

LOHFERT & LOHFERT AG

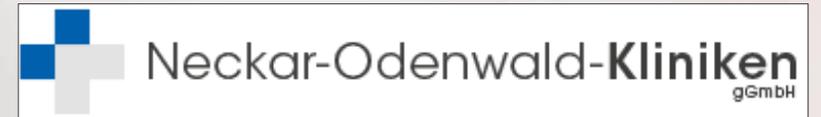
Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH

Strukturgutachten mit Medizinkonzeption und Quick-Check Wirtschaftlichkeit/ Prozesse

*Summary für die Vorstellung im Kreistag am
24.9.2025*

Philipp Letzgus

Stand: September 2025



Abkürzungen 1/2

a-DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen ohne Pflegekostenpauschale (a – ausgegliedert)	FiBu	Finanzbuchhaltung
ÄD	Ärztlicher Dienst	FZ	Fallzahl
BL	Bundesland	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BLG	Bundesgrupper-Leistungsgruppen	G-DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen in Deutschland
BM	Benchmark	gNL	günstige Normallieger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	GuV	Gewinn- und Verlusrechnung
BW	Baden-Württemberg	GRN	Gesundheitszentren Rhein-Neckar
CMI	Case Mix Index	HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	IB	Indikationsbereich
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen	ICD	Diagnoseschlüssel
EB	Einzugsgebiet	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
effCM	effektiver Case-Mix	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
EW	Einwohner	ITS	Intensivstation
FA	Facharzt	KH	Krankenhaus
FAB	Fachabteilung	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
FD	Funktionsdienst	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz

Abkürzungen 2/2

KHTG	Krankenhaustransparenzgesetz	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
KHTFV	Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung	p.a.	per annum (pro Jahr)
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	PD	PD – Berater der öffentlichen Hand
LB	Leistungsbereich	PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
LBFW	Landesbasisfallwert	rDRG	verbleibende diagnosebezogene Fallgruppen
LG	Leistungsgruppen	RNK	Rhein-Neckar-Kreis
LK	Landkreis	RVO	Rechtsverordnung
L & L	Lohfert & Lohfert AG	SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
LS	Leistungssegment	süV	standortübergreifender Versorger
MD	Medizinischer Dienst	tNL	teure Normallieger
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	UCH	Unfallchirurgie
MM	Mindestmenge	VK	Vollkraft
MTD	Medizinisch-technischer Dienst	VWD	Verweildauer
MVHZ	Mindestvorhaltezahlen	VZÄ	Vollzeitäquivalent
NOK	Neckar-Odenwald-Kreis	ZNA	Zentrale Notaufnahme
NRW	Nordrhein-Westfalen	ZPA	Zentrale Patientenaufnahme

Vorstellung des Projektteams

Team	 <p>Philipp Letzgus <i>Principal</i></p>	 <p>Florian Thieme <i>Consultant</i></p>	 <p>Hanna Horstmann <i>Consultant</i></p>
Ausbildung und Berufserfahrung	<p>Studium Wirtschaftsmathematik, OvG-Universität Magdeburg (Dipl.-Wirt.-Math.)</p> <p>Studium Management and Economics, OvG-Universität Magdeburg (B.Sc.)</p>	<p>B.Sc. Medical Controlling and Management, MSH Medical School Hamburg</p>	<p>M.Sc. Gesundheits- und Versorgungswissenschaften, Schwerpunkt: Versorgungsforschung, Universität zu Lübeck</p> <p>B.Sc. Gesundheitswissenschaften, HAW Hamburg</p>
Inhaltliche Schwerpunkte	<p>Krankenhausplanung, zukünftige Krankenhausstrukturen</p> <p>Konzeption, Modellierung und Umsetzung der strategischen Leistungsstrukturplanung</p> <p>Erstellung von Auswertungstools und komplexen mathematischen Auswertungen</p>	<p>Strategische Medizinkonzeption mit dem Schwerpunkt des Controllings</p> <p>Strukturüberprüfungen zum KHVVG</p> <p>Krankenhausplanung und Reform</p>	<p>Strategische Medizinkonzeption und Kapazitätsplanung</p> <p>Markt- und Wettbewerbsumfeld-Analysen</p> <p>Analyse medizinischer Kernprozesse und Quantifizierung von Potenzialen</p>

Agenda

Executive Summary

Vorstellung und Projektvorgehen

Aktuelle Rahmenbedingungen

LT1: Leistungs-, Markt- und Wettbewerbsanalyse

LT2: Update Leistungsgruppensimulation und Strukturstresstest

LT3: Quick-Check Prozesse und Wirtschaftlichkeit

LT4: Variantenentwicklung

LT5: Variantenbewertung

Diese Summary umfasst folgende Inhalte

01. Einleitung & Ausgangslage

02. Einblick in die durchgeführten Analysen: Aktuelle Entwicklung der Neckar-Odenwald-Kliniken

03. Variantenentwicklung und Versorgungsanalysen inkl. Bewertung

04. Abgeleitete Zielbilder & Implikationen

01. *Einleitung und Ausgangslage*

Der Handlungsdruck durch äußere Einflüsse ist insb. für Regel- und Schwerpunktversorger hoch. Veränderte Rolle von Unikliniken und Maximalversorgern

Steigende Qualitätsanforderungen führen zur Zentralisierung von komplexeren Leistungen insb. in Richtung Maximalversorger



Wegfall weniger komplexer Leistungen durch die Ambulantisierung



Versorgungsauftrag und -bedarf



Kritischer Rückgang der Leistungen mit Pandemiebeginn



Im gesamten Markt deutschlandweit kein wesentliches Wachstumspotenzial bis 2030 zu erkennen



Stationärer Marktrückgang



Hohes Risiko durch ambulant-sensitive Fälle



Zunehmender Wettbewerbsdruck



KH-Reform: Gestufte Versorgung, Leistungsgruppen und Qualitätskriterien



Zunehmende Strukturvorgaben wie z.B. Mindestmengen, G-BA-Zentren, OPS-Kriterien



Zunehmender Fachkräftemangel beschleunigt durch demografische Entwicklung

Das KHVVG beinhaltet viele Instrumente der NRW-Krankenhausreform, um die Ziele zu erreichen – hinzu kommen neue Instrumente wie bspw. die Vorhaltevergütung

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)



Vorhaltevergütung wird gemäß Koalitionsvertrag ab 2027 in zwei Stufen eingeführt. Das Jahr 2027 wird für alle KH erlösneutral gestaltet.



Leistungsgruppen dienen als neues Instrument zur KH-Planung. Es wurde sich am NRW System + 5 neue LG orientiert – **Koalitionsvertrag enthält nur 60 NRW-LG + LG Spez. Trauma.**



Mindestvorhaltezahlen werden je LG festgelegt und sorgen dafür, dass Krankenhäuser mit geringem Volumen in einer LG diese nicht mehr (wirtschaftlich) anbieten können.



Onkochirurgische Leistungen werden definiert und dürfen von den kleinsten Versorgern, die gemeinsam 15 % des Volumens erbringen, nicht mehr erbracht werden.



KHVVG

Seit Anfang August gibt es das KHAG (Krankenhausreform-Anpassungsgesetz), welches weitere Änderungen der neuen Ministerin vorsieht



Transformationsfonds zur Anpassung der Krankenhausstrukturen mit 25 Mrd. Euro (+ Länderanteil) über 10 Jahre – **Inkrafttreten RVO am 18.04.2025.**



Koordinierung & Vernetzung als Aufgabe, die exklusiv Uniklinika (III u) zugesprochen wird.

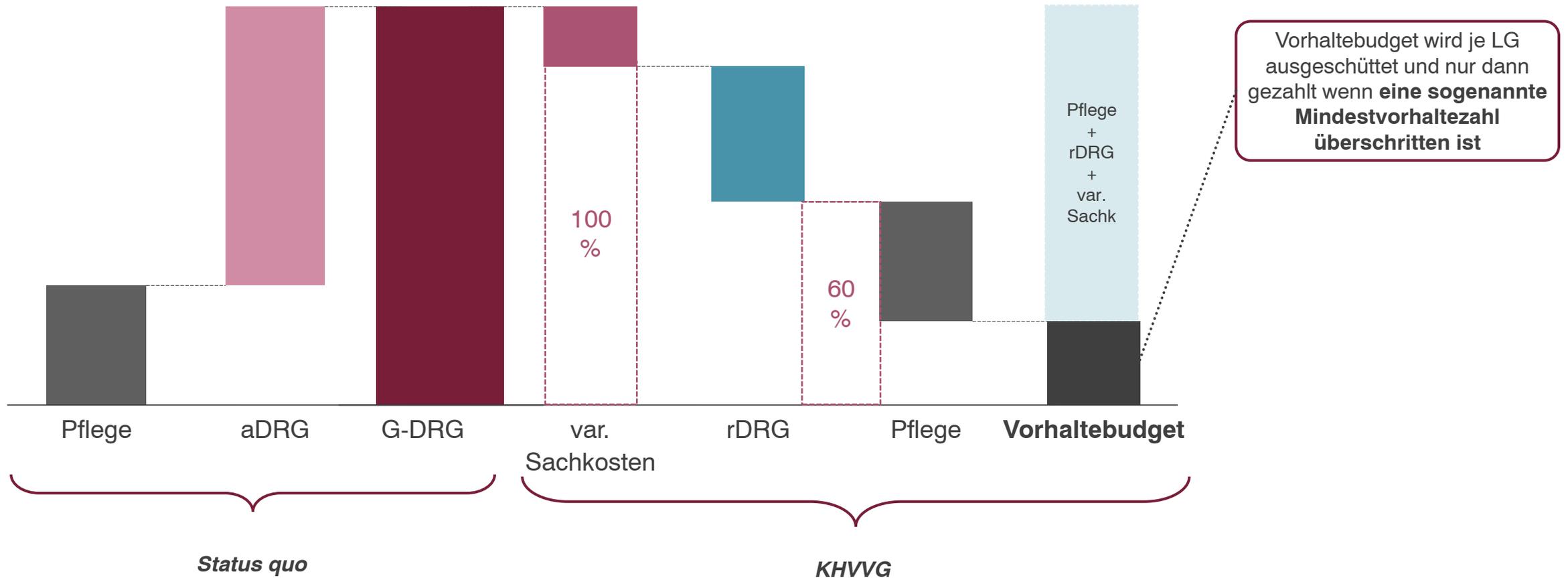


Qualitätsanforderungen werden je LG festgelegt und bestehen aus Facharztvorgaben, nötigen verwandten Leistungsgruppen & Anforderungen an die Ausstattung.



Versorgungslevel werden im Transparenzgesetz eingeführt, haben jedoch keine direkte krankenhauserplanerische Bedeutung.

Das KHVVG führt eine aus den bisherigen Erlösen budgetneutral formulierte Vorhaltevergütung ein – Berechnungsgrundlage ist die G-DRG



Das Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg von PD identifiziert die Region um Buchen in verschiedenen Bereichen als auffällig

Abschnitt A

Folgende Inhalte sind enthalten:

- ❖ Umschreibung Bundesland (Geographie, Bevölkerung, Verwaltung etc.)
- ❖ Trends und Herausforderungen im Gesundheitswesen
- ❖ Status quo der Krankenhausreform auf Bundesebene
- ❖ Methodik der Datengrundlagen und Datenaufbereitung

Weitere Schwerpunkte:

- ❖ **Status quo** der stationären Versorgung in BW
- ❖ **Vergleich der KH-Versorgung** in BW mit anderen BL
- ❖ Versorgungskapazitäten und **Fallaufkommen** in Baden-Württemberg
- ❖ **Strukturen** der stationären Versorgung, insb. die **Entwicklung** der voll- und teilstationäre Fälle von 2019 bis 2023 sowie eine Analyse der vollstationäre Fälle auf Basis der **NRW-Systematik** im gleichen Zeitraum. Zudem wird der **Ein- und Auspendlerteil** dargestellt
- ❖ **Prognose** der vollstationäre Fälle aus BW bis zum Jahr 2035
- ❖ Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Abschnitt B

Ziel: Analyse der KH-Landschaft in BW, um eine fundierte Grundlage für die künftige KH-Planung zu schaffen

Ausgewählte Fokusthemen:

- ❖ **Geburtshilfliche Versorgung inkl. Perinatalzentren**
- ❖ **Kinder- und jugendmedizinische Versorgung**
- ❖ **Geriatrische Versorgung**
- ❖ **Herzinfarktversorgung**
- ❖ Onkologische Versorgung
- ❖ Traumazentren
- ❖ **Schlaganfallversorgung**
- ❖ Intensivmedizinische Versorgung
- ❖ Rettungsdienstliche Versorgung
- ❖ Psychiatrische und Psychosomatische Versorgung
- ❖ Exkurs: Stimmungsbild ausgewählter Stakeholder der gesundheitlichen Versorgung Baden-Württembergs

Die Analysen basieren primär auf Daten aus dem Jahr 2023 und berücksichtigen ausschließlich Fälle, bei denen im Betrachtungszeitraum der Behandlungsort in Baden-Württemberg lag. Wesentliche Herausforderungen und Besonderheiten werden identifiziert und in den Schlussfolgerungen zusammengefasst.



Das Projektsetting lässt sich in 7 Leistungsteile untergliedern – Ziel ist insgesamt die Erstellung einer medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklungsstrategie

- 1 Markt-, Wettbewerbs- und Umfeldanalyse
- 2 Strukturstresstest zur KH-Reform zum KHVVG
- 3 Quick-Check Prozesse und Wirtschaftlichkeit
- 4 Entwicklung von Varianten für die medizinische Ausrichtung, Fortschreibung des Spektrums
- 5 Variantenbewertung entlang verschiedener Szenarien
- 6 Detaillierung/Darstellung der Auswirkungen der Vorzugsvariante
- 7 Gutachtenerstellung und Dokumentation

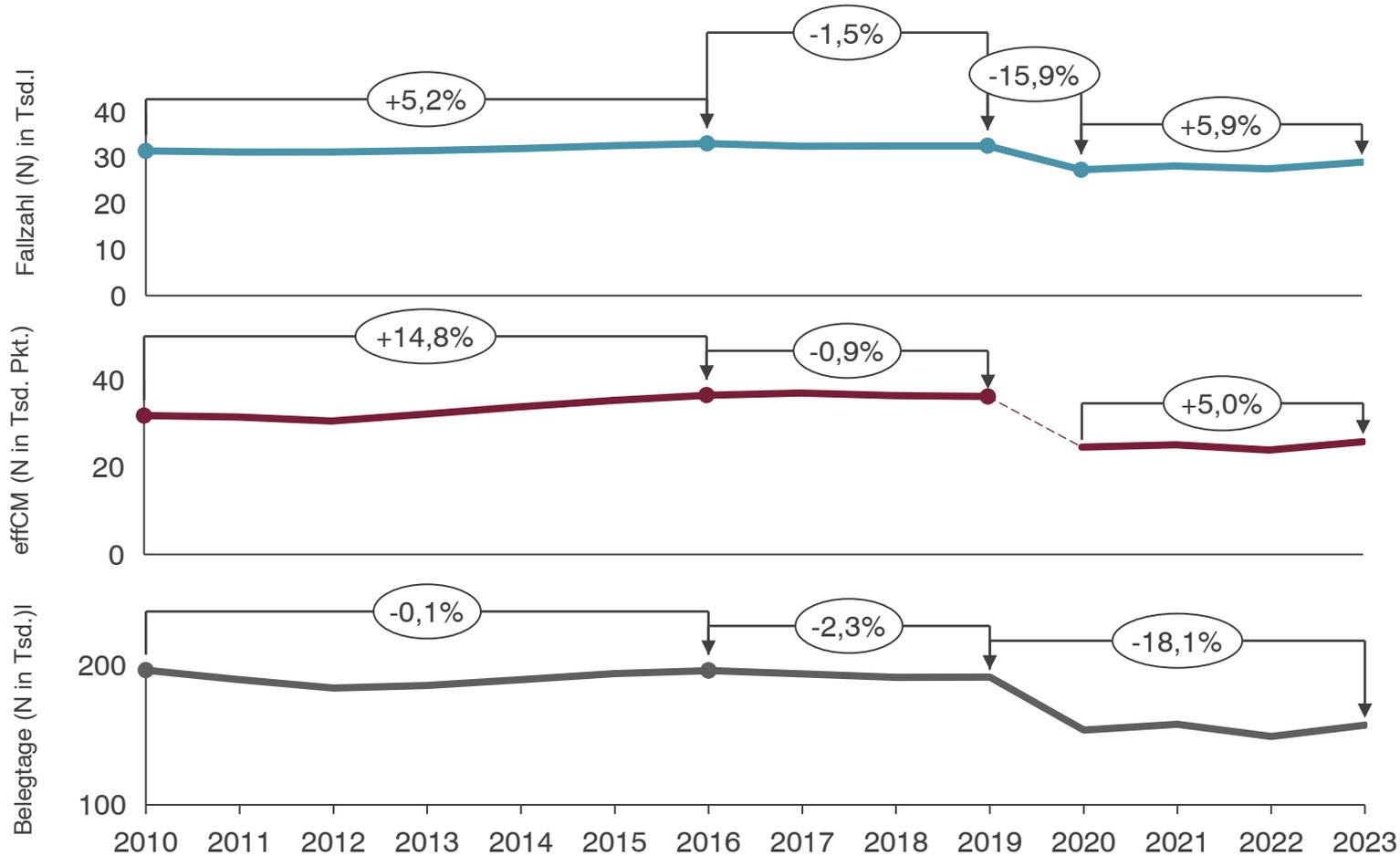
Anstehende
Änderungen und
Neuerungen der
politischen
Rahmenbedingungen
müssen bei der
Konzeptionierung mit
bedacht werden

