



Gutachten

„Ausarbeitung und Bewertung – Modell Projekt Krankenhaus in Leutkirch“

Erstellt vom

BAB Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung GmbH

Im Januar 2015



Gliederung

1.	Auftrag	3
2.	Methode und Vorgehen	4
3.	Ergebnisse der Bewertung	5
4.	Empfehlungen zum weiteren Vorgehen	16



1. Auftrag

Der Auftrag ist eine vertiefende Ausarbeitung des in der Projektskizze „Stationäre Versorgung im ländlichen Raum“: Modell „Interdisziplinäre Nachsorge in Leutkirch“ dargestellten Projektes.¹

Es sollen insbesondere folgende Fragestellungen bearbeitet werden:

1. Wie hoch ist der Bedarf für ein interdisziplinäre Nachsorge in Leutkirch und in der Region?
2. Wodurch ist das Leistungsgeschehen gekennzeichnet bzw. wer sind mögliche Zielgruppen?

Bei den entsprechenden Analysen soll zurückgegriffen werden auf die „Bedarfsanalyse für das Konzept Krankenhaus am Standort Leutkirch“².

In einem zweiten Schritt sollen dann ggf. folgende Aufgaben bearbeitet werden: Mögliche Finanzierungsmodelle sowie ein Businessplan für ein solches Nachsorgekonzept

Die Ergebnisse sollen so aufbereitet werden, dass sie zur Bewerbung um Fördermittel zur Durchführung eines Modellversuchs genutzt werden können.

Das BAB schlägt vor, den Begriff Krankenhaus wegen des negativen Beigeschmacks des Wortes „Heim“ im Folgenden zu vermeiden. Der Begriff des „Patientenhotels“ trifft das geplante Modell besser. Darum wird in der Folge dieser Begriff verwandt.

¹ Hier handelt es sich um eine Vorarbeit, die dem BAB als Material zur Verfügung gestellt wurde.

² Wurde dem BAB ebenfalls als Arbeitsgrundlage vom Landkreis Ravensburg zur Verfügung gestellt.



2. Methode und Vorgehen

Es wurden in der Untersuchung drei Perspektiven berücksichtigt bzw. Analysetools genutzt, um den Auftrag zu bearbeiten.

1. In der ersten Perspektive wurde auf der Grundlage von Leitfaden gestützten Interviews die Niedergelassenen und mögliche Stakeholder (Kooperationspartner, Kostenträger, usw.) befragt. Ziel war dabei in erster Linie die Ermittlung des möglichen Bedarfs und sowie die Sondierung der inhaltlichen Ausgestaltung des Modells.
2. Aus einer zweiten Perspektive wurde auf der Grundlage von Daten der Krankenhäuser (der OSK) eine Abschätzung vorgenommen, welche Patienten durch eine durch das Konzept geschlossene Lücke in der Versorgung früher aus dem Krankenhaus hätten entlassen werden können.
3. Die dritte Perspektive basierte auf der Auswertung von Statistiken sowie der Analyse von vergleichbaren Projekten im In- und Ausland.

Die Grundlagen der qualitativen Fragen und der Datenanalyse sind in Abbildung 1 dargestellt.

Qualitative Befragung	<p>Es wurden von BAB folgende Interviews geführt:</p> <ul style="list-style-type: none">● 12 Einzelinterviews, davon 2 Hausärzte● 1 Interview mit mehreren Personen einer Einrichtung● 1 Treffen mit dem Ärztenetzwerk Bad Wurzach (6 Anwesende)● 1 Treffen mit 6 niedergelassenen Ärzten aus Leutkirch und Isny <p>Dabei wurde mit 14 Ärzten, den Waldburg-Zeil-Kliniken, dem ZfP, der Stiftung Liebenau, der AOK, dem Pflegeheim Vinzenz von Paul in Leutkirch und Wangen, dem Altenhilfe-Zentrum AHZ in Isny, dem Oberbürgermeister von Leutkirch, Vertretern der OSK, der Sozialdezernentin des Landratsamtes und dem Förderverein Pro- Krankenhaus Leutkirch gesprochen.</p>
Datenanalyse der Krankenhäuser	<p>Die Datenanalyse erfolgte auf Basis des § 21 Datensatzes der Oberschwabenklinik.</p>

Abbildung 1: Grundlagen der qualitativen Befragung sowie der Datenanalysen



Dabei war der inhaltliche Fokus der Interviews auf 8 Leitfragen gerichtet:

1. Welche Leistungen sollen aus Ihrer Sicht in einem „Patientenhotel“ bzw. im Rahmen einer interdisziplinären Nachfrage für welche Zielgruppe angeboten werden?
2. Wie schätzen Sie den konkreten quantitativen Bedarf ein? Könnten Sie dies an Beispielen und konkreten Zahlen erläutern?
3. Welche Partner bzw. Leistungserbringer könnten bzw. sollten die Leistungen erbringen? Wie ist die Leistung in die Versorgungskette eingebettet?
4. Welche Ansätze zur Finanzierung sehen Sie? Welche Bücher des Sozialgesetzbuches könnten Finanzierungsgrundlage sein? Gibt es andere – zum Beispiel private Finanzierungsmöglichkeiten?
5. Wie schätzen Sie die Wettbewerbssituation ein? Gibt es vergleichbare Anbieter? Wie könnte ein USP aussehen, das von möglichen Nachfragern auch tatsächlich identifiziert wird?
6. Welchen Einzugsraum würden Sie für eine interdisziplinäre Nachsorge in Leutkirch definieren (Leutkirch und „um zu“, Westallgäu, den Landkreis)?
6. Wie könnte eine mögliche Betreiberstruktur aus Ihrer Sicht aussehen? Welche Rechtsform bietet sich an?
7. Wie sehen Sie Ihre Rolle? Wie könnten bzw. wollen Sie sich in das Projekt einbringen?
8. Worauf sollte bei der weiteren Arbeit an diesem Projekt geachtet werden, damit das Projekt erfolgreich abgeschlossen werden kann? Für wie realistisch halten Sie eine Umsetzung des Konzeptes? (Begründen Sie Ihre Einschätzung.)

