

Fragenkatalog

zum

Gutachten zur Medizinstrategie

Stand Juli 2023

Lohfert &Lohfert AG



Herrenberg, den 27.08.2023

Für den schnellen Überblick

Die zentrale Frage ist:

CUI BONO - Wer gewinnt?

Das Gutachten von Lohfert & Lohfert beleuchtet ausschließlich die gesundheitsökonomischen Aspekte innerhalb des KVSWS.

Ein fundamentales Defizit des Gutachtens besteht darin, dass nicht aufgezeigt wird, wie die "Abwanderung" von 50% der Fallzahlen im LKR Calw und 30% der Fallzahlen im LKR Böblingen mit dem Medizinkonzept 2023 wieder zurückgewonnen werden können. Eine Analyse welche Bedarfe die Patienten haben und welche Angebote im KVSWS diesbezüglich fehlen, so dass die Patienten motiviert sind, sich außerhalb des KVSWS behandeln zu lassen, wird nicht vorgelegt. So kann keine Strategie entwickelt werden, die aufzeigt, wie die Auslastung bzw. der effCaseMix gesteigert werden kann. Die buchhalterischen Ergebnisse der Krankenhäuser werden offengelegt. Welche Anteile buchhalterische Risikoabwägungen, sowie Abschreibungen auf eigenfinanzierte Investitionen an den ausgewiesenen buchhalterischen Verlusten des KVSWS aufgelöst nach den einzelnen Krankenhäusern haben, sind den zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht zu entnehmen. Wie kann es sein, dass in 2023 im KVSWS ein Defizit von 70 Mio € anstehen soll, wenn für ganz Baden-Württemberg der BWKG mit einem Defizit von „nur“ 620 Mio € rechnet? Was läuft hier schief?

Es fehlt die systemische Analyse, in der das Transport- und Rettungswesen, die voraussichtliche Entwicklung der niedergelassenen Ärzte, die Auswirkungen einer alternden Gesellschaft auf den Bedarf an wohnortnahen, medizinischen Leistungen und insbesondere der Pflege berücksichtigt werden.

Bei der Lektüre drängt sich der Verdacht auf, dass die Krankenhauslandschaft möglichst darauf ausgerichtet werden soll, wie unter dem Druck von 70 Mio. € Defizit in 2023 das betriebswirtschaftliche Ergebnis des KVSWS unter den derzeitigen Abrechnungsregeln der aDRGs optimiert werden kann. Das Gutachten ist darauf zugeschnitten die Flugfeldklinik (FFK) bestmöglich im KVSWS zu platzieren. Dafür wird das Angebot der kleineren Krankenhäuser im KVSWS entsprechend zurechtgestutzt: Da eine Geburt abrechnungstechnisch mit einer Knie-OP nicht mithalten kann, wird nicht davor zurückgeschreckt, den auch überregional sehr gut angenommenen hebammengeführten Kreissaal in Herrenberg kurzerhand zu schließen. En passant vergrault der KVSWS die wirtschaftlich unattraktiven „Einpenderler“-Geburten.

Als Ausgleich für die FFK im LKR Böblingen werden Zugeständnisse an den LKR Calw „herbeibegutachtet“. Kuriositäten wie die wohnortnahe Versorgung der Bürger ausschließlich über das Kriterium von 30 Minuten Auto-Fahrzeit nach „Google Maps“ abzuleiten, sind bemerkenswert.

Der vorgelegte Fragenkatalog hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Zur Verfügung gestellte und verwendete Unterlage:

https://www.klinikverbund-suedwest.de/fileadmin/default/mediapool/05_klinikverbund-suedwest/aktuelles-presse/Medizinkonzeption/230728_Lohfert___Lohfert_AG_Gutachten_zur_Medizinstrategie_mit_verstaendlichen_Erklaerfolien.pdf

INHALTSVERZEICHNIS

1	AUSGANGSSITUATION	1
2	ÜBERGEORDNETE FRAGEN	1
2.1	INVESTITIONEN	1
2.2	LAUFENDE BETRIEBSKOSTEN.....	2
2.3	KENNZAHLEN	3
2.4	FRAGEN ZU ABSTIMMUNG ZWISCHEN DEM LAND BADEN-WÜRTTEMBERG UND DEM LANDKREIS	4
3	AUF DEN FOLIENSATZ „MEDIZINKONZEPT 2023“ BEZOGENE FRAGEN	4
4	FRAGEN ZUR SITUATION UND ZUKUNFT DES KRANKENHAUS HERRENBERG	9

1 Ausgangssituation

Auf der Seite des Landratsamt Calw ist zu lesen¹:

