

Ortenau Klinikum



Dr. T. Möller, H. Suhl, Dr. S. Jensen, Dr. J. Peukert

Strukturgutachten zur Agenda 2030

Offenburg, 19.04.2018

Auf Basis der Anmerkungen im Rahmen der Präsentation des Strukturgutachtens im Krankenhausausschuss am 19.04.2018 erfolgten in der überarbeiteten Version des Strukturgutachtens folgende Anpassungen:

- Ergänzung eines Verzeichnis der Anpassungen (Seite 2)
- Ergänzung eines Abkürzungsverzeichnis (Seite 3)
- Ergänzung der Achsen Beschriftung der Diagramme
- Inhaltliche Überarbeitung der Seiten 66 und 67 gemäß Diskussion im Rahmen der Präsentation des Strukturgutachtens am 19.04.2018 zur Thematik Maximalversorgung im Verbund Offenburg und Lahr
 - Anpassung der Terminologie der Seiten 57,58,59, 63 und 64 an die Überarbeitung der Seiten 66 und 67
- Ergänzung Patientenstrompfeil Oberkirch->Offenburg (Seite 88) für die Varianten 2a/b
- Ergänzung Fußnote (Seite 88) zur Bewertung der Flächen Pflege
- Ergänzung Kommentierung zur gutachterlichen Empfehlung eines möglichen Zeitverlaufs (Seite 108)

Abkürzungsverzeichnis

ÄD	- Ärztlicher Dienst	OP	- Operationsbereich
BM	- Benchmark	PD	- Pflegedienst
CMP	- Case-Mix Punkte	VK	- Vollzeitkräfte
effCM	- effektiver Case-Mix	ZSVA	- Zentrale Sterilgutversorgungs- abteilung
FD	-Funktionsdienst		
FDA	- Fixkostendegressionsabschlag		
IK	- Institutionskennzeichen		
KV	- Kassenärztliche Vereinigung		
FZZ	- Fahrtzeitzone		
L&L	- Lohfert & Lohfert AG		
LK	- Landkreis		
MTD	- Medizin-technischer Dienst		
MVZ	- Medizinisches Versorgungszentrum		
NUF	- Nutzungsfläche gemäß DIN 277		

Inhaltsverzeichnis

- ◆ **Vorstellung Lohfert & Lohfert AG**
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten



Dr. med. Jens Peukert
Vorstandsvorsitzender
Projektleiter

Kontakt

- jpeukert@lohfert.net
- Telefon +49-40-419060

Ausbildung

- Promotion (Institute of Social Medicine and Health Economics der Universität Magdeburg)
- Staatsexamen Medizin (Ludwig-Maximilians-Universität München)
- Diplom-Wirtschafts-Ingenieur (Technische Universität München)

Berufserfahrung

- Seit 2009 Vorstandsvorsitzender der Lohfert & Lohfert AG
- Seit 2006 Vorstand der Lohfert & Lohfert AG
- Seit 2003 Berater der Lohfert & Lohfert AG
- 2001-03 Geschäftsführer der TUMorrow GmbH
- Mitarbeiter der TUMorrow GmbH, München

Schwerpunkte

- Sanierung und Restrukturierung
- Medizinkonzeption
- Strategische Leistungsplanung
- Medizin-ökonomische Steuerung
- Raum- und Funktionsplanung
- Kommunikation

Referenzen (Auszug)

Durchgeführte Projekte in über 80 Krankenhäusern

Städtische Kliniken München GmbH

- Sanierungsumsetzung inkl. Medizinkonzept, 5 Standorte

Klinikum Nürnberg

- Strategisches Medizinkonzept 2034 und Kapazitätsplanung inkl. Umsetzungsbegleitung, 5 Standorte

Klinikum Augsburg

- Wirtschafts- und Sanierungsplan inkl. Medizinkonzept sowie Master- und Generalplanung, 2 Standorte

Krankenhausverbund Barmherzige Brüder Bayern

- Wirtschafts- und Sanierungsplan inkl. Medizinkonzept und Steuerung medizinischer Sachbedarf, 5 Standorte

Universitätsmedizin Mainz

- Zielplanung Krankenversorgung, Medizintechnik und bauliche Masterplanung auf bestehender Ist-Analyse

Universitätsklinikum Frankfurt am Main

- Bauliche Perspektivplanung, BO-Planung

Kliniken der Stadt Köln

- Restrukturierungsplan inkl. Umsetzung, 3 Standorte

Klinikum Region Hannover

- Restrukturierungs-/Optimierungsprozess inkl. Umsetzung

Klinikum Stuttgart

- Konzeption medizinische Leistungsstruktur, Sanierung



Dr. med. Tobias Möller, MBA
Stellv. Projektleiter

Kontakt

- tmoeller@lohfert.net
- Telefon +49-40-419060

Ausbildung

- Master of Business Administration Universität St. Gallen (HSG)
- Promotion (Ludwig-Maximilians-Universität München)
- Staatsexamen Medizin (Ludwig-Maximilians-Universität München)

Berufserfahrung

- Seit 2010 Mitarbeiter bei der Lohfert & Lohfert AG
- 2005 - 2008 Head of Sales MRI Region Nordost, Philips Healthcare Deutschland
- 2003 - 2005 Arzt in der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

Schwerpunkte

- Medizinkonzeption
- Kapazitätsplanung
- Prozessoptimierung Medizin
- BO-Planung

Referenzen (Auszug)

Durchgeführte Projekte in über 30 Krankenhäusern

Klinikum Nürnberg und Kliniken Nürnberger Land
- Strategisches Medizinkonzept 2034 und Kapazitätsplanung inkl. Umsetzungsbegleitung, 5 Standorte

Städtische Kliniken München GmbH

- Sanierungsumsetzung inkl. Medizinkonzeption, 5 Standorte

Klinikum Aschaffenburg

- Medizinkonzept 2030 und Überführung in Baustrategie, 2 Standorte

Universitätsmedizin Mainz

- Medizinkonzeption 2030, Zielplanung Krankenversorgung, Medizintechnik und Bau

Universitätsklinikum Frankfurt am Main

- Medizinkonzeption 2030, Bauliche Perspektivplanung, BO-Planung

Kliniken Landkreis Diepholz

- Medizinkonzeption unter Sicherstellung der Versorgungsqualität (Patienten, qualifiziertes Personal) und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Landkreis (4 Standorte)

Ostemed Kliniken und Elbekliniken Stade-Buxtehude

- Medizinkonzeption unter einer landkreisübergreifenden Sicherstellung der Versorgungsqualität (Patienten, qualifiziertes Personal) und Steigerung der Wirtschaftlichkeit (4 Standorte)



Henry Suhl
Teilprojektleiter

Kontakt

- hsuhl@lohfert.net
- Telefon +49-40-419060

Ausbildung

- Dipl.-Kfm. (Universität Hamburg)
- Studium Humanmedizin (Universität Hamburg)

Berufserfahrung

- 22 Jahre Beratungserfahrung
- Seit 2017 Mitarbeiter der Lohfert & Lohfert AG Hamburg
- 2007 – 2016 Projektmanager bei Lohfert & Lohfert AS
- 2002 – 2006 Senior Account Manager bei Gartner
- 1995 – 2002 Principal Consultant bei PWC

Schwerpunkte

- Zielplanung
- Strategische Masterplanung
- Betriebsorganisationsplanung
- Raum- und Funktionsplanung
- Wirtschaftlichkeitsanalysen
- Logistikplanung
- Schulung und Simulation

Referenzen (Auszug)

Durchgeführte Projekte in über 30 Krankenhäusern

- **Klinikum Minden**, (900 Betten), BO-Feinplanung, Schulung/Simulation, Inbetriebnahmeplanung
- **Klinikum Krefeld**, (rd. 1.000 Betten), strategische Masterplanung, Raum- und Funktionsplanung
- **Universitätsmedizin Göttingen**, (rd. 1300 Betten), Generalentwicklungsplanung, Logistikplanung
- **Landeskrankenhaus Klagfurt**, (1.300 Betten), Vorbereitung der Inbetriebnahmeplanung
- **Hochtaunus-Kliniken**, (rd. 500 Betten), strategische Masterplanung, Raum-/Funktionsplanung, BO-Grobplanung, Architektur-anforderungen, Masterplanung Logistik
- **Klinikum Augsburg**, (rd. 1.700 Betten), strategische Masterplanung für die Gesamtanierung des Klinikums, Raum- und Funktionsplanung, Prozessplanung zum Eltern-Kind-Zentrum und Intensivzentrum, Logistikplanung, laufende Aktualisierung Bettenplanung
- **Uniklinikum Bonn**, (rd. 1.300 Betten), BO-Feinplanung Neubau Zentralklinikum und Herzzentrum, BO-Feinplanung, Einrichtungsplanung, Inbetriebnahmeplanung Neubau NPP
- **Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz**, (rd. 500 Betten), Federführende Projektleitung zur Entwicklungsplanung, Betriebskonzeption 1. und 2. Bauabschnitt, Logistikplanung,
- **Bundeswehrkrankenhaus Hamburg**, (rd. 300 Betten), Raum- und Funktionsplanung, Logistikplanung, Prozess- und IT-Masterplanung
- **Klinikum Frankfurt Höchst** (rd. 1.000 Betten), BO-Planung
- **Bundeswehrkrankenhaus Ulm**, (rd. 300 Betten), Prozess- und IT-Masterplanung
- **Frankfurt Höchst**, (rd. 980 Betten), Logistikplanung, Second Opinion zur Planung des Neubaus, BO-Feinplanung, Schulung/Simulation, Inbetriebnahmeplanung



Dr. PH Sören Jensen, Dipl.-Ök.
Teilprojektleiter

Kontakt

- sjensen@lohfert.net
- Telefon +49-40-419060

Ausbildung

- Promotion zum Dr. Public Health (Medizinische Hochschule Hannover)
- Diplom-Ökonom (Leibniz Universität Hannover)

Berufserfahrung

- Seit 2014 Berater bei der Lohfert & Lohfert AG
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitsökonomie an der MHH
- Tätigkeit in der Unternehmensentwicklung eines privaten Krankenhauskonzerns

Schwerpunkte

- Restrukturierung und Sanierung inklusive Wirtschaftlichkeitsbewertungen
- Prozessoptimierung im Sekundär- und Tertiärbereich
- Umsetzungsorientierte Projektsteuerung

Referenzen (Auszug)

Durchgeführte Projekte in über 15 Krankenhäusern

- Städtisches Klinikum München an fünf Standorten**
 - Sanierungsumsetzungsgutachten und Umsetzung inkl. Konsolidierungsrechnung medizinisches Kerngeschäft

Klinikum Nürnberg an zwei Standorten

- Restrukturierungsgutachten für alle Bereiche des Klinikums, Strategisches Medizinkonzept 2034

Regionale Kliniken Holding an neun Standorten

- Restrukturierung und Prozessoptimierung im Bereich Sekundärleistungen inkl. Businessplanung

Universitäres Herzzentrum Bad Oeynhausen

- Restrukturierungsgutachten zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit inkl. Businessplanung

Universitätsmedizin Rostock

- Restrukturierung und Prozessoptimierung im Bereich Sekundärleistungen; GBA-Projekt HerzEffekt MV

Ammerland-Klinik

- Restrukturierungsgutachten für alle Bereiche des Klinikums und dessen Umsetzung

GeNo Klinikverbund Bremen an vier Standorten

- Steuerung des Medizinischen Sachbedarfs

Wien AKH und Graz LKH

- Fach- und Führungskräfte-schulung im Rahmen der Lohfert & Lohfert Akademie

Die Lohfert & Lohfert AG ist eine der führenden und erfahrensten Krankenhausberatungen Deutschlands

Wichtige Kennzahlen



- Wir beraten seit über **45 Jahren** Krankenhäuser zu allen Fragestellungen
- Wir haben insgesamt über **2.000 Projekte** durchgeführt – **aktuell** beraten wir über **60 Kunden** mit mehr als **10 Mrd. EUR Umsatz**, davon **12 Universitätskliniken**
- Wir verfügen über einen Datenpool mit allen wesentlichen medizinischen und ökonomischen Kennzahlen von über **250 Krankenhäusern**
- Wir differenzieren uns am Markt durch die Kombination von ökonomischer Kompetenz gepaart mit breitem medizinischen Wissen und Praxiserfahrung – unser Team verfügt über mehr als **100 Jahre klinische Erfahrung**

Das Beratungsspektrum der Lohfert & Lohfert AG umfasst die gesamte Wertschöpfungskette im Krankenhaus

Referenzbeispiele



Portfolio

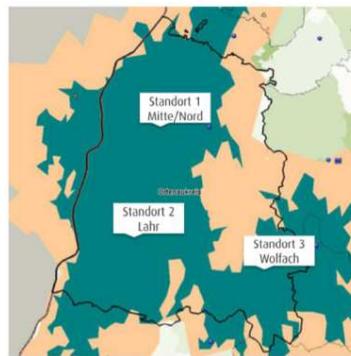
- Betriebsorganisation
- Raum- und Funktionsplanung
- Potenzialanalysen & Steuerung des med. Sachbedarfs
- Optimierung des Leistungsportfolios
- Markt- und Wettbewerbsanalyse
- Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen
- Leistungsstrukturplanung
- Reorganisation
- Restrukturierung & Sanierung
- Due Diligence

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ **Ausgangslage**
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

Der Startschuss der Agenda 2030 ist erfolgt – erste Standortalternativen wurden diskutiert

Vorhaben und Grundlagen

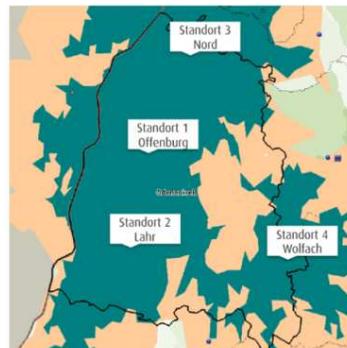


Alternative 1 (3 Klinikstandorte)

- Standort Ettenheim geht im Standort Lahr auf
- Standort Wolfach bleibt bestehen
- Alle anderen Standorte gehen im neuen Standort Mitte/Nord auf (Lokalisation Standort offen)

Alternative 2 (4 Klinikstandorte)

- Ettenheim geht in Lahr auf
- Wolfach bleibt bestehen
- Achern verbleibt am bisherigen Standort bestehen oder wird an neuen Standort in Achern neu errichtet (Lokalisation Standort offen)
- Alle anderen Standorte gehen im neuen Standort Offenburg auf (Lokalisation Standort offen)



Alternative 3 (Status Quo)

- Alle 9 Standorte bleiben bestehen

Bisherige Schritte

- 11.05.2017: Präsentation des **Vorgutachtens**
- 23.05.2017: Beschluss der **Validierung** der „Agenda 2030“
- 11.07.2017: Beschluss der Zusammenführung der 2 Krankenhausapotheken in Lahr und Offenburg nach Offenburg
- 25.07.2017: Beschluss **„Modell Landrat“** durch Kreistag (Erhalt 8 stationäre Standorte bei umfassenden Strukturveränderungen)

Das Modell Landrat ist Beschlusslage und ist damit Grundlage der Fortschreibung der Variante Status Quo

Vorhaben und Grundlagen

Kurz- und mittelfristige Perspektive

Modell Landrat

- Ettenheim (inkl. Fußchirurgie und Schmerztherapie) sowie Oberkirch (inkl. Geburten) und Kehl als Portalkliniken
- Verlagerung der Allgemeinchirurgie, Gynäkologie und HNO von Kehl nach Achern und Offenburg
- Verlagerung der Orthopädie von Gengenbach nach Kehl
- Fortführung von Gengenbach mit neuen Leistungsangeboten Kurzzeitpflege und Heimbeatmung für Kinder. Geprüft wird: Bündelung der psychosomatischen Abteilungen Lahr und Offenburg sowie Einrichtung eines zentralen Bildungscampus aller Schulen des Ortenau Klinikums
- Neustrukturierung und Fortführen aller Standorte
- Ausgewogenes Modell für die Übergangszeit
- Sinnvolles Nachnutzungskonzept für Gengenbach
- Stärkung des Standortes Kehl
- Stärkung der Wirtschaftlichkeit und Qualität gegenüber dem Status Quo.

Bisherige Schritte

- 25.07.2017: Beschluss „**Modell Landrat**“ durch Kreistag (Erhalt 8 stationäre Standorte bei umfassenden Strukturveränderungen)

3 Standortvarianten sollen im Rahmen des Strukturgutachten Agenda 2030 untersucht werden

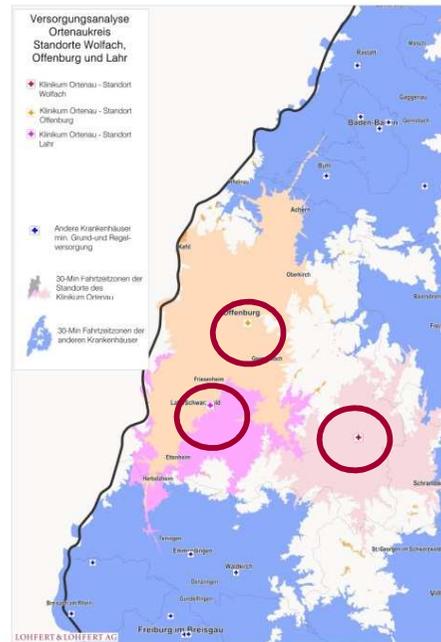
Abgestimmte Standortvarianten des Medizinkonzeptes 2030

Variante 0: Status quo



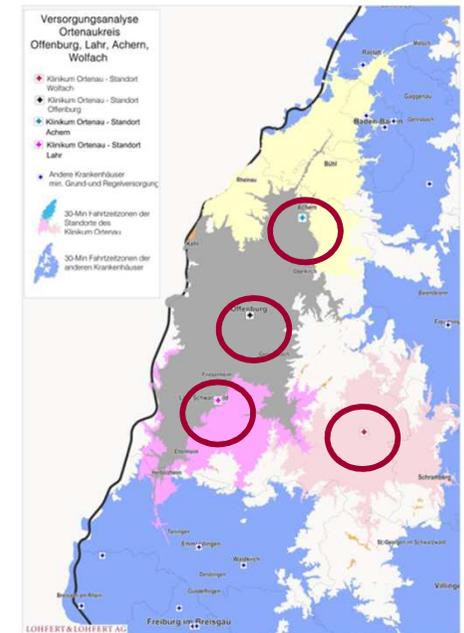
*8 stationäre Standorte
„Modell Landrat“*

Variante 1: 3 Standorte



*Offenburg
Lahr
Wolfach*

Variante 2: 4 Standorte¹⁾



*Offenburg
Lahr
Wolfach
Achern¹⁾*

¹⁾ Variante 2 betrachtet zwei Szenarien: Szenario 2a: Achern mit Anbau; Szenario 2b: Achern mit Neubau

Verschärfte Rahmenbedingungen, härterer Wettbewerb und divergente Interessensgruppen sind zu berücksichtigen

Rahmenbedingungen des Projektes

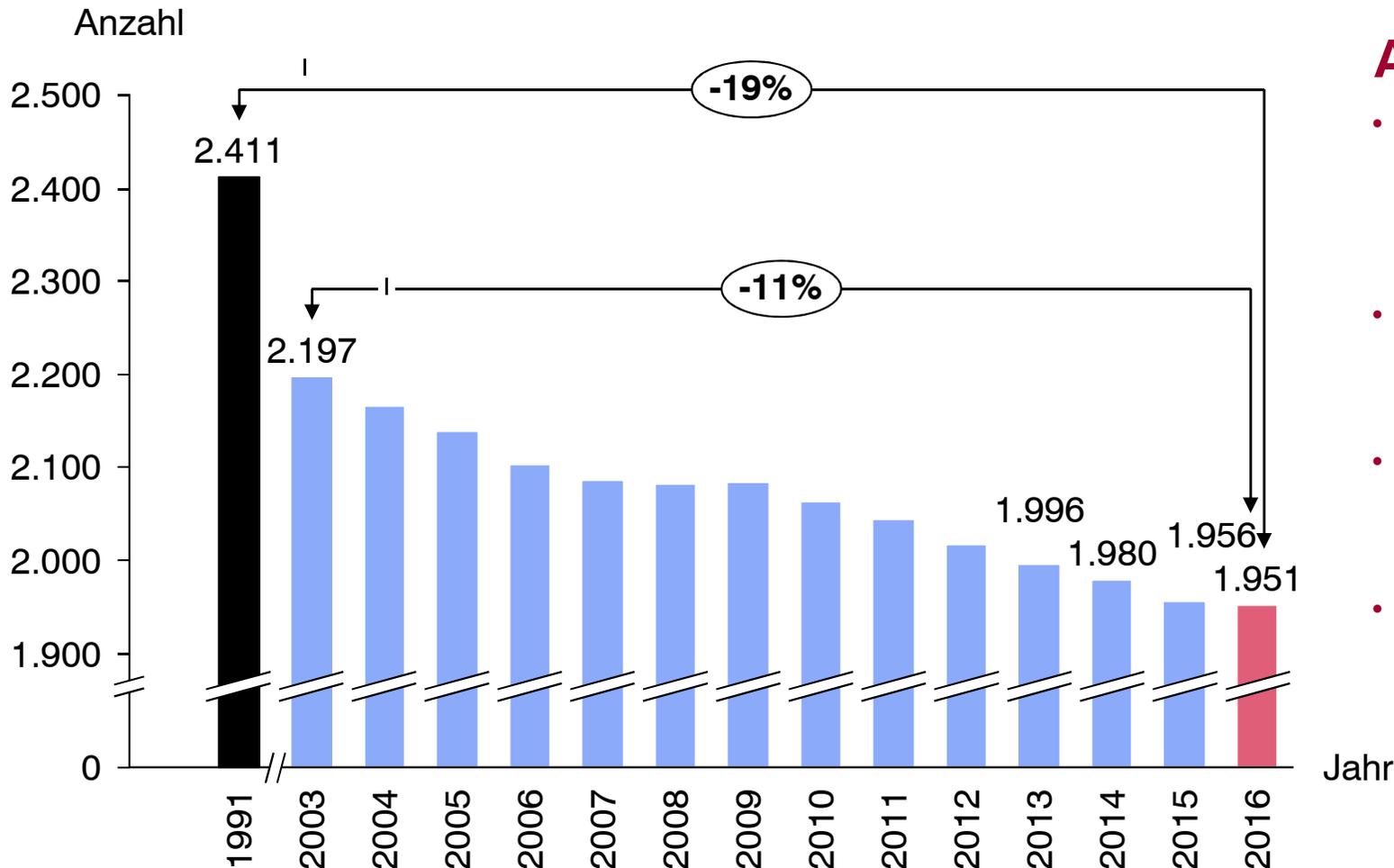


Anmerkungen

- **Versorgungsqualität** als zukünftiger **Treiber** Leistungserbringung
- **Krankenhausstrukturgesetz** verschärft die ökonomischen Notwendigkeiten
- **Trägerschaft** und **Versorgungsauftrag** präjudizieren Handlungsrahmen
- **Tarifverträge** und **Betriebsvereinbarungen** setzen Grenzen

Die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland ist seit 1991 um rund 19% gesunken

Anzahl Krankenhäuser 1991, 2003 bis 2016 [n]¹⁾



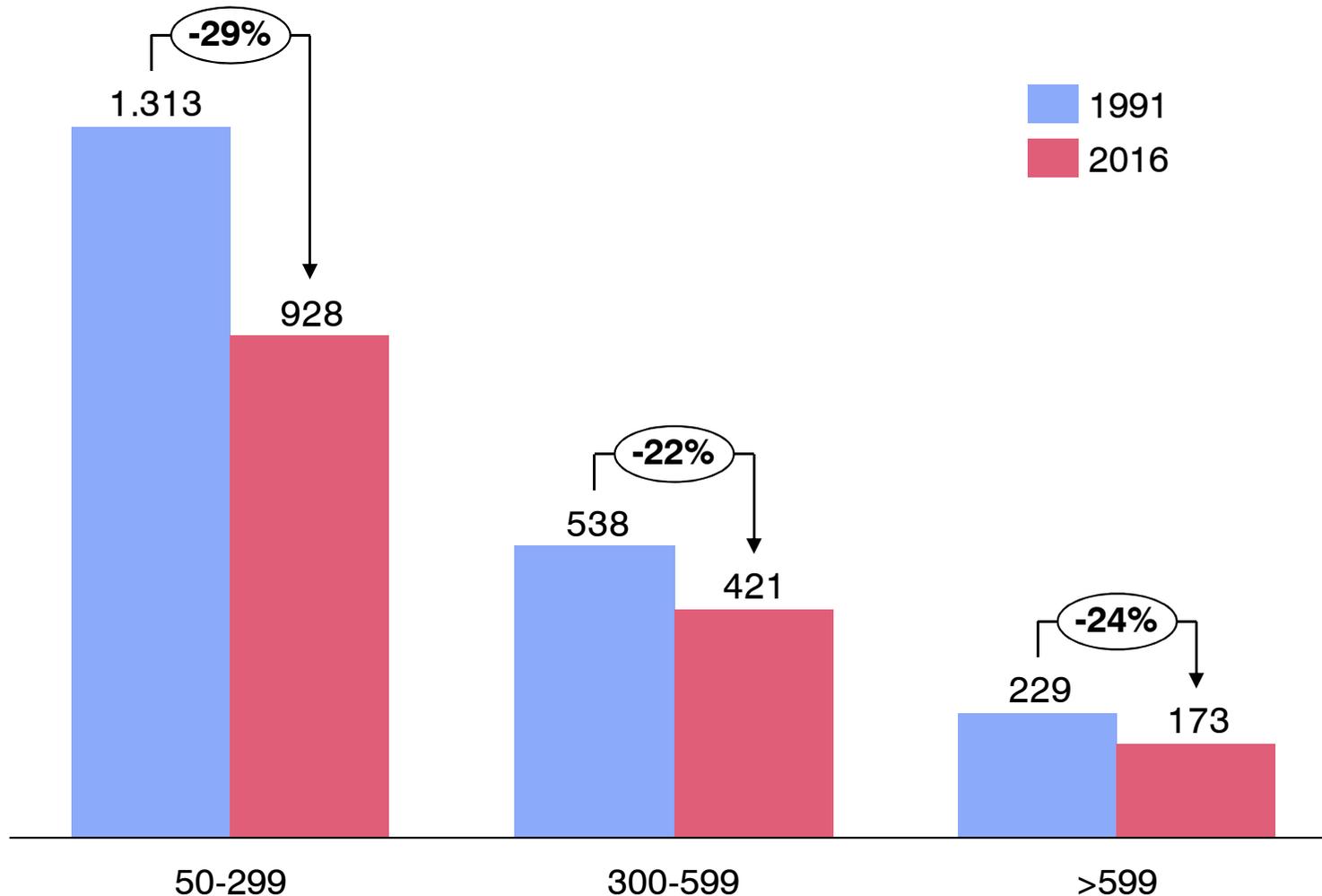
Anmerkungen

- Seit 1991 **Rückgang** der **Anzahl an Krankenhäusern** um **19%** von **2.411** auf **1.951** im Jahr 2016
- Seit Einführung des DRG-Systems 2002 Rückgang um 11% auf 2016
- Trotz einer Verlangsamung des Rückganges ist von einer weiter fallenden Tendenz auszugehen
- Zukünftige Treiber sind zunehmende Anforderungen an Qualität und damit u.a. Vorhaltestrukturen sowie der sich ausweitende Fachkräftemangel

¹⁾ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2018

Insbesondere die Anzahl an Krankenhäusern mit einer Bettenanzahl <300 haben deutlich abgenommen

Anzahl Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen im Vergleich von 1991 zu 2016 [n]¹⁾



Anmerkungen

- Ein Rückgang der Anzahl an Krankenhäusern ist über alle Bettengrößen hinweg zu beobachten.
- Im Bereich 50-400 Betten ist der größte Verlust zu verzeichnen
- Im Bereich zwischen 300 und 599 Betten finden sich viele Schwerpunktversorger mit einem klar definiertem Leistungsportfolio wieder

¹⁾ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2018

Die Anzahl an Krankenhausbetten nimmt im Zeitlauf ebenfalls deutlich ab

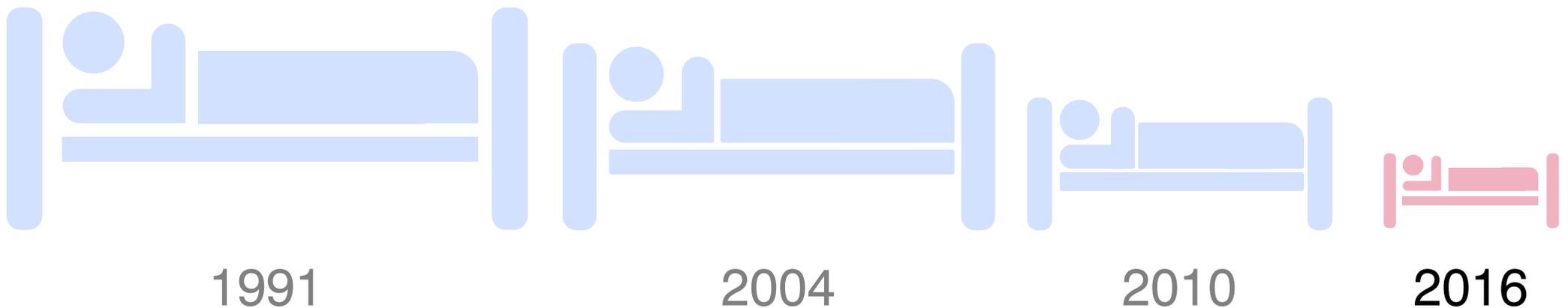
Anzahl an Krankenhausbetten im Verlauf [n]¹⁾

665.565

531.333

502.749

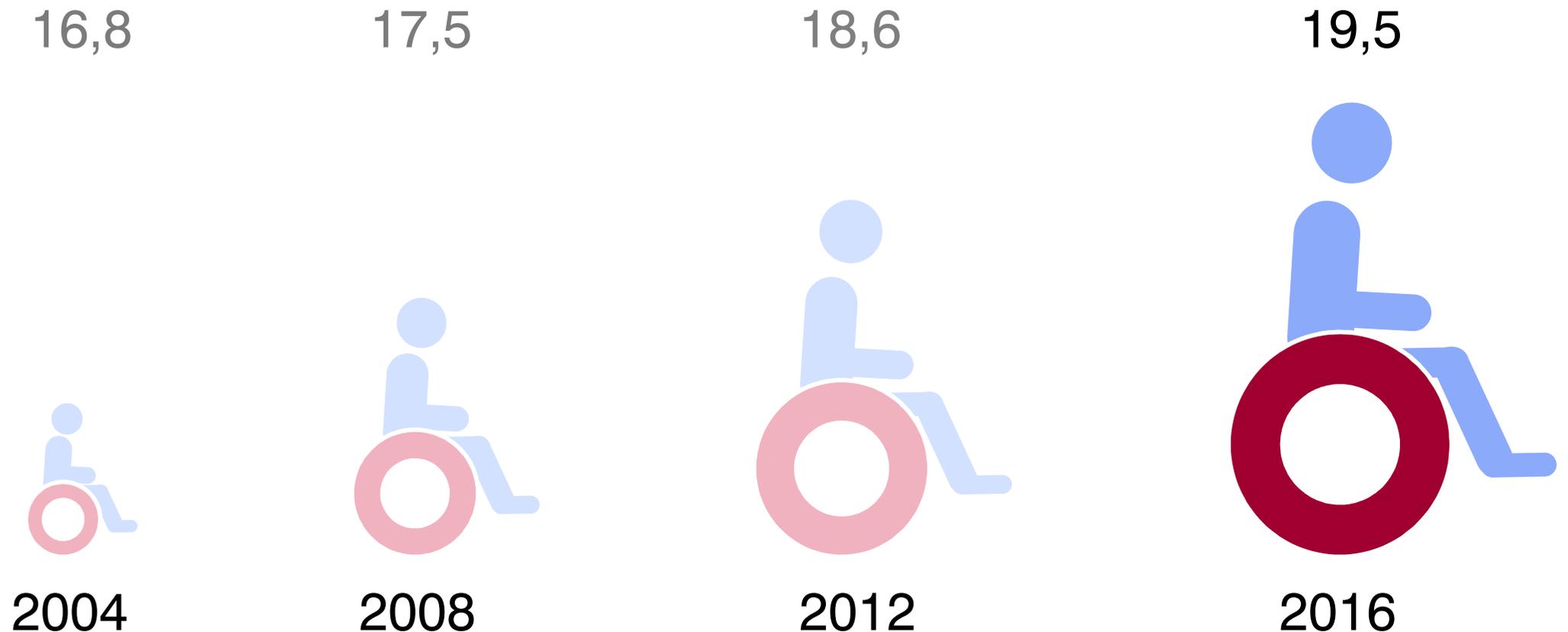
498.718



¹⁾ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2018

Gleichzeitig kommt es zu einem Anstieg der in den Krankenhäusern behandelten stationären Fälle

Anzahl stationärer Fälle in [Mio. n] ¹⁾

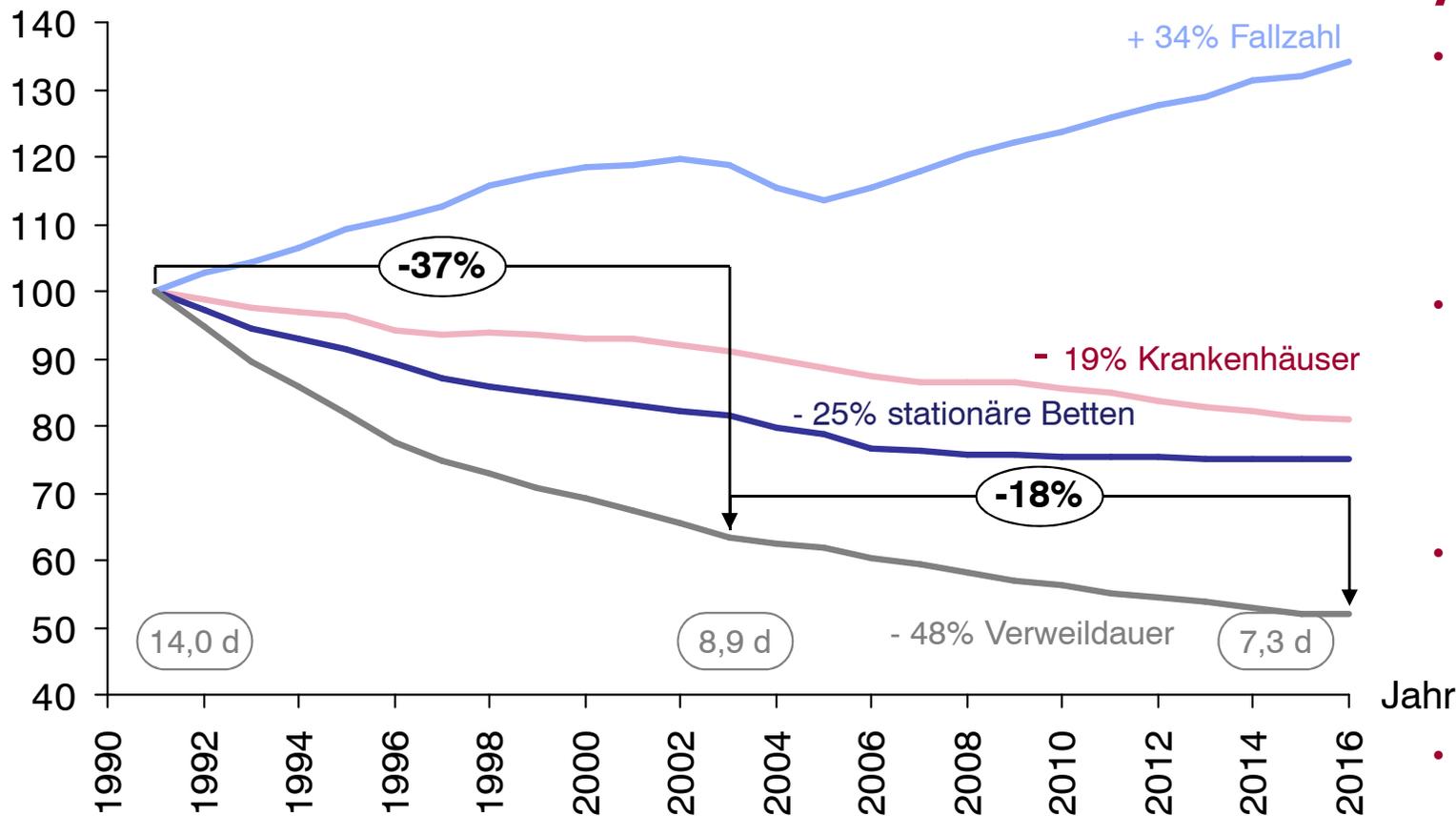


¹⁾ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2018

Die Gesamtentwicklung des Krankenhausmarktes in Deutschland zeigt einen Verweildauerrückgang um 48%

Entwicklung wichtiger Kennzahlen 1991 bis 2016 des deutschen Gesundheitsmarktes¹⁾

Index



Anmerkungen

- Bedingt durch die deutliche Abnahme der Verweildauer sinkt trotz steigender Fallzahlen der Bedarf an stationären Betten deutlich
- Ein Großteil der Anpassung der Bettenkapazitäten ist auf Schließung von Krankenhäusern zurückzuführen
- Bestehende Kapazitäten sind meist schwierig zu reduzieren da die Infrastruktur weiter erhalten bleibt
- Schlecht ausgelastete Betten haben maßgeblichen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit

¹⁾ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2018

Die Krankenhausstrukturen wurden durch wesentliche gesetzliche Grundlagen verändert

- 1972: **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)** mit dualem Finanzierungssystem soll die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten
- 2002: Einführung der DRG im Rahmen des Fallpauschalengesetzes (BGBl. I S. 1412) i.V.m. dem KHEntgG führt zu einer **leistungsbezogenen Vergütung**
- 2003: GKV-Modernisierungsgesetz **fördert ambulante Behandlung** (Gründung von MVZ)
- 2004: G-BA entwirft verpflichtende strukturierte Qualitätsberichte (SGB V § 137 Nr. 6 S.3 Absatz 1)
 - Zulassung von **Mehr- und Mindererlösausgleiche** gem. §4 KHEntgG (Verlustrisiko für unrentable Krankenhäuser)
- 2005: jedes Bundesland mit einheitlichem Landesbasisfallwert (LBFW) (Krankenhaus vereinbart mit den Kostenträgern nur noch Leistungsplanung), später BBFW
- 2009: **leistungsorientierte Investitionspauschale** im Rahmen des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung
- 2010: Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- 2015: wesentliche Reformen durch das **Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)** erlassen

Grundlagen für die Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur wurden im KHSG vom 10.12.2015 gelegt

Handlungsfelder innerhalb des Gesetzes

Qualitätsanforderungen

Krankenhausfinanzierung

Förderprogramm

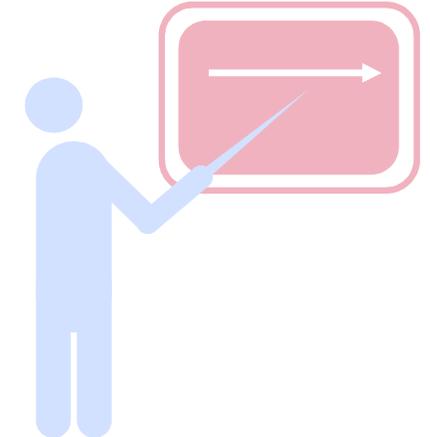
Mengensteuerung

Krankenhausstrukturfond

Ambulante Notfallversorgung

An die bestehenden Krankenhäuser werden in Zukunft höhere Anforderungen insbesondere hinsichtlich einer qualitativen Versorgung gestellt

- planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (u.a. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene) könnten ausgeweitet werden (**Qualitätsrisiko**)
- Erhöhte Qualitätsanforderungen werden insbesondere in der Notfallversorgung (geplantes Stufenmodell) und Intensivmedizin gefordert (**Versorgungsrisiko**)
- Zusätzlich werden Mindestmengenregelungen (u.a. Ösophagus/Pankreas-OP, Knie-TEP) erweitert (**Versorgungsrisiko**)
- Vergütung / Leistungsangebot wird sich zunehmend an weiteren Qualitätsindikatoren orientieren (**Finanzierungsrisiko**)



Der Fachkräftemangel in Deutschland nimmt zu

Fortschrittsbericht 2017 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung, Bundesarbeitsministerium

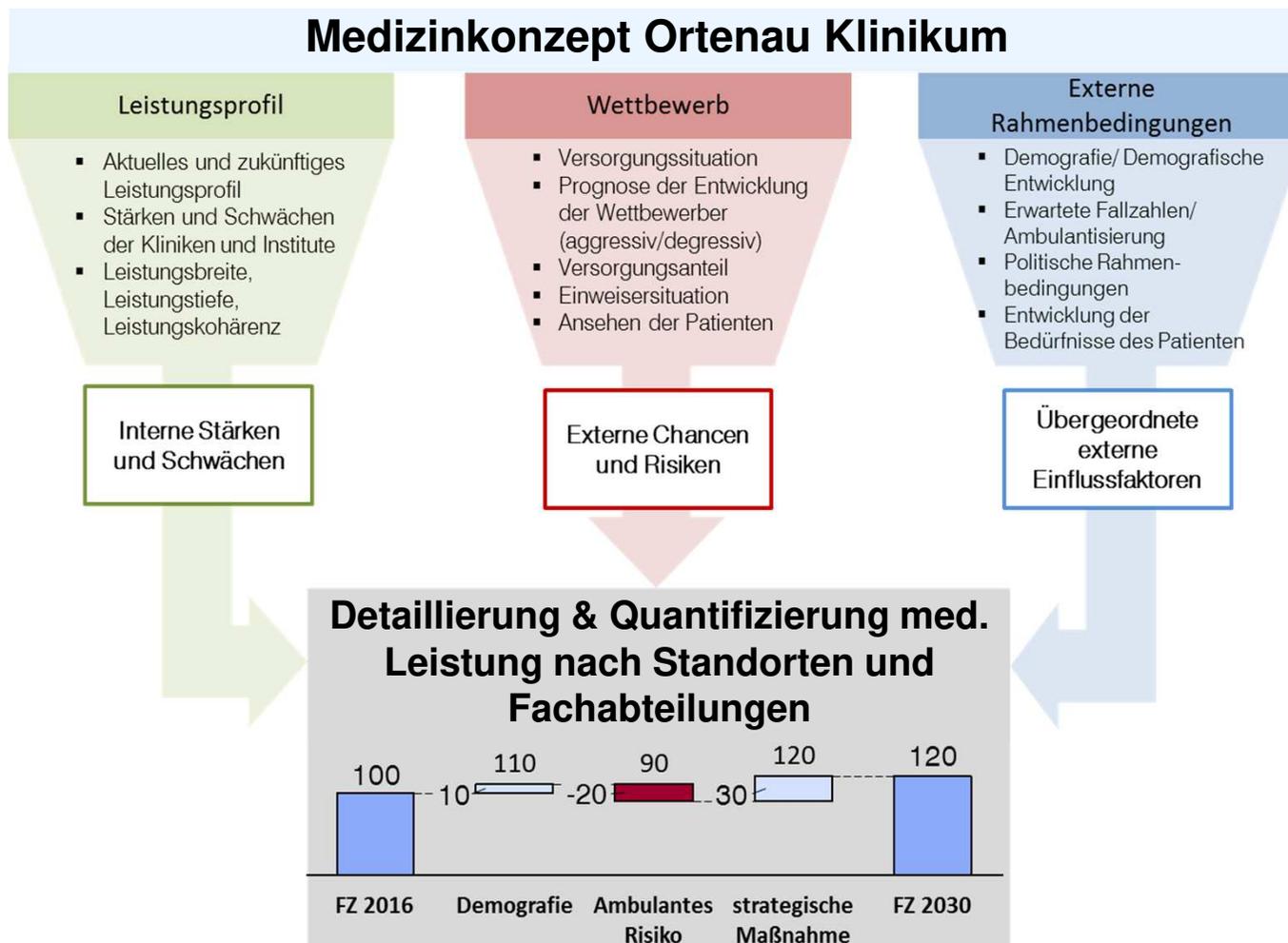
Experten
Humanmedizin
Juni 2017



- In mehreren Bundesländern, besteht ein Fachkräftemangel im ärztlichen Dienst
- In Baden-Württemberg gibt es bereits Anzeichen eines Fachkräftemangels, dies wird sich in den nächsten Jahren weiter zuspitzen
- An einzelnen Standorten kommt es bereits heute zu Engpässen, so musste z.B. die Geburtshilfe im letzten Jahr in Oberkirch kurzfristig aus der Versorgung abgemeldet werden
- Neben einem attraktiven Leistungsspektrum mit optimalen Weiterbildungsvoraussetzungen und adäquater Vergütung spielt die Häufigkeit von Diensten und kurzfristigen Ausfallsvertretungen zunehmend eine Rolle in der Bindung qualifizierten Personals, hier ergeben sich Vorteile in den Varianten mit 3 und 4 Standorten
- Auch die gute Erreichbarkeit der Arbeitsstätte steigert die Attraktivität eines Standortes

Zur Sicherstellung des Erreichens der gesetzten Projektziele leitet sich die Medizinkonzeption aus drei Ebenen ab

Einflussgrößen der Leistungsplanung

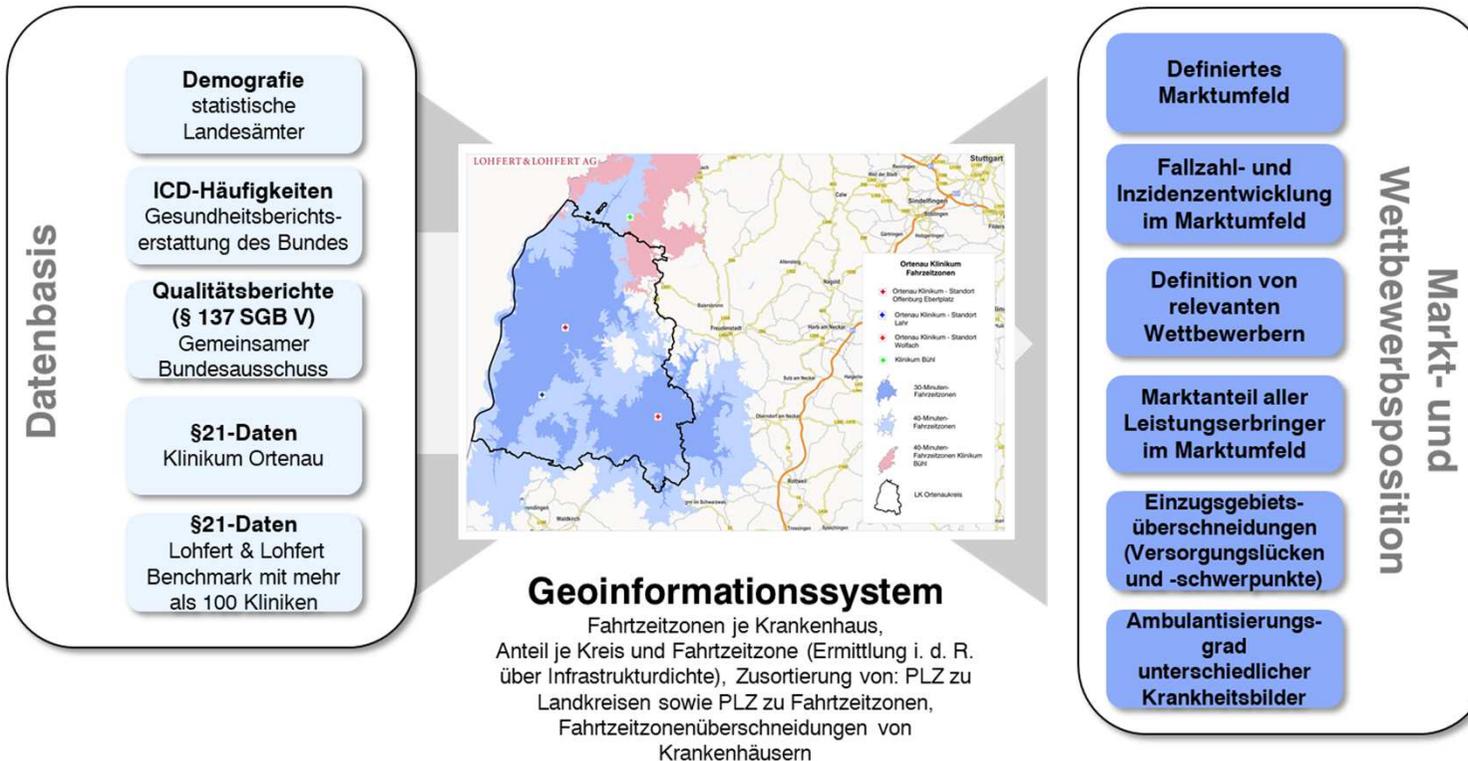


Projektziele

- Sicherstellung eines **adäquaten medizinischen Leistungsumfanges**
- Aufrechterhaltung aller zum **Sicherstellungsauftrag** zählenden stationären Leistungen
- Auf- sowie Ausbau von Spezialangeboten („**Leuchttürme**“)
- Sinnvolle **Ergänzungen** des **medizinischen Portfolios**, um Marktlücken zu besetzen
- Abbau von **Doppelvorhaltungen**, um **Qualität** und **Wirtschaftlichkeit** zu steigern sowie Fallverluste zu vermeiden
- Minimierung der **Gesamtinvestitionskosten**
- Berücksichtigung von **bestehenden vertraglichen Regelungen**
- Zulassung von **künftigen Anpassungen** des medizinischen Konzepts an geänderte **Rahmenbedingungen** und **Marktentwicklungen**
- Sinnvolle **Aufteilung/Organisation** von **Sekundär- und Tertiärleistungen** zwischen den Standorten

Dabei kommt der Simulation der Auswirkungen möglicher neuer Standorte besondere Bedeutung zu

Versorgungssimulation



Anmerkungen

- Nutzung der **unternehmensinternen Analyse** zu Markt- und Wettbewerb
- Identifizierung des **Einzugsgebiets** und Einschätzung der regionalen und überregionalen Bedeutung
- Einschätzung der **Wettbewerbsituation** im Marktumfeld
- **Simulation der Versorgungssituation** auf Basis unterschiedlicher Varianten **neuer Standorte**

Inhaltsverzeichnis

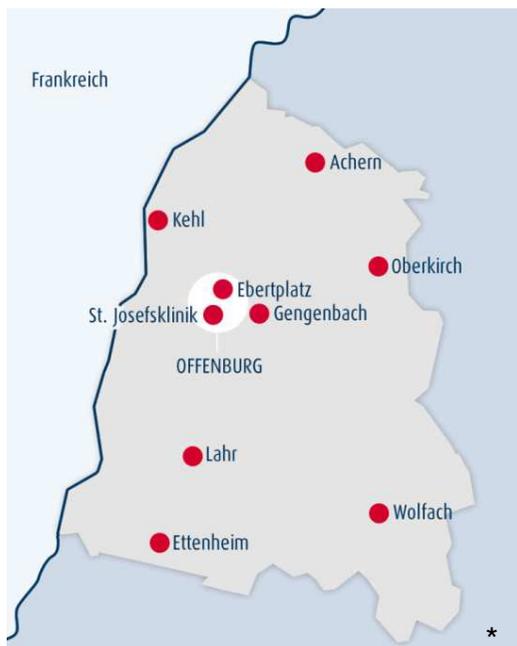
- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ **Medizinkonzeption**
 - ◆ IST-Analyse
 - ◆ SOLL-Konzeption
 - ◆ Nachnutzungskonzepte
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ **Medizinkonzeption**
 - ◆ IST-Analyse
 - ◆ SOLL-Konzeption
 - ◆ Nachnutzungskonzepte
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

~60 Fachabteilungen an 9 Standorten erschweren die qualitativ hochwertige, wirtschaftliche medizinische Leistungserbringung

Ausgangssituation stationäre Fälle

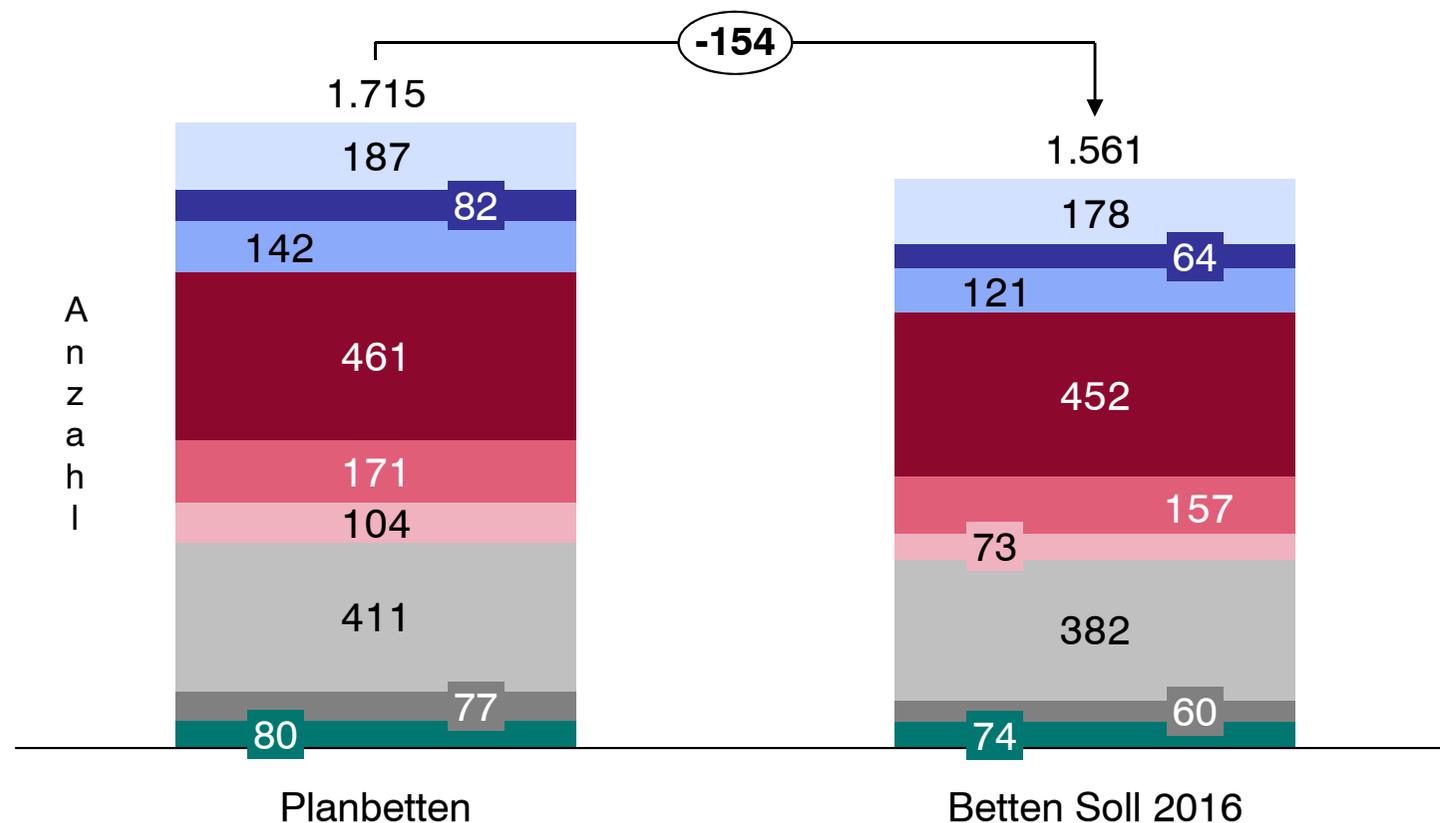


Fachabteilung/Standort	Offenburg- Gengenbach Standort Ebertplatz	Offenburg- Gengenbach Standort Gengenbach	Ortenau Klinikum Offenburg- Gengenbach Standort St. Josefsklinik	Ortenau Klinikum Lahr- Ettenheim Standort Lahr	Ortenau Klinikum Lahr- Ettenheim Standort Ettenheim	Ortenau Klinikum Achern- Oberkirch, Standort Achern	Ortenau Klinikum Achern- Oberkirch, Standort Oberkirch	Ortenau Klinikum Kehl	ORTENAU KLINIKUM Wolfach
Allg. Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie	1.699	1.094	2.223	2.022	1.630	4.632	1.969	3.791	2.523
Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie, Shuntzentrum	726			3.574					
Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin	1.784		1.297						
Medizinische Intensivmedizin	187		547	488					
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			154	97					
Neurologie, Neurogeriatrie, Schlafmedizin, Schlaganfallereinheit	2.272		884	3.201					
Schmerztherapie					313				
Anästhesiologie und Intensivmedizin	118	-		68					
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	2.405			2.368	289	3.091	1.037	1.658	1.578
Thoraxchirurgie	287								
Unfall-, Hand- und Wiederherstellende Chirurgie	2.267			1.922	309				
Orthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Orthopädische	-	1.771							
Urologie und Kinderurologie	2.902								
Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	348								
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	32								
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	89			2.049		119		36	
Augenheilkunde			1.499						
Frauenklinik und Geburtshilfe	5.632			2.357		977	1.176	536	
Kinderheilkunde und Jugendmedizin	2.614								
Radiologisches Institut	-								
Radio-Onkologie			369						
Gesamt	23.362	4.364	5.474	18.146	2.541	8.819	4.182	6.021	4.101

1) * Quelle: https://www.ortenau-klinikum.de/fileadmin/user_upload/karriere_map_standorte.jpg

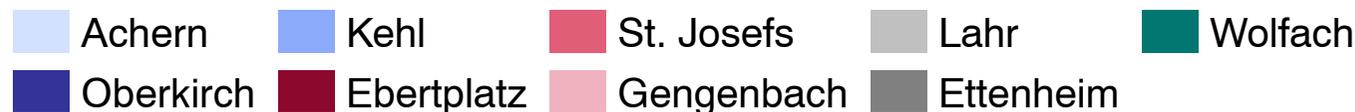
Es bestehen deutliche Überkapazitäten in Bezug auf Betten die direkte Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit haben

Bettenbedarf Ortenau Klinikum (konservative Abschätzung bei 80% Auslastung für SOLL Betrachtung)



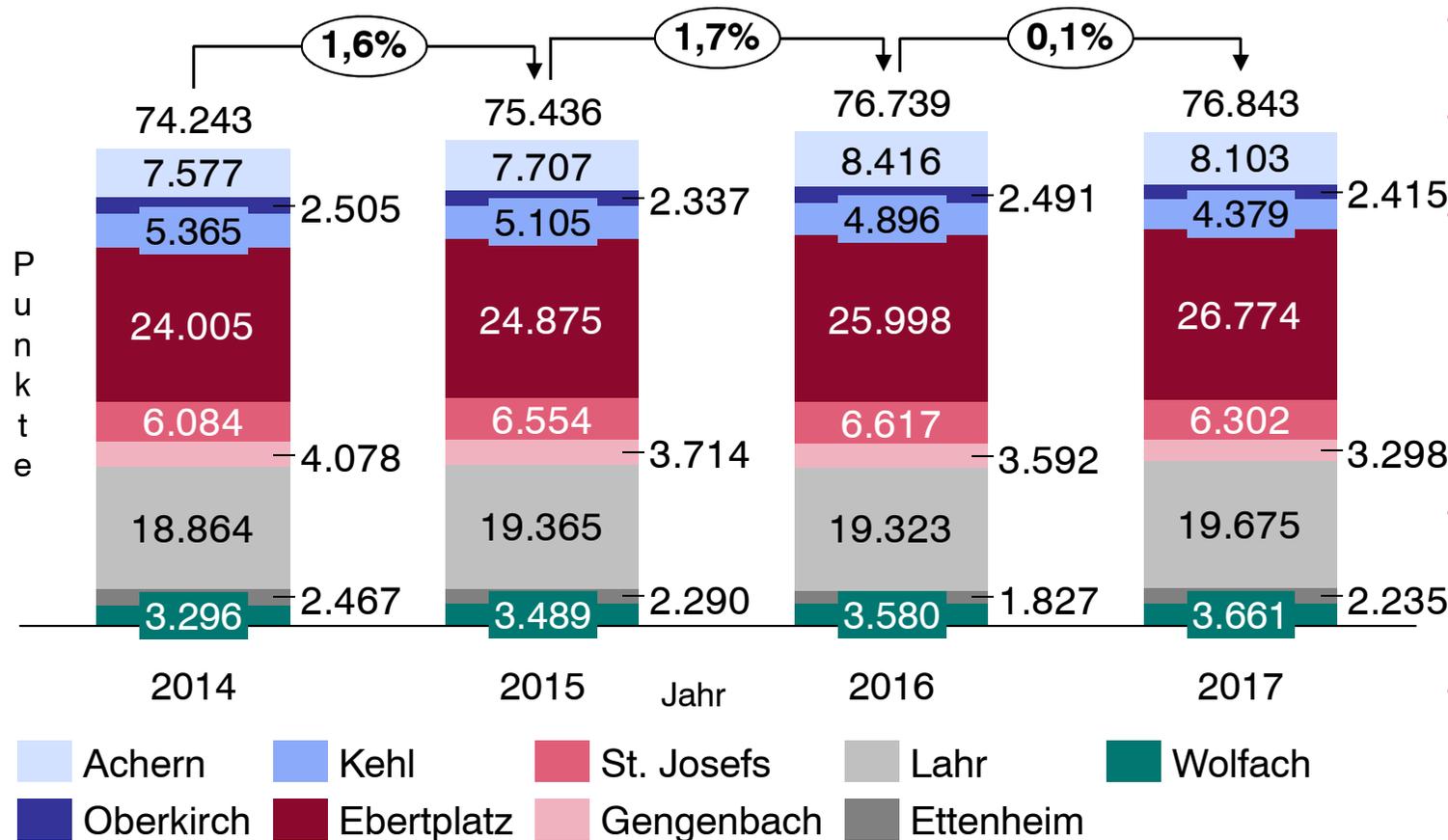
Anmerkungen

- Insbesondere die Standorte Oberkirch, Kehl, Gengenbach und Ettenheim haben deutliche Überkapazitäten in Bezug auf die erbrachte Leistung
- Allein die Betriebs- und Instandhaltungskosten für die in 2016 bestehenden Überkapazitäten von ca. 150 Betten belaufen sich auf knapp 4 Mio. EUR pro Jahr
- Datengrundlage der SOLL-Berechnung sind die Belegungstage 2016 nach Standorten



Das kontinuierliche Leistungswachstum schwächt sich 2017 ab, der Bundesdurchschnitt lag bei 1,7%

Leistungsentwicklung effektiver Case Mix Ortenau Klinikum

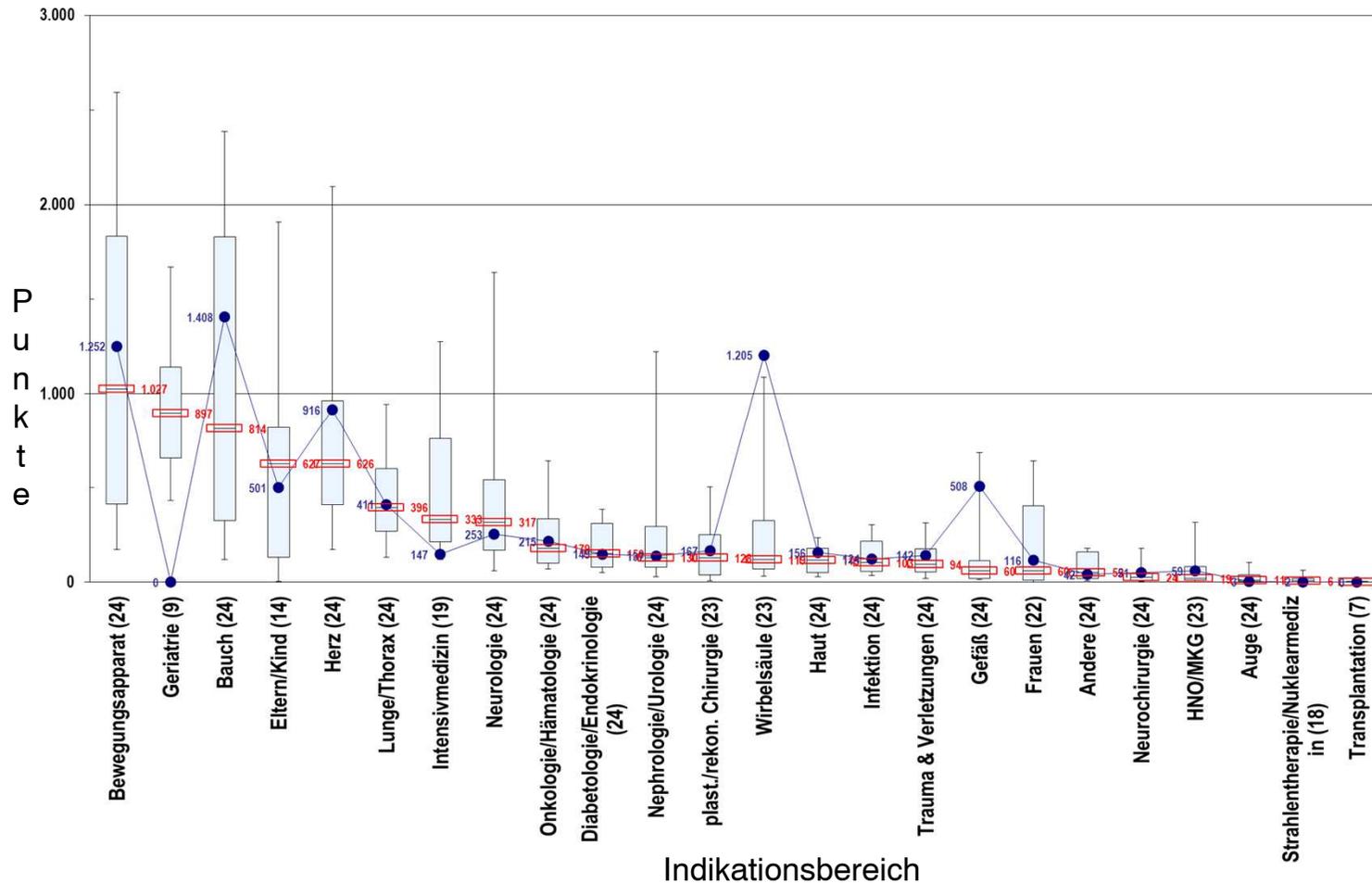


Anmerkungen

- Wachstum an den großen Standorten Ebertplatz und Lahr
- Stabile Leistungsentwicklung an den Standort St. Josef und Wolfach
- Achern profitiert u.a. von Bühl (Geburtshilfe), in 2017 wirkt sich die temporäre Teilschließung des OP negativ aus. Unter Berücksichtigung der Veränderungen in Bühl ist von weiterem leichtem Wachstum auszugehen
- In Kehl, Oberkirch und Ettenheim zeigt sich eine rückläufige/stagnierende Leistungsentwicklung
- In 2017 stabilisiert sich in Ettenheim das Leistungsniveau durch Etablierung der Hand/Fuß-Chirurgie

Für einen Regelversorger zeigen sich Leistungsspitzen in der Wirbelsäule, Bauch, Gefäß sowie Herz

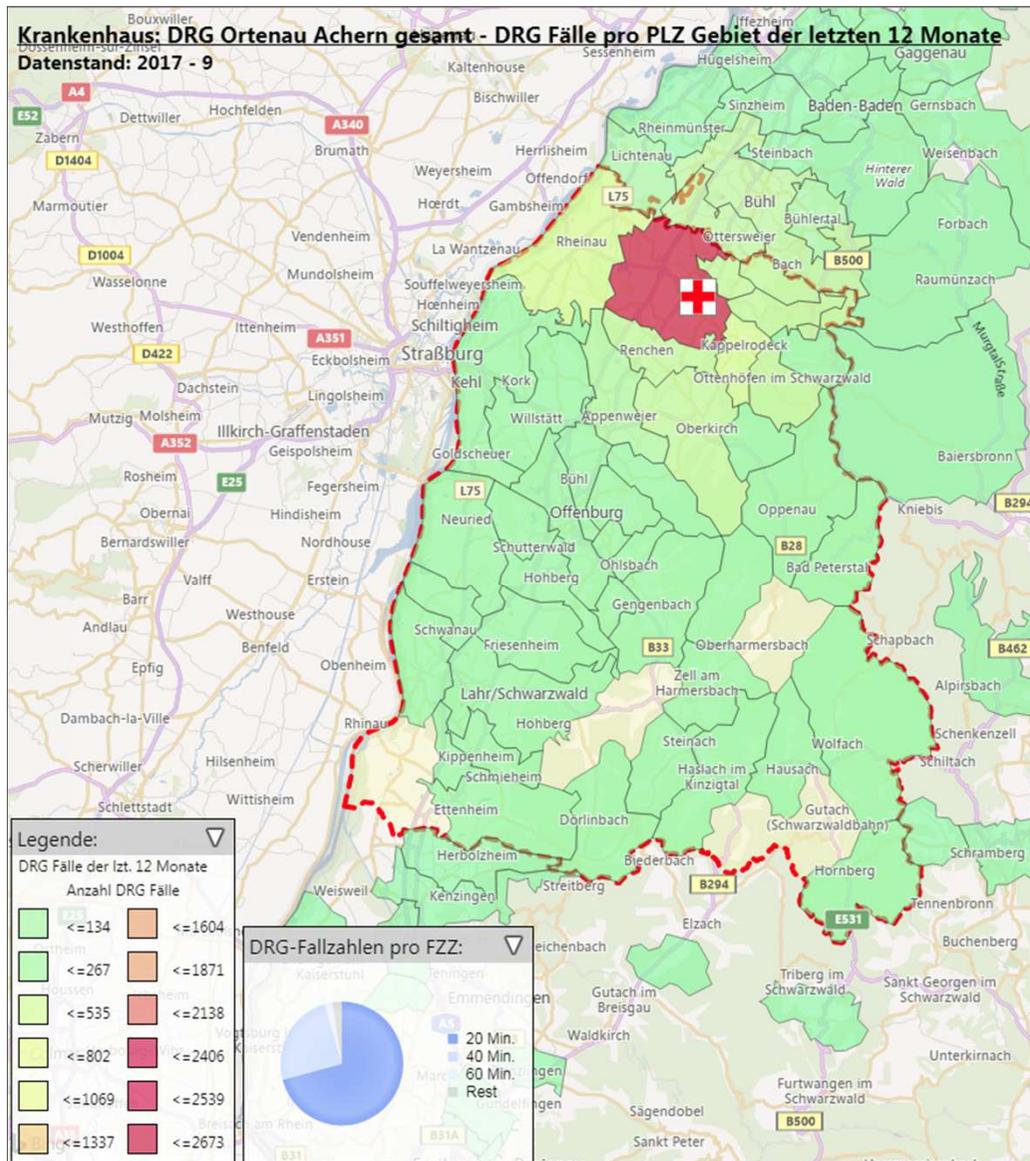
Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort Achern im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich Grund-/Regelversorger



Anmerkungen

- Deutlicher Schwerpunkt in der Wirbelsäulen Chirurgie
- Der Indikationsbereich Herz wird durch Schrittmacher-Implantationen getrieben
- Die Intensivmedizin ist unterrepräsentiert

Patienten nach PLZ-Gebiet Achern

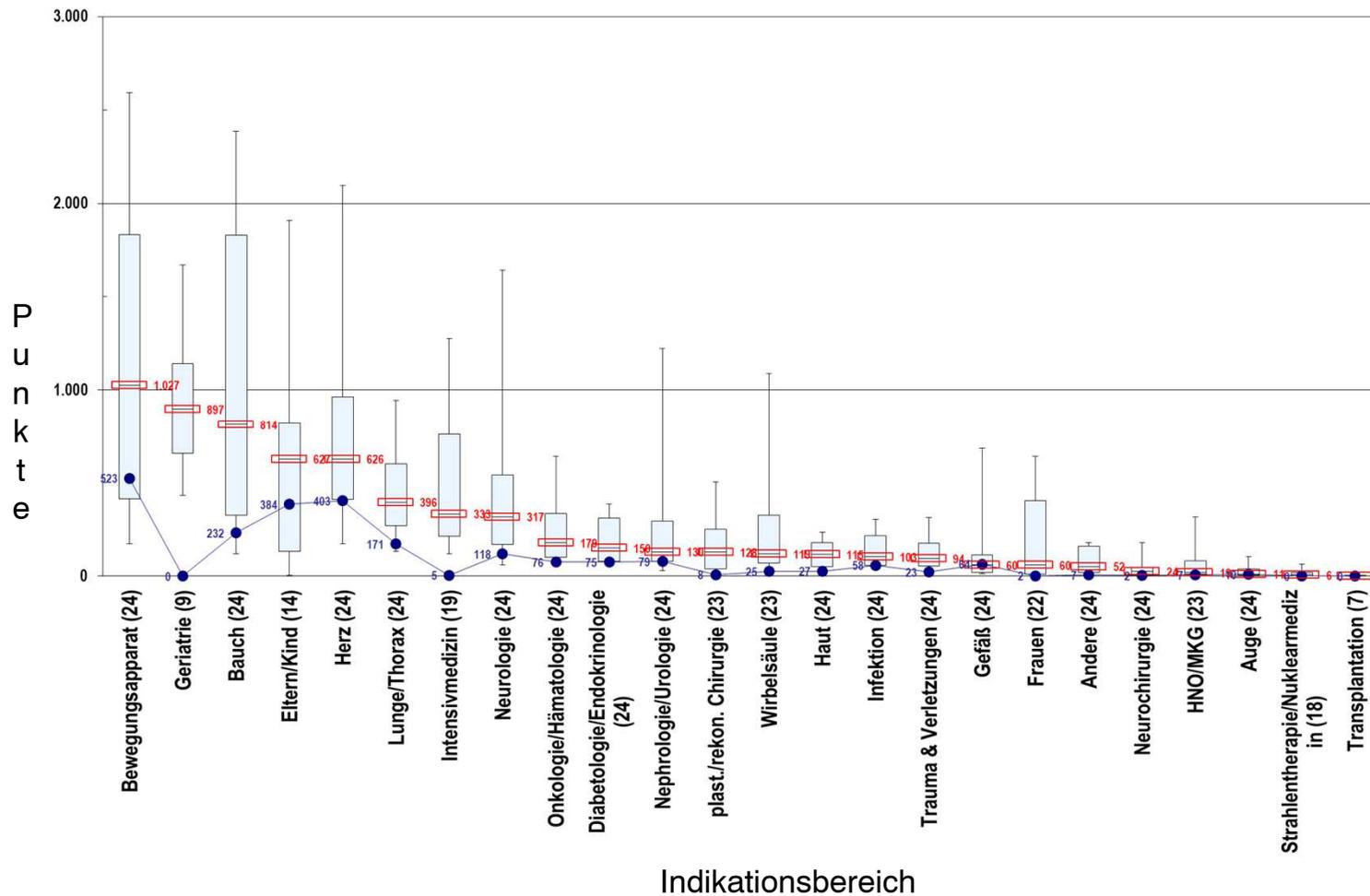


Anmerkungen

- Das Klinikum Achern versorgt ausschließlich den nördlichen Landkreis (LK)
- Der größte Zuwachs ist aus Bühl und Oberkirch zu verzeichnen
- Über die Landkreisgrenzen hinaus ist die Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Patienten aus Bühl relevant

Korrespondierend zu seiner Größe zeigt sich Oberkirch in fast allen Leistungsgruppen unter der 25% Perzentile

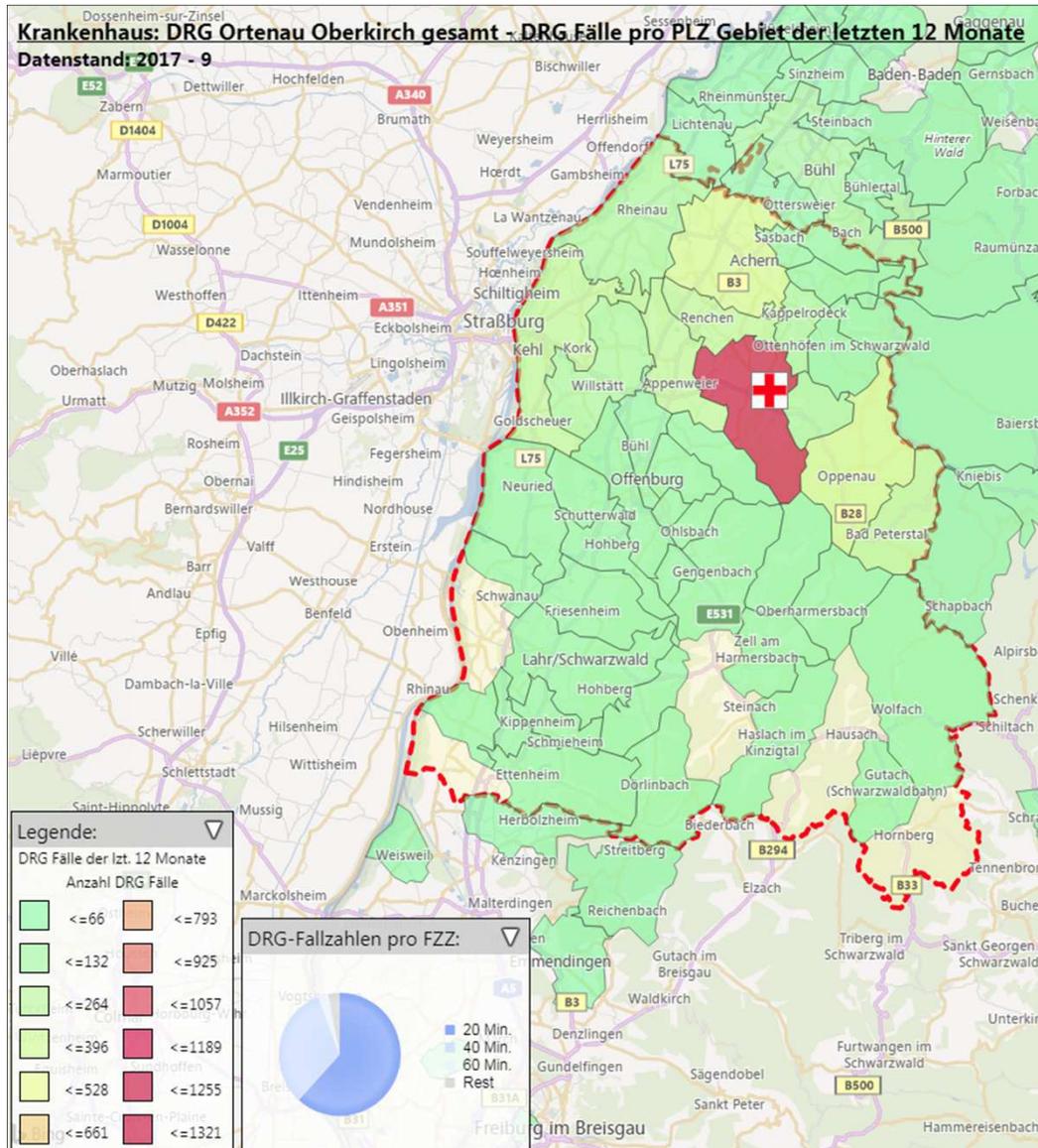
Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort Oberkirch im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich Grund-/Regelversorger



Anmerkungen

- Auffällig ist die relative Stärke im Indikationsbereich Eltern/Kind mit hohen Anforderungen an die Vorhaltung (Sectio) in dieser Leistungsabmischung
- Zentraler Leistungsbestandteil ist die Orthopädie, eine Verlagerung dieser Leistungen nach Kehl wird sich auf das Ergebnis des Standortes auswirken

Patienten nach PLZ-Gebiet Oberkirch

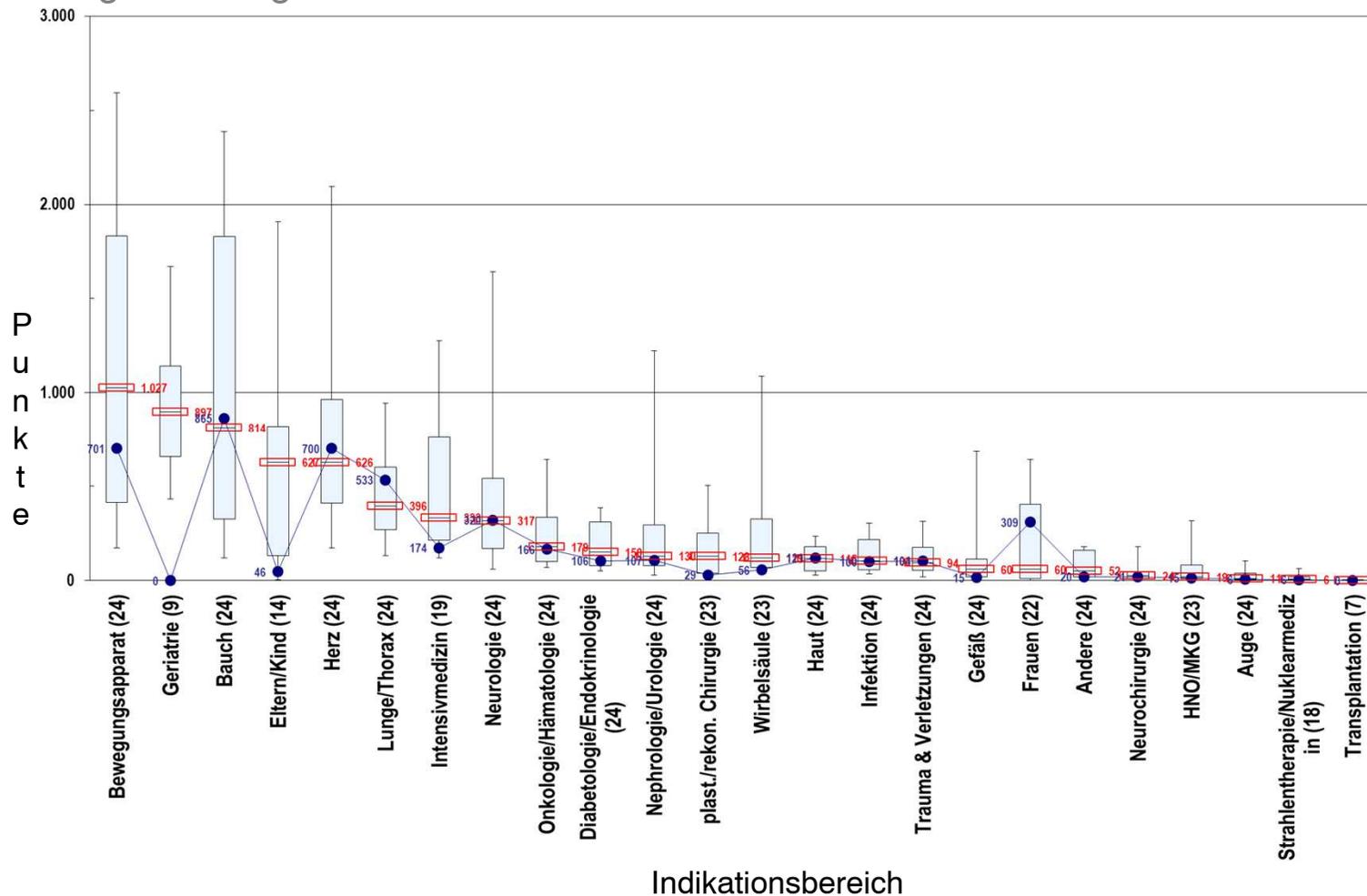


Anmerkungen

- Das Klinikum Oberkirch versorgt regional klar umschrieben Patienten aus Oberkirch, Oppenau, Bad Peterstal, Achern (Steuerung im Verbund) und Umgebung
- Außerhalb dieser Gebiete werden kaum relevante Versorgungsanteile erreicht
- Die elektive Endoprothetik in Kooperation mit dem Standort Gengenbach zeigt eine leichte Strahlkraft über die Landkreisgrenze in Richtung Norden

Leistungsaufkommen eines durchschnittlichen Regelversorgers ohne klare Profilierung mit Schwäche im Bewegungsapparat

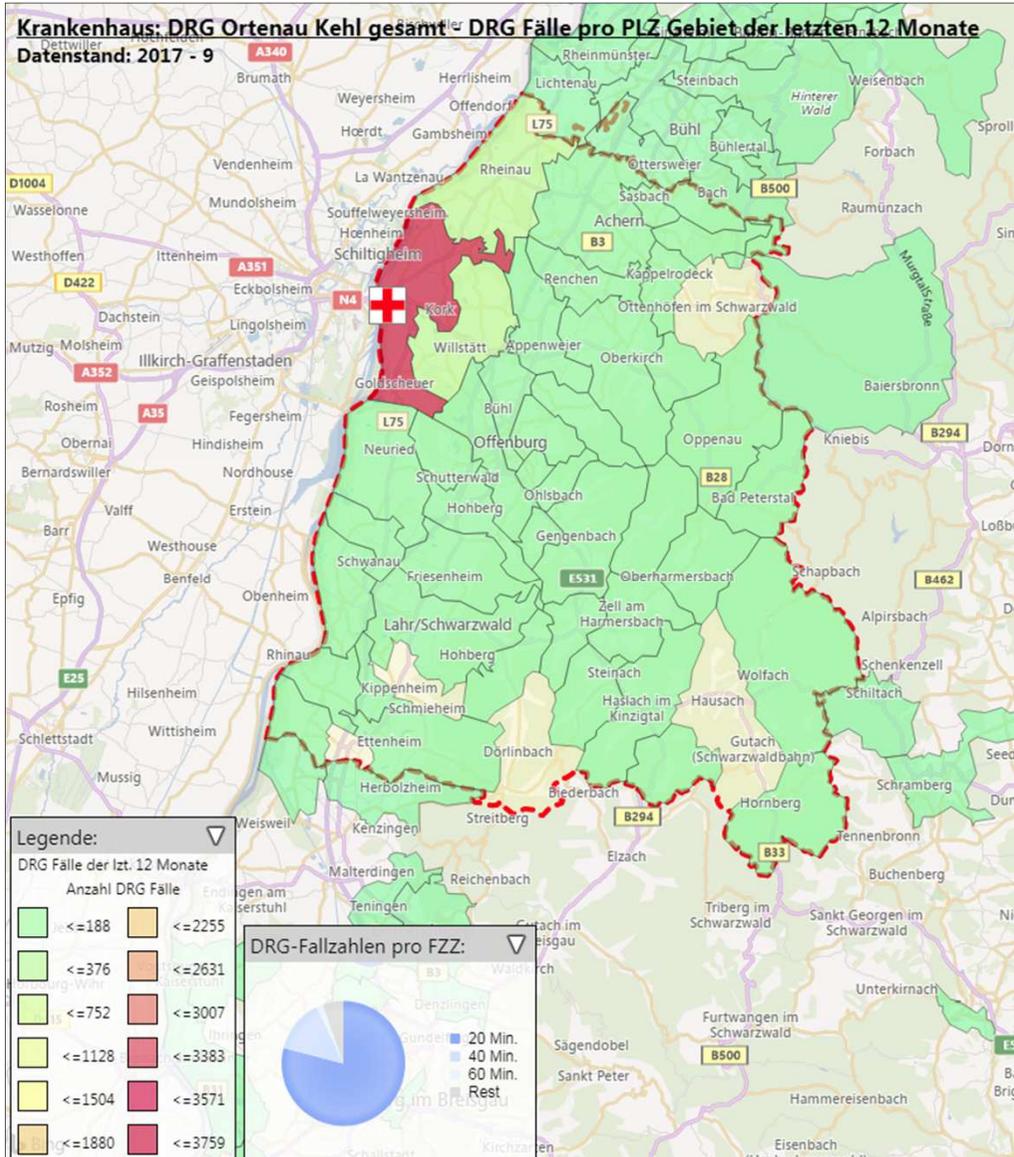
Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort Kehl im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich Grund-/Regelversorger



Anmerkungen

- Das Segment Bewegungsapparat ist zur Zeit noch unterrepräsentiert
- Die relative Stärke im Indikationsbereich Lunge/Thorax beruht auf unspezifischen Infektionen der Atmungsorgane die gegenüber dem Benchmark überrepräsentiert sind
- Relative Stärke in der Gynäkologie bei insgesamt jedoch geringem Leistungsaufkommen (DRG Erlöse für ca. 2 Vollzeitkräfte im ärztlichen gedeckt)

Patienten nach PLZ-Gebiet Kehl

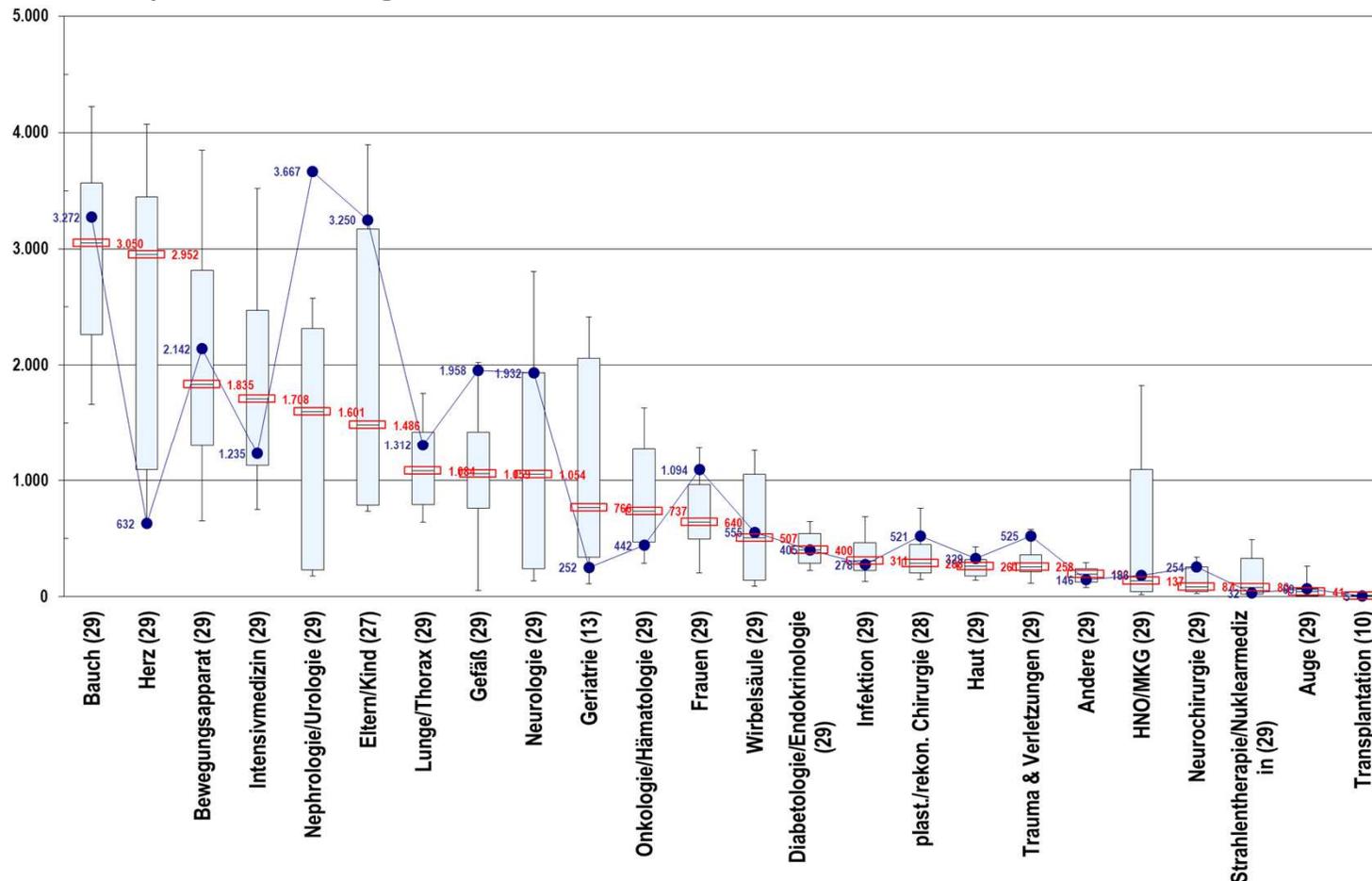


Anmerkungen

- Das Klinikum Kehl versorgt ausschließlich die Stadt Kehl und die angrenzenden Gebiete
- Außerhalb der Stadt Kehl werden keine relevanten Versorgungsanteile erreicht
- Insgesamt rückläufige Leistungsentwicklung die sich, entsprechend der Leistungsverteilung, insbesondere auf Kehl bezieht

Schwerpunktversorger mit deutlichen Leistungsschwerpunkten

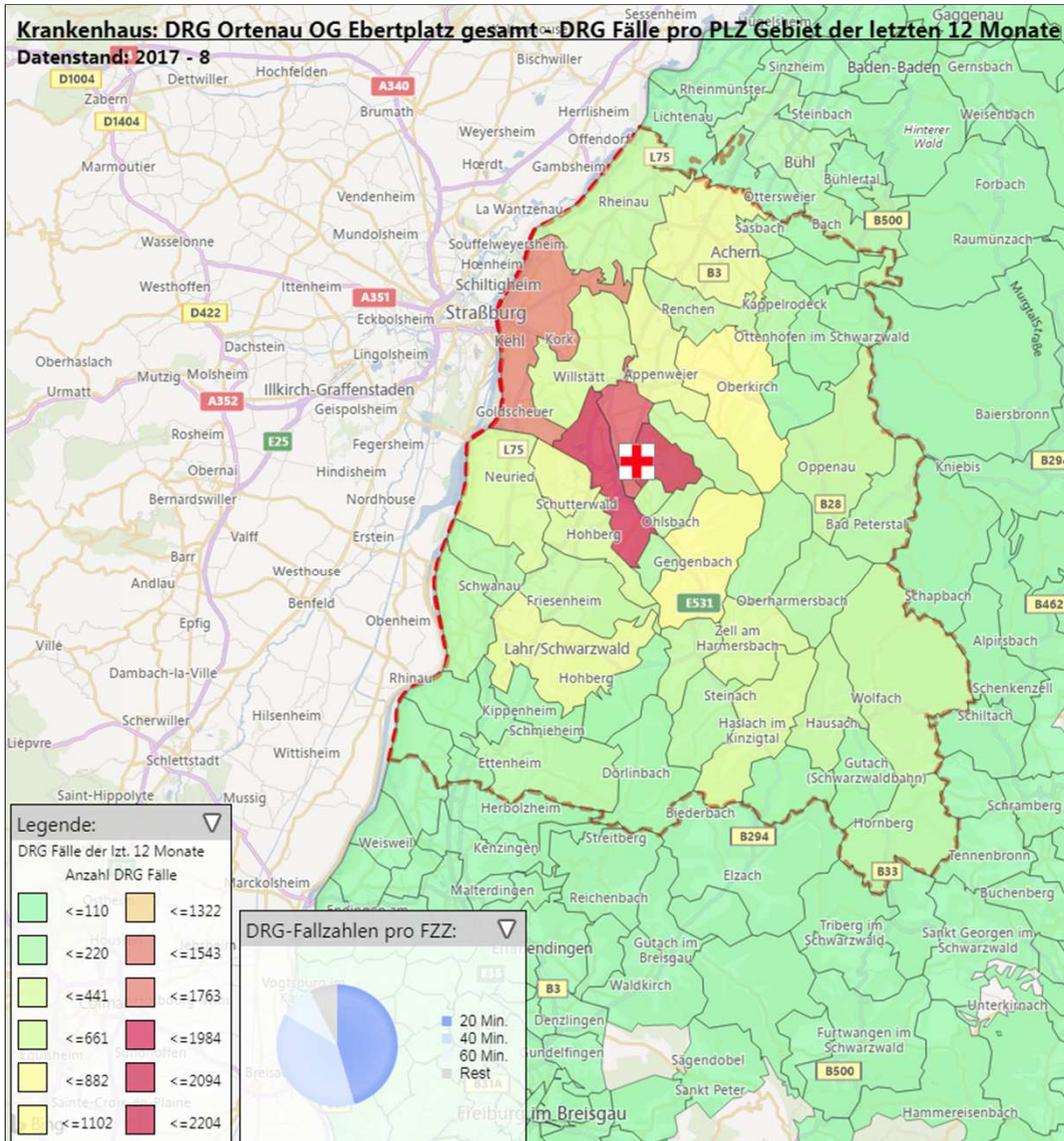
Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort Ebertplatz im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich
Schwerpunktversorger



Anmerkungen

- Starke Urologie mit relativer Betonung einfacher Eingriffe und Prostataresektionen
- Stärke der Neurologie durch Schlaganfälle geprägt
- Gynäkologie insbesondere durch die Mamma-Chirurgie geprägt
- Niedriger Anteil Intensivmedizin und Kardiologie

Patienten nach PLZ-Gebiet Offenburg Ebertplatz

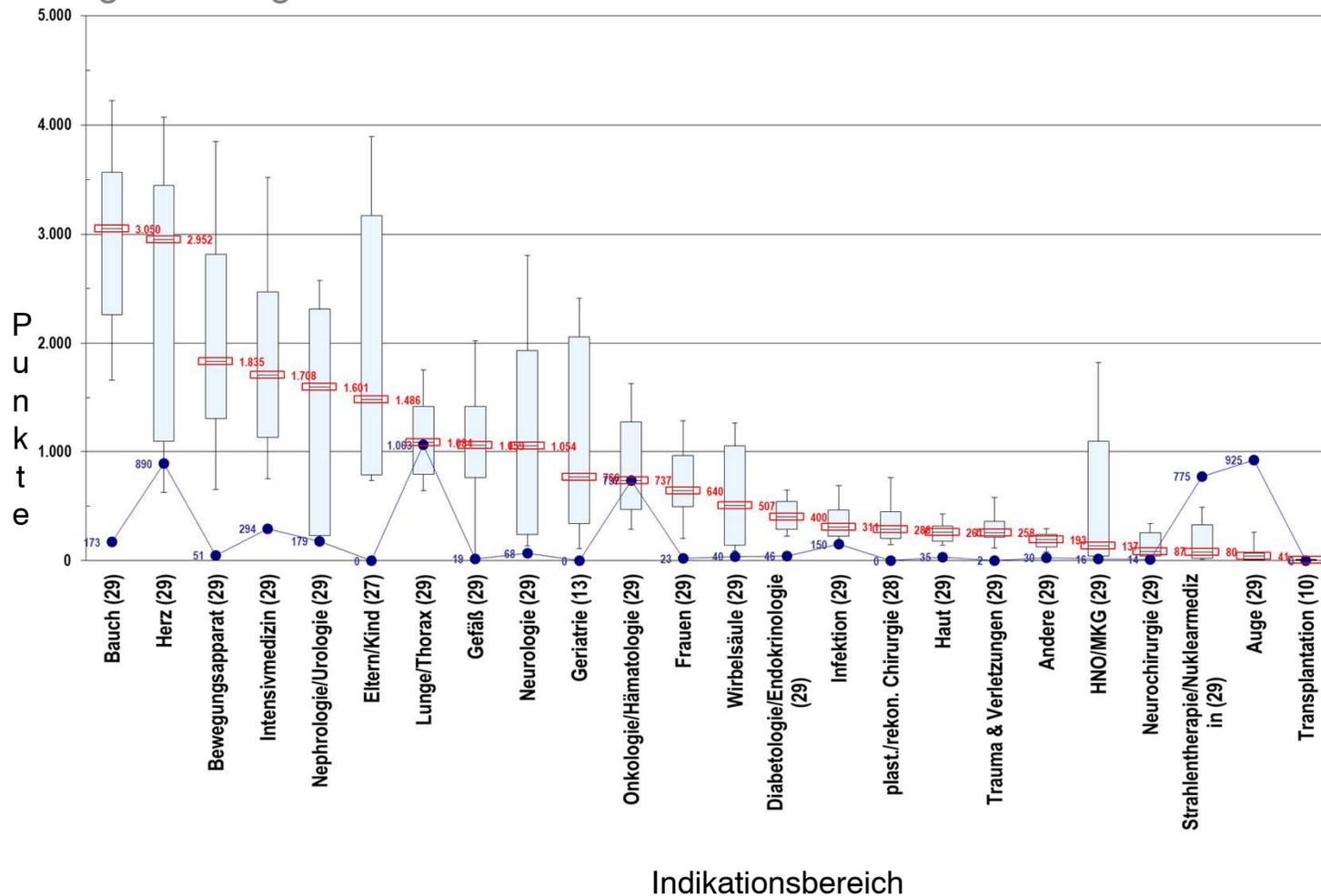


Anmerkungen

- Die Klinik Offenburg Eberplatz versorgt Patienten im gesamten LK
- Die Versorgungsschwerpunkte liegen in Offenburg und Kehl
- Auch über die Landkreisgrenzen hinaus werden vor allem in Bühl und Baden-Baden relevante Versorgungsanteile erreicht

Abgestimmt zum Standort Ebertplatz klare Schwerpunktbildung

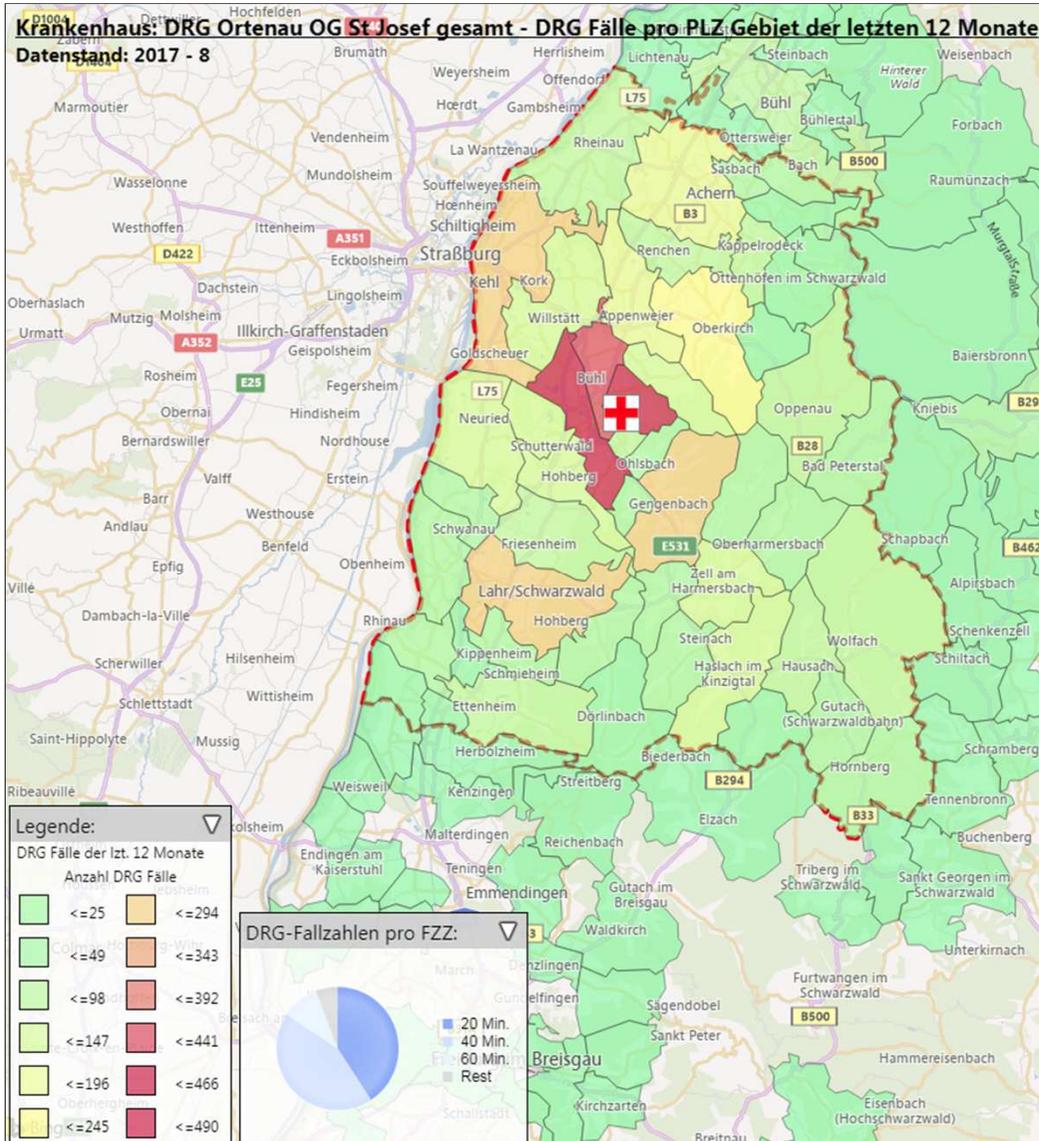
Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort St. Josefs im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich Grund-/Regelversorger



Anmerkungen

- Lunge/Thorax und Onkologie auf Niveau eines Schwerpunktversorgers
- Leistungsspitzen in den Indikationsbereichen Auge und Strahlentherapie
- Die beiden Standorte Ebertplatz und St. Josefs zusammen entsprechen im Leistungsportfolio einem Schwerpunktversorger mit unterrepräsentierter Kardiologie und Intensivmedizin

Patienten nach PLZ-Gebiet St. Josefs

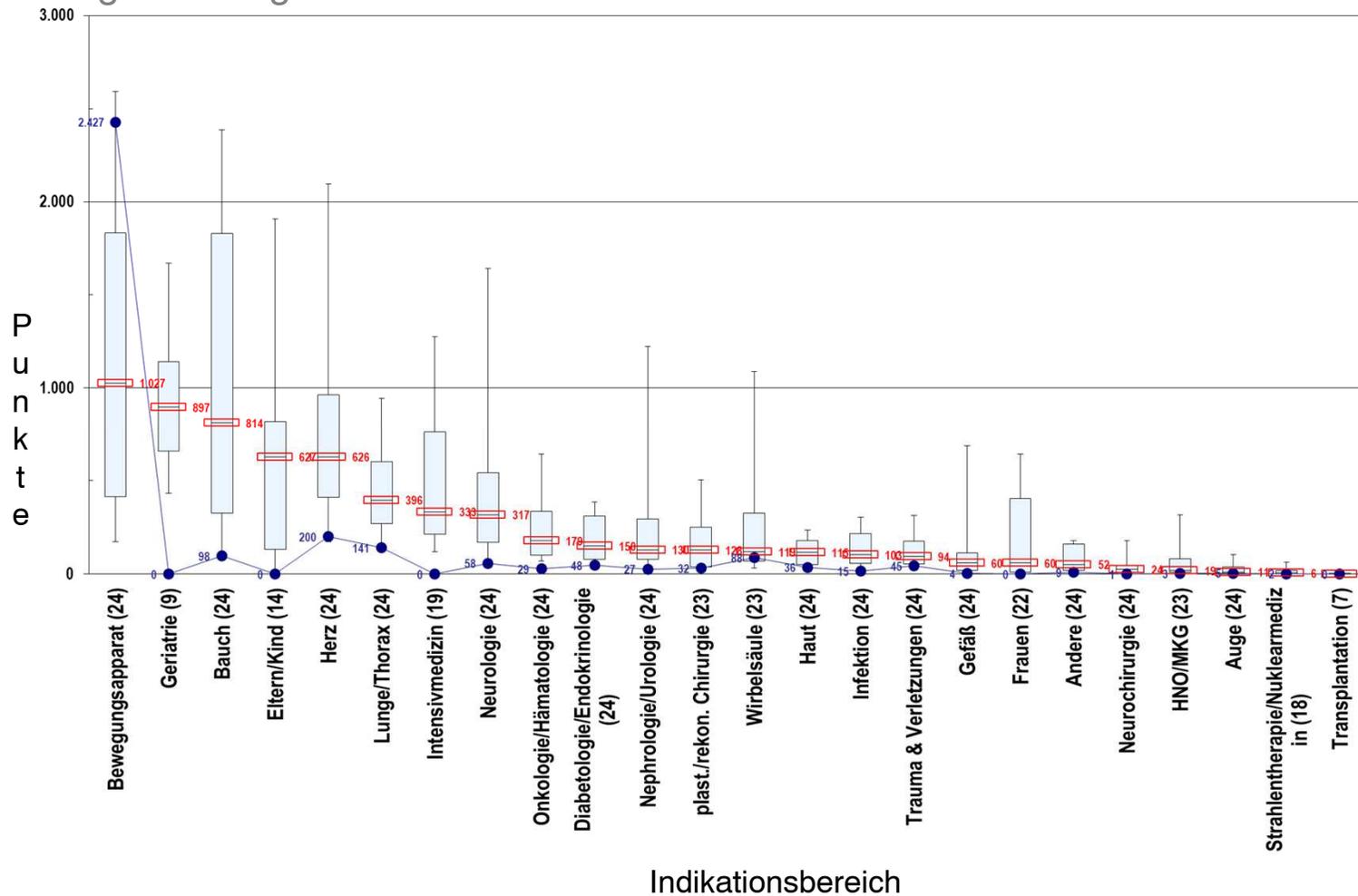


Anmerkungen

- Die St. Josefs-Klinik in Offenburg versorgt Patienten im gesamten LK
- Die Versorgungsschwerpunkte liegen in Offenburg, Kehl, Lahr und Gegenbach

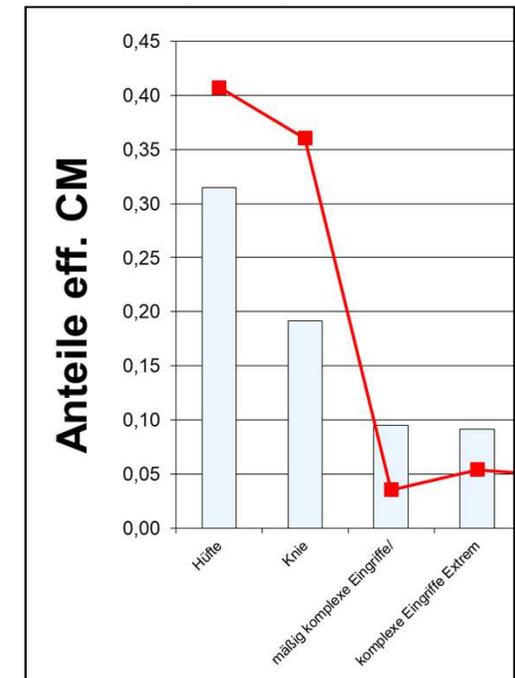
Deutlicher Schwerpunkt im Bereich Orthopädie bei ansonsten sehr niedrigem Leistungsaufkommen

Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort Gengenbach im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich Grund-/Regelversorger



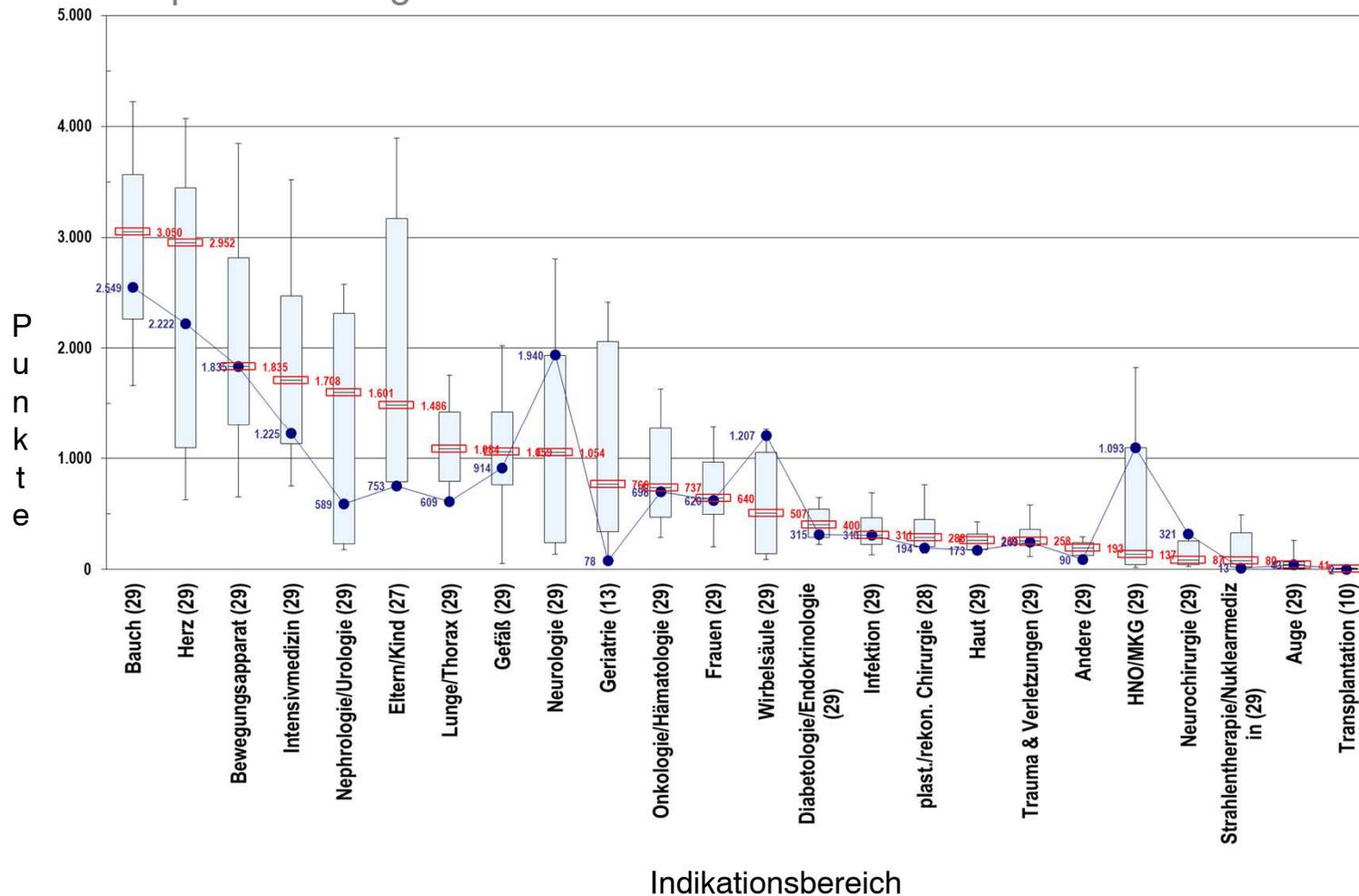
Anmerkungen

- Endoprothesen im Bereich Hüfte und Knie sind maßgebliche Leistungssegmente



Schwerpunktversorger mit ausbaubaren Schwerpunkten

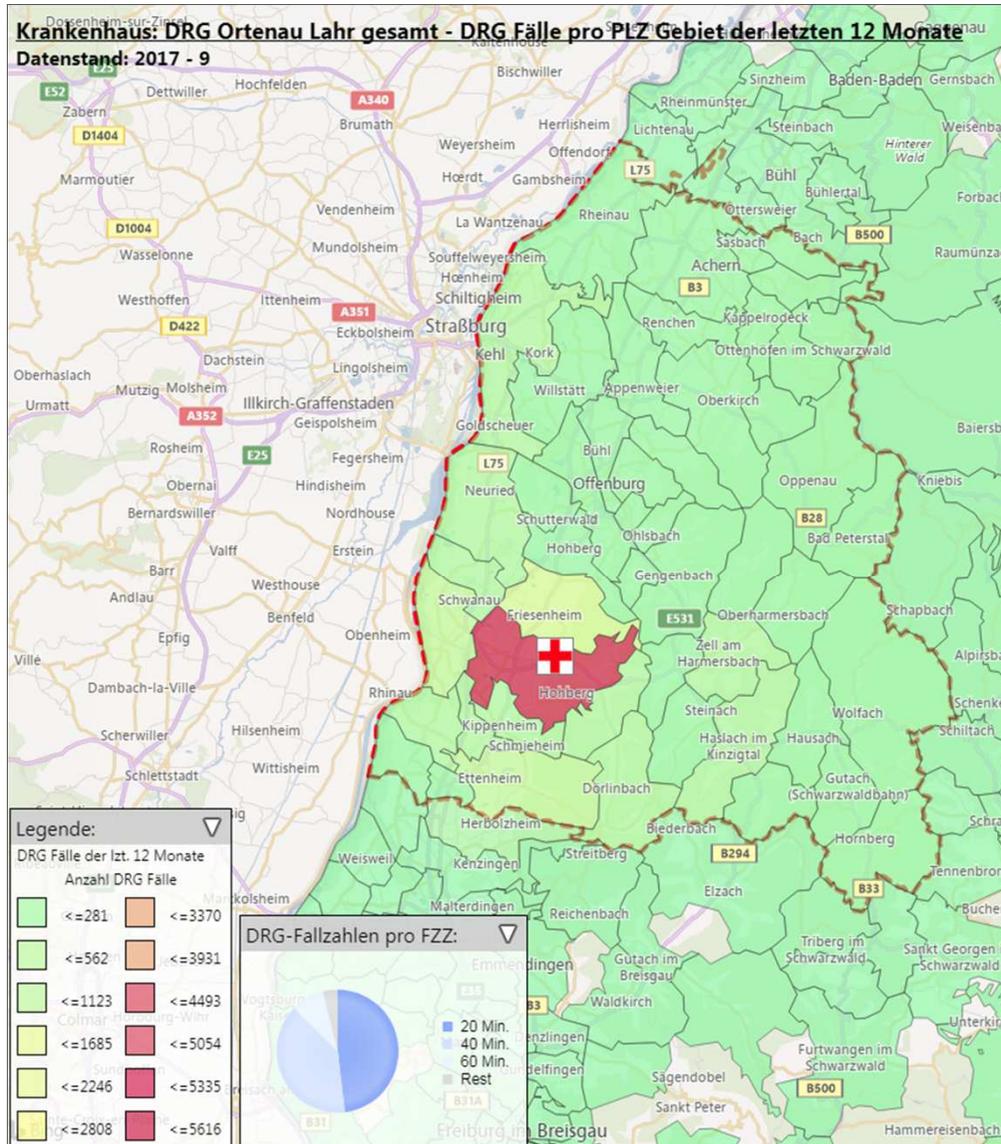
Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort Lahr im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich
Schwerpunktversorger



Anmerkungen

- Stärke der Neurologie durch neurologische Komplexbehandlung
- Weitere Stärken in den Indikationsbereichen Wirbelsäule und HNO/MKG
- Trotz Herzkatheterlabor ist der Indikationsbereich Herz unterrepräsentiert
- keine Elektrophysiologie Stand 2016, Elektrophysiologie befindet sich im Aufbau
- wenig Devices
- Leistungsstarke Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Patienten nach PLZ-Gebiet Lahr

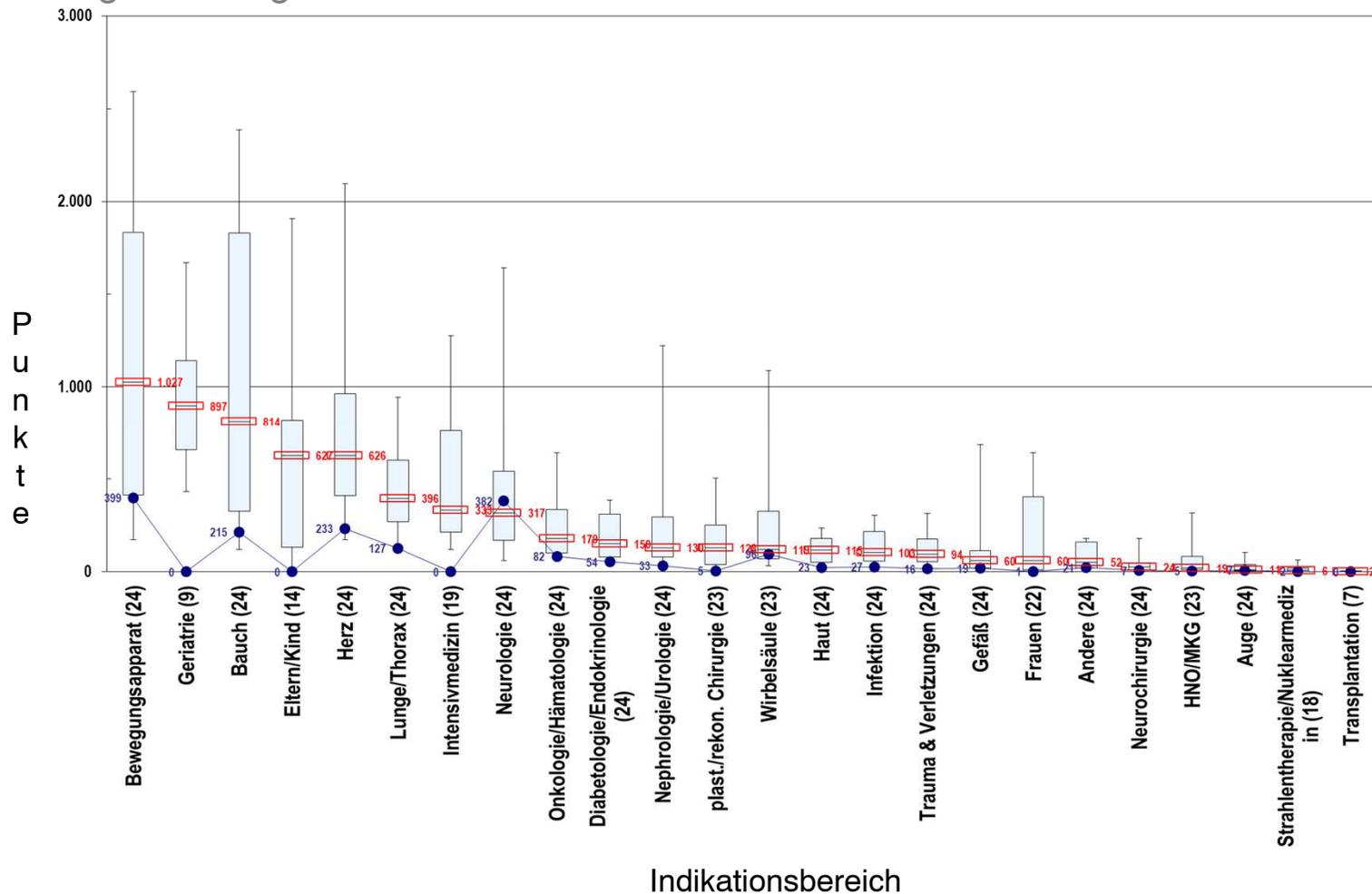


Anmerkungen

- Das Klinikum Lahr versorgt Patienten im gesamten LK mit klarem Kerneinzugsbereich in den südlichen Anteilen des LK
- Besonders in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und der Kardiologie sind relevante Versorgungsanteile über das Kerneinzugsgebiet hinaus erkennbar

Schmerztherapie als zentrale Besonderheit bei insgesamt sehr niedrigem Leistungsaufkommen

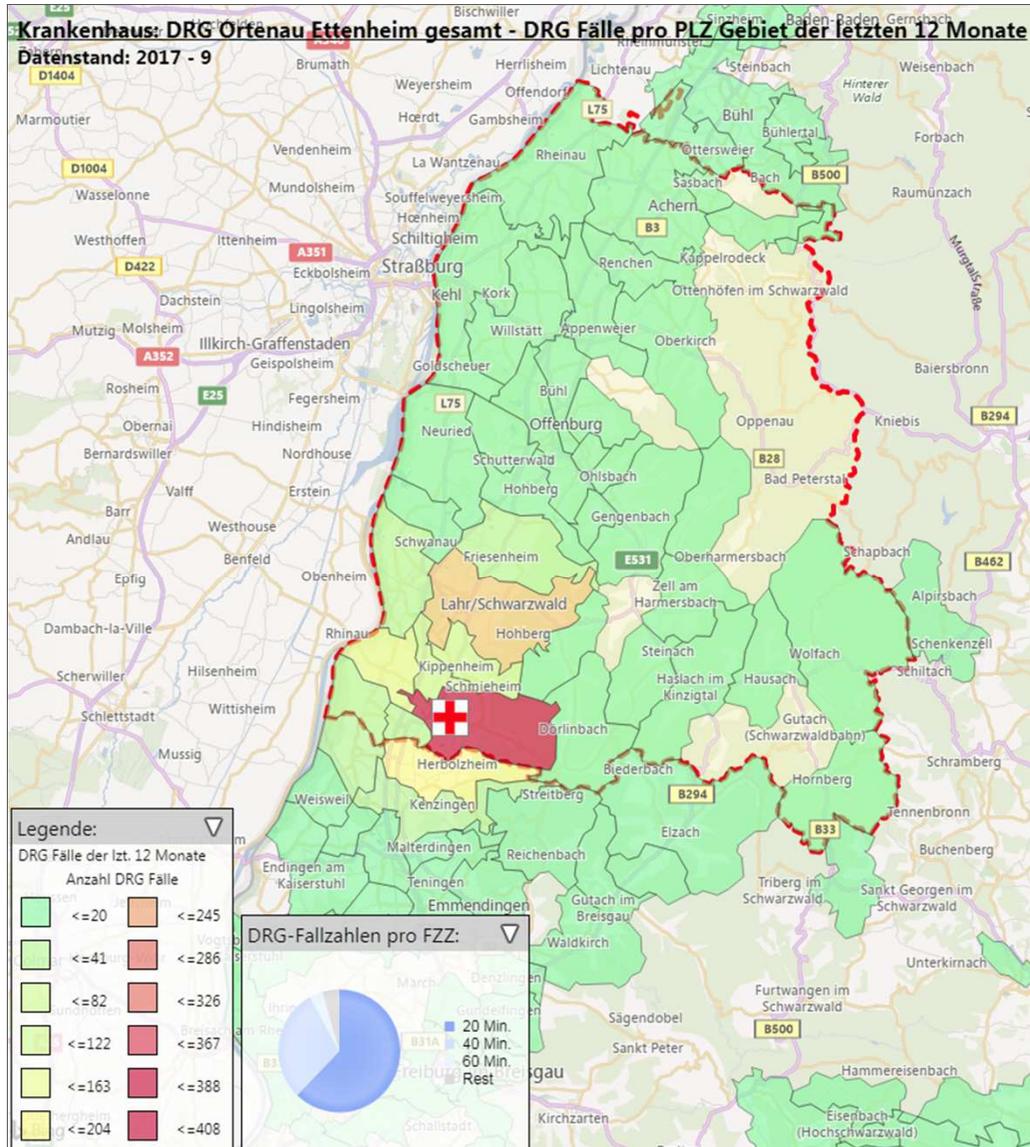
Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort Ettenheim im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich Grund-/Regelversorger



Anmerkungen

- Unspezifisches Leistungsspektrum im Rahmen der Grundversorgung bei insgesamt geringem Leistungsaufkommen
 - Multimodale Schmerztherapie als Treiber der relativen Stärke im Bereich Neurologie
 - Alkoholintoxikation/-entzug als weiterer Treiber
- 2017 erfolgreiche Etablierung Hand/Fuß Chirurgie, diese belegt in 2018 ca. 4 Betten und erbringt in der Hochrechnung ca. 400 Case-Mix-Punkte
- Somit kann die Leistung auf sehr niedrigem Niveau stabil gehalten werden

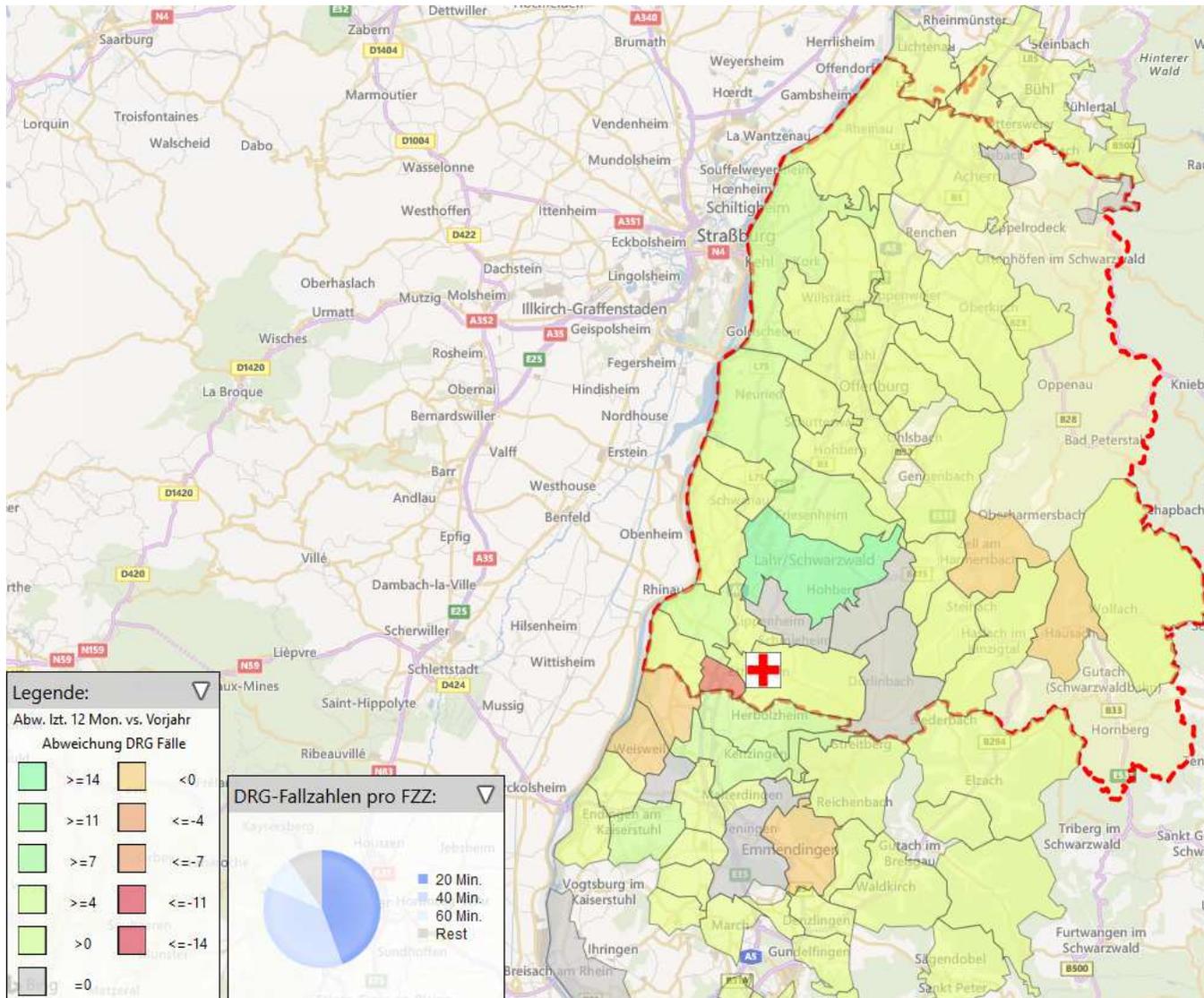
Patienten nach PLZ-Gebiet Ettenheim



Anmerkungen

- Das Klinikum Ettenheim versorgt den Süden des Landkreises und die angrenzenden Gebiete außerhalb des Landkreises
- Die schmerztherapeutische Versorgung am Standort Ettenheim ist für den gesamten LK relevant

Exkurs Hand/Fuß Chirurgie Ettenheim

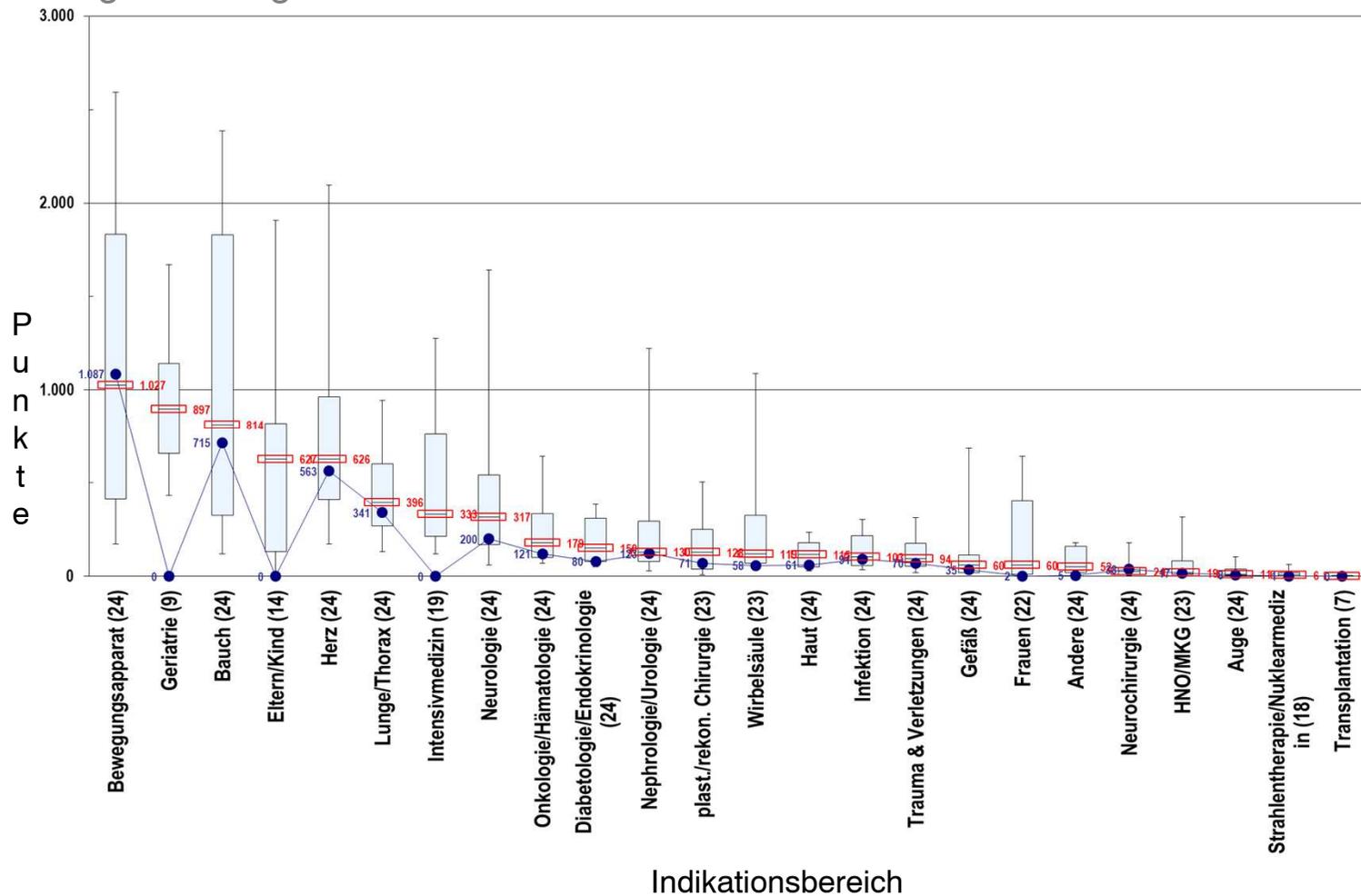


Anmerkungen

- Die positive Leistungsentwicklung im Indikationsbereich Bewegungsapparat wird durch die Etablierung der Hand/Fuß Chirurgie geprägt
- Der Großteil des Leistungsgewinns rekrutiert sich aus dem LK Ortenau insbesondere aus Lahr

Typisches Leistungsaufkommen eines durchschnittlichen Regelversorgers mit Versorgungsauftrag

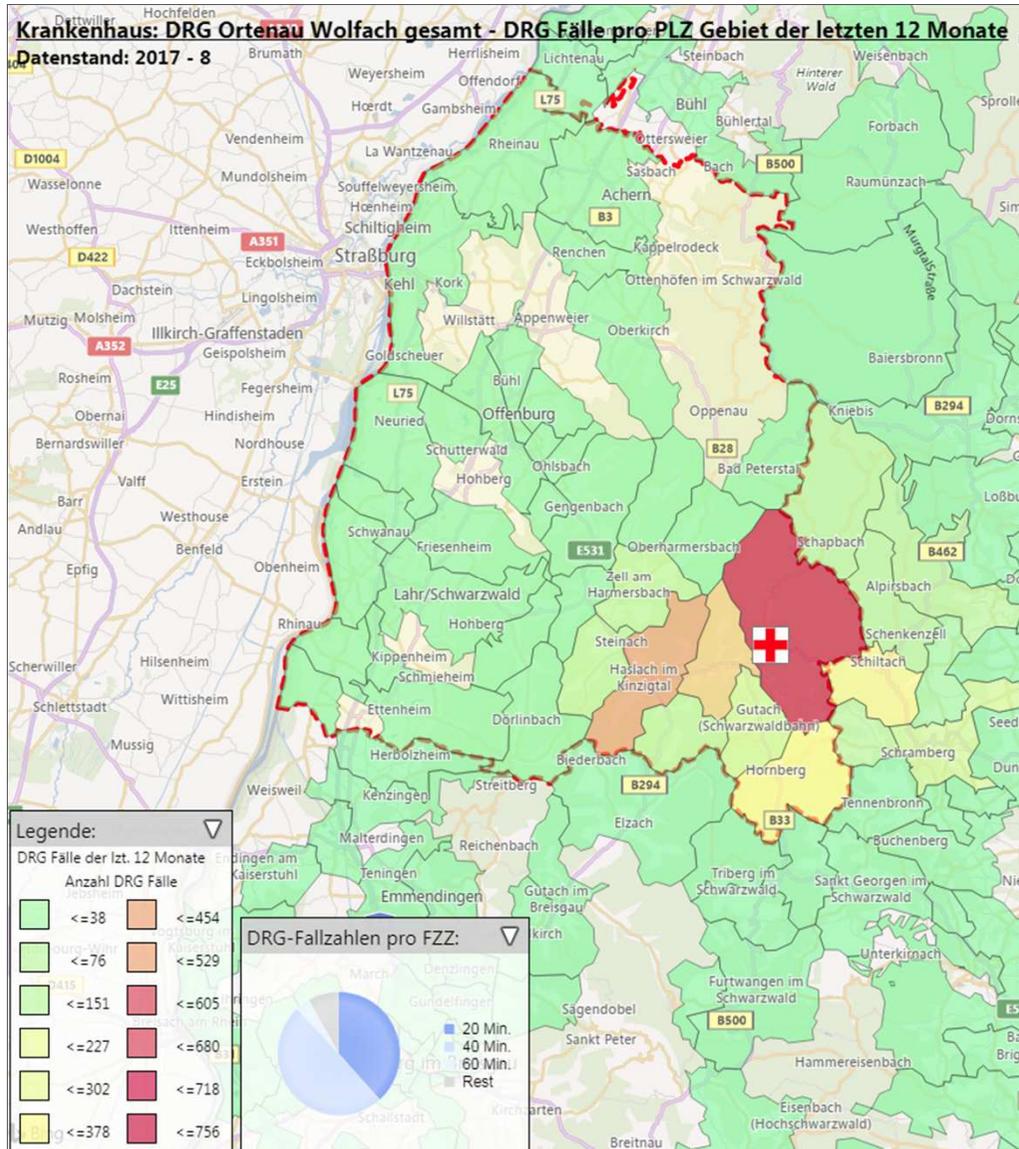
Leistungsprofil effektiver Case-Mix Standort Wolfach im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich Grund-/Regelversorger



Anmerkungen

- Wolfach zeigt das typische Leistungsspektrum eines Grund-/Regelversorgers mit Versorgungsauftrag

Patienten nach PLZ-Gebiet Wolfach



Anmerkungen

- Das Klinikum Wolfach versorgt den Südosten des Landkreises und die angrenzenden Gebiete außerhalb des Landkreises
- Neben Wolfach sind Hausach, Fischerbach und Haslach relevante Versorgungsschwerpunkte
- Wolfach ist für die Versorgung der Bevölkerung im Schwarzwald von zentraler Bedeutung

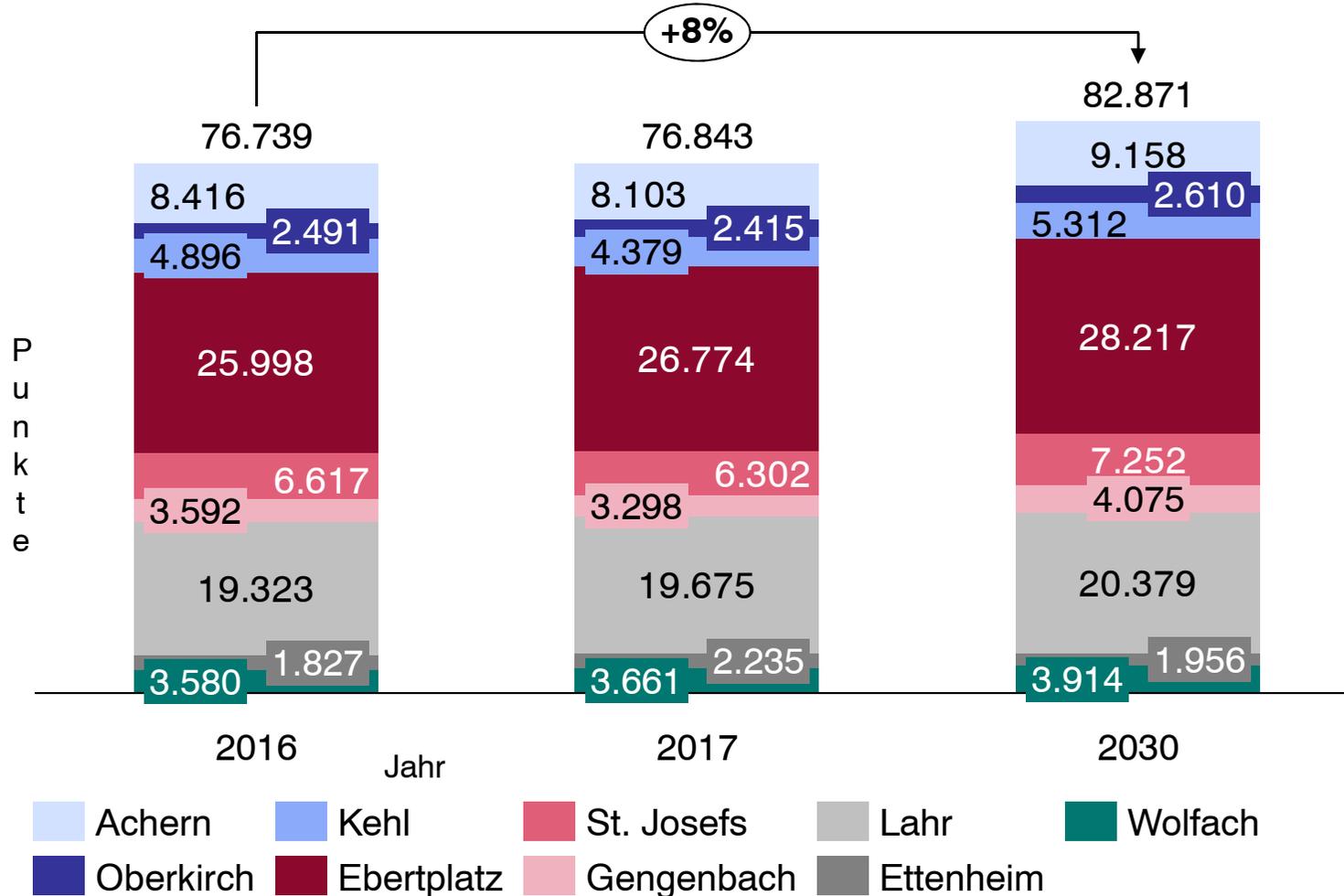
Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ **Medizinkonzeption**
 - ◆ IST-Analyse
 - ◆ SOLL-Konzeption
 - ◆ Nachnutzungskonzepte
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

Rein demographisch ist mit einem weiterem Leistungswachstum zu rechnen



Leistungsentwicklung im effektiven Case-Mix Ortenau Klinikum



Anmerkungen

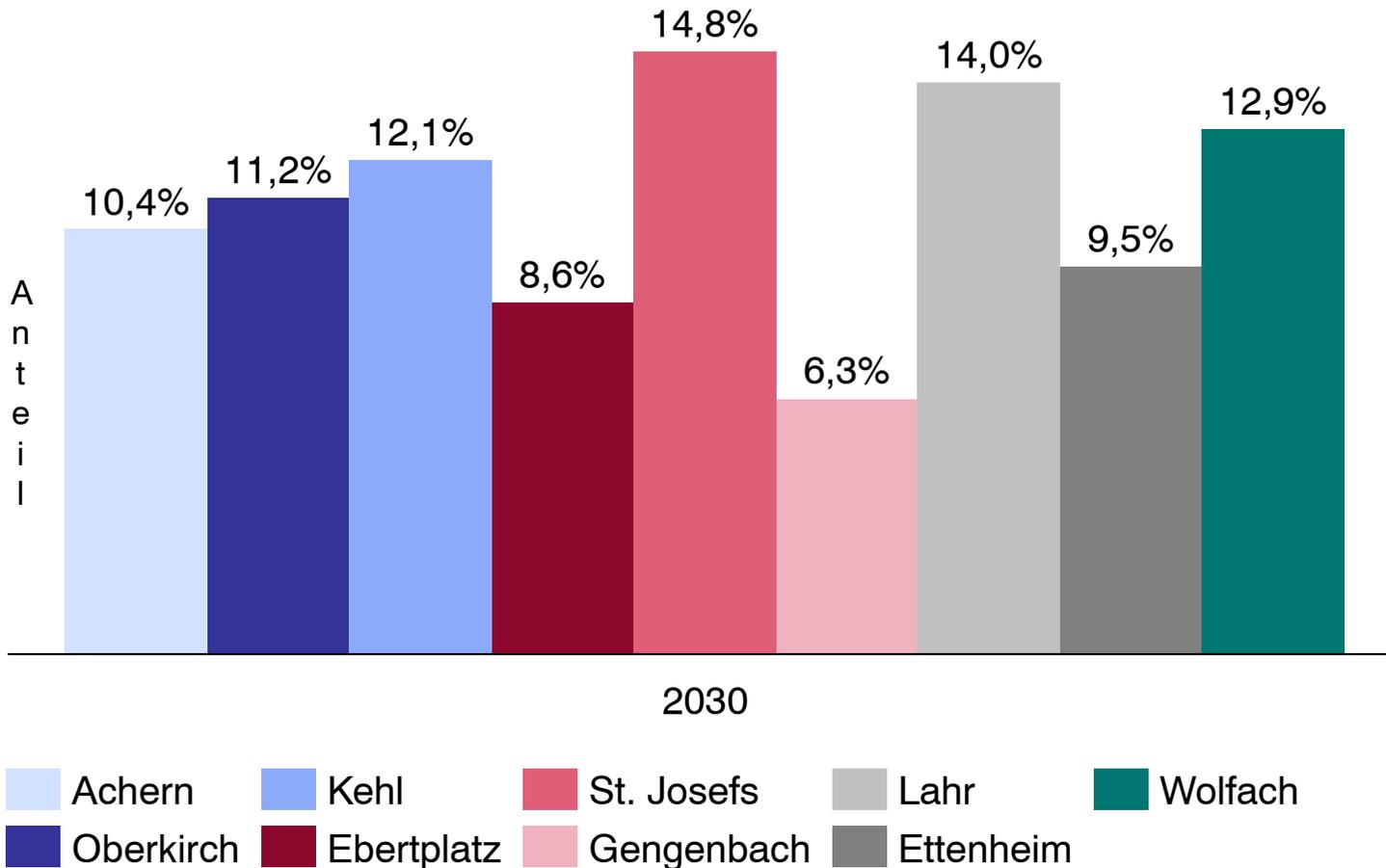
- Zukünftige Abwertungen einzelner DRGs (Katalogeffekte) sind nicht berücksichtigt
- Die Zunahme schwerer Fälle durch die Demographie übersteigt das ambulante Risiko
- Es ist mit weiteren Abwertungen zu rechnen; diese werden wahrscheinlich das Wachstum kompensieren
- Insgesamt ist somit ohne Gewinnung von Marktanteilen nicht von einem weiterem Wachstum auszugehen

1) HR basierend auf 1. Halbjahr 2017

Je nach Leistungsspektrum zeigt sich an den einzelnen Standorten ein unterschiedliches Ambulantes Risiko



Anteil an der stationären Fallzahl (Leistungsabmischung 2016) der bis 2030 nicht stationär versorgt werden könnte



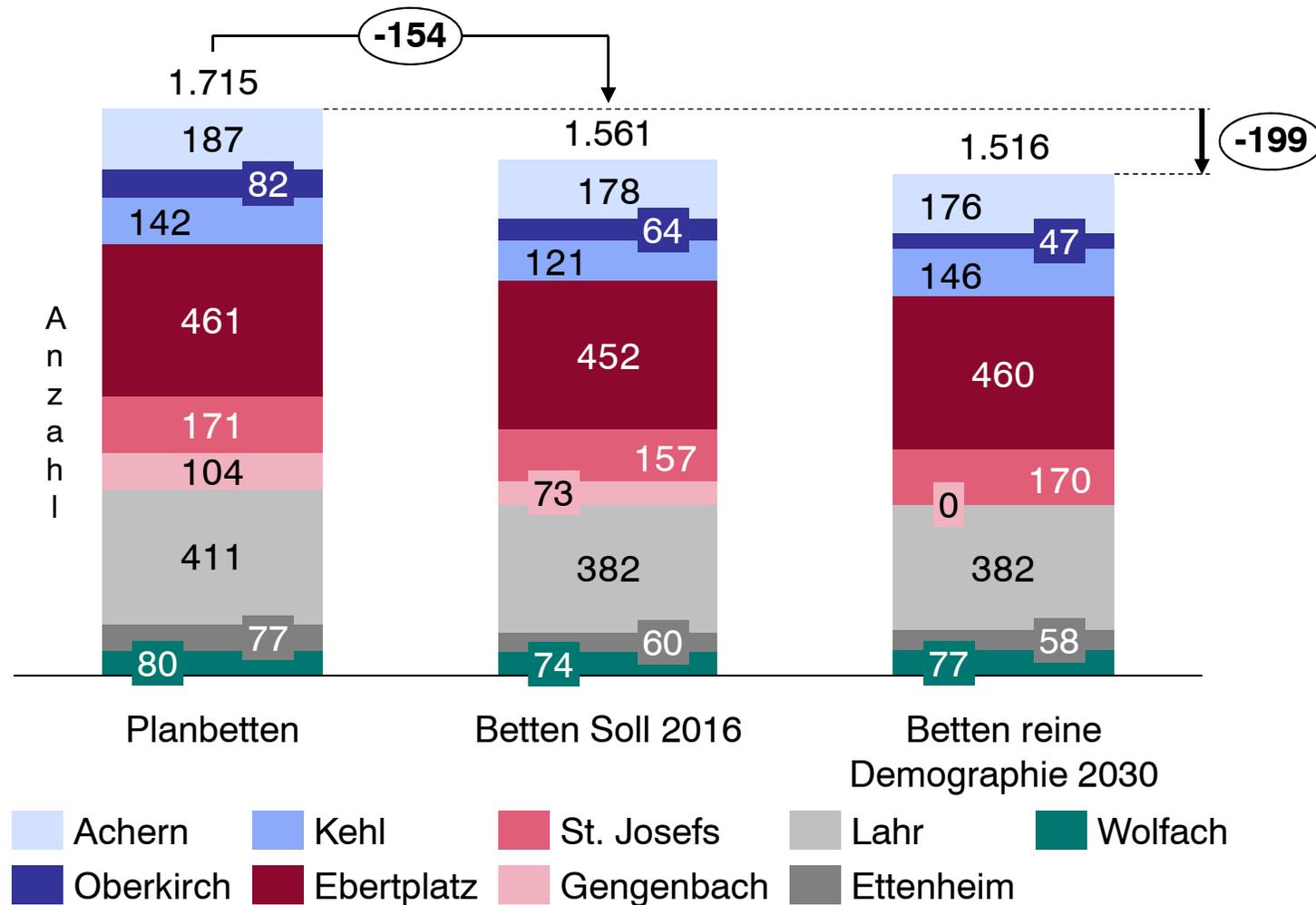
Anmerkungen

- Die hohen Anteile St. Josefs und Lahr beruhen auf Leistungen des Schlaflabors und diagnostischen Herzkatheterleistungen

1) Ambulantes Risiko bezogen auf die Fallzahlen 2030

Bereits bestehende Überkapazitäten in Bezug auf Betten weiten sich in der demografischen Fortschreibung bis 2030 aus

Bettenbedarf Ortenau Klinikum (konservative Abschätzung bei 80% Auslastung für SOLL)

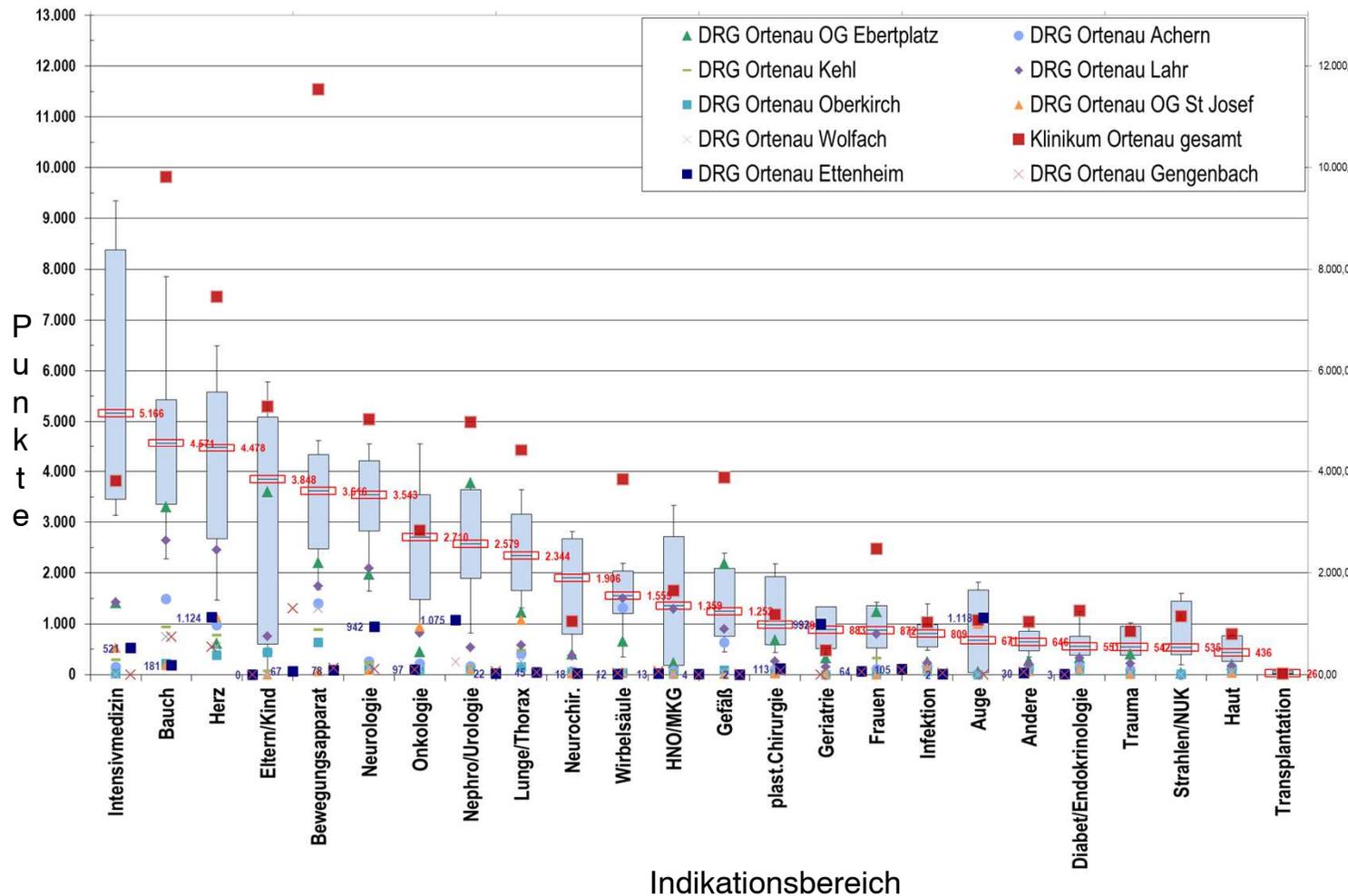


Anmerkungen

- Die bereits bestehenden Überkapazitäten weiten sich bis 2030 in der reinen demographischen Fortschreibung des derzeitigen Leistungsportfolios aus
- In der derzeitigen Struktur ist eine Anpassung der Kapazitäten nur begrenzt möglich, da insbesondere die kleinen Standorte von den Anpassungen betroffen wären und diese bereits heute in vielen Abteilungen eine kritische Größe für eine langfristig sichere qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung unterschreiten

Führt man alle Standorte zu einem virtuellen Maximalversorger zusammen zeigen sich Auffälligkeiten im Leistungsportfolio

Leistungsprofil effektiver Case-Mix Ortenau Klinikum gesamt im Lohfert & Lohfert Klinikvergleich Maximalversorger



Anmerkungen

- Deutliche Schwerpunkte in den Bereichen Bewegungsapparat, Bauch, Wirbelsäule, Gefäß und Frauen
- Im Vergleich hierzu Potenzial insbesondere in den Bereichen Herz, Onkologie, Neurochirurgie, Intensivmedizin und Geriatrie



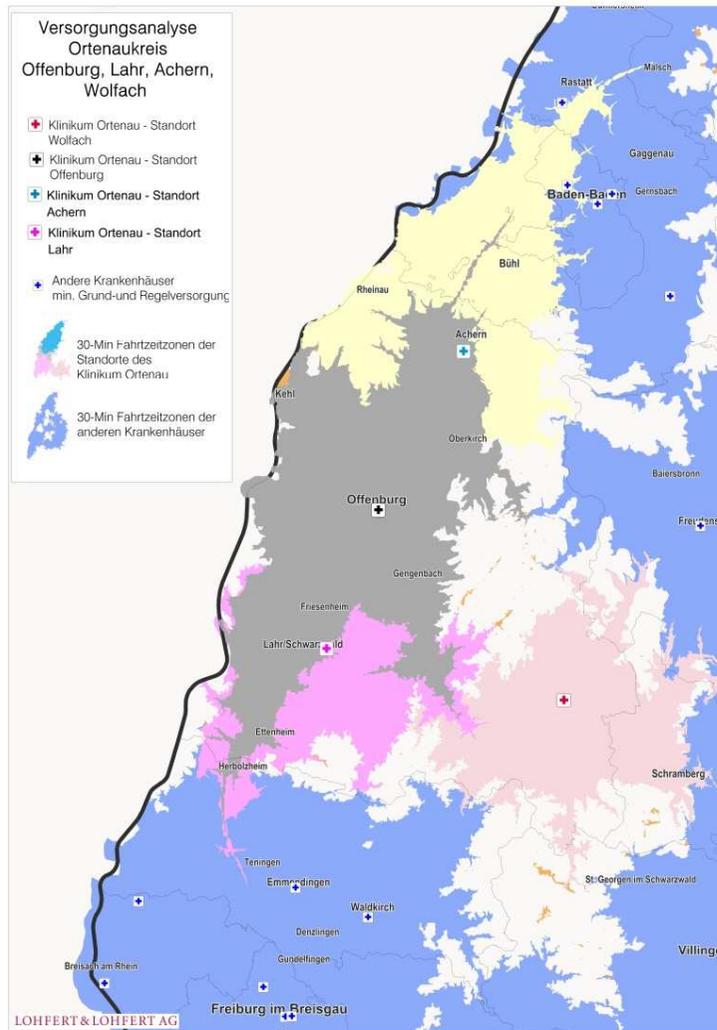
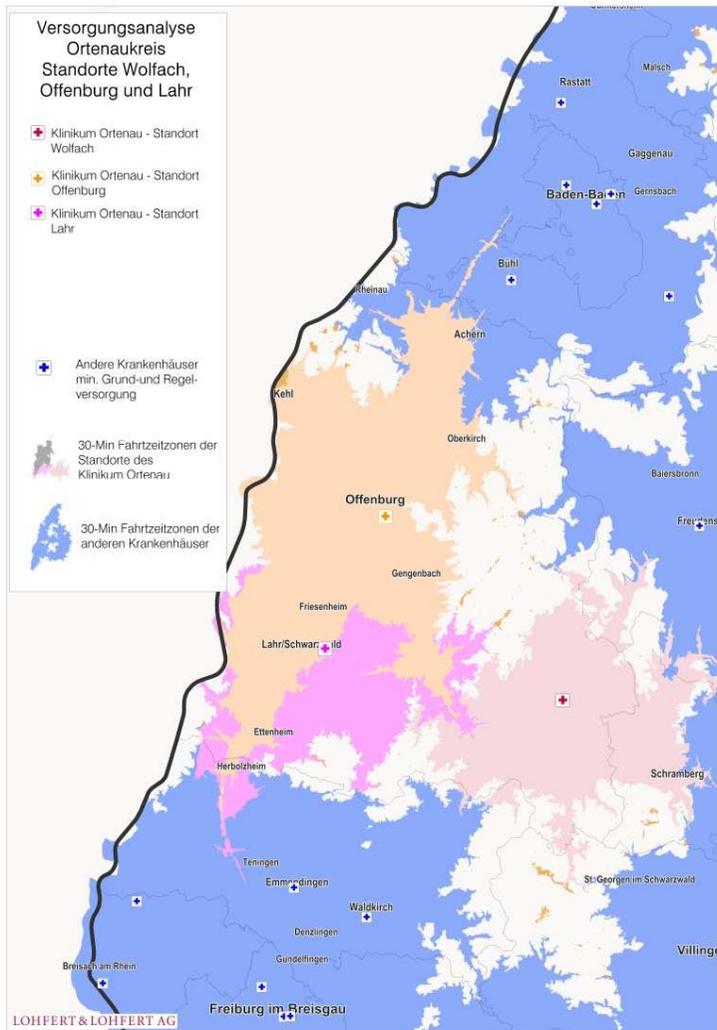
Bei der Betrachtung der Marktanteile bestätigen sich diese Handlungsfelder



Marktanteile nach Fallzahlen nach Standorten im Kreis Ortenau

lfd. Nr.	Indikationsbereich	Achern	Oberkirch	Kehl	Ebertplatz	St Josef	Gengenbach	Lahr	Ettenheim	Wolfach	Gesamt
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Herz	10,1%	5,5%	8,6%	5,7%	11,6%	2,8%	22,7%	2,4%	5,3%	74,7%
2	Gefäß	14,9%	5,1%	2,6%	26,9%	0,8%	0,5%	23,8%	0,7%	0,9%	76,3%
3	Bauch	14,3%	3,3%	11,0%	28,2%	1,2%	1,5%	20,3%	2,2%	5,4%	87,4%
4	Nephrologie/Urologie	4,6%	2,5%	4,7%	60,1%	1,9%	1,1%	14,0%	1,0%	2,3%	92,3%
5	Lunge/Thorax	8,6%	3,7%	10,1%	17,3%	27,9%	3,0%	11,4%	2,2%	4,0%	88,0%
6	Frauen	4,8%	0,2%	13,4%	37,9%	0,1%	0,0%	27,4%	0,2%	0,1%	84,1%
7	Onkologie/Hämatologie	6,8%	2,4%	4,9%	14,4%	19,9%	1,1%	25,0%	2,0%	2,9%	79,5%
8	Diabetologie/Endokrinologie	11,6%	5,7%	8,3%	21,2%	6,2%	3,3%	19,8%	3,2%	4,0%	83,2%
9	Bewegungsapparat	8,8%	5,8%	7,1%	18,7%	0,7%	15,2%	12,1%	2,0%	4,3%	74,7%
10	Trauma & Verletzungen	9,2%	6,0%	10,0%	35,3%	0,7%	4,4%	15,9%	1,0%	4,6%	87,1%
11	Wirbelsäule	20,3%	1,6%	4,0%	13,3%	0,6%	5,1%	24,9%	1,6%	1,7%	73,2%
12	plast./rekon. Chirurgie	3,6%	0,9%	2,5%	44,9%	0,3%	0,7%	12,9%	0,3%	1,4%	67,5%
13	Neurologie	5,8%	3,3%	5,8%	27,6%	1,8%	0,9%	27,8%	4,5%	2,6%	80,3%
14	Neurochirurgie	4,7%	1,6%	6,2%	22,8%	1,8%	0,5%	13,7%	0,6%	2,7%	54,6%
15	HNO/MKG	5,3%	0,7%	1,8%	11,8%	0,4%	0,1%	50,8%	0,0%	0,4%	71,5%
16	Auge	0,8%	0,3%	0,2%	5,8%	63,6%	0,3%	3,9%	0,2%	0,7%	75,5%
17	Eltern/Kind	7,7%	12,0%	1,5%	51,6%	0,0%	0,0%	16,9%	0,0%	0,0%	89,8%
18	Haut	14,3%	4,7%	12,3%	23,0%	2,4%	2,8%	15,2%	1,7%	5,3%	81,8%
19	Transplantation	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%
20	Strahlentherapie/Nuklearmedizin	0,0%	0,2%	0,0%	1,9%	64,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,0%
21	Intensivmedizin	2,7%	0,6%	5,4%	19,3%	9,7%	0,0%	19,1%	0,0%	0,0%	56,8%
22	Infektion	9,5%	6,2%	8,4%	21,3%	8,6%	1,4%	20,3%	2,3%	6,3%	84,3%
23	Geriatrie	0,0%	0,0%	0,0%	57,9%	0,5%	0,0%	23,0%	0,0%	0,0%	81,4%
24	Andere	4,0%	1,3%	4,4%	29,0%	6,5%	1,6%	13,4%	1,3%	0,9%	62,4%
25	Ortenau Achern - Gesamt	9,0%	4,6%	6,7%	25,8%	7,1%	2,9%	19,9%	1,8%	3,1%	80,9%

Sowohl eine 3-Standort als auch eine 4-Standort-Variante sichern die Wohnortnahe qualitativ hochwertige Versorgung



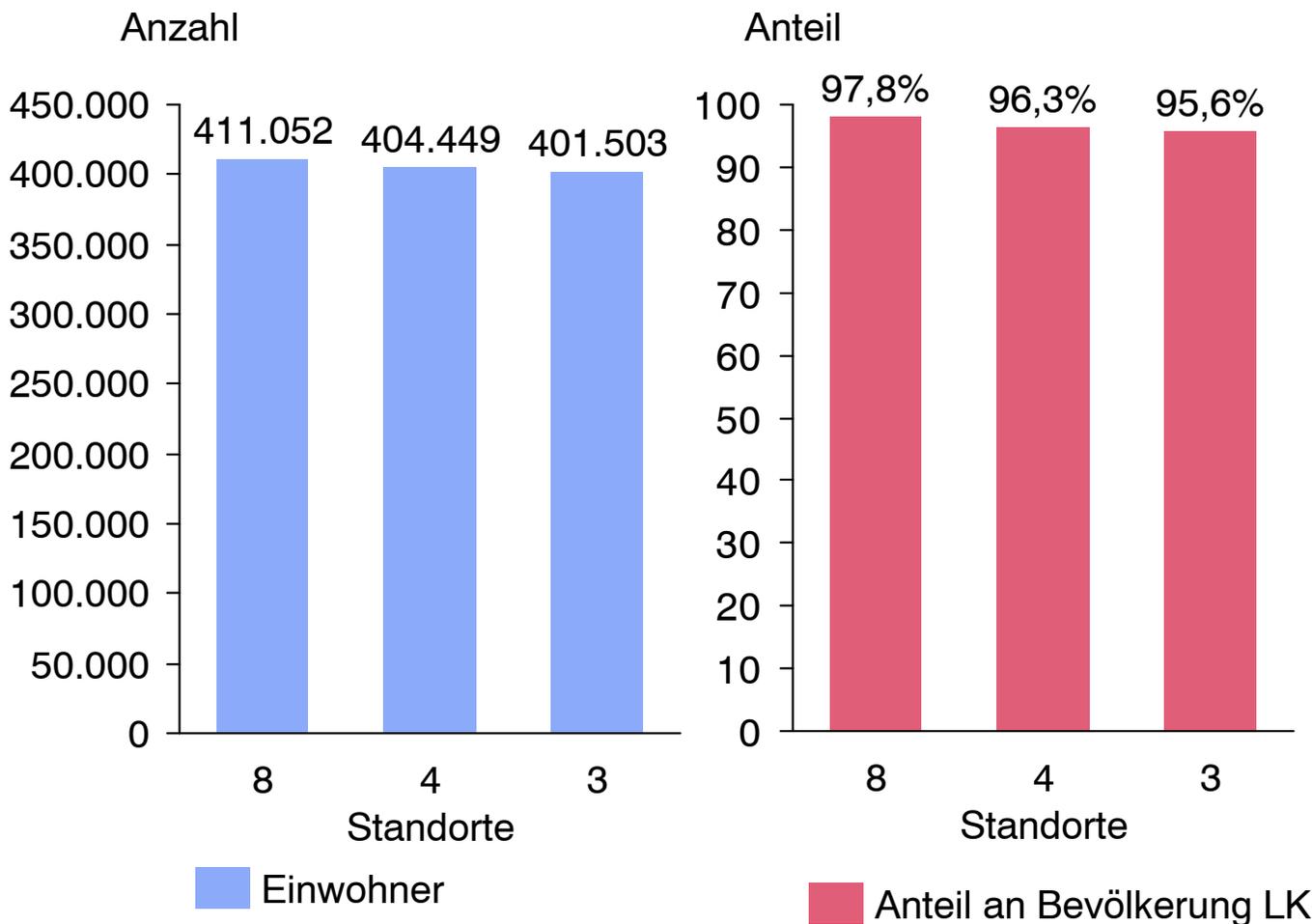
Anmerkungen

- In beiden Szenarien können über 95% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit ein Krankenhaus erreichen
- Der Standort Achern besitzt Strahlkraft in Richtung Norden
- Die Anforderungen der Erreichbarkeit stationärer Versorgung durch Eigenanfahrt sind im Sinne des Versorgungsauftrages erfüllt
- Unabhängig von der Krankenhausstruktur muss die zeitkritische flächendeckende Versorgung durch Notrettungsmittel im LK sichergestellt sein

Sowohl eine 3-Standort als auch eine 4-Standort-Variante sichern die Wohnortnahe qualitativ hochwertige Versorgung



Anzahl und Anteil der Bevölkerung des LK, die innerhalb von 30min stationäre Versorgung erreicht

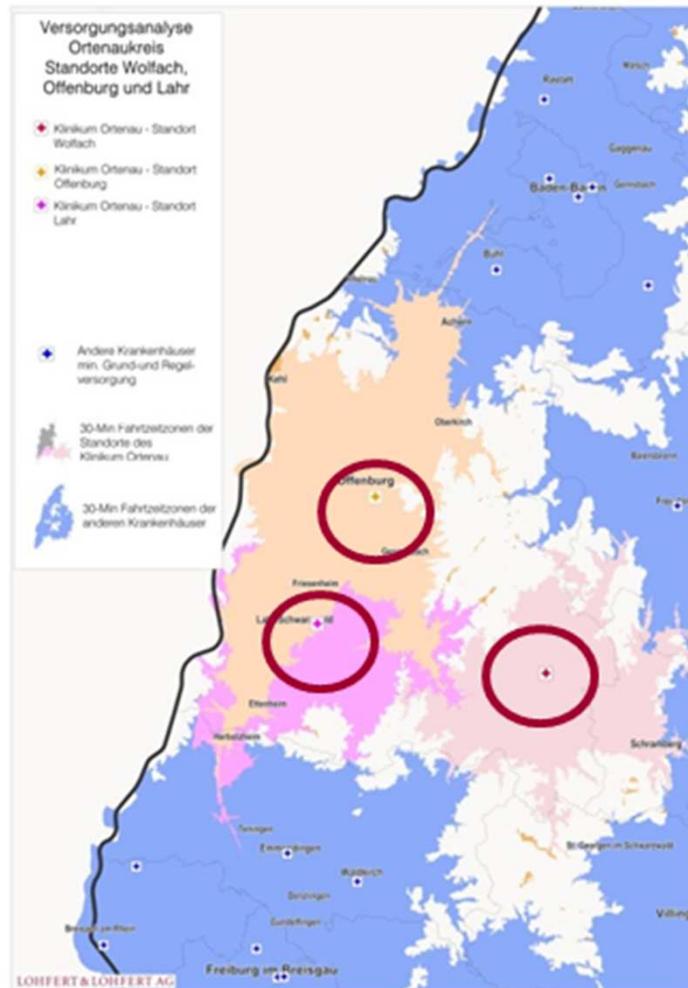


Anmerkungen

- Der Anteil der versorgten Bevölkerung unterscheidet sich zwischen den Szenarien nur gering
- In den Szenarien mit 3 und 4 Standorten kommt es zu deutlichen Steigerungen der Versorgungsqualität, die auch zukünftigen veränderten Anforderungen an die Notfallversorgung gerecht wird
- Im 3-Standorte-Szenario kann der Versorgungsanteil bei Wahl eines Standortes im Süden von Offenburg unter 94% sinken
- Im Verbund der Standorte Offenburg und Lahr kann die Maximalversorgung im LK sichergestellt werden, so können zukünftig z.B. auch Schwerstverletzte wohnortnah, optimal versorgt werden

Variante 1: 3 Standorte – Offenburg

Umfassende Notfallversorgung im Zentrum des LK

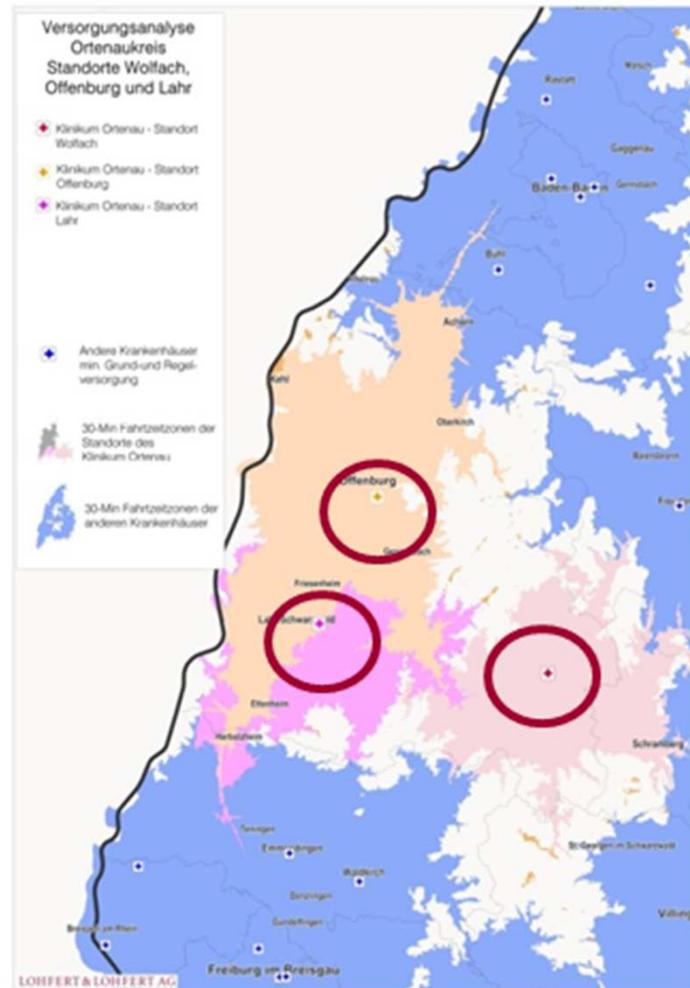


Anmerkungen

- Eine Zusammenführung der Standorte in Kehl, Offenburg, Gengenbach, Achern und Oberkirch ist aus Sicht des Versorgungsauftrages möglich und bildet bereits heute bestehende Veränderungen in den Patientenströmen ab
- Langfristig werden an einem zusammengeführten Standort ca. 1.070 Betten benötigt
- Durch Zusammenführung lässt sich die Versorgungsqualität im LK ausbauen, da ein Krankenhaus dieser Größe vorgegebene strukturelle Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung qualitativ hochwertig und wirtschaftlich erbringen kann
- Hochkomplexe Leistungen können innerhalb des LK im Verbund der Standorte Offenburg und Lahr auf Maximalversorgungsniveau erbracht werden. Die Intensivmedizinische und Notfallversorgung verbessern sich in Bezug auf das Versorgungsspektrum. Zusätzliche Schwerpunkte etwa im Bereich Neurochirurgie, Traumaversorgung, Intensivmedizin, Orthopädie und Onkologie verbessern das Versorgungsangebot im LK
- Schwerpunkt für Leber-, Magen- und Ösophagus-Chirurgie in enger Abstimmung der Allgemeinchirurgie zwischen Offenburg und Lahr
- Ausbau der Geriatrie (Schwerpunkt operativ)

Variante 1: 3 Standorte – Lahr

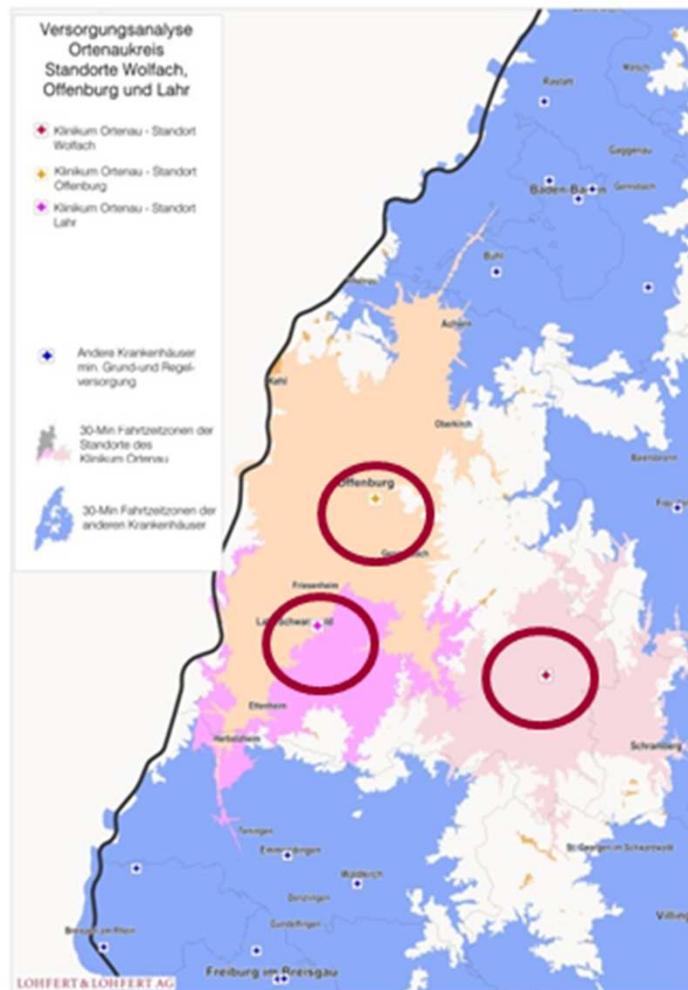
Erweiterte Notfallversorgung mit Leuchttürmen



Anmerkungen

- Langfristig werden an einem zusammengeführten Standort ca. unter Berücksichtigung bestehender und zu erwartender Patientenströme 430 Betten benötigt
- Im Verbund der Standorte in Offenburg und Lahr kann die medizinische Versorgung auf Maximalversorgungsniveau sichergestellt werden
- Entscheidend für den langfristigen Erfolg des Standortes ist zusätzlich eine klare elektive Profilierung
- Die elektive kardiologische Expertise wird mit Ausbau der Elektrophysiologie und Ausbau des Bereichs Devices in Lahr gestärkt. Etablierung einer Außenstelle Herzkatheterlabor am Standort Offenburg zur Verbesserung der kardiologischen Notfallversorgung im LK
- Aufbau Gefäßzentrum
- Die Schlaganfallversorgung bleibt tragende Säule der Leistungserbringung
- Schmerztherapie aus Ettenheim führt konservative und operative Versorgung in einem Schmerz/Rückenzentrum als elektiver Schwerpunkt zusammen
- Die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde als elektiver Leuchtturm kann ausgebaut werden
- Psychosomatik & Geriatrie (konservativer Schwerpunkt)

Variante 1: 3 Standorte – Wolfach Grund-/Regelversorger mit Versorgungsauftrag

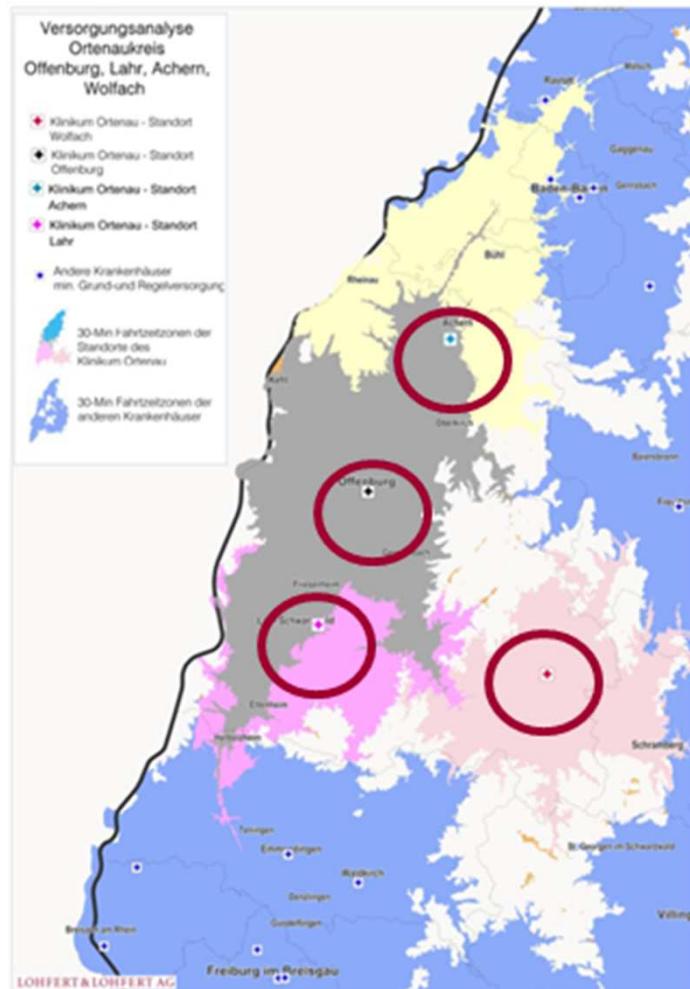


Anmerkungen

- Ohne Wolfach bzw. eines Standortes im Schwarzwald lässt sich der Versorgungsauftrag nach derzeit gängigen Kriterien in Bezug auf Erreichbarkeit stationärer medizinischer Versorgung im LK nicht erfüllen
- Für die Sicherstellung der konservativen und operativen Grundversorgung werden langfristig ca. 75 Betten am Standort Wolfach benötigt
- Herausforderung wird für den Standort Wolfach, neben der wirtschaftlichen Leistungserbringung, die Versorgung durch hochqualifiziertes medizinisches Personal sein
- Ein standortübergreifendes Personalkonzept unterstützt die Versorgung durch hochqualifiziertes Personal

Variante 2: 4 Standorte – Achern

Grund-/Regelversorgung mit elektiven Schwerpunkten



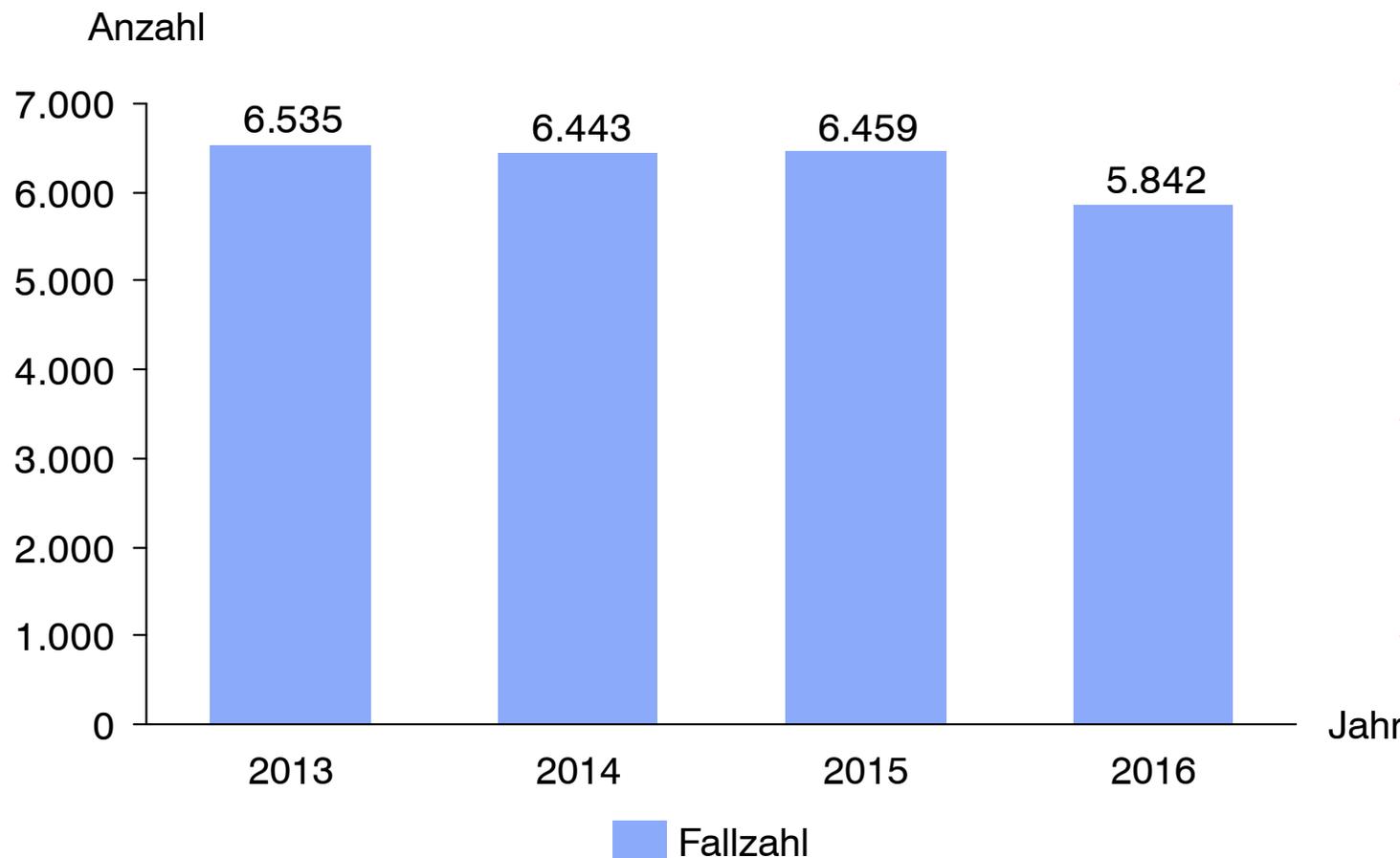
Anmerkungen

- Langfristig werden an einem zusammengeführten Standort bis ca. 230 Betten benötigt
- Entscheidend für den langfristigen Erfolg des Standortes ist auch hier eine klare Profilierung als Schwerpunktversorger
- Geburtshilfliche Versorgung Level 4 im Norden des Landkreises mit deutlicher Strahlkraft über die Kreisgrenze (900-1.000 Geburten p.a.)
- Die Innere Medizin und die Allgemeinchirurgie sichern die Notfallversorgung über die Landkreisgrenze
- Innere Medizin mit Stärkung der kardialen Portalfunktion Richtung Norden durch elektive standortübergreifende Deviceimplantation
- Elektive Orthopädie (Endoprothetik und Wirbelsäule) als elektive Leuchttürme mit Strahlkraft über die Kreisgrenze
- In Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung des Krankenhaus in Bühl sichert der Standort ggf. die Notfallversorgung über die Landkreisgrenze hinweg, dies zeichnet sich bereits heute in der Leistungsentwicklung in Achern ab. Das Krankenhaus Bühl richtet sich verstärkt elektiv aus. Diese Elektivpatienten werden aktiv innerhalb des Klinikverbunds Mittelbaden gesteuert und werden bei Schließung nur zu einem geringen Teil in Achern versorgt werden

Bei Aufgabe des Standortes Bühl des Klinikum Mittelbaden erhöht sich die Anzahl belegbarer Betten in Achern



Entwicklung der Fallzahlen Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Standort Bühl (1)



Anmerkungen

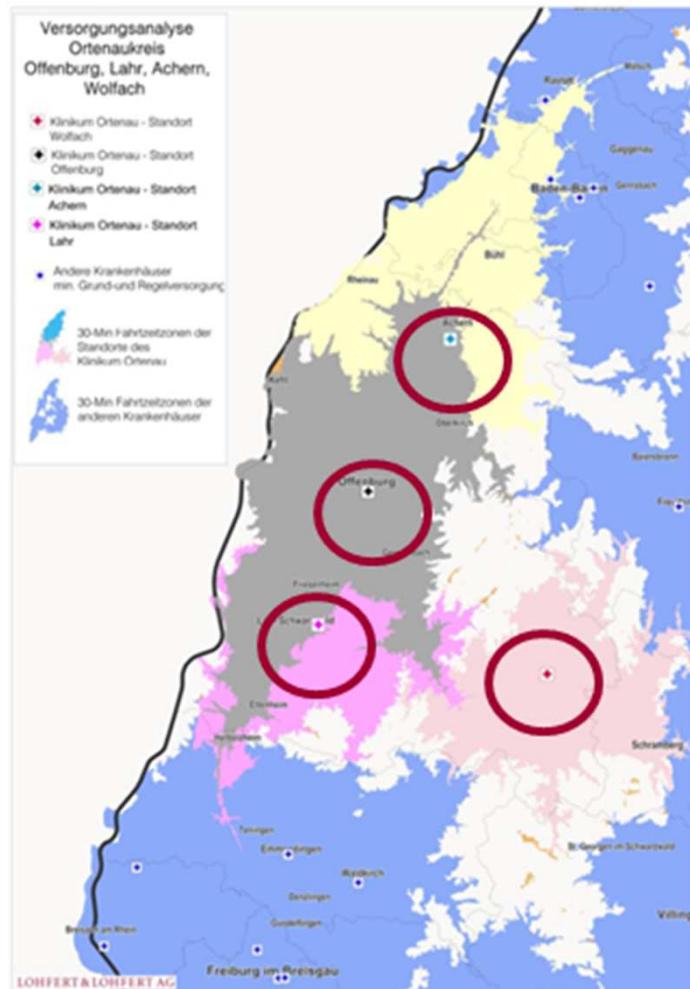
- Für die nächsten 10 Jahre liegt zur Zeit ein schlüssiges Konzept für den Standort mit Fokussierung auf elektive Versorgung mit Leistungsverchiebungen innerhalb des Klinikverbundes vor, zunächst bei Beibehaltung der Basisnotfallversorgung
- In 2016 sind bei einer angenommenen mittleren Verweildauer von 5,1 Tagen ⁽²⁾ und einer Auslastung von 80% damit 100 Betten belegt
- Unter Berücksichtigung der elektiven Patientenströme innerhalb des Klinikums Mittelbaden die zum größten Teil innerhalb des Verbundes umgesteuert würden, können für den Standort Achern bei Wegfall des Standortes Bühl ca. 30-40 Betten Mehrbedarf entstehen

1) Datengrundlage Qualitätsberichte der Krankenhäuser

2) Durchschnittswert für Regelversorger aus dem L&L Klinikvergleich angepasst auf das Leistungsspektrum Bühl

Variante 2: 4 Standorte – Offenburg

Umfassende Notfallversorgung im Zentrum des LK

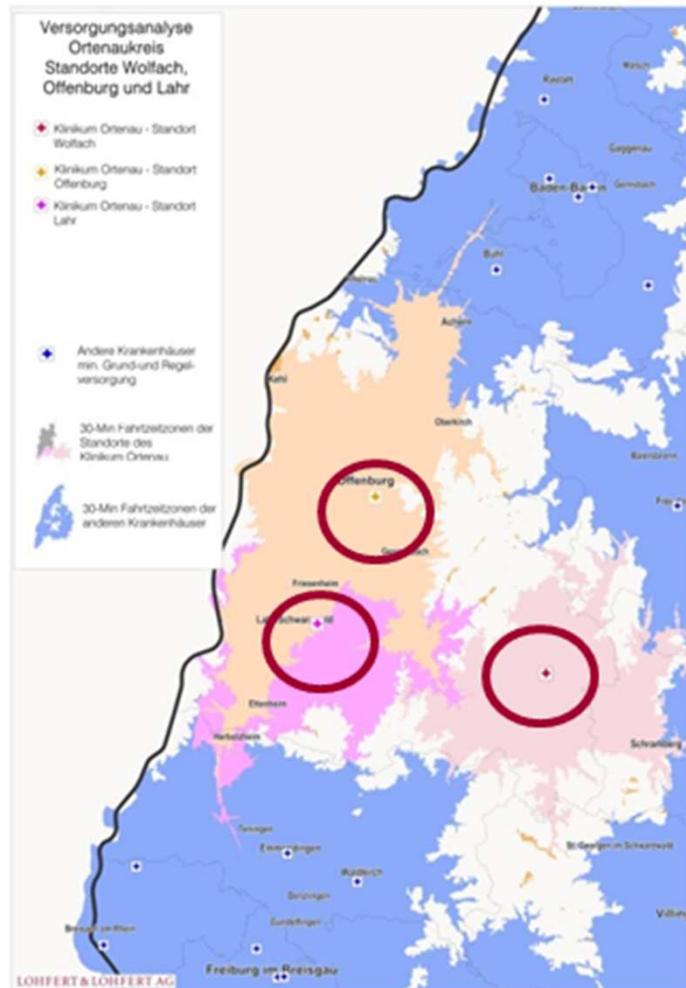


Anmerkungen

- Eine Zusammenführung der Standorte aus Offenburg und Gengenbach, sowie Teile aus Kehl und Oberkirch, ist aus Sicht des Versorgungsauftrages möglich
- Langfristig würden an einem so zusammengeführten Standort ca. 870 Betten benötigt
- Durch Zusammenführung lässt sich die Versorgungsqualität im LK ausbauen, da ein Krankenhaus dieser Größe vorgegebene strukturelle Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung qualitativ hochwertig und kostendeckend erbringen kann
- Hochkomplexe Leistungen können innerhalb des LK im Verbund der Standorte Offenburg und Lahr auf Maximalversorgungsniveau erbracht werden. Die Intensivmedizinische Versorgung und die Notfallversorgung verbessern sich in Bezug auf das Versorgungsspektrum. Zusätzliche Schwerpunkte etwa im Bereich Neurochirurgie, Traumaversorgung, Intensivmedizin und Onkologie verbessern das Versorgungsangebot im LK
- Schwerpunkt für Leber-, Magen- und Ösophagus-Chirurgie in enger Abstimmung der Allg. Chirurgie zwischen Offenburg und Lahr
- Ausbau der Geriatrie (Schwerpunkt operativ)

Variante 2: 4 Standorte – Lahr

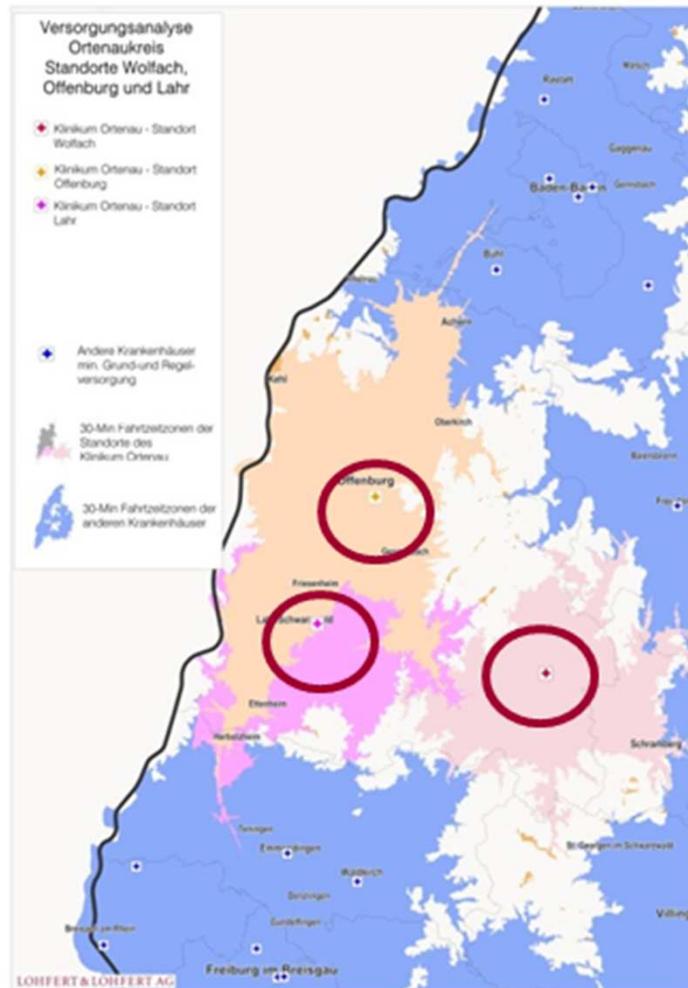
Erweiterte Notfallversorgung mit Leuchttürmen



Anmerkungen

- Langfristig werden an einem zusammengeführten Standort ca. unter Berücksichtigung bestehender und zu erwartender Patientenströme 430 Betten benötigt
- Im Verbund der Standorte in Offenburg und Lahr kann die medizinische Versorgung auf Maximalversorgungsniveau etabliert werden
- Entscheidend für den langfristigen Erfolg des Standortes ist zusätzlich eine klare elektive Profilierung
- Die elektive kardiologische Expertise wird mit Ausbau der Elektrophysiologie und Ausbau des Bereichs Devices in Lahr gestärkt. Etablierung einer Außenstelle HKL am Standort Offenburg zur Verbesserung der kardiologischen Notfallversorgung im LK
- Aufbau Gefäßzentrum
- Die Schlaganfallversorgung bleibt tragende Säule der Leistungserbringung
- Schmerztherapie aus Ettenheim führt konservative und operative Versorgung in einem Schmerz/Rückenzentrum als elektiver Schwerpunkt zusammen
- Die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde als elektiver Leuchtturm kann ausgebaut werden
- Psychosomatik & Geriatrie (konservativer Schwerpunkt)

Variante 2: 4 Standorte – Wolfach Grund-/Regelversorger mit Versorgungsauftrag

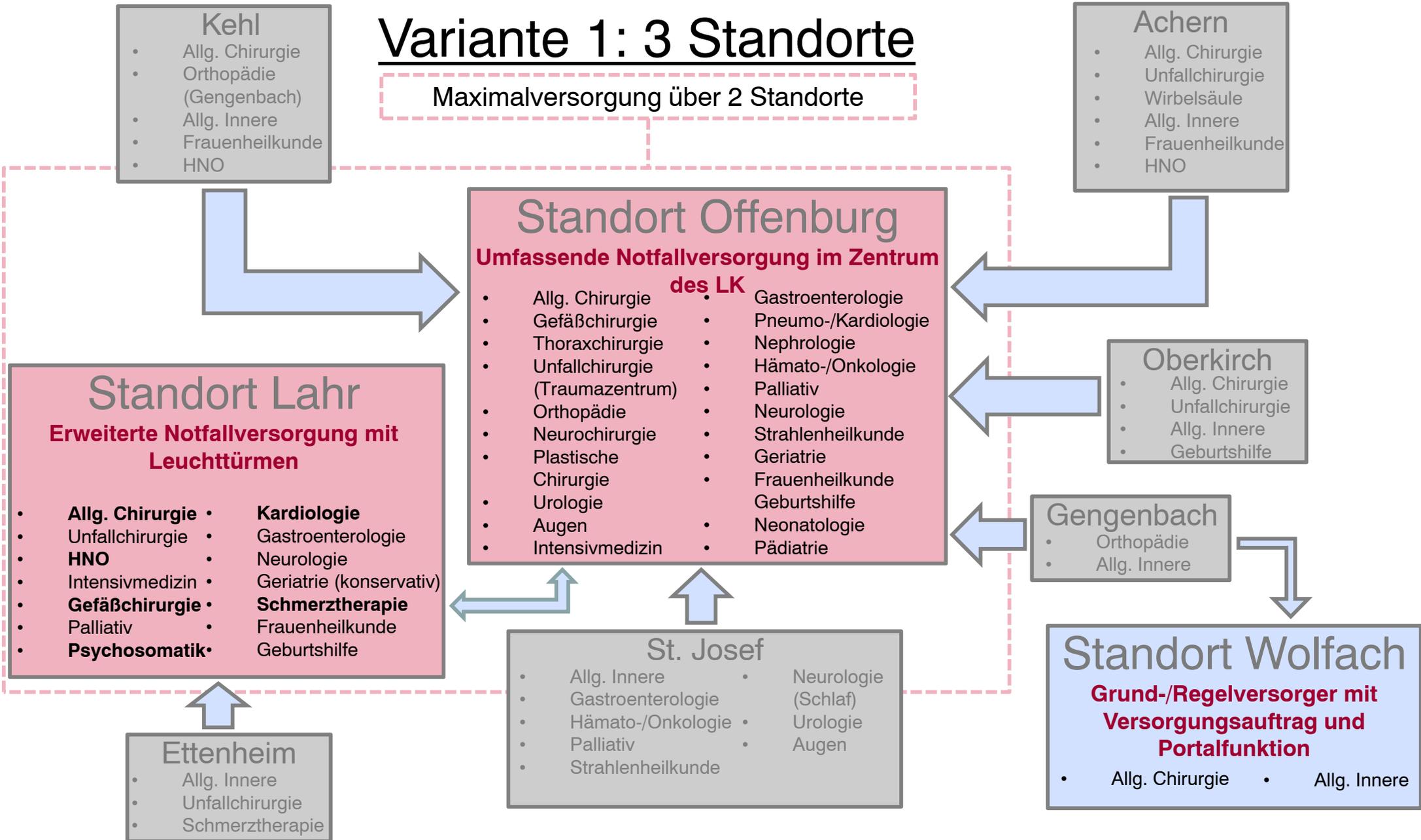


Anmerkungen

- Ohne Wolfach bzw. einen Standort im Schwarzwald lässt sich der Versorgungsauftrag nach derzeit gängigen Kriterien in Bezug auf Erreichbarkeit stationärer medizinischer Versorgung im LK nicht erfüllen
- Für die Sicherstellung der konservativen und operativen Grundversorgung werden langfristig ca. 75 Betten am Standort Wolfach benötigt
- Eine Herausforderung wird für den Standort Wolfach neben der wirtschaftlichen Leistungserbringung die Versorgung durch hochqualifiziertes medizinisches Personal sein
- Ein standortübergreifendes Personalkonzept unterstützt die Versorgung durch hochqualifiziertes Personal

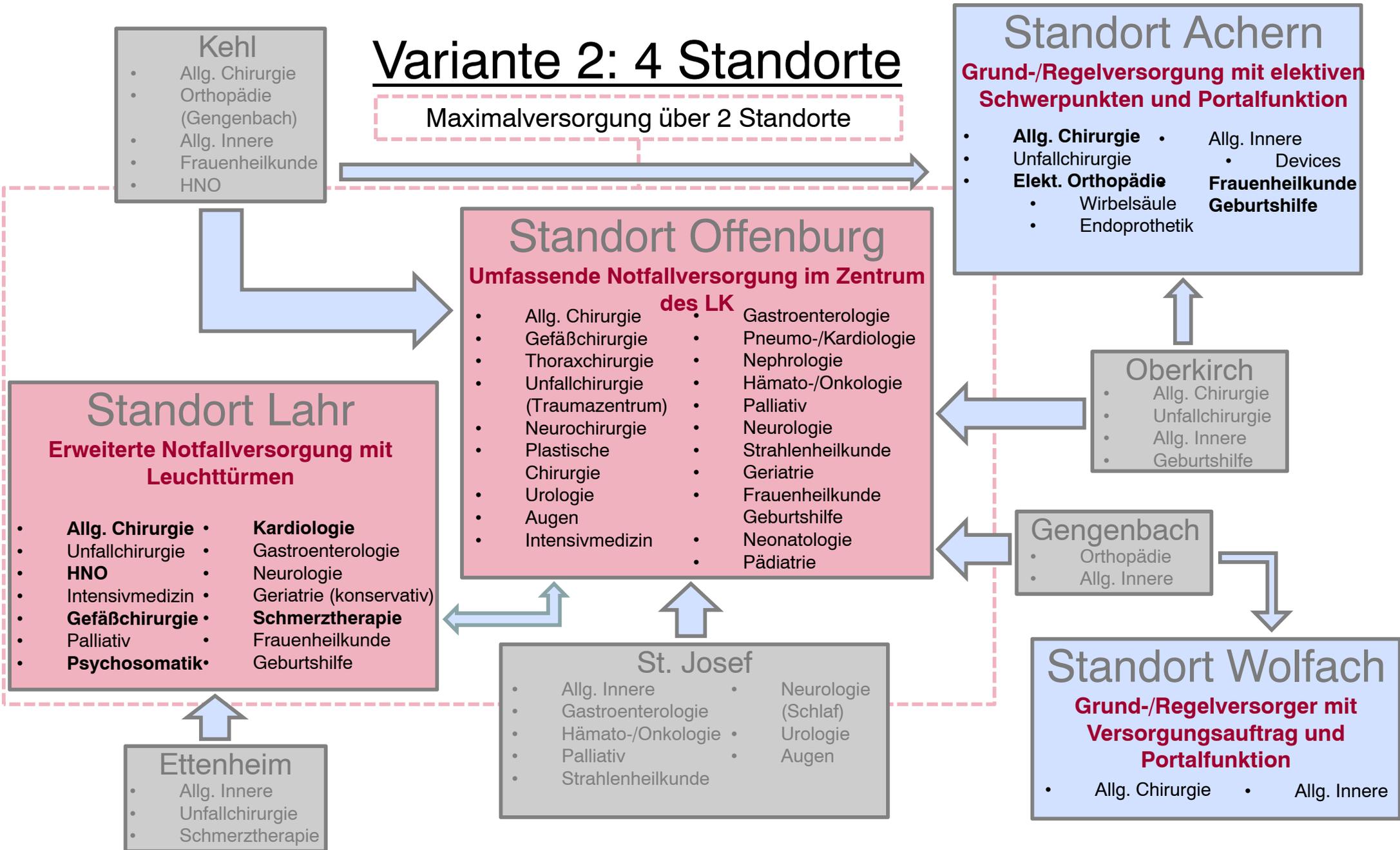
Variante 1: 3 Standorte

Maximalversorgung über 2 Standorte



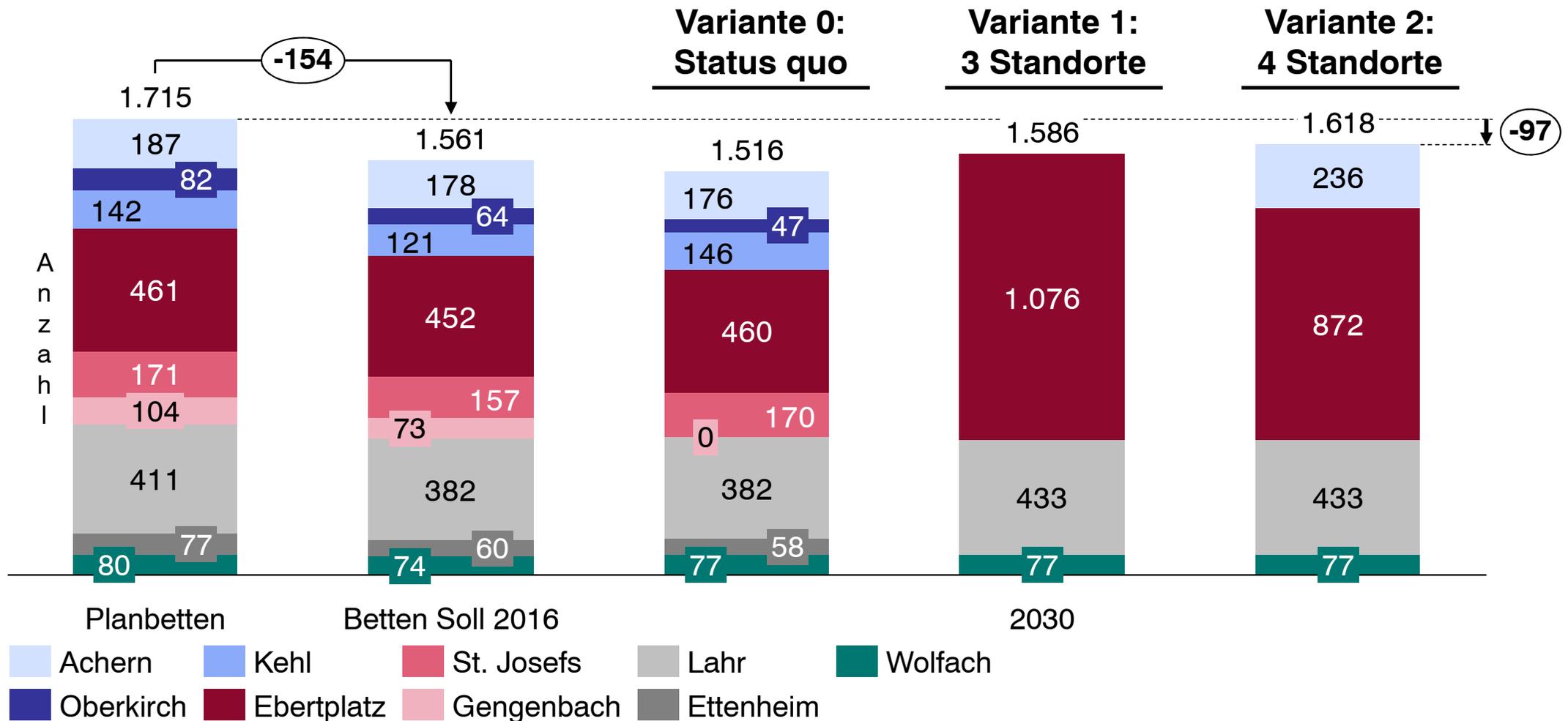
Variante 2: 4 Standorte

Maximalversorgung über 2 Standorte



Die drei Varianten führen zu einem veränderten Bettenbedarf innerhalb des Ortenau Klinikums

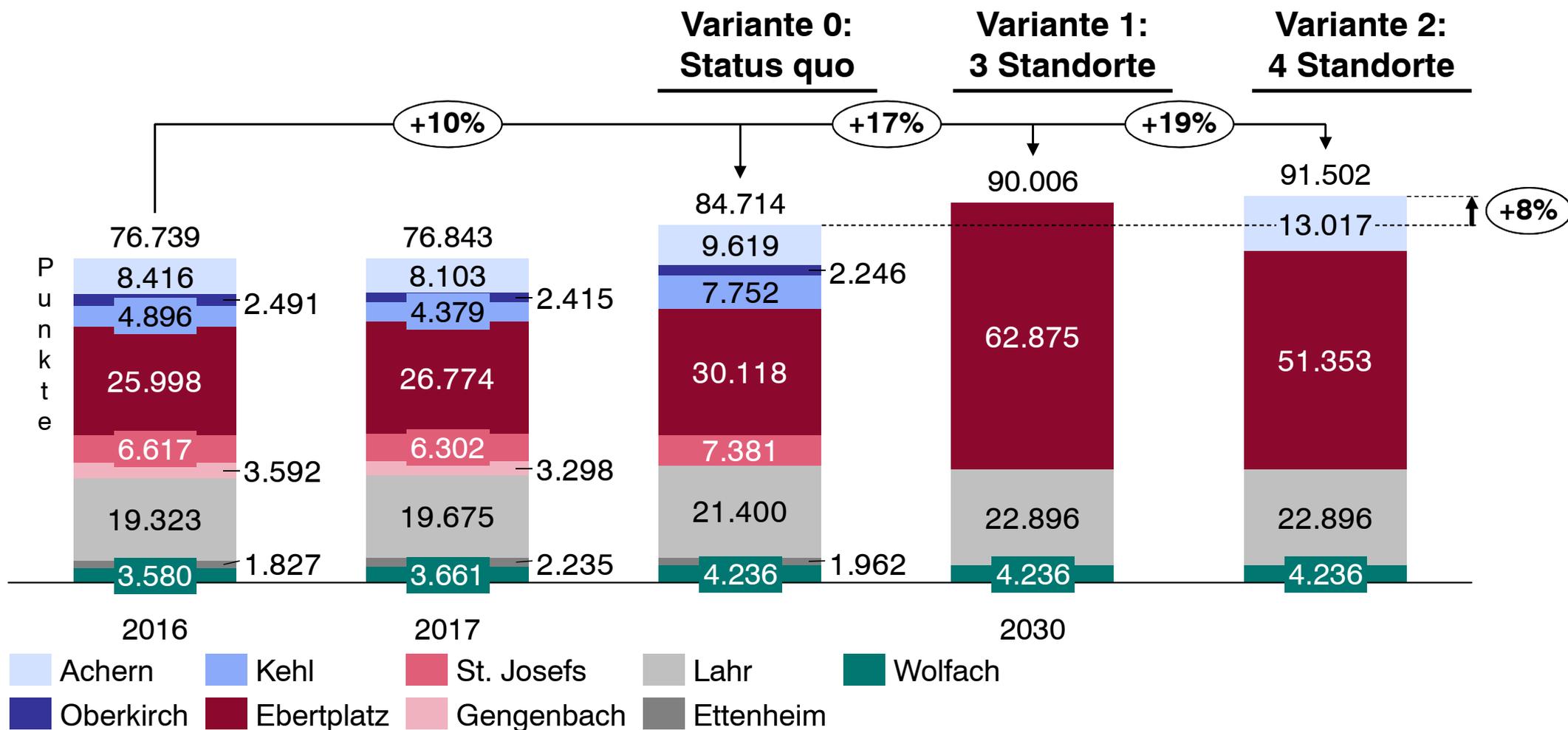
Bettenbedarf 2030 der drei Varianten (1)



1) Bei Aufgabe des Standortes Bühl ergibt sich in Variante 2 für Achern ein zusätzlicher Bedarf von 30-40 Betten

Die Erweiterung des Versorgungsspektrums in den Varianten 1 und 2 zeigt sich auch durch einen Anstieg der Erlöse

Entwicklung des effektiven Case Mix der drei Varianten (1)

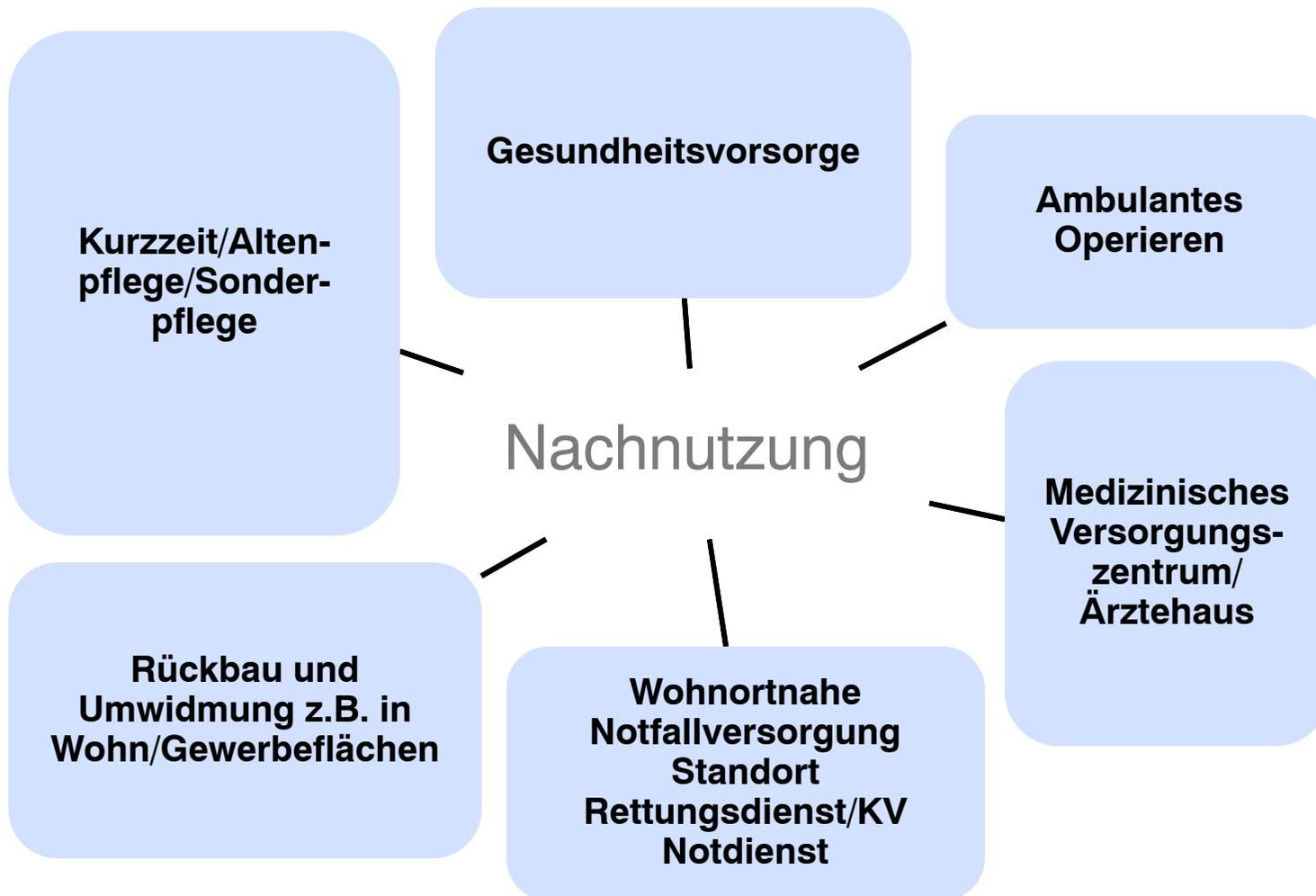


Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ **Medizinkonzeption**
 - ◆ IST-Analyse
 - ◆ SOLL-Konzeption
 - ◆ **Nachnutzungskonzepte**
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

In Bezug auf eine mögliche Nachnutzung frei werdender Flächen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten

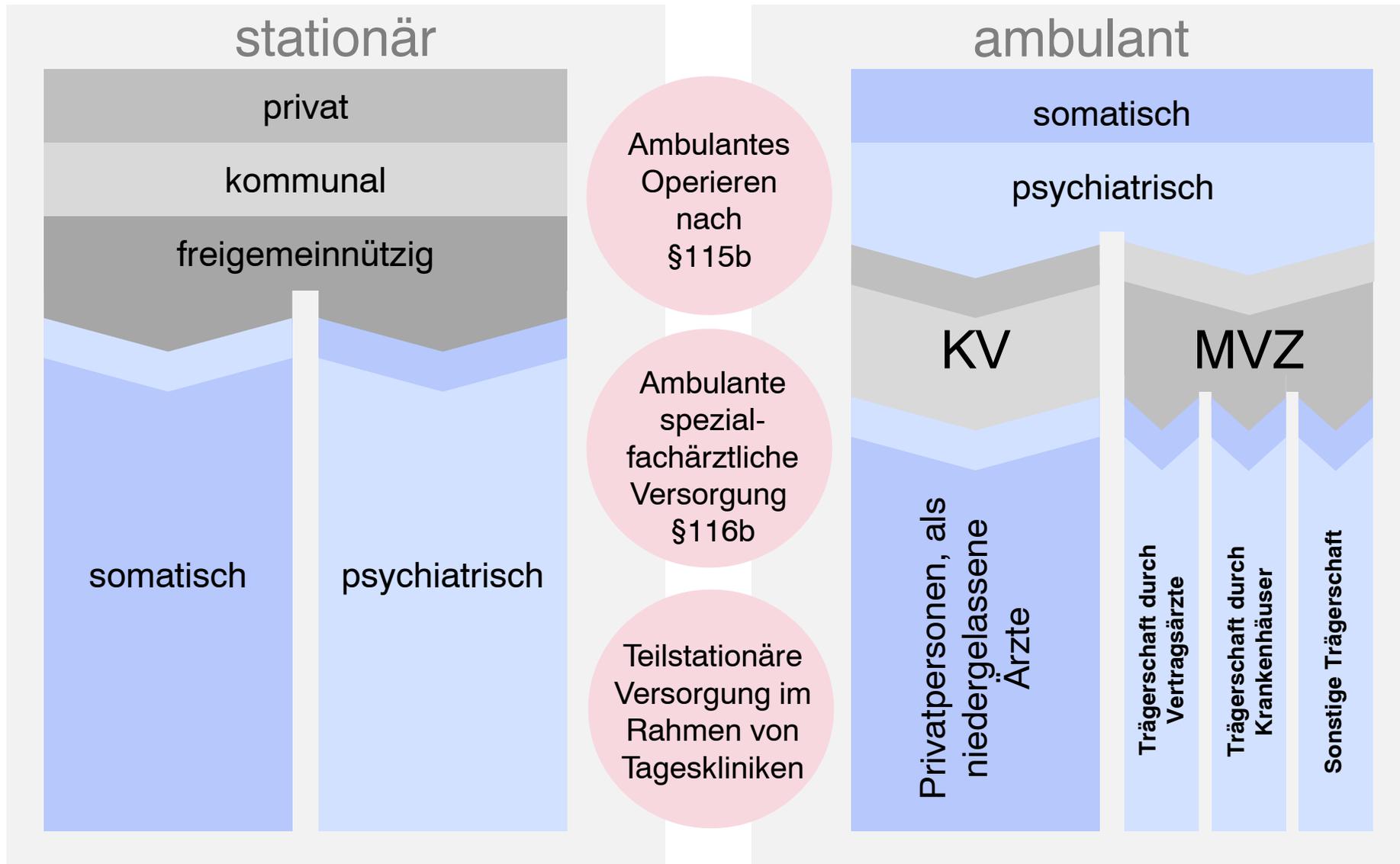
Nachnutzung



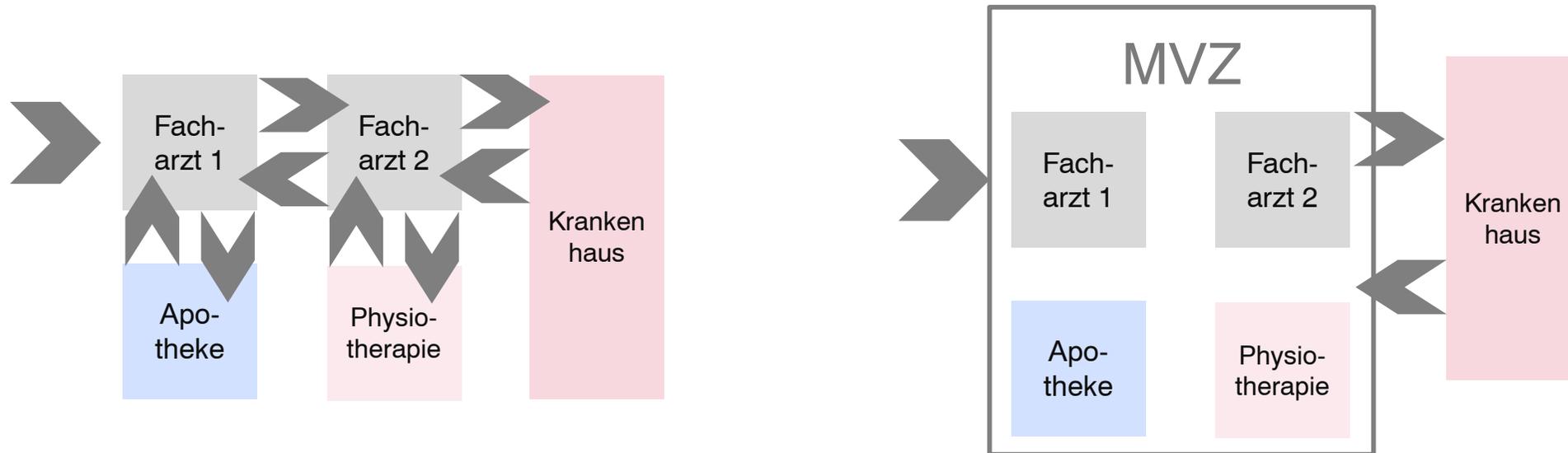
Anmerkungen

- Eine Umnutzung von Krankenhausflächen, auch für Felder aus dem Gesundheitsbereich, führt meist auf Grund der hohen Spezifität im Krankenhausbau zu nicht unerheblichen baulichen Veränderungsbedarf
- In zentralen Lagen mit weiter bestehender guter medizinischer Infrastruktur ist deshalb auch eine Umwidmung in ohnehin häufig knappe Wohnflächen zu beobachten

Versorgungsstruktur in Deutschland



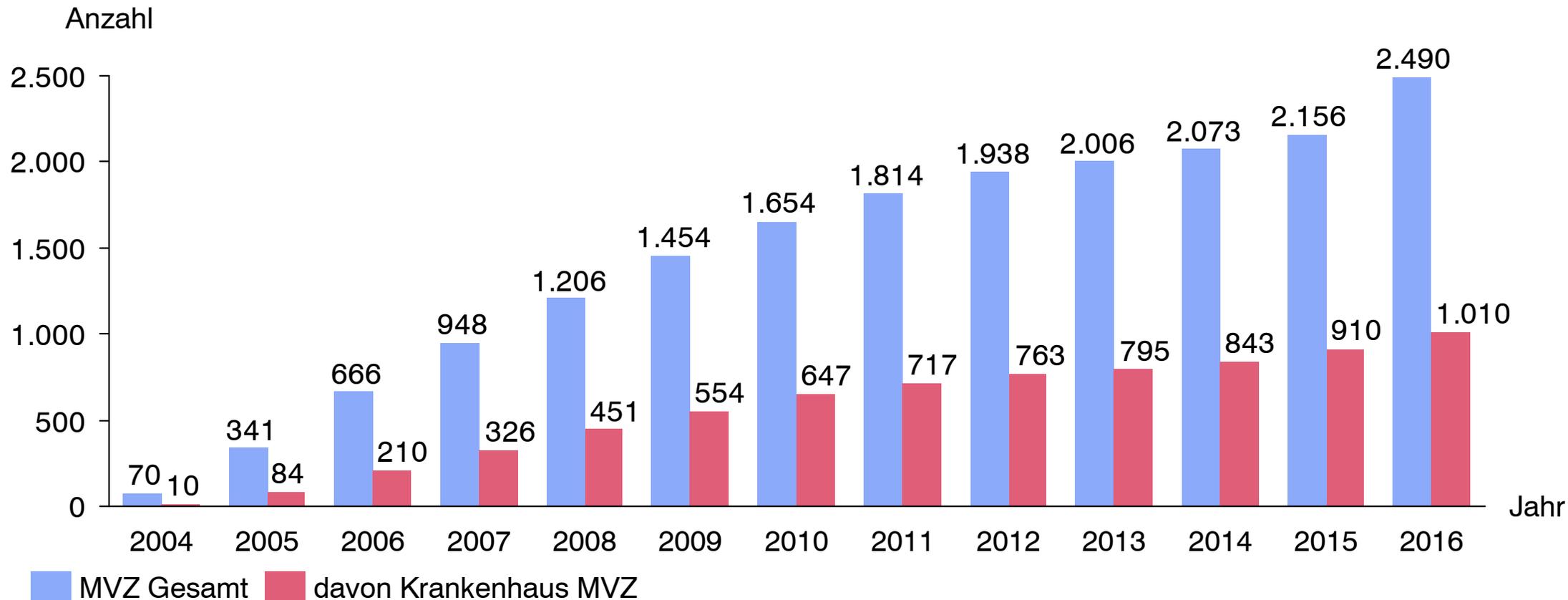
Was kann ein MVZ bieten?



- I. Ärzte aller Fachrichtungen können an einem gemeinsamen Standort Patienten behandeln
- II. Auch Kooperationen von Apotheken und Physiotherapeuten sind möglich
 - Es sollen Synergieeffekte entstehen, die kurze Wege für die Patienten ermöglichen
 - Gemeinsame Verständigung der MVZ-Ärzte über Krankheitsverläufe und Therapie ermöglicht die Bündelung von medizinischer Kompetenz
 - Durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen, z.B. Laborwerte und Röntgenaufnahmen und besser abgestimmte Medikation werden Zeit, Aufwand und Kosten gespart
 - Durch gemeinsame Nutzung von Medizintechnik und technischer Einrichtung entstehen weitere Kostenersparnisse
 - Im Rahmen von MVZ können Ärzte als niedergelassene Mediziner arbeiten ohne das finanzielle Risiko einer eigenen Niederlassung in Kauf nehmen zu müssen. So können lokale Versorgungslücken leichter geschlossen werden

Nach Stagnation steigt die Zahl der Gründungen von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wieder an

Anzahl Medizinischer Versorgungszentren in Deutschland im Zeitverlauf



1) Anzahl Medizinischer Versorgungszentren in Deutschland im zeitverlauf

Medizinnahe, standortspezifische Nachnutzungskonzepte können die hochwertige Gesundheitsversorgung unterstützen

Kehl

- In Kehl sollte die Bündelung nichtstationärer Versorgungsformen als zentraler Anlaufpunkt der Gesundheitsversorgung in einem Gesundheitszentrum z.B. im Rahmen gebündelter Ansiedlung ambulanter Versorgung (MVZ), des KV Notdienstes, einer wohnortnahen Kurzzeitpflege sowie ggf. ambulanten Angeboten aus den Bereichen Physio-/Ergotherapie, Reha und Gesundheitsvorsorge weiterverfolgt werden

Achern

(nur Variante 3 Standorte)

- Für Achern sollte, ähnlich wie in Kehl die Bündelung nichtstationärer Versorgungsformen als zentraler Anlaufpunkt der Gesundheitsversorgung in einem Gesundheitszentrum z.B. im Rahmen gebündelter Ansiedlung ambulanter Versorgung (MVZ), des KV Notdienstes, einer wohnortnahen Kurzzeitpflege sowie ambulanten Angeboten aus den Bereichen Physio-/Ergotherapie und Reha und der Gesundheitsvorsorge weiterverfolgt werden

Oberkirch

- In Oberkirch kann in der Nachnutzung ein Zentrum für ambulantes Operieren sowie ein Stützpunkt des Rettungsdienst im Vordergrund stehen, bei Bedarf ergänzt um Ausweitung der Kapazitäten im Bereich der Altenpflege

Ettenheim

- In Ettenheim kann die Ansiedlung eines an das Klinikum Ortenau angebotenen MVZ (medizinischen Versorgungszentrums) den zu erwartenden Leistungsverlust Richtung Süden reduzieren und das örtliche Versorgungsangebot auf hohem Qualitätsniveau halten. Im Rahmen der Betrachtung des Rettungsdienst sollte der Standort berücksichtigt werden.

¹⁾ Nachnutzung

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ **Strukturelle & bauliche Variantenanalyse**
 - ◆ Ist-Analyse
 - ◆ Struktur- und Flächenplanung der Varianten
 - ◆ Investitions- und Instandhaltungskosten der Varianten
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ **Strukturelle & bauliche Variantenanalyse**
 - ◆ Ist-Analyse
 - ◆ Struktur- und Flächenplanung der Varianten
 - ◆ Investitions- und Instandhaltungskosten der Varianten
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

Baulich-funktioneller Ist-Zustand der Standorte (Beispiele Handlungsbedarf)



Bettenstationen:

- Es fehlen Ver- und Entsorgungsräume, Lagerflächen etc.
- 2 und 3-Bettzimmer teilen sich an manchen Standorten eine Nasszelle
- Teilweise sehr niedriger Flächenstandard
- Ungünstige Stationsgrößen

Baulich-funktioneller Ist-Zustand der Standorte (Beispiele Handlungsbedarf)



OP:

- Fehlende Lagerflächen für Geräte, Zubehör und Entsorgung in einem sanierten OP-Bereich
- Automatische Schiebetüren der Ein- Ausleitung sind ausgefallen – hygienisches Handlungsfeld in Bearbeitung
- Bodenbelag und Schränke in marodem Zustand

- z.T. baulich-funktionell verbrauchte Gebäude, Baujahr 1913

Baulich-funktioneller Ist-Zustand (Beispiele nach Sanierung)



- OP Baujahr 2001, technisch und funktionell in Ordnung
- Angrenzend die Amb. Tagesoperative Station „Same-Day-Surgery“ mit 2-Bett Zimmern (3x)
- Neue Küche



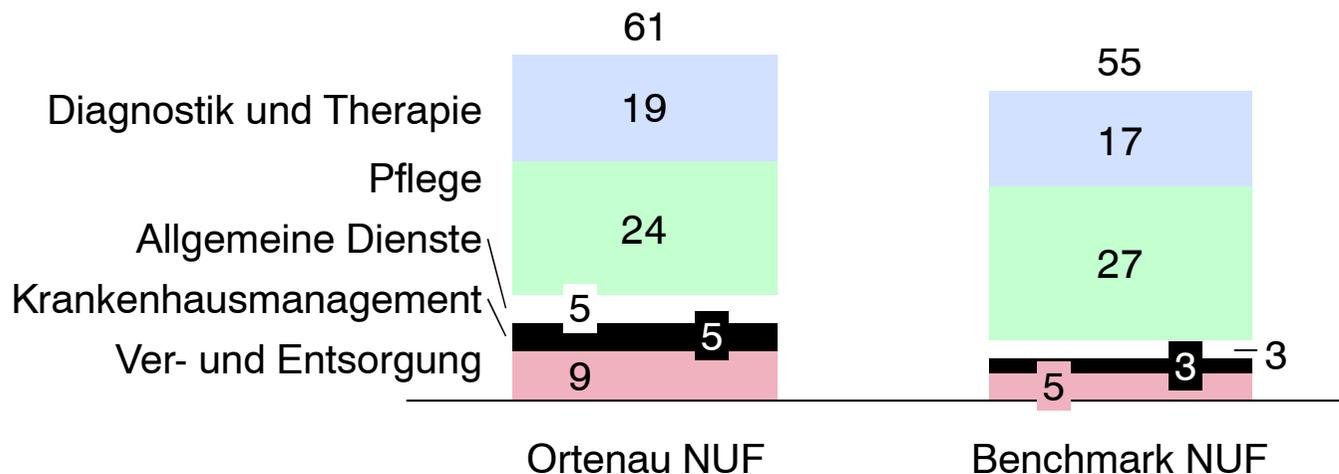
- Komplettsanierung für 16 Mio. € der bettenführenden Abteilungen (Wolfach)
- Sehr groß dimensionierte Ver- und Entsorgungsflächen sowie Lager und Nebenräume!
- Gleiches gilt für Dienst- und Büroräume



- Kein Handlungsbedarf ZSVA (Foto)
- Manuelle Aufbereitung Endoskope ist derzeit ein Provisorium
- Akutlabor zur Klinischen Chemie, Gerinnungsphysiologie, Blutbild und Blutgruppenmessplatz

Gesamtflächen aller Standorte mit Flächenkennwert und Vergleich zum Benchmark

lfd. Nr.	Din 13080	Funktionsbereich	Ortenau-Klinikum gesamt		Benchmark
			Gesamt-NUF in m ²	Mittelwert m ² NUF pro Bett	Mittelwert m ² NUF pro Bett
A	B	C	D	E	F
1	1.00	Diagnostik und Therapie	31.409	18,6	17,0
2	2.00	Pflege	39.661	23,5	27,0
3	3.00	Allgemeine Dienste	8.179	4,8	3,0
4	4.00	Krankenhausmanagement	8.527	5,1	2,5
5	5.00	Ver- und Entsorgung	14.767	8,8	5,0
6		Gesamt	102.542	60,8	54,5

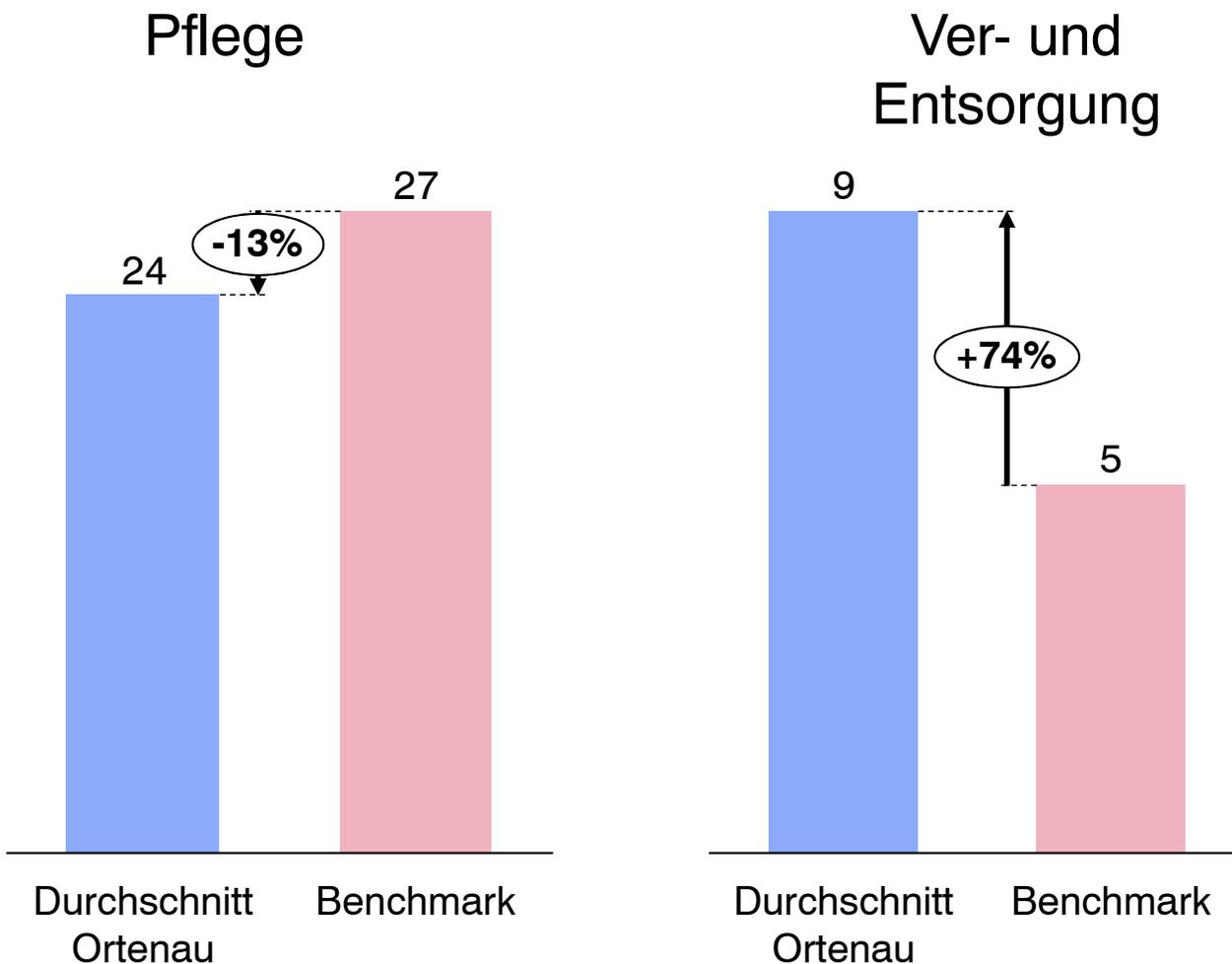


Anmerkungen

- Der Flächenkennwert wird als m² Nutzfläche pro Planbett dargestellt
- Der Flächenkennwert liegt in allen Funktionsbereichen außer der Pflege über dem Benchmark – im Bereich Pflege ist der Benchmark höher
- Der kumulierte Flächenkennwert über alle Häuser ist rd. 6,3 m² NUF pro Bett höher als der Benchmark

Flächenstandard m² NUF pro Bett am Beispiel der Funktionsbereiche 2 **Pflege** und 5 **Ver- und Entsorgung**

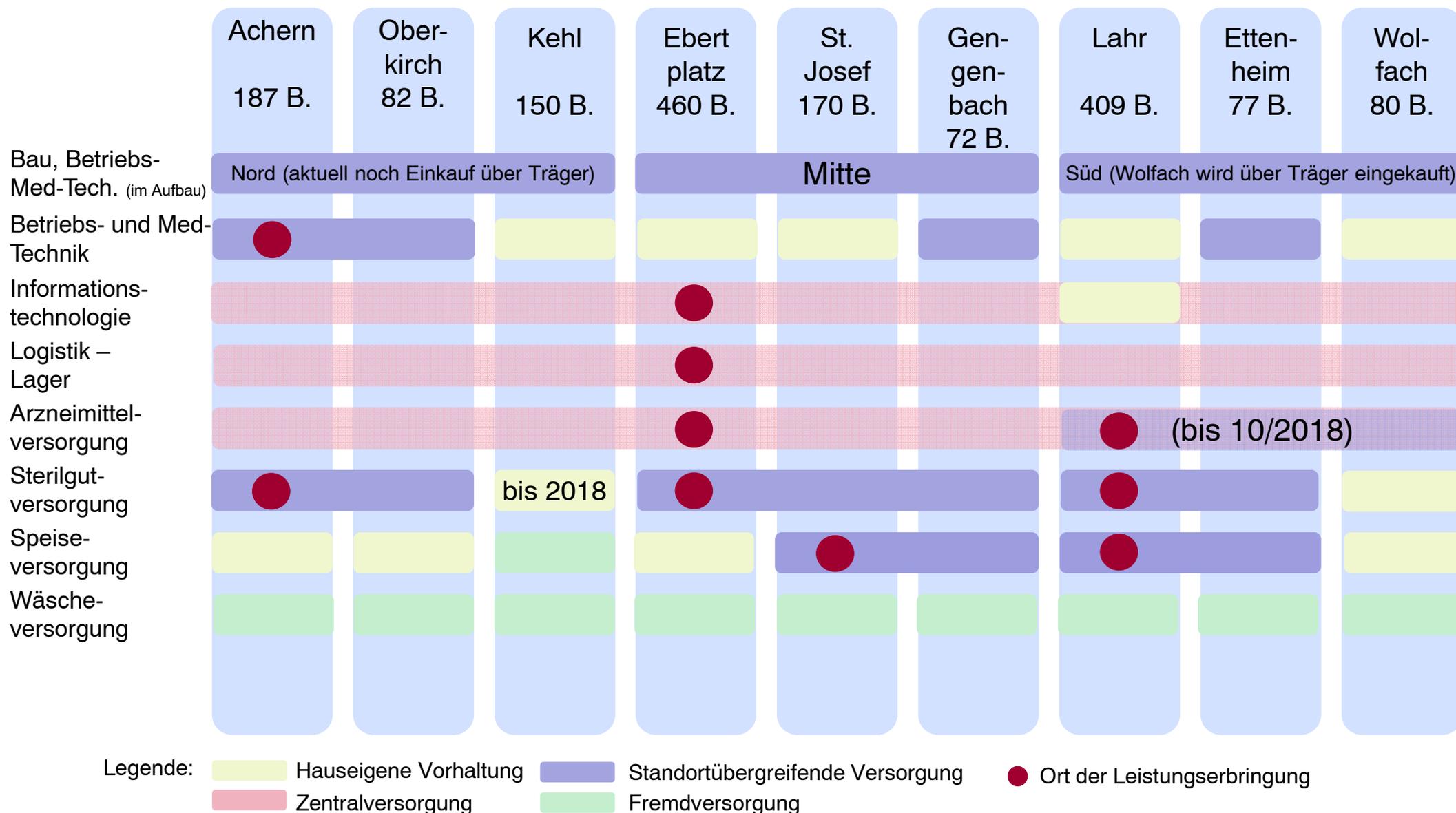
m² NUF pro Bett



Anmerkungen

- Beispiel Oberkirch:
 - 2-Bett-Zimmer 16,80 m² mit Nasszelle 2,50 m²
 - 3-Bett-Zimmer mit 29,30 m²
- Allgemein: Ver- und Entsorgungsflächen auf den Stationen z. T. unvollständig und zu klein
- Überwiegend an allen Standorten dezentrale Vorhaltung von Ver- und Entsorgungsfunktionen

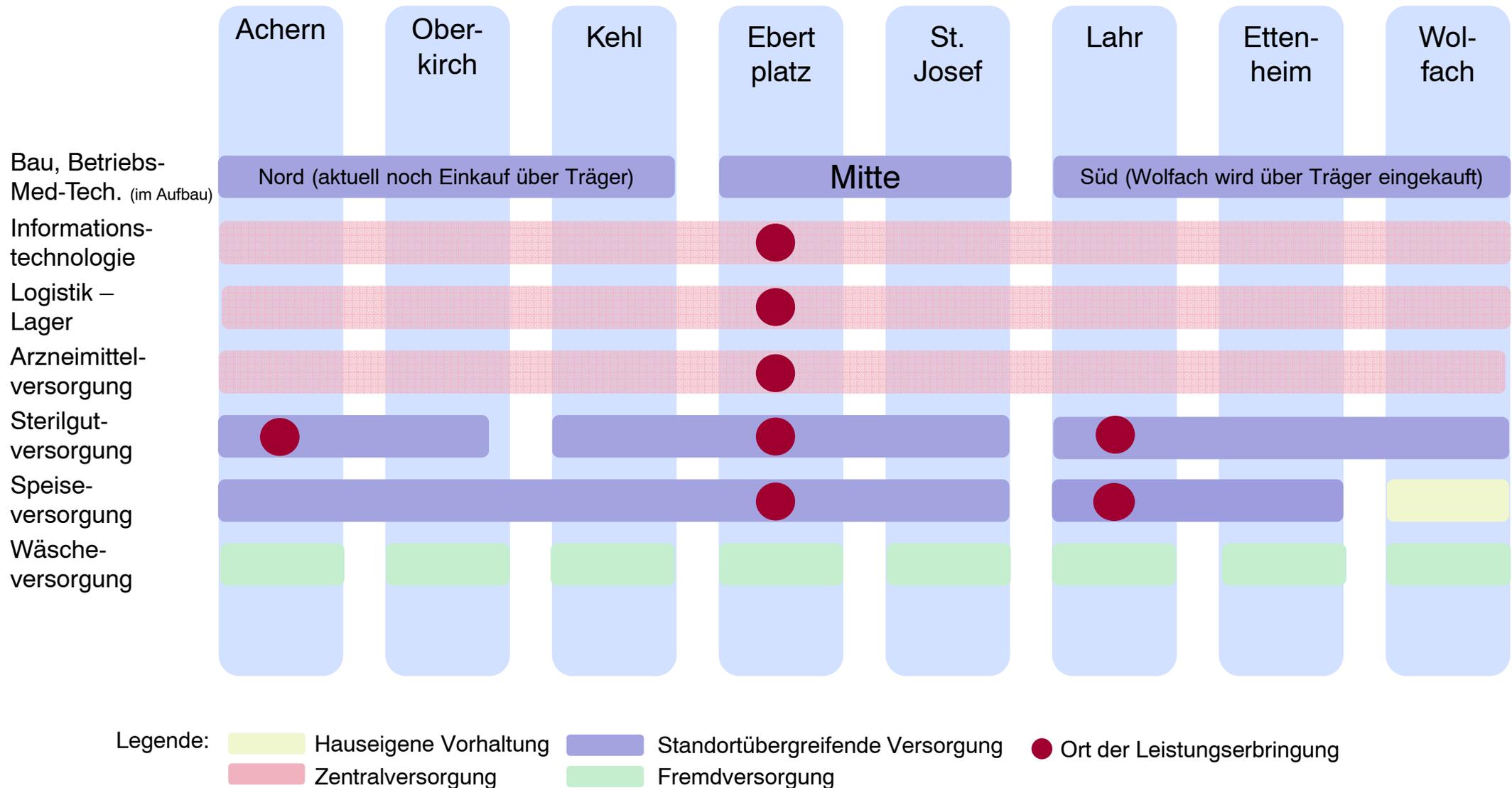
Aktuelle Struktur relevanter Bereiche (Ausschnitt)



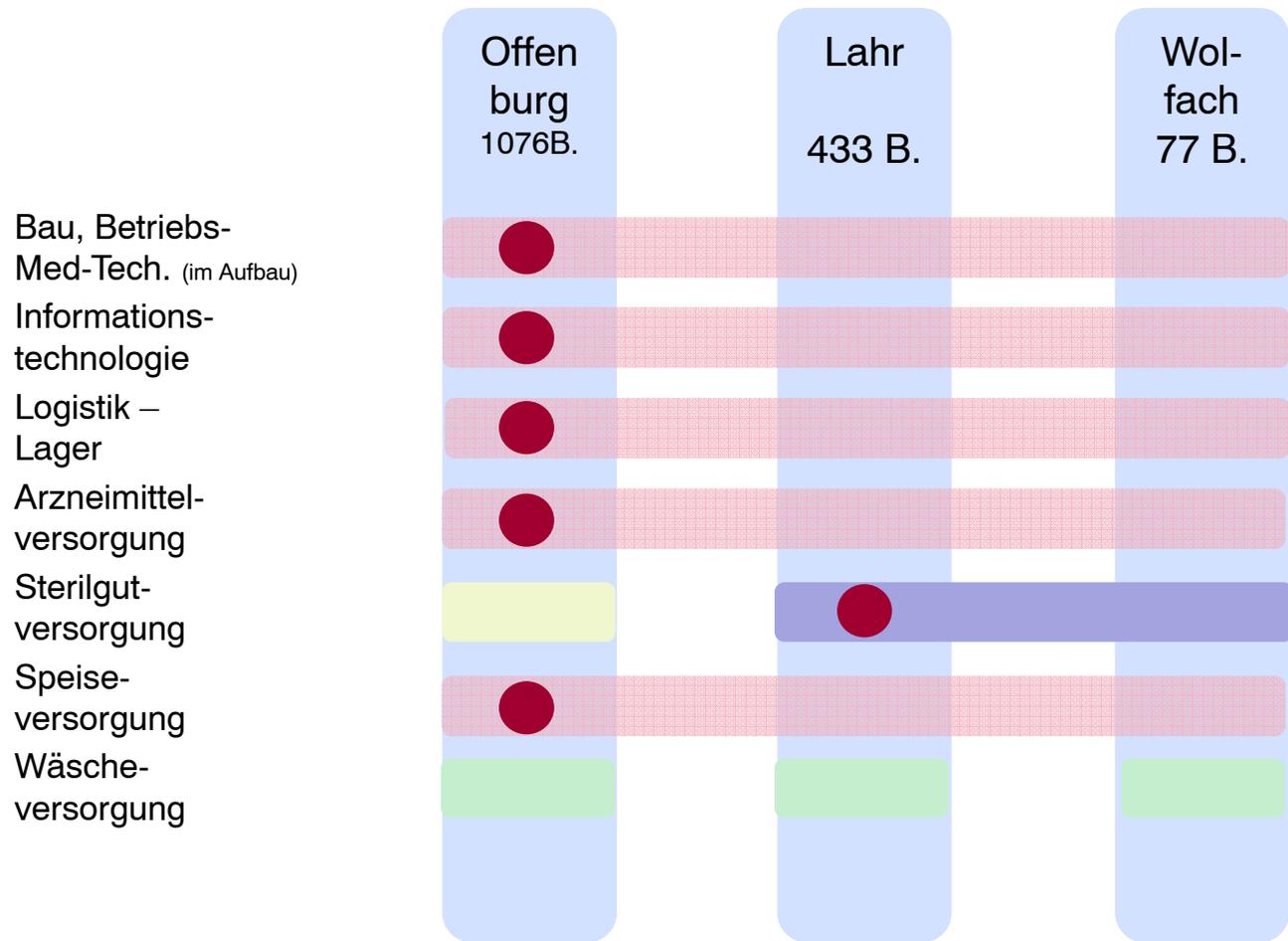
Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ **Strukturelle & bauliche Variantenanalyse**
 - ◆ Ist-Analyse
 - ◆ Struktur- und Flächenplanung der Varianten
 - ◆ Investitions- und Instandhaltungskosten der Varianten
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

Soll-Struktur relevanter Bereiche bei Erhalt des Status Quo



Soll-Struktur relevanter Bereiche bei 3 Standorten

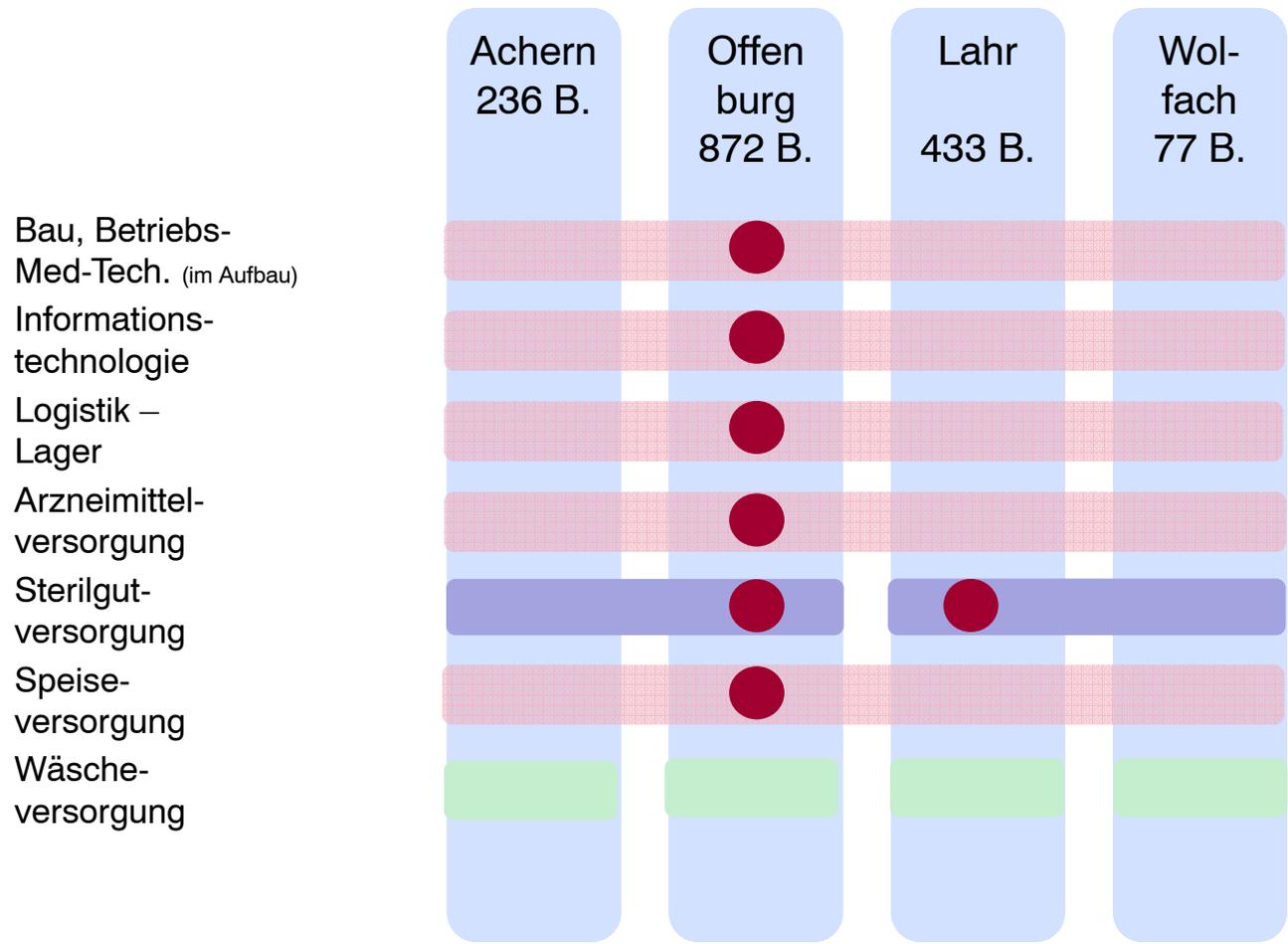


Anmerkungen

- Der Standort Offenburg erhält eine neue ZSVA, Wolfach wird über die bestehende Anlage in Lahr mitversorgt – Ausfallkonzept durch zweite ZSVA
- Lager, Speiseversorgung und Arzneimittelversorgung erfolgen zentral aus Offenburg

Legende:
 Hauseigene Vorhaltung
 Zentralversorgung
 Standortübergreifende Versorgung
 Fremdversorgung
 Ort der Leistungserbringung

Soll-Struktur relevanter Bereiche bei 4 Standorten

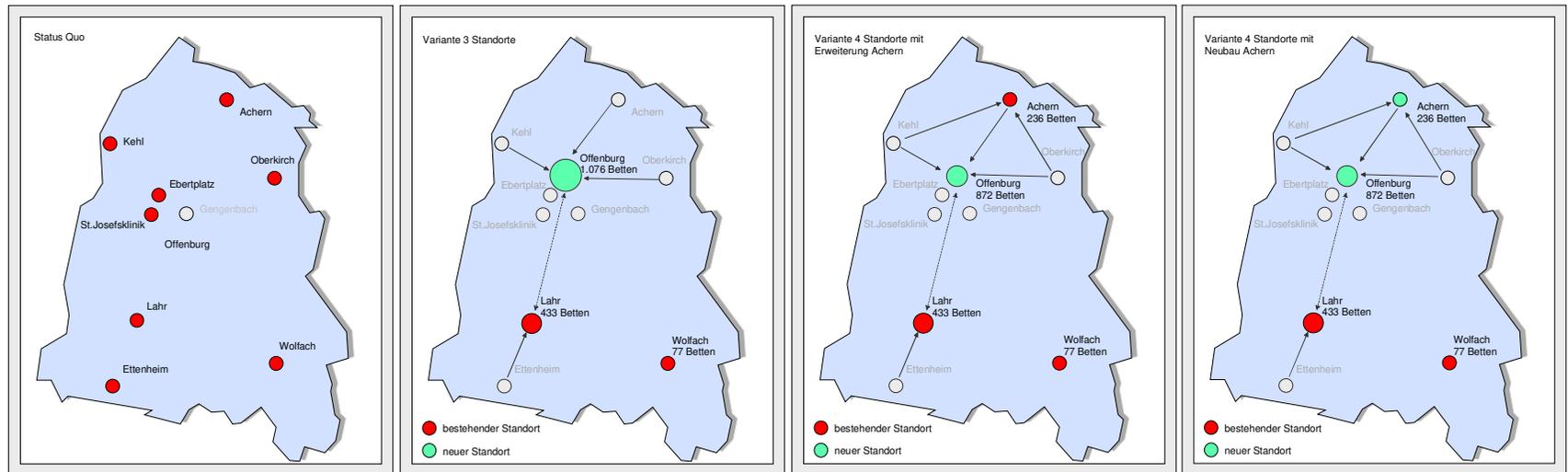


Anmerkungen

- Der Standort Offenburg erhält eine neue ZSVA, Wolfach wird über die bestehende Anlage in Lahr mitversorgt – Ausfallkonzept durch zweite ZSVA
- Lager, Speiseversorgung und Arzneimittelversorgung erfolgen zentral aus Offenburg

Legende: Hauseigene Vorhaltung Standortübergreifende Versorgung Ort der Leistungserbringung
 Zentralversorgung Fremdversorgung

Zusammenfassende Flächenübersicht der Varianten



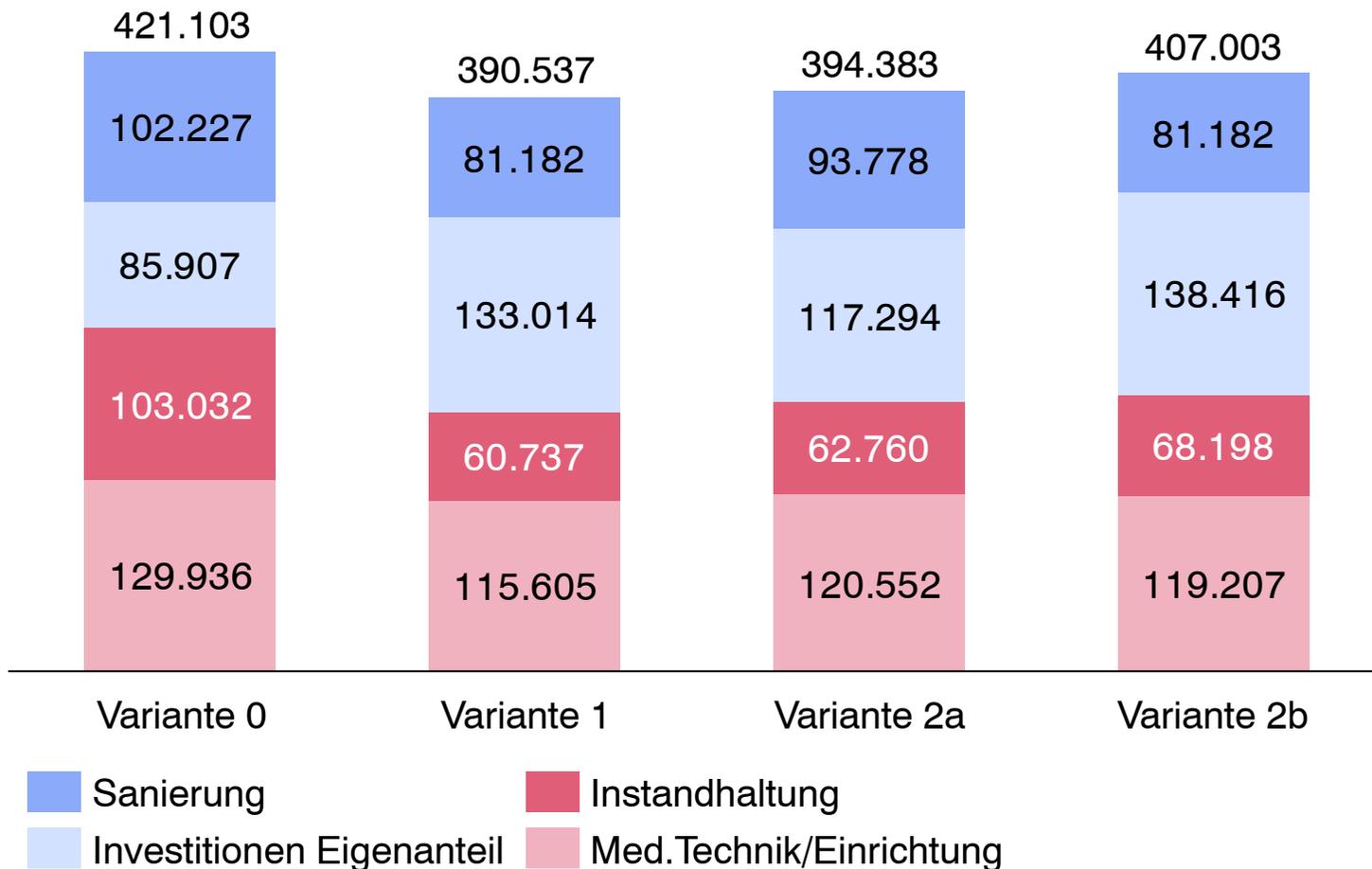
lfd. Nr.	DIN 13080	----- Variante 0 - Status Quo -----			----- Variante 1 - 3 Standorte -----			-- Variante 2a - Erweiterung Achern --			----- Variante 2b - Neubau Achern -----											
		Anzahl Betten	Gesamt-Flächen m² NUF	m² NUF pro Bett	Anzahl Betten	Gesamt-Flächen m² NUF	m² NUF pro Bett	Anzahl Betten	Gesamt-Flächen m² NUF	m² NUF pro Bett	Anzahl Betten	Gesamt-Flächen m² NUF	m² NUF pro Bett									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
1	Insgesamt SOLL		1.516		98.436		64,9	1.586		87.580		55,2	1.618		91.327		56,4	1.618		90.309		55,8
2	1.00 Diagnostik und Therapie			31.460		20,8			27.705		17,5			27.923		17,3			28.290		17,5	
3	2.00 Pflege ¹			37.581		24,8			38.495		24,3			39.227		24,2			39.267		24,3	
4	3.00 Allgemeine Dienste			7.674		5,1			6.275		4,0			6.455		4,0			6.623		4,1	
5	4.00 Krankenhausmanagement			8.026		5,3			5.682		3,6			6.616		4,1			6.036		3,7	
6	5.00 Ver- und Entsorgung ¹			13.696		9,0			9.423		5,9			11.107		6,9			10.093		6,2	
7																						
8	Insgesamt IST		1.687		102.542		60,8	1.687		102.542		60,8	1.687		102.542		60,8	1.687		102.542		60,8
9																						
10	IST-SOLL-Vergleich		-171		-4.106		4,2	-101		-14.962		-5,6	-69		-11.215		-4,3	-69		-12.234		-5,0

1) Aufgrund einer Neusortierung der DIN 13080 im Jahr 2016 sind dezentrale Ver- und Entsorgungsstützpunkte und Bettenaufbereitung im Funktionsbereich 5.00 geführt. In den Bestandsflächen werden diese Funktionen unter 2.00 Pflege geführt. Um Vergleichbarkeit der Varianten 1 und 2 mit der Variante 0 und dem Benchmark herzustellen, müssen der 2.00 Pflegebereich in den Varianten 1 und 2 um rd. 1200 m² NUF erhöht und der Bereich 5.00 Ver- und Entsorgung um 1.200 m² NUF reduziert werden. D.h. der Flächenkennwert in der Pflege ist in den Neubauvarianten größer als 25 m² NUF pro Bett

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ **Strukturelle & bauliche Variantenanalyse**
 - ◆ Ist-Analyse
 - ◆ Struktur- und Flächenplanung der Varianten
 - ◆ Investitions- und Instandhaltungskosten der Varianten
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ Bewertung der Varianten

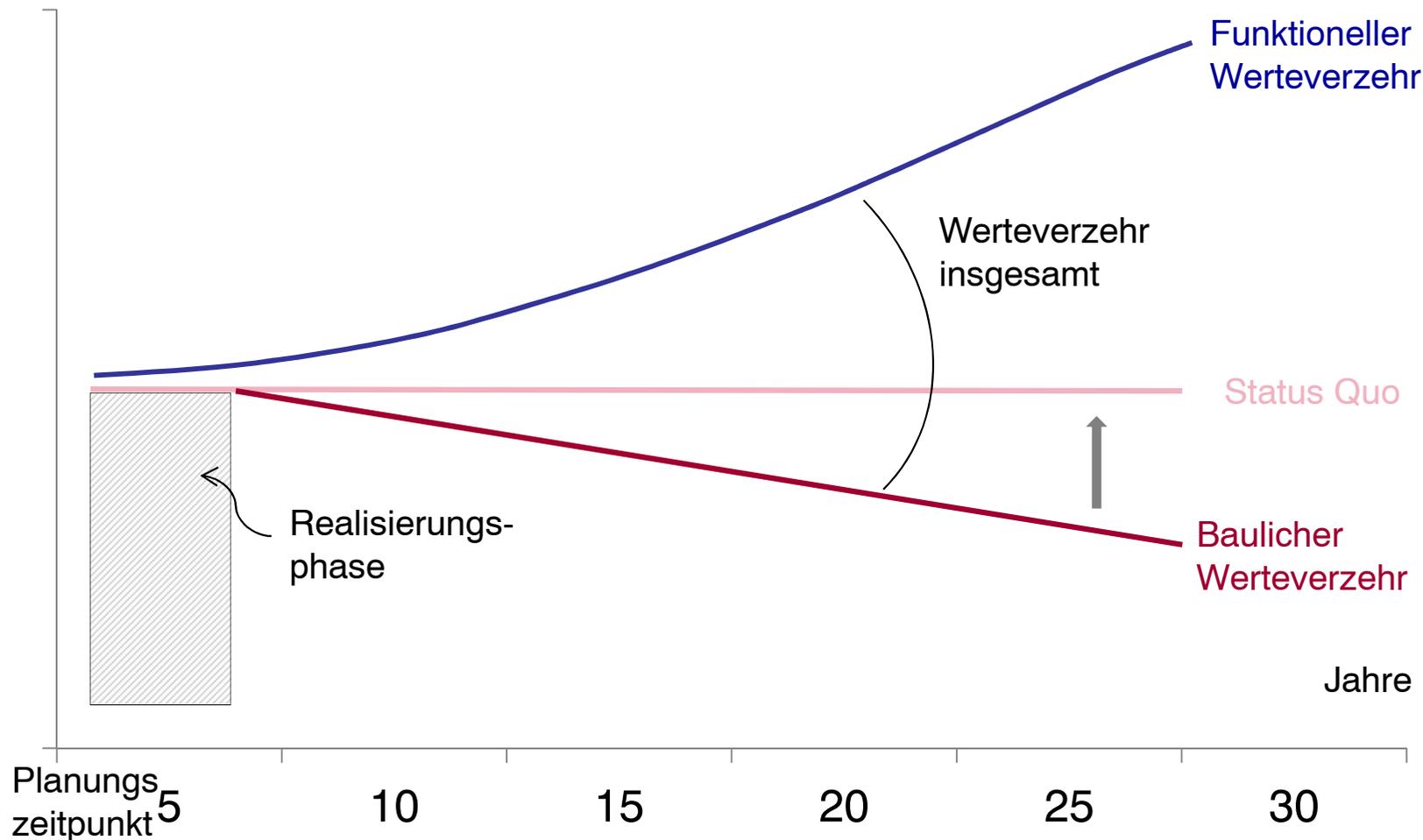
Instandhaltungsaufwand und Investitionskosten der Varianten bis zum Jahr 2030 in TEUR



Anmerkungen

- **Sanierungskosten** sind bewertete, anstehende Sanierungsmaßnahmen
- Investitionskosten pro m² NUF Neubauten: 5.500 €
- Anteil **förderfähige** Investitionen: 80%, davon ist die Förderquote 80% für Neubauten, sonst beträgt die Förderquote 40 % (Variante 0)
- **Instandhaltungsaufwendungen:** Ist-Fläche multipliziert mit 183 € für Neubauten

Baulicher und funktionaler Werteverzehr



Inhaltsverzeichnis

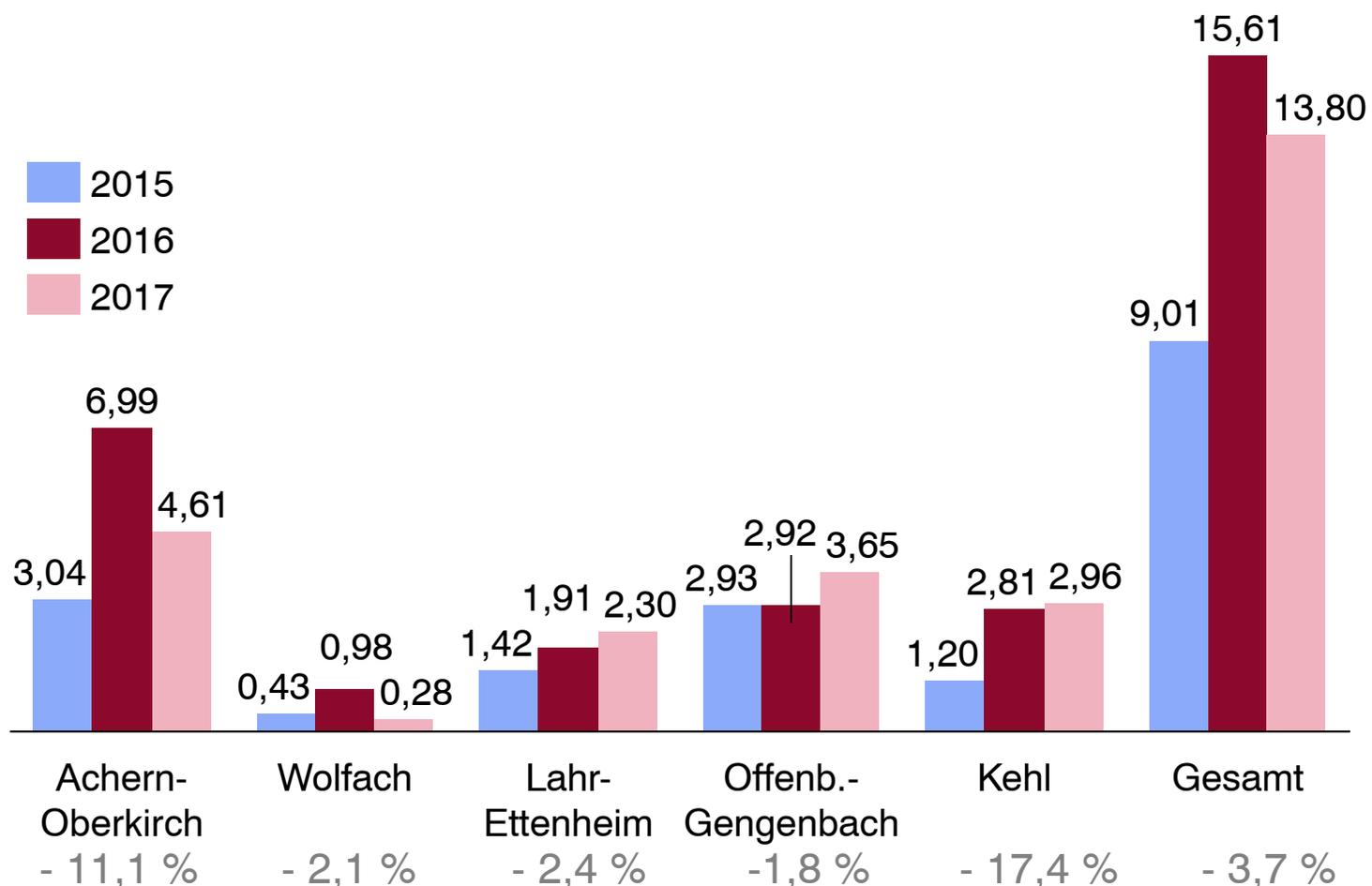
- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ **Wirtschaftlichkeitsanalyse**
 - ◆ Ausgangslage
 - ◆ Optimierungsbereiche
 - ◆ Ergebnisse
- ◆ Bewertung der Varianten

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ **Wirtschaftlichkeitsanalyse**
 - ◆ Ausgangslage
 - ◆ Optimierungsbereiche
 - ◆ Ergebnisse
- ◆ Bewertung der Varianten

In den vergangenen Jahren waren die Betriebsergebnisse an allen Standorten¹⁾ des Ortenau-Klinikums negativ

Negative Betriebsergebnisse nach IK im Jahresverlauf [MEUR], Betriebsergebnis 2017 in % der Erlöse



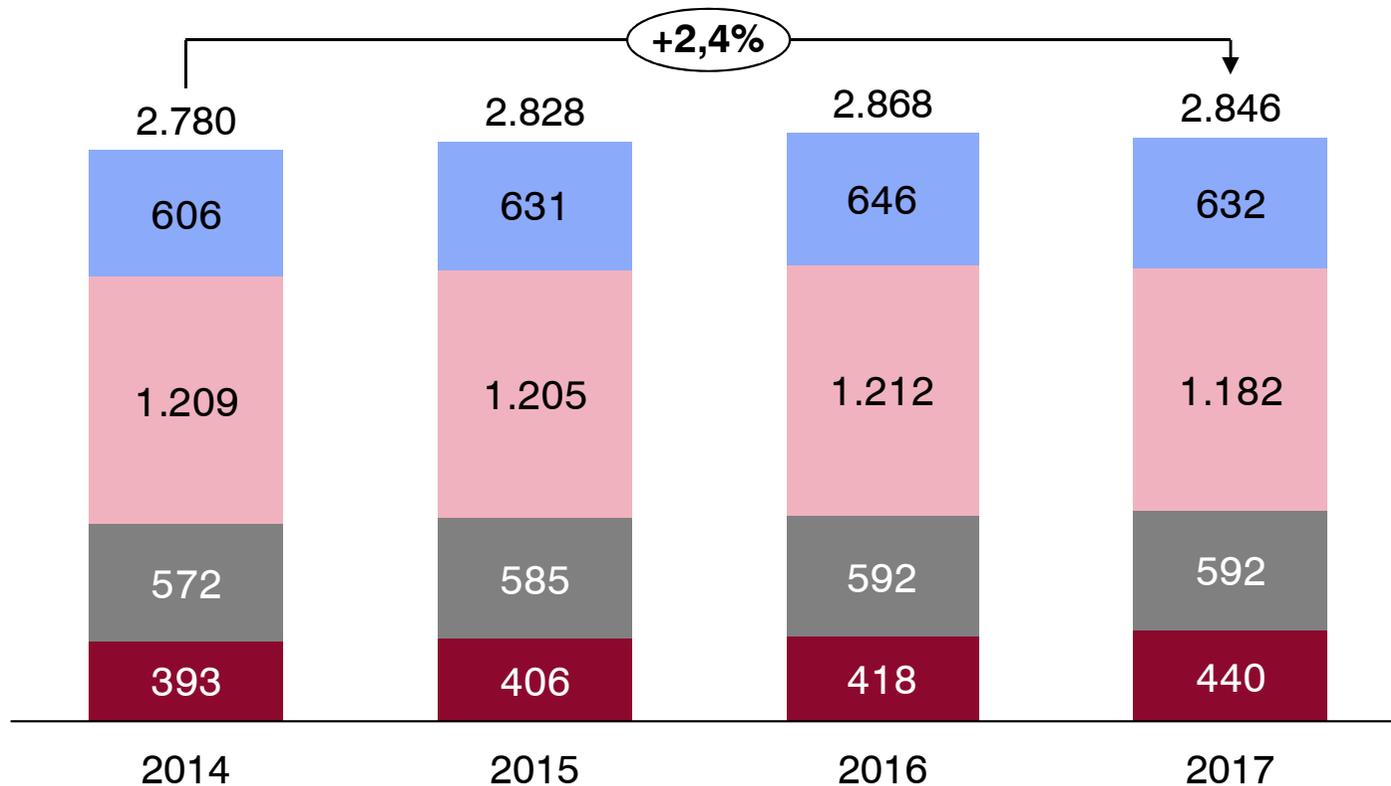
Anmerkungen

- Das Betriebsergebnis des Ortenau Klinikums betrug in den vergangenen drei Jahren -9,0 Mio. EUR (2015), -15,6 Mio. EUR (2016) und -13,8 Mio. EUR (2017)
- In 2016 sind Einmaleffekte zu berücksichtigen
- Den steigenden DRG-Erlösen stehen überproportionale Zuwächse in den Personalkosten gegenüber
- Die Aufwendungen im medizinischen Sachbedarf sind recht stabil

¹⁾ Ebene der IK-Nummern

Im medizin-nahