

Zukunft der Helfenstein Klinik Geislingen (HKG)

Erarbeitung eines Zielbilds für die Helfenstein Klinik Geislingen

ALB FILS KLINIKEN GmbH

Bericht für den Aufsichtsrat
19. Juni 2020

Management Summary

Deutschlandweit nimmt der Druck auf die Krankenhäuser kontinuierlich zu. Veränderte Rahmenbedingungen erfordern neue, zukunftsfähige Versorgungsstrategien. Die sich zunehmend verschärfenden Anforderungen, wie beispielsweise die Verordnung zu Pflegepersonaluntergrenzen, immer strengere Mindestmengenregelungen oder das MDK-Reformgesetz, stellen nicht nur ökonomisch eine hohe Belastung dar. Auch der große Fachkräftemangel erschwert die kontinuierliche Aufrechterhaltung des Versorgungsangebots. Die Corona-Krise wird an diesen fundamentalen Herausforderungen nichts ändern.

Der Neubau der Klinik am Eichert wird in den kommenden Jahren zudem eine starke Sogwirkung auf Patienten und Mitarbeiter entfalten. Alte Verhaltensmuster werden zumindest anteilig aufgelöst, Patienten werden statt an die Helfenstein Klinik Geislingen zum Neubau der Klinik am Eichert fahren und insbesondere junge und mobile Mitarbeiter werden von der Attraktivität des neuen Standorts angezogen.

Neben der Sicherstellung der Neubaufinanzierung mit rd. 160 Mio. EUR Eigenmitteln der ALB FILS KLINIKEN zuzüglich der jährlichen Abschreibungen und der zu erbringenden degressiv verlaufenden Zinslast ab dem Jahr 2024, die eine signifikante Herausforderung darstellt, wären zum Erhalt der Helfenstein Klinik Geislingen zusätzliche Investitionen in Höhe von 52 Mio. EUR zeitnah für die Kernsanierung von Bettenhaus und OP sowie die energetische Sanierung des Gebäudes notwendig. Der Finanzierungsbedarf wurde durch das Gutachten der Firma Teamplan GmbH bestätigt und als zwingend notwendig erachtet. Hierfür sind nur rund 10 Mio. EUR Fördermittel vom Land Baden Württemberg zu erwarten. Dementsprechend müsste der Landkreis 42 Mio. EUR tragen. Zudem stellen die hieraus resultierenden Abschreibungen ein hohes finanzielles Risiko für den Landkreis dar. In der Mittelfristplanung und im Finanzkonzept 2030 des Landkreises sind für alle Maßnahmen, des Gutachtens lediglich 16 Mio. EUR für die Helfenstein Klinik geplant womit derzeit eine Investitionssumme von 24 Mio. EUR bis zum Jahr 2030 nicht gedeckt ist. Dieser Invest kann voraussichtlich nicht aus Überschüssen des Geschäftsbetriebs der ALB FILS KLINIKEN erwirtschaftet werden. Mit einer etwaigen Effizienzrendite (wie beim Neubau der Klinik am Eichert) ist nicht zu rechnen, da es sich um Maßnahmen zum Erhalt des Bestandes handelt, bei welchen die baulichen Strukturen nur unwesentlich verändert werden.

Zu diesen Herausforderungen kommt erschwerend hinzu, dass die ALB FILS KLINIKEN in den vergangenen Jahren in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sind. Nach einer zwar positiven Sanierungsentwicklung bis zum Jahr 2017 (-1,2 Mio. EUR Defizit) brachten im Jahr 2018 multiresistente Keime, eine tragische Medikamentenverwechslung sowie das unerwartete Versterben eines Chefarztes die Klinik in erhebliche wirtschaftliche Schwierigkeiten, so dass auch das Jahr 2019 mit einem Defizit von - 6,6 Mio. EUR abschließen musste. Auch die aktuell fehlende Schlaganfallversorgung trägt mit einem Umsatzverlust von rund - 1,5 Mio. EUR p.a. zu den Defiziten der Jahre 2018 und 2019 bei.

Ein Gutachten, welches Ende 2019 durch den Experten für Gesundheitsökonomie Hr. Prof. Augurzky angefertigt wurde, bescheinigt der Helfenstein Klinik Geislingen nunmehr keine positive Leistungsprognose, da neben dem zu verzeichnenden Fallzahlverlust der letzten Jahre, der geringen Auslastung des Standorts sowie der zu erwartenden Abwanderung von Fällen Richtung Neubau der Klinik am Eichert keine ausreichend hohen Fallzahlen für eine nachhaltigen und wirtschaftlichen Betrieb zu erreichen sein werden.

Um hohe stationäre Versorgungsqualität bieten zu können, ist ausreichendes und qualifiziertes Fachpersonal erforderlich. Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels, des Attraktivitätsverlusts

gegenüber dem Neubau der Klinik am Eichert sowie der Berentung von Chefärzten wird dieses Ziel perspektivisch ebenfalls nicht zu erreichen sein.

Prof. Augurzky stellt daher die Zukunftsfähigkeit der stationären Versorgung am Standort Geislingen infrage. Da ohne deren stationäre Versorgung dennoch keine Versorgungslücke im Landkreis entsteht (Kapazitäten können an der Klinik am Eichert geschaffen werden), empfiehlt er die intensive und kritische Prüfung alternativer Konzepte für den Standort Helfenstein Klinik.

WMC Healthcare und die Geschäftsführung wurden daher vom Aufsichtsrat beauftragt, einerseits zu prüfen, inwiefern der Erhalt der stationären Versorgung an der Helfenstein Klinik möglich ist, und andererseits alternative Versorgungsmodelle herauszuarbeiten. Um eine breite Basis für einen Konsens in der Umsetzung zu schaffen, wurde eine interne Strategieguppe eingesetzt. Im Rahmen des Auftrages wurden vertiefende Analysen sowie intensive Workshops zu alternativen Versorgungskonzepten durchgeführt.

Nach umfassender Analyse und vielen Gesprächen und Diskussionen mit medizinischen Fach- und Führungskräften kommt auch WMC Healthcare zu dem Ergebnis, dass keine positive medizinische Fortführungsprognose für die stationäre Versorgung an der Helfenstein Klinik besteht.

Von den beleuchteten Versorgungsmodellen für die Helfenstein Klinik Geislingen hat die Fortführung „akutstationärer Versorgung“ weder in der Variante „Primärklinik“ noch in der Variante „Portalklinik / Konservative stationäre Versorgung“ eine Versorgungsberechtigung, die über die Fortführung des Status quo hinausgehen würde, da die Nachhaltigkeitsrationale fehlt.

Nach Einschätzung ist unter Berücksichtigung aller Aspekte von WMC Healthcare davon auszugehen, dass an der Helfenstein Klinik Geislingen ~30-50% der Leistung im Risiko stehen – durch externe Rahmenbedingungen einerseits und andererseits durch die daraus folgende Schwierigkeit, den Standort für Personal attraktiv zu halten. Die Vielzahl an kleinen Dienstreihen in Kombination mit dem heute schon spürbaren Mangel an Fachkräften sowie der im Vergleich höheren Attraktivität der Klinik am Eichert, im Hinblick auf den Neubau, ist perspektivisch nicht aufrechtzuerhalten. Eine Konzentration der akutstationären Versorgung an der Klinik am Eichert ist daher unbedingt angeraten.

Eine Aufrechterhaltung des Status quo könnte im Jahr 2024 ein zusätzliches jährlich wiederkehrendes Defizit von rund 3,5-4,5 Mio. EUR im Vergleich zu 2019 verursachen. Damit stünde der geringe Versorgungsbedarf der Region auch in keinem vernünftigen, wirtschaftlichen Verhältnis zur nötigen Vorhaltung am Standort Geislingen.

Alternativ hat auch ein Szenario „Fachklinik“ aufgrund der bestehenden strukturellen, personellen und monetären Hürden sowie der fehlenden Versorgungsnotwendigkeit keine Aussicht auf Erfolg. Um einen nachhaltigen Betrieb zu gewährleisten, müsste eine Fachklinik eine Größe von mindestens 100 Betten der entsprechenden Fachrichtung aufweisen und demnach nahezu den gesamten Versorgungsbedarf des Landkreises abdecken. Für die Geislinger Bevölkerung, respektive das obere Filstal alleine, ist eine Fachklinik dieser Größe daher nicht versorgungsrelevant und würde den Bedarf deutlich übersteigen.

Die präferierte Option für Geislingen ist daher ein Gesundheitszentrum mit Notfallklinik, Palliativmedizin, ambulanter medizinischer Versorgung und breitem Gesundheitsangebot zur wohnortnahen Versorgung.

Die ambulante Versorgung am Standort Geislingen sollte zu einem Gesundheitscampus mit einem umfassenden Leistungsangebot ausgebaut und gestärkt werden. Dabei bleibt der Standort Geislingen als Notfallklinik und Notarztstandort mit einer „Rund-um-die-Uhr“-Notfallversorgung auch in der

Zukunft für die Bevölkerung bedeutsam – entgegen gegenwärtiger regulatorischer Bestrebungen. In der Notfallklinik ist die Notfallversorgung mit Facharztstandard sowie Notfallbetten (auch zur Versorgung über Nacht) gegeben. Die Palliativmedizin verbleibt als stationäres und ambulantes Angebot im Gesundheitszentrum und bedient einen wesentlichen Versorgungsbedarf im Landkreis. Aufgrund des steigenden Bedarfes wird ein Ausbau auf 10-12 Behandlungsplätze angestrebt.

Für die Bevölkerung im oberen Filstal ändert sich aufgrund der bestehenden Patientenfunde mit dem neuen Konzept nur wenig. Vital bedrohliche Notfälle werden bereits heute von Notarzt und Rettungsdienst nach Göppingen transportiert. Dazu zählt z.B. ein akuter Herzinfarkt oder auch ein Polytrauma. Schlaganfälle werden bereits heute zum Klinikum Christophsbad gebracht. Alle sonstigen Notfälle, die nach ZNA-Besuch oder Überwachung an der Helfenstein Klinik eines stationären Aufenthalts bedürfen, werden zukünftig an die Klinik am Eichert verlegt. Elektive stationäre Aufnahmen können perspektivisch direkt an der Klinik am Eichert erfolgen, so dass eine Verlegung vermieden wird.

Für die frei werdenden Flächen der bisherigen stationären und operativen Versorgung wird es ein Nachnutzungskonzept geben. Aus heutiger Sicht kämen z.B. eine Vermietung an stationäre Rehabilitation, Heimbeatmung und Intensivpflege (z.B. für Kinder), Kurzzeitpflege, Seniorenpflege oder Wohnen-im-Quartier-Lösungen in Betracht. Ggf. entsteht hierdurch auch eine neue Perspektive für das Stadtzentrum in Geislingen.

Bis zur Inbetriebnahme des Ärztehauses an der Klinik am Eichert, inkl. der Inbetriebnahme des ambulanten OP-Zentrum im Jahr 2023, ist ein temporäres ambulantes operatives Zentrum am Standort Geislingen vorgesehen.

Die für das Leistungsportfolio des Gesundheitscampus notwendige Diagnostik, d.h. 24/7-Diagnostik bildgebender Verfahren sowie Point-of-Care-Diagnostik für die wichtigsten labormedizinischen Fragestellungen, wird insbesondere aufgrund des Erhalts als Notfallstandort weiterhin am Standort Geislingen erbracht. Die nicht-medizinische Versorgung wird auf das nötige Maß reduziert und soweit möglich aus der Klinik am Eichert mit abgedeckt.

Für die Klinik am Eichert bedeuten die Veränderungen am Standort Geislingen eine Erweiterung der stationären Strukturen und des diagnostischen und nicht-medizinischen Leistungsangebots. Es sind für eine Versorgung von 50-80% der Patienten aus Geislingen (die Strategiegruppe rechnet mit etwa 60-75%) ausreichende Kapazitäten in OP, auf Station und in der Funktionsdiagnostik vorhanden.

Die Gesundheitsregion Alb Fils wird Patienten aller Fachrichtungen somit auch künftig weiterhin innovative medizinische Versorgung in hoher Qualität bieten können. Die gesamte Strategiegruppe ist überzeugt, dass das dargestellte Zielbild die Versorgung in der Region langfristig sichert.

Die Umsetzung des Zielbilds sollte so früh wie möglich erfolgen, aus Sicht der Strategiegruppe ist mit der Umsetzung ab etwa April/Mai 2021 zu beginnen.

Alle notwendigen Anpassungen müssen für beide Standorte frühzeitig vorbereitet werden, um einen reibungslosen Ablauf im Rahmen von 3-6 Monaten zu gewährleisten. Die Umsetzungsplanung erstreckt sich dabei über die Raumnutzung, die angebotenen Kapazitäten von Betten, OP-Sälen und Plätzen in der Funktionsdiagnostik, das medizinische und nicht-medizinische Leistungsangebot, den Einsatzort und Arbeitsplatz der Mitarbeiter sowie die Versorgung der Patienten. Für dieses Vorhaben ist eine regelhafte und intensive interne und externe Kommunikation unerlässlich.

Inhalt

1.	Notwendige Neubewertung des Medizinkonzepts	7
1.1.	Auszug aus dem Krankenhaus Rating Report 2020 - Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser weiter verschlechtert	7
1.2.	Steigender Druck auf deutsche Krankenhäuser	8
1.3.	Druck wird auch nach Corona-Krise bestehen bleiben	9
1.4.	Steigende Herausforderungen mit Inbetriebnahme des Neubaus	9
1.5.	Neben Neubaufinanzierung nicht mehr stemmbarer Sanierungsbedarf der HKG	9
1.6.	Wirtschaftliche Schwierigkeiten der ALB FILS KLINIKEN	10
2.	Gutachten hcb: Alternative Versorgungsmodelle für Standort Geislingen nötig	11
2.1.	Keine positive Leistungsprognose	11
2.2.	Allgegenwärtiger und sich verschärfender Fachkräftemangel	12
2.3.	Zukunftsfähigkeit der stationären Versorgung in Frage gestellt.....	12
3.	WMC bestätigt Gutachten von Prof. Augurzky	13
3.1.	Prüfung der Aufrechterhaltung der stationären Versorgung in der HKG	13
3.2.	Keine positive Fortführungsprognose des derzeitigen Status Quo der HKG	13
3.3.	Zusätzliches Defizit von 3,5-4,5 Mio. EUR bei Aufrechterhaltung Status quo	16
4.	Prüfung alternativer Versorgungsmodelle: Gesundheitscampus ist präferierte Lösung.....	18
4.1.	Keine Erfolgsaussicht für Variante 1 „Fachklinik“	18
4.2.	Keine Nachhaltigkeitsrationale für die „Akutstationäre Versorgung“ im Rahmen der Varianten 3 und 4	19
4.3.	Primärer Bedarf für Notfallversorgung und breites ambulantes Angebot – Prüfung der Varianten 5 und 6	20
5.	Zielbild für die Gesundheitsregion Alb Fils	21
5.1.	Ausbau der ambulanten Versorgung zu einem Gesundheitscampus	21
5.2.	Erhalt des Standorts Geislingen als Notfallstandort mit 24/7 Notfallversorgung.....	23
5.3.	Nachnutzungskonzept für die stationäre und operative Versorgung.....	24
5.4.	Temporäres ambulantes operatives Zentrum am Standort Geislingen	24
5.5.	Erhalt der bildgebenden Diagnostik	25
5.6.	Geringe Veränderungen für die Bevölkerung im oberen Filstal.....	25
5.7.	Erweiterung der stationären Strukturen und des Leistungsangebots an der Klinik am Eichert in Göppingen	26
5.8.	Stationäre Strukturen auch zukünftig für Pandemien ausreichend.....	27
5.9.	Weiterhin Versorgung der Gesundheitsregion Alb Fils in hoher Qualität	27
6.	Umsetzung des Zielbilds	28
6.1.	Beginn der Umsetzung des Zielbilds ab etwa April/Mai 2021 angedacht.....	29
6.2.	Umsetzung in 4 Teilprojekten denkbar – ausreichender Vorlauf für Planung nötig.....	29

1. Notwendige Neubewertung des Medizinkonzepts

Zusammenfassung: Das Gesundheitswesen in Deutschland unterliegt seit einigen Jahren einem enormen Wandel. Grundlegende, tiefgreifende Veränderungen des Systems und die hohe Dynamik der Anpassungen stellen die Akteure des Krankenhauswesens vor große Herausforderungen. Die sich immer weiter öffnende „Kosten-Erlös-Schere“, der allgegenwärtige Fachkräftemangel, die notwendigen umfangreichen Sanierungsmaßnahmen der Helfenstein Klinik Geislingen sowie der Neubau der Klinik am Eichert, erfordern eine Neubewertung des Medizinkonzepts und der strategischen Ausrichtung der Alb Fils Kliniken – dabei stehen vor allem die Rolle und das Zielkonzept der Helfenstein Klinik Geislingen im Zentrum der Überlegungen.

1.1. Auszug aus dem Krankenhaus Rating Report 2020 - Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser weiter verschlechtert

Projektion

„Die Gesundheitspolitik legt ein hohes Tempo bei der Reform des Gesundheitswesens vor. Im Durchschnitt wurde in der laufenden Legislaturperiode fast jeden Monat ein neues Gesetz beschlossen. Gegenüber dem Jahr 2018 ist für 2019 in der Summe über alle Maßnahmen der einzelnen Gesetze für Krankenhäuser ein finanzieller Netto-Effekt von etwa null zu erwarten. In diesem Jahr könnten die verschiedenen Stützungsmaßnahmen aus dem Covid-19-Gesetz, Stand 30. April 2020, zu einem positiven Netto-Effekt führen, der jedoch im Jahr 2021 voraussichtlich größtenteils wieder entfällt, sodass spätestens 2022 wieder das Normalniveau erreicht wird. Für einzelne Krankenhäuser kann der Effekt jedoch sehr unterschiedlich ausfallen.

Die Ambulantisierung der Medizin dürfte sich beschleunigen. Die mit dem MDK-Reformgesetz initiierte Überarbeitung des Katalogs „ambulantes Operieren“ und künftig mögliche sektorenübergreifende Vergütungsmodelle dürften neben Fortschritten in der Medizin dazu beitragen. Unter anderem weil die Arbeitsplatzsicherheit im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbranchen während und nach der Covid-19-Pandemie steigen dürfte, könnte sich der Personalmangel im Krankenhausbereich mittelfristig vorübergehend entschärfen. Langfristig bleiben die mit dem rückläufigen Nachwuchs verbundenen Herausforderungen indessen bestehen.

Bei den Fallzahlen ist für dieses Jahr wegen der Verschiebung von elektiven (aufschiebbaren) Fällen ein spürbarer einmaliger Rückgang von mindestens 6 Prozent zu erwarten. Annahme ist, dass nur 50 Prozent der verschobenen Elektivfälle im stationären Bereich dieses und kommenden Jahr nachgeholt werden. Spätestens ab 2022 gehen wir hinsichtlich der Fallzahlen von einer Rückkehr zum Status 2019 aus. Demografisch bedingt dürfte es bundesweit bis zum Jahr 2025 etwa 4 Prozent mehr Fälle geben. Würde das ambulante Potenzial ab 2019 schrittweise gehoben, wäre bis 2030 dagegen kaum noch mit einer Änderung der stationären Fallzahl zu rechnen. Bis zum Jahr 2030 dürfte zudem die Verweildauer weiter zurückgehen, sodass der Bedarf an Krankenhausbetten sinken würde. Bei Fortschreibung des Status quo, eines steigenden Orientierungswertes und einem stärkeren Wachstum der Löhne würde der Anteil der Krankenhäuser im grünen Rating-Bereich von 64 Prozent bis 2025 auf 54 Prozent sinken. Eine vorübergehende wirtschaftliche Erholung könnte in den durch die Pandemie geprägten Jahren 2020 und 2021 zu erwarten sein.

Weitere Trends und Herausforderungen:

Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig es ist, ein Gesundheitswesen so aufzustellen, dass es im Falle eines selten eintretenden katastrophalen Ereignisses die vorhandenen Ressourcen rasch umwidmen und weitgehend unabhängig von anderen Staaten agieren kann. Dazu braucht es konsequent durchdachte Konzepte für verschiedene Katastrophenfälle. Darin muss geklärt sein, wie die knappen Ressourcen des Gesundheitswesens zugeteilt werden, wie das „KatastrophenControlling“ erfolgt und welche Versorgungsdaten dazu erforderlich sind, wie Ausfallkonzepte aussehen und wer welche Verantwortung trägt. Darüber hinaus müssen Lieferketten so gestaltet werden, dass sie nicht allein auf einem Zulieferunternehmen und einer Weltregion aufsetzen. Zudem muss es im Katastrophenfall umgehend möglich sein, die heimische Produktion derart umzustellen, dass sie wichtige Güter zur Bewältigung der Katastrophe herstellen kann. Ebenso ist ein deutlicher Ausbau der Telemedizin anzustreben. In all diesen Punkten sollten die Erfahrungen der aktuellen Pandemie für weitere Verbesserungen genutzt werden.

Die Gestaltungsfreiheit auf regionaler Ebene sollte erhöht und die Detailregulierung vermindert werden, um innovativen und effizienzsteigernden Versorgungsansätzen einen größeren Raum zu geben. Insbesondere sollten sektorenübergreifende Versorgungs- und Vergütungsmodelle die Ambulantisierung in der Medizin unterstützen. Dazu könnten vor allem in ländlichen Gegenden regionale Gesundheitsbudgets erprobt werden. Für die dazu nötige Anpassung von Versorgungsstrukturen braucht es außerdem Investitionsmittel.

„Spätestens nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 werden die massiven finanziellen Belastungen aus der Covid-19-Pandemie im gesamten Gesundheitswesen zu spüren sein“, sagt RWI-Gesundheitsexperte Boris Augurzky. „Umso wichtiger ist es, die Gesundheitsversorgung effizient und demografiefest zu gestalten“, so Augurzky. „Die Covid-19-Pandemie hat der Digitalisierung des Gesundheitswesens einen Schub verliehen, den es zu nutzen gilt“, ergänzt Sebastian Krolop (HIMSS, Healthcare Information and Management Systems Society). Datengrundlage des „Krankenhaus Rating Report 2020“ sind 515 Jahresabschlüsse von Krankenhäusern aus dem Jahr 2017 und 525 aus dem Jahr 2018. Sie umfassen insgesamt 942 Krankenhäuser mit einem am Umsatz gemessenen Marktanteil von 71 Prozent.“

1.2. Steigender Druck auf deutsche Krankenhäuser

Bundesweit ist zu beobachten, dass der Druck auf Krankenhäuser kontinuierlich zunimmt. Die öffentlichen Investitionsmittel können den tatsächlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser immer weniger decken. Krankenhäuser sind gezwungen, die entstehende Investitionslücke zunehmend mit Eigenmitteln zu kompensieren. Gleichzeitig setzen verschärfte regulatorische Vorgaben, wie beispielsweise die Verordnung zu Pflegepersonaluntergrenzen, die Mindestmengenregelung, die Qualitätsvorgaben durch den G-BA, die Finanzierung über Strukturvoraussetzungen (z.B. bei Komplexbehandlungen), die Neustrukturierung der Integrierten Notfallzentren oder auch das MDK-Reformgesetz, die Wirtschaftlichkeit und medizinische Handlungsfähigkeit massiv unter Druck. So können einerseits laufende Finanzierungsverpflichtungen häufig nicht mehr bedient und andererseits medizinische Leitlinien und Vorgaben nicht eingehalten werden. Die Möglichkeit eines gesunden operativen Betriebs ist für viele Krankenhäuser nicht mehr gegeben, so dass akute Liquiditätseingänge und Zahlungsunfähigkeit drohen.

Die veränderten Rahmenbedingungen erfordern neue, zukunftsfähige Versorgungsstrategien, um langfristig einen wirtschaftlich und medizinisch tragfähigen Betrieb zu sichern. Hierzu

gehören beispielsweise die Evolution hin zu zukunftsfähigen Versorgungseinheiten durch Zusammenlegung von Abteilungen oder die Aufgabe von subkritischen Angeboten, die Ausweitung der Ambulantisierung bis hin zur Realisierung von „Medizinzentren“ oder Gesundheitsregionen mit telemedizinischen Angeboten sowie eine klare Digitalisierungsstrategie.

1.3. Druck wird auch nach Corona-Krise bestehen bleiben

Die Corona-Krise wird an diesen fundamentalen Herausforderungen nichts ändern, sondern hat lediglich hinreichende Kapazitätsreserven für Krisenfälle aufgezeigt.

Die beeindruckende Steuerung von Routineversorgung hin zu Notfallkapazität und das Nicht-Auftreten von strukturellen Versorgungsengpässen während der Pandemielage innerhalb der Bundesrepublik hat die Fähigkeit zu zentraler Steuerung im Bedarfsfalle eindrucksvoll aufgezeigt.

Es besteht breiter Konsens unter Experten, dass der Druck zur Konsolidierung im deutschen Krankenhauswesen nach der Corona-Krise weiterbestehen wird – nicht zuletzt aufgrund der Einbrüche der Steuerzahlungen.

Auch die aktuelle Gesetzgebung – Verzicht auf auskömmliche Pauschalvergütung bei Beibehaltung der Regulatorik mit nur befristeter Lockerung – ist ein deutlicher Hinweis hierfür. Dass selbst die in der Krisensituation seitens der Bundesregierung ausdrücklich angekündigte Einmalzahlung für Pflegekräfte nicht im Klinikbereich ankommt, ist ein klares Indiz für die Heterogenität der Interessenlagen auf Bundesebene und ein unmissverständlicher Hinweis auf den erheblichen Einfluss der Krankenkassen auf zukünftige Klinikstrukturen im Bundesgebiet. Für alle nicht wesentlich versorgungsrelevanten Häuser gilt daher: „nach der Corona-Krise = vor der Corona-Krise“.

1.4. Steigende Herausforderungen mit Inbetriebnahme des Neubaus

Der geplante Neubau der Klinik am Eichert, der im Jahr 2024 abgeschlossen sein soll, wird in den kommenden Jahren eine starke Sogwirkung auf die Patienten und Mitarbeiter der ALB FILS KLINIKEN entfalten – sowohl in Göppingen als auch in Geislingen.

Er wird über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren der modernste Klinikbau in Baden-Württemberg sein. Es ist davon auszugehen, dass alte Verhaltensmuster zumindest anteilig aufgelöst werden und ein signifikanter Teil des Geislinger Patientengeschehens nach Göppingen abwandern wird. Gleichzeitig werden die Herausforderungen rund um die Gewinnung und Bindung von Fachkräften in Geislingen bei einem Parallelbetrieb beider Kliniken unverhältnismäßig zunehmen: Insbesondere junge und mobile Mitarbeiter werden von der Attraktivität des neuen Standorts angezogen und diesen bei der Wahl als Arbeitgeber bevorzugen.

