

Zukunft Gesundheit

Gemeinsam medizinische Versorgung und Pflege
sichern im Landkreis Darmstadt-Dieburg

Positionspapier Landrat Klaus Peter Schellhaas

Gliederung

- Kernzielsetzungen
- Abschnitt I: Ambulante Versorgung
- Abschnitt II: Pflegeeinrichtungen
- Abschnitt III: Integration in einen Gesundheitskonzern
- Management Summary

Kernzielsetzungen



Kernzielsetzungen

- Sichern der gesundheitlichen Basisversorgung in einem ausreichenden Ausmaß im ambulanten-, stationären sowie im Altenpflege Bereich.
- Das Gewährleisten einer Basis-Gesundheitsversorgung ist kritischer Standortfaktor für alle Kommunen sowie den Landkreis insgesamt.
- Bewältigung des demographischen Wandels.
- Gewährleisten der „Bezahlbarkeit“ einer gesundheitlichen Basisversorgung.
- Abgestimmtes Agieren der Kommunen und des Kreises zum Vermeiden eines „Subventionswettbewerbs“, z.B. um Hausärzte.
- Gemeinsamer Schulterschuß mit Hausärzten, Fachärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern zur Versorgungssicherung anstelle Wettbewerbs.

Abschnitt I - ambulante Versorgung



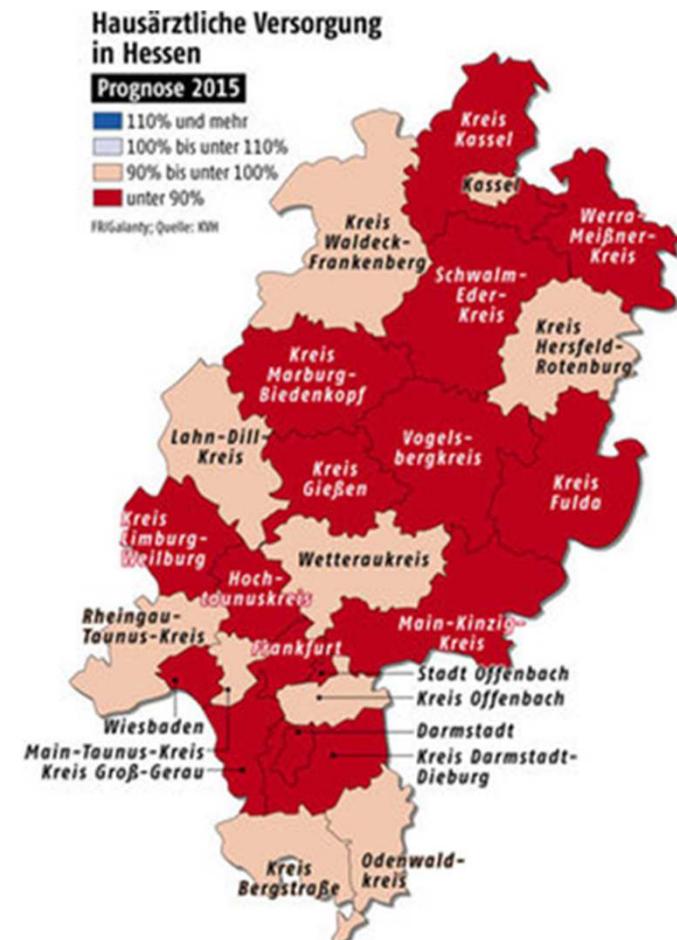
Ausgangslage ambulante Versorgung

- Bundesweiter Rückgang der Anzahl der Hausärzte



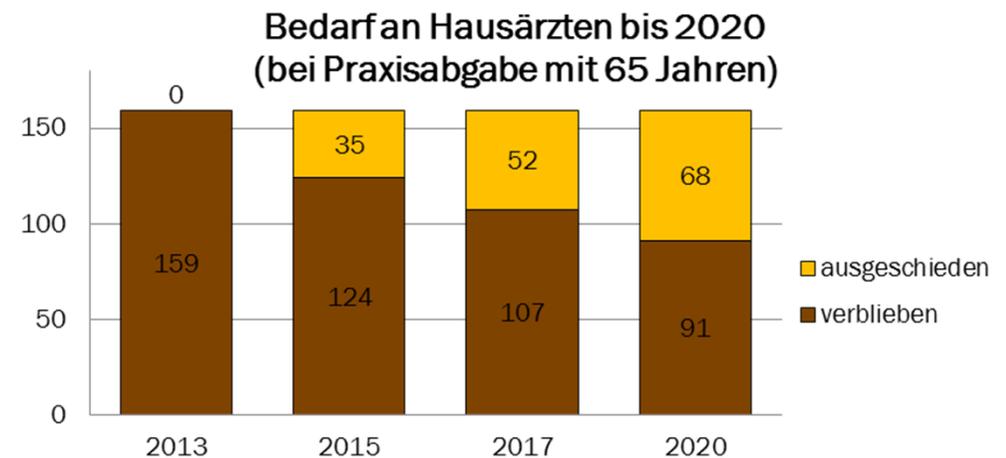
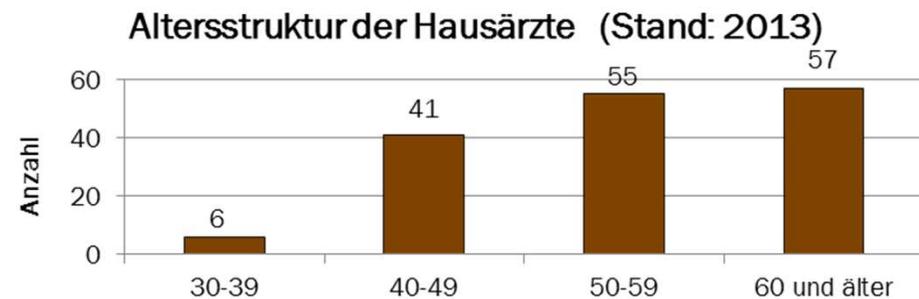
Ausgangslage ambulante Versorgung

- Im Jahr 2014 suchten 8% der Hausärzte in Hessen Nachfolger. Diese 8% bemühen sich um eine Fortführung ihres Praxisbetriebes über ihre eigene Lebensarbeitszeit hinaus.
- Der Versorgungsgrad für die allgemeine hausärztliche Versorgung wird im Jahr 2015 bei < 90% im Landkreis Darmstadt-Dieburg liegen.
- Wenn die Hausärzte im Landkreis Darmstadt-Dieburg ihre Praxis mit 65 Jahren abgeben, liegt der Wiederbesetzungsbedarf im Landkreis Darmstadt-Dieburg im Jahr 2020 bei knapp 43% - dieser liegt leicht erhöht über dem hessischen Nachfolgebedarf von 40%.
- 2025 werden in Hessen **1.500** Hausärzte fehlen.



Ausgangslage ambulante Versorgung

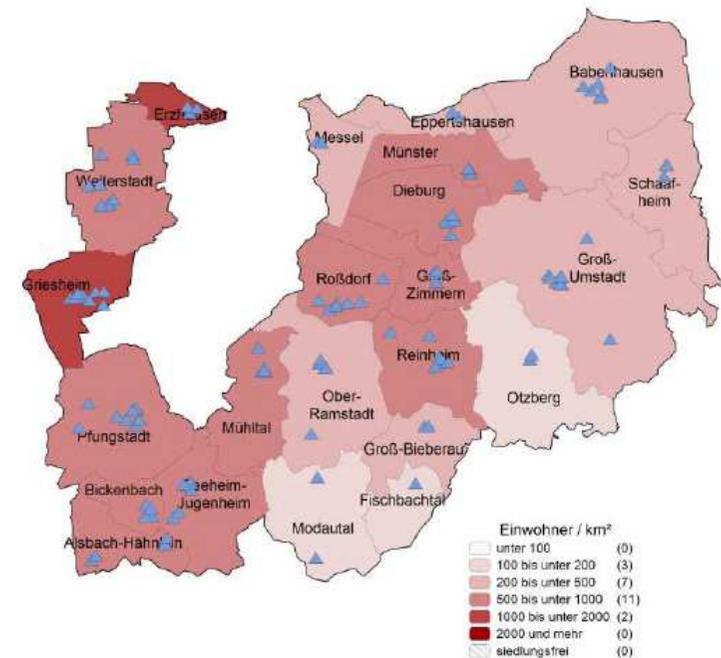
- Die größte Anzahl der Hausärzte verteilt sich auf die Altersgruppe 60 Jahre und älter (= 35,85%), gefolgt von der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (=34,59%) und der 40- bis 49-Jährigen (=25,79%). Den geringsten Anteil mit 3,77% machen die jungen Ärzte aus.
- Im Landkreis Darmstadt-Dieburg verteilen sich derzeit insgesamt **159** Hausärzte auf **110** Standorte, wovon im Jahr 2015 altersbedingt voraussichtliche 35 Ärzte eine Nachfolge suchen werden. **2017** sind es bereits **52**, in **2020** voraussichtlich **68** Hausärzte, wenn diese ihre Praxis mit **65** Jahren abgeben.
- Nach Berechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) fehlen in 2014 bereits **14** Hausärzte im Landkreis Darmstadt-Dieburg.



Ausgangslage ambulante Versorgung

- Von den 23 Gemeinden des Landkreises weisen elf Gemeinden 500 bis unter 1.000 Einwohner pro Quadratkilometer auf.
- Zwei Gemeinden besitzen 1.000 bis 2.000 Einwohner pro Quadratkilometer.
- Sieben Gemeinden weisen 200 bis unter 500 und jeweils drei Gemeinden 100 bis unter 200 Einwohner pro Quadratkilometer auf.
- In den ländlichen Regionen des Ostkreises ist die Versorgungssituation geringer als in den Ballungszentren Erzhausen oder Griesheim.

Bevölkerungsdichte in den Gemeinden
und Praxisstandorte der Hausärzte
Stand Juni 2013

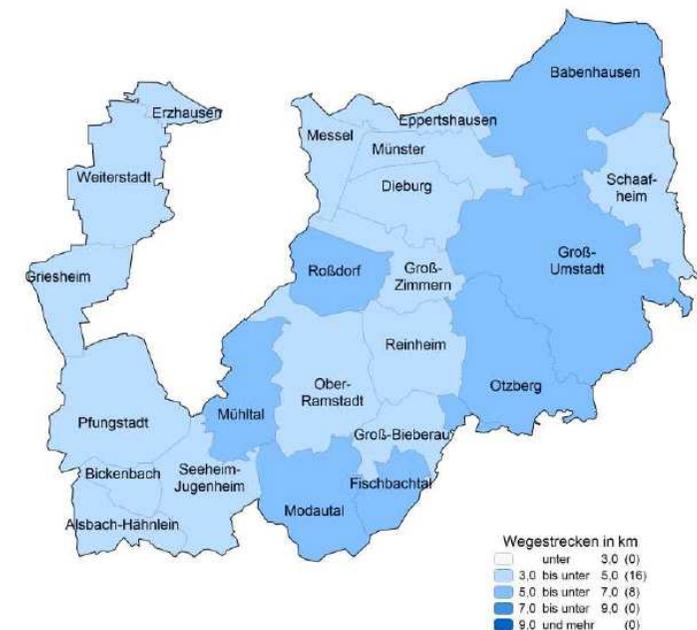


Ausgangslage ambulante Versorgung

- Zur Ermittlung der Erreichbarkeit von Hausarztpraxen wurde die Distanz der Wegstrecke des Patienten vom Wohnort zur Praxis errechnet.
- Die meisten Postleitzahlgebiete im Landkreis wiesen in 2013 eine Strecke von drei bis fünf Kilometern auf.
- In anderen acht Gebieten wiederum nehmen die Patienten fünf bis sieben Kilometer auf sich, um zum nächsten Hausarzt zu gelangen.
- In 2013 gab es keine Wegstrecke über sieben Kilometer, was sich künftig jedoch durch das altersbedingte Ausscheiden vieler Praxisinhaber ergeben wird.

