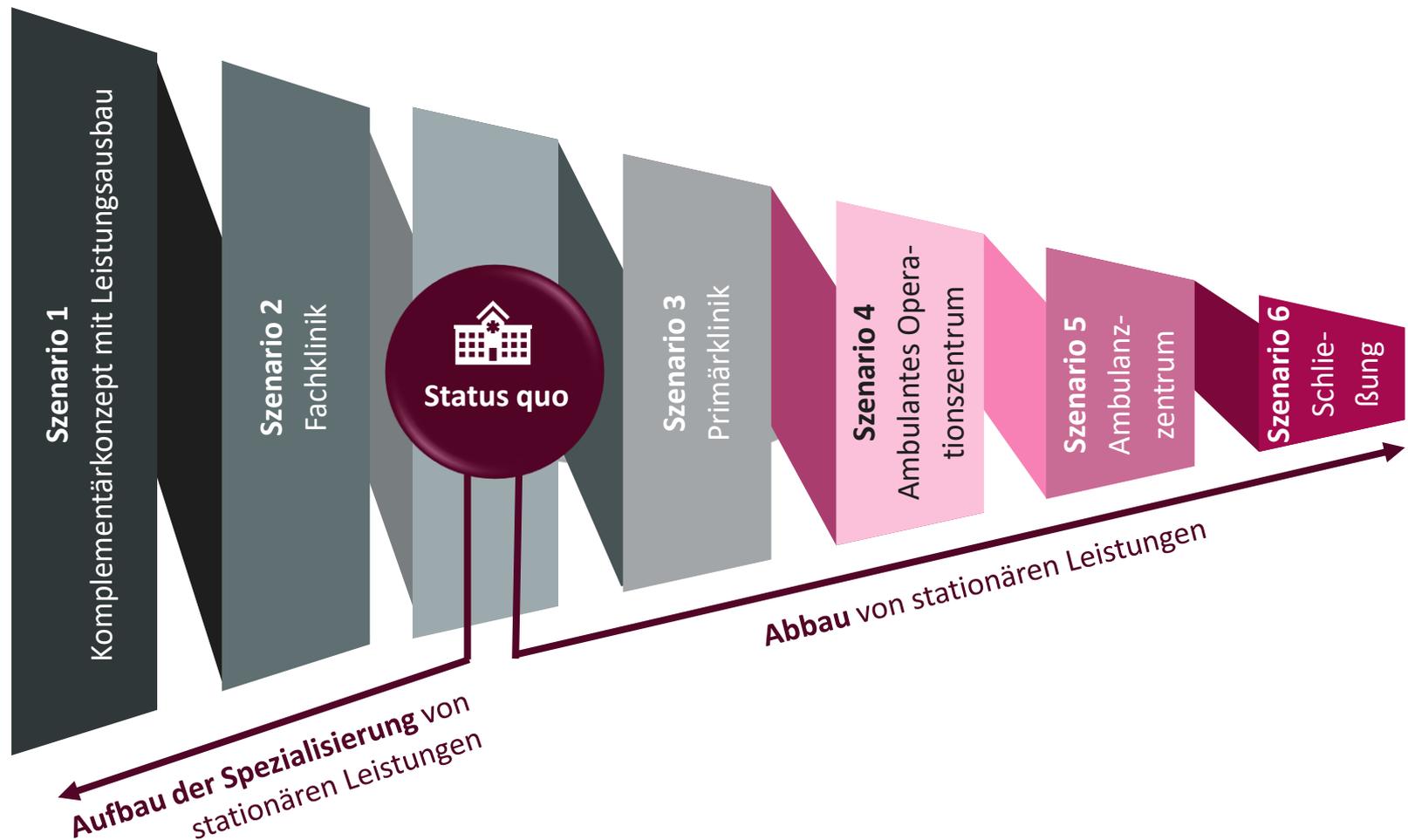
Konsequenzen und Optionen für Geislingen

- Konsequenzen
- Optionen

Fazit

# Verschiedene Szenarien für die HKG denkbar

Ziel des Landkreises: Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in Geislingen



Quelle: hcb

# Optionen zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in Geislingen geprüft



## Erlöse

1. Können die Marktanteile in den bestehenden Angeboten gesteigert werden? Zum Beispiel Veränderung des Zuweiserverhaltens
2. Können neue stationäre Leistungsbereiche angeboten werden?
3. Kann für ein INZ in Geislingen gekämpft werden?
4. Können die ambulanten Angebote ausgeweitet werden?

## Personal

5. Kann die HKG für Personal attraktiver gemacht werden, sodass Fachkräfte gewonnen und gebunden werden?
6. Können Abmeldungsquoten (ITS, Kreißsaal) reduziert werden?

## Kosten

7. Können Sachkosten reduziert werden?
8. Können Personalkosten reduziert werden?

## Investitionen

9. Können Investitionen verschoben werden?

## Weitere Optionen

10. Kann eine Verbundbildung Synergiepotenziale liefern?
11. Kann ein gewisses Defizit der AFK grundsätzlich getragen werden?  
Gewinnt die KAE durch den Neubau so an Stärke, dass ein Defizit der HKG getragen werden kann?



# 1. Können Marktanteile gesteigert werden?

## Ergebnis

Steigerung der Marktanteile **möglich, jedoch nicht deutlich über Werte 2017 hinaus**

**Ergebniseffekt HKG: + 140 T€** <sup>(1)</sup>

Ergebniseffekt KAE: 950 T€ <sup>(1)</sup>

Ergebniseffekt AFK gesamt: + 1.090 T€ <sup>(1)</sup>

## Erläuterung

**Bereits gute Marktabdeckung** im Landkreis durch HKG und KAE, jedoch vereinzelt Steigerungspotenzial vorhanden

**Bisherige Bemühungen** zur Steigerung der Marktanteile **jedoch ohne Erfolg**, daher keine Steigerung über erreichten Marktanteil 2017 oder 2018 (höchster Wert zugrunde gelegt).