Hierbei wird auch der geplante weitere Ausbau der B10 eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen; die ohnehin schon erheblich reduzierte Fahrzeit wird sich mit der Weiterentwicklung ab Kuchen nochmals deutlich vermindern.

1.5. Neben Neubaufinanzierung nicht mehr stemmbarer Sanierungsbedarf der HKG

Die Neubaufinanzierung erfordert durch die ALB FILS KLINIKEN die Aufbringung von rd. 160 Mio. EUR an Eigenmitteln. Bei einer Abschreibungsdauer von 30 Jahren beläuft sich die Abschreibung zu Beginn im Jahr 2024 auf jährlich ca. 7,35 Mio. EUR bis 2033, für die Jahre bis 2038 auf jährlich

ca. 4,75 Mio.€ und bis zum Ende der Abschreibungen im Jahr 2053 auf jährlich ca. 2,15 Mio.€. Hinzu kommt eine zu entrichtende degressiv verlaufende Zinslast (Zinssatz 2,1%), beginnend mit 2,7 Mio.€ im Jahr 2024 bis hin zu 50 TEUR im Jahr 2053.

Neben dieser signifikanten Herausforderung wären zum Erhalt der Helfenstein Klinik Geislingen für die Sanierung von Bettenhaus und OP Eigenmittel in Höhe von 42 Mio. EUR zeitnah notwendig. Diese können nicht noch zusätzlich aus Überschüssen des Geschäftsbetriebs der ALB FILS KLINIKEN erwirtschaftet werden.

In Summe beläuft sich der Finanzierungsbedarf für die Kernsanierung der Helfenstein Klinik Geislingen auf insgesamt rund 52 Mio. EUR, welche die Sanierung von Bettenhaus und OP, IT-Infrastruktur sowie eine energetische Sanierung des Gebäudes enthält. In diese Abschätzung sind Annahmen für Unvorhergesehenes und Baupreissteigerungen bereits mit aufgenommen.

Die Details der Kostenschätzung finden sich in nachfolgender Tabelle. Die Angaben beruhen auf einem Gutachten der Teamplan GmbH aus dem Jahr 2015, welches die Dringlichkeit und Notwendigkeit der dargestellten Sanierungsmaßnahmen der kommenden 10 Jahre bestätigt hat.

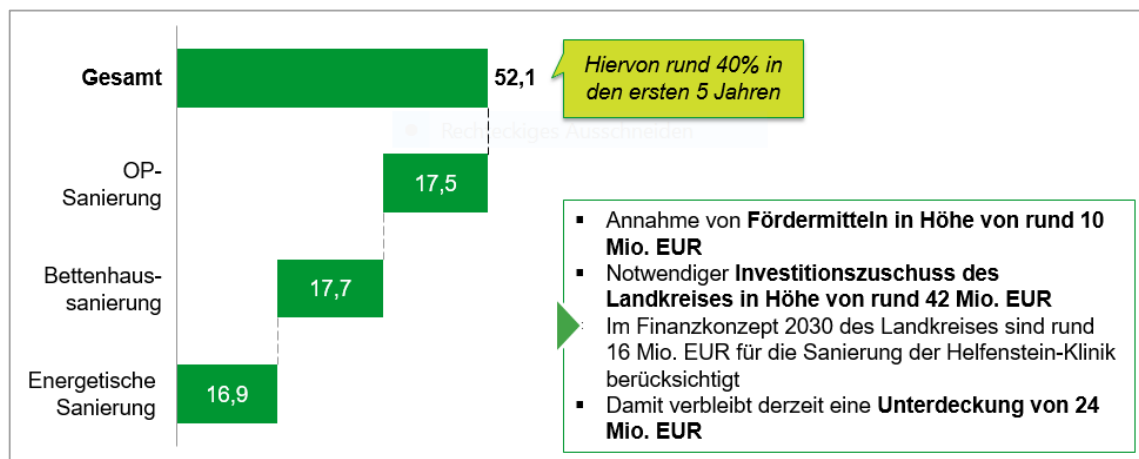


Abbildung 1: 10-Jahres-Investitionschätzung, in Mio. EUR, inkl. Baupreissteigerung und unvorhergesehenen Kosten

An Fördermitteln des Landes Baden-Württemberg sind rund 10 Mio. EUR zu erwarten. In der Mittelfristplanung und im Finanzkonzept 2030 des Landkreises sind für alle Maßnahmen nach Aussage der Finanzverwaltung lediglich 16 Mio. EUR für die Helfenstein Klinik geplant. Aufgrund des bislang im Finanzkonzept 2030 des Landkreises berücksichtigten Ansatzes für die umfassende Sanierung der Helfenstein-Klinik in Höhe von ca. 16 Mio. EUR verbleibt derzeit eine Unterdeckung von 24 Mio. EUR. Mit einer etwaigen Effizienzrendite wie beim Neubau der Klinik am Eichert ist nicht zu rechnen, da es sich um eine Sanierung zur Erhaltung des Bestandes handelt, bei welcher die baulichen Strukturen nur unwesentlich verändert werden.

Es ist mit hohen jährlichen Abschreibungen zu rechnen, die ein erhebliches finanzielles Risiko für den Landkreis darstellen.

1.6. Wirtschaftliche Schwierigkeiten der ALB FILS KLINIKEN

Im Sommer 2014 wurde ein Konzept zur Ergebnissicherung mit Ziel eines ausgeglichenen operativen Ergebnisses bis 2017/18 entwickelt und Sofortmaßnahmen initiiert. Mit der anschließenden Entwicklung einer Medizinstrategie für die Gesundheitsregion Alb Fils wurde der Grundstein für die zukünftige Entwicklung gelegt.

Nach einer positiven Sanierungsentwicklung (2017 Bilanzverlust -1,2 Mio. EUR) war für 2018 die „schwarze Null“ bereits in greifbare Nähe gerückt, als multiresistente Keime (VRE), eine tragische Medikamentenverwechslung die Kliniken über Monate hinweg in negative Schlagzeilen brachten. Auch das plötzliche Versterben eines Chefarztes im Jahr 2018 musste verkraftet werden. Im Jahr 2019 brach ein relevanter Teil der Patientenzahlen weg und ein unerwartet hoher Aufwand für Sanierungs- und Hygienemaßnahmen musste gestemmt werden, so dass die ALB FILS KLINIKEN auch das Jahr 2019 mit einem erheblich negativen Ergebnis (- 6,6 Mio. EUR) abschließen.

Auch die aktuell fehlende Schlaganfallversorgung trägt mit einem Umsatzverlust vor rund 1,5 Mio. EUR p.a. zu den Defiziten der Jahre 2018 und 2019 bei.

2. Gutachten hcb: Alternative Versorgungsmodelle für Standort Geislingen nötig

Zusammenfassung: Die zu erwartende Abwanderung von Patienten an den Neubau der Klinik am Eichert, die stetig steigenden Kosten, der sich verstärkende Fachkräftemangel, insbesondere in Kombination mit dem Neubau, sowie der hohe Sanierungsbedarf lassen keine positive Fortführungsprognose für den Standort Geislingen zu; zu diesem Ergebnis kommt ein Gutachten des deutschlandweit renommierten Experten Prof. Augurzky des Institute for Health Care Business (hcb).

2.1. Keine positive Leistungsprognose

Nachdem zuvor über einen Zeitraum von 10 Jahren kontinuierlich bundesweit steigende Fallzahlen zu beobachten waren, zeigt sich im Jahr 2017 erstmals ein Rückgang der stationären Fälle über alle Kliniken im gesamten Land. Von dieser Entwicklung sind gerade die kleineren Kliniken unter 300 Betten erheblich überproportional betroffen. Mögliche Gründe sind unter anderem die zunehmende Ambulantisierung der Medizin, Fachkräftemangel und daraus resultierende Stations- und Bettensperrungen sowie eine Intensivierung der MDK-Prüfungen.

Patienten und Angehörige werden zunehmend „mobiler“ und suchen sich die Kliniken immer mehr nach Qualitätsaspekten in Diagnostik und Therapie und immer weniger nach der Nähe zum Wohnort aus. Auch niedergelassene Haus- und Fachärzte weisen ihre Patienten immer weniger nach dem Kriterium der Ortsnähe, als vielmehr aufgrund einer höheren Spezialisierung von Kliniken in Krankenhäuser ein. Der Barmer Krankenhaus Report geht im Jahr 2019 von einem weiteren Rückgang der stationären Fallzahl aus. Dieser Trend bestätigt sich an den Alb Fils Kliniken: Auch wenn ein gewisser Teil der Fallzahlverluste durch Sondereffekte zu erklären ist, wie beispielsweise die Schließung der Frauenklinik im Jahr 2017 an der Helfenstein Klinik, zeigt sich im Betrachtungszeitraum 2015-2018 an beiden Standorten ein stetiger Rückgang der stationären Fallzahlen bei gleichzeitigem Wachstum der ambulant behandelten Patienten.

Es ist davon auszugehen, dass sich Teile der Effekte, wie beispielsweise die Ambulantisierung der Medizin sowie der Fachkräftemangel, in den kommenden Jahren weiter verstetigen werden. Nimmt man die demografische Entwicklung in die Betrachtung mit auf, können bundesweit auch Fallzahlsteigerungen erreicht werden. Prof. Augurzky rechnet daher in seinem Gutachten drei Szenarien: „Best Case“, „Medium Case“ und „Worst Case“.

Der Best Case ist jedoch größtenteils nur erreichbar zulasten des jeweils anderen Standorts. Zudem wird es immer schwieriger, Personal für Wachstum zu finden, der voranschreitende Fachkräftemangel sowie Anpassungen von Tarifverträgen erschweren zunehmend die Besetzung der Dienste. Die Helfenstein Klinik kann daher personell bedingt das Best Case Niveau nicht erreichen. Im Medium Case, der Fortführung ohne Änderungen, könnte in der Helfenstein Klinik

ein Wachstum von bis zu 3% erreicht werden. Der Neubau der Klinik am Eichert, der im Jahr 2024 fertig gestellt werden soll, wird jedoch große Auswirkungen auf die Patientenströme haben und dabei auch Patienten anziehen, die bisher in Geislingen behandelt wurden. Das Risiko von Fallzahlverlusten durch Sogwirkung für die Helfenstein Klinik ist je nach regionaler Lage des Patientenwohnorts unterschiedlich hoch – es wird insgesamt von einer Abwanderung von rund 670 Fällen ausgegangen.

Zusammenfassend ist daher von keiner positiven Leistungsprognose auszugehen. Die geringe Auslastung der Helfenstein Klinik wird sich weiter verstetigen.

2.2. Allgegenwärtiger und sich verschärfender Fachkräftemangel

In den vergangenen Jahren war sowohl bundesweit als auch im Landkreis Göppingen bis zum Jahr 2018 ein Anstieg der Anzahl der Erwerbstätigen zu beobachten. Wird die Entwicklung der Erwerbstätigenquote, Frühverrentungsquote und Frauenerwerbsquote fortgeschrieben und das Renteneintrittsalter gemäß aktueller gesetzlicher Bestimmungen erhöht, ergibt sich im Landkreis Göppingen eine Abnahme der Erwerbstätigen um rund 8% bis zum Jahr 2030. Im Gesundheitswesen zeigt sich bereits im Jahr 2018 eine hohe Zahl offener Stellen – ein starker Anstieg im Vergleich zum Jahr 2011. In der Zusammenschau ist also davon auszugehen, dass sich der bereits spürbare Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in Zukunft noch weiter verstärken wird. Darüber hinaus verliert die Helfenstein Klinik aufgrund ihrer Größe, insbesondere gegenüber dem Neubau der Klinik am Eichert, immer mehr an Attraktivität für das Personal. Bereits seit dem Sommer 2019 ist aufgrund von Personalmangel die Komfortstation, Station 20, der Helfenstein Klinik dauerhaft geschlossen. Hieraus resultieren Leistungseinbußen in Höhe von 150 TEUR.

Durchschnittlich ist bereits heute eine Station im Jahr durchschnittlich eine Woche im Jahr unterbesetzt, mit der Folge von rund 2% Leistungseinbußen in den Abteilungen.

Verliert der Standort weiter an Attraktivität, ist mit einer Zunahme der Einbußen durch unbesetzte Stationen zu rechnen. In den kommenden Jahren stehen zudem Berentungen von wichtigen Chefärzten, Oberärzten und leitenden Ärzten an. Es ist davon auszugehen, dass die Nachbesetzung der Berentungen auf einem ähnlichen Leistungsniveau nicht oder nur eingeschränkt möglich sein wird und mit relevanter Einschränkung des Portfolios und der Leistung einhergeht.

2.3. Zukunftsfähigkeit der stationären Versorgung in Frage gestellt

Zusammenfassend geht Prof. Augurzky in seinem Gutachten von deutlich sinkenden Fallzahlen in Geislingen aus. Insgesamt wird im Jahr 2025 ein Effekt von -18% im Vergleich zum Jahr 2018 erwartet. Dies entspricht einem Verlust von rund 1.000 Fällen und einem verbleibenden Bettenbedarf von 80 Betten. Durch Chefarztberentungen ist zusätzlich von einem Verlust von weiteren 900 Fällen auszugehen.