Wegestrecken der Patienten zum Hausarzt
- Durchschnitt in den PLZ-Gebieten

Hessen Ø 5,1 km
Stand 2. Quartal 2013

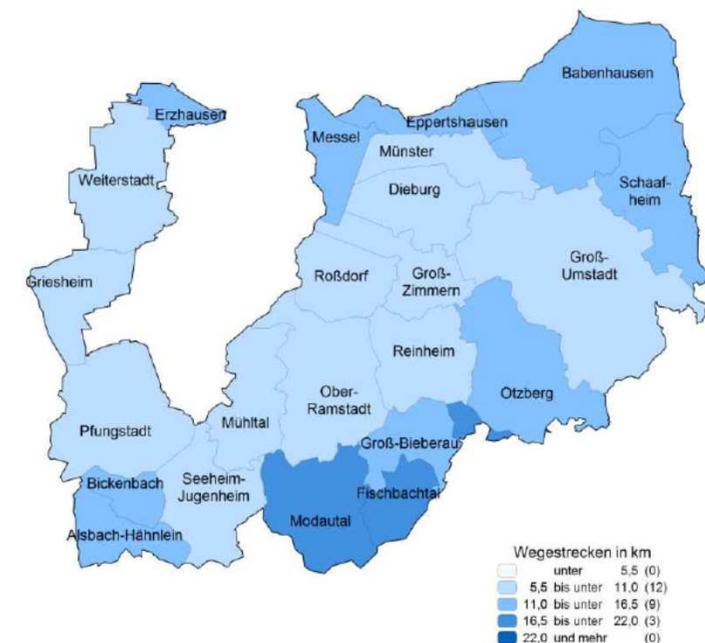


Ausgangslage ambulante Versorgung

- Bei der Erreichbarkeit von Facharztpraxen weist der Landkreis im Jahr 2013 eine durchschnittliche Strecke von 9,6 Kilometer auf.
- In den Ballungsgebieten Erzhausen oder Griesheim sind mehr Fachärzte niedergelassen wie im Rest des Kreises.
- Im Modautal oder Fischbachtal sind es bereits 2013 16,5 bis 22 Kilometer Wegstrecke zum nächsten Facharzt.

Wegestrecken der Patienten zum Facharzt
- Durchschnitt in den PLZ-Gebieten

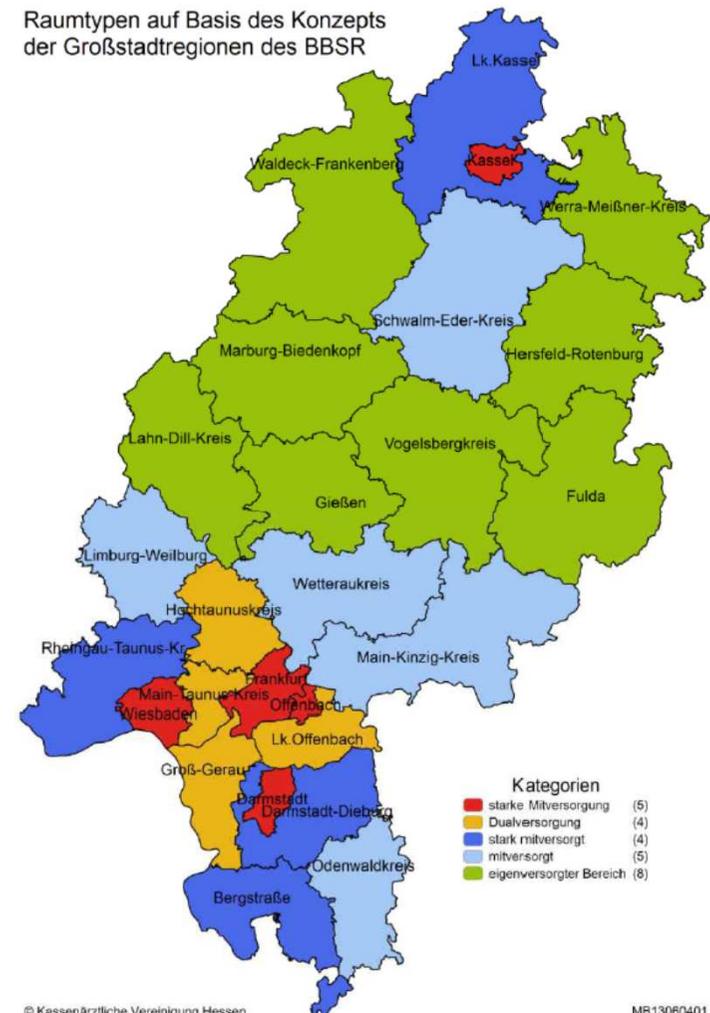
Hessen Ø 11,2 km
Stand 2. Quartal 2013



Ausgangslage ambulante Versorgung

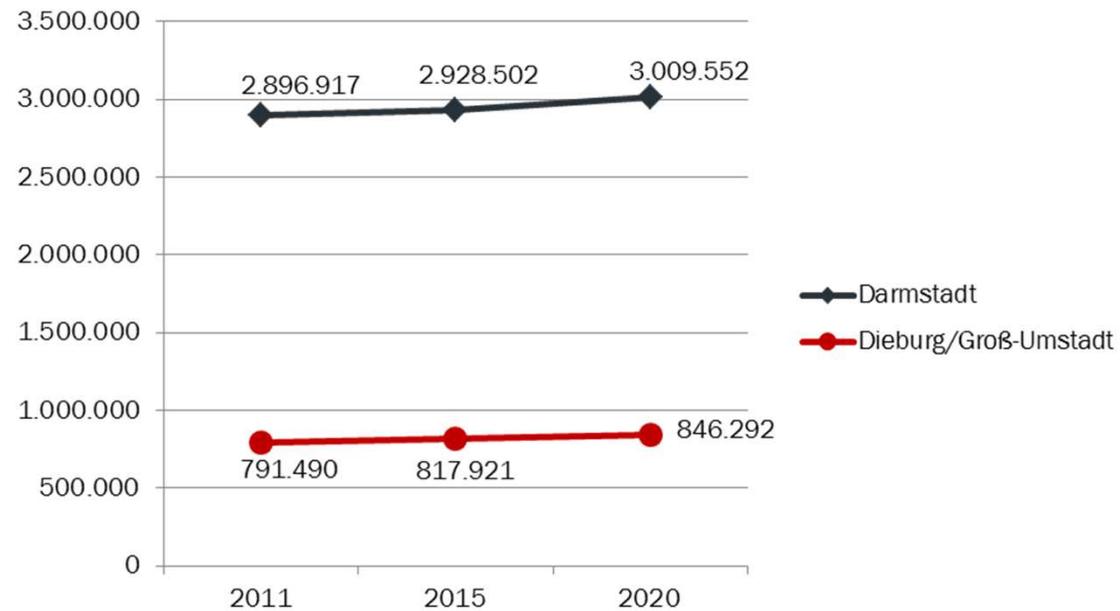
- Bei der Analyse der Versorgungssituation ist die Mitversorgung durch angrenzende Regionen zu beachten.
- So stammen rd. 58% der Facharztpatienten der Stadt Darmstadt aus der umliegenden Region, damit auch aus dem Landkreis.

Raumtypen auf Basis des Konzepts der Großstadtreionen des BBSR



Ausgangslage ambulante Versorgung

- Ausgehend von der Entwicklung der Bevölkerung ist mit einer Zunahme der Hausarztbesuche zu rechnen.
- Im Mittelbereich Darmstadt wird die Häufigkeit der Arztbesuche im Zeitraum 2011-2020 um 3,9% steigen, in Dieburg/Groß-Umstadt sogar um 6,9%.



Problemstellungen ambulante Versorgung

- Verschlechterung der finanziellen Rahmenbedingungen durch das Primat der Beitragsstabilität der GKV.
- Demographischer Wandel mit Wirkung auf Patienten und Inhaber (mehr Patientenkontakte bei weniger Ärzten).
- Zu wenige Studienplätze in der Medizin. Numerus Clausus in der Diskussion.
- Ca. 30% der Studienanfänger scheiden aus der ärztlichen Tätigkeit aus. Abwanderung vieler Absolventen in besser bezahlte Jobs in der Pharmaindustrie oder ins Ausland.
- Die Allgemeinmedizin hat im Studium nur einen geringen Stellenwert.
- Komplizierter Weiterbildungsweg: Junge Mediziner müssen sich die dafür erforderlichen Stationen in Arztpraxen und Kliniken selbst organisieren und während der Weiterbildung oft von einer Region in die andere umziehen. Viele junge Ärzte sind von dem unübersichtlichen, oft nervenaufreibenden Weiterbildungsverfahren abgeschreckt.
- Sicherheitsbedürfnis und Work-Life-Balance der Generation Y.
- Sinkendes Interesse beim Ärzte-Nachwuchs für eine unattraktive „Selbständigkeit“ in einer Niederlassung.
- Finanzielles Risiko, das junge Ärzte durch eine Niederlassung in eigener Praxis auf sich nehmen müssen.

Problemstellungen ambulante Versorgung

- Wirtschaftliche Risiken sind aufgrund ständiger Änderungen der Honorarsystematik noch unkalkulierbarer geworden.
- Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist für junge Ärzte oft schwierig: Viele junge Ärzte sind in daher in Teilzeit tätig, arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis oder als Angestellte im Krankenhaus oder Praxis mit geregelten Arbeitszeiten.
- Die ärztliche Berufsausübung wird immer mehr von Frauen wahrgenommen. Diese wünschen sich mehr Teilzeitangebote und bessere familienbedingte Betreuungsmöglichkeiten. Sie wollen aufgrund von Familienverpflichtungen kürzere Arbeitszeiten wahrnehmen (Vollzeitpraxis nicht immer erwünscht).
- Dies korrespondiert i.d.R. mit teilweise unzureichender Infrastruktur im ländlichen Bereich: fehlende Arbeitsplätze für den Partner sowie fehlende Schulen und Ausbildungsplätze für Kinder (gilt nur eingeschränkt für den Landkreis).
- Sinkende Honorare (von ca. 70€ pro Patient auf ca. 50€ pro Patient). Folge: weitere Einkommensverluste.
- Praxen, die zur Übernahme angeboten werden, sind nicht attraktiv genug (Einzelpraxen, kleinere Praxen).
- **Es liegt ein klassisches Marktversagen im ambulanten Sektor vor.**

Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

Maßnahmen und Ansätze auf Bundesebene

- Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2006 (VÄndG) wurden die Möglichkeiten für Praxisinhaber (Vertragsärzte), Kollegen anzustellen, ausgebaut (=Zweigpraxis). Dies ermöglicht eine Anstellung von bis zu drei Ärzten als Angestellte - auch in Teilzeit. Ein Vertragsarzt kann an maximal zwei Orten außerhalb seines Praxissitzes tätig werden und dort auch Ärzte anstellen. Die Genehmigung für eine Zweigpraxis ist davon abhängig, ob dadurch die Versorgung am Ort verbessert wird und die Versorgung am Hauptpraxissitz nicht leidet. Die Anstellung muss hierbei vom Zulassungsausschuss genehmigt werden und der Arbeitszeitumfang des angestellten Arztes wird auf den Versorgungsgrad angerechnet.
- Bei den Partnerärzten handelt es sich um Ärzte, die mit anderen Ärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft arbeiten. Ein Partnerarzt kann sich auch in einem „gesperrten“ Planungsbereich niederlassen, wenn der Partner bereits eine Zulassung besitzt. Zusammen dürfen jedoch nicht mehr Leistungen erbracht werden, als dies der bereits zugelassene Kollege bisher erbracht hat.
- Die Zahl der Partnerärzte als auch der angestellten Ärzte steigt jährlich deutlich an. Insbesondere bei der Anzahl der angestellten Ärzte ist erkennbar, dass diese seit 2007 erheblich angestiegen sind. Daraus lässt sich deuten, dass der Trend immer mehr hin zu Kooperationsformen geht und die Tätigkeiten in klassischen Einzelpraxen abnehmen. Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren gewinnen immer mehr an Bedeutung.
- Bundesregierung: Versorgungsstärkungsgesetz (Inkrafttreten in 2015): Schutz vor zu langen Wartezeiten, Hilfe beim Einholen einer Zweitmeinung, bessere Versorgung nach der Entlassung aus Krankenhäusern, strengere Regeln für Medizinprodukte und somit größerer Patientenschutz.

Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

Forderungen an die Bundesregierung

- Verbessern der finanziellen Rahmenbedingungen insgesamt und insbesondere in ländlichen Regionen (z.B. Sicherungszuschlag).
- Schaffen von Rahmenbedingungen für arztgruppengleiche Versorgungszentren.
- Herstellen von mehr “Durchlässigkeit” zwischen den Sektoren.
- Einrichtung von mehr Medizinstudienplätzen und Erleichterung der Zugangsbedingungen für das Medizinstudium an deutschen Universitäten (Absenkung des NC).
- Praktisches Jahr während des Medizinstudiums.
- Attraktivere und intensivere Ausbildung der Jungärzte.
- Begrenzung der Regressgefahr für Praxen.
- Vereinfachung der Abrechnung.
- Eindämmen der Bürokratie auf ein Mindestmaß.

Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

Maßnahmen und Ansätze auf Landesebene

- Hessischer Gesundheitspakt (ausgelaufen zum 31.12.2014)
- Trotz insgesamt noch guter ärztlicher Versorgung in Hessen zeigen sich Entwicklungen, die die bestehenden Versorgungsstrukturen mittel- bis langfristig verändern - insbesondere in ländlichen Regionen. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat daher für die Jahre 2012 bis 2014 den Hessischen Gesundheitspakt initiiert und mit den wesentlichen Akteuren des hessischen Gesundheitswesens ratifiziert.
- Zur Stärkung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wurden an den hessischen Universitäten mit einem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin Kompetenzzentren eingerichtet, um den Auf- und Ausbau von regionalen Weiterbildungsverbänden zu unterstützen und für Interessierte Weiterbildungsplätze in der Allgemeinmedizin zu vermitteln.
- Um auch künftig eine möglichst wohnortnahe medizinische Versorgung sicherstellen zu können, wurde die Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in Gebieten mit regionalem Versorgungsbedarf mit jeweils bis zu 50.000 Euro je Arzt-Sitz gemeinsam vom Land Hessen, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Hessen gefördert.
- Ebenso erfolgte eine Förderung ehrenamtlicher Pendel- und Begleitdienste.
- Gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden hat sich das Land Hessen darauf verständigt, Qualifizierungsmaßnahmen für Personen anzubieten, die einen Mobilitätsdienst gründen wollen. Zudem sollen die Mobilitätsdienste durch die Kommunen in Abstimmung mit der Ärzteschaft Hilfestellung bei der Terminvergabe und Einteilung der verfügbaren Fahrer erhalten.

Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

Maßnahmen und Ansätze auf Landesebene

- Mit der Förderung von regionalen Gesundheitsnetzen will die Hessische Landesregierung eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Gesundheitsversorgung ermöglichen.
- Deshalb wurden neun Modellregionen im Rahmen eines Wettbewerbs ermittelt, die mit verschiedenen Kooperationspartnern gemeinsame, sektorenübergreifende Konzepte für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in der Region entwickeln. Der Landkreis und die Stadt Darmstadt wurden als gemeinsame Modellregion ausgewählt.
- Um Diskussionsprozesse in den Regionen über die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung zu unterstützen und zu begleiten, wurde im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration zudem eine Servicestelle „Regionale Gesundheitsnetze“ eingerichtet. Bei konkreten Sachverhalten können demografische Rahmendaten und Versorgungsanalysen zur Verfügung gestellt werden. Zudem wird Unterstützung bei der Initiierung von regionalen Auswertungen, bei der Vermittlung von Kontakten zu den Entscheidungsträgern oder bei der Prüfung von Fördermöglichkeiten gegeben.

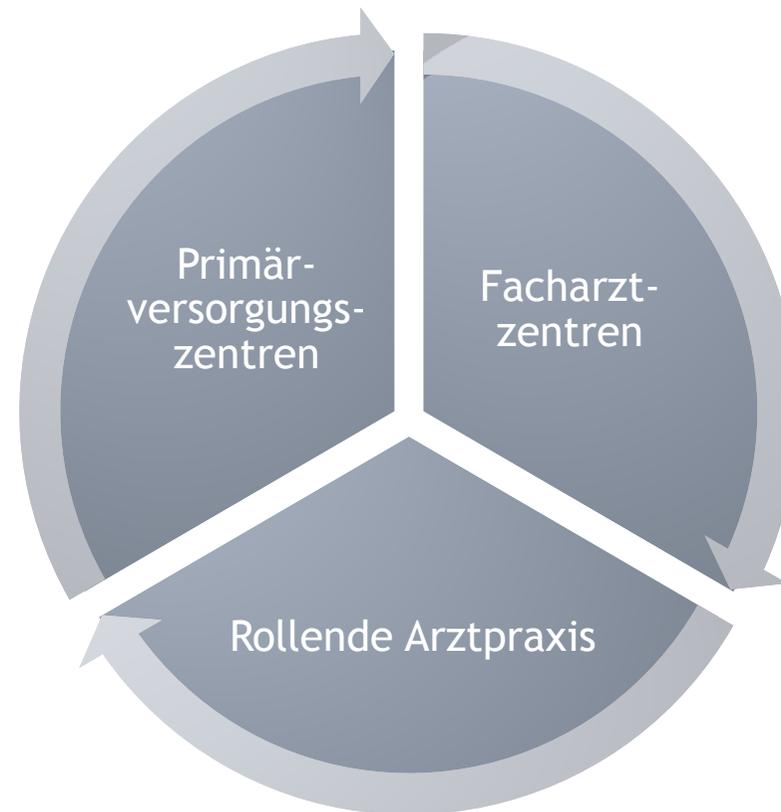
Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020 Maßnahmen und Ansätze auf Ebene der KV

- Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist zuständig, eine ausreichende, wohnortnahe und qualifizierte ärztliche Versorgung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Dazu gehört auch die Bereitstellung der ärztlichen Bereitschaftsdienste in den sprechstundenfreien Zeiten.
- Gleichzeitig vertritt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber der Politik und den Krankenkassen. Als Vertreter ihrer Mitglieder handelt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit den Krankenkassen die Vergütungen im Rahmen des Kollektivvertrags sowie der Selektivverträge aus. Ärztliche Qualitätsstandards werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Institution überwacht und geprüft. Außerdem nimmt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Interessen von Ärzten und Psychotherapeuten wahr und berät sie in allen Fragen rund um Niederlassung, Praxisführung und Abrechnung.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist nach der Errechnung des Nachfolgebedarfs für die Ausschreibung und Vermittlung von freien Arztsitzen zuständig und kümmert sich um das Funktionieren der Bedarfsplanung. Gleichzeitig bestehen Kooperationen mit dem Hessischen Landkreistag sowie Förderungsmöglichkeiten über den Hessischen Pakt. Des Weiteren wurden regionale Dialogstrukturen etabliert, eine Koordinierungsstelle für die Weiterbildung der Allgemeinmedizin wurde gegründet und es finden regelmäßig Gründer- und Abgeber-Foren statt, um erfahrene Ärzte mit jungen Medizin-Absolventen zusammen zu bringen. Der Weg in die Niederlassung soll durch kompetente und gut koordinierte Begleitung in der Weiterbildung erleichtert werden.

Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020 Maßnahmen und Ansätze auf Ebene der KV

- Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist bereits im Sommer 2009 eine Kooperation mit dem Hessischen Landkreistag eingegangen. Ziel dieser Kooperation ist es, gemeinsame Initiativen durchzuführen, um auch langfristig die ambulante medizinische Versorgung gerade in den ländlichen Regionen in Hessen zu sichern.
- Auch die in 2013 gestartete Kampagne „Sei Arzt. In Praxis. Leb´ Hessen!“ bietet jungen Ärztinnen und Ärzten Unterstützung und Beratung auf dem Weg zur eigenen Praxis. Medizinstudenten sollen hiermit für eine Niederlassung in Hessen begeistert werden.
- Die hessenweite Reform der ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen (ÄBD) soll eine Entlastung bei den Diensten bringen und damit die Niederlassung für potentielle Nachfolger attraktiver machen.

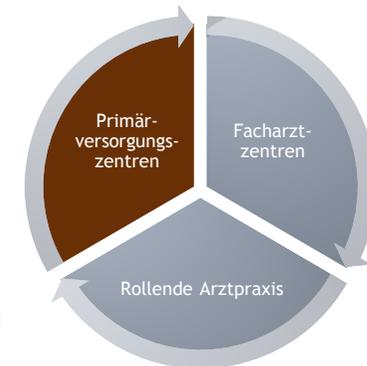
Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020 Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene



Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

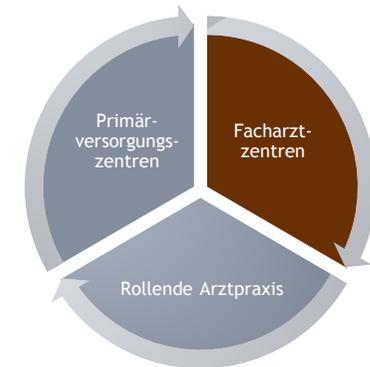
Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Primärversorgungszentren sind entwickelte Organisationen, die die umfassende Versorgung einer feststehenden Patientenpopulation in einem räumlich abgegrenzten Gebiet im Bereich der hausärztlichen Basisversorgung übernehmen.
- Dazu wird der Zusammenschluss von derzeit hausärztlichen Einzelpraxen zu einer größeren Einheit empfohlen, in der mehrere Hausärzte sowie spezialisierte medizinische Fachangestellte beschäftigt werden können. Dies kann in Trägerschaft des Landkreises erfolgen.
- Damit werden erweiterte Öffnungszeiten für Patienten und flexible Arbeitszeitmodelle für Mitarbeiter ermöglicht. In der Versorgung sowohl innerhalb als auch außerhalb der Zentren wird ein Teamansatz unter Einbeziehung nichtärztlicher Berufe realisiert. Eine enge Zusammenarbeit mit Fachspezialisten aus den Kreiskliniken oder Praxen erfolgt im Rahmen von Liaison-Modellen.
- Hausärzte übernehmen die Rolle von Koordinatoren bzw. Moderatoren und behalten die Letztverantwortung im Versorgungsprozess. Im Vergleich zur normalen Hausarztpraxis können PVZ aufgrund ihrer Größe und Interdisziplinarität eine strukturierte Versorgung in separat organisierten Sprechstunden anbieten (z.B. Sprechstunden für chronisch Kranke oder zur Prävention), die u.U. auch Fachspezialisten und nicht ärztliche Gesundheitsberufe einbezieht.
- Vorbild dazu: SCHAAZ Schaafheim



Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020 Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Facharztzentren sind entwickelte Organisationen, die die umfassende Versorgung einer feststehenden Patientenpopulation in einem räumlich abgegrenzten Gebiet im Bereich der fachärztlichen Versorgung übernehmen.
- Dazu wird der Zusammenschluss von derzeit fachärztlichen und ggf. zusätzlich hausärztlichen Einzelpraxen zu einer größeren Einheit unter Trägerschaft des Landkreises empfohlen, in der mehrere Fachärzte und ggf. Hausärzte sowie spezialisierte medizinische Fachangestellte beschäftigt werden können.
- Auch hier werden erweiterte Öffnungszeiten für Patienten und flexible Arbeitszeitmodelle für Mitarbeiter in Anstellung ermöglicht. Ebenso wird ein Teamansatz unter Einbeziehung nichtärztlicher Berufe realisiert. Eine sehr enge Zusammenarbeit mit Fachspezialisten aus den Kreiskliniken erfolgt im Rahmen von Liaison-Modellen.
- Eine räumliche Kombination von Primärversorgungszentrum und Facharztzentrum ist punktuell sinnvoll. Ebenso eine punktuelle Ausgestaltung einzelner Zentren als akademische Lehrpraxen.
- Vorbild: Zentrum für medizinische Versorgung Ober-Ramstadt

