

Stellungnahme der Führungskräfte - Workshop-TN

Stellungnahme der Führungsgruppe zum Curacon-Gutachten / 18.03.2021

Teilnehmer: Prof. Dr. Martin Bommer, Ulrike Fischer, Prof. Dr. Matthias Hahn, Martina Heusel, Hartmut Hippich, Margit Hudelmaier, Brigitte Käser, Thomas Meißner, Albert Prickarz, Prof. Dr. Stefan Riedl, Prof. Dr. René Schmidt, Michael Schneiderhan, Prof. Dr. Stephen Schröder, Gösta Schubert, Prof. Dr. Andreas Schuler, Dr. Stefan Schulz

Moderation: Dr. Karin Kaiser

Das vorliegende 3. Gutachten zeigt drei Szenarien für die Helfenstein Klinik Geislingen auf:

1. Erhalt einer Basisversorgung mit den Fachbereichen Chirurgie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin sowie Erhalt der ZNA inklusive Labormedizin und Radiologie.
 2. Etablierung einer speziellen geriatrischen Abteilung. Abbau der Labormedizin, der Radiologie, der Intensivmedizin, des OPs, der allgemeinen Inneren Medizin sowie der zentralen Notaufnahme (ZNA).
 3. Praxisklinik: keinerlei stationäre Versorgung am Standort, ausschließlich ambulante Medizin.
- Die Gutachter favorisieren die Variante 2 mit Etablierung einer speziellen Klinik für Altersmedizin (Geriatric).

Die Mitglieder der Führungsgruppe haben sich mit dem Gutachten auseinandergesetzt und nehmen wie folgt Stellung:

Etablierung einer Klinik für Altersmedizin

(30 Betten Geriatric und 12 Betten Palliativmedizin)

Für geriatrische Patienten gilt:

1. Alter ist nicht alleinige Voraussetzung für die Abrechenbarkeit einer geriatrischen Komplexpauschale. Voraussetzungen sind Komplikationen wie Nierenversagen, Pneumonie, Wundheilungsstörungen u.a., um eine Liegedauer von mindestens 14 Tagen in entsprechender Höhe gegenüber den Kostenträgern zu rechtfertigen. Bereits in der Vergangenheit wurden die Voraussetzungen für die jetzt berechneten Patientenzahlen nicht erreicht. Die vom Gutachter angenommenen Zahlen mit Steigerung der Marktanteile um 25 Prozent sind hypothetisch. Die Prüfquote des MDK für Geriatrische Komplexbehandlungen liegt bei über 80 Prozent mit daraus resultierender hoher Aberkennungsrate.
2. Die Behandlung von Komplikationen, die bei diesen schwerkranken Patienten häufig auftreten, setzt Diagnostik und Interdisziplinarität am Standort voraus. Der Abbau von Fachbereichen und diagnostischen Optionen ist jedoch eine Kernkomponente des Curacon-Gutachtens zur Einsparung von Personal und Aufwand. Es besteht damit keine Option zur Röntgendiagnostik. Laboranalysen sind nur als POC-Labor geplant, alternativ erfolgt der Transport per Taxi nach Göppingen.
3. Es ist selbst bei unkompliziertem Verlauf mit mindestens einem zusätzlichen Verlegungstransport auf Kosten der ALB FILS KLINIKEN zu rechnen (200 - 300 €/Patient).
4. Die Akquise zusätzlicher Patienten aus umliegenden Landkreisen läuft schon und ist bei bereits existierenden, teils exzellenten Strukturen unrealistisch (z. B. Bethesda Klinik Ulm).

Hierzu die Stellungnahme Dr. Dionyz Bajtay, Leiter Geriatrischer Schwerpunkt

Erlauben Sie mir eine kurze Stellungnahme zum vorgestellten Gutachten von Curacon GmbH. Ich möchte aber auch hinzufügen, dass weder ich, noch jemand anderes vom Geriatrischen Schwerpunkt befragt wurden.