Hieraus ergibt sich eine
klare Projektstruktur
und -inhalte

02. Überblick über die durchgeführten Analysen

Marktwachstum bis 2016, daraufhin leichter Leistungsrückgang und Leistungseinbruch in 2020 – Leistungsniveau in 2023 weiterhin unterhalb des Niveaus von 2019

Entwicklung verschiedener Kennzahlen (effCM, FZ, Belegtage) im Neckar-Odenwald-Kreis (nach Wohnort)



Dargestellt ist die kumulierte Entwicklung relevanter Leistungskennzahlen im Neckar-Odenwald-Kreis

Zwischen 2010 und 2016 ist ein Marktwachstum zu verzeichnen mit +14,8 % nach effCM und +5,2 % nach FZ, anschließend folgt bis 2019 ein Rückgang der Kennzahlen (-0,9 % nach effCM; -1,5 % nach FZ)

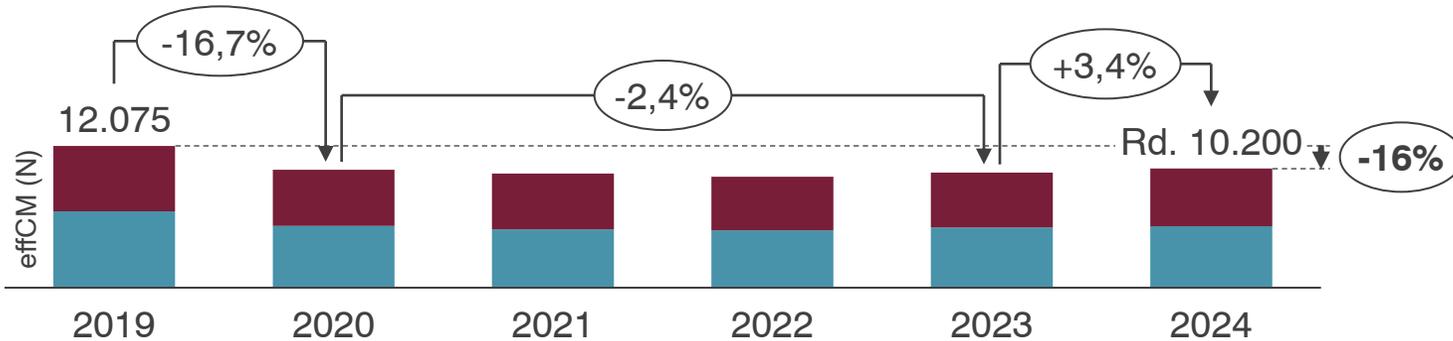
Der corona-bedingte Leistungsrückgang um etwa -16 % nach FZ fällt stärker als im Bundesland Baden-Württemberg (-12,4 %) aus

Die Belegtage sind mit -0,1 % bis 2016 konstant, woraufhin ein Wachstum von +2,3 % folgt – ab 2019 Rückgang um -18,1 %

Bis 2023 noch keine Erholung auf Leistungsniveau von vor der Pandemie erkennbar

Pandemiebedingter Leistungsrückgang in 2020 – seither nur teilweise Erholung, sodass das Niveau 2019 noch nicht wieder erreicht wird, CMI seit 2022 rückläufig

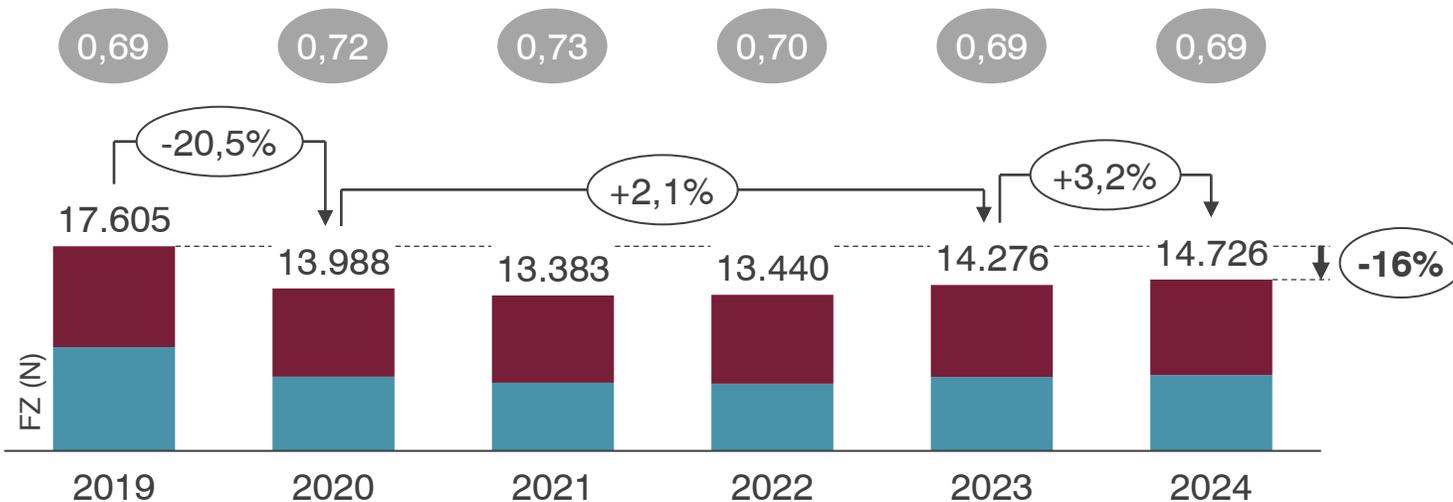
Entwicklung der effektiven Case-Mix-Punkte (aDRG), 2019 bis 2024



Die Leistungsentwicklung der Neckar-Odenwald-Kliniken von 2019 bis 2020 zeigt in der gemeinsamen Betrachtung einen Rückgang von -20,5 % nach Fallzahl und -16,7 % nach effCM aufgrund der Pandemie – im Bundesland Baden-Württemberg hingegen lag der FZ-Rückgang lediglich bei 12,4 %

In den Folgejahren setzt sich die rückläufige Entwicklung weiter fort

Entwicklung des Case-Mix-Index und der Fallzahl, 2019 bis 2024



Ab 2023 zeigt sich ein leicht positiver Trend, welcher jedoch weiterhin mit 16 % unterhalb des 2019er-Niveaus liegt – in Baden-Württemberg zeigt sich auch von 2019 zu 2023 vgl. nur ein Rückgang von 12,4 %

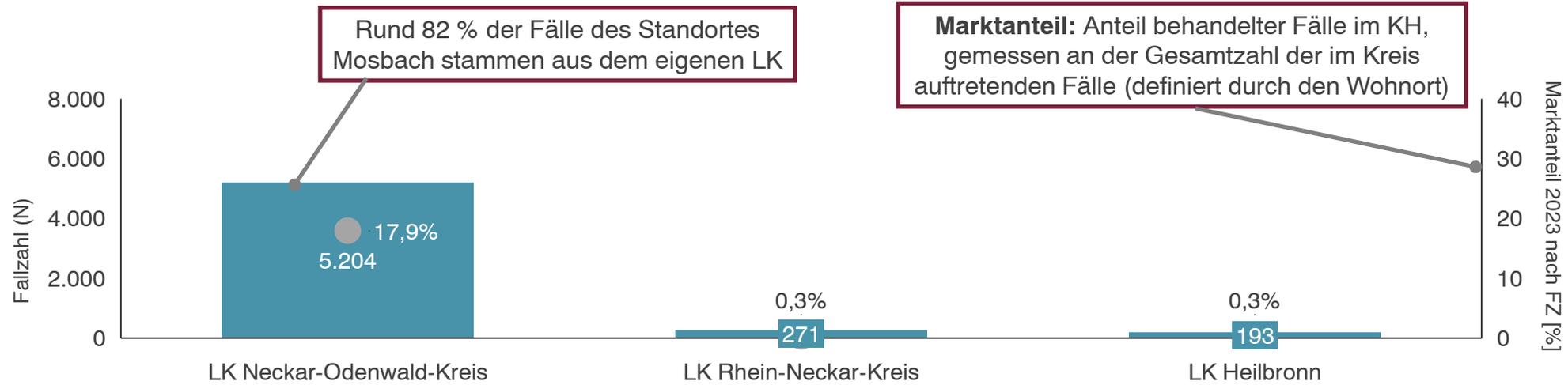
Die Klinikstandorte zeigen insgesamt eine heterogene Entwicklung der Fallschwere (CMI) – seit 2022 leicht rückläufige Entwicklung zu erkennen