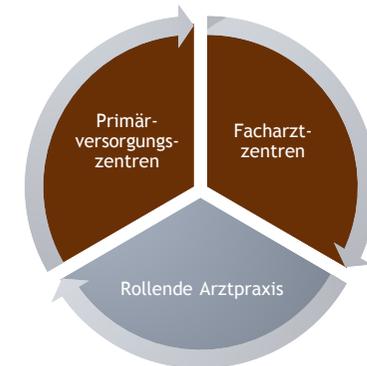


Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

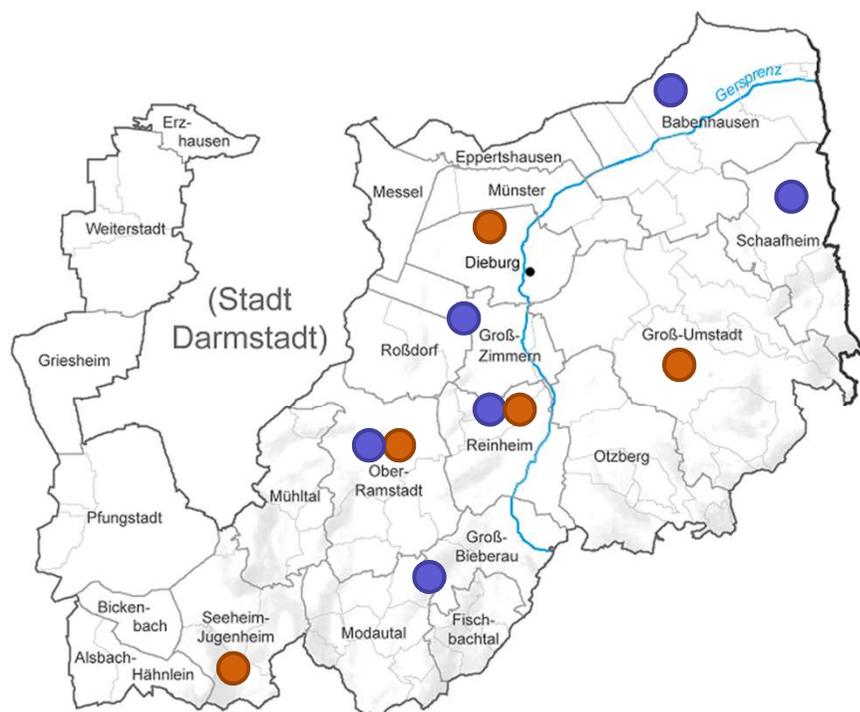
Voraussetzungen beim Aufbau von Primärversorgungs- und Facharztzentren:

- Kein Wettbewerb zu freiberuflichen Praxen.
- Wirtschaftliche Praxisgrößen und Gewinnorientierung.
- Aufgrund Anlaufkosten ausreichende Kapitalausstattung erforderlich.
- Trägerschaft des Kreises mit Beteiligungsmöglichkeit für die Kommunen. Integration in den Gesamtgesundheitskonzern.
- Aufbau einer eigenen Zentrumsmarke mit durchgehendem CI.
- Entwicklung und Sicherung von Qualitätsstandards.
- Steuerung durch netzübergreifende Versorgungsexperten (Casemanager) zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen.
- Zentrale Terminkoordination für die Zentren sowie für Doc on tour.
- Steuerung der gesamten Logistik durch das Zentrumsmanagement.
- Angestellte Ärzte und medizinisches Fachpersonal.
- Attraktive Arbeitszeiten für die Mitarbeiter des Zentrums (v.a. auch Teilzeitmöglichkeit).
- Attraktive Öffnungszeiten für die Patienten.
- Vernetzung durch innovative Telematiklösungen.
- Schrittweiser Aufbau.
- Fakultativ:
 - Angebot von Qualitätsversorgungsverträgen an die Krankenkassen
 - Übernahme von Management- sowie Logistikdienstleistungen für externe Zentren und Praxen



Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020 Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Mögliche Standorte für solche Zentren (Beispiele)



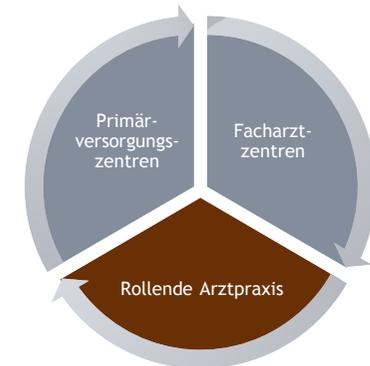
● Facharztzentren

● Primärversorgungszentren



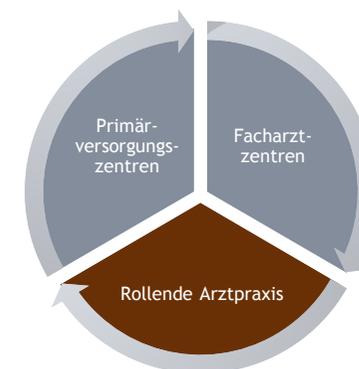
Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020 Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Die „Rollende Arztpraxis“ (Doc on Tour) ist eine Art Kleintransporter, der wie eine Hausarztpraxis ausgestattet ist. Darin können Leistungen der medizinischen Grundversorgung wie z.B. kleine Laboruntersuchungen, Verbandwechsel und Blutdruckmessungen durchgeführt werden.
- Die „Rollende Arztpraxis“ fährt zu festen Zeiten zentrale Plätze in Kommunen ohne Versorgung an, in denen oder in deren unmittelbarer Umgebung kein Hausarzt oder kein PVZ angesiedelt ist.
- Die Patienten können von einem freiberuflich oder angestellt tätigen Arzt eines Primärversorgungszentrums medizinisch versorgt und mit notwendigen Arznei- und Heilmittelverordnungen ausgestattet werden.
- Für wartende Patienten werden von den Gemeinden - sofern möglich - Warteräumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Ferner entlastet die „Rollende Arztpraxis“ die niedergelassenen Hausärzte (Übernahme Hausdienste).



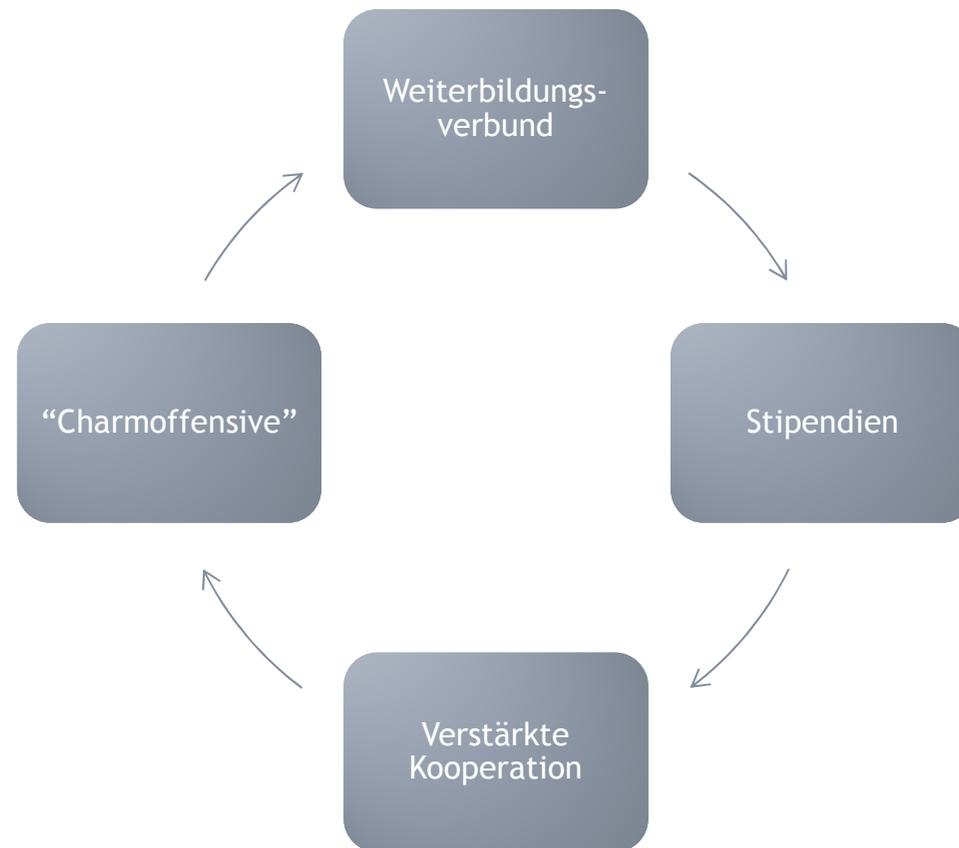
Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020 Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Wichtig ist dabei ein funktionierender Datenaustausch zwischen Hausarzt bzw. Zentren und mobilem Arzt.
- Dieses Modell kann optional eine bedarfsgerechte medizinische Basisversorgung der Bevölkerung in Kommunen ohne ambulante Basisversorgung gewährleisten.
- Es dient zielgerichtet der Verbesserung der Behandlung chronisch kranker, älterer und wenig mobiler Patienten.
- Vorbild: Projekt beim Landkreis Wolfenbüttel
- Alternative: Längere Anfahrtszeiten, welche durch Fahrdienste der Kommunen abgedeckt werden können oder durch Dependancen der Primärversorgungs-/Basisversorgungszentren in den Kommunen.



Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

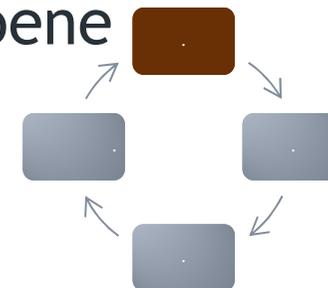
Weitere Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene



Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

Weitere Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

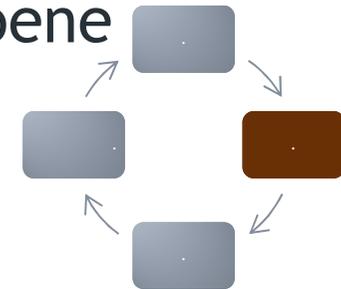
- Ausbau des Weiterbildungsverbundes: Das Ärztenetz Groß-Umstadt/Otzberg hat in 2013 gemeinsam mit den Kreiskliniken eine Kooperation bei der Weiterbildung von Ärzten zum Facharzt Allgemeinmedizin abgeschlossen.
- Ziel ist die langfristige Sicherstellung und Verbesserung einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung.
- Die Weiterbildung wird durch die Umsetzung eines zwischen den Vertragsparteien abgestimmten Weiterbildungskonzepts inklusive eines Rotationsplans realisiert und richtet sich nach den Vorgaben der aktuellen Weiterbildungsordnung Hessen der LÄKH und stellt die 5jährige Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin sicher.
- Weiterentwicklung des Verbundes
 - Ausdehnen des Angebotes auf den gesamten Landkreis. Integration der Zentren.
 - Ausbau der Kommunikationspolitik als Teil der “Charmoffensive” sowie der Stipendien
 - Absichern der Rückzahlungsverpflichtungen der Praxen durch Bürgschaften



Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

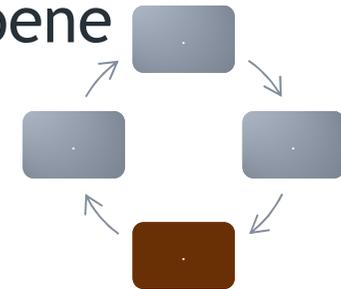
Weitere Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Vergabe von Stipendien an Medizinstudenten: Vergabe einer begrenzten Anzahl von Stipendien an angehende Ärzte zur Finanzierung von deren Studium (z.B. 10.000 Euro/anno).
- Im Gegenzug vertraglich geregelte Verpflichtung der Jungmediziner für eine fünfjährige Tätigkeit im Landkreis, entweder zur Teilnahme am Weiterbildungsverbund (Hausarzt) in den Praxen oder den Zentren oder zur Ausbildung zum Facharzt an den Kreiskliniken
- Vertragliche Rückzahlungsverpflichtung inkl. Verzinsung bei vorzeitiger Beendigung oder anderweitiger beruflicher Orientierung.
- Fakultatives Angebot auch für ausländische Ärzte.



Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020 Weitere Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

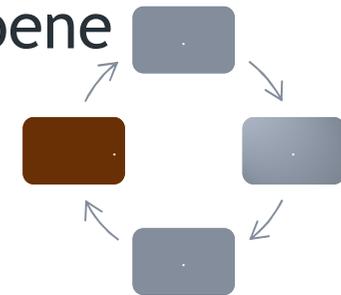
- Verbessern des wohnortnahen Versorgungsangebotes durch eine engere Verzahnung über alle Sektoren hinweg.
- Dies schafft neben einer optimierten Behandlungsqualität in Verbindung mit Patientenzufriedenheit ebenso die Option zur Realisierung von Einsparpotentialen (Nutzen von Skaleneffekten).
- Schrittweise Vernetzung ist gegeben durch eine gesellschaftsrechtliche Verflechtung (Aufbau der Versorgungszentren) sowie eine Intensivierung der Kooperation zu den (freiberuflichen) Anbietern im Gesundheitsmarkt.
- Begleitung durch gemeinsame Angebote sowie gemeinsame Informationspolitik (z.B. "Gesundes Südhessen" als zentrales Webportal)



Konzeption ambulante Versorgung 2015-2020

Weitere Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- In enger Kooperation zu den bestehenden öffentlichen Angeboten (z.B. Wirtschaftsförderung) erfolgt eine überregionale “Charmoffensive” für die Gesundheitsregion Darmstadt-Dieburg.
- Im Rahmen einer kontinuierlichen und systematischen Durchführung einer Imagekampagne werden die zahlreich bestehenden Vorteile des Landkreises und seiner Kommunen (Infrastruktur, Schulangebot, Arbeitsplatzsituation etc.) hervorgehoben, um eine positive Grundstimmung auf dem Fachkräftemarkt herzustellen.
- Der Landkreis und seine Kommunen sollen als attraktiver Gesundheitsstandort wahrgenommen werden.
- Vorbild: Gesundheitsregion Freiburg im Breisgau.



Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen



Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage

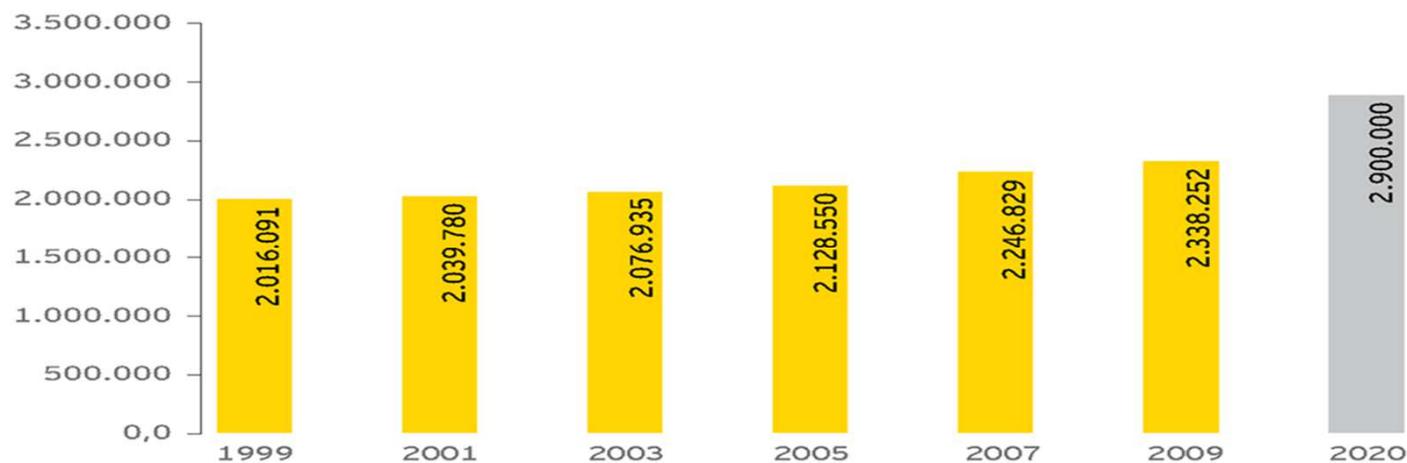
- Folgende Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung wird bis zum Jahr 2060 erwartet



Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage

- Aus der Bevölkerungsentwicklung resultiert, dass die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2020 weiter steigen wird.



- Bis zum Jahr 2030 werden bis zu 3,4 Millionen Pflegebedürftige erwartet.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage

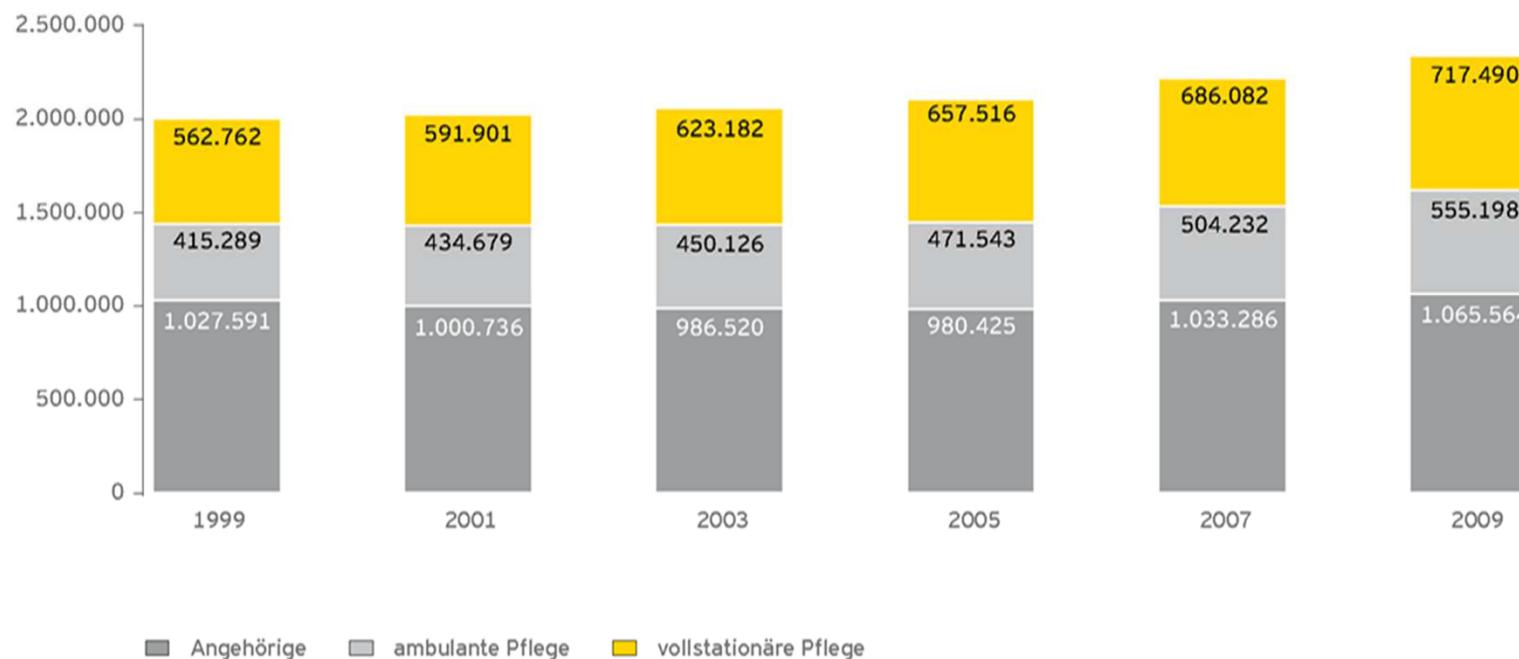
- Die Größenordnung der Pflegebedürftigkeit hängt nicht alleine davon ab, wie viele Menschen älter als 65 Jahre und deshalb unter Umständen pflegebedürftig sind.
- Die Entwicklung wird auch von folgenden Faktoren beeinflusst, die sich direkt auf die Pflegequote auswirken:
 - Steigende Lebenserwartung aufgrund medizinischen Fortschritts, steigenden Wohlstands, besserer Ernährung und weniger körperliche belastender Arbeit sowie der Ausweitung von Wellness- und Fitness-Aktivitäten.
 - Wandel des Krankheitspanoramas: Weniger akut tödliche Krankheiten, Entwicklung chronischer Erkrankungen und Multimorbidität.
 - Die sozialrechtliche Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Gegenwärtig gibt es neben den Pflegebedürftigen noch eine etwa gleich große Zahl Hilfebedürftiger unterhalb der SGB XI-Schwelle.

In der Regel werden deshalb bei Bedarfsberechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit verschiedene Varianten wie steigende - konstante und sinkende Pflegequoten zugrunde gelegt. Mittlerweile besteht jedoch Grund zu der Annahme, dass ältere Menschen in Zukunft gesünder alt werden (Prävention, medizinischer Fortschritt) und sich Pflegebedürftigkeit mit steigender Lebenserwartung deshalb in ein höheres Alter verlagert, was eher sinkende Pflegequoten zur Folge hätte.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage

- Wer versorgt pflegebedürftige Menschen?



Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage

Im Vergleich zu 1999 hat die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2009 insgesamt um 16,0% zugenommen. Im Hinblick auf die Art der Versorgung ist bei dieser langfristigen Betrachtung ein klarer Trend zur professionellen Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Dienste zu verzeichnen:

- Zunahme vollstationäre Pflege: 27,5%
- Zunahme Pflege durch ambulante Pflegedienste: 33,7%
- Zunahme Pflegegeld: 3,7%

Gründe für die Annahme eines weiterhin rückläufigen Anteils der Angehörigenpflege:

- steigende berufliche Mobilität der Angehörigen (Entfernung Arbeits- und Wohnort)
- Frauen sind selbst verstärkt berufstätig - Probleme der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege
- Wachsender Anteil von Einpersonenhaushalten mit geringem Pflegepotential
- Sinkende Pflegebereitschaft: Pflege wird weniger als Familienpflicht, sondern eher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen

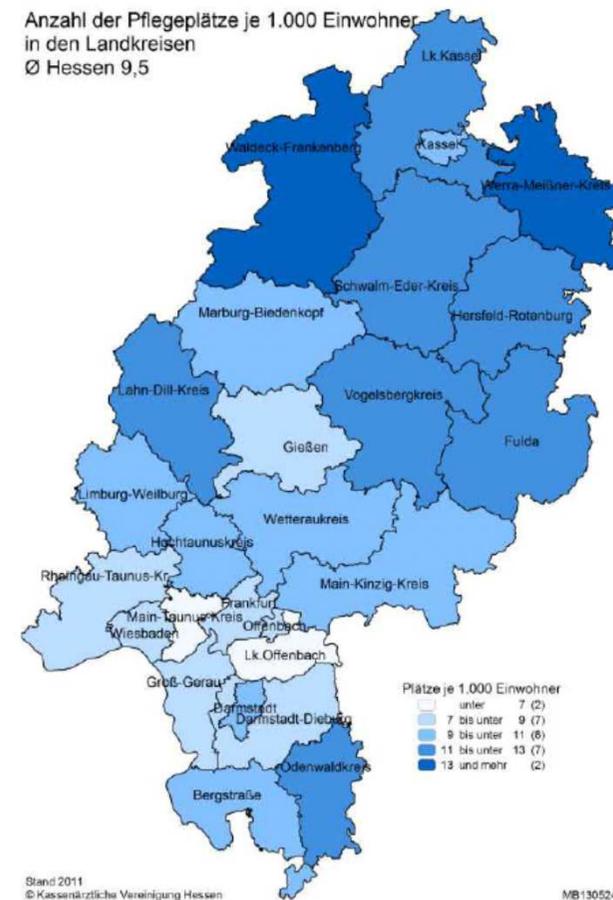
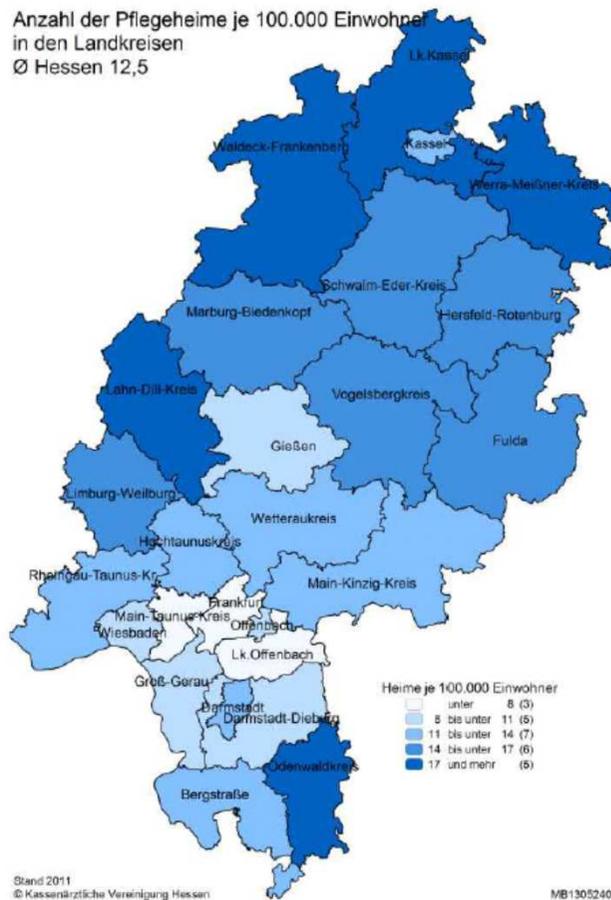
Abschnitt II - Stationäre Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage

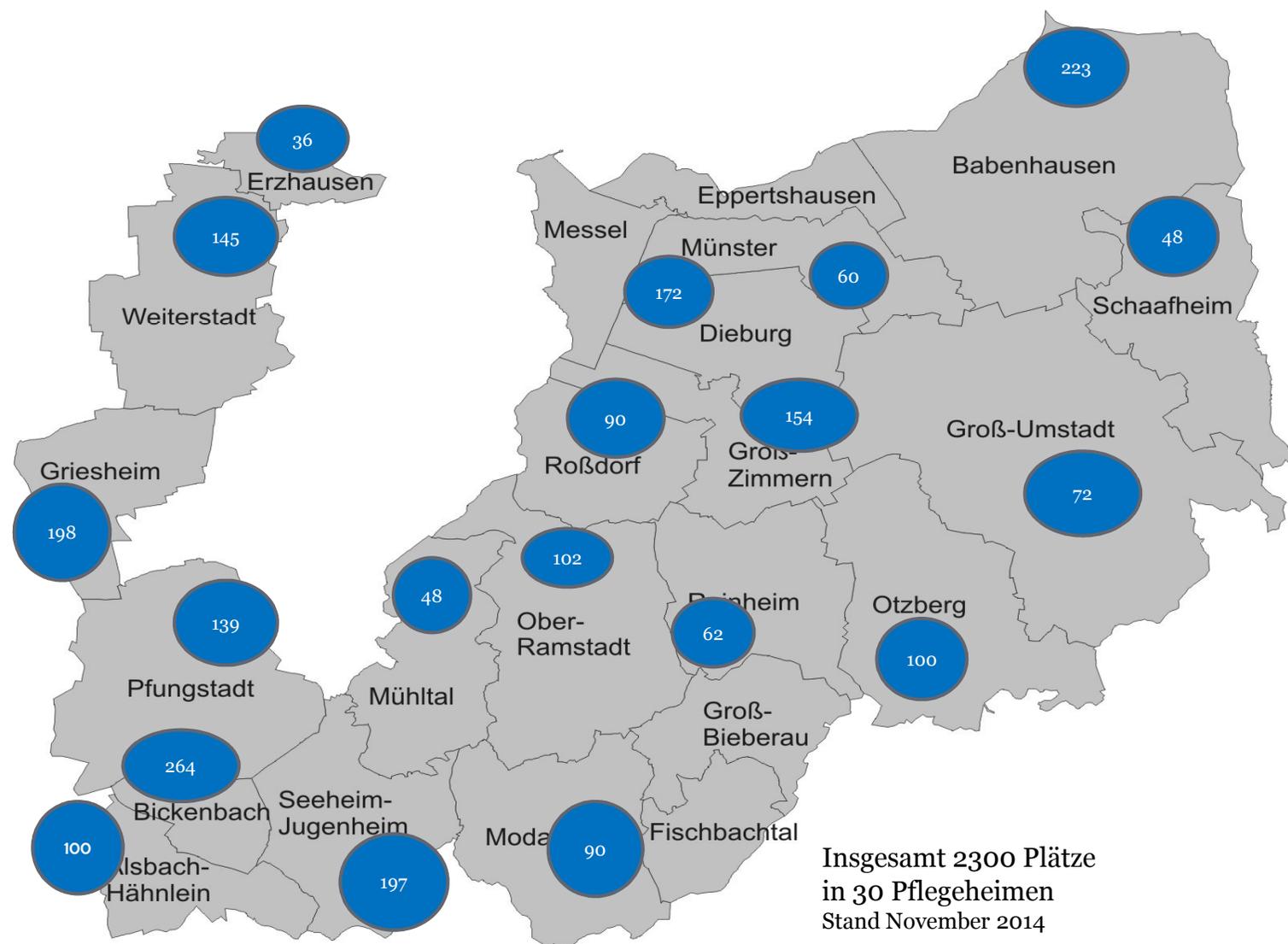
- Der stationäre Pflegemarkt befindet sich im Wandel. Gründe sind:
 - Die Veränderung der Altersstruktur und das damit einhergehende, sich verändernde Krankheitspanorama (bspw. Zunahme dementieller Erkrankungen).
 - Der Ausbau ambulanter Angebote und Dienste, bzw. ambulanter Alternativen.
 - Die gegebene Finanzierungsstruktur führt zu stagnierende Einnahmen bei steigenden Kosten.
 - Viele Pflegeheimimmobilien sind veraltet und entsprechen nicht mehr den gesetzlichen Vorgaben - die Umsetzung innovativer, zeitgemäßer Pflege- und Betreuungskonzepte unterbleibt (bspw. stationäre Hausgemeinschaftsmodelle).
 - Der derzeit schon bestehende Mangel an Pflegefachkräften wird zukünftig noch größer werden.
 - Große privat-gewerbliche Pflegeheimbetreiber und Investoren bauen ihre Marktposition aus.
 - Die letztinstanzliche Verantwortung für den Ausbau der Pflegeinfrastruktur liegt bei den Pflegekassen (Sicherstellungsauftrag), Kommunen haben demgegenüber nur geringe Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Unter- aber vor allem Überversorgung mit sinkender Auslastung bei stationärer Pflege sind die Folge.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen Ausgangslage im Landkreis



Stationäre Pflege - Plätze



Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage im Landkreis

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige nach Leistungsarten der Pflegeversicherung und nach Altersgruppen im Landkreis Darmstadt-Dieburg in den Jahren 2001 - 2013

Leistungsarten der Pflegeversicherung	2001	2005	2009	2011	2013	Veränderung 2001 - 2013	
						absolut	relativ
Stationäre Pflege	1.153	1.146	1.290	1.407	1.634	481	41,7 %
Ambulante Pflege	1.162	1.134	1.571	1.436	1.762	600	51,6 %
Pflegegeldbezug	2.814	3.183	3.734	4.165	4.157	1.343	48,0 %
Pflegebedürftige insgesamt	5.131	5.473	6.595	7.008	7.553	2.422	47,2 %

Im Gegensatz zum bundesweiten Trend ist der Anteil stationär Gepflegter im Landkreis Darmstadt-Dieburg von 2001 bis 2013 nur unterdurchschnittlich angewachsen. Nach wie vor werden rund 80% der Pflegebedürftigen im Landkreis Darmstadt-Dieburg zu Hause gepflegt. Aufgrund des starken Ausbaus der stationären Pflege um rund 900 Plätze seit dem Jahr 2010 sind aktuell im Durchschnitt lediglich 77,9% der zur Verfügung stehenden Kapazitäten belegt (Stand: November 2014).

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage im Landkreis

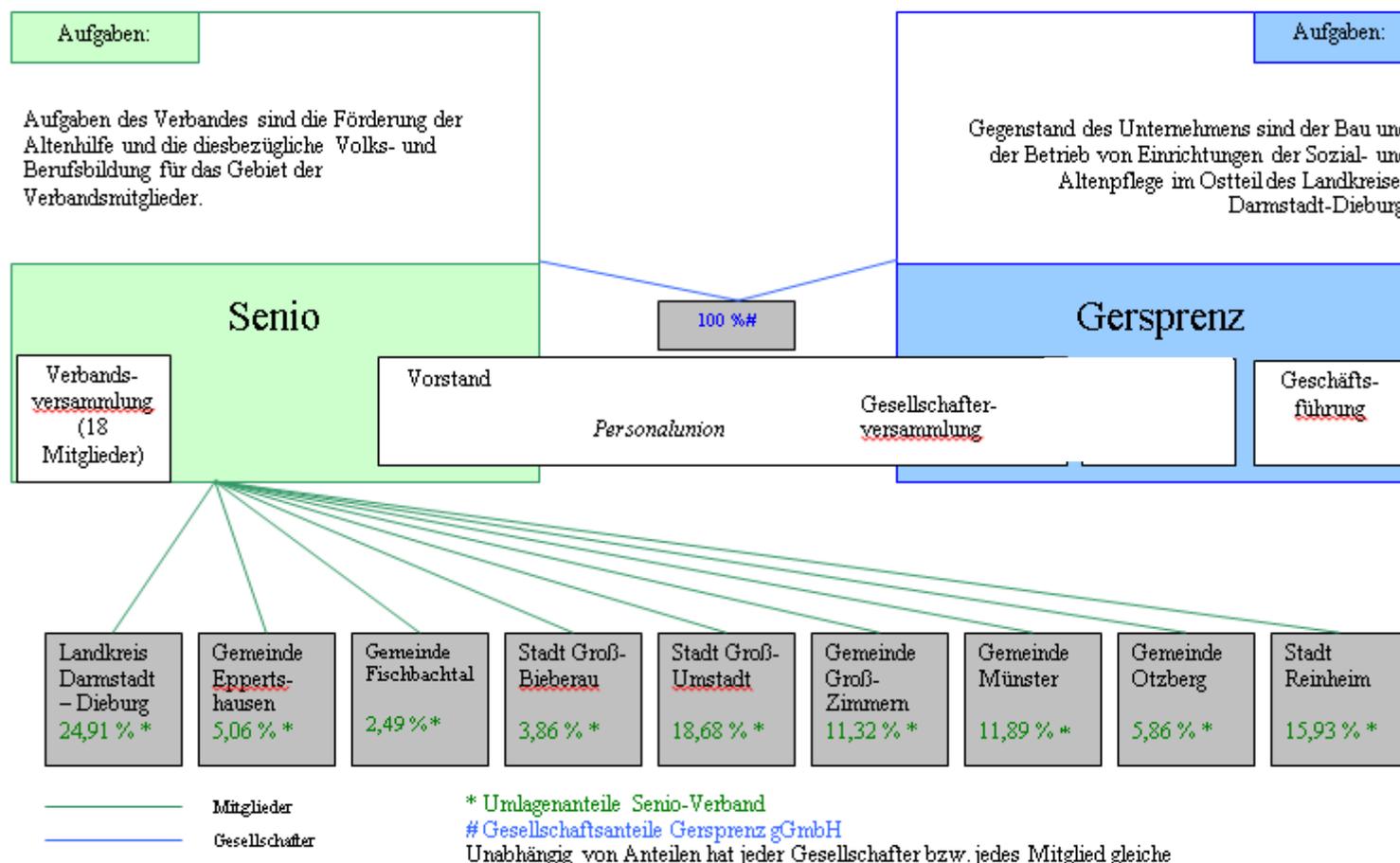
Senio-Verband / Gersprenz gGmbH

- Die Gemeinden und Städte Eppertshausen, Fischbachtal, Groß-Bieberau, Groß-Umstadt, Groß-Zimmern, Münster, Otzberg, Reinheim sowie der Landkreis Darmstadt-Dieburg (heute organisiert im Zweckverband Senio) gründeten gemeinsam die Betreibergesellschaft Seniorendienstleistungs gemeinnützige GmbH Gersprenz
- Gegenstand des Unternehmens: Bau und der Betrieb von Einrichtungen der Sozial- und Altenpflege im Ostteil des Landkreises Darmstadt-Dieburg
- Leistungsangebot: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege, offener Mittagstisch, Betreutes Wohnen.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage im Landkreis

Struktur Senio-Verband / Gersprenz gGmbH



Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen Ausgangslage im Landkreis

- Derzeit führen die Seniorendienstleistungs gGmbH Einrichtungen an nachfolgenden Standorten:



Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage im Landkreis

- Reinheim:
 - Eröffnung 1999
 - 58 vollstationäre Pflegeplätze auf drei Wohnbereiche. Davon 12 Plätze in einem geschützten Wohnbereich. Zusätzlich 2 integrierte Kurzzeitpflegeplätze.
 - Tagespflege mit 24 Plätzen einschließlich integrierte Nachpflegeplätze
- Groß-Zimmern:
 - Eröffnung 2002
 - 40 vollstationäre Pflegeplätze (Einzelzimmer) und 2 eingestreute Kurzzeitpflegezimmer auf 3 Ebenen
- Münster:
 - Eröffnung 2008
 - 60 vollstationäre Pflegeplätze (Einzelzimmer) mit 2 eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen. Davon 12 Pflegeplätze (Demenz) in einem geschützten Wohnbereich. Auf jeder Ebene sind einige Zimmer so konzipiert, dass sie bei Bedarf in ein Appartement für Ehepaare umgestaltet werden können.
- Groß-Umstadt:
 - Eröffnung 2012
 - 6 Hausgemeinschaften mit jeweils 12 Bewohnern (72 Einzelzimmer), inklusive 3 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
 - Tagespflege mit 12 Plätzen