Aus geriatrischer Sicht ist das zweite vorgeschlagene Szenario des Gutachtens sehr interessant, schließlich beinhaltet der Vorschlag den Ausbau der Geriatrie in der HKG mit 30 Betten, Vorhalten eines Minimallabors, ohne weitere Fachdisziplinen (wie z. B. Radiologie, Intensivstation etc.). Die Erlöse sollen aus der Erbringung von geriatrischen Komplexbehandlungen generiert werden, die Berechnungen basieren auf 600 Komplexbehandlungen im Jahr.

Dieser Vorschlag beinhaltet jedoch mehrere gravierende Probleme:

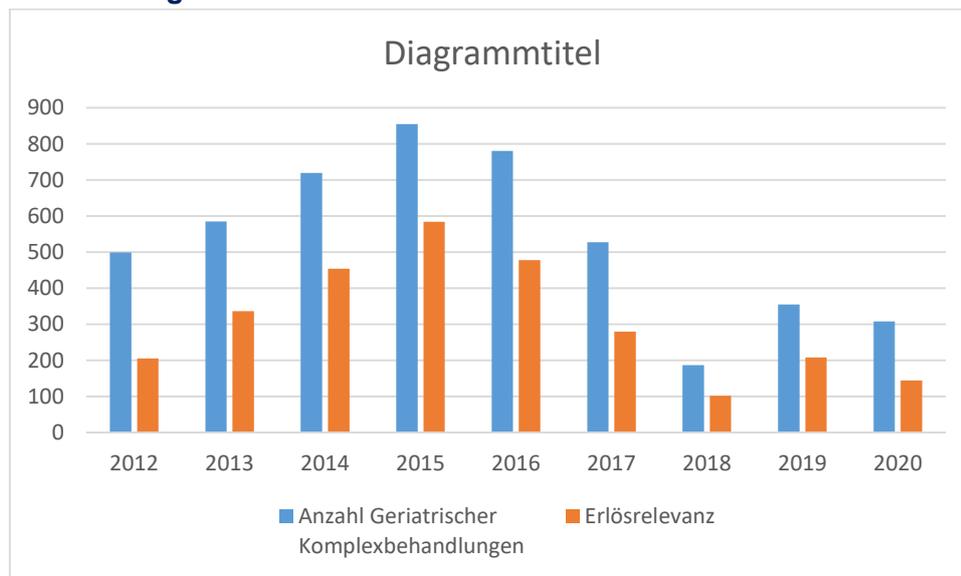
1. Mit der Durchführung der geriatrischen Komplexbehandlungen haben wir in der Klinik am Eichert sehr viel Erfahrung, seit mehr als 15 Jahren wird sie den Patienten angeboten. Bis vor einigen Jahren waren wir mit der Durchführung der Komplexbehandlung sehr großzügig, Maximum wurde 2015 erreicht mit 584 erlösrelevanten Fällen, inklusive Schlaganfälle (Anteil 25-30%), wovon allerdings geschätzt 40% vom MDK gestrichen wurde. In den letzten Jahren wurden wir jedoch wegen zunehmender MDK-Prüfquote zurückhaltender, nach dem Motto, nur die sicheren Fälle abrechnen, damit es keine Abrechnungsprobleme auftreten. Mit dieser Einstellung haben wir in den letzten Jahren etwa 100-200 Fälle erlösrelevant abgerechnet. Die Annahme, dass ohne weiteres 600 Fälle generiert werden können, ist meiner Einschätzung nach illusorisch.
2. Für den notwendigen 14-tägigen Aufenthalt in einer Komplexbehandlung muss ein Patient in der Regel nicht nur ein Problem (z. B. Schenkelhalsfraktur oder Herzinsuffizienz) haben, sondern weist zusätzlich wesentliche Komplikationen wie Pneumonie, Nierenversagen, Delir, Wundheilungsstörung etc. auf. Für eine isolierte Erkrankung bedarf es inzwischen selten einen zweiwöchigen Klinikaufenthalt.
3. Komplikationsreiche Verläufe in der Geriatrie bedeuten jedoch auch die notwendige Anbindung anderer Abteilungen zur erfolgreichen Behandlung (wie Röntgen, Labor, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Gastroenterologie, Pulmonologie, Gerontopsychiatrie etc.). Ein ständiger Hin- und Her-Transport des Patienten zu diversen Untersuchungen oder Behandlungen ist absolut unzumutbar (Stichwort Delir bei kognitiven Einschränkungen), zudem wäre die Komplexbehandlung auch unterbrochen und dadurch wahrscheinlich nicht abrechnungsfähig.
4. In den letzten Jahren deutlich rückläufige Zahlen bei internistischen Patienten hängen auch wesentlich mit dem Wegfall der Schlaganfall-Patienten zusammen, die etwa 25-35% der Komplexbehandlungs-Fälle ausgemacht hatten. Sehr viele internistische Patienten, die auf Grund der Verweildauer für die Komplexbehandlung in Frage kämen, benötigen *nicht* mindestens zwei Therapeutengruppen (Physio-/Ergo-/Logo-/Psychologie), was jedoch die Voraussetzung für die Komplexbehandlung ist.
5. Die Geriatrie ist in der Bundesrepublik Deutschland sehr unterschiedlich aufgebaut. In Bundesländern wie Schleswig-Holstein, Thüringen, Hamburg, Bremen, Berlin, z.T. Hessen, Brandenburg und NRW gibt es keine bzw. nur vereinzelt geriatrische Reha-Kliniken. Daher werden die Patienten nach der Akutbehandlung z. B. Schenkelhalsfraktur nach 3-4 Tagen in die Akutgeriatrie verlegt, und dort im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung rehabilitiert und nach Hause oder Pflegeheim entlassen. Die geriatrische Komplexbehandlung hat einen fallabschließenden Charakter. In Baden-Württemberg (wie auch in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern usw.) hingegen ist die geriatrische Rehabilitation in den entsprechenden geriatrischen Reha-Kliniken gut ausgebaut, und führt die Behandlung zum Abschluss. Daher ist es verständlich, dass die Kassen kein Interesse daran haben, dass die Akut-Kliniken die Komplexbehandlungen durchführen, und anschließend die Patienten noch in eine geriatrische Rehabilitation verlegen. Damit ist auch die hohe Prüfquote der geriatrischen Komplexbehandlungen zu erklären (zuletzt > 80%), in Schleswig-Holstein hingegen werden gar keine Prüfungen vorgenommen.
6. Angenommen, alle geriatrischen Behandlungseinheiten würden nach Geislingen verlegt, würde dies den Verlust der Zusatzfinanzierung für den Geriatrischen Schwerpunkt bedeuten, da dafür eine geriatrische Behandlungseinheit und mehrere Fachdisziplinen am gleichen Haus oder in unmittelbarer Nähe dazu Voraussetzung sind.
7. Die vorgeschlagene Akquisition von entfernteren Patienten z. B. von der Uni-Klinik Ulm dürfte wenig Erfolg versprechen, da in Ulm das geriatrische Bethesda-Krankenhaus mit 90 Betten genau die gleichen Interessen verfolgt. In anderen Landkreisen ist die Thematik analog wie in Göppingen, in jedem Landkreis werden in den geriatrischen Behandlungseinheiten Komplexbehandlungen durchgeführt.