Die ausgewerteten statistischen Materialien können der Anlage entnommen werden.

3. Ergebnisse der Bewertung

Die Darlegung der Ergebnisse erfolgt in fünf Schritten: Formulierung des Modells, die Ermittlung des Bedarfs für das Modell, Überprüfung weiterer Hypothesen, Aufzeigen eines möglichen Alternativmodells sowie eine abschließende Bewertung des Modells.

3.1 Formulierung des Modells

Das ausgearbeitete Modell hat im Wesentlichen zwei Zugänge zu Patienten (vgl. Abbildung 2): Zum einen kommen die Patienten aus der stationären Versorgung (Krankenhaus) zur Nachsorge; zum anderen werden Patienten aus dem ambulanten Bereich ins „Patientenhotel“ überwiesen. Die Hintergründe für die Überweisung in das Patientenhotel sind dabei im Wesentlichen die intensive Diagnostik des Patienten sowie die Vermeidung stationärer Behandlungen durch vorsorgende Behandlung.

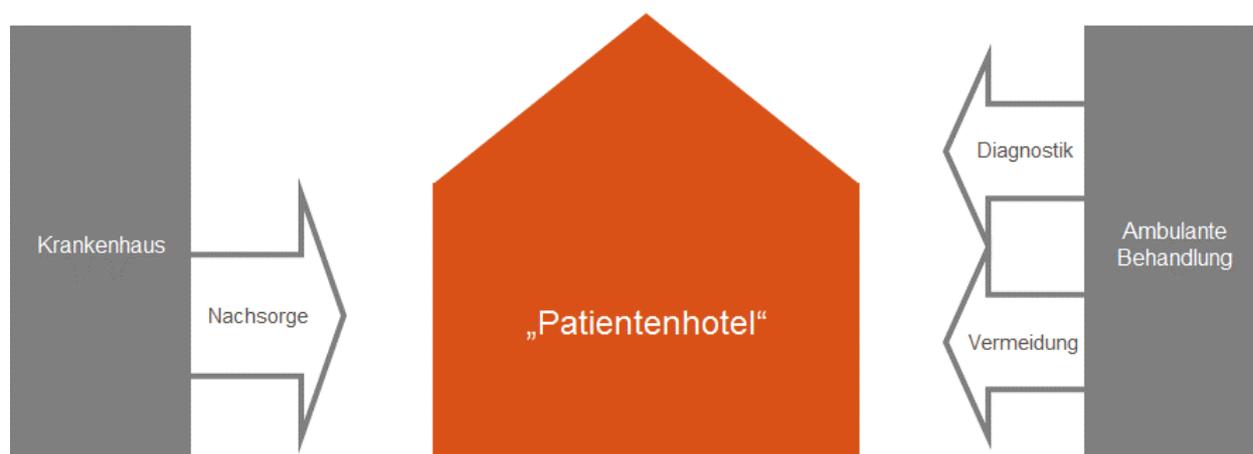


Abbildung 2: Das Modell des Patientenhotels

Im Einzelnen ist das Modell gekennzeichnet von folgenden Elementen:

Das Patientenhotel bietet eine pflegerische Nähe sowie eine organisierte **Arztnähe**. Dabei gibt es keine ärztliche Präsenz im Patientenhotel, sondern eine konsiliarische Betreuung durch niedergelassene Ärzte, die dort ihre Patienten betreuen – analog zu einem Hausbesuch. Möglich ist auch die Nachsorge durch konsiliarisch abgeordnete Ärzte. Pflegekräfte sind dabei zur Grund- und Behandlungspflege anwesend. Die Struktur bietet rund um die Uhr Sicherheit durch die Anwesenheit von Pflege- und Servicekräften. Diese stellen Grundbedürfnisse der Patientenbehandlung sicher und organisieren im Notfall medizinische Hilfe.

Zur Einordnung des Modells ist es notwendig, darauf hinzuweisen, welche Leistungen im Patientenhotel nicht angeboten werden sollen. Dies sind zum Beispiel: Rehabilitationsleistungen, Leistung der Akut-Geriatrie sowie geriatrischen Rehabilitation, Stationäre Leistungen mit einer ganztägigen Betreuung an 365 Tagen im Jahr durch ärztliches Personal, ambulante Leistungen, Leistungen, die einer Pflegestufe entsprechen sowie Leistungen eines Hospiz. Wichtig ist für die Gestaltung des Patientenhotels, dass die Zielgruppe nicht nur alte Patienten umfasst.

Die ambulanten Patienten im Modell ...

- ...leben i. d. R. allein und können oder wollen sich aufgrund einer Erkrankung nicht adäquat in der eigenen Wohnung versorgen.
- ... benötigen Sicherheit, bei Verschlimmerung pflegerisch / ärztlich versorgt zu werden.
- ... benötigen ggf. speziellere Diagnostik zur Abklärung oder zum Ausschluss von Erkrankungen.
- ... überbrücken Wartezeiten auf elektive stationäre oder ambulante Behandlungen.
- ... wollen auch bei „Verschlechterungen“ und intensiverer Behandlung vom Hausarzt weiterbetreut werden.



- ... überbrücken „Ausfallzeiten“ einer häuslichen pflegerischen Versorgung.
- ... benötigen intensive Anleitung und Schulung bei komplexen chronischen Erkrankungen.
- ... bekommen komplexere aber ambulante Behandlungen (z. B. Infusionstherapien).
- ... reisen für ambulante „Spezialbehandlungen“ in die Region.
- ... müssen zur „Ein- und Umstellung“ komplexerer Therapien kurzzeitig viele Arzt- und Therapiekontakte „abarbeiten“.
- ... benötigen „sofort“ und „akut“ eine Betreuung, können und wollen nicht auf freie Plätze warten bzw. diese organisieren müssen.

Fallbeispiele:

- 65-jährige Frau, akute Lungenentzündung, alleinlebend, will nicht ins Krankenhaus, benötigt Versorgung und regelmäßige Kontrollen.
- Ein Patient mit chronischen Schmerzen benötigt Versorgung und Abklärung. Eine dauerhafte ärztliche Präsenz ist jedoch nicht notwendig.
- Ambulant palliativmedizinischer Patient in der Vorstufe zum Hospiz.
- Typischer Hotelpatient ist, wer eine kurzzeitige intensive Pflege benötigt, mit chronischen Schüben kämpft oder sich temporär nicht selbst versorgen kann.

Die Patienten aus dem Krankenhaus im Modell ...

- ... Patienten, die nur noch auf einen Platz in der Rehabilitation, in einem Pflegeheim oder im Hospiz warten.
- ... Patienten, die noch „aufgepäppelt“ werden müssen.
- ... Patienten mit allgemeinen inneren Begleitsymptomen, die nicht rund um die Uhr ärztlich versorgt werden müssen, jedoch einer Behandlungspflege und des Services bedürfen.
- ... Patienten, die den Umgang mit ihrer neuen Erkrankung lernen müssen und „Einstellungen“ und „Kontrollen“ benötigen.
- ... Patienten mit Komplikationen (z. B. Wundstörungen), die ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis haben, aber ohne medizinisches „Notfallrisiko“.



- ... Patienten, die zur ambulanten Weiterbehandlung ein „Angebot aus einer Hand“ wollen, ohne verschiedene Gesundheitsdienstleister aufsuchen zu müssen.
- ... Patienten, die die Zeit überbrücken wollen, bis sich das private Umfeld auf das Leben mit der „neuen“ chronischen Erkrankung eingerichtet hat.
- ... Patienten, die grundsätzlich zu Ende behandelt sind, aber noch „unter Überwachung / Betreuung“ auf letzte Befundkontrollen (Labor / Röntgen) warten.

Fallbeispiele:

- Neu entdeckter Diabetes mellitus zur Einstellung und Schulung des Patienten.
- Fortsetzung einer Schmerztherapie nach operativen Eingriffen, einfache Wundversorgung.
- Ambulante Physiotherapie, Haus- und Fachärztliche Versorgung, Anpassung von Heil- und Hilfsmitteln bei Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (ggf. Amputation).

3.2 Der Bedarf für das Modell

Der Bedarf für eine Nach- bzw. Vorsorgeeinrichtung leitet sich aus den zwei Quellen ab (vgl. Abbildung 3). Der Bedarf aus dem Krankenhausbereich ergibt sich im Wesentlichen daraus, dass Patienten mit der Überweisung in Reha- oder Pflegeeinrichtungen sowie in ein Hospiz nach der Datenlage der OSK eine deutlich höhere Verweildauer-Abweichung haben. Diese Patienten könnten in einer Low-Care-Einheit auf die Entlassung bzw. Verlegung warten und betreut werden. Dies hätte den Vorteil, dass das Krankenhaus zusätzliche Kapazitäten für Akutfälle gewinnen würde.

Der weitere Bedarf ergibt sich aus den Zuweisungen des ambulanten Bereichs. Dieses Potenzial ist nur schwer abzuschätzen. Aus den qualitativen Interviews subsumiert das BAB einen Bedarf von 5 bis max. 15 Betten.