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage im Landkreis

- In Planung sind Einrichtungen in den Gemeinden Fischbachtal (2015) und Groß-Bieberau (2016).
- Allgemeine Lage: Die Seniorendienstleistungs gGmbH Gersprenz war in den vergangenen Jahren defizitär. Die aufgelaufenen Defizite müssen über eine Umlage der Gemeinden und des Landkreises Darmstadt-Dieburg an den Senio-Verband abgetragen werden. Seit dem Jahr 2010 befindet sich die Seniorendienstleistungs gGmbH Gersprenz finanziell in geordnetem Fahrwasser.
- Durch die Inbetriebnahme des vierten Pflegeheimes in Groß-Umstadt konnte die sogenannte „Kleeblatt-Strategie“ verwirklicht werden.
- Die Gesellschaft ist bestrebt, sich weiterzuentwickeln, um die Konkurrenzfähigkeit zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern. Daher beabsichtigt sie u. a. mit Unterstützung des Senio-Verbandes ambulante Betreuung sowie Betreutes Wohnen als neue Geschäftsfelder einzuführen. Betreutes Wohnen gibt es derzeit bereits in Reinheim und in Groß-Zimmern.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Ausgangslage im Landkreis

- Risiken werden in der Auslastung der einzelnen Einrichtungen, der Entwicklung der Personal- und Sachkosten, der Qualitätssicherung und der Wettbewerbssituation gesehen.
- Gegenwärtig machen sich die beteiligten Kommunen Gedanken zur mittel- und langfristigen Weiterentwicklung der Gesellschaft.
- Fazit: Insgesamt hält die Seniorendienstleistung gGmbH Gersprenz zur Zeit 234 vollstationäre Pflegeplätze, 36 Tagespflegeplätze sowie Betreutes Wohnen in 4 Einrichtungen vor. Die finanzielle Situation der Seniorendienstleistungs gGmbH Gersprenz hat sich verbessert, jedoch ist sie weiterhin auf Unterstützung des Senio-Verbandes angewiesen.
- Aufgrund der genannten Risiken könnte sich die finanzielle Situation wieder verschlechtern. Hierzu zählt auch ein möglicher Mangel an Fachkräften sowie Probleme mit der haus- und fachärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Bewohner_innen.
- Um diesen Risiken entgegensteuern zu können, müssen rechtzeitig entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Die Lebensphase des Alters umfasst inzwischen mehrere Lebensjahrzehnte und wird sich weiter verlängern und ausdifferenzieren: Sie wird immer bunter, immer pluraler und immer individueller gestaltet („Generation Silver“).
- Die „Generation Silver“ ist gegenüber dem Verfall des Alters und seiner Lebensbedrohlichkeit indifferent. Es gibt die 93jährige, die allein acht Wochen Urlaub in einem exotischen Land macht und es gibt die ausgelaugte, gebrechliche 65jährige.
- „Vorstellungen“, in denen das Alter automatisch mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit assoziiert wird, stimmen genauso wenig wie der Traum von der ewigen Vitalität und Jugendlichkeit.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Diese Ausdifferenzierung von Lebenslagen im Alter trifft in besonderen Maße auch auf pflegebedürftige Menschen zu. Sie sind keine homogene Gruppe, zu ihnen zählen:
 - Hochaltrige Menschen mit Pflegebedarf
 - Demenziell erkrankte Pflegebedürftige
 - Alte Menschen mit Migrationshintergrund
 - Alt werdende Menschen mit Behinderung und psychiatrischen Erkrankungen
 - alleinlebende ältere Menschen
 - homosexuelle ältere Menschen
 - Ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität
 - Ältere Menschen mit geringem / hohem Einkommen und Vermögen
- Anbieter von Pflegeleistungen müssen zukünftig verstärkt die damit verbundenen unterschiedlichen Wünsche und Bedürfnisse von Pflegebedürftigen zum zentralen Ansatzpunkt ihrer Arbeit machen.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Der Wunsch der älteren Menschen ist es, möglichst lange und möglichst mobil im gewohnten Lebensumfeld zu leben.
- Entscheidender Faktor für die subjektive Wahrnehmung von gutem Altwerden sind soziale Beziehungen (Familien, Freundeskreis, gute Nachbarschaft).
- Längst ist das Ideal des Älterwerdens im Kreis der Familie in räumlicher Nähe nur noch ein Modell unter vielen. Jenseits der Kernfamilie bilden sich neue soziale Netzwerke in der Nachbarschaft und dem Freundeskreis.
- Entscheidend ist, ob es gelingt, zukünftig das Lebensumfeld bzw. die Quartiere von Menschen so zu gestalten, dass sie mehr Orientierung bieten und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf länger zu Hause wohnen und leben können.
- In dieser sozialraumorientierten Perspektive sind Pflegeheime ein Baustein in einer ganzen Reihe von vielfältigen Hilfen und Diensten, die in einem Quartier entwickelt und angeboten werden.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Wie sieht der Pflegeheimmarkt der Zukunft aus?
- Es reicht keinesfalls aus, alleine auf die Wirtschaftlichkeit zu achten.
- Vielmehr müssen die Betreiber von Pflegeheimen den steigenden Ansprüchen und unterschiedlichen Bedarfen der Bewohner_innen Rechnung tragen:
 - möglichst hoher Anteil von Einzelzimmern und großzügigere Wohnflächen
 - denkbar ist auch die Möglichkeit, in Pantryküchen oder Wohnbereichsküchen selbständig mit seinen Angehörigen kochen zu können (mehr Privatheit)
 - die Möglichkeit die eigene Wohnung im Pflegeheim frei einzurichten, die Tür abschließen zu können etc. (vgl. Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser, Köln 2013)
 - Angebote von Rehabilitationsmaßnahmen (Physiotherapie, Ergotherapie, Sport)

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder (Demenzerkrankung, Alzheimer, Apalliker oder auf bestimmte psychische/psychiatrische Erkrankungen), die spezielle Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erfordern
 - Dies bedeutet bspw. bei der Pflege und Betreuung von demenziell Erkrankten, die Entwicklung und Ausgestaltung von adäquaten Betreuungsmilieus mit speziell dafür geschultem Fachpersonal (personenzentrierte Pflege, Validation)
- Ausbau der „Sterbekompetenz“ (spezielle ambulante Palliativversorgung SAPV, Kooperation mit Hospizdiensten, Einrichtung von Andachts- und Gebetsräumen unter Beachtung kultursensibler Aspekte)
- Entwicklung und Umsetzung von speziellen Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund (kultursensible Pflege, Qualifikationsmaßnahmen - Personalmanagement)
- Entwicklung und Ausbau ehrenamtlicher bzw. zivilgesellschaftlicher Angebote und Aktivitäten. Damit verbunden ist eine Öffnung und Vernetzung der Einrichtung und seiner Angebote ins Quartier (Herstellung von Öffentlichkeit).

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Der Erfolg einer Pflegeeinrichtung wird in der Zukunft zum einen davon abhängen, wie gut die Einrichtung sich auf die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Bewohner_innen einstellen kann.
- Von medizinischer Spezialisierung über besondere Reha-Angebote bis hin zu Wohnverhältnissen, die auch im letzten Lebensabschnitt Privatsphäre und ein angenehmes Ambiente ermöglichen, reicht die Bandbreite der Angebote, die Pflegeheime im Wettbewerb besser aufstellen lassen als ihre Konkurrenten.
- Zum anderen geht es darum, durch eine Öffnung und Vernetzung der Einrichtung ins Quartier (Gruppen und Vereine nutzen Veranstaltungsräume im Haus, beteiligen sich an Aktivitäten etc.) einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der Strukturen und Angebote vor Ort zu leisten und damit auch zu einer unverzichtbaren Institution des Gemeinwesens zu werden.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Zusätzlich sollten die Pflegeheime sich nicht nur auf den klassischen Pfaden von Pflege und Betreuung bewegen, sondern prüfen, ob eine Angebotserweiterung in weiteren Bereichen ihre Wettbewerbsposition stärken kann.
- Denkbar wäre: Serviceleistungen in Form von ambulanter Pflege, Organisation von Dienstleistungen und Hilfestellungen für neu entwickelte Wohnformen für ältere Menschen Senioren anzubieten.
- Pflegeheime könnten auch darüber nachdenken, eigene zusätzliche Einrichtungen zu gründen, die das „Kerngeschäft“ ergänzen. Zu denken wäre dabei an unterschiedlich intensive Formen des Betreuten Wohnens, z. B. in der klassischen Form: Wohnservice erweitert um jederzeitige Erreichbarkeit von Hilfspersonal, verschiedene Funk- und Telefondienste, besetzter Empfang.
- In der Erlebniswohnform: mit Theatervorführungen, Diashows, Internetcafé, hausinterner Bank, Einkaufszentrum, Fitnesscenter.
- Mit verschiedenen ausgestalteten Erlebniswohnformen und angeschlossener ambulanter Pflege und stationärer Pflege, ggf. auch mit Intensivpflege.

Abschnitt II - Pflegeeinrichtungen

Maßnahmen und Ansätze auf Landkreisebene

- Sämtliche denkbaren Pflege- und Wohnformen können je nach Nachfrage und regionalen Erwartungen bzw. Ansprüchen kombiniert angeboten werden. Ein weiterer Vorteil eines solchen Modells ist, dass bei Marktveränderungen flexibel und schnell reagiert werden kann
- Entlastungsangebote für pflegende Angehörige
- Einrichtung eines Stadtteilcafés, ggf. in Kooperation mit einer Behinderteneinrichtung.
- Es besteht damit die Möglichkeit einen Integrationsbetrieb zu etablieren.
- **Fazit: Für Pflegeheime heißt es in den kommenden Jahren und Jahrzehnten, kreativ zu sein. Der Ausweitung der Dienstleistungen für andere Einrichtungen und der Öffnung und Vernetzung ins Quartier gehört die Zukunft. Die Unterschiede zwischen stationär, teilstationär und ambulant werden sich immer weiter verwischen. Das Altenpflegeheim der Zukunft ist eine attraktive Wohneinrichtung für selbstbestimmtes Leben im Alter und ein Mittelpunkt des Lebens im Quartier.**

Abschnitt III - Integration in einen Gesundheitskonzern



Abschnitt III - Integration in einen Gesundheitskonzern

Chancen einer Anbindung an die Kreiskliniken

- Insgesamt empfiehlt es sich sowohl die ambulanten öffentlichen Einrichtungen (Primärversorgungs- und Facharztzentren) als auch die Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit dem stationären Krankenhausangebot in einen sektorenübergreifenden Gesundheitskonzern zu integrieren.
- So ist der deutsche Pflegemarkt wie ebenso der ambulante Markt im Gegensatz zum deutschen Krankenhausmarkt ein sehr kleinteiliger Markt mit einer Vielzahl von Betreibern. Dies führt dazu, dass diesen vielen kleinen Anbietern das Fach-Know-how, die Marktübersicht und auch die Marktstellung fehlt, um sich langfristig im Wettbewerb zu behaupten. Dies wird ebenso dazu führen, dass sich perspektivisch bundesweite oder regionale Pflegeheim- sowie Praxisketten bilden werden.
- Eine Alternative aber auch Chance kann die Anbindung an ein Krankenhaus(-verbund) sein, um eine geschlossene Versorgungskette im regionalen Markt zu schaffen.
- Die Anbindung eines Pflegeheimes oder eines Arztzentrums an ein Krankenhaus und stellt einen zusätzlichen Wettbewerbs- und Standortvorteil dar.

Abschnitt III - Integration in einen Gesundheitskonzern

Chancen einer Anbindung an die Kreiskliniken

- Die Kombination von konzerneigenen ambulanten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit Pflegeheimen führt zu einer gesicherten und qualitativen Versorgung der Heimbewohner unter Wahrung der freien Arztwahl.
- Eine vertiefende Vernetzung und „Lobbyarbeit“ zu regional ansässigen Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und weiteren pflegenahen Heilberufen ist über einen integrierten Gesundheitskonzern einfacher abbildbar.
- Daraus resultieren mehr netzwerkbedingte Empfehlungen und zunehmende Auslastungsquoten aller Einrichtungen.
- Durch eine größere Einkaufsmenge sind Einsparungen in Form von niedrigeren Einstandspreisen oder Rabatten möglich. Dabei bleibt es nicht bei der einmaligen Senkung der Einkaufspreise, sondern in regelmäßigen Abständen werden diese neu verhandelt und weitere Preissenkungseffekte durchgesetzt.
- Expandiert der Verbund, können noch größere Mengen abgenommen werden und damit weitere Preisvorteile generiert werden.
- Dies führt zu einer verbesserten Ergebnissituation und zur Stärkung der Finanzkraft.

Abschnitt III - Integration in einen Gesundheitskonzern

Chancen einer Anbindung an die Kreiskliniken

- Die Rekrutierung von Mitarbeitern und insbesondere Pflegekräften kann ggf. leichter sein, weil ein großer, sektorenübergreifender Arbeitgeber attraktiver ist.
- Ebenso können Qualifizierungsmaßnahmen professioneller und kostengünstiger angeboten werden.
- Die Schaffung von zusätzlichen Serviceangeboten, wie z. B. Betriebskindergarten wird einfacher möglich, wodurch Beruf und Familie leichter zu vereinbaren sind.
- Es bestehen insgesamt größere Aufstiegschancen.
- Das Management wie Stabsfunktionen können gemeinsam genutzt werden, wie z. B. Controlling, Verhandlungsmanagement, IT oder Qualitätsmanagement.
- Eine positive Wahrnehmung durch einheitliche Markenbildung im Konzern über Marketing und Öffentlichkeitsarbeit im bestehenden Einweisungsnetzwerk (Krankenhaus, ambulante Pflegedienste, Praxen etc.) ist einfacher abbildbar. Damit auch wieder mehr netzwerkbedingte Empfehlungen für die Einrichtungen des Gesundheitskonzerns.

Abschnitt III - Integration in einen Gesundheitskonzern

Chancen einer Anbindung an die Kreiskliniken

- An dieser Stelle wird nur ganz kurz auf die wesentlichen drei Varianten möglicher gesellschaftsrechtlicher Strukturen für eine Zusammenlegung eingegangen.
- In einer Holdingstruktur bringen die Gesellschafter der einzelnen Unternehmen ihre Anteile an den jeweiligen Unternehmen in eine gemeinsame Holding (Dachgesellschaft) ein. Diese Dachgesellschaft „hält“ („hold“) die übertragenen Kapitalanteile. Die Holding wird Gesellschafter dieser Unternehmen und lenkt den Konzern. Es besteht weiterhin eine hohe Transparenz der wirtschaftlichen Entwicklung der einzelnen Unternehmen. Ebenso ist die Trennung der Partner einfacher.
- Bei einer rechtlichen Verschmelzung (Fusion) übertragen eine oder mehrere Gesellschaften das Vermögen einschließlich der Verbindlichkeiten im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf eine andere Gesellschaft. Die Übertragung erfolgt entweder durch Aufnahme in einer vorhandenen Unternehmensstruktur oder durch Neugründung einer gemeinsamen Gesellschaft.
- Alternativ gründen die Träger der Gesellschaften gemeinsam eine kommunale Stiftung und bringen in die Stiftung das Vermögen ein. Die Stiftung gründet dann eine unabhängige Gesellschaft. Diese Variante kann aus kartellrechtlichen Gründen vorteilhaft sein oder falls eine Abkoppelung von den seitherigen Trägern gewünscht wird.

Abschnitt III - Integration in einen Gesundheitskonzern

Chancen einer Anbindung an die Kreiskliniken

- Unter Abwägung der kurzen Ausführungen scheint die Holding-Struktur eine geeignete Modellvariante zu sein.
- Die eingebrachten Unternehmen können unter ein gemeinsames Management gestellt werden. Sämtliche Unternehmen können weiterhin wirtschaftlich getrennt geführt werden. Im Falle einer Trennung ist dies auch relativ einfach möglich.
- In dieser Holdingstruktur können auch weitere Unternehmungen wie Kranken- und Altenpflegeschule etc. unter ein zentrales Management im Sinne eines integrierten Gesundheitskonzerns gestellt werden.
- Eine Fusion ist eine sehr weitreichende Verschmelzung von Unternehmungen. Eine getrennte wirtschaftliche Betrachtung der einzelnen Unternehmenszweige ist deutlich schwieriger. Auch die Entflechtung der Unternehmungen im Falle einer Trennung ist aufwendiger.
- Ob eine Stiftung aus kartellrechtlichen Gründen oder aus Gründen der Abkoppelung von den bisherigen Trägern erforderlich sein sollte, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bewertet werden.
- Für eine abschließende gesellschaftsrechtliche, steuerliche sowie kartellrechtliche Bewertung wird die Unterstützung durch externe Fachexperten wie Anwälte und Wirtschaftsprüfer empfohlen.

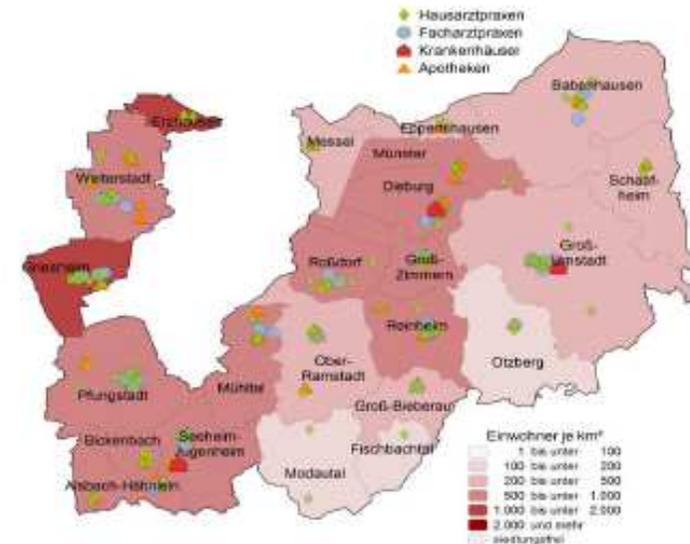
Management Summary



Management Summary

- In 2013 gab es insgesamt 159 Hausärzte im Landkreis, wovon in 2015 altersbedingt voraussichtlich 35 ausscheiden.
- In 2017 sind es voraussichtlich 52 Hausärzte. In 2020 werden es voraussichtlich 68 Hausärzte mit Nachfolgebedarf. Der Wiederbesetzungsbedarf liegt dann bei knapp 43%.
- **Es droht eine gravierende Unterversorgung.**
- Bei den Fachärzten befinden sich bereits 17,65% in der Altersgruppe 60 Jahre und Älter. 44,71% sind in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre.
- **Auch hier droht eine Unterversorgung.**

Standorte versorgungsrelevanter Einrichtungen
Stand 2013



Management Summary

- Es besteht eine drastische Verschlechterung der finanziellen Rahmenbedingungen der Praxen. Wirtschaftliche Risiken sind aufgrund ständiger Änderungen der Honorarsystematik zudem noch unkalkulierbarer geworden.
- Der Demographischer Wandel hat Konsequenzen auf Patienten und Inhaber der Praxen.
- Es bestehen zu wenige Studienplätze in der Medizin. Der Numerus Clausus ist in der Diskussion.
- Ca. 30% der Studienanfänger scheiden aus der ärztlichen Tätigkeit aus.
- Der Weiterbildungsweg für junge Mediziner ist kompliziert. Die Allgemeinmedizin weist einen geringen Stellenwert auf.
- Sicherheitsbedürfnis und Work-Life-Balance der Generation Y verändern den Arbeitsmarkt mit der Konsequenz eines sinkenden Interesses an einer unattraktiven „Selbständigkeit“ in einer „Einzelkämpfer-Niederlassung“.
- Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist für junge Ärzte oft schwierig. Die Feminisierung in der Medizin erfordert ein größeres Angebot an Teilzeitangeboten sowie familienbedingte Betreuungsmöglichkeiten.
- Der hohe Nachfolgebedarf bei den Haus- und teilweise Facharztpraxen im Landkreis läßt sich mittelfristig ohne ein Eingreifen in den Markt nicht ausgleichen.
- Der Landkreis als Wirtschaftsstandort wäre durch eine unzureichende Gesundheitsversorgung perspektivisch geschwächt.

Management Summary

- Der Pflegemarkt befindet sich im Wandel und steht in etwa dort, wo sich der deutsche Krankenhausmarkt vor etwa 15 Jahren befand.
- Die Finanzierungssituation ist ungenügend. Der Pflegebedarf wird steigen.
- Das herkömmliche Pflegeheim ist ein Auslaufmodell. Neue flexible Wohn- und Pflegeformen entstehen. Das Pflegeheim rückt näher an das Krankenhaus heran. Einerseits als Folge der DRG-Finanzierung und der damit verbundenen früheren Entlassung aus der Klinik, andererseits als Folge veränderter Angebotsstrukturen. Insbesondere erweisen sich Spezialstationen in Pflegeheimen für Demenz- oder Alzheimer-Patienten als ein markantes Unterscheidungsmerkmal im Wettbewerb.
- Pflegeheime entwickeln sich zu nachfrageorientierten Pflegezentren, die die Bedürfnisse seiner Bewohner (Kunden) in den Fokus ihrer Überlegungen stellen. Die Schlüsselqualifikationen für einen wirtschaftlichen Erfolg heißen Kundenorientierung und Kundenbindung.
- Dies schlägt sich unter anderem in differenzierten Leistungspaketen wie attraktiven Betreuungs- und Pflegeformen, einer ansprechenden Architektur, kulturellen und Freizeitangeboten sowie in einem aktivierenden und anregenden Umfeld, das ein Höchstmaß an Lebensqualität auch für pflegebedürftige Menschen bietet, nieder.

Management Summary

- Pflegeheime treffen zunehmend auf eine Klientel, die Alter anders buchstabieren. Zugleich verfügt die neue Rentnergeneration über eine höhere Finanzkraft. Diese Finanzkraft geht einher mit höheren Ansprüchen auch in der letzten Phase des Lebens. Viele dieser neuen Pflegebedürftigen sind in ihrem Leben viel gereist, beruflich bedingt teilweise mehrfach umgezogen und von der globalisierten Wirtschaft zur Flexibilität gezwungen worden. Dies alles prägt Mentalität, Haltung und Erwartungen der neuen Pflegegeneration. Übertragen auf das Pflegeheim bedeutet dies: Aus Bewohnern werden zahlende Kunden.
- Gleichzeitig haben wir es aber auch mit einer zunehmenden Altersarmut zu tun und immer mehr Pflegebedürftige können allein mit der Rente und den Leistungen der Pflegeversicherung die notwendigen Kosten für ambulante und stationäre Pflege nicht mehr aufbringen. Im Landkreis Darmstadt-Dieburg sind aktuell 538 Personen auf zusätzliche Hilfe zur Pflege angewiesen. (428 Personen stationär, 110 in ambulanter Pflege, Stichtag: 31.12. 2014)
- Es bedeutet aber auch, dass das Pflegeheim um die Ecke nicht mehr automatisch die erste Wahl ist. Pflegeheime ohne modernes Marketing und professionelle Kommunikation stehen auf verlorenen Posten. Wichtig ist die kontinuierliche Analyse des Marktumfeldes und die Positionierung der eigenen Pflegeeinrichtungen im regionalen Markt.
- Die Bewohner und die Angehörigen sind wie auch Mitarbeiter, auf dem lokalen und regionalen Markt imageprägend. Hierzu zählen auch verbundene Gesundheitseinrichtungen wie Kliniken und niedergelassene Ärzte der Region. Sie sind oft Behandler der Bewohner und zugleich Meinungsbildner.

Management Summary

Kernempfehlungen

- **Aufbau kommunaler Primärversorgungs- sowie Facharztzentren in den Kommunen des Ostkreises mit drohendem Marktversagen zum Erhalt der ambulanten Versorgung der Bevölkerung sowie zur Stärkung der Wirtschaftskraft des Landkreises (Gesundheit als wesentlicher Standortfaktor).**
- **Zusätzlich: Umsetzen eines umfassenden begleitenden Maßnahmenbündels - wie z.B. Angebot von Stipendien, Charmoffensive oder Weiterbildungsverbund zur Stärkung und Vernetzung der Sektoren.**
- **Integration von Seniorendienstleistungs gGmbH Gersprenz, Arztzentren sowie Kreiskliniken in einen integrativen, regionalen Gesundheitskonzern. Dadurch: Sichern der Grundversorgung und Nutzen der Chancen aufgrund von Skaleneffekten.**
- **Offenheit für weiteres, regionales Wachstum durch Zusammenschlüsse/Verbünde mit umliegenden Gesundheitsanbietern (wie z.B. dem Klinikum Darmstadt) zur Stärkung der Stellung im Wettbewerb.**
- **Miteinander der Leistungsanbieter im Gesundheitssektor anstelle eines konfrontativen Wettbewerbs.**

Management Summary

Kernempfehlungen

- Mögliche Standorte für kommunale ambulante Zentren (Beispiele)

