

# LOHFERT & LOHFERT AG

Klinikverbund Südwest

## Gutachten zur Medizinstrategie

*Stand: Juli 2023*

Dr. Jens Peukert, Philipp Letzgus

Hamburg, 2023



# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

## Einführende Hinweise

Ausgangslage

Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Abkürzungsverzeichnis

ACH	Allgemeinchirurgie	InEK	Institut für Entgeltkalkulation im Gesundheitswesen
aDRG	Diagnosebezogene Fallgruppen ohne Pflegekostenpauschale (a – ausgegliedert)	ITS	Intensiv/ Intensivstation
ALC	Alterscluster	IMC	Intermediate Care
AOP	Ambulantes Operieren	KH	Krankenhaus
AR	Aufsichtsrat	KHPfIEG	Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
BO	Betriebsorganisation	KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
BT	Belegtage	KVSW	Klinikverbund Südwest
BV	Grund- bzw. Basisversorgung	LG	Leistungsgruppe(n)
CM	Case-Mix	LK	Landkreis
CMI	Case-Mix-Index	MD(K)	Medizinischer Dienst (der Krankenversicherungen)
CMP	Case-Mix-Punkte	MM	Mindestmenge
DB	Deckungsbeitrag	NCH	Neurochirurgie
DMI	Day-Mix-Index (effCM je Belegungstag)	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen	PCCL	Patient Clinical Complexity Level
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	PLZ	Postleitzahl
effCM	effektiver Case-Mix	PP	Prozentpunkte
EPZ	Endoprothetik-Zentrum (nach EndoCert)	PPR 2.0	aktualisierte Pflegepersonalregelung ( <b>PPR 2.0</b> ) (dient als Interimslösung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs für die unmittelbare Patientenversorgung)
Ew	Einwohner:innen	PPUG(V)	Pflegepersonaluntergrenzen-(Verordnung)
FAB	Fachabteilung	SK	Stadtkreis
FFK	Flugfeldklinikum	SO	Standort
FSB	Feststellungsbescheid	SP	Schwerpunktversorgung
FZ	Fallzahl	UCH	Unfallchirurgie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	VWD	Verweildauer
GCH	Gefäßchirurgie		
IB	Indikationsbereich		
IGES	Institut für Infrastruktur und Gesundheitsfragen		

# Glossar

aDRG	Diagnosebezogene Fallgruppen ohne Pflegekostenpauschale (a – ausgegliedert) <b>Eine DRG stellt eine Fallpauschale im deutschen Abrechnungssystem dar, es existieren ca. 1.200 verschiedene Pauschalen. Seit 2020 sind die Pflegekosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert, seitdem wird der Begriff aDRG verwendet.</b>	DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen <b>Zusammenfassung von Patienten mit ähnlichen Kosten in eine diagnosebezogene Fallgruppierung. Eine andere Bezeichnung ist Fallpauschale.</b>
Ambulantisierung / ambulantes Operieren	<b>Unter Ambulantisierung wird der Prozess der Verlagerung von Gesundheitsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor verstanden.</b>	Effektiver Case-Mix / Case-Mix-Punkte	<b>Summe aller Relativgewichte der behandelten Fälle einer Organisationseinheit (Fachabteilung, Krankenhaus) innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Ein Relativgewicht wird jeder DRG zugeordnet und bezieht sich auf den Aufwand im Vergleich zu anderen DRGs.</b>
Belegtage	<b>Aufnahme sowie jeder weitere Tag eines Krankenhausaufenthaltes, ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag.</b>	Elektive Eingriffe	<b>Elektive Eingriffe können definiert werden als nicht dringliche Eingriffe, deren Durchführung indiziert ist, deren Zeitpunkt jedoch im Voraus gewählt werden kann, ohne die Gesundheit des/r Patienten/in zu gefährden.</b>
Case-Mix-Index	<b>Beschreibt die durchschnittliche Schwere der behandelten Krankenhausesfälle und den damit verbundenen relativen ökonomischen Ressourcenaufwand. Der Case-Mix-Index ist die Summe aus den von den Krankenhäusern abgerechneten effektiven Bewertungsrelationen, dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle.</b>	Fachklinik	<b>Eine Fachklinik ist in der Regel ein Krankenhaus, das sich auf die Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes spezialisiert hat.</b>
Deckungsbeitrag	<b>Bildet die Differenz zwischen den Erlösen und den variablen Kosten. Variable Kosten im Krankenhaus bildet z. B. der medizinische Sachbedarf (Medikamente, Blutkonserven, Verband-/Heil- und Hilfsmitteln etc.).</b>	Fallzahl	<b>Die Fallzahl ist die Anzahl der behandelten Patient:innen. Sie kann auf verschiedenen Ebenen erhoben werden, z.B. auf Krankenhausebene, auf Fachabteilungsebene, für einzelne Diagnosen und Krankheiten oder Behandlungsmaßnahmen.</b>
		ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems <b>Amtliche Diagnosen-Klassifikation.</b>

# Glossar

## Indikationsbereiche

***Aus Fallpauschalen (DRGs) abgeleitete Gruppe von Krankheitsbildern, bei denen eine bestimmte medizinische Maßnahme angezeigt (d. h. indiziert) ist.***

## Interventionelle Neuroradiologie

***Minimal-invasive Versorgung von Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks, die typischerweise unter Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren durchgeführt werden.***

## Klinikvergleich

***Ein Pool von Kliniken, die als Vergleichsgröße (Benchmarking) herangezogen werden. Der Lohfert & Lohfert-Klinikvergleich umfasst etwa 150 Kliniken.***

## Komplexbehandlung

***Eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie bzw. Behandlung spezifischer Krankheitsbilder.***

## Krankenhaushäufigkeit

***Relation der in einem bestimmten Gebiet wohnenden Patienten, die im Laufe des Jahres stationär behandelt werden, zu der Einwohnerzahl des betreffenden Gebietes.***

## Marktanteile

***Anteil behandelter Fälle gemessen an der Gesamtzahl der im Kreis auftretenden Fälle (definiert durch den Wohnort)***

## Maximalversorger

***Krankenhäuser, die durch ein weit diversifiziertes Fachabteilungsangebot inklusive verschiedener Schwerpunkte in den Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie charakterisiert sind und hohe Bettenzahlen sowie eine hochspezialisierte Infrastruktur vorhalten.***

## Mindestmengen

***Die gesetzgeberische Einführung von Mindestmengen basiert auf dem Ziel, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung nur in solchen Kliniken durchführen zu lassen, deren Ärztinnen und Ärzte über ausreichende Erfahrung damit verfügen.***

## Nicht-medizinische und medizinische Infrastruktur

***Die Infrastruktur eines Krankenhauses besteht aus medizinischen und nicht-medizinischen Bereichen. Die medizinische Infrastruktur umfasst dabei alle Kosten, die im direkten Zusammenhang mit den ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten entstehen. Medizinferne Kosten wie Gebäude, Instandhaltung, Verwaltungsbedarf etc. sind Teil der nicht-medizinischen Infrastruktur.***

## OPS

***Operations- Prozedurenschlüssel  
Schlüssel zur Kodierung und Dokumentation von Operationen und Prozeduren im stationären und ambulanten Bereich.***

## Operatives Ergebnis (EBITDA)

***Das operative Ergebnis ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, welche Aufschluss über den Gewinn bzw. finanziellen Erfolg eines Unternehmens (hier: Krankenhaus) gibt.***

# Glossar

## Qualitätsberichte

**Die Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist für jedes Krankenhaus gesetzlich bindend. Sie geben Auskunft über die Ausstattung und das Angebot eines Krankenhauses, z.B. über die vorhandenen Fachabteilungen, die Anzahl des ärztlichen & pflegerischen Personals sowie über das Leistungsspektrum.**

## Regelversorger

**Krankenhäuser, die Grundversorgung in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie sicher stellen und die ggf. zusätzlich zur Grundversorgung noch weitere Fachgebiete, häufig Gynäkologie oder HNO sowie ggf. Spezialisierungen in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie anbieten.**

## Schwerpunktversorger

**Krankenhäuser, die neben der Grundversorgung in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie mehr als ein spezialisiertes Fachgebiet anbieten.**

## Sicherstellungszuschläge

**Finanzielle Unterstützung von Krankenhäusern, die für die regionale Grundversorgung der Bevölkerung notwendig sind, aber aufgrund geringer Fallzahlen die entsprechenden Fachabteilungen nicht kostendeckend finanzieren können.**

## Skaleneffekt

**Beschreibt die Abhängigkeit Ertrag (= Output) und der eingesetzten Ressourcen (= Input). Es wird zwischen negativen und positiven Skaleneffekten unterschieden.**

## Strukturkriterien

**Beschreiben die strukturellen Voraussetzungen, die vorhanden sein müssen, um bestimmte Leistungen erbringen zu können bzw. dürfen.**

## Strukturstresstest

**Abgleich der IST-Struktur mit der SOLL-Struktur in Verbindung mit Stärken und Schwächen und Chancen und Risiken der Klinik.**

## Versorgungsstufe

**In Abhängigkeit von der Bettenzahl, der vorgehaltenen Infrastruktur und den angebotenen Fachabteilungen können Krankenhäusern verschiedenen Versorgungsstufen zugeordnet werden, die Definition und Abgrenzung dieser Versorgungsstufen ist nicht immer einheitlich (siehe Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorger).**

## Verweildauer

**Die Verweildauer gibt die Anzahl der Tage an, die ein Patient / eine Patientin im Durchschnitt stationär behandelt wird.**

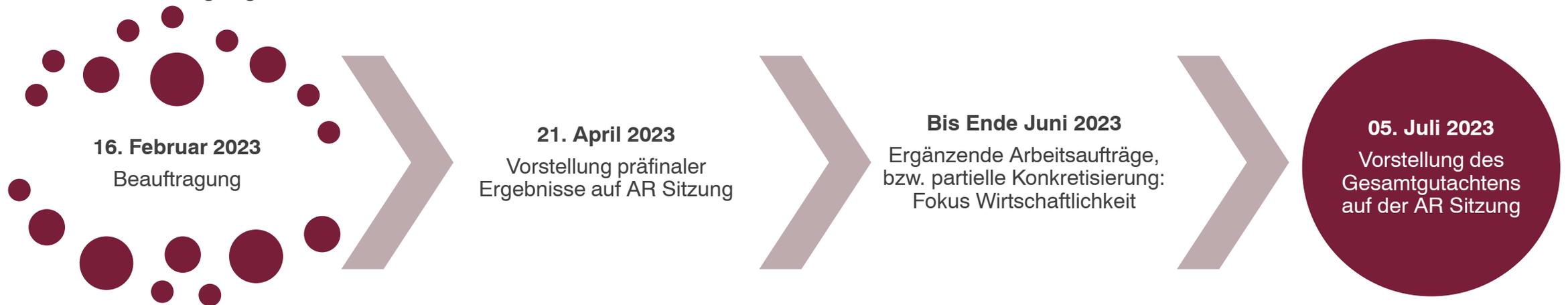
## Vorhaltefinanzierung

**Als Teil der neuen Krankenhausreform sichern angedachte Vorhaltepauschalen die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil.**

# Zielsetzung, Analyseschwerpunkte und zeitlicher Ablauf des Gutachtens

**Ziel des Projektes** war es die bestehende *Medizinkonzeption* „2020“ zu evaluieren und fortzuschreiben und daraus ein strategisches Zielbild für den Klinikverbund Südwest abzuleiten, um die medizinische Versorgung in der Region langfristig zu sichern und weiterzuentwickeln. Dazu wurden im Rahmen des Projektes folgende Themenfelder identifiziert und analysiert:

- Medizinisches Portfolio sowie Schwerpunktbildung der einzelnen Klinikstandorte
- Abgleich und Überprüfung der baulichen Aktivitäten vor dem Hintergrund des Zielbildes
- Ambulantisierungsentwicklung und Fachkräftemangel
- Berücksichtigung der Reformvorhaben des Bundes



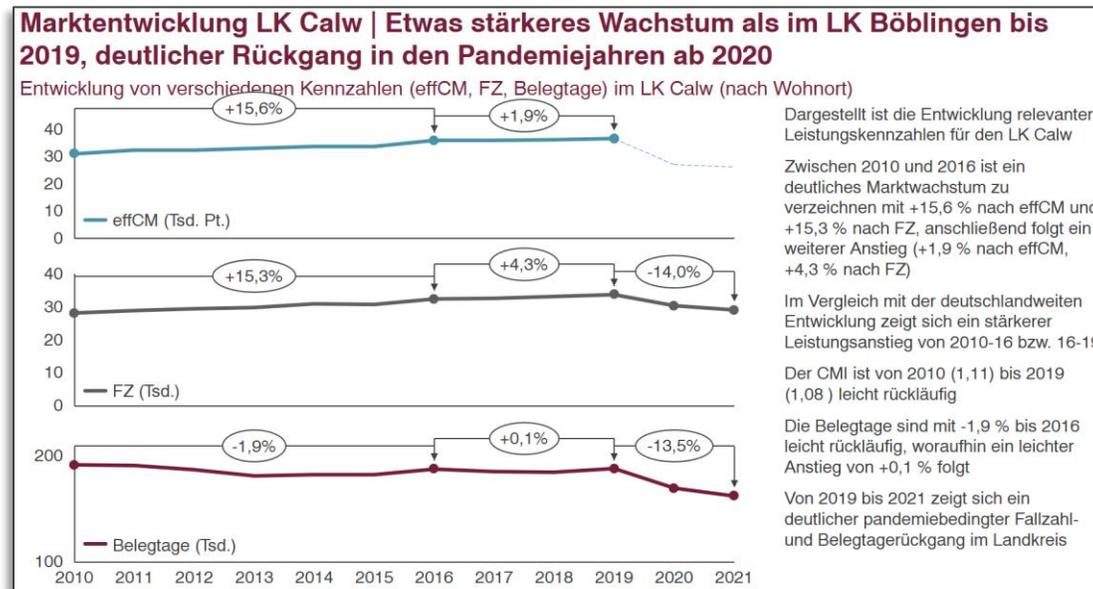
**Hinweis:** Aufgrund der hohen Dynamik der neuen Krankenhausreform entsprechen einige Analysen zu den Auswirkungen der Krankenhausreform nicht mehr dem aktuellen Informationsstand. Daher wurden im Laufe der Gutachtenerstellung ergänzende Auswertungen ausgearbeitet, welche den grundsätzlichen Handlungsdruck allerdings nicht verändert sondern eher noch verstärkt haben.

# Dokumenteinführung und Erklärungen zur Lesbarkeit des Dokuments

Dieses Dokument enthält die Ergebnisse der gutachterlichen Untersuchungen in einer aufbereiteten Form.

Zur allgemeinen Lesbarkeit sind neben den Analyseergebnissen auch ergänzende zusammenfassende Folien in niedriger Komplexität erstellt. Diese Folien sollen die Kernerkenntnisse des Gutachtens allgemeinverständlich ausdrücken. Zur besseren Unterscheidung sind diese Folien in einem hellen Türkis hinterlegt. Partiiell sind auf den gutachterlichen Folien allgemeinverständliche Hinweise in türkiser Hervorhebung ergänzt.

## Analysefolien aus dem Gutachten (ggf. in „Fachsprache“)



## Weitere Hinweise:

- Aus verschiedenen rechtlichen Gründen sind die Analysen so gewählt, dass keine Interessen verletzt werden
- Das einführende Abkürzungsverzeichnis und das Glossar helfen die Fachbegriffe zu verstehen

## Allgemeinverständliche Zusammenfassungenfolien

Die umfassenden Analysen haben verschiedene Auffälligkeiten gezeigt, diese können wie folgt zusammengefasst werden

- 1 Leistungsprofile der Standorte zeigen ausgewiesene Stärken, insbesondere Böblingen und Sindelfingen ergänzen einander
- 2 Klare Schwäche im Bereich der Intensivmedizin wird in allen Analysen sichtbar. Die fehlende Abrechnung des ITS-Komplexcodes hemmt die Leistungen der kleineren Standorte
- 3 Das Portfolio der Standorte weist in relevanten Bereichen Dopplungen auf, diese Bereiche sind dann auch häufig unterdurchschnittlich ausgeprägt (interv. Kardiol., Geriatrie, Orthop.)
- 4 Insgesamt zeigen sich deutliche Doppelstrukturen die im Sinne einer zukunftsfähigen Leistungserbringung abgebaut werden sollten. Dies gilt besonders deutlich für den LK Calw
- 5 In den beiden LK werden mehr als die Hälfte (Calw) bzw. mehr als ein Drittel der entstehenden Fälle durch andere KH versorgt, der Marktanteil ist leicht rückläufig

Die Erkenntnisse aus den Leistungsstrukturen der Standorte sollten für das Medizinkonzept führend sein

Zusätzlich müssen die baulichen Strukturen und die Ergebnisse des Stresstests Beachtung finden

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

## Ausgangslage

- Ordnungspolitischer Rahmen, Trends, geografische und demografische Vorbetrachtung
- Exkurs: Krankenhausreform des Bundes
- Darstellung der aktuellen und historischen Wirtschaftlichkeit des KVS

Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

## Ausgangslage

- Ordnungspolitischer Rahmen, Trends, geografische und demografische Vorbetrachtung
- Exkurs: Krankenhausreform des Bundes
- Darstellung der aktuellen und historischen Wirtschaftlichkeit des KVS

Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Der ordnungspolitische Rahmen unterliegt weiterhin vergleichsweise großen Veränderungen, dies impliziert einen hohen Veränderungsbedarf

## Krankenhausreform des Bundes<sup>1</sup> & Krankenhausplanung der Länder



**GBA-Vorgaben zu Zentren und Notfallstufen:** Neuregelungen mit klaren Anforderungen/Ausweisung als GBA-Zentrum als mögliches wichtiges Alleinstellungsmerkmal



**Pflege:** PPUG, Pflegepersonal-kostenausgliederung und KHPfIEG als akute Herausforderung; PPR 2.0



**Pandemie und Ambulantisierung:** Nachhaltige Veränderungen in den Patientenströmen & Trend zur ambulanten Leistungserbringung (IGES)



**MDK Reformgesetz:** MDK-Reformgesetz mit signifikanten Auswirkungen auf Prüfquoten und Abrechnungsprüfung

**Ausgewählte Änderungen, die die aktuelle Leistungserbringung beeinflussen**



**Mindestmengenregelungen/ Veränderte OPS-Kodes:** neue Mindestmengenregelungen & zukünftige entgeltwirksame OPS z.B. Strokeumbau



**KHZG:** Zusätzliche Fördermittel zur Finanzierung der Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern, impliziert Change-Prozess



**Inflation und Energiekrise:** relevante Kostensteigerungen zu erwarten – Inflationsausgleich oder wirtschaftliche Schieflagen?



**Diskussion über alternative Vergütungsmöglichkeiten:** Hybrid-DRGs, Vorhaltepauschalen und Herausnahme einzelner Bereiche aus dem DRG-System

# Externe Rahmenbedingungen beeinflussen die zukünftige Leistungserbringung

Überblick über wesentliche externe Einflüsse auf stationäre Krankenhausleistungen

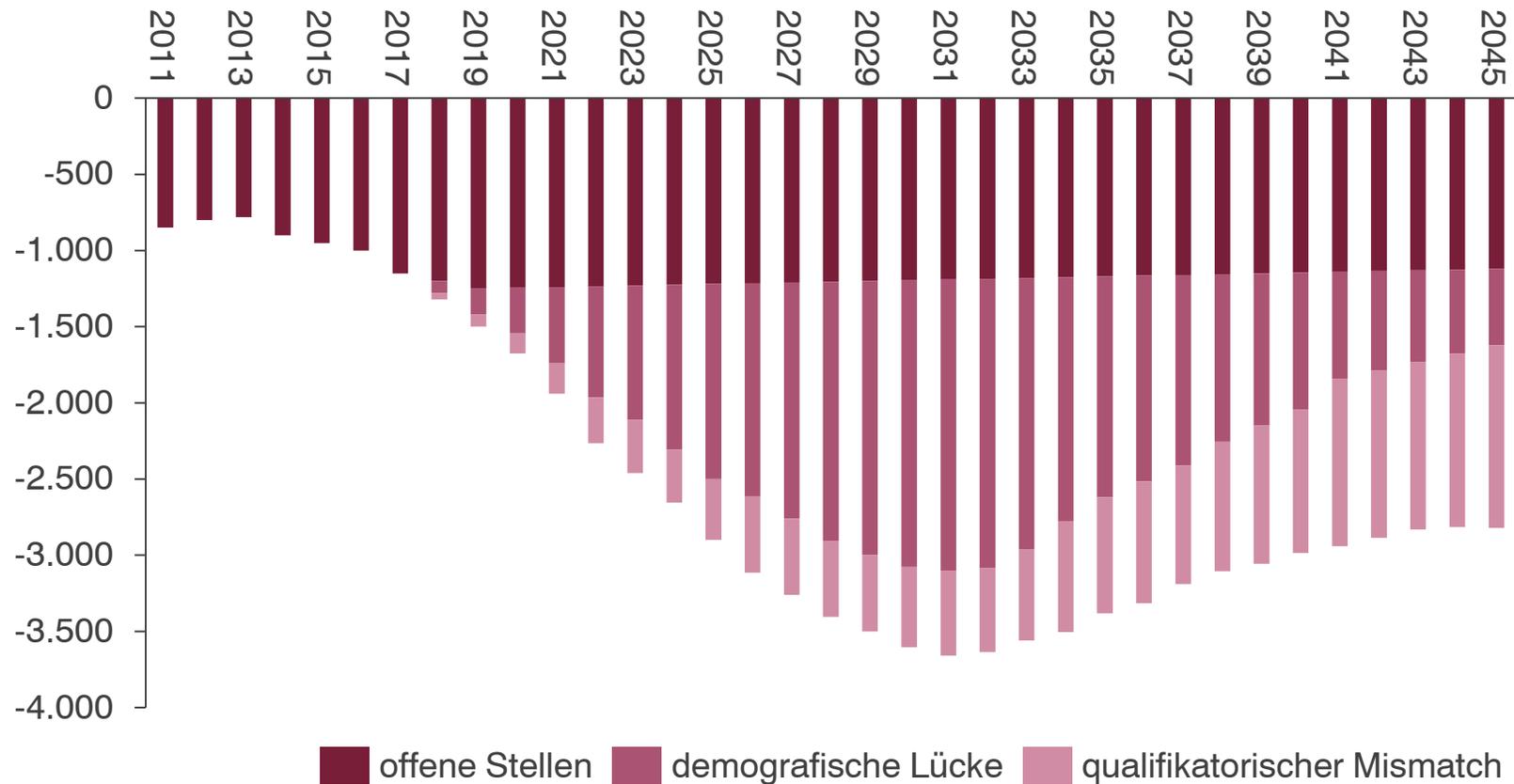
- 1 **Fachkräftemangel**
- 2 **Demografischer Wandel**
- 3 **Ambulantisierung**
- 4 **Qualitätsbezogene Vergütungsstrukturen und Strukturanforderungen**
- 5 **Wandlung des Versorgungsanspruchs der Bevölkerung von „geduldigen“ Patient:innen zu „informierten“ Kund:innen**
- 6 **Digitalisierung**

**Der Einfluss dieser Rahmenbedingungen muss bei der Entwicklung der Medizinstrategie berücksichtigt werden**

**Weitere aktuelle Entwicklungen wie z. B. mittel- bis langfristige Auswirkungen der Pandemie auf die Krankenhausbehandlung sind ebenfalls zu beachten**

# Im Jahr 2030 fehlen in Deutschland voraussichtlich 3,6 Mio. Arbeitskräfte – über 50 % davon werden durch den demografischen Wandel verursacht

Potenzielle Arbeitskräftelücke 2011 bis 2045 in Deutschland (in Tsd. Arbeitskräften)



Ein gewisser Anteil an offenen Stellen auf dem Arbeitsmarkt ist normal – und nicht Treiber der drohenden Lücke

Das Ausscheiden der Babyboomer aus dem Erwerbsleben ist wesentlicher Treiber der Arbeitskräftelücke

Ein zusätzlicher Treiber ist die Verschärfung des qualifikatorischen Mismatches im Zeitverlauf, d.h. die Dysbalance von Nachfrage und Angebot von Qualifikationen und Fachrichtungen

Folglich kann die Nachfrage bestimmter Qualifikationen nicht bedient werden (z. B. im Gesundheitswesen) während es Überschüsse an Personal in anderen Fachrichtungen gibt - die Gewinnung und Weiterbildung fachfremden Personals könnte also eine größere Rolle spielen

## In vergleichbaren Projekten sind folgende Projektziele typisch

- 1 Stärken der Standorte herausarbeiten & ggf. verbinden
- 2 Erreichung von abgestimmten Versorgungsstrukturen für das Einzugsgebiet
- 3 Gemeinsam wirtschaftlich und medizinisch im Wettbewerb bestehen
- 4 Doppelvorhaltung an den Standorten abbauen
- 5 Durch standortübergreifendes Medizinkonzept wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und personell attraktive Leistungserbringung ermöglichen

**In naher Zukunft  
anstehende Änderungen  
und Neuerungen durch  
die Politik müssen bei  
der Konzeptionierung  
mit bedacht werden**

**Hieraus ergibt sich eine  
klare Projektstruktur  
und -inhalte**

# Kennzahlenübersicht | Der LK Böblingen hat i.V. zum LK Calw doppelt so viele EW – im deutschlandweiten Vergleich auffällig niedrige KH-Häufigkeit im LK Böblingen

Parameter	LK Böblingen	Kreisvergleich (Pos 1 = Maximalwert)	LK Calw	Kreisvergleich (Pos 1 = Maximalwert)
Einwohner	393.195	33 von 400	160.686	190 von 400
Fläche (km <sup>2</sup> )	617	256 von 400	797	201 von 400
Ew.-Dichte (Ew./km <sup>2</sup> )	<b>636</b>	<b>104 von 400</b>	<b>201</b>	<b>201 von 400</b>
Kaufkraft in EUR pro Ew.	<b>29.466</b>	<b>11 von 400</b>	<b>26.327</b>	<b>81 von 400</b>
Anteil über 74- Jähriger	<b>10,8%</b>	<b>252 von 400</b>	<b>10,6%</b>	<b>281 von 400</b>
KH-Häufigkeit (FZ/ 100 Ew.)	<b>16,1</b>	<b>376 von 400</b>	<b>18,9</b>	<b>256 von 400</b>

Für Flächenlandkreise vergleichsweise dichte Bevölkerungsstrukturen

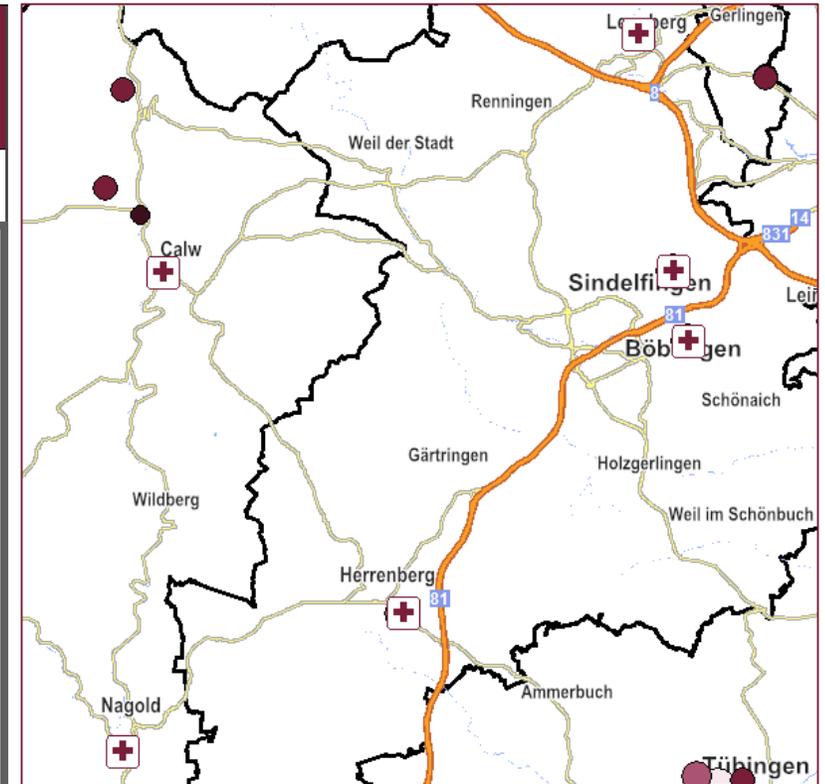
Hohe Kaufkraft in beiden Landkreisen

Beide Regionen derzeit noch mit vergleichsweise jungen Bevölkerungsstrukturen

Kreisvergleich zeigt eine auffällig niedrige Krankenhaushäufigkeit

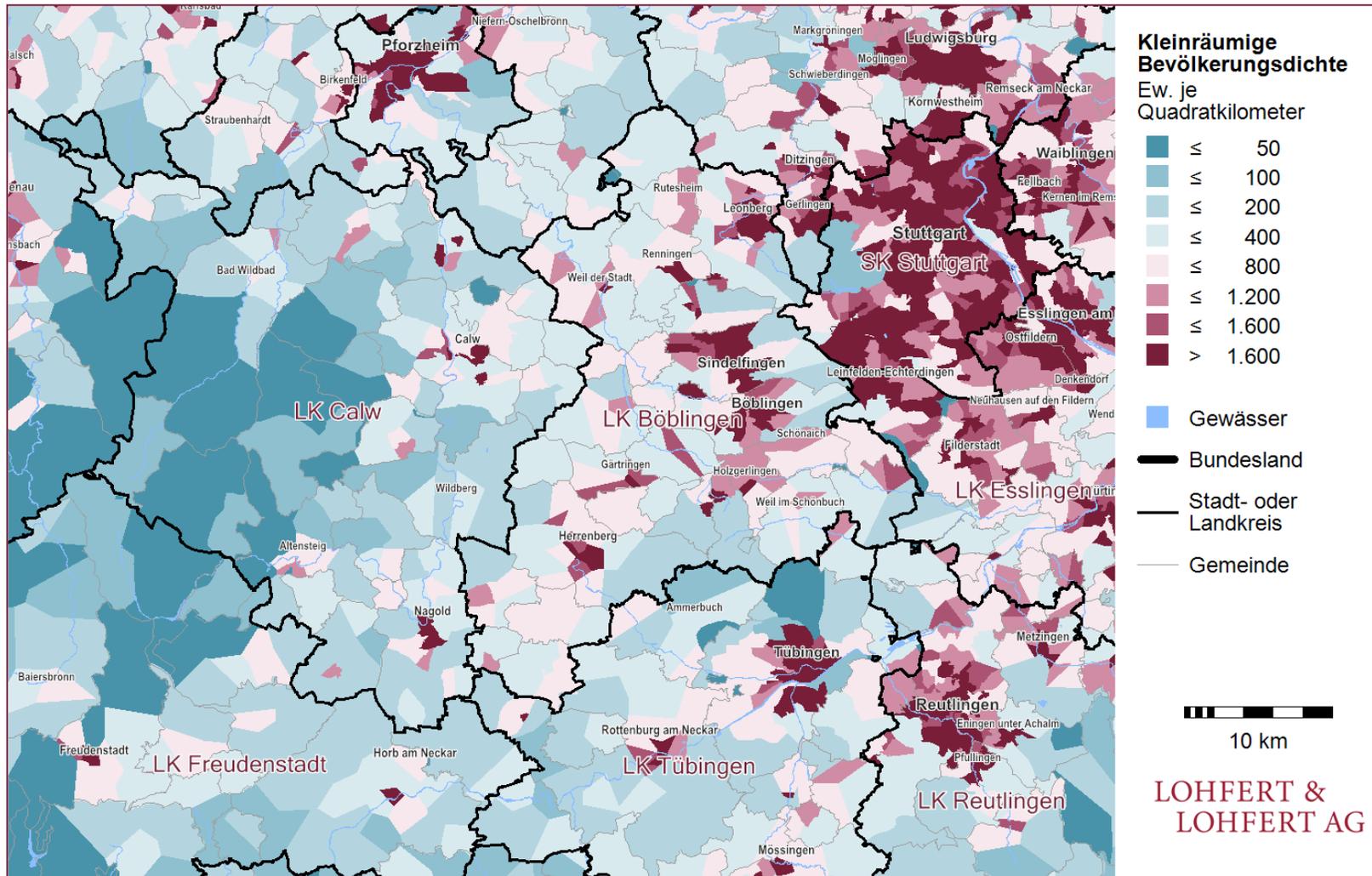
# Distanzen zwischen den Standorten | Mit Inbetriebnahme des FFK zeigen sich nochmals reduzierte Fahrzeiten zwischen den Standorten

lfd. Nr.	Standort	Sindelfingen	Böblingen	Nagold	Calw	Herrenberg	Leonberg	Flugfeld- klinikum
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Sindelfingen		7 km	36 km	30 km	22 km	16 km	
2	Böblingen	11 min.		36 km	32 km	22 km	21 km	
3	Nagold	41 min.	41 min.		29 km	18 km	49 km	36 km
4	Calw	33 min.	35 min.	33 min.		20 km	26 km	30 km
5	Herrenberg	24 min.	24 min.	22 min.	26 min.		34 km	23 km
6	Leonberg	23 min.	20 min.	49 min.	29 min.	31 min.		16 km
7	Flugfeld- klinikum			41 min.	34 min.	20 min.	23 min.	



Entfernungen in Kilometern zwischen den Standorten  
Fahrzeit in Minuten zwischen den Standorten<sup>1</sup>

# Bevölkerungsstrukturen | Insbesondere im Westen des LK Calw vergleichsweise dünn besiedelte Gebiete (Schwarzwald)



Der **Landkreis Böblingen** grenzt direkt an den bevölkerungsstarken SK Stuttgart an

Sindelfingen und Böblingen als bevölkerungsreichste Kreisstädte des Landkreises Böblingen (Stand 2021) – die zweit- und drittgrößten Städte sind Herrenberg und Leonberg

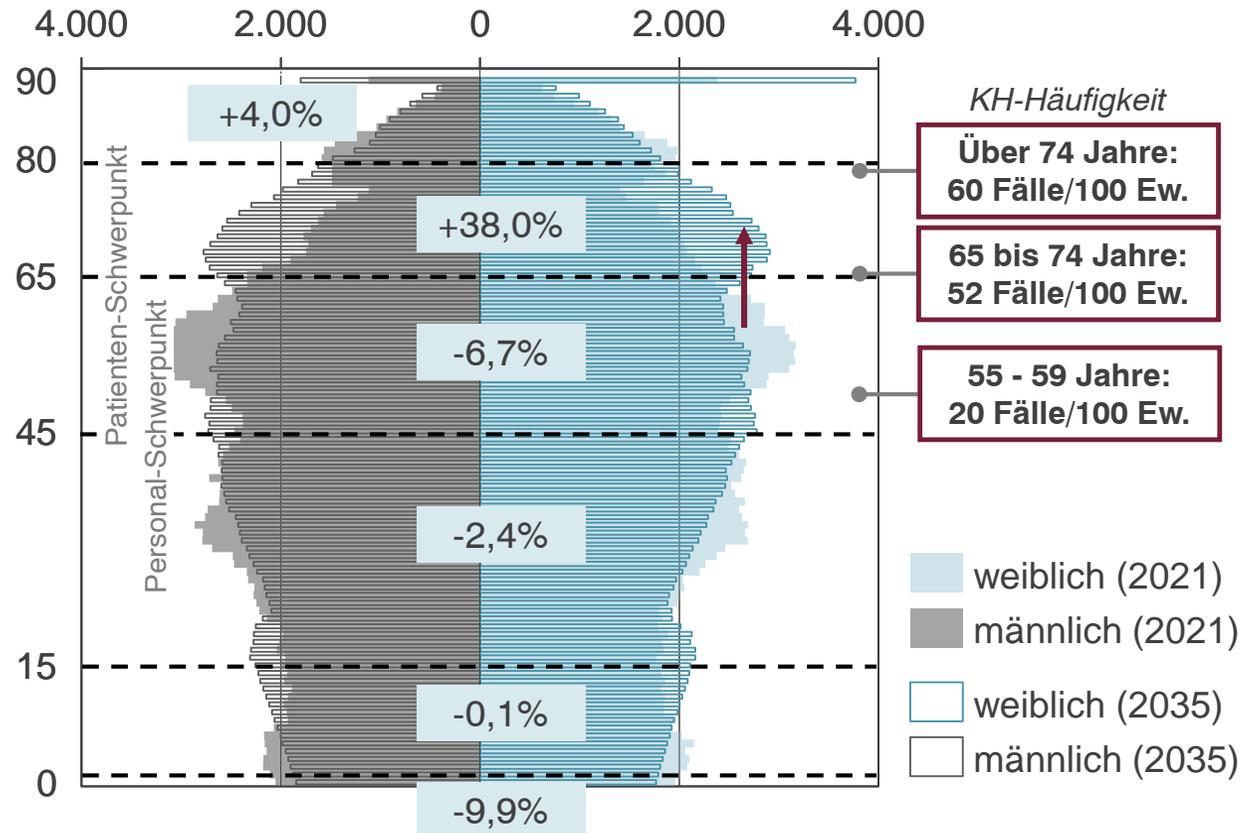
Der **Landkreis Calw** grenzt westlich an den LK Böblingen an

Calw und Nagold als bevölkerungsreichste Städte des Landkreises (2021)

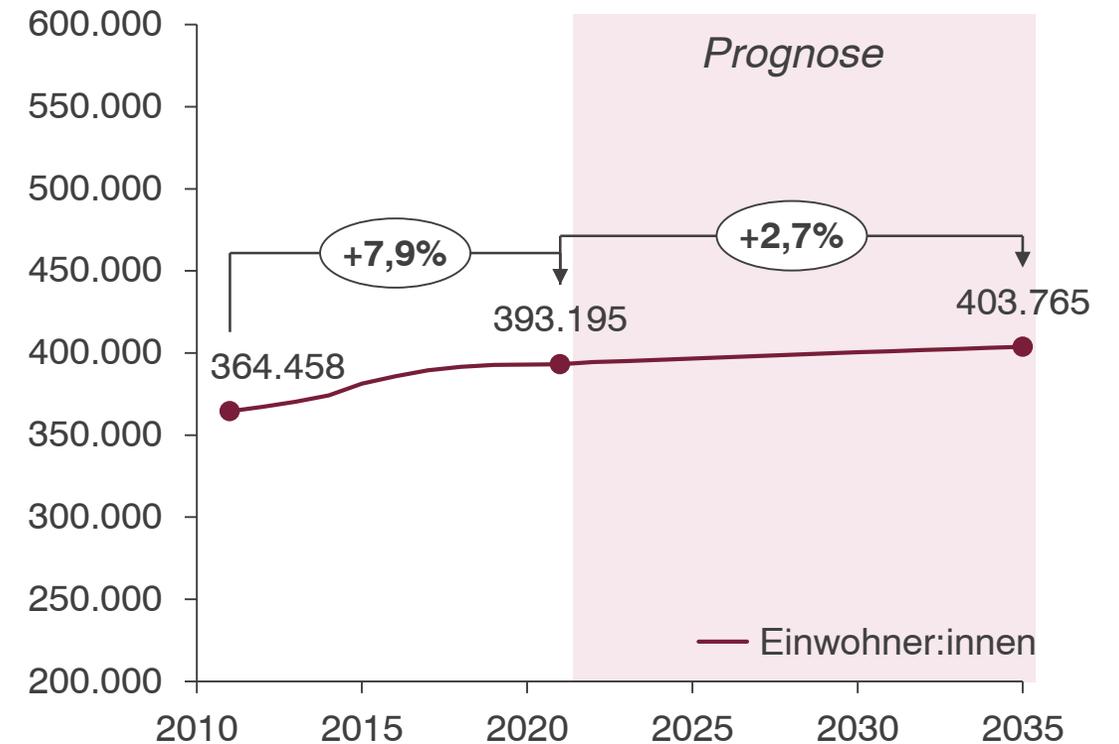
LK Calw deutlich ländlicher geprägt, insbesondere im westlichen Teil des Landkreises

# Verschiebung der Babyboomer-Generation ins Rentenalter mit vergleichsweise deutlichen Auswirkungen für die medizinische Versorgung der Region

Bevölkerungsstruktur LK Böblingen (2021 vs. 2035)



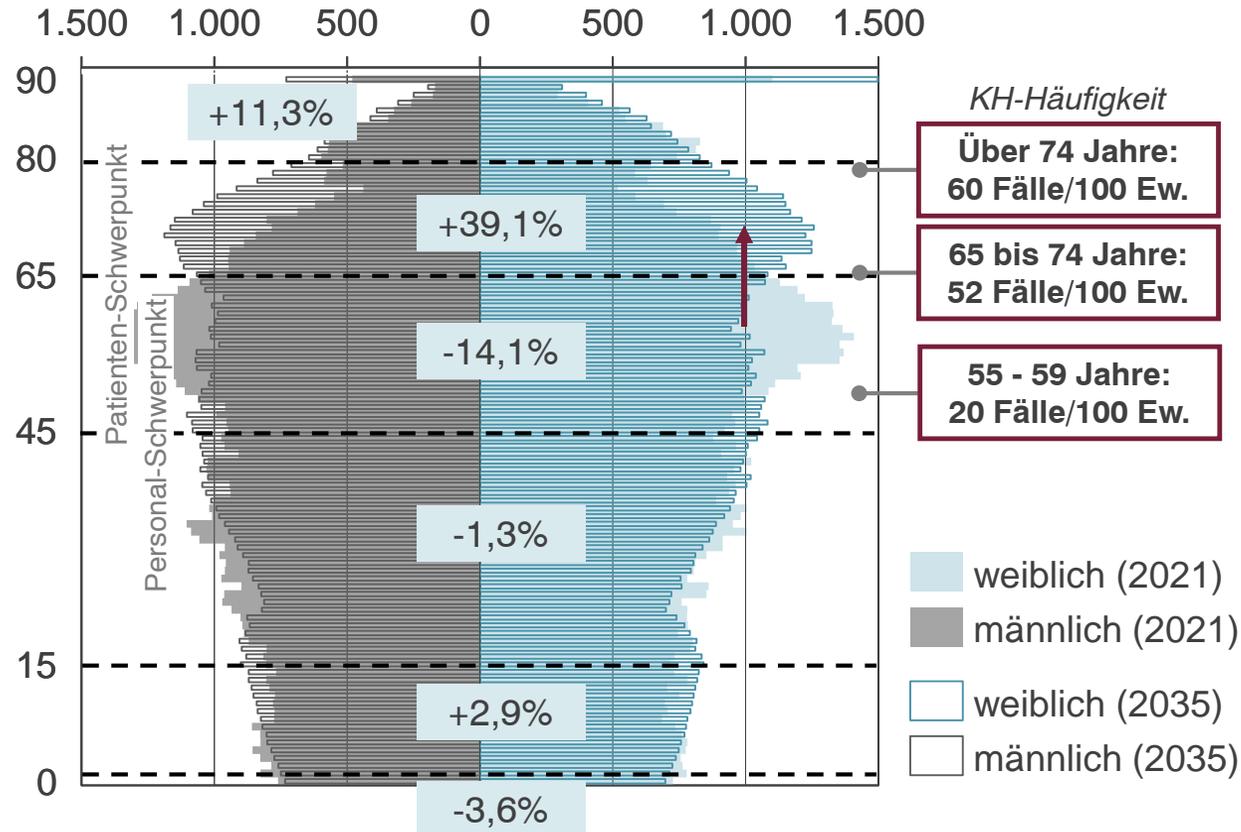
Bevölkerungsentwicklung LK Böblingen (historisch & Prognose)



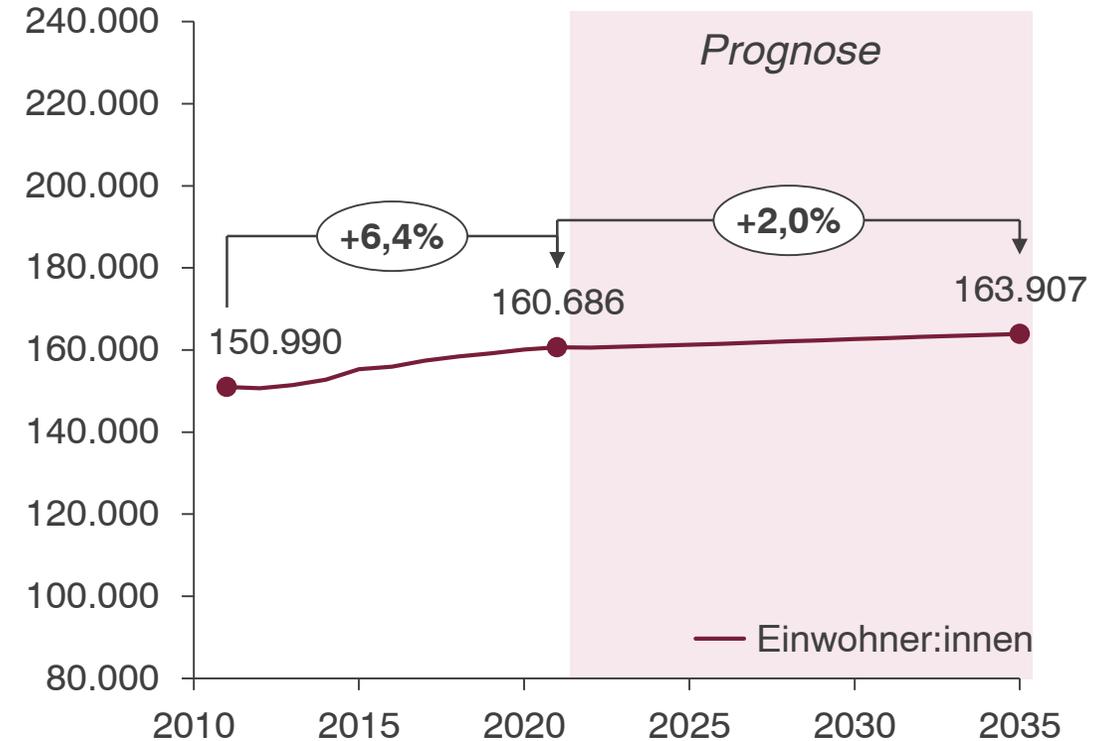
**Demografischer Alterungsprozess** an den Bevölkerungspyramiden im Landkreis Böblingen mit **Verschiebung der Babyboomer-Generation ins Rentenalter** zu sehen → **Personalakquise** zur Nachbesetzung ausscheidender Babyboomer zunehmend schwierig; auch vor dem Hintergrund der rückläufigen Gesamtentwicklung der Bevölkerung

# Ähnliche Bevölkerungsstruktur im LK Calw, Alterungsprozess hier nochmals ausgeprägter als im LK Böblingen

Bevölkerungsstruktur LK Calw (2021 vs. 2035)



Bevölkerungsentwicklung LK Calw (historisch & Prognose)



# Der Handlungsdruck durch äußere Einflüsse ist für den KVSW hoch – in einer solchen Situation kann das Arbeiten im Verbund als Chance genutzt werden

## Zusammenfassung der Ausgangslage

- Durch verschiedene externe Faktoren wird das Gesundheitswesen und der Klinikverbund Südwest beeinflusst
  - ❖ Die Verschiebung der Babyboomer-Generation ins Rentenalter führt zu einem Fachkräftemangel, wodurch in Zukunft nicht mehr alle Leistungen an einem Krankenhausstandort angeboten werden können
  - ❖ Verschiedene externe Rahmenbedingungen werden die zukünftige Leistungserbringung beeinflussen, insbesondere der Fachkräftemangel ist hier zu nennen
- Die Regulierungen für Krankenhäuser nehmen in den letzten Jahren deutlich zu und haben ebenfalls einen enormen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser
- Mit den Reformvorschlägen der Bundesregierung spitzt sich der Handlungsdruck in Bezug auf die Neuausrichtung von Krankenhäusern zu
- Eine Chance besteht darin, dass der Klinikverbund Südwest mehrere Standorte in geografischer Nähe betreibt. Gemeinsam besteht die Möglichkeit sich zukunftssicher aufzustellen, indem sich die Standorte gegenseitig stärken, die Leistungen nach Schwerpunkten aufteilen und dadurch die Strahlkraft erhöhen
- Einzelstandorte haben diese Chance nicht, weshalb die Vorteile der Verbundstruktur zwingend genutzt werden sollten



Die strategische Ausrichtung des Klinikverbund Südwest wird sich an den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und den Herausforderungen der Zukunft (Fachkräftemangel, usw.) orientieren müssen – das gemeinsame Handeln im Verbund kann der entscheidende Erfolgsfaktor sein

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

## Ausgangslage

- Ordnungspolitischer Rahmen, Trends, geografische und demografische Vorbetrachtung
- **Exkurs: Krankenhausreform des Bundes**
- Darstellung der aktuellen und historischen Wirtschaftlichkeit des KVS

Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Details Krankenhausreform | Das Eckpunktepapier zur Krankenhausreform besteht aus drei wesentlichen Kernelementen



Bundesministerium  
für Gesundheit



Das Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10.07.2023 besteht aus drei Kernelementen:

## 1. Vorhaltefinanzierung:

*Veränderung der mengenbezogenen DRG-basierten Vergütung zugunsten eines Zwei-Säulen-Modells durch Hinzufügen einer **Vorhaltefinanzierung** – bei gleichzeitiger Reduktion der DRG-Komponente. Es werden Leistungsgruppen als Kriterium für die Zuordnung einer Vorhaltevergütung genutzt.*

## 2. Leistungsgruppensystematik und Qualitätsbezug:

*Definition des Leistungsspektrums der einzelnen Krankenhäuser durch ein System von **Leistungsgruppen** nach dem Vorbild des **NRW-Konzeptes** mit dahinterliegenden **Qualitätskriterien je Leistungsgruppe**. Leistungsgruppen sind passgenauer als DRGs (wegen sehr hoher Granularität) oder Fachabteilungen (wegen zu niedriger Spezifität) und können dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden.*

## 3. Sektorenübergreifende Versorgung („Level II-Krankenhäuser“)

***Sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser)** sind Plankrankenhäuser nach § 108 Nummer 2 SGB V, soweit sie stationäre Leistungen erbringen. Ihnen kommt eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer **sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung** zu. Hierunter können bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren fallen. Sektorenübergreifende Versorger sollen als wesentlicher Bestandteil in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung sowie weiterer Gesundheitsberufe sein.*

# Das Eckpunktepapier des BMG gibt vor, dass sich LG & Qualitätskriterien an NRW orientieren sollen

## 3.2. Erstmalige Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen

Die Definition von Leistungsgruppen ist für den Erfolg der Krankenhausreform von höchster Relevanz. Sie haben eine hohe Bedeutung für die zukünftige Krankenhausplanung und die Sicherstellung der stationären Versorgung. Bund und Länder erarbeiten und verantworten gemeinsam die Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien, die durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgelegt werden.