### Beispiele:

- Geburtshilfe: „Geburtenlücke“ bei den besser situierten Bürgern des Landkreises, erheblicher Wettbewerb unter den Kliniken, Instabilität im Hebammenteam, Oberarztakquise seit 1,5 Jahren erfolglos, Pädiatrie Level 1 nicht erreichbar (Fachkräftemangel Intensivpflege, Abdeckung Umfeld über Klinikum Stuttgart und Uni Ulm)
- Elektive Endoprothetik: mehrfache Chefarzt- und Strategiewechsel ohne Verbesserung der Marktanteile, wettbewerbsintensives Umfeld, Verhalten der Niedergelassenen im Landkreis

(1) Erlöse minus Kostenansatz (prozentuale Annahme)

Quelle: hcb



## 2. Können neue stationäre Leistungsbereiche angeboten werden?

Berücksichtigung KAE und HKG

### Ausbau: Fehlende Diagnosen im Leistungsangebot

#### Eingeschränkt.

Abgleich der möglichen Fälle mit den behandelten Fällen

- Diagnosen mit geringem Marktanteil für AFK werden am **Christophsbad** behandelt
- Oder bereits behandelt, jedoch nur **geringe Marktanteile** erzielt (vgl. Steigerung Marktanteile)

Leistungsausweitung bei Augenheilk. und Dermatologie möglich, aufgrund hohem **Ambulantisierungsrisiko** jedoch nicht berücksichtigt

### Aufbau: Gewinnung neuer Märkte durch neue Angebote

#### Nicht möglich.

Einige der fehlenden Fachabteilungen oder Leistungsbereiche werden in Göppingen durch das **Christophsbad** erbracht.

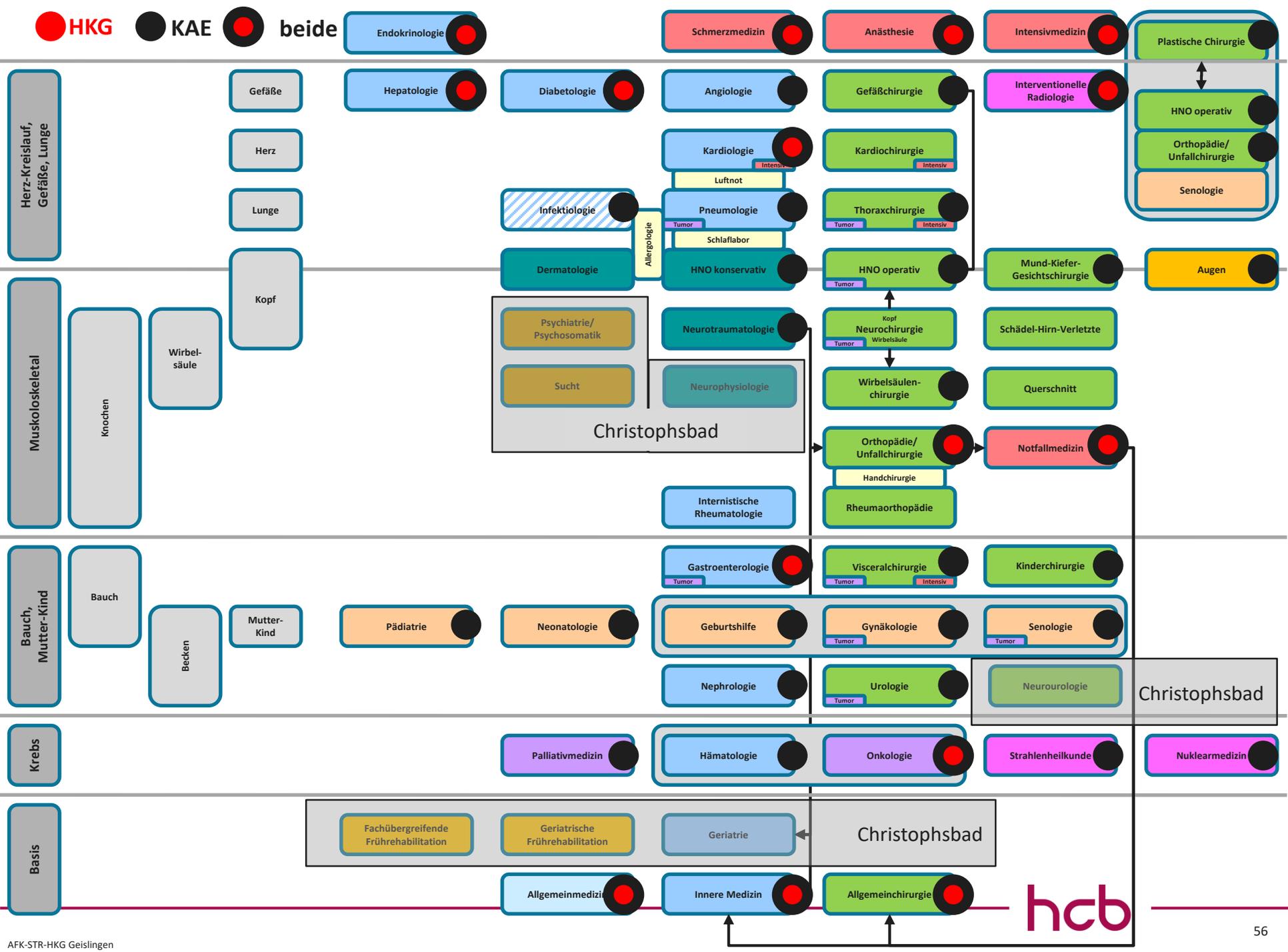
Verbleibende Leistungsbereiche sind entweder so **speziell**, dass sie zum Leistungsangebot einer Uniklinik oder einer Spezialklinik gehören, oder insgesamt über ein **hohes Ambulantisierungsrisiko** verfügen.