Eine Prüfung der Optionen zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in Geislingen, beispielsweise durch Steigerung der Erlöse, Reduktion von Personal- oder Sachkosten, Verschiebung von Investitionen oder Erhöhung der Attraktivität des Standortes, fällt negativ aus. Die Risiken werden künftig weiterwachsen, gleichzeitig wird die Verunsicherung unter den Mitarbeitern sowie in der Bevölkerung und Politik steigen; die Gesamtheit der Risikofaktoren ist auch durch die Klinik am Eichert nicht auffangbar. Die Klinik am Eichert wird durch den Neubau gestärkt, muss jedoch auch eigenen Herausforderungen begegnen.

Prof. Augurzky postuliert daher eine intensive Auseinandersetzung mit alternativen Konzepten zum Status quo, insbesondere z.B. ein Gesundheitscampus mit Ambulanzzentrum als vielversprechender Weg, wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Geislingen zu gewährleisten.

3. WMC bestätigt Gutachten von Prof. Augurzky

Zusammenfassung: Die Handlungsmöglichkeit „Fortführung des derzeitigen Status Quo“ wurde durch das hcb-Gutachten in Bezug auf Nachhaltigkeit kritisch bewertet. Dennoch sollte diese Handlungsmöglichkeit durch WMC erneut betrachtet werden. Weiter verblieben zur näheren Prüfung zudem die Handlungsmöglichkeiten „Gesundheitscampus“ und „Primärklinik“. In vertiefenden Analysen sowie umfangreichen Workshops mit einer internen Strategiegruppe der Alb Fils Kliniken wurde die Aufrechterhaltung der stationären Versorgung an der Helfensteinklinik geprüft. Im Ergebnis bestätigt WMC das Gutachten von Prof. Augurzky: Keine positive Fortführungsprognose für die HKG in der heutigen Form; zusätzliches Defizit von 3,5 - 4,5 Mio. EUR p.a. bei Aufrechterhaltung Status quo.

3.1. Prüfung der Aufrechterhaltung der stationären Versorgung in der HKG

WMC und eine interne Strategiegruppe der Alb Fils Kliniken wurden vom Aufsichtsrat mit der kritischen Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung der stationären Versorgung in der Helfenstein Klinik beauftragt. Dabei sollen alternative Handlungsoptionen aufgezeigt und bewertet werden, so dass eine Empfehlung für das Management-Team und das Aufsichtsgremium mit möglichst breiter Zustimmung der operativen Verantwortlichen der Alb Fils Kliniken abgeleitet werden kann.

Hierzu wurden vertiefende Analysen zum Leistungsspektrum, aber auch zu den mittelfristigen Auswirkungen der umfangreichen neuen und geplanten Regulationen durchgeführt, zudem fanden eine Vor-Ort-Begehung sowie punktuelle Einzelgespräche mit Protagonisten beider Standorte statt. Mit einer ausgewogenen Strategiegruppe der Alb Fils Kliniken haben drei intensive Workshops zu folgenden Themen stattgefunden:

- 1) Einschätzung zur Zukunftsfähigkeit bei Fortführung des derzeitigen Status Quo der Helfenstein Klinik,
- 2) Bewertung von alternativen Versorgungsmodellen für die Helfenstein Klinik sowie
- 3) Möglichst konkrete Ausgestaltung eines empfohlenen Zielbilds.

Die Strategiegruppe setzte sich zusammen aus der Geschäftsführung (Dr. Hüttner, Hr. Schmid), den ärztlichen Führungskräften beider Standorte (Prof. Bommer, Prof. Fischer, Prof. Hahn, Hr. Meißner, Prof. Riedl, Prof. Schmidt, Prof. Schröder, Prof. Schuler, Dr. Schulz), den Leitungen für Pflege und Funktionsbereiche beider Standorte (Fr. Hudelmaier, Fr. Käser, Hr. Hippich, Hr. Schubert) sowie den Führungskräften weiterer relevanter Bereiche (HR, Finanzen, Tertiär, UE – Fr. Heusel, Hr. Prickarz, Hr. Schneiderhan, Hr. Thöni, Fr. Fröschle, Fr. Simml).

In den Workshops wurden die Kernfragen durch verschiedenen Methoden diskutiert und bewertet – beispielsweise wurden Entwicklungen mittels Konsensoren eingeschätzt oder Szenarien in Arbeitsgruppen ausgestaltet und konkretisiert – und wesentliche Ergebnisse zusammengefasst und nochmals durch die Strategiegruppe konsentiert.

3.2. Keine positive Fortführungsprognose des derzeitigen Status quo der HKG

Die von der AFK-Geschäftsführung eingesetzte Strategiegruppe geht davon aus, dass sich der stationäre Leistungsbedarf im Landkreis ohne Sondereffekte (z.B. Pneumologisches Zentrum,

MKpG, neue Verfahren in der Gefäßchirurgie, etc.) kontinuierlich um rund 1% jährlich verringern wird. Gleichzeitig wird das ambulante Potenzial der Leistungen, das derzeit auf rund 5-15% geschätzt wird, weiter steigen. Zudem ist davon auszugehen, dass Kostenträger diese Leistung aus den ALB FILS KLINIKEN „herausdrücken“. Diese Entwicklung ist schon in den Jahren 2019 und 2020 in der Inneren Medizin der Helfenstein Klinik deutlich erlebbar. Eine Abwanderung von 40-60% des elektiven Leistungsgeschehens der Helfenstein Klinik zur Klinik am Eichert nach Eröffnung des Neubaus ist denkbar.

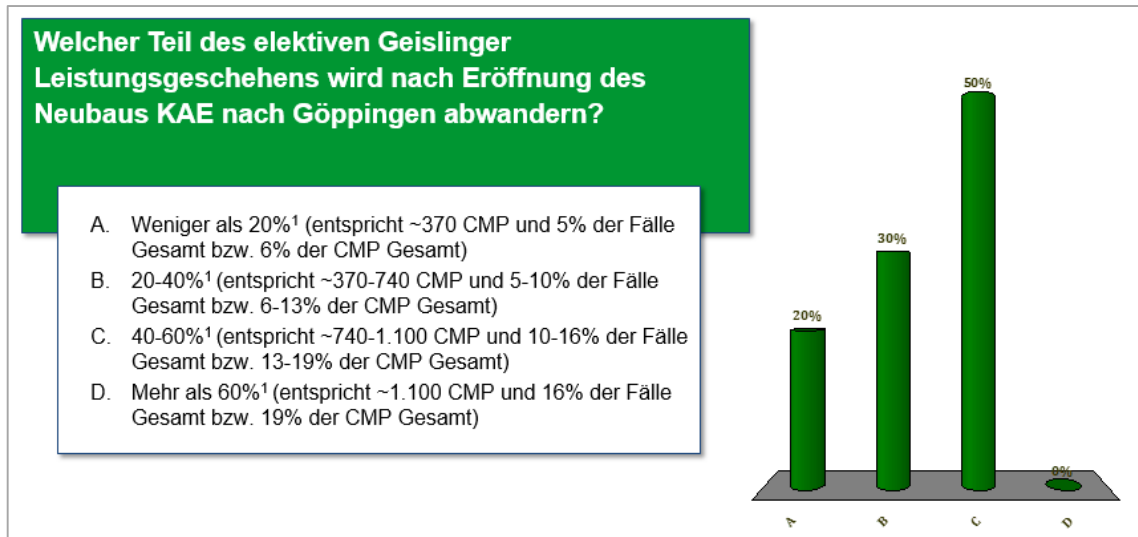


Abbildung 2: Einschätzung der Strategiegruppe der elektiven Leistungs-/Bedarfsentwicklung vor dem Hintergrund des Neubaus der Klinik am Eichert

Die Verlagerung des elektiven Leistungsgeschehens von der Klinik am Eichert zur Helfenstein Klinik könnte dem Grunde nach organisatorisch erzwungen werden – das hat jedoch in der letzten Version der Medizinstrategie objektiv betrachtet nicht funktioniert, schafft eher Dyssynergien und wird auch auf Dauer an der Helfenstein Klinik voraussichtlich nicht nachhaltig zu erbringen sein. Die stationäre Versorgung an der Helfenstein Klinik, insbesondere der zeitkritischen Notfälle, ist bei strenger medizinischer Betrachtung nicht versorgungsrelevant – weder für die Geislinger Bevölkerung, den Landkreis Göppingen, den Regulator (Gesetzgeber) noch für die Kostenträger: Vital bedrohliche Notfälle werden bereits heute von Notarzt und Rettungsdienst nach Göppingen gebracht, dazu zählt z.B. ein akuter Herzinfarkt. Die vier gravierenden Notfallformen Schlaganfall, Herzinfarkt, Polytrauma und Geburt werden schon heute vom Rettungsdienst an die Klinik am Eichert gefahren oder aber aus der Helfenstein Klinik dorthin verlegt.

Notfall	Dringlichkeit	Rolle des HKG für Versorgung
Herzinfarkt	„Time is muscle“ – Zeit Indikation bis Intervention (Katheter-Eingriff) so kurz wie möglich – ~30 Min. werden angesetzt	Keine Relevanz – da keine Herzkatheter-Eingriffe im HKG durchgeführt werden
Schlaganfall	Jede Minute zählt – bildgebende Untersuchungen direkt nach Einlieferung ins Akut-KH, im besten Fall mit Stroke-Unit	Keine Stroke-Unit am HKG – es gibt geeignete Anlaufstellen bei einem Schlaganfall im LK mit Fahrzeiten $\varnothing < 30$ min
Polytrauma	60 Min. zwischen Notruf und Aufnahme in KH, 90 Min. bis zur klinischen Therapie – Sicherstellung durch gute Erstversorgung oder Helikopter	Nicht zeitkritisch – auch ohne Polytraumaversorgung am HKG sind im gesamten LK Fahrzeiten $\varnothing < 30$ min und damit die Versorgung sichergestellt
Geburt	Stabilisierung der Patientin dann Einlieferung in Geburtshilfe – eingeschränkte Untersuchungsmöglichkeiten machen rasche Diagnostik schwer	Keine Relevanz – da keine Geburtshilfe am HKG existiert

Abbildung 3: Rolle der Helfenstein Klinik bei der Versorgung zeitkritischer Notfälle

Regulatorische Hürden bei der Aufrechterhaltung des Status quo sind insbesondere die Reform der Notfallversorgung, zunehmender Druck des Regulators auf kleine Grundversorger, steigende Anforderungen an Komplexbehandlungen und Qualitätsindikatoren sowie die Verschärfung der PpUGV (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung). Die Strategiegruppe geht davon aus, dass es pro Landkreis nur ein integriertes Notfallzentrum (INZ) geben wird, und zwar an der Klinik am Eichert – resultierend in einem Wegfall eines Großteils der Einweisungen über Rettungswagen und Notarzteinsetzfahrzeug, entsprechend rund 30% der Leistung an der Helfenstein Klinik.

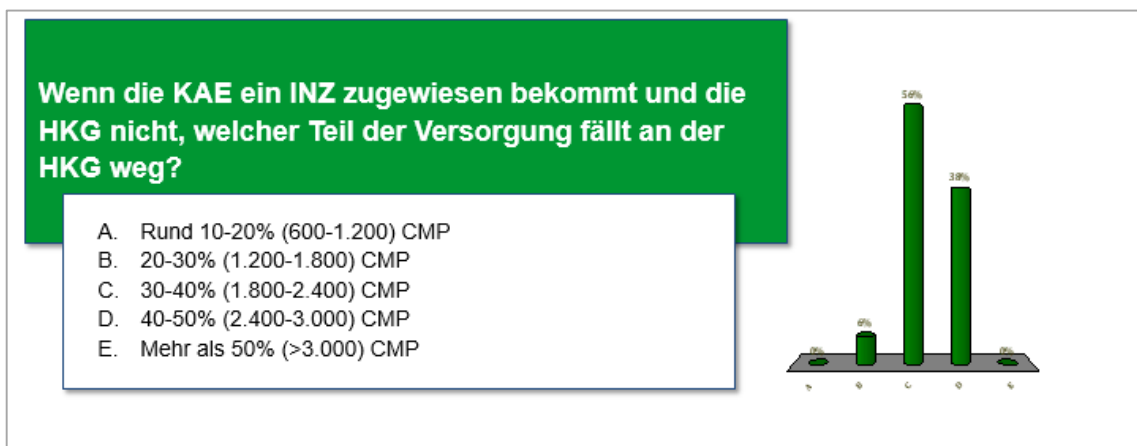


Abbildung 4: Einschätzung der Strategiegruppe zur Leistungs-/Bedarfsentwicklung im Rahmen der Notfallsteuerung

Darüber hinaus ist die Helfenstein Klinik als kleiner Grundversorger kein Zukunftsmodell – der Druck durch den Regulator wird u.a. durch die zunehmend schärferen Mindestmengenregelungen, das MDK-Reformgesetz und den Qualitätsvorgaben überproportional zunehmen. Die Einhaltung steigender Anforderungen an Komplexbehandlungen (z.B. geriatrische Fachpflegequote) und Qualitätsindikatoren (z.B. Interventionszeitfenster) kann langfristig, und in vielen Teilen bereits heute (z.B. Femurfraktur), nicht mehr sichergestellt werden. Die PpUGV hat bereits heute Auswirkungen auf den Mehrbedarf an examiniertem Pflegepersonal (es fehlen aktuell schon 50 VK auf der Normalstation sowie weitere 12 VK auf der Intensivstation in der aktuellen Konfiguration beider Standorte, trotz aller Bemühungen) – vor dem Hintergrund des Mangels ist nicht von einer Entspannung auszugehen, die Komfortstation musste bereits wegen Personalmangels geschlossen werden.

