

LOHFERT & LOHFERT AG

Klinikverbund SüdWest

Weiterentwicklung der Medizinstrategie 2030

*Begleitpräsentation zur AR Sitzung
am 5.7.2023*

Philipp Letzgus

Sindelfingen, 5. Juli 2023



Agenda

Update zur Krankenhausreform

Versorgungsanalyse und Antragsstellung Neurochirurgie

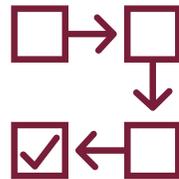
Update zum Stand der Medizinkonzeption

Wirtschaftlichkeitsberechnungen zum Medizinkonzept

Ausblick

Die Krankenhausplanung wird grundsätzlich reformiert werden

Vom anfänglichen Vorschlag der Regierungskommission ist mittlerweile abgewichen worden. Die nun vorgeschlagene Systematik wird sich stark an dem Vorgehen in NRW orientieren



Entwicklung Strukturreform

Die Ergebnisse der letzten Wochen zeigen, dass sich Bund und Länder annähern

Es ist festzuhalten, dass **Leistungsgruppen- und Levelsystematik nicht ohne Weiteres vereinbar** sind

Im Vergleich der Systeme zeigt sich nach aktuellem Stand, dass sich die Bundesreform **stärker am Vorbild NRW orientieren** wird

Es ist davon auszugehen, dass für die Länder ein erheblicher „Anreiz“ besteht, eine **Leistungsgruppen-orientierte KH-Planung** einzuführen, Level scheinen eher nachrangig

Die Krankenhausplanung in NRW orientiert sich an geänderten Prämissen, 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 Bundeslandweite 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 ⁶		Sonstige Struktur- u
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
8.2	Interventionelle Kardiologie	VG	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LB Herzchirurgie ¹ LG Kardiale Devices ¹	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 ¹ LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices ¹		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

24/7 Versorgung für HKL wird impliziert
Qualitätsanforderungen für Intensivmedizin vergleichsweise hoch

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

5 FÄ Kardiologie deutlich herausfordernd

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 diese LG nicht erbringen können

Das Eckpunktepapier zur Krankenhausreform gliedert sich in 5 Punkte

- 1 **Begriffsdefinition Krankenhaus**
- 2 **Vorhaltevergütung**
- 3 **Leistungsgruppen**
- 4 **Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)**
- 5 **Sektorenübergreifende Konzepte („Level II“)**

Eine Präambel ergänzt die inhaltlichen Punkte und fasst die zentralen Reformziele zusammen

Mit der Krankenhausreform wird die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung angestrebt

Die Verantwortung der Krankenhausplanung obliegt weiterhin den Bundesländern, welche auf Basis der NRW-Leistungsgruppensystematik den Krankenhäusern eine entsprechende Vorhaltevergütung zuweisen

Die Grundstruktur einschließlich der notwendigen Finanzierung der Reform ist im Konsens zwischen Bund und Ländern zu vereinbaren

Alle Indizien deuten darauf hin, dass im Bund eine starke Orientierung an NRW erfolgen wird

Das Medizinkonzept hatte dies bereits als implizite Grundlage vorgesehen



Implikationen für das ursprüngliche Medizinkonzept

Die wesentlichen Änderungen im Medizinkonzept sind nach aktuellem Stand damit alternativlos, dazu zählt insbesondere:

1. Konzentration auf ein HKL im LK Calw
2. Zusammenführung der Geburtshilfen
3. Leistungskonzentration der komplexen Leistungen auf umfassend versorgende Standorte (Stroke, interventionelle Kardiologie, Gefäßchirurgie)
4. Umwidmung von Herrenberg in ein „ambulant stationäres Zentrum“ (Level 1i)