### Verlagerung des Behandlungsortes

#### Nicht möglich.

Verlagerung durch wmc healthcare **detailliert überprüft, Argumentation hat weiterhin Bestand. Keine Verlagerung:**

- Uro: Ausbau durch DaVinci
- UCH: groß und stabil
- ACH: starke Abdominal- und Tumorchirurgie, chefarztgetriebene Abteilung
- GYN: operativer „Unterbau“, stabile Geburten
- INT/Notfälle: Hubschrauberlandeplatz, VAV-Verfahren



## Besonders interne Widerstände verhindern vollständige Verlagerung von Fachabteilungen nach Geislingen



**Vollständige Verlagerung einzelner Fachdisziplinen an die HKG für Mediziner „nicht vorstellbar“**



### 3. Kann für ein INZ in Geislingen gekämpft werden?

#### Ergebnis

**Negativer Ergebniseffekt von -466 T€** für die HKG, falls ihr kein INZ zugeteilt wird <sup>(1)</sup>

Chance für die HKG, ein INZ zugewiesen zu bekommen, liegt bei etwa 1:2

#### Begründung

Einrichtung integrierter Notfallzentren (INZ) nur an einigen Krankenhäusern.

**Mindestanforderungen** für jeweilige Notfallstufe des G-BA

- Art und Anzahl von Fachabteilungen: **mind. 1 Fachabteilung INN und 1 Fachabteilung CHIR**
- Anzahl und Qualifikationen des Fachpersonals: **1 Arzt und 1 Pflegekraft für Notfallversorgung** <sup>(3)</sup>
- Zeitlicher Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen: innerhalb von **max. 30 Minuten, 6 Betten Intensivstation, 1 Schockraum, 24-stündige verfügbare CT-Bildgebung** (Kooperation möglich)



Mindestanforderungen

**Chance auf ein INZ besteht**



Mindestanforderungen

**Es besteht keine Chance auf ein INZ**

**Anzahl der Krankenhäuser, die ein INZ bekommen können: ca. 1.120** <sup>(2)</sup> (entspricht ca. 64% der Häuser)

(1) Erlöse minus Kostenansatz (prozentuale Annahme)

(2) Angabe des Gemeinsamen Bundesausschusses

(3) Fachlich, räumlich, organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und in der Zentralen Notaufnahme verfügbar, Arzt und Pflegepersonal jeweils mit Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“

Quelle: hcb, Gemeinsamer Bundesausschuss

# Geplante Reform der Notfallversorgung: Einführung von gemeinsamen Notfallleitstellen und integrierten Notfallzentren

„Diskussionsentwurf“ von Juli 2019 aktuell nicht öffentlich zugänglich

Erlöse

## Inhalte des Gesetzes

### Schaffung **gemeinsamer Notfallleitstellen (GNL)**

Rettungsdienst (112) und KV-Bereitschaftsdienst (116117) zur Ersteinschätzung des med. Versorgungsbedarf



## Konsequenzen für Krankenhaus

Perspektivisch Entlastung der KH-Notaufnahmen, wenn Patienten Lotsenfunktion der GNL annehmen

Einrichtung **integrierter Notfallzentren (INZ)** an einigen Krankenhäusern: Triage von Patienten und Aufnahme zur stationären oder ambulanten Behandlung



Gemeinsamen Tresen von KH und KV schaffen, aber räumlich und wirtschaftlich vom KH getrennt und mit eigener Leitung; ggf. Portalpraxen weiterentwickeln  
Vorab: Notfallstruktur-Vorgaben des G-BA erfüllen

**Vorhaltekosten** der INZ über **Grundpauschale** finanziert; **extrabudgetäre Vergütung** von Leistungen in INZ durch GKV nach **EBM**



Finanzierungsdefizite der Krankenhaus-Notaufnahmen sollten geringer werden

**Sicherstellungsauftrag** für INZ ggf. an Bundesländer; größerer Einfluss des Bundes durch Vorgabe bundesweiter Rahmenbedingungen



DKG präferiert Sicherstellungsauftrag der Bundesländer, damit KV außen vor ist



## 4. Können die ambulanten Angebote ausgeweitet werden?

### Ergebnis

Ausweitungsmöglichkeiten (bspw. für die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Pneumologie) vorhanden

**Aber: Deckungsbeitrag liegt bei ambulanten Angeboten erfahrungsgemäß bei Null.** Chance des ambulanten Ausbaus liegt in der Sicherung der Zugangswege und der Marktanteile

### Begründung

**Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus unterliegt bestimmten Regularien**

- § 116 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte
- § 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung
- § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
- § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

„Keine Möglichkeiten  
zum ambulanten  
Ausbau“

**Deckungsbeitrag der ambulanten Leistungen am Krankenhaus häufig negativ bzw. null: Ressourcen eines Krankenhauses übersteigen Erlöse; daher Steigerung der ambulanten Angebote ohne direkte wirtschaftliche Verbesserung**

## 5. Kann die HKG für Personal attraktiver werden, sodass Fachkräfte gewonnen und gebunden werden?



Personal

### Ergebnis

Attraktivitätsmerkmale für kleinen, im ländlichen Raum gelegenen Standort **kaum umzusetzen**

- Stattdessen zieht die KAE durch ihren Neubau Personal zu sich
- Fachkräftemangel verstärkt sich, sinkende Zahl erwerbsfähiger Menschen

### Begründung

Faktoren, welche dem Personal wichtig sind

- Attraktives Umfeld: städtischer Bereich beliebter als ländliche Region
- Attraktiver Arbeitgeber: Weiterbildungsmöglichkeiten, Einblick in möglichst viele verschiedene Fachgebiete
- Studie zur Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal stellt Kriterien heraus, die für die HKG schwierig zu erfüllen sind
  - Unbefristeter Arbeitsvertrag: **möglich**
  - Sicherer Arbeitsplatz: **schwierig bei ungewisser Situation HKG**
  - Guter persönlicher Kontakt zu Patienten und Zeit für Menschen: **schwierig bei Personalmangel und unterbesetzten Schichten**
  - Wertschätzung des Pflegepersonals im Krankenhaus: **vorhanden**
  - Zahl der Kollegen bei Schichtbesetzung: **Personalmangel + unterbesetzte Schichten**
  - Verlässl. Dienstplan: **schwierig bei Personalmangel und unterbesetzten Schichten**

Initiativen der HKG, um Arbeitgeberattraktivität zu erhöhen, teilweise fehlgeschlagen, kaum weiteres Potenzial

# Rückläufiger Trend der erwerbsfähigen Menschen nur schwer durch zielgerichtete Maßnahmen zu durchbrechen

## Ausbau der Pflegeschule

- Kurs, der in der HKG etabliert war, wurde in die KAE verlegt
- „Schwarze Null“ nicht durch Vorhalten der gesamten Schulstrukturen für einen Kurs möglich

→ Nicht realisierbar

## Angebot der Kinderbetreuung

- Wurde in der Vergangenheit bereits angeboten
- Angebot der Kitaplätze wurde nicht ausreichend angenommen
- „Schwarze Null“ war nicht zu erreichen

→ Nicht realisierbar

## Bereitstellung eines Jobtickets

- Momentan noch nicht realisiert
- Überlegungen dazu finden bereits in der Personalabteilung statt

→ Realisierbar

## Wohnungsangebot für Fachkräfte

- Bereits vorhanden

→ Kein zusätzliches Potenzial



## 6. Können Abmeldungsquoten reduziert werden?

Bei Abmeldung von Notfallversorgung, fährt Rettungsdienst nicht mehr an

### Ergebnis

**Ergebniseffekt von - 171 T€<sup>(1)</sup>** in der HKG durch Fachkräftemangel

Kleiner Standort kann Abwesenheit von Personal kaum kompensieren

- Krankheitsfälle und Urlaub treten schnell doppelt auf
- Kompensation durch Personal der KAE aufgrund von Personalmangel auch in Göppingen und einer steigenden Nachfragen durch den Neubau nur begrenzt möglich

### Gründe für abgemeldete Stationen bzw. Bereiche

Fehlende Bettenkapazitäten: kein limitierender Faktor für die HKG

**Mangelnde personelle Ressourcen durch unbesetzte Stellen, Krankheit und Urlaube:** limitierender Faktor für die HKG

- Kleine Standorte haben weniger Möglichkeiten, Schwankungen entgegenzuwirken
- Teilweise Kompensation durch Schließung Privatstation → mehr Personal für GKV-Stationen
  - Wegfall des Erlöses durch die Privatstation
  - Steigender Fachkräftemangel reduziert zukünftig Handlungsspielraum, sodass Verlagerung der Personalressourcen von PKV zu GKV langfristig nicht genügt

(1) Erlöse minus Kostenansatz (prozentuale Annahme)

Quelle: hcb

# Stationsschließungen durch Fachkräftemangel kein Einzelfall

Personal

WEGEN PERSONALMANGELS

## Uniklinik in Gießen schließt drei Stationen

AKTUALISIERT AM 09.11.2019 - 17:26



Der Betriebsrat spricht von einem Pflegenotstand. Das **Uni-Klinikum Gießen** und **Marburg** muss **wegen Personalmangels drei Stationen schließen**. „Unsere OP- und Prozessplanung wird entsprechend angepasst“, sagte ein Sprecher.

Quelle: hcb, Frankfurter Allgemeine 09.11.2019



Kosten

## 7. Können Sachkosten reduziert werden?

### Ergebnis

Es können Einsparpotenziale für Sachkosten realisiert werden, **Kosten-Erlösschere jedoch zu hoch, um langfristig spürbar Positiveffekt zu erwirken**

### Begründung

Sachkostenoptimierung war nicht Gegenstand der Untersuchung.

Einschätzung:

**Folgende Maßnahmen wurden durch AFK bereits umgesetzt:**

- Standardisiertes, kontinuierliches Monitoring und Controlling der Sachkosten durch Verbrauchsdialoge
- Standardisierung und Verhandlung von Rabattverträgen für die Top-Warengruppen
- Zeitreihe der Kostenentwicklung inkl. Planansatz zeigen Reduktion der Sachkosten auf
- In Planung: Kostenoptimierung für EPU, Endoskopie

Außerdem weiteres, geringes Einsparpotenzial möglich, jedoch **nicht ausreichend um Risiken auszugleichen. Künftig weiterhin Kosten-Erlösschere**: Kosten steigen schneller als die Erlöse



## 8. Können Personalkosten reduziert werden?

### Ergebnis

Nein, der Fachkräftemangel wird **zu steigenden Personalkosten** führen.  
Mindestbesetzung und Personaluntergrenzen verhindern Abbau von Stellen

### Begründung

Personalkostenoptimierung war nicht Gegenstand der Untersuchung.

Einschätzung:

Durch **Ausgliederung der Pflegepersonalkosten<sup>(1)</sup>** werden mögliche **Einsparungsmaßnahmen reduziert**. Weitere wesentliche **Personalkostenanteile entfallen auf Ärztlichen und Funktionsdienst**. Dort herrscht aktuell am HKG eher Personalmangel, sodass Einsparungen nicht möglich.

In **kleinen Abteilungen** und Einheiten führen **Mindestbesetzungen und Personaluntergrenzen** dazu, dass die Kosten die Erlöse übersteigen.

Fachkräftemangel führt **zukünftig zu weiter steigen Personalkosten**.

(1) Kosten werden 1:1 übernommen

Quelle: hcb



## 9. Können Investitionen der HKG verschoben werden?

### Ergebnis

Es besteht aus **regulatorischer Sicht die Möglichkeit, Investitionen zu verschieben.**

Patientensicherheit an höchster Stelle → **Abwägung notwendig**

### Begründung

Sanierungsbedarf bereits im Jahr 2015 von Teamplan für notwendig erachtet: Sanierungsnotwendigkeit inzwischen immer dringlicher

Bisher aber noch kein Druck durch das Ministerium in Form einer Mahnung: Verschiebung von Investitionen möglich

Brandschutz

- Konzept zum Brandschutz aktuell von der Stadt Göppingen bearbeitet, abgestimmtes Konzept bis Mitte November
- Kurzfristige OP-Schließung aufgrund von Nicht-Einhaltung des Brandschutzes stellt keine Gefahr dar

# Stress-Test für relevante unternehmensspezifische Risiken

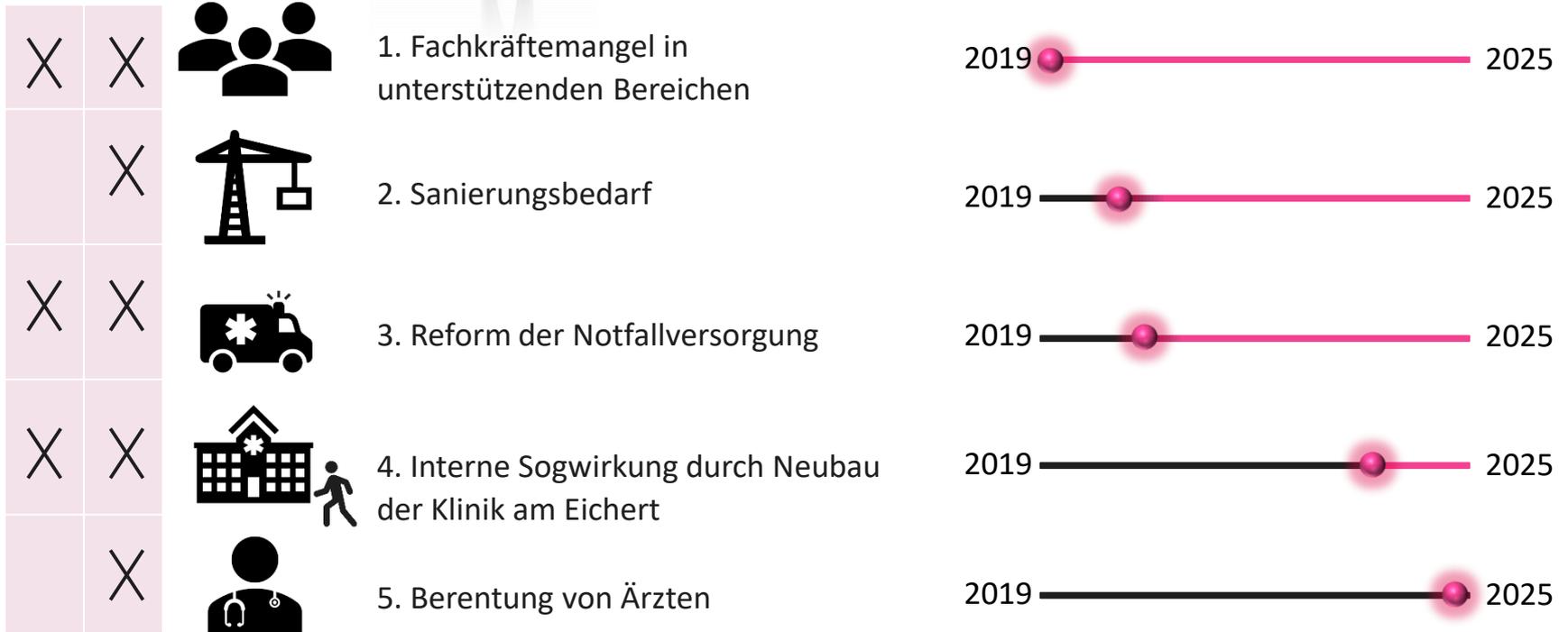
## Zusammenfassung der Risiken

Weitere



# „Stress -Test“

Einfluss auf  
KAE HKG



Quelle: hcb, AFK Altersübersicht ÄD, 83. Sitzung des Aufsichtsrates 2019

# Agenda



Ausgangslage und Trends

Konsequenzen und Optionen für Geislingen

Fazit

# Zwei Wege denkbar

## Weg 1: Stabilisierung der HKG

Für den Versuch zur Realisierung von Potenzialen jährliche Meilensteine bis zum Jahr 2022 festsetzen

Bei Nicht-Erreichung der Meilensteine bis zum Jahr 2022: Übergang zu Weg 2

**Ambulantes Angebot wird bereits heute gut angenommen (durch GHZ und MVZ)**

### Problematik

- Investitionen bis 2022 nötig
- steigende Verunsicherung der Mitarbeiter, Bevölkerung und Politik
- Im Falle des Scheiterns: zwei Negativnachrichten zum Krankenhaus in kurzer Zeit



## Weg 2: Gesundheitscampus mit Ambulanzzentrum HKG

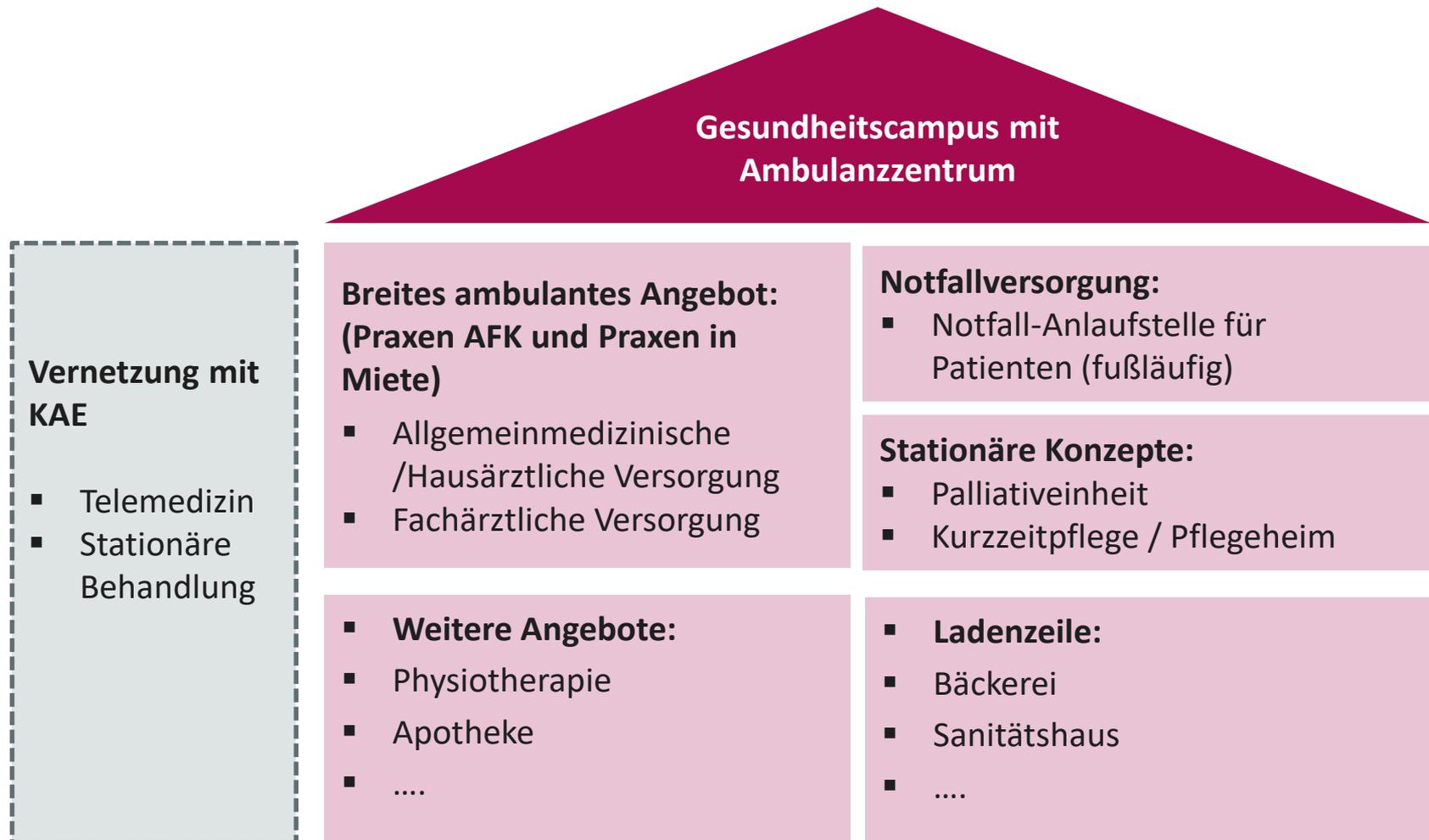
**Geregelte, strukturierte Bestreitung des Weges** zum Abbau der stationären Leistungserbringung

### Gewährleistung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung

- Keine eigene stationäre Versorgung, jedoch telemedizinisch an stationäre Leistungserbringung angebunden
- Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern
- Zusätzliche Angebote (Apotheke, Ladenzeile etc.)

# Gesundheitscampus mit Ambulanzzentrum für eine ambulante und wohnortnahe Versorgung in Geislingen...

Skizzierung



Quelle: hcb

## ... mit weiteren möglichen Angeboten

-  **Notfallversorgung bzw. zentrale Notaufnahme (ZNA):** Notfall-Anlaufstelle für Patienten, die fußläufig die Ambulanz erreichen, keine großen Kapazitäten vorhalten, da nach Notfallreform Standorte ohne INZ nicht mehr durch den Rettungsdienst angefahren werden
-  **Überwachungseinheit mit Übernachtungsmöglichkeit:** in Abhängigkeit der medizinischen Angebote zu prüfen (ggf. auch als Selbstzahler-Konzept)
-  **Ambulantes Operieren:** wird als nicht sinnvoll bewertet, da kleines lokales Umfeld nicht genügend Fälle generiert; kaum eine Chance, Fälle des KAE für ambulante Eingriffe in Geislingen zu gewinnen
-  **Röntgen:** Notwendige Geräte in Abhängigkeit der medizinischen Angebote zu prüfen
-  **Palliativstation:** Beibehaltung und langfristiges Konzept zu prüfen

**Personalsituation:** Abhängig von Akquise von niedergelassenen Ärzten bzw. teilweise Betrieb von eigenen Ambulanzen (Nachteil Entfernung zu Göppingen); ggf. Abfindungen für Personal, welches nicht in Göppingen eingesetzt werden will bzw. kann; Personalbedarf im Ambulanzzentrum zu prüfen

Anmerkung: INZ = Integrierte Notfallzentren  
Quelle: hcb

# Beispiele zur Veränderung kleiner Standorte hin zu Ambulanzzentren

**Landrat Piepenburg** entscheidet sich für Ambulanzzentren an den Standorten Brackenheim und Möckmühl der SLK-Kliniken im LK Heilbronn



**Gesundheitszentrum Brackenheim:** wohnortnahe ärztliche Versorgung und geriatrische Rehabilitation, Kooperation mit Kurzzeitpflege (Verlagerung stationäre Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin an größere Standorte der SLK-Kliniken) <sup>1)</sup>



**Gesundheitszentrum Möckmühl:** Ambulantes medizinisches Grundversorgungsangebot mit verschiedenen Praxen und Gesundheitseinrichtungen (u.a. orthopädisch-chirurgische Praxis, hausärztliche Notfallpraxis, Therapiezentrum, Gynäkologie, Allgemeinmedizin) <sup>1)</sup>

**Landrat Gruber** fällt Entscheidung für das Krankenhaus Waldkirchen <sup>2)</sup> im LK Freyung-Grafenau



**Gesundheitszentrum Waldkirchen:** wichtige Säule der medizinischen Versorgung als ambulantes Gesundheitszentrum (Facharztpraxen, KJP Institutsambulanz, internistisches Zentrum, onkologische Tagesklinik)

1) Eröffnung 2. Hj. 2020

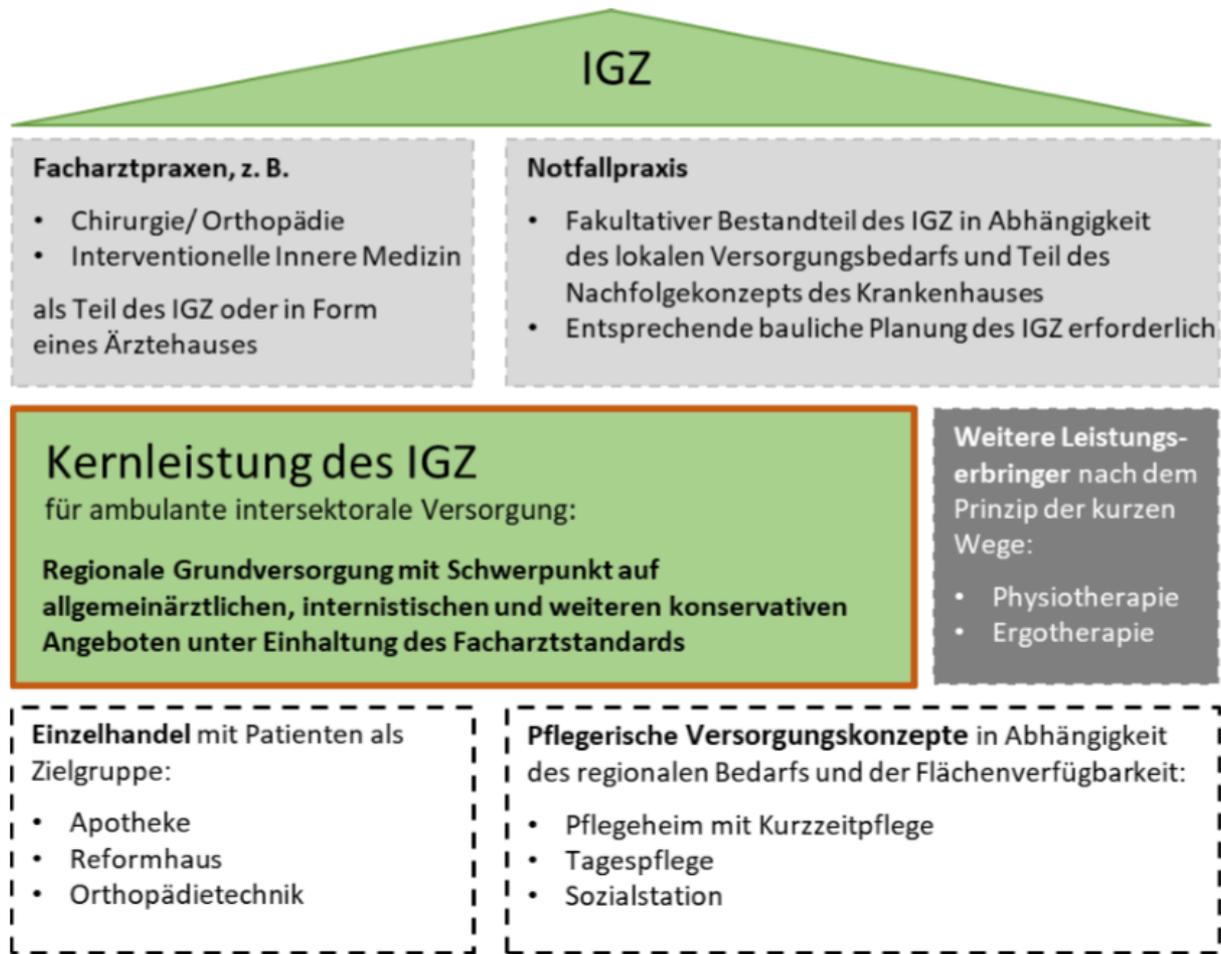
2) Betrieb bis 2018, bis 2020 vollständige Inbetriebnahme des Gesundheitszentrums

Quelle: hcb, SLK-Kliniken, GesundheitszentrumWaldkirchen

# Beispiel Ambulanzzentrum: IGZ = Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Standorte

IGZ = Intersektorales Gesundheitszentrum

Praxisbeispiel



## Standorte von IGZ als Vorreiter:

Kliniken Nordoberpfalz

- Vohenstrauß
- Waldsassen

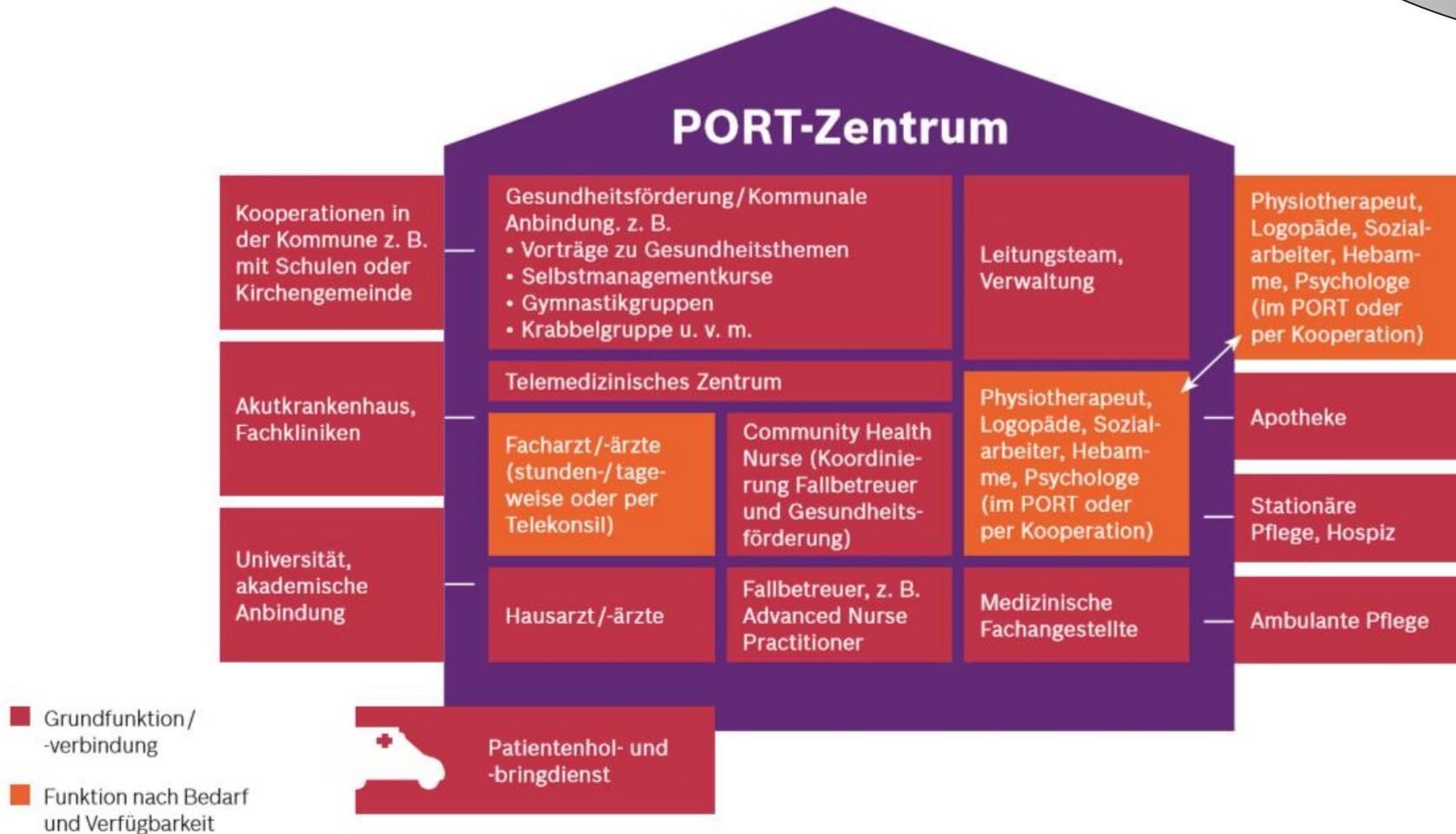
Klinikum Landkreis Tuttlingen

- Spaichingen

# Beispiel Ambulanzzentrum: Bündelung der Leistungen in PORT-Zentrum, Fokus auf Community nurse und Advances nurse practitioner

PORT = Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung

Praxisbeispiel



Quelle: hcb, Kathrin Janine Raslan: Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung Robert Bosch Stiftung 2019

# PORT-Zentrum als regionaler Gesundheitsversorger im ländlichen Raum

PORT = Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung



## Bündelung der Leistungen, auf regionalen Bedarf abgestimmt

- Patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung aus einer Hand
- Verzahnung von ambulant und stationär
- Verknüpfung mit Prävention und Gesundheitsförderung
- Multiprofessionelle Teamarbeit
- Gute kommunale Einbindung der Zentren
- Langfristig: Akademische Anbindung



## Chancen

- Abmilderung des Fachkräftemangels
- Nutzung von Potenzialen der Digitalisierung
- Neue, attraktive Verantwortungen der Pflegeberufe:  
„Community Health Nursing“,  
„Advanced Practice Nursing“

## Standorte mit PORT-Zentrum als Vorreiter

- 2017 „Programm PORT“: 5 Initiativen bekommen Förderzuschlag von 2 Millionen €
  - **Büsum, Berlin, Hohenstein, Calw, Waldeck-Frankenberg**
- 2018 „sup-PORT (als Fortführung) – auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“: 8 Initiativen
  - **Brüggen, Dachau, Darmstadt-Dieburg, Dornhan, Hamburg, Kassel, Märkische Höhe, Traben-Trarbach**

# Ambulanzzentrum HKG mit geeigneter Nachnutzung der Bettenstationen und Akquise von Niedergelassenen möglich

## Ersteinschätzung

<b>Angebot</b>	<b>Aufgabe der stationären Angebote</b> und <b>Ausbau der ambulanten Angebote, ggf. Erhalt der Palliativstation als Hospizeinheit</b>
<b>Auswirkungen</b>	Ausblick: Rückenwind durch <b>Ambulantisierung</b> ; <b>teilweise Verluste</b> des südlichen/südöstlichen Teils des <b>Einzugsgebietes</b> ; <b>Verlust von Pufferkapazitäten</b> vor Fertigstellung des Neubaus <sup>1)</sup>
<b>(Gesetzl.) Rahmenbed. &amp; Kostenträger</b>	Chancen: voraussichtliche <b>Erweiterung des Katalogs für stationersetzende Eingriffe</b> ; Personaluntergrenzen durch Verlagerung des Personals nach Göppingen dort leichter zu erreichen KV-Sitze nötig
<b>Bauliche Voraussetzungen</b>	Bauliche Strukturen ausreichend, jedoch <b>nicht für Ambulanzbetrieb optimiert</b> ; Nachnutzung Bettenstationen offen
<b>Personal</b>	<b>Abhängig von Akquise von niedergelassenen Ärzten</b> bzw. teilweise Betrieb von eigenen Ambulanzen (Nachteil Entfernung); <b>ggf. Abfindungen</b> für Personal, welches nicht in Göppingen eingesetzt werden will bzw. kann
<b>Wirtschaftlichkeit</b>	Mögliche <b>Förderung durch Strukturfonds</b> ; kapazitätsbedingter Verlust des Deckungsbeitrags <sup>(1)</sup> ; ggf. Rückforderung geförderter Bauten; ausgeglichenes Ergebnis möglich
<b>Umsetzungschance</b>	<b>Hoch; zukunftsfähig, daher prüfenswert</b> ; <b>Verlust</b> des südlichen/südöstlichen Teils des <b>Einzugsgebietes</b> ; <b>Verlust von Pufferkapazitäten</b> vor Fertigstellung des Neubaus <sup>(1)</sup>

1) Siehe AR-Klausur: Göppinger Weg 2019 über geprüfte Standortkonzepte für Geislingen durch WMC  
Quelle: hcb

# Zusammenfassende Empfehlung der Möglichkeiten

## Weg 1: Stabilisierung der HKG

Für den Versuch zur Realisierung von Potenzialen jährliche Meilensteine bis zum Jahr 2022 festsetzen

Bei Nicht-Erreichung der Meilensteine bis zum Jahr 2022: Übergang zu Weg 2

**Ambulantes Angebot wird bereits heute gut angenommen (durch GHZ und MVZ)**

### Problematik

- Investitionen bis 2022 nötig
- steigende Verunsicherung der Mitarbeiter, Bevölkerung und Politik
- Im Falle des Scheiterns: zwei Negativnachrichten zum Krankenhaus in kurzer Zeit



## Weg 2: Gesundheitscampus mit Ambulanzzentrum HKG

**Effiziente, strukturierte Bestreitung des**  
s zum Abbau der stationären  
ngserbringung

### Gewährleistung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung

- Keine eigene stationäre Versorgung, jedoch telemedizinisch an stationäre Leistungserbringung angebunden
- Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern
- Zusätzliche Angebote (Apotheke, Ladenzeile etc.)



Vielen Dank!

Institute for Health Care Business GmbH  
Huysenallee 78-80  
45128 Essen

Tel.: 0201 / 29 39 3000  
Mail: [info@hcb-institute.de](mailto:info@hcb-institute.de)  
URL: [hcb-institute.de](http://hcb-institute.de)