



<b>Mitteilungsvorlage</b>	Vorlage-Nr: <b>VO/2022/254</b>	
- öffentlich -	Datum: 08.02.2022	
Fachdienst Kommunalaufsicht	Ansprechpartner/in: Behrens, Klaus	
	Bearbeiter/in: Behrens, Klaus	
<b>Stellungnahme Medizinstrategie der imland gGmbH vom 07. Februar 2022</b>		
vorgesehene Beratungsfolge:		
Datum	Gremium	Zuständigkeit
	Hauptausschuss	Kenntnisnahme

**1. Begründung der Nichtöffentlichkeit:**

Entfällt

**2. Sachverhalt:**

Zur weiteren Beratung ist dieser Vorlage eine von der Geschäftsführung der imland gGmbH und der Curacon GmbH erstellte „Stellungnahme Medizinstrategie der imland gGmbH vom 7. Februar 2022“ beigefügt.

Eine aktualisierte Einschätzung der Verwaltung zu der beigefügten Stellungnahme enthält die Vorlage VO/2022/253.

**Relevanz für den Klimaschutz:**

Entfällt

**Anlage/n:**

Stellungnahme Medizinstrategie der imland gGmbH vom 7. Februar 2022



# **Stellungnahme Medizinstrategie der imland gGmbH**

**7. Februar 2022**

imland gGmbH

CURACON GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Abbildungsverzeichnis .....	3
Einleitung .....	4
1. Kritische Überprüfung und ggf. Überarbeitung des Vorschlags der Geschäftsführung mit Blick auf die Hinweise und Anmerkungen des Plausibilisierungsgutachtens von Lohfert & Lohfert vom 27.01.2022.....	5
1.1. Stellungnahme des Medical Boards der imland gGmbH.....	5
1.2. Einschätzung CLINOTEL .....	9
1.3. Stellungnahme CURACON .....	9
2. Für den Fall, dass es zu zentralen Aussagen von Lohfert & Lohfert abweichende Bewertungen oder Einschätzungen gibt, sollten die aus Sicht der Geschäftsführung dafür maßgeblichen Punkte transparent und nachvollziehbar aufbereitet werden.....	15
2.1. Innere Medizin.....	15
2.2. Geriatrie .....	15
2.3. Schmerztherapie .....	16
2.4. Verlagerungseffekte .....	16
3. Konkrete Darlegung, wie kurz- mittel- und langfristig eine Auslastung der für die Innere Abteilung in Eckernförde vorgesehenen Betten erreicht werden soll.....	17
4. Darlegung und Begründung, wie die von Lohfert & Lohfert präferierten Varianten eingeschätzt und bewertet werden. Das gilt konkret für folgende Szenarien .....	20
4.1. Weiterentwicklung von Szenario 1 ohne Geburtshilfe, Gynäkologie und Pädiatrie in Eckernförde (Szenario 1a).....	20
4.2. Abwandlung des Szenario 5 dahingehend, das Krankenhaus in Eckernförde zu einer geriatrischen und psychiatrischen Fachklinik weiter zu entwickeln .....	21
5. Aufzeigen der Finanzierungsrisiken für den Kreis im Falle einer Umsetzung von Szenario 5 .....	22
6. Vorlage einer Sensitivitätsanalyse zu dem Vorschlag Szenario 5 im Hinblick auf die wirtschaftliche Tragfähigkeit .....	26
7. Aufzeigen der Optimierungs- und Restrukturierungsmaßnahmen, die am Standort Rendsburg vorgesehen sind .....	32
Fazit.....	33

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Einschätzung zur Kapazitätsdimensionierung, Primärquelle CURACON, Bewertung Lohfert & Lohfert.....	10
Abbildung 2 - Falsche und richtige Darstellung der Aufteilung der Soll-Betten.....	11
Abbildung 3 - Optimierter Bettenbedarf auf Basis der Fälle 2019 .....	13
Abbildung 4 - Herleitung des Bettenbedarfs, entnommen aus der Unterlage "imland Medizinstrategie Ergebnisunterlage" vom 22.12.2021 .....	14
Abbildung 5 - Leistungszahlen, Berichtswesen Innere Medizin, Eckernförde.....	17
Abbildung 6 - Altersstruktur und Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein, Versorgungsbedarfsanalyse Folie 34 .....	18
Abbildung 7 - Veränderungen in den Erkrankungsgruppen, Versorgungsbedarfsanalyse, Folie 35 .....	19
Abbildung 8 - Darstellung der Ergebnis- und Liquiditätsverbesserung .....	23
Abbildung 9 - Annahme: 500 Fälle p.a. Innere Medizin Eckernförde weniger .....	27
Abbildung 10 - Annahme: 1.000 Fälle p.a. Innere Medizin Eckernförde weniger .....	28
Abbildung 11 - Annahme: 50 Mio€ statt 58 Mio€ an Fördermitteln.....	29
Abbildung 12 - Annahme: 40 Mio€ statt 58 Mio€ an Fördermitteln.....	30
Abbildung 13 - Annahme: 0 Mio€ statt 58 Mio€ an Fördermitteln.....	31
Abbildung 14 - optimale Auslastung und Verweildauersteuerung .....	32

Gender-Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Berichterstattung darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer, Frauen und Diverse in gleicher Weise und sind als geschlechtsneutral zu bewerten.

## Einleitung

Eine gute, nachhaltige und bedarfsorientierte medizinische Versorgung der Bevölkerung auf stabilem finanziellem Fundament, mit Beschäftigten, die optimistisch in die Zukunft blicken und Patientinnen und Patienten, die weiterhin gut aufgehoben und versorgt sind – das sind Anspruch und Ziel der neuen Medizinstrategie.

Diese Maßgaben und Zielsetzungen werden in der Gesamtschau am besten von Szenario 5 erfüllt.

Szenario 5 ist die Empfehlung der Geschäftsführung von imland im Konsens mit dem Medical Board und der überwiegenden Mehrheit der Chefärzte. Dieses Szenario erhält beide Standorte als stationäre Kliniken – dies kommt dem Wunsch vieler Menschen bei imland, im Kreis und im Umland entgegen. Eine Basisversorgung für ungeplante Patienten in Eckernförde bliebe möglich, und damit eine wohnortnahe Versorgung. Beide Häuser können auf eigenen Füßen stehen, mit eigenständigen und nachhaltigen Versorgungsangeboten. Vor allem die Doppelstrukturen und die interne Konkurrenz hätten ein Ende, weil die Standorte unterschiedliche Schwerpunkte hätten.

imland ist sich bewusst, dass dieses Szenario mit Risiken verbunden ist. So wie alle weiteren vorgestellten und für imland möglichen Szenarien. Das Szenario 5 ist dahingehend umfangreich berechnet, bewertet und zuletzt von Lohfert & Lohfert auf Plausibilität und Machbarkeit überprüft worden.

Lohfert & Lohfert hat Schwächen und Risiken in Szenario 5 erkannt und aus diesem Grund adaptierte Szenarien 1a und 5a vorgeschlagen. imland hat diese Hinweise dankbar aufgenommen und umfassend geprüft. Finden Sie nachfolgend eine kritische Auseinandersetzung mit den Szenarien 1, 1a, 5 und 5a und den damit verbundenen Herausforderungen und eine erneute Bewertung durch imland, Experten des Medical Boards, CURACON und CLINOTEL.

## 1. Kritische Überprüfung und ggf. Überarbeitung des Vorschlags der Geschäftsführung mit Blick auf die Hinweise und Anmerkungen des Plausibilisierungsgutachtens von Lohfert & Lohfert vom 27.01.2022

### 1.1. Stellungnahme des Medical Boards der imland gGmbH

#### **Einleitung**

Das Medical Board sieht sich durch das o.g. Gutachten in der Empfehlung für das Szenario 5 bestätigt. Hinsichtlich der Methodik wird testiert, dass die angewendeten Kriterien und deren Gewichtung nachvollziehbar sind. Hinsichtlich der inhaltlich-strukturellen Ausgestaltung ergibt sich eine Kongruenz in vielen Aspekten. Im Folgenden nimmt das *Medical Board* der imland gGmbH zu den Ergebnissen Stellung:

#### **In der Beurteilung kongruente Aspekte**

In den folgenden Punkten besteht eine einheitliche Bewertung:

- Der geburtshilfliche Versorgungsbedarf im Kreisgebiet wird im Szenario 5 insuffizient abgebildet. Die Zentralisation der Geburtshilfe mit Pädiatrie und Neonatologie in Rendsburg ist sinnvoll. Die Geburtsstation in Eckernförde wird dauerhaft geschlossen.
- Der Versorgungsbedarf im Kreisgebiet im Bereich der Notfallversorgung ist suffizient abgebildet. Die stationäre Innere Medizin in Eckernförde wird mit einer 24/7 Notaufnahme betrieben während die chirurgische Notfallversorgung ambulant erfolgen kann. Eine 24/7-Notfallversorgung chirurgischer Patienten ist nicht notwendig, die konkreten Zeiten der Notfallversorgung im operativen Bereich sind abzustimmen (z.B. 08.00 Uhr bis 20.00 Uhr).
- Die Verlagerung der Psychiatrie nach Eckernförde ist nachvollziehbar und möglich.

Auch ist unstrittig, dass es große Anstrengungen bedarf, „das bestehende Marktpotenzial zu halten bzw. zu heben“. Hier dürfen wir auf die sehr hohe Motivation der Mitarbeiter verweisen, die das Szenario 5 innerhalb von 6 Monaten in unzähligen Arbeitsgruppen entworfen haben und natürlich jetzt auf eine baldige Umsetzung hoffen, die sie auch aktiv mitgestalten wollen.

Als Beratungsgremium der Geschäftsführung dürfen wir hier noch einmal explizit darauf hinweisen, dass nach unserer Einschätzung eine Verzögerung der Entscheidung bezüglich des Standortkonzeptes auf eine Abschaffung des Klinikstandortes Eckernförde hinwirken wird. Ursächlich dafür ist die bereits begonnene Abwanderung von Personal in umliegende Kliniken. Die Abwanderung von Fachpersonal ist 2021 gegenüber 2019 um mehr als das Doppelte gestiegen, Bewerbungen gibt es für diesen Standort so gut wie keine. Diese Entwicklung wird sich nach unserer Einschätzung rasch fortsetzen, sollte keine zügige klare und konkrete Entscheidung zur Sicherung des Standortes getroffen werden.

#### **Punkte mit Ergänzungsbedarf**

Unter der Prämisse einer 2-Standort-Lösung beschreibt Lohfert & Lohfert die folgenden 2 Szenarien (Kurzgutachten Lohfert & Lohfert, Folie 72):

Szenario „Lohfert & Lohfert 1a“ ohne Gynäkologie/Geburtshilfe, ohne Belegabteilungen, mit Ausbau der Geriatrie und einer „Basis Notfallversorgung“ in Eckernförde, gegebenenfalls mit „Verzicht auf nächtliches Operieren zur Weiterentwicklung“.

- Dieses Szenario entspricht nach unserer Einschätzung in der Konsequenz weitestgehend dem von imland vorgeschlagenen Szenario 5. Auch hier ist ein Ausbau der Geriatrie vorgesehen sowie auch eine Basis Notfallversorgung in Eckernförde mit stationär internistischem und ambulant operativem Angebot.  
Die genaue Ausgestaltung der ambulanten chirurgischen Tätigkeit müsste von Lohfert & Lohfert noch konkretisiert werden. Im Szenario 5 von imland sind Angebote für ambulante chirurgische Eingriffe inkludiert. Die Vorhaltung einer operativen Dienstbereitschaft dagegen wäre nicht notwendig.  
Konzepte, bei denen Patienten stationär operiert werden, bedürfen immer einer operativen und anästhesiologischen Dienstbereitschaft, was dem Szenario 1, also dem heutigen Stand, entsprechen würde.  
Das Szenario 5 sieht eine Stärkung des vorhandenen MVZ vor, was u.a. in personeller Hinsicht sinnvoll wäre. Die Schaffung einer tagesstationären chirurgischen Einheit ist innerhalb des Szenario 5 möglich.

In Szenario „Lohfert & Lohfert 5a“ soll ein geriatrischer Schwerpunkt (gegebenenfalls durch komplette Übernahme der Geriatrie aus Rendsburg) mit einer psychiatrischen Klinik kombiniert werden.

- Eine Stärkung der Geriatrie ist, wie oben bereits beschrieben im von imland vorgeschlagenen Szenario 5 enthalten. Eine Übernahme der Geriatrie aus Rendsburg erscheint strategisch aus den folgenden Gründen nicht sinnvoll:
  1. Die heimatnahe geriatrische Versorgung in Rendsburg und in Eckernförde hat einen hohen Stellenwert bei der Bevölkerung und sichert z.B. Besuche von Angehörigen. Die Kliniken der beiden Standorte haben bereits jetzt unterschiedliche Patientenkollektive, die sich aus der Klinikinfrastruktur ergeben.
  2. Vom Betreiben einer geriatrischen Abteilung ohne am Standort befindliche Innere Medizin muss ärztlicher- und pflegerischerseits dringend abgeraten werden. Auch geriatrische Patienten benötigen u.a. internistische Funktionsdiagnostik.

Zu den Einwänden von Lohfert & Lohfert bezüglich der Ausgestaltung der Inneren Medizin in Eckernförde hat das Medical Board die folgenden Anmerkungen:

Zahlreiche diagnostische Verfahren sind fester Bestandteil der internistischen Basisversorgung, als Beispiele sind hier der Ultraschall der inneren Organe, die Spiegelungen von Magen und Darm (=Endoskopie), der Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) zu nennen, während hochspezialisierte Verfahren an Zentren vorgehalten werden müssen (z.B. Herzkatheteruntersuchung=Koronarangiographie).

Die internistische Klinik am Standort Eckernförde verfügt über alle notwendigen Verfahren der internistischen Basisdiagnostik und –therapie.

Bereits heute erfolgt die bildgebende Diagnostik über die radiologische Praxis am Ort, die über konventionelle Röntgendiagnostik und Schnittbilddiagnostik verfügt (=Computertomographie, Magnetresonanztomographie). In Szenario 5 wird diese Basisdiagnostik und –Versorgung am Standort Eckernförde weitergeführt.