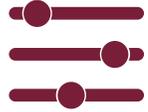
Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien erfolgt auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen zuzüglich folgender fünf ergänzender, fachlich gebotener Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie und wird durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgeschrieben.

Das Eckpunktepapier des BMG gibt vor, dass die bundesweite Reform die Kriterien der NRW-Krankenhausplanung übernehmen soll

Dies soll mutmaßlich den weiteren Prozess beschleunigen, da eine eigenständige Ausarbeitung der LG-Systematik und der Qualitätskriterien äußerst zeitintensiv ist

Eine sehr genaue Auseinandersetzung mit den Qualitätskriterien der NRW-Krankenhausplanung scheint daher alternativlos

# Die Ausgestaltung der KH-Reform kann zu relevanten Veränderungen im Markt führen



## Umverteilung der Fälle

*kurz bis mittelfristig*

In Abhängigkeit der Umsetzung der KH-Reform wird es mit Blick auf die Zielsetzung zu einer Zentralisierung der Strukturen, insb. in den komplexeren Leistungen kommen. Daraus ergibt sich eine Umverteilung der Fallvolumina zwischen den verbleibenden Standorten

Auch einfachere Leistungen werden von Umverteilungen geprägt sein



## Kooperationsausbau

*kurz bis mittelfristig*

Der Ausbau von Kooperationen wird weiter an Bedeutung gewinnen – die angestrebte KH-Reform wird auch das Kooperationsnetz verändern und erweitern z.B. Zuweiser, Lehr-KH  
Bereits heute sollten die Zuweiserströme und Kooperationsverträge geprüft werden

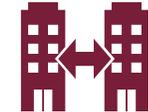
Kooperation als Wettbewerbsinstrument?



## Koordination und Verantwortung

*mittelfristig*

Überregionale Koordination durch Uniklinika und weitere geeignete Versorger mit komplexen Versorgungsleistungen in einer Region sind ein zentraler Bestandteil für eine qualitativ hochwertige Behandlung und Patientensteuerung in der KH-Reform. Die Bestimmung geeigneter Krankenhäuser erfolgt durch die Länder.



## Wettbewerb

*langfristig*

Trotz veränderter Rolle ist weiterhin ein Wettbewerb zwischen den KH vorhanden – die Zahl an Maximalversorgern kann durch z.B. Fusionen zunehmen – somit weitere Dynamiken im Markt vorhanden (Quantität)

Die veränderte Rolle von u.a. Universitätskliniken wird auch hier den Wettbewerb verändern (Qualität)



# Krankenhausplanung & Leistungsgruppen- systematik in NRW

# Die neue Krankenhausplanung wird sich an geänderten Prämissen orientieren, diese gilt es in dem strategischen Prozess zu berücksichtigen



**Leistungsorientierung:** Einführung einer Leistungsgruppen-(LG) Systematik zur differenzierten Planung einzelner medizinischer Felder; diese ersetzt die wenig differenzierte Fachabteilungsplanung



**Bedarfsorientierung:** Einführung der zusätzlichen Ebene des zukünftigen Bedarfs, dieser wird je LG und geografischer Ebene bestimmt und beeinflusst auch die Anzahl der zukünftigen Leistungserbringer/ Leistungsaufträge



**Qualitätsorientierung:** Festlegung von z.B. Struktur- und Prozessqualitätskriterien welche zur Erbringung von LG erfüllt sein müssen (z.B. Erbringung verwandter LG, Vorhaltung von Geräten oder Fachärzt:innen)



**Festlegung unterschiedlicher Planungsebenen:** Regionale Planung orientiert sich an den Merkmalen der LG und kann sich dabei unterscheiden: Kreis-Ebene ist ebenso denkbar wie NRW-weite Planung



**Versorgungsaufträge je LG, Auswahlentscheidungen:** Versorgungsaufträge werden je LG vergeben, in Abh. der LG und des zuk. Bedarfs werden auch Auswahlentscheidungen getroffen, d.h. auch KH, die die Qualitätsvorgaben erfüllen, können ohne Versorgungsauftrag bleiben



**Schwankungsbreite:** Die neue KH-Planung ersetzt Betten je Fachabteilung durch Fallzahlen je LG (siehe Bedarfsorientierung) und legt eine Schwankungsbreite fest, innerhalb derer sich die Leistungserbringung bewegen soll

# Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ aus NRW zeigen wie zukünftige Strukturmerkmale ausgestaltet sein könnten

Beispielhafte Darstellung der Qualitätskriterien aus NRW: LG „Interventionelle Kardiologie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben <sup>6</sup>		Sonstige Struktur- u G-BA/Bund
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
8.2	Interventionelle Kardiologie	VG	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LB Herzchirurgie <sup>1</sup> LG Kardiale Devices <sup>1</sup>	Katheterlabor, Röntgen, CT 24/7, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	5 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.
			Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LB Herzchirurgie <sup>1</sup> LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices <sup>1</sup>		Kardio-MRT			Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28 G-BA Notfallstufen in der Fassung vom 19. April 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4, in Kraft getreten am 19. Mai 2018; zuletzt geändert am 20. November 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 24.12.2020 B2), in Kraft getreten am 1. November 2020, oder erweiterte Notfallstufe oder umfassende Notfallstufe

Qualitätsanforderungen für Intensivmedizin vergleichsweise hoch, umfassende Anforderungen an Geräte

5 FÄ Kardiologie deutlich herausfordernd

Mindestkriterien: Erfüllung ist „Pflicht“  
Auswahlkriterium (Bestenauslese): Notwendig wenn weniger Aufträge vergeben werden als Bewerbungen vorhanden sind.

Das Beispiel aus NRW zeigt wie zukünftige **Strukturmerkmale** ausgestaltet sein werden

Die Qualitätskriterien der NRW KH-Planung waren ein wesentliches Element für den Strukturstressstest des Medizinkonzepts

Das gezeigte Beispiel verdeutlicht die Herausforderungen der zukünftigen Leistungserbringung: Nur mit einer Leistungskonzentration wird der KVS in der Lage sein die Anforderungen für komplexe LG zu erfüllen

Das Beispiel der interv. Kardiologie zeigt dies deutlich, derzeit würden Leonberg, Nagold und Calw die Voraussetzungen für diese LG nicht erfüllen



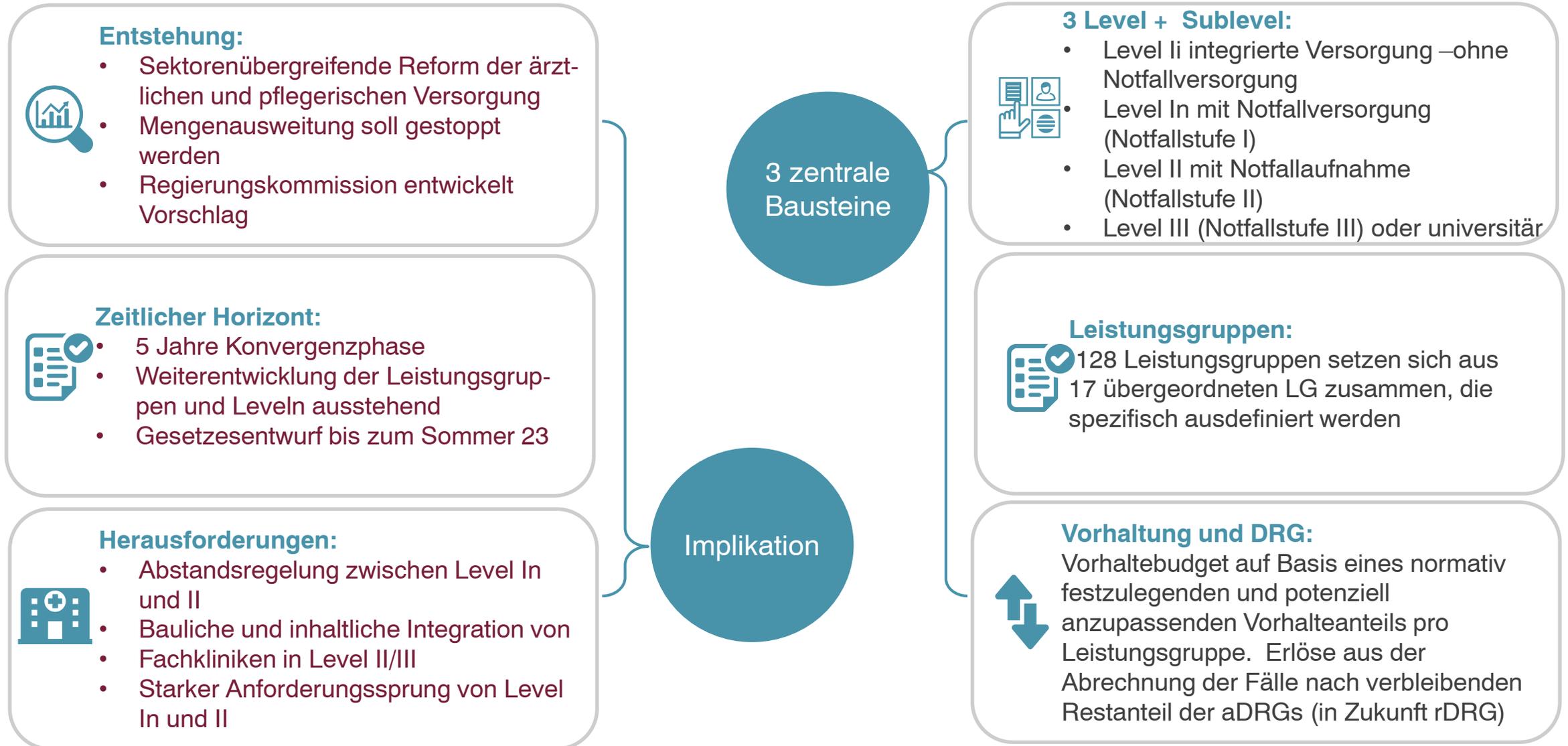
# Rückblick: Papier der Regierungskommission

Hinweis: Das Papier der Regierungskommission wurde am 6.12.2022 vorgestellt. Bis zur Veröffentlichung der Diskussionsgrundlage vom 19.5.2023 und des anschließenden Eckpunktepapiers vom 10.07.2023 war dies die Diskussionsgrundlage für die Krankenhausreform.

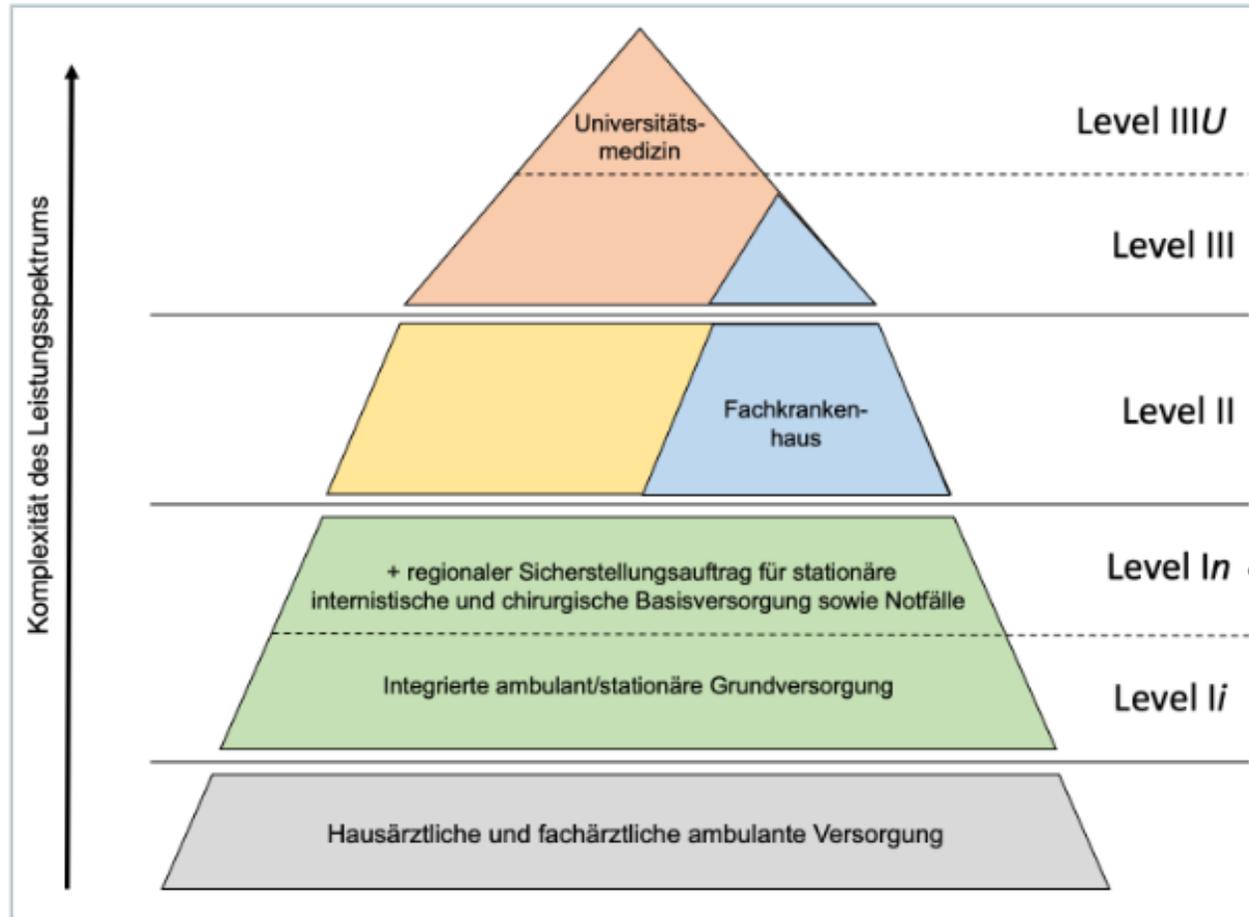
Da die Kernerarbeitung des Projektes auf den Zeitraum vor Mai 2023 fiel, diente dieses Papier in dieser Projektphase als Diskussionsgegenstand für die weiteren Überlegungen.

Zwar sind einige konkrete Vorschläge des Papiers der Regierungskommission, insbesondere die Level-Systematik nicht mehr Gegenstand der aktuellen Diskussion, dennoch hat sich gezeigt, dass die Implikationen eine hohe Deckungsgleichheit mit dem derzeitigen Arbeitsstand haben.

# Kurzüberblick über die grundlegende Reform der Krankenhausvergütung gemäß des Konzeptpapiers der Regierungskommission vom 6.12.2022

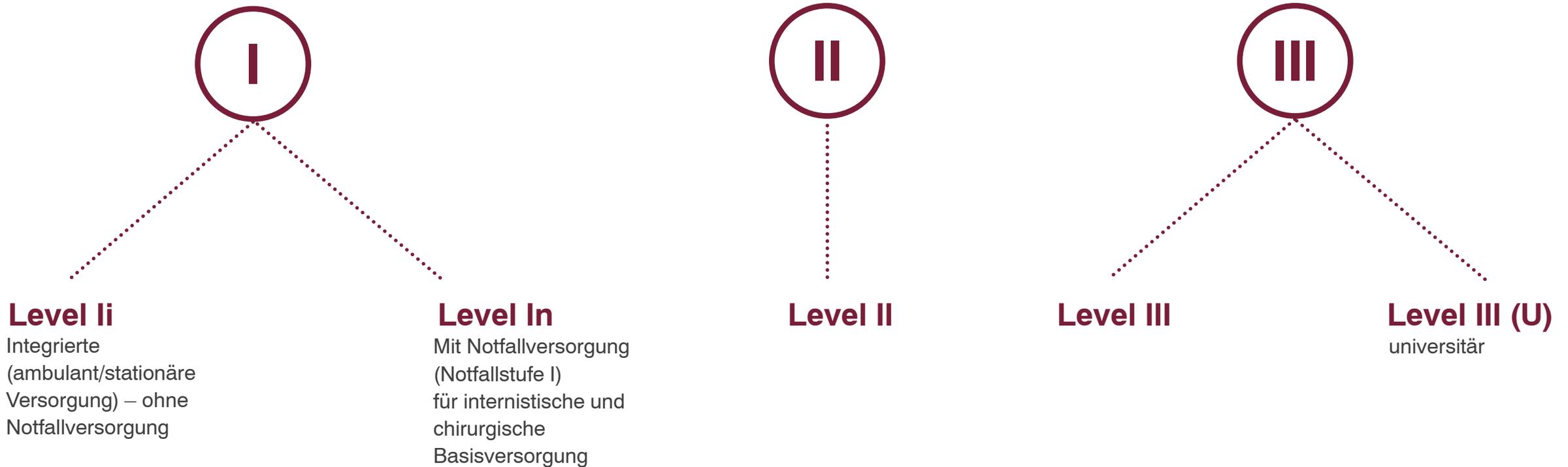


# Die Regierungskommission schlägt ein bundesweit einheitliches System mit Versorgungsleveln vor, von denen Level I und III nochmals weiter differenziert werden



Die Erbringung von LG wird an Stufen geknüpft. Nach derzeitigem Stand in Level 1n keine Erbringung von komplexen Leistungen<sup>1</sup>

# Die Regierungskommission schlägt ein bundesweit einheitliches System mit drei Leveln vor, von denen Level I und III nochmals weiter differenziert werden



**Mit steigendem Level steigt auch die Komplexität des Leistungsspektrums**

- Feste Vernetzungen von Kliniken aus Level I mit Kliniken aus Level III (Partnerkliniken)
- Fachkliniken werden gesondert betrachtet, da sie nicht über eine Notaufnahme verfügen, baulich und inhaltlich in Kliniken der Stufe II und III integriert
- Kliniken mit **Level In** müssen 30min von Kliniken **mit Level II** oder **Level III** entfernt sein

# Erbringbare Leistungsgruppen in Kombination mit Strukturkriterien konstituieren das Krankenhaus-Level



## Voraussetzungen

1. Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie und nach lokalem Umfeld weitere Fachgruppen mit Sicherstellung der Basis-Notfallversorgung
2. Notaufnahme mit LG Basishandlung Notfallmedizin LG 12.0 (Level I gem. G-BA)
3. LG Basisbehandlung Intensivmedizin (mit mind. 6 täglich betreibbaren Intensivbetten)



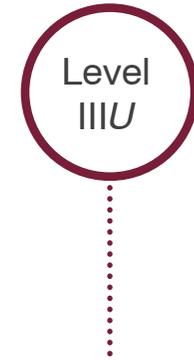
## Voraussetzungen

1. Siehe Level I plus weitere LG
  - i. Mind. 3 internistische LG (1.1-1.9) und chirurgische LG (2.1-2.7)
  - ii. LG 3.1, 3.2, 3.3, 14.1 (Stroke Unit)
  - iii. Mind. 5 weitere LG 3-11 und 15/16
2. Notaufnahme Level II gem. G-BA
3. LG Intensivmedizin Level II gem. G-BA (Mindestzahl täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten  $\geq 10$ , High Care  $\geq 10$ )



## Voraussetzungen

1. Siehe Level II plus weitere LG
  - i. Mind. 5 internistische LG (1.1-1.9) und chirurgische LG (2.1-2.7)
  - ii. weitere LG aus mind 8 von 12 LG (3-11 und 15-17)
2. Notaufnahme Level III gem. G-BA
3. LG Intensivmedizin Level III gem. G-BA (Mindestzahl täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten  $\geq 20$ , High Care  $\geq 20$ )



## Voraussetzungen

- Siehe Level III + Aufgaben der
  - überregionalen Koordination/Steuerung,
  - System- und Zukunftsaufgaben (z. B. Pandemic-Preparedness-Infrastruktur für Krankenversorgung)
  - Erhalt und Weiterentwicklung des Fächerspektrums (u. a. Weiterbildungsberechtigung auch in „kleinen Fächern“)
  - Entwicklung und Umsetzung von Translation und Innovation

# Charakteristika und Mindeststrukturvoraussetzungen der Levelstufe II und I

Stufe	Leistungsspektrum	Notaufnahme	Intensivmedizin	Ärztliche Anwesenheit außerhalb der Kernarbeitszeit	Vergütung
II	<p>Innere Medizin und/oder Chirurgie. Schwerpunkt amb. Med. Leistungen, <b>weitere Fachdisziplinen möglich.</b>                      Zwingend Akutpflegebetten für regionale Grundversorgung ohne Fachabteilungszuordnung.  <b>Sektorübergreifende Integration mit niederg. Ärzten</b>                      -Labor                      -Ultraschall                      -Röntgen                      -Tagdienst                      -Sozialdienst</p>	keine	keine	<b>Mindestens fachärztliche Rufbereitschaft</b>	<p><b>Sachgerechte, degressive Tagespauschale</b>                      a) Nach <b>EBM</b> für Ärzte mit KV Zulassung                      b) Um ärztlichen Anteil erhöhte <b>Tagespauschale</b> für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Budgetdeckung</p>
I	<p>Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie nach lokalem Umfeld weitere Fachgruppen mit Sicherstellung der Basisnotfallversorgung                      -CT                      -Labor</p>	<b>Level I GBA</b>	<b>Level I GBA</b>	<b>Bereitschaft, Fachärztliche Rufbereitschaft</b>	<b>Vorhaltepauschale + rDRG + Pflegebudget</b>

# Charakteristika und Mindeststrukturvoraussetzungen der Levelstufe II und III

Stufe	Leistungsspektrum	Not- aufnahme	Intensiv- medizin	Ärztliche Anwesenheit außerhalb der Kernarbeitszeit	Vergütung
II	<p><b>Mindestens je 3 internistische (1.6 Kardio) Leistungsgruppen und chirurgische Leistungsgruppen</b>            LG (3.1, <b>3.2 (Geburten)</b>, 3.3, 14.1 (Stroke Unit)            LG Allgemeine Intensivmedizin            Erweiterte Notfallmedizin  <b>Weitere Leistungsgruppen aus mind. 5 weitere Leistungsbereichen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telemedizinische Anbindung an andere Krankenhäuser in der jeweiligen LG</li> <li>• MRT</li> <li>• Angiographie</li> <li>• Endoskopie</li> <li>• Stroke Unit</li> <li>• Onkologie</li> </ul>	Level II (GBA)	Level II	Innere/Chirurgie/Intensiv/Notfall 24/7; FÄ Rufbereitschaft (s. Tabelle Vorhaltung jeweilige LG)	Vorhaltepauschale + rDRG + Pflegebudget
III	<p><b>Wie Stufe II, aber mind. je 5 internistische und chirurgische Leistungsgruppen, LG Komplexe (umfassende) Intensivmedizin, weitere LG aus mind. 8 der 12 weiteren Leistungsbereiche (3-11 und 15-17).</b>            Telemedizinische Verknüpfung mit Kliniken der Stufe I, II und Fachkliniken in der jeweiligen Leistungsgruppe.            Sozialdienst, Onkologie</p>	Level III (GBA)	Level III	Innere/Chirurgie/Intensiv/Notfall FÄ 24/7, andere Leistungsbereiche Bereitschaft	Vorhaltepauschale + rDRG + Pflegebudget

# Mehr Regulierung durch Krankenhausreform trotz Einigung auf Handlungsspielräume der Länder je nach regional unterschiedlichen Versorgungsbedarfen

## Zusammenfassung der Vorbetrachtungen zur Krankenhausreform

- Am **06. Dezember 2022** veröffentlichte der Bundesgesundheitsminister und die Mitglieder der Regierungskommission eine Stellungnahme und Empfehlung für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit dem Vorschlag einer grundlegenden **Reform der Krankenhausvergütung**
- **Historie** der politischen Entscheidungsfindung bis zum Eckpunktepapier vom 10.07.2023:
  - In der Stellungnahme vom **06.12.2022** wurden drei klare Ziele formuliert. Erstens sollte die Bedeutung des bestehenden DRG-Systems reduziert und im Gegenzug eine Vorhaltefinanzierung für Leistungsgruppen eingeführt werden. Zweitens sollte die bisherige grobe Zuordnung von Fachabteilungen zu Krankenhäusern durch genauer definierte Leistungsgruppen ersetzt werden. Das dritte Ziel war die einheitliche Definition von Versorgungsstufen (Level), für die erstmals bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die strukturelle und personelle Ausstattung gelten sollten
  - Die ersten **Gespräche** mit der **Bund-Länder-Gruppe** begannen im Januar 2023. Es folgten weitere Gespräche und Überarbeitungen des ersten Reformentwurfs. Am 01.06.2023 erfolgte eine erste Einigung der Bund-Länder-Gruppe über die Vorhaltepauschalen und die Orientierung an Leistungsgruppen mit dahinter liegenden Qualitätskriterien, die der bereits bestehenden Systematik Nordrhein-Westfalens folgen
  - In der Sitzung der Bund-Länder-Gruppe am 29.06.2023 wurden weitere Vereinbarungen getroffen, woraufhin am **10.07.2023** das gemeinsam erarbeitete **Eckpunktepapier** als Grundlage für einen Gesetzentwurf veröffentlicht wurde. Zentrale Ergebnisse des Eckpunktepapiers sind zum einen die Ablösung der Fallpauschalen (DRG) durch das System der Vorhaltepauschalen, um die Krankenhäuser vor finanziellen Einbrüchen zu schützen. Zum anderen soll das Leistungsprofil der Krankenhäuser auf **Leistungsgruppen mit dahinter stehenden Qualitätskriterien** je Leistungsgruppe **nach einer leicht adaptierten NRW-Systematik** fokussiert werden. Ziel ist es **Versorgungsstrukturen sichtbar** zu machen, um die **Qualität der Leistungserbringung** zu verbessern



Insbesondere die erste Empfehlung der Regierungskommission vom 06.12.2023 hätte zu einer deutlich stärkeren Reglementierung des Leistungsprofils der Krankenhäuser geführt. Mit der Verständigung in den Bund-Länder-Gesprächen auf das vorliegende Eckpunktepapier ist die Grundlage für eine Reform geschaffen worden, die zwar mehr Regulierung schafft, den Ländern aber auch genügend Spielraum für die unterschiedlichen regionalen Versorgungsbedarfe lässt

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

## Ausgangslage

- Ordnungspolitischer Rahmen, Trends, geografische und demografische Vorbetrachtung
- Exkurs: Krankenhausreform des Bundes
- **Darstellung der aktuellen und historischen Wirtschaftlichkeit des KVS**

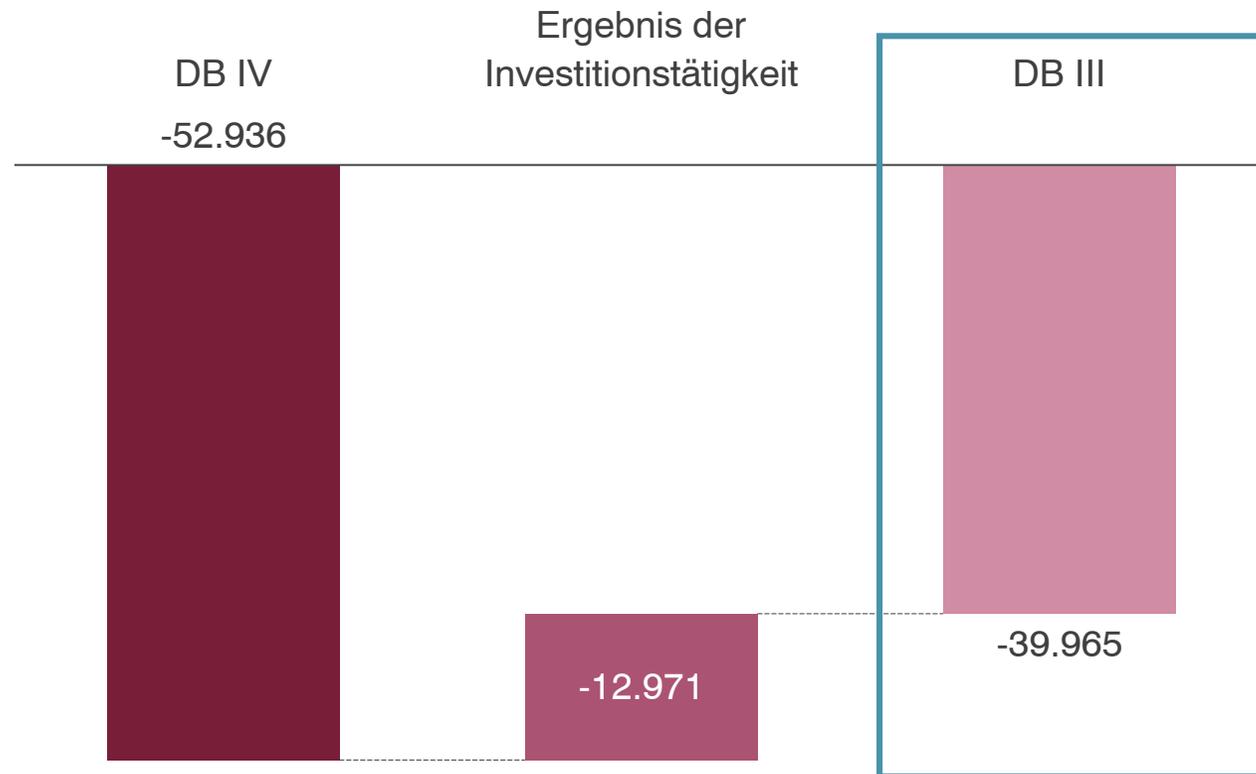
Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Als Basis für die wirtschaftliche Bewertung dient der DB III der DB-Rechnung, dieser entspricht im Wesentlichen dem operativen Ergebnis (EBITDA)

Deckungsbeiträge 2022 in TEUR



Wirtschaftliche Implikationen von Konzepten werden in der Regel auf Basis des operativen Geschäfts bewertet

Die bestehende Lücke zwischen operativem Ergebnis und Jahresergebnis ist trotzdem hoch relevant und sollte in der Gesamtbewertung Beachtung finden

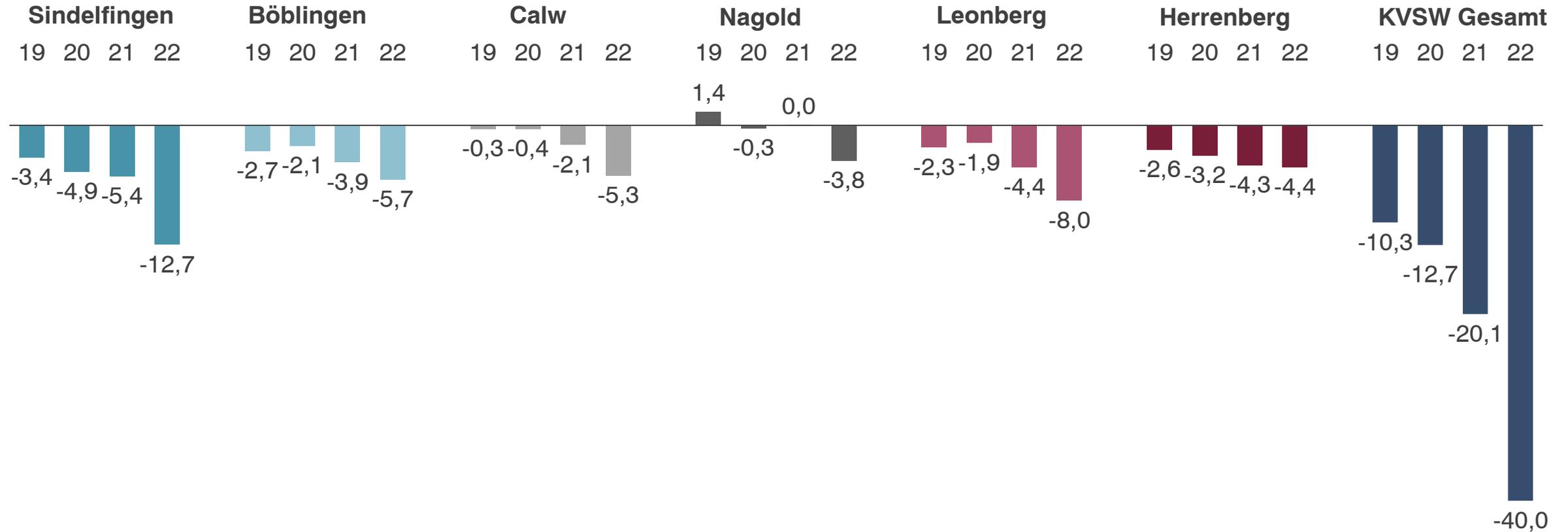
Quelle für alle folgenden Analysen ist die KVSW interne DB-Rechnung (Stand Anfang Juni 23)

Für die folgenden Analysen wird stets der DB III verwendet

In der aktuellen Prognose für **2023** wird von einem **negativen Ergebnis (DB IV) von rd. 70 Mio. EUR ausgegangen**

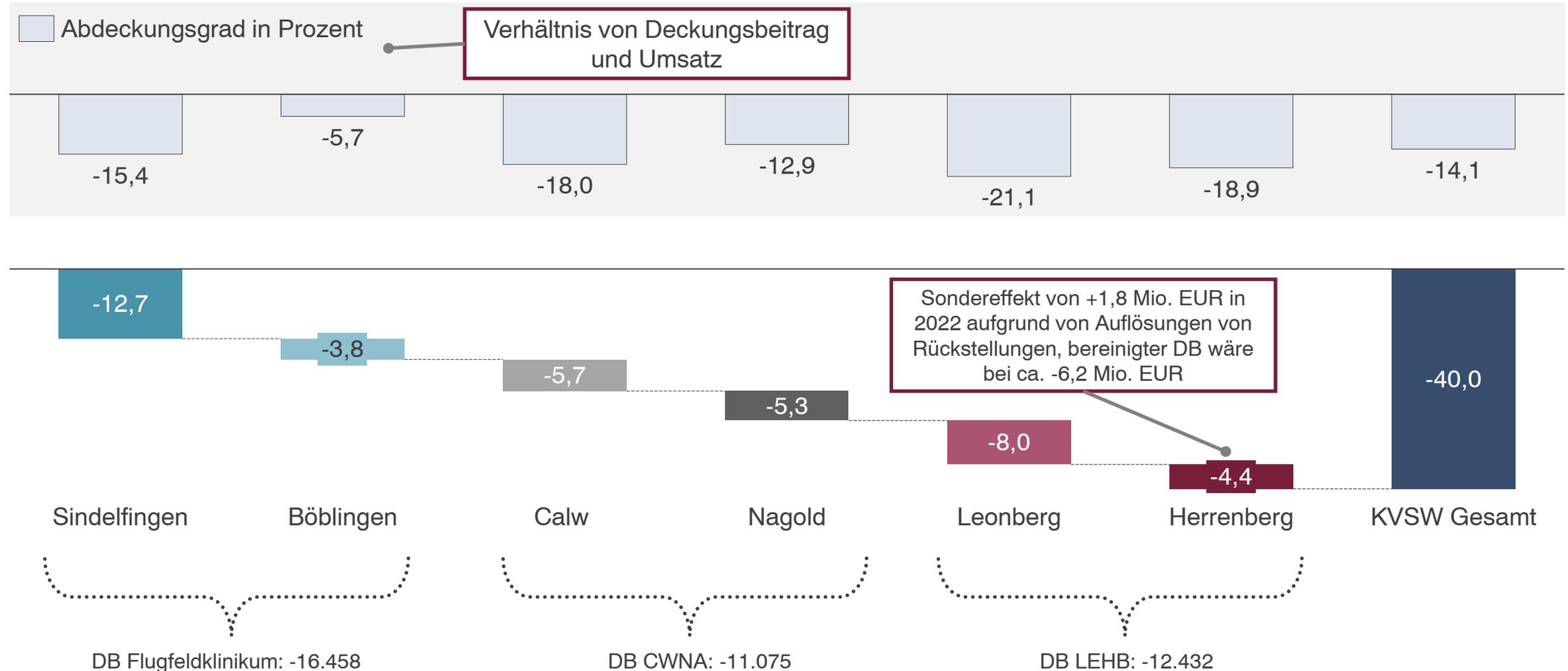
# Historische Entwicklung der Deckungsbeiträge | Deutliche Verschlechterung der Deckungsbeiträge an allen Standorten

Deckungsbeiträge (DB III) KVSW in der historischen Entwicklung 2019 bis 2022 in Mio. EUR



# Hoher Handlungsdruck insbesondere bei den Standorten mit einem stark negativen Abdeckungsgrad (Leonberg, Herrenberg, Calw)

Deckungsbeiträge (DB III) nach Standorten 2022 auf Gesamthausebene in Mio. EUR



# Die wirtschaftliche Situation des KVSW hat sich in den letzten Jahren deutlich verschlechtert, Doppelstrukturen klar mit negativen Ergebnissen zusammenhängend

## Zusammenfassung der aktuellen und historischen Wirtschaftlichkeit des KVSW

- Mehr als 50 Mio. EUR Verlust in 2022, operatives Ergebnis bei ca. -40 Mio. EUR
- Deutlich negative Entwicklung seit 2019 erkennbar
- Fehlende Corona-Sonderzahlungen haben das Ergebnis in 2022 maßgeblich beeinflusst, dieser Trend wird sich in 2023 fortsetzen
- Alle Standorte sind defizitär, einzig der Standort Böblingen war in den letzten vier Geschäftsjahren in der Lage positive Ergebnisse zu erwirtschaften
- Das Verhältnis von Deckungsbeiträgen und Umsätzen ist insbesondere an den kleinen Standorten sehr schlecht
- Die Wirtschaftlichkeit ist bei drei von vier Geburtshilfen, insbesondere in Bezug zum Umsatz, als unzureichend zu bewerten
- Ansatzweise kostendeckende bzw. Überschuss erwirtschaftende Leistungserbringung ist dort zu beobachten, wo eine hohe Leistungskonzentration vorhanden ist (z.B. Pädiatrie und Neonatologie in Böblingen)
- Zwar sind einzelne Einmaleffekte (z.B. Umbau in Nagold) zu beachten, dennoch machen diese nur einen kleinen Teil der wirtschaftlichen Probleme des KVSW aus



Eine wirtschaftliche Leistungserbringung ist in den derzeitigen Strukturen des KVSW nicht möglich, es erfordert umfassende Änderungen um dies zukünftig zu erreichen

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

## **Ergebnisse der Kernanalysen**

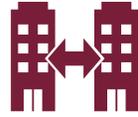
- Leistungs- und Belegungsanalyse
- Wettbewerb, Markt, Marktentwicklung und Marktanteile

Detailanalysen und Strukturstresstest

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Hauptdatenquellen für die weitere Analysen

## § 21



### Leistungsdaten

Berechnung des Leistungsvolumens auf Ebene von Fachabteilungen und Indikationsbereichen

Blick in die Entwicklung der vergangenen Jahre

Benchmark mit anderen Krankenhäusern (L&L Datenbank)

Datengrundlage sind die Datenpakete gemäß §21 KHEntgG

### Qualitätsberichte

Dezidierte Darstellung des Wettbewerbs, z.B. durch Fallzahlen nach Fachabteilungen, OPS oder ICD

Klinikvergleich z.B. bei Leistungen mit Mindestmengenregelungen

### DRG-Statistik

Offizielle Statistik des Stat. Bundesamtes mit allen stationären Krankenhausfällen nach Wohnort

Berechnung von Marktanteilen mit Hilfe der DRG-Statistik

Marktpotentiale erschließen

### Weitere Informationen

Prüfung bestehender Medizinkonzepte und Einbezug in die Analysen

Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (z.B. Krankenhausplanungssystematik)

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

## Ergebnisse der Kernanalysen

- Leistungs- und Belegungsanalyse
  - Wettbewerb, Markt, Marktentwicklung und Marktanteile

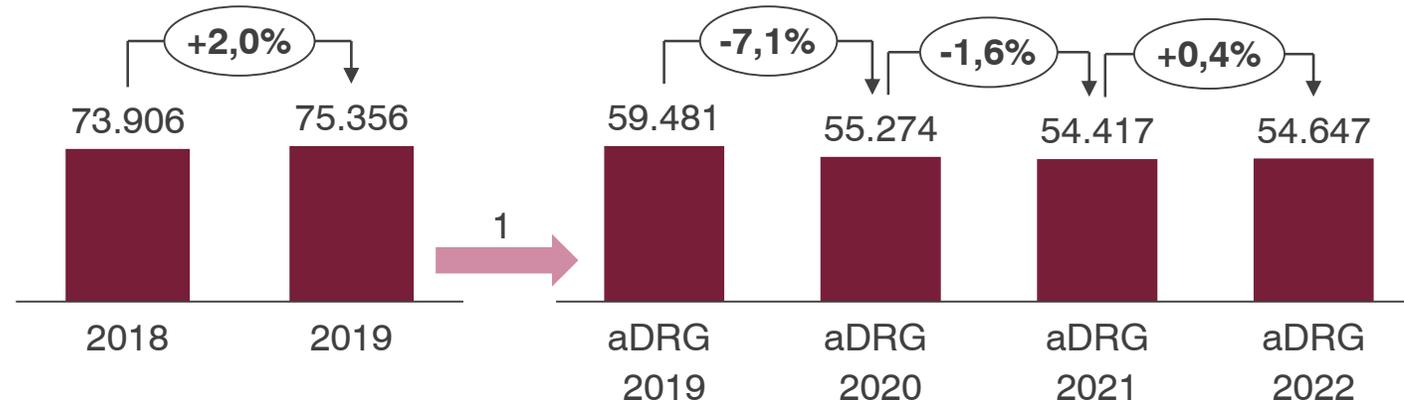
Detailanalysen und Strukturstresstest

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Von 2018 auf 2019 zeigt sich die Leistung im KVSW steigend, Corona-Pandemie mit ca. 13% Verlust bei steigendem CMI; insgesamt niedriger CMI

Entwicklung der effektiven Case-Mix-Punkte, 2018 bis 2022

KVSW gesamt

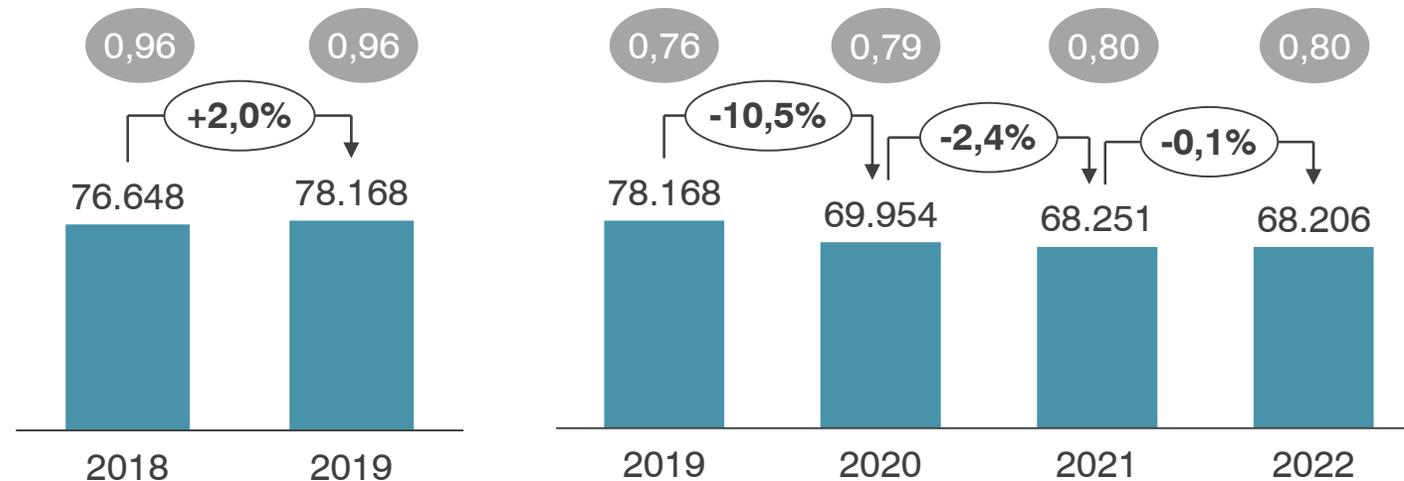


Im Rückblick zeigt sich von 2018 auf 2019 eine leicht steigende FZ- und Leistungsentwicklung

