

LOHFERT & LOHFERT AG

Klinikverbund SüdWest

Weiterentwicklung der Medizinstrategie 2030

PK zu den Gutachtenergebnissen

Dr. Jens Peukert, Philipp Letzgus

Böblingen, 06. Juli 2023



Die Unterlage gliedert sich in sieben übergeordnete Kapitel

Vorstellung und Einführung

Rahmenbedingungen

Update zur bundesweiten Krankenhausreform

Update zum Stand der Medizinkonzeption

Vorstellung der heutigen Referenten

Team	 Dr. Jens Peukert Vorstandsvorsitzender übergeordneter Projektleiter	 Philipp Letzgus Principal operativer Projektleiter
Ausbildung und Berufserfahrung	Promotion am Institute of Social Med. and Health Econ. an der Univ. Magdeburg Staatsexamen Medizin an der Ludwig-Maximilian-Universität München Diplom-Wirtschaftsingenieur an der TU München >25 Jahre Erfahrung im Krankenhaussektor	Studium Wirtschaftsmathematik an der OvG-Universität Magdeburg (Abschluss: Diplom) Studium Management and Economics an der OvG-Universität Magdeburg (Abschluss: B. Sc.) Mehrjährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen und Krankenhaussektor, seit 2013 bei der Lohfert & Lohfert AG
	Beratung von Gesellschaftern und Aufsichtsgremien von Krankenhäusern sowie politischer Institutionen Beratung und aktive Begleitung von trägerübergreifenden Krankenhausfusionen/Universitätskliniken Entwicklung und Umsetzungsbegleitung von Strategieprojekten zum medizinischen Leistungsprogramm und Portfolio-Management Beratung zu Investitionsentscheidungen Medizinökonomische Steuerung im Krankenhaus	Kompetenzbereichsleiter für Strategie und Planung (inkl. Leistungssteuerung und Krankenhausplanung) • zukünftige Krankenhaus- und Versorgungsstrukturen • Konzeption, Modellierung und Umsetzung der strategischen Leistungsstrukturplanung für Krankenhäuser • Ökonomische Bewertungen von medizinstrategischen Projekten • Versorgungsforschung • Finanzstruktur und Businessplanung

Agenda

Vorstellung und Einführung

Rahmenbedingungen

Update zur bundesweiten Krankenhausreform

Update zum Stand der Medizinkonzeption

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

Krankenhausreform auf Bundesebene & Krankenhausplanung der Länder

Ausgewählte Änderungen, die die aktuelle Leistungserbringung beeinflussen



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



Pflege: PPUG, Pflegepersonal-kostenausgliederung und KHPfLEG 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



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

- 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

Agenda

Vorstellung und Einführung

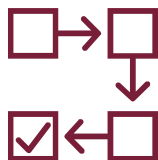
Rahmenbedingungen

Update zur bundesweiten Krankenhausreform

Update zum Stand der Medizinkonzeption

Die Krankenhausplanung wird grundsätzlich reformiert werden

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



Aktuelle Entwicklung Strukturreform

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

Es ist festzuhalten, dass eine **Leistungsgruppensystematik** eingeführt werden wird

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

Level scheinen sehr umstritten und momentan eher nachrangig

Für die **Vorhaltefinanzierung** fehlen noch die Algorithmen

Die Krankenhausplanung in NRW orientiert sich an geänderten Prämissen, diese gilt es in dem strategischen Prozess zu berücksichtigen



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 Kardiologie 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 Kardiologie 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

Agenda

Vorstellung und Einführung

Rahmenbedingungen

Update zur bundesweiten Krankenhausreform

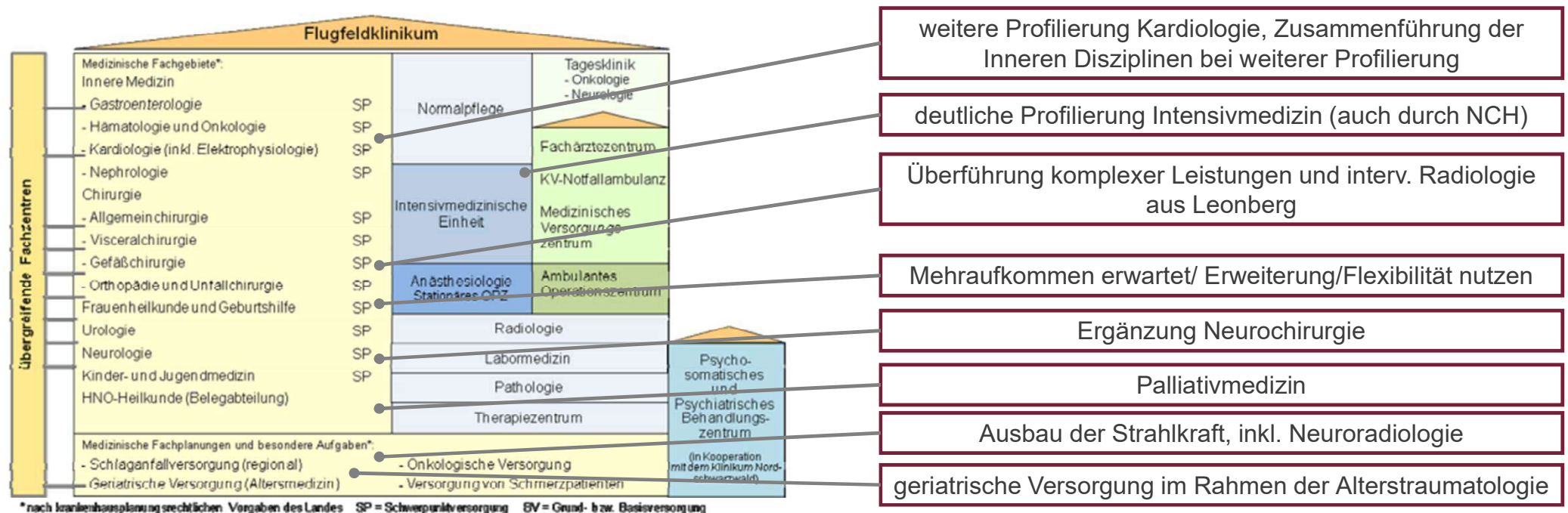
Update zum Stand der Medizinkonzeption

Die Medizinkonzeption wurde auf Basis der Analyseergebnisse weiterentwickelt und mündet aktuell in einem Gesamtkonzept und Standortprofilen

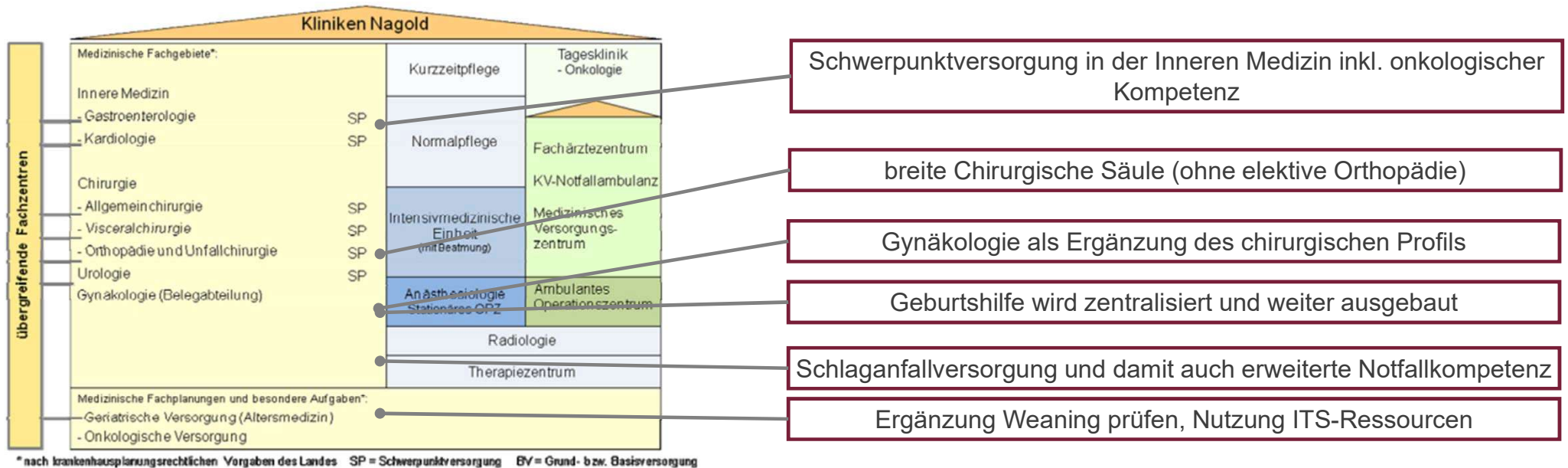
Die Kernimplikationen für die Standorte:

- Ergänzung des Profil des FFK zu einem potentem Maximalversorger (insb. möglicher Ergänzung der Neurochirurgie)
- Umbau Nagold zum umfassenden Schwerpunktversorger inklusive Ergänzung gyn. und geburtshilflicher Leistungen
- Entwicklung Herrenberg zum intersektoralen Gesundheitszentrum inkl. Aufbau ergänzender Leistungen in der Schnittstelle der Sektoren
- Sicherung von Leonberg als nördliches Einfallstor in den Klinikverbund als Grundversorger mit Notfallmedizin
- Ausbau von Elektivschwerpunkten in Calw (Orthopädie und umfassende geriatrische Expertise) bei hochgradiger Auslastung der neu entstehenden Infrastruktur

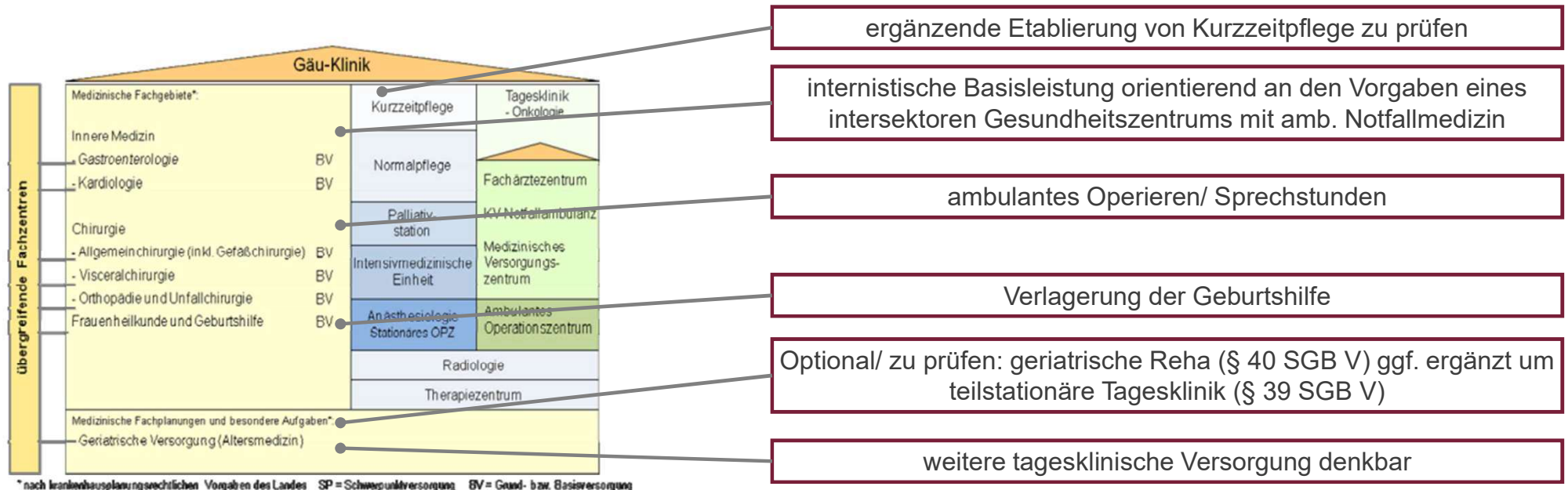
Die Zielstruktur des Flugfeldklinikums ergänzt das bestehende Profil um weitere maximalversorgende Elemente, volle Auslastung der vorhandenen Infrastruktur



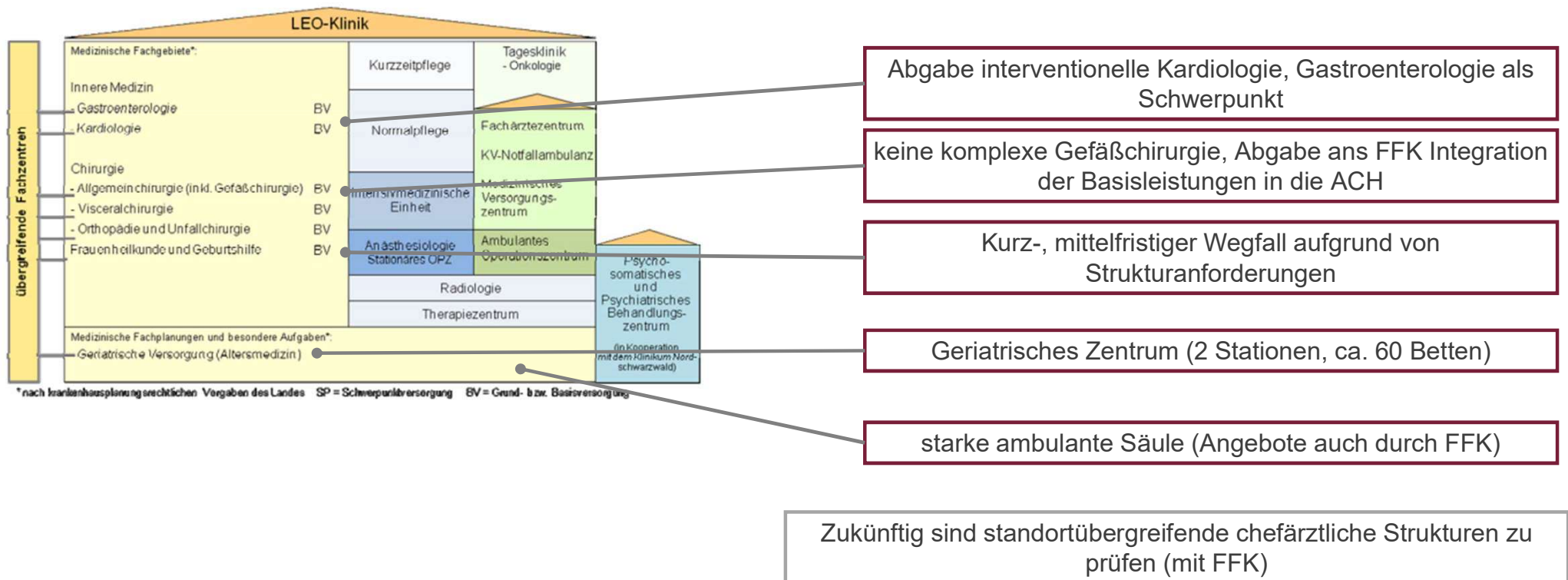
Nagold als Schwerpunktversorger für den westlichen Bereich des Einzugsgebiets



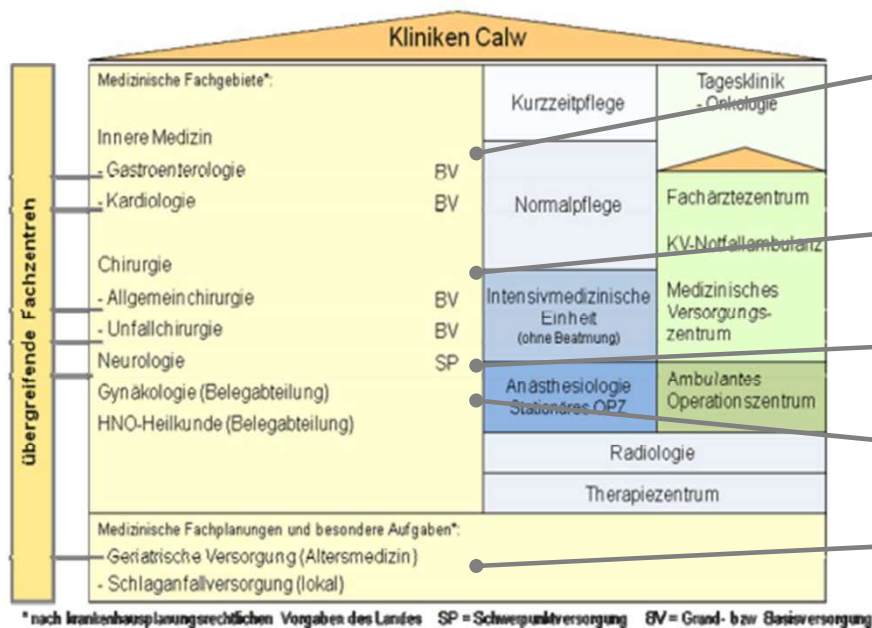
Ergänzung des stationären Profils in Herrenberg um geriatrische Reha-Leistungen und Kurzzeitpflege, keine geriatrische Frühreha



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



breite allgemeine Innere Medizin ohne Interventionen
Ausweitung der Versorgungsschwerpunkte in den Schnittstellen zur Orthopädie/ Geriatrie: Rheumatologie/Schmerztherapie

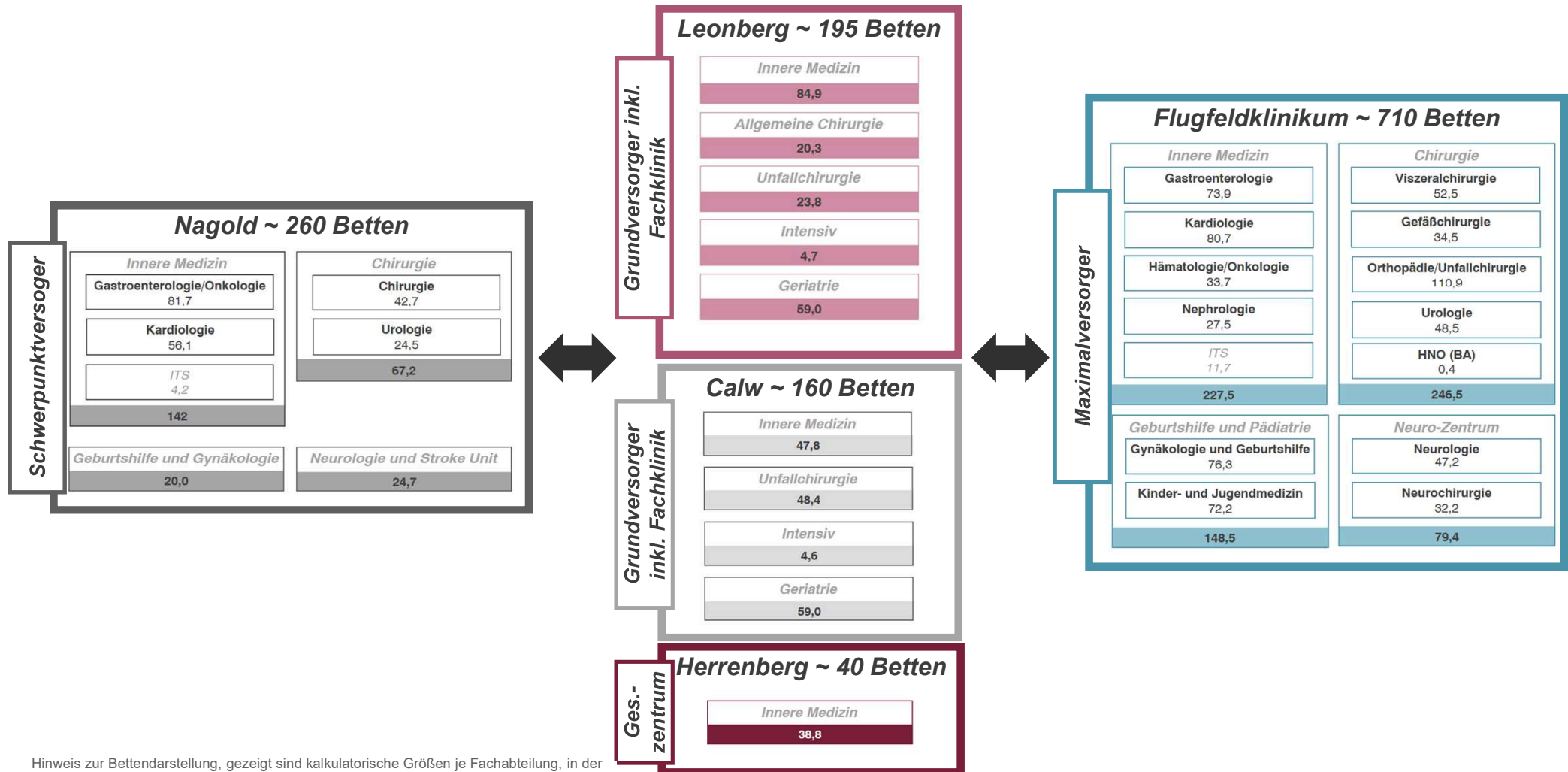
Unfallchirurgie mit elektiver Orthopädie ergänzt um viszeralchirurgische Basisversorgung
Stärkung Alterstraumatologie

Umzug der Neurologie nach Nagold wie im Aufsichtsratsbeschluss von 2018 vorgesehen

keine geburtshilfliche Leistungserbringung

Zentrum für Geriatrische Frühreha (Doppelzentrum mit Leonberg)

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	Maximalversorgung	Grund- und Notfallversorgung	Gesundheitszentrum	Schwerpunktversorgung	Grund- und Notfallversorgung	
Bettenbedarf¹ <i>(gemäß Berechnungen L&L)</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 intersektorale Versorgung (ohne stationäre Chirurgie)