*„Der Aufsichtsrat des Klinikverbunds Südwest (KVSWS) hat sich darauf verständigt, die Medizinkonzeption 2030, wie in einem Fachgutachten der Beratungsfirma Lohfert & Lohfert vorgeschlagen, als Zielbild weiterzuverfolgen. **Die Medizinkonzeption ist ein entscheidender Bestandteil der Neuausrichtung des KVSWS, um die medizinische Versorgung in den beiden Trägerlandkreisen Calw und Böblingen bedarfsgerecht und auf höchstem Qualitätsniveau zu erhalten.** Es handelt sich dabei um ein Zielbild, das in den kommenden Wochen und Monaten weiter detailliert und in den entsprechenden Gremien beraten wird.“*

Auf der Seite des KVSWS ist zu lesen²:

Der Aufsichtsrat des Klinikverbunds Südwest (KVSWS) hat sich daher darauf verständigt, das Medizinkonzept 2030 wie in einem Fachgutachten der Beratungsfirma Lohfert & Lohfert vorgeschlagen, weiter zu verfolgen. Es handelt sich dabei um ein Zielbild, das in den kommenden Wochen und Monaten weiter detailliert und in den entsprechenden Gremien beraten wird.

Ein Satz mehr auf der Homepage des LKR Calw, der aufschlussreich ist.

2 Übergeordnete Fragen

2.1 Investitionen

1. Gehören die Krankenhäuser des KVSWS den zugelassenen Krankenhäusern an, für die eine steuerfinanzierte öffentliche Investitionsförderung vorgesehen ist?
2. Nach welchem Kriterium fördert das Land Investitionen in der Krankenhauslandschaft? Werden pro Planbett Investitionen gefördert? Wenn ja, verschlechtern sich damit die Investitionsförderungen durch das Land an den kleinen Krankenhäusern im KVSWS und damit auch am Standort Herrenberg, wenn nur noch 40 Betten vorgesehen sind?
3. In welchem Umfang finanzieren die Erlöse aus den Fallpauschalen entsprechend aDRG die Kosten für Investitionen innerhalb des KVSWS?

¹ <https://www.kreis-calw.de/Service-Verwaltung/Service/Kreiskliniken-Calw-und-Nagold/Medizinkonzeption-2030-Klinikverbund-S%C3%BCdwest/>

² <https://www.klinikverbund-suedwest.de/medizinkonzeption-2030/>

2.2 Laufende Betriebskosten

1. Wird der Landesbasisfallwert in den Jahren 2021 und 2022 den zwischenzeitlich markanten Auswirkungen der "Zeitenwende" gerecht: Energiekosten, Inflation und Lohnkostensteigerungen? Welchen Anteil hat die Unterfinanzierung?
2. Wie verteilen sich die Fallgruppen (aDRG) in den Krankenhäusern des KVSWS?
3. Wie verteilen sich die Anteile der außerhalb des aDRG-Systems erbrachten Leistungen (Privatpatienten) an den einzelnen Krankenhäusern im KVSWS?
4. Seit 2020 gibt es ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip. Ist die Selbstkostendeckung in den einzelnen Krankenhäusern sichergestellt? Falls nein: wie groß fallen die Defizite in den einzelnen Häusern aus? Werden in allen Krankenhäusern des KVSWS die gleichen tagesbezogenen Pflegeentgelte abgerechnet?
5. Gibt es in einzelnen Häusern Entgelte für "Besondere Einrichtungen"? Wenn ja, wie wirken sich diese in der Einnahmen / Ausgaben Verrechnung aus?
6. Welche Anteile haben die Fallpauschalen (aDRG) am Gesamtbudget der einzelnen Häuser im KVSWS?
7. Welchen Anteil haben nicht nach aDRG abgerechnet Leistungen am Gesamtbudget in den einzelnen Häusern? Welche Leistungen sind darunter zu verrechnen?
8. Wie wirkten sich die jährlichen aDRG-Versionswechsel auf die Gewinne bzw. Verluste im KVSWS und in den jeweiligen Häusern in der Vergangenheit aus?
9. Welche aDRGs in welchen IBs sind im KVSWS die wirtschaftlich gesehenen lukrativsten in der Abrechnung innerhalb des KVSWS? Wie verteilen sich diese auf die einzelnen Häuser im KVSWS. Welche Verschiebungen unter den KH im KVSWS werden mit dem Medizinkonzept 2023 bezweckt?
10. Ist es zielführend vor der Krankenhausreform die derzeit bestehenden attraktiven aDRGs (Knie-, Hüft- und Wirbelsäulen-OPs) auszubauen, wenn in Kürze die Abrechnung der Leistungen neu aufgestellt wird?
11. Wie gleichmäßig ist das Patientenspektrum innerhalb des KVSWS verteilt? Gibt es in den Krankenhäusern im KVSWS Strategien, um die für das Haus günstigste Kostenvarianz nach dem DRG-System auf Kosten der anderen Häuser sicherzustellen? Mit welcher Regel im KVSWS wird aktiv gegen die "Rosinenpickerei" gesteuert?
12. Wie unterscheidet sich der Casemix im KVSWS vom landesweiten Casemix?
13. Wie unterscheidet sich der Casemix in vergleichbaren Fachabteilungen in den einzelnen Krankenhäusern innerhalb des KVSWS? Welche Kosten- und Gewinnvarianz geht damit einher? Wie wird durch die Umstrukturierung im KVSWS nach der Medizinstrategie 2023 in der Summe ein besseres Ergebnis im KVSWS erzielt als bisher?
14. Wie wird sich der Status "Maximalversorger" der FFK nach dem DRG-System betriebswirtschaftlich im KVSWS niederschlagen?
15. Welche Zuschläge und Abschläge nach §17b KHG gibt es derzeit in den derzeitigen Krankenhäusern im KVSWS. Bekommt die Geburtshilfe, Geriatrie und Palliativstation in Herrenberg einen Krankenhausbezogenen Zuschlag?