Personelle Hürden sind insbesondere die Nachbesetzung von ausscheidenden Chefärzten (Prof. Hahn, Prof. Schuler und Hr. Meißner) und die Akquise weiteren Fachpersonals sowie die zukünftige Aufrechterhaltung von Dienssystemen auf Basis von neuen ärztlichen Tarifvereinbarungen mit dezidierten Vorgaben für personelle Mindestbesetzungen. Die Nachbesetzungen von ausscheidenden Chefärzten auf gleichem medizinischem Niveau wird mehr als herausfordernd angesehen – es muss von Einschränkungen des Portfolios und der Leistung in einer Größenordnung von 600-900 CMP ausgegangen werden.

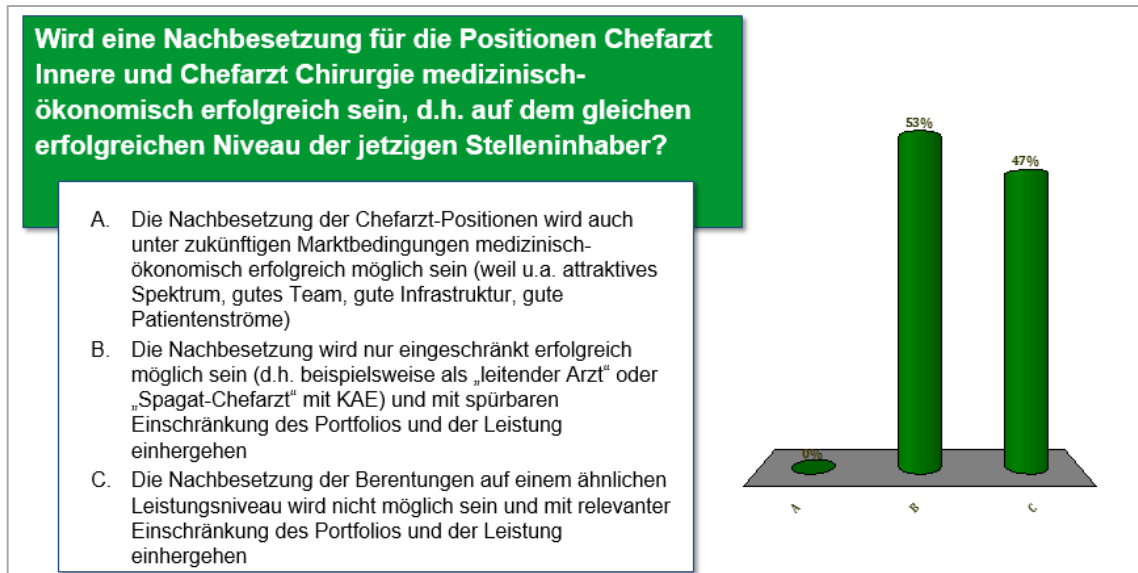


Abbildung 5: Einschätzung der Strategiegruppe zur Leistungsfähigkeit des zukünftigen medizinischen Führungsteams

Weiterhin wird der Verlust von Weiterbildungsermächtigungen im Zuge der Nachbesetzung als sehr realistisch angesehen. Die Akquise neuen Fachpersonals (Assistenzärzte, MTD/FD), egal welcher Dienstart, wird aufgrund des zunehmend marginalisierten Leistungsspektrums, reduzierten Weiterbildungsmöglichkeiten und unattraktiverer Infrastruktur als an der Klinik am Eichert deutlich erschwert und zu Leistungseinschränkungen führen. Bereits heute sind das Präsenzlabor und die Radiologie wiederkehrend in kritischer personeller Besetzungssituation und müssen ggf. im Versorgungsangebot reduziert werden. Aufgrund neuester Tarifvereinbarungen und Vorgaben zu Dienstbelastungen ist mindestens die Chirurgie wegen ihrer subkritischen Größe ein Dienssystem, das „stand-alone“ perspektivisch kaum aufrecht zu erhalten ist. Darüber hinaus wird eine Refinanzierbarkeit des offenen Investitionsbedarfs aus operativem Klinikbetrieb als sehr unwahrscheinlich angesehen.

3.3. Zusätzliches Defizit von 3,5-4,5 Mio. EUR bei Aufrechterhaltung Status quo

Aus medizinischer, ökonomischer und personeller Sicht ist die Fortführung des Status quo mit voller stationärer Versorgung an der Helfenstein Klinik nicht mehr vertretbar. Eine Aufrechterhaltung des Status quo könnte im Jahr 2024 ein zusätzliches jährliches Defizit von rund 3,5-4,5 Mio. EUR im Vergleich zu 2019 verursachen – ungeachtet faktischer organisatorischer Risiken und Engpässe.

Zusätzliches Defizit 2024, in Mio. EUR als Delta zum Status-Quo absolut		Ohne Berücksichtigung möglicher Ergebnisverbesserungen an der KAE, um die jährliche Belastung durch die HKG darzustellen, die durch die KAE kompensiert werden müsste in einem Finanzierungssystem, das nur die operativen Kosten decken soll!
	Defizit	Annahme
Defizit Gesamt	-3,5 bis -4,5	
Erträge	-7,8 bis -10,1	Bis 2024 Erlösverlust von rund 35-45% <i>Zusammenspiel aus Ambulantisierung, notwendiger Umsteuerung wegen Nichterreichung von Vorgaben (v.a. Notfall), Verlust von elektiven Patienten durch Neubau KAE sowie Verlust durch Einschränkungen auf Grund von fehlendem Fachpersonal</i>
Aufwand	4,3 bis 5,6	
davon Personal-aufwand	3,5 bis 4,5	Abnahme der Personalkosten um rund 15-20% <i>Leistungsverlust kann nur ca. hälftig durch Personalreduktion kompensiert werden, da Grundvorhaltungen bestehen bleiben müssen (ärztliche und pflegerische nächtliche Besetzung bzw. notwendige Teamgrößen für Dienssysteme, ZNA-Besetzung, etc.)</i>
davon med. Sachbedarf	1,0 bis 1,3	Abnahme des med. Sachbedarfs um rund 20-30% <i>2/3 des Leistungsverlusts schlagen in den Aufwand im med. Sachbedarf durch, da auch im med. Sachbedarf nicht alle Kosten komplett variabel sind</i>
davon nicht-med. Sachbedarf	-0,2	Reduktion des nicht-med. Sachbedarfs um rund 10%, teilweise kompensiert durch erhöhte Fremdpersonalkosten <i>Auf Grund von fehlendem Fachpersonal Anstieg der Kosten für benötigtes Fremdpersonal auf 400-500 Tsd. EUR; Abnahme des sonstigen nicht-med. Sachbedarfs um rund 10% (in relevanten Maße nicht zu variabilisieren (u.a. Instandhaltung, Versicherung, Grundreinigung, Grundheizen, etc.)</i>

Abbildung 6: Zusätzliches jährliches Defizit im Jahr 2024

Aus einem Zusammenspiel von Ambulantisierung, notwendiger Umsteuerung wegen Nichterreichung von Vorgaben (v.a. Notfall), Verlust von elektiven Patienten durch den Neubau der Klinik am Eichert sowie Verlust durch Einschränkungen aufgrund von fehlendem Fachpersonal ist mit einem Erlösverlust von 35-45% p.a. zu rechnen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Leistungsverlust nur etwa hälftig durch Personalreduktion kompensiert werden kann (15-20%), da Grundvorhaltungen bestehen bleiben müssen (ärztliche und pflegerische nächtliche Besetzung bzw. notwendige Teamgrößen für Dienssysteme, ZNA-Besetzung, etc.). Zudem werden nur etwa 2/3 des Leistungsverlusts in den Aufwand im medizinischen Sachbedarf durchschlagen, da nicht alle Kosten variabel sind. Aufgrund von fehlendem Fachpersonal wird von einem Anstieg der Kosten für benötigtes Fremdpersonal auf 400-500 Tsd. EUR p.a. sowie von einer Abnahme des sonstigen nicht-med. Sachbedarfs um rund 10% ausgegangen, da ein Aufwand für Instandhaltung, Versicherung, Grundheizen etc. nicht in relevantem Maß zu reduzieren ist.

Im 10-Jahres-Zeitraum ist daher mit einem zusätzlichen operativen Defizit von rund 30 Mio. EUR zu rechnen, das zusätzlich zu den Eigenmitteln für die Investitionen in die Sanierung der Helfenstein Klinik aufgebracht werden muss. Darüber hinaus zeigt sich, dass die historische Kompensation der Realkostensteigerung durch die Steigerung des Landesbasisfallwerts nur zu etwa 70-80% gedeckt ist – weiteres Risiko von ca. 2-3 Mio. EUR.

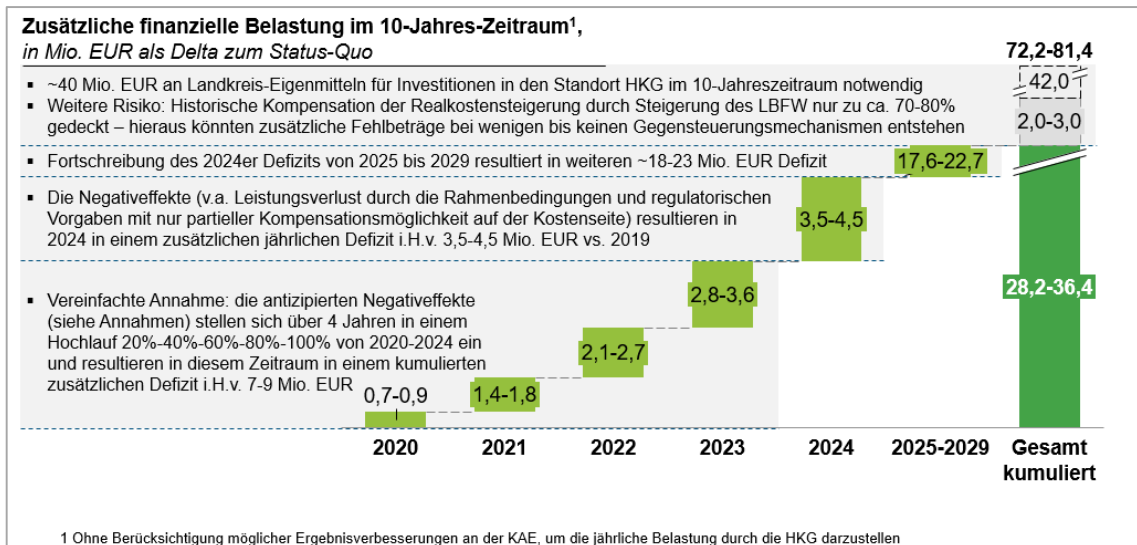


Abbildung 7: Zusätzliches Defizit im 10-Jahres-Zeitraum, in Mio. EUR als Delta zum Status quo

Insgesamt ist daher von einer zunehmend hohen ökonomischen Belastung durch die Aufrechterhaltung des Status quo auszugehen.

4. Prüfung alternativer Versorgungsmodelle: Gesundheitscampus ist präferierte Lösung

Zusammenfassung: Gemäß dem Auftrag des Aufsichtsrates wurden fünf alternative Versorgungsmodelle geprüft und bewertet. Von den evaluierten alternativen Zukunftsszenarien für die Helfenstein Klinik Geislingen ist Variante 5, der Gesundheitscampus mit ambulanter Versorgung und Notfallklinik die präferierte Lösung. Eine Fachklinik (Variante 1) müsste, um nachhaltig betrieben werden zu können, eine Größe von über 100 Betten erreichen und somit den gesamten Versorgungsbedarf dieser speziellen Fachrichtung des Landkreises abdecken. Alternative akutstationäre Szenarien (Variante 3 und 4) wären den gleichen Risiken unterworfen wie der Fortführung des Status quo. In der Bewertung dieser Alternativen zeigt sich eine Kollision von notwendigerweise marginalisiertem Leistungsspektrum und zunehmend überproportionalen Anstrengungen, ohne jedoch eine Verbesserung der Versorgungssituation im Landkreis zu erzielen, so dass eine Konzentration der stationären Versorgung an der Klinik am Eichert unbedingt angeraten ist.

4.1. Keine Erfolgsaussicht für Variante 1 „Fachklinik“

Grundsätzlich sind verschiedene Formen der Versorgung denkbar. Für die Helfenstein Klinik wurden daher, die in der Abbildung dargestellten sechs alternativen Zukunftsszenarien im Detail analysiert und bewertet.



Abbildung 8: Durch die Strategiegruppe bewertete Szenarien

Variante 1 stellt den Aufbau der Spezialisierung von stationären Leistungen in Form einer Fachklinik dar. Um einen nachhaltigen Betrieb einer Fachklinik mit OP und Überwachungsmedizin gewährleisten zu können, müsste eine Größe von mehr als 100 Betten erreicht werden. Für eine klassische Fachklinik-Profilierung, wie beispielsweise Orthopädie, Pneumologie oder Thoraxchirurgie, müsste demnach der gesamte Landkreisbedarf vollständig versorgt werden.

Für die Geislinger Bevölkerung, respektive das obere Filstal alleine, ist eine Fachklinik dieser Größe nicht versorgungsrelevant und würde den Bedarf deutlich übersteigen. Darüber hinaus ergeben sich strukturelle, personelle und monetäre Hürden, denen sich die Helfenstein Klinik stellen müsste. Für den Betrieb einer Fachklinik dieser Größe müssten in relevantem Maße Doppelstrukturen erhalten oder sogar ausgebaut werden, deren Aufrechterhaltung, insbesondere in Bezug auf das Personal, bereits heute kaum gelingt. Eine Aufrechterhaltung oder sogar ein Ausbau der Doppelstrukturen ist in Zukunft nicht realistisch und würde die Leistung der Klinik am Eichert gefährden (u.a. durch personelle „Bezuschussung“) – ohne eine bestehende Versorgungsnotwendigkeit.

Für eine erfolgreiche Fachklinik-Profilierung sowie einen nachhaltigen Betrieb müssten zudem in den Fachdisziplinen weitere Top-Performer akquiriert werden, so dass eine große Abhängigkeit der Klinik von wenigen Leistungsträgern bestünde. Darüber hinaus müssten alle geplanten Investitionen in die Infrastruktur erfolgen – bei aus heutiger Sicht höchstfragwürdiger Mittel- bis Langfristaussicht auf einen Standorterhalt. In der Zusammenschau ergibt sich aufgrund von bestehenden strukturellen, personellen und monetären Hürden sowie fehlender Versorgungsnotwendigkeit keine Aussicht auf Erfolg für die Variante 1 „Fachklinik“.

4.2. Keine Nachhaltigkeitsrationale für die „Akutstationäre Versorgung“ im Rahmen der Varianten 3 und 4

Das Fortführen der „akutstationären Versorgung“ wurde in zwei Szenarien betrachtet: Es wurde sowohl die Variante 3 „Primärklinik mit Innerer Medizin und verkleinerter stationärer Chirurgie“ als auch die Variante 4 „Portalklinik / Konservative stationäre Versorgung mit Fokus auf Innere Medizin und Aufbau stationäre Geriatrie“ bewertet.

Bei dem Betrieb einer Primärklinik (Variante 3) ergeben sich analog zu einer Fortführung des Status quo zahlreiche Risikofaktoren, wie beispielweise eine zunehmende Ambulantisierung, der

Verlust von Notfallpatienten durch neue gesetzliche Regulierungen, der Verlust von Elektivpatienten durch den Neubau der Klinik am Eichert sowie die Berentung von medizinischen Leistungsträgern. Darüber hinaus wäre die Aufrechterhaltung einer Dienstlinie in einer Chirurgie mit geringerer Personalstärke als heute nicht möglich. Nach erwartetem (teilweisen) Eintritt der aufgeführten Risikofaktoren ergibt sich daher keine stationäre Versorgungsberechtigung, die über die Fortführung des Status quo hinausgehen würde.

Bei dem Betrieb einer Portalklinik / konservativen stationären Versorgung mit Innerer Medizin und stationärer Geriatrie (Variante 4) würde das invasive Leistungsangebot der Inneren Medizin ohne die Chirurgie sowohl tagsüber als auch nachts reduziert werden müssen. Zudem würde ein Großteil der geriatrischen Patienten aus der Versorgung in der Klinik am Eichert resultieren und nur zur Belegung der Betten an die Helfenstein Klinik zur geriatrischen Weiterversorgung verlegt werden. Diese Variante wäre damit zwar operativ umsetzbar, jedoch fehlen auch hier die grundlegende stationäre Versorgungsberechtigung sowie eine Nachhaltigkeitsrationale.

Aufgrund der geringen Erfolgsaussichten können abschließend diese beiden Varianten nicht empfohlen werden. In der Zusammenschau zeigt sich eine Kollision von marginalisiertem Leistungsspektrum und zunehmend überproportionalen Anstrengungen ohne Verbesserung der Versorgungssituation im Landkreis – eine Konzentration der akutstationären Versorgung an der Klinik am Eichert ist daher unbedingt angeraten.

4.3. Primärer Bedarf für Notfallversorgung und breites ambulantes Angebot – Prüfung der Varianten 5 und 6

Mit Konzentration der akutstationären Versorgung an der Klinik am Eichert ist ein Aufbau eines Gesundheitszentrums mit Notfallklinik, stationärer Palliativmedizin und einem breiten ambulanten Angebot in Geislingen, im Sinne eines Gesundheitscampus inkl. Notfallversorgung (Variante 5), die präferierte Option für Geislingen.

Eine Aufrechterhaltung einer profunden Notfallversorgung 24/7 in Geislingen ist auch in Zukunft bedeutsam und wird sowohl aus Versorgungssicht als auch aufgrund der strategischen Relevanz zur Gewinnung von Patienten als absolut notwendig erachtet. Daher ist Variante 6, welches ein rein ambulantes Medizinzentrum ohne Notfallversorgung beschreibt, zu vernachlässigen. Die zukünftige Notfallversorgung soll im Rahmen einer Krankenhaus-ZNA gewährleistet werden und somit ein zentraler Anker für die Versorgung der Bevölkerung einerseits sowie für die ambulante Versorgung andererseits sein. Essentiell ist die Weiterführung des Notarzt- und Rettungsdienststandortes. „Hinter“ einer fachärztlich besetzten zentralen Notaufnahme auf Klinikniveau wird ein kleiner stationärer Überwachungs- und Pflegebereich betrieben. Dieser ermöglicht eine kurzstationäre Betreuung und Überwachung. Hier werden die Weichen für eine Weiterversorgung in Richtung ambulante, pflegerische oder stationäre Versorgung gestellt.

Die ambulante Versorgung soll umfassend im Gesundheitscampus Geislingen geregelt werden, um die wichtigsten Versorgungsbedarfe, vom Hausarzt über Chirurg, Gynäkologe, Kinderarzt, Zahnarzt, Kieferorthopädie, Nierenfacharzt, Kardiologe, Gastroenterologe bis zu Radiologe und Physiotherapeut lokal zu adressieren und ein ausgewogenes Portfolio abzudecken. Neben der Patientenversorgung können ergänzende Angebote zu der bestehenden Apotheke oder dem Sanitätshaus geschaffen und ausgebaut werden.

Die stationäre und ambulante Palliativmedizin soll erhalten und erweitert werden, um weiterhin den wesentlichen Versorgungsbedarf im Landkreis zu bedienen.

Aus Versorgungssicht und als Weiternutzung für die stationären Kapazitäten können zudem Partner gefunden werden, die in der Infrastruktur des Hauses weitere Versorgung anbieten.

Das anzustrebende Zielbild eines Gesundheitszentrums bzw. Gesundheitscampus würde ein Angebot mit regionaler Strahlkraft schaffen, das seinesgleichen sucht. Die ausführliche Beschreibung einer denkbaren Ausgestaltung eines solchen Campus wird im folgenden Kapitel dargestellt.

Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Umsetzung dieses Zielbilds für die Gesundheitsregion Alb Fils wurden in zwei Szenarien betrachtet:

Szenario A, in dem 50% der stationären Leistungen der Helfenstein Klinik an der Klinik am Eichert übernommen werden, sowie Szenario B, in dem 80% der stationären Leistungen der Helfenstein Klinik an die Klinik am Eichert übergehen. Das negative operative Ergebnis 2019 für die ALB FILS KLINIKEN in Höhe von ca. -4,6 Mio. EUR (EBITDA) würde sich durch die skizzierten Maßnahmen auf etwa -3,3 Mio. EUR in Szenario A bzw. auf -1,3 Mio. EUR in Szenario B verbessern. Im Vergleich zur Aufrechterhaltung des Status quo, der mit hohen Investitionen und den entsprechenden Abschreibungen verbunden ist, geht die Umsetzung des Zielbilds daher mit erheblichen Einsparungen einher.

Des Weiteren werden die rund 42 Mio. EUR an Eigenmitteln vermieden, die für die Sanierung von Bettenhaus und OP an der Helfenstein Klinik bei Fortführung des Status quo aufgebracht werden müssten.

Die in diesem Zielbild anstehenden Investitionen an der Helfenstein Klinik belaufen sich auf etwa 3,2 Mio. EUR und verteilen sich auf folgende drei Positionen

- | | |
|---|--------------|
| ▪ Brandschutzmaßnahmen | 1,2 Mio. EUR |
| ▪ Umbaumaßnahmen AFK | 0,5 Mio. EUR |
| ▪ Umbaumaßnahmen für Nutzung durch Dritte | 1,5 Mio. EUR |

Zur Refinanzierung könnten in Teilen Mittel aus dem Strukturfonds geschöpft werden. Die Schließung unselbständiger Betriebsteile oder deren Abteilungen sind in jedem Fall Fördermittel-Tatbestände. Umgekehrt ergibt sich allerdings auch die (theoretische) Gefahr der Fördermittel-Rückforderung aus noch nicht abgeschriebenen Gütern der Helfenstein Klinik. Dieses Risiko muss noch bewertet werden.

5. Zielbild für die Gesundheitsregion Alb Fils

Zusammenfassung: Die Strategiegruppe der Führungskräfte der ALB FILS KLINIKEN hat gemeinsam mit WMC Healthcare ein klares Zielbild für die Gesundheitsregion Alb Fils erarbeitet. Variante 5 stellt das präferierte Szenario für den Standort Geislingen dar. Dies beinhaltet die Stärkung der ambulanten Versorgung, den Erhalt der Notfallversorgung, den Ausbau der Palliativmedizin, ein Nachnutzungskonzept für die Flächen der heutigen stationären und operativen Versorgung sowie eine Übergangslösung für ein ambulantes operatives Zentrum.

5.1. Ausbau der ambulanten Versorgung zu einem Gesundheitscampus

Die Einrichtung eines Gesundheitszentrums bzw. eines Gesundheitscampus (Variante 5) adressiert die wichtigsten Versorgungsbedarfe lokal für den Landkreis. Die ambulante Versorgung würde daher sehr umfassend im Gesundheitscampus Geislingen geregelt werden, so dass die lokale Bevölkerung mit einem breiten Gesundheitsangebot wohnortnah versorgt wird. Das Spektrum reicht dabei von der ambulanten Notfallversorgung (über die Zentrale Notaufnahme oder auch Notfall-/BG-Sprechstunden) bis hin zu einem breit gefächerten elektiven Sprechstundenangebot.

Bei den Sprechstunden werden die Zuweisungen nach Göppingen entscheidend sein. Ziel ist es, dass internistische und operative Patienten in Geislingen generiert werden. Die Sprechstunde hat daher die Funktion, neue Patienten in die Klinik einzuführen, ist aber gleichzeitig eine Serviceleistung für die Patienten, die aus der Klinik entlassen werden. Ermächtigungen werden nicht aufgegeben, um den Einfluss auf dem Markt zu erhalten und nicht vom Einfluss und der Steuerung der niedergelassenen Ärzte abhängig zu werden.

Ambulante Leistungen werden geplant in folgenden Disziplinen angeboten

- Innere Medizin, ggf. auch Kardiologie
- Diabetologie
- Gastroenterologie
- Onkologie inkl. Chemotherapie
- Gynäkologie
- Radiologie
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie (inkl. BG-Sprechstunde)
- Anästhesie und Schmerztherapie

Eine Kooperation mit Lungenfachärzten am Standort Geislingen mit der Option der Einrichtung einer Zweigpraxis und eines Schlaflabors ist gerade in Arbeit. Es wird darüber hinaus an beiden Standorten weiterhin eine viszeralchirurgische Sprechstunde geben.

Ergänzend zum obigen Leistungsangebot kommen folgende ambulante Angebote hinzu

- Ambulante Physiotherapie
- Ambulanter Palliativdienst

Auch diagnostisch wird es ein passendes und umfassendes Leistungsangebot geben, das sowohl für die Notaufnahme als auch für die Untersuchungen in den Sprechstunden essentiell ist

- Röntgen und CT
- Labor (Point-of-Care)
- Sonographie
- Endoskopie
- Internistische Funktionsdiagnostik



Abbildung 9: Zielbild der Gesundheitsregion Alb Fils - Spektrum des Gesundheitscampus Geislingen

Im Ärztehaus werden unterstützend und ergänzend folgende Disziplinen ambulant und in enger Verzahnung mit dem Geislinger Standort angeboten: Allgemeinmedizin, Unfallchirurgie, Kieferorthopädie, Zahnmedizin, Neurologie, Kardiologie, Nephrologie/Dialyse, Radiologie sowie Augenheilkunde. Somit ist selbst bei speziellen Versorgungsbedarfen die Versorgung sichergestellt.

Perspektivisch werden voraussichtlich Pneumologie & Schlaflabor ergänzt, zudem könnten das Portfolio noch die Fachbereiche HNO, Dermatologie und Rheumatologie vervollständigen.

Ergänzende bereits bestehende Angebote wie eine Ladenzeile, Apotheke und ein Sanitätshaus für die Heilmittelversorgung runden das breite Angebot ab.

5.2. Erhalt des Standorts Geislingen als Notfallstandort mit 24/7 Notfallversorgung

Die Aufrechterhaltung einer profunden Notfallversorgung in Geislingen ist sowohl aus Versorgungssicht als auch aufgrund der strategischen Relevanz zur Gewinnung von Patienten notwendig und unverzichtbarer integraler Bestandteil des Leistungsangebots am Standort Geislingen. Ein Gesundheitscampus mit „Rund-um-die-Uhr“-Notfallversorgung (d.h. 24 Stunden an 365 Tagen) ist daher die präferierte Lösung – auch entgegen der regulatorischen Bestrebungen (Reform Notfallversorgung).

Die Notaufnahme wird um 10 Kurzliegerbetten erweitert, so dass eine Überwachung von Patienten für z.B. mehrere Stunden oder auch eine Nacht und damit eine kurze stationäre Versorgung weiterhin gegeben ist. Spätestens am nächsten Tag erfolgt die Entlassung oder aber eine Verlegung nach Göppingen.

Geislingen bleibt nach wie vor Notarztstandort und Einsatzstandort für den Rettungsdienst. Eine Versorgung ist mit einer Betriebszeit von 24 Stunden an 365 Tagen jederzeit gewährleistet.

Personell wird die ZNA ärztlich mit Vorder- und Hintergrunddienst standortübergreifend durch die Chirurgie und Innere Medizin mit Facharztstandard betrieben. Der Digitalisierungsstandard der ALB FILS KLINIKEN ermöglicht den permanenten telemedizinischen kollegialen und konsiliarischen Austausch.

Die Palliativstation wird von derzeit 8 Betten auf die Größe von 10-12 Betten erweitert, um den heutigen und zukünftigen Bedarf in der Region bestmöglich abzubilden. Räumlich ist der Ausbau problemlos möglich, da ausreichend freie Räume vorhanden sind.

Die Spezielle Ambulante Palliativversorgung (SAPV) inkl. Koordination bleibt ohne Veränderung weiterhin an der Helfenstein Klinik für den gesamten Göppinger Landkreis bestehen.

5.3. Nachnutzungskonzept für die stationäre und operative Versorgung

Aus Versorgungssicht und als Weiternutzung für die stationären Kapazitäten sollten Partner gefunden werden, die in der Infrastruktur folgende Versorgung anbieten

- Stationäre Rehabilitation
- Heimbeatmung in Form von Intensivpflege-Wohngemeinschaften, z.B. für Kinder
- Seniorenpflege (Kurzzeit- und Langzeitpflege)
- Wohnen-im-Quartier-Lösungen

Die nötigen Umbaukosten belaufen sich auf ca. 1,5 Mio. EUR und werden über die Mieteinnahmen von ca. 700 TEUR jährlich refinanziert. Die vermietbare Fläche beläuft sich auf ca. 6.500 qm. Bei einem qm-Preis von ca. 9 EUR netto, der auch heute schon für die DFH Holding in der 4. Etage erzielt wird, können 6.500 qm x 9 EUR netto / qm = 700 TEUR erzielt werden.

Zu beachten ist, dass für Brandschutzmaßnahmen ca. 1,2 Mio. EUR anfallen werden. Diese Kosten sind grundsätzlicher Natur, damit das Gebäude überhaupt weiter betrieben werden darf. Derzeit liegt eine aufschiebende Vereinbarung mit der Stadt Geislingen vor, dass die Umsetzung nicht aktiv eingefordert wird. Da dies aufgrund der grundlegenden Mängel im Gebäude allerdings jederzeit passieren kann, müssen die Brandschutzmaßnahmen umgesetzt werden, bevor eine Vermietung überhaupt möglich ist. Basis sind die behördlichen Auflagen.

5.4. Temporäres ambulantes operatives Zentrum am Standort Geislingen

Bis zur Inbetriebnahme des Ärztehauses an der Klinik am Eichert wird der Betrieb eines temporären ambulanten operativen Zentrums am Standort Geislingen empfohlen. Dies ist aus zweierlei Gesichtspunkten sinnvoll. Zum einen kann die Versorgung ambulanter Notfälle sichergestellt werden, die über die Geislinger Notaufnahme in die Klinik kommen, zum anderen bedeutet dies eine zur Entlastung des Göppinger Zentral-OPs, der ansonsten die zu erwartenden steigenden Patientenzahlen, kapazitiv nicht mehr bewältigen könnte.

Der ambulante OP-Betrieb ist lediglich übergangsweise bis zur Inbetriebnahme des Ambulanten OP-Zentrums im geplanten Ärztehaus in Göppingen vorgesehen. Bei Inbetriebnahme des Ärztehauses, die für das Jahr 2023 vorgesehen ist, wird der ambulante OP-Betrieb an der Helfenstein Klinik abschließend eingestellt. Eine chirurgische Notfallversorgung in der Zentralen Notaufnahme wird auch über das Jahr 2024 hinaus an der Helfenstein Klinik Geislingen gegeben sein.

In der Interimsphase werden bis zu 2 Säle werktags in Betrieb genommen. Ein Saal kann bereits mit den heutigen Patienten der Helfenstein Klinik gefüllt werden. Da ohne einen zweiten Saal das einzusetzende Personal nicht ausgelastet wäre und der Zentral-OP in Göppingen entlastet

werden muss, ist der Betrieb eines zweiten Saals vorgesehen. Geplante und steuerbare ambulante Operationen aus Göppingen werden dann konsequent nach Geislingen gesteuert. Es ist mit einem marginalen Leistungsverlust durch die Entfernung zu rechnen.

Die folgenden Fachrichtungen werden im ambulanten OP mit einem gemeinsamen Team in Geislingen operieren

- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Gynäkologie
- HNO

Die Infrastruktur ist für die Interimsphase zum Betrieb eines ambulanten OP in Geislingen ausreichend funktionsfähig.

5.5. Erhalt der bildgebenden Diagnostik

Für die Behandlung von Notfällen in der ZNA sowie für den ambulanten OP-Betrieb wird eine radiologische Diagnostik mit Röntgen und CT weiterhin angestrebt. Eine MTRA ist dafür ebenfalls vorzuhalten. Die Auswertung der Befunde erfolgt heute bereits nachts per Teleradiologie in Göppingen, dies wird zukünftig auch für den Tag angestrebt. Onkologische Diagnostik wäre zunächst weiterhin vor Ort mit externer Praxis möglich. In Summe ergeben sich für die Radiologie keine großen Veränderungen zum Status quo.

Das Labor, das heute schon nachts per Bereitschaftsdienst besetzt ist, wird zukünftig durch ein POCT-Labor (für kleines Blutbild, CRP, Kreatinin, etc.) ersetzt werden. Dieses ist ausreichend für den Betrieb der ZNA und den ambulanten OP. Dementsprechend reichen POCT-Geräte in ZNA und ambulanten OP aus. Eine Vorhaltung von Blutprodukten ist nicht notwendig, für elektive ambulante Operationen ist eine prospektive Bestellung möglich.

Funktionsdiagnostik wird primär für die innere Medizin benötigt. In der Chirurgie reicht das Vorhandensein von Sonographiegeräten in der Regel aus. Die Endoskopie wird weiterhin über die standortübergreifende Teamleitung geführt. Für kardiologische und angiologische Diagnostik sind alle Gerätschaften vorhanden. Diese werden im Rahmen der Sprechstunden und Praxistätigkeiten weiterhin benötigt. Dazu zählen die internistische Funktionsdiagnostik und die Sonographie.

5.6. Geringe Veränderungen für die Bevölkerung im oberen Filstal

Vital bedrohliche Notfälle werden bereits heute von Notarzt und Rettungsdienst nach Göppingen gebracht, dazu zählt z.B. ein akuter Herzinfarkt. Auch Geburten werden ausschließlich in der Klinik am Eichert versorgt. Schlaganfälle werden bereits heute in das Klinikum Christophsbad gefahren. Alle sonstigen Notfälle, die nach ZNA-Besuch oder Überwachung an der Helfenstein Klinik eines stationären Aufenthalts bedürfen, werden zukünftig an die Klinik am Eichert verlegt; elektive stationäre Aufnahmen können perspektivisch direkt an der Klinik am Eichert erfolgen, so dass eine Verlegung vermieden wird.

Sollten akut vitalgefährdete Patienten zu Fuß über die ZNA in die Klinik kommen, ist eine Erstversorgung in der ZNA gewährleistet. Inwiefern eine Weiterverlegung nach Göppingen nötig oder aber eine Überwachung auf der „Kurzliegerstation“ möglich ist, entscheidet sich nach der Erstbehandlung. Grundsätzlich gilt daher: Eine Notfallbehandlung erfolgt weiterhin umfassend sowohl chirurgisch als auch internistisch in Geislingen, akut vitalgefährdete Patienten müssen nach Göppingen verlegt werden, was aber bereits heute geschieht.

Für ambulante ZNA-Besuche bleibt eine Behandlung und Versorgung an der Helfenstein Klinik nach wie vor in vollstem Umfang gewährleistet.

5.7. Erweiterung der stationären Strukturen und des Leistungsangebots an der Klinik am Eichert in Göppingen

Für die stationäre und operative Versorgung der Geislinger Patienten müssen an der Klinik am Eichert Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden. Heute werden für die stationären OPs ca. 2 Säle und für die chirurgische und internistische Versorgung ca. 100 Betten benötigt. Es ist anzunehmen, dass ein Teil der Patienten in Göppingen, ein anderer Teil in anderen Einrichtungen versorgt werden wird. Der Anteil der zukünftig in Göppingen zu versorgenden Patienten wird von der Strategiegruppe auf etwa 60-75% der Patienten eingeschätzt. Um aber trotzdem für alle Eventualitäten gewappnet zu sein, wurden zwei Szenarien kalkuliert. Eines geht davon aus, dass 50% der heutigen Patientenanzahl der Helfenstein Klinik zukünftig an die Klinik am Eichert kommen, da zweite geht von 80% aus.

Für die stationäre Versorgung in der Klinik am Eichert bedeutet die Übernahme der Patienten aus der Helfenstein Klinik, dass gegenüber dem heutigen Status Quo im Altbau zusätzliche Bettenkapazität geschaffen werden muss. Die Anzahl der belegbaren Betten ließe sich ausreichend erweitern, so dass selbst eine vollständige Übernahme der Patienten aus Geislingen kapazitär – ungeachtet der personellen Situation – möglich wäre. Durch die Bündelung des stationären Leistungsgeschehens in Göppingen und die (teilweise) Übernahme des Geislinger Personals, kann es zudem gelingen, die Klinik am Eichert ausreichend personell auszustatten.

Für die operative Versorgung in der Klinik am Eichert bedeutet die Übernahme der Patienten aus der Helfenstein Klinik, dass die Saalkapazität um bis zu 2 Säle erweitert werden muss, um den bisherigen „Endoprothetik–Saal“ sowie den OP-Saal für die Viszeralchirurgie der HKG zu integrieren. Um in Göppingen hierzu ausreichend Kapazität zu schaffen, werden die elektiven ambulanten Operationen bis zur Inbetriebnahme des Ärztehauses (mit ambulantem Therapie- und OP-Zentrum) nach Geislingen gesteuert. Eine Aufstellung der Saalkapazität nach Standort findet sich in der nachfolgenden Grafik.

Standort HKG	Stat. Saalkapazität pro Tag HKG	2,0
	AOP Saalkapazität pro Tag HKG	0,4
	gesamt Saalkapazität HKG	2,3

Standort KaE	Stat Saalkapazität pro Tag KaE	10,5
	AOP Saalkapazität pro Tag KaE	1,6
	gesamt Saalkapazität KaE	12,1

Gesamt	Saalkapazität mit Leistungssteigerung	14,4
	Saalkapazität bei Auslagerung der Ambulanten Nutzungskapazität	12,4

Abbildung 10: Nutzungsgrad der OP-Kapazität beider Standorte im IST für 2019 ambulant und stationär sowie standortbezogen

Um die Integration der Geislinger Patienten und die Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen den beteiligten Chefarzten zu erleichtern, wurden Schwerpunkte definiert. Die minimalinvasive Chirurgie wird primär durch Prof. Hahn, die offene Chirurgie primär durch Prof. Riedl erfolgen. Da die Aufteilung ggf. im Einzelfall entschieden werden muss, wird es im

Tagesgeschäft eine enge Abstimmung geben. Grundlage für diese Abstimmung ist eine Handlungsempfehlung, die bereits mit dem gesamten chirurgischen Team abgestimmt ist. Perspektivisch wird es nach dem regulären Renteneintritt von Herrn Prof. Hahn nur noch einen Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie geben. In der Inneren Medizin ist ebenfalls zukünftig ein Chefarzt vorgesehen.

5.8. Stationäre Strukturen auch zukünftig für Pandemien ausreichend

Im Rahmen der Corona-Pandemie standen an den ALB FILS KLINIKEN insgesamt bis zu 50 Intensivtherapieplätze, davon 42 in der Klinik am Eichert und 8 an der Helfenstein Klinik Geislingen, zur Verfügung. Die während der Pandemie verfügbaren Intensivbehandlungsplätze der ALB FILS KLINIKEN wurden maximal zu ca. 1/3 ausgelastet, auch die vorgehaltenen Betten auf der Normalstation wurden nur zu einem geringen Teil ausgelastet.

Es herrschte demnach zu keiner Zeit ein Versorgungsengpass innerhalb der Strukturen der ALB FILS KLINIKEN. Im Gegenteil: das tatsächliche Patientenaufkommen im Rahmen der bisherigen Pandemieentwicklung im Landkreis Göppingen wäre alleinig am Standort Klinik am Eichert zu versorgen gewesen. Entsprechend dieser Auslastung wurde die Helfenstein Klinik bereits seit dem 29. April „Covid-frei“ gehalten.

Über die Kapazitäten der ALB FILS KLINIKEN hinaus wurden in Vorbereitung auf ein Worst-Case-Szenario durch den klinikübergreifenden Stab vorab weitere zusätzlich verfügbare Bettenkapazitäten vereinbart: das Klinikum Christophsbad und die Reha-Kliniken Bad Boll, Bad Ditzenbach und Bad Überkingen fungierten als Reservekrankenhäuser und stellten weitere Beatmungsplätze und Normalstationsplätze zur Verfügung. Diese wurden allesamt nicht benötigt.

5.9. Weiterhin Versorgung der Gesundheitsregion Alb Fils in hoher Qualität

Der Gesundheitscampus Geislingen (Variante 5) sichert im Zielbild die profunde ambulante medizinische Versorgung mit breitem Gesundheitsangebot zur wohnortnahen Versorgung. Die Helfenstein Klinik bleibt Notfallklinik mit 24/7 Notfallversorgung und kurzstationärer Versorgung sowie (erweiterter) stationärer Palliativmedizin.