■ Buchen ■ Mosbach ● CMI

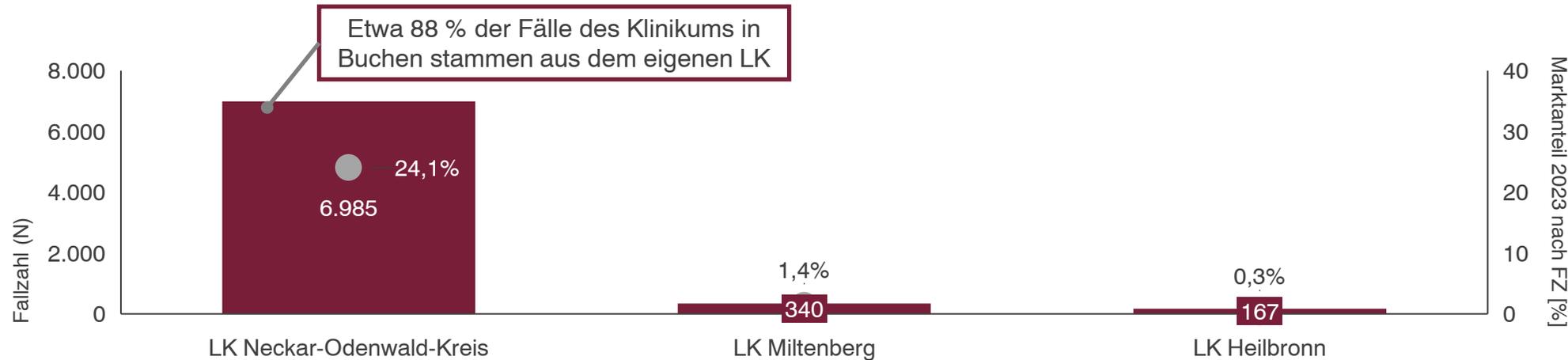
An beiden Standorten erweist sich der eigene Landkreis als Kernmarkt – Marktanteile in umliegenden Kreisen als schwach einzuschätzen

Marktanteile in % nach FZ nach Standorten und Landkreisen 2023

Mosbach



Buchen

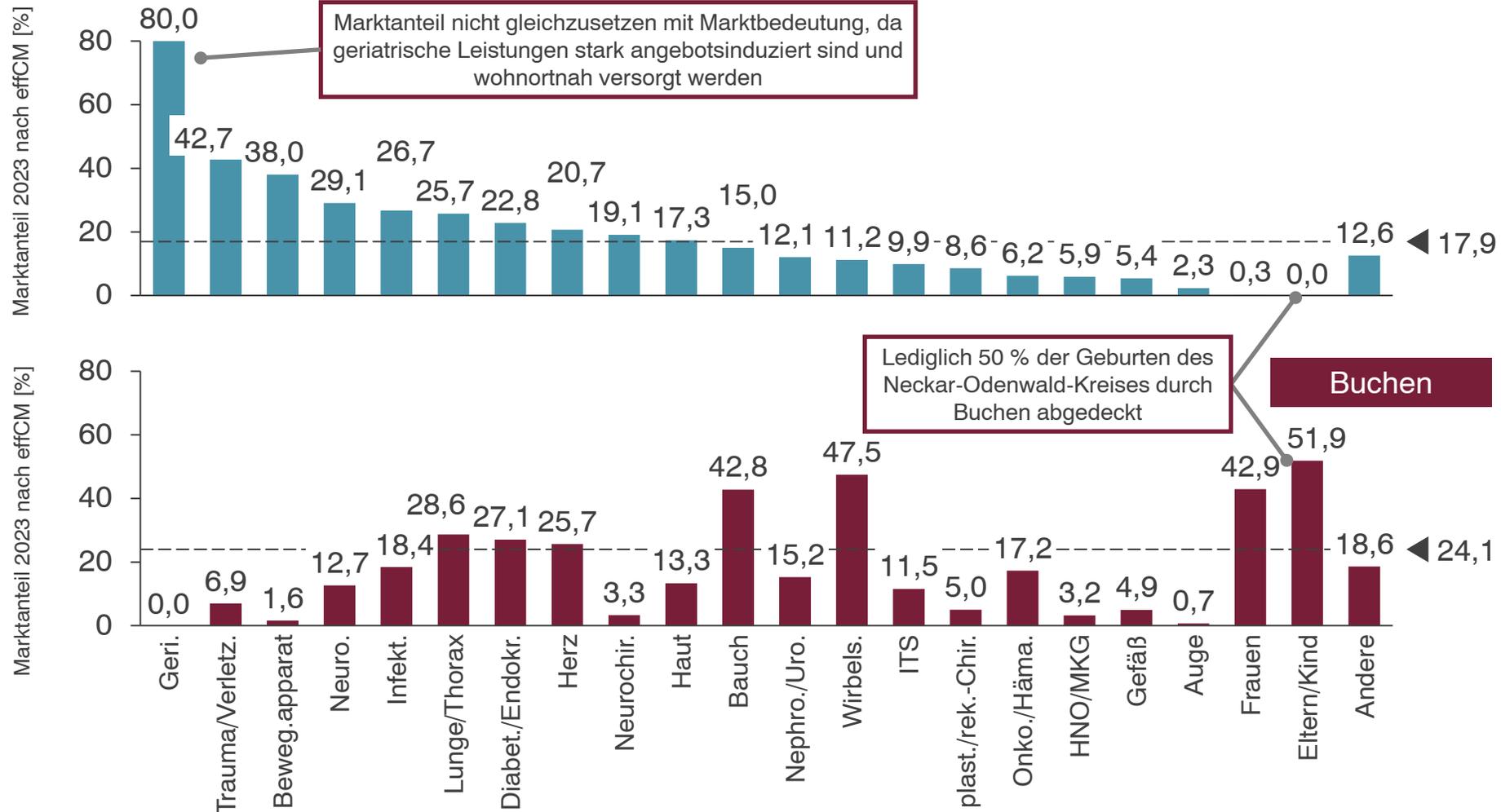


● Marktanteil ■ Fallzahl Mosbach ■ Fallzahl Buchen

Standort Mosbach mit hohem Marktanteil in der Geriatrie – Buchen mit Schwerpunkt in dem Indikationsbereich Eltern/Kind

Marktanteile in % nach effCM 2023 im IB-Vergleich, LK Neckar-Odenwald-Kreis

Mosbach



KHVVG | Leistungsgruppen sind an teils herausfordernde (Facharzt-)vorgaben geknüpft – Herausforderungen zur Erfüllung der Kriterien an beiden Standorten

lfd. Nr.	ID	Leistungsgruppe	FA-Anforderungen
A	B	C	D
1	1.1	Allgemeine Innere Medizin*	3 FA Innere Medizin
2	3.1	Komplexe Gastroenterologie	3 FA Innere Medizin u. Gastroenterologie - Davon 2 FA Innere Medizin u. Gastro, dritter FA aus Gebiet der Inneren Med.
3	9.1	Allgemeine Chirurgie*	3 FA - Davon mind. 1 FA Allgemeinchir. oder Viszeralchir. sowie mind. 1 FA Orthopädie u. Unfallchir.
4	14.1	Endoprothetik Hüfte	3 FA Orthopädie u. Unfallchirurgie
5	14.2	Endoprothetik Knie	
6	14.3	Revision Hüftendoprothese	3 FA Orthopädie u. Unfallchirurgie davon mind. 1 FA ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie
7	14.4	Revision Knieendoprothese	
8	14.5	Wirbelsäuleneingriffe	3 FA Orthopädie u. Unfallchirurgie oder FA Neurochirurgie
9	14.6	Spezielle Traumatologie	5 FA Orthopädie u. Unfallchirurgie davon mind. 3 mit ZW Spezielle Unfallchirurgie
10	16.5	Tiefe Rektumeingriffe	3 FA Viszeralchirurgie davon mind. 1 FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie
11	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde	3 FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
12	21.3	Senologie	
13	21.4	Geburten	
14	26.2	Stroke Unit	3 FA Neurologie
15	27.1	Geriatric	3 FA davon mind. 2 FA Neurologie o. Physikalische und Rehabilitative Med. mit ZW Geriatric
16	29.1	Palliativmedizin	3 FA davon mind. 2 mit ZW Palliativmedizin