16. Wie sieht die Neuverteilung nach der Medizinstrategie aus? Liegt eine konkrete Bedarfsanalyse für den Ist-Fall und für die Zukunft für den LKR Calw und Böblingen vor? Wenn ja - wo kann diese eingesehen werden?
17. Welche wirtschaftlichen Auswirkungen haben die Verschiebungen im vorgesehenen Konzept in den Häusern und schließlich im KVSW? Was bedeutet der zu erwartende Abschlag durch die fehlende Notfallversorgung in Herrenberg für die Wirtschaftlichkeit des Hauses?
18. Wie hoch ist der Personalkostenanteil an den Gesamtkosten in den einzelnen Häusern des KVSW?
19. Wie wird sichergestellt, dass mit der Umsetzung des Medizinkonzeptes das Personal gehalten bzw. neue Mitarbeiter gewonnen werden können. Welche Kosten fallen dafür an?
20. Welchen Anteil hat der Grad der Personal-Unterbesetzung am Gewinn / Verlust Ergebnis?
21. In welcher Größenordnung verursachen in Folge des demografischen Wandels vermehrt pflegeaufwendige Patienten eine Unterfinanzierung in den jeweiligen Häusern des KVSW? Inwiefern mindert die Umstrukturierung im KVSW diese Unterfinanzierung?
22. Unterliegen geriatrische Betten in einem Allgemeinen Krankenhaus dem DRG-System? Werden geriatrische Betten in dem für Herrenberg konzipierten "Krankenhaus" dem DRG-System unterliegen?

2.3 Kennzahlen

1. Wie sehen die Betriebsergebnisse vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (E-BITDA) in den letzten 5 Jahren in den einzelnen Krankenhäusern des KVSW aus?
2. Welche Wertschöpfung als Ausdruck der Leistung der MitarbeiterInnen wurde in den letzten 5 Jahren in den einzelnen Krankenhäusern des KVSW aufgelöst nach den Fachabteilungen erzielt? Wie hoch fällt der Wertschöpfungsbeitrag bezogen auf eine Vollzeitkraft in den einzelnen KH bzw. in den jeweiligen einzelnen Fachabteilungen aus?
3. Wie hoch fallen die Gesamtkosten pro Fall in den einzelnen KH mit ihren jeweiligen Fachabteilungen im Vergleich zum Bundes- und Landesdurchschnitt aus?
4. Durch welche Faktoren wird der Umstand ausgelöst, dass 2023 im KVSW nach Aussage des Gutachters voraussichtlich 70 Mio. € Defizit anfallen, im ganzen Land das Defizit aber „nur“ 620 Mio. € betragen soll? Der KVSW also ca. 11% der Landesweiten Defizite verursacht.
5. Wie sieht der Businessplan des KVSW aus, um die anstehenden Investitionen bzw. Schließungen im Rahmen der Umsetzung des Medizinkonzeptes zu finanzieren?

2.4 Fragen zu Abstimmung zwischen dem Land Baden-Württemberg und dem Landkreis

- Warum trägt der Landkreis die Kosten für den Neu- und Umbau von Kliniken, wenn dafür das Land zuständig ist? Welche Vereinbarungen bestehen zwischen dem Land und dem KVSW?

Für die Sicherstellung einer flächendeckenden stationären Versorgung sind die Länder zuständig.