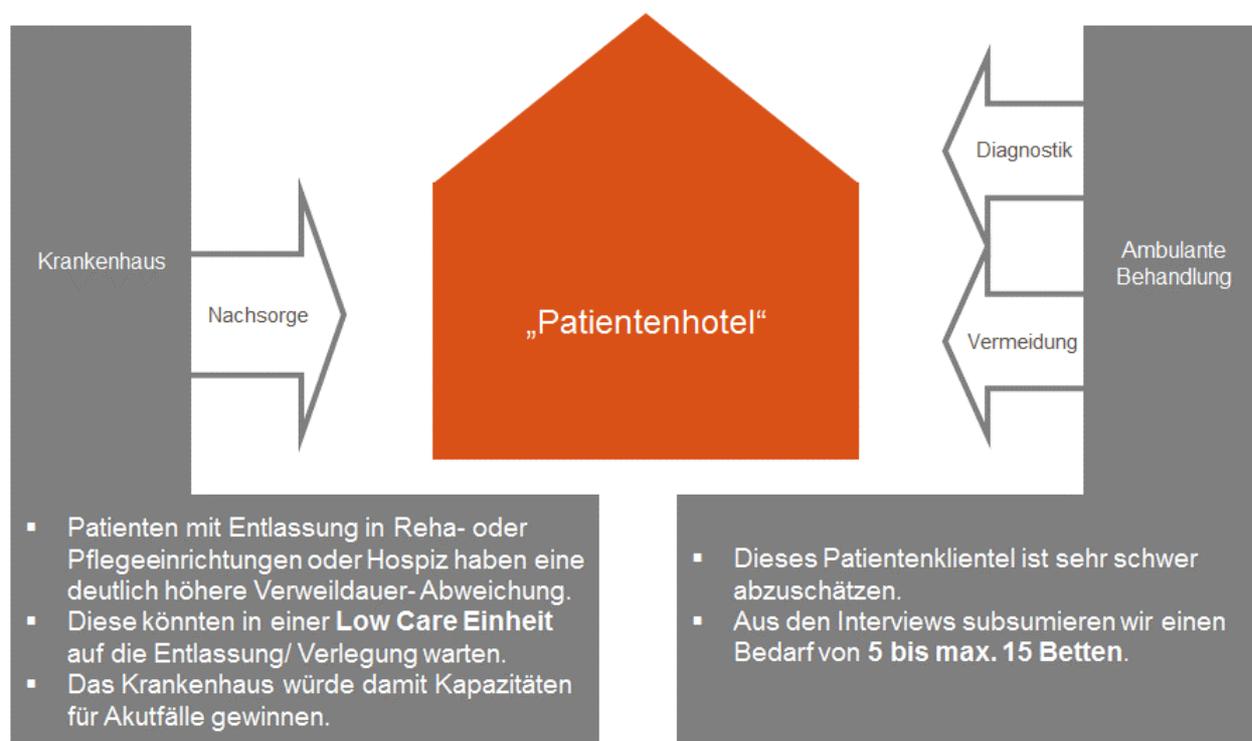


Abbildung 3: Der Bedarf nach Leistungen des Patientenhotels

In Abbildung 4 sind die Kapazitätsberechnungen für eine Low-Care-Einheit dargelegt. Es ergibt sich insgesamt ein Bedarf von ca. 20 Low-Care-Betten für eine solche Einheit. Davon kämen alleine 15 Betten aus dem Elisabeth-Krankenhaus. Hinzu kämen andere Patienten, die sich u.a. aus Patienten der OSK ergeben, die eigentlich ambulant behandelt werden könnten.

Dies ergibt ein Zuweisungspotential aus dem stationären Bereich in Höhe von ca. 25 Betten, ergänzt um das maximal geschätzte Potenzial von 15 Betten aus dem ambulanten Bereich. Dies entspräche in der Summe einer 40-Betten-Station.

Diese Einschätzung ist aber zu relativieren. Aus krankenhausspezifischer Sicht macht es für die OSK keinen Sinn, eine regelmäßige Abordnung von Ärzten nach Leutkirch zur Sicherstellung der Nachsorge zu organisieren. Darüber hinaus ist für diese Patienten, die weiterhin auch einen ärztlichen Nachsorgebedarf aufweisen und daher dem DRG-Bereich zuzuordnen sind, der Standort Leutkirch wenig attraktiv. Es wird von den Interviewpartnern in diesem Kontext als ein Problem bewertet, dass die Patienten gar nicht nach Leutkirch wollen, da Besuche aufgrund der Entfernung schwieriger zu gestalten sind. Dies gilt insbesondere für Patienten aus dem Raum Ravensburg und Bad Waldsee. Fünf Low-Care-Betten für Patienten allein aus Wangen sind jedoch für die OSK insbesondere hinsichtlich der Abordnung von ärztlichem Personal ökonomisch nicht darstellbar.



EntlassungsJa	2013								
FAB Innere Medizin mit Entlassgrund	Fälle	Ist-VD	InEK-VD	Soll-VD	Ist-Betten bei 85%	InEK-Betten bei 85%	Soll-Betten bei 85%	Diff. Betten InEK	Diff. Betten InEK- Soll
OSK_BW	250	6,9	7,1	6,4	5,5	5,7	5,1	0,2	-0,4
OSK_EK	197	16,8	8,2	7,4	10,7	5,2	4,7	-5,5	-6,0
OSK_WG	383	10,9	8,0	7,2	13,4	9,9	8,9	-3,6	-4,6
Gesamt	830	11,1	7,8	7,0	29,6	20,8	18,7	-8,9	-10,9

EntlassungsJa	2013								
DRG-Cluster Ortho	Fälle	Ist-VD	InEK-VD	Soll-VD	Ist-Betten bei 85%	InEK-Betten bei 85%	Soll-Betten bei 85%	Diff. Betten InEK	Diff. Betten InEK- Soll
OSK_BW	58	11,9	9,5	8,5	2,2	1,8	1,6	-0,5	-0,6
OSK_EK	96	20,2	11,5	10,3	6,3	3,6	3,2	-2,7	-3,1
OSK_WG	74	12,8	10,7	9,6	3,1	2,5	2,3	-0,5	-0,8
Gesamt	228	15,7	10,7	9,6	11,5	7,9	7,1	-3,7	-4,5

EntlassungsJa	2013								
DRG- Cluster Neuro	Fälle	Ist-VD	InEK-VD	Soll-VD	Ist-Betten bei 85%	InEK-Betten bei 85%	Soll-Betten bei 85%	Diff. Betten InEK	Diff. Betten InEK- Soll
OSK_BW	8	6,0	7,0	6,3	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0
OSK_EK	239	16,6	9,5	8,5	12,8	7,3	6,6	-5,5	-6,2
OSK_WG	44	8,5	7,2	6,5	1,2	1,0	0,9	-0,2	-0,3
Gesamt	291	15,1	9,1	8,2	14,1	8,5	7,7	-5,6	-6,5

Gesamt	-18,2	-21,9
OSK_BW	-0,3	-1,0
OSK_EK	-13,6	-15,2
OSK_WG	-4,3	-5,6

Abbildung 4: Kapazitätsberechnungen für eine Low-Care-Einrichtung

Da die Low-Care-Patienten Basis für das Betreiben einer Station sind, da diese regelhaft und zum Teil annähernd planbar sind und somit eine Grundausslastung sicherstellen, wären diese Patienten eine wichtige Voraussetzung für das Betreiben einer Station.

Ob fünf bis fünfzehn Betten für mögliche ambulante Patienten aus dem niedergelassenen Bereich allein hinreichen, um wirtschaftlich tragfähig zu agieren, ist überprüft worden.

Die Ermittlung der direkten Kosten pro Bett und Tag ergab dabei folgendes Ergebnis:

- Das Betreiben von 5 Betten bei einer pflegerischen Betreuung 24-Stunden an 365 Tagen verursacht Kosten pro Bett und Tag von 334,00 €.
- Das Betreiben von 15 Betten bei einer pflegerischen Betreuung 24-Stunden an 365 Tagen verursacht Kosten pro Bett und Tag von 139,00 €.
- Das Betreiben von 20 Betten bei einer pflegerischen Betreuung 24-Stunden an 365 Tagen führt zu Kosten pro Bett und Tag von 126,00 €.
- Das Betreiben von 15 Betten bei einer pflegerischen Betreuung **10 Stunden** an 365 Tagen führt zu Kosten pro Bett und Tag von 124,00 €.



Zusammenfassend kommt das BAB zu der Bewertung:

Mindestens 15 Betten sind die Voraussetzung für eine möglicherweise wirtschaftliche Tragfähigkeit in einem erweiterten Modell, da Kosten von 139,- € pro Tag und Bett auf den ersten Blick in einem Finanzierungsmix refinanzierbar erscheinen.

Die bisherigen Darlegungen zeigen jedoch auch, dass das bisher ausformulierte Modell allein nicht tragfähig bzw. mit vielen Unsicherheiten verbunden ist (Auslastung, Finanzierung durch Kostenträger, Zuzahlungsmentalität). Durch eine Ergänzung mit und einer Kombination von weiteren Modulen der Gesundheitsversorgung könnte ein Modell entwickelt werden, das sich betriebswirtschaftlich und medizinisch darstellen lassen könnte. Die entscheidende Basis für eine Fundierung des Modells „Patientenhotel“ ist daher die Verifizierung des Patientenpotenzials für 5 bis 15 Betten auf der Basis von Schätzungen der niedergelassenen Ärzte.

3.3 Weitere Ergebnisse bzw. geprüfte Hypothesen

Das BAB hat darüber hinaus sechs Hypothesen, die sich aus den Interviews ergaben, überprüft. Diese Hypothesen sind:

1. Es gibt eine Versorgungslücke, die sich aus der Demographie und dem gesellschaftlichen Wandel ergibt. Betroffen sind überwiegend ältere Menschen, die auf Grund einer Kombination von medizinischem und pflegerischem Versorgungsbedarf einerseits im Krankenhaus überversorgt wären, andererseits in der häuslichen Situation auch mit unterstützenden ambulanten Diensten nicht ausreichend versorgt sind.
2. Die ärztliche Versorgung in Leutkirch und Umgebung ist nicht hinreichend, um diese Lücke zu schließen.
3. Grundsätzlich wird es in Zukunft deutlich schwieriger werden, die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten zu gewährleisten.
4. Für die OSK wäre es sinnvoll, eine Low-Care-Einheit einzurichten, um insbesondere im EK Platz für weitere Akutfälle zu generieren.
5. Die Palliativmedizin ist im Landkreis noch nicht hinreichend abgebildet. Hier gibt es noch Bedarf.
6. Die Zeit ist reif, um neue Modelle für ländliche Regionen zu entwickeln und umzusetzen.

Die Ergebnisse dieser Hypothesen-Überprüfung sollen kurz dargestellt werden.

Hypothese 1 kann nicht bzw. nur eingeschränkt bestätigt werden. Es gibt heute innerhalb der existierenden Versorgungsstrukturen keine Versorgungslücke. Es könnte jedoch aufgrund der älter werdenden Bevölkerung der Bedarf nach neuen Versorgungsformen aufkommen. Insbesondere der Trend zu vermehrten 1-Personen-Haushalten bei Senioren kann zu einem neuen Bedarf entsprechend dem ambulanten Teil des beschriebenen Modells führen.



Die Hypothese 2 kann nicht bestätigt werden. Im Gebiet um Leutkirch arbeiten derzeit 69 Ärzte, dies entspricht einer Arztdichte von einer 315 Einwohnern je Arzt. Im Vergleich: In Baden-Württemberg liegt in Durchschnitt die Arztdichte zwischen 500 und 700 Einwohnern je Arzt.

Die Hypothese 3, nach der die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten immer schwieriger wird, bewährt sich. Es bedarf neuer ambulanter Versorgungs- und Kooperationsformen, um die Attraktivität von Niederlassungen für die Zukunft zu gewährleisten.