Zusammenfassend:

Es ist meiner Einschätzung nach nicht realistisch, dass in einer ausgelagerten Abteilung ohne weitere

medizinische Infrastruktur 600 erlösrelevante Komplexbehandlungen in 30 Betten im Jahr durchgeführt und abgerechnet werden können. Zudem ist es nicht sinnvoll, schwerranke Patienten mit akuter medizinischer Behandlungsnotwendigkeit ohne direktem Zugriff auf weitere Dienstleistungen wie Intensivmedizin, Labor, Röntgen, andere Fachabteilungen an einem anderen Standort zu behandeln und bei jedem Problem per Krankentransport nach Göppingen zu fahren oder Leistungen extern in umliegenden Facharztpraxen einzukaufen. Gerade die Interdisziplinarität eines großen Hauses bringt eine medizinische Qualitätssteigerung, die in einer ausgelagerten Abteilung zum großen Teil verloren gehen würde.

Geriatrische Komplexbehandlungen: Entwicklung von Fallzahl und Erlösrelevanz 2012 - 2020



Personalbedarf für die Klinik für Altersmedizin

Um eine hohe, der Altersmedizin gerechte Versorgungsqualität bieten zu können, ist entsprechendes Fachpersonal sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen und therapeutischen Dienst mit den entsprechenden Fort- und Weiterbildungen erforderlich. Der eklatante, deutschlandweite Fachkräftemangel und die Verteilungsproblematik des Bewerbermarktes von Fachkräften steht auch bei der Etablierung einer Klinik für Altersmedizin einer Umsetzung entgegen.