Abbildung 11: Zielbild der Gesundheitsregion Alb Fils

Die ambulante Versorgung erstreckt sich über alle für die Versorgung in der Bevölkerung relevanten Fachbereiche, d.h. Onkologie inkl. Chemotherapie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Innere Medizin mit Gastroenterologie und Diabetologie und ggf. mit Kardiologie, Gynäkologie sowie Anästhesie und Schmerztherapie. Perspektivisch werden voraussichtlich Pneumologie & Schlaflabor ergänzt, zudem könnten das Portfolio noch die Fachbereiche HNO, Dermatologie und Rheumatologie vervollständigen. Ergänzende Angebote erfolgen über eingemietete Praxen, darunter Allgemeinmedizin, Unfallchirurgie, Kieferorthopädie, Zahnmedizin, Neurologie, Kardiologie, Nephrologie/Dialyse, Radiologie sowie Augenheilkunde. Somit ist selbst bei speziellen Versorgungsbedarfen die Versorgung sichergestellt.

In Geislingen ergänzen bereits heute Angebote wie Apotheke, ein Sanitätshaus, ambulante Physiotherapie oder ein ambulanter Palliativdienst die Versorgung.

Für die Weiternutzung der stationären Kapazitäten werden Partner gesucht für beispielsweise eine stationäre Rehabilitation, Heimbeatmung in Form von Intensivpflege-WGs, z.B. für Kinder, Seniorenpflege als Kurzzeit- und/oder Langzeitpflege oder auch Wohnen-im-Quartier-Lösungen. Aufgrund des noch frühen Stadiums der strategischen Neuausrichtung konnten bis dato noch keine Gespräche mit externen Partnern geführt werden. An die Geschäftsführung wurden jedoch bereits Angebote möglicher Nutzungskonzepte der schon heute freistehenden Flächen herangetragen.

6. Umsetzung des Zielbilds

Zusammenfassung: Die Umsetzung des Zielbilds erfolgt aufgrund der gegenwärtigen Corona-Entwicklung bestenfalls ab etwa April/Mai 2021 und wird voraussichtlich 3-6 Monate in Anspruch nehmen. Eine rasche Umsetzung sowie eine begleitende professionelle Kommunikation sind dabei unabdingbar, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und Mitarbeitern wie Patienten die nötige Sicherheit zu geben.

6.1. Beginn der Umsetzung des Zielbilds ab etwa April/Mai 2021 angedacht

Grundsätzlich wäre es wünschenswert, eine Umsetzung sobald wie möglich und so schnell wie möglich durchzuführen. Allerdings gilt es, diverse Implikationen und Einflüsse zu berücksichtigen. Um die nötigen Patientenströme im Einzugsgebiet der Helfenstein Klinik in die Klinik am Eichert zu steuern, ist ein Vorlauf von einigen Monaten essentiell. Kapazitäten müssen geschaffen, Sprechstunden etabliert und die nötige IT-Unterstützung eingerichtet werden. Die Öffentlichkeit kann ebenfalls mit etwas Vorlauf besser auf die Umstellung vorbereitet werden. Auch die Gewinnung geeigneter Fachkräfte bedarf einer guten Vorbereitung. Der Personalbedarf muss konkretisiert, Stellenprofile müssen ggf. entwickelt und Anreize herausgearbeitet werden.

Wartet man auf der anderen Seite bis zum Neubau der Klinik am Eichert, besteht ein enorm hohes Risiko, dass sowohl Patienten als auch Mitarbeiter mit anhaltenden bzw. zunehmenden Schwierigkeiten der Helfenstein Klinik an Wettbewerber verloren gehen (vgl. vorzeitige Schließung der Geburtshilfe an der Helfenstein Klinik in der Vergangenheit aufgrund fehlenden Personals). Für den Umzug der Klinik am Eichert in den Neubau würde eine zeitgleiche Umsetzung des Zukunftskonzeptes in Geislingen zusätzliche Unruhe für das Personal und die Patienten bedeuten, diese benötigen innerhalb kürzester Zeit Sicherheit und Perspektive.

Die Umsetzung selbst sollte dabei so rasch wie möglich erfolgen, denn je länger sich eine solche Umstellung hinzieht, desto mehr Mitarbeiter und Patienten werden skeptisch bzgl. des Umsetzungserfolgs und wandern ggf. aus Sorge vor einer drohenden Schließung bzw. Perspektivlosigkeit ab. Eine zügige Umsetzung bietet die Chance, Patienten- und Mitarbeiterströme aktiv zu steuern und Marktanteile in der Region zu halten und zu sichern. Daher sollte die Umsetzung idealerweise innerhalb von 3 bis maximal 6 Monaten erfolgen – bei einem avisiertem Start ab etwa April/Mai 2021 sollte sie damit bis spätestens September/Okttober 2021 abgeschlossen sein.

6.2. Umsetzung in 4 Teilprojekten denkbar – ausreichender Vorlauf für Planung nötig

Ausgehend vom Status quo wird der Zielzustand an der Klinik am Eichert sowie an der Helfenstein Klinik in Etappen bzw. Zwischenstufen erreicht.



Abbildung 12: "Arbeitsliste" der notwendigen Umsetzungsvorbereitungen zur Erreichung des Zielbildes

Als Projektorganisation bietet sich eine Aufteilung der Umsetzungsplanung in 4 Teilprojekte an

- Zentrum für Innere Medizin
- Zentrum für operative Medizin
- Facility Management (inkl. aller weiteren Sekundär- und Tertiärbereiche)
- Standort Geislingen (komplementäre Angebote, Ausbau MVZ, ...)

Die ersten drei Teilprojekte werden idealerweise parallel umgesetzt – eine Stückelung der Themen würde unnötige Ressourcen verbrauchen und den stationären Teil in der Helfenstein Klinik unnötig verlängern und verkomplizieren. Das Teilprojekt „Standort Geislingen“ kann zeitlich versetzt umgesetzt werden, die Konzepte zur Weiternutzung der Immobilien sollten jedoch schon erstellt sein, um auch kommunikativ die (Teil-)Aufgabe der stationären Versorgung in Geislingen zu begleiten. Eine Gesamtprojektleitung sowie Projektleiter für die Teilprojekte müssen noch benannt werden.

Zentrum für Innere Medizin: Die gesamte Medizinische Klinik Helfenstein Klinik (mit Schwerpunkt Gastroenterologie) wird in die Klinik am Eichert überführt. Voraussetzung ist die Verfügbarkeit von ausreichenden Bettenkapazitäten, Räumlichkeiten für die zusätzlichen Sprechstunden an der Klinik am Eichert sowie ausreichende Kapazitäten in der Funktionsdiagnostik und der Radiologie. Für die Ober- und Chefärzte der Helfenstein Klinik müssen zusätzliche Arztdienstzimmer geschaffen und ggf. hergerichtet werden. Diese Kapazitäten und Räumlichkeiten sind grundsätzlich vorhanden. Allerdings sind einige Maßnahmen nötig, um die aktuell „stillgelegten“ Räumlichkeiten wieder auf den Stand von aktiv genutzten Zimmern zu bringen. Darunter fallen Kleinreparaturen wie z.B. Schränke, Waschbecken, Beleuchtung, Fernseher, Sauerstoffanschlüsse etc. Die Kosten für diese Maßnahmen belaufen sich auf ca. 0,3 Mio. EUR.

An der Helfenstein Klinik wird die Palliativstation auf 10-12 Betten erweitert. Die bisherigen Räumlichkeiten für Radiologie, Funktionsdiagnostik, Endoskopie und das MVZ können wie bislang bestehen bleiben und weiter betrieben werden. Ebenfalls bleiben die Räumlichkeiten für den Sprechstundenbetrieb und alle Untersuchungsräume und Arztdienstzimmer erhalten, so dass hier keine weiteren Umbaukosten anfallen.

Zentrum für operative Medizin: Es bietet sich an, die Umsetzung in mehreren Schritten vorzunehmen. Zunächst sollte der ambulante OP-Bereich an der Helfenstein Klinik eingerichtet und für die Patientenversorgung vorbereitet werden.

Im Anschluss können die ambulanten Operationen aus Göppingen an die Helfenstein Klinik gesteuert werden. Dazu ist eine konsequente Patientenkommunikation in allen Sprechstunden – sowohl an der Klinik am Eichert als auch an der Helfenstein Klinik – erforderlich.

Die dadurch frei werdenden Saalkapazitäten an der Klinik am Eichert können schließlich für die Versorgung der hinzukommenden Geislinger Patienten genutzt werden, so dass sowohl elektive OPs als auch Notfalloperationen nach Göppingen geleitet werden können. Voraussetzung ist die Möglichkeit, aus den Sprechstunden heraus Patienten direkt in den OP-Plan in Göppingen einzutragen. Die nötige IT-Infrastruktur muss dazu bereitgestellt werden.

Facility Management: Der Küchenbetrieb an der Helfenstein Klinik wird geschlossen. Die Essensversorgung ist nur noch für die Patienten der Kurzliegerstation sowie der Palliativstation vorgesehen. Dieses wird portioniert per Transportdienst aus der Klinik am Eichert gebracht. Die Kantine wird künftig lediglich als Aufenthaltsraum und zur Einnahme der gelieferten Essen in einem begrenzten Zeitfenster geöffnet sein. Das Café ist bereits vermietet, ggf. müssen die Automaten aufgestockt werden.

Die Reinigung (inkl. Hauswirtschaftsdienst) wird auf die Bereiche, die durch die ALB FILS KLINIKEN betrieben werden, reduziert. Die Logistik wird ebenfalls auf das notwendige Maß verringert. Die Wäscheversorgung erfolgt wie bislang über einen externen Dienstleister.

Medizintechnik und IT werden auf Präsenztage reduziert. Für die Medizintechnik werden Ersatzgeräte vorgehalten, die bei Bedarf sofort genutzt werden können. Der Rechnerraum der IT kann über eine Servervirtualisierung entfallen. Die IT-Hotline wird heute schon zentral aus der Klinik am Eichert erbracht und bleibt so bestehen.

Das Baumanagement wird wie bereits heute zentral über die Klinik am Eichert gesteuert und koordiniert. Die Technik muss allerdings unverändert vorgehalten werden, um den Grundbetrieb von Heizung, Lüftung und Sanitäreanlagen (Spülen von Leitungen etc.) sicherzustellen.

Standort Geislingen: Wichtig ist der schnelle Aufbau der Kurzliegerstation mit den Überwachungsbetten für die Zentrale Notaufnahme als Voraussetzung für die Schließung des stationären Bereichs. Dort sind ggf. Rück- oder Abbauarbeiten erforderlich, um eine Grundlage für eine spätere Nachnutzung zu schaffen. Zusätzlich sind Umbaumaßnahmen für die Erweiterung der Palliativstation sowie die Inbetriebnahme des ambulanten OPs in den Räumlichkeiten der gegenwärtigen Intensivstation erforderlich. Die dazu nötigen Umbaukosten für alle hier aufgeführten Maßnahmen belaufen sich auf Basis einer groben Abschätzung auf etwa 0,5 Mio. EUR. In Bezug auf die durch die Maßnahmen betroffene Fläche stellt diese Summe eher eine Untergrenze dar. Es wären damit zwar Anpassungen zu realisieren, aber keine größeren Umbauten. Eine Aufteilung nach einzelnen Strukturbereichen ist zum aktuellen Stand nicht möglich, da es dazu eine genauere Planung und eine Begehung der Flächen vor Ort mit den entsprechenden baulichen und ärztlichen Fachleuten bedarf.

Gemeinsame Verpflichtungserklärung

Die Gesundheitsregion Alb Fils wird Patienten aller Fachrichtungen künftig weiterhin innovative medizinische Versorgung in hoher Qualität bieten können. Die gesamte Strategieguppe ist überzeugt, dass das dargestellte Zielbild der ALB FILS KLINIKEN die Versorgung in der Region langfristig sichert.

Dr. med. Ingo Hüttner
Med. Geschäftsführer, Vors. der Geschäftsführung

Wolfgang Schmid
Kaufmännischer Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Martin Bommer
Ärztlicher Direktor, Chefarzt

Prof. Dr. med. Matthias Fischer
Chefarzt

Prof. Dr. med. Matthias Hahn
Chefarzt

Thomas Meißer
Leitender Arzt

Prof. Dr. med. Stefan Riedl M.Sc
Chefarzt

Prof. Dr. med. René Schmidt
Geschäftsführender Chefarzt

Prof. Dr. med. Stephen Schröder
Chefarzt

Prof. Dr. med. Andreas Schuler
Chefarzt

Dr. med. Stefan Schulz, MBA
Leitender Arzt

Margit Hudelmaier
Geschäftsf. Direktorin Pflege- & Patientenmgmt.

Brigitte Käser
Stellv. Pflegedirektorin

Hartmut Hippich
Standortkoordinator Pflege Helfenstein Klinik

Gösta Schubert
OP-Management

Martina Heusel
Geschäftsbereichsleiterin Personal

Albert Prickarz
Geschäftsbereichsleiter Finanzen & Controlling

Michael Schneiderhan
Geschäftsbereichsleiter Betriebsmanagement

Philipp Thöni
Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentw. & QM

Adriana Frösche
Referentin der Geschäftsführung

Ulrike Fischer
Geschäftsbereichsleiterin Marketing & ÖA

Katja Simml
Integrationsmanagerin