Die Hypothese 4, die die Sinnhaftigkeit einer Low-Care-Einheit für die OSK vermutet, kann bestätigt werden. Dies zeigen die schon dargelegten Betten-Bedarfe (vergleiche Gliederungspunkt 3.2).

Die Hypothese 5, nach der im Landkreis die Palliativmedizin nicht hinreichend abgebildet ist, kann nicht bestätigt werden.

Die Hypothese 6, nach der neue Modelle der Gesundheitsversorgung für ländliche Regionen zu entwickeln sind, kann bestätigt werden. In diesem Kontext wird unter anderem auf den Sachverständigenrat verwiesen, der lokale Gesundheitszentren Primär- und Langzeitversorgung vorschlägt und dabei zwei Varianten referiert: Einen sogenannten Typ A, der praxisgestützt primär ambulant organisiert ist, sowie einen Typ B, der im Wesentlichen auf stationären Versorgungsstrukturen aufbaut und sektorenübergreifend agiert.

Insgesamt wird bei der Hypothesen-Überprüfung deutlich, dass es grundsätzlich einen Bedarf an neuen Modellen der ländlichen Gesundheitsversorgung gibt.

3.4. Eine mögliche Alternative

Wie bereits in der Bewertung des Bedarfs dargelegt, halten wir ein lokales Gesundheitszentrum, gestaltet als Modulares Modell, für eine sinnvolle Alternative zu dem bisherigen gedachten Modellvorhaben (vergleiche Abbildung 5). Dieses modulare Modell umfasst unter anderem:

- Ein Hotel, das auch Bevölkerungskreisen zugänglich ist, die nicht Gesundheitsdienstleitungen in Anspruch nehmen.
- Es gibt darüber hinaus ein „Patientenhotel“ zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes (Low-Care).
- Es gibt interdisziplinäre Vorsorge zur Vermeidung eines Krankenhaus-Aufenthaltes, zur abklärenden Diagnostik sowie für sekundäre und tertiäre Prävention von chronisch kranken Patienten.
- Es gibt Leistungen der Prävention (Manager, betriebliches Gesundheitsmanagement, Schulungen und Seminare, Sturzprophylaxe, Gehtraining, Seniorensport).
- Palliativmedizin (Vor-Hospiz und Schmerzmedizin)
- Psychiatrische Versorgungsangebote (Tagesklinik)
- Ein ambulantes OP-Zentrum
- Ein Gesundheitskaufhaus.

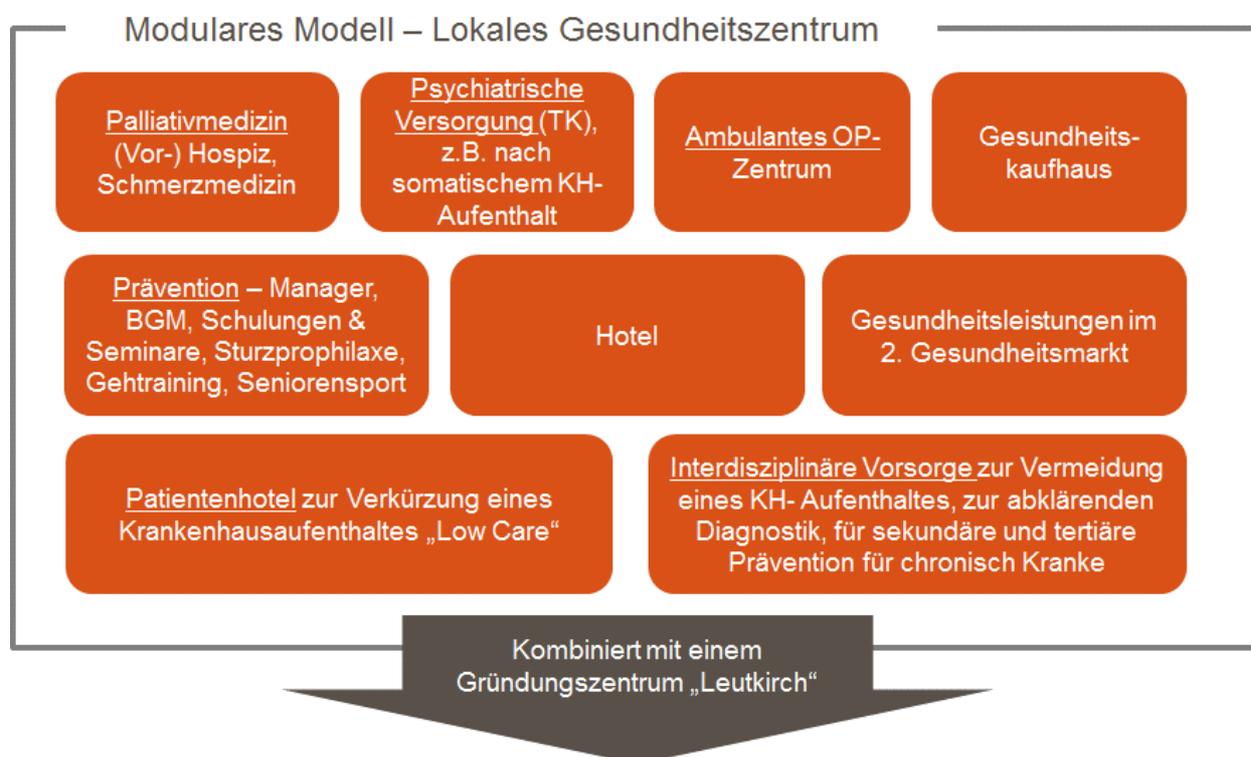


Abbildung 5: Modulares Modell – Lokales Gesundheitszentrum

Organisatorischer Kern könnte ein Gründungszentrum Leutkirch sein (vergleiche Abbildung 6), in dem vom Landkreis Praxisräume im ehemaligen Krankenhaus Leutkirch zu attraktiven Konditionen angeboten werden. Praxengemeinschaften schaffen die Basis für jüngere Ärzte im Alterscluster zwischen 40 und 49 Jahre, den Schritt in die Niederlassung zu wagen.

Durch die Kooperation können verbesserte Arbeitsbedingungen wie die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit, Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall, Know-how-Austausch sowie weniger Notdienste geschaffen werden. Auf der anderen Seite schaffen die günstigen Räumlichkeiten eine materielle Grundlage zur Praxisgründung. Dies wäre ein erster Schritt in die Niederlassung.

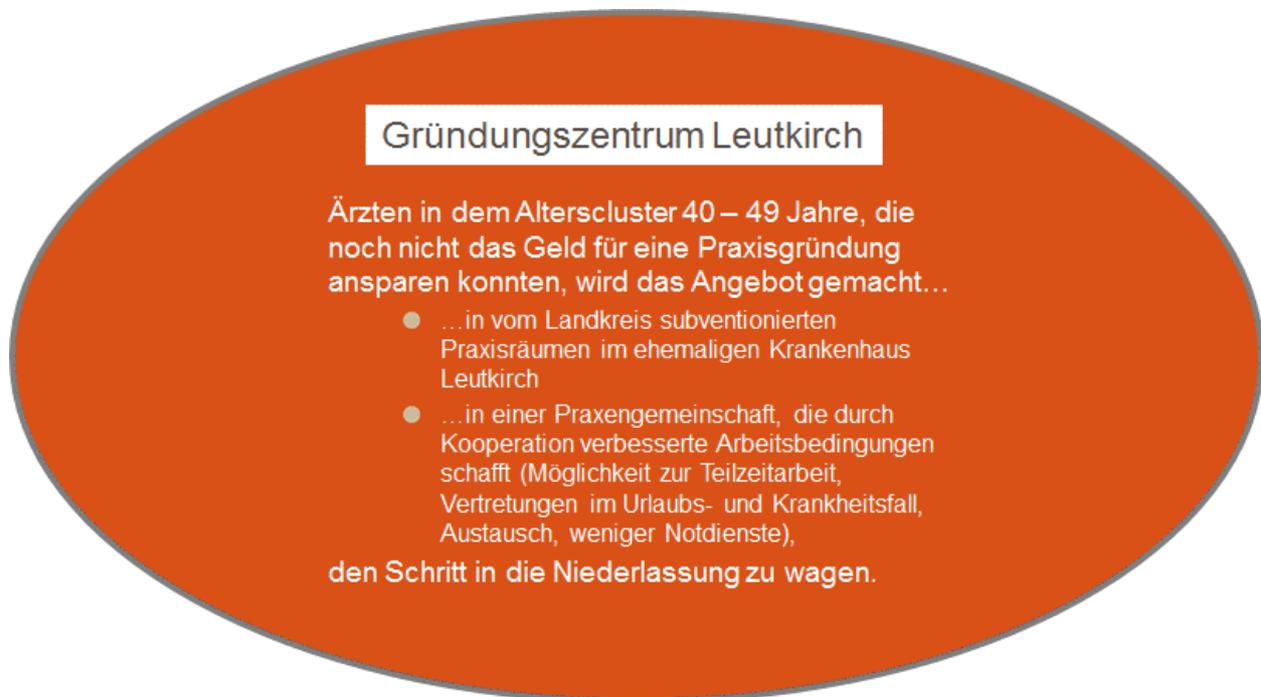


Abbildung 6: Gründungszentrum Leutkirch

3.5 Bewertung des Modells

Das im bisher angedachten Rahmen angedachte Modell eines „Patientenhotels“ sollte erweitert werden und zusätzliche Angebote umfassen. Diese erweiterte Option empfehlen wir weiter zu verfolgen und in weiteren Prüfschritten zu fundieren.

Im Einzelnen:

- Es wird bei den Interviewpartnern ein Bedarf im Sinne der inhaltlichen Ausrichtung gesehen, jedoch bei unterschiedlichen Akteuren unterschiedlich ausgeprägt.
- Die zu erwartenden Belegungszahlen sind nicht hinreichend, um eine betriebswirtschaftliche Tragfähigkeit für eine isolierte interdisziplinäre Nachsorge / ein Patientenhotel zu sichern. (Die Interviewpartner schätzen durchschnittlich 10 - 20 Plätze, unsere Berechnungen aufgrund der Interviews kommen auf 5 bis 15 Betten.)
- Dies gilt auch vor dem Hintergrund ggf. notwendiger Investitionen nach der Heimstättenbauverordnung sowie in eine adäquate Hotelausstattung.
- Vor dem Hintergrund des Einzugsgebiets, der Nähe zu Akutkliniken und der lokalen Ärztestruktur ist der Standort Leutkirch zu validieren. Dies ist der dringende Hinweis vieler Interviewpartner.