In dem Gutachten von Lohfert & Lohfert wird angeführt: „Die derzeit hohe Notfallquote der internistischen Patienten in Eckernförde mit vergleichsweise hohem Intensivanteil (ca. 15%) und in Zukunft eingeschränkter notfallassoziierter Leistungsfähigkeit lässt einen deutlich rückläufigen Zuspruch in der internistischen Akutversorgung für den Standort Eckernförde erwarten.“

Diese Ansicht teilt das Medical Board nicht. Es besteht schon heute eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten, welche auch die Endoskopie sowie den kardiologischen Schwerpunkt sehr schätzen. Eine Verlegung wird nur dann notwendig sein, wenn kardiologische Spezialdiagnostik im Herzkatheterlabor durchgeführt werden muss. Dies ist bereits heute so.

In unserem Szenario 5 wird eine leistungsfähige „Intermediate Care – Versorgung“ zur Behandlung komplexer Fälle zur Verfügung stehen – dies beinhaltet eine Beatmungsmöglichkeit für den Zeitraum von bis zu 48 Stunden.

Intensivmedizinische Behandlung i.S.d. gesetzlichen Vergaben benötigt u.a. eine Vielzahl spezialisierter Abteilungen im Haus (u.a. Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Neurochirurgie) – das ist für die Eckernförder Klinik nicht realistisch. In der Konsequenz werden intensivmedizinische Leistungen von den Kostenträgern nicht adäquat vergütet.

Bereits heute befinden sich auf der „Intensivstation“ in Eckernförde vornehmlich internistische Patienten, die nicht oder nur kurzzeitig beatmet werden und nicht das Spektrum einer formalen Intensivstation benötigen. Die benötigte Versorgung entspricht eher einer Intermediate-Care-Unit (IMC) und deshalb hat imland dieses Konzept auch so benannt. An der tatsächlichen Versorgung ändert sich nichts Wesentliches.

### **Zusammenfassung**

Es wird basierend auf der Versorgungsbedarfsanalyse, der Bearbeitung durch imland mit Unterstützung von CURACON und jetzt auch gemäß Beurteilung durch Lohfert & Lohfert eindeutig aufgezeigt, dass die jetzige Struktur („Szenario KPMG 1“) nicht zukunftsfähig ist.

Das von Lohfert & Lohfert geschilderte Szenario 1 entspricht im Wesentlichen unserem Szenario 5 mit internistisch/altersmedizinischen stationären Angebot sowie ambulantem operativem Angebot sowie einer stationären Psychiatrie.

Das „Szenario Lohfert & Lohfert 5“ mit Geriatrie und Psychiatrie ohne Innere Medizin hält das Medical Board nach Prüfung und Diskussion mit weiteren Experten und Erfahrungsberichten anderer Kliniken für nicht sinnvoll.

Die Notfallversorgung ist im Szenario 5 bedarfsgerecht sichergestellt. Im Fachbereich der Inneren Medizin werden alle basisinternistischen Verfahren inklusive einer *Intermediate Care*-Behandlung vorgehalten.

Auch soll darauf hingewiesen werden, dass die Aufstellung der Kliniken mit Weiterbildungsmöglichkeiten von Innerer Medizin, Geriatrie und Schmerztherapie sowie weitere Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Psychotherapie für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonal hoch attraktiv ist.

Die Mitglieder des Medical Board sind sich bewusst, dass jegliche Zukunftsszenarien mit Risiken verbunden sind. Unter der Prämisse, dass beide Klinikstandorte erhalten bleiben sollen, sieht das Medical Board im Szenario 5 deutlich geringere Risiken als in allen anderen Szenarien und deren Variationen.

Szenario 5 ist bedarfsgerecht, medizinisch sinnvoll und nachhaltig, was in den wesentlichen Aussagen auch durch das jetzt vorliegende Plausibilitätsgutachten von Lohfert & Lohfert bestätigt wird.

Mitglieder des Medical Board:



Frau Jill Bachmann,  
Pflegedirektorin Rendsburg und Eckernförde



Dr. med. Wolfgang Urbach,  
Ärztlicher Direktor Eckernförde



Prof. Dr. med. Andreas Stark,  
Ärztlicher Direktor Rendsburg



Prof. Dr. med. Nour Eddine El Mokhtari,  
Chefarzt KPI (Rendsburg) und Innere Medizin (Eckernförde)



Priv.-Doz. Dr. med. Christian Wissgott,  
Chefarzt Radiologie und Neuroradiologie, Rendsburg

## 1.2. Einschätzung CLINOTEL

CLINOTEL ist ein trägerübergreifender Verbund, dem sich öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser aus ganz Deutschland anschließen können. Das gemeinsame Ziel der Mitgliedshäuser ist es, die medizinische Versorgung für die Patienten beständig immer weiter zu verbessern. Der Verbund hat 68 Mitgliedshäuser mit insgesamt über 30.000 Betten, welche für Vergleiche in den Bereichen Qualität, Prozesse, Strategie oder Lernen & Innovation herangezogen werden können.

Für CLINOTEL ist das „Modell 5“ aus den folgenden Gründen plausibel:

- Das akutmedizinische internistische Leistungsangebot ist angesichts der Fallzahlen und des sehr geringen ambulanten Potentials bedarfsnotwendig.
- Die Abteilung Innere Medizin könnte sich im Hinblick auf die Refinanzierung der Betriebskosten aufgrund des DRG-Erlösvolumens rechnerisch selbst tragen.
- Die Ergänzung speziell um die Geriatrie ist angesichts der demografischen Entwicklung und der „Schnittmengen“ zwischen beiden Fachdisziplinen sachgerecht.
- Bei Konzentration der Psychiatrie am Standort Eckernförde ergibt sich perspektivisch mit einer Gerontopsychiatrie zusätzliches Potential zur Entwicklung des Standorts.
- Die von der Lohfert & Lohfert AG formulierte Definition „ländlicher Strukturen“ trifft bei Betrachtung der Bevölkerungsdichte des Landkreises Rendsburg-Eckernförde auch auf den Standort Eckernförde zu - die Argumentation spricht also nicht gegen ein konservatives Leistungsangebot an diesem Standort.
- Im CLINOTEL-Krankenhausverbund werden Krankenhausstandorte mit ausschließlich „konservativen“ Fachdisziplinen in Regionen mit deutlich geringerer Bevölkerungsdichte betriebswirtschaftlich erfolgreich geführt.

## 1.3. Stellungnahme CURACON

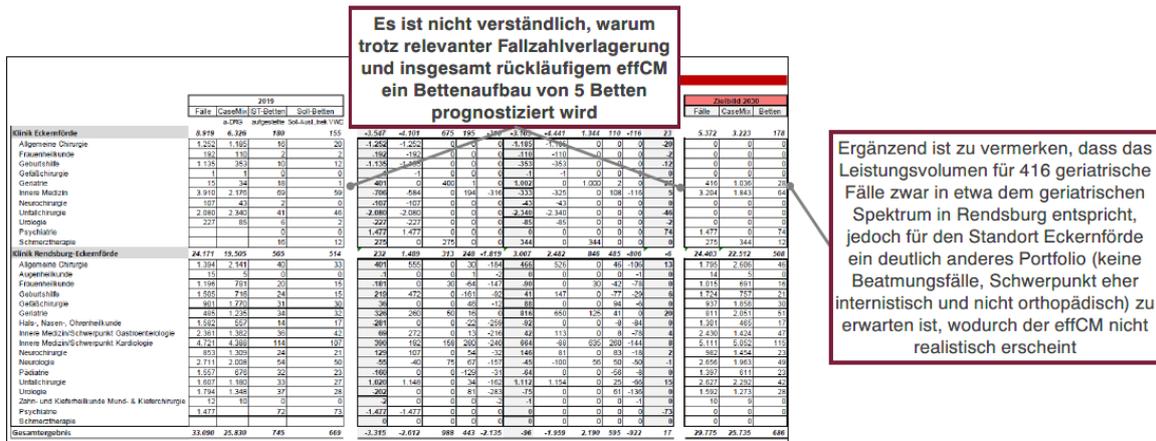
### Allgemeine Einführung

Die Berechnungen zu den Ressourcenbedarfen der Szenarien in der Medizinstrategie der imland gGmbH wurden im Auftrag durch die CURACON GmbH durchgeführt. CURACON wurden deshalb gebeten, zu den Feststellungen der Gutachter der Lohfert & Lohfert AG vom Januar 2022 Stellung zu nehmen. Dieser Bitte ist CURACON gerne nachgekommen.

Grundsätzlich gibt es dabei zu betonen, dass die Anforderung an die Strategieentwicklung einerseits darin bestand, den Anknüpfungspunkt an die Versorgungsbedarfsanalyse des Kreises Rendsburg-Eckernförde zu finden und andererseits die seitens der KPMG vorentwickelten Szenarien in eine vergleichbare Aufbau- und Bewertungslogik zu überführen. Zur Verunsicherung hat eine Darstellung zur Kapazitätsdimensionierung des Szenario 5 für die imland gGmbH auf einer Folie gesorgt, die im Gutachten als Folie 35 wiederaufgenommen wurde, vgl. Abbildung 1.

# Die Dimensionierung der Inneren Medizin in Eckernförde ist in Frage zu stellen

## Einschätzung zur Kapazitätsdimensionierung



Quelle: Ergebnisunterlage: Unterstützung bei der Entwicklung einer Medizinstrategie für die inmland gGmbH, S.94

© Lohfert & Lohfert AG (2022). Alle Rechte vorbehalten. 35

**Abbildung 1 - Einschätzung zur Kapazitätsdimensionierung, Primärquelle CURACON, Bewertung Lohfert & Lohfert**

Auf dieser Folie hat CURACON einen Bettenbedarf in einem optimierten Betrieb für das Jahr 2019 von 155 Betten am Standort Eckernförde und 178 Betten im Szenario 5 am Standort Eckernförde errechnet. Diese Zahlen wurden erneut überprüft und sind korrekt.

Für die Fachabteilung Innere Medizin hat CURACON in einem optimierten Betrieb für das Jahr 2019 einen Betrieb von 69 Betten ausgewiesen und im Szenario 5 mit Umsetzung aller Aspekte von 64 Betten. Die ausgewiesene Bettenzahl für einen optimierten Betrieb der Fachabteilung für Innere Medizin im Jahr 2019 ist falsch ausgewiesen. Richtigerweise müsste die Zahl 71 Betten betragen (vgl. Abbildung 2).

Der Fehler in der Darstellung resultiert daraus, dass der Schmerztherapie, die ja keine eigene Fachabteilung mit Abrechnungsschlüssel darstellt, in der Darstellung 12 Betten zugewiesen wurden. Da es sich in der Darstellung der optimierten Bettenanzahl um eine rechnerische Größe handelt und die Schmerztherapie im Jahr 2019 noch keine zuordenbaren Leistungen erbracht hat, können hier logischerweise keine Betten errechnet werden. Die Betten sind vielmehr den Leistungen der Inneren Medizin zuzurechnen. Der detaillierte Rechnungsweg mit Ableitung von der Vorgehensweise in der Versorgungsbedarfsanalyse ist unter Abschnitt 2. erläutert. Für einen Grobcheck an dieser Stelle sei einmal kurz die Rechnung dargestellt:  $3.910 \text{ Fälle} \times 5,32 \text{ Tage VWD (Ist-VWD < InEK-VWD)} / 365 \text{ Tage} / 80\% \text{ Auslastung}$  ergibt 71 Betten.

	2019					2019			
	Fälle	CaseMix	IST-Betten	Soll-Betten		Fälle	CaseMix	IST-Betten	Soll-Betten
<b>Falsch</b>					<b>Richtig</b>				
<b>Klinik Eckernförde</b>	<b>8.919</b>	<b>6.326</b>	<b>180</b>	<b>155</b>	<b>Klinik Eckernförde</b>	<b>8.919</b>	<b>6.326</b>	<b>180</b>	<b>155</b>
Allgemeine Chirurgie	1.252	1.185	16	20	Allgemeine Chirurgie	1.252	1.185	16	20
Frauenheilkunde	192	110	2	2	Frauenheilkunde	192	110	2	2
Geburtshilfe	1.135	353	10	12	Geburtshilfe	1.135	353	10	12
Gefäßchirurgie	1	1	0	0	Gefäßchirurgie	1	1	0	0
Geriatric	15	34	18	1	Geriatric	15	34	18	1
Innere Medizin	3.910	2.176	69	59	Innere Medizin	3.910	2.176	69	71
Neurochirurgie	107	43	2	0	Neurochirurgie	107	43	2	0
Unfallchirurgie	2.080	2.340	41	46	Unfallchirurgie	2.080	2.340	41	46
Urologie	227	85	6	2	Urologie	227	85	6	2
Psychiatrie			0	0	Psychiatrie				
Schmerztherapie			16	12	Schmerztherapie			16	0
<b>Klinik Rendsburg-Eckernförde</b>	<b>24.171</b>	<b>19.505</b>	<b>565</b>	<b>514</b>	<b>Klinik Rendsburg-Eckern</b>	<b>24.171</b>	<b>19.505</b>	<b>565</b>	<b>514</b>
Allgemeine Chirurgie	1.394	2.141	40	33	Allgemeine Chirurgie	1.394	2.141	40	33
Augenheilkunde	15	5	0	0	Augenheilkunde	15	5	0	0
Frauenheilkunde	1.196	781	20	15	Frauenheilkunde	1.196	781	20	15
Geburtshilfe	1.505	716	24	15	Geburtshilfe	1.505	716	24	15
Gefäßchirurgie	901	1.770	31	30	Gefäßchirurgie	901	1.770	31	30
Geriatric	485	1.235	34	32	Geriatric	485	1.235	34	32
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1.582	557	14	17	Hals-, Nasen-, Ohrenh	1.582	557	14	17
Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	2.361	1.382	36	42	Innere Medizin/Schwe	2.361	1.382	36	42
Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	4.721	4.388	114	107	Innere Medizin/Schwe	4.721	4.388	114	107
Neurochirurgie	853	1.309	24	21	Neurochirurgie	853	1.309	24	21
Neurologie	2.711	2.008	54	50	Neurologie	2.711	2.008	54	50
Pädiatrie	1.557	676	32	23	Pädiatrie	1.557	676	32	23
Unfallchirurgie	1.607	1.180	33	27	Unfallchirurgie	1.607	1.180	33	27
Urologie	1.794	1.348	37	28	Urologie	1.794	1.348	37	28
Zahn- und Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurg	12	10	0	0	Zahn- und Kieferheilk	12	10	0	0
Psychiatrie	1.477		72	73	Psychiatrie	1.477		72	73
Schmerztherapie					Schmerztherapie				
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>33.090</b>	<b>25.830</b>	<b>745</b>	<b>669</b>	<b>Gesamtergebnis</b>	<b>33.090</b>	<b>25.830</b>	<b>745</b>	<b>669</b>

Abbildung 2 - Falsche und richtige Darstellung der Aufteilung der Soll-Betten

Die fehlerhafte Darstellung bittet CURACON zu entschuldigen. Sie ist der Tatsache geschuldet, dass der sogenannte „Kopf“ der Berechnungsdatei für die Jahresdarstellung 2019-2030 erstellt wurde, um alle (auch potenziellen) Bereiche abbilden zu können.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Optimierung von Auslastung und Verweildauer bereits zum Aufsatz der Berechnungen durchgeführt wurde, um alle Szenarien einerseits auf die Versorgungsbedarfsanalyse und andererseits auf die Berechnungen der KPMG aufsetzen zu können. Die Veränderungen durch Verlagerungen, Veränderungen aufgrund demographischer Entwicklungen und Ambulantisierung oder die Realisierung weiterer Potenziale sind nachfolgend berechnet worden.

Weiterhin wurde zur Berechnung der Optimierung der Verweildauer dort die Verweildauer-Benchmark des InEK angesetzt, wo imland über der Benchmark liegt. Dort, wo imland unter diesem Wert liegt, wurde die IST-Verweildauer angesetzt.

Eine weitere Verkürzung der Verweildauer bis hin zum Jahr 2030 wurde wie in der Versorgungsbedarfsanalyse nicht angesetzt, da grundsätzlich auf die Annahmen der Landeskrankenhausplanung zu Auslastung und Verweildauer aufgesetzt wurde (vgl. Landeskrankenhausplanung, Allgemeiner Teil, 10.2 Bettenutzung; 10.3. Bedarfsbestimmende Faktoren). CURACON ist der Trend zu einer weiteren Verkürzung der Verweildauer bekannt, allerdings hat sich dieser Trend in den letzten Jahren abgeschwächt bzw. unter Corona-Bedingungen teilweise umgekehrt. Wie die Landeskrankenhausplanung feststellt, gibt es unterschiedliche Aussagen und Prognosen zu diesen bedarfsbestimmenden Faktoren. Nicht unerhebliche Faktoren sind nach Ansicht der Experten, insbesondere im Vergleich zu anderen europäischen Ländern das sektorierte Gesundheitswesen in Deutschland und die Entwicklungen im ambulant-versorgenden Markt, der ja für eine vermehrt in diesen Bereich verlagerte Versorgung gerüstet sein müsste. Aus diesen Gründen wurde den Annahmen der Landeskrankenhausplanung auch bei der Entwicklung der Szenarien gefolgt.

Im Folgenden wird das Vorgehen bei der Bettenbedarfsberechnung für den Standort Eckernförde umfassend erläutert.

### **Herleitung des Bettenbedarfs im Zielbild 2030 von Szenario 5**

Die Ermittlung des Bettenbedarfs im Zielbild von Szenario 5 erfolgte in zwei Schritten, die nachstehend dargestellt werden. Hierbei wurde analog des Vorgehens in der Versorgungsbedarfsanalyse für den Kreis Rendsburg-Eckernförde vorgegangen, um eine Vergleichbarkeit zu diesem Szenario 5 und der unterschiedlichen, auch bereits von KPMG entwickelten Szenarien, herzustellen.

Zunächst wurde analog zur Versorgungsbedarfsanalyse anhand von Verweildauern und Auslastungen der für die Fallzahlen 2019 optimierte Bettenbedarf ermittelt. Grundlage dessen waren die Planbetten sowie aufgestellten Betten 2021, die CURACON von imland zur Verfügung gestellt wurden.

Im Jahr 2021 waren in Rendsburg 494 somatische sowie 72 psychiatrische Betten aufgestellt; in Eckernförde 180 somatische Betten. Insgesamt stellten die imland Kliniken 2021 745 Betten auf. Im Landeskrankenhausplan sind für imland 800 Planbetten vorgesehen.

Unter Berücksichtigung einer optimierten Auslastung der Betten, die fachabteilungsspezifisch dem Landeskrankenhausplan Schleswig-Holstein zu entnehmen ist, reduziert sich der Bettenbedarf der imland Kliniken auf 683 Betten für Rendsburg und Eckernförde. In der Psychiatrie wurden die Planbetten angesetzt.

Unter der Annahme einer verbesserten Verweildauersteuerung reduziert sich der Bettenbedarf weiter auf 669 Betten. Die Fachabteilungen am Standort Rendsburg wiesen im Jahr 2019 Verweildauern oberhalb den vom InEK angegebenen auf. Wird bei einer optimierten Auslastung die Verweildauer effizienter gesteuert, sind bei Annahme des Fallzahlenniveaus aus 2019 am Standort Rendsburg 14 Betten weniger erforderlich. Da Eckernförde bereits unterhalb der InEK-Verweildauern liegt, wurden die tatsächlichen Verweildauern aus 2019 berücksichtigt. Die oben dargelegte Herleitung der Soll-Betten ist Abbildung 3 zu entnehmen.

## Bei optimaler VWD-Steuerung und Auslastung wären im Jahr 2019 bereits 669 Betten ausreichend gewesen.

Bettenbedarfsberechnung ohne Berücksichtigung von Szenarioeffekten

	Planbetten	Aufgestellte Betten*	1 Bettenbedarf 2019	2 Optimierung Belegung
Rendsburg	467	494	454	- 14
Eckernförde	186	180	155	0 (optimiert)
<b>SUMME</b>	<b>653</b>	<b>674</b>	<b>609</b>	<b>- 14</b>
Psychiatrie	74	72	74	
<b>Summe (inkl. Psy)</b>	<b>727</b>	<b>745</b>	<b>683</b>	<b>669</b>

① Bettenbedarf auf Basis der Fallzahl 2019, IST-Verweildauer und SOLL-Auslastung lt. KH-Plan

② Potenzial ggü. Bettenbedarf 2019 (1) bei Belegung mit InEK-Verweildauer und SOLL-Auslastung lt. KH-Plan

Quelle: Datenlieferung imland; 2021 Aufgestellte-Betten-Plan-Betten für Curacon 30.09.2021\*  
\*inkl. Intensiv, WL + HNO; exkl. Tageskliniken

CURACON 228

Abbildung 3 - Optimierter Bettenbedarf auf Basis der Fälle 2019

Das heißt, dass der Schritt der Verbesserung der Auslastung der Fachabteilungen und der Verweildaueroptimierung bereits zum Anfang der Berechnung durchgeführt wurde, um eine Vergleichbarkeit der Szenarien herzustellen. Ausgehend von dieser optimierten Belegung wurde von CURACON im zweiten Schritt der Bettenbedarf im Zielbild 2030 berechnet. Dieser setzt sich zusammen aus den fachabteilungsspezifischen Fallzahlen 2019 sowie Veränderungen durch Fallverlagerungen, Potenzialen sowie Effekten aus Demographie und Ambulantisierung. Ausgehend von fachabteilungsspezifischen Verweildauern und Auslastungen laut Krankenhausplan wurde der Bettenbedarf ermittelt. In Summe dessen steigt der Bettenbedarf nicht, sondern er sinkt von 745 aufgestellten (respektive 727 Plan-) Betten auf 686 benötigte Betten im Szenario 5.

Konkret wurden in der Geriatrie in Eckernförde 15 Fälle aus 2019 mit der InEK-Verweildauer angesetzt. Die IST-Verweildauer fand in diesem Fall keine Anwendung, da diese oberhalb der InEK-Verweildauer liegt und mit 15 Fällen in 2019 noch nicht hinreichend aussagekräftig ist. Zudem wird in 2030 von einer verbesserten Verweildauersteuerung ausgegangen, die über die InEK-Verweildauer abbildbar ist. Die Potenziale aus dem Markt und der demografischen Entwicklung wurden ebenfalls mit der InEK-Verweildauer angesetzt. Somit ergeben sich rechnerisch  $(15 + 401) * 22,45 = 9.339,2$  Belegungstage. Bei einer Soll-Auslastung von 90% werden in 2030 28 Betten in der Geriatrie in Eckernförde benötigt.

Für die Innere Medizin sowie die Schmerztherapie sind die Rechenwege in ihrer Struktur analog zur Geriatrie. Bei der Fallverlagerung der Inneren Medizin (-584 Fälle auf der Annahme des geänderten Fachabteilungsportfolios am Standort Eckernförde) wird die IST-Verweildauer verwendet, die bereits unterhalb der InEK-Verweildauer liegt. Demographiefälle wurden, wie auch bei der Geriatrie, mit der InEK-Verweildauer angesetzt. Dieses Verfahren wurde grundsätzlich angewandt, da eine genaue Fallspezifikation in der Zukunft nicht bekannt ist und somit Normwerte verwandt wurden. Den 316 ambulantisierbaren Fällen liegt

nach Auswertung eine Verweildauer von 1,1 Tagen zugrunde. Unter Berücksichtigung einer Soll-Auslastung von 80% ergibt sich somit ein Bedarf für 64 Betten.

Das Marktpotenzial von 275 Fällen in der Schmerztherapie wird mit einer Verweildauer von 14,3 Tagen berücksichtigt. Da der Leistungsaufbau in diesem Bereich in Eckernförde erst zum 2. Quartal 2020 begonnen wurde, hat CURACON zur Kalkulation Daten aus einem Vergleichsprojekt genutzt. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass Leistungen der multimodalen Schmerztherapie in der ersten Behandlungsstufe (bis 13 Behandlungstage) erbracht werden und ein geringer zusätzlicher zeitlicher Aufwand im Rahmen der Aufnahme und Entlassung entsteht. Bei einer Soll-Auslastung von 90% sind in 2030 12 Betten erforderlich.

Die obigen Ausführungen sind zusammengefasst in Abbildung 4 zu entnehmen. Diese zeigt die detaillierten Rechenschritte bei gleicher Struktur wie die Zusammenfassung in Abbildung 1 auf.

		2019						Szenario 5											Zielbild 2030			
		Fälle	CaseMix	IST-VWD	InEK-VWD	Soll-Aust.	IST-Betten	Soll-Betten	Veränderungen bis 2030 (auf Basis 2019)								Fälle	CaseMix	Betten			
		Gesamt	Fallverlag	Potenzial	Dem.	Amb.	Gesamt	Fallverlag	Potenzial	Dem.	Amb.	Fallverl.	Pot.	Dem.	Amb.	Gesamt	Fälle	CaseMix	Betten			
<b>Klinik Eckernförde</b>		<b>8.919</b>	<b>6.326</b>				<b>180</b>	<b>155</b>	<b>-3.547</b>	<b>-4.101</b>	<b>675</b>	<b>195</b>	<b>-316</b>	<b>-3.103</b>	<b>-4.441</b>	<b>1.344</b>	<b>110</b>	<b>-116</b>	<b>23</b>	<b>5.372</b>	<b>3.223</b>	<b>178</b>
Allgemeine Chirurgie		1.252	1.185	5,04	5,55	85%	16	20	-1.252	-1.252	0	0	0	-1.185	-1.185	0	0	0	-20	0	0	0
Frauenheilkunde		192	110	2,73	3,70	80%	2	2	-192	-192	0	0	0	-110	-110	0	0	0	-2	0	0	0
Geburthilfe		1.135	353	3,02	3,18	80%	10	12	-1.135	-1.135	0	0	0	-353	-353	0	0	0	-12	0	0	0
Gefäßchirurgie		1	1	1,00	2,30	80%	0	0	-1	-1	0	0	0	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0
Geriatric		15	34	30,20	22,45	90%	18	1	401	0	400	1	0	1.002	0	1.000	2	0	22,45	22,45	22,45	27
Innere Medizin		3.910	2.176	5,32	5,51	80%	69	71	-706	-584	0	194	-316	-333	-325	0	108	-116	5,32	5,51	1,10	-7
Neurochirurgie		107	43	1,27	2,19	80%	2	0	-107	-107	0	0	0	-43	-43	0	0	0	0	0	0	0
Unfallchirurgie		2.080	2.340	6,80	6,60	85%	41	46	-2.080	-2.080	0	0	0	-2.340	-2.340	0	0	0	0	0	0	0
Urologie		227	85	2,73	3,51	70%	6	2	-227	-227	0	0	0	-85	-85	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie									1.477	1.477	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	74
Schmerztherapie						90%	16	0	275	0	275	0	0	344	0	344	0	0	14,30			12

Abbildung 4 - Herleitung des Bettenbedarfs, entnommen aus der Unterlage "inland Medizinstrategie Ergebnisunterlage" vom 22.12.2021

Zusammengefasst ergibt sich ein Bettenbedarf von 178 Betten für den Standort Eckernförde. In der Inneren Medizin ergibt sich zum Aufsatzpunkt 2019 eine Reduktion um 7 Betten, für die Geriatrie ein Aufbau von 27 Betten, für die Schmerztherapie von 12 Betten. Hinzu kommen die 74 verlagerten Betten der Psychiatrie.

2. Für den Fall, dass es zu zentralen Aussagen von Lohfert & Lohfert abweichende Bewertungen oder Einschätzungen gibt, sollten die aus Sicht der Geschäftsführung dafür maßgeblichen Punkte transparent und nachvollziehbar aufbereitet werden

### 2.1. Innere Medizin

#### **Mit Bezug zu den Folien 36 und 37 aus der Präsentation: *Detailbetrachtung und Bewertung der Szenarien vom 14./ 15. Januar 2022***

Zur Entwicklung des Szenario 5 wurde wegen Veränderung des Fachabteilungsportfolios am Standort Eckernförde eine Untersuchung des Diagnosespektrums in Zusammenarbeit mit den Fachexperten der imland-Kliniken vorgenommen. Diese ergab, dass überschlägig 15% der in 2019 versorgten Fälle (-584 Fälle) nicht mehr am Standort Eckernförde versorgt werden können.

Die übrigen Fälle entsprechen den Versorgungsmöglichkeiten der Abteilung für Innere Medizin, die typischerweise auch schon jetzt auf ein Grundversorgungsspektrum ausgerichtet ist, was sich im vergleichsweise niedrigen CMI (Schweregradindikator) der Abteilung zeigt. Für diese Versorgung ist typischerweise Basisdiagnostik in der Inneren Medizin vorzuhalten, die neben EKG und Sonographie auch endoskopische Diagnostik umfasst.

Diese wird durch die Kollegen derzeit sowie in Zukunft erbracht werden. Eine Verlegung von Patienten nach Rendsburg nur zur Erbringung basisdiagnostischer Leistungen erscheint nicht versorgungsgerecht und patientenorientiert. Aufgrund der Versorgungsstufe bedeutet die Belegung der intensivmedizinischen Abteilung am Standort Eckernförde im Wesentlichen die Überwachung der Patienten und, wenn erforderlich, eine Kurzzeitbeatmung. Komplexere Fälle werden auch derzeit schon am Standort Rendsburg versorgt. An diesem Procedere ändert sich auch bei der Umsetzung des Szenario 5 wenig.

Patienten mit Tracerdiagnosen, im Sinne der präklinischen Notfallmedizin, erreichen den Standort Eckernförde auch derzeit nicht, der überwiegende Anteil der über die Zentrale Notaufnahme zugeführten stationären Fälle sind Fälle mit internistischen Diagnosen. Diese können auch weiterhin versorgt werden. Lediglich Patienten, bei denen sich nach Erstuntersuchung und -diagnose eine chirurgische Intervention (beispielsweise Bauchschmerzen, welche durch eine Untersuchung den Verdacht auf eine Blinddarmentzündung zeigen) ergäbe, wären an den Standort Rendsburg weiterzuleiten.

**Insofern erscheint der Ansatz mit Minderung um 584 Fälle und 325 Casemixpunkte auch weiterhin sachgerecht.**

### 2.2. Geriatrie

#### **Mit Bezug zu den Folien 35 und 56 aus der Präsentation: *Detailbetrachtung und Bewertung der Szenarien vom 14./ 15. Januar 2022***

Bezüglich der Höhe des Fallzahlpotenzials besteht Einigkeit zwischen den Fachexperten der imland, der Potenzialanalyse der CURACON sowie der Bewertung der Lohfert & Lohfert Die Umsetzung des Geriatrie-Konzeptes ist in der Medizinstrategie der imland als regionales

Versorgungskonzept gedacht, bei der so gut wie möglich bereits die Frührehabilitation der Patienten wohnortnah erfolgen soll. Dies bedingt auch, dass beispielsweise (stabile) alterstraumatologische Patienten nach der operativen Versorgung in Rendsburg nach Eckernförde zur geriatrischen Frührehabilitation verlegt werden. Es wurde somit von einem annähernd „normalen“ Diagnosespektrum einer Geriatrie ausgegangen (mit Ausnahme von Beatmungsfällen, die in anderen DRG abgerechnet werden). Aus diesem Grunde sind die angesetzten CMI-Grade ungefähr vergleichbar, insbesondere da imland (auch bereits jetzt) über ein IK (Institutskennzeichen) abrechnet. Da auch hier gegenüber dem Aufsatzpunkt 2019 das Angebot in 2020 neu aufgebaut wurde, ist in der Kalkulation der CMI aus 2020 am Standort ECK in Höhe von 2,69 um 0,2 CMI-Punkte im Kalkulationsmodell abgesenkt worden, um der Patientenselektion im Corona-Jahr 2020 entgegenzuwirken.

**Sollte sich in der Umsetzung die Verteilung der CMI-Schwere zwischen den Standorten anders darstellen als erwartet, ist das nach Einschätzung von imland und CURACON für das Ergebnis irrelevant, da keine standortbezogene, sondern eine übergreifende Ergebnisrechnung erfolgt.**

### 2.3. Schmerztherapie

**Mit Bezug zu den Folien 54 und 56 aus der Präsentation: *Detailbetrachtung und Bewertung der Szenarien***

Den steigenden Bedarf an schmerztherapeutischer Versorgung in der Vergangenheit haben die Gutachter von Lohfert & Lohfert auf Folie 54 bestätigt. Dies wird nach Aussage von Fachexperten auch in der Zukunft in weiterhin steigender Ausprägung der Fall sein. Die Durchführung wird weniger durch den eigentlichen Bedarf aus Patientensicht als durch die Schwierigkeit der Vorhaltung von qualifiziertem Personal begrenzt.

imland ist es gelungen, dieses Leistungsangebot ab dem 2. Quartal 2020 aufzubauen, indem die bisher zuständige ärztliche Kollegin am Klinikum Schleswig für eine Tätigkeit in Eckernförde gewonnen werden konnte. Vergleichbare Wettbewerber sind in der Tat Heide und Damp, wobei die Klinik Damp ein deutlich überregionales Einzugsgebiet mit Schwerpunkt auf rheumatologischen Behandlungen vorweist. Diese Wettbewerber weisen eine Versorgung von rund 300 Fällen auf. Die Schmerzambulanz in Kiel ist als übergeordnetes Zentrum außerhalb der „Range“ ein Wettbewerber.

**Ein Potenzial von 275 Fällen im Jahr 2030 erscheint aufgrund der bisherigen und zukünftigen Marktentwicklung sowie der aus Schleswig gewonnenen primär Verantwortlichen weiterhin realistisch.**

### 2.4. Verlagerungseffekte

**Mit Bezug zu den Folien 45 und 49 aus der Präsentation: *Detailbetrachtung und Bewertung der Szenarien***

Die Grundlage der angesetzten Verlagerungseffekte wurde von CURACON in einem differenzierten Ansatz ausführlich dargestellt. Dieser setzt natürlich voraus, dass der Markt nicht ungesteuert dem Spiel der Kräfte ausgesetzt wird, sondern eine gelenkte Patientensteuerung stattfindet. Diese kann beispielsweise durch das Angebot von Sprechstunden und MVZ-Versorgungsstrukturen am abgebenden Standort und durch Schärfung des Angebots am

aufnehmenden Standort erfolgen, wie in allen Szenarien vorgesehen. Die Annahme, dass bei Schließung von Angeboten keine oder nur eine geringe Anzahl von Fällen (20%) am Standort Rendsburg ankommt, erscheint unrealistisch und würde bei Nicht-Anpassung der Strukturen zu einer „Selbst-erfüllenden-Prophezeiung“ mit entsprechendem medialen Echo führen. Dies kann aus Sicht der CURACON nicht empfohlen werden. Ein Benchmark bezüglich Verlagerungseffekten bei Teilverlagerung von Angeboten ist uns nicht bekannt. Eine weitere Diskussion über die Validität der unterschiedlichen Annahmen kann nach Offenlegung dieser gern geführt werden. Dies beträfe dann im Wesentlichen den Standort Rendsburg.

### 3. Konkrete Darlegung, wie kurz- mittel- und langfristig eine Auslastung der für die Innere Abteilung in Eckernförde vorgesehenen Betten erreicht werden soll

Auch heute schon wird in der imland Klinik am Standort Eckernförde eine Abteilung für Innere Medizin vorgehalten – das bestehende Angebot bleibt im Szenario 5 vollumfänglich erhalten. Durch die Umsetzung des medizinstrategischen Szenarios 5 sind keine Veränderungen des Behandlungsspektrums der Klinik für Innere Medizin vorgesehen.

Bereits jetzt ist ein ausgeprägter gastroenterologischer Bereich für endoskopische Diagnostik und Therapie etabliert. Dieser Schwerpunkt wird zusätzlich ergänzt durch einen (konservativ) kardiologischen Schwerpunkt. Diese sind den einweisenden Ärzten bekannt und hier besteht eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

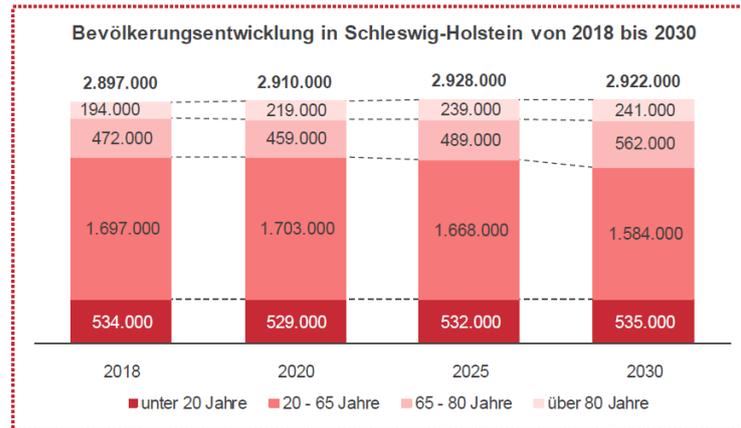
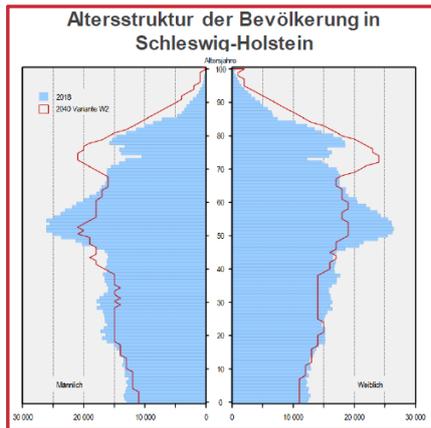
Im Jahr 2021 zeigen die Diagnosegruppen (siehe Abbildung 5), dass folgende Fälle in Eckernförde behandelt werden, von welchen auch nach der Umsetzung des Szenario 5 alle Fälle weiter in Eckernförde behandelt werden können, da hier keine operative Weiterversorgung notwendig ist:

TOP 10 DRG 2021 Vergleich mit Katalog VWD (mVD)						
	DRG	DRG-Bezeichnung	Fälle	Ø VWD	Ø Katalog VWD	Diff
1	G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung,	237	2,6	3,4	-0,8
2	F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	219	2,3	3,8	-1,5
3	F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne auß. schw. CC od. ohne Dialyse,	165	7,6	8,1	-0,5
4	G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung,	164	3,8	4,1	-0,3
5	F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere	145	2,8	3,9	-1,1
6	K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne	144	5,3	6,5	-1,2
7	K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- /	125	4,7	5,2	-0,5
8	F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein	100	3,0	3,9	-1,0
9	E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp.	91	6,4	6,9	-0,5
10	L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best.	75	6,2	5,4	0,8

Abbildung 5 - Leistungszahlen, Berichtswesen Innere Medizin, Eckernförde

Daher gilt die Annahme, dass auch mittelfristig die heute schon vorhandenen Betten ausgelastet werden können.

Langfristig wird die Auslastung durch eine enge Zusammenarbeit mit der Klinik für Geriatrie am Standort Eckernförde gesichert sein.



- Maßgeblichen Einfluss auf die demografische Entwicklung einer Region haben die aktuell bundesweit zu beobachtenden Trends der Urbanisierung sowie der Überalterung der Gesellschaft. So wachsen in den kommenden Jahren insbesondere die kreisfreien Städte sowie die an Hamburg angrenzenden Kreise.
- Die Bevölkerung in ländlich geprägten Kreisen wird in den kommenden Jahren abnehmen. Gleichzeitig werden ca. 36 % der in Schleswig-Holstein Lebenden über 60 Jahre alt sein, während der Anteil der unter 20-Jährigen auf ca. 17 % sinken wird.

Abbildung 6 - Altersstruktur und Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein, Versorgungsbedarfsanalyse Folie 34

Die Altersstruktur der Bevölkerung in Schleswig-Holstein, wird in den kommenden Jahren, wie in der Abbildung 6 aufgezeigt wird, wachsen. Die Klinik für Geriatrie soll am Standort Eckernförde weiter ausgebaut werden, denn hier werden ältere Patienten behandelt werden, welche Gesundheitsstörungen und Krankheiten zum Beispiel von folgenden Organe aufweisen:

- Herz-Kreislauferkrankungen (Kardiologie)
- Krankheiten der Verdauungsorgane (Gastroenterologie)
- Stoffwechselerkrankungen (Endokrinologie und Diabetologie)
- Krankheiten der Atmungsorgane (Pneumologie)

Wie bereits beschrieben, fallen hier viele Patienten durch die Gesundheitsstörungen und Krankheiten fachlich in die Klinik für Innere Medizin, somit ist hier eine Zusammenarbeit zwischen den beiden Kliniken unabdingbar. Geplant ist eine enge Verzahnung beider Fachabteilungen, so dass hier eine dauerhafte interdisziplinäre Behandlungsmöglichkeit geschaffen wird.

Nicht nur das Alter der Bevölkerung in Schleswig-Holstein steigt, auch manche Erkrankungsgruppen werden, wie in der Abbildung 7, teilweise wachsen und andere wiederum etwas sinken:

Erkrankungsgruppen	Fallzahl 2019 Erwartungswert	Zuwachs bis 2025	Fallzahl 2025 Erwartungswert	Zuwachs bis 2030	Fallzahl 2030 Erwartungswert
Atmungsorgane	4.247	4,0%	4417	6,7%	4531
Auge	1.236	3,5%	1278	6,2%	1312
Blut- und Immunsystem	1.008	3,3%	1041	5,7%	1065
Brustdrüse	583	-0,2%	582	-0,7%	579
Endokrine Drüsen + Stoffwechsel	1.766	2,6%	1812	4,0%	1837
Geschlechtsorgane - Frau	1.172	-2,2%	1147	-4,0%	1126
Geschlechtsorgane - Mann	795	3,8%	825	7,0%	851
Hamorgane	2.999	2,7%	3080	4,5%	3133
Haut, Unterhaut	1.575	1,3%	1595	1,8%	1603
HNO - Hals, Nase, Ohren	1.855	-0,6%	1844	-1,9%	1819
Infektiöse + parasitäre Erkrank.	911	3,5%	942	6,0%	965
Kreislauf - allgemein	1.461	3,4%	1510	5,8%	1545
Kreislauf - Gefäße	1.465	3,8%	1521	6,4%	1559
Kreislauf - Herz	6.815	4,1%	7092	7,0%	7294
Muskel-Skelett-System	9.292	1,7%	9446	2,2%	9496
Nervensystem	4.526	2,3%	4629	3,6%	4691
Psyche und Verhalten	3.210	-3,2%	3107	-6,8%	2993
Schwangerschaft, Geburt	2.653	-5,8%	2500	-11,2%	2356
Verdauungsorgane	8.440	1,6%	8578	2,4%	8640
Weitere Befunde und Erkrank.	1.255	1,1%	1269	1,3%	1272
Zahn, Mund, Kiefer, Gesicht	137	0,2%	138	0,0%	137



- Entsprechend der prognostizierten demografischen Entwicklung mit Überalterung nimmt trotz leicht rückläufiger Einwohnerzahl der Versorgungsbedarf insgesamt zu.
- Fallzahlverluste stationär bei Erwachsenen sind vor allem in der Gynäkologie und Geburtshilfe zu erwarten.

Abbildung 7 - Veränderungen in den Erkrankungsgruppen, Versorgungsbedarfsanalyse, Folie 35

Bei den Erkrankungsgruppen werden somit Betten im Bereich der Inneren Medizin mit den Schwerpunkten, Kreislauf und Verdauungsorgane benötigt, welche somit eine Stärkung der bereits heute bestehenden Schwerpunkte bedeuten.

Auch sollte langfristig über eine Etablierung der Schwerpunkte für Stoffwechselerkrankungen und/oder Krankheiten der Atmungsorgane nachgedacht werden.

Über die medizinischen Fachabteilungen hinaus möchte imland natürlich nicht nur einen regen Austausch mit den einweisenden Ärzten und dem Rettungsdienst etablieren, sondern auch potentielle Patienten ansprechen. Hierfür können Angebote rund um „pflegende Angehörige“ etabliert werden, aber auch Selbsthilfegruppen für die Schwerpunkte der Inneren Medizin. Auch stehen Ideen im Raum durch Hospitationen den Mitarbeitenden von Pflegeheimen und mobilen Pflegediensten eine Fortbildung zu ermöglichen und gleichzeitig diesen auch das Spektrum des Standortes Eckernförde näher zu bringen.

Durch die genannten Maßnahmen sollen die Patientenverluste so gering wie möglich ausfallen und eine Auslastung der Betten der Inneren Medizin langfristig gewährleistet werden.

#### 4. Darlegung und Begründung, wie die von Lohfert & Lohfert präferierten Varianten eingeschätzt und bewertet werden. Das gilt konkret für folgende Szenarien

##### 4.1. Weiterentwicklung von Szenario 1 ohne Geburtshilfe, Gynäkologie und Pädiatrie in Eckernförde (Szenario 1a)

Es wird darauf hingewiesen, dass sich der Vorschlag des von Lohfert & Lohfert vorgeschlagenen Szenarios 1 zur Weiterentwicklung vom von KPMG vorgeschlagenen Szenario 1 inhaltliche Unterschiede aufweist. Deswegen wird zwischen Szenario 1 (imland) und Szenario 1a (Lohfert & Lohfert) unterschieden.

Das ursprüngliche Szenario 1 von KPMG wurde im Rahmen der Strategieentwicklung erneut von imland gemeinsam mit den Experten von CURACON intensiv geprüft und bewertet. Szenario 1 sieht die Beibehaltung beider Standorte in der aktuellen Form vor, mit notwendigen Optimierungen sowie Investitionen an beiden Standorten. Dieses Szenario lebt vor allem von der Hoffnung, dass sich die Herausforderungen mit relativ sanften Maßnahmen bewältigen lassen. Sanfte Maßnahmen sind zwar verträglich, jedoch selten nachhaltig. Von den Beteiligten von imland und CURACON empfiehlt dieses Szenario niemand. Die Gefahr, die hingehen alle sehen: In ein oder zwei Jahren müssen dieselben Diskussionen erneut geführt werden, dann vielleicht mit weniger Pandemiedruck, aber mit viel verlorener Zeit.

Lohfert & Lohfert hat einen Vorschlag unterbreitet, das beschriebene Szenario 1 anzupassen.

Szenario 1a, wie Lohfert & Lohfert es vorschlägt, behält eine Zwei-Standort-Strategie aber ohne Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie am Standort Eckernförde. Ein chirurgisches Angebot wird in einem tageschirurgischen Setting angeboten. Nach einer gemeinsamen Bewertung von imland und CURACON könnte dieses adaptierte Szenario 1 die medizinischen, wirtschaftlichen und personellen Herausforderungen noch verschärfen. Diese Detailprüfung hat sich dadurch als nicht tragfähig erwiesen.

Im Sinne der medizinischen Qualität würde die Abteilung für Innere Medizin in der heutigen Struktur erhalten, mit der Annahme, dass ein Fallzahlverlust unterbliebe. Die personelle Besetzbarkeit ist hier für die Innere Medizin, Geriatrie und Schmerztherapie vergleichbar mit dem Szenario 5 gegeben. Im Bereich der allgemeinen Chirurgie ist diese als sehr schwierig einzuschätzen, da hier nur ein eingeschränktes Leistungsspektrum und damit einhergehend eine reduzierte Attraktivität gegeben ist. Für das Gelenkzentrum sind die Größe und Erhalt mit dem Risiko der Chefarztnachfolge behaftet.

Die basischirurgische und anästhesiologische Versorgung ist nachhaltig nicht sicherzustellen, somit dann auch Betrieb einer Zentralen Notaufnahme und einer Intensivmedizin fraglich.

Die Patientenabwanderung unterbleibt im Bereich der Inneren Medizin im Wesentlichen (bis auf allgemeine Effekte) und ebenso im Bereich der Allgemein Chirurgie und im Gelenkzentrum.

Im Ressourcenbedarf würde es das Vorhalten von kritisch kleinen Abteilungen (Allgemeinchirurgie mit 20 Betten) und dem risikobehafteten Gelenkzentrum (mit 46 Betten) bleiben.

Eine komplette OP-Infrastruktur ist vorzuhalten und nur bedingt auslastbar bei hohen Vorhaltekosten. Im Sinne der Patientensicherheit ist es unbedingt notwendig eine entsprechende OP- und Anästhesiestruktur auch nachts und am Wochenende vorzuhalten, um die Sicherheit von sich verschlechternden Patienten auch dann zu gewährleisten.

Das Szenario ist daher als bedarfsgerechte konservativ-geriatrische Versorgung ohne Gynäkologie und Geburtshilfe zu beschreiben, welche jedoch durch die dauerhafte Aufrechterhaltung des operativen Betriebs in Eckernförde als sehr risikobehaftet angesehen wird. Daher ist dieses Szenario nicht nachhaltig darstellbar.

#### 4.2. Abwandlung des Szenario 5 dahingehend, das Krankenhaus in Eckernförde zu einer geriatrischen und psychiatrischen Fachklinik weiter zu entwickeln

Lohfert & Lohfert hat den Vorschlag unterbreitet, das von der Geschäftsführung vorgeschlagene Szenario 5 abzuwandeln. Die Abwandlung des Szenarios 5, folgend 5a von Lohfert & Lohfert, beinhaltet einen stationären Standort in Eckernförde mit einer Geriatrie und Psychiatrie, ohne eine Abteilung für Innere Medizin.

In diesem Szenario 5a aus Sicht der medizinischen Qualität weder eine Versorgung stationärer Notfälle noch eine Versorgung ambulanter Notfälle mit einer internistischen Notaufnahme und einer Notfallambulanz vorgesehen. Die psychisch erkrankten Patienten würden in einem beruhigenden Umfeld versorgt werden, jedoch ist hier keine akutsomatische Mitbetreuung durch die Innere Medizin möglich. Auch für die Geriatrie ist dann die basisinternistische Diagnostik sowie Überwachung von Patienten schwer zu realisieren.

Im Bereich der personellen Besetzbarkeit ist die stationäre Patientenversorgung für die beiden Fachbereiche gegeben, jedoch sind Besetzungen von Notfall- und Überwachungsstrukturen nicht möglich. Auch die Nachhaltigkeit ist durch fehlende Strukturen ungeplanter ambulanter Fälle nicht gegeben.

Daher scheint eine Abwandlung des Szenario 5 ein schwierig zu realisierendes Konzept für die Vorhaltung einer Basisdiagnostik zu sein, denn die Patienten der Geriatrie und Psychiatrie zu diesem Zweck an den Standort nach Rendsburg zu verlegen, scheint weder patienten- noch versorgungsgerecht. Das abgewandelte Szenario wäre somit ein reines Fachklinikkonzept mit Einschränkungen in der Versorgungsqualität.

## 5. Aufzeigen der Finanzierungsrisiken für den Kreis im Falle einer Umsetzung von Szenario 5

Grundsätzlich hängen die Finanzrisiken des Kreises in den bewerteten Szenarien 1, 3neu, 4 und 5 von zwei wesentlichen Faktoren ab:

1. Vom Umsetzungserfolg des Szenarios selber
2. Von der Höhe der tatsächlich zufließenden Fördermittel

Sollte sich Szenario 5 nicht wie geplant umsetzen lassen, ist davon auszugehen, dass sich die Erlös- und Kostensituation und damit einhergehend die Liquiditätssituation nicht wie geplant entwickeln und der Gesellschafterbeitrag steigt. Die Kostenstrukturen in Szenario 5 sind besser anzupassen, als beispielsweise in Szenario 1 durch die Kosten der Vorhaltung von Personal etc. Der erwartete Umsetzungserfolg sowie die Umsetzungsrisiken wurden in der Medizinstrategie entlang der Bewertungskriterien für jedes Szenario umfassend dargelegt und erläutert. Darüber hinaus wird mit der Sensitivitätsanalyse in Frage 6 das Erlösrisiko, welches im Wesentlichen von der Anzahl und der Schwere der behandelten Fälle abhängt, genauer auf seine Auswirkungen untersucht.

In Bezug auf die Fördermittel wurde in jedem bewerteten Szenario 1, 3neu, 4 und 5 im Detail errechnet, wie viel zusätzliche Investitionen, zu denen bereits im Base Case geplanten und mit einem Fördermittelbescheid versehenen Investitionen, notwendig sind. Für diese zusätzlichen Investitionen wurden auf Basis der Erfahrung und Einschätzung der Architekten ein förderfähiger und ein nicht förderfähiger Investitionskostenteil abgeschätzt. Da zum Zeitpunkt der Entwicklung der Medizinstrategie keine Informationen über mögliche zusätzliche Fördermittelzusagen des Landes vorlagen, wurde für die wirtschaftliche Bewertung für jedes Szenario die Annahme getroffen, dass die Abschätzung der förderfähigen Investitionen vom Land zu 100 % gefördert werden und die nicht förderfähigen Teile selbst zu finanzieren sind. Darüber hinaus wurde in der wirtschaftlichen Bewertung die Annahme getroffen, dass die notwendige Liquidität zur Umsetzung des jeweiligen Szenarios in Bezug auf die Deckung möglicher Jahresfehlbeträge (im Zeitraum der Restrukturierung) als auch für nicht geförderte Investitionen aus dem Gesellschafterbeitrag finanziert werden. Auf die Möglichkeit der Berücksichtigung von Fremdfinanzierungsmitteln wurde bewusst verzichtet, um die Szenarien miteinander vergleichbar zu halten. Daher ist der ausgewiesene Gesellschafterbeitrag je Szenario immer die Differenz aus ungedecktem Liquiditätsbedarf der imland Kliniken.

Das Finanzrisiko der Szenarien in Bezug auf die Fördermittel besteht nun in der Frage, ob das Land Schleswig-Holstein willens ist, die geschätzten förderfähigen zusätzlichen Investitionen wie angenommen zu 100 % zu fördern.

Daneben gibt es noch weitere notwendige Bauvorhaben, die im Rahmen des Unity-Gutachten aus dem Jahr 2020 betrachtet wurden und entsprechend bei der Erstellung der Medizinstrategie Berücksichtigung fanden. Die Punkte Küche und ZSVA werden hier nicht weiter betrachtet, da die Küche im Base Case hinterlegt ist. Die Investitionen für die ZSVA am Standort Eckernförde werden aufgrund der Einstellung des OP-Betriebes nicht benötigt, da die ZSVA im Neubau des OPs in Rendsburg finanziell hinterlegt sind. Die Ärztehäuser befinden sich auf dem Gelände der Gesamtliegenschaft am Standort und werden als Wohnfläche vermietet. Diese Häuser sind für die imland Klinik am Standort Eckernförde strategisch

nicht relevant. Für die Parkhäuser wird an einem Parkraumbewirtschaftungskonzept gearbeitet, welches mit einem externen Investor durchgeführt werden soll. Hierbei sollen notwendige Investitionen nicht von imland getragen werden.

Beim Personalwohnheim hat die Begutachtung von Unity ergeben, dass eine Investition in den Umbau des Gebäudes hoch unwirtschaftlich ist. Dazu wird eine nachhaltige und wirtschaftliche Nutzung für das Gebäude nicht gesehen. Die Kosten für die Entkernung und den Wiederaufbau stehen keinem nachhaltigen Nutzungskonzept gegenüber und sind unverhältnismäßig, daher wird ein Abriss hier empfohlen. Im Strategieentwicklungsprozess sind die Kosten des Abrisses nicht enthalten (i.H.v. 1.2 Mio €).

Darüber hinaus wurde in der wirtschaftlichen Bewertung die Annahme getroffen, dass die notwendige Liquidität zur Umsetzung des jeweiligen Szenarios in Bezug auf die Deckung möglicher Jahresfehlbeträge (im Zeitraum der Restrukturierung) als auch für nicht geförderte Investitionen aus dem Gesellschafterbeitrag finanziert werden. Auf die Möglichkeit der Berücksichtigung von Fremdfinanzierungsmittel wurde bewusst verzichtet, um die Szenarien miteinander vergleichbar zu halten. Daher ist der ausgewiesene Gesellschafterbeitrag je Szenario immer die Differenz aus ungedecktem Liquiditätsbedarf der imland Kliniken.

Das Finanzrisiko der Szenarien in Bezug auf die Fördermittel besteht nun in der Frage, ob das Land Schleswig-Holstein willens ist, die geschätzten förderfähigen zusätzlichen Investitionen jeweils zu 100% zu fördern. Es wird darauf hingewiesen, dass eine politische Absichtserklärung der Landesregierung vorliegt. Die Absichtserklärung sieht vor, Investitionen am Standort Eckernförde in einer Größenordnung von 50 Mio. Euro aus Landesmitteln zu finanzieren.

In der Ausarbeitung des Szenarios 5 wurde der förderfähige Anteil für die zusätzlich notwendigen Investitionen auf 57,3 Mio. Euro abgeschätzt. In der wirtschaftlichen Bewertung hat dies zu einem notwendigen Gesellschafterbeitrag von 27,7 Mio. Euro geführt (vgl. S. 79 der Detailunterlagen zur Medizinstrategie vom 14./15. Januar 2022):

► Szenario 5 – Förderhöhe von 50 Mio. EUR für noch nicht beantragte Investitionen

#### ZUSAMMENFASSUNG WIRTSCHAFTLICHKEIT UND INVESTITIONEN

**Insgesamt zeigt sich eine kontinuierliche Ergebnis- und Liquiditätsverbesserung.**

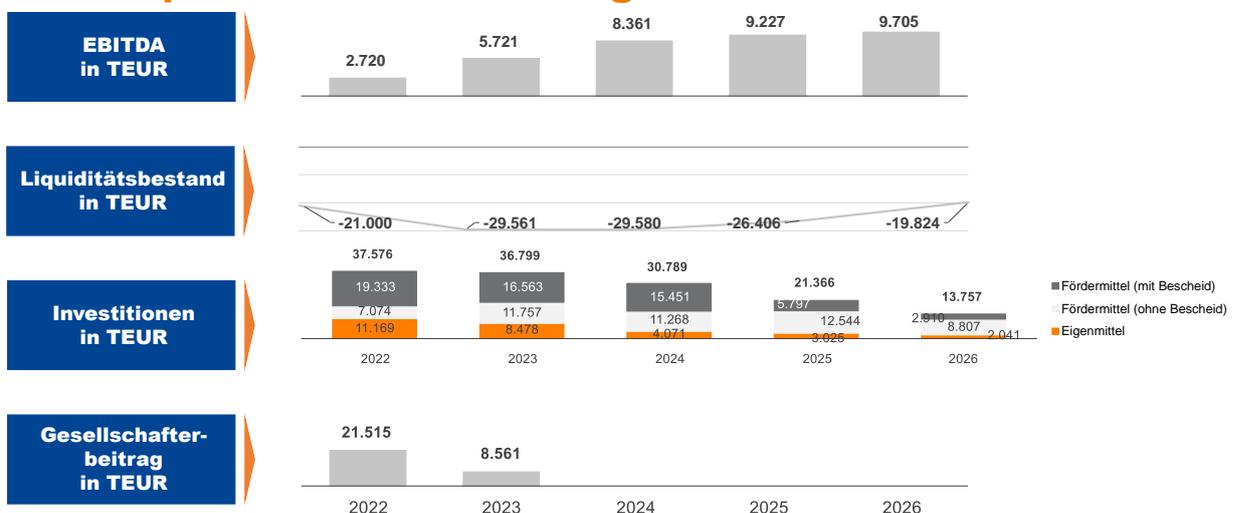


Abbildung 8 - Darstellung der Ergebnis- und Liquiditätsverbesserung

Um einen verbindlichen Bescheid über notwendige Fördermittel zu erlangen, ist das übliche Verfahren zur Beantragung von Investitionsfördermitteln beim Land Schleswig-Holstein einzuhalten. Dies ist im Folgenden in seinen wesentlichen Schritten aufgeführt:

1. Erstellung der KHU-Bau durch imland
2. Stellung eines Antrags auf Fördermittel in Verbindung mit der Einreichung der Bauplanung und der Baukostenschätzung nach DIN 276 (KHU-Bau)
3. Auf dieser Basis bestimmt die zuständige Abteilung des Landes Schleswig-Holstein den förderfähigen Anteil und die Höhe der tatsächlichen Fördersumme
4. Festlegung einer konkreten Fördersumme durch die zuständige Abteilung des Landes Schleswig-Holstein
5. Erteilung des Fördermittelbescheids durch das Land Schleswig-Holstein mit der tatsächlich zugesagten Fördersumme

Das Finanzrisiko besteht nun darin, dass die in Aussicht gestellten Fördermittel nicht in vollem Umfang tatsächlich per Fördermittelbescheid zugewiesen werden und sich der Gesellschafterbeitrag entsprechend erhöht. Dieses Risiko gilt damit vom Grundsatz her auch für jedes andere Szenario.

Dieses Finanzrisiko kann kurzfristig bis zur Entscheidung des Kreistages nicht eliminiert werden, da der oben beschriebene Prozess zur Beantragung der Fördermittel einzuhalten ist und dieser zunächst eine Entscheidung des Gesellschafters für ein Szenario erfordert. Damit kann das Risiko nur dadurch aufgefangen werden, in dem der Gesellschafter bereit ist, seinen Beitrag zu erhöhen oder aber der fehlende Fördermittelbetrag durch eine Fremdfinanzierung kompensiert wird. Hierzu ist zu prüfen, ob die imland Kliniken in der Lage sind, den Kapitaldienst für eine Fremdfinanzierung zu tragen. Nach den aktuellen wirtschaftlichen Berechnungen würden die imland Kliniken ab 2024 mit einem steigenden EBITDA von 8,3 Mio. Euro wieder in eine kapitaldienstfähige Situation kommen. Damit wäre eine entsprechende Fremdfinanzierung fehlender Fördermittel grundsätzlich möglich. Der Umfang einer solchen Finanzierung wäre in einem gesonderten Finanzierungskonzept zu erarbeiten.

Wie sich eine potenzielle Fördermittellücke konkret auf den Gesellschafterbeitrag auswirkt, wird mit der Sensitivitätsanalyse in Frage 6 betrachtet.

#### **Prämissen zur wirtschaftlichen Bewertung:**

Der von Curacon ermittelte Gesellschafterbeitrag ergibt sich rechnerisch aus der Prognose (Base Case von KPMG Kenntnisstand Juli/August 2021). Etwaige bereits erfolgte Liquiditätszusagen bzw. berücksichtigte Haushaltsmittel des Gesellschafters für imland sowie tatsächliche Verbesserungen der Liquiditätssituation wurden hierbei nicht berücksichtigt. Aus Sicht des Gesellschafters wären diese also von dem durch Curacon ermittelten Gesellschafterbeitrag noch zu berücksichtigen, um den noch zusätzlich benötigten Kapitalbedarf festzustellen. Aktuell bestehen folgende Erkenntnisse:

- Verbesserung Liquidität zum 31.12.21 um ca. 6 Mio. EUR
- Bereits über Finanzierungsvereinbarung zugesagte Mittel des Trägers i. H. v. 9 Mio. EUR in 2022 und i. H. v. 6 Mio. EUR in 2023. Der darüber hinaus gehende Gesellschafterbeitrag ist zusätzlich im Haushalt des Kreises zu berücksichtigen.

Die größten Risiken lassen sich auf die Risiken in direktem Zusammenhang mit den notwendigen Baumaßnahmen sehen. Zu diesen Risiken gehören der Umgang mit Baukostensteigerungen sowie der Beantragungsprozess (mit allen Fristen) für den Bau (KHBau).

Bei der Förderung der förderfähigen Baukosten hält imland das Risiko für überschaubar, denn wenn sich an Projekten wie dem Bau des Zentral-OPs orientiert wird, dann werden Baukostensteigerungen auch im Nachhinein vom Fördermittelgeber unterstützt. Baukostensteigerungen sind allgemein nicht förderfähig. Wird eine Förderung bewilligt und trifft es zu, dass während der Ausführung die Baukosten steigen, sind diese mit dem Ministerium im Nachhinein zu verhandeln/zu berechnen. Dazu steht imland mit dem Ministerium im Austausch. Die bisherige Erfahrung bei den Baukostensteigerungen des geförderten Zentral-OP-Baus wurden vom Ministerium mitgetragen, daher gehen wir auch bei den anderen förderfähigen Bauprojekten von Unterstützung aus.

Die nun umzubauenden Flächen gelten als hoch-förderfähig, denn hier werden in den bestehenden Gebäuden eine neue Nutzung durch neue Fachbereiche gewährleistet und daher sind dies keine Modernisierungs- und Sanierungskosten, welche nicht förderfähig sind. Um das Risiko hier einzugrenzen und um diese Förderanträge entsprechend und fristgerecht, mit entsprechenden Vorkehrungen im Förderbescheid, beim Ministerium einzureichen, steht imland in Kontakt zur Fachebene des Sozialministeriums in Kiel.

imland ist sich bewusst, dass Verzögerungen der Baumaßnahmen große Auswirkungen auf den Restrukturierungsprozess haben. Jedoch sind die Auswirkungen auf die Gewinn- und Verlustrechnung beherrschbar, da Verzögerungen innerhalb des Betriebes kompensiert werden können. Diese Risiken erscheinen durch eine schrittweise Umsetzung der Projektentwicklung in enger Abstimmung mit dem Fördermittelgeber und der Gesellschafterversammlung beherrschbar. Ein darauf abgestimmtes professionelles Projektmanagement und Risikomanagement erhöht zusätzlich die Beherrschbarkeit der Risiken.

Die Umsetzung der Medizinstrategie ist vor allem vom Fortschritt der Baumaßnahmen abhängig. Der unten dargestellte Zeitplan ist ambitioniert, jedoch nach erneuter Prüfung umsetzbar. Die Zeitschiene kann eingehalten werden, wenn die Planungen und die dazugehörigen Genehmigungen von Behörden verzahnt, abgesprochen und am Ende abgestimmt zur Genehmigung in kürzester Zeit vorliegen. Eine exakte Umstrukturierung der Kliniken mit den dazugehörigen Bettenkapazitäten ist in der Umsetzung. Die geplante Umstrukturierung unterstützt den Zeitplan und die dazugehörigen Umzüge.

## 6. Vorlage einer Sensitivitätsanalyse zu dem Vorschlag Szenario 5 im Hinblick auf die wirtschaftliche Tragfähigkeit

Ziel einer Sensitivitätsanalyse ist es, die wirtschaftliche Bewertung in Bezug auf die Sensitivität der Veränderung wesentlicher Berechnungsparameter zu untersuchen. Dabei werden die Parameter einer Sensitivitätsanalyse unterzogen, die durch das eigene Management nicht selber beeinflusst werden können. In Bezug auf das Szenario 5 stehen entsprechend zwei Berechnungsparameter im Fokus:

- Die künftige Fallzahl der Inneren Medizin, die abhängig von den künftigen Patientenströmen im Kreis ist und im Plausibilisierungsgutachten von Lohfert & Lohfert als zu optimistisch eingeschätzt wurde.
- Die tatsächliche Bereitstellung der Fördermittel des Landes Schleswig-Holstein, die von der Entscheidung der Landesregierung abhängig ist.

Um die Sensitivität der wirtschaftlichen Bewertung in Bezug auf einen der beiden Parameter darzustellen, wird ceteris paribus vorgegangen. Das bedeutet, dass immer nur ein Parameter singular variiert wird und die wirtschaftliche Auswirkung daraufhin berechnet wird. So kann die Sensitivität eines einzelnen Parameters transparent gemacht werden.

Nachstehend werden folgende Sensitivitätsanalysen durchgeführt:

- a. Fallzahl Innere ECK: 500 Fälle p. a. weniger
- b. Fallzahl Innere ECK: 1.000 Fälle p. a. weniger
- c. Zusätzliche benötigte Fördermittel: 50 Mio. EUR tatsächliche Fördersumme anstatt 58 Mio. EUR
- d. Zusätzliche benötigte Fördermittel: 40 Mio. EUR tatsächliche Fördersumme anstatt 58 Mio. EUR
- e. Zusätzliche benötigte Fördermittel: 0 Mio. EUR tatsächliche Fördersumme anstatt 58 Mio. EUR

## Ad a.: Fallzahl Innere ECK: 500 Fälle p.a. weniger

- Im Jahr 2023 wirken die Effekte aus der Fallverlagerung, daher wird ab 2023 die Reduktion der Fallzahlen simuliert.
- Ab 2023 tritt der zusätzliche Fallverlust in der Inneren Medizin von 500 Fällen in Eckernförde auf.
- Auf die Fallzahlen in Rendsburg hat dies keine Auswirkungen.
- Im Zielbild im Jahr 2030 werden somit statt der geplanten 3.204 Fälle 2.704 Fälle in der Inneren Medizin in ECK behandelt

► Szenario 5

### SENSITIVITÄTSANALYSE INNERE MEDIZIN: -500 FÄLLE ECK

## Planung der Inn. Medizin ECK mit -500 Fällen hat keine Auswirkungen auf den Gesellschafterbeitrag

Sensitivitätsanalyse in Bezug auf die Fallzahl in Sz. 5: Innere Medizin ECK 3.204 Fälle **Innere Medizin ECK 2.704 Fälle**

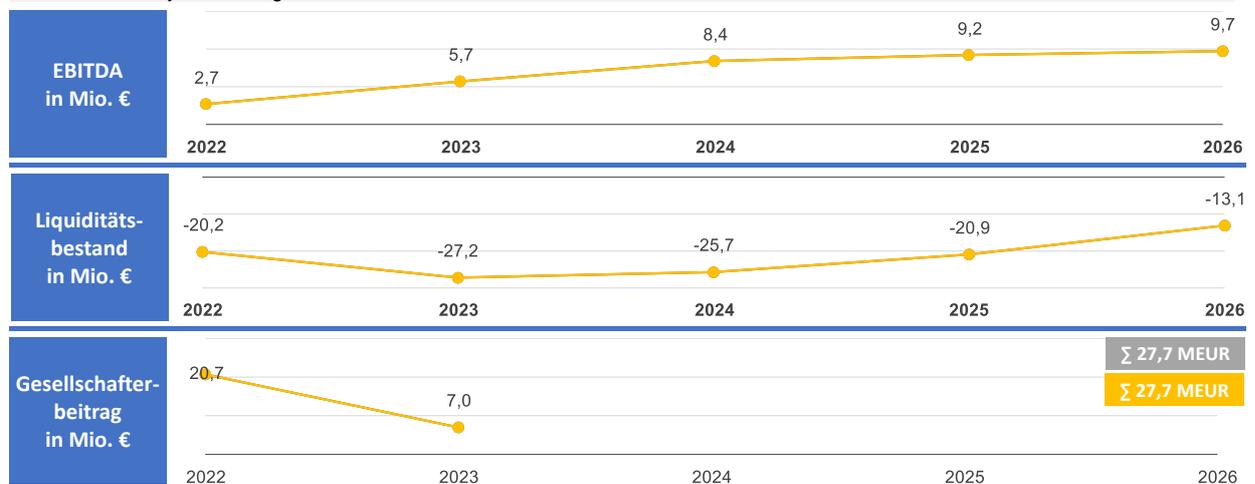


Abbildung 9 - Annahme: 500 Fälle p.a. Innere Medizin Eckernförde weniger

Da die Simulation der Verlagerung erst mit dem Jahr 2023 beginnt, hat das Jahr 2022 noch keine Ergebnisveränderung zu verzeichnen. Insgesamt hat die Verringerung von 500 Fällen pro Jahr ab 2023 nur einen geringen Einfluss auf das Ergebnis. Dies liegt daran, dass mit dem Leistungsrückgang auch der Personal- und Sachkostenbedarf angepasst wird. Die Fallzahlverringerung ab 2023 hat einen negativen Ergebniseffekt von anfangs -150 TEUR, der im Wesentlichen aber aus außerordentlichen Aufwendungen für Personalabbau resultiert. Damit besteht auch nur eine sehr geringe Auswirkung auf den Gesellschafterbeitrag.

## Ad a.: Fallzahl Innere ECK: 1.000 Fälle p.a. weniger

- Verhält sich grundsätzlich wie Sensitivität bei -500 Fällen pro Jahr;
- Im Zielbild im Jahr 2030 werden somit statt der geplanten 3.204 Fälle 2.204 Fälle in der Inneren Medizin in ECK behandelt

► Szenario 5

### SENSITIVITÄTSANALYSE INNERE MEDIZIN: -1.000 FÄLLE ECK

## Planung der Inn. Medizin ECK mit -1.000 Fällen hat nur marginale Auswirkungen auf den Gesellschafterbeitrag i.H.v. >0,1 Mio. EUR

Sensitivitätsanalyse in Bezug auf die Fallzahl in Sz. 5: Innere Medizin ECK 3.204 Fälle Innere Medizin ECK 2.204 Fälle

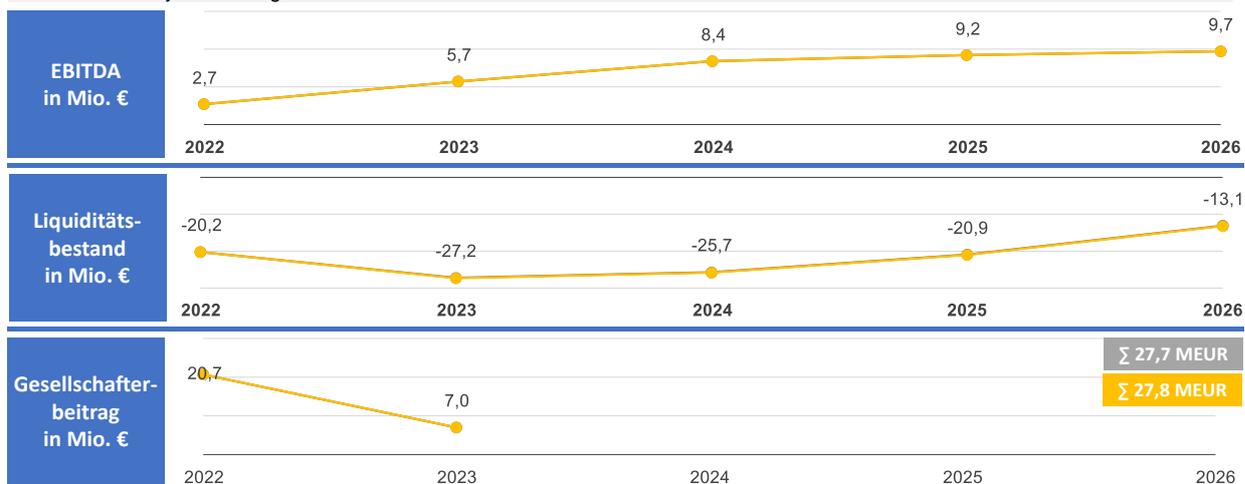


Abbildung 10 - Annahme: 1.000 Fälle p.a. Innere Medizin Eckernförde weniger

Auch in dieser Analyse beginnen die Effekte erst im Jahr 2023 und auch hier werden mit einhergehender Leistungsreduktion auch die Personal- und Sachkosten angepasst. Entsprechend ist die Auswirkung auf das Betriebsergebnis marginal und somit auch die Auswirkung auf den Gesellschafterbeitrag gering. Der negative Ergebniseffekt von anfangs -350 TEUR ist im Wesentlichen auf außerordentliche Aufwendungen für den Personalabbau zurückzuführen.

Unabhängig von der wirtschaftlichen Sicht muss aus medizinischer Sicht beachtet werden, dass Fachabteilungen nicht folgenlos geschrumpft werden können. Hierbei ist immer zu beachten, dass eine Mindestvorhaltung auch aus personaltechnischer Sicht sichergestellt werden muss. Dies ist bis zu der simulierten Grenze von -1.000 Fällen möglich. Sollte eine noch darüberhinausgehende Reduktion von Fallzahlen eintreten, besteht die Möglichkeit den Personalkörper in der gemeinsamen Betrachtung von Innerer Medizin und Geriatrie trotzdem aufrechtzuerhalten.

## **Ad. c.: Zusätzliche benötigte Fördermittel: 50 Mio. EUR tatsächliche Fördersumme anstatt 58 Mio. EUR**

Die Auswirkungen der Reduktion der angenommenen Fördermittel i. H. v. 58 Mio. Euro um 8 Mio. Euro auf 50 Mio. Euro ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt:

### **Das Delta im Fördermittelzufluss führt im Betrachtungszeitraum zu einer Erhöhung des Gesellschafterbeitrags i.H.v. 2,4 Mio. €**

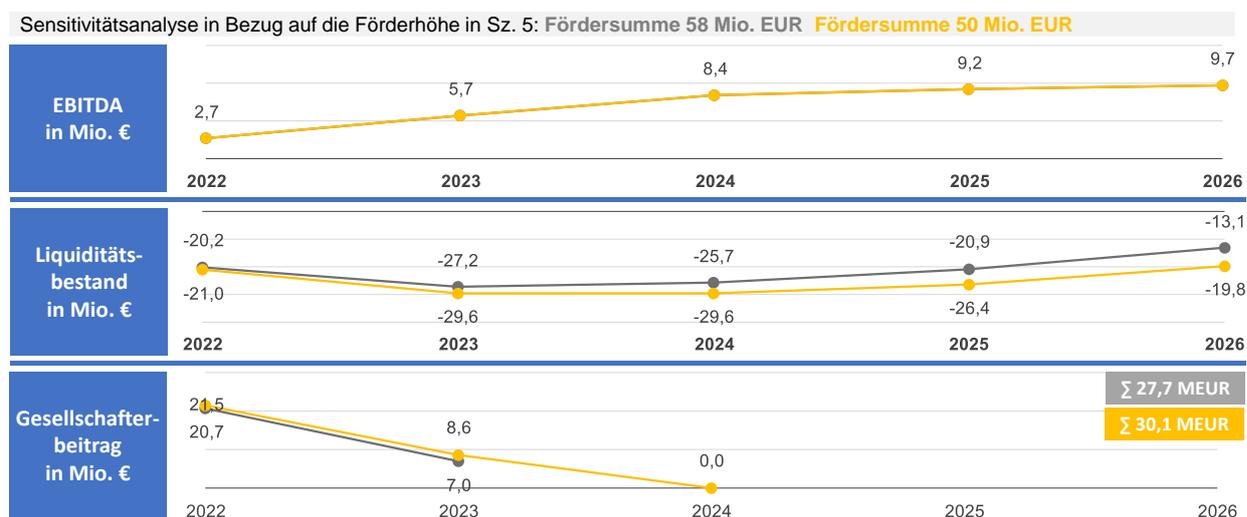


Abbildung 11 - Annahme: 50 Mio€ statt 58 Mio€ an Fördermitteln

Die Fördermittelzusage wirkt sich auf den Liquiditätsbestand aus und zeigt dort im Jahr 2026 eine entsprechende zusätzliche Unterdeckung der Liquidität von 6,7 Mio. Euro (-13,1 Mio. vs. -19,8 Mio. Euro). Dies führt dazu, dass im Vergleich zur Förderung mit 58 Mio. Euro ein zusätzlicher Gesellschafterbeitrag i. H. v. 2,4 Mio. Euro zu übernehmen wäre. Insgesamt wäre ein Gesellschafterbeitrag ohne Fremdfinanzierung i. H. v. 30,1 Mio. Euro anstatt i. H. v. 27,7 Mio. Euro notwendig. Da die imland Kliniken ab 2024 geplant einen deutlich steigenden EBITDA verzeichnen, kann ein Teil des benötigten Liquiditätsbedarfs aus eigener Liquidität gedeckt werden, so dass die fehlenden 8 Mio. Euro nicht vollständig vom Gesellschafter getragen werden müssten.

Wie bereits in Frage 5 ausführlich dargestellt, gelten auch hier die gleichen Prämissen zur wirtschaftlichen Bewertung.

**Ad. d.: Zusätzliche benötigte Fördermittel: 40 Mio. EUR tatsächliche Fördersumme anstatt 58 Mio. EUR**

Die Auswirkungen der Reduktion der angenommenen Fördermittel i. H. v. 58 Mio. Euro um 18 Mio. Euro auf 40 Mio. Euro ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt:

**Das Delta im Fördermittelzufluss führt im Betrachtungszeitraum zu einer Erhöhung des Gesellschafterbeitrags i.H.v. 8,1 Mio. €**

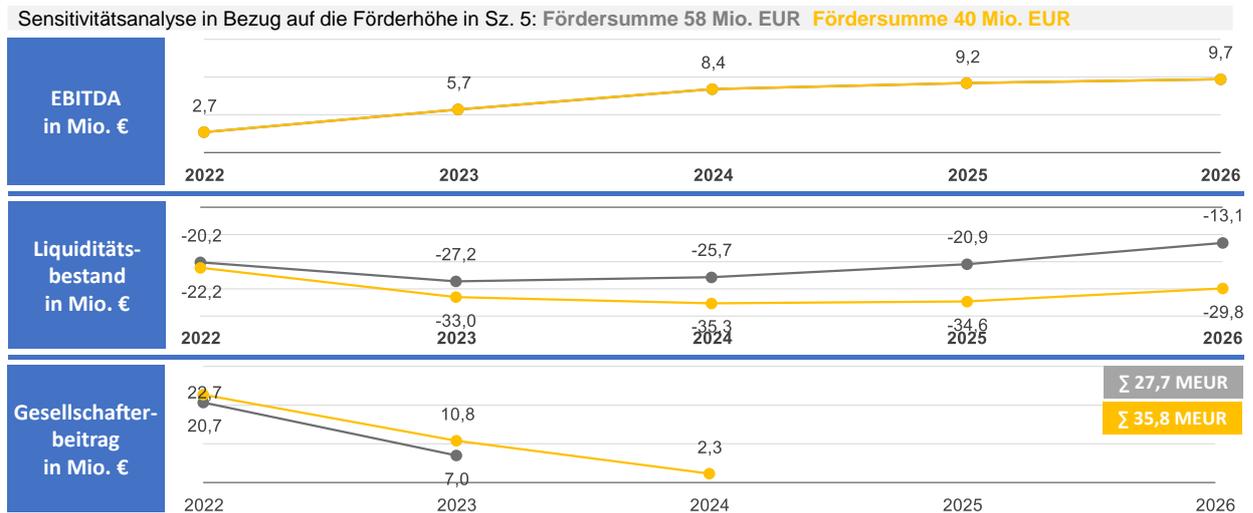


Abbildung 12 - Annahme: 40 Mio€ statt 58 Mio€ an Fördermitteln

Die Fördermittelzusage wirkt sich auf den Liquiditätsbestand aus und zeigt dort im Jahr 2026 eine entsprechende zusätzliche Unterdeckung der Liquidität von 16,7 Mio. Euro (-13,1 Mio. vs. -29,8 Mio. Euro). Dies führt dazu, dass im Vergleich zur Förderung mit 58 Mio. Euro ein zusätzlicher Gesellschafterbeitrag i. H. v. 8,1 Mio. Euro zu übernehmen wäre. Insgesamt wäre ein Gesellschafterbeitrag ohne Fremdfinanzierung i. H. v. 35,8 Mio. Euro anstatt i. H. v. 27,7 Mio. Euro notwendig. Da die imland Kliniken ab 2024 geplant einen deutlich steigenden EBITDA verzeichnen, kann ein Teil des benötigten Liquiditätsbedarfs aus eigener Liquidität gedeckt werden, so dass die fehlenden 17 Mio. Euro nicht vollständig vom Gesellschafter getragen werden müssten.

Wie bereits in Frage 5 ausführlich dargestellt, gelten auch hier die gleichen Prämissen zur wirtschaftlichen Bewertung.

**Ad. d.: Zusätzliche benötigte Fördermittel: 0 Mio. EUR tatsächliche Fördersumme anstatt 58 Mio. EUR**

Sollte das Land keine zusätzlichen Fördermittel genehmigen, so würde sich der zusätzliche Gesellschafterbeitrag wie in der folgenden Abbildung dargestellt erhöhen:

**Das Delta im Fördermittelzufluss führt im Betrachtungszeitraum zu einer Erhöhung des Gesellschafterbeitrags i.H.v. 42,6 Mio. €**

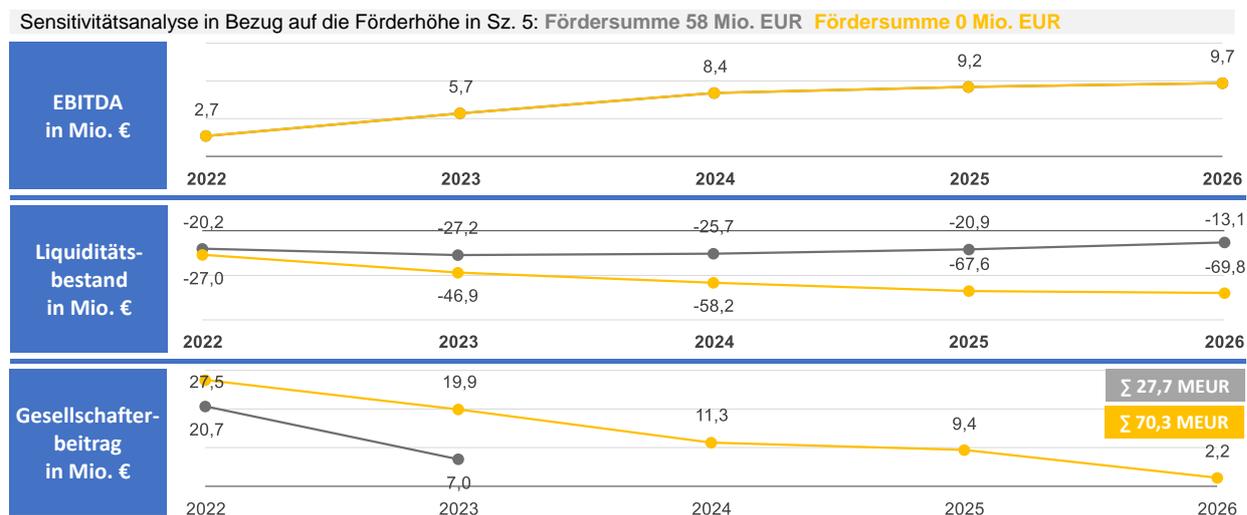


Abbildung 13 - Annahme: 0 Mio€ statt 58 Mio€ an Fördermitteln

Der Gesellschafterbeitrag würde sich im Falle keiner zusätzlichen Fördermittel um 42,6 Mio. Euro erhöhen und sich über die Zeit bis 2026 auf 70,3 Mio. Euro belaufen. Wie in der vorherigen Sensitivitätsanalyse müssten nicht die gesamten 58 Mio. Euro durch den Gesellschafterbeitrag getragen werden, da bereits ab 2024 ein Teil des fehlenden Fördermittelbetrages aus eigener Liquidität getragen werden kann.

Wie bereits in Frage 5 ausführlich dargestellt, gelten auch hier die gleichen Prämissen zur wirtschaftlichen Bewertung.

## 7. Aufzeigen der Optimierungs- und Restrukturierungsmaßnahmen, die am Standort Rendsburg vorgesehen sind

Nicht nur am Standort Eckernförde, sondern auch am Standort Rendsburg, sind verschiedenen Optimierungs- und Restrukturierungsmaßnahmen vorgesehen. Zu diesen gehören unter anderem die Themenbereiche:

- Konsolidierung der Fachabteilungsstrukturen
- Belegungsoptimierung mit Verweildauersteuerung
- Prozess- und Leistungsoptimierung

Im Rahmen der Detailplanung wird die Projektorganisation und Projektplanung professionell aufgestellt und ein regelmäßiges Berichtswesen an den Gesellschafter etabliert.

In der vorliegenden Szenariobewertung von Szenario 5 sind bereits wesentliche Restrukturierungs- und Optimierungsmaßnahmen für den Standort Rendsburg und auch für den Standort Eckernförde vorgesehen.

Zum einen wurden Optimierungen in der Verweildauer und Bettenauslastung angenommen, die schnellstmöglich umzusetzen sind.

Dabei wurde für Rendsburg die Erhöhung der Bettenauslastung von 77 % auf 80 % zugrunde gelegt. Basis dessen sind die fachabteilungsspezifischen Auslastungen des Krankenhausplans Schleswig-Holstein in seiner letzten Fassung von 2017. Darüber hinaus wurde mit einer Verweildauerreduktion von durchschnittlich 6,6 auf 6,4 Tagen je Fall gerechnet. Diese wird durch eine verbesserte Verweildauersteuerung gemäß InEK-Verweildauer erzielt. Für den Standort Eckernförde kann durch eine Erzielung der SOLL-Auslastung eine Bettenreduktion um 25 Betten auf 155 erfolgen. Die Optimierung der Verweildauersteuerung ist hier nicht erforderlich, da die IST-Verweildauer bereits unterhalb der vom InEK kalkulierten Verweildauer liegt.

Die Effekte lassen sich der folgenden Abbildung entnehmen:

### Bei opt. Auslastung und VWD-Steuerung in 2019 669 Betten ausreichend; in Szenario 5 686 Betten benötigt.

	Planbetten	Aufgestellte Betten*	① Bettenbedarf 2019	② Optimierung Belegung	Optimierter Bettenbedarf Szenario 5 2030
Rendsburg	467	494	454	- 14	508
Eckernförde	186	180	155	0 (optimiert)	104
<b>SUMME</b>	<b>653</b>	<b>674</b>	<b>609</b>	<b>- 14</b>	<b>612</b>
Psychiatrie	74	72	74		74
<b>Summe (inkl. Psy)</b>	<b>727</b>	<b>745</b>	<b>683</b>	<b>669</b>	<b>686</b>

① Bettenbedarf auf Basis IST-Verweildauer und SOLL-Auslastung lt. KH-Plan  
Die Auslastung in Rendsburg erhöht sich dadurch von durchschnittlich **77% auf 80%**.

② Potential auf Basis InEK-Verweildauer und SOLL-Auslastung lt. KH-Plan im Verhältnis zum Bettenbedarf  
Die Verweildauer in Rendsburg wird dadurch von durchschnittlich **6,6 auf 6,4 Tage** reduziert.

Quelle: Datenlieferung imland; „2021 Aufgestellte-Betten-Plan-Betten für Curacon 30.09.2021“  
\*inkl. intensiv, WL + HNO; exkl. Tageskliniken

Abbildung 14 - optimale Auslastung und Verweildauersteuerung

Zum anderen wurde aus Restrukturierungsmaßnahmen ein Personalabbau in der Größenordnung von 103 Vollzeitstellen ermittelt. Der darüberhinausgehende Personalabbau ist im Zusammenhang mit Produktivitätssteigerungen in der Leistungserbringung zu nennen.

Diese und weitere Sackkostenreduktionen sind Teil der detaillierten und mit KPMG abgestimmten Wirtschaftlichkeitsberechnung für Szenario 5. In gleicher Weise wurden die Berechnungen für die anderen Szenarien aufgebaut. Nur wenn es gelingt, die Restrukturierungsmaßnahmen in der geplanten Form umzusetzen, kann auch der geplante EBIDTDA erreicht werden sowie die geplanten Liquiditätsentwicklung und der daraus resultierende Gesellschafterbeitrag eingehalten werden.

## Fazit

imland hat die Erkenntnisse des Plausibilisierungsgutachtens von Lohfert & Lohfert sehr ernst genommen, war für die Hinweise dankbar und hat diese gemeinsam mit den Experten umfassend geprüft. Zusammenfassend ist festzustellen, dass Szenario 5, wie es von der Geschäftsführung vorgeschlagen wurde, ein nachhaltiges und tragfähiges Konzept für die Zukunft von imland mit zwei stationären Standorten ist.

Sowohl die Stellungnahme von imland, als auch die tiefergehenden Einschätzungen von CURACON und CLINOTEL, kommen vollumfänglich zu dieser Erkenntnis.

Die von Lohfert & Lohfert vorgeschlagenen Varianten sind mit den imland-Prüfkriterien kritisch hinterfragt worden. imland kommt hierbei zu dem Schluss, dass diese unter der besonderen Marktsituation der imland Kliniken als nicht ausreichend nachhaltig zu beurteilen sind.

Die zentralen Aussagen von Lohfert & Lohfert sind von imland aufgenommen und kritisch geprüft worden. Nach dieser Prüfung ergeben sich folgende Ergebnisse:

- Innere Medizin: Der Hinweis von Lohfert & Lohfert zur einer notwendigen Schwerpunktbildung wurde aufgenommen und findet in der Detailplanung entsprechend Berücksichtigung. Demnach kann durch Schwerpunktbildung, die Notfallversorgung vor Ort und die Nutzung der Synergieeffekte durch die weiteren Fachabteilungen eine langfristige Sicherung der Fallzahlen erwartet werden.
- Geriatric: In Übereinstimmung mit Lohfert & Lohfert ist die Geriatric ein Wachstumsfeld. Diese ermöglicht an beiden Standorten (Rendsburg und Eckernförde) ein wohnortnahes, den aktuellen Bedürfnissen individuell angepasstes Versorgungskonzept.
- Schmerztherapie: Genauso wie Lohfert & Lohfert schätzt imland das Marktpotential als ambitioniert aber durchaus realistisch ein.
- Verlagerungseffekte: Durch eine gelenkte Patientensteuerung, zum Beispiel durch Ausweitung der Sprechstundenangebote in Eckernförde zu vor- und nachstationären Behandlungen, wird der Patientenzustrom auch zukünftig gesichert.

Die kurz- mittel- und langfristige Auslastung der Inneren Medizin wird erreicht, da das bestehende Angebot der Inneren Medizin im Szenario 5 vollumfänglich erhalten bleibt. Der Patientenzustrom der Inneren Medizin erfolgt bereits heute überwiegend durch direkte Zuweisung oder persönliche Entscheidung des Patienten. Durch konkrete Maßnahmen zur zielgruppenorientierten Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten, dem Rettungsdienst und der

Bevölkerung werden die Patientenströme nachhaltig gesichert. Die sehr differenziert bewerteten Patientenverluste erscheinen daher realistisch und sichern die Machbarkeit von Szenario 5.

Die von Lohfert & Lohfert präferierten Varianten wurden von imland eingeschätzt und bewertet. Beide Szenarien-Vorschläge von Lohfert & Lohfert scheinen risikobehaftet und nicht nachhaltig umsetzbar. Das adaptierte Szenario 1 von Lohfert & Lohfert hat sich nach hinlänglicher Prüfung insbesondere auf Basis der qualitativen Bewertungskriterien, als nicht tragfähig erwiesen. Insbesondere in der Adaption des Szenario 5 ohne Innere Medizin ist eine Basisversorgung vor Ort in Eckernförde nicht möglich. Das vollumfängliche Angebot der internistischen Notfallversorgung ist dann nicht realistisch umsetzbar.

Den Finanzierungsrisiken der unterschiedlichen Szenarien ist sich imland bewusst. Jedes Szenario birgt entsprechende (Finanzierungs-) Risiken. Diese sind maßgeblich in Zusammenhang mit den notwendigen Baumaßnahmen zu sehen. Diese Risiken erscheinen durch eine schrittweise Umsetzung der Projektentwicklung in enger Abstimmung mit dem Fördermittelgeber und der Gesellschafterversammlung beherrschbar. Ein darauf abgestimmtes professionelles Projektmanagement und Risikomanagement erhöht zusätzlich die Beherrschbarkeit der Risiken.

Risiken auf die Auswirkung der laufenden Geschäftsentwicklung von imland werden als eher gering eingeschätzt. Diesen kann durch entsprechende Steuerungsmaßnahmen entgegengewirkt werden.

Die wirtschaftliche Tragfähigkeit wurde durch die Sensitivitätsanalyse mit fünf verschiedenen Parametern berechnet. Wenn hierbei weniger Fälle in Eckernförde behandelt werden, wären geringe Auswirkungen auf den Gesellschafterbeitrag zu verzeichnen, bzw. könnten wegfallende Fälle der Inneren Medizin durch weitere Fälle der Geriatrie zu kompensieren sein. Wenn weniger Fördermittel zugeteilt werden würden, kann ein Teil des benötigten Liquiditätsbedarfs aus eigener Liquidität gedeckt werden, so dass die fehlenden Mittel nicht vollständig vom Gesellschafter getragen werden müssten. Wenn keine Fördermittel zur Verfügung stehen sollten, würde sich der Gesellschafterbeitrag um 42,6 Mio. Euro erhöhen und sich über die Zeit bis 2026 auf insgesamt 70,3 Mio. Euro belaufen. Wie in den Sensitivitätsanalysen ausführlich dargestellt, müssten nicht die gesamten Mittel durch den Gesellschafterbeitrag getragen werden, da bereits ab 2024 ein Teil des fehlenden Fördermittelbetrages aus eigener Liquidität getragen werden kann.

Optimierungs- und Restrukturierungsmaßnahmen sind an beiden Standorten vorgesehen. Diese sind unter anderem den Themenbereichen Konsolidierung der Fachabteilungsstrukturen, Belegungsoptimierung mit Verweildauersteuerung und Prozess- und Leistungsoptimierung eingeteilt. Im Rahmen der Detailplanung wird die Projektorganisation und Projektplanung professionell aufgestellt und ein regelmäßiges Berichtswesen an den Gesellschafter etabliert.