Der corona-bedingte Leistungsrückgang fällt in 2020 im Klinikverbund insgesamt mit -10,5 % (nach FZ) geringer als in Baden-Württemberg aus (-12,4 %), der effCM sinkt um -7,1 %. Das Jahr 2021 zeigt einen weiteren leichten Rückgang (-2,4 % nach FZ)

In 2022 zeigt sich das Leistungsaufkommen vergleichsweise stabil

Entwicklung des Case-Mix-Index und der Fallzahl, 2018 bis 2022



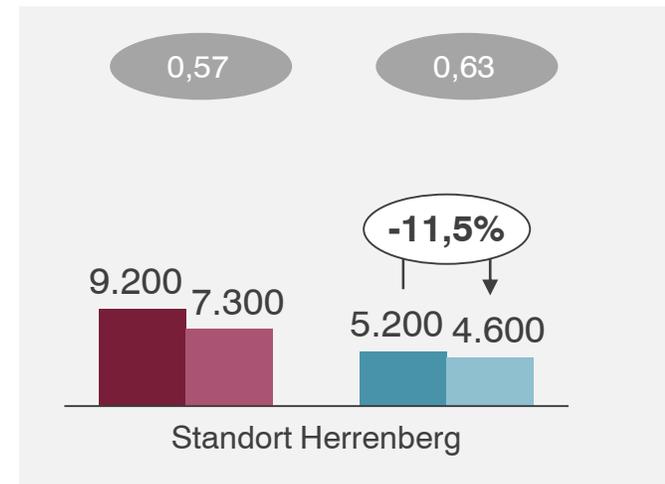
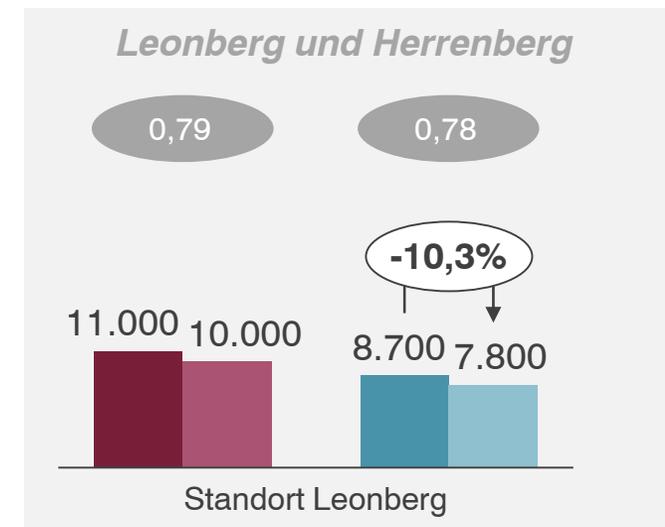
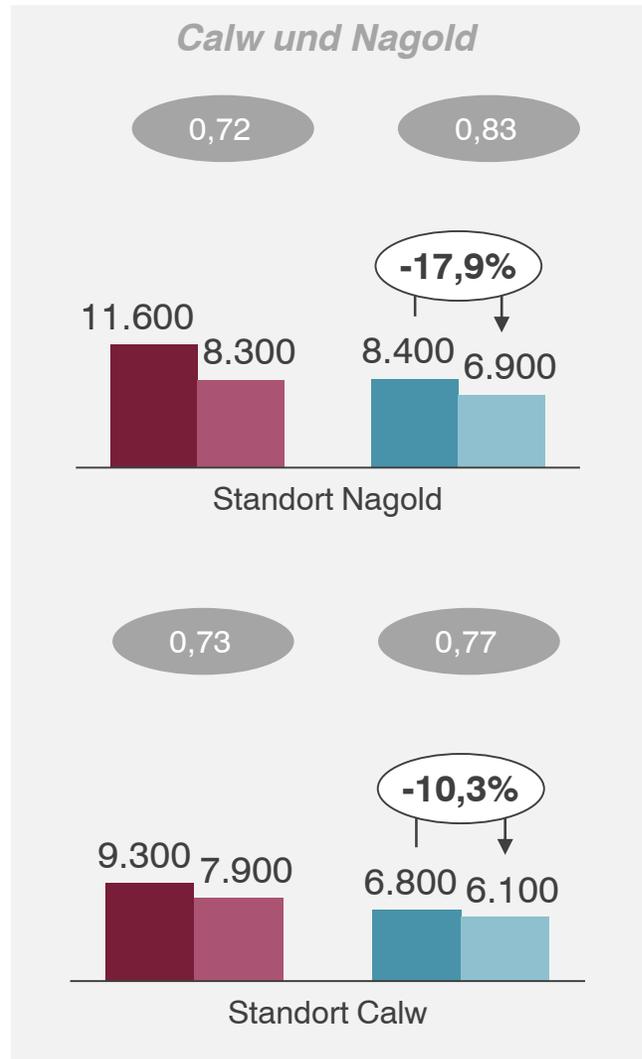
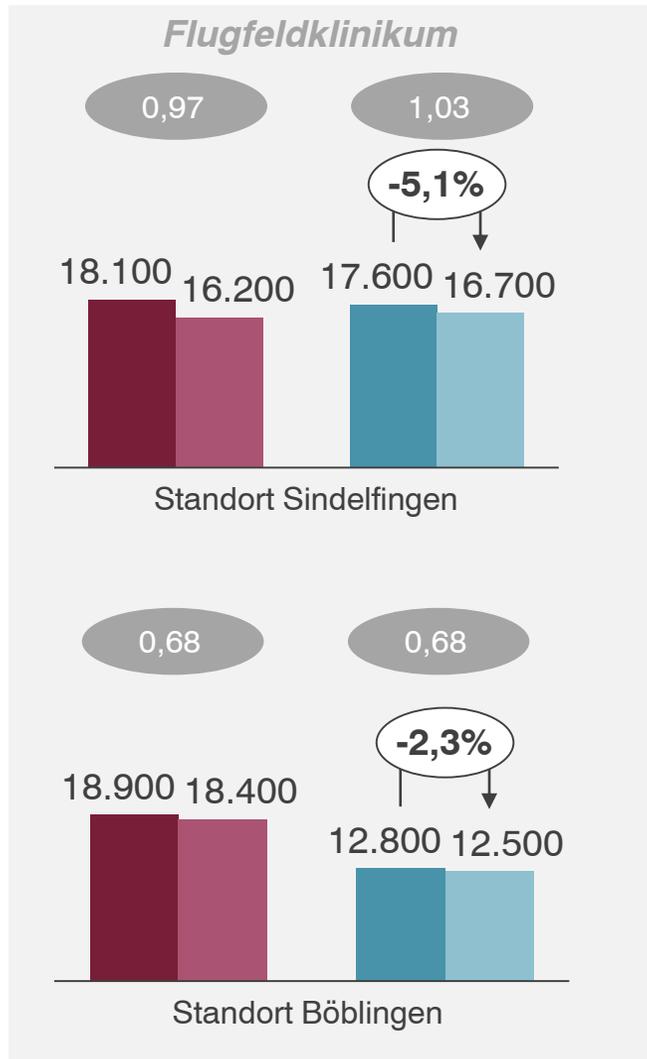
Von 2019 (approximierter aDRG-Wert) bis 2022 steigt der CMI leicht an, dies ist typisch für die Corona-Pandemie, da sich die Behandlung auf komplexere Fälle fokussiert hat

Auffällig ist der über alle Standorte niedrige CMI, dies zeigt Reserven in der Versorgung von komplexeren Fällen

FZ CMI effCM Standort

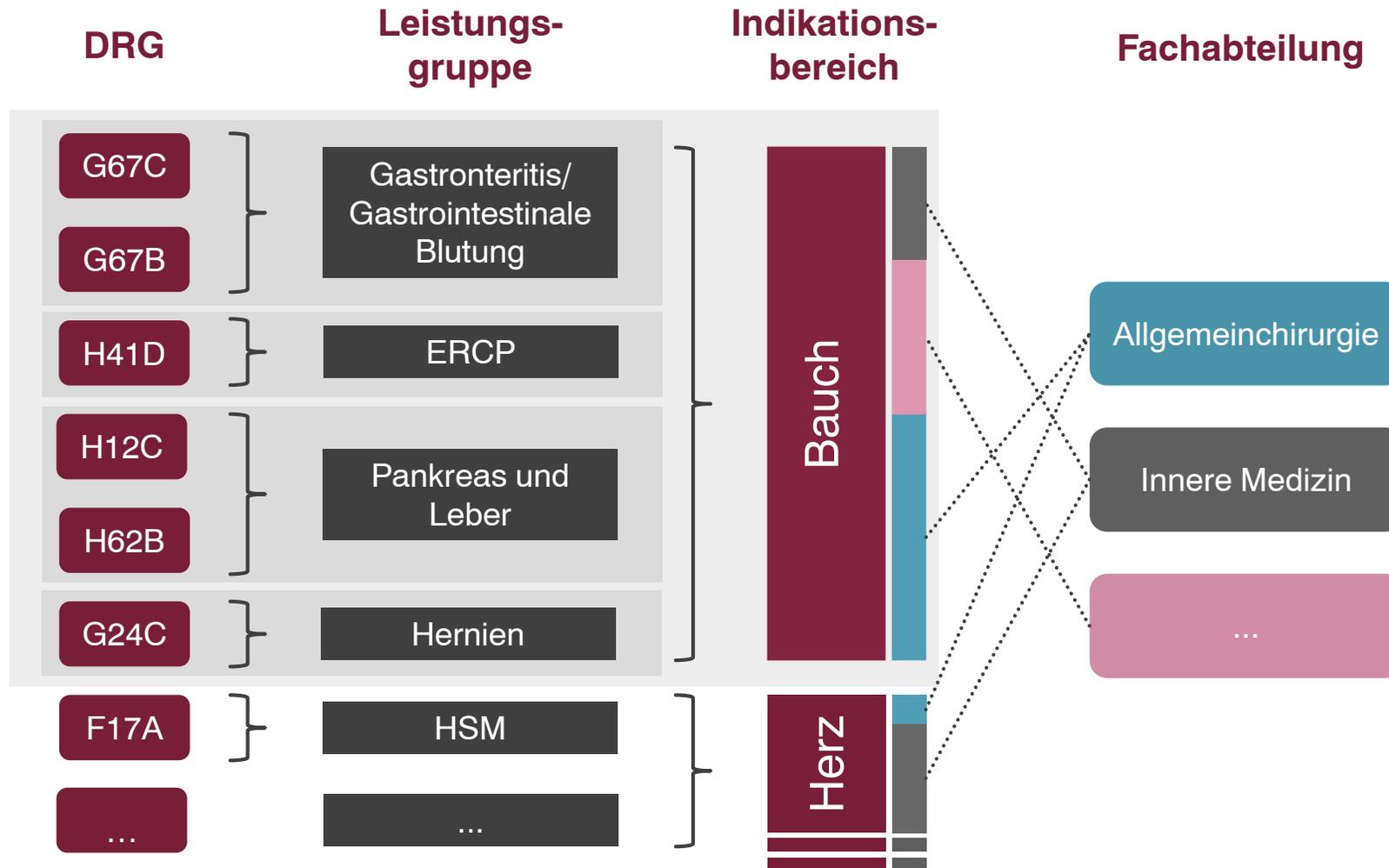
1) Erläuterung zur Darstellung: Mit Einführung der separaten Finanzierung des Pflegepersonals im Jahr 2020 wurde das DRG-System um pflegerische Leistungen bereinigt (nun aDRG). Daher sind die Werte von vor 2019 nicht mit den Werten nach 2019 vergleichbar. Für 2019 existiert sowohl ein DRG als auch ein aDRG-Katalog, so dass für dieses Jahr beide Werte darstellbar sind. Um dies zu würdigen wurde die obige Darstellung gewählt, 2019 ist daher doppelt angegeben

# Insbesondere an den kleineren Standorten zeigt sich im Jahresvergleich 2019/2022 eine rückläufige Entwicklung von Fallzahl und Leistung



■ Fallzahl 2019  
 ■ Fallzahl 2022  
 ■ effCM 2019  
 ■ effCM 2022

# Methodik | Clusterung von DRG-Kodes in Indikationsbereiche und Leistungsgruppen



Die mehr als 1.200 DRG-Kodes werden organbezogen in ca. 200 Leistungsgruppen (LG) eingeordnet

Leistungsgruppen werden (nach Organsystem- oder Therapiebezug) in 24 Indikationsbereiche (IB) sortiert

LG enthalten somit DRGs ähnlicher Krankheitsbilder und Komplexität

Jede LG bzw. jeder IB kann von verschiedenen Fachabteilungen erbracht werden

➤ Die Clusterung ermöglicht uns fachabteilungsunabhängige, krankenhausübergreifende Analysen

# Die Aufteilung der Leistungen im Verbund nach effCM 2022 zeigt relevante Doppelstrukturen

Verteilung des effCM je IB nach Standorten (2022)

Nr.	Indikationsbereich	Sindelfingen	Böblingen	Leonberg	Nagold	Calw	Herrenberg
A	B	C	D	E	F	G	H
1	Bauch	1%	45%	21%	22%	4%	8%
2	Beweg.apparat	52%	1%	12%	5%	18%	12%
3	Herz	46%	2%	13%	21%	13%	5%
4	Eltern/Kind	0%	64%	10%	0%	8%	18%
5	Nephro./Uro.	65%	5%	2%	25%	2%	1%
6	Lunge/Thorax	21%	25%	18%	12%	14%	9%
7	Neuro.	59%	7%	3%	5%	25%	2%
8	Frauen	1%	67%	11%	1%	10%	10%
9	Gefäß	40%	1%	48%	8%	1%	2%
10	Onko./Häma.	44%	16%	8%	12%	12%	7%
11	ITS	28%	29%	20%	9%	5%	9%
12	Geri.	38%	1%	20%	9%	22%	10%
13	Infekt.	23%	16%	17%	13%	20%	10%
14	Wirbels.	48%	1%	12%	4%	29%	6%
15	Diabet./Endokr.	22%	19%	14%	18%	18%	8%
16	plast./rek.-Chir.	25%	19%	14%	15%	18%	10%
17	Trauma/Verletz.	28%	27%	15%	9%	11%	10%
18	Haut	21%	14%	18%	16%	15%	16%
19	Andere	31%	19%	15%	15%	11%	9%
20	Neurochir.	37%	8%	15%	12%	17%	11%
21	HNO/MKG	10%	62%	12%	7%	5%	5%
<b>22</b>	<b>Gesamt</b>	<b>31%</b>	<b>23%</b>	<b>14%</b>	<b>13%</b>	<b>11%</b>	<b>8%</b>

Dargestellt sind die Anteile am effCM (2022) der einzelnen Standorte am Gesamtvolumen des KVS

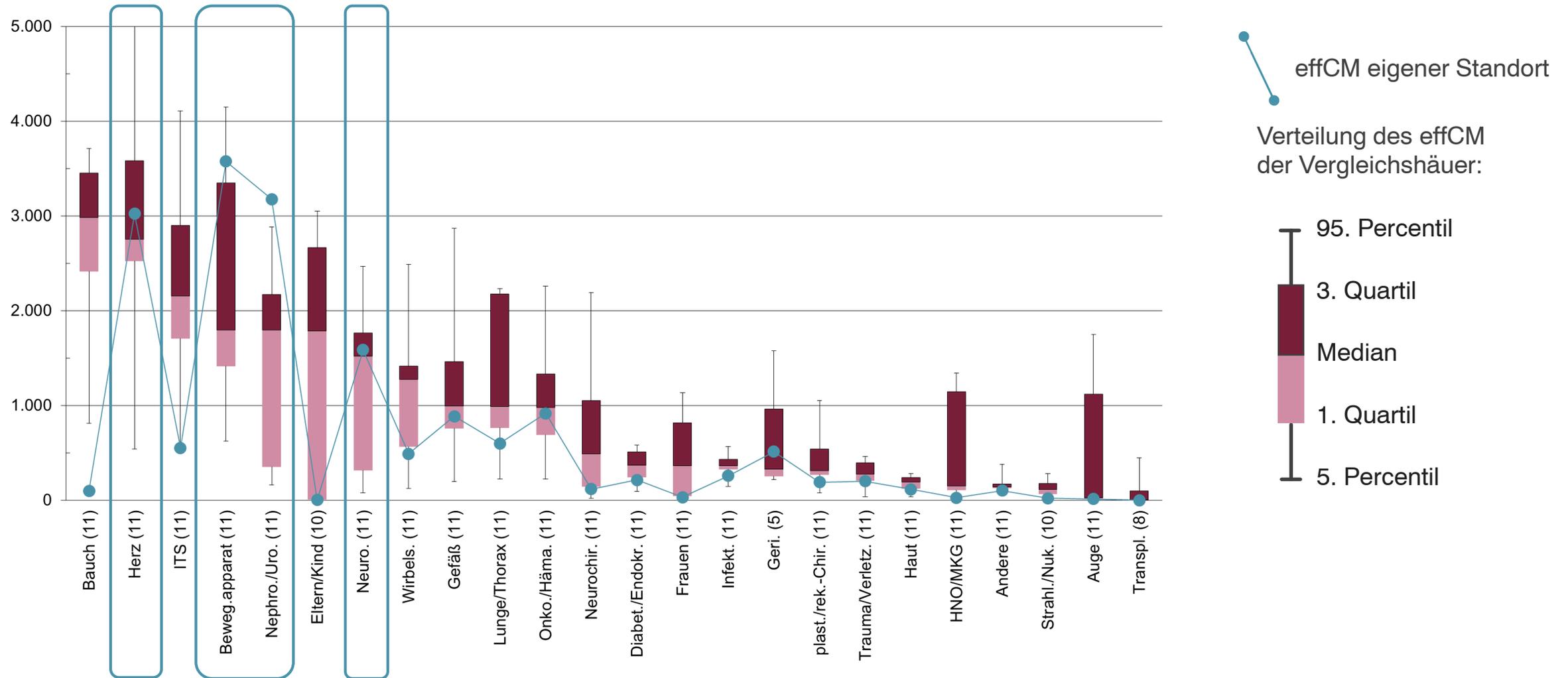
Sindelfingen mit den höchsten Anteilen am effCM in vielen Indikationsbereichen

Teilweise klare Leistungsschwerpunkte der Einzelhäuser erkennbar, wichtige Bereiche sind jedoch nicht stringent zentralisiert, dies wird insbesondere bei Calw/Nagold sichtbar

# Im Vergleich mit Maximalversorgern zeigt sich Sindelfingen im IB Herz, Beweg.-app. und Nephro./Uro. überdurchschnittlich, IB ITS hingegen unterdurchschnittlich

Leistungsprofilanalyse im Benchmark des effCM (aDRG) mit Maximalversorgern 2022

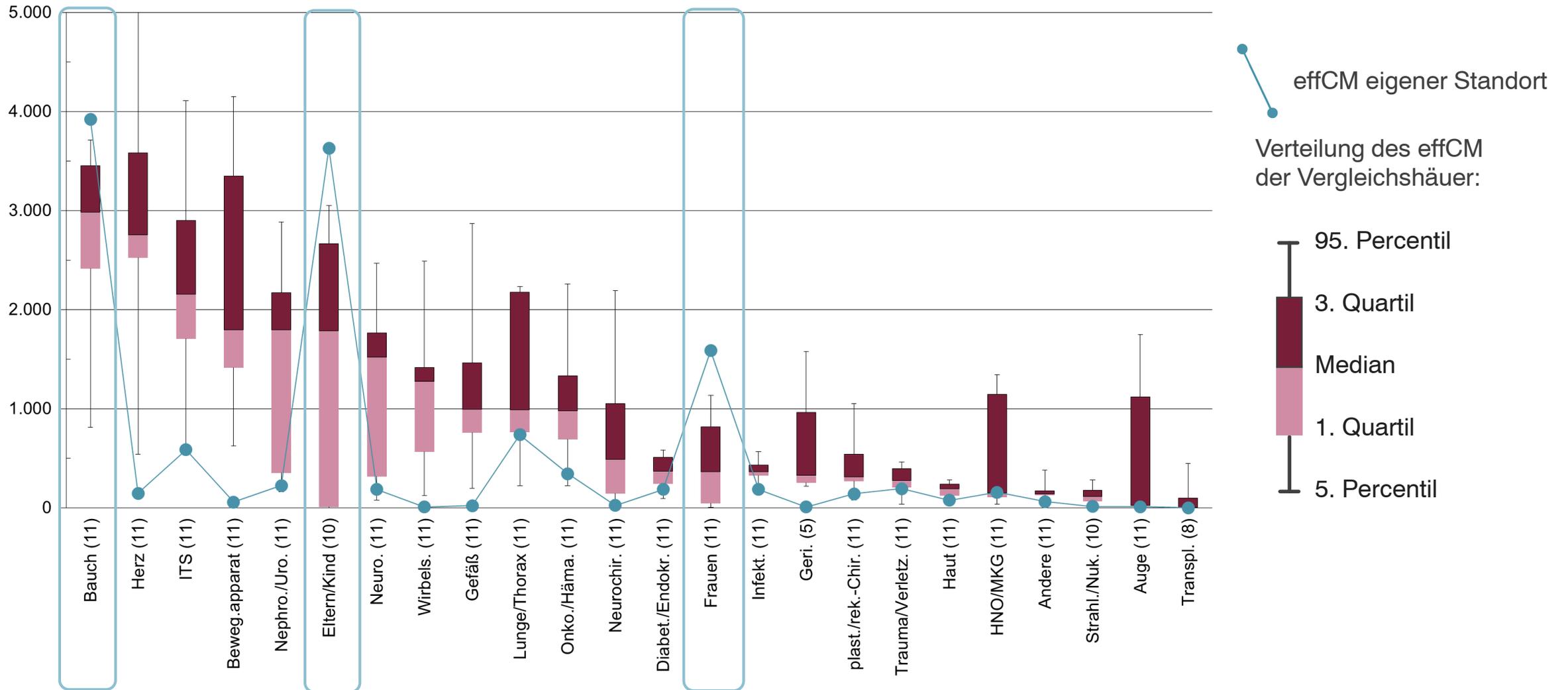
Sindelfingen



# Böblingen zeigt hingegen die Schwerpunkte in den IB Bauch, Eltern/Kind und Frauen, welche ggü. Maximalversorgern überdurchschnittlich repräsentiert sind

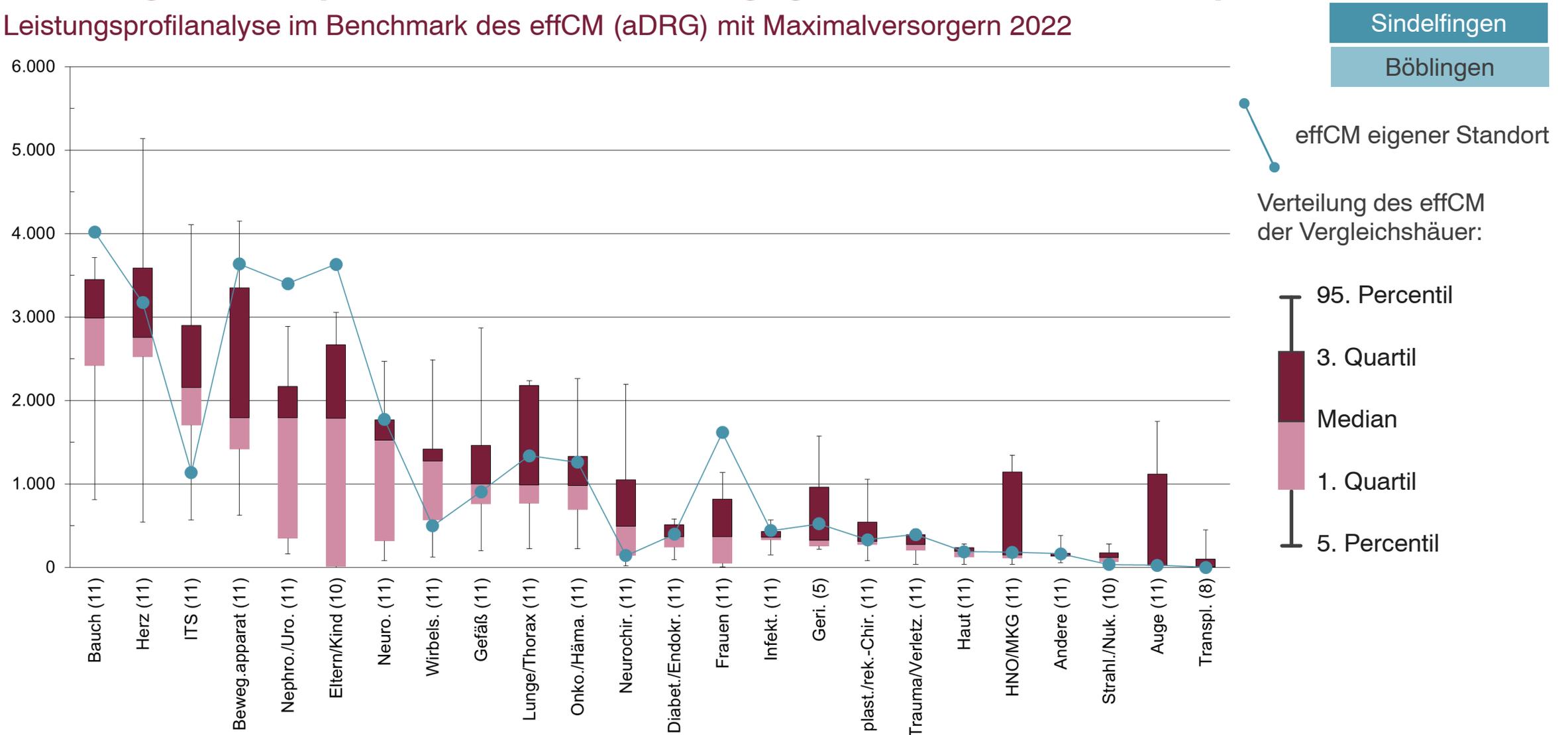
Leistungsprofilanalyse im Benchmark des effCM (aDRG) mit Maximalversorgern 2022

Böblingen



# Im Vergleich mit Maximalversorgern zeigen Sindelfingen und Böblingen deutliche Leistungsschwerpunkte – der IB ITS hingegen ist deutlich unterrepräsentiert

Leistungsprofilanalyse im Benchmark des effCM (aDRG) mit Maximalversorgern 2022



# Das „virtuelle“ Leistungsprofil des Flugfeldklinikums kann mit Maximalversorgern verglichen werden – mögliche Lücken im Leistungsprofil werden geprüft

## Zusammenfassung Leistungsprofilanalyse Flugfeldklinikum

Die Leistungsprofilanalyse ermöglicht es jeden Krankenhausstandort mit seinen Leistungsschwerpunkten zu analysieren. Methodisch wird dabei das Casemixvolumen eines Indikationsbereichs mit dem von Vergleichskrankenhäusern der selben Versorgungsstufe verglichen. Das Ziel ist es zu erkennen, welche Leistungsbereiche überdurchschnittlich häufig im Vergleich zu anderen Kliniken erbracht werden. Es lassen sich damit Leistungsschwerpunkte und Lücken im Leistungsportfolio identifizieren.

- Die Leistungsprofile der Standorte Sindelfingen und Böblingen werden virtuell als ein Klinikstandort betrachtet
- Das Leistungsprofil des Flugfeldklinikums sollte den Anspruch haben das Leistungsprofil eines Maximalversorgers vorzuweisen, ein Vergleich mit dieser Versorgungsstufe wird daher vorgenommen
- Beide (bisher noch getrennte) Standorte ergänzen sich im Leistungsprofil optimal, sodass viele Indikationsbereiche abgedeckt werden können. Das Casemixvolumen im Vergleich zu anderen Maximalversorgern zeigt sich in vielen Indikationsbereichen sogar überdurchschnittlich hoch (z. B. Bauch, Bewegungsapparat, Nephrologie/Urologie, Eltern/Kind und Frauen)
- Gleichzeitig können Lücken im Versorgungsprofil identifiziert werden. Dazu gehört die im Leistungsvolumen unterdurchschnittliche Intensivmedizin sowie die Indikationsbereiche Wirbelsäule und Neurochirurgie

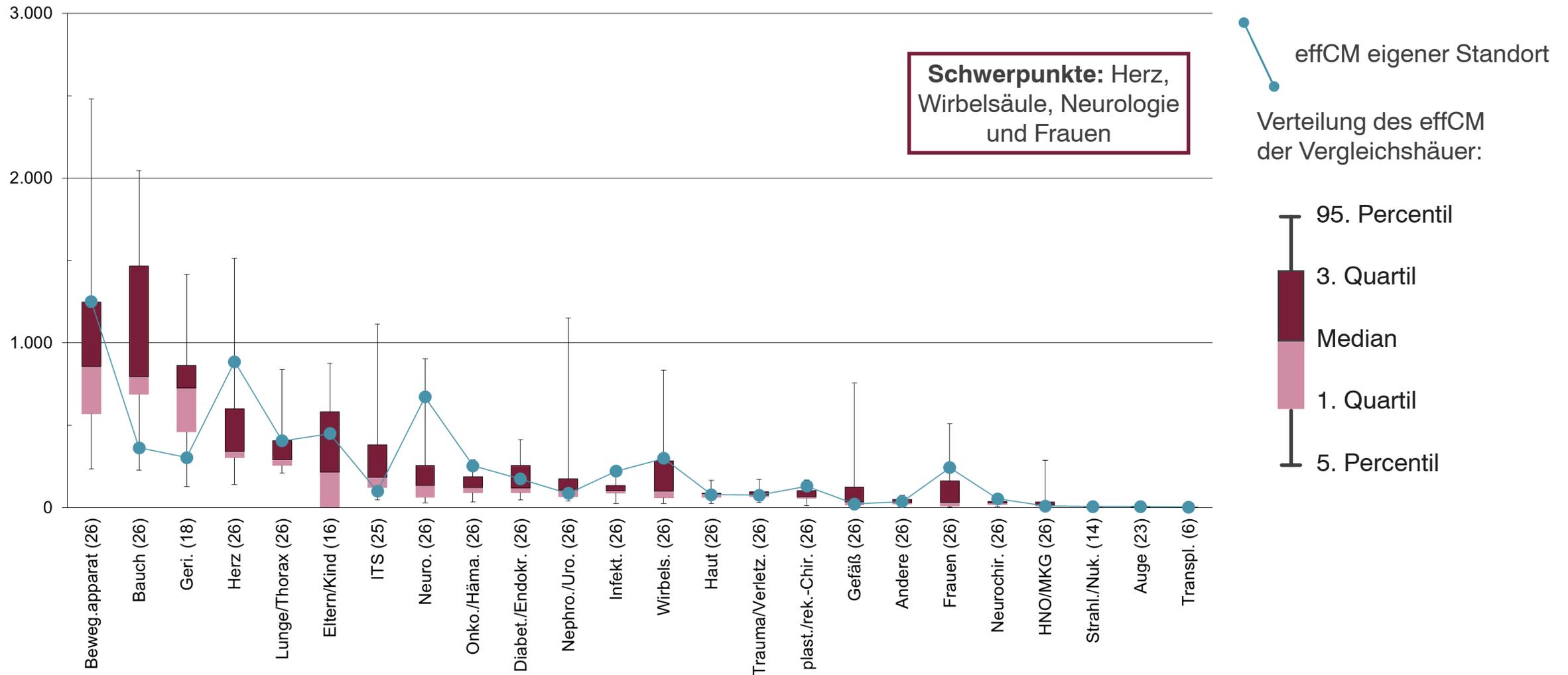


Die Leistungsprofilanalyse kann Hinweise für die Ableitung von Handlungsfeldern geben. Eine weitere Prüfung der Handlungsfelder ist allerdings notwendig und wird im Gutachten vorgenommen. Dies betrifft insbesondere die Stärkung der Intensivstation sowie den Aufbau einer Neurochirurgie

# Im Vergleich mit Regelversorgern klare Schwerpunkte erkennbar – IB Herz und Neurologie dabei überdurchschnittlich repräsentiert, Beweg.apparat ebenfalls stark

Leistungsprofilanalyse im Benchmark des effCM (aDRG) mit Regelversorgern 2022

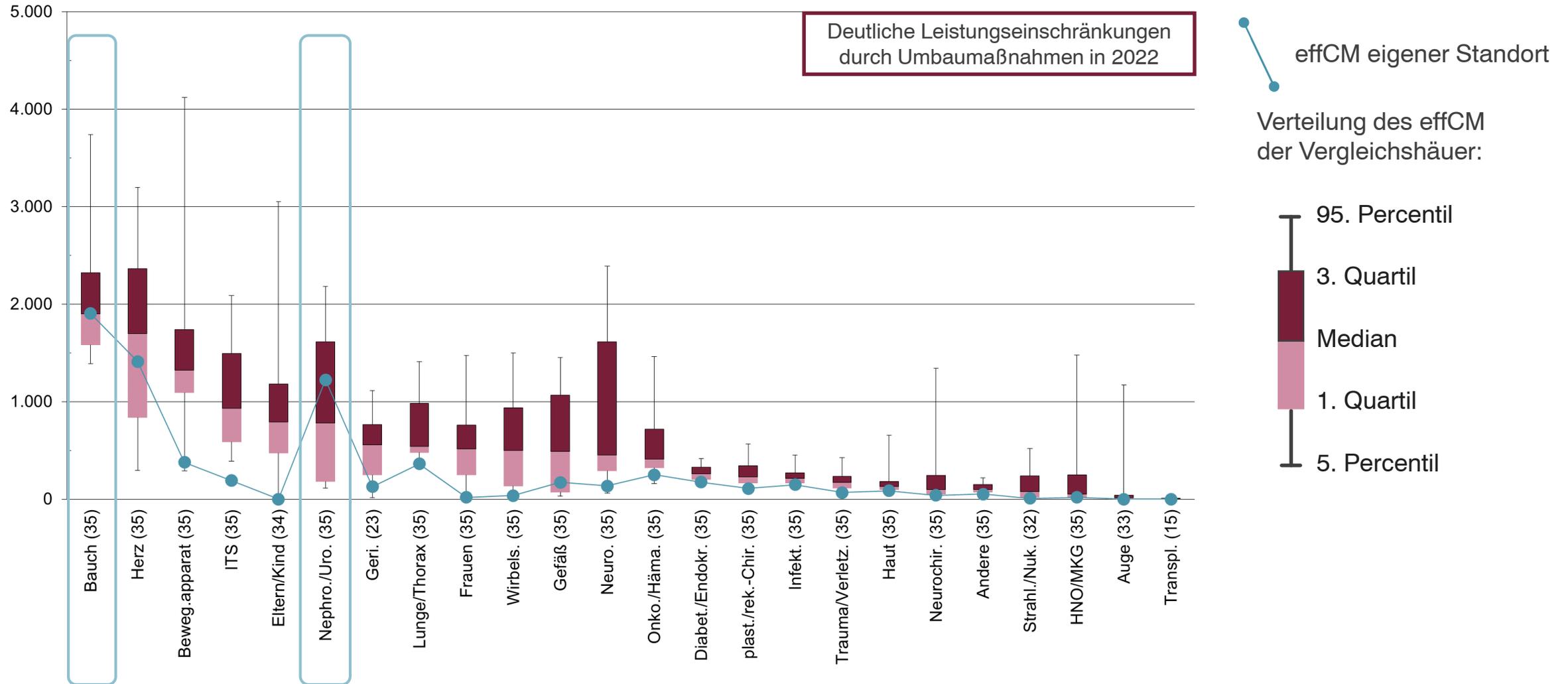
Calw



# Im Vergleich mit Schwerpunktversorgern zeigt sich Nagold in den IB Bauch und Nephro./Uro. durchschnittlich bzw. leicht überdurchschnittlich repräsentiert

Leistungsprofilanalyse im Benchmark des effCM (aDRG) mit Schwerpunktversorgern 2022

Nagold



# Die Leistungsprofile in Calw und in Nagold müssen in Hinblick auf ihre Versorgungsstufe und weiterer Schwerpunktsetzung geprüft werden

## Zusammenfassung Leistungsprofilanalyse Calw und Nagold

Die Leistungsprofilanalyse ermöglicht jeden Krankenhausstandort mit seinen Leistungsschwerpunkten zu analysieren. Methodisch wird dabei das Casemixvolumen eines Indikationsbereichs mit dem von Vergleichskrankenhäusern der selben Versorgungsstufe verglichen. Das Ziel ist es zu erkennen, welche Leistungsbereiche überdurchschnittlich häufig im Vergleich zu anderen Kliniken erbracht werden. Es lassen sich damit Leistungsschwerpunkte und Lücken im Leistungsportfolio identifizieren.

- Der **Standort Calw** als Regelversorger zeigt ein überdurchschnittliches Casemixvolumen in den Indikationsbereichen Herz und Neurologie sowie Frauen
- Auffällige Leistungslücken oder unterdurchschnittliche Leistungsvolumina lassen sich in den Indikationsbereichen Bauch und Geriatrie erkennen, die Intensivmedizin ist ebenfalls unterrepräsentiert
- Der **Standort Nagold** als Schwerpunktversorger zeigt in fast allen Indikationsbereichen ein unterdurchschnittliches Leistungsvolumen. Dies ist allerdings insbesondere auf die bereits in Umsetzung befindlichen Umbaumaßnahmen zurückzuführen
- Trotz dieser Einflüsse sind die Indikationsbereiche Bauch und Nephrologie/Urologie auf oder über dem Benchmark, wodurch sich ein deutlicher Leistungsschwerpunkt erkennen lässt

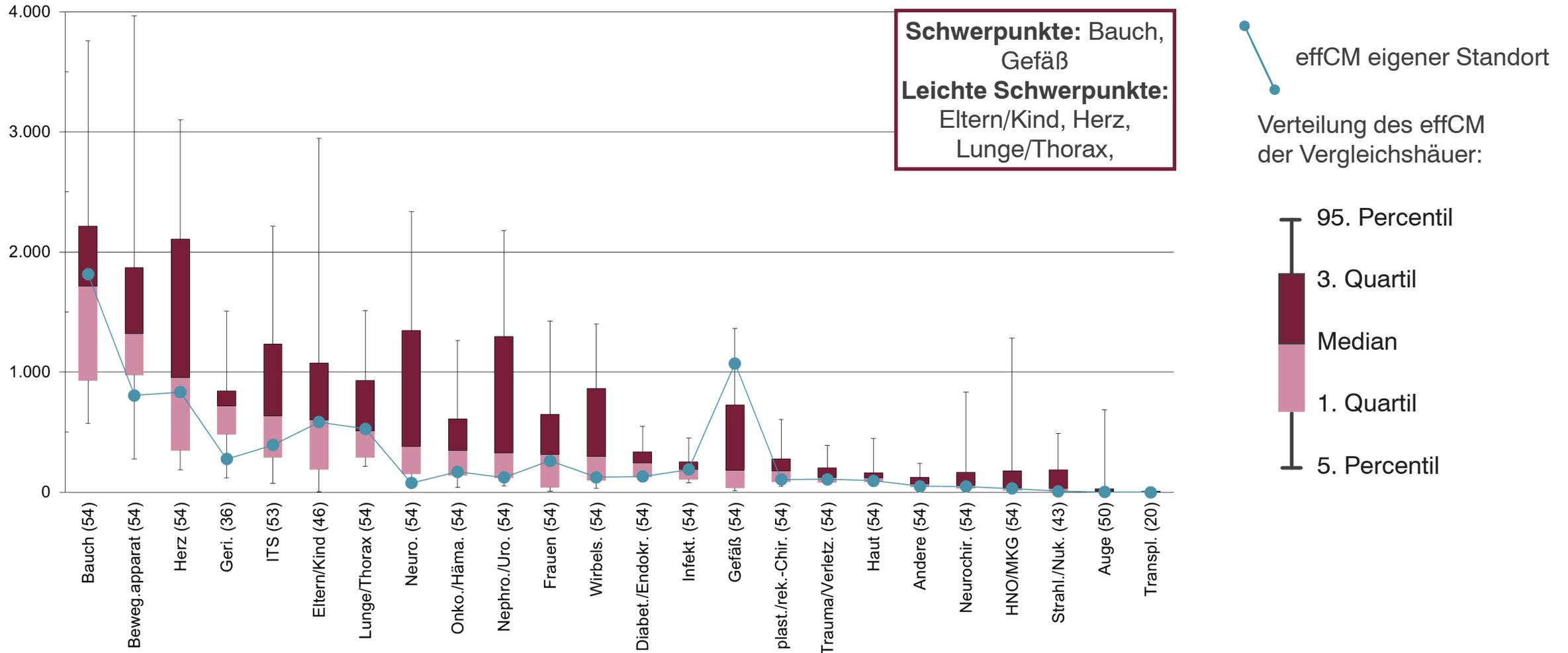


Die Leistungsprofilanalyse kann Hinweise für die Ableitung von Handlungsfeldern geben. Eine weitere Prüfung der Handlungsfelder ist allerdings notwendig und wird im Gutachten vorgenommen. Dies betrifft in Calw insbesondere die Stärkung der Geriatrie sowie in Nagold die Stärkung verschiedenster Bereiche zum Schwerpunktversorger

# Im Klinikvergleich zeigen sich die IB Gefäß und Bauch überdurchschnittlich repräsentiert – deutliche Schwäche bei Geriatrie und Intensivmedizin

Leistungsprofilanalyse im Benchmark des effCM (aDRG) mit Regel- und Schwerpunktversorgern 2022

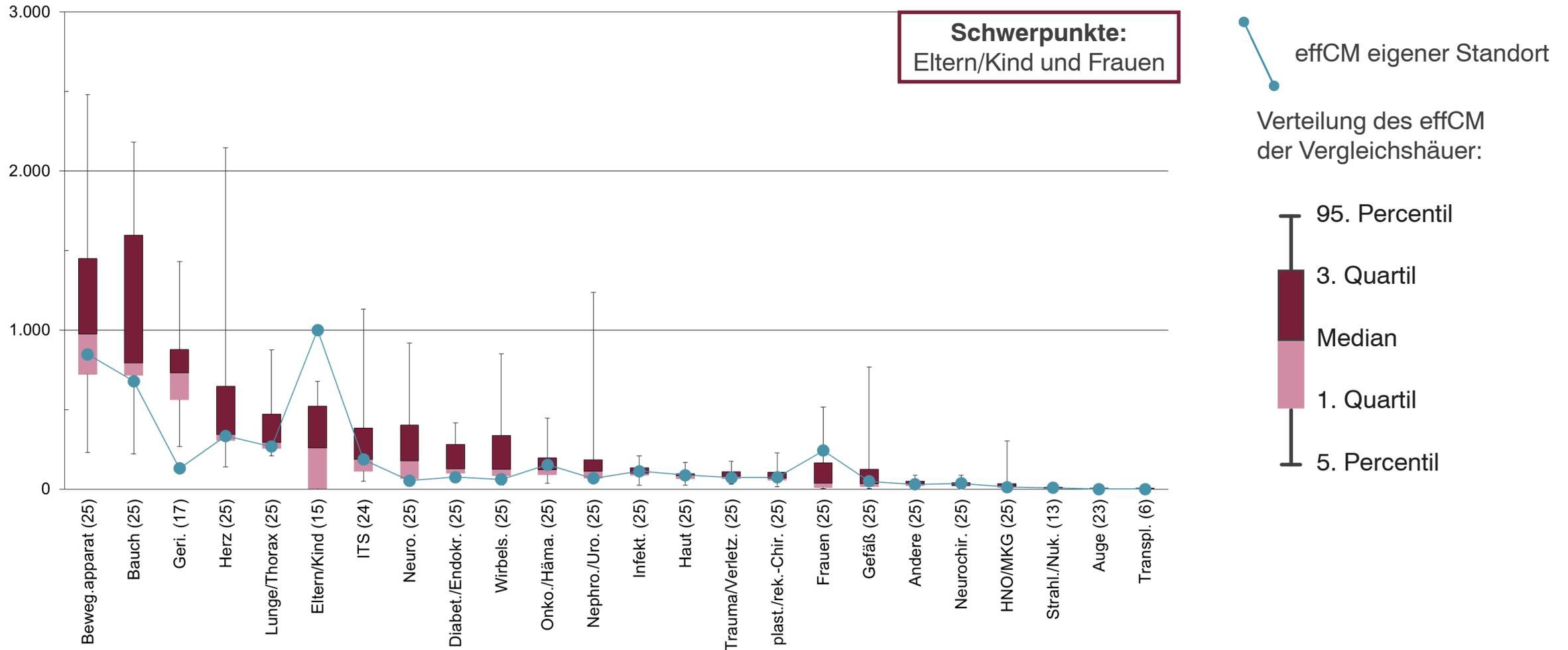
Leonberg



# Herrenberg weist im Vergleich zu anderen Regelversorgern Stärken in den IB Eltern/Kind und Frauen auf, die 4 wichtigsten IB sind jedoch unterrepräsentiert

Leistungsprofilanalyse im Benchmark des effCM (aDRG) mit Regelversorgern 2022

Herrenberg



# Das Leistungsprofil in Herrenberg lässt deutliche Leistungslücken erkennen, in Leonberg lassen sich ebenfalls Handlungsfelder ableiten

## Zusammenfassung Leistungsprofilanalyse Herrenberg und Leonberg

Die Leistungsprofilanalyse ermöglicht jeden Krankenhausstandort mit seinen Leistungsschwerpunkten zu analysieren. Methodisch wird dabei das Casemixvolumen eines Indikationsbereichs mit dem von Vergleichskrankenhäusern der selben Versorgungsstufe verglichen. Das Ziel ist es zu erkennen, welche Leistungsbereiche überdurchschnittlich häufig im Vergleich zu anderen Kliniken erbracht werden. Es lassen sich damit Leistungsschwerpunkte und Lücken im Leistungsportfolio identifizieren.