- Auch sehen wir diverse Vorbehalte bei wichtigen Akteuren sowie die Frage nach der langfristigen Finanzierbarkeit der Leistungen (u. a. auch Zuzahlungsmentalität).
- Gleichzeitig wird der Bedarf an neuen sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen immer deutlicher und auch der Gesetzgeber stellt durch den Innovationsfonds entsprechende Weichen.
- Das skizzierte Versorgungsmodell eines Patientenhotels muss erweitert werden, um betriebswirtschaftlich dauerhaft auskömmlich zu sein.
- Zusätzliche Angebotsmodule zur Erhöhung der Auslastung sind zu prüfen und zu kalkulieren.

Festzuhalten bleibt: Der inhaltliche Ansatz des ursprünglichen Modells ist ein Weg in eine richtige Richtung, aber quantitativ zur Finanzierung der laufenden Betriebskosten alleine nicht tragfähig.

Es sollte daher als Bestandteil eines umfassenden „Gesundheitskonzeptes der Region“ betrachtet und weiterentwickelt werden. Dies impliziert die Integration zusätzlicher gesundheitswirtschaftlicher Leistungsangebote in das Konzept. In diesem Kontext ist auch zu überprüfen, ob Leutkirch der geeignete Standort für ein solches Modellvorhaben ist.



4 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Das BAB kommt abschließend zu folgenden Empfehlungen:

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde am 17. Dezember im Bundeskabinett beschlossen. Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und in der Versorgungsforschung wird ein Innovationsfond beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich – zunächst in den Jahren 2016 – 2019 – eingerichtet. Für diesen Fond sind die Landkreise nicht antragsberechtigt. Damit kann der Landkreis Ravensburg dieses Modellprojekt nicht weiter verfolgen.

Um die Vorarbeiten und Chancen für das Modell nicht ungenutzt zu lassen, sollte der Landkreis „den Staffelstab“ an förderfähige Personen/Institutionen übergeben. Dazu wird die Einberufung eines moderierten runden Tisches empfohlen. In einem ersten Termin sollten dabei die Ergebnisse dieses Gutachtens vorgestellt und das ernsthafte Interesse zur Weiterverfolgung eruiert werden.

In diesem Kontext ist insbesondere die Einschätzung der Leutkirchner Ärzteschaft hinsichtlich des Patientenpotenzials zu validieren, um die Verbindlichkeit der Planungsprämissen abzusichern.

Darüber hinaus sollten erste Überlegungen zu weiteren sinnvollen Modulen diskutiert werden.

Auf der Basis der Ergebnisse dieser weiteren Schritte sollte dann ein wettbewerblicher Dialog initiiert werden.



Anlage: Überblick über die ausgewerteten Statistiken

Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH [2012]

Das Bielefelder Modell. Selbstbestimmt Wohnen mit Versorgungssicherheit, verfügbar unter: <http://www.seniorenbeirat-roedermark.de/1-12-09-12-22-Bielefelder-Modell.pdf>.

Bundesärztekammer [2012]

Arztstatistik der Bundesärztekammer, verfügbar unter: <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/Stat12Abbildungsteil.pdf>.

Bundesministerium für Gesundheit [2014]

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzwurf_Praevensionsgesetz.pdf.

Deloitte [2010]

Krankenzimmer deluxe. Patientenhoteles in Deutschland, verfügbar unter: http://www.deloitte.com/assets/Doom-Germany/Local%20Assets/Documents/06_CBuTransportation/2010/de_CBT_Patientenhoteles_150910_s.pdf

GKV-Spitzenverband [2012]

Rehabilitative Kurzzeitpflege – Ein Konzept zur Realisierung elementarer SGB XI Prioritäten, verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/rehabilitative_isp

GKV-Spitzenverband [2013]

Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes, verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevension_selbsthilfe_beratung/praevension/2013-07-11_Positionspapier_Praevension_und_Gesundheit.pdf.

Große Kreisstadt Leutkirch im Allgäu [2014]

Tourismus. Hotels & Gasthöfe, verfügbar unter: <http://www.leutkirch.de/de/Tourismus/Übernachten/Hotels+Gasthöfe>.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg [2013]

Versorgungsbericht 2012, Stuttgart, 2013.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg [2014]

Arztsuche, verfügbar unter: <http://www.arztsuche-bw.de>.

Landesärztekammer Baden-Württemberg [2013]

Arztstatistik, verfügbar unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik/04.pdf>.

Landratsamt Ravensburg [2014]

Pflegedatenbank Landkreis Ravensburg, verfügbar unter: <http://pflegedatenbank.landkreis-ravensburg.de>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [2014]

Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektive für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf.

Statista GmbH [2012]

Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte in Deutschland im Jahr 2012, verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/158995/umfrage/altersstruktur-niedergelassener-aerzte/>.

Statistische Ämter der Länder / ZEFIR / Deenst GmbH / ies [2012]

Indikatoren Demografischer Wandel 2012. Bevölkerungsentwicklung 2009-2030, Baden-Württemberg, 2012.

Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft [2006]

Kontinuierlicher Ausbau der medizinischen Versorgung. Höchste medizinische Standards in der Region Bludenz, verfügbar unter: http://cdn1.vol.at/2006/04/Detailinfos_Gesundheitsversorgung_Region_Bludenz_und_Spitalsumbau.pdf.

Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft [2014]

Internen Nachsorgeabteilung Maria Rast Schruns des LKHF, verfügbar unter: http://www.lkhf.at/feldkirch/mariarast/index.php?v_id=3c95f5e6d3b888c3017890d5bb3e4cc5.