FA der LGs „Allgemeine Innere“ u. „Allgemeine Chirurgie“ dürfen keinen weiteren LGs angerechnet werden – Darüber hinaus dürfen FÄ max. 3 LGs zugerechnet werden



Leistungsgruppen setzen teils **anspruchsvolle fachärztliche Ausstattungen** voraus – Dabei zeigen die **Neckar-Odenwald-Kliniken** vereinzelt **Auffälligkeiten** und **Herausforderungen** zur Erfüllung der geforderten Kriterien



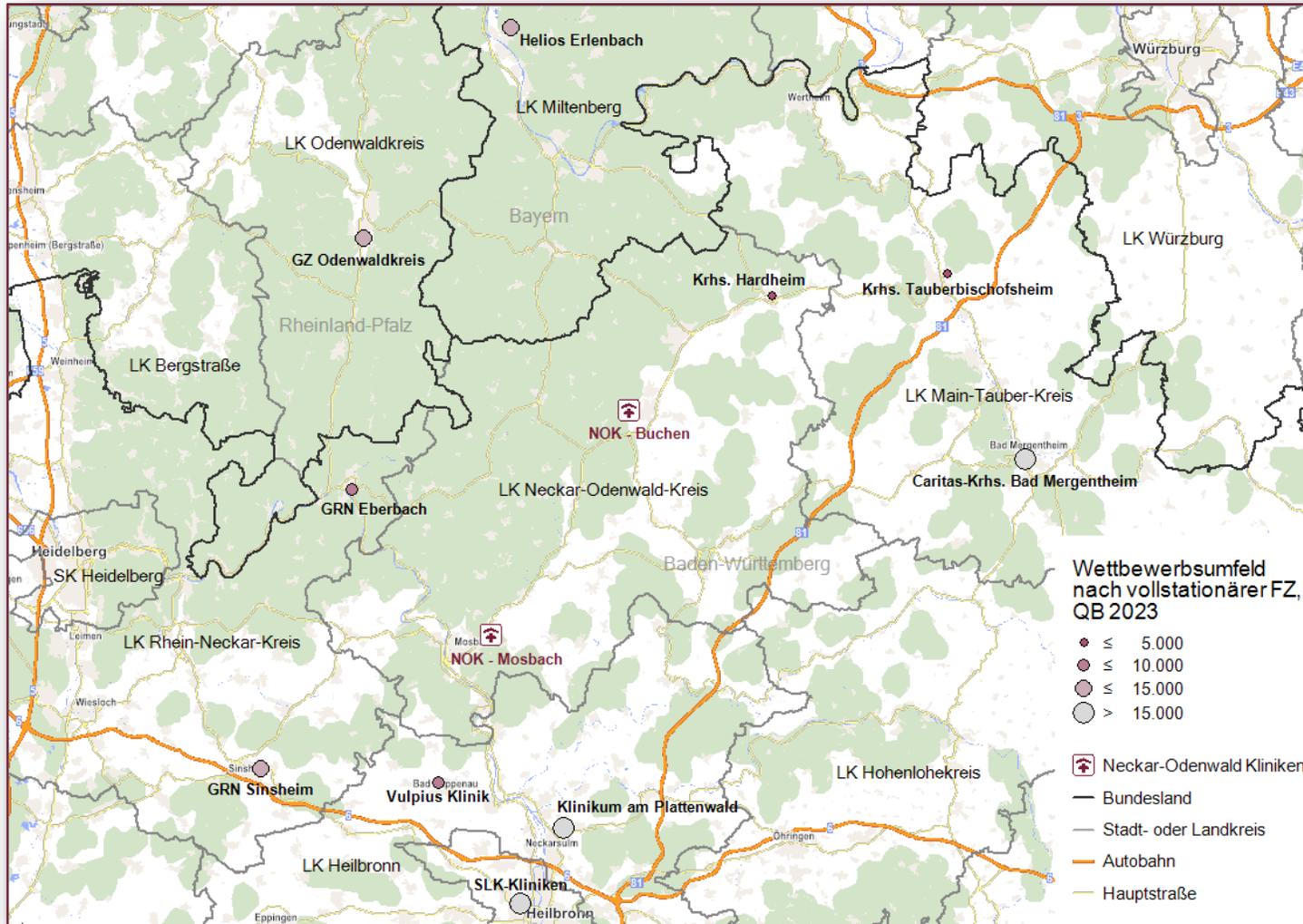
Zudem werden die Leistungsgruppen an **Mindestvorhaltezahlen (MVHZ)** geknüpft, welche in **approximierten Berechnungen** für gewisse Leistungsgruppen als **äußerst herausfordernd** zu beschreiben sind

Fazit: Aktuelle Strukturen zeigen nicht vollumfänglich KHVVG kompatibel, was eine **Fortführung** des **aktuellen Spektrums** als **nicht realistisch** erscheinen lässt

Die Gutachter empfehlen medizinstrategische Veränderungen in der Standort-Konfiguration vorzunehmen, so dass die Portfolios bzgl. der Anforderungen des KHVVG abgesichert sind

Im unmittelbaren Wettbewerbsumfeld zeigen sich zehn relevante Versorger – im eigenen Kreis zeigt sich nur das KH Hardheim als weiterer Versorger

Wettbewerbsumfeld nach stationärer Fallzahl, 2023



Ifd. Nr.	Krankenhaus	FZ 2023
A	B	C
1	SLK-Kliniken	49.598
2	Caritas-Krhs. Bad Mergentheim	19.283
3	Klinikum am Plattenwald	17.002
4	Helios Erlenbach	13.307
5	GRN Sinsheim	12.019
6	GZ Odenwaldkreis	11.734
7	Buchen	7.914
8	Mosbach	6.362
9	GRN Eberbach	6.223
10	Vulpus Klinik	5.494
11	Krhs. Tauberbischofsheim	4.573
12	Krhs. Hardheim	1.112

03. *Variantenentwicklung und Versorgungsanalysen inkl. Bewertung*

Folgende Standortvarianten wurden nach der Analyse in einem intensivem Brainstorming Prozess erarbeitet

Kurzübersicht der potenziellen Standortstrategie-Varianten der Neckar-Odenwald-Kliniken

- 1 **Weiterführung bzw. Optimierung des Status quo**
- 2 **Strukturelle Veränderung und Umwandlung der Häuser**
 - A Buchen als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Mosbach zu süV oder Fachklinik
 - B Mosbach als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Buchen zu süV
- 3 **Ein-Standort-Strategie im Neckar-Odenwald-Kreis**
 - C Konzentration auf Buchen als Schwerpunktversorger mit Schließung von Mosbach
 - D Neubau in zentraler Lage des Landkreises

Die Variante „Ein-Standort-Strategie Mosbach“ wurde nicht vorgeschlagen, da diese Variante aus Versorgungssicht und der bestehenden Sicherstellungszuschläge in Buchen seitens der Gutachter als nicht umsetzbar erachtet wird

Das KHVVG bzw. das damit assoziierte Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) sieht sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) als neuartigen KH-Typ vor

Versorgungsstufen gemäß KHTG

- Level III-U (universitäre Maximalversorgung)
- Level III (Maximalversorgung)
- Level II (Schwerpunktversorgung)
- Level 1n (Grundversorgung/ Innere + Chirurgie + G-BA-Notfallstufe)
- Level 1i/ süV

→ **Sektorenübergreifende Versorger:** Neuartige Versorgungsform für Krankenhäuser mit primär internistischem Fokus und der Möglichkeit deutlich stärker sektorenübergreifend (ambulant, Kurzzeitpflege etc.) tätig zu sein

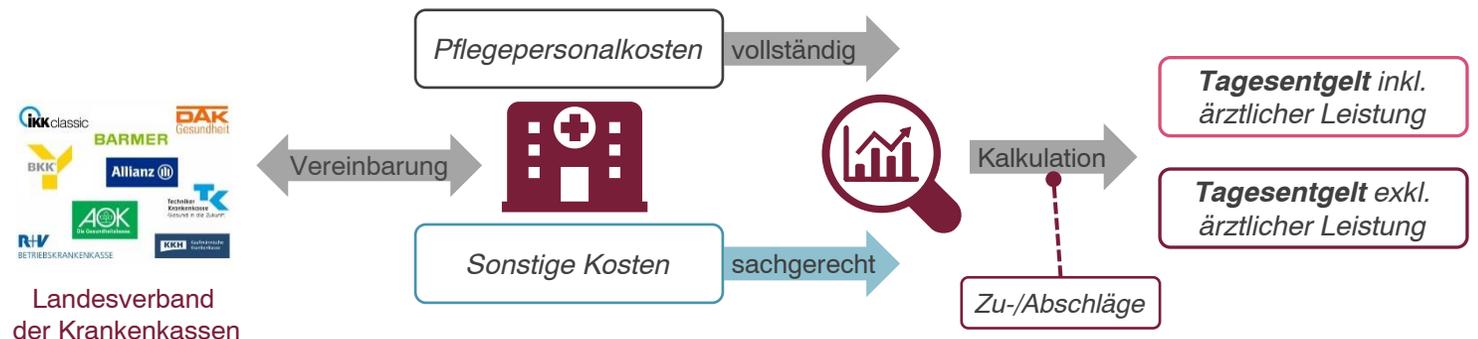
Finanzierung der Einrichtungen

„krankenhausindividuelle **degressive Tagesentgelte**“

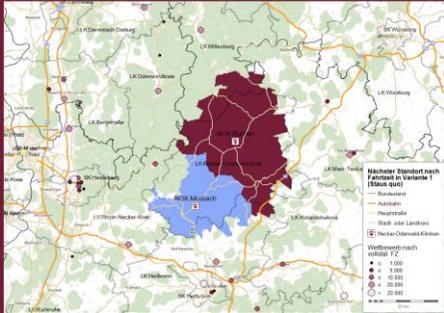
Leistungen der Inneren Medizin und Geriatrie

Sachgerechte Kalkulation der Tagesentgelte mit

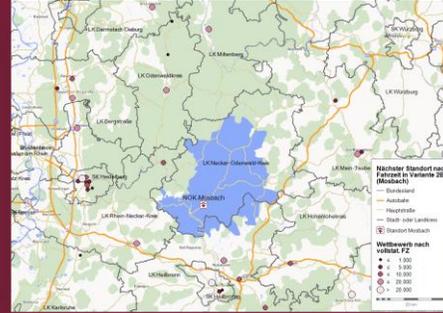
- **Vollfinanzierung der entstandenen Kosten**
- Berücksichtigung des Leistungsumfanges
- Abgrenzung anderer Leistungsbereiche
- Beachtung der Vorgaben der Vereinbarung auf Bundesebene
- Vollständige Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen



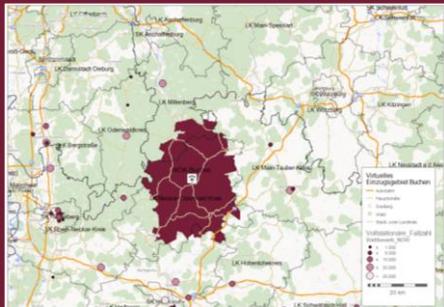
Zusammenfassung der Varianten | Es zeigen sich insgesamt fünf denkbare Varianten



Variante 1/ 2A/ 2B¹
EB* → ca. 145.000



Variante 2B¹
EB → ca. 106.000



Variante 2A/ 3C¹
EB → ca. 98.000



Variante 3D
EB → ca. 108.000

Das virtuelle Einzugsgebiet (EB) der 1-Standort-Variante umschließt ca. 145.000 Einwohner (EW), welche sich stark auf den eigenen Neckar-Odenwald-Kreis beziehen

Für die Variante 2A ergeben sich je nach Leistungsspektrum die gleiche Einzugsgebiete wie in Variante 1 bzw. 3C – die Variante 2B umschließt etwa 106.000 EW

Die Variante 3C umschließt alleine das Einzugsgebiet des Standortes Buchen, welches sich auf ca. 98.000 EW bezieht – somit umfasst diese Variante rund 50.000 EW weniger als die Variante 1

Die Variante 3D beschreibt einen Neubau in zentraler Lage im Kreis, welcher ein EB von 108.000 EW generieren würde



Die übergeordnete Zielsetzung der Variantenbestimmung muss auf die **zukunftsfähige Ausrichtung** in Bezug auf das KHVVG bestimmt werden – zudem muss die **schwierige Versorgungslage** der Region berücksichtigt werden, wobei mögliche **Kooperationen** mit umliegenden Häusern berücksichtigt werden sollten.

*EB = (virtuelles) Einzugsgebiet

1) Je nachdem ob primär Innere oder Chirurgie betrachtet werden ergibt sich für Variante 2 entweder eine 1- oder 2-Standort Darstellung

Die Bewertung wird entlang von unterschiedlichen Dimensionen erfolgen, vorgeschlagen werden insgesamt sieben Bewertungsdimensionen (I/II)

1

Leistungsspektrum und Qualität

In der Dimension wird die Bewertung der **Leistungstiefe** und **Schwerpunktbildungen** an den Standorten und in den einzelnen Fachbereichen vorgenommen.

Des Weiteren werden **Doppelstrukturen**, Kooperationen, **Struktur- und Prozessqualität** (sowie ggf. Nachnutzungskonzepte) geprüft.

2

Versorgungsbedarf, Markt- und Wettbewerb

Die Dimension **Markt und Wettbewerbspotenziale** setzt sich aus verschiedenen **Kernaspekten** zusammen:

Versorgungsbedarfe für die Region, Wettbewerbsfähigkeit, Auswirkungen durch Demografie, Ambulantisierung und den medizinischen Fortschritt sowie der regionalen Marktpositionierung, bzw. Kooperationen

3

Risiko insb. durch strukturelle / gesetzliche Vorgaben

Begutachtet werden **Strukturvorgaben**, die bei der Leistungserbringung beachtet werden müssen. Zudem müssen Veränderungen in der Gesetzgebung beachtet werden, z. B. Krankenhausplan, KHVVG, Diskussionen zu Hybrid-DRG und Vorhaltepauschalen.

Die Dimension Risiko umfasst aber auch die **langfristigen Risiken**, die mit der jeweiligen Variante verknüpft sind.

4

Personal, Personelle Betreibbarkeit

Begutachtet werden die Auswirkungen der medizinstrategischen Lösungsansätze für das Bestandspersonal sowie etwaige Personal-Neu-Akquisen.

Weitere Kriterien, die in die Bewertung einfließen sind: **Fachkräftemangel** und die Begegnung dessen (**Personaleffizienz**), **Personalverfügbarkeit**, Arbeitgeberattraktivität sowie **Aus- und Weiterbildungschancen**.

Die Bewertung wird entlang von unterschiedlichen Dimensionen erfolgen, vorgeschlagen werden insgesamt sieben Bewertungsdimensionen (II/II)

5

Investitions- sowie
Instandhaltungsbedarf

Begutachtet werden die **Investitionsmaßnahmen** und **Instandhaltungsmaßnahmen** im Vergleich zur bestehenden Struktur.

Auch die **bauliche Realisierung** sollte in dieser Dimension gewürdigt werden. Hierzu sind jedoch umfangreiche Prüfungen nötig.

Für die indikative Bewertung wurden die Varianten über orientierende Kenngrößen geprüft. Diese Dimension kann je nach **Fördermittel** und **Eigenmitteln** sehr entscheidend sein und auch dazu führen, dass einzelne Varianten ausgeschlossen werden müssen.

6

Umsetzungszeitraum

In dieser Dimension wird eingeschätzt **wie lange es dauert, bis das Zielbild** des Szenarios erreicht ist. Unter Berücksichtigung der Krankenhausreform, hilft ein kürzerer Zeitraum wichtige Leistungsgruppen und Krankenhausstrukturen zu sichern.

7

Operative
Wirtschaftlichkeit

Mit Hilfe der Dimension **Wirtschaftlichkeit** wird überprüft, ob die angepasste **Konzernstruktur an die Zielkonzeption** einen positiven Effekt auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung auf Gesamthaus-, Standort- und Fachabteilungsebene erzielen kann.

Um die Effekte nicht zu doppeln, verweist diese Dimension insbesondere auf die **operative Wirtschaftlichkeit** und die Frage, ob mittel-/ langfristig ausgeglichene bzw. positive Ergebnisse erzielt werden können.

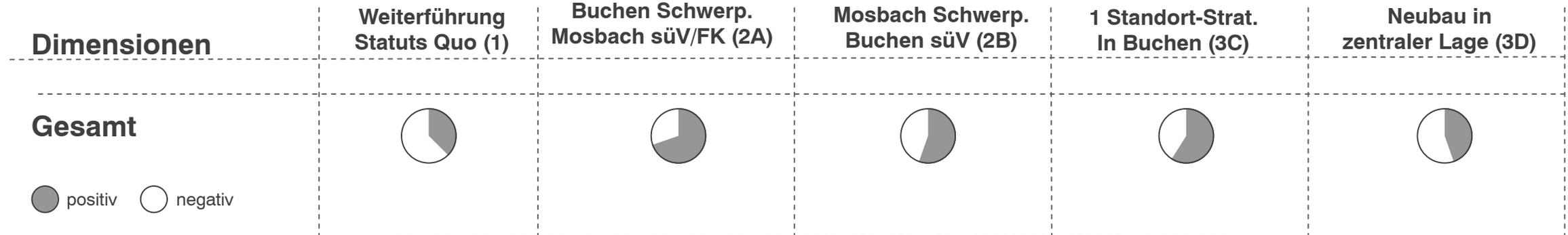


Gesamt

Abschließend wird auf **Basis der indikativen Bewertungen** der sieben Dimensionen eine erste Gesamtbewertung der unterschiedlichen Varianten abgegeben.