- Der **Standort Herrenberg** als Regelversorger zeigt als Schwerpunkt ein überdurchschnittliches Casemixvolumen im Indikationsbereich Eltern/Kind
- Die für Krankenhäuser gleicher Versorgungsstufe wichtigsten Indikationsbereiche sind jedoch unterdurchschnittlich repräsentiert, dies wird noch deutlicher, wenn beachtet wird, dass das Leistungsvolumen des IB Herz zu Teilen aus Verbringungen resultiert
- Der **Standort Leonberg** als Regel- und Schwerpunktversorger zeigt im Indikationsbereich Gefäß ein überdurchschnittliches Leistungsvolumen
- Allerdings sind ebenfalls Leistungslücken bzw. unterdurchschnittliche Leistungsvolumina insbesondere in den Indikationsbereichen Geriatrie und Bewegungsapparat erkennbar

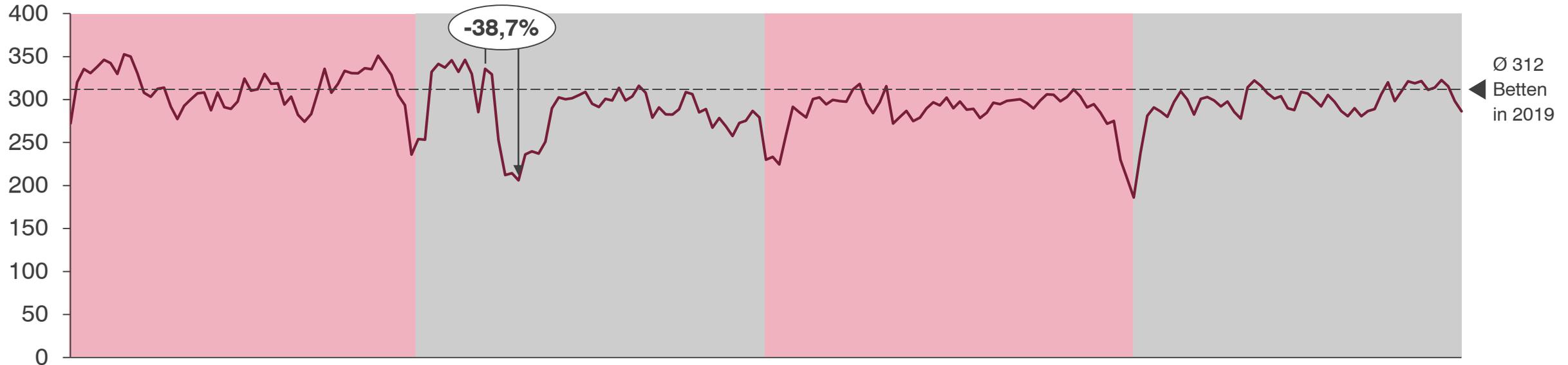


Die Leistungsprofilanalyse kann Hinweise für die Ableitung von Handlungsfeldern geben. Eine weitere Prüfung der Handlungsfelder ist allerdings notwendig und wird im Gutachten vorgenommen. Dies betrifft in Herrenberg insbesondere die fehlenden Schnittstellenfächer zur Geburtshilfe und in Leonberg die Leistungslücken in Geriatrie sowie Bewegungsapparat

# In 2022 waren durchschnittlich 296 Betten belegt - damit unter dem Niveau von vor der Pandemie (2019) mit 312 durchschnittlich belegten Betten

Belegte Betten im Wochenprofil: 2019 – Mitte Dezember 2022 (KW 50)

Sindelfingen

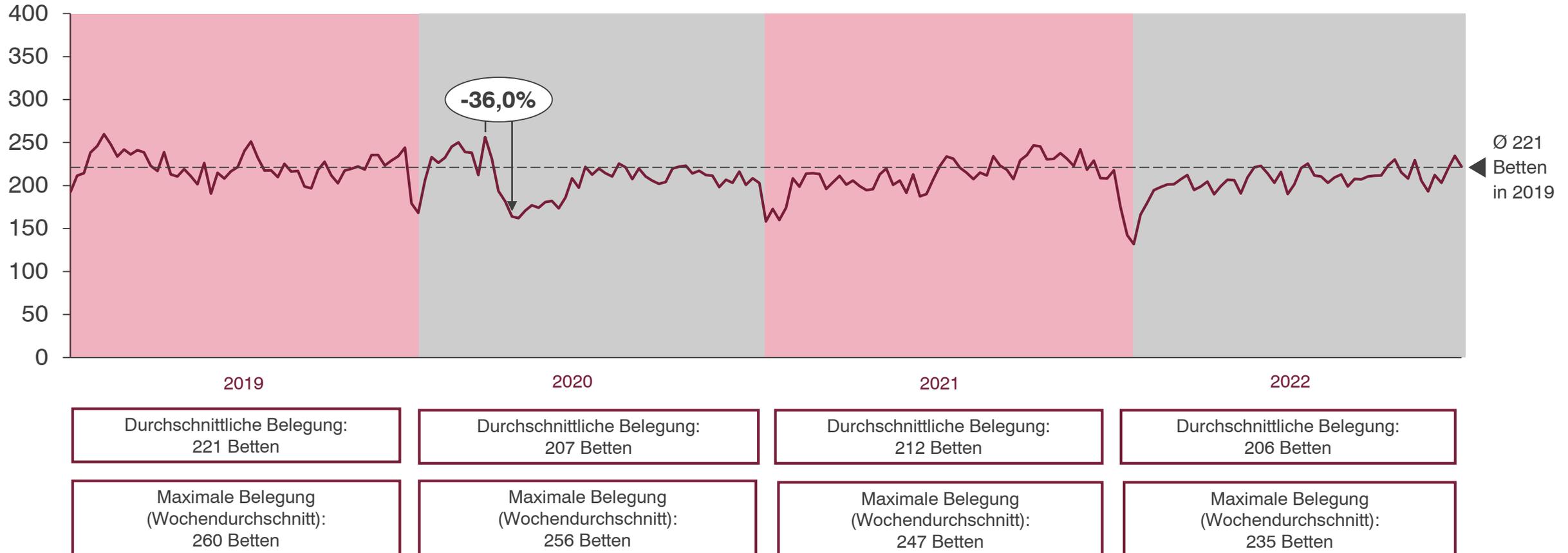


2019	2020	2021	2022
Durchschnittliche Belegung: 312 Betten	Durchschnittliche Belegung: 287 Betten	Durchschnittliche Belegung: 289 Betten	Durchschnittliche Belegung: 296 Betten
Maximale Belegung (Wochendurchschnitt): 353 Betten	Maximale Belegung (Wochendurchschnitt): 346 Betten	Maximale Belegung (Wochendurchschnitt): 318 Betten	Maximale Belegung (Wochendurchschnitt): 323 Betten

# Die Bettenbelegung in 2022 liegt mit durchschnittlich 206 Betten unterhalb des Niveaus von 2019 – vor der Pandemie durchschnittlich 221 Betten belegt

Belegte Betten im Wochenprofil: 2019 – Mitte Dezember 2022 (KW 50)

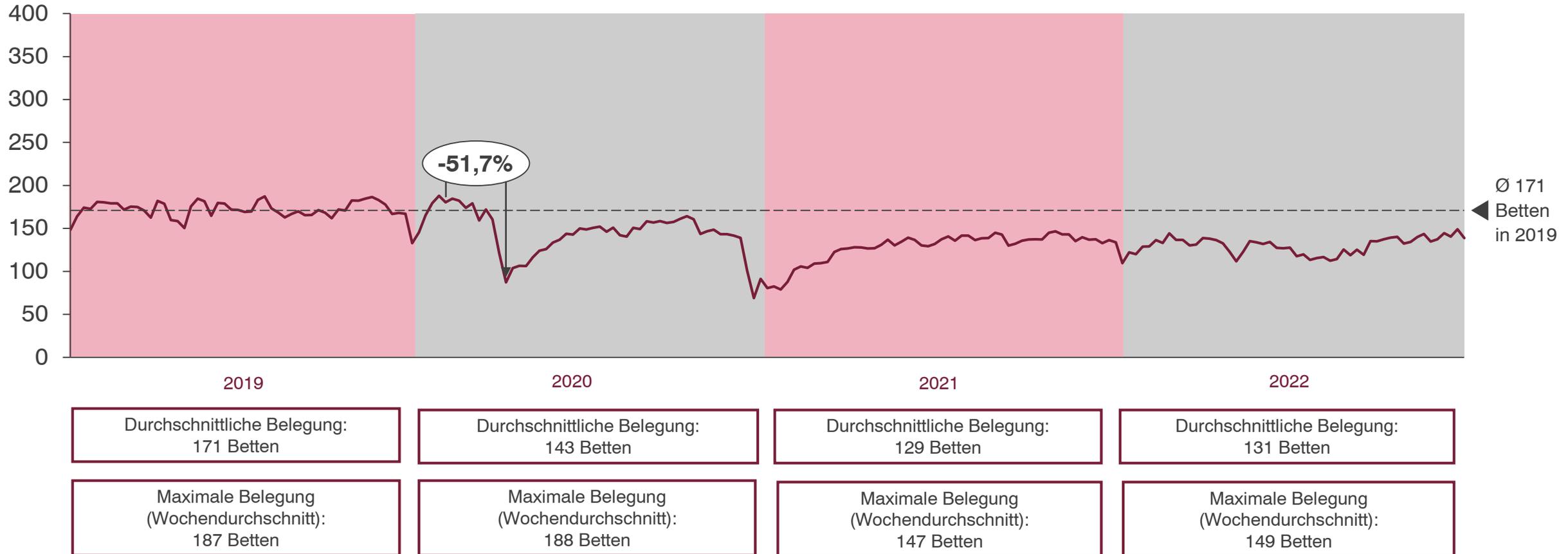
Böblingen



# In Nagold waren 2022 durchschn. 131 Betten belegt – Belegung i.V. zu dem Niveau von vor der Pandemie (2019), mit 171 durchschn. belegten Betten, rückläufig

Belegte Betten im Wochenprofil: 2019 – Mitte Dezember 2022 (KW 50)

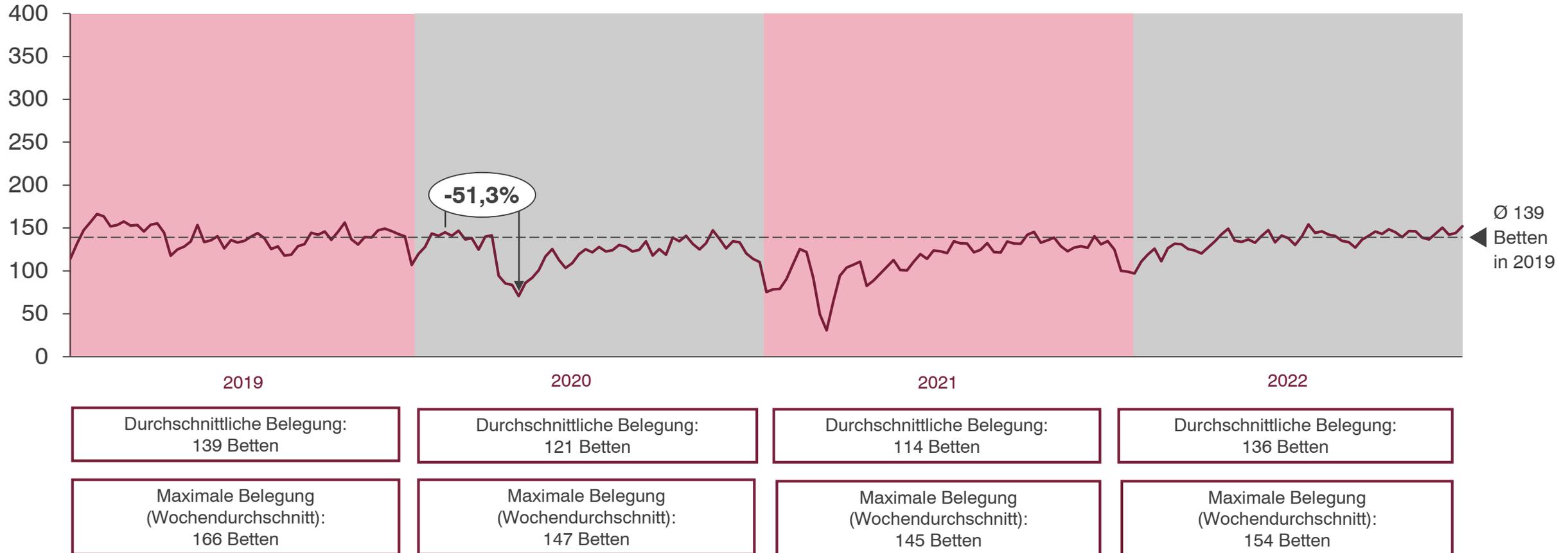
Nagold



# In 2022 waren durchschnittlich 136 Betten belegt – damit nur knapp unter dem Niveau von vor der Pandemie (2019) mit 139 durchschnittlich belegten Betten

Belegte Betten im Wochenprofil: 2019 – Mitte Dezember 2022 (KW 50)

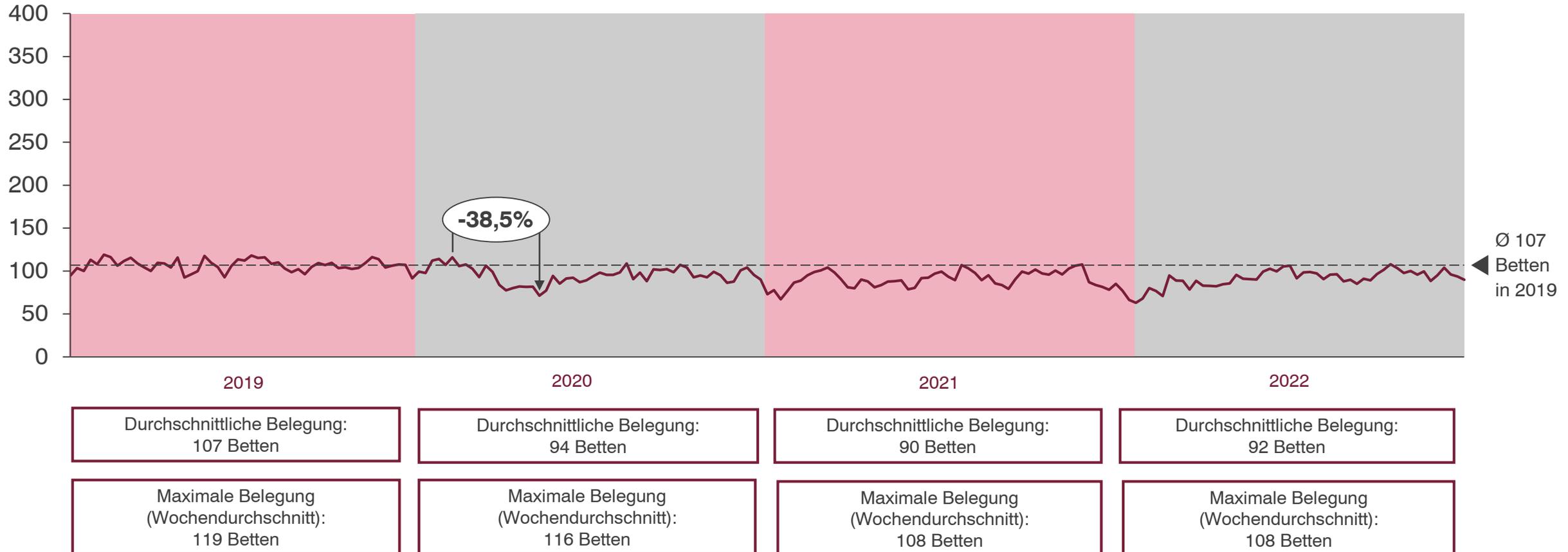
Calw



# Die durchschnittliche Bettenbelegung in 2022 liegt mit 92 belegten Betten knapp unter dem Niveau von vor der Pandemie (2019) mit 107 durchschn. belegten Betten

Belegte Betten im Wochenprofil: 2019 – Mitte Dezember 2022 (KW 50)

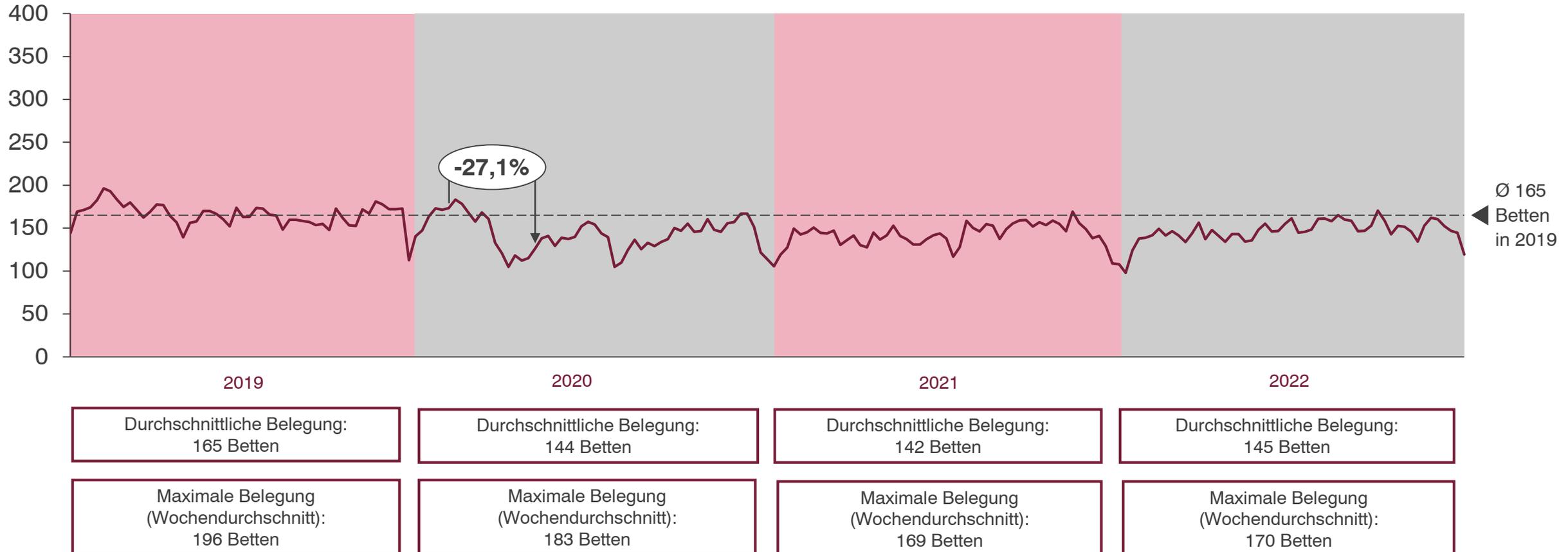
Herrenberg



# In 2022 waren durchschnittlich 145 Betten belegt – damit knapp unter dem Niveau von vor der Pandemie (2019) mit 165 durchschnittlich belegten Betten

Belegte Betten im Wochenprofil: 2019 – Mitte Dezember 2022 (KW 50)

Leonberg



# Alle Standorte verzeichnen einen pandemiebedingten Rückgang der stationären Betten – deutliche Erholung in FFK und Calw erkennbar

## Zusammenfassung Vorbetrachtungen Belegungszahlen

- Die **FFK-Standorte** weisen in der stationären Bettenbelegung von 2019 bis 2022 die höchste Belegung vor der Pandemie (2019) auf
- In den Pandemie Jahren verzeichnen beide Standorte einen Rückgang der Bettenbelegung
- Insbesondere Sindelfingen weist jedoch im Jahr 2022 wieder einen deutlichen Anstieg der Bettenbelegung auf
- **Nagold** und **Calw** verzeichnen auch im Jahr vor der Pandemie die höchste stationäre Bettenbelegung
- Beide Standorte weisen während der Pandemie einen deutlichen Bettenrückgang auf
- Während Nagold auch im Jahr 2022 noch nicht wieder das Niveau vor der Pandemie erreicht hat, weist Calw wieder deutlich höhere Belegungszahlen auf
- **Herrenberg** und **Leonberg** weisen ebenfalls im Ausgangsjahr 2019 die höchste Bettenbelegung auf
- Während der Pandemie ist ein deutlicher Rückgang der Auslastung zu erkennen
- Beide Standorte weisen im Jahr 2022 eine Erholung der Belegungszahlen auf, die jedoch unter dem Niveau vor der Pandemie bleibt



Trotz der Corona-Pandemie ist an einigen Standorten eine Erholung der stationären Bettenbelegung auf das Belegungsniveau von 2019 zu verzeichnen. Dies kann ein Indikator für gute Prozessabläufe sein, aber auch für die Akzeptanz der medizinischen Leistungen der Kliniken

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

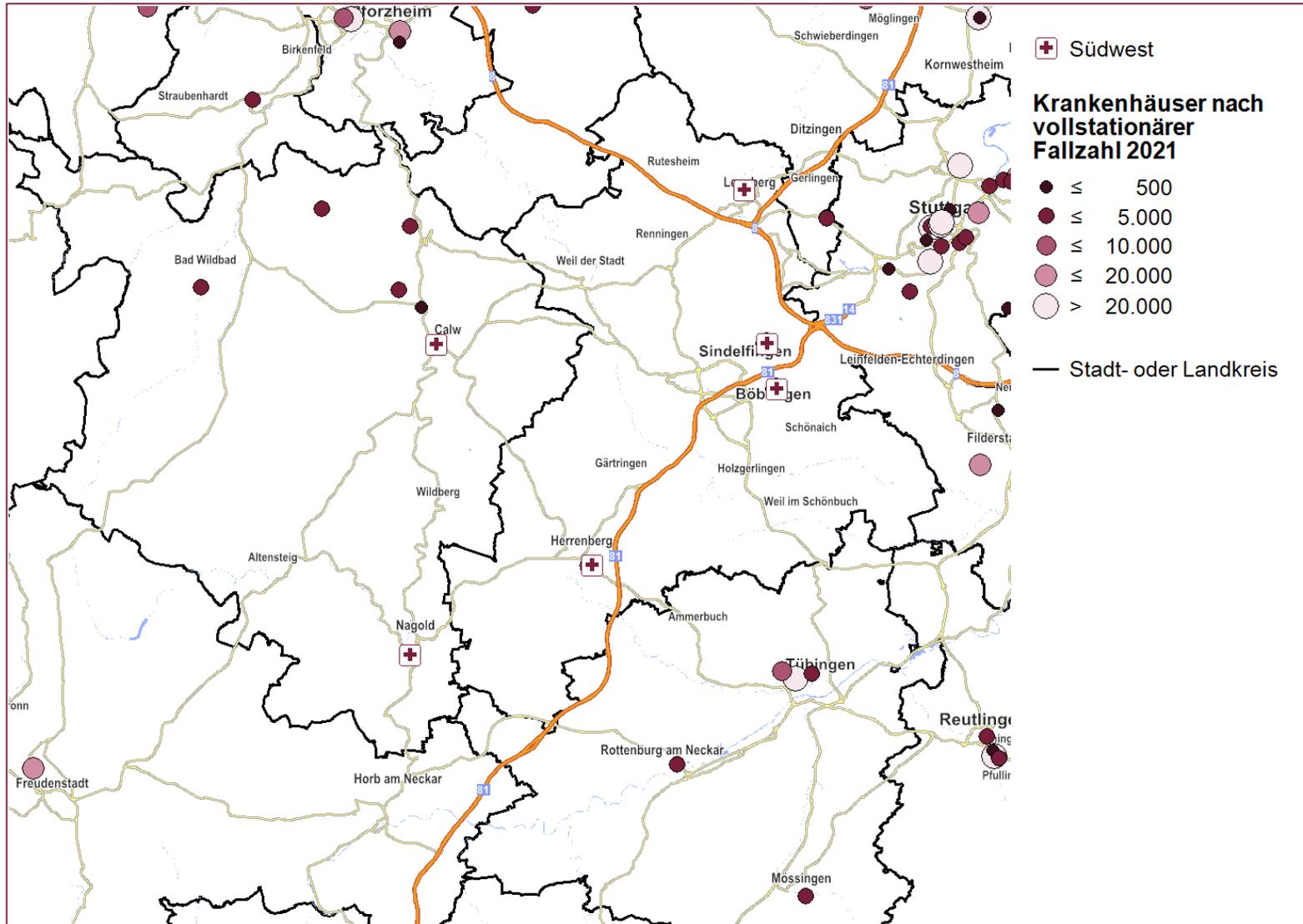
## Ergebnisse der Kernanalysen

- Leistungs- und Belegungsanalyse
- Wettbewerb, Markt, Marktentwicklung und Marktanteile

Detailanalysen und Strukturstresstest

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

## Vier der sechs Standorte des KVSW befinden sich im LK Böblingen, die anderen zwei Standorte liegen im angrenzenden LK Calw



Im Landkreis Böblingen befindet sich neben den eigenen Standorten Böblingen, Sindelfingen, Herrenberg und Leonberg kein weiterer stationärer Versorger

Durch die Nähe zu Stuttgart befinden sich allerdings diverse weitere Versorger unterschiedlicher Versorgungsstufen im mittelbaren Umfeld

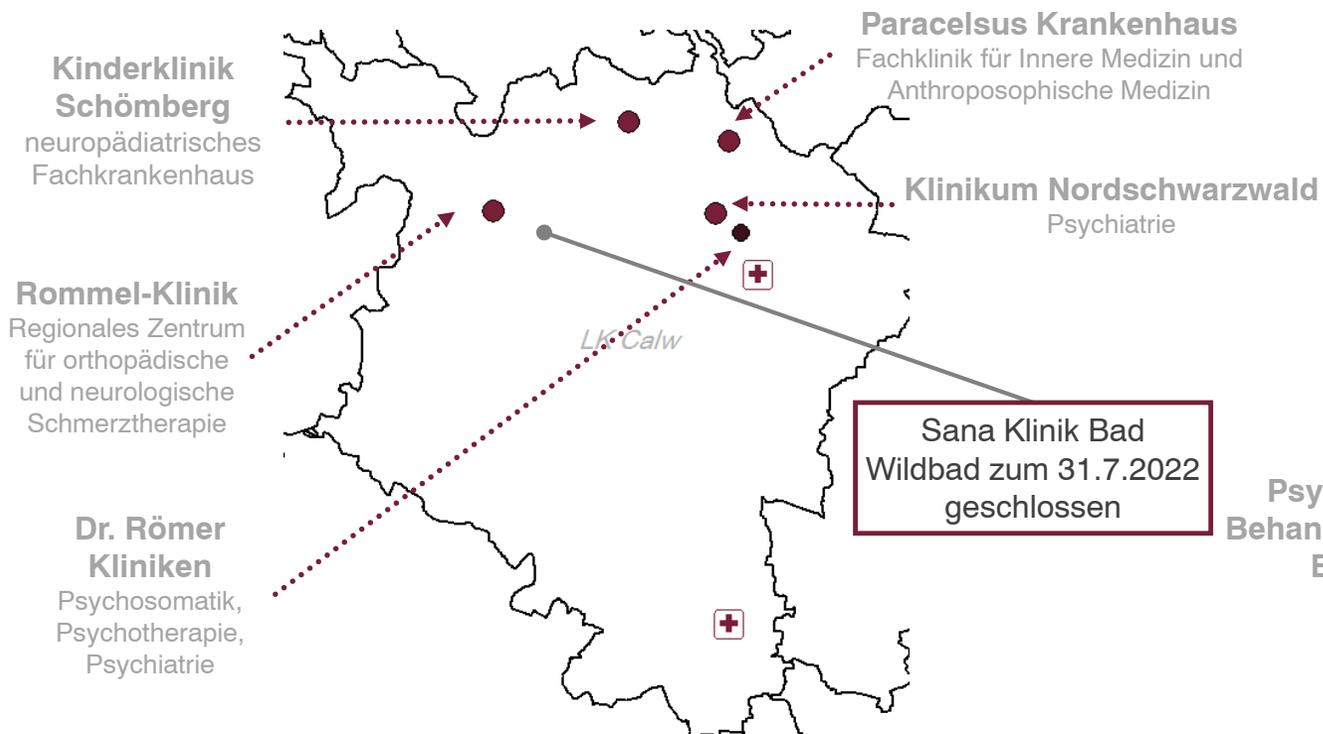
Im LK Calw befinden sich im südlichen Gebiet des Landkreises neben dem eigenen Standort Nagold keine weiteren stationären Versorger. In unmittelbarer Nähe zum Standort Calw lassen sich weitere Versorger in Form von Fachkliniken (Psychiatrie, Kinderklinik, etc.) finden

Überregionaler Einfluss der Uni Tübingen prägt das Umfeld

# Somatische Akutversorgung in beiden LK nur durch Standorte des KVSWS, andere Leistungsanbieter mit psychiatrischer oder Spezialversorgung

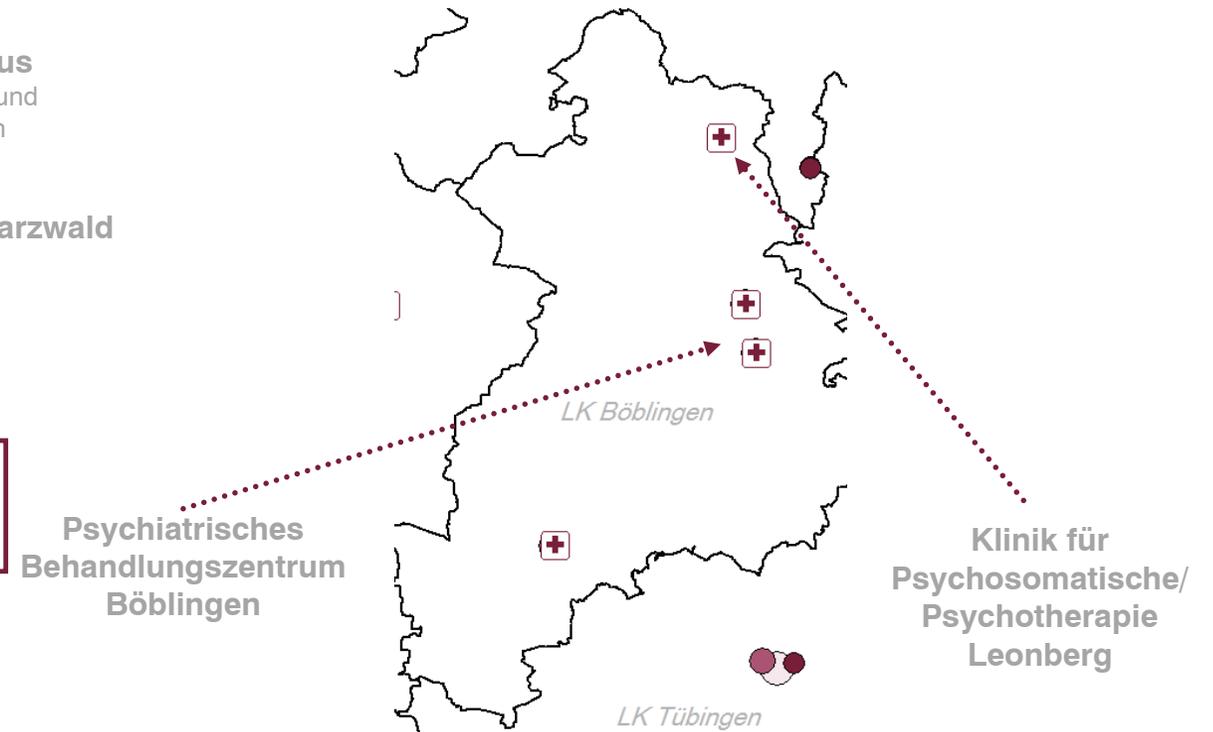
## LK Calw

lfd. Nr.	Krankenhaus	Betten	Fallzahl	Ort	Art
A	B	C	D	E	F
1	Kliniken Nagold	227	8.773	Nagold	öffentlich
2	Kreiskliniken Calw	199	7.229	Calw	öffentlich
3	Klinikum Nordschwarzwald (Psychiatrie)	341	4.361	Calw-Hirsau	öffentlich
4	Paracelsus Krankenhaus	65	1.875	Bad Liebenzell	freigemeinnützig
5	Rommel-Klinik	70	1.445	Bad Wildbad	privat
6	Kinderklinik Schömberg	62	733	Schömberg	privat
7	Dr. Römer Kliniken - Akutklinik	48	193	Calw-Hirsau	privat



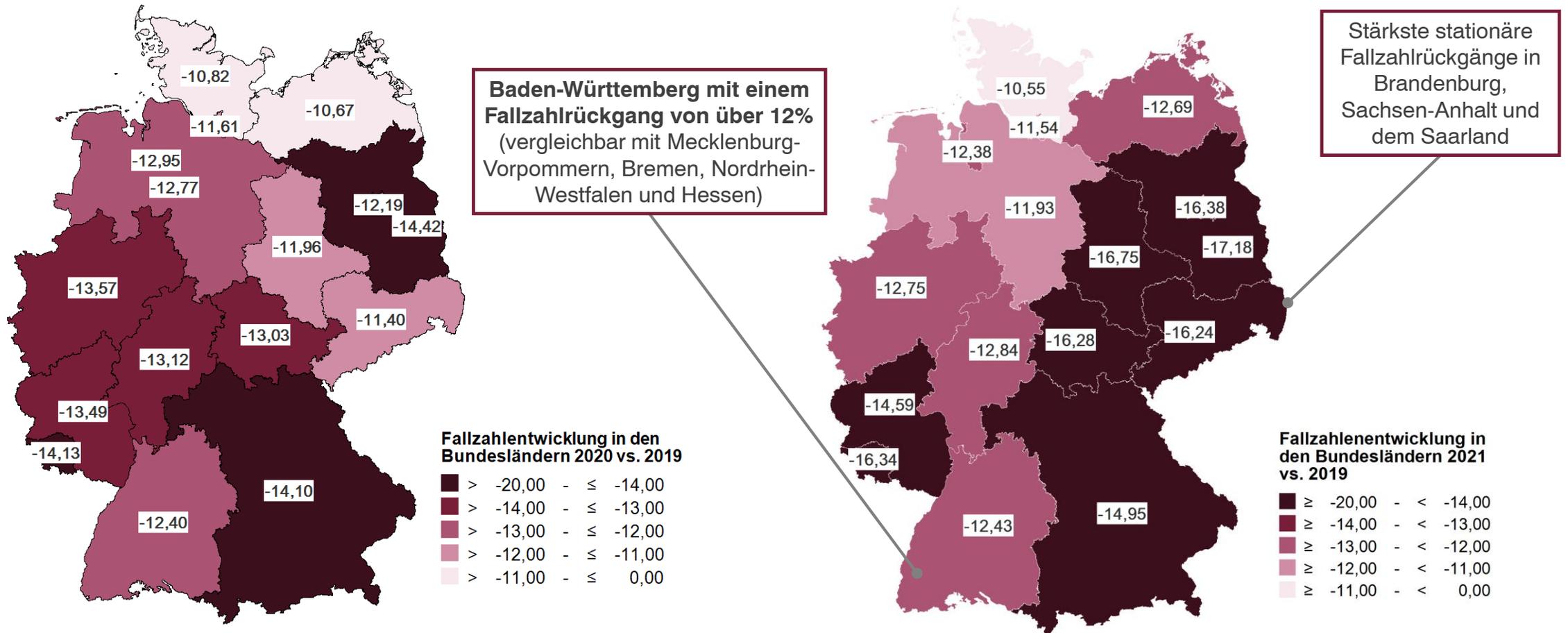
## LK Böblingen

lfd. Nr.	Krankenhaus	Betten	FZ	Ort	Art
A	B	C	D	E	F
1	Kliniken Böblingen	335	18.410	Böblingen	öffentlich
2	Kliniken Sindelfingen	375	16.392	Sindelfingen	öffentlich
3	Krankenhaus Leonberg	239	9.912	Leonberg	öffentlich
4	Krankenhaus Herrenberg	150	7.873	Herrenberg	öffentlich
5	Psychiatrisches Behandlungszentrum Bö	161	931	Böblingen	öffentlich
6	Klinik für Psychosomatische/Psychothera	30	197	Leonberg	öffentlich



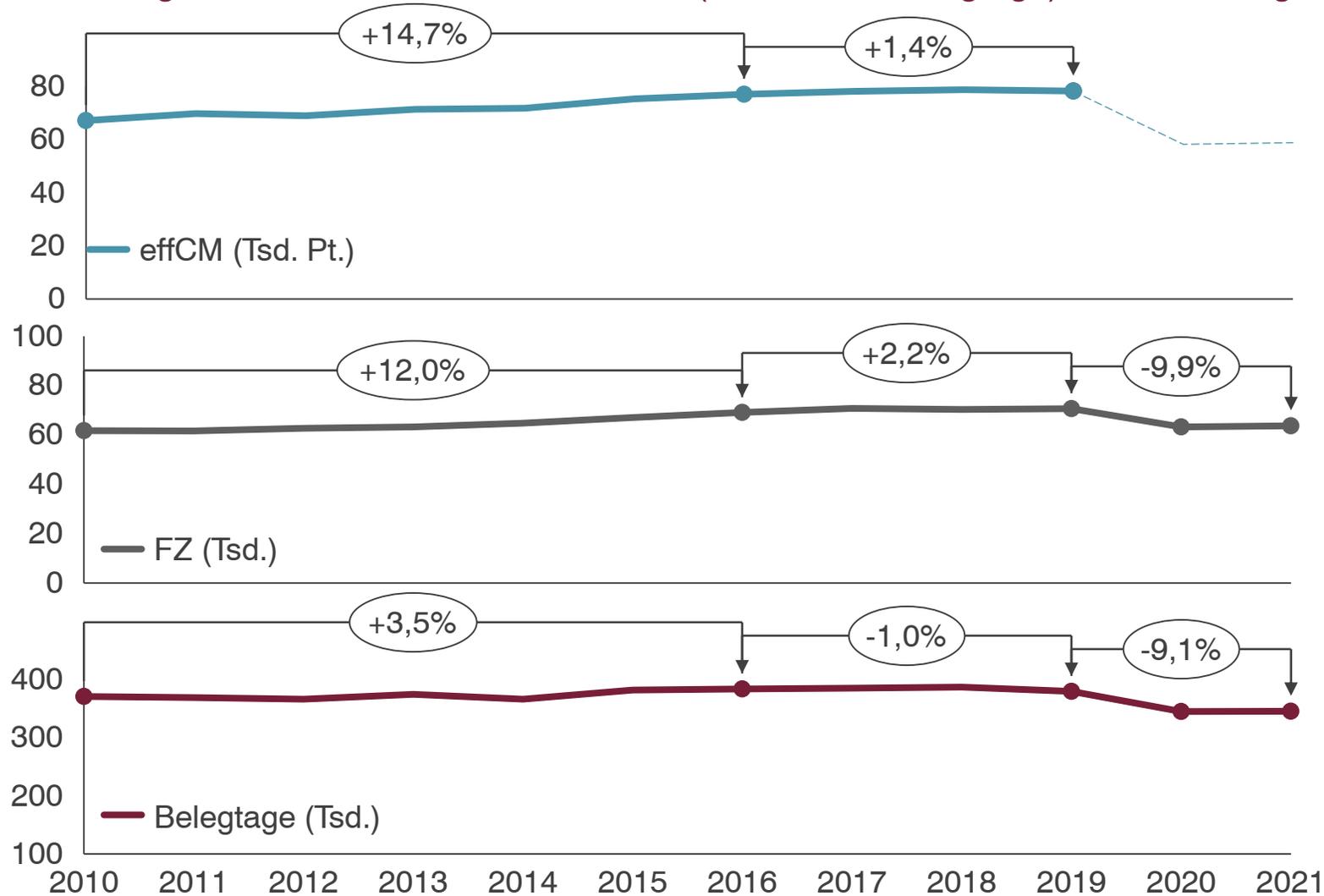
# Marktentwicklung Allgemein | Alle deutschen Bundesländer verzeichneten einen pandemiebedingten Fallzahlrückgang von mindestens 10%

Relative Fallzahlentwicklung der Bundesländer während der COVID-19-Pandemie (2020 vs. 2019; 2021 vs. 2019)



# Marktentwicklung LK Böblingen | Deutliches Wachstum bis 2016 sowie leichtes Wachstum von 2016 bis 2019, vglw. moderate Rückgänge seit Pandemiebeginn

Entwicklung von verschiedenen Kennzahlen (effCM, FZ, Belegtage) im LK Böblingen (nach Wohnort)



Dargestellt ist die Entwicklung relevanter Leistungskennzahlen für den LK Böblingen

Zwischen 2010 und 2016 ist ein deutliches Marktwachstum zu verzeichnen mit +14,7 % nach effCM und +12,0 % nach FZ, anschließend folgt ein weiterer leichter Anstieg (+1,4 % nach effCM, +2,2 % nach FZ)

Im Vergleich mit der deutschlandweiten Entwicklung zeigt sich ein stärkerer Leistungsanstieg von 2010-16 bzw. 16-19

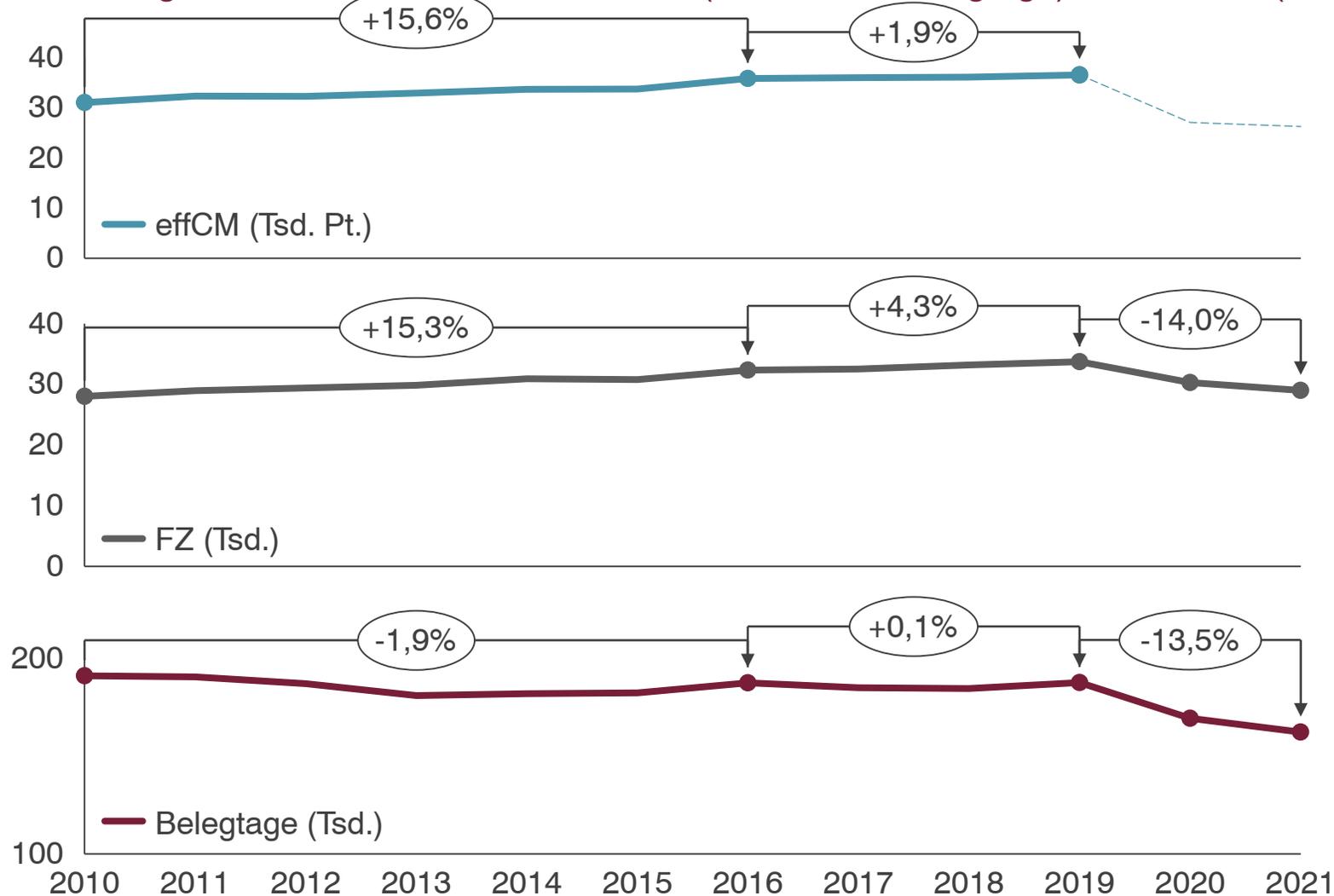
Der CMI ist von 2010 (1,09) bis 2019 (1,11) vergleichsweise konstant

Die Belegtage sind mit +3,5 % bis 2016 steigend, woraufhin ein leichter Rückgang von -1,0 % folgt

Von 2019 bis 2021 zeigt sich ein deutlicher pandemiebedingter Fallzahl- und Belegtagerrückgang im Landkreis

# Marktentwicklung LK Calw | Etwas stärkeres Wachstum als im LK Böblingen bis 2019, deutlicher Rückgang in den Pandemie Jahren ab 2020

Entwicklung von verschiedenen Kennzahlen (effCM, FZ, Belegtage) im LK Calw (nach Wohnort)



Dargestellt ist die Entwicklung relevanter Leistungskennzahlen für den LK Calw

Zwischen 2010 und 2016 ist ein deutliches Marktwachstum zu verzeichnen mit +15,6 % nach effCM und +15,3 % nach FZ, anschließend folgt ein weiterer Anstieg (+1,9 % nach effCM, +4,3 % nach FZ)

Im Vergleich mit der deutschlandweiten Entwicklung zeigt sich ein stärkerer Leistungsanstieg von 2010-16 bzw. 16-19

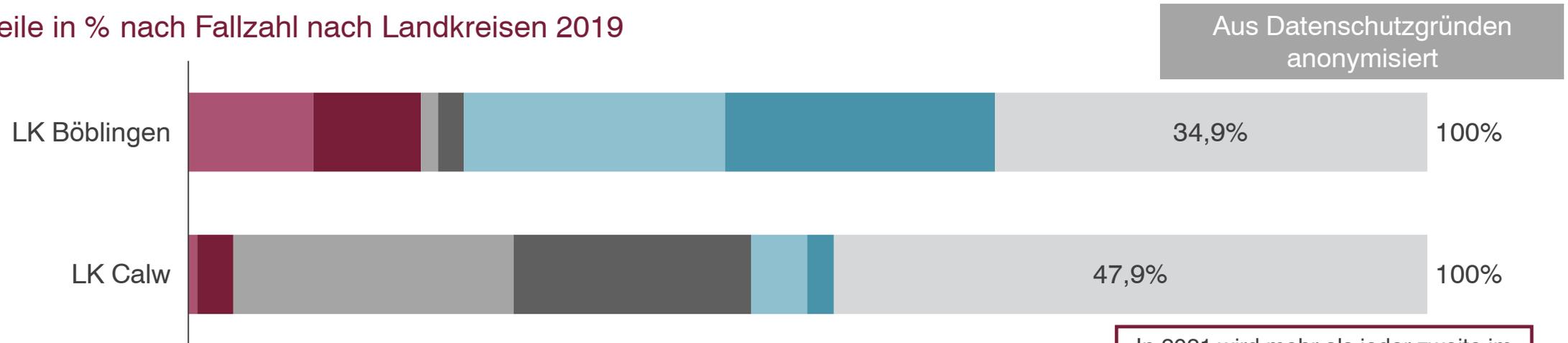
Der CMI ist von 2010 (1,11) bis 2019 (1,08) leicht rückläufig

Die Belegtage sind mit -1,9 % bis 2016 leicht rückläufig, woraufhin ein leichter Anstieg von +0,1 % folgt

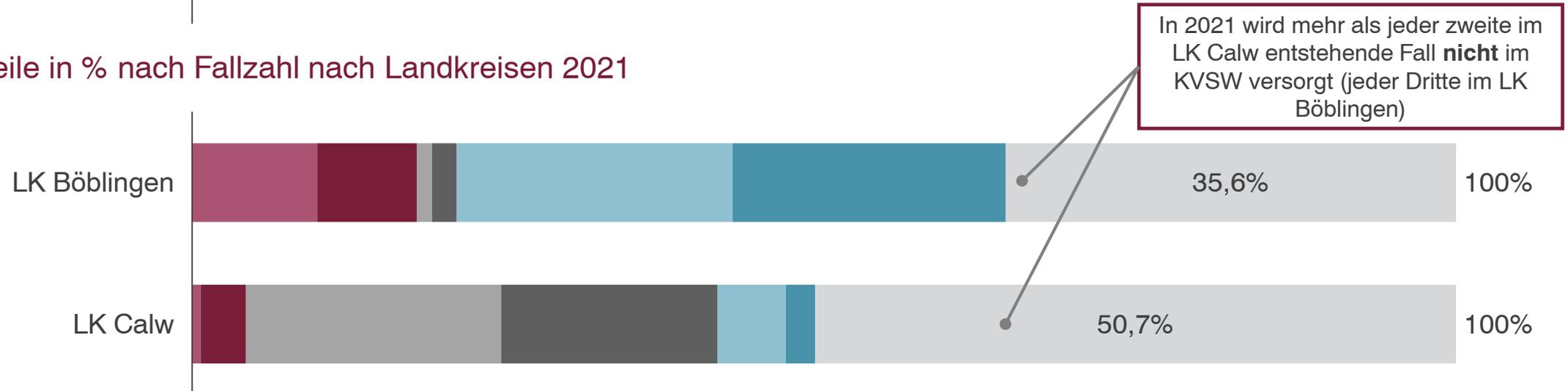
Von 2019 bis 2021 zeigt sich ein deutlicher pandemiebedingter Fallzahl- und Belegtagerrückgang im Landkreis

# Die Standorte des KVSW versorgen rund 2/3 der stationären Fälle des LK Böblingen und rund die Hälfte des LK Calw

Marktanteile in % nach Fallzahl nach Landkreisen 2019



Marktanteile in % nach Fallzahl nach Landkreisen 2021



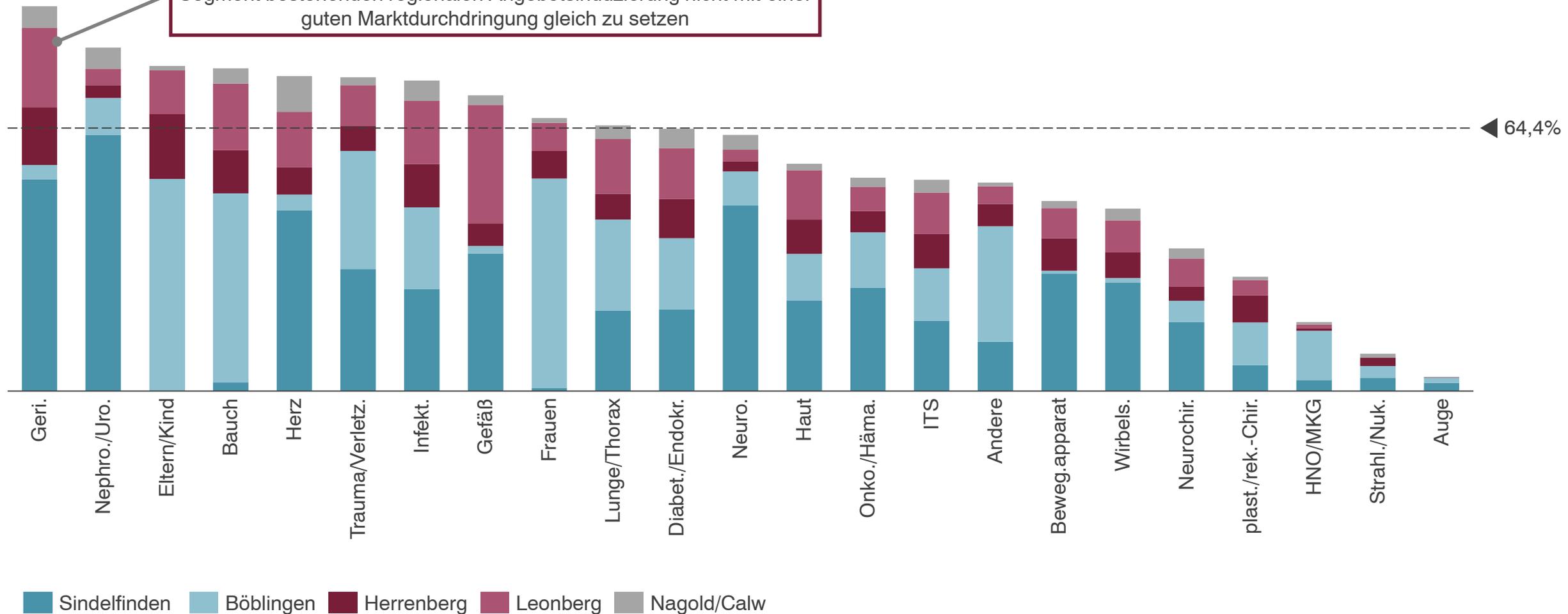
Leonberg
  Herrenberg
  Calw
  Nagold
  Böblingen
  Sindelfingen
  andere Krankenhäuser

# In 10 IB ist der Marktanteil der Standorte des KVSW im LK Böblingen höher als der Gesamtmarktanteil – IB Geriatrie und Nephro./Uro. mit über 80 % Marktanteil

Marktanteile der Indikationsbereiche im Landkreis Böblingen (nach Fallzahl) im Vergleich, 2021

Aus Datenschutzgründen anonymisiert

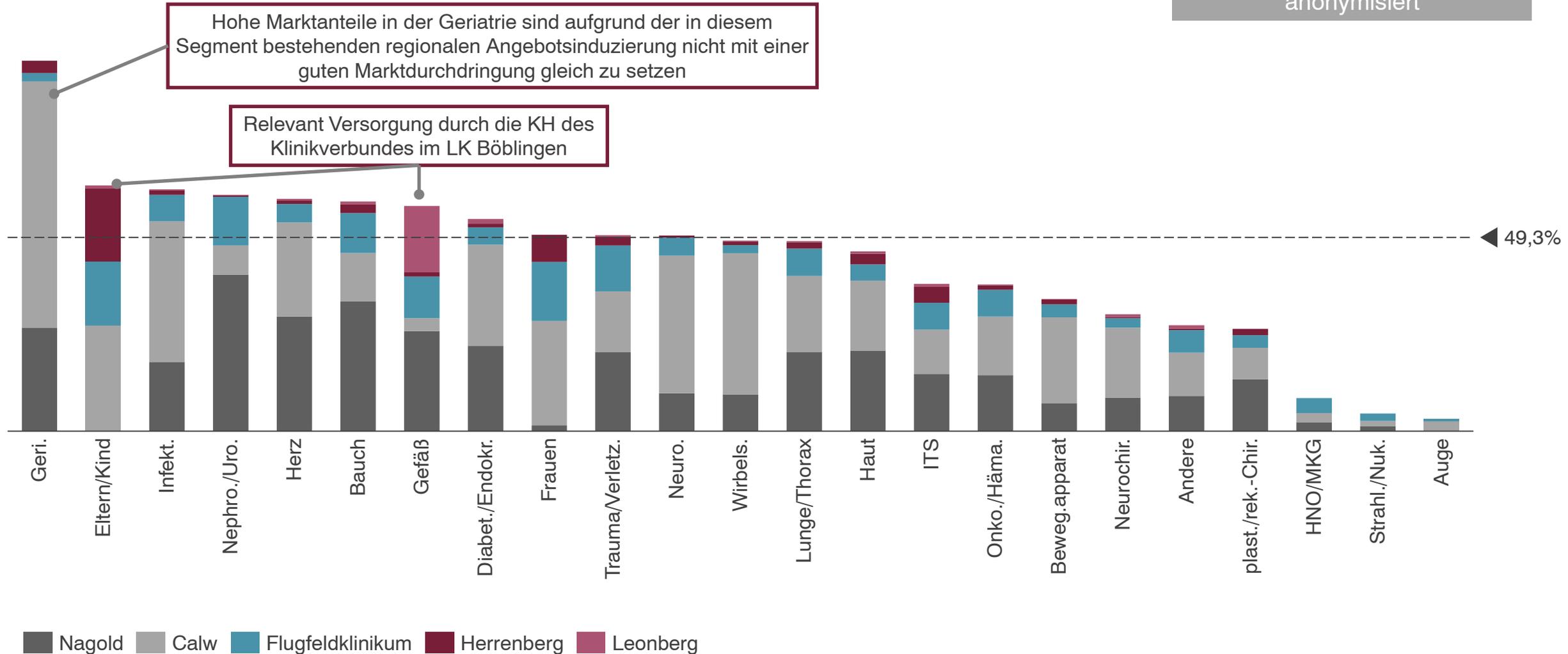
Hohe Marktanteile in der Geriatrie sind aufgrund der in diesem Segment bestehenden regionalen Angebotsinduzierung nicht mit einer guten Marktdurchdringung gleich zu setzen



# In 11 IB ist der Marktanteil der Standorte des KVSW im LK Calw höher als der Gesamtmarktanteil – insgesamt Nagold und Calw mit hohen Marktanteilen in dem LK

Marktanteile der Indikationsbereiche im Landkreis Calw (nach Fallzahl) im Vergleich, 2021

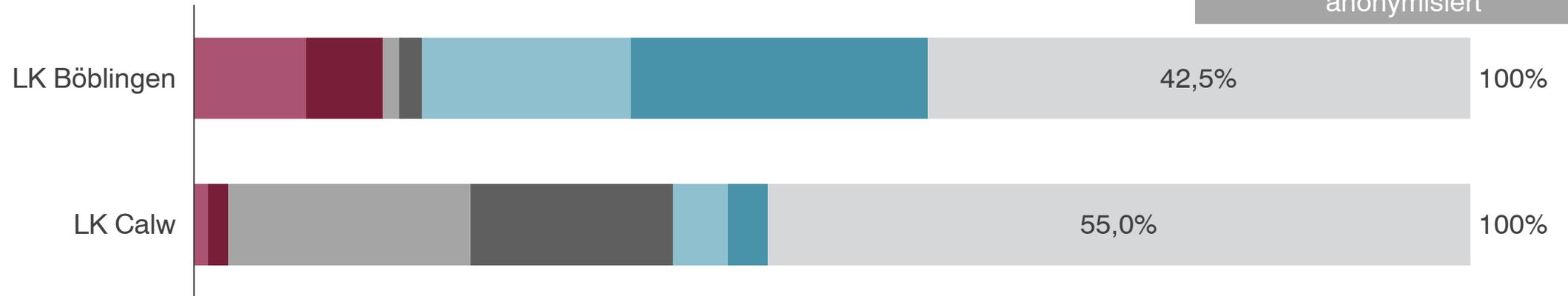
Aus Datenschutzgründen anonymisiert



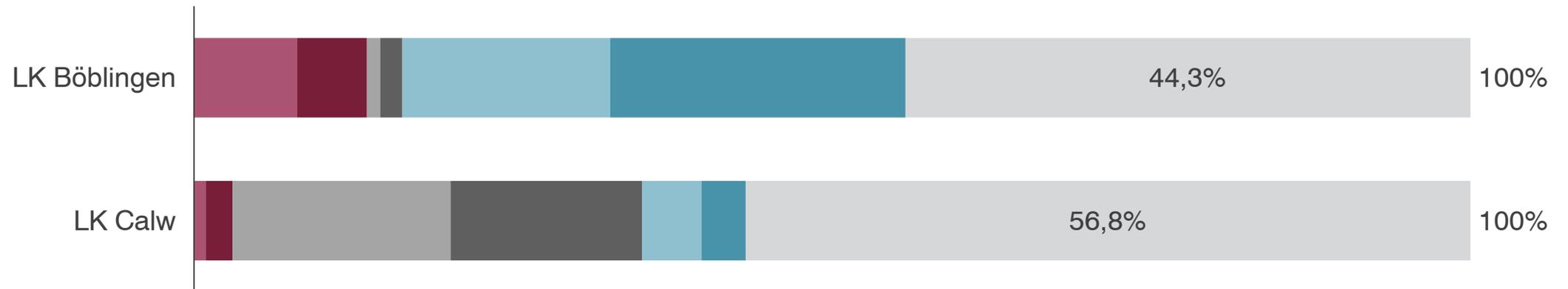
# Auch nach effCM zeigen sich die Marktanteile in den relevanten LK von 2019 auf 2021 stabil – Böblingen mit leichtem Wachstum und Calw mit leichtem Rückgang

Marktanteile in % nach effCM nach Landkreisen 2019

Aus Datenschutzgründen anonymisiert



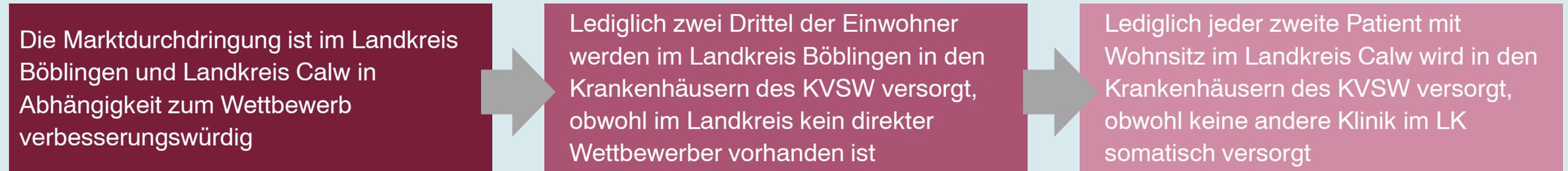
Marktanteile in % nach effCM nach Landkreisen 2021



■ Leonberg 
 ■ Herrenberg 
 ■ Calw 
 ■ Nagold 
 ■ Böblingen 
 ■ Sindelfingen 
 ■ andere Krankenhäuser

# Die Standorte des KVSW zeigen moderate Marktanteile in der Region – gleichzeitig sind deutliche Leistungsüberschneidungen zwischen den Standorten erkennbar

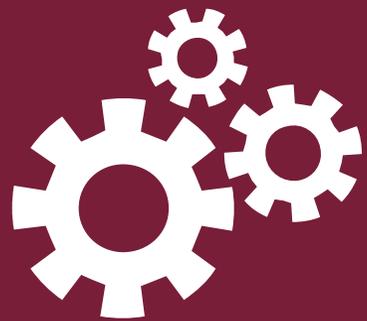
## Zusammenfassung Wettbewerb, Markt, Marktentwicklung und Marktanteile



- Die Marktanteile auf Ebene der Indikationsbereiche lassen außerdem deutliche Leistungsüberschneidungen erkennen, d. h. dass die verschiedenen Standorte gleiche Leistungsbereiche bedienen
- Im Sinne einer effizienten und modernen Struktur sollten Leistungsüberschneidungen vermieden und –schwerpunkte ausgebaut werden. Somit können die jeweiligen Standorte voneinander profitieren anstatt in Konkurrenz zu treten
- Der Ausbau von Leistungsschwerpunkten im Sinne einer gestuften Versorgung (von Maximalversorger bis Grundversorger) kann aufgrund der Verbundkonstellation vereinfacht umgesetzt werden



Der KVSW ist ein wichtiger Versorger für die Region, wobei die Marktanteile unter Anbetracht der Wettbewerbssituation ausbaufähig sind. Um dies zu erreichen ist es wichtig Leistungen zu konzentrieren und Leistungsschwerpunkte zu bilden. Dadurch kann eine höhere Strahlkraft erreicht werden



# Zusammenfassung der Kernanalysen

# Die umfassenden Analysen haben verschiedene Auffälligkeiten gezeigt, diese können wie folgt zusammengefasst werden

- 1 Leistungsprofile der Standorte zeigen ausgewiesene Stärken, insbesondere Böblingen und Sindelfingen ergänzen einander
- 2 Klare Schwäche im Bereich der Intensivmedizin wird an allen Standorten sichtbar. Die fehlende Abrechnung des Intensiv-Komplexkodes hemmt die Leistungen der kleineren Standorte
- 3 Das Portfolio der Standorte weist in relevanten Bereichen Dopplungen auf, diese Bereiche sind dann auch häufig unterdurchschnittlich ausgeprägt (interventionelle Kardiologie, Geriatrie, Orthopädie)
- 4 Insgesamt zeigen sich deutliche Doppelstrukturen, die im Sinne einer zukunftsfähigen Leistungserbringung abgebaut werden sollten.
- 5 In den beiden LK werden mehr als die Hälfte (Calw) bzw. mehr als ein Drittel der entstehenden Fälle durch andere Krankenhäuser versorgt, der Marktanteil ist leicht rückläufig

**Die Erkenntnisse aus den Leistungsstrukturen der Standorte sollten für das Medizinkonzept führend sein**

**Zusätzlich müssen die baulichen Strukturen und die Ergebnisse des Stresstests Beachtung finden**

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

Ergebnisse der Kernanalysen

## **Detailanalysen und Strukturstresstest**

- Detailanalysen zu medizinischen Fragestellungen
- Ergebnisse des Strukturstresstests

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

Ergebnisse der Kernanalysen

## **Detailanalysen und Strukturstresstest**

- **Detailanalysen zu medizinkonzeptionellen Fragestellungen**
- Ergebnisse des Strukturstresstests

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Einblick in ausgewählte Analyseergebnisse



Geburtshilfe



Geriatric

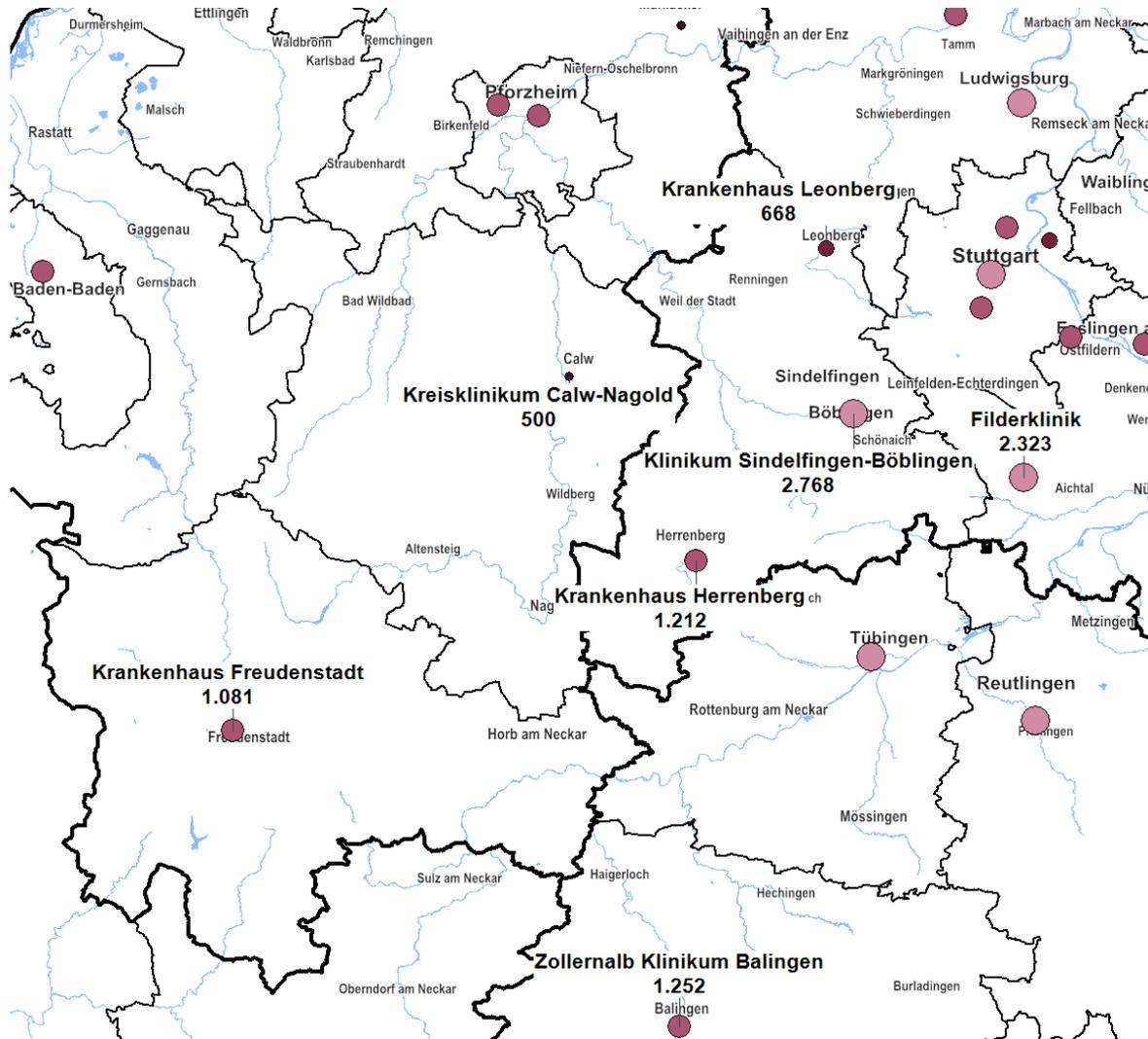


Gefäßchirurgie



Neurochirurgie

# Calw und Leonberg gehören zu den kleinsten Geburtshilfen im Wettbewerbsumfeld auch Herrenberg im unteren Drittel



Geburtshilfen nach Größenklassen

- ≤ 600
- ≤ 1.000
- ≤ 2.000
- > 2.000

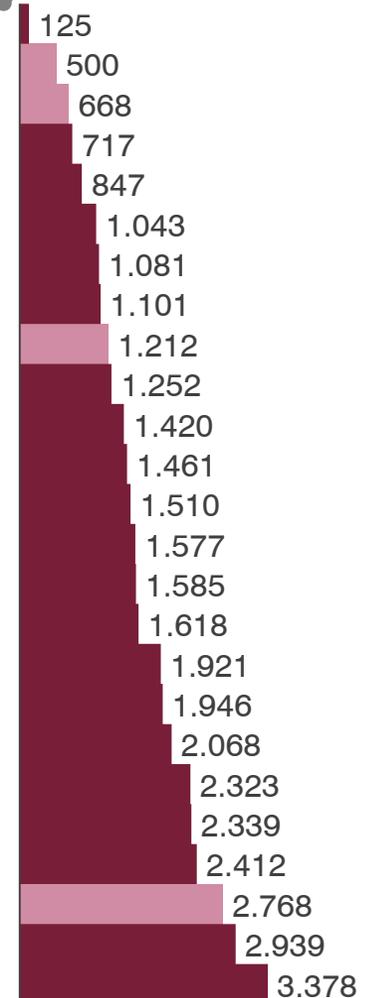
— Regierungsbezirk

— Stadt- oder Landkreis

## Geburten je Standort 2022 (im Umkreis von 40km)

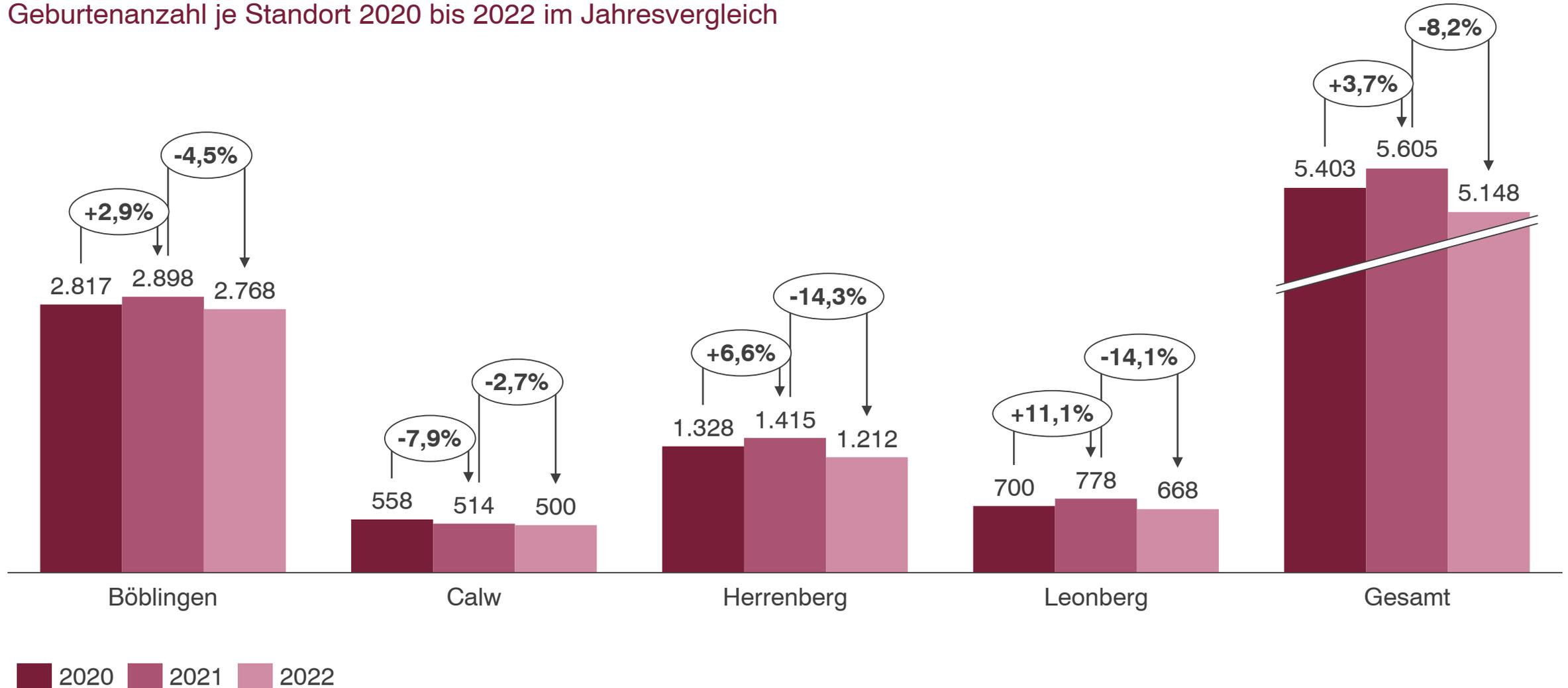
- RKH Krankenhaus Mühlacker
- Kreisklinikum Calw-Nagold**
- Krankenhaus Leonberg**
- Rems-Murr-Klinik Schorndorf
- St. Anna-Klinik
- Marienhospital Stuttgart
- Krankenhaus Freudenstadt
- Medius Kliniken Ostfildern-Ruit
- Krankenhaus Herrenberg**
- Zollernalb Klinikum Balingen
- Siloah St. Trudpert Klinikum
- Medius Klinik Nürtigen
- Robert-Bosch-Krankenhaus
- Helios Klinikum Pforzheim
- Klinikum Esslingen
- ViDia Diakonissenkrankenhaus
- Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim
- Klinikum Mittelbaden Baden-Baden
- Klinikum am Steinberg
- Filderklinik
- Rems-Murr-Klinikum Winnenden
- Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim
- Klinikum Sindelfingen-Böblingen**
- Klinikum Stuttgart
- Universitäts-Frauenklinik Tübingen

In Schließung



# Heterogene Entwicklung der Geburtenzahlen an den vier Geburtshilfen des Klinikverbundes, in 2022 rückläufige Zahlen an allen Standorten, insb. in Herrenberg

Geburtenanzahl je Standort 2020 bis 2022 im Jahresvergleich



# Die derzeitige Versorgungssituation in der Geburtshilfe ist nicht zukunftsfähig – die Sicherstellung zukunftsfähiger geburtshilflicher Strukturen erfordert Veränderungen

## Zusammenfassung Gynäkologie/ Geburtshilfe: Ist-Situation

Die gynäkologische/geburtshilfliche Leistungserbringung im KVSW ist stark fragmentiert. Insgesamt werden diese Leistungen an vier Standorten vorgehalten. Neben dem Level-1-Zentrum in Böblingen sind die übrigen Geburtshilfen dem niedrigsten Versorgungslevel zuzuordnen.

In 2022 werden deutlich sinkende Geburtenzahlen beobachtet. Dieser Trend wird sich gemäß aktueller Bevölkerungsprognose fortsetzen. Die drei kleineren Standorte versorgen bereits heute deutlich weniger Geburten als auf Basis des Einzugsgebiets zu erwarten wären.

Die derzeitige Versorgungssituation ist nicht zukunftsfähig:

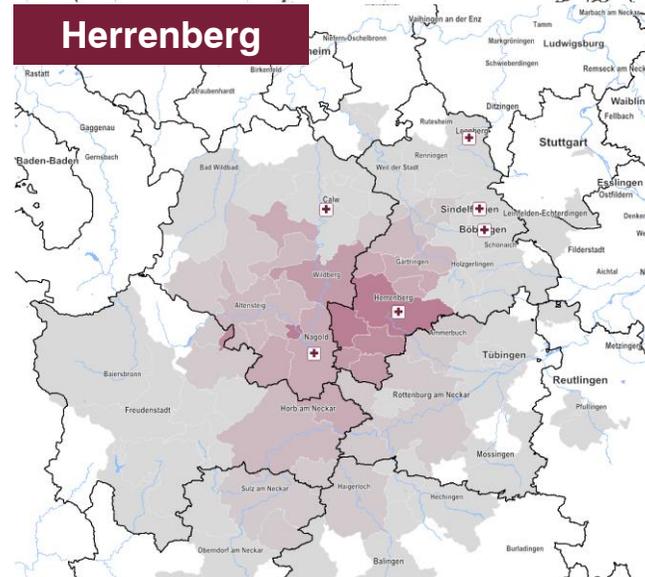
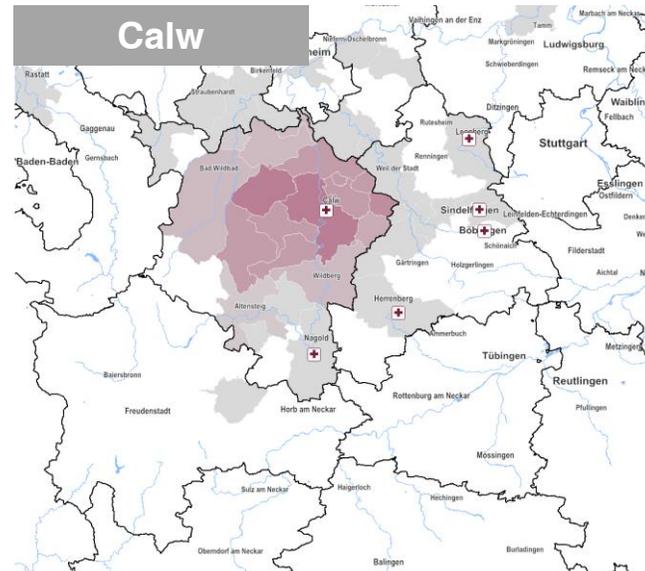
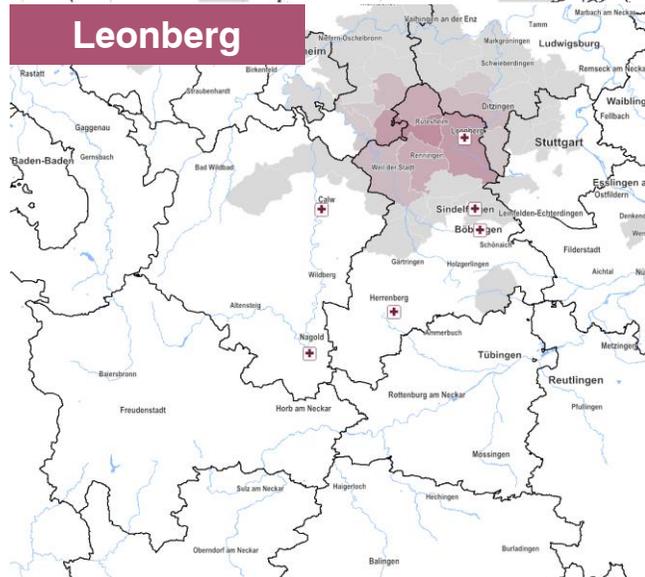
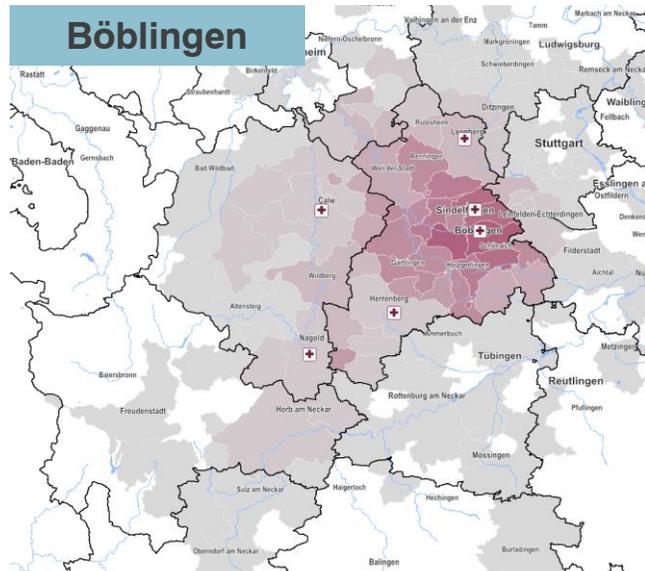
- Der **Standort Calw** ist aufgrund der Fallmengen nicht zukunftsfähig aufgestellt. Die personelle Aufstellung im Bereich der Hebammen und im ärztlichen Dienst ist nicht hinreichend. Das Angebot konnte historisch nur durch Unterstützung der anderen Standorte und durch Leiharbeit aufrecht erhalten werden. Weiterhin gibt es Anzeichen für qualitative Auffälligkeiten
- Der **Standort Herrenberg** hat zwar eine solide Fallmenge, das für die Geburtshilfe benötigte umfassende Back-up ist jedoch nicht zukunftssicher (insbesondere Intensivmedizin). Es zeigen sich – analog zum Standort in Calw – keinerlei medizinische Synergien (insbesondere für die Gynäkologie) für die Leistungserbringung im Profil des Standortes
- Der **Standort Leonberg** schöpft das Potenzial des Einzugsgebiets nur teilweise aus. Das Niveau der Geburten lässt keine kostendeckende Leistungserbringung zu

Die Geburtshilfen in Leonberg, Calw und auch Herrenberg zählen zu den am stärksten defizitären Fachabteilungen des Konzerns und belasten das operative Ergebnis in erheblichem Maße

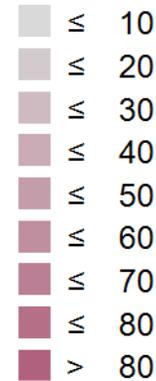


Die Sicherstellung zukunftsfähiger geburtshilflicher Strukturen erfordert in jedem Fall Veränderungen des Status-Quo. Die Sicherstellung der Versorgung im LK Calw ist dabei eine entscheidende Herausforderung, sollte aber sogleich Ziel der Medizinstrategie sein

# Einzugsgebiete im Vergleich – Herrenberg und Böblingen mit deutlich überregionaleren Einzugsgebieten im Standortvergleich (Stand 2022)



Geburten je 10.000 Einwohner je PLZ-Gebiet



Strahlkraft von Böblingen gut sichtbar

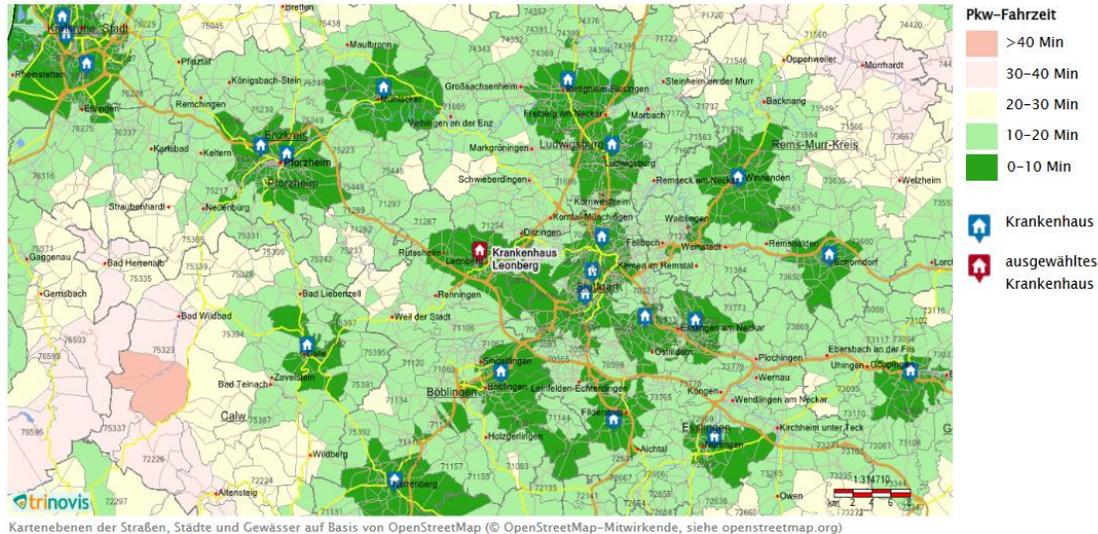
Calw primär lokal versorgend, sowohl Herrenberg als auch Böblingen haben im Kerneinzugsgebiet von Calw relevante Fallmengen

Einzugsgebiet von Leonberg wird bereits jetzt durch Böblingen gut abgedeckt

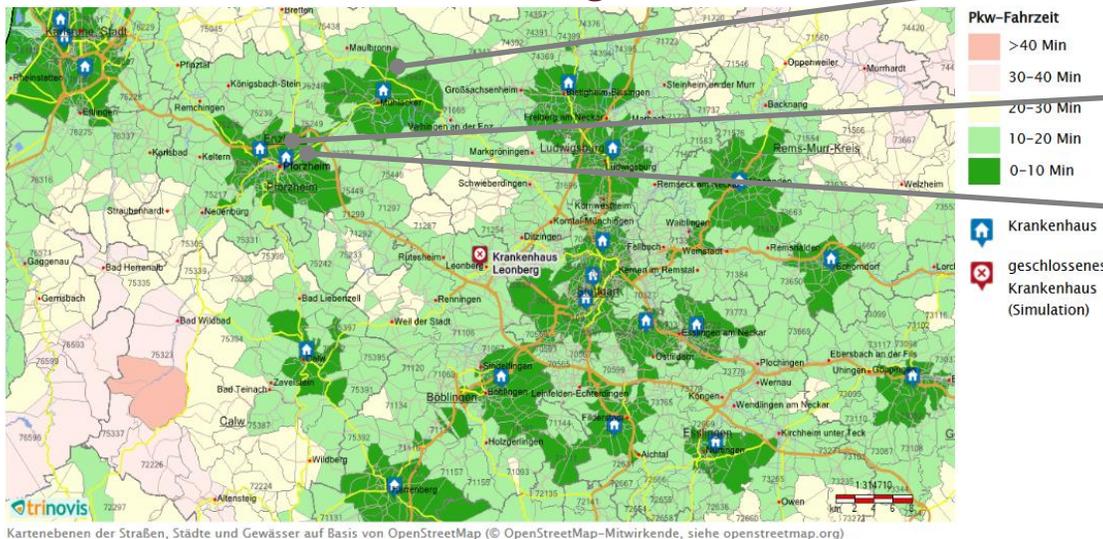
Viele Fälle aus Herrenberg haben deutliche Schnittmengen mit dem Kerneinzugsgebiet von Nagold

# Simulation Geburtshilfe – Leonberg

## Erreichbarkeit Status Quo



## Erreichbarkeit bei Schließung



**Krankenhaus Mühlacker**  
Anzahl Geburten: 355

**Siloah St. Trudpert Klinikum**  
Anzahl Geburten: 1.502

**Helios Klinikum Pforzheim**  
Anzahl Geburten: 1.630  
FAB Pädiatrie und Neon. FZ 1.845

## Kennzahlen und Schließungseffekte im Radius von 40 Pkw-Fahrzeitminuten

Grundversorger im Umkreis: 20

Einwohner (Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren): 755.636

Durchschnittliche Einwohnerdichte (Einwohner je km<sup>2</sup>): 176,2

Durchschnittliche Pkw-Fahrzeitminuten:

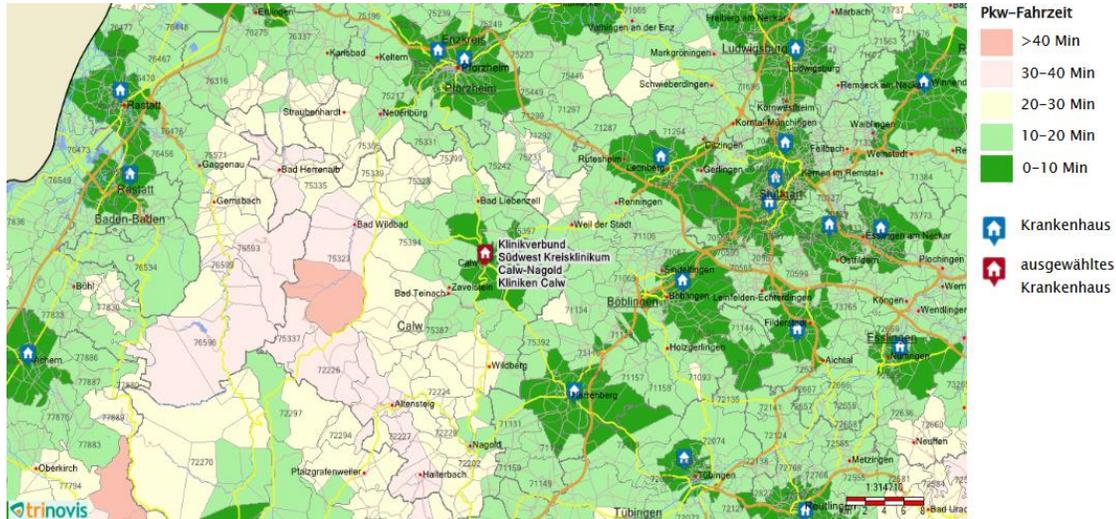
- Status Quo: 10,6

- Bei Schließung: 10,8

Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 40 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen würden: 0

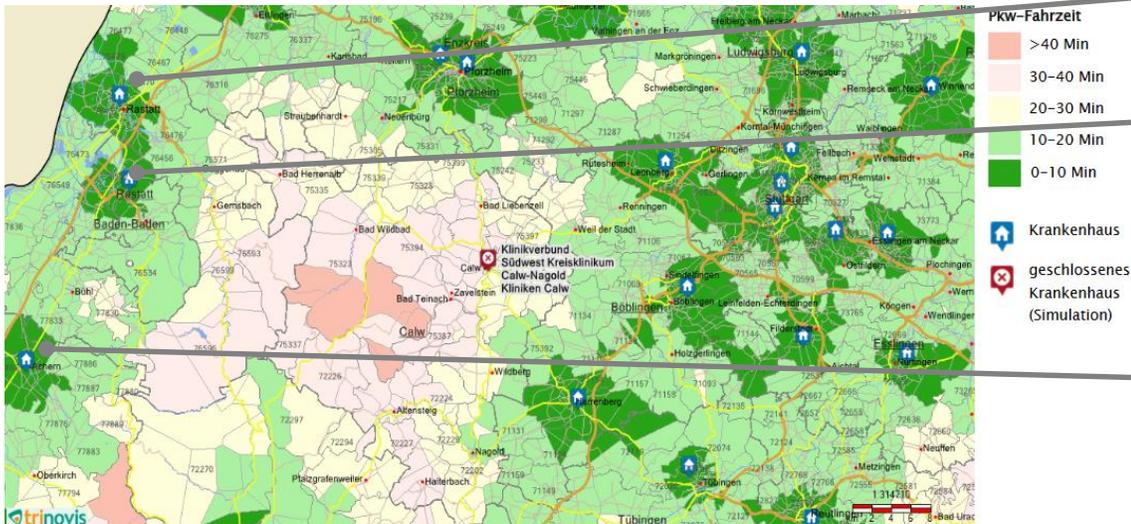
# Simulation Geburtshilfe – Calw

## Erreichbarkeit Status Quo



Kartenebenen der Straßen, Städte und Gewässer auf Basis von OpenStreetMap (© OpenStreetMap-Mitwirkende, siehe openstreetmap.org)

## Erreichbarkeit bei Schließung



Kartenebenen der Straßen, Städte und Gewässer auf Basis von OpenStreetMap (© OpenStreetMap-Mitwirkende, siehe openstreetmap.org)

**Krankenhaus Rastatt –  
geschlossen**

**Klinikum Mittelbaden Baden-  
Baden Balg**  
Anzahl Geburten: 1.997

**Ortenau Klinikum Achern**  
Anzahl Geburten: 833

## Kennzahlen und Schließungseffekte im Radius von 40 Pkw-Fahrzeitminuten

Grundversorger im Umkreis: 4

Einwohner (Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren): 183.239

Durchschnittliche Einwohnerdichte (Einwohner je km<sup>2</sup>): 110,3

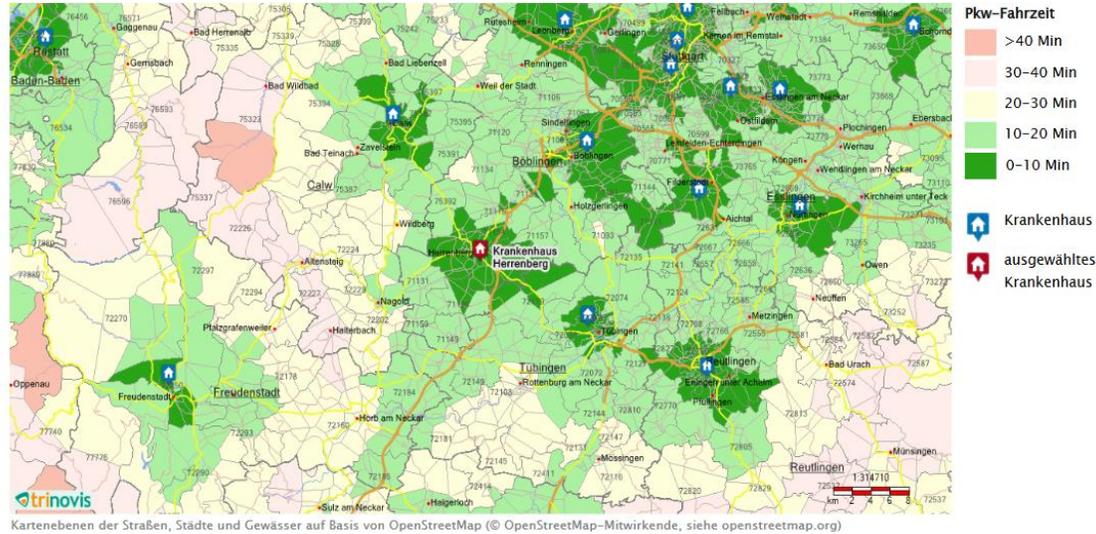
Durchschnittliche Pkw-Fahrzeitminuten:

- Status Quo: 11,6
- Bei Schließung: 12,9

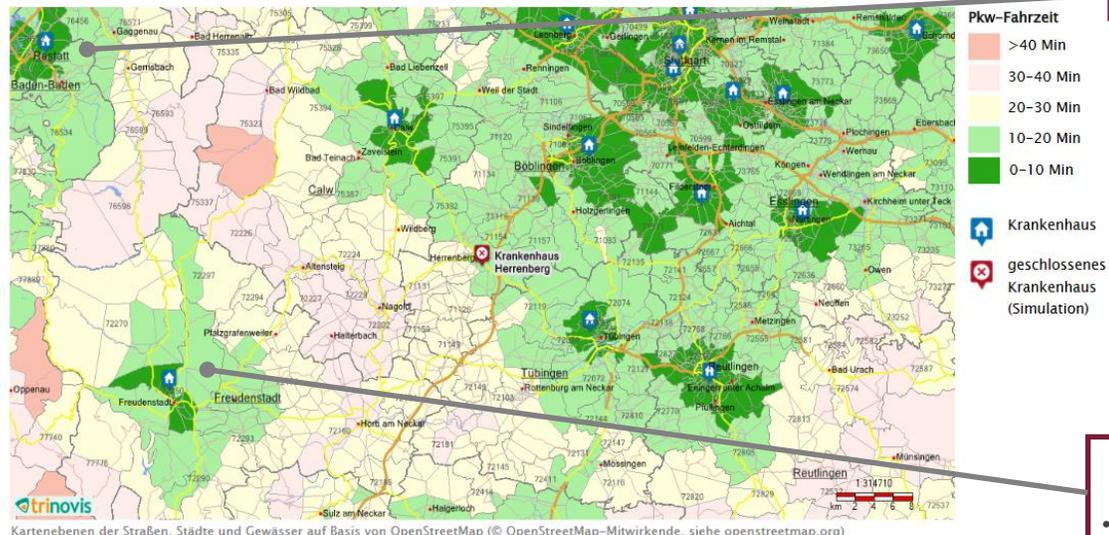
Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 40 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen würden: 386

# Simulation Geburtshilfe – Herrenberg

## Erreichbarkeit Status Quo



## Erreichbarkeit bei Schließung



**Krankenhaus Rastatt - geschlossen**

**Krankenhaus Freudenstadt**  
Anzahl Geburten: 1.071  
• FAB Kinder- und Jugendmed. FZ 1.538

## Kennzahlen und Schließungseffekte im Radius von 40 Pkw-Fahrzeitminuten

Grundversorger im Umkreis: 18

Einwohner (Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren): 569.141

Durchschnittliche Einwohnerdichte (Einwohner je km<sup>2</sup>) : 156,9

Durchschnittliche Pkw-Fahrzeitminuten:

- Status Quo: 10,6
- Bei Schließung: 11,2

Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 40 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen würden: 0

# Gemäß der anzusetzenden Kriterien ist keine der Geburtshilfen im KVSW alleinig bedarfsnotwendig

## Zusammenfassung Geburtshilfe – Erreichbarkeit und Versorgung

Die Versorgungsrelevanz kann anhand allgemein gültiger Kriterien beurteilt werden. Diese können aus den Vorgaben zu Sicherstellungszuschlägen abgeleitet werden. Hierfür ist die **Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten** ausschlaggebend

Die Versorgungssituation der drei kleineren Geburtshilfen im KVSW kann wie folgt beurteilt werden:

- Leonberg: Schließung hätte im Rahmen der Kriterien des Sicherstellungszuschlags praktisch keine Auswirkung auf die Erreichbarkeit
- Calw: In Summe zeigt sich die geburtshilfliche Leistungserbringung nach den Kriterien des Sicherstellungszuschlags nicht als versorgungsrelevant. Dennoch würden kleine Gebiete eine Fahrzeit von über 40 Minuten aufweisen. Jedoch hätte der Landkreis ohne den Standort Calw keine Geburtshilfe
- Herrenberg: Schließung hätte im Rahmen der Kriterien des Sicherstellungszuschlags nur geringe Auswirkung auf die durchschnittliche Fahrzeit, vom Stadtzentrum Herrenberg wäre das neue FFK in unter 20 Minuten erreichbar

Die geburtshilfliche Leistungserbringung steht im Fokus des Medizinkonzepts. Die derzeitigen Strukturen bedürfen Veränderungen. Veränderungen sollten das Ziel einer langfristigen Sicherung haben. Der derzeitige Status-Quo erfüllt dies nicht. Änderungen sollten die Versorgungsbedarfe berücksichtigen, dabei ist insbesondere die Sicherung der Versorgung im LK Calw hoch relevant



Die anderen Analysen zeigen, dass Änderungen in den geburtshilflichen Versorgungsstrukturen nötig sind. Die Bedarfsanalyse zeigt, dass keiner der drei kleineren Standorte eine alleinige Versorgungsrelevanz hat. Änderungen in den geburtshilflichen Strukturen sind daher aus Versorgungssicht möglich



## Zusammenfassung Themenfeld Geburtshilfe

### Bewertung des Status Quo

Die Geburtshilfen der Standorte Böblingen und Herrenberg weisen deutlich überregional geprägte Einzugsgebiete auf. Leonberg und Calw sind im Vergleich deutlich lokaler geprägt

Im wettbewerblichen Umfeld sind Leonberg und Calw die kleinsten Geburtshilfen und weisen weniger Geburten auf, als es das Einzugsgebiet erwarten lassen würde

Die kleinste Geburtshilfe in Calw hat die höchste Versorgungsrelevanz, sie hat allerdings keinen Sicherstellungszuschlag

### Szenarien im Vergleich

Im Szenarienvergleich würde es in allen betrachteten Szenarien zur Verkleinerung des Einzugsgebietes des Klinikverbundes kommen

Konzentration in Nagold ist bei einer Standortkonzentration deutlich zu präferieren

### Ableitungen

Es sollte geprüft werden, geburtshilfliche Leistungen zukünftig in Nagold zu erbringen.

Die Geburtshilfen aus Calw und Herrenberg sollten dort zusammengefasst werden, dies sichert die Versorgung langfristig

Langfristiger Fortbestand der Geburtshilfe in Leonberg ist unsicher

# Einblick in ausgewählte Analyseergebnisse



Geburtshilfe



Geriatric



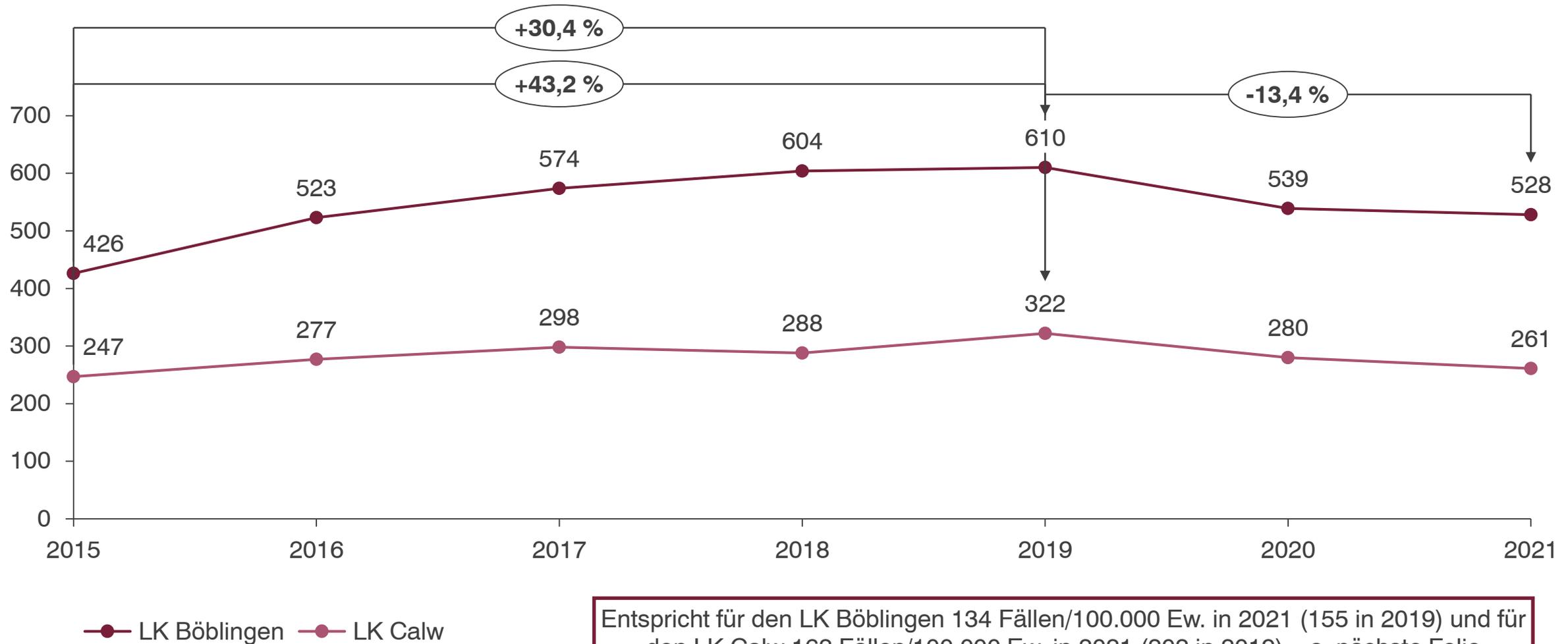
Gefäßchirurgie



Neurochirurgie

# Geriatrisches Marktwachstum bis 2019 – Markteinbruch durch die Pandemie in den Jahren 2020 und 2021

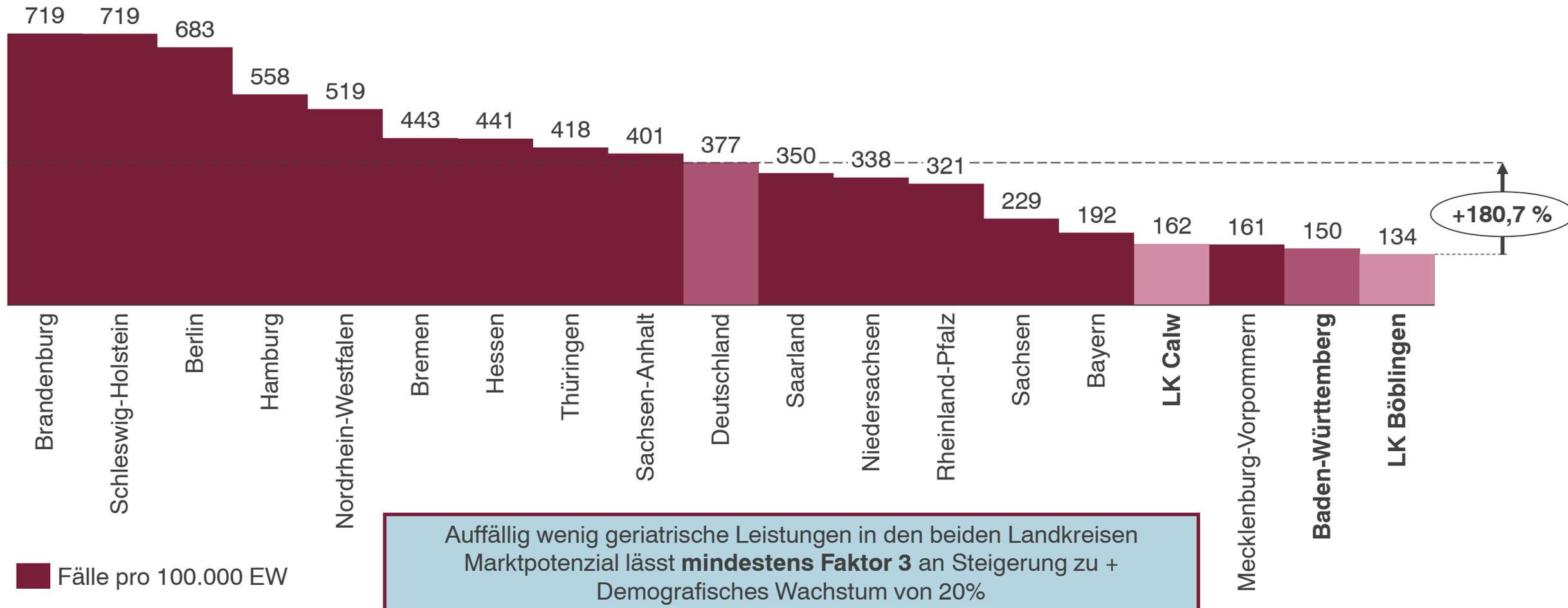
Marktentwicklung für die LK Böblingen & Calw für **geriatrische Komplexbehandlungen** (OPS 8-550) – nach Wohnort



# Krankenhausthäufigkeiten für die geriatrische Komplexbehandlung pro 100.000 Einwohner der LK Calw und Böblingen deutlich unterhalb des Bundesniveaus

Fälle des OPS 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) pro 100.000 Einwohner

*LK Calw und Böblingen deutlich unter dem geriatrischen Fallzahlniveau anderer Bundesländer – die Top-Kreise in Deutschland mit deutlich über 1.000 Fällen/100.000 Ew. (z. B. Brandenburg a. d. Havel mit 1.435)*



# Geriatrische Leistungen sind im Einzugsgebiet des KVSW deutlich unterrepräsentiert

## Zusammenfassung Analysen zur Geriatrie

- Geriatrische Leistungen wurden bis 2019 deutlich häufiger in Anspruch genommen. Der Angebotsausbau wirkt sich also auf eine steigende Nachfrage aus
- Fünf von sechs Standorte des KVSW bieten regelhaft geriatrische Leistungen an, kein Standort erreicht dabei ein konkurrenzfähiges Niveau
- Geriatrische Leistungen sind im Einzugsgebiet des KVSW deutlich unterrepräsentiert: Andere Regionen versorgen – relativ gesehen – bis zu 10 Mal mehr Fälle je 100.000 EW
- Das geriatrische Potenzial der beiden LK wird mit Faktor 3 bis 4 abgeschätzt, entsprechend ist davon auszugehen, dass im Einzugsgebiet des KVSW Nachfrage für ungefähr 150 geriatrische Betten besteht



Die geriatrischen Leistungsangebote sind unterhalb des zu antizipierenden Bedarfs  
Zukünftig sind außerdem deutliche demografische Verschiebungen zu berücksichtigen  
Ähnliches gilt auch für die Palliativmedizin: Auch hier wird der Versorgungsbedarf nicht vollständig gedeckt

# Einblick in ausgewählte Analyseergebnisse



Geburtshilfe



Geriatric

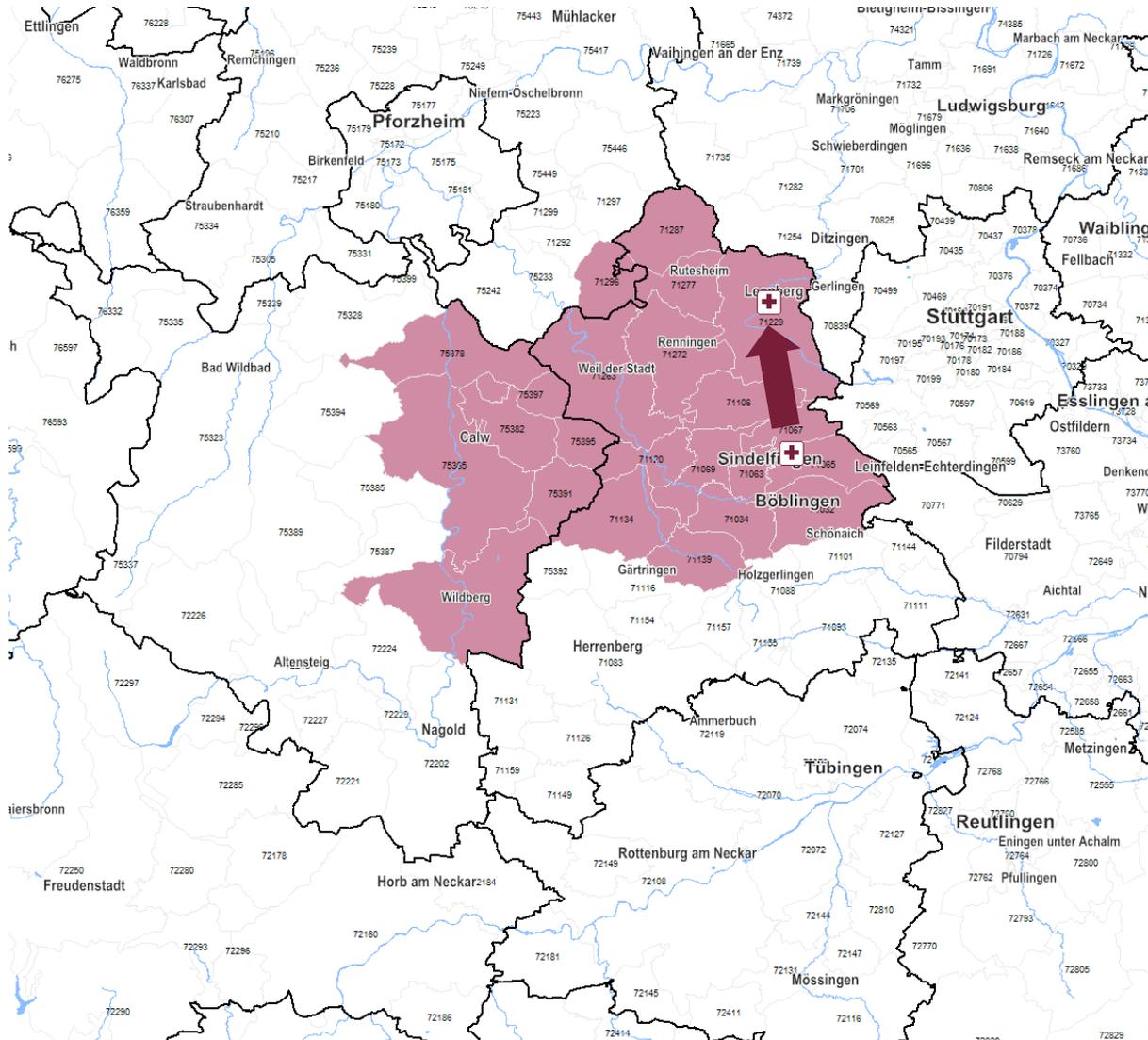


**Gefäßchirurgie**



Neurochirurgie

# Bei Zusammenlegung der Gefäßchirurgien am Standort Leonberg kann mit rund 300 Fällen mehr am Standort Leonberg gerechnet werden



*Es sollte geprüft werden, ob für die Zeit bis zur Inbetriebnahme des FFK eine Alternative zum Weiterbetrieb von 2 Gefäßchirurgien besteht*

Die Patientenherkunft hat gezeigt, dass sich die Standorte Sindelfingen und Leonberg das Einzugsgebiet im Landkreis Böblingen weitestgehend teilen

Bei Verlagerung der Gefäßchirurgie aus Sindelfingen nach Leonberg kann eine **Ausweitung des Einzugsgebietes Leonbergs in südliche Richtung** erwartet werden. **Verlagerungsverluste** aus dem Kerneinzugsgebietes Sindelfingen in Richtung Stuttgart sind dennoch wahrscheinlich

63% der Fälle der Gefäßchirurgie Sindelfingens stammen aus den eingefärbten Gebieten

Bei **Annahme eines 20%igen Verlagerungsverlustes** an Wettbewerber in den eingefärbten Gebieten, würde dies rund 300 Fälle mehr für den Standort Leonberg bedeuten

# Gefäßchirurgische Abteilungen sind derzeit sowohl in Sindelfingen als auch in Leonberg verortet, diese sollten zusammengeführt werden

## Zusammenfassung Analysen zur Gefäßchirurgie

- Zukünftig ist die gefäßchirurgische Leistungserbringung an nur noch einem Standort vorgesehen
- Aufgrund des Versorgungsauftrags kann dieser Standort nur das FFK sein
  - Diese Zusammenführung am FFK ist sowohl Beschlussstand als auch krankenhauplanerisch abgestimmt und vorgesehen
- Bis zur Inbetriebnahme des FFK zeigen sich jedoch Doppelstrukturen, da sowohl in Leonberg als auch in Sindelfingen gefäßchirurgische Abteilungen vorgehalten werden
- Daher ist die Frage zu beantworten, ob diese Doppelstrukturen schon vor Inbetriebnahme des FFK abgebaut werden sollen
- Beide gefäßchirurgischen Abteilungen arbeiten (Stand 2022) nicht kostendeckend



Eine Reduzierung der Gefäßchirurgien schon vor Inbetriebnahme des FFK wird empfohlen  
Eine Zusammenführung kann dabei an beiden Standorten (Leonberg, Sindelfingen) erfolgen  
Aufgrund des Einzugsgebiets und der Fallzahlen zeigen sich leichte Vorteile für den Standort Leonberg

# Einblick in ausgewählte Analyseergebnisse



Geburtshilfe



Geriatric



Gefäßchirurgie



**Neurochirurgie**



# Die Bedarfsnotwendigkeit einer Klinik für Neurochirurgie am Flugfeldklinikum zeigt sich in 5 Argumenten



## Wachsender neurochirurgischer Versorgungsbedarf

Eine zunehmende Anzahl von Patienten, die einen neurologischen bzw. neurochirurgischen Interventionsbedarf aufweisen ist zu sehen und wird sich mit Blick auf die demografische Entwicklung weiter erhöhen.



## Versorgungslücke im nordöstlichen Schwarzwald

Derzeit keine neurochirurgischen Kliniken im nordöstlichen Schwarzwald vorhanden. Eine Neurochirurgie am Flugfeldklinikum hat positive Effekte für ein Einzugsgebiet von 775.000 Einwohnern.



## Qualität der umfassenden Notfallversorgung

Für die zeitkritische Versorgung im Bereich der Neurochirurgie ist eine flächendeckende Versorgungsinfrastruktur sicherzustellen (Neurovaskuläre Notfälle im Rahmen der Versorgung von Schlaganfällen, Polytraumapatienten). Minimierung von Fahrzeiten im Nordöstlichen Schwarzwald und daran angrenzende Gebiete durch NCH am Flugfeld.



## Regionale Versorgung der Bevölkerung

Wohnortnahe und interdisziplinäre Versorgung für neuroonkologische Patienten von großer Bedeutung. Auch aufgrund der zunehmenden Bedeutung von degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen ist eine Stärkung der vorhandenen Expertise notwendig.



## Interne Versorgungsbedarfe im KVS

Hohe interne Versorgungsbedarfe in den Fachabteilungen für Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie. Stärkung des Flugfeldklinikums in der Rolle als Maximalversorger.

## Bedarfsnotwendigkeit einer Neurochirurgie

niedrig hoch



niedrig hoch



niedrig hoch



niedrig hoch

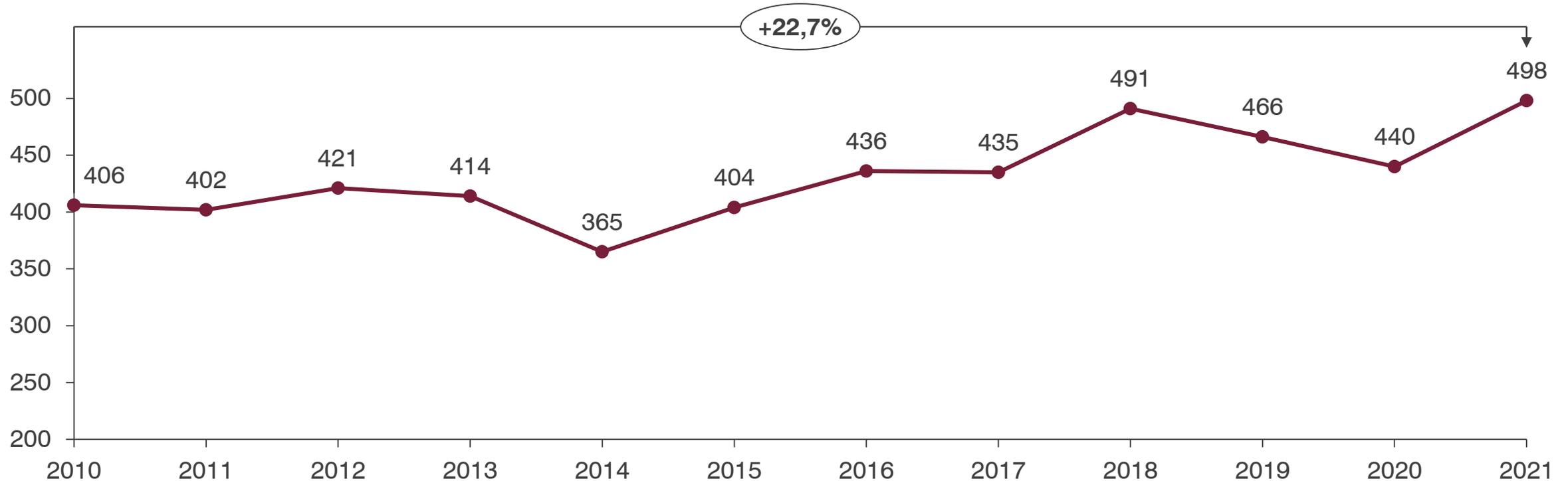


niedrig hoch



# Wachsender neurochirurgischer Versorgungsbedarf in typischen neurochirurgischen DRGs in der Region zu sehen

Stationäre Krankenhausfälle für die Basis-DRGs B01, B02, B13, B20, B21 aus den LK Böblingen, Calw und Freudenstadt



lfd. Nr.	DRG	DRG-Name	Fallzahl Landkreise Böblingen, Calw u. Freudenstadt 2021
A	B	C	D
1	B01	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	11
2	B02	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation	90
3	B13	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	3
4	B20	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation oder andere Eingriffe am Schädel, Alter < 12 Jahre	379
5	B21	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem	15

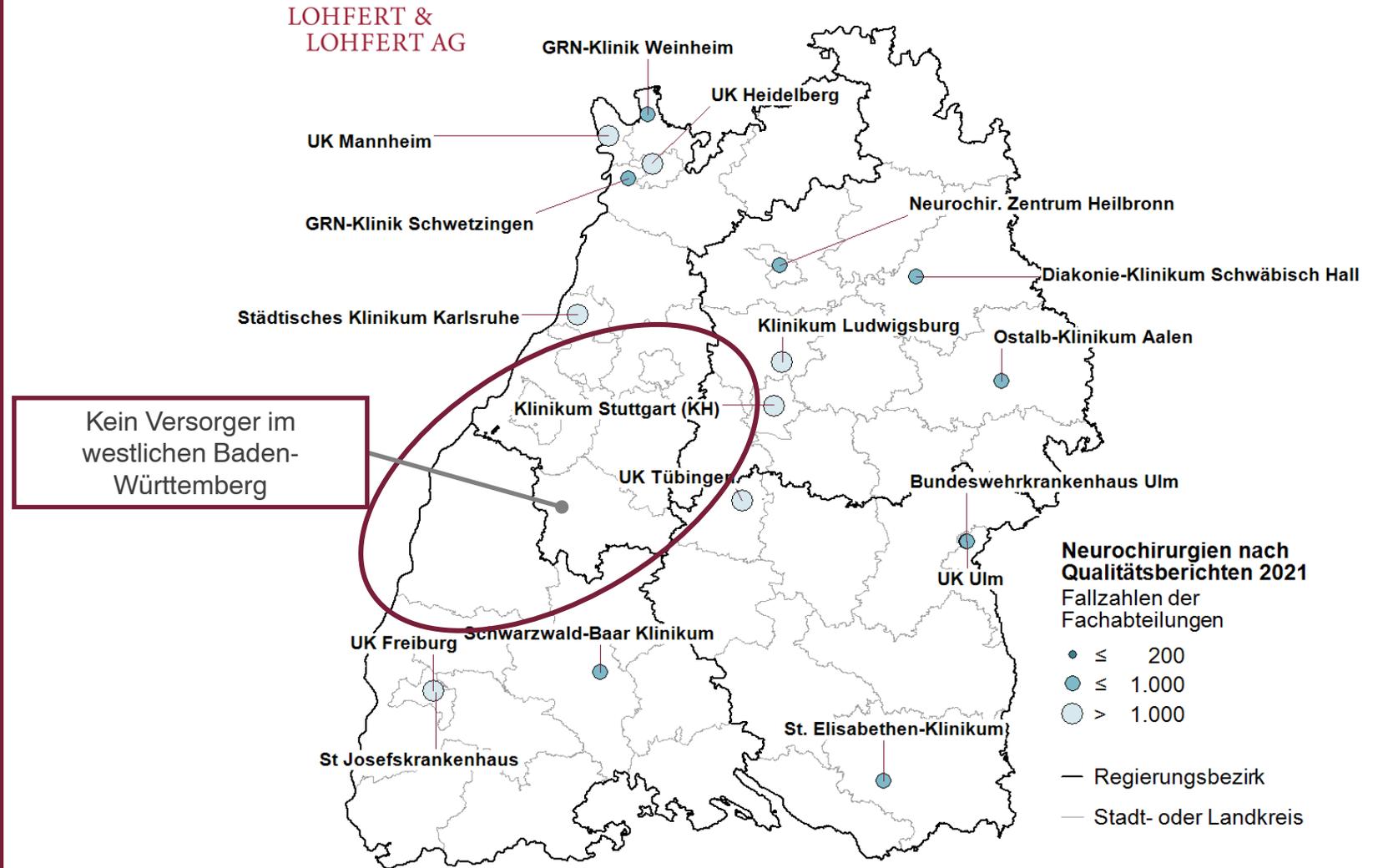
**Kernmessage:** Insgesamt wachsender Bedarf für Neurochirurgie

# Neurochirurgische Versorgungsstrukturen

Dargestellt sind jene Standorte die nach Qualitätsbericht 2021 neurochirurgische Fachabteilungen ausweisen, klassifiziert nach den stationären Fallzahlen

Von Böblingen aus sind insbesondere das Klinikum Stuttgart sowie das UK Tübingen relevant für die neurochirurgische Versorgung

**Insgesamt zeigt sich im Westen des Landes eine Versorgungslücke und damit das Potenzial für einen weiteren Standort**

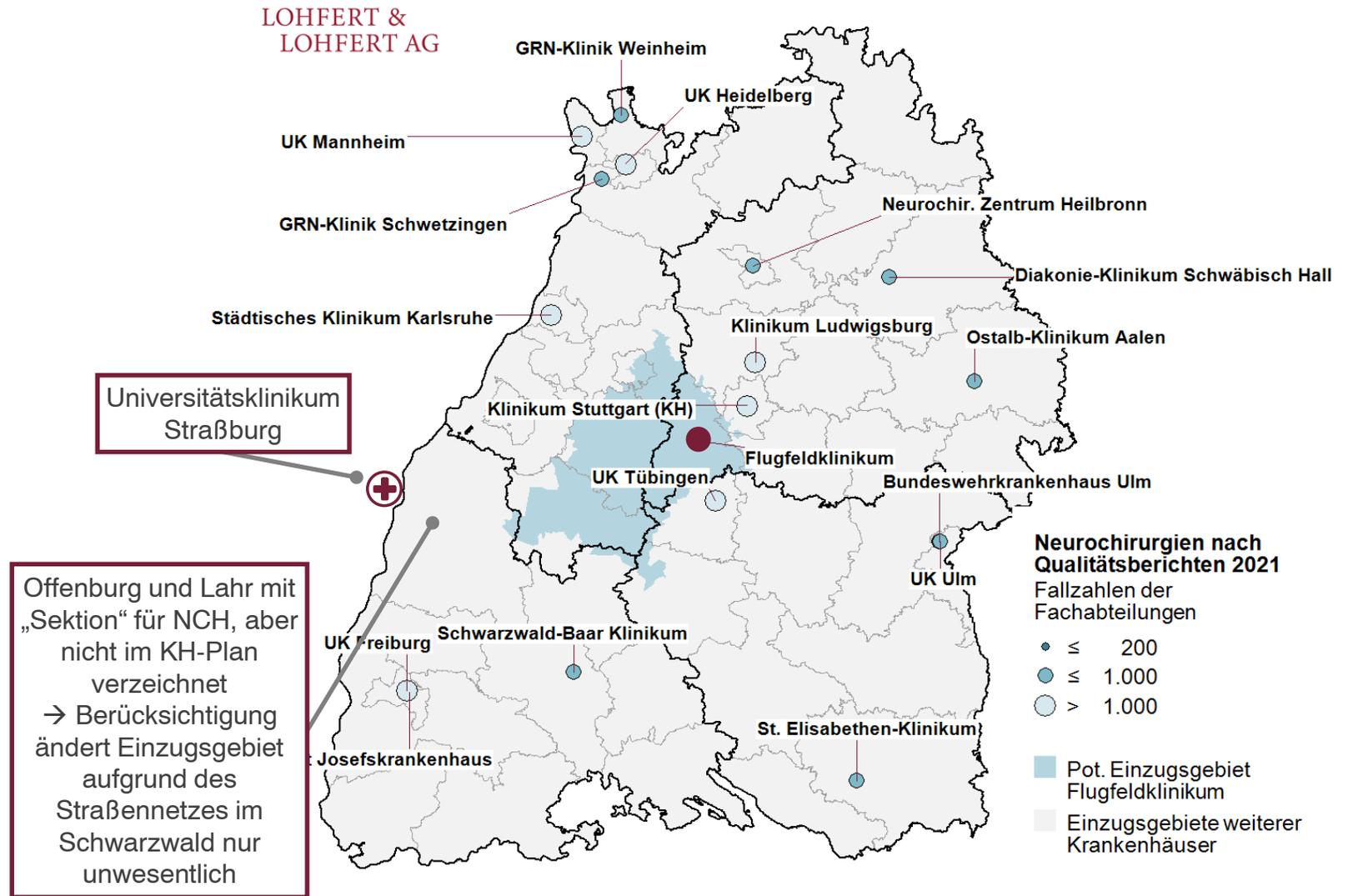


**Kernmessage:** Das wettbewerbliche Umfeld zeigt einen Bedarf für einen Versorger im westlichen Baden-Württemberg

# Ein virtuelles Einzugsgebiet um das FFK hätte fast 800 Tsd. Einwohner

Ein „virtuelles Einzugsgebiet“ (Entscheidung nach kürzester Fahrzeit) vom Standort Flugfeld umfasst den Landkreis Böblingen sowie westlich angrenzende Regionen

Dieses Einzugsgebiet des Standortes Flugfeld umfasst über 775.000 Einwohner und liegt damit deutlich oberhalb der kritischen Grenze für neurochirurgische Leistungserbringung (von mind. 500.000 Ew.)



**Kernmessage:** Geografisch zeigt sich ein Bedarf für neurochirurgische Versorgung für den Südosten des Regierungsbezirkes Karlsruhe

# Neurochirurgische Versorgung derzeit im FFK nicht vorgesehen, verschiedene Analysen verdeutlichen den hohen Stellenwert

## Zusammenfassung Analysen zur Neurochirurgie

- Für die Neurochirurgie wird ein wachsender Versorgungsbedarf (Anzahl stationär zu behandelnder Fälle) prognostiziert. Trotz Corona Pandemie sind historisch FZ-Steigerungen sichtbar
- Es zeigt sich in Teilen eine Unterversorgung in Richtung des nördlichen Schwarzwalds
- Diese Unterversorgung könnte durch die Etablierung einer Neurochirurgie am FFK zu Teilen behoben werden
- Für die internen Verlegungsketten und zur Generierung von höheren Marktanteilen wäre eine neurochirurgische Versorgung am FFK ein erheblicher Gewinn für den KVSW
- Das notwendige Einzugsgebiet für eine hypothetische Neurochirurgie am FFK beträgt zukünftig fast 800 Tsd. Einwohner und liegt damit oberhalb dessen was als Mindesteinzugsgebiet definiert ist
- Insbesondere die Notfallversorgung in den beiden LK würde durch die Etablierung der Neurochirurgie erheblich profitieren



Klare Empfehlung neurochirurgische Leistungen am FFK zu etablieren. Um eine umfassende Schlaganfallversorgung (Abrechnung des OPS-Kode 8-981.3) zu gewährleisten ist zusätzlich das Angebot von Leistungen der interventionellen Neuroradiologie nötig. Dieses Angebot sollte daher ergänzend hinzugefügt werden, hier besteht aber kein krankenhauplanerischer Anpassungsbedarf.

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

Ergebnisse der Kernanalysen

## **Detailanalysen und Strukturstresstest**

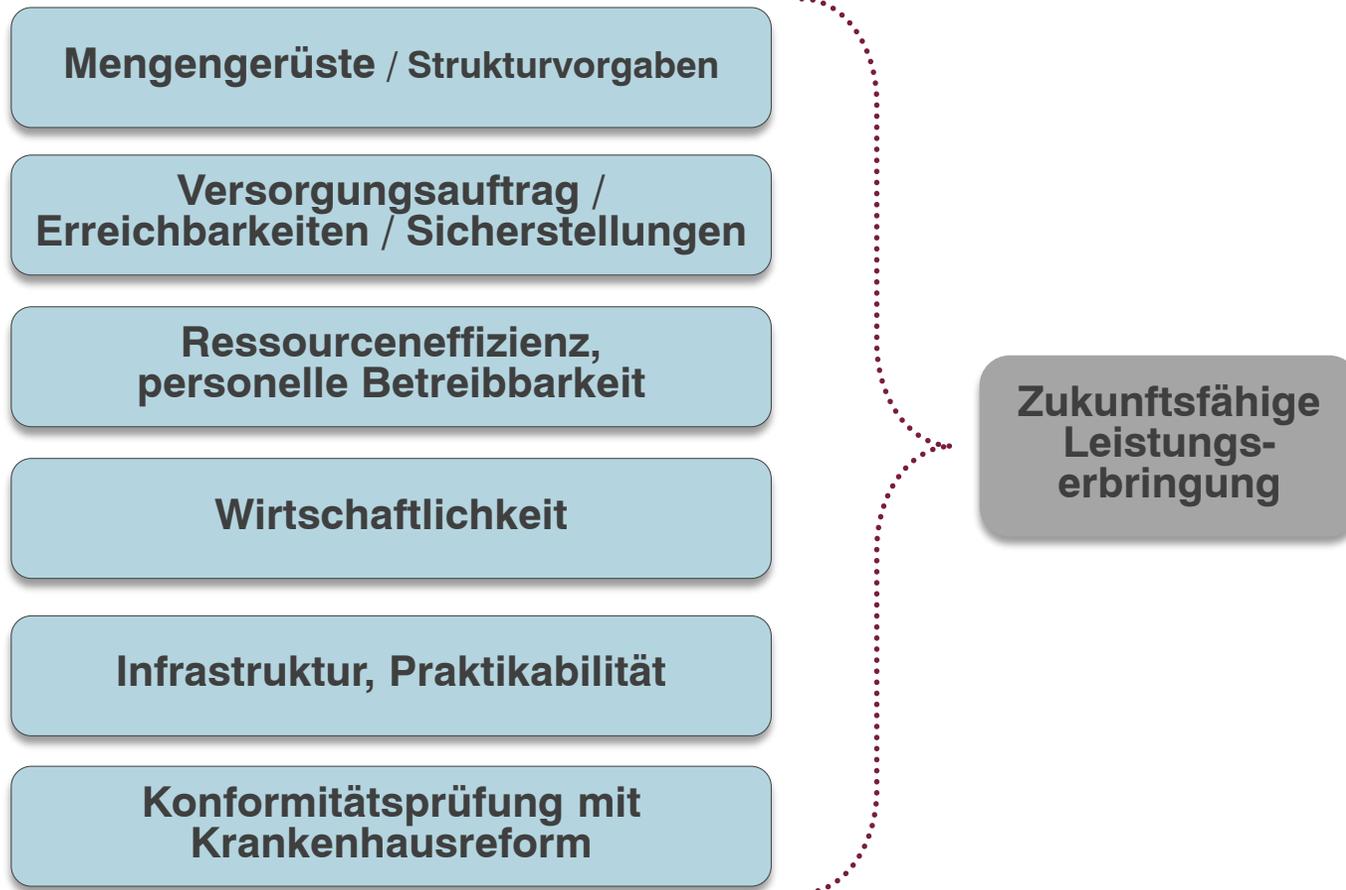
- Detailanalysen zu medizinischen Fragestellungen

- **Ergebnisse des Strukturstresstests**

Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

# Der Strukturstresstest soll die Strukturen der Standorte auf eine zukunftsfähige Leistungserbringung untersuchen

Untersuchte und bewertete Elemente des Strukturstresstests



## Anmerkungen

Es wurden diverse Analysen durchgeführt, um die Zukunftsfähigkeit der Leistungserbringung zu bewerten

Ohne zukunftsfähige Strukturen riskiert der KVS den Wegfall einzelner Versorgungsbestandteile

Auf einen solchen Wegfall kann nur sehr schlecht reagiert werden, dadurch besteht ein hohes Risiko Leistungselemente dauerhaft zu verlieren

Der Strukturstresstest stellt daher ein zentrales Element der gutachterlichen Bewertung dar

Die offenbarten Auffälligkeiten sollten im Medizinkonzept gewürdigt und entsprechend zukunftsfähig gemacht werden

# Versorgungsanalyse | Verlängerte Fahrzeiten bei Schließung der Grundversorgung Erwachsene in Calw – jedoch kein strukturell bedingter geringer Versorgungsbedarf

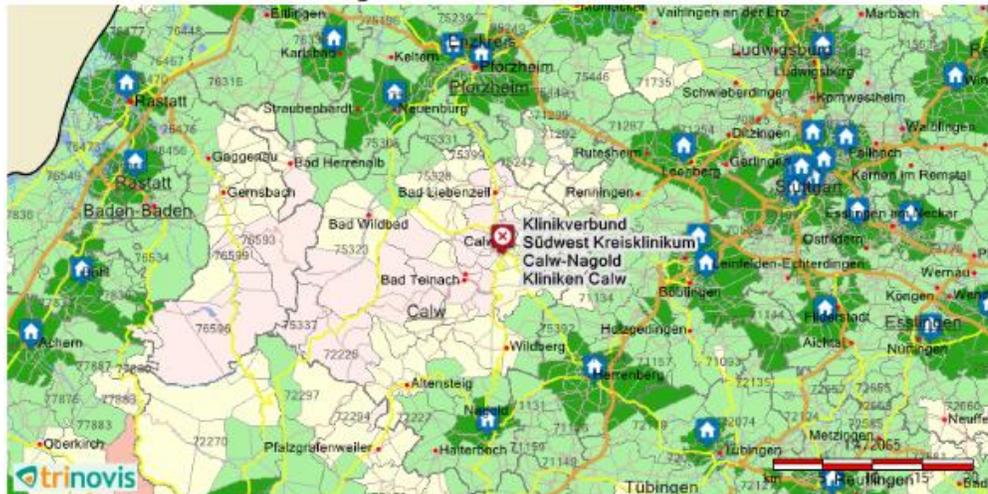
Kennzahlen und Schließungseffekte im Radius von 30 Pkw-Fahrzeitminuten

Einwohner	276.365
Durchschnittliche Einwohnerdichte (Einwohner je km <sup>2</sup> )	343,9
Durchschnittliche Pkw-Fahrzeitminuten zum nächsten Grundversorger	
• Status quo	13,2
• Bei Schließung	17,2
Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 30 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen würden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen	23.452
Grundversorger im Umkreis	1

Hohe Einwohnerdichte – daher kein strukturell bedingter geringer Versorgungsbedarf

Versorgungsrelevanz erkennbar

Erreichbarkeit bei Schließung



Pkw-Fahrzeit

>40 Min

30-40 Min

20-30 Min

10-20 Min

0-10 Min



Krankenhaus



geschlossenes  
Krankenhaus  
(Simulation)

„Der Grundversorger mit Notfallversorgung (Level In) hat einen **Sicherstellungsauftrag** für die **stationäre internistische und chirurgische** Basisversorgung, Basis-Notfallversorgung und je nach Bedarf auch **Geriatric** oder **Palliativmedizin** und ist für Regionen vorgesehen, in denen das **nächstgelegene Krankenhaus** der Regel- und Schwerpunktversorgung bzw. der Maximalversorgung weiter als **30 Minuten Pkw-Fahrzeit** entfernt ist oder bei denen das Bundesland einen **besonderen Versorgungsauftrag** sieht“

(Regierungskommission, 2022, S.12)

# Versorgungsanalyse | Ohne Herrenberg würde für ca. 3.000 EW eine Fahrzeit von mehr als 30 Min. resultieren – somit wäre auch ohne den Standort Herrenberg laut Definition des G-BA die flächendeckende Versorgung nicht gefährdet

Erreichbarkeit bei Schließung



Kleine Gebiete um Rottenburg a. N. betroffen, dies sollte in der Praxis keine Auswirkungen haben

Kennzahlen und Schließungseffekte im Radius von 30 Pkw-Fahrzeitminuten

Einwohner	1.232.053
Durchschnittliche Einwohnerdichte (Einwohner je km <sup>2</sup> )	701,7
Durchschnittliche Pkw-Fahrzeitminuten zum nächsten Grundversorger	
• Status quo	10,5
• Bei Schließung	11,3
Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 30 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen würden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen	3.252
Grundversorger im Umkreis	10

„Eine **flächendeckende Versorgung** sieht der G-BA in Gefahr, wenn durch die Schließung des Krankenhauses zusätzlich mindestens **5.000 Einwohner** mehr als 30 Minuten mit dem Pkw fahren müssen, um zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen.“  
(G-BA)

# Versorgungsanalyse | Deutlich verlängerte Fahrzeiten für die Bevölkerung im LK Calw bei einer Schließung des Standortes Nagold erkennbar – hohe Versorgungsrelevanz des Standortes



Größere Gebiete im gesamten LK Calw wären von den Auswirkungen einer Schließung betroffen

Kennzahlen und Schließungseffekte im Radius von 30 Pkw-Fahrzeitminuten

Einwohner	192.892
Durchschnittliche Einwohnerdichte (Einwohner je km <sup>2</sup> )	280,0
Durchschnittliche Pkw-Fahrzeitminuten zum nächsten Grundversorger	
• Status quo	14,1
• Bei Schließung	17,5
Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 30 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen würden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen	13.177
Grundversorger im Umkreis	1

**Hohe Versorgungsrelevanz erkennbar!**  
 Der G-BA sieht die flächendeckende Versorgung als gefährdet an, wenn durch die Schließung eines Krankenhauses mindestens 5.000 EW zusätzlich mehr als 30 Minuten mit dem Auto zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus fahren müssen.

# Aktuell ist kein gestuftes Versorgungskonzept innerhalb des KVSW erkennbar

	Sindel- fingen	Böblingen	Nagold	Calw	Leon- berg	Herren- berg
Stroke Unit (OPS 8-981)	✓	✗	✗	✓ <sup>1</sup>	✗	✗
Kardiologische Versorgung	✓	✗	✓	✓	✓	✗
Intensivmedizin (mind. OPS 8-980)	✓	✓	✗	✗	✗	✗
Viszeralchirurgie & Gastroenterologie	✗	✓	✓	✗	✓	✓
Geburtshilfe	✗	✓	✗	✓	✓	✓
Unfallchirurgie	✓	✗	✗	✓	✓	✓



Kriterium nicht hinreichend erfüllt



Kriterium bedingt erfüllt



Kriterium umfassend erfüllt

Links stehende Gebiete sind Fachbereiche die eine erweiterte Versorgungskompetenz auszeichnen

Zwar existiert keine allgemein gültige Definition von „Schwerpunktversorgung“ jedoch ist eine Erfüllung von allen/ fast allen Kriterien im Sinne der Akutversorgung wünschenswert

Derzeit erreicht kein Standort im KVSW mehr als 4 erfüllte Kriterien

Es ist gut ersichtlich, dass im Status-Quo kein abgestuftes Versorgungskonzept besteht, dieses sollte jedoch dringend angestrebt werden

1) Entsprechender OPS-Kode wird in Calw nicht abgerechnet, es gibt aber ein Angebot im Bereich Stroke-Versorgung (OPS 8-98b)

# Zusammenfassung | *Strukturstresstest Sindelfingen & Böblingen*

- Grundsätzlich weist der zukünftige Neubau ein leistungsbreites und leistungstiefes Portfolio auf. Hinsichtlich der Fallmengen sind die Leistungsschwerpunkte (Gefäß, Kardiologie, Wirbelsäule) noch ausbaubar. Aktuell weist das Klinikum einen negativen Deckungsbeitrag aus. Dieser ist im Vergleich zu den anderen Standorten allerdings deutlich weniger kritisch und kann durch Synergien, den Wegfall von Doppelstrukturen, Effizienzsteigerung durch Prozessoptimierung z. B. in Bezug auf den Entlassungsprozess ausgeglichen werden
- Der Neubaustandort sowie das umfassende Portfolio bieten große Chancen hinsichtlich der Personalakquise und –attraktivität. Personal- und Pflegestrategie sind mit der Medizinstrategie in Einklang zu bringen und im Vergleich mit zwei Einzelstandorten zeigen sich deutlich höhere Personaleffizienzen
- Eine komplette Zentralisierung von Leistungssegmenten, insbesondere von komplexen Leistungen (Ösophagus, Pankreas) im Verbund, sichert das Erreichen bzw. erhöht die Wahrscheinlichkeit des Erreichens von bereits bestehenden und zukünftigen Mindestmengen
- Der Bereich Intensivmedizin zeigt sich im Vergleich mit anderen Maximalversorgern unterrepräsentiert, dies kann auf eine eingeschränkte Sichtbarkeit nach außen zurückgeführt werden, daher ist eine strategische Stärkung dieses Bereichs notwendig
- Mit Blick auf die Erreichbarkeit und das Einzugsgebiet ist die Platzierung des zukünftigen Flugfeldklinikums in der Metropolregion Stuttgart strategisch als sehr gut zu bewerten (zentrale Lage, direkte Anbindung an Autobahn)
- Aufgrund des derzeitigen Stands der Krankenhausreform ist die Erweiterung um eine Neurochirurgie als wesentliches Handlungsfeld einzuschätzen. Dies kann ebenso medizinisch begründet werden, denn die umfassende Strokeversorgung (inkl. Neurochirurgie und interventioneller Neuroradiologie) ist eine der Kernaufgaben eines Maximalversorgers

Resultat des Strukturstresstestes ist die notwendige Ergänzung einiger Leistungssegmente, um die Anforderungen an ein Maximalversorger zu erfüllen und das Portfolio abzurunden

Außerdem ist die gezielte Stärkung der zukünftigen Leistungsschwerpunkte notwendig, um die Marktposition zu sichern

Das FFK muss als „Anker des Verbundes“ die anderen Standorte mit hoher Kompetenz mitversorgen

# Zusammenfassung | *Strukturstresstest Calw*

- Allgemein sind Neu- bzw. Umbaumaßnahmen an zwei Krankenhausstandorten im Landkreis vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen als ungünstig einzustufen
  - Insbesondere das geplante Herzkatheterlabor in Calw erscheint vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen des Feststellungsbescheids, der schwierigen Betreibbarkeit sowie der hohen Vorhaltekosten dieser Struktur am Standort Calw ungünstig und sollte geprüft werden
- Insgesamt ist eine starke Unterdeckung des medizinischen Betriebs festzustellen. Dabei sind alle Fachabteilungen defizitär, insbesondere in Relation zum geringen Leistungs- und Umsatzvolumen ist die Wirtschaftlichkeit als kritisch zu bewerten
- Das zukünftig angedachte sowie das derzeitige Leistungsportfolio sind insgesamt unausgewogen
  - Das Mengengerüst in der Endprothetik ist grundsätzlich als gut aber ausbaubar zu bewerten. Der Wachstumspfad ist fortzusetzen, sodass für das zukünftige Portfolio die Bereiche Orthopädie, Alterstraumatologie und ergänzend dazu Altersmedizin denkbar wären
  - Das Mengengerüst der Wirbelsäuleneingriffe ist jedoch kritisch klein – für eine vollwertige Leistungserbringung in diesem Segment sind mindestens 250 Fälle als Mengengerüst anzusetzen – somit langfristig fraglich, jedoch auch mit der Chance auf Wachstum und stärkerer überregionaler Sichtbarkeit
  - Mit Blick auf eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung ist die sehr kleine Größe der Geburtshilfe langfristig als hoch kritisch zu bewerten, jedoch zeigt sich eine gewisse Versorgungsrelevanz. Die Geburtshilfe bildet daher ein wesentliches Handlungsfeld
- Der neue Campus in Calw ist ein bedarfsnotwendiger regionalen Grundversorger, dieser sollte um elektive Schwerpunkte ergänzt werden. Ein höheres Versorgungslevel ist aufgrund der baulichen Infrastruktur und der Leistungsabstimmung im Verbund nicht möglich.

Der Strukturstresstest wie auch die anstehende Krankenhausreform implizieren eine Neuausrichtung des bisher angedachten Leistungsportfolios des Standortes Calw

Mit gezielter Stärkung der Orthopädie/ Wirbelsäulenchirurgie ist die Entwicklung elektiver Felder möglich, diese helfen den Standort attraktiv zu gestalten und für die Zukunft zu sichern

# Zusammenfassung | *Strukturstresstest Nagold*

- Der Standort hat eine Versorgungsrelevanz mit einem entsprechenden Versorgungsauftrag: Ohne den Standort **Nagold** müssten über 10.000 EW länger als 30 Minuten zum nächsten Grund- und Regelversorger fahren – zudem Sicherung des Einzugsgebietes im Süd-Westen
- Auch die kardiologische Notfallversorgung ist mit Blick auf die Versorgungsrelevanz sicherzustellen und zu stärken
- Die geriatrische Versorgung ist derzeit auf sehr geringen Fallzahlniveau, weshalb ein deutlicher Ausbau oder die Abgabe des Segmentes zu prüfen sind
- Für die Entwicklung hin zu einem Schwerpunktversorger ist die internistische und chirurgische Leistungserbringung durch Leistungsverlagerungen weiter zu stärken
- Im Rahmen der Umbaumaßnahmen sind daher Erweiterungen mitzudenken. Mit Blick auf die Lage des Standortes und des entsprechenden Einzugsgebietes erscheint z. B. ein Aufbau bzw. die Übernahme einer Geburtshilfe durch Umverteilung der Patienten aus den anderen Geburtshilfen sinnvoll. Auch wenn die Etablierung eines perinatalen Schwerpunktes aufgrund der fehlenden Pädiatrie nicht möglich erscheint, so sollte dennoch geprüft werden ob bzw. wie in enger Kooperation mit dem FFK ein äquivalenter Standard sichergestellt werden kann
- Sicherstellung der Standards für intensivmedizinische Versorgung (Abrechnung des OPS-Kodes 8-980) ist für die Zukunft unabdingbar

Der Strukturstresstest zeigt klare Notwendigkeit für Portfolioanpassungen im Rahmen des Strategieprozesses auf

Es wird angeregt im Zuge der derzeitigen Umbaumaßnahmen weitere Portfoliofelder zu etablieren bzw. zu stärken, dies bezieht sich insbesondere auf die Gynäkologie und Geburtshilfe, aber auch auf die Gebiete Intensivmedizin und Onkologie

# Zusammenfassung | *Strukturstresstest Leonberg*

- Das Leistungsportfolio am Standort Leonberg ist insgesamt unausgewogen
  - Geringes Fallzahlniveau der komplexen Viszeralchirurgie aus qualitativen Aspekten als Risiko zu bewerten (Mindestmengen). Außerdem verlangt dieses Leistungssegment eine qualitative intensivmedizinische Behandlung durch Einhaltung der Vorgaben der OPS 8-980/8-98f. Diese werden derzeit nicht erfüllt
  - Geriatriische Leistungserbringung zeigt sich auf zu geringem Niveau. Hier benötigt es ein verbundweites Geriatrie-Konzept. Die Verortung in Leonberg kann den Standort stärken
  - Stationäres Angebot der interventionellen Kardiologie ist wahrscheinlich schon kurz- bis mittelfristig nicht aufrecht zu erhalten
  - Die Zukunft der Geburtshilfe ist ebenso unklar. Hier ist zum einen die Personalattraktivität und -verfügbarkeit als kritisch zu bewerten, zum anderen weist die Fachabteilung trotz der kleinen Größe das höchste Defizit auf
- Alle Fachabteilungen sind defizitär, insbesondere die Gynäkologie/Geburtshilfe. Somit ist auch aus wirtschaftlicher Perspektive Veränderungsbedarf notwendig
- Mit Blick auf die geografische Lage ist der Standort aus strategischer Sicht relevant, insbesondere für das zukünftige Flugfeldklinikum. U. a. würde sich daher die Verortung des geriatrischen Schwerpunktes zur Entlastung des Flugfeldklinikums anbieten
- Eine Entwicklung zu einem umfassenden Schwerpunktversorger ist aufgrund des Leistungsprofils nicht möglich und mit Blick auf den gesamten Verbund nicht sinnvoll, da dies eine innerbetriebliche Konkurrenz zum Flugfeldklinikum erzeugen würde

Der Strukturstresstest zeigt klaren Veränderungsbedarf im Portfolio auf

Mit Blick auf die strategische Bedeutung des Standortes für das Flugfeldklinikum ist eine Entwicklung hin zu einem sichtbaren Basisversorger zu empfehlen

Die Angebote können durch das FFK gestützt werden (gem. Abteilungsleitung, ambulante Spezialangebote) etc.

# Zusammenfassung | *Strukturstresstest Herrenberg*

- Die geburtshilfliche Abteilung hat grundsätzlich mit mehr als 1.000 Geburten ein gutes Mengengerüst, jedoch zeigt sich die Vorhaltung – insbesondere der Anästhesie – als deutliche Herausforderung. Die internistische und chirurgische Versorgung hat nicht das Leistungs- und Versorgungsniveau welches vergleichbare Kliniken mit ähnlich großen Geburtshilfe aufweisen
- Geriatrische Leistungserbringung trotz eigener Stationsstrukturen auf zu geringem Fallzahlniveau
- Der Standort Herrenberg ist unter reiner Berücksichtigung von Erreichbarkeit nicht für die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung notwendig, da sich keine relevant längeren Fahrzeiten bei simulierter Schließung des Standortes ergeben. Dies wird auch durch die direkte Nähe zum universitären Versorger in Tübingen und die hohe Versorgerdichte in Stuttgart bedingt. Zudem sichert der umgebaute Versorger in Nagold die Versorgung im Südwesten, das neue FFK in Richtung Norden
- Starke Unterdeckung in allen Bereichen, insbesondere in Relation zum geringen Leistungsvolumen zeigt sich der Standort hoch defizitär
- Personalmangel spiegelt sich bereits in der Personalakquise und -besetzung wider
- Strukturvorgaben werden das Erbringen der wenigen komplexeren Leistungen in der Zukunft deutlich erschweren, wenn nicht unmöglich machen, ergänzend zeigt sich ein hohes ambulantes Potenzial, insbesondere in den operativen Disziplinen
- Baulich und strukturell zeigt sich das Klinikum in keinem guten Zustand, insbesondere in der Intensivmedizin zeigen sich strukturelle Defizite, sodass diese nicht zukunftsfähig ist (u.a. enge Raumsituation, nur 7 Betten, aktuell keine Dialyse)

Der Strukturstresstest zeigt klare Notwendigkeit für umfassende Änderungen, dabei wäre auch die Schließung des Standortes ein mögliche Variante

In Würdigung von Lage, Bau und Versorgungsrelevanz für den Verbund sollte der Standort zu einem Level-1i-Krankenhaus (Grundversorgung: ambulant/stationäres Zentrum) entwickelt werden. Die zentrale Lage im Verbund erlaubt die Etablierung ergänzender, nachsorgender Bereiche wie Reha, tagesklinischer Versorgung oder Kurzzeitpflege  
Damit würde die wohnortnahe Versorgung in einem abgestimmten Versorgungskonzept bestehen bleiben

# Gesamtbewertung *Strukturstresstest*

Standort	Kurz Zusammenfassung
<b>Flugfeldklinikum</b>	<p>Hohes Leistungsniveau der einzelnen Bereiche, sehr gute Erreichbarkeit des zukünftigen Standortes</p> <p>Notwendige Ergänzung einiger Leistungssegmente, um die Anforderungen an einen Maximalversorger zu erfüllen und das Portfolio abzurunden</p> <p>Gezielte Stärkung der zukünftigen Leistungsschwerpunkte notwendig, um die Marktposition zu sichern</p>
<b>Calw</b>	<p>Neuausrichtung des bisher angedachten Leistungsportfolios des Standortes Calw nötig</p> <p>Personal als Limitation bereits jetzt sichtbar, ebenso Anzeichen für qualitative Auffälligkeiten</p> <p>Das sinnvolle Füllen der neugebauten Infrastruktur durch ergänzende Angebote möglich, Umstrukturierungen/ Neusortierung des Spektrums im LK Calw zwingend notwendig um Versorgung zu sichern</p>
<b>Nagold</b>	<p>Hohe Versorgungsrelevanz des Standortes, jedoch Portfolioanpassungen im Rahmen des Strategieprozesses notwendig, auch in Abhängigkeit der genauen Ausgestaltung der Krankenhausreform</p> <p>Im Zuge der derzeitigen Umbaumaßnahmen sind Erweiterungen zu prüfen, sodass eine Entwicklung hin zu einem umfassenden Schwerpunktversorger möglich ist</p>
<b>Leonberg</b>	<p>Unausgewogenes Leistungsportfolio erfordert Veränderungsbedarf, erhebliche personelle Probleme bereits heute sichtbar – zukünftige Strukturanforderungen (Kardiologie) sind nicht erfüllbar und strategisch auch nicht sinnvoll</p> <p>Leonberg ist eng an das FFK anzubinden, um die strategische Bedeutung des Standortes für das nördliche Einzugsgebiet zu berücksichtigen</p>
<b>Herrenberg</b>	<p>Notwendigkeit für umfassende Änderungen. Erhebliche Risiken in Bezug auf Personal und Wirtschaftlichkeit. Leistungsbreite und -tiefe bereits im Status-Quo nicht auf Niveau eines Grundversorgers.</p> <p>In Würdigung des medizinischen Profils, Lage, Bau und Versorgungsrelevanz für den Verbund ist zu prüfen den Standort zu einem ambulant/ stationären Zentrum („Level-1i Krankenhaus“) weiter zu entwickeln</p>

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

## **Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept**

- Aufsatzpunkt: Bestehendes Medizinkonzept
- Diskussion der strategischen Implikationen
- Medizinkonzeptionelle Änderungen und Zielbild
- Bewertung der zukünftigen Wirtschaftlichkeit

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

## Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

- **Aufsatzpunkt: Bestehendes Medizinkonzept**
- Diskussion der strategischen Implikationen
- Medizinkonzeptionelle Änderungen und Zielbild
- Bewertung der zukünftigen Wirtschaftlichkeit

# Der Prozess der aktuellen Medizinkonzeption für den KVSWS wurde bereits vor 10 Jahren initiiert

TEAMPLAN

Inhalt

TEAMPLAN



Kapitel I – Ist-Analyse

Kapitel II – Rahmenbedingungen

Kapitel III – Stufenkonzept

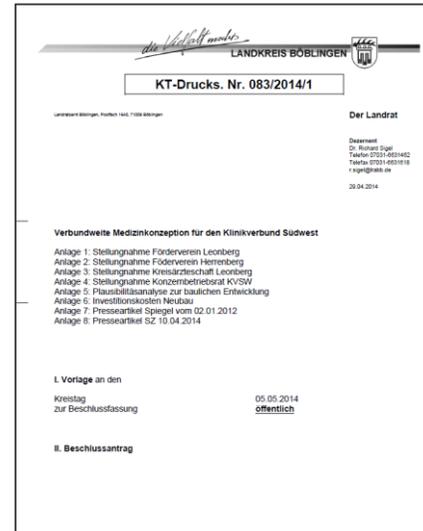
Kapitel IV – Umsetzungsmodelle

**Klinikverbund Südwest**

**Medizinische Konzeption**

## 2013/2014: Medizinkonzeption der Firma TEAMPLAN

- Ausarbeitung von 7 Modellen bzw. strategischer Optionen → Zielmodell ist Modell 6



## 2014: Beschlussvorlage Medizinkonzeption

Auswahl Szenario 3:  
 Standortzusammenführung  
 auf dem Flugfeld in einem  
 Klinikneubau



## 2014: Medizinkonzeption und 2020 inkl. Präsentation

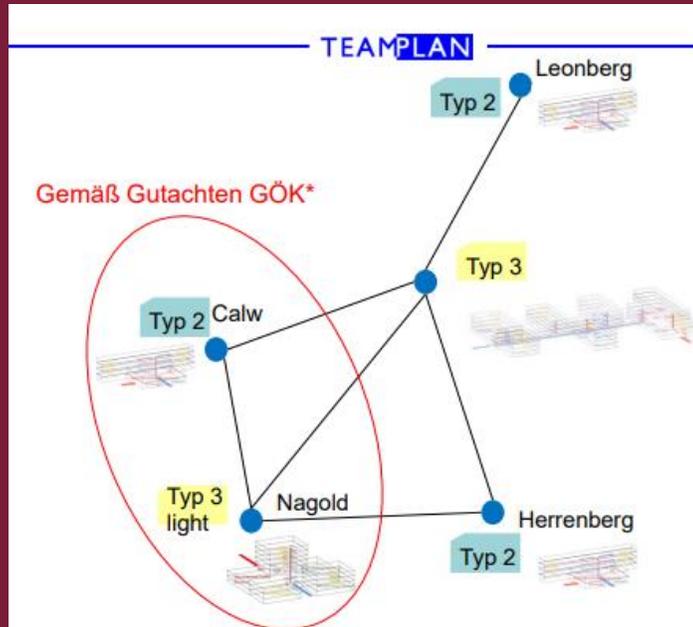
ausführliche Darstellung  
 Hintergründe, Konzept  
 sowie finanzielle  
 Auswirkungen



## 2018: AR-Sitzung Anpassungen der Medizinkonzeption (Nagold, Calw)

Auszug aus der Entwicklung der Medizinstrategie, weitere Analysen bzw. Gutachten, teilweise nur mit Fokus auf einzelne Standorte wurden ergänzend erstellt.

# Modell 6 von TEAMPLAN wurde favorisiert



	Notwendige Betten 2012*	Notwendige Betten Modell 6	Δ
Sindelfingen/Böblingen	634	817	+ 183
Leonberg	228	149	-78
Herrenberg	138	91	-48
Calw	176	77	-99
Nagold	214	255	+41
Summe	1.389	1.389	0

## Zielsetzung Modell 6

**Ausgangslage:** periphere Häuser arbeiten zu ca. 1/3 im Bereich Spezialversorgung, womit redundante Kostenstrukturen einhergehen, welche nicht durch Erlöse gedeckt sind

**Akzeptanz:** Im peripheren Raum wird eine entlang neuer Klinikprofile stratifizierte Spezial- und Basisversorgung aufrechterhalten.

Neue risikoarme Kooperationsmöglichkeiten werden offen gehalten

Effizienzsteigernde Synergien in der Hochleistungsmedizin durch Konzentration auf zwei Standorte.

**Typ 3:** im Ballungsraum mit breitem Spezialisierungsspektrum im Segment Hochleistungsmedizin

**Typ 3 light:** in geografisch peripherer Lage, dort wo Versorgungsalternativen am weitesten entfernt bzw. neue risikoarme Kooperationen denkbar sind. Mit wohnortnah ausgewählter Hochleistungs-Medizin bezogen auf zentrale unmittelbar vital-bedrohliche Akuterkrankungen sowie breiter Basisversorgung

**Typ 2:** an den Rändern des Ballungsraumes, mit wohnortnah sinnvoller Basisversorgung und ausgewählter Spezialversorgung bezüglich unmittelbar vital-bedrohlicher Akuterkrankungen

# Das Konzept von Teamplan sieht eine standortübergreifende abgestimmte medizinische Leistungsstruktur im Verbund vor

Standortübergreifend abgestimmte medizinische Leistungsstruktur

	KVSW	Landkreis Böblingen	Landkreis Calw
Gastroenterologie/Onkologie	X		
Kardiologie	X		
Allgemein- u. Visceralchirurgie	X		
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe		X	
Unfallchirurgie		X	X
Orthopädie		X	X
Urologie	X		
Gefäßchirurgie		X	
Neurologie	X		

Abbildung 1: Fachzentrenstruktur im Klinikverbund Südwest

Für die Umsetzung einer solchen neuen Versorgungsstruktur muss die bestehende Organisationsstruktur **von einer vertikalen, standortbezogenen hin zu einer horizontalen standortübergreifenden Ausrichtung** weiterentwickelt werden.

Dazu sollen **standortübergreifende Fachzentren** gebildet werden, die in Bezug auf die medizinische Leistungserbringung übergeordnete, verbindliche Regelungen und Festlegungen ermöglichen.

Die Leitung eines Fachzentrums kann dabei **durch einen allein verantwortlichen Chefarzt** oder von **mehreren** Chefarzten in einem **Teammodell** erfolgen.

Entscheidend ist, dass die Mitwirkung der Chefarzte an der Arbeit in einem Fachzentrum gewährleistet wird. Dazu werden die weiteren Aufgaben der einzelnen Beteiligten und die Kompetenzen in einer Geschäftsordnung festgelegt

→ Start mit 11 standortübergreifenden Fachzentren, davon zunächst 5 über den Klinikverbund, 4 primär bezogen auf den Landkreis Böblingen und 2 primär bezogen auf den Landkreis Calw

# Im Konzept von Teamplan wurde eine Definition der medizinischen Fachplanung gemäß Krankenhausplanung vorgenommen

## Medizinische Fachplanungen und besondere Aufgaben

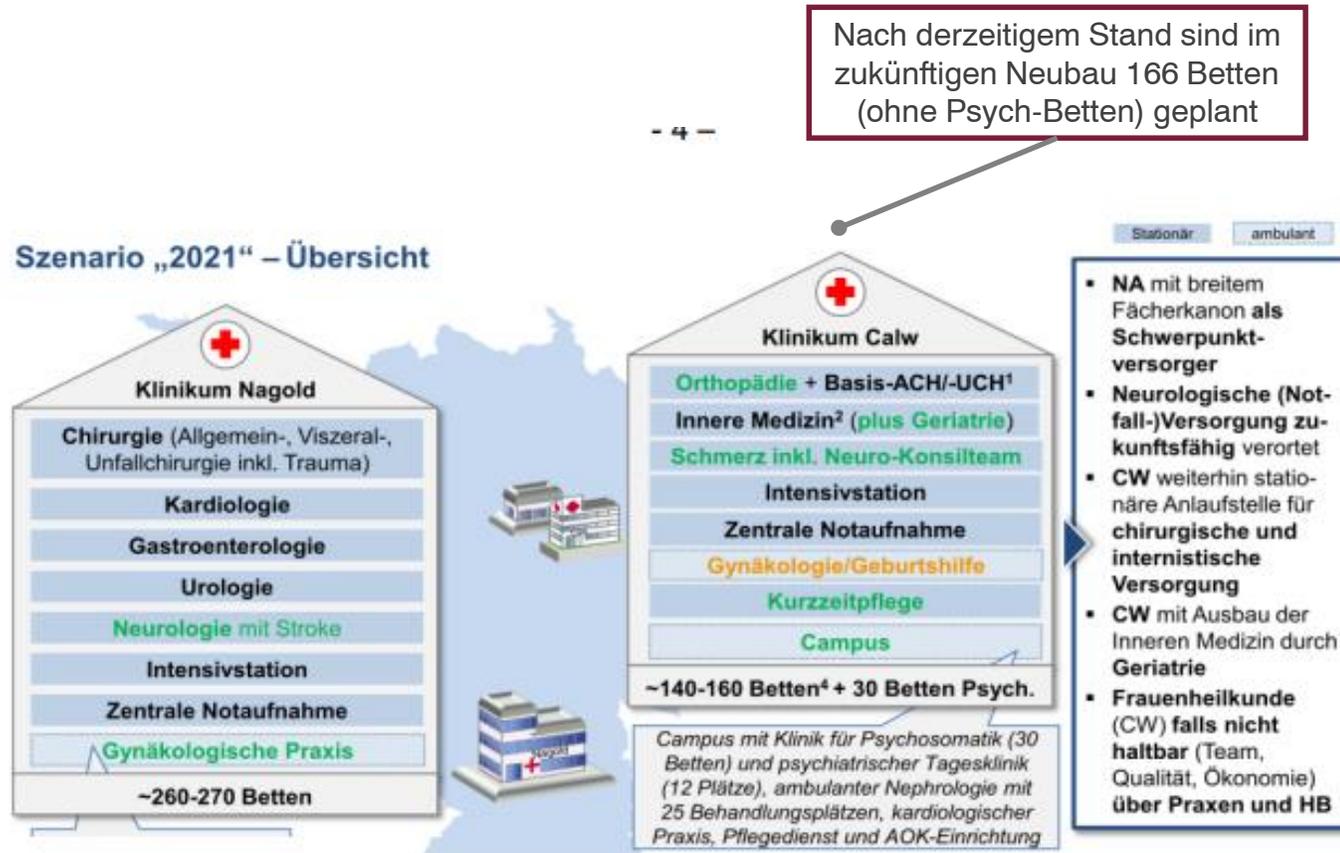
Medizinische Fachplanungen und besondere Aufgaben nach Krankenhausplanungsrecht	„Flugfeld-klinikum,, Böblingen-Sindelfingen	„LEO-Klinik“ Leonberg	„Gäu-Klinik“ Herrenberg	Kliniken Calw	Kliniken Nagold
- Schlaganfallversorgung	X	im Rahmen der Basisversorgung	im Rahmen der Basisversorgung	X	im Rahmen der Basisversorgung
- Geriatrische Versorgung	X	X	X	X	X
- Onkologische Versorgung	X				X
- Versorgung von Schmerzpatienten	X				

**Tabelle 4:** Medizinische Fachplanungen und besondere Aufgaben 2020 nach Krankenhausplanungsrecht

Das Sozialministerium hat in dem Gespräch am 19.03.2014 gefordert, dass die zukünftige Medizinkonzeption des KVSWS auch die Behandlung **psychischer und psychosomatischer Erkrankungen** zu berücksichtigen habe. Dabei stellte das Sozialministerium in Aussicht, das Angebot zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen im Landkreis Böblingen ausweiten zu wollen.

Die Standorte des KVSWS kooperieren diesbezüglich mit den bereits bestehenden umfangreichen Strukturen innerhalb der Landkreise.

# In 2018 erfolgte in der Aufsichtsratssitzung der Beschluss über eine Anpassung der Medizinstrategie 2020 bei den Standorten Nagold und Calw



- Das Klinikum Nagold mit breitem Fächerkanon mit folgender Maßgabe:
  - Ausweitung unfallchirurgischer Kompetenz (wichtig für Notfallstufen-Konzept und Trauma-Kriterien).
  - Umzug der Neurologie mit Stroke Unit nach Nagold als Ergänzung zur voll ausgerüsteten Notfallversorgung, um die Erfüllung (zukünftiger) Strukturvorgaben als Schwerpunktversorger erfüllen zu können (bereits vorhanden ist die große Intensivmedizin und Gefäßchirurgie).
  - Kardiologie, Gastroenterologie mit onkologischer Tagesklinik, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Urologie, Highcare-Bereich mit Beatmungsmedizin sowie zentrale Notaufnahme.
- Das Krankenhaus Calw mit starker Innerer Medizin und Orthopädie sowie angeschlossenem Gesundheitscampus mit folgender Maßgabe:
  - Innere Medizin mit Basis-Kardiologie, Basis-Gastroenterologie, onkologischer Tagesklinik sowie Aufbau einer Geriatrie.
  - Verbleib der Orthopädie als Abteilung in Calw.
  - Ausbau der Alterstraumatologie sowie Basis-Allgemeinchirurgie (plus ggfs. – Viszeralchirurgie) und Basis-Unfallchirurgie in standortübergreifenden Abteilungen t.
  - Frauenklinik über 2018 hinaus, solange die Personalsituation eine verlässliche Versorgung 24/7 ermöglicht und das erhebliche Abteilungsdefizit größtenteils reduziert werden kann.
  - Vorhaltung von Schmerzbetten und mit Neuro-Konsilteam in Kooperation mit der Neurologie aus Nagold zur Sicherung der Versorgung des ZfP.
  - Campus mit Klinik für Psychosomatik (30 Betten) und psychiatrischer Tagesklinik (12 Plätze), ambulanter Nephrologie mit 25 Behandlungsplätzen, kardiologischer Praxis, Pflegedienst und AOK-Einrichtung.

## AR-Beschluss 2018:

Tausch von Orthopädie und Neurologie zwischen den Standorten Nagold und Calw

Risiko Geburtshilfe bereits klar benannt

# Die Beschlussstände zum Medizinkonzept des KVSW sehen bereits umfangreiche Änderungen vor

## Zusammenfassung vorliegende Medizinkonzepte

- Primäres Medizinkonzept aus dem Jahr 2013/2014: Damals wurden verschiedene Varianten untersucht und bewertet, es wurden Zielbilder für alle Standorte abgeleitet
- Das damalige Konzept beinhaltet eine gestufte Versorgung für den KVSW
- Die Zielbilder wurden weiterentwickelt und in Teilen verändert
- Insbesondere relevant ist dazu der AR-Beschluss von 2018, dieser sieht eine geänderte Konzeption für den LK Calw vor:
  - Verschiebung der Neurologie inkl. Stroke-Unit von Calw an den Standort Nagold
  - Verschiebung der Orthopädie von Nagold an den Standort Calw
- Im Zuge der Neubauplanungen in Calw wurde die Anzahl der Betten deutlich erhöht



Das in 2013 entwickelte Medizinkonzept sollte aufgrund der umfangreichen Veränderungen im Gesundheitswesen weiterentwickelt werden

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

## Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

- Aufsatzpunkt: Bestehendes Medizinkonzept
- **Diskussion der strategischen Implikationen**
- Medizinkonzeptionelle Änderungen und Zielbild
- Bewertung der zukünftigen Wirtschaftlichkeit

# Es besteht Handlungsdruck, um die Einleitung einer Abwärtsspirale zu verhindern, sodass keine Verringerung des zukünftigen Handlungsspielraums resultiert

6 (zukünftig 5) Standorte



Die Standorte können dann **lediglich auf Entwicklungen reagieren**, nicht mehr selbst agieren



G-BA Vorgaben, Krankenhausplanung, **Strukturvoraussetzungen** und Mindestvorgaben als relevantes Risiko für kleine Standorte



**Fachkräftemangel** führt zu Einschränkungen im Leistungsangebot



Es folgen **Leistungsverluste** sowie eine **ineffiziente Nutzung** von Infrastruktur und Personal mit negativen wirtschaftlichen Effekten



Personal wird sich wg. **fehlender Attraktivität** abwenden – dies führt wiederum zur Mehrbelastung des übrigen Personals und gefährdet den Betrieb



**Leistungsangebote** müssen vom Markt genommen werden



Das zukünftige medizinische Portfolio wird zu relevanten Teilen **extern bestimmt**



**Verlorene Marktanteile** können nur schwer zurückgewonnen werden



Fehlende **Mittel für Innovationen** und Weiterentwicklung des Portfolios erschweren den Handlungsspielraum

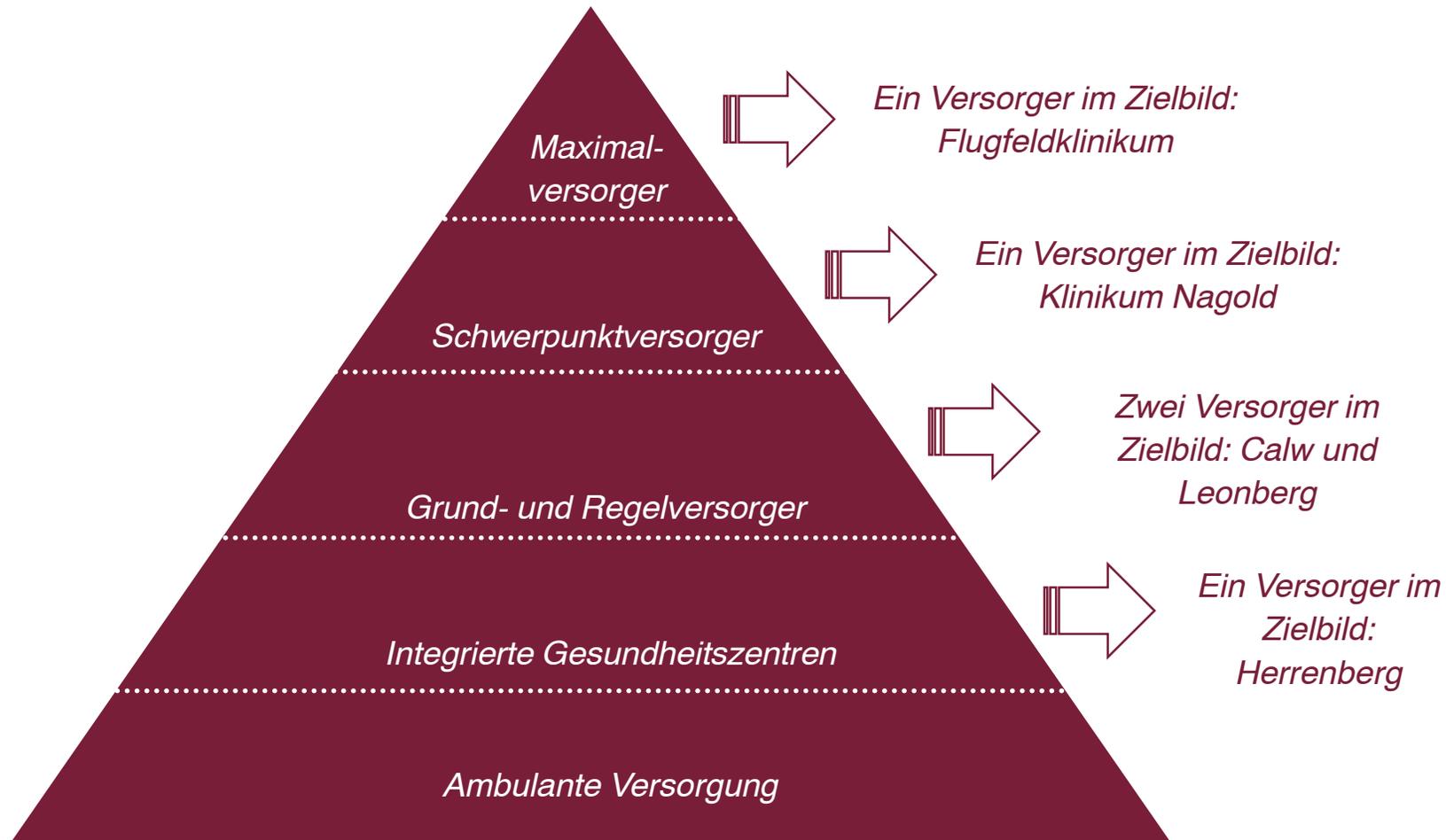


Das verbleibende Leistungsspektrum wird zunehmend **unattraktiv** und **unwirtschaftlicher** und **gefährdet langfristig den Erhalt der kommunalen Trägerschaft**

# Diskussion der Kernimplikationen für die Medizinkonzeption

Thema	Kurzbewertung
<b>Interventionelle Kardiologie</b>	Eine deutliche Reduktion der stationären HKL-Angebote ist aufgrund der personellen Situation unausweichlich. Um die beiden Zentren weiter auszubauen und die zukünftigen Strukturkriterien, inklusive ausfallsicherem 24/7 Angebot zu erfüllen, ist ein alleiniger Fokus auf das FFK und Nagold alternativlos
<b>Geburtshilfe</b>	Die derzeitige geburtshilfliche Situation ist komplex. Der kleinste Standort (Calw) hat die höchste Versorgungsrelevanz, wird aber von der Bevölkerung nicht ausreichend angenommen. Um die Geburtshilfe im LK Calw zu sichern ist eine Verlagerung nach Nagold bei gleichzeitiger Verschiebung der Leistungen von Herrenberg ans FFK bzw. nach Nagold klar zu präferieren
<b>Geriatric</b>	Geriatrische Leistungen sind konzernweit nicht abgestimmt. Gleichzeitig ist eine niedrige KH-Häufigkeit in beiden LK festzustellen. Es wird ein standortübergreifendes Konzept benötigt, aufgrund der hohen Versorgungsrelevanz wird ein Zentrum in jedem LK empfohlen. Eine klare Profilierung und ein deutlicher Ausbau der Kompetenz ist dann nötig. Weitere geriatrische Einheiten in Nagold oder am FFK in Abhängigkeit der Vorgaben denkbar
<b>Maximalversorgung am FFK</b>	Die Infrastruktur des FFK entspricht einem umfassenden Versorger, aus medizinischer Sicht ist die fehlende Neurochirurgie und damit auch die nicht umfassende Strokeversorgung auffällig. Dieser Bereich ist, ebenso wie ein damit einhergehender deutlicher Ausbau der Intensivmedizin, aus Portfoliosicht dringend zu ergänzen
<b>Spezialversorgung in Nagold</b>	Nagold ist aufgrund der Lage und der eingeleiteten Umbaumaßnahmen – im Sinne eines gestuften konzernweiten Konzeptes – als profilierter Schwerpunktversorger vorgesehen Zusammenführung der zeitkritischen Versorgung an diesem Standort, dies umfasst Schlaganfall, Herzinfarkt und geburtshilfliche Versorgung und damit auch die Qualifikation für erweiterte Notfallversorgung

# Für die zukünftige Aufstellung des KVSW wird ein gestuftes Versorgungskonzept empfohlen



Derzeit verfügt der KVSW über kein gestuftes Versorgungskonzept

Es wird empfohlen ein solches gestuftes Konzept herzustellen und damit verbunden die Standorte unterschiedlich zu positionieren

Dabei sollten elektiv geprägte Felder die Notfall-assoziierten Leistungen klug ergänzen

Für die gestufte Versorgung wurden verschiedene Varianten geprüft, leitend war dabei die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung, insbesondere die Sicherung der geburtshilflichen Leistungserbringung im LK Calw.

# Die Analysen zeigen, dass dringender Handlungsbedarf für den KVSW besteht

## Zusammenfassung der strategischen Implikationen

Die dezidierten Analysen zeigen, dass akuter Handlungsbedarf besteht

In den derzeitigen Strukturen ist die zukünftige Versorgung, insbesondere mit Spezialleistungen, nicht gesichert

Die wirtschaftliche Tragfähigkeit des KVSW ist als kritisch einzuschätzen

In Folge kann sich eine „Abwärtsspirale“ auslösen, die im Endeffekt lediglich auf Entwicklungen reagieren kann, proaktives Agieren/Umgestalten ist dann nicht bzw. nur noch stark eingeschränkt möglich

Die **Kernherausforderungen** sind:

1. Sicherstellung der **geburtshilflichen** Versorgung
2. Umstrukturierungen im Bereich der **interventionellen Kardiologie**
3. Herstellen eines **gestuften Versorgungskonzepts für die Standorte des KVSW**
4. Neuorganisation **der geriatrischen Leistungsstrukturen**
5. Erhöhung der Personaleffizienz und Personalattraktivität sowie der Wirtschaftlichkeit durch **Abbau von nicht bedarfsnotwendigen Doppelstrukturen**



Ein zukunftsgerichtetes Medizinkonzept löst die beschriebenen Herausforderungen auf

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

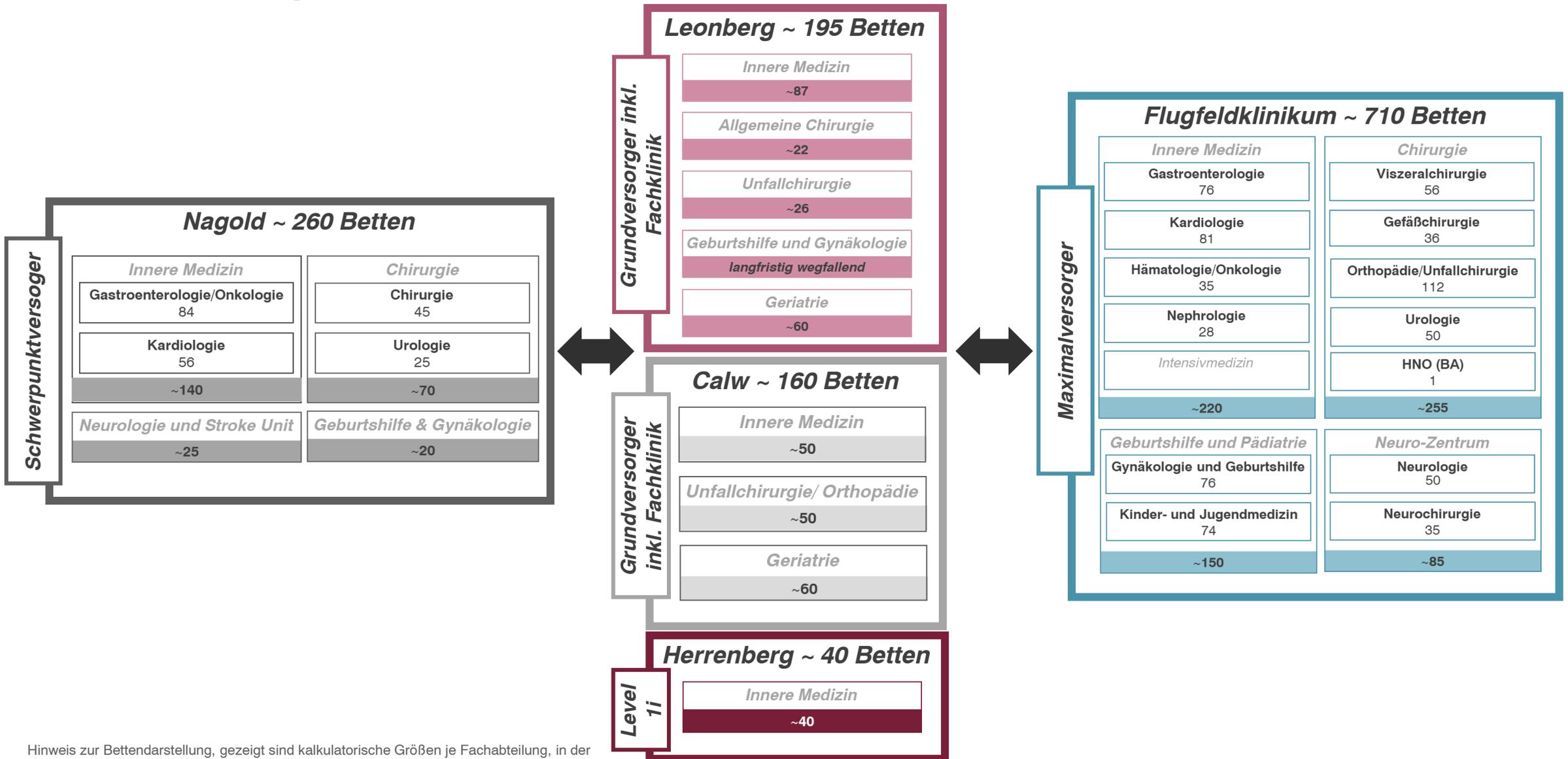
Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

## Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

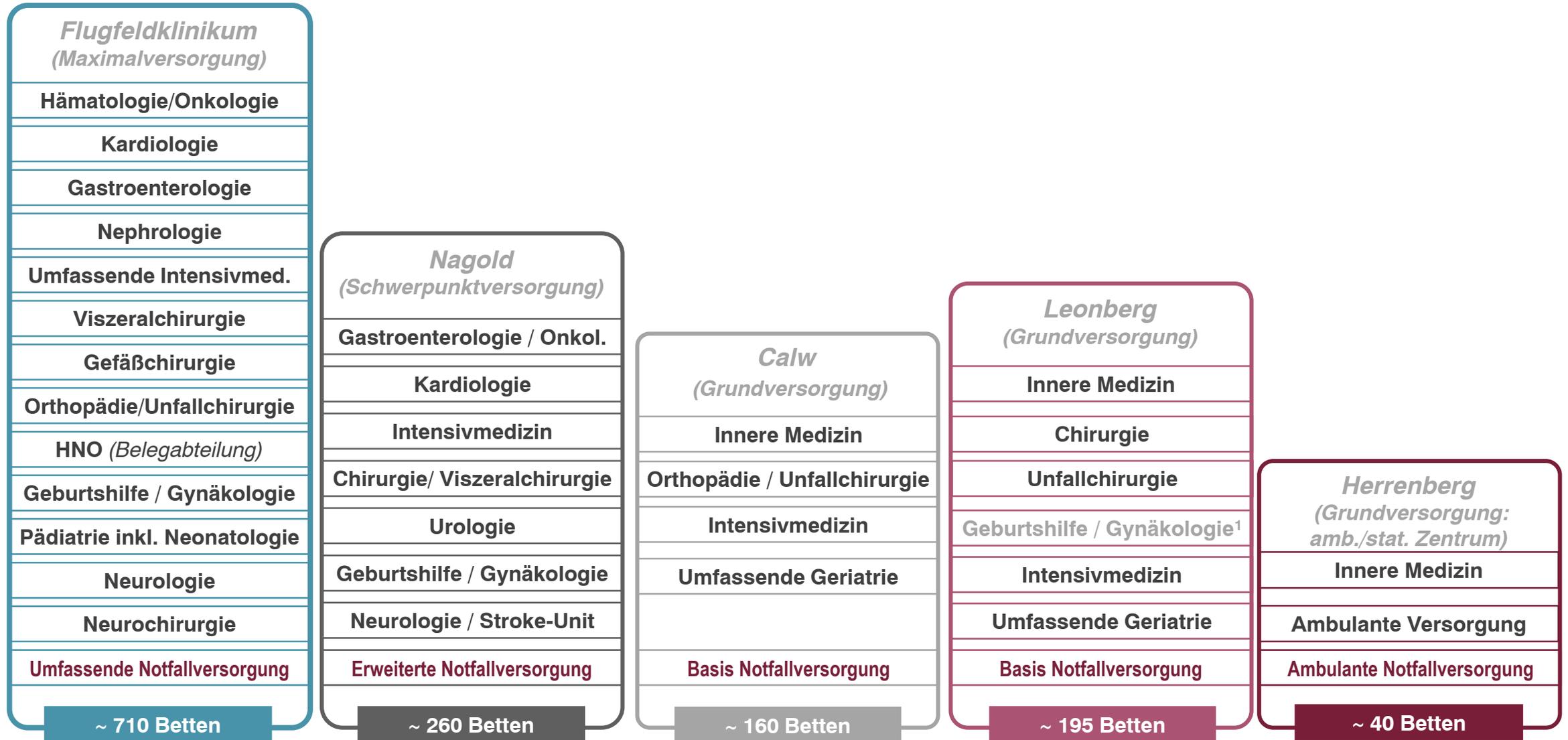
- Aufsatzpunkt: Bestehendes Medizinkonzept
- Diskussion der strategischen Implikationen
- **Medizinkonzeptionelle Änderungen und Zielbild**
- Bewertung der zukünftigen Wirtschaftlichkeit

# Zielbild | Leistungsprofil der beiden großen Standorte Flugfeldklinikum und Nagold in Zusammenspiel mit den kleineren Standorten



Hinweis zur Bettendarstellung, gezeigt sind kalkulatorische Größen je Fachabteilung, in der Verortung ergibt sich ein gewisser Mehrbedarf (Trennung Low- & high-care, Stationsgeometrie etc.)