Strukturelle Veränderungen für die ALB FILS KLINIKEN bei Etablierung einer geriatrischen Fachklinik am Standort Geislingen:

1. Wegfall des „Geriatrischen Schwerpunktes“ in Göppingen (Finanzierungsvolumen aktuell 200.000 Euro pro Jahr)
2. Etablierung eines Behandlungsteams (Chefarzt oder leitender Arzt Geriatrie, ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Team) in Geislingen, alternativ Angliederung an die bestehende Medizinische Klinik Geislingen.
3. Umbaumaßnahmen zur Ertüchtigung bestehender Räumlichkeiten für die Altersmedizin in Geislingen

Konkrete Auswirkungen für den Standort Klinik am Eichert

Um die Finanzierung der Klinik für Altersmedizin zu gewährleisten, müssten rechnerisch bis zu 900 Patienten pro Jahr von der Klinik am Eichert nach Geislingen verlegt werden, die dann nicht mehr *fachspezifisch*, sondern im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung versorgt werden könnten.

Das maximal zu erzielende positive Ergebnis der Klinik für Altersmedizin wird aufgezehrt durch Verluste am Standort Göppingen. Insgesamt würden ca. 690 CMP (2,6 Mio. Euro + 700.000 Euro Pflegeentgelt) aus Göppingen nach Geislingen abfließen, ohne dass das Gesamtergebnis der ALB FILS KLINIKEN dadurch verbessert würde.

Palliativversorgung

Die Palliativstation und SAPV sind bisher fest am Standort Geislingen verankert. Gleichwohl ist diese Struktur und Versorgung der Patienten ebenfalls nur im klinischen interdisziplinären Kontext und Infrastruktur sinnvoll möglich. Bei nicht mehr vorhandener Medizinischer Klinik mit stationären Betten, fehlender radiologischer Diagnostik und Präsenz-Laborversorgung (z.B. Blutprodukte) kann die Palliativstation nicht als „stand alone“-Station in Geislingen verbleiben. Auch hier ist ein gemeinsamer Einzug des Palliativteams in den Neubau des ALB FILS KLINIKUM die einzig fachlich sinnvolle Option.

Alternatives Konzept der Führungsgruppe:

Basierend auf den drei nun vorliegenden Gutachten von Prof. Augurzky, WMC und Curacon kommt die Führungsgruppe zu folgender Einschätzung:

1. Der Göppinger Neubau wird das ALB FILS KLINIKUM des Landkreises Göppingen.
2. Die langfristige Aufrechterhaltung einer stationären Versorgung an zwei Standorten ist aus personellen, fachlichen und organisatorischen Gründen ganz unabhängig von der Finanzierung nicht realistisch.
3. Ziel ist die stationäre Versorgung der Patienten im Landkreis an *einem* Standort.
4. Erforderlich ist ein Übergangszeitraum mit Aufrechterhaltung einer stationären Versorgung an der Helfenstein Klinik: Bis eine vollständige Versorgung in Göppingen erfolgen kann, sind operative und nicht-operative Kapazitäten in Geislingen vorzuhalten.
5. Grundlage einer Übergangslösung ist der Vorschlag „Gesundheitscampus“ aus dem zweiten Gutachten mit folgenden Modifikationen:
 - a. Aufrechterhaltung operativer Kapazitäten in Geislingen mit Schwerpunkt auf ambulanten Operationen
 - b. Bedarfsgerechte Notfallversorgung
 - c. Kurzlieger-Station/Bettenstation
 - d. Palliativstation/SAPV
 - e. Übergangsweise Aufrechterhaltung radiologischer Leistungen und Laborleistungen
6. Möglichkeit zur Einrichtung einer Kurzzeitpflege am Standort Geislingen
7. Schrittweise Zentralisierung der Leistungen in Göppingen mit abschließend gemeinsamem Einzug beider Klinikteams inklusive Palliativstation in das Zentralklinikum ALB FILS KLINIKUM.