Explizit nicht in der Gesamtbewertung beinhaltet ist eine „politische Realisierbarkeit“, diese ist im Nachgang durch die entsprechenden Akteure vorzunehmen

Variantenbewertung | Bewertungsdimension Gesamt



Die Gesamtbewertung hat ohne eine dezidierte Gewichtung der Kriterien stattgefunden. In der Gesamtbewertung zeigt sich die **Variante 2A** in Summe **deutlich überlegen**. In allen Kategorien liegt ein vorderes Ranking vor, keine Kategorie fällt ab. Daher zeigen die durchgeführten Sensitivitätsbewertungen auch bei einer abweichenden Gewichtung einen Vorteil von Variante 2A gegenüber allen anderen Varianten. Nur extrem einseitige und damit nicht alle Umstände würdigende Gewichtungen würden zu einer geänderten Bewertung führen. Damit ist festzustellen, dass sich die Empfehlung für Variante 2A sehr robust zeigt.

Die nächstbesten Varianten wären die Varianten 3C mit einem nahezu identischen Ergebnis wie Variante 2B. Hier wäre die Gewichtung der Bewertungsdimensionen mitunter ausschlaggebend für eine klare Empfehlung. Allerdings sind beide Varianten der Vorzugsvariante 2A mit klarem Abstand unterlegen.

Sowohl die Fortsetzung des Status-Quo (hier starke Limitationen bzgl. der Wirtschaftlichkeit und zukünftigen gesetzgeberischen Vorgaben) als auch die Neubau-Variante in zentraler Lage (hohes Risiko bzgl. einer Standortfindung, der Finanzierung der Baukosten und der Umsetzungszeit) sind aus gutachterlicher Sicht nicht empfehlenswert.

Seperates Gutachten | Weitere Bewertung der Szenarien und Analysen basiert auf den Ergebnissen des regionalen Versorgungskonzeptes

Die finalen Bewertungen sowie weitere Überlegungen zu möglichen Konfigurationen wurden durch die Ergebnisse des parallelen Projektes zum „regionalen Versorgungskonzept“ bestätigt



Abstimmung mit dem GRN-Verbund mit primärem Fokus auf den Standort Eberbach sowie dem Belegkrankenhaus Hardheim

→ Berücksichtigung der trägerinternen Vorhaben und zukünftigen Konfigurationen

Sicherstellung einer adäquaten Patientenversorgung in der Region des Neckar-Odenwald-Kreises und Evaluation von patientenorientierten Kooperationsmodellen

Seperates Gutachten | Ausblick und Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse



Die trägerinternen Konzepte weisen in der Allgemeinen- und Notfallversorgung keine Widersprüche auf → in den Spezialgebieten bedarf es weiterer Abstimmung und Evaluationen



2-Standort Konzept in der Allgemeinen- und Notfallversorgung zeigt leicht erhöhte, aus gutachterlicher Sicht aber noch adäquate, Erreichbarkeiten und somit die Grundlage für alternative Versorgungsformen in Mosbach, Eberbach und Hardheim



Standort Buchen im Bereich der Schlaganfall- und Herzinfarktversorgung aus Versorgungssicht als sehr wichtig zu bezeichnen. Etablierung von Angeboten in diesem Bereich als wichtige Herausforderung, im Bereich interv. Kardiologie wahrscheinlich nur mit Unterstützung zu leisten → Status quo zeigt Indizien zur Unterversorgung



Bei hypothetischem Wegfall des HKL in Eberbach verschärft sich die Versorgungssituation deutlich → Buchen kann durch gute Verortung eine zentrale Rolle in der Herzinfarktversorgung einnehmen



Fachklinische Ausrichtung am Standort Mosbach lässt sich aus der Versorgungssicht nicht direkt ableiten – Erreichbarkeiten in der elektivgeprägten Orthopädie allerdings als sekundär zu bewerten, Verknüpfung UCH/Ortho beachten und daher Empfehlung diesen Bereich in Buchen zu zentralisieren



Alternative Versorgungsmodelle, wie z. B. süV, ergeben Möglichkeiten zur Umstrukturierung und können als erste Anlaufstelle zur Patientenbindung/-lenkung dienen



Im Zuge der Umstrukturierungen ist die bestehende Versorgungslücke im Bereich der Pädiatrie zu berücksichtigen und ein geeignetes, gegebenenfalls kooperativ entwickeltes Versorgungskonzept zu etablieren

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die trägerinternen Konzepte eine Umstrukturierungen von Mosbach, Eberbach und Hardheim zulassen

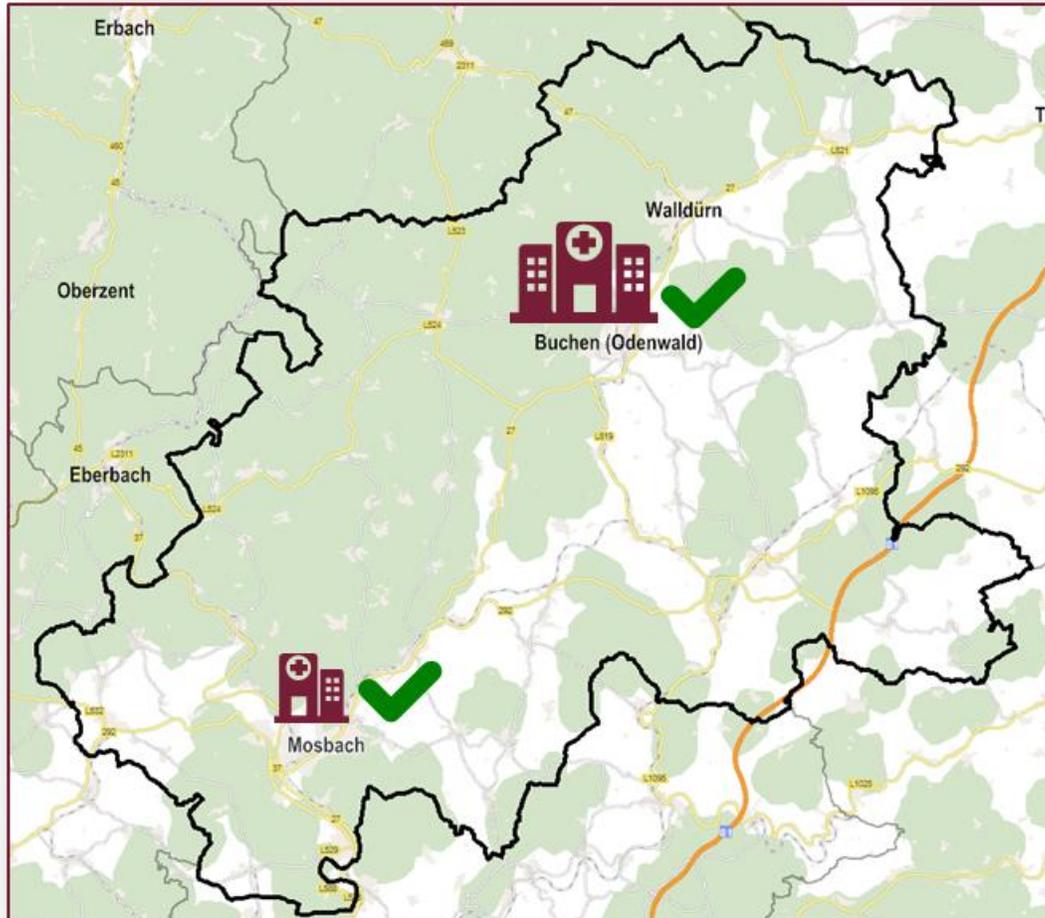
In den Spezialbereichen wird eine weitere Abstimmung zur zukünftigen Konfiguration empfohlen, welche sich vor allem auf die Schlaganfall- und Herzinfarktversorgung, aber auch ein mögliches pädiatrisches Angebot bezieht

Somit könnte der Status-quo verbessert werden

Alternative Versorgungsformen können ein integraler Bestandteil zukünftiger Planungen sein, um eine wohnortnahe medizinische Versorgung sicherzustellen und sich wirtschaftlich zukunftssicher aufzustellen

04. *Abgeleitete Zielbilder & Implikationen*

Die Vorzugsvariante 2A gilt es weiter zu detaillieren



Für den **Standort Mosbach** sind folgende Ausgestaltungen zu prüfen:

- „Minimal-Variante“: süV mit ambulantem Schwerpunkt und einer allgemein internistischen Station (20-30 Betten)
- „Maximal-Variante“: süV mit umfassenderer Ausgestaltung im maximalen Rahmen des gesetzgeberisch Möglichen, inklusive umfassender Altersmedizin (60 - 80 Betten denkbar)
- Insgesamt sollte über das süV eine Notfallversorgung sichergestellt werden. Diese ist in Abstimmung mit allen Beteiligten (inkl. MVZ/ggf. Niedergelassene) zu organisieren. Angestrebt werden sollte mindestens ein erweiterter Regeldienst (7/8 Uhr bis 20/22 Uhr). Das nächtliche Aufkommen ist i.d.R. so gering, dass eine Lenkung der Patientenströmung außerhalb des erw. Regeldienstes unproblematisch möglich ist

Für den **Standort Buchen** ergibt sich das Portfolio generisch aus den Analysen und dem Portfolio in Mosbach.

Insbesondere sollte der Aufbau einer interventionell-kardiologischen Kompetenz in Buchen Beachtung finden.

Buchen zukünftig mit umfassenderem Angebot, Abteilungsstruktur noch zu eruieren

	Status-Quo/2024	2035
Allg. Innere Medizin	63	50
Sektion Gastroenterologie	0	20
Sektion Kardiologie	0	20
Allgchir./ Viszchir.	27	30
Orthopädie/ Unfallchirurgie	0	25
Gyn/Geb	13	12
ITS/IMC/ Stroke-Unit	5	18
	Σ ~110	Σ ~175

Hinweis. Betten der Fachabteilungen sind (auf)gerundet und bilden den Bedarf ohne Intensiv/IMC ab

Skizzierung der Ideen für die zukünftigen adaptierten Strukturen in Buchen (Hypothese: „Maximal-Variante“ in Mosbach)

Der Schwerpunkt des Standortes bildet die Innere Medizin, welche grundsätzlich neu strukturiert wird und sowohl gastroenterologische und kardiologische Expertise beinhaltet als auch eine Tele-Stroke-Unit abbildet

Zwei eigenständige chirurgische Abteilungen (ggf. gemeinsame Assistenz- und Teamstrukturen) bilden die chirurgische Versorgung des Landkreises und ersetzen die chirurgische Leistungserbringung von Hardheim und Mosbach. Der leichte Zuwachs in der ACH begründet sich durch Übernahme der wenigen Fälle der anderen Standorte. Für die UCH/Orthopädie wurde gemäß der Einzugsgebiete ein sinnhaftes, aber tragfähiges, Portfolio abgeleitet.

Der ITS/IMC-Bedarf (inkl. Tele-Stroke) wird auf 18 Betten, also rd. 10% der Gesamtbettenzahl quantifiziert.

Der Standort Buchen ist zunächst ohne explizite geriatrische Expertise aufgestellt. Eine Ergänzung von geriatrischer/altersmedizinischer Expertise würde mit insgesamt 30 Betten sinnvoll sein. Aufgrund der partiellen Überlappung zu anderen Abteilungen würde sich die Gesamtbettenzahl dann auf ca. 200 erhöhen

Die Jahre 2022 bis, insb. 2024 waren wirtschaftlich eine Ausnahmesituation, aktuelle Maßnahmen werden, in noch zu prüfendem Umfang, zu Verbesserungen führen

Wirtschaftliche Effekte durch das KHVVG

- Leistungsgruppenbezogene Förderung
 - *Pädiatrie: 288 Millionen*
 - **Geburtshilfe: 120 Millionen**
 - **Stroke Unit: 35 Millionen**
 - **Spezielle Traumatologie: 65 Millionen**
 - **Intensivmedizin: 30 Millionen**
- Bessere Kompensation Preissteigerung: **4%-ige Erhöhung LBFW**
- Transformationsfonds: unterschiedliche Fördertatbestände z.B. integrierten Notfallstrukturen, standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten
- Refinanzierung sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen
- Ausgliederung Hebammen ins Pflegebudget (für NOK aufgrund der Beleghebammen nicht relevant!)

Spezifische wirtschaftliche Effekte für Neckar-Odenwald

- Synergieeffekte durch Standortzusammenlegungen und Zentralisierung
- Einsparung Vorhaltekosten durch Reduzierung Leistungsangebote für vorhalteintensive Bereiche
- Erhöhung der Portfoliokohärenz (Bsp. Chirurgie, Innere, Stroke/Kardiologie)
- Prozessverbesserungen, Erhöhung der Prozesseffizienz durch Neubaustrukturen
- Bei Umsetzung der identifizierten Auffälligkeiten → Weitere moderate Verbesserungen möglich

Der gesetzgeberische Rahmen sieht umfassende Verbesserungen der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser vor

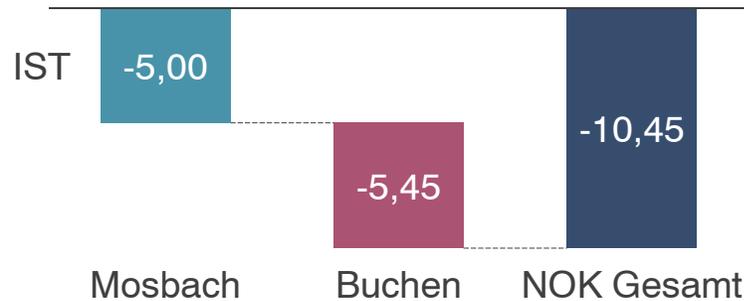
Konkrete Umsetzungsmodalitäten folgen jedoch erst im Jahr 2026. Daher hat jedwede aktuelle Prognose eine hohe Unsicherheit bzgl. der genauen Ausgestaltung des zukünftigen gesetzlichen Rahmens

Weitere Verbesserungen werden im Rahmen der Umsetzung der Medizinstrategie erwartet

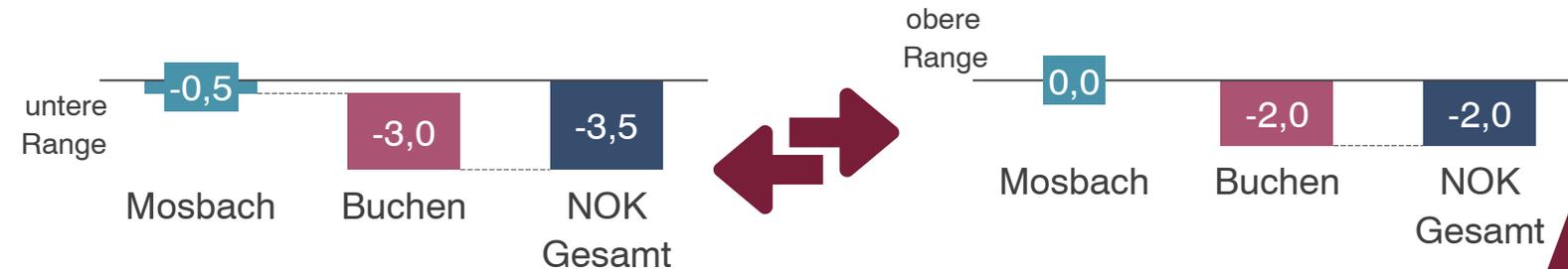
Um ein ausgeglichenes Ergebnis zu erreichen, sind jedoch weitere prozessuale und strukturelle Optimierungen anzustreben

Die Berechnung der Effekte erfolgt unter Angabe einer Range

Deckungsbeiträge 2024 im Medizinkonzept (in Mio. EUR) – IST
(geschätzt)



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



Der Deckungsbeitrag lässt sich mit den verfügbaren Daten nicht zuverlässig auf die Standorte aufteilen. Im Rahmen eines Worst-Case Ansatzes wird ein etwas höherer Anteil für Buchen angesetzt. Dies kann durch die getätigten Analysen nachvollzogen werden

Im Zielbild würde sich das Defizit für den Standort Mosbach stark reduzieren (untere Range) bzw. gänzlich auflösen (obere Range). Hintergrund ist die im KHVVG formulierte kostenneutrale Ausgestaltung der SüV-Vergütung

Für Buchen sind aufgrund der erheblich gesteigerten Leistungsmenge substantielle Skalenerträge zu erwarten. Je nach genauer Ausgestaltung der Variante und auch in Abhängigkeit weiterer Unterstützung (z.B. zum Betrieb der interv. Kardiologie) wäre eine spürbare bzw. deutliche Reduktion des Defizits des Standortes zu erwarten

Insgesamt würde das Defizit substantiell reduziert, es verbleibt aber auch in der Prognose ein moderater Jahresfehlbetrag