# Zielbild | Das veränderte Medizinkonzept zeigt ein abgestimmtes Leistungsprofil zwischen den Standorten auf allen Versorgungsstufen



<sup>1</sup> langfristiger Wegfall Geburtshilfe/Gynäkologie

# FFK | Maximalversorgung für den KVSWS

<i>Flugfeldklinikum (Maximalversorgung)</i>
<b>Hämatologie/Onkologie</b>
<b>Kardiologie</b>
<b>Gastroenterologie</b>
<b>Nephrologie</b>
<b>Umfassende Intensivmed.</b>
<b>Viszeralchirurgie</b>
<b>Gefäßchirurgie</b>
<b>Orthopädie/Unfallchirurgie</b>
<b>HNO (Belegabteilung)</b>
<b>Geburtshilfe / Gynäkologie</b>
<b>Pädiatrie inkl. Neonatologie</b>
<b>Neurologie</b>
<b>Neurochirurgie</b>
<b>Umfassende Notfallversorgung</b>
<b>~ 710 Betten</b>

## Im Vergleich zum Beschlussstand ist die Ergänzung der Neurochirurgie die wichtigste Änderung für das FFK

Die Zusammenführung der Standorte Böblingen und Sindelfingen zu einem maximalversorgenden Standort „Flugfeldklinikum“ befindet sich bereits in Umsetzung

Die Leistungsprofile der beiden Standorte ergänzen sich optimal und können im zusammengeführten Neubau mit modernen Infrastrukturen weiter gestärkt werden

Im Sinne eines Maximalversorgers und mit Hinblick auf die Bedarfe der Region sind die Strukturen des Flugfeldklinikums geprüft worden – im Ergebnis ist der Aufbau einer Neurochirurgie (inkl. Interventioneller Neuroradiologie) zentral für die akutversorgende Funktion des Klinikstandorts und dem Anspruch an maximalversorgende Strukturen

Die Kompetenz des FFK sollte über ambulante oder konsiliarische Angebote an die anderen Standorte übertragen werden, eine enge Zusammenarbeit – auch abgebildet durch gemeinsame Leitungsfunktionen – ist anzustreben

Die höchste Stufe der Notfallversorgung sichert die zeitkritische Versorgung im Landkreis ab, dies impliziert insbesondere die umfassende Versorgung des Schlaganfalls

# Nagold | Akut- und Schwerpunktversorger mit erweiterter Notfall- versorgung

<i>Nagold</i> (Schwerpunktversorgung)
Gastroenterologie / Onkol.
Kardiologie
Intensivmedizin
Chirurgie/ Viszeralchirurgie
Urologie
Geburtshilfe / Gynäkologie
Neurologie / Stroke-Unit
Erweiterte Notfallversorgung
<b>~ 260 Betten</b>

## Der Standort Nagold wird weiter ausgebaut, um die Anforderungen der Schwerpunktversorgung zu erfüllen

Mit der Anpassung der Medizinkonzeption im Jahr 2018 wurde die Leistungsaufteilung der Standorte Nagold und Calw neu ausgerichtet – die zeitkritische Akutversorgung werden demnach in Nagold konzentriert, während planbare Eingriffe (z. B. der Orthopädie) zukünftig am Standort Calw behandelt werden

Die Zusammenführung von Schlaganfall und Herzinfarktversorgung in Nagold ist aus gutachterlicher Sicht der richtige Weg. Ergänzt werden sollte ein deutlicher Ausbau der intensivmedizinischen Kompetenz und der Sicherstellung der Stufe 2 der Notfallversorgung (erweiterte Notfallversorgung)

Im Sinne einer Leistungskonzentration wird der Standort Nagold als Schwerpunktversorger gestärkt und ist somit nach dem FFK der am umfassendsten versorgende Standort

Um diesen Versorgungsanspruch abzudecken, ist eine weitere Profilierung der Kernmedizin (Viszeralchirurgie und Innere Medizin) notwendig. Ebenso ist die Gynäkologie / Geburtshilfe an diesem Standort vorzusehen. Gerade für die Gynäkologie sind die Schnittstellen zu Onkologie, Urologie und komplexer Viszeralchirurgie wertvoll. Dies garantiert eine zukunftssichere Leistungserbringung. Um die Strahlkraft der Geburtshilfe aus Herrenberg nach Nagold zu überführen, wird angeregt einen hebammengeführten Kreißsaal zu etablieren.

Damit wird die Versorgung durch zwei große Kliniken - Flugfeldklinikum im LK Böblingen und Kliniken Nagold im LK Calw - in der Region sichergestellt

## Calw | Grundversorger mit orthopädischem & geriatrischem Schwerpunkt



## Neben der Umsetzung der bestehenden Beschlüsse zur Umgestaltung der Strukturen im LK Calw wird die Geburtshilfe nach Nagold überführt

Mit der Anpassung der Medizinkonzeption im Jahr 2018 wurde die Leistungsaufteilung der Standorte Nagold und Calw neu ausgerichtet – die zeitkritische Akutversorgung wird demnach in Nagold konzentriert, während planbare Eingriffe (z. B. der Orthopädie) zukünftig am Standort Calw behandelt werden

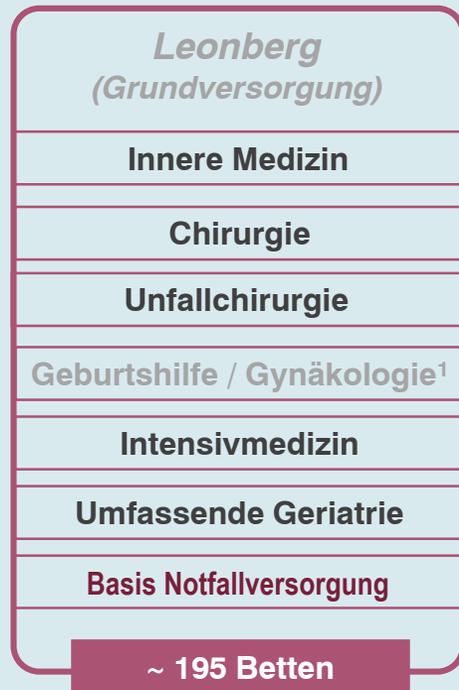
Der Standort Calw soll als Grundversorger in der Region fungieren und darüber hinaus elektiv geprägte Angebote weiter ausbauen. Dies betrifft sowohl die elektive Orthopädie bzw. Wirbelsäulenchirurgie, die Geriatrie (Zuweisung durch andere Krankenhäuser im KVS) und auch die internistischen Schwerpunkte (wie z.B. Rheumatologie und Schmerztherapie)

Aufgrund des hohen Personalbedarfs in der kardiologischen Akutversorgung (Herzkatheteruntersuchung) und des zukünftigen Fachkräftemangels können die Leistungen langfristig nicht mehr am Standort vorgehalten werden

Zur langfristigen Sicherung der geburtshilflichen Leistungserbringung im LK Calw ist die Verlagerung und Konzentration der Geburtshilfe am Standort Nagold ein zentraler Baustein

Der Campus-Gedanke am Neubaustandort soll konsequent gestärkt und weiterentwickelt werden. Lokale Kooperationspartner sind entsprechend einzubeziehen. Dies soll vor allem die Elektivversorgung am Standort weiter ausbauen

# Leonberg | Grundversorger mit Schwerpunkt Bauch & geriatrischem Angebot



## Die Veränderungen am Standort Leonberg sind durch den Ausbau der Geriatrie und den Wegfall von interv. Kardiologie und Gefäßchirurgie geprägt

Der Standort Leonberg soll als Grundversorger, inklusive Basis Notfallversorgung, für das nördliche Einzugsgebiet des KVSW fungieren

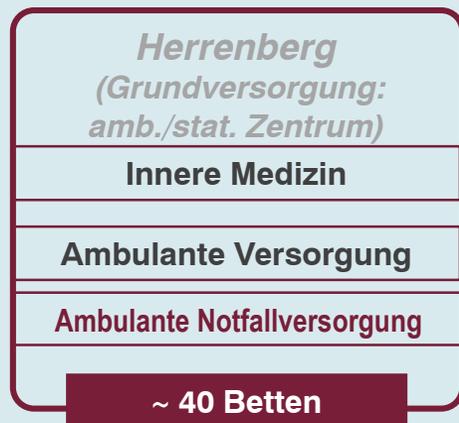
Die bestehenden Leistungen der Inneren Medizin sowie der Unfallchirurgie werden ergänzt um eine umfassende geriatrische Versorgung. Die geriatrischen Leistungen des Verbunds werden dafür in Form eines „Doppelzentrums“ in Leonberg und Calw konzentriert. Außerdem kann mit dem bisher bestehenden Angebot der Bedarf an geriatrischen Leistungen in der Region nicht gedeckt werden, womit sich die Ausrichtung des Leistungsprofils am Markt orientiert

Aufgrund des hohen Personalbedarfs in der kardiologischen Akutversorgung (Herzkatheteruntersuchung) und des zukünftigen Fachkräftemangels können die Leistungen langfristig nicht mehr am Standort vorgehalten werden

Im langfristigen Zielbild ist zusätzlich die Vorhaltung der Geburtshilfe & Gynäkologie zu hinterfragen, aufgrund der sich abzeichnenden Fallzahl-Trends und der generell schwierigen personellen Nachbesetzung in diesem Bereich, ist davon auszugehen, dass die Geburtshilfe langfristig nicht aufrecht erhalten werden kann

Der Standort Leonberg soll eng an das FFK angebunden werden, so dass die Expertise der Maximalversorgung, z.B. über Sprechstundenangebote, auch nach Leonberg transferiert werden soll. Dies dient der Sicherung des nördlichen Einzugsgebiets des KVSW

## Herrenberg | amb./ stat. Zentrum mit weiteren Angeboten



## Der Standort Herrenberg soll zu einem ambulant/ stationären Zentrum entwickelt werden

Das Eckpunktepapier der Krankenhausreform sieht eine neuartige Versorgungsform für Krankenhäuser vor, diese beinhaltet eine Reduzierung der stationären Angebote bei gleichzeitigem Aufbau ambulanter Angebote bzw. Leistungen an den Schnittstellen der Gesundheitssektoren. Der Status als Plankrankenhaus bleibt weiterhin bestehen, dies umfasst ebenso die Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder

Der Standort Herrenberg soll zukünftig ein solches „ambulant/ stationäres“ Zentrum werden, diese Perspektive ist klar einer Schließung des Standortes vorzuziehen

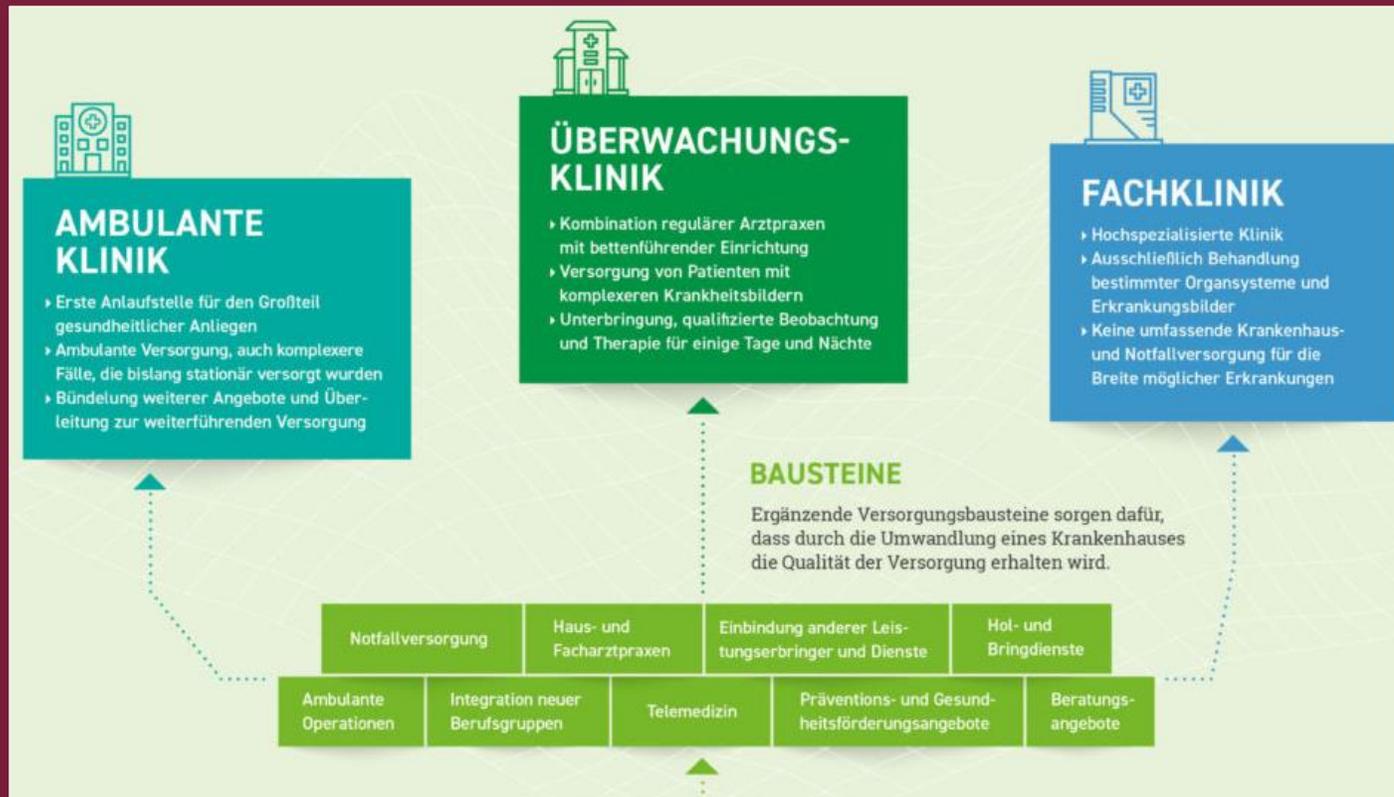
Dies beinhaltet neben stationären Betten für die Innere Medizin eine ambulante Notfallversorgung (ggf. in enger Abstimmung mit dem KV-Notdienst) und weitere nicht-stationäre Leistungen. Es wird dazu vorgeschlagen die folgenden Optionen zu prüfen:

- Medizinnaher Kurzzeitpflege
- Geriatrische Rehabilitation (§40 SGB V), ggf. geriatrische Tagesklinik (§39 SGB V)
- Ambulantes Operieren, ambulante Angebote, Spezial-Sprechstunden

Eine Fortführung eines palliativmedizinischen Angebots, zukünftig in einem abgestimmten Setting mit dem FFK, sollte dabei angestrebt werden

Der Standort Herrenberg hat damit im gestuften Versorgungskonzept eine wichtige Rolle: Einerseits können die wesentlichen allgemein-internistischen Krankheitsbilder am Standort versorgt werden, andererseits kann der Standort von konzernweiten Zuverlegungen im Bereich der ergänzenden Angebote profitieren

# Anerkannte Gutachten empfehlen eine ähnliche Weiterentwicklung wie in der Empfehlung für Herrenberg skizziert



*Stiftung Münch*  
**„Umwandeln statt schließen:  
Wie Krankenhäuser an den  
Bedarf der Versorgung vor Ort  
angepasst werden können“**

Zukunft der ländlichen Versorgung geprägt durch drei Aspekte:

- Fachklinik/Spezialisierung
- Ambulantes Zentrum
- Low-Care Versorgung / Überwachungsklinik

**Dies stellt eine Perspektive für die Weiterentwicklung des Standorts Herrenberg dar**

## Der Standort Herrenberg wird angelehnt an den Bedarf der Region umgestaltet

### Umwandlung statt Schließung

Die Klinik in Herrenberg in bestehender Größe zu erhalten ist aus gutachterlicher Sicht in der praktischen Umsetzung (*personelle Besetzung, Sicherstellung relevanter Strukturmerkmale, Mengenstrukturen, Wirtschaftlichkeit,...*) keine zukunftsfähige Alternative



**Die Ausgestaltung des Standorts kann als Kombination einer**

#### Ambulanten Klinik

- Spezialangebote in Kooperation mit dem Schwerpunkt- und Maximalversorger des KVS

#### Überwachungsklinik

- Versorgung von älteren und hochbetagten im Sinne der Erstdiagnostik und Weiterleitung über strukturierte Behandlungspfade an die Standorte des KVS
- Behandlung von Delir, Schwäche, COPD, etc. über die allgemein internistische Versorgung bleibt bestehen

#### Fachklinik

- Es wären sogar Elemente einer „Fachklinik“ denkbar, z.B. durch Fortführung eines palliativmedizinischen Angebots

**zukunftsfähig umstrukturiert werden**

# Gestuftes Versorgungskonzept im KVSW wird klar ersichtlich

	FFK	Nagold	Calw	Leonberg	Herrenberg
Stroke Unit (OPS 8-981)	✓	✓	✗	✗	✗
Kardiologische Versorgung	✓	✓	✗	✗	✗
Intensivmedizin (mind. OPS 8-980)	✓	✓	✗ <sup>2</sup>	✓	✗
Viszeralchirurgie & Gastroenterologie	✓	✓	✗	✓	✗
Geburtshilfe	✓	✓	✗	✗ <sup>1</sup>	✗
Unfallchirurgie	✓	✗ <sup>3</sup>	✓	✓	✗

✗ Kriterium nicht hinreichend erfüllt

✓ Kriterium bedingt erfüllt

✓ Kriterium umfassend erfüllt

- 1) Langfristig wegfallend
- 2) Sicherstellung des OPS-Kodes 8-980 in Calw wäre wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig
- 3) Erstversorgung sichergestellt

Nagold (5) und das FFK (6) bieten die wesentlichen Leistungen an, die es für eine umfassende zeitkritische Versorgung benötigt

Das FFK sollte darüber hinaus durch neurochirurgische Leistungen weiter gestärkt werden

Leonberg und Calw mit unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkten als Grund- und Basisversorger

Herrenberg mit wichtigen Aufgaben in der ambulanten Versorgung aber Verzicht auf chirurgische Akutversorgung

# Zielbild | Ausgewogenes, abgestimmtes und gestuftes Versorgungskonzept zwischen den Landkreisen



**Leonberg**  
(breiter) Grundversorger  
mit Geriatriezentrum



**Flugfeldklinikum**  
Maximalversorger



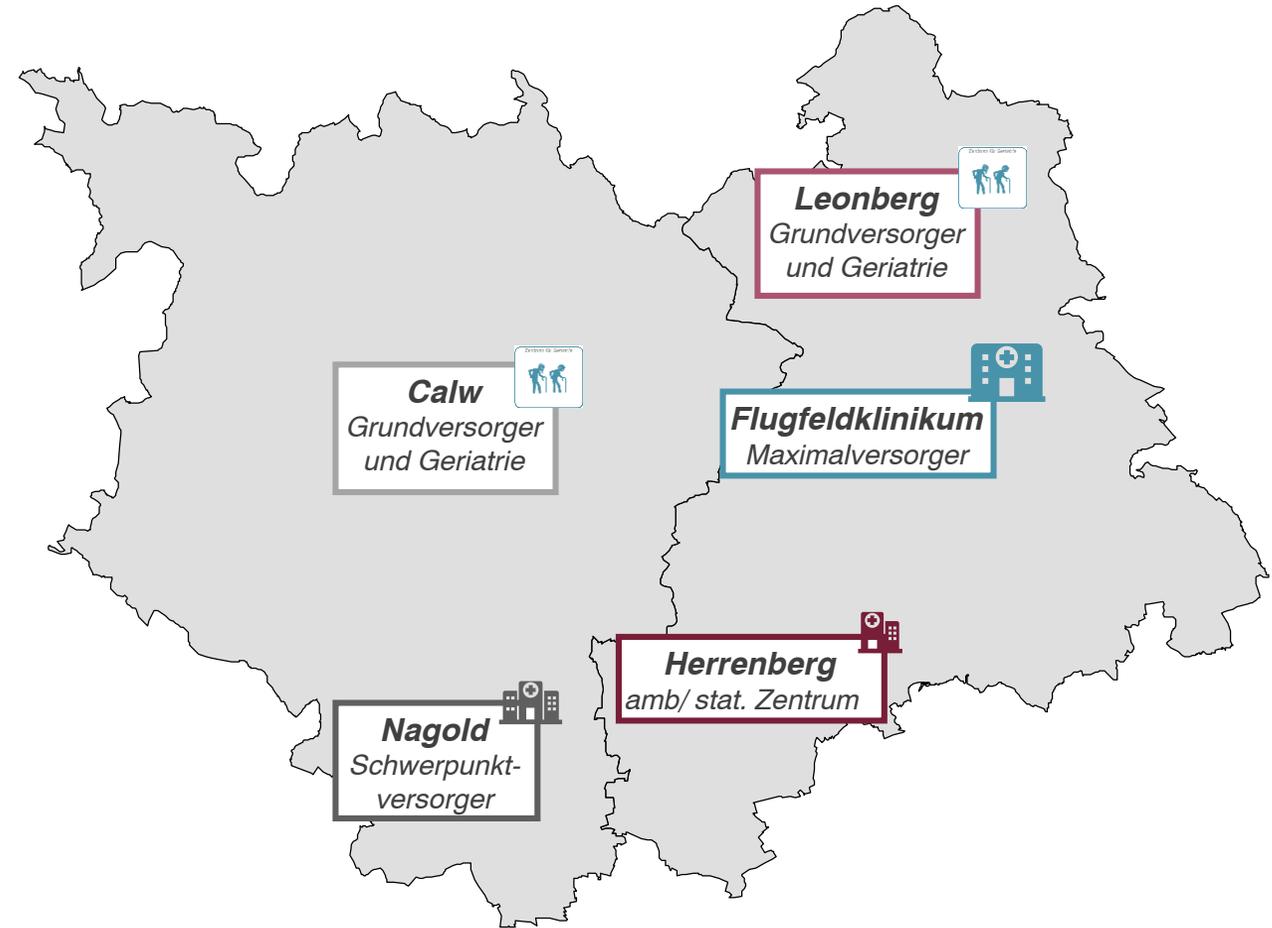
**Calw**  
Grundversorger mit  
Geriatriezentrum



**Nagold**  
Schwerpunktversorger

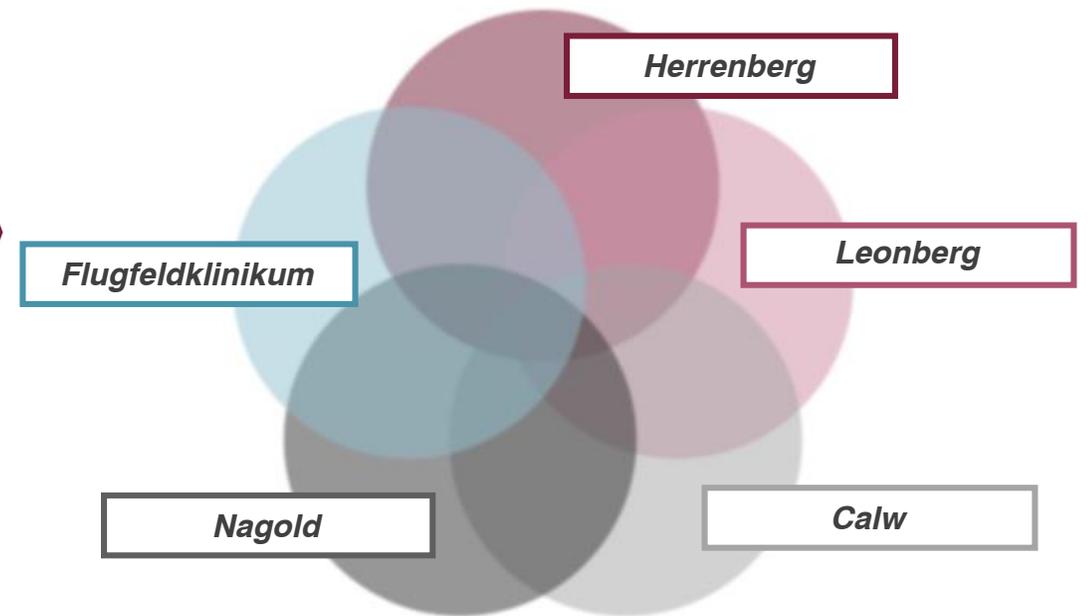


**Herrenberg**  
amb./ stat. Zentrum



## Das neue Medizinkonzept ermöglicht eine Sicherstellung einer ganzheitlichen, zukunftsfähigen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung

- Abbau von nicht bedarfsnotwendigen Doppelstrukturen ist qualitätsverbessernd
- Nutzung der bestehenden Infrastruktur
- Schaffung standortübergreifender Strukturen
- Schaffung gestufter Versorgungsstrukturen
- Patientenzentrierte Versorgung unter Berücksichtigung von Qualität und Erreichbarkeit durch klare Allokation von Spezialversorgung und Sicherung der Grundversorgung in der Fläche
- Berücksichtigung der aktuellen politischen Rahmenbedingungen



## Der zukünftige Bettenbedarf der Standorte sieht erhebliche Veränderungen vor, klar abgestuftes Versorgungskonzept auch beim Bettenbedarf erkennbar

	Flugfeld- klinikum	Nagold	Calw	Leonberg	Herrenberg	Gesamt
<b>Vorschlag Gutachter</b>	Maximalversorgung, inkl. umfassende Notfallversorgung	Schwerpunktversorgung inkl. erweiterter Notfallversorgung	Grundversorgung mit Basis-Notfallversorgung	Grundversorgung mit Basis-Notfallversorgung	Amb./stat. Gesundheitszentrum mit amb. Notfallversorgung	gestufte Versorgung
<b>Bettenbedarf<sup>1</sup></b> <i>(gemäß Berechnungen L&amp;L)</i>	710	260	160	195	40	1.350 - 1.400

- FFK mit Vollausslastung der Ressourcen
- Nagold wie baulich maximal vorgesehen unter Abzug eines zusätzlichen Bereichs für Wöchnerinnen, Geburten und Gynäkologie.
- Leonberg verliert ausgewählte Spezialbereiche verbleibt aber auf einem ähnlichen Niveau, deutlicher Ausbau geriatrischer Versorgung
- Calw mit Vollaussnutzung der neugebauten Ressourcen jedoch Umnutzung der geplanten Ressourcen
- Herrenberg mit 1-2 Stationen für intersektorale Versorgung (ohne stationäre Chirurgie) ergänzt um Angebote mit Schnittstellen zur ambulanten Leistungserbringung und Rehabilitation

# Dieses Gutachten untergliedert sich in die folgenden Punkte

Einführende Hinweise

Ausgangslage

Ergebnisse der Kernanalysen

Detailanalysen und Strukturstresstest

## Handlungsempfehlungen, Perspektiven und strategisches Konzept

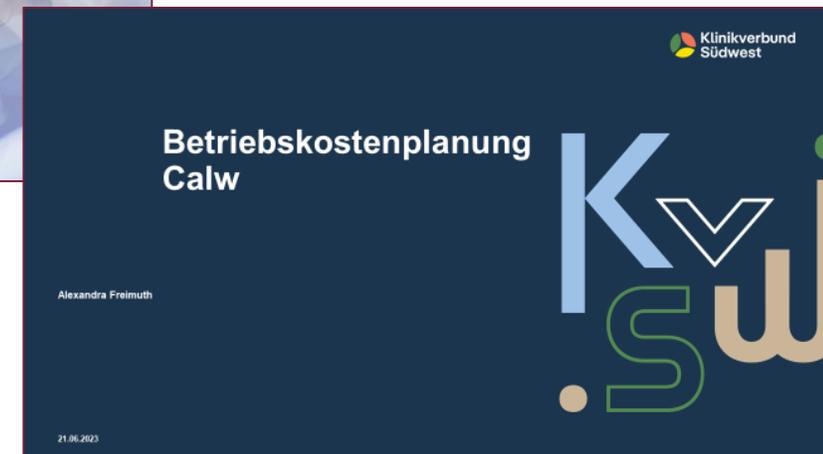
- Aufsatzpunkt: Bestehendes Medizinkonzept
- Diskussion der strategischen Implikationen
- Medizinkonzeptionelle Änderungen und Zielbild
- **Bewertung der zukünftigen Wirtschaftlichkeit**

# In die Gesamtbewertung der zukünftigen Wirtschaftlichkeit fließen sowohl Erkenntnisse von L&L als auch weitere interne und externe Untersuchungen ein

## Übersicht Deckungsbeitragsrechnung 2022

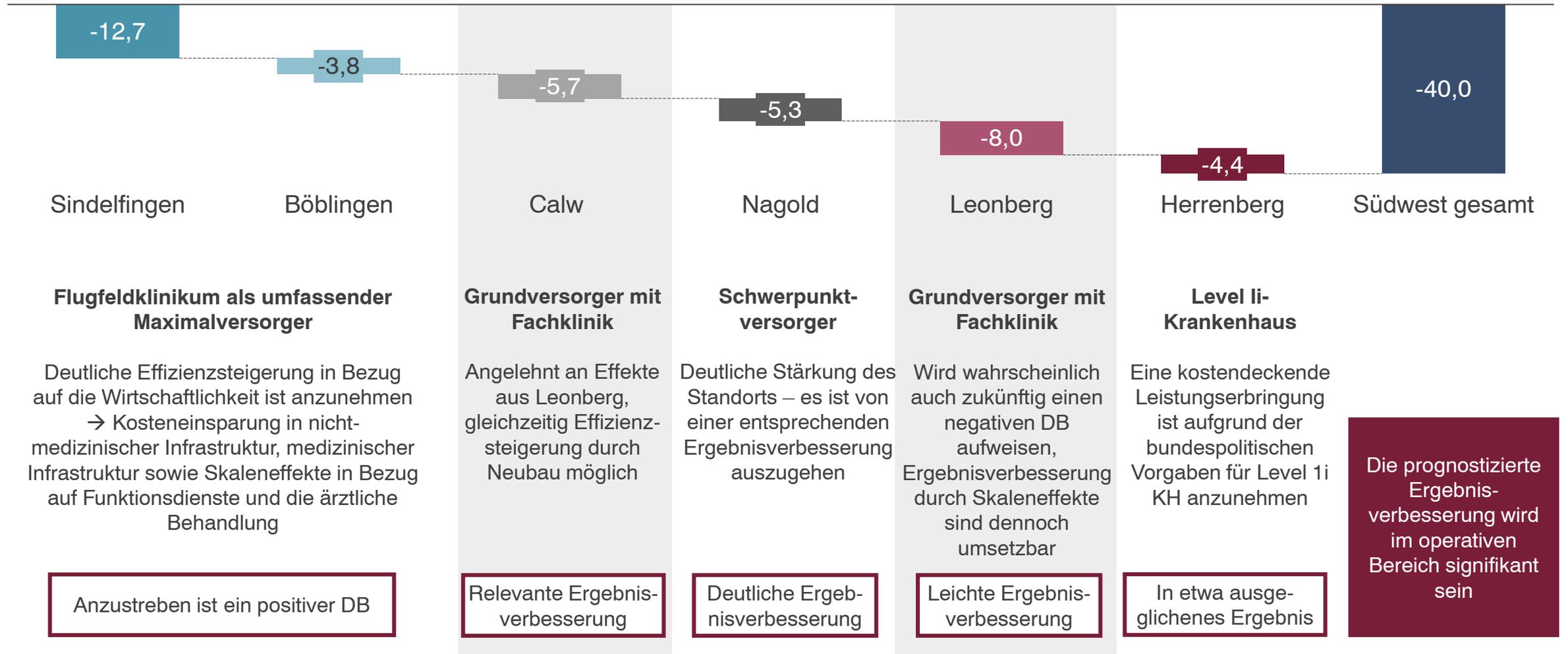
- 1 ErlösQuotient (EQ)
- 2 DBR - Gesamtübersicht
  - Klinikverbund Südwest
  - Klinikum Sindelfingen-Böblingen
  - Krankenhaus Leonberg
  - Krankenhaus Herrenberg
  - Kreisklinikum Calw-Nagold

*In Summe leicht unterschiedliche Annahmen, aber grundsätzlich sind die Analysen vereinbar und erlauben insgesamt eine gute Abschätzung der Wirtschaftlichkeit des Medizinkonzepts*



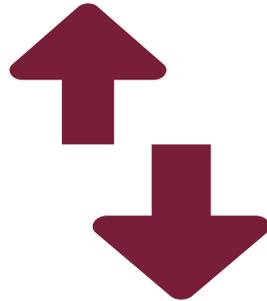
# Mit den Maßnahmen aus der Medizinstrategie wird eine deutliche Ergebnisverbesserung erreicht

Deckungsbeiträge (DB III) 2022 auf Gesamthausebene in Mio. EUR / Ausblick in Bezug auf das Medizinkonzept



# Die Berechnung der Effekte erfolgt unter Angabe einer Range

**Obere Range als progressive Variante**



**Untere Range als konservative Variante**

Gewisse Unsicherheiten in der Berechnung werden durch die Wahl einer Range ausgeglichen

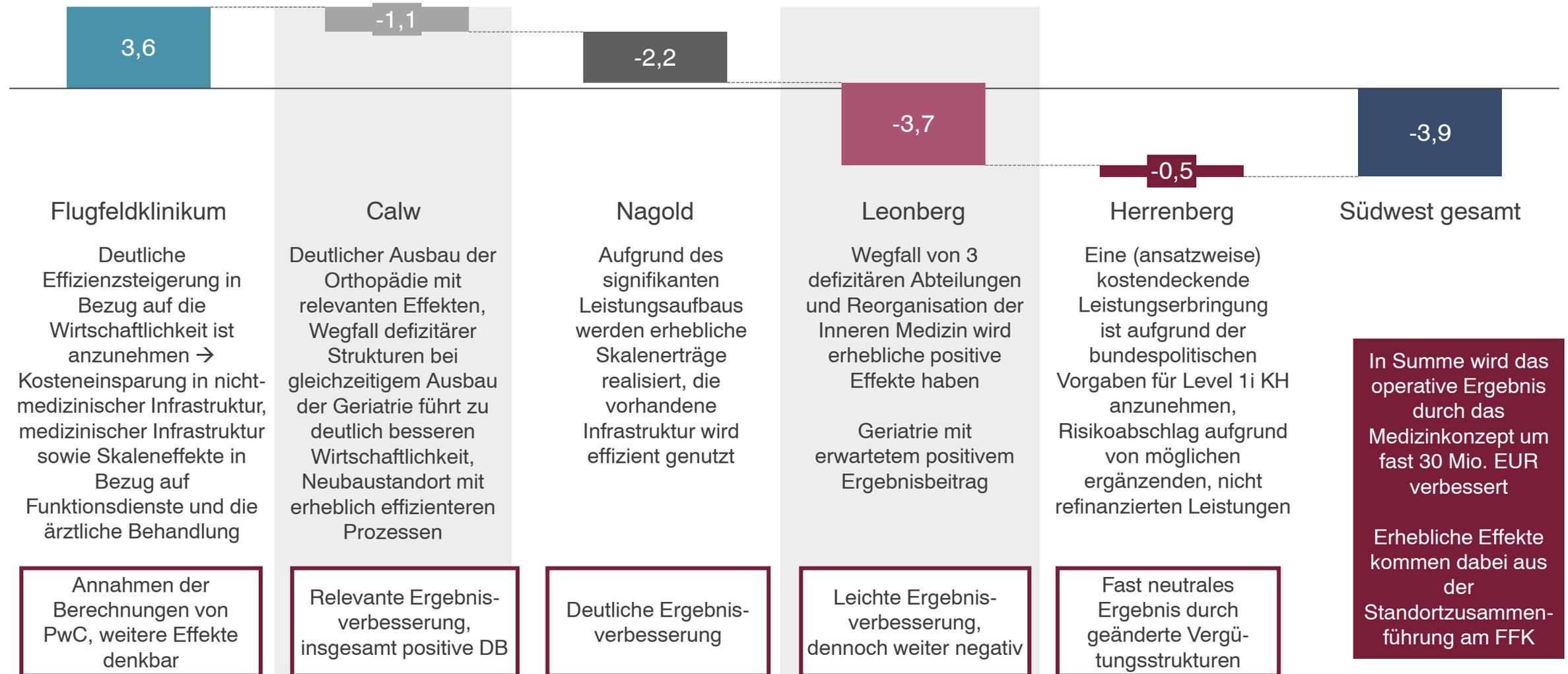
Die obere Range stellt dabei einen „Best-Case Ansatz“ dar

Abgrenzung obere zur unteren Range:

- Annahme höherer Skaleneffekte
- Annahme höherer Effekte durch Neubauten
- Ggf. positivere Bewertung der Verlagerungseffekte

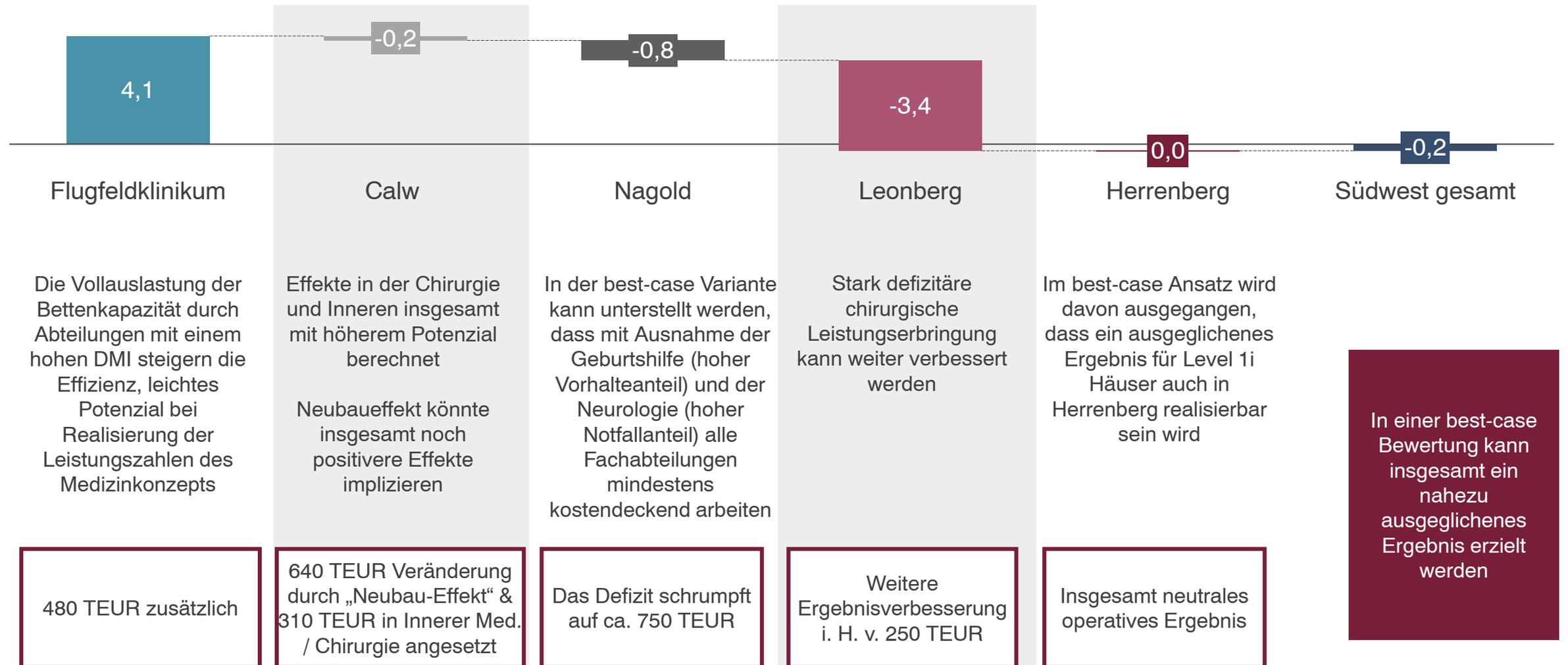
# Mit den Maßnahmen aus der Medizinstrategie wird unter konservativeren Annahmen eine deutliche Ergebnisverbesserung erreicht

Deckungsbeiträge (DB III) im Medizinkonzept (in Mio. EUR) – untere Range



# Mit den Maßnahmen aus der Medizinstrategie wird unter den progressiveren Annahmen ein nahezu ausgeglichenes operatives Ergebnis erreicht

Deckungsbeiträge (DB III) im Medizinkonzept (in Mio. EUR) – obere Range



# Medizinkonzept und Restrukturierung führen in Summe zu einem positiven operativen Ergebnis



Der Ausgangswert des operativen Defizits ist mit **-40 Mio. EUR in 2022** ausgewiesen

Die ökonomischen Effekte des Medizinkonzepts zeigen eine Verbesserung des operativen **Defizits um mehr als 35 Mio. EUR** (Defizit zwischen 0,2 und 3,9 Mio. EUR)



Es besteht ein weiteres Potenzial durch die „**Restrukturierungsmaßnahmen**“ außerhalb der Medizinkonzeption

**ACHTUNG:** In Teilen überschneiden sich die ökonomischen Effekte, da die Maßnahmen der Restrukturierung deckungsgleich mit denen des Medizinkonzepts sind

In Summe zeigen die Maßnahmen des Medizinkonzepts eine erhebliche Ergebnisverbesserung, diese sind getrieben durch den deutlichen Abbau von Doppelstrukturen und die konsequente Profilierung der Leistungsprofile

Mit den Maßnahmen des Restrukturierungsprogramms und den Beiträgen der Medizinstrategie ist innerhalb eines Zeitraums von ca. 2 Jahren nach Inbetriebnahme des FFK ein positives operatives Ergebnis erreichbar

Hierfür ist jedoch die stringente Umsetzung der Medizinstrategie als auch das konsequente Verfolgen der weiteren Restrukturierungsmaßnahmen erforderlich

Es wird empfohlen, die umfassenden vorliegenden Analysen in einen Maßnahmenplan zu überführen und die Umsetzung und Hebung der Effekte konsequent einem Controlling zu unterziehen

**Ansprechpartner:**

*Dr. Jens Peukert, [jpeukert@lohfert.net](mailto:jpeukert@lohfert.net), +49 40 41 90 6-200*

*Philipp Letzgus, [pletzgus@lohfert.net](mailto:pletzgus@lohfert.net), +49 40 41 90 6-515*

**LOHFERT & LOHFERT AG**

**Lohfert & Lohfert AG** | Rothenbaumchaussee 76 | 20148 Hamburg

Tel. +49 40 41 90 60 | Fax. +49 40 41 90 65 55

[www.lohfert.net](http://www.lohfert.net)

# Autoren / Projektleitung

Team	 <p><b>Dr. Jens Peukert</b> Vorstandsvorsitzender übergeordneter Projektleiter</p>	 <p><b>Philipp Letzgus</b> Principal operativer Projektleiter</p>
Ausbildung und Berufserfahrung	<p>Promotion am Institute of Social Med. and Health Econ. an der Univ. Magdeburg</p> <p>Staatsexamen Medizin an der Ludwig-Maximilian-Universität München</p> <p>Diplom-Wirtschaftsingenieur an der TU München</p> <p>&gt;25 Jahre Erfahrung im Krankenhaussektor</p>	<p>Studium Wirtschaftsmathematik an der OvG-Universität Magdeburg (Abschluss: Diplom)</p> <p>Studium Management and Economics an der OvG-Universität Magdeburg (Abschluss: B. Sc.)</p> <p>Mehrjährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen und Krankenhaussektor, seit 2013 bei der Lohfert &amp; Lohfert AG</p>
Inhaltliche Schwerpunkte	<p>Beratung von Gesellschaftern und Aufsichtsgremien von Krankenhäusern sowie politischer Institutionen</p> <p>Beratung und aktive Begleitung von trägerübergreifenden Krankenhausfusionen/Universitätskliniken</p> <p>Entwicklung und Umsetzungsbegleitung von Strategieprojekten zum medizinischen Leistungsprogramm und Portfolio-Management Beratung zu Investitionsentscheidungen</p> <p>Medizinökonomische Steuerung im Krankenhaus</p>	<p>Kompetenzbereichsleiter für Strategie und Planung (inkl. Leistungssteuerung und Krankenhausplanung)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• zukünftige Krankenhaus- und Versorgungsstrukturen</li><li>• Konzeption, Modellierung und Umsetzung der strategischen Leistungsstrukturplanung für Krankenhäuser</li><li>• Ökonomische Bewertungen von medizinstrategischen Projekten</li><li>• Versorgungsforschung</li><li>• Finanzstruktur und Businessplanung</li></ul>