Agenda

Update zur Krankenhausreform

Versorgungsanalyse und Antragsstellung Neurochirurgie

Update zum Stand der Medizinkonzeption

Wirtschaftlichkeitsberechnungen zum Medizinkonzept

Ausblick

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 Klinikverbund Südwest

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



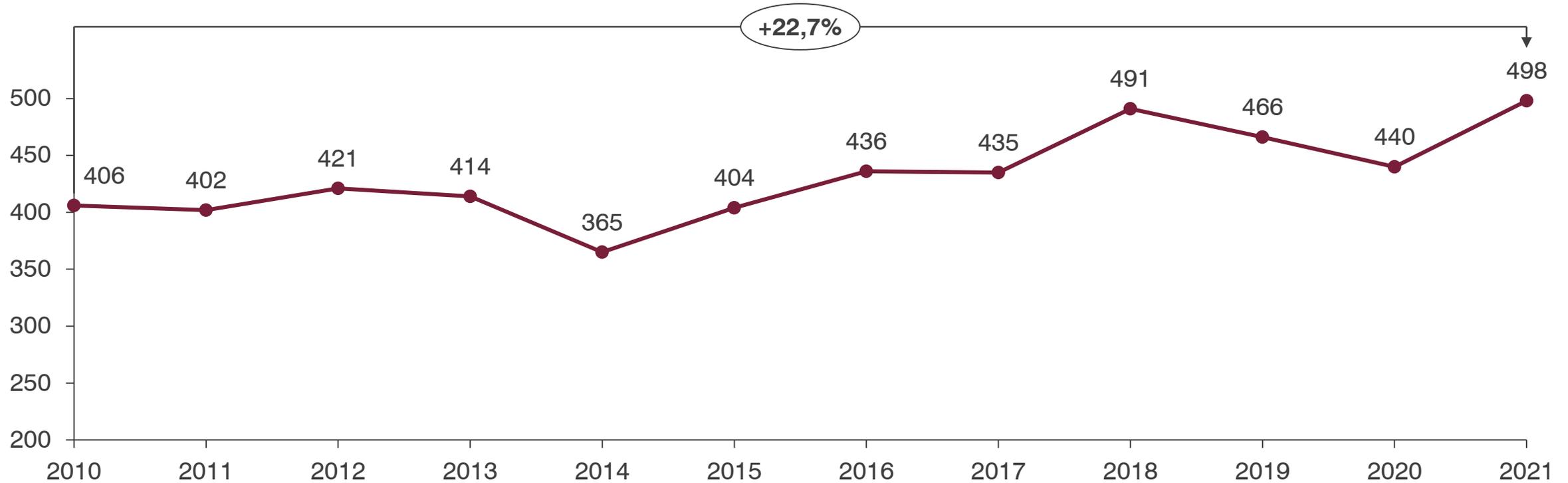
niedrig hoch





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 Freudenstadt¹



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

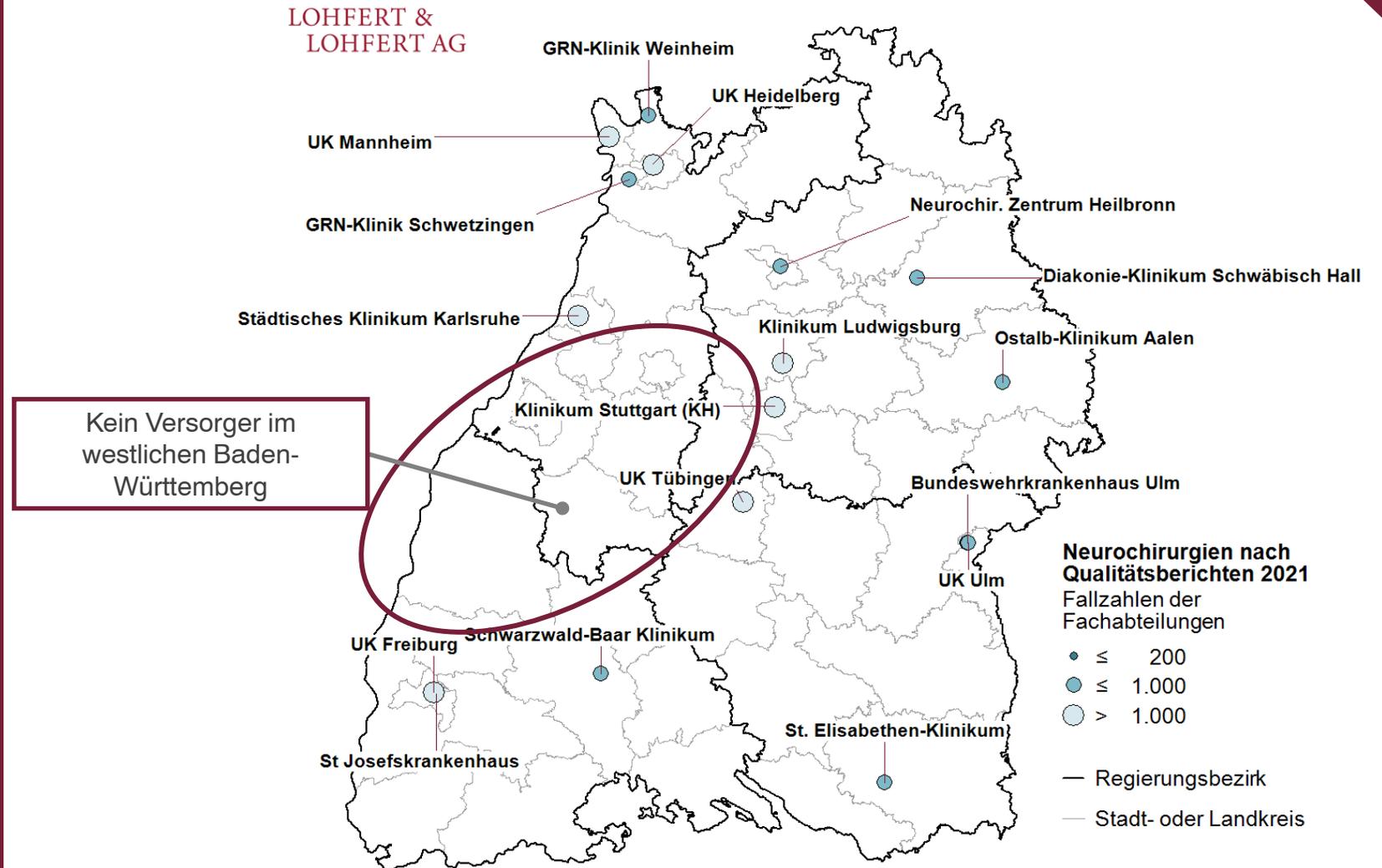


Neurochirurgische Versorgungsstrukturen

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



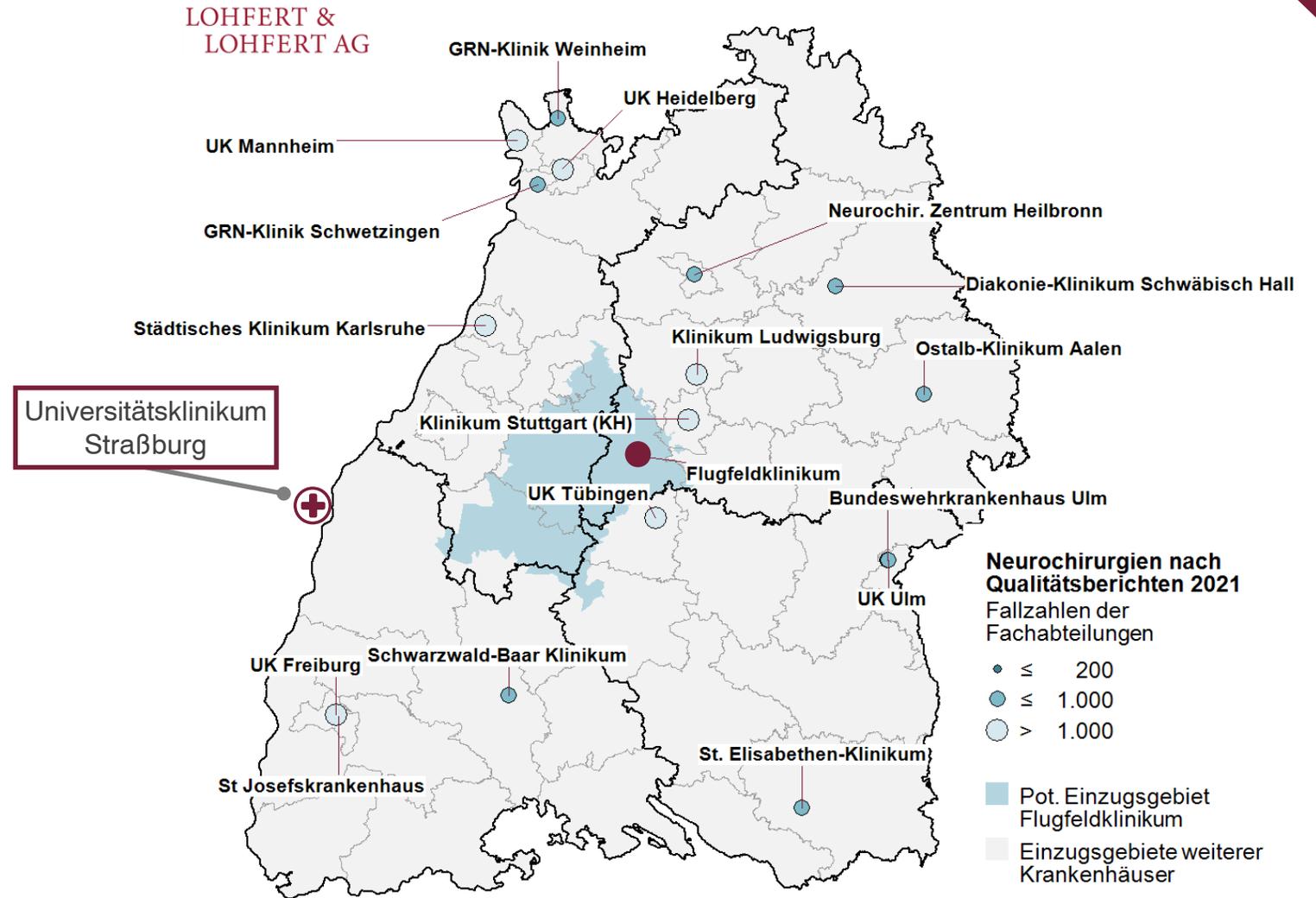
Kernmessage: Das wettbewerbliche Umfeld zeigt einen Bedarf für einen Versorger im westlichen Baden-Württemberg



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

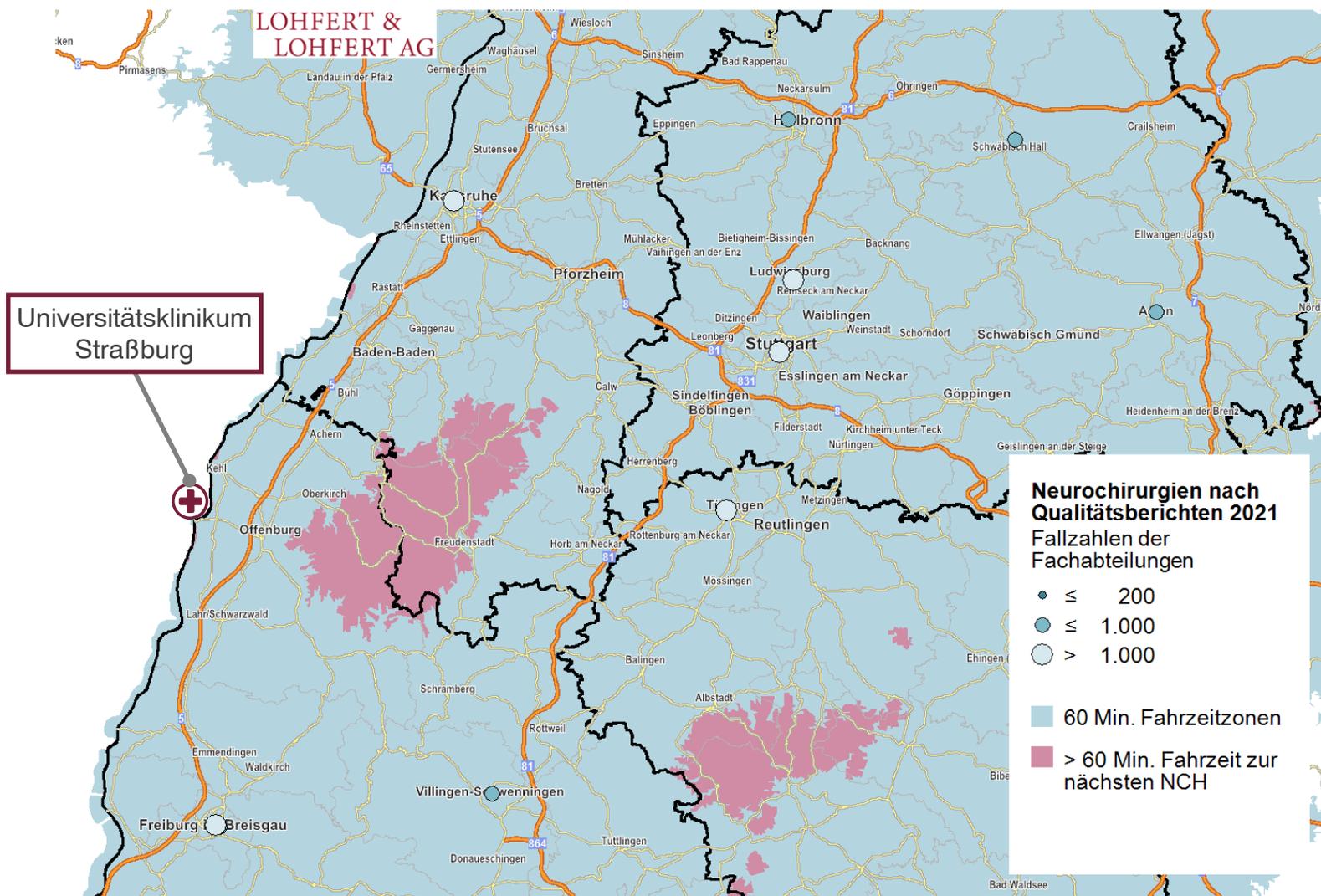
Dieses Einzugsgebiet des Standortes Flugfeld beträgt über 775.000 Einwohner und liegt damit deutlich oberhalb der kritischen Grenze für neurochirurgische Leistungserbringung (von rund 500.000 Ew.)



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



**Im Regierungsbezirk
Karlsruhe zeigen sich
Erreichbarkeiten von
deutlich über 60
Minuten und damit ein
Versorgungsbedarf für
die Neurochirurgie**





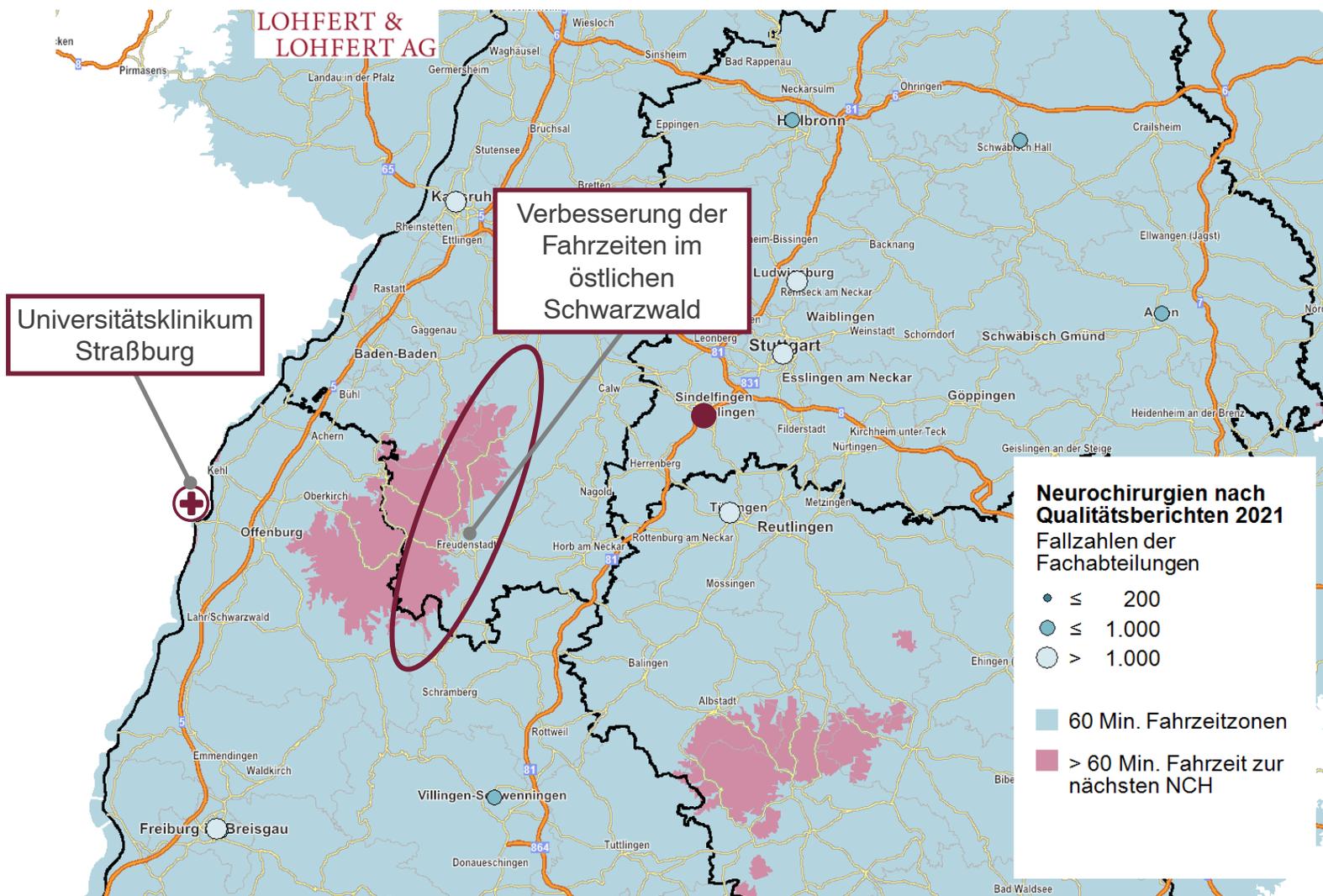
Bedeutung der Neurochirurgie für die Versorgung von Schlaganfallpatienten:

- Ischämische Schlaganfall (durch einen Verschluss einer hirnversorgenden Arterie) für Notarzt und der Schlaganfall durch intrakranielle Blutung (neurochirurgisch) häufig klinisch nicht sicher zu unterscheiden. Transport dieser Patienten gemäß Leitlinien in ein Schlaganfallzentrum
- Patienten sollten in einem Zentrum versorgt werden, das sowohl über eine Stroke Unit (mit der Möglichkeit zur Thrombektomie) als auch über eine neurochirurgische Klinik verfügt

Bedeutung der Neurochirurgie für die Traumaversorgung:

- Traumaversorgung durch hohe Komplexität an Mehrfachverletzungen geprägt
- Für behandelnde Rettungskräfte vor Ort häufig erst nach der Primärdiagnostik festzustellen, ob Verletzungen des zentralen Nervensystems vorliegen
- In diesen Fällen neurochirurgische Mitversorgung ohne weitere Sekundärtransporte zielführend und erforderlich

Verbesserung der zeitkritischen Versorgung in der Fläche über Flugfeldklinikum





Im Regierungsbezirk Karlsruhe zeigen sich Erreichbarkeiten von deutlich über 45 Min. und damit ein Versorgungsbedarf für die Neurochirurgie

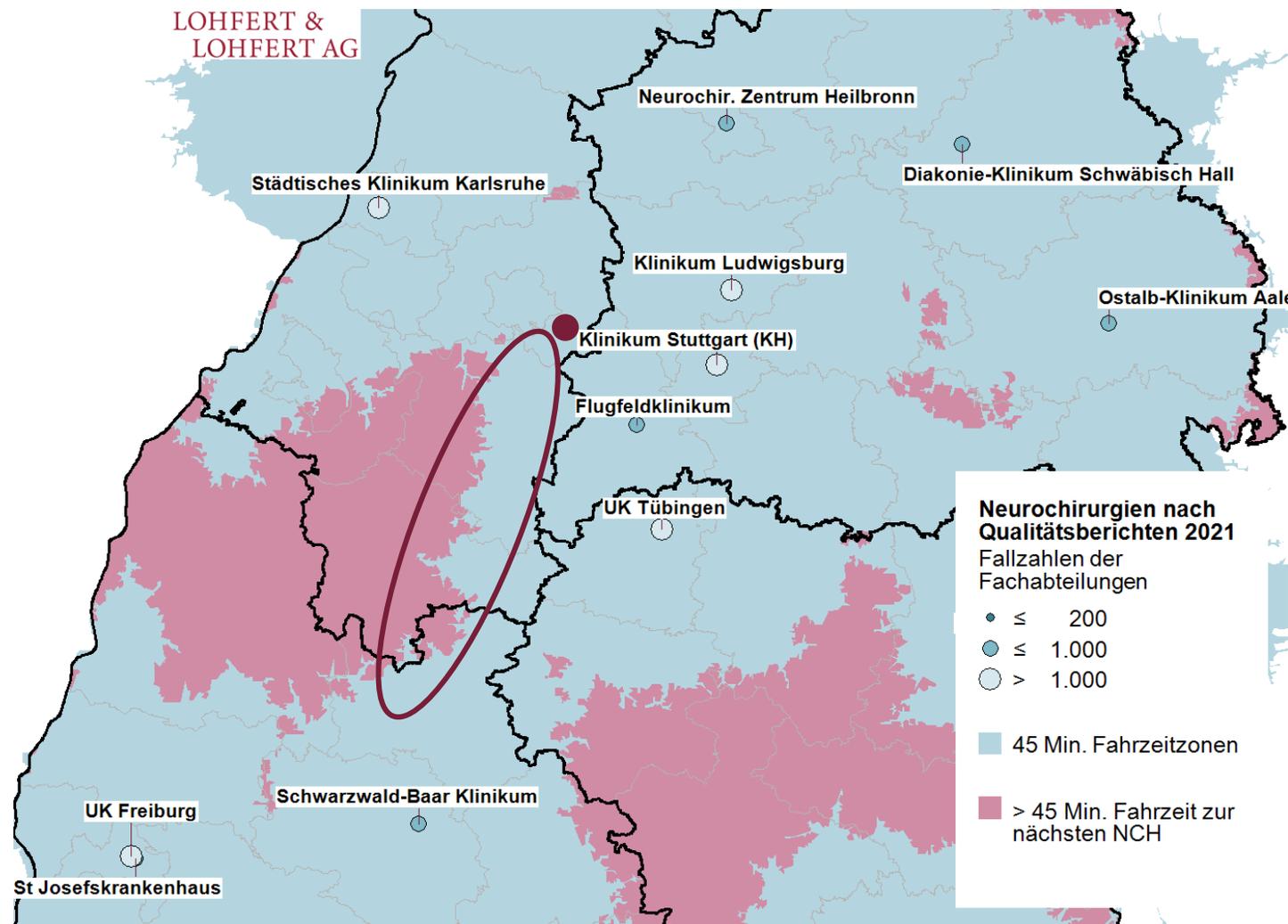
Bedeutung der Neurochirurgie für die Versorgung von Schlaganfallpatienten:

- Ischämische Schlaganfall (durch einen Verschluss einer hirnversorgenden Arterie) für Notarzt und der Schlaganfall durch intrakranielle Blutung (neurochirurgisch) häufig klinisch nicht sicher zu unterscheiden. Transport dieser Patienten gemäß Leitlinien in ein Schlaganfallzentrum
- Patienten sollten in einem Zentrum versorgt werden, das sowohl über eine Stroke Unit (mit der Möglichkeit zur Thrombektomie) als auch über eine neurochirurgische Klinik verfügt

Bedeutung der Neurochirurgie für die Traumaversorgung:

- Traumaversorgung durch hohe Komplexität an Mehrfachverletzungen geprägt
- Für behandelnde Rettungskräfte vor Ort häufig erst nach der Primärdiagnostik festzustellen, ob Verletzungen des zentralen Nervensystems vorliegen
- In diesen Fällen neurochirurgische Mitversorgung ohne weitere Sekundärtransporte zielführend und erforderlich

Verbesserung der zeitkritischen Versorgung in der Fläche durch Etablierung dieser Struktur am Flugfeldklinikum





Eine typische neurochirurgische Fachabteilung stützt sich im Wesentlichen auf 4 Basis-DRGs, darüber hinaus sind intensivmed. Leistungen zu berücksichtigen

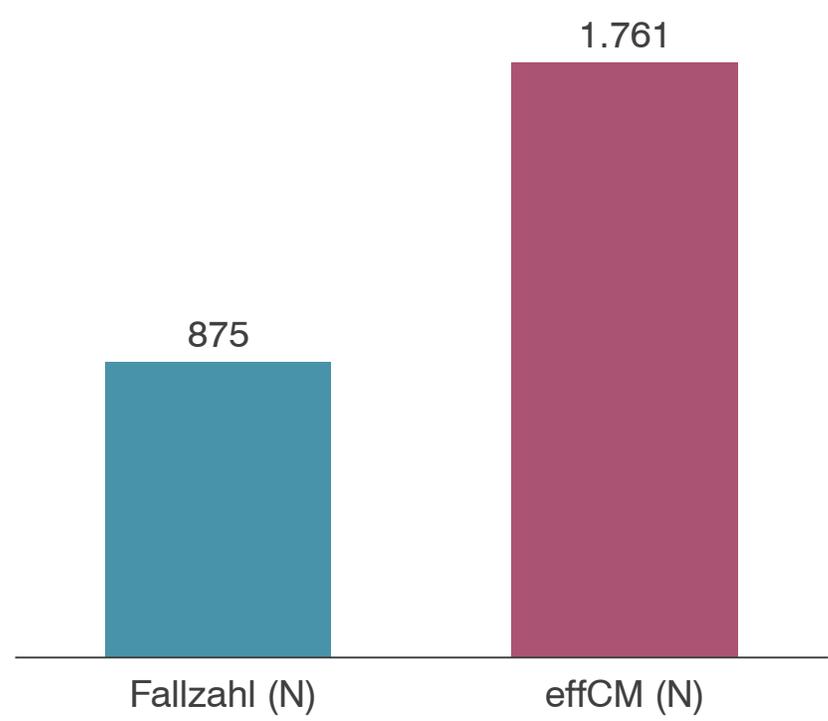
Interne Versorgungsbedarfe im Klinikverbund Südwest

Hohe interne Versorgungsbedarfe in den Fachabteilungen für Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie.
Stärkung des Flugfeldklinikums in der Rolle als Maximalversorger. **Zielgröße ca. 30 Betten**

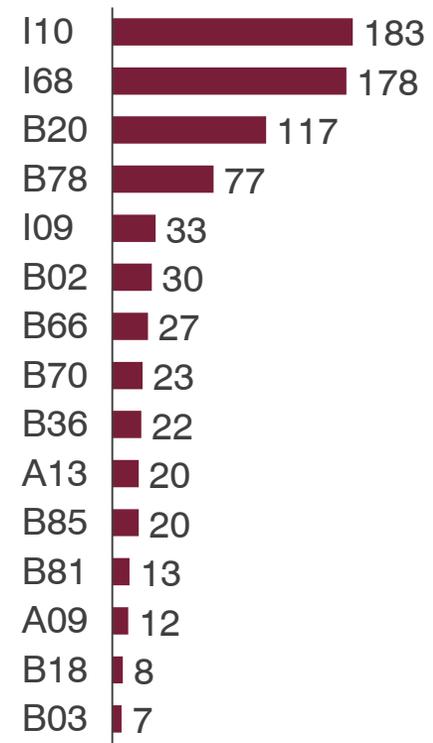


Kernmessage: Bereits interne Potenziale zeigen den Bedarf für eine Klinik für Neurochirurgie am Flugfeldklinikum