1. An welcher Stelle ist das Land Ba-Wü bei der Konzeption miteingebunden worden? Gibt es eine Abstimmung mit dem Landeskrankenhausplan?
2. Welche Zusagen für Kostenübernahmen durch das Land bestehen für Flugfeldklinik, die erforderlichen Umbauten in Nagold, Leonberg, dem Medizin-Campus Calw, den bereits angestoßenen Umbauten am Standort Herrenberg?
3. Die Krankenhäuser im Land waren während der Corona-Pandemie den Appellen und Vorgaben des Bundes und der Landesregierung gefolgt und hatten zusätzliche Behandlungskapazitäten geschaffen. Wie wirken sich diese Maßnahmen im Nachgang zur akuten Corona-Pandemie auf das wirtschaftliche Ergebnis der einzelnen Krankenhäuser im KVSW aus?

3 Auf den Foliensatz „Medizinkonzept 2023“³ bezogene Fragen

1. Folie 20

Inwiefern spitzt sich der Handlungsdruck durch die Reformvorschläge der Bundesregierung zu?

„Chance besteht darin, dass der KVSW mehrere Standorte in geografischer Nähe betreibt.“ Wie soll damit die Abdeckung des Raumes sichergestellt sein? Wie ist diese Aussage mit den Möglichkeiten der Telemedizin vereinbar?

2. Folie 38

Negative Deckungsbeiträge fallen in Herrenberg trotz der "unrentablen" Geburtsstation (DRG) vergleichsweise moderat aus. Wie soll die Schließung des KH Hrbg die Verluste des KVSW auffangen?

³ https://www.klinikverbund-suedwest.de/fileadmin/default/mediapool/05_klinikverbund-suedwest/aktuelles-presse/Medizinkonzeption/230728_Lohfert___Lohfert_AG_Gutachten_zur_Medizinstrategie_mit_verstaendlichen_Erklaerfolien.pdf

Beziehen sich die Deckungsbeiträge ausschließlich auf die Erlöse durch die Fallpauschalen oder werden hier auch Investitionskosten verrechnet?

3. Folie 39

Sondereffekt von +1,8 Mio € in 2022 durch Auflösung von Rückstellungen: Welche sind das? Wann wurden die Rückstellungen vorgenommen? Schließlich haben diese damals das Ergebnis um den gleichen Betrag verschlechtert?

4. Folie 40

Einzig der Standort BB war in den letzten Geschäftsjahren in der Lage positive Ergebnisse zu erbringen: Die Deckungsbeiträge waren doch auch in BB negativ. Wie kommt es zu positiven Ergebnissen?

Das Verhältnis von Deckungsbeiträgen und Umsätzen seien an den kleinen Standorten sehr schlecht: Welchen Anteil machen Investitionskosten aus, die durch die Erlöse von Fallpauschalen erwirtschaftet wurden?

Welche drei Geburtshilfe Abteilungen sind insbesondere in Bezug zum Umsatz als unzureichend zu werten? Wird hier streng unterschieden zwischen den Erlösen durch Fallpauschale oder auch Investitionskosten miteingerechnet?

5. Folie 44

Hohe Case-Mix-Punkte steigern die Zahlungen durch die Krankenkasse an den KVS. Da über alle Standorte der niedrige CMI auffällt: Sind die Bürger im Einzugsgebiet des KVS gesünder oder suchen schwerkranke Bürger Häuser außerhalb des KVS auf? Wenn dem so ist, was soll mit der Umstrukturierung und damit mit der Auflösung vom KH Herrenberg sich daran ändern?

6. Folien 47-57

Inwiefern bestimmt der Ruf/Qualifikation der Ärzte in den Indikationsbereichen das gute oder schlechte Abschneiden im Benchmark effCM in den jeweiligen Krankenhäusern? Was wird mit der Neustrukturierung erreicht, wenn das / die "Zugpferd-e" nicht mehr dabei ist / sind?

Welche Rolle spielt die unterschiedliche Ausstattung in den IB das Abschneiden im Benchmark? Bringen hier alle Standorte die gleichen Ausgangsbedingungen mit?

7. Folie 70 /71 / 74

Worauf gründet die Annahme, dass mit dem Medizinkonzept 2023 die stationären Fälle der LKR dann tatsächlich innerhalb des KVS versorgt werden und nicht weiterhin jeder 2. Fall im LKR Calw und jeder 3. Fall im LKR BB außerhalb des KVS behandelt wird? Die gleiche Frage gilt für den effCM, deren Marktanteil im LKR BB zu 43% und LKR Calw

zu 55% nicht innerhalb des KVSW erbracht wird. Wo werden diese Leistungen statt dessen erbracht? Und warum soll das zukünftig anders sein mit dem Medizinkonzept 2023. Inwiefern bringt die vorgesehene gestufte Versorgung (Maximalversorger bis Grundversorger) hier einen Vorteil. Was soll die Menschen bewegen, ihre bisherige Entscheidung, sich auswärts behandeln zu lassen, zu überdenken und innerhalb des KVSW zu verbleiben? Wie soll hier eine "Strahlkraft" entstehen, wenn die noch bestehenden Identifikation mit den KH mit dem Medizinkonzept 2023 zerschlagen wird? In der Medizin geht es um Vertrauen zwischen Mensch und Behandler und weniger um "Leistungsschwerpunkte". Wo findet dieser Aspekt Eingang im Medizinkonzept 2023?

8. Folie 72

Der hohe Marktanteil in der Geriatrie wird auf die regionale Angebotsinduzierung zurückgeführt und relativiert. Warum wird in Abrede gestellt, dass die vergleichsweise überdurchschnittliche Annahme dieses Angebotes eben gerade darauf basiert, dass das Vor-Ort Angebot für ältere Personen besonders auf dem Vertrauen in das lokale KH /Station basiert und die nahen Angehörigen kurze Wege haben? Welches stichhaltigen Argument können genannt werden, dass ein höherer Marktanteil an IB durch Konzentration von Leistungen erzeugt wird und nicht durch den Ausbau von Vertrauen der Bevölkerung in die KH bzw. Stationen an Betracht der bestehenden regionalen Marktbegleiter (Uniklinik Tü, BG-Klinik oder Klinikum Stuttgart).

9. Folie 77

Definition der Vokabel "Leistung": wird hier das Ergebnis des effCM verstanden? Dass der effCM in kleinen Häusern geringer ausfällt, liegt nahe, da hier die weniger komplizierten Fälle behandelt werden. Diese müssen aber auch behandelt werden, auch wenn diese nicht so viel Abrechnungspunkte in die Kasse spülen. Wie soll also das Ergebnis im KVSW in der Summe besser ausfallen, wenn diese Fälle dann in größeren Häusern abgerechnet werden müssen und damit den effCM dann dort schmälern?

10. Folie 88

An welcher Stelle wird berücksichtigt, dass die Wahl der Geburtsklinik nicht nur nach der Fahrtzeit sondern auch von der Führungsphilosophie bestimmt ist: Filderklinik: Anthroposophische Klinik, Herrenberg: Hebammen geführter Kreissaal u.a.. Wenn das nicht das ausschlaggebende Argument sein wird, dann gibt es auch keine überregionale Strahlkraft. Oder will der KVSW durch die Ausdünnung des Angebotes die Zahl der Geburten in seinen Häusern herunterfahren, da Geburten für den Verbund unwirtschaftlich sind?

11. Folie 99

Inwiefern tragen die Vergütungen der neurochirurgischen DRGs zur wirtschaftlichen Verbesserung der Bilanz des KVSW bei? Im Klinikum Stuttgart wie an der Uni Tü gibt es unweit gute neurochirurgische Angebote innerhalb einer Fahrtzeit von 40 Minuten - so viel mutet man auch Frauen in den Wehen zu. Würde die Etablierung eines

Neurochirurgischen Angebotes an der Flugfeldklinik ebenfalls empfohlen, wenn die Vergütung der DRGs ein ähnliches wäre, wie bei den wirtschaftlich defizitären Geburten?

12. Folie 106

Wird bei den Fahrtzeitangaben die reale Dauer, wie sie erfahrungsgemäß eben auch dauern kann (Schichtwechsel beim Daimler, Berufsverkehr), angesetzt oder die Fahrtzeit bei freier Fahrt (Nachts um 03:00 Uhr)? Wird an einer Stelle - auch an Betracht der älter werdenden Bevölkerung - berücksichtigt, dass kein Privat-PKW als Transportmittel zur Verfügung steht und stattdessen die Dauer der Fahrt mit dem Rettungswagen einschließlich der Zeiten bis der Rettungswagen eintrifft kalkuliert? Wie sehen dann die Zeiten aus?

13. Folie 110

Welche Investitionsausgaben wurden im Gesundheitscampus Calw bereits getätigt, die nach dem Medizinkonzept 2023 sich als nicht zukunftsfähig erweisen? Auf welcher Grundlage wurde der Ausbau des Gesundheitscampus Calw konzipiert. Welchen Kostenanteil trägt der KVSW. Wie hoch ist der Anteil der erwirtschafteten aDRG-Erlöse an den Investitionskosten für den Gesundheitscampus. Welchen Anteil der Investitionskosten trägt das Land?

14. Folie 111

Warum wird der Gesundheitscampus Calw ausgebaut und die Sanierung im KH Herrenberg geplant und z.T. bereits umgesetzt, wenn doch der Schwerpunkt der Investitionen in Nagold liegen müsste, wenn nach dem Gutachten L&L hier die Versorgungssicherheit grundsätzlich sichergestellt werden muss? Wie viele finanzielle Mittel wurde durch die "Fehlplanung" des KVSW bereits in den Sand gesetzt? Aus welchem Topf sollen die finanziellen Mittel kommen, um die "Fehlplanungen" zu korrigieren, in dem Nagold entsprechend den Vorgaben Folie 111 ertüchtigt werden kann? Woher sollen die "Leistungsverlagerungen" kommen? Welchen Anteil haben die Fehlplanungen an den derzeitigen wirtschaftlichen Fehlbeträgen des KVSW?

Müssen die aufgeführten 10.000 EW auch dann länger als 30 Minuten aufwenden, wenn der Standort Herrenberg als Grund- und Regelversorger erhalten bleibt?

Wie sieht es aus mit "Doppelstrukturen", wenn es politisch nicht vermittelbar ist, dass der in unmittelbarer Nähe gerade gebauten Gesundheitscampus Calw nicht gleich wieder zurückgebaut werden kann?

15. Folie 112

Warum braucht das gerade im Bau befindliche FFK bereits eine Entlastung in der Fachabteilung Geriatrie? Basiert die Konzeption der FFK nicht nur darauf, dass die KH BB und Sifi zusammengelegt werden und damit Synergien erzeugt werden, sondern auch darauf, dass die KH Leonberg und Herrenberg ihr Leistungsspektrum ausdünnen müssen, um

genug Fallzahlen in FFK sicherzustellen? Wurde im Kreistag die Botschaft an die Bevölkerung so kommuniziert, dass mit dem Bau des FFK die kleinen Häuser im KVSW so weit geschwächt werden, dass sie als Regel- bzw. Grundversorger nicht mehr existenzfähig sind? Haben die Herrenberger Bürger mit der Kreisumlage und die Kreisräte aus dem Gäu der Zustimmung zur FFK ihrem eigenen Krankenhaus die Existenzgrundlage entzogen?

16. Folie 113

"Starke Unterdeckung in allen Bereichen, insbesondere in Relation zum geringen Leistungsvolumen zeigt sich der Standort hoch defizitär." Frage: Trifft diese Aussage auch dann noch zu, wenn die hochdefizitäre Sparte Geburten herausgenommen wird und diese wirtschaftlich unattraktive Leistung in einem anderen Haus erbracht wird? Irgendwo müssen die Geburten ja stattfinden. Wieso wird ein Standort, der nicht die größten Fehlbeträge im Deckungsbeitrag aufweist (siehe Folie 38) - obwohl hier die defizitären Geburten stattfinden - als "hochdefizitär" gebrandmarkt, nicht dagegen die anderen Standorte, die ein größeres Defizit aufweisen? Welche plausible Rechtfertigung gibt es dafür?

Wieso wird der Personalmangel nur in Herrenberg hervorgehoben? Liegt dieser nur in Herrenberg vor?

Wieso wird der Ausbau der aktuell schwachen geriatrischen Abteilung in Leonberg zur Entlastung der FFK vorgeschlagen, die hoch angesehene bestehende geriatrische Abteilung in Herrenberg als entbehrbar eingestuft.

Warum wurde noch in jüngster Vergangenheit die Sanierung / Ausbau des KH Herrenberg vom LKR BB vorangetrieben, wenn doch klar sein musste, dass mit der FFK die Fallzahlen im Einzugsgebiet des KVSW nicht ausreichen werden, um gleichzeitig ein kleines KH in Herrenberg und den Maximalversorger FFK wirtschaftlich zu betreiben? Zumal wenn weiterhin 50% der Fallzahlen außerhalb des KVSW behandelt werden. Wann wurde diese Tatsache, dass das Krankenhaus Herrenberg mit der FFK "überflüssig" ist, im Kreistag offen kommuniziert?

Was sind die Gründe, dass das Krankenhaus Leonberg eng an die FFK anzubinden ist, während das Krankenhaus Herrenberg zu eine Ambulanz-Zentrum reduziert wird.

Wie wird die Notfallversorgung um Herrenberg sichergestellt? Im Gutachten von L&L wird kein Wort darüber verloren, wie das Rettungswesen unter diesen Bedingungen neu strukturiert werden muss. Sind die Kosten des Rettungswesens zu Lasten des KVSW abzurechnen? Falls ja: Um welche Beträge wird es sich dabei zukünftig handeln? Falls nein - welche Kosten entstehen für die Volkswirtschaft, wenn anstelle einer Notaufnahme mit Erstversorgung 24/7 ein stattdessen funktionierendes Rettungswesen aufgebaut werden muss? Wie wird sichergestellt, dass in Zeiten des demografischen Wandels für diese Dienstleistung das geeignete Personal zur Verfügung steht? Welche Kosten stehen an, bei der Sicherstellung einer 24 / 7 Notaufnahme in Herrenberg?

An welcher Stelle wird im Original-Gutachten der Aspekt der älter werdenden Gesellschaft hinsichtlich des damit erwartbaren zukünftigen wohnortnahen Bedarfs erörtert?

17. Folie 135

Status Plankrankenhaus soll weiter bestehen bleiben und damit die Finanzierung der Investitionskosten durch das Land über das Krankenhausfinanzierungsgesetz gewährleistet wird. Können Investitionskosten in einem Gesundheitszentrum überhaupt nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vom Land noch finanziert werden? Gilt hier das Abrechnungsmodell nach dem Krankenhausentgeltgesetz?

4 Fragen zur Situation und Zukunft des Krankenhauses Herrenberg

1. Wie viele Frauen, die zum Gebären in den Kreissaal des Krankenhauses Herrenberg kommen, müssen mangels Raum- oder Personalkapazitäten oder aus anderen Gründen abgewiesen werden? Bitte getrennt nach Gründen für die vergangenen fünf Jahre beantworten.
2. Wie viele Geburten im KH Herrenberg, über die letzten fünf Jahre betrachtet, sind Spontangeburt und wie viele Frauen entbinden durch Sectio caesarea?
3. Liegt die mangelnde Wirtschaftlichkeit der Geburtshilflichen Abteilung am Krankenhaus Herrenberg am unzureichendem Kostenersatz von Spontangeburt? Welche anderen Gründe gibt es ggf.?
4. Werden bei der Umsetzung des Medizinkonzepts die offiziell erklärten nationalen und internationalen Ziele in der Geburtshilfe
 - eins-zu-eins Betreuung
 - Förderung (und Erhalt) der Option Familienzimmer [zur Einbeziehung des anderen Elternteils und zwecks positivem Einfluss in Hinblick auf die Bindungsförderung und Stillförderung unter Einbeziehung der Väter (Quelle: Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt)]
 - Promoting baby-friendly hospitals <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals#> vorangetrieben werden oder ist durch die Umstrukturierung von einer Abkehr dieser Gesundheitsziele auszugehen?
5. Welche Vorschriften beziehungsweise gesetzlichen Grundlagen gibt es bezüglich der Infrastruktur und personellen Ausstattung für geburtshilfliche Kliniken aktuell und im Entwurf für die Gesundheitsreform (z.B. Präsenzlabor, Intensivstation, Neonatologie)?
6. Laut Medizinkonzept (Folie 40) arbeiten drei von vier geburtshilflichen Abteilungen wirtschaftlich unzureichend. Ein ansatzweise kostendeckender Betrieb bzw. Überschuss sei nur in Verbindung mit Pädiatrie und Neonatologie zu beobachten. Laut Medizinkonzept soll die Geburtshilfe nach Nagold verlegt werden; aber dort laut Medizinkonzept keine Pädiatrie und Neonatologie aufgebaut werden. Was soll sich an der Wirtschaftlichkeit in Nagold gegenüber Herrenberg ändern?

7. Sollte das vorliegende Medizinkonzept im Bereich der Geburtshilfe umgesetzt werden, mit welchen Investitionen ist für den Aufbau der Geburtshilfe am KH Nagold zu rechnen?
8. Im Entwurf zur Gesundheitsreform ist vorgesehen, dass an Geburtshilflichen Abteilungen eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pädiatrie anwesend sein muss. Wird der Entwurf zum Gesetz werden, würde dies bedeuten, dass entgegen dem vorliegenden Medizinkonzept Nagold eine Pädiatrie und Neonatologie aufgebaut werden müsste. Würde trotzdem am Medizinkonzept festgehalten werden und wie wirkt sich dies auf die Wirtschaftlichkeit im Klinikverbund SW aus? Auf welchen Annahmen beruht die Hoffnung für eine Pädiatrie und Neonatologie in Nagold genügend Personal zu finden, da heute schon Fachärzte für Pädiatrie Mangelware sind?
9. Wäre es bei der umgesetzten Gesundheitsreform denkbar, dass die Geburtshilfliche Abteilung im Krankenhaus Herrenberg von der Pädiatrie und Neonatologie im Flugfeldklinikum mitbetreut wird, da die Entfernung nach Herrenberg deutlich geringer als nach Nagold ist?
10. Im Kreissaal Herrenberg gibt es keinen Fachkräftemangel. Aktuell wurde sogar eine qualifizierte und eingearbeitete Hebamme nach ihrem Studium nicht übernommen. Möglicherweise liegt die ausreichende Personalversorgung an der verkehrsgünstigen Lage von Herrenberg. Deshalb ist nicht davon auszugehen, dass die Hebammen, die in Herrenberg beschäftigt sind nach Nagold wechseln werden. Es besteht die große Gefahr, dass sie sich nach Stuttgart oder Tübingen orientieren. Wie soll in Nagold einem Hebammenmangel, wie er in Calw jetzt schon besteht, begegnet werden?
11. Warum empfiehlt das Medizinkonzept für die Geburtshilfliche Abteilung am KH Herrenberg nicht höhere Marktanteile zu generieren und das wettbewerbliche Umfeld zu stärken? Zu bedenken ist, dass die nächsten geburtshilflichen Abteilungen Richtung Süden in Balingen und Rottweil sind, in Richtung Westen in Freudenstadt. Sollte nicht der Vorwurf entstehen den Leuchtturm Geburtshilfe am Krankenhaus Herrenberg zu stürzen, darf das Einzugsgebiet wie im Medizinkonzept vorgeschlagen nicht verkleinert werden, sondern müssen alle Potentiale genutzt werden, es zu vergrößern.
12. Laut dem Medizinkonzept weist die Geburtshilfe in Herrenberg ein gutes Leistungs- und Versorgungsniveau auf. Die Herrenberger Geburtshilfe ist eine von wenigen Kliniken deutschlandweit, die als Babyfreundliche Klinik ausgezeichnet ist und gleichzeitig das Zusatzangebot eines Hebammenkreißsaales vorhält. Vier ärztliche und Pflegefachkräfte tragen das international anerkannte Gütesiegel als Laktationsberaterin IBCLC. Wie viele Jahre würden benötigt werden bis Nagold ein vergleichbar hohes Niveau erzielt hat?
13. Wurde eine Variante untersucht, die die Gynäkologische und Geburtshilfliche Abteilung in Herrenberg belässt und die Urologische Abteilung von Nagold nach Herrenberg verlegt? Zwischen diesen Disziplinen gibt es Schnittstellen. Eine Urologische Abteilung hätte außerdem Synergien mit der in Herrenberg bestehenden geriatrischen Abteilung, der geplanten geriatrischen Rehabilitationsabteilung bzw. der medizinnahen Kurzzeitpflege.

14. Laut Medizinkonzept sind geriatrische Leistungen im Einzugsgebiet des KVSW deutlich unterrepräsentiert. Welche Gründe gibt es dafür? Wurde überlegt am Krankenhaus Herrenberg eine geriatrische Institutsambulanz aufzubauen?
15. Laut Medizinkonzept soll das Krankenhaus Herrenberg zu einem ambulanten und stationären Gesundheitszentrum entwickelt werden. Ist dabei an ein interprofessionelles Angebot mit Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen, Apotheke, Fachgeschäft für Hilfsmittel usw. gedacht?
16. Das Medizinkonzept empfiehlt die Fortführung des palliativmedizinischen Angebots, eventuell sogar die Fortentwicklung zu einer palliativmedizinischer Fachklinik. Von welchen Faktoren ist der Erhalt oder sogar die Fortentwicklung der Palliativstation abhängig?
17. Sollte das vorliegende Medizinkonzept umgesetzt werden, hätte dies weitreichende Auswirkungen auf Krankentransporte und Rettungsdienst. Die Anzahl an mehr und weiteren Krankentransporten wird durch eine Zentralisierung bei den Kliniken zunehmen. Wie viel zusätzliches Personal wird benötigt werden? Wie soll es bei bestehendem Fachkräftemangel gewonnen werden?
Welche Kosten entstehen im Bereich des Fuhrparkes der Rettungsdienste? Wie soll die Problematik, dass nicht alle Helikopter nachts und bei jeder Wetterlage fliegen können, begegnet werden?
Bekannt ist, dass die Kosten für Rettungsdienst und Krankentransporte nicht vom Klinikverbund SW zu tragen sind. Es entstehen jedoch erhebliche Mehrkosten für das Gesundheitswesen, die über die Krankenversicherungsbeiträge auch von den Einwohner*innen der Landkreise Böblingen und Calw sowie ihren Arbeitgebern zu tragen sind, wenn nicht gleichzeitig Leistungskürzungen vorgenommen werden.