

Zukunftsprogramm Gesundheitsregion Oberschwaben

Präsentation der Ergebnisse
Kreistagssitzung am 3. Mai 2022

Die aktuellen Trends im Gesundheitswesen müssen im Zukunftsprogramm abgebildet werden, sie sind die Treiber für die strukturellen Veränderungen



Krankenhausleistungen und -Strukturen sind stark durch die **Finanzierung** reguliert



Zunehmende Ambulantisierung: 20 – 40% der heute stationären Patienten sollen in Zukunft ambulant versorgt werden.



Aus der **zunehmenden Spezialisierung** erwächst die **Notwendigkeit der Leistungskonzentration**. Dafür werden die **Strukturvorgaben** und **Mindestmengen** immer weiter ausgebaut und verstärkt geprüft.



Im **Fokus des Koalitionsvertrages** stehen die ambulanten und stationärsersetzenden Leistungsbereiche, sowie die Vernetzung der Angebote.



Anteile offener Stellen zu Arbeitssuchenden zeigt den **Fachkräftemangel**

**Deshalb:
Wichtige
Weichen jetzt
stellen – damit
wir von den
Trends nicht
überholt
werden!**

AGENDA

- 1** Vorstellung der Szenarien
- 2** Versorgung neu denken
- 3** Fachkräfte- und Personalsituation
- 4** Rahmenbedingungen für strategische Versorgungssituationen
- 5** Ergebnisse der Szenarienberechnungen
- 6** Bewertung der Szenarien und Empfehlung BAB

Szenarien

Konkret geht es um die Ausgestaltung der 4 Szenarien eines Zukunftsprogramms

Szenario 1)

Fortführung aller drei bisherigen Standorte der Akutversorgung

„Möglichst wenig Veränderung“

Szenario 2)

Konzept mit **drei Akutstandorten** unter Berücksichtigung des Ziels eines Abbaus von versorgungspolitisch und medizinisch nicht notwendigen Doppelstrukturen

„Möglichst zukunftsfeste Aufstellung für zentrale Herausforderungen im Gesundheitswesen“

Szenario 3)

Konzept mit **zwei Akutstandorten** Berücksichtigung des Ziels eines Abbaus von versorgungspolitisch und medizinisch nicht notwendigen Doppelstrukturen

Szenario 4)

Konzept unter Berücksichtigung des Sicherstellungsauftrages des Landkreises Ravensburg

„Freies Szenario BAB“

Konzept für die regionale sektorübergreifende Versorgung insb. in der Grund- und Notfallversorgung

Fachliche Parameter zur Herleitung der Szenarien. Wesentlich ist eine langfristige Zukunftsfähigkeit der Standorte!

Langfristige Zukunftsfähigkeit durch:

Profil der Standorte

- in sich stimmiges Leistungsportfolio
- weitgehende Vermeidung von Wettbewerb im Konzern
- Ökonomische Unabhängigkeit der Standorte – unter Berücksichtigung von gewollter Konzernsubventionierung

Hohe Qualität der medizinischen Versorgung

- ausreichende Leistungsmengen (nicht nur bei den Mindestmengen)
- ausreichende Besetzung mit dem entsprechenden Fachpersonal, das gewonnen werden muss
- sinnvolle Leistungsbündelung auch für Umsetzung von Interdisziplinarität
- gute Weiterbildungsvoraussetzungen für Ärzte und Pflege

Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Einweiser/Bevölkerung:

- die Standortzuweisung muss eindeutig sein
- Zugang zu einer geeigneten Versorgungsstruktur im Landkreis und Sicherstellung einer adäquaten Verfügbarkeit in der Not- und Unfallversorgung
- Erreichbarkeit, Öffnungszeiten und Patientenwege

Wirtschaftlichkeit

- teure Ressourcen sollen möglichst nur einmal vorgehalten werden
- Minimierung der Doppelvorhaltungen
- Besetzungsproblematik, insbesondere im ÄD, muss gelöst werden

Förderfähigkeit

- Anforderungen des Landes an Größe der Standorte (Betten) und Kooperation
- Bereitschaft potentieller Partner zur Kooperation
- Politische Durchsetzungsfähigkeit beim Land
- Höhe der Fördermittel

Transformation

- Aufwand der Umsetzung
- Zeitraum der Umsetzung

Legende

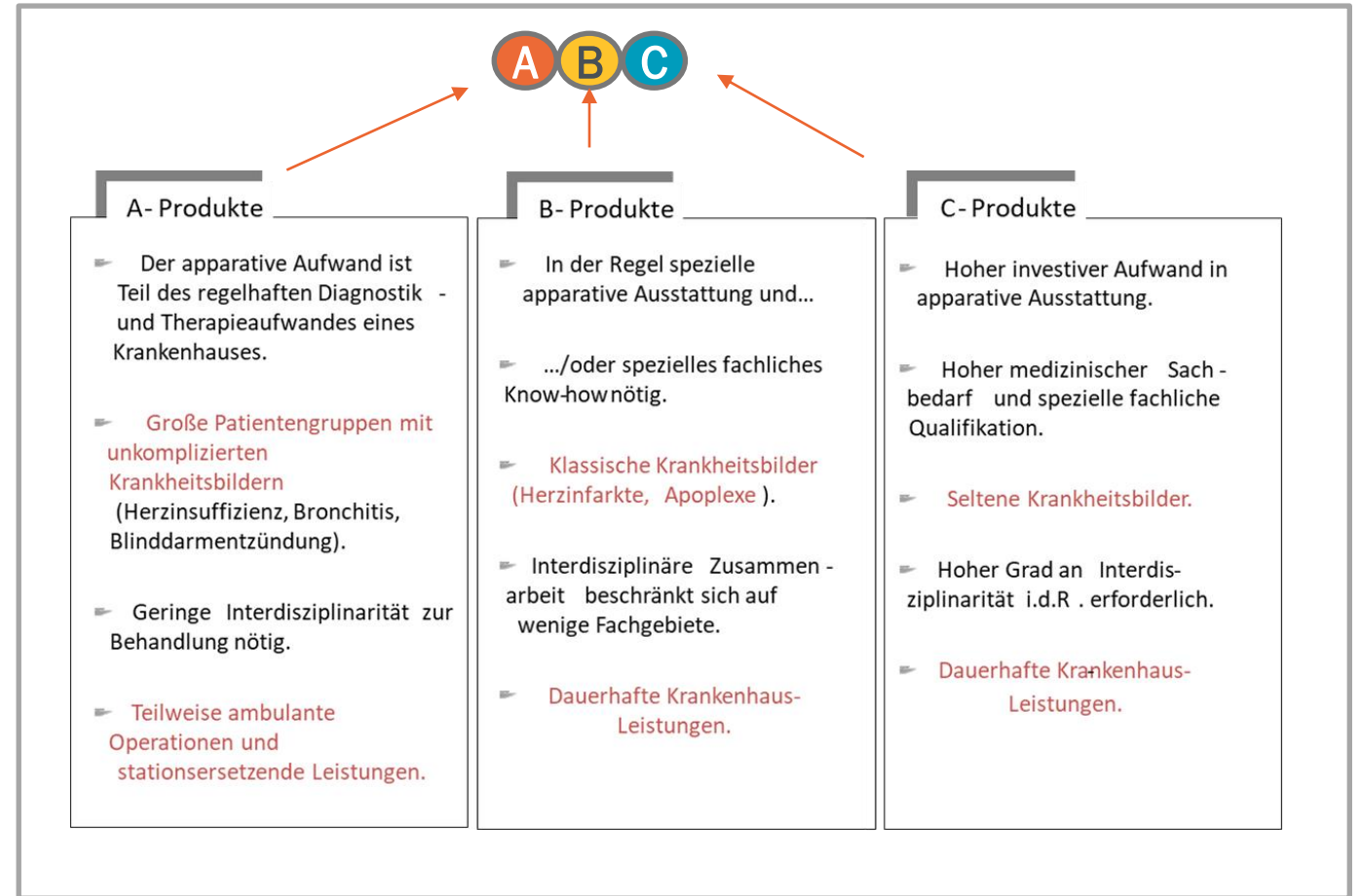
Einordnung der Leistungen in den Häusern

Basisleistungen

Leistungen zur Profilbildung

Leistungen zur weiteren Diskussion – Eine Vorhaltung ist nicht versorgungsnotwendig

Notfallversorgung



Szenario 1 – „Möglichst wenig Veränderung“ – 3 Standorte

Bad Waldsee

75 Betten

Innere Medizin

A

31 Betten

Endoprothetik
Komplexe Leistungen

A B C

+750 Fälle der Sportklinik

38 Betten

Intensivmedizin

A B

ICU 2 Betten, IMC 4 Betten

Notfallversorgung

A

Innere Medizin 24/7

Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

St. Elisabethen

502 Betten

Innere Medizin

A B C

Onkologischer Schwerpunkt

8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Intensivmedizin

A B

Neonatologie

Gynäkologie und Geburtshilfe
& Perinatalzentrum

A B C

Pädiatrie

Akutgeriatrische (Früh-) Rehabilitation

B C

Palliativmedizin

46 Betten + 6 Betten

Robotergestützte Operationen in der AVCH, Urologie
und Gynäkologie v.a. im Bereich der
Tumoroperationen.

B C

Allgemein-, Gefäß-, Neuro-,
Plastische-, Unfallchirurgie,
HNO, Kardiologie, MKG, Neurologie,
Strahlentherapie, Urologie

A B C

ZNA 24/7

A B C

Überregionales Trauma- und Schlagan-

fallzentrum, Herzkatheterlabor/Chest Pain Unit

Wangen

175 Betten

(159 Betten ohne Gyn/Geb)

Innere Medizin

A

61 Betten

Allgemeinchirurgie

A

19 Betten

Unfallchirurgie

A

18 Betten

Endoprothetik
Komplexe Leistungen

A B C

+750 Fälle der Sportklinik

27 Betten

Palliativmedizin / Schmerztherapie

B

20 Betten

Intensivmedizin

A B

ICU 6 Betten, IMC 8 Betten

Gynäkologie und Geburtshilfe

A

Verlustrückgang 1,4 Mio EUR und

75% eigene Fachkräfte

16 Betten

Notfallversorgung

A

Innere Medizin, Gyn/Geb.

und Chirurgie 24/7

Szenario 2 - „Möglichst zukunftsfeste Aufstellung für zentrale Herausforderungen im Gesundheitswesen“ – 3 Standorte

Bad Waldsee

69 Betten

Innere Medizin

A

65 Betten

Intensivmedizin

A B

IMC 4 Betten

Notfallversorgung

A

Innere Medizin 24/7

Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

St. Elisabethen

487 Betten

Zuzügl. 8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Innere Medizin

A B C

Onkologischer Schwerpunkt

8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Intensivmedizin

A B C

Neonatologie

Gynäkologie und Geburtshilfe
& Perinatalzentrum
Pädiatrie

A B C

Akutgeriatrische (Früh-) Rehabilitation
Palliativmedizin

B

46 Betten + 6 Betten

Roboterassistierte Operationen in der AVCH, Urologie
und Gynäkologie v.a. im Bereich der
Tumoroperationen.

B C

Allgemein-, Gefäß-, Neuro-,
Plastische-, Unfallchirurgie,
HNO, Kardiologie, MKG, Neurologie,
Strahlentherapie, Urologie

A B C

ZNA 24/7

Überregionales Trauma- und Schlaganfallzentrum,
Herzkatheterlabor/Chest Pain Unit

A B C

Kooperationsmodell mit Waldburg-Zeil
Gute Chancen für Fördermittel durch
Kooperation mit Waldburg-Zeil. Dann
Aufbau von 20 Betten Akutgeriatrische
(Früh) Rehabilitation in WG.

Wangen

150 Betten

Innere Medizin

A

63 Betten

Endoprothetik

A B C

Komplexe Leistungen

55 Betten

Palliativmedizin / Schmerztherapie

B

20 Betten

Intensivmedizin

A B

ICU 4 Betten, IMC 8 Betten

Notfallversorgung

A

Innere Medizin 24/7

Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

Szenario 3 - „Möglichst zukunftsfeste Aufstellung für zentrale Herausforderungen im Gesundheitswesen“ – 2 Standorte

Kooperationsmodell mit Waldburg-Zeil
Gute Chancen für Fördermittel durch Kooperation mit Waldburg-Zeil. Dann Aufbau von 20 Betten Akutgeriatrische (Früh) Rehabilitation in WG.

Bad Waldsee

Notfallversorgung
Innere Medizin und Chirurgie über MVZ
mit erweiterten Öffnungszeiten

A

St. Elisabethen

542 Betten

Zuzügl. 8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Innere Medizin
Onkologischer Schwerpunkt
8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

A B C

Intensivmedizin
Neonatologie

A B C

Gynäkologie und Geburtshilfe
& Perinatalzentrum
Pädiatrie

A B C

Akutgeriatrische (Früh-) Rehabilitation
Palliativmedizin
46 Betten + 6 Betten

B

Roboterassistierte Operationen in der AVCH, Urologie
und Gynäkologie v.a. im Bereich der
Tumoroperationen.

B C

Allgemein-, Gefäß-, Neuro-,
Plastische-, Unfallchirurgie,
HNO, Kardiologie, MKG, Neurologie,
Strahlentherapie, Urologie

A B C

ZNA 24/7
Überregionales Trauma- und Schlaganfallzentrum,
Herzkatheterlabor/Chest Pain Unit

A B C

Wangen

154 Betten

Innere Medizin
Zzgl. pulmol. Fälle aus dem EK
67 Betten

A

Endoprothetik
Komplexe Leistungen
55 Betten

A B C

Palliativmedizin / Schmerztherapie
20 Betten

B

Intensivmedizin
ICU 4 Betten, IMC 8 Betten

A B

Notfallversorgung
Innere Medizin 24/7
Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

A

Szenario 4 - „Freies Szenario BAB“ – 1 Standort

Kooperationsmodell mit Waldburg-Zeil
40-50 Betten Innere Medizin aus Wangen

Bad Waldsee

St. Elisabethen **646 Betten**
Zuzügl. 8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Wangen

Innere Medizin **A B C**
Onkologischer Schwerpunkt
8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Intensivmedizin **A B C**
Neonatalogie

Gynäkologie und Geburtshilfe **A B C**
& Perinatalzentrum
Pädiatrie

Akutgeriatrische (Früh-) Rehabilitation **B**
Palliativmedizin 46 Betten + 6 Betten

Zentrum für Endoprothetik **A B C**
54 Betten

Robotergestützte Operationen in der AVCH, Urologie und Gynäkologie v.a. im Bereich der Tumoroperationen. **B C**

Allgemein-, Gefäß-, Neuro-, Plastische-, Unfallchirurgie, HNO, Kardiologie, MKG, Neurologie, Strahlentherapie, Urologie, Schmerztherapie **A B C**

ZNA 24/7 **A B C**
Überregionales Trauma- und Schlaganfallzentrum, Herzkatheterlabor/Chest Pain Unit

Notfallversorgung **A**
Innere Medizin und Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

Notfallversorgung **A**
Innere Medizin und Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

AGENDA

- 1 Vorstellung der Szenarien
- 2 Versorgung neu denken
- 3 Fachkräfte- und Personalsituation
- 4 Rahmenbedingungen für strategische Versorgungssituationen
- 5 Ergebnisse der Szenarienberechnungen
- 6 Bewertung der Szenarien und Empfehlung BAB

Versorgung neu denken

Warum es eines neuen Ansatzes bedarf.

Es gilt das „entweder/oder-Dilemma“ aufzulösen

Das „entweder/oder-Dilemma“ in der Gesundheitsversorgung lautet:

„Spitzenmedizin und flächendeckende Vor-Ort-Grundversorgung schließen sich aufgrund begrenzter Personal- und Finanzressourcen teilweise gegenseitig aus.“¹ Spitzenmedizin durch spezialisierte Abteilungen führt automatisch zu Bündelung und Zentralisierung. Zentralisierung führt wiederum zur Reduktion von stationären Leistungsangeboten in der Region.

Dieses Dilemma gilt es, so weit wie möglich aufzulösen durch:

- wohnortnahe zeitgemäße ambulante Strukturen
- enge Zusammenarbeit zwischen den Sektoren
- Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung
- Intelligente Steuerung der Patienten in die richtige Versorgung
- Nutzung von Telemedizin
- Abgesichertes Notarzt- und Rettungswesen

Der Hauptfokus der Koalitionsverträge von Bund und Land liegt genau darin, dieses Dilemma aufzulösen und neue Versorgungsformen in den Regionen zu ermöglichen.

So stiftet z.B. ein breit gefächertes ambulantes Versorgungsangebot (Diagnostik und Therapie) mit adäquaten Öffnungszeiten einen höheren Nutzen für eine wohnortnahe Patientenversorgung.

Entwicklung eines ganzheitlichen Konzeptes

Das „entweder/oder-Dilemma“ auflösen

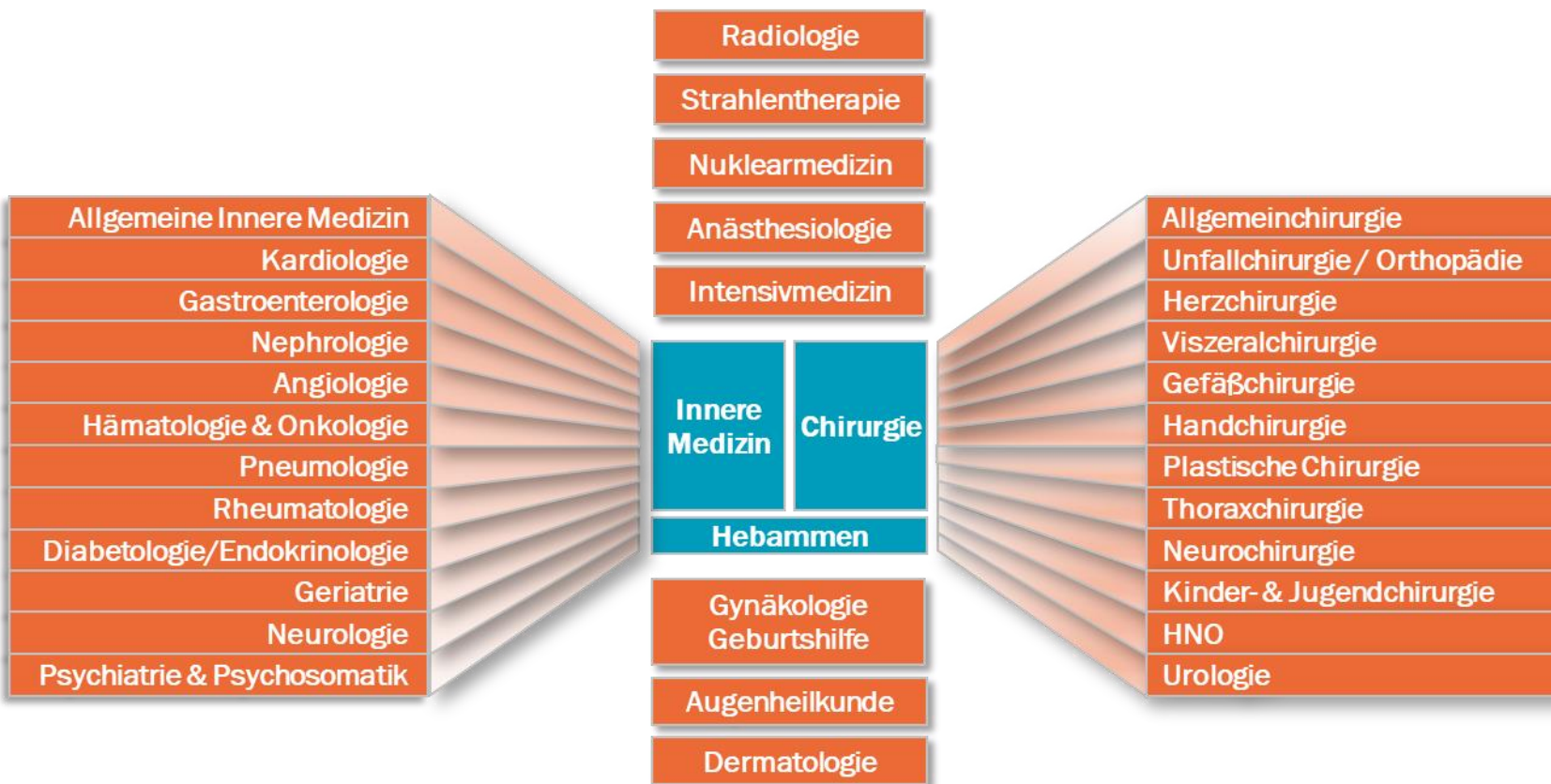
Ein ganzheitliches Konzept, das an allen Punkten ansetzt, muss zum Ziel haben, die Versorgung in der Gesundheitsregion Oberschwaben insgesamt zu verbessern*

„Versorgung neu denken“ gelingt dann, wenn

- sich das Denken bei regionaler Gesundheitsversorgung künftig nicht mehr primär um Krankenhausbetten dreht, sondern
- die Entwicklung neuer Strukturen in der Primärversorgung zugelassen wird,
- die Möglichkeiten der Digitalisierung anerkannt werden und vor allem
- der noch bevorstehende disruptive Fachkräftemangel ernst genommen wird

Die Spezialisierung in der Medizin ist nicht umkehrbar, und wird sich sogar noch fortsetzen

Aus ehemals **zwei Fachrichtungen** sind inzwischen **> 30 Fachrichtungen** entstanden



Allgemeinmedizin / Hausärztliche Versorgung

(zu Details s. Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern)

- Wo früher ein Internist war, sind heute teilweise bis zu neun Fachrichtungen erforderlich (24/7).
- Die früher breit ausgebildeten Mediziner*innen gehen zunehmend in Ruhestand. Die nachfolgende Generation ist i.d.R. deutlich spezialisierter.
- Ein Notfall - insbesondere bei lebensbedrohlichen Erkrankungen - wird schon heute nicht mehr in das nächstgelegene KH gebracht, sondern in das KH, das die erforderliche Fachrichtung vorhält.
- Mindestmengen und Strukturvorgaben erzwingen die Spezialisierung und Zentrumsbildung.
- Von der Spezialisierung ist sowohl der stationäre, als auch der ambulante Bereich betroffen.

Zunehmende Ambulantisierung – das IGES*-Gutachten 2022 ist gerade erschienen

20 – 40% der heute stationären Patienten sollen in Zukunft ambulant versorgt werden.
Diese Entwicklung wird den Druck auf die kleineren Krankenhäuser deutlich erhöhen.

DKI – Ländervergleich – ca. 36% (OSK 15.000 Fälle)

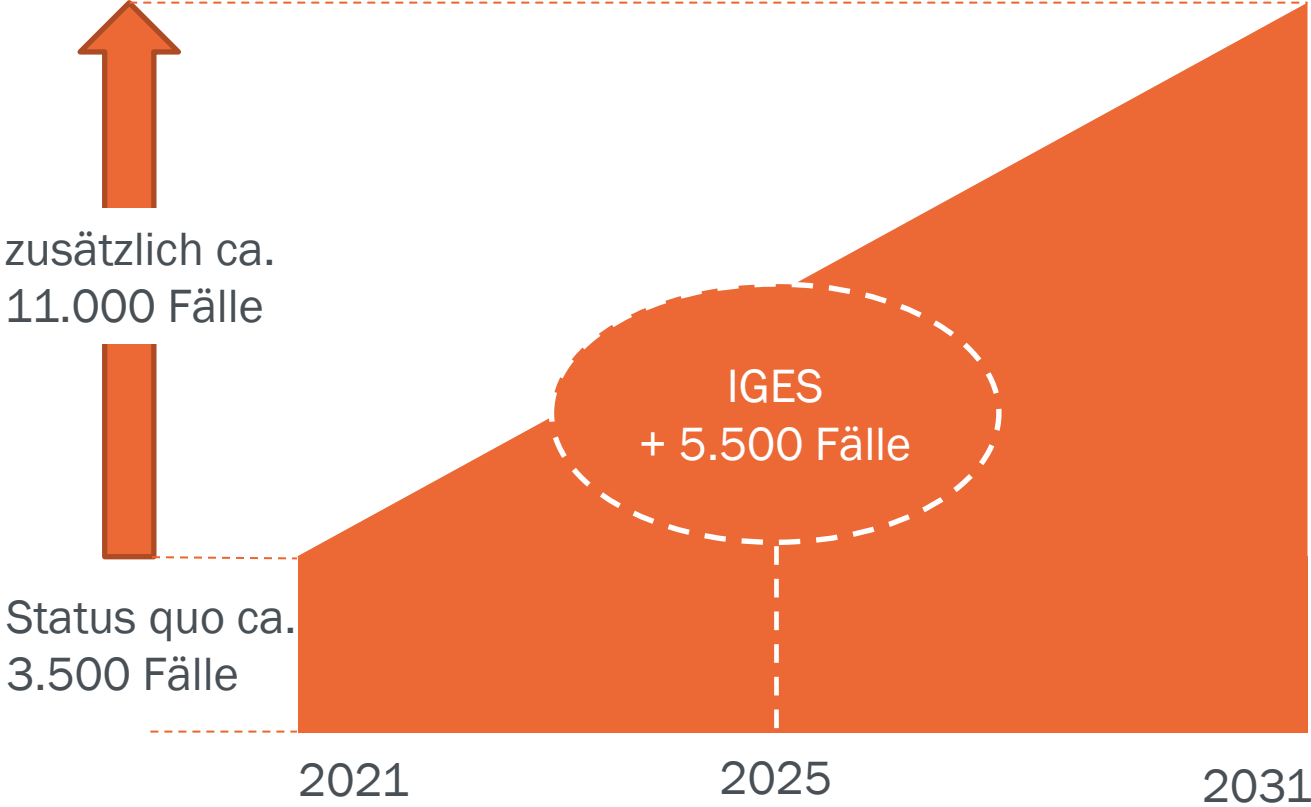
Bertelsmann – EU-12 – ca. 37 – 42% (OSK 15.300 Fälle)

Sundmacher ca. 22% (OSK 9.000 Fälle)

PCCL/VwD – ca. 27 – 39% (OSK 11.000 – 16.000 Fälle)

Zunehmende Ambulantisierung – Bedeutung für die OSK

Die Umstellung der Behandlung von stationärer auf ambulante Behandlung wird schrittweise in den nächsten Jahren erfolgen



Implikationen für Schwerpunktversorger

- steigender Bedarf an ambulanter Infrastruktur

Implikationen für kleinere KH-Standorte

- Reduktion stationärer Fallzahlen

Was soll eine neue Versorgung beinhalten?

Die Angst vor dem Verlust einer wohnortnahen Grund- und Notfallversorgung ist groß. Dies zeigen auch die Petitionen und Demonstrationen zum Erhalt der Standorte Bad Waldsee und Wangen.

- Unter einer Grundversorgung wurden in den **Fokusgruppen** folgende Leistungen verstanden:
 - Notfallversorgung rund um die Uhr
 - Allgemein Chirurgie
 - Innere Medizin
 - Geburtshilfe
- In keiner Fokusgruppe wurde dieser Umfang an gewünschten Leistungen überschritten.
- Teilnehmer*innen ist klar, dass sie für komplexere Behandlungen in ein größeres Krankenhaus / ins EK gehen müssen.

In den Szenarien ist die Verknüpfung von stationären und zusätzlichen ambulanten Leistungen daher elementar.

Notfallversorgung & Rettungsdienst sind sichergestellt – bei allen Szenarien

Rettungsdienst & Notarztwesen und die Hilfsfristen sind durch das Rettungsdienst-Gesetz geregelt.

Die Vorgaben zu den Hilfsfristen sind einzuhalten, unabhängig von den Standorten der Akut-Krankenhäuser
 aktuell 15 Min.
 künftig vsl. 12 Min.

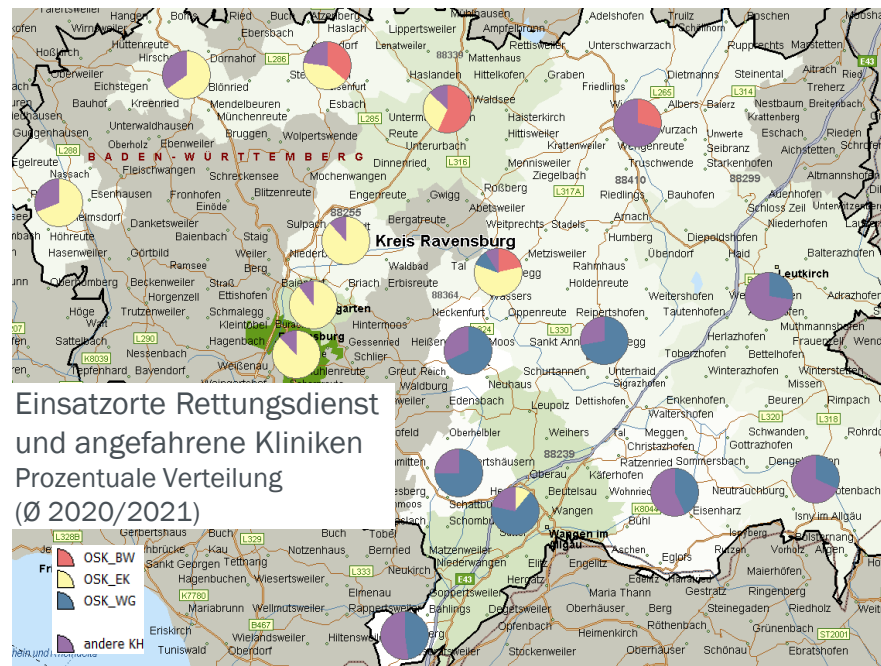


Der Bedarf an Rettungswachen und Notarztstandorten wird **regelmäßig überprüft**.

Bei Bedarf erfolgen Anpassungen:
 2018: zusätzliche Rettungswache **Aulendorf**
 Neu im Maßnahmenplan: zus. Notarzt-Standort in **Kißlegg**



Kritische Patienten – insbesondere bei Lebensbedrohung – werden schon heute vom Rettungsdienst nicht in die örtliche Klinik, sondern in die nächstgelegene **Schwerpunkt-Klinik** gebracht.



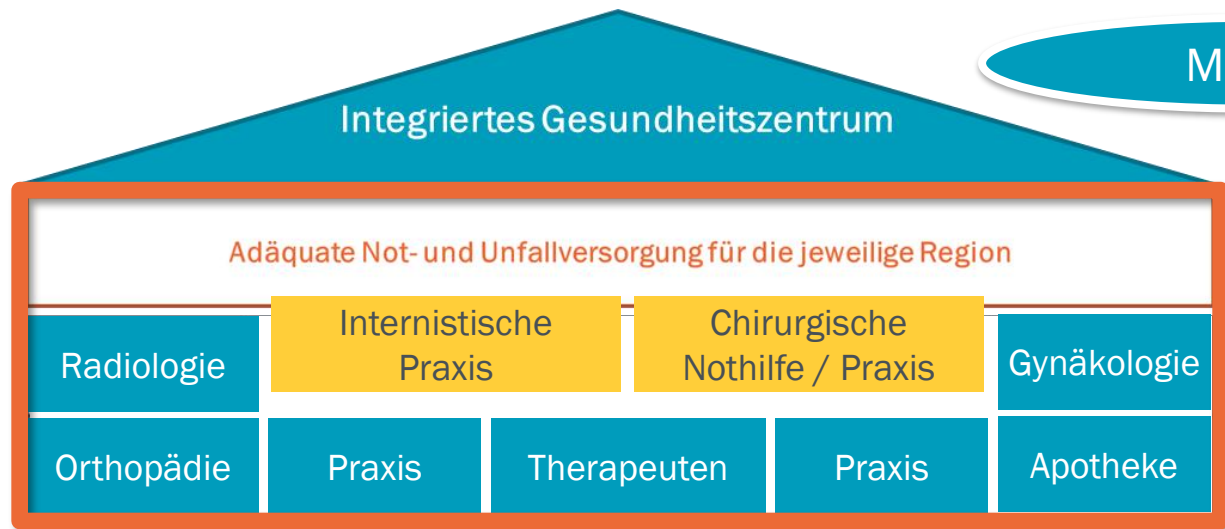
Aufgrund der hohen Struktur-Vorgaben können kleine Akut-Kliniken nicht mehr umfassend an der Notfallversorgung teilnehmen.

Mindestens so wichtig, wie eine kurze Transportdauer, ist bei kritischen Patienten möglichst **direkt in die richtige Versorgungsstruktur zu kommen**.

Beispiele:
 Schlaganfall, Herzinfarkt, Polytrauma (schwere Unfall-Verletzungen)



Der Trend zur ambulanten Versorgung wird zukünftig zu neuen integrierten Versorgungsformen führen.



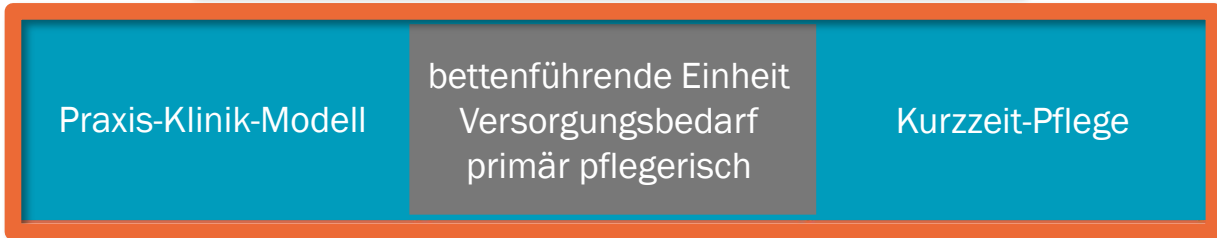
Modell



Wohnortnah benötigt wird vor allem:

- Ambulante Notfallversorgung
- Ambulante Diagnostik
- Rettungswesen

um dann schnell die richtige Therapie an der richtigen Stelle zu bekommen.



Die Kombination mit Kurzzeitpflege vermeidet Krankenhausaufenthalte

Kurzzeitpflege ist bei Weitem mehr als stationäre Pflege auf Zeit. Es geht um die Vorbereitung der Anschlussversorgung, z.B. in der eigenen Häuslichkeit durch professionelle Behandlungspflege, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen sowie intensive Beratung. (BKSB)

AGENDA

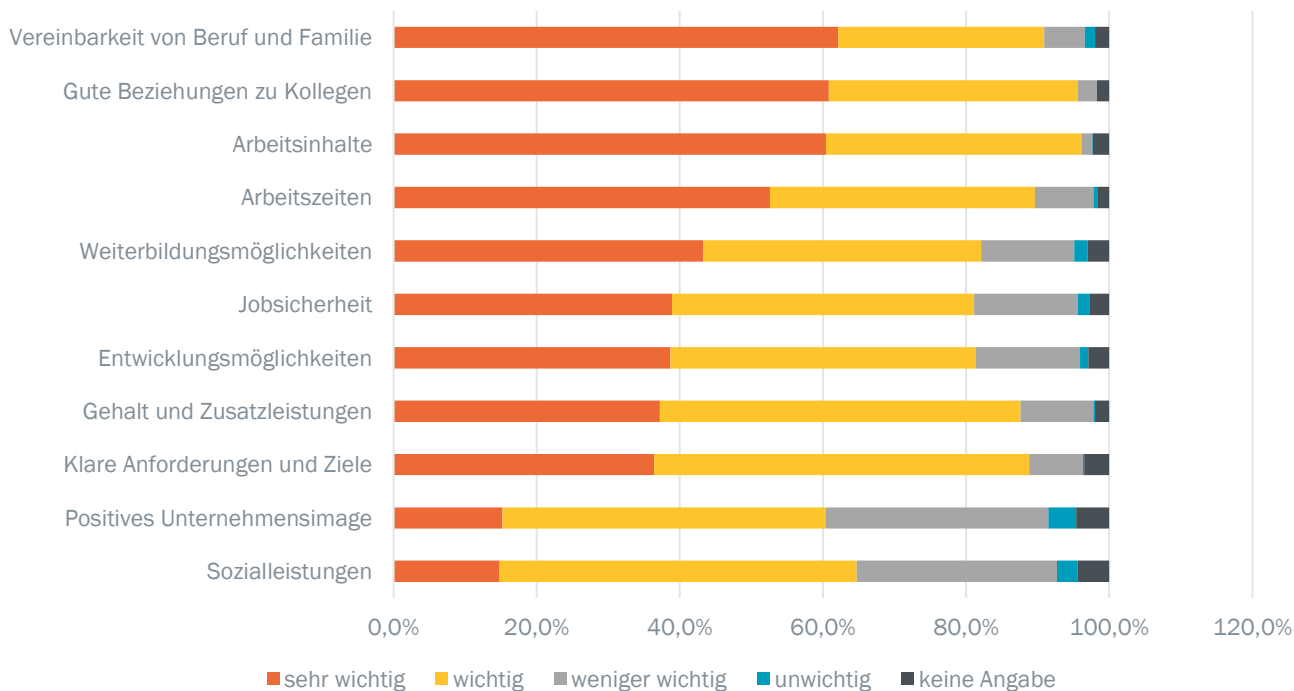
- 1 Vorstellung der Szenarien
- 2 Versorgung neu denken
- 3 Fachkräfte- und Personalsituation**
- 4 Rahmenbedingungen für strategische Versorgungssituationen
- 5 Ergebnisse der Szenarienberechnungen
- 6 Bewertung der Szenarien und Empfehlung BAB

Arbeitgeber-Attraktivität

Für die Versorgungsangebote in allen Szenarien hat die Arbeitgeberattraktivität aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels eine hohe Bedeutung.

Was ist Ärzten im Job wichtig? - Der Arbeitgeber wird nicht allein durch Gehaltssteigerungen attraktiv für Ärztinnen und Ärzte

Worauf kommt es Ärzten im Job an?



Eigene Darstellung nach: Deutsches Ärzteblatt; Leser/Nutzerbefragung Arztstellen2018, n=1.610, Angaben in %

Unabhängig voneinander beschreiben unterschiedliche Befragungen der Ärzteschaft, dass gute Beziehungen zu Kollegen und **die Vereinbarkeit von Job und Familie/Freizeit** wichtige Faktoren bei der Arbeitgeberwahl darstellen.

Gehalt und Zusatzleistungen werden nachrangig genannt.

Eine hohe Arbeitsbelastung, geprägt durch viele Überstunden und ein steigender Dokumentationsaufwand, lassen Klinikärzte vermehrt über einen Jobwechsel nachdenken. Auch dies bestätigen mehrere Befragungen.

Neben Teilzeitmodellen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erlauben, wünschen sich besonders junge Arzt*innen in Ausbildung vor allem eine **Entlastung von nicht-ärztlichen Tätigkeiten, die Einhaltung der Arbeitszeitgesetze, weniger Profitorientierung im Behandlungskontext und strukturierte Weiterbildungskonzepte.**

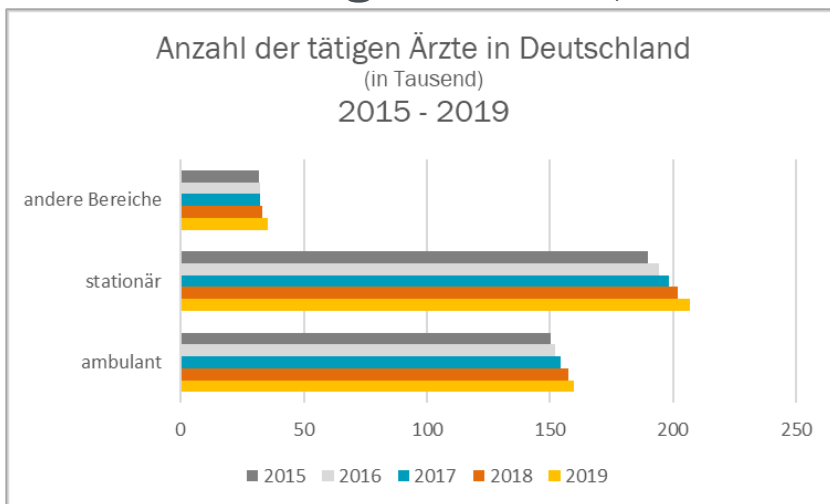
Quellen: Leserbefragung des „Deutschen Ärzteblatts“ unter 1.610 Klinikärzten im November und Dezember 2018, durchgeführt vom Wissenschaftlichen Institut für Presseforschung und Publikumsanalysen (WIP);

<https://www.healthrelations.de/befragung-deutsches-aerzteblatt-neuer-job/#:~:text=%C3%84rzte%20suchen%20regional%20nach%20neuen,Prozent%20suchen%20daher%20nur%20regional.>

Marburger Bund – Mitgliederumfrage 2019: <https://www.marburger-bund.de/mb-monitor-2019>

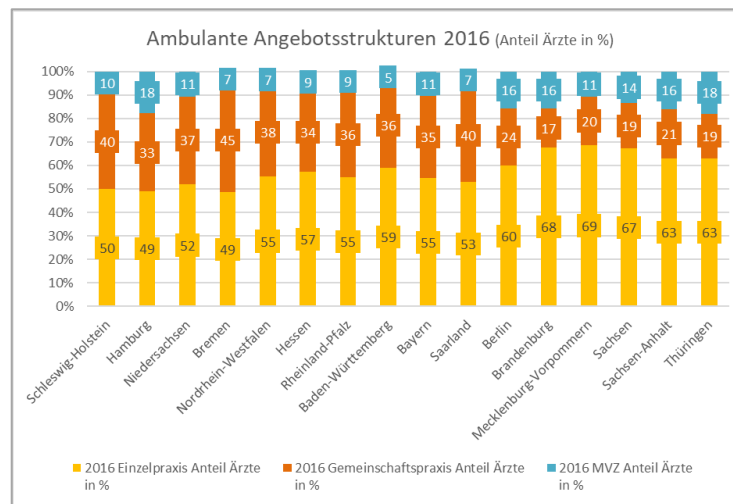
Hartmannbund Assistenzarzt-Umfrage 2021: <https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/umfragen/weiterbildung/assistenzarztumfrage-2021-arbeitsbedingungen-oekonomisierung-und-digitalisierung/>

Der Anteil an Ärztinnen nimmt in allen Fachbereichen, bei gleichzeitig steigender Tendenz zur Festanstellung in Teilzeit, zu.



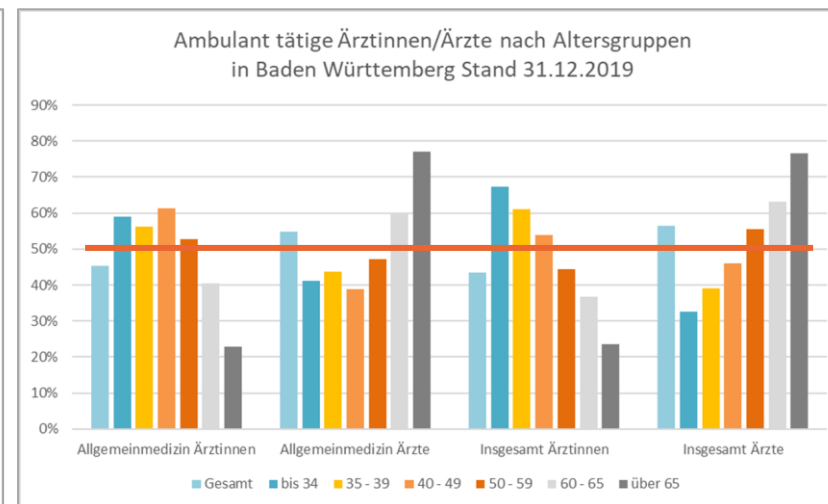
Die Anzahl der Ärzte stieg zwischen 2015 und 2019 um insgesamt 8%. Die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte ist seit 2015 um 6% gestiegen, die der stationären um 9%.

„Da sich immer mehr Ärzte für eine **Teilzeitarbeit** und eine Anstellung entscheiden, bedeutet dies laut KBV aber **tatsächlich nur einen Zuwachs an Ärzten von 0,2 Prozent**. „Die Ressource Arzt ist und bleibt knapp“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen.“ (Ärztezeitung)



Auch wenn der Anteil an MVZ in BaWü in 2016 nur 1% betrug, so arbeiteten jedoch 5% der ambulanten Ärzte in dieser Struktur. Der Anteil der im MVZ tätigen Ärzte ist in allen anderen Bundesländern deutlich höher..

In Baden Württemberg wird es daher in den nächsten Jahren zu großen Umbrüchen kommen.



Über alle ambulanten Fachbereiche nimmt der Anteil an Ärzten unter 50 Jahre deutlich ab, hier stellen Ärztinnen (alle Altersgruppen bis 49 Jahren) die Mehrheit. In der Allgemeinmedizin stellen Ärztinnen sogar bis 59 Jahren die Mehrheit.

Es wird Auswirkungen auf die Strukturen und die Arbeitsmodelle haben, wenn sich der Anteil von Männern und Frauen in den nächsten 5 bis 10 Jahren umdrehen.

Eine Studie aus dem Januar 2021 zeigt Bedingungen für den Wiedereinstieg von Pflegekräften

Tabelle 2: Die 10 wichtigsten Bedingungen für einen Wiedereinstieg beziehungsweise eine Stundenerhöhung

		1 = ganz unwichtig	2	3	4	5	6 = ganz wichtig
1	Wertschätzung durch Vorgesetzte	6 %	0 %	1 %	0 %	12 %	68 %
2	Zeit für qualitativ hochwertige Pflege	10 %	1 %	1 %	3 %	14 %	62 %
3	Bedarfsorientierte Personalbemessung	9 %	1 %	1 %	3 %	12 %	58 %
4	Sensibilität von Vorgesetzten für Belastungen in der Pflege	5 %	1 %	2 %	4 %	20 %	58 %
5	Tarifbindung	5 %	1 %	2 %	4 %	20 %	58 %
6	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	9 %	1 %	2 %	4 %	16 %	58 %
7	Garantie, an freien Tagen nicht arbeiten zu müssen	10 %	1 %	2 %	6 %	11 %	56 %
8	Betriebliche Interessenvertretung	6 %	2 %	2 %	6 %	19 %	56 %
9	Höheres Grundgehalt	10 %	1 %	2 %	4 %	9 %	56 %
10	Höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten	10 %	1 %	2 %	4 %	10 %	55 %

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen. Gefragt wurden ausgestiegene Pflegekräfte: „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, wieder in der Pflege zu arbeiten? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“ Teilzeitpflegekräfte wurden gefragt: „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, Ihre Arbeitszeit in der Pflege zu erhöhen? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“

Wertschätzung & Sensibilität
(126%)

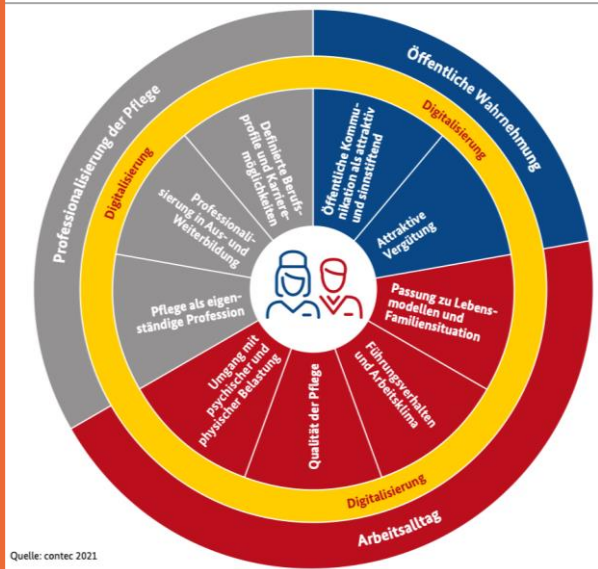
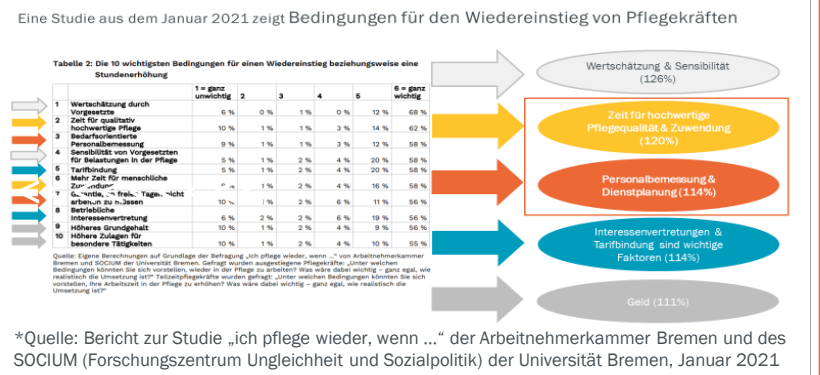
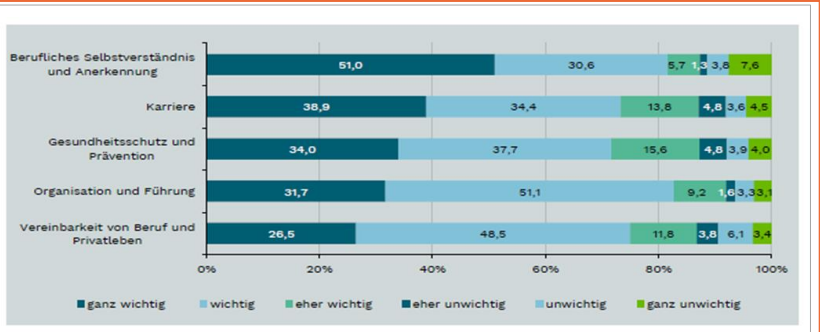
Zeit für hochwertige
Pflegequalität & Zuwendung
(120%)

Personalbemessung &
Dienstplanung (114%)

Interessenvertretungen &
Tarifbindung sind wichtige
Faktoren (114%)

Geld (111%)

Diverse Studien spiegeln die Stellschrauben für Attraktivitätsfaktoren und benennen Indikatoren für strategische Ansätze



Die wichtigste Frage dabei ist: Warum sind Pflegekräfte ausgestiegen, bzw. was hält sie davon ab, wieder in den Pflegeberuf zurückzukehren?

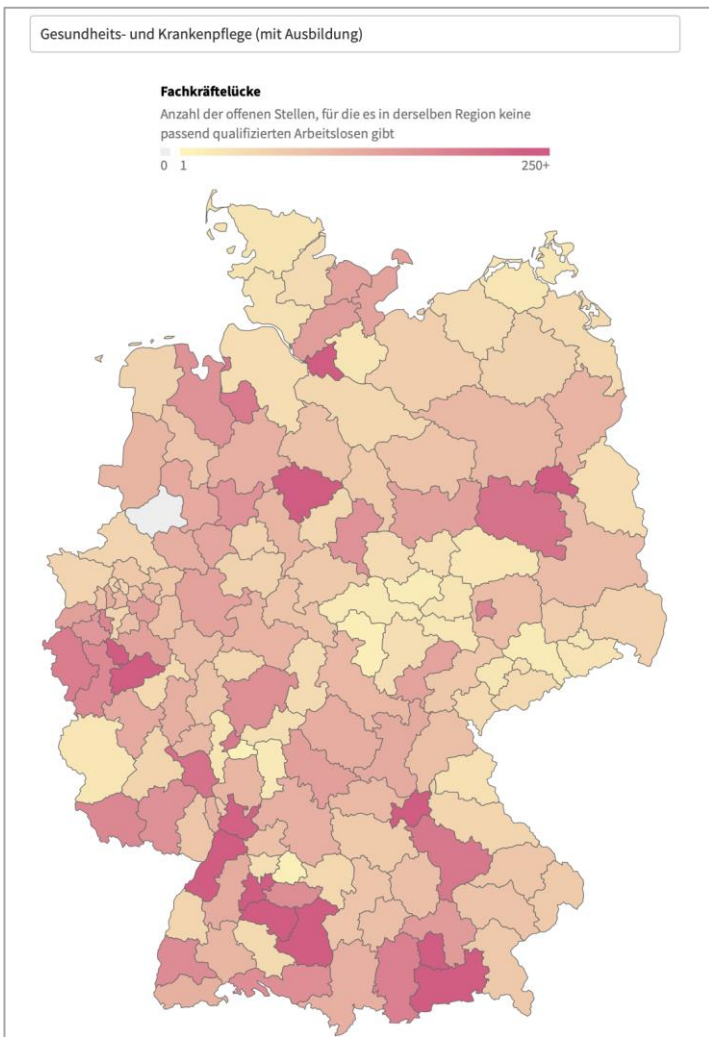
Allen Studien gemeinsam sind die Ergebnisse zu dieser Fragestellung.

- Inakzeptable Strukturen und Arbeitsbedingungen, fehlende Wertschätzung durch Vorgesetzte
- Unterbesetzung
- Unangemessene Vergütung
- Geringe Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und unflexible Arbeitszeiten
- Keine Zeit für individuelle Pflege und die Umsetzung spezifischer Pflegekonzepte

Für Ärzte werden die gleichen Kriterien benannt. Hier spielt für Assistenzärzte die Weiterbildungsermächtigung eine große Rolle.*

Fachkräftesituation OSK

Anteile offener Stellen zu Arbeitssuchenden zeigt den Fachkräftemangel



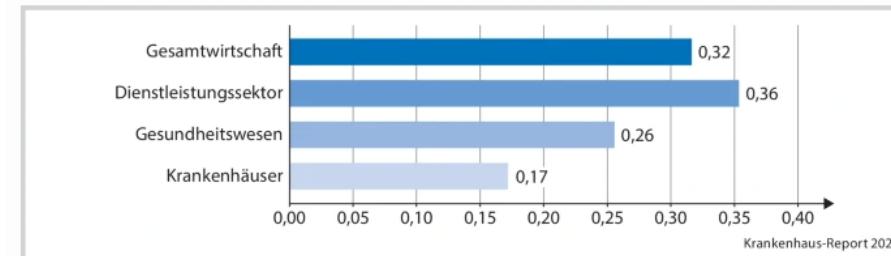
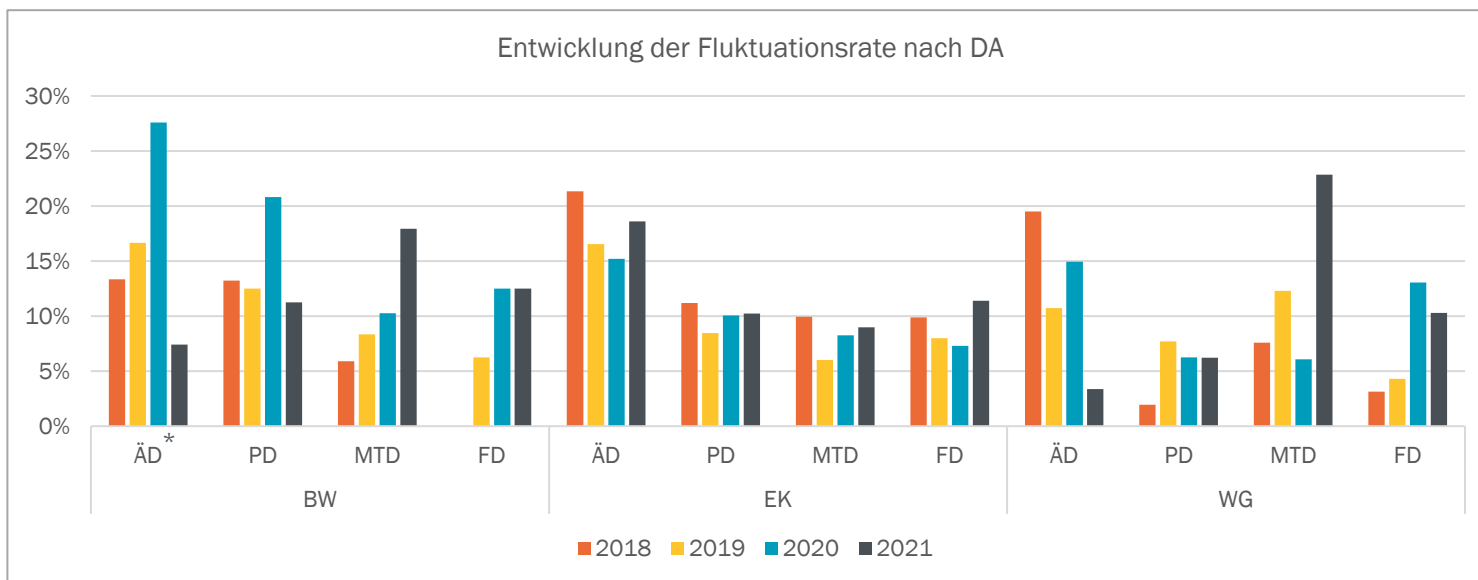
Es ist ein gewisses Nord-Süd-Gefälle erkennbar. Gerade die Region Bodensee/ Oberschwaben scheint besonders betroffen zu sein. Insgesamt zeigt sich aber kein „überraschendes Bild“.

Bevölkerungsbewegungen und demographische Entwicklungen werden das Thema nicht lösen.

➔ Strategisch bleibt nur die Option aus dem „Fundus“ zu agieren.

Landkreis Ravensburg			
Merkmal	2020		
	insgesamt	männlich	weiblich
Zugezogene	20.555	10.590	9.965
Fortgezogene	20.041	10.438	9.603
Wanderungssaldo	+514	+152	+362
Lebendgeborene	2.852	1.451	1.401
Gestorbene	2.811	1.421	1.390
Geburtenüberschuss (+) bzw. Defizit (-)	+41	+30	+11

Fluktuationsrate nach Dienstarten und Standorten in der OSK



Quelle: https://www.dki.de/sites/default/files/2021-12/20211221_Final_KH-Barometer-komprimiert.pdf, S. 35

*Aufgrund der geringen Anzahl beschäftigter Ärzte in BW führt das Verhältnis von 5 Eintritten und 8 Austritten in 2020 zu einer deutlich erhöhten Fluktuationsquote in 2020. Diese besonders hohe Quote kann aufgrund der geringen Anzahl vernachlässigt werden..

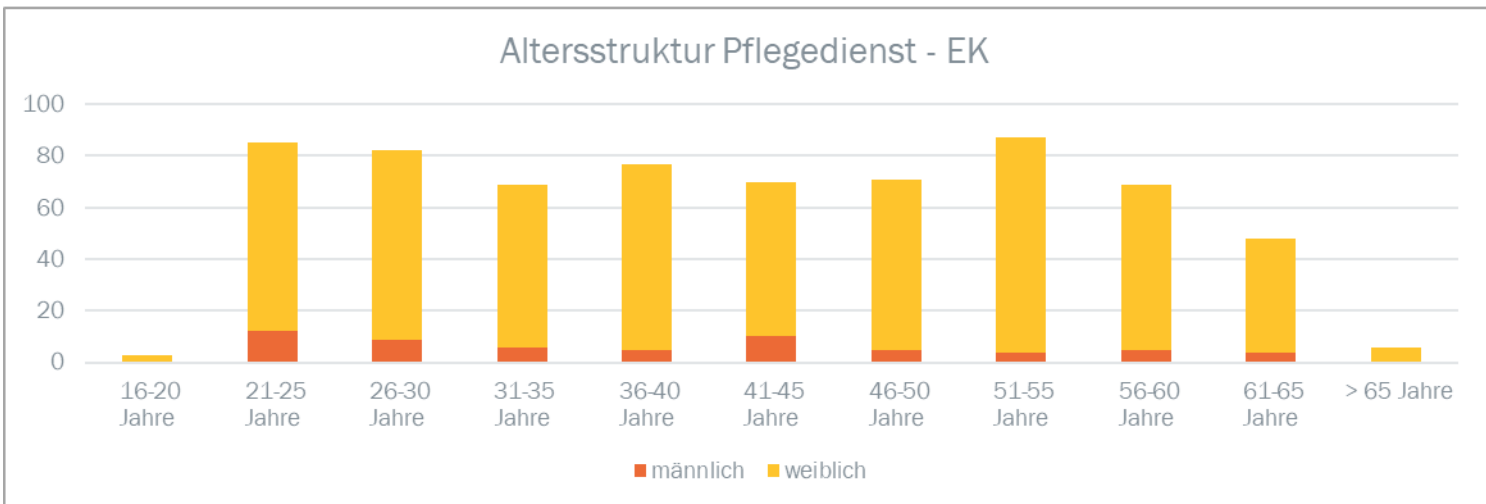
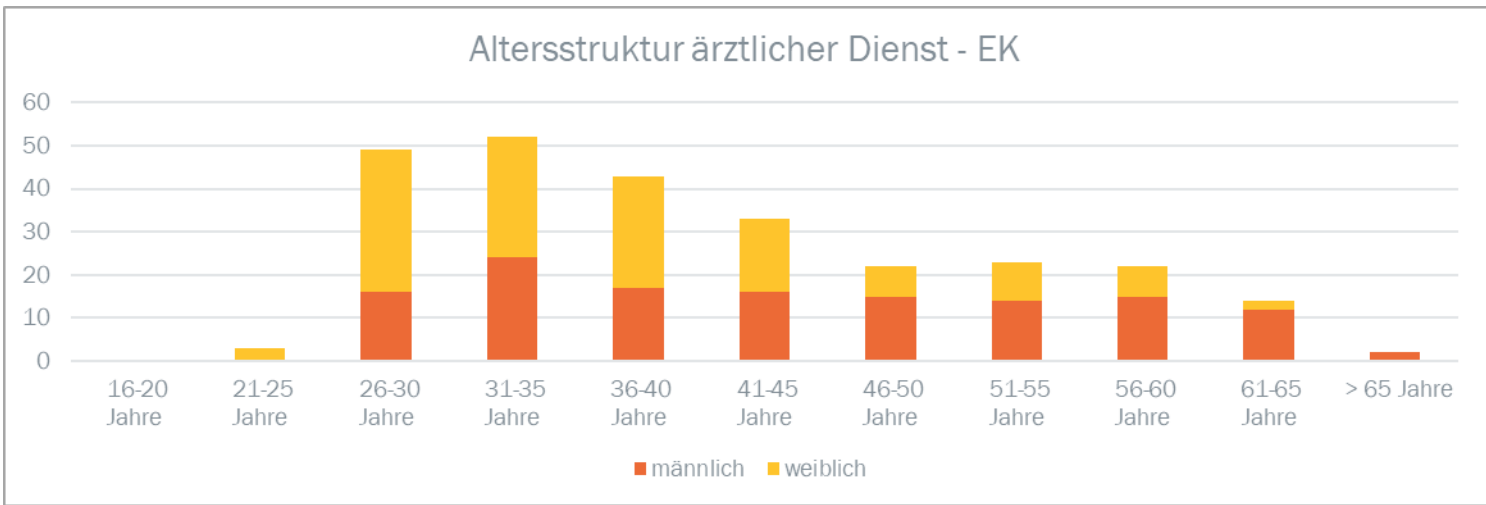
Die Fluktuationsquote im Pflegedienst ist in Bad Waldsee mit im Mittel 14% besonders hoch.

Im Vergleich zur Umfrage des Krankenhausbarometers 2021 liegt das EK mit 10% etwa im Bereich der dort im Durchschnitt ermittelten Werte. Die Quote in Wangen liegt mit 5,5% noch unter dem im Krankenhausbarometer ermittelten Wert von 8,1%.

Im ärztlichen Dienst ist die Fluktuation zunächst höher als in der Pflege. Hier ist zu hinterfragen, in wieweit der Wechsel der Assistenten mit einfließt.

Auffällig sind hohe Werte im MTD in Bad Waldsee und Wangen im Jahr 2021. Diese weichen deutlich von den vorherigen Jahren ab. In diesen Häusern steigt auch die Rate im FD in den letzten Jahren.

Altersstruktur ÄD und PD - EK (2019) - Pflegeschüler*innen des Konzerns können die Berentungen der nächsten Jahre grundsätzlich ausgleichen



Die Altersstruktur im ärztlichen Dienst zeigt, dass 67% der Ärztinnen und Ärzte zwischen 21 und 45 Jahre alt sind. Lediglich 23% sind über 50 Jahre alt. Diese Altersstruktur stellt sich positiver dar, als im Pflegedienst. Hier sind 30% der Beschäftigten über 50 Jahre.

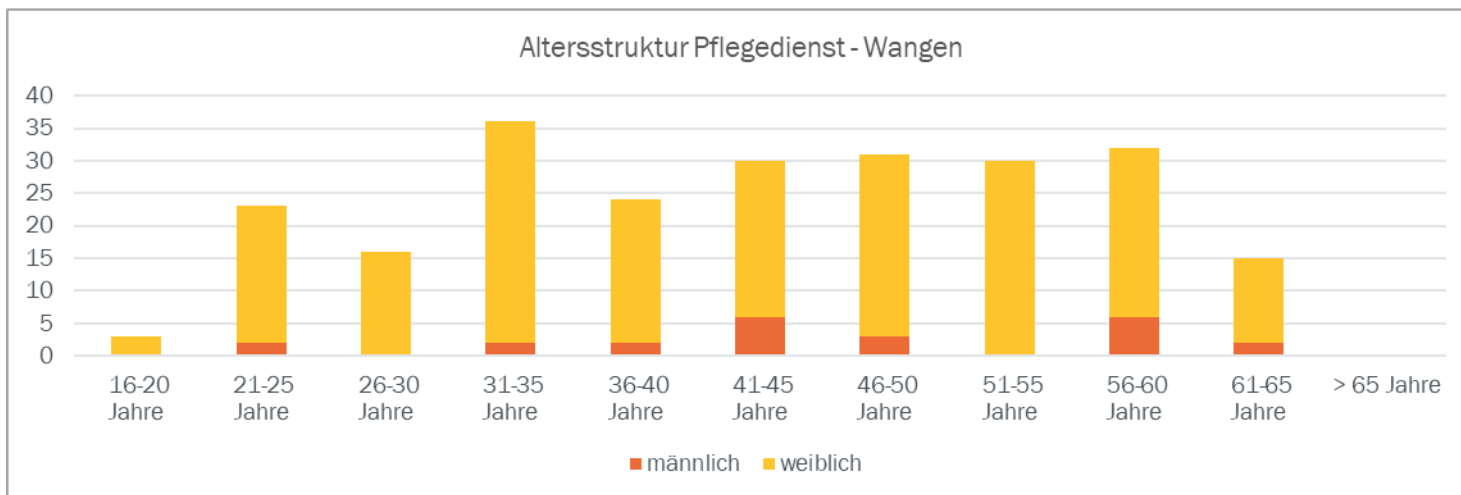
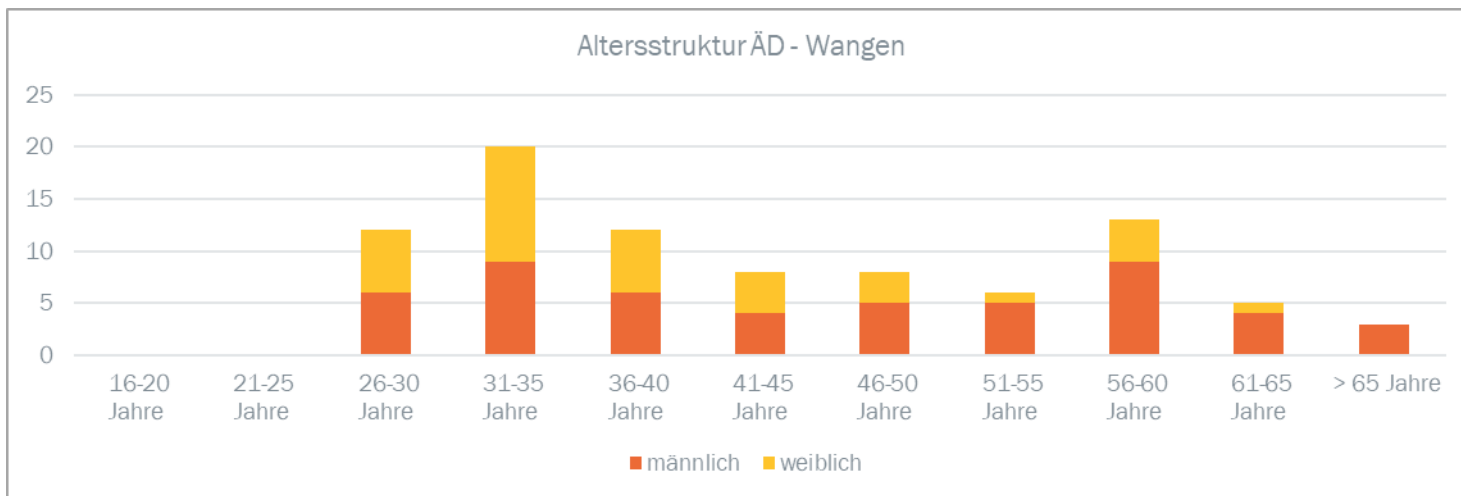
Allerdings ist der Anteil der Ärztinnen zwischen 21 und 45 Jahren deutlich höher als der Anteil der Ärzte. Das Verhältnis verändert sich ab 46 Jahren zugunsten der Ärzte. Hier wird es zukünftig Herausforderungen geben, denen sich das OSK stellen muss.

Insgesamt sind 38 Ärzte und Ärztinnen älter als 56 Jahre (14%) und werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen.

Im Pflegedienst überwiegt der Anteil der weiblichen Pflegekräfte erwartungsgemäß deutlich.

In der Pflege werden 18% der Mitarbeiter in den nächsten Jahren in Rente gehen. Das entspricht 123 Mitarbeitern mit einem Alter über 56 Jahre.

Altersstruktur ÄD und Pflegedienst – Wangen (2019) – Pflegeschüler*innen des Konzerns können die Berentungen der nächsten Jahre grundsätzlich ausgleichen



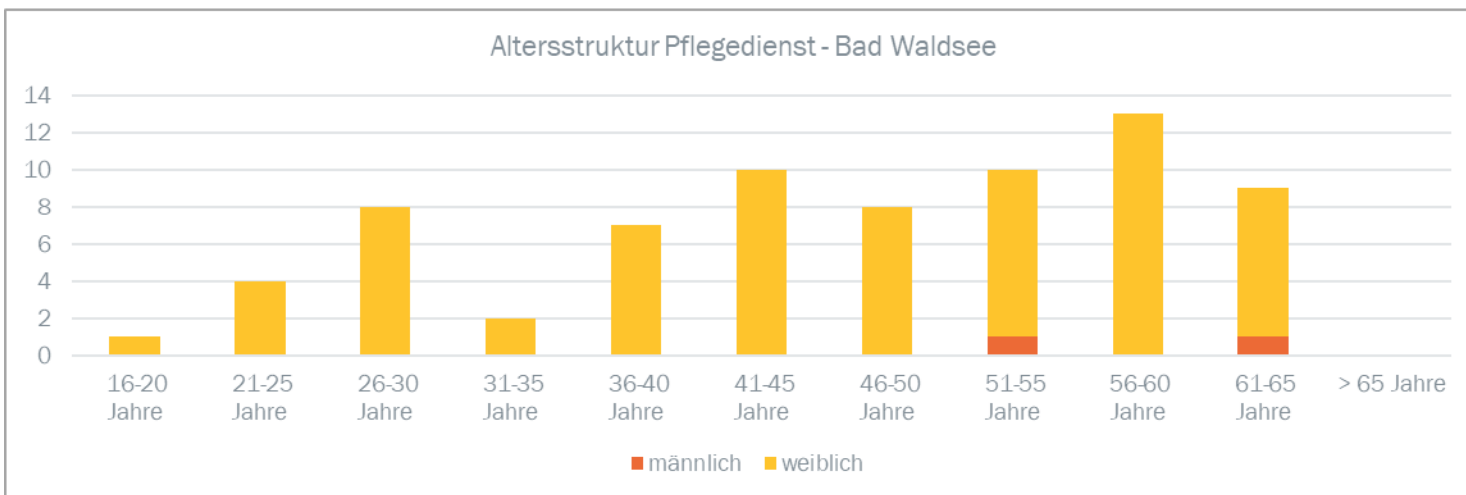
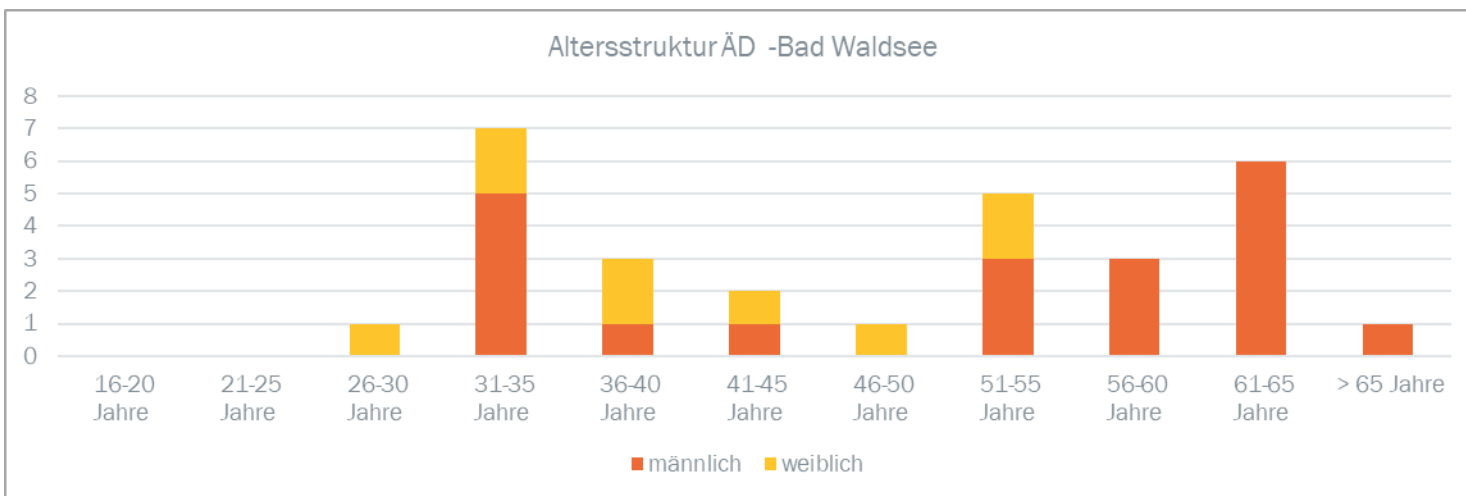
In Wangen sind rund 70% der Ärztinnen und Ärzte unter 50 Jahre. Dabei liegt der Anteil der Ärztinnen bei 50%.

21 Ärztinnen und Ärzte sind in 2019 älter als 56 Jahre und werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen. Das entspricht rund 24%.

Der Anteil der weiblichen Pflegekräfte überwiegt deutlich. Auch hier sind knapp 70% der Beschäftigten unter 50 Jahre.

In der Pflege liegt der Anteil der über 56 jährigen bei 20%. Das bedeutet, dass in den nächsten Jahren rund 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Ruhestand gehen werden.

Altersstruktur ÄD und Pflegedienst – Bad Waldsee (2019) – Pflegeschüler*innen des Konzerns können die Berentungen der nächsten Jahre grundsätzlich ausgleichen



In Bad Waldsee sind rund 50% der Ärztinnen und Ärzte über 50 Jahre. Der Anteil der Ärztinnen ist in der Altersgruppe 31-35 Jahre, sowie 51-55 und 61-65 Jahre besonders hoch. Insgesamt sind allerdings nur rund 30% der Beschäftigten im ärztlichen Dienst weiblich.

34% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ärztlichen Dienst sind über 56 Jahre alt und werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen. Das entspricht 10 Mitarbeitern.

Im Pflegedienst ist der überwiegende Anteil der Beschäftigten erwartungsgemäß weiblich. 44% der Beschäftigten sind über 50 Jahre alt.

Hier liegt der Anteil der über 56 jährigen bei 31%. Das heißt, 22 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen in den nächsten Jahren in Rente.

Die Dauer der Betriebszugehörigkeit ist nicht (negativ) auffällig.
(in Deutschland durchschnittlich 10,6 Jahre)

2021	Summe von Betriebszugehörigkeit in Jahre	Kopf	Ø Betriebszugehörigkeit
00 Ärztlicher Dienst	3.258	423	7,7
01 Pflegedienst	14.440	1.071	13,5
02 Med.-Techn.Dienst	4.472	360	12,4
03 Funktionsdienst	4.286	289	14,8
04 Klinisches Hauspersonal	145	12	12,1
05 W.- u. Versorgungsdienst	2.320	225	10,3
06 Technischer Dienst	521	39	13,4
07 Verwaltungsdienst	2.357	192	12,3
08 Sonderdienst	222	8	27,8
10 Unterrichts-Personen	139	11	12,7
11 Sonst. Personal	116	98	1,2
12 Pflegeschüler	247	192	1,3
13 OTA-/ATA-Schüler	37	28	1,3
Gesamtergebnis	32.561	2.948	11,0

Pflegeschüler/-innen in der Ausbildung an der OSK

	2018	2019	2020	2021
BW	16	17	17	10
EK	127	128	124	130
WG	64	58	57	52
Summe	207	203	198	192
OTA-/ATA-Schüler am EK	22	24	24	28

Bei Schließung ganzer Standorte verringern sich die Optionen für die fachpraktische Ausbildung. Allerdings ist schon heute eine OSK übergreifende Mobilität für praktische Einsätze in einzelnen Fachgebieten erforderlich. Gleiches gilt für die kooperative Ausbildung mit anderen Trägern.

Insgesamt werden an den OSK rund 200 Pflegeschüler ausgebildet, die sich an allen drei Standorten befinden.

Während die Schülerzahlen am EK leicht (2%) auf 130 Schüler in 2021 ansteigen, sinken die Zahlen besonders in Bad Waldsee auf lediglich 10 Schüler in 2021, das entspricht einem Rückgang um 38%. In Wangen gibt es 2021 noch 52 Schüler, was einen Rückgang um 19% bedeutet.

Am EK werden gleichzeitig noch OTA-/ATA-Schüler unterrichtet. Die Schülerzahlen steigen leicht von 22 Schüler*innen in 2018 auf 28 Schüler*innen in 2021.

Unterrichtspersonal wird ebenfalls allen drei Standorten zugeordnet. Dabei kam es hier insgesamt seit 2018 zu einem Aufbau von 2,44 VK auf insgesamt 6,52 VK. Insgesamt wird dem Standort EK 60% der VK zugeordnet, Wangen rund 40%. In Bad Waldsee wird erst in 2021 Unterrichtspersonal in Höhe von 0,375 VK (6%) zugeordnet – dies entspricht der Verteilung der Schüler.

Aus den Fokusgruppen: Die Wahrnehmung am EK ist aus Sicht der Mitarbeiter*innen eine gänzlich andere

- Die MA sind nach der Pandemie erschöpft – es gibt nicht genug Personal auf den Stationen
- Skepsis darüber, wie neben der geriatrischen Reha auch noch die Adipositaschirurgie und die Geburten aus Wangen aufgenommen werden sollen
- Schlechter Ruf der Notaufnahme und der Geburtshilfe
- Es sollten zuerst die eigenen Probleme gelöst werden, bevor man weitere Leistungen anbietet

Für das bisherige Konzept der OSK aus Sicht der MA spricht:

- Die Zusammenführung der Endoprothetik zu einem Zentrum macht Sinn
- Der Abbau von Doppelstrukturen
- Betriebswirtschaftliche Gründe

Aus den Fokusgruppen: Die Sorgen der Mitarbeiter*innen aus Bad Waldsee und Wangen

Brüche in der Berufsbiografie:

- Längere Wege zur Arbeit, längere Fahrzeiten und Parkplatzprobleme
- Statt in einem kleinen Krankenhaus muss man in einem großen Haus in der Stadt arbeiten
- Man muss beruflich neu anfangen
- Negative Auswirkungen auf das Berufs- / Privatleben

Negative Folgen für die OSK

- Die Mitarbeiter*innen aus Wangen/dem Allgäu und Bad Waldsee/dem Westen würden nicht an andere Standorte wechseln, sondern eher die OSK ganz verlassen. Das würde den Personalmangel noch verstärken.
- Mitarbeiter*innen brauchen ein modernes Gebäude und moderne Infrastruktur, sonst kommen sie nicht - **es muss darum gehen, als Arbeitgeber attraktiv zu sein!**

Herkunft der Mitarbeiter*innen am Standort Wangen im PD und ÄD

Ort	PLZ	PD - Summe von Kopf	Anteil
Wangen	88239	78	32%
Argenbühl	88260	32	13%
Leutkirch	88299	29	12%
Kißlegg	88353	16	7%
Isny	88316	15	6%
Hergatz/ Opfenbach	88145	6	2%
Röthenbach/ Grünenbach/ Maierhöfen	88167	6	2%
Hergensweiler / Sigmarszell	88138	5	2%
Heimenkirch	88178	4	2%
Vogt	88267	4	2%

Ort	PLZ	ÄD - Summe von Kopf	Anteil
Wangen	88239	30	30%
Ravensburg		10	10%
Lindau / Bodolz	88131	8	8%
Weingarten	88250	5	5%
Hergatz / Opfenbach	88145	3	3%
Argenbühl	88260	3	3%
Amtzell	88279	3	3%
Leutkirch	88299	3	3%
Friedrichshafen	88048	2	2%
Tettngang	88069	2	2%
Gestratz / Stiefenhofen	88167	2	2%
Isny	88316	2	2%
Kißlegg	88353	2	2%
Reinach	4153	1	1%
Dornbirn	6850	1	1%

80% der Mitarbeiter im PD kommen aus 10 Orten.

Es wird deutlich, dass ein Großteil der Mitarbeiter in der Region südlich von Wangen leben. Hier bilden die Kliniken Lindenberg, Lindau, Tettngang und zum Teil auch Kempten Alternativen zum Arbeitsplatz in Wangen.

Für die Mitarbeiter aus Kißlegg und Leutkirch stellt Memmingen eine Alternative dar. Die übrigen 20% der Mitarbeiter wohnen in weiteren 27 Ortschaften. Darunter sind auch Mitarbeiter, die direkt aus Lindau, Lindenberg, Memmingen und Tettngang kommen.

Im ärztlichen Dienst kommen rund 75% der Mitarbeiter aus 15 Orten. Rund 30% der Ärztinnen und Ärzte kommen direkt aus Wangen, während weitere rund 25% aus den urbaneren Gebieten Ravensburg /Weingarten, Lindau, Friedrichshafen kommen.

Auch für den ärztlichen Dienst stellen die Standorte Lindau, Lindenberg, Tettngang und Friedrichshafen Alternativen für den Arbeitsplatz am Klinikum Wangen dar.

Gleiches gilt ebenso für Memmingen und auch Kempten für Mitarbeiter aus den Bereichen Leutkirch, Kißlegg und Isny.

Erwartungsgemäß wird deutlich, dass im ärztlichen Dienst deutlich größere Entfernungen zum Arbeitsplatz in Kauf genommen werden.

Herkunft der Mitarbeiter am Standort Bad Waldsee im PD und ÄD

Ort	PLZ	PD - Summe von Kopf	Anteil
Bad Waldsee	88339	34	41%
Aulendorf	88326	8	10%
Bergatreute	88368	5	6%
Baienfurt	88255	4	5%
Wolfegg/ Alltann	88364	4	5%
Bad Schussenried	88427	4	5%
Ingoldingen/ Winterstettenstadt	88456	3	4%
Bad Wurzach	88410	2	2%
Steinhausen	88416	2	2%
Eberhardzell/ Oberessendorf	88436	2	2%

Ort	PLZ	ÄD - Summe von Kopf	Anteil
Bad Waldsee	88339	5	19%
Ravensburg	88212	3	12%
Weingarten	88250	3	12%
Vogt	88267	2	8%
Leutkirch	88299	2	8%
Bergatreute	88368	2	8%
Biberach	88400	2	8%
Bad Wurzach	88410	2	8%
Blaichach	87544	1	4%
Aulendorf	88326	1	4%
Attenweiler	88448	1	4%
Dettingen	88451	1	4%
Wain	88489	1	4%
Gesamtergebnis		26	100%

Im Pflegedienst kommen in Bad Waldsee rund 80% aus 10 Ortschaften. Dabei kommen die TOP 2 (50%) bereits direkt aus Bad Waldsee bzw. aus der unmittelbaren Umgebung.

Bad Wurzach, Bad Schussenried, Ingoldingen und Eberhardzell liegen ebenfalls in der Nähe von Bad Waldsee. Für diese Orte stellt Biberach und auch Memmingen eine Alternative zu Bad Waldsee dar.

Lediglich Bergatreute, Baienfurt und Wolfegg liegen so zentral, dass hier auch Ravensburg eine Alternative darstellt.

Die übrigen 20% der Mitarbeiter wohnen in 15 weiteren Ortschaften, die zum Großteil eine deutlichere Nähe zu anderen Krankenhausstandorten aufweisen, als nach Ravensburg.

Im ärztlichen Dienst kommen rund 20% der Mitarbeiter aus Bad Waldsee, rund 25% allerdings auch aus Ravensburg/Weingarten.

Mit Biberach, Aulendorf, Dettingen, Attenweiler und Wain liegen weitere Orte in der Nähe zu Biberach und auch Memmingen.

Herkunft der Mitarbeiter am Standort EK im PD und ÄD

Ort	PLZ	PD - Summe von Kopf	Anteil
Ravensburg		181	26%
Weingarten	88250	95	14%
Baienfurt/ Baidt	88255	43	6%
Bad Waldsee	88339	29	4%
Berg	88276	25	4%
Aulendorf	88326	20	3%
Wangen	88239	17	2%
Horgenzell	88263	14	2%
Friedrichshafen		12	2%
Tett nang	88069	12	2%
Meckenbeuren	88074	12	2%
Fronreute/ Fronhofen	88273	12	2%
Bad Saulgau	88348	12	2%
Wolfegg	88364	11	2%
Bodnegg	88285	10	1%
Ostrach	88356	10	1%
Schlier	88281	9	1%
Wolpertswende	88284	9	1%
Grünkraut	88287	9	1%
Bad Schussenried	88427	9	1%

Ort	PLZ	ÄD - Summe von Kopf	Anteil
Ravensburg		141	48%
Weingarten	88250	32	11%
Tett nang	88069	8	3%
Bad Waldsee	88339	8	3%
Friedrichshafen	88046	7	2%
Fronreute/ Blitzenreute	88273	6	2%
Berg	88276	6	2%
Waldburg	88289	6	2%
Langenargen	88085	5	2%
Baienfurt/ Baidt	88255	4	1%

Im ÄD kommen 76% der Mitarbeiter*innen aus 10 Ortschaften, rund 60% kommen bereits aus der unmittelbaren Umgebung um Ravensburg (Ravensburg, Weingarten, Baienfurt).

Ein nennenswerter Anteil an Ärzt*innen kommt aus Bad Waldsee sowie aus Friedrichshafen/ Tett nang.

Im PD kommen 80% der Mitarbeiter*innen aus 20 Orten. Dabei kommen allerdings 46% aus der unmittelbaren Umgebung von Ravensburg.

Die Herkunft der Mitarbeiter*innen im PD ist regional sehr verstreut. Es kommen Mitarbeiter*innen sowohl aus Bad Waldsee und der Umgebung dort (Bad Schussenried, Bad Saulgau, Aulendorf) als auch aus Friedrichshafen und Tett nang sowie auch aus Wangen.

Kernergebnisse und Bedeutung für die OSK

- Die Fachkräfteverfügbarkeit wird sich durch Ausbildung oder Zuzug nicht relevant verbessern, die OSK ist und bleibt eines von vielen Krankenhäusern.
- In den „kleineren“ Standorten ist insbesondere im Pflegedienst eine deutliche Nähe von Arbeitsort und Wohnort vorhanden, im ärztlichen Dienst ist eine deutlich flächigere Verteilung erkennbar. Dies wird bei der Bereitschaft, im Rahmen von Strukturveränderungen den Arbeitsplatz zu wechseln, eine Rolle spielen. Keinesfalls ist die Wechselbereitschaft ein Automatismus.
- Bei den Indikatoren „Fehlzeiten“, „Unternehmensverbleib“, „Fluktuation“, als Attraktivitätsindikatoren sind die Unterschiede nicht hinreichend relevant.
- Die bundesweit erhobenen, relevanten Attraktivitätsfaktoren für die Arbeitsplatzwahl decken sich mit den Rückmeldungen aus den Fokusgruppen „Mitarbeiter*innen“.
- Ein Ansatzpunkt ist die Differenzierung „großes Haus“ vs. „kleines Haus“ mit den unterschiedlich wahrgenommenen Vor- und Nachteilen. Hier wird Analyse und Aufklärung nötig sein

Implikationen für die Bewertung und das Umsetzen von Szenarien

- Der Anteil an Fachkräften, der bereit ist an einen anderen OSK Standort zu wechseln, ist in der Beurteilung der Fachkräfte-Verfügbarkeit entscheidend:
 - Eine zeitnahe und klare Entscheidung, wie es weitergeht, gibt die nötige Sicherheit
 - Ein mitbestimmtes Projekt zur Entwicklung von Mobilitäts- und Bleibeanreizen muss möglich sein und nach der Entscheidung umgehend starten
 - Die Szenarien müssen in ihrer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung Elemente der Attraktivitätssteigerung (z.B. Kapazitätsplanung) berücksichtigen
 - Externes Personal muss (in jedem Szenario) zusätzlich gewonnen werden, hier gilt es umgehend die - evident vorhandenen - Vorzüge eines Arbeitsgebers OSK zu profilieren
- Durchführung eines Projektes zur Optimierung der Prozesse – insbesondere am EK – mit dem Ziel, unnötige Belastungen und Störungen aus Mitarbeiter*innenperspektive zu beseitigen (die hat auch betriebswirtschaftliche Effekte)
- Bewertung der Szenarien auch im Hinblick auf die Entstehung von attraktiven Krankenhausstrukturen und damit Arbeitsplätzen

In Abhängigkeit des beschlossenen Szenarios gilt es die nachfolgenden Module differenziert auszugestalten

Modul: „Bleibemanagement“

- Fortführung des Fokusgruppen Ansatzes
- Etablierung von Frühwarnindikatoren

Modul: „Externe MA-Gewinnung“

- Gezielte Ansprache Wiedereinsteiger
- Fortsetzung der ergriffenen Maßnahmen
- Interkulturelle Chancen umsetzen

Modul: „Mobilitätsmanagement“

- Prüfung Prämiensysteme /
- Anreizmodelle
- Befristete Nachteilsausgleiche
- Schnupperwochen

Modul „Ausbildung“

- Sicherung der Ausbildungskapazität
- Aufbau dezentraler Kooperationen prüfen (insb. bei Standortwegfall)

Modul: „Unternehmenskultur / Attraktiver Arbeitgeber“:

Proaktives Kapazitätsmanagement, Unternehmensidentitäten, Interessensausgleichskonzepte, Generationsmanagement

AGENDA

- 1 Vorstellung der Szenarien
- 2 Versorgung neu denken
- 3 Fachkräfte- und Personalsituation
- 4 Rahmenbedingungen für strategische Versorgungssituationen**
- 5 Ergebnisse der Szenarienberechnungen
- 6 Bewertung der Szenarien und Empfehlung BAB

Vorbemerkung Geburtshilfe

Strategische Vorbemerkung zum Leistungskomplex Frauenklinik Wangen

- Gemäß der strengen Lesart der vorgegebenen Szenarienauswahl wurde geprüft, inwieweit eine Gynäkologie/Geburtshilfe am Standort Wangen für die Versorgung zwingend erforderlich ist (Doppelvorhaltungen).
- Dies ist nicht der Fall. Maßgeblich für diese Bewertung ist:
 - Der geringe Marktanteil in der dezidierten Versorgungsregion
 - Das vielseitige Angebot an Geburtshilfe in der Region (Tettwang, Ravensburg, Lindau, Memmingen, ..)
- Unabhängig von dieser Einschätzung ist das Angebot an geburtshilflichen Leistungen mit 800 Geburten (2021) grundsätzlich durchaus ein relevanter Versorgungsteil. Dies wird durch die hohe Akzeptanz und die vielen Rückmeldungen im Rahmen des Begutachtungsprozesses untermauert.

Rahmenbedingungen für den Fortbestand sind grundsätzlich neu zu vereinbaren

- Vor dem Hintergrund dieser beiden Aspekte ist ein Weiterbetrieb der Frauenklinik Wangen durchaus denkbar. Dies erfordert eine grundsätzliche Trägerentscheidung, da hier dann der Grundsatz der Vermeidung von kostenintensiven Doppelstrukturen aufgegeben werden muss.

Für den Fortbestand sind konkrete Rahmenbedingungen grundsätzlich zu vereinbaren:

- Übernahme der operativen Defizite der Abteilung (derzeit mind. 1,4 Mio. Euro)
- Ein erfolgreiches Stellenbesetzungskonzept (Nachfolge ärztlicher Dienst, Hebammen, Pflege). Ein Einsatz von externem Personal (Honorarkräften) soll einen Anteil von 25 % nicht übersteigen (im Leitungsbereich CA/OA nicht zum Einsatz kommen).
- Der Leistungsumfang von mind. 600-800 Geburten muss stabil sein, hierzu ist die Entwicklung in der Geburtsmedizin der benachbarten Häuser wiederholend zu bewerten.



Ohne diese Rahmenbedingungen kann eine Weiterführung der Abteilung medizinisch und betriebswirtschaftlich nicht empfohlen werden.

Geriatrisches Angebot

Geriatrie – Ausbau & stärkere Integration in das Leistungsangebot der OSK

Geriatrie / Altersmedizin
 Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie,
 Psychologie, Sozialdienst & Pflege & Therapie
 - Integrativer Ansatz -

Akut-Geriatrie
 „verhindert“
 Verschlechterung
 im Rahmen eines
 Krankenhausaufenthaltes

Geriatrische Rehabilitation
 „repariert“
 Einschränkungen
 u.a. nach einem
 Krankenhausaufenthalt



Beides ist wichtig! Aber ...

... im Spektrum der **OSK** als **Schwerpunktversorger** sollte die **Akut-Geriatrie** ausgebaut werden

Beispiel-Fall:
 Patient*in mit Hüftgelenksfraktur nach Sturz mit hohem Geriatrie-Status
 kommt idealerweise direkt auf die Akut-Geriatrie-Station mit allen geriatrischen Angeboten
 die Unfallchirurgie operiert, aber die Fallführung liegt bei der Akut-Geriatrie
 eine Unfallchirurgische Station kann (und soll) die komplexe geriatrische Betreuung i.d.R. nicht bieten

Geriatrie-Bedarf steigt!
 Der Bedarf an geriatrischer Versorgung wird in den nächsten Jahren weiter steigen:
 ▪ im akutstationären Bereich und
 ▪ im Bereich der geriatrischen Rehabilitation (stationär und ambulant)

Empfehlung BAB-Institut

- I. Ausbau der Akut-Geriatrie im St. Elisabethen
- II. Aufgabe der geriatrischen Rehabilitation zu Gunsten eines auf Rehabilitation ausgerichteten Klinikträgers und Aufgabe des Standortes HGS.

Kooperationsüberlegungen in der Versorgungsregion

Potential von Kooperationen bzw. Zusammenlegung von benachbarten Akut-Kliniken

Medizinischer Bereich

a) Bei gleichen Versorgungsangeboten z.B. in der Grund- & Regelversorgung:

- Allg. INN/ ACH / UCH
- Ermöglicht die Steigerung der Fallzahlen,
- Erlaubt eine höhere Auslastung z.B. von Funktionsbereichen
- Reduziert die Vorhaltekosten (im Ruf- u. Bereitschaftsdienst)

b) Bei ergänzenden Versorgungsangeboten

- Steigerung der Versorgungsqualität durch breitere Versorgung
- Eine einheitliche Anlaufstelle/Klinik für alle Fälle der Region
- Erhöht die Sicherheit in der Notaufnahme

Große Effekte realisierbar bei Zusammenlegung

Bauliche Zusammenlegung

Relevante Effekte bei Abbau von Doppelstrukturen

Kooperation von Kliniken an bisherigen Standorten

Kaum Effekte bei "loser Kooperation"

Potential im Falle von Kooperationen bzw. Zusammenlegung mit benachbarten Kliniken

Medizin- /
Primär-
Bereich

- ### Lindenberg – GRV
- Zusammenlegung von Doppelstrukturen in der Grund- & Regelversorgung bei ähnlichem Spektrum (INN, ACH, UCH)
 - Ergänzung Spektrum (z.B. Urologie-Belegabteilung)
 - Aufbau von Gyn/Geb nicht ausgeschlossen

- ### Waldburg-Zeil
- Derzeit kaum Synergieeffekte für Grund- und Regelversorgung
 - Erweiterung bei u.a. Spektrum Pneumologie, Thorax-Chirurgie
 - Temporäre Übernahme der Inn. Med. grundsätzlich möglich

- ### Lindau
- Geringe Synergieeffekte für Grund- und Regelversorgung der OSK
 - Erheblicher Effekt in der Geburtshilfe

Bewertung

- Das Klinikum bietet Leistungen in der rel. Versorgungsregion an
- Ggf. unterschiedlich strategische Ausrichtung der Träger

- Die Fachklinik bietet sinnvolle komplementäre Leistungsangebote am gleichen Standort
- Eine Kooperative Zusammenarbeit ist – in Bereichen - fachlich sinnvoll

- Das Klinikum bietet Leistungen in der rel. Versorgungsregion an
- ggf. unterschiedlich strategische Ausrichtung der Träger

In der konkreten Patienten*innenversorgung spielen Landes- bzw. Landkreisgrenzen keine relevante Rolle (anders als bei Förderungen). Die Kliniken arbeiten in Teilbereichen kooperativ zusammen, in anderen Bereichen besteht insbesondere zu Lindenberg und Lindau sehr starker Wettbewerb.

Mögliche Effekte im Falle von Kooperationen mit benachbarten Akut-Kliniken

<p>Sekundär-Bereich</p>	<p>Lindenberg – GRV</p> <ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung von Doppelstrukturen Funktionsbereiche z.B. Diagnostik, Röntgen 	<p>Waldburg-Zeil</p> <ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung von Doppelstrukturen Funktionsbereiche z.B. Diagnostik, Röntgen 	<p>Lindau</p> <ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung von Doppelstrukturen Funktionsbereiche z.B. Diagnostik, Röntgen
<p>Tertiär Bereich</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung von Doppelstrukturen im Facility-Bereich (techn. Anlagen, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung von Doppelstrukturen im Facility-Bereich (techn. Anlagen, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung von Doppelstrukturen im Facility-Bereich (techn. Anlagen, etc.)

FAZIT:

- Ein vielversprechendes Kooperationspotenzial besteht direkt am **Standort Wangen** mit den **Waldburg-Zeil-Kliniken**
Die Abstimmungen sollten vertieft, im Sinne einer Gesundheitsregion Allgäu erfolgen
- Bezogen auf eine Optimierung der Grund-und Regelversorgung wäre in der **Region West-Allgäu** eine Kooperation der Kliniken **Lindenberg, Lindau, Tettngang und Wangen** am besten geeignet, langfristig zukunftssichere Strukturen zu gestalten. Da hier aber die unterschiedlichen Bundesländer und unterschiedliche Krankenhausträger zusammenfinden müssten, ist dies in den nächsten Jahren nicht wahrscheinlich
- Eine Kooperation mit dem Standort **MCB** kann relevant sein, hierzu sollten Gespräche fortgeführt werden.

Substitution von Krankenhausleistung / Eckpunkte einer Primärversorgung

Ambulantes Diagnostik- & Therapie- (OP) Zentrum (ADTZ) - Anforderungen

Stationären Klinik-Strukturen sind für die steigende Anzahl ambulant zu behandelnder Patienten häufig ungünstig, da sie primär auf bettlägerige Patienten mit hohem Versorgungsbedarf ausgerichtet sind

Dadurch werden ambulante Prozesse teilweise erheblich verkompliziert und im Ergebnis für die Beteiligten unattraktiv

Beispiele:

- Aufwendige Patiententransporte im Bett durch das Haus, weil keine Patienten-Umkleiden am OP vorhanden
- Aufwendige Mitnutzung des stationären Aufwachraumes, obwohl nur Liegen und einfache Überwachung erforderlich

Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit in der ambulanten Versorgung erfordern

Ambulante Infrastruktur

- Kompakte Raum-Anordnungen
- Patienten-Umkleiden in der Nähe der Eingriffsräume
- Wartezonen / Aufwachbereiche getrennt von Bereichen für schwerstkranken Patienten
- gute Übersichtlichkeit / kurze Wege für Mitarbeiter*innen
- Liegen für Patienten (keine Betten)

Ambulante Prozesse

- verlässliche Terminierung & Termineinhaltung
- klar strukturierte Abläufe aus Patientenperspektive
- Möglichst keine Begegnungen mit schwerstkranken Patienten
- Keine Termin-Kollisionen aufgrund von nicht planbarem Notfall-Geschehen
- Standardisierung der Abläufe & enge zeitliche Taktung

Ambulantes Diagnostik- & Therapie- (OP) Zentrum (ADTZ) - Umsetzung

Empfang / Patientensteuerung

Ambulante OP-/Eingriffs-Infrastruktur

Sprechzimmer

Diagnostik

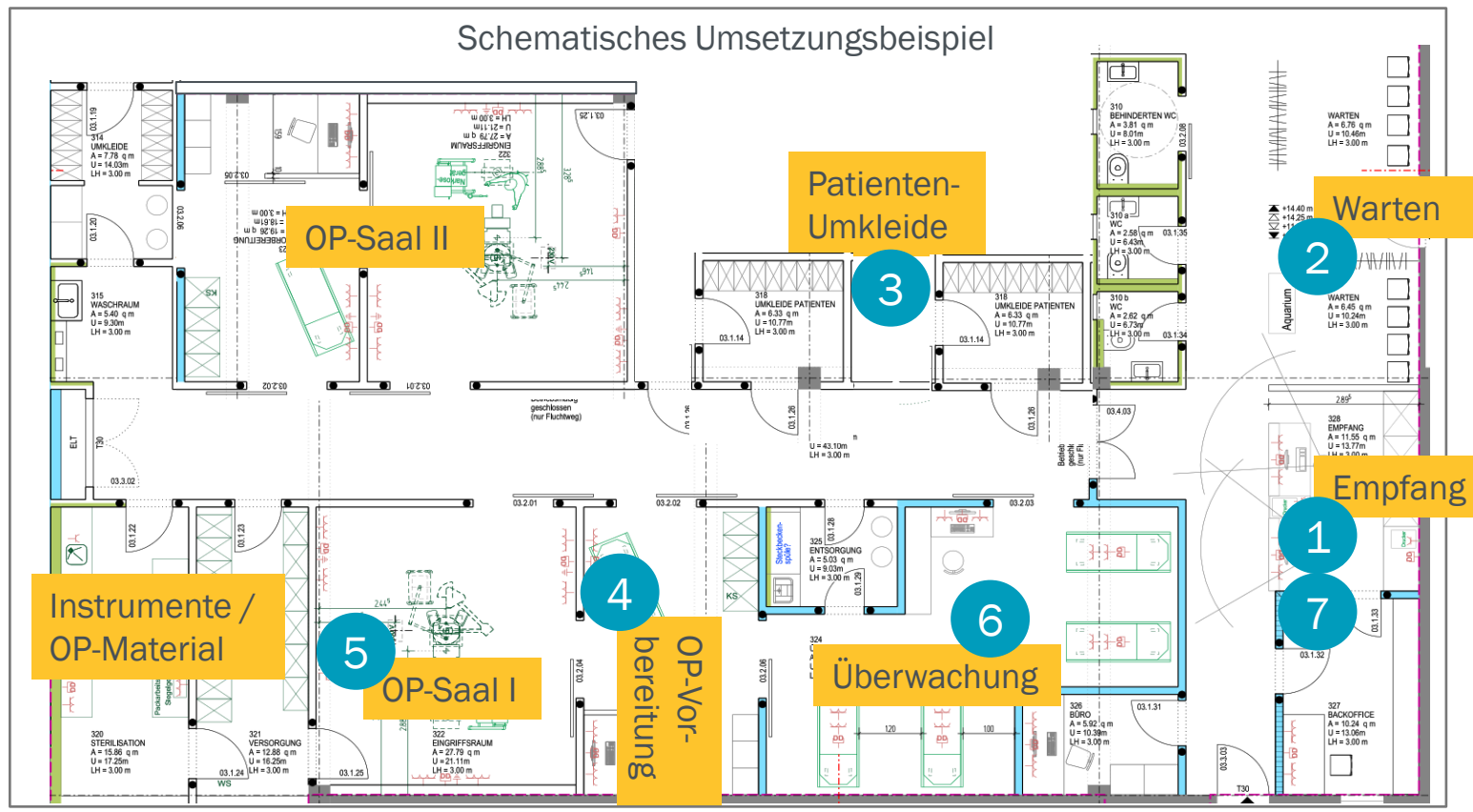
- Labor
- Röntgen
- Funktionsdiagnostik

kurze Wege

Prozess- & Ressourcensteuerung

Digitale Fallakte, (Befunde, ...)
Digitale Patientensteuerung
Digitale Terminierung
Digitale Ressourcen / Kapazitätsplanung

Schematisches Umsetzungsbeispiel



Wichtig ist jedoch die Substitution entfallender Leistungsangebote an einzelnen Standorten

Erwartungshaltung:

Substitution Leistungsangebot: auch wenn nicht originäre KH-Aufgabe



OSK	<p>I. Durch OSK / OSK-MVZ realisierbar</p> <p>Substitution entfallender Leistungen der ambulanten Primärversorgung an OSK-Standorten soweit möglich</p> <p>Voraussetzung: in den <u>gegebenen</u> ambulanten Finanzierungs- bzw. Rahmenbedingungen durch OSK bzw. OSK-MVZ tatsächlich umsetzbar</p>
nicht OSK	<p>II. Naheliegende Ergänzungen / Kooperationen</p> <p>Arrondierung mit weiteren sinnvollen Leistungsangeboten</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bereitschaft von Partnern aus der Region und / oder - neue gesetzliche Refinanzierungsgrundlagen
nicht OSK	<p>III. Strukturförderung Primärversorgung</p> <p>Förderung der Gesundheitswesen-Strukturen und neue Finanzierungsmöglichkeiten für Primärversorgungs-Leistungen</p> <p>Voraussetzung: Finanzierung gesichert</p>

- OSK / OSK-MVZ
- Externe-Praxen / Kooperationen
- Primärversorgung Strukturförderung & Leistungsfinanzierung

Umsetzung abhängig von

- KV: Sonderbedarfszulassung
- Verfügbarkeit KV-Sitze
- Sektoren-Durchlässigkeit

- Bestehende Versorgungsstruktur
- Veränderungsbereitschaft von vorhandenen Leistungserbringern

- Gesetzgebungsverfahren
- Finanzierungsquellen

Im Fokus: Breit gefächertes ambulantes Versorgungsangebot: wohnortnahe Diagnostik & Therapie

Ein großer Teil der Patientenversorgung in kleineren Kliniken erfolgt schon jetzt ambulant oder kurzstationär

Versorgungsspektrum

Diese Versorgungsangebote können auch weiterhin wohnortnah über ein MVZ angeboten werden:

- **Chirurgische Nothilfe:** chirurgische KV-Praxis mit Röntgen und Eingriffsraum
- **Internistische Versorgung:**
Internistische Facharztpraxen (Kard, Gastro)
Hausärztlich/internistische Praxis
Nicht 24/7 aber mit ausgeweiteten Öffnungszeiten

sinnvoll sind auch:

- Praxis-Klinik mit pflegerischer Überwachung über Nacht z.B. nach kleineren Eingriffen
- Haus- / Heimbefuche
- Ausbau der Telemedizin

Umsetzung

Umsetzung über OSK/OSK-MVZ

Die KV ist bereit, Sonderbedarfszulassungen zu prüfen, wenn sie für die Versorgung erforderlich sind.

Die Krankenkassen können zusätzlichem Bedarf an KV-Sitzen nach Klinikschließungen finanzieren.

Zusammen mit anderen Leistungserbringern kann man aus den vorhandenen „Puzzleteilen“ ein neues „Versorgungsbild“ zusammenfügen.

Die KV arbeitet z.B. aktuell an einer Ausweitung der docdirekt-App auf 24/7.

Zielbild:

Bereits jetzt möglich:

Breite Facharzt-Praxis-Struktur: Kardiologie, Gastroenterologie, Diabetologie-, Onkologie-, Angiologie-Sprechstunden
Urologische Sprechstunde
Chirurgische Praxis
+
Docdirekt.App

Bei Umsetzung des Koalitionsvertrages:

Gemeinde-Pflege
Gesundheitskiosk

Und natürlich weiterhin:

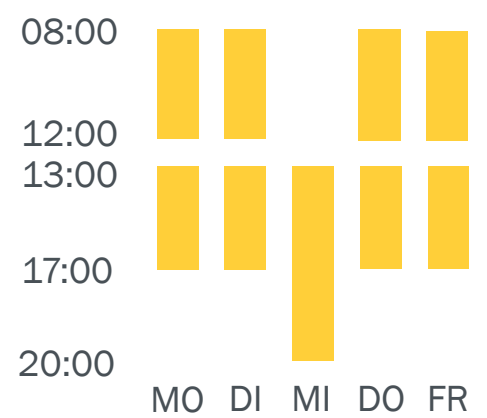
Notfall-Leitstellen 112 / 116117
& erforderliche Rettungsdienst- und Notarzt-Standorte



Darstellung wohnortnaher (Notfall-)Versorgung durch Praxis CHI und INN

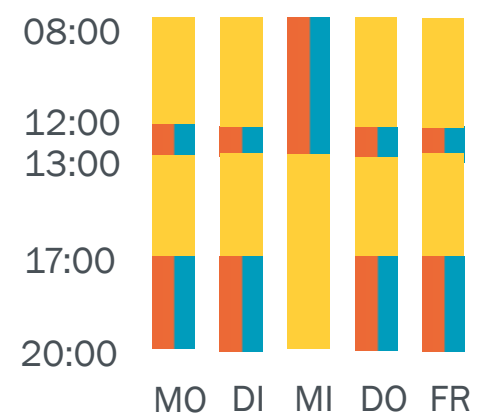
Mit je 1 KV-Sitz INN und 1 KV-Sitz CHI könnten die Werktage weitestgehend abgedeckt werden
Mit Praxis-Kooperationen wären umfassendere Öffnungszeiten möglich

Sprechstunden-Volumen Einzelpraxis (KV-Sitz 1,0)



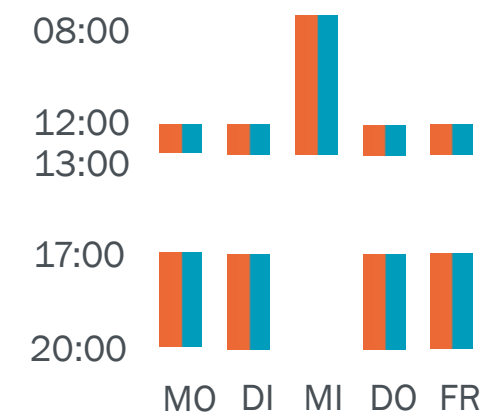
ca. 39 h / Woche

Entwicklungsperspektive mit externen Praxis-Partnern



ca. 60 h / Woche

Externes Volumen



ca. 21 h / Woche

Für einen umfassenderen Ansatz braucht es zusätzlich bis 21 h Praxisöffnungszeiten



- OSK / OSK-MVZ
- Externe-Praxen / Kooperationen
- Primärversorgung Strukturförderung & Leistungsfinanzierung






Lösungsansätze für die zusätzlichen Praxisöffnungszeiten

I. Entwicklungsperspektive mit externen Praxis-Partnern

- Bereits in der Region vorhandene Ärzt*innen / KV-Praxen integrieren sich in die Primär- / Notfallversorgung
- Damit würde auch zusätzliches Leistungs-Volumen integriert, das zur Refinanzierung der Kosten (bei ausgeweiteten Öffnungszeiten) zur Verfügung stünde
- Zu den vorhandenen, bzw. durch Sonderbedarfszulassung vsl. erreichbaren Sitzen würden noch benötigt:
ca. 1 KV-Sitz INN / Allgemein Medizin
ca. 1 KV-Sitz CHI

II. Neue Finanzierungsmöglichkeiten für Primärversorgungs-Leistungen, die die Politik zukünftig bereitstellen will

- Im Koalitionsvertrag sind Vorhaben erkennbar, die ggf. zur Refinanzierung von Primär- / Notfallversorgung genutzt werden können:
- Ausbau **multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren** zur wohnortnahen ambulanten und kurzstationären Versorgung mit der KV
 - **Gemeindepflege** ggf. in Kombination mit Allgemein Medizinischen Praxen
 - **Niederschwellige Beratungsangebote (Gesundheitskioske)**
 - **Aufhebung der Budgetierung im hausärztlichen Bereich**

-  OSK / OSK-MVZ
-  Externe-Praxen / Kooperationen
-  Primärversorgung Strukturförderung & Leistungsfinanzierung

Um verlängerten Öffnungszeiten realisieren zu können ist erforderlich:

- Bündelung mehrerer KV-Sitze
- Gemeinsame Nutzung der Praxis-Infrastruktur
- Abgestimmte Dienstplanung und Vertretungskonzept

Realistisch erscheint eine Kombination aus den beiden Lösungsansätzen

Check-Liste: Aufbau PV / Substitution von bisherigen ambulanten / Notfall-Leistungen

Künftige OSK-Angebote (MVZ) in Bad Waldsee

KV-Praxis CHI

- mit Eingriffsraum / amb. OP
- mit Röntgen
- ggf. mit BG-Zulassung

KV-Praxis Allgemeinmedizin

- ggf. mit Haus- / Heimbefuchen

KV-Praxis INN

- Gastroenterologie / Kardiologie

OSK: Notarzt-Dienst-Besetzung

KV: Ausweitung Docdirekt 24/7

Strukturförderung Primärversorgung / Projekt-Management

Landkreis / Stadt

- Einflussnahme auf KV & Zulassungsausschuss z.B. bei Sonderbedarfszulassung
- Unterstützung bei Standort-/Infrastrukturfragen für Gesundheits-Zentrum / PV
- Unterstützende Öffentlichkeitsarbeit für das Konzept
- Werben um weitere Niedergelassenen Ärzte / Betreiber KZP zur Integration in PV
- Antragstellung Fördermittel Primärversorgung Land BW / Umsetzung Förderprojekte

Land / Bund (Gesetzgeber)

- Vergütungsregelung für nicht durch Leistungsvergütungen refinanzierte Vorhaltekosten in der ambulanten Notfallversorgung
- Umsetzung Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag (z.B. Gemeindepflege, ... inkl. Finanzierungsregelung)
- Öffnung KV-Sitze für „Instituts-Besetzung“ anstelle persönlicher Besetzung
- Modellvorhaben / Anschub-Finanzierung / Förderung

OSK

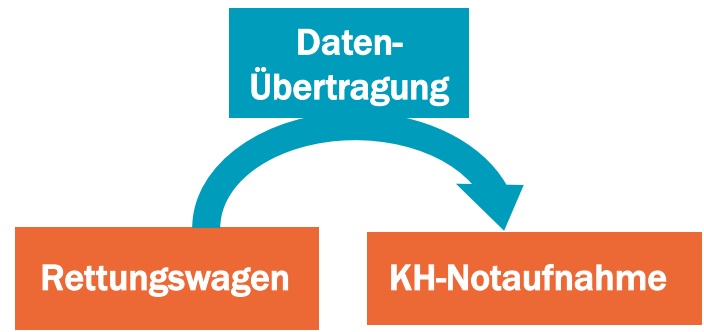
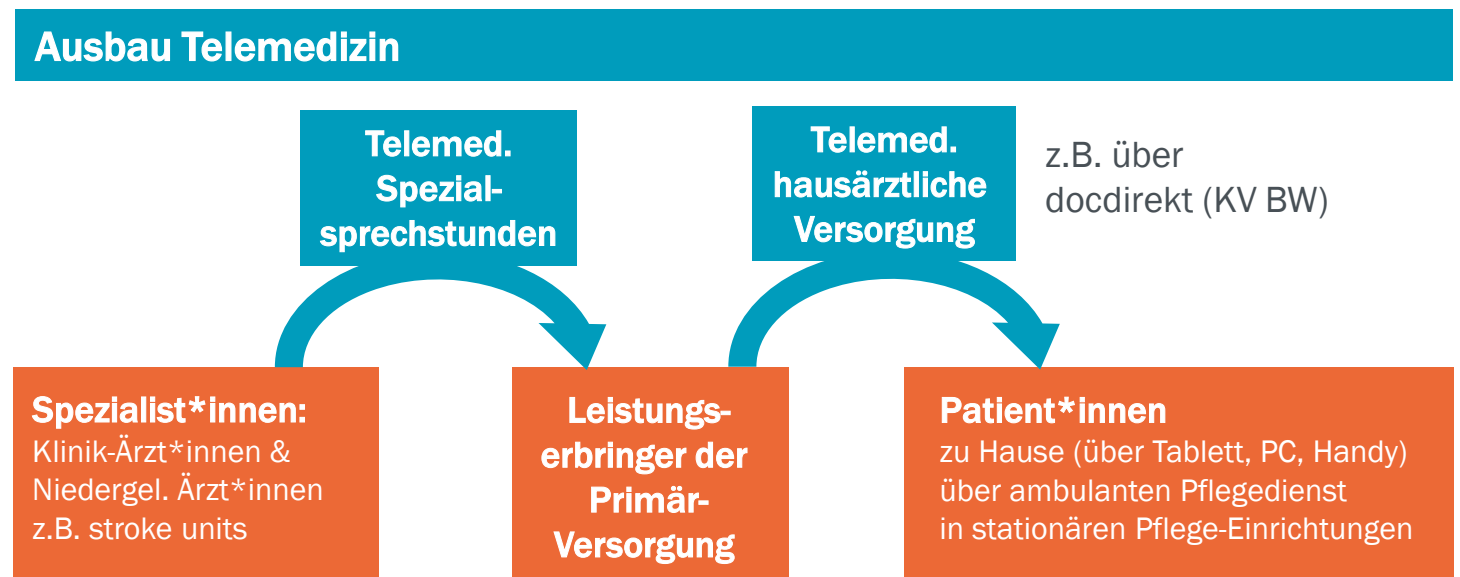
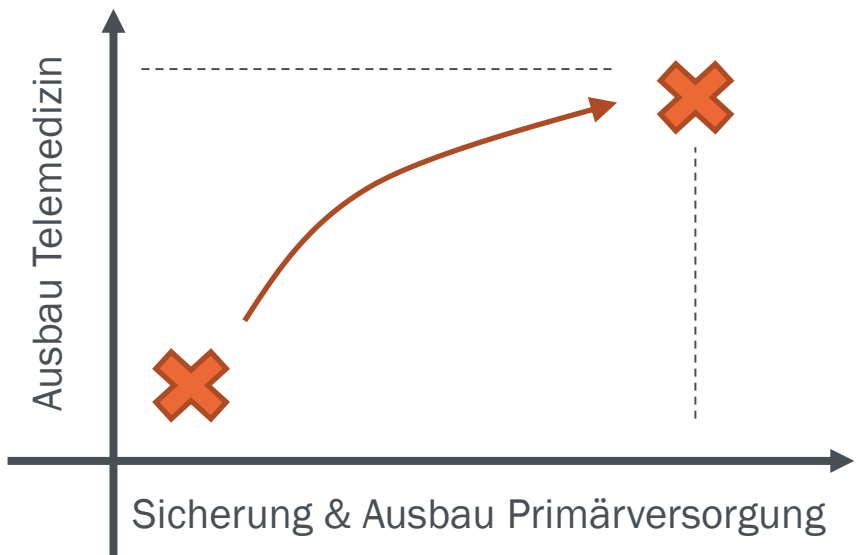
- Sicherstellung Investitionsfähigkeit der MVZ-GmbH
- Sicherstellung Notarzt-Dienst-Besetzung

OSK-MVZ

- Ggf. Einsatz vorhandener chirurgischer Sitz / Sprechstunden
- Beantragung freier hausärztlicher KV-Sitz & Besetzung
- Antragstellung Sonderbedarfszulassung KV-Sitze (INN, CHI, Allgemein Medizin)
- ggf. Akquisition KV-Sitze
- Personal-Akquisition (Fachärzte, Funktionsdienst, MFA)
- Aufbau IT-Lösung und Schnittstelle zu OSK Notaufnahme

Digitalisierung im Rahmen der Szenarien

Zukunfts-Chance: Kombination aus Primärversorgung und gezieltem Ausbau der Telemedizin



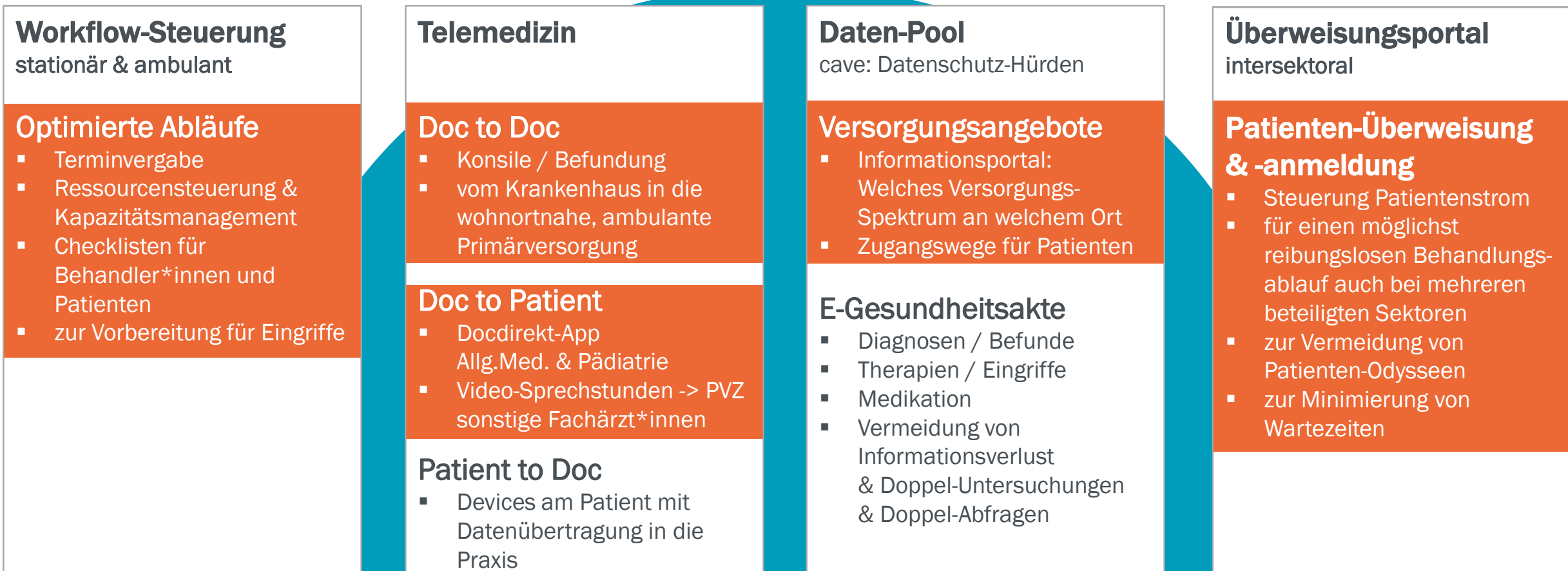
Dem Trend von Spezialisierung und Zentralisierung von medizinischen Versorgungsangeboten kann entgegengewirkt werden durch:

- Förderung dezentraler Primärversorgung(-szentren)
- Ausbau von telemedizinischen Versorgungsangeboten

Die Kombination beider Komponenten wird eine zukunftssichere wohnortnahe Grundversorgung auf hohem Niveau und die Einbindung von Spezialist*innen ermöglichen

Digitalisierung als Baustein im Gesundheits-Konzept für den Landkreis Ravensburg

I. Fokus auf OSK-Angebote: Versorgungsqualität und Ablaufoptimierung - intern und intersektoral -



II. Einbindung möglichst aller Beteiligten



Niedergelassene Ärzt*innen

Pflege-Einrichtungen

Rettungsdienst

Notärzt*innen

Patient*innen

Therapeut*innen

Rehabilitations-Einrichtungen



AGENDA

- 1** Vorstellung der Szenarien
- 2** Versorgung neu denken
- 3** Fachkräfte- und Personalsituation
- 4** Rahmenbedingungen für strategische Versorgungssituationen
- 5** **Ergebnisse der Szenarienberechnungen**
- 6** Bewertung der Szenarien und Empfehlung BAB

Prämissen

Wir nutzen die Grenzkostenbetrachtung, um die Unterschiede der Szenarien herauszuarbeiten. Hier schematische Darstellung

Gewinn- und Verlustrechnung der OSK

Stationärer und ambulanter Bereich

Grenzkosten & -erlöse

verändern sich direkt **aufgrund** der Strukturänderungen und Leistungsmengen in den unterschiedlichen Szenarien:

- Personalkosten Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Medizintechnischer- und Funktionsdienst¹
 - Medizinischer Bedarf²
 - Hotelkosten & Sterilgut
- Investitionskosten (Afa/Zinsen)

In allen Szenarien werden die Erlös- und Kostenpositionen mit Steigerungsraten zwischen 2,5 und 3,5% aufgezinnt.

In den Grenzkosten nicht, oder nur teilweise enthalten sind u.a.:

- Wirtschafts- und Versorgungsdienst – anteilig in den Grenzkosten über die Hotelkosten
- Technischer-, Verwaltungs- und sonstiger Dienst sowie Personal der Ausbildungsstätten
- Energiekosten und Wirtschaftsbedarf anteilig über die Hotelkosten
- Verwaltungsbedarf
- Instandhaltung und Wartung anteilig
- Versicherungen & Abgaben
- Sonstige Aufwendungen
- Zinsen & Steuern (Zinsen nur für Neuinvestitionen)

¹ ÄD/PD/MTD/FD repräsentieren in 2019 rund 78% der gesamten Personalkosten*

² Der medizinische Bedarf repräsentiert in 2019 rund 58% der Sachkosten*

Prämissen zur Leistungs- und Bettenberechnung

Prämissen zur Leistungsberechnung

- + Demografie
- - Ambulantisierung
- Prämissen zu Patienten- Wanderungsbewegungen
- Prämissen zu Fällen aus den 14 Nothelfern und Bad Saulgau nach Schließung
- Prämissen zur geriatrischen Früh- Rehabilitation (Umwandlung)
- Prämissen zur Sportklinik Ravensburg
- Leistungsausweitungen und -umwandlung in den Schwerpunktleistungen, z.B. durch technische Innovation wie durch den Da- Vinci- OP- Roboter und drei neue Herzkatheterlabore

Prämissen zur Bettenberechnung

- Die Berechnung der Betten erfolgt auf Basis der InEK- Verweildauer abzgl. 5%, außer die Fachabteilung ist besser als InEK -10%, dann erfolgt eine Deckelung auf InEK -10%.
- Die Bettenauslastung wurde generell mit 85% berechnet.
- Ausnahmen bilden die Gynäkologie und Geburtshilfe mit 75% sowie die Pädiatrie und Neonatologie mit einer Bettenauslastung von 70%

Patienten- und Mitarbeiter-Wanderung bei Verlagerung von Leistungen an andere Standorte

Patienten-Wanderung

- Die Patienten-Wanderung ist insbesondere abhängig vom Wohnort bzw. der Erreichbarkeit von Alternativen
- Bei spezialisierteren und elektiven Versorgungsleistungen ist die Quote höher, als bei akuten Basisleistungen der Grund- und Regelversorgung
- Die Festlegung für die Szenarien erfolgte nach Beratung im Kernteam

Je nach Fachrichtung, Komplexität der Leistungen und Entfernung gehen wir von einem Anteil zwischen **33% und 85%** der Patientinnen* aus, die bei einer Verlagerung der Leistungen den neuen Standort für eine Versorgung wählen würden.

Mitarbeiter-Wanderung

- Die Mitarbeiter-Wanderung ist abhängig von Faktoren wie Wohnort, Mobilität, Erreichbarkeit von Alternativen, beruflichen Präferenzen etc.
- Zur Orientierung wurde die Entwicklung nach der Schließung der Kliniken Leutkirch und Isny analysiert, aus denen damals etwa 50 % der Mitarbeiter*innen bei der OSK geblieben sind
- Auch hier erfolgte die Festlegung der zu erwartenden Quoten nach Beratung im Kernteam

Für die Beurteilung der Szenarien in Hinblick auf die Fachkräfteverfügbarkeit gehen wir je nach Standort von einem Anteil zwischen **40 % und 55 %** der Mitarbeiter*innen im Pflegebereich aus, die bei einer Verlagerung der Leistungen an den neuen Standort wechseln würden.

Ambulante Leistungen

Substitution bisher an den Standorten BW und WG erbrachter Leistungen

- Ambulante Leistungen wurden bislang im Rahmen der Notfallversorgung und im Rahmen von Ermächtigungen (elektiv) erbracht
- Diese Versorgung wird auch künftig durch die vorgehaltenen Fachrichtungen fortgeführt
- Die KV hat grundsätzlich signalisiert, dass (nachzuweisende) bisherige ambulante Leistungen entfallender Fachrichtungen durch Sonderbedarfszulassungen in KV-Sitze umgewandelt werden können

Ambulantisierung / Zunahme Ambulantes Operieren

- Grundlage für die Ermittlung der künftig ambulant zu erbringenden Leistungen ist der aktuell publizierte Leistungskatalog
- Ein Teil der enthaltenen Leistungen wird jedoch auch künftig z. B. bei kritischen Begleiterkrankungen stationär erbracht werden
- Zur Identifikation der betroffenen Leistungen wurden verschiedene Parameter, wie Fallschwere und Verweildauer herangezogen

Das Volumen der chirurgischen und Internistischen Behandlungen wird jeweils etwa **1 KV-Sitz Chirurgie bzw. 1 KV-Sitz Innere Medizin / Allgemein-Medizin** entsprechen

Bis 2025 ist davon auszugehen, dass von den aktuell behandelten stationären Fällen ca. **5.200 Fälle** ambulant zu behandeln sind.

Prämissen Investitionen und Instandhaltung

Standort	Investitionen für die Szenarien	Förd.	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
WG	Neubau		100.000.000	90.000.000	90.000.000	
	FöMI	60%	60.000.000	54.000.000	54.000.000	
	Eigenmittel WG		40.000.000	36.000.000	36.000.000	0
EK	AOP		5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000
	FöMI	0%				
	Eigenmittel		5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000
	Betten					25.000.000
	FöMI	75%				18.750.000
	Eigenmittel					6.250.000
Summe Eigenmittel EK			5.000.000	5.000.000	5.000.000	11.250.000
BW	Neubau		40.000.000	28.000.000		
	FöMI	0%				
	Eigenmittel BW		40.000.000	28.000.000	0	0

Um die Szenarien vergleichbar zu machen, wurden für alle Szenarien Neubaukosten für die jeweilige Konfiguration der Häuser grob kalkuliert.

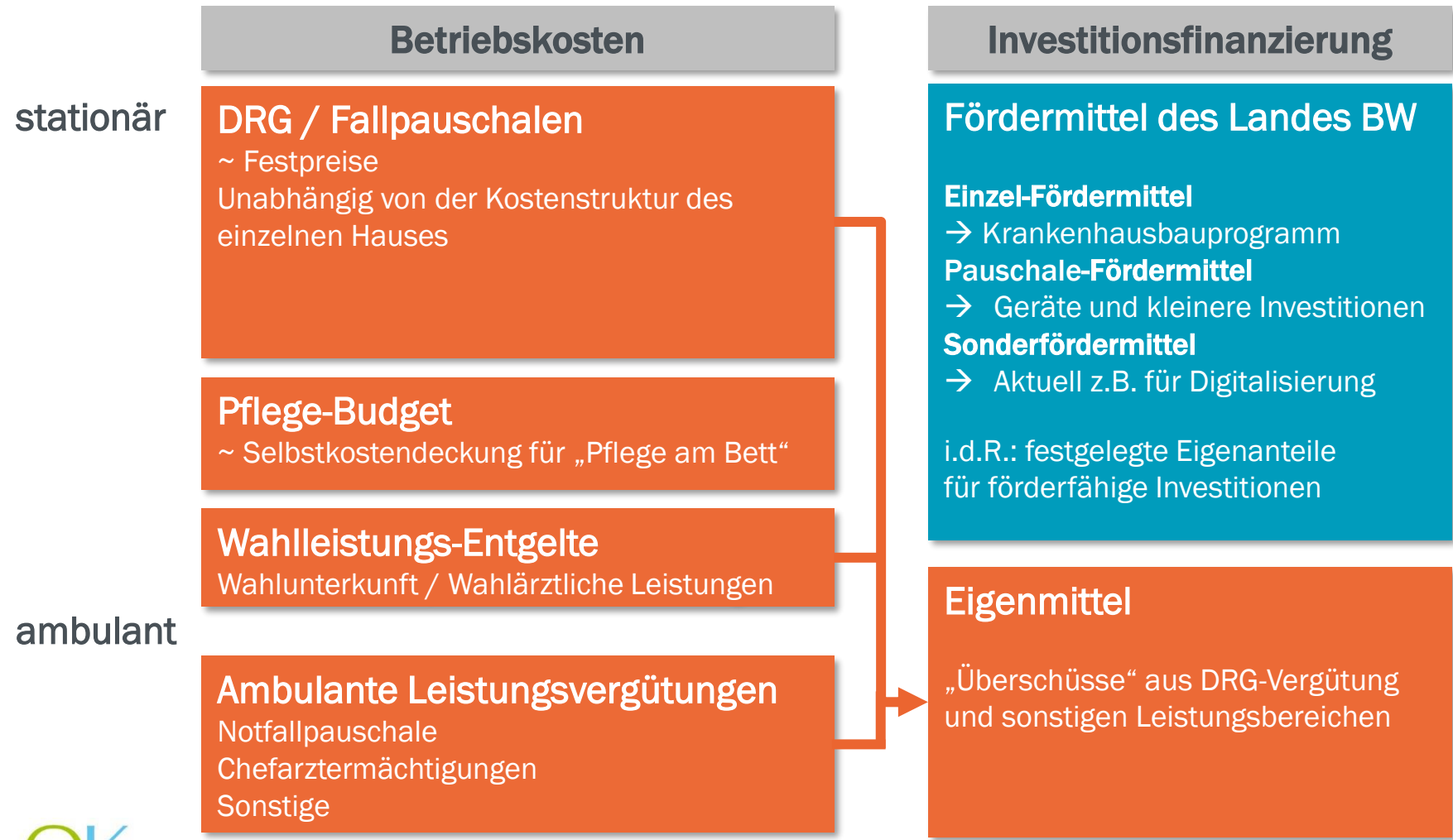
Für alle Szenarien gilt ein Instandhaltungssatz von 2,5% der KH- Erlöse bei Neubau.
Die Abschreibungen wurden alle mit 25 Jahren berechnet, die Zinsen für den Eigenanteil mit 1,5%.

Anforderungen des Landes für ein förderfähiges Gesamtkonzept

Das St. Elisabethen muss baulich voll ausgelastet sein.

Es wird keine Förderung von stationären Betten in Bad Waldsee geben.

Krankenhausleistungen und -strukturen sind stark durch die Finanzierung reguliert



Anteil der Krankenhäuser mit negativem Jahresergebnis*

2019	44 %
2020/2021**	45 %

*DKI Krankenhausbarometer
**Pandemie-bedingt als Mittelwert

Ohne Fördermittel aus dem Krankenhausbauprogramm ist ein Neubauprojekt für die OSK nicht finanzierbar.

Quelle: Eigene Darstellung: Vereinfachte Übersicht, ohne NUB, Zentrumszuschläge, Sicherstellungszuschläge, Pandemie-Freihaltepauschale etc.

Geprüfte aber verworfene Optionen

Kriterien	Bad Waldsee	Wangen
Endoprothetik-Zentrum	Nicht möglich – vorhandenen OP-Säle (2) reichen nicht aus, um die Leistungen inkl. der Sportklinik zu erbringen	
Akutgeriatrie	Im Bestand nicht möglich, da die baulichen Strukturvoraussetzungen nicht gegeben sind.	Im Bestand nicht möglich, da die baulichen Strukturvoraussetzungen nicht gegeben sind.
Notfallversorgung 24/7	Großteil der Patienten wird ambulant unfallchirurgisch betreut, daher Ausbau der OSK- MVZ Strukturen	Großteil der unfallchirurgischen Patienten wird ambulant betreut, daher Ausbau der OSK- MVZ Strukturen
Elektivchirurgie AVCH		2 Betten in WG + 4 Betten bariatrische und endokrinologische Chirurgie; 2 Betten im EK

Szenarien

Konkret geht es um die Ausgestaltung der 4 Szenarien eines Zukunftsprogramms

Szenario 1)

Fortführung aller drei bisherigen Standorte der Akutversorgung

„Möglichst wenig Veränderung“

Szenario 2)

Konzept mit **drei Akutstandorten** unter Berücksichtigung des Ziels eines Abbaus von versorgungspolitisch und medizinisch nicht notwendigen Doppelstrukturen

„Möglichst zukunftsfeste Aufstellung für zentrale Herausforderungen im Gesundheitswesen“

Szenario 3)

Konzept mit **zwei Akutstandorten** Berücksichtigung des Ziels eines Abbaus von versorgungspolitisch und medizinisch nicht notwendigen Doppelstrukturen

Szenario 4)

Konzept unter Berücksichtigung des Sicherstellungsauftrages des Landkreises Ravensburg

„Freies Szenario BAB“

Konzept für die regionale sektorübergreifende Versorgung insb. in der Grund- und Notfallversorgung

Fachliche Parameter zur Herleitung der Szenarien. Wesentlich ist eine langfristige Zukunftsfähigkeit der Standorte!

Langfristige Zukunftsfähigkeit durch:

Profil der Standorte

- in sich stimmiges Leistungsportfolio
- weitgehende Vermeidung von Wettbewerb im Konzern
- Ökonomische Unabhängigkeit der Standorte – unter Berücksichtigung von gewollter Konzernsubventionierung

Hohe Qualität der medizinischen Versorgung

- ausreichende Leistungsmengen (nicht nur bei den Mindestmengen)
- ausreichende Besetzung mit dem entsprechenden Fachpersonal, das gewonnen werden muss
- sinnvolle Leistungsbündelung auch für Umsetzung von Interdisziplinarität
- gute Weiterbildungsvoraussetzungen für Ärzte und Pflege

Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Einweiser/Bevölkerung:

- die Standortzuweisung muss eindeutig sein
- Zugang zu einer geeigneten Versorgungsstruktur im Landkreis und Sicherstellung einer adäquaten Verfügbarkeit in der Not- und Unfallversorgung
- Erreichbarkeit, Öffnungszeiten und Patientenwege

Wirtschaftlichkeit

- teure Ressourcen sollen möglichst nur einmal vorgehalten werden
- Minimierung der Doppelvorhaltungen
- Besetzungsproblematik, insbesondere im ÄD, muss gelöst werden

Förderfähigkeit

- Anforderungen des Landes an Größe der Standorte (Betten) und Kooperation
- Bereitschaft potentieller Partner zur Kooperation
- Politische Durchsetzungsfähigkeit beim Land
- Höhe der Fördermittel

Transformation

- Aufwand der Umsetzung
- Zeitraum der Umsetzung

Legende

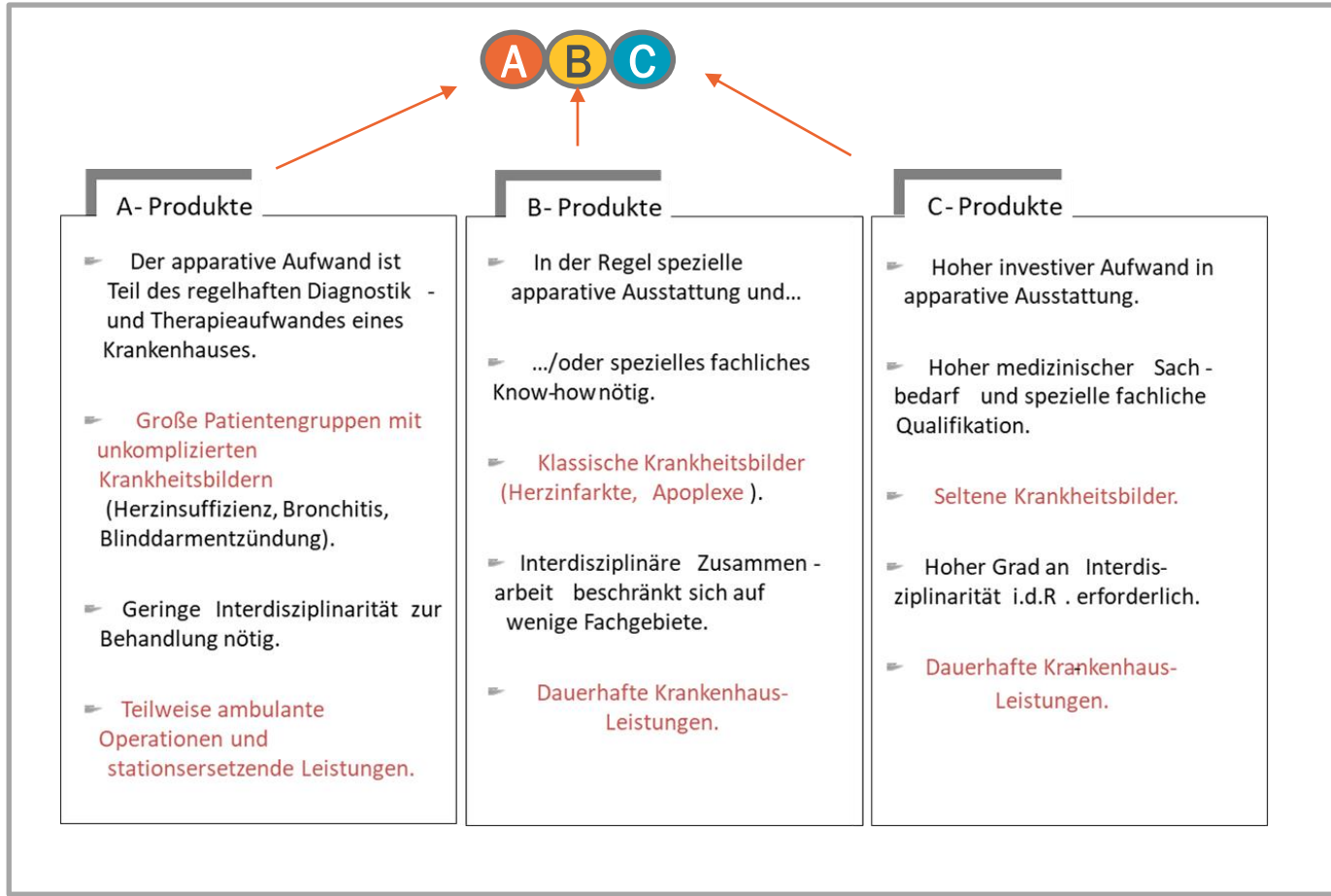
Einordnung der Leistungen in den Häusern

Basisleistungen

Leistungen zur Profilbildung

Leistungen zur weiteren Diskussion – Eine Vorhaltung ist nicht versorgungsnotwendig

Notfallversorgung



Szenario 1 – „Möglichst wenig Veränderung“ – 3 Standorte

Bad Waldsee 75 Betten

Innere Medizin **A**
31 Betten

Endoprothetik
Komplexe Leistungen
+750 Fälle der Sportklinik **A B C**
38 Betten

Intensivmedizin **A B**
ICU 2 Betten, IMC 4 Betten

Notfallversorgung **A**
Innere Medizin 24/7
Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

St. Elisabethen 502 Betten

Innere Medizin **A B C**
Onkologischer Schwerpunkt
8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Intensivmedizin **A B**
Neonatologie

Gynäkologie und Geburtshilfe **A B C**
& Perinatalzentrum
Pädiatrie

Akutgeriatrische (Früh-) Rehabilitation **B C**
Palliativmedizin
46 Betten + 6 Betten

Robotergestützte Operationen in der AVCH, Urologie
und Gynäkologie v.a. im Bereich der
Tumoroperationen. **B C**

Allgemein-, Gefäß-, Neuro-, **A B C**
Plastische-, Unfallchirurgie,
HNO, Kardiologie, MKG, Neurologie,
Strahlentherapie, Urologie

ZNA 24/7 **A B C**
Überregionales Trauma- und Schlaganfallzentrum,
Herzkatheterlabor/Chest Pain Unit

Wangen 175 Betten
(159 Betten ohne Gyn/Geb)

Innere Medizin **A**
61 Betten

Allgemeinchirurgie **A**
19 Betten

Unfallchirurgie **A**
18 Betten

Endoprothetik **A B C**
Komplexe Leistungen
+750 Fälle der Sportklinik
27 Betten

Palliativmedizin / Schmerztherapie **B**
20 Betten

Intensivmedizin **A B**
ICU 6 Betten, IMC 8 Betten

Gynäkologie und Geburtshilfe **A**
Verlustrückbau 1,4 Mio EUR und
75% eigene Fachkräfte
16 Betten

Notfallversorgung **A**
Innere Medizin, Gyn/Geb.
und Chirurgie 24/7

Szenario 1 – Primärversorgung / ambulante Notfall- und Basis-Versorgung

Bad Waldsee

Fortführung OSK

Notaufnahme INN 24/7
Ermächtigung INN

OSK-MVZ

KV-Praxis CHI (1,0 Sitz)
- ausgeweitete Öffnungszeiten
- Eingriffsraum
- Röntgen
- ggf. BG-Zulassung

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie
nach Verfügbarkeit von KV-Sitzen



Partner / Kooperation

Radiologie / CT / MRT
KV-Bereitschaftspraxis / umfassende Öffnungszeiten
Kurzzeitpflege
KV-Telemedizin: docdirekt-App

Strukturförderung Primärversorgung

Primärversorgungszentren u.a. mit
Facharzt-Praxis-Struktur & Praxisklinik
Primärversorgung in der Fläche
z.B. Gemeindepflege-Konzept, Auf-/Ausbau Telemedizin

St. Elisabethen

Ambulantes Diagnostik- und Eingriffs-/OP-Zentrum

Bisherige ambulante Fälle:
2021: ca. 60.000 Fälle p.a.
Optimierung von ambulanten Strukturen &
Prozessen
bis zu 10.000 zusätzliche ambulante Fälle
(bislang stationär behandelte Fälle, künftig
ambulant)

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie

Nach Versorgungsbedarf, Verfügbarkeit von KV-
Sitzen und Strategie Patienten-Zuweisungen



Wangen

Fortführung OSK

Notfallversorgung/-aufnahme 24/7, INN, CHI, GYN
Schmerzambulanz
Möglichst BG-Zulassung
Ermächtigungen INN, GYN, ANÄ

Fortführung OSK-MVZ

Radiologie / CHI-ORTH

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie

Nach Versorgungsbedarf und Verfügbarkeit
von KV-Sitzen



Partner / Kooperation

KV-Bereitschaftspraxis / umfassende Öffnungszeiten
Kurzzeitpflege
KV-Telemedizin: docdirekt-App

Abhängig von der Umsetzung der Ankündigungen im Koalitionsvertrag
sowie von der Finanzierung durch das Land BW



Notarzt-Standort

Szenario 2 - „Möglichst zukunftsfeste Aufstellung für zentrale Herausforderungen im Gesundheitswesen“ – 3 Standorte

Bad Waldsee

69 Betten

Innere Medizin

A

65 Betten

Intensivmedizin

A B

IMC 4 Betten

Notfallversorgung

A

Innere Medizin 24/7

Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

St. Elisabethen

487 Betten

Zuzügl. 8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Innere Medizin

A B C

Onkologischer Schwerpunkt

8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Intensivmedizin

A B C

Neonatologie

Gynäkologie und Geburtshilfe
& Perinatalzentrum
Pädiatrie

A B C

Akutgeriatrische (Früh-) Rehabilitation
Palliativmedizin

B

46 Betten + 6 Betten

Roboterassistierte Operationen in der AVCH, Urologie
und Gynäkologie v.a. im Bereich der
Tumoroperationen.

B C

Allgemein-, Gefäß-, Neuro-,
Plastische-, Unfallchirurgie,
HNO, Kardiologie, MKG, Neurologie,
Strahlentherapie, Urologie

A B C

ZNA 24/7

A B C

Überregionales Trauma- und Schlaganfallzentrum,
Herzkatheterlabor/Chest Pain Unit

Kooperationsmodell mit Waldburg-Zeil
Gute Chancen für Fördermittel durch
Kooperation mit Waldburg-Zeil. Dann
Aufbau von 20 Betten Akutgeriatrische
(Früh) Rehabilitation in WG.

Wangen

150 Betten

Innere Medizin

A

63 Betten

Endoprothetik

A B C

Komplexe Leistungen

55 Betten

Palliativmedizin / Schmerztherapie

B

20 Betten

Intensivmedizin

A B

ICU 4 Betten, IMC 8 Betten

Notfallversorgung

A

Innere Medizin 24/7

Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

Szenario 2 – Primärversorgung / ambulante Notfall- und Basis-Versorgung

Bad Waldsee

Fortführung OSK

Notaufnahme INN 24/7
Ermächtigung INN

OSK-MVZ

KV-Praxis CHI (1,0 Sitz)
- ausgeweitete Öffnungszeiten
- Eingriffsraum
- Röntgen
- ggf. BG-Zulassung

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie
nach Verfügbarkeit von KV-Sitzen



Partner / Kooperation

Radiologie / CT / MRT
KV-Bereitschaftspraxis / umfassende Öffnungszeiten
Kurzzeitpflege
KV-Telemedizin: docdirekt-App

Strukturförderung Primärversorgung

Primärversorgungszentren u.a. mit
Facharzt-Praxis-Struktur & Praxisklinik
Primärversorgung in der Fläche
z.B. Gemeindepflege-Konzept, Auf-/Ausbau Telemedizin



Notarzt-Standort

St. Elisabethen

Ambulantes Diagnostik- und Eingriffs-/OP-Zentrum

Bisherige ambulante Fälle:
2021: ca. 60.000 Fälle p.a.
Optimierung von ambulanten Strukturen &
Prozessen
bis zu 10.000 zusätzliche ambulante Fälle
(bislang stationär behandelte Fälle, künftig
ambulant)

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie

Nach Versorgungsbedarf, Verfügbarkeit von KV-
Sitzen und Strategie Patienten-Zuweisungen



Wangen

Fortführung OSK*

Notfallversorgung/-aufnahme 24/7 INN,
Schmerzambulanz
Ermächtigungen INN, ANÄ

Fortführung OSK-MVZ*

Radiologie / CHI-ORTH
CHI Notfallversorgung -möglichst 8-20 Uhr
ggf. BG-Zulassung

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie

Nach Versorgungsbedarf und Verfügbarkeit
von KV-Sitzen



*Gyn/Geb in Abhängigkeit der stationären Fortführung

Partner / Kooperation

KV-Bereitschaftspraxis / umfassende Öffnungszeiten
Kurzzeitpflege
KV-Telemedizin: docdirekt-App

Abhängig von der Umsetzung der Ankündigungen im Koalitionsvertrag
sowie von der Finanzierung durch das Land BW

Szenario 3 - „Möglichst zukunftsfeste Aufstellung für zentrale Herausforderungen im Gesundheitswesen“ – 2 Standorte

Kooperationsmodell mit Waldburg-Zeil
Gute Chancen für Fördermittel durch Kooperation mit Waldburg-Zeil. Dann Aufbau von 20 Betten Akutgeriatrische (Früh) Rehabilitation in WG.

Bad Waldsee

Notfallversorgung
Innere Medizin und Chirurgie über MVZ
mit erweiterten Öffnungszeiten

A

St. Elisabethen

542 Betten

Zuzügl. 8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Innere Medizin
Onkologischer Schwerpunkt

A B C

8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Intensivmedizin
Neonatologie

A B C

Gynäkologie und Geburtshilfe
& Perinatalzentrum
Pädiatrie

A B C

Akutgeriatrische (Früh-) Rehabilitation
Palliativmedizin

B

46 Betten + 6 Betten

Roboterassistierte Operationen in der AVCH, Urologie
und Gynäkologie v.a. im Bereich der
Tumoroperationen.

B C

Allgemein-, Gefäß-, Neuro-,
Plastische-, Unfallchirurgie,
HNO, Kardiologie, MKG, Neurologie,
Strahlentherapie, Urologie

A B C

ZNA 24/7

Überregionales Trauma- und Schlaganfallzentrum,
Herzkatheterlabor/Chest Pain Unit

A B C

Wangen

154 Betten

Innere Medizin
Zzgl. pulmol. Fälle aus dem EK

A

67 Betten

Endoprothetik
Komplexe Leistungen

A B C

55 Betten

Palliativmedizin / Schmerztherapie

B

20 Betten

Intensivmedizin

A B

ICU 4 Betten, IMC 8 Betten

Notfallversorgung
Innere Medizin 24/7

A

Chirurgie über MVZ mit erweiterten Öffnungszeiten

Szenario 3 – Primärversorgung / ambulante Notfall- und Basis-Versorgung

Bad Waldsee

OSK-MVZ

- KV-Praxis CHI (1,0 Sitz)
- ausgeweitete Öffnungszeiten
- Eingriffsraum / amb. OP
- Röntgen
- ggf. BG-Zulassung

- KV-Praxis Allgemeinmedizin (0,5 Sitz)
- ggf. Spezialsprechstunde Schmerztherapie
- ggf. Haus- / Heimbesuche

- KV-Praxis INN (1,0 Sitz)
- Gastro / Kardio



Partner / Kooperation

- Radiologie / CT / MRT
- KV-Bereitschaftspraxis / umfassende Öffnungszeiten
- Kurzzeitpflege
- KV-Telemedizin: docdirekt-App

Strukturförderung Primärversorgung

- Primärversorgungszentren u.a. mit
- Facharzt-Praxis-Struktur & Praxisklinik
- Primärversorgung in der Fläche
- z.B. Gemeindepflege-Konzept, Auf-/Ausbau Telemedizin

St. Elisabethen

Ambulantes Diagnostik- und Eingriffs-/OP-Zentrum

- Bisherige ambulante Fälle:
- 2021: ca. 60.000 Fälle p.a.
- Optimierung von ambulanten Strukturen & Prozessen
- bis zu 10.000 zusätzliche ambulante Fälle (bislang stationär behandelte Fälle, künftig ambulant)

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie

- Nach Versorgungsbedarf, Verfügbarkeit von KV-Sitzen und Strategie Patienten-Zuweisungen



Wangen

Fortführung OSK*

- Notfallversorgung/-aufnahme INN, Schmerzambulanz
- Ermächtigungen

Fortführung OSK-MVZ*

- Radiologie / CHI-ORTH
- CHI Notfallversorgung -möglichst 8-20 Uhr
- ggf. BG-Zulassung

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie

- Nach Versorgungsbedarf und Verfügbarkeit von KV-Sitzen



*Gyn/Geb in Abhängigkeit der stationären Fortführung

Partner / Kooperation

- KV-Bereitschaftspraxis / umfassende Öffnungszeiten
- Kurzzeitpflege
- KV-Telemedizin: docdirekt-App

Abhängig von der Umsetzung der Ankündigungen im Koalitionsvertrag sowie von der Finanzierung durch das Land BW



Notarzt-Standort

Szenario 4 - „Freies Szenario BAB“ – 1 Standort

Kooperationsmodell mit Waldburg-Zeil
40-50 Betten Innere Medizin aus Wangen

Bad Waldsee

St. Elisabethen **646 Betten**
Zuzügl. 8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Wangen

Innere Medizin **A B C**
Onkologischer Schwerpunkt
8 tagesklinische Betten Gastro-Onko

Intensivmedizin **A B C**
Neonatalogie

Gynäkologie und Geburtshilfe **A B C**
& Perinatalzentrum
Pädiatrie

Akutgeriatrische (Früh-) Rehabilitation **B**
Palliativmedizin 46 Betten + 6 Betten

Zentrum für Endoprothetik **A B C**
54 Betten

Roboterassistierte Operationen in der AVCH, Urologie
und Gynäkologie v.a. im Bereich der **B C**
Tumoroperationen.

Allgemein-, Gefäß-, Neuro-, **A B C**
Plastische-, Unfallchirurgie,
HNO, Kardiologie, MKG, Neurologie,
Strahlentherapie, Urologie, Schmerztherapie

Notfallversorgung **A**
Innere Medizin und Chirurgie über MVZ
mit erweiterten Öffnungszeiten

ZNA 24/7 **A B C**
Überregionales Trauma- und Schlaganfallzentrum,
Herzkatheterlabor/Chest Pain Unit

Notfallversorgung **A**
Innere Medizin und Chirurgie über MVZ
mit erweiterten Öffnungszeiten

Szenario 4 – Primärversorgung / ambulante Notfall- und Basis-Versorgung

Bad Waldsee

OSK-MVZ

- KV-Praxis CHI (1,0 Sitz)
- ausgeweitete Öffnungszeiten
- Eingriffsraum / amb. OP
- Röntgen
- ggf. BG-Zulassung

- KV-Praxis Allgemeinmedizin (0,5 Sitz)
- ggf. Spezialsprechstunde Schmerztherapie
- ggf. Haus- / Heimbesuche

- KV-Praxis INN (1,0 Sitz)
- Gastro / Kardio



Partner / Kooperation

- Radiologie / CT / MRT
- KV-Bereitschaftspraxis / umfassende Öffnungszeiten
- Kurzzeitpflege
- KV-Telemedizin: docdirekt-App

Strukturförderung Primärversorgung

- Primärversorgungszentren u.a. mit
- Facharzt-Praxis-Struktur & Praxisklinik
- Primärversorgung in der Fläche
- z.B. Gemeindepflege-Konzept, Auf-/Ausbau Telemedizin

St. Elisabethen

Ambulantes Diagnostik- und Eingriffs-/OP-Zentrum

- Bisherige ambulante Fälle:
- 2021: ca. 60.000 Fälle p.a.
- Optimierung von ambulanten Strukturen & Prozessen
- bis zu 10.000 zusätzliche ambulante Fälle (bislang stationär behandelte Fälle, künftig ambulant)

Fortsetzung MVZ-Ausbau-Strategie

- Nach Versorgungsbedarf, Verfügbarkeit von KV-Sitzen und Strategie Patienten-Zuweisungen



Wangen

OSK-MVZ

- KV-Praxis CHI
- ausgeweitete Öffnungszeiten
- Eingriffsraum / amb. OP
- Röntgen
- ggf. BG-Zulassung

- KV-Praxen Allgemeinmedizin / Innere
- ggf. Spezialsprechstunde Schmerztherapie
- ggf. Haus- / Heimbesuche
- Gastro

- KV-Praxis Gyn



Partner / Kooperation

- Radiologie / CT / MRT
- KV-Bereitschaftspraxis
- Kurzzeitpflege
- KV-Telemedizin: docdirekt-App

Abhängig von der Umsetzung der Ankündigungen im Koalitionsvertrag sowie von der Finanzierung durch das Land BW



Notarzt-Standort

Berechnungen

Ergebnisse der Szenarienberechnung Leistungen und Erlöse

Szenario	3 Standorte: BW ohne UCH, + Sportklinik, WG ohne ACH	3 Standorte: BW nur Innere, WG ohne ACH/UCH/GYN	2 Standorte: WG ohne GYN/UCH/ACH, + Pulmofälle	Einhäusigkeit
Grenz - GUV	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Betten	752	706	696	646
VwD	5,71	5,79	5,78	5,78
Fallzahl	41.230	38.099	37.569	34.856
Casemix	47.052	43.823	43.436	40.867
CMI	1,1412	1,1502	1,1561	1,1725
Erlöse DRG & Pflege in €	194.442.811	181.096.875	179.497.654	168.882.444
Fälle Wangen & Bad Waldsee	13.981	11.488	7.441	
Abschlag Notfallversorgung in €	-838.842	-689.251	-446.454	
KH- Erlöse in €	193.603.969	180.407.623	179.051.200	168.882.444

Je nach Szenario werden zwischen 646 Betten für eine Einhäusigkeit und 752 Betten bei dem 3- Standort-Szenario mit wenig Veränderung benötigt.

Zwischen dem 3- und 2- Standortszenario (SZ 1 und SZ 3) kommt es zu einem Erlösverlust von 15 Mio. €.

Hierbei wurden Erlösabschläge für die Notfallversorgung in Bad Waldsee und Wangen bereits berücksichtigt.

Greenfieldplanung für den Ärztlichen Dienst

- Die Greenfieldplanung wird von uns im Sinne einer Arbeitsplatzmethode angewandt:
- Wo (Station/Funktion/OP/Kreissaal/Notaufnahme) muss wer (FA/Ass.) in welcher Anzahl vorhanden sein und welche Dienste (Bereitschafts- /Rufdienste) müssen besetzt werden.
- Was verändert sich, wenn Leistungsgeschehen verschoben wird: Welche Dienste entfallen dann u.U. auch in anderen Fachabteilungen, z.B. in der Anästhesie, oder wo müssen an einem anderen Ort mehr Mitarbeiter eingesetzt werden.
- Inwieweit reichen die so ermittelten Mitarbeiter aus, um die Dienste abbilden zu können, oder bedarf es weiterer Mitarbeiter, um diese Anforderungen zu erfüllen.
- Ein Stationsarzt betreut im Durchschnitt zwischen 20 und 22 Betten.
- Zusätzlich Planung von Chef- und Oberärzten für die Organisation der Abteilung, Weiterbildung, die Durchführung von Sprechstunden und die Unterstützung in der Patientenbehandlung (Visiten, Operationen,...).

Die Unterschiede in den Szenarien liegen v.a. in den Bereitschafts- und Rufdiensten begründet, die bei der Aufgabe von Doppelvorhaltungen entfallen.

Ärztlicher Dienst	VK 2021	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
BW	24	23	13		
EK	228	216	228	228	246
WG	66	69	43	43	
Zentrale Dienste	1	1	1	1	1
Summe	322	310	285	272	247
Ärztlicher Dienst	PK 2021	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
BW	3.831.803	4.213.058	2.304.787		
EK	32.557.130	34.160.931	35.902.243	35.902.243	38.858.091
WG	10.861.412	12.459.880	7.839.870	7.839.870	
Zentrale Dienste	147.387	162.688	162.688	162.688	162.688
Summe	47.837.542	50.996.557	46.209.587	43.904.800	39.020.779

Bei einer Fortschreibung der 322 VK würden die Personalkosten in 2025 rund 53 Mio. € betragen

Trotz einer konsequenten Bemessung anhand der Rahmenbedingungen im Sinne von guten Arbeitsbedingungen, entfallen bei der Aufgabe von Doppelvorhaltungen ärztliche Stellen, die es vorher für die Vorhaltung von Diensten an zwei oder drei Orten gebraucht hat. Auch wandern die Patienten nicht in vollem Umfang mit, so dass es auch für die Stationen, die Funktionsbereiche und den OP in Summe weniger Ärzte im stationären Setting bedarf.

Gleichzeitig werden jedoch mehr Ärzte in den ambulanten Bereichen benötigt.

Greenfieldplanung für den Pflegedienst

- Die Planung der Pflegepersonal- **UnterGrenzenVerordnung** (PpUGV)- relevanten Pflegekräfte erfolgt für die Normalstationen mit einem Aufschlag von 20%.
- Die Planung der PpUGV- relevante Pflegekräfte erfolgt über Betten und Stationsgrößen. Geht das Verhältnis Pflege zu Betten nicht auf, z.B. 4 VK Pflege für 34 Betten ($4 \times 8 = 32$), wird eine zusätzliche Schicht berechnet.
- Das Delta zwischen Vollkräften in der Dienststart 01 Pflege und den PpUGV-relevanten Vollkräften wird in allen Szenarien mitgeführt.
- Die Nettojahresarbeitszeit in Stunden wurde mit 1.525 berechnet.
- Für die Normalstationen wurden jeweils 0,5 Stellen für die Leitung und Anleitung berechnet, in den anderen Bereichen ist der Schlüssel deutlich höher.

251	Arbeitstage BaWü 2022
30	Urlaub
23	krank
198	Summe Arbeitstage
7,7	38,5 Stundenwoche
1.525	Nettojahresarbeitszeit in Stunden

In allen Szenarien - außer der Einhäusigkeit - wird zum Status Quo erheblich Pflegepersonal aufgebaut.

Pflegedienst	VK 2021	VK PpUGV	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Betten	704*		752	706	696	646
BW	50	47	59	51	0	0
HGS						
EK	416	376	446	426	484	530
WG	144	141	141	122	125	0
Delta PD PpUGV*	0,2		46	46	46	46
Summe	609	565	692	645	655	575
Pflegedienst	PK 2021		Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
BW	3.462.252		4.536.057	3.910.394	0	
EK	29.191.750		34.516.939	33.037.612	37.475.595	41.025.981
WG	10.268.381		11.151.483	9.655.208	9.893.608	
Delta PD PpUGV*	20.062		4.410.029	4.410.029	4.410.029	4.410.029
Summe	42.942.444	0	54.614.509	51.013.243	51.779.232	45.436.010

* Nicht PpUGV- relevant sind 46 VK: LPPM, Pain Nurse, Onkologische Pflege, Wundmanagement, etc. sowie Servicekräfte.

Bei einer Fortschreibung der 609 VK würden die Personalkosten 2025 rund 47 Mio. € betragen

Das gilt jedoch bereits für die Ausgangsbasis.

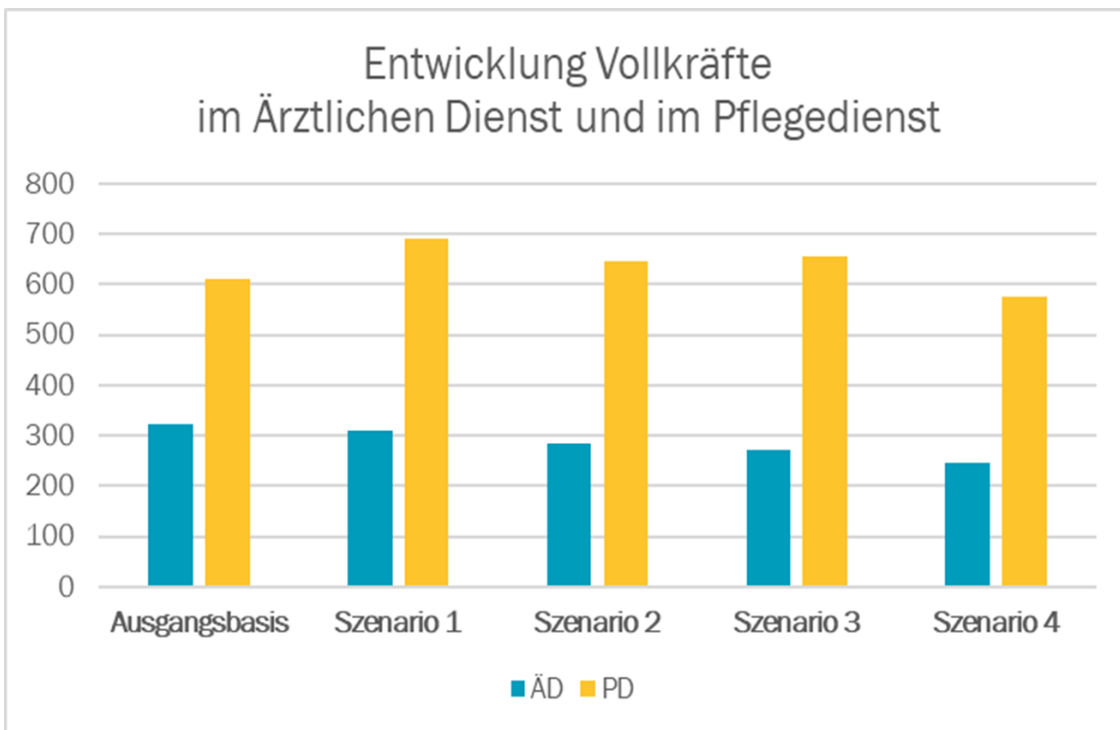
Es müssen also auch unabhängig von den Szenarien Mitarbeiter*innen gewonnen werden.

Durch die Gewinnung von Mitarbeitern, die ihren Standort wechseln, kann die Mitarbeiterrekrutierung je nach Szenario abgemildert werden.

*Bei gleicher Berechnung wie bei den Szenarien:

- InEK -5%, außer die FAB ist besser als InEK -10%, dann Deckelung auf InEK -10%.
- Auslastung generell 85% mit den Ausnahmen GYN/GEB, PÄD, NEO

Erhebliche Einsparungen bei gleichzeitiger Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch den Wegfall von Doppelvorhaltungen



In Szenario 2 kommt der Haupteffekt aus der Reduzierung von Doppelvorhaltungen in den Bereichen AVCH/UCH/GYN/GEB und Anästhesie. Dadurch können vor allem Ruf- und Bereitschaftsdienste im Ärztlichen Dienst reduziert werden.

Aufbau im Pflegedienst bereits in der Ausgangssituation notwendig, daher Personalaufbau in allen Szenarien, außer der Einhäusigkeit.

	ÄD
2021	47.837.542
HR 2025	52.803.695
SZ 1	50.996.557
SZ 2	46.209.587
SZ 3	43.904.800
SZ 4	39.020.779

	PD
2021	42.942.444
HR 2025	47.400.423
SZ 1	54.614.509
SZ 2	51.013.243
SZ 3	51.779.232
SZ 4	45.436.010

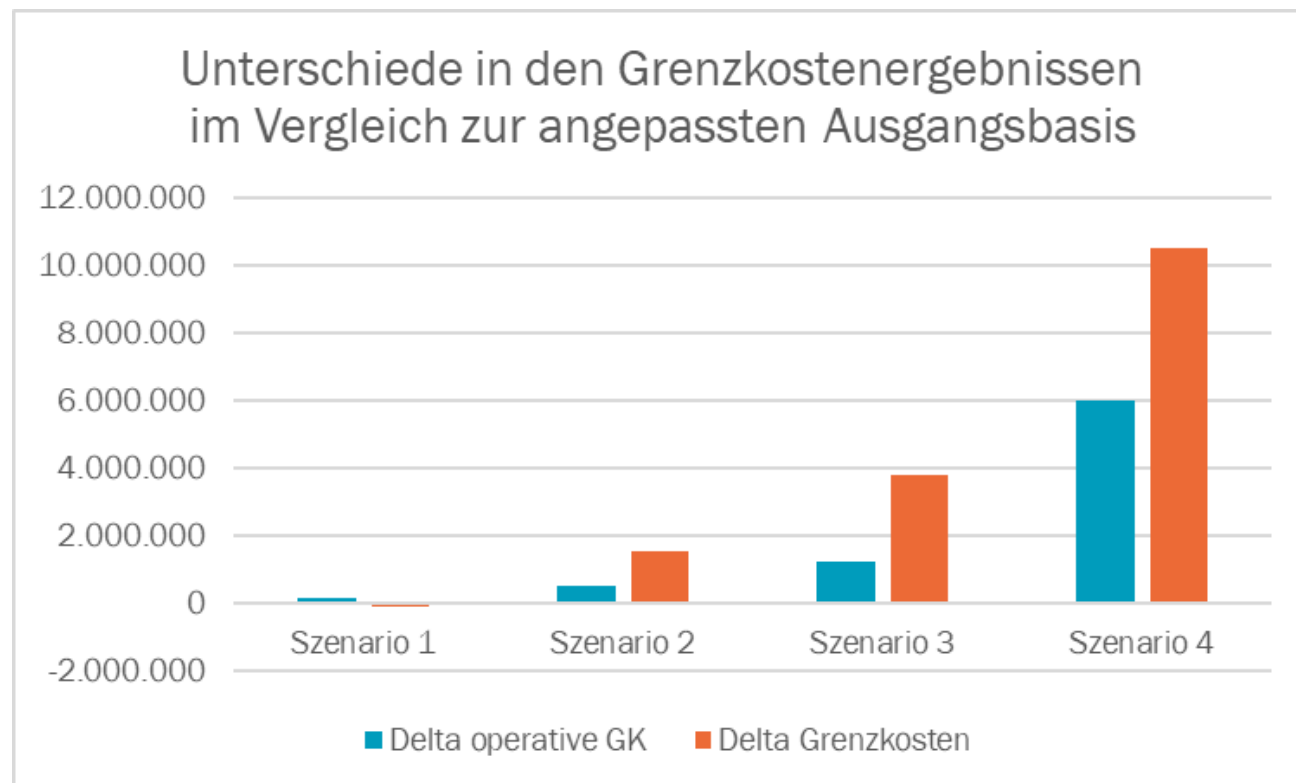
Das Ergebnis ist nicht nur unter dem Wirtschaftlichkeitsaspekt, sondern auch unter dem Aspekt der Fachkräfteverfügbarkeit positiv zu bewerten.

Entsprechend der Vermeidung von Doppelvorhaltungen steigt der wirtschaftliche Effekt der Szenarien

Die operativen Grenzkosten enthalten:

- Personalkosten Ärztlicher Dienst
- Personalkosten Pflegedienst
- Personalkosten MTD/FD
- Arzneimittel, Implantate, Medizinischen Bedarf
- Hotelkosten je Belegungstag
- Sterilguteinheiten

Die Grenzkosten enthalten zusätzlich Instandhaltungsaufwendungen sowie die Abschreibungen und Zinsen auf die erforderlichen baulichen Investitionen.



AGENDA

- 1 Vorstellung der Szenarien
- 2 Versorgung neu denken
- 3 Fachkräfte- und Personalsituation
- 4 Rahmenbedingungen für strategische Versorgungssituationen
- 5 Ergebnisse der Szenarienberechnungen
- 6 **Bewertung der Szenarien und Empfehlung BAB**

Bewertung der Szenarien

Was erreichen wir mit Szenario 1

Vorteile / Chancen

- Weitgehende Erfüllung der Erwartungshaltung (Fokusgruppen, Bürgerinitiativen,...) nach stationärem Standorterhalt und stationärer Notfallversorgung 24/7
- Wohnortnahe internistische Versorgung an allen drei Standorten
- Erhalt wohnortnaher Arbeitsplätze
- Fortführung Wangen mit einer vollständigen Grund- und Regelversorgung sowie Notfallversorgung 24/7
- Wenig Migrationsaufwand

Nachteile / Risiken

- Hoher Personalbedarf in der Pflege, der durch Neuakquisition gedeckt werden muss.
- Keine Förderung eines zukünftig notwendigen stationären Neubaus in Bad Waldsee.
- Das EK ist mit 502 von 542 Betten noch nicht voll ausgelastet, deshalb Förderung eines Neubaus in Wangen fraglich.
- In Wangen dafür jedoch sehr kleine Einheiten, weiterhin Doppelvorhaltungen insb. im Ärztlichen Dienst (Ruf- und Bereitschaftsdienste) – cave: Fachkräftemangel und damit hohes Besetzungsrisiko.
- Die Spezialisierung in der Medizin kann auf Dauer nicht hinreichend abgebildet werden.
- Kaum wirtschaftliche Effekte

In allen Szenarien schaffen wir

- über die Personalbemessung bessere Arbeitsbedingungen
- eine Verbesserung der geriatrischen Akutversorgung
- Leistungsausweitungen und –umwandlung (Robotik) in den Schwerpunktleistungen im EK

Was erreichen wir mit Szenario 2

Vorteile / Chancen

- Abbau von Doppelstrukturen, dies hat positive Auswirkungen auf die Vorhaltung von Ruf- und Bereitschaftsdiensten
- Im Vergleich zu den anderen Szenarien deutlich geringerer zusätzlicher Personalbedarf in der Pflege
- Wohnortnahe internistische Versorgung an allen drei Standorten und damit wohnortnahe Arbeitsplätze
- Aufgrund der Größe der Abteilungen in Wangen und Bad Waldsee ist eine medizinische Ausdifferenzierung grundsätzlich möglich – cave: nur eingeschränkt in den Diensten (BD/RD)
- Konzentration der Endoprothetik an einem Standort als wahrnehmbares Zentrum
- Die Leistungskonzentration am EK erhöht Attraktivität für Leistungsträger (Personalgewinnung)
- Wirtschaftliche Effekte durch Leistungskonzentration

Nachteile / Risiken

- Keine Förderung eines zukünftig notwendigen stationären Neubaus in Bad Waldsee.
- Das EK ist mit 487 von 542 Betten noch nicht voll ausgelastet, deshalb Förderung eines Neubaus in Wangen fraglich.
- Eine vollständige Grund- und Regel- sowie Notfallversorgung 24/7 inkl. der Chirurgie (AVCH/UCH) ist nur noch am EK vorhanden

In allen Szenarien schaffen wir

- über die Personalbemessung bessere Arbeitsbedingungen
- eine Verbesserung der geriatrischen Akutversorgung
- Leistungsausweitungen und –umwandlung (Robotik) in den Schwerpunktleistungen im

Was erreichen wir mit Szenario 3

Vorteile / Chancen

- Weiterer Abbau von Doppelstrukturen, dies hat positive Auswirkungen auf die Vorhaltung von Ruf- und Bereitschaftsdiensten (Ärzteverfügbarkeit und Erhöhung der Demografiefestigkeit)
- Wohnortnahe Arbeitsplätze in Wangen und Ravensburg,
- Wohnortnahe internistische Versorgung an zwei Standorten
- Aufgrund der Größe der Inneren Medizin in Wangen ist eine medizinische Ausdifferenzierung grundsätzlich möglich – cave: nur eingeschränkt in den Diensten (BD/RD)
- Konzentration der Endoprothetik an einem Standort als wahrnehmbares Zentrum
- Die Leistungskonzentration am EK erhöht Attraktivität für Leistungsträger (Personalgewinnung)
- Hohe Wirtschaftliche Effekte durch Leistungskonzentration und Standortschließung Bad Waldsee
- Gute Fördermöglichkeit für den Standort Wangen
- Die strukturelle Umsetzung kann bereits vor dem Neubau erfolgen

Nachteile / Risiken

- Hoher Personalbedarf in der Pflege, der durch Neuakquisition gedeckt werden muss.
- Eine vollständige Grund- und Regel- sowie Notfallversorgung 24/7 inkl. der Chirurgie (AVCH/UCH) ist nur noch am EK vorhanden

In allen Szenarien schaffen wir

- über die Personalbemessung bessere Arbeitsbedingungen
- eine Verbesserung der geriatrischen Akutversorgung
- Leistungsausweitungen und – umwandlung (Robotik) in den Schwerpunktleistungen im EK

Was erreichen wir mit Szenario 4

Vorteile / Chancen

- Keine Doppelvorhaltungen in der Einhäusigkeit
- Die Leistungskonzentration am EK erhöht Attraktivität für Leistungsträger (Personalgewinnung)
- Die Konzentration von Leistungsmengen bietet eine gute Basis für in Zukunft weiter steigende Strukturanforderungen
- Deutlich verbesserte Ärzteverfügbarkeit und Erhöhung der Demografiefestigkeit
- Hohe wirtschaftliche Effekte durch Leistungskonzentration an nur einem Standort
- Hohe Förderung eines Anbaus kann als sicher angesehen werden

Nachteile / Risiken

- Hoher Personalbedarf in der Pflege, der durch Neuakquisition gedeckt werden muss.
- Eine vollständige Grund- und Regel- sowie Notfallversorgung 24/7 inkl. der Chirurgie (AVCH/UCH) ist nur noch am EK vorhanden

Risiken auf dem Weg bis zur Umsetzung:

- Erhalt der Leistungsfähigkeit Wangen bis zum Umzug
- Das Erreichen der Zielstruktur ist von der Umsetzung der Baumaßnahmen abhängig
- Höherer Bedarf an Primärversorgungsstrukturen

In allen Szenarien schaffen wir

- über die Personalbemessung bessere Arbeitsbedingungen
- eine Verbesserung der geriatrischen Akutversorgung
- Leistungsausweitungen und –umwandlung (Robotik) in den Schwerpunktleistungen im EK

Empfehlung

Das BAB empfiehlt das Szenario 3

- Alles in Allem bietet Szenario 3 eine gute Balance aus:
 - Hoher Versorgungs-Qualität durch sinnvolle Leistungskonzentration
 - Attraktiven Arbeitsbedingungen auch aufgrund dezentraler Vorhaltung von Arbeitsplätzen
 - Vertretbarer Komplexität und geringen Risiken bei der Umsetzung
 - Förderfähigkeit für anstehende KH-Investitionen
 - und deutlich positiven Effekten bei der Wirtschaftlichkeit
- Darüber hinaus bietet Szenario 3
 - Offenheit für künftige Kooperations-Optionen im Westallgäu
- Am Standort Bad Waldsee kann eine hinreichende medizinische Versorgung durch die erweiterte MVZ-Struktur (Praxen) erreicht werden.

Bedingungen sind...

- eine schnelle Umsetzung, um rasch Klarheit in Hinblick auf Fachkräfteverfügbarkeit und Fördermittel zu erlangen
- dass sich die Fälle entsprechend der Annahmen realisieren bzw. steigern lassen
- dass unmittelbar mit einer Migrations- und Umsetzungsplanung begonnen wird
- gleiches gilt für eine Projekt zur Unternehmenskultur
- dass gegenüber der Dreihäusigkeit, zusätzliche Fachkräfte gewonnen werden müssen
- dass Prozesse und Strukturen auf die veränderten Leistungsstrukturen, insb. im EK, angepasst werden
- ein umgehender Ausbau der ambulanten Strukturen (OSK-MVZ-Strukturen)