Leistung im Zielbild nach Fallzahl und effCM [Zieljahr 2032]



Simuliertes Leistungsprofil nach Fallzahl der Top 15 DRGs



BasisDRG ID	BasisDRG Name
I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich oder andere Frakturen am Femur oder Prellung am Oberschenkel
B20	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation oder andere Eingriffe am Schädel, Alter < 12 Jahre
B78	Intrakranielle Verletzung
I09	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
B02	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation
B66	Neubildungen des Nervensystems
B70	Apoplexie
B36	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte oder > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate
A13	Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte
B85	Degenerative Krankheiten des Nervensystems, zerebrale Lähmungen oder Delirium
B81	Andere Erkrankungen des Nervensystems
A09	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte
B18	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie
B03	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC

Agenda

Update zur Krankenhausreform

Versorgungsanalyse und Antragsstellung Neurochirurgie

Update zum Stand der Medizinkonzeption

Wirtschaftlichkeitsberechnungen zum Medizinkonzept

Ausblick

Seit der AR-Sitzung vom 21. April wurden die Analysen weiter konkretisiert, Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung wurden nochmals kritisch gewürdigt

Zwei wesentliche Ergänzungen des Medizinkonzepts

Die Kernimplikationen bleiben davon unberührt

1

Geriatriekonzept

Geriatriekonzept mit Fokus auf Calw und Leonberg, keine geriatrische Frühreha in Herrenberg (u.a. als Konsequenz der neuen Erkenntnisse der KH-Reform)

2

Geburtshilfe

Langfristige Schließung der Geburtshilfe in Leonberg (u.a. als Konsequenz der detaillierten Wirtschaftlichkeitsbetrachtung)

- Ergänzung des Profil des FFK zu einem potenter Maximalversorger (insb. Ergänzung der Neurochirurgie)
- Umbau Nagold zum umfassenden Schwerpunktversorger inklusive Ergänzung geburtshilflicher Leistungen
- Entwicklung Herrenberg zum Level 1i Versorger inkl. Aufbau ergänzender Leistungen in der Schnittstelle der Sektoren
- Sicherung Leonberg als nördliches Einfallstor in den Klinikverbund
- Fokussierung der Versorgung in Calw zum Orthopädischen Zentrum inkl. Geriatrischer Expertise

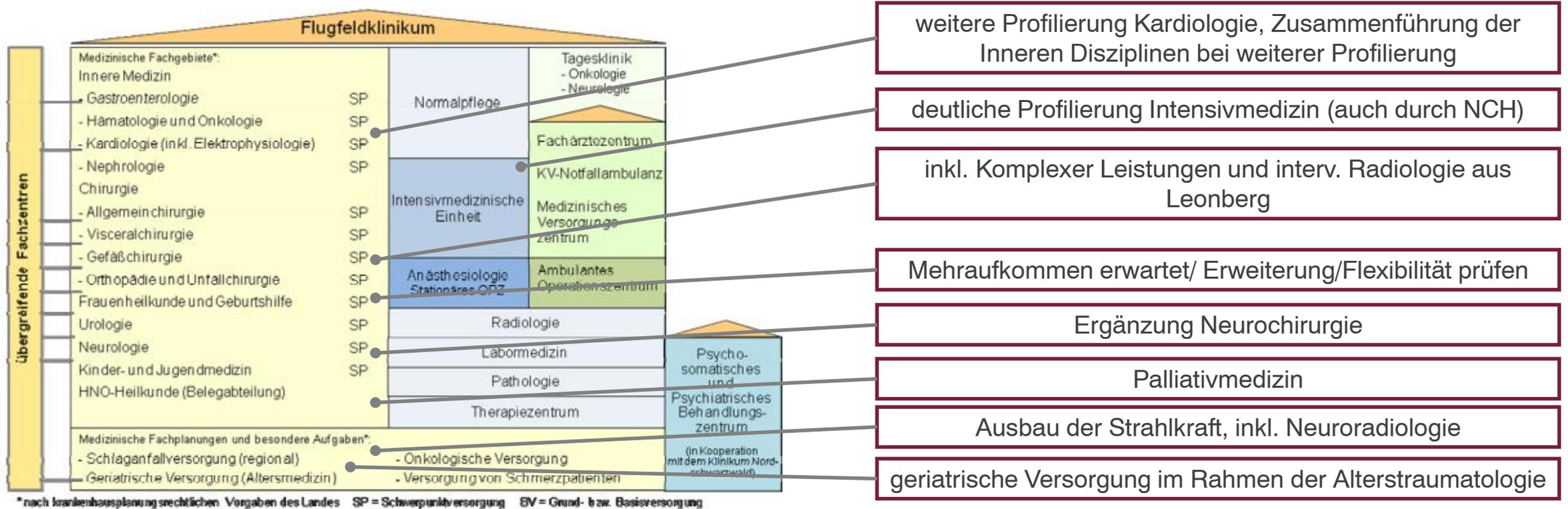
Aus der abgeleiteten Range können Szenarien abgeleitet werden, der gutachterliche Vorschlag mit deutlichen Veränderungen an allen Standorten

	„Flugfeld“	Leonberg	Herrenberg	Nagold	Calw	Gesamt
Range	3 (notfalls sehr potentes Level 2)	1i – 2 „light“	1i / 1n	1n – 2	1n/ Fachklinik	
Variante „maximale Konzentration“	3	1i	<i>Schließung</i>	2	1n (ohne Spezialisierungen)	
Variante „minimale Konzentration“	2+	2	1n, mit Geb.	2 ohne Geb.	1n (mit Spezialisierungen)	
Vorschlag Gutachter	3	1n (Gastro, VCH Schwerpunkt)	1i	2 (mit Geburtshilfe)	1n (Ortho/Geri)	

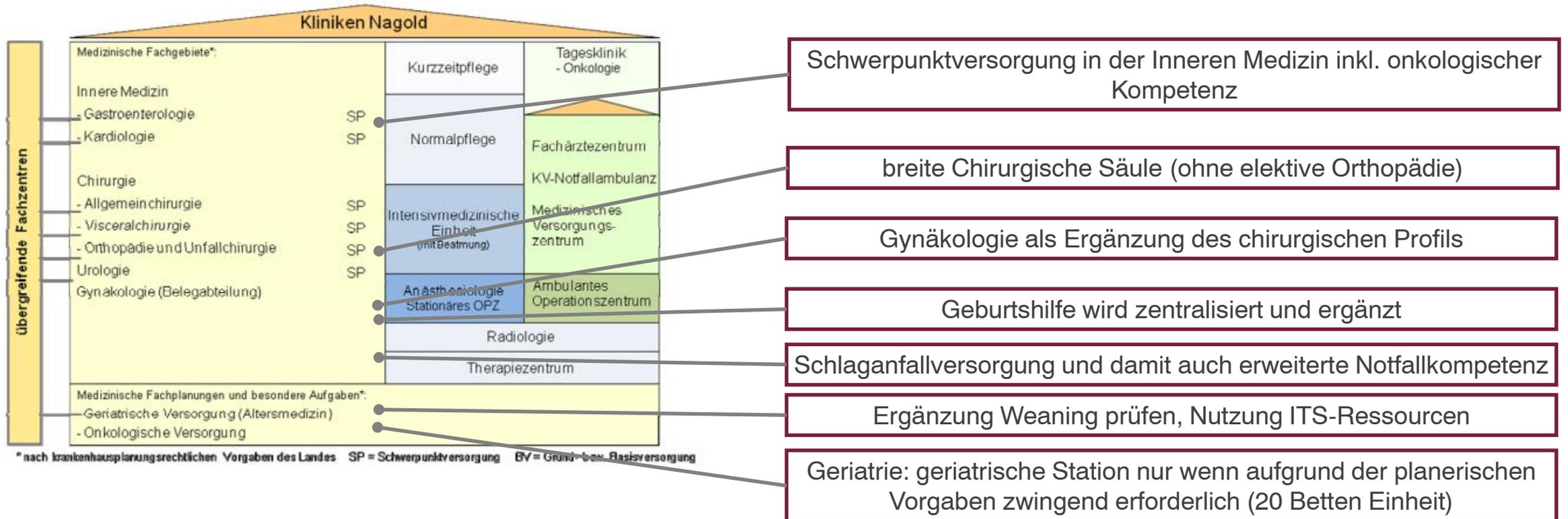
Der Vorschlag der Gutachter sieht eine klare Schwerpunktsetzung und gleichzeitig eine relevante Versorgungsrolle für alle Standorte vor.

Detaillierte Erklärungen auf den nächsten Slides

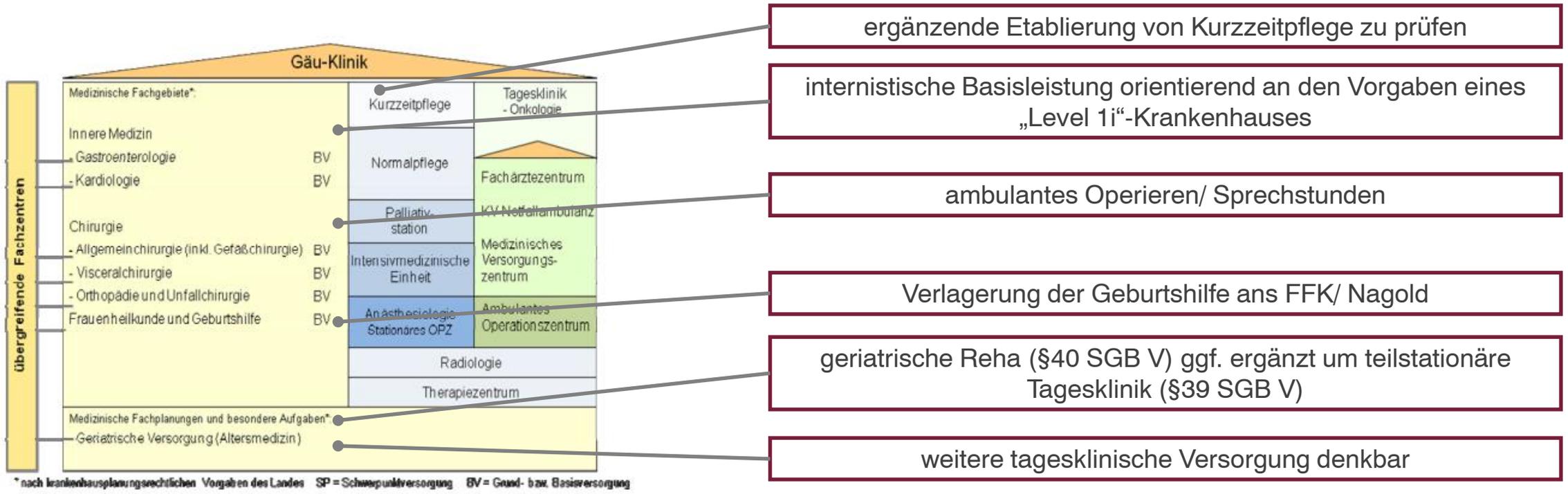
Die Zielstruktur des Flugfeldklinikums ergänzt das bestehende Profil um weitere maximalversorgende Elemente, volle Auslastung der vorhandenen Infrastruktur



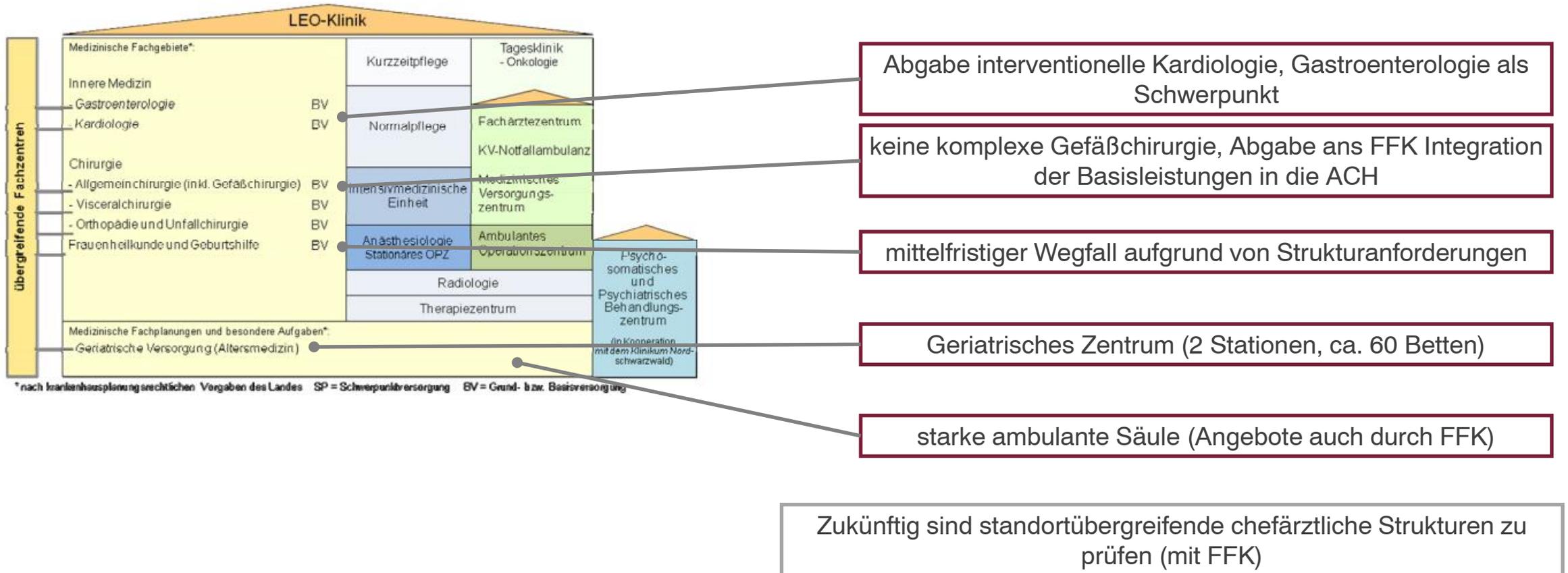
Nagold als Schwerpunktversorger für den westlichen Bereich des Einzugsgebiets



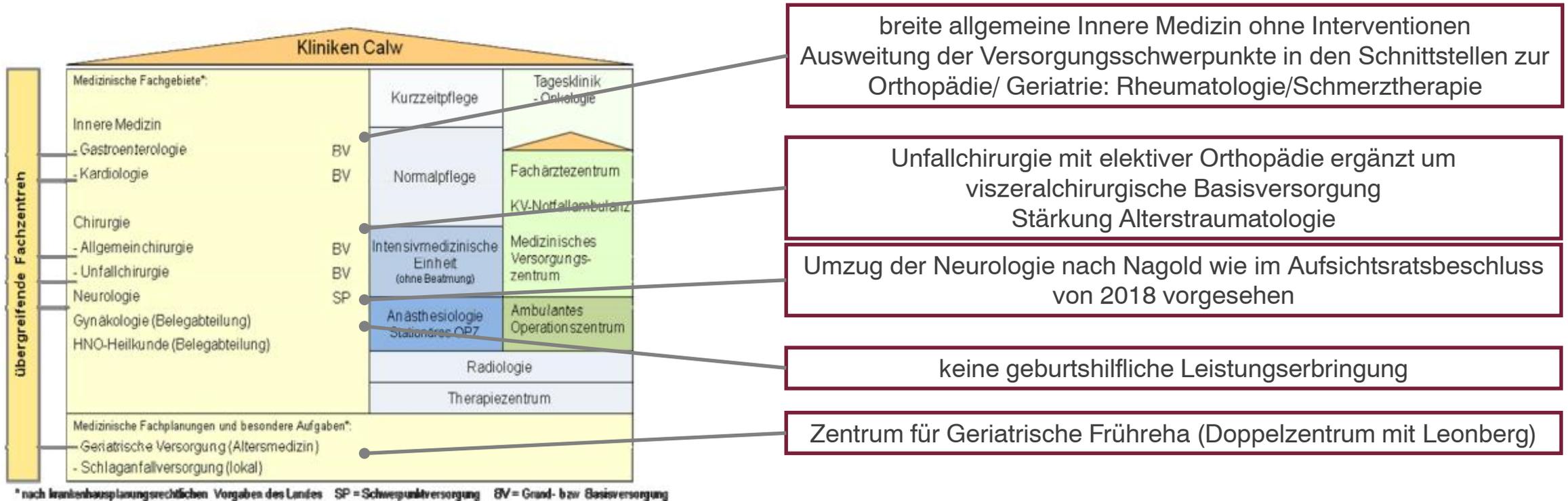
Ergänzung des stationären Profils in Herrenberg um geriatrische Reha-Leistungen und Kurzzeitpflege, keine geriatrische Frühreha



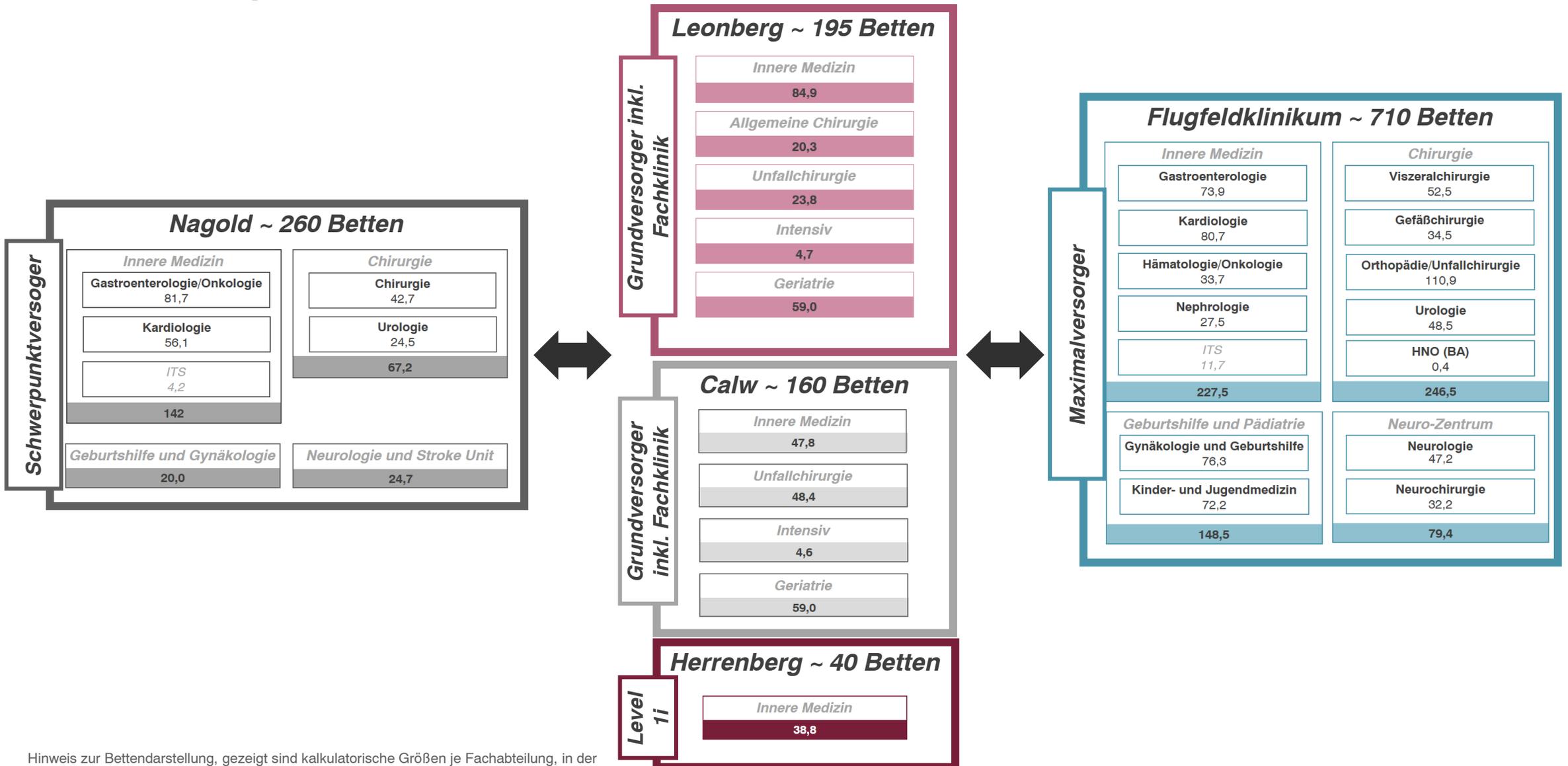
Der Standort Leonberg zukünftig als breit aufgestellter Grundversorger und „nördliches Einfallstor“ zum KVSW, zusätzlich Etablierung Geriatriezentrum



Zielstruktur in Calw mit Ausbau der elektiv-geprägten Schwerpunkte Orthopädie und Geriatrie, Veränderungen in der Inneren Medizin



Leistungsprofil der beiden großen Standorte Flugfeldklinikum und Nagold im 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.)

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

	„Flugfeld“	Leonberg	Herrenberg	Nagold	Calw	Gesamt
Vorschlag Gutachter	3	1n (SP: Gastro, VCH)	1i	2 mit Geb.	1n (SP: Ortho/Geri)	
Bettenbedarf¹ <i>(Vorschlag/ zu diskutieren)</i>	710	195	ca. 40	260	160	

- FFK mit Vollausslastung der Ressourcen
- Nagold wie baulich maximal vorgesehen unter Schaffung eines zusätzlichen Bereichs für Geburten
- Leonberg verliert ausgewählte Spezialbereiche verbleibt aber auf einem ähnlichen Niveau, ggf. Etablierung geriatrische Versorgung
- Calw mit Vollaussnutzung der gebauten Ressourcen
- Herrenberg mit 1-2 Stationen für Level 1i Versorgung (ohne stationäre Chirurgie)

Agenda

Update zur Krankenhausreform

Versorgungsanalyse und Antragsstellung Neurochirurgie

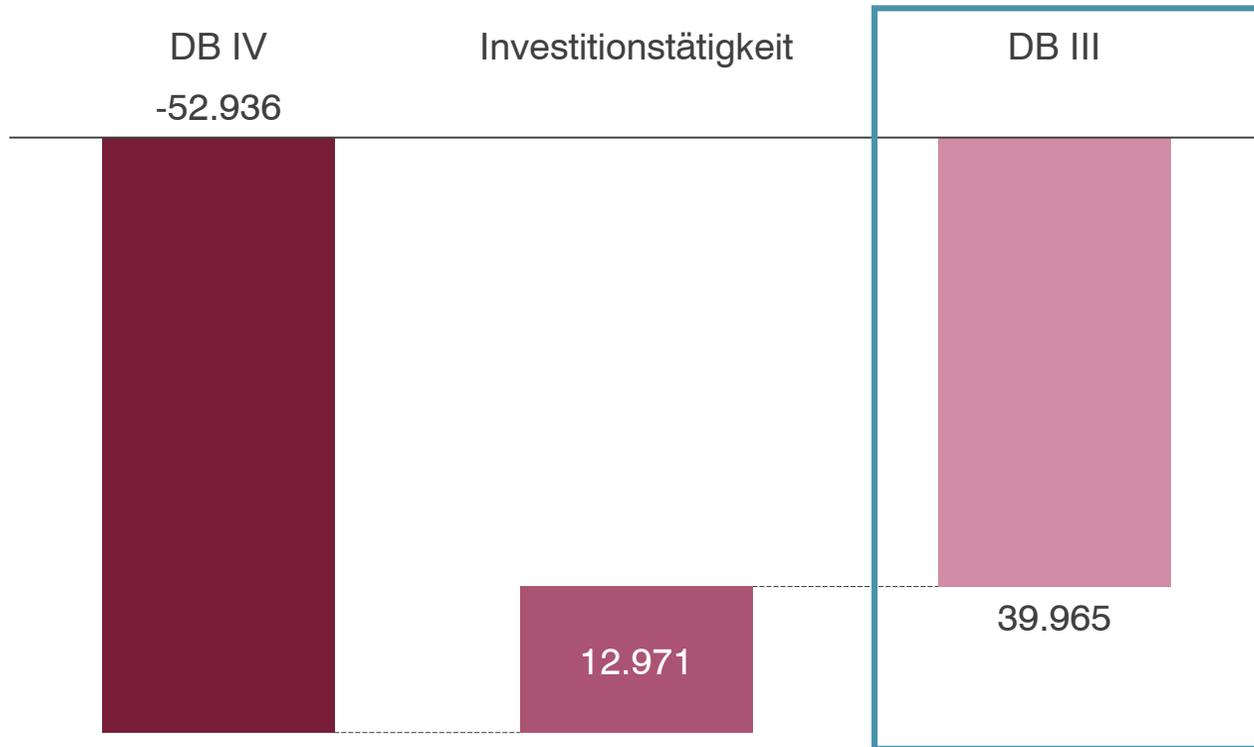
Update zum Stand der Medizinkonzeption

Wirtschaftlichkeitsberechnungen zum Medizinkonzept

- Ausgangslage
- Einblick in die Analyseergebnisse
- Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsanalyse

Ausblick

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



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)

Übersicht Deckungsbeitragsrechnung 2022

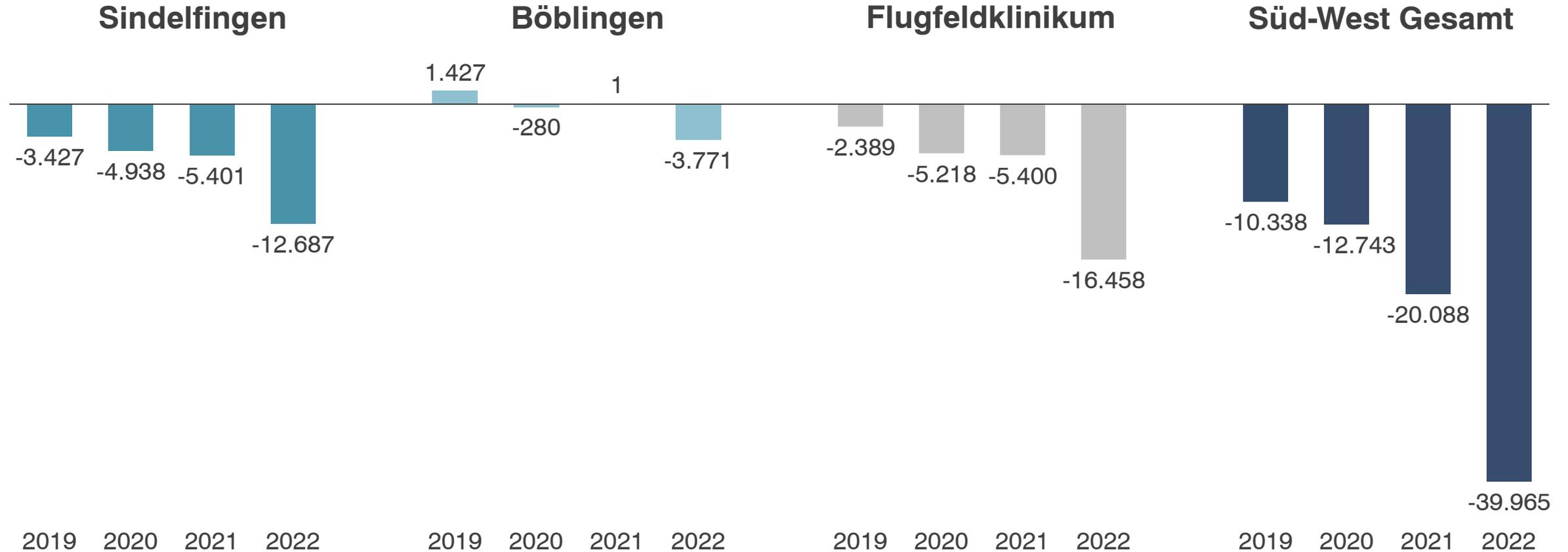
1 Erlösquotient (EQ)

2 DBR - Gesamtübersicht

Klinikverbund Südwest
Klinikum Sindelfingen-Böblingen
Krankenhaus Leonberg
Krankenhaus Herrenberg
Kreisklinikum Calw-Nagold

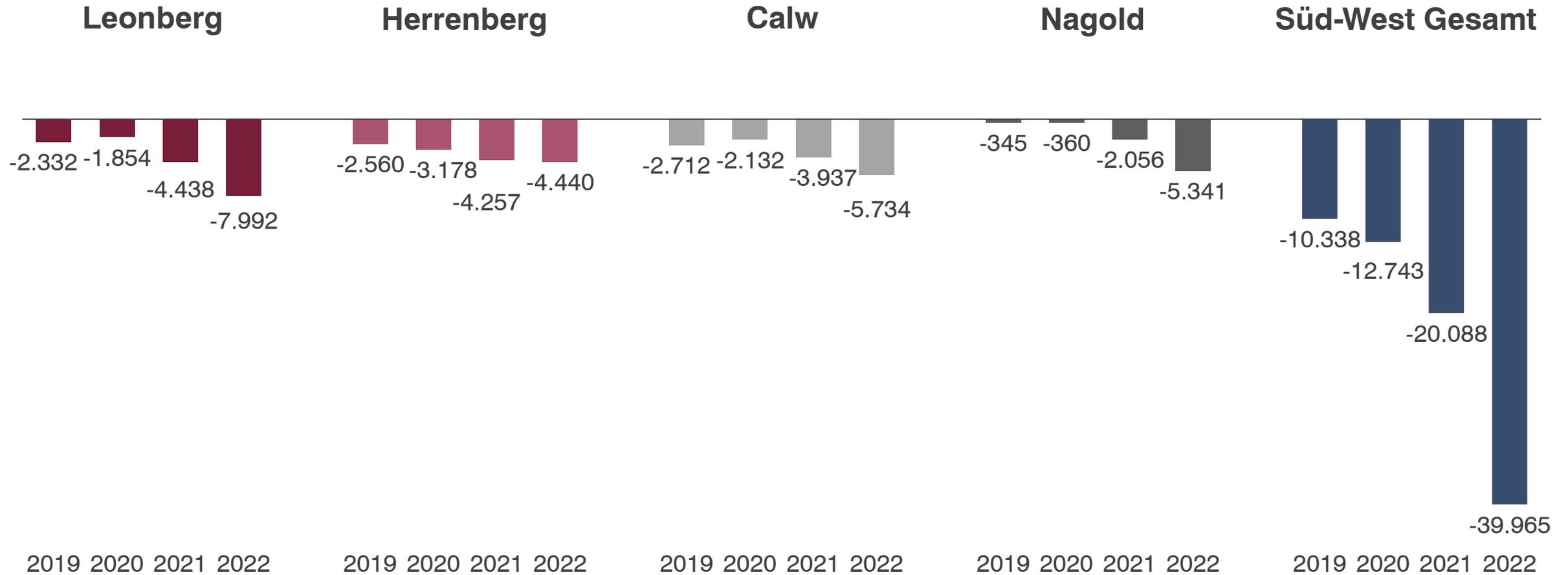
Negative Jahresergebnisse | Böblingen im Vergleich zum Standort Sindelfingen mit deutlich besseren Ergebnissen – ausgeprägte Verschlechterung im Jahr 2022

Deckungsbeiträge 2019 bis 2022 in der Historie in TEUR



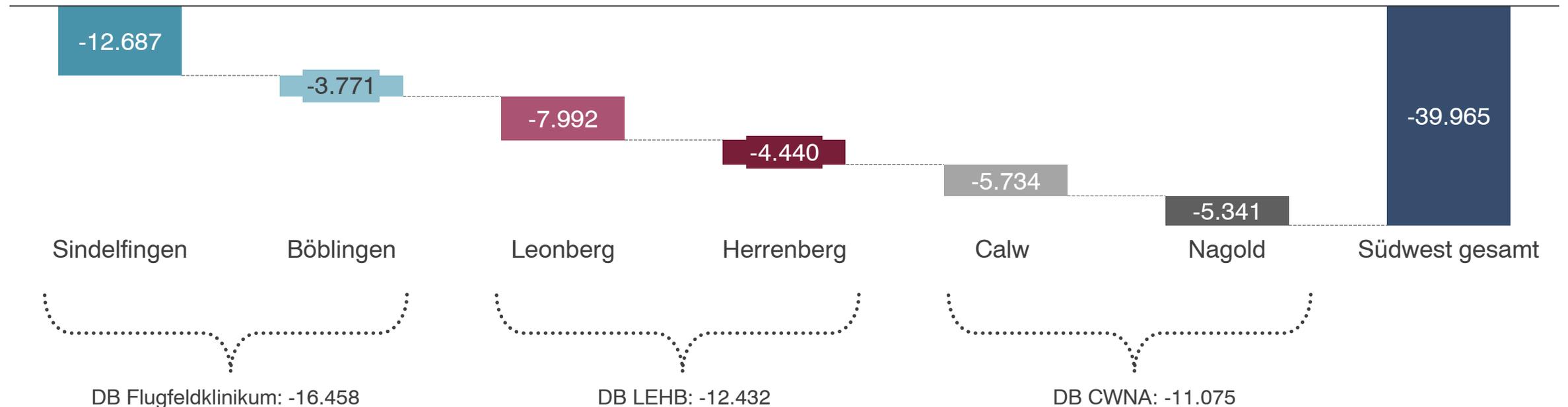
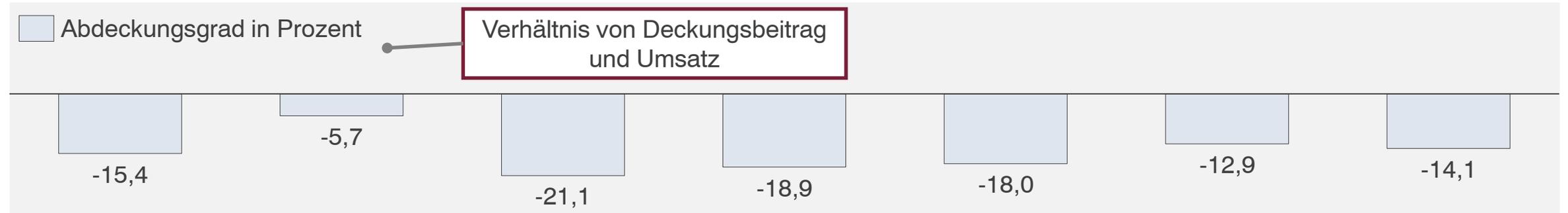
Negative Jahresergebnisse | Auch die weiteren Standorte insbesondere in 2022 mit einer deutlichen Unterdeckung

Deckungsbeiträge 2019 bis 2022 in der Historie in TEUR



Hoher Handlungsdruck insbesondere bei den Standorten mit einem geringen Abdeckungsgrad (Leonberg, Herrenberg, Calw)

Deckungsbeiträge 2022 auf Gesamthausebene in TEUR



Agenda

Update zur Krankenhausreform

Versorgungsanalyse und Antragsstellung Neurochirurgie

Update zum Stand der Medizinkonzeption

Wirtschaftlichkeitsberechnungen zum Medizinkonzept

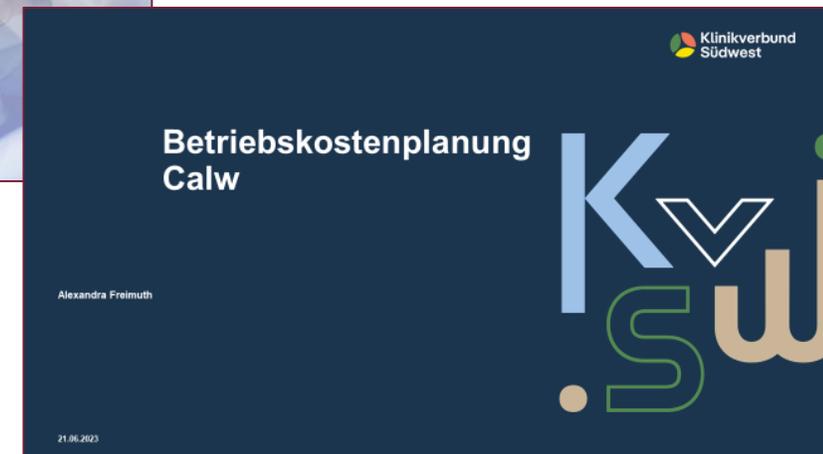
- Ausgangslage
- **Einblick in die Analyseergebnisse**
- Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsanalyse

Ausblick

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

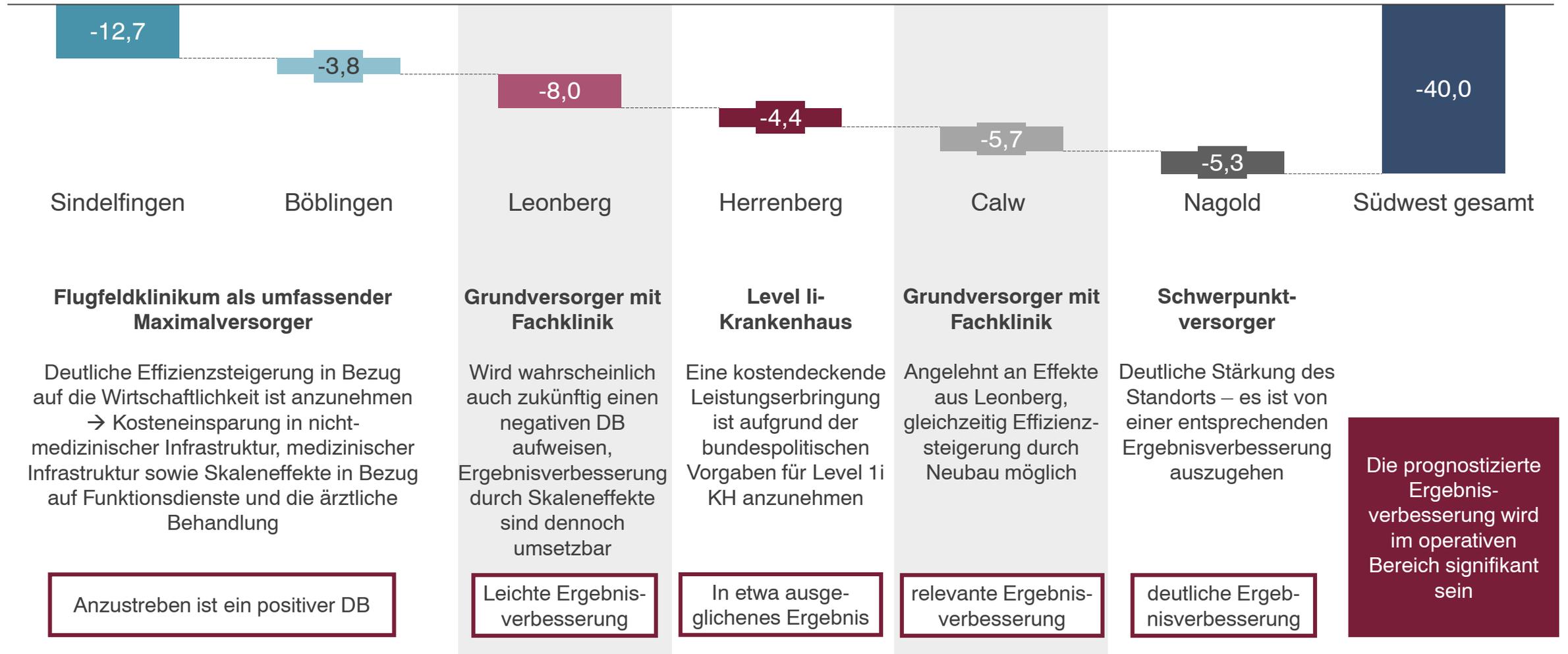


In Summe leicht unterschiedliche Annahmen, aber grundsätzlich sind die Analysen vereinbar und erlauben insgesamt eine gute Abschätzung der Wirtschaftlichkeit des Medizinkonzepts



Mit den Maßnahmen aus der Medizinstrategie sollte eine deutliche Ergebnisverbesserung erreicht werden

Deckungsbeiträge 2022 auf Gesamthausebene in Mio. EUR



Flugfeldklinikum | Positive Jahresergebnisse im Zieljahr

Berechnungen PwC



Analyse von zwei Szenarien: *Fortschreibung Status Quo* und *Berücksichtigung Wachstumsfelder* mit dem Unterschied in CMP
 Szenario 1 *Fortschreibung Status quo*: 31.313 CMP
 Szenario 2 *Berücksichtigung Wachstumsfelder*: 35.209 CMP



Methodischen Vorgehen: Idealtypisches Jahr im Zielzustand

- Umsatzerlöse anhand Leistungsplanung
- Angepasster Personalbedarf an Vergleichswerte
- Sachkostenhochrechnung (variable Sachkosten): med. Bedarf je CMP



Ergebnisse auf EBITDA-Ebene im Zieljahr:
 Szenario 1 *Fortschreibung Status quo*: -2,1 Mio. EUR
 Szenario 2 *Berücksichtigung Wachstumsfelder*: +3,6 Mio. EUR

Bewertung L&L

Unter Berücksichtigung des Medizinkonzepts werden von L&L **36.027 CMP im Zieljahr** angenommen, Wachstumsfelder sind ebenfalls berücksichtigt → entspricht der Annahme SZ2

Für die Herleitung ökonomischer Effekte ist das methodische Vorgehen idealtypisch, insbesondere der angepasste Personalbedarf (im Sinne von Skaleneffekten) ist positiv zu bewerten

Die in der Medizinkonzeption berechneten Effekte sind mit dem Szenario 2 gleichzusetzen, daher ist das Jahresergebnis von +3,6 Mio. € anzunehmen → **eine weitere Verbesserung des Jahresergebnisses ist im Rahmen der Medizinkonzeption anzunehmen (+800 CMP im Vergleich zum SZ2)**

Dies entspricht im Best-Case einer Verbesserung von weiteren 480 TEUR

Agenda

Update zur Krankenhausreform

Versorgungsanalyse und Antragsstellung Neurochirurgie

Update zum Stand der Medizinkonzeption

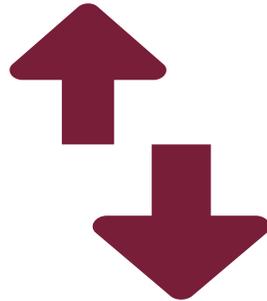
Wirtschaftlichkeitsberechnungen zum Medizinkonzept

- Ausgangslage
- Einblick in die Analyseergebnisse
- Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsanalyse

Ausblick

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

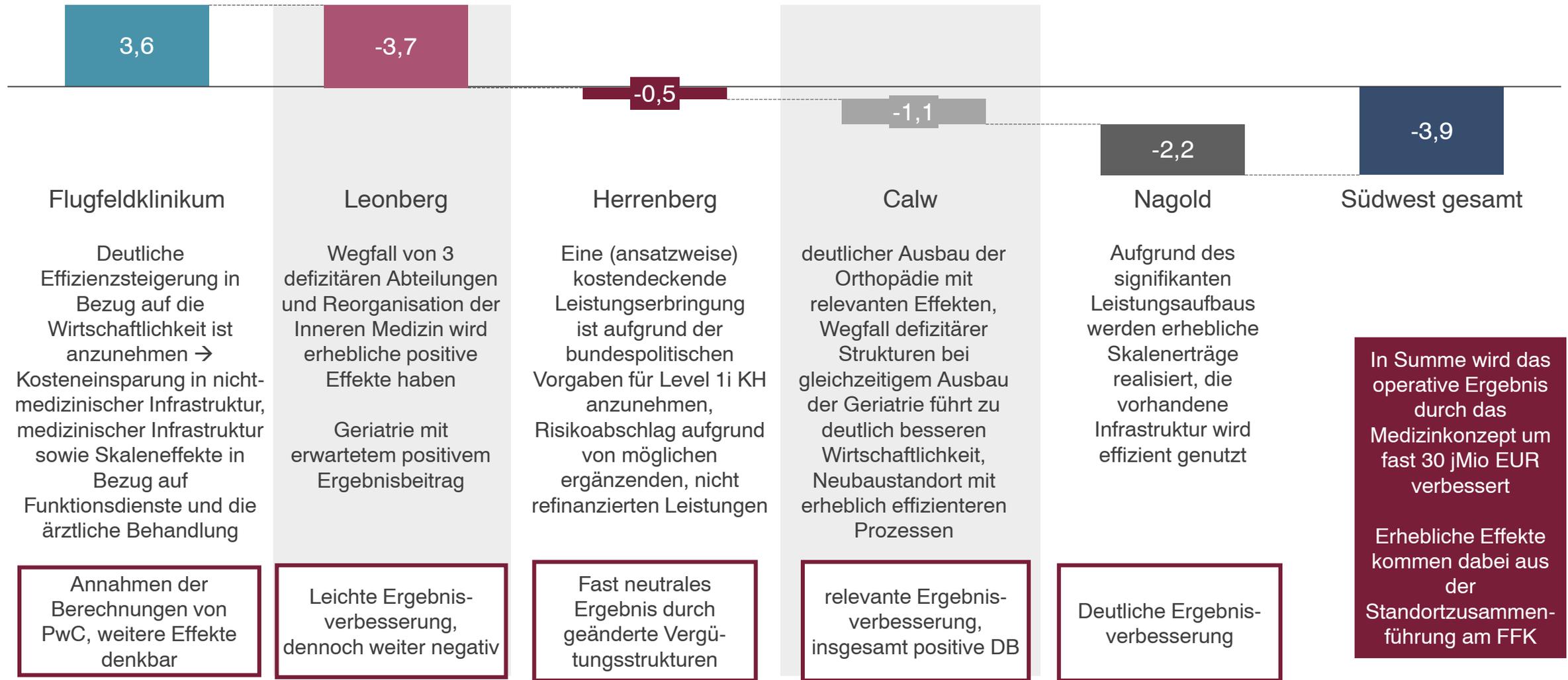
Die obere Range stellt dabei einen „best-Case Ansatz“ dar

Abgrenzung obere zur unteren Range:

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

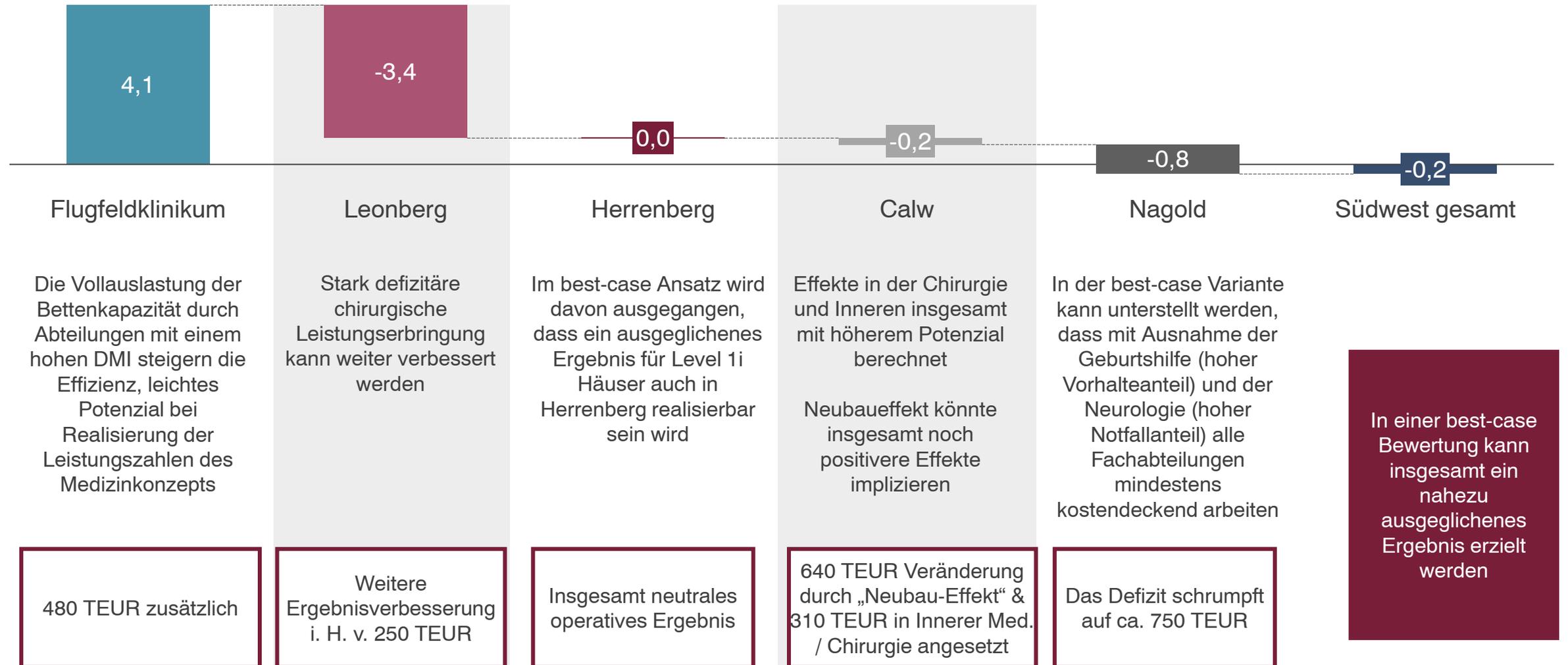
Mit den Maßnahmen aus der Medizinstrategie wird unter konservativeren Annahmen eine deutliche Ergebnisverbesserung erreicht

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

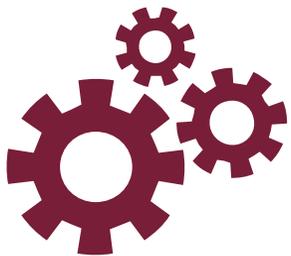


Medizinkonzept und Restrukturierung führen in Summe zu einem positiven operativen Ergebnis



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 ökonomische 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 zu kontrollieren

Agenda

Update zur Krankenhausreform

Versorgungsanalyse und Antragsstellung Neurochirurgie

Update zum Stand der Medizinkonzeption

Wirtschaftlichkeitsberechnungen zum Medizinkonzept

Ausblick

Die Lohfert & Lohfert AG empfiehlt dem Aufsichtsrat:

Beauftragung der Geschäftsführung den Aufbau einer Abteilung für Neurochirurgie beim Sozialministerium zu beantragen.

Dies beinhaltet die Aufnahme in den Krankenhausplan, die Festschreibung dieser Leistung in den Feststellungsbescheiden des Flugfeldklinikums und die Sicherstellung der Abrechenbarkeit.

Begründung

Die Bedarfsnotwendigkeit einer Klinik für Neurochirurgie am Flugfeldklinikum hat sich in 5 Argumenten gezeigt:

- Wachsender neurochirurgischer Versorgungsbedarf
- Versorgungslücke im nordöstlichen Schwarzwald
- Qualität der umfassenden Notfallversorgung
- Verbesserung der regionalen Versorgung der Bevölkerung
- Interne Versorgungsbedarfe im Klinikverbund Südwest

Der maximalversorgende Anspruch des FFK, der sich auch in der Bauplanung klar zeigt, kann nur dann erfüllt werden, wenn die umfassende Schlaganfallbehandlung sichergestellt wird

Die Lohfert & Lohfert AG empfiehlt dem AR die Umsetzung des Medizinkonzepts

Beauftragung der Geschäftsführung das vorgelegte Medizinkonzept umzusetzen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

Das Medizinkonzept sollte dabei jährlich überprüft und in Abhängigkeit aktueller Entwicklungen und des ordnungspolitischen Rahmens gegebenenfalls neu adjustiert werden.

Begründung

Die Begründungen sind den Ausführungen der entsprechenden Begleitpräsentationen zu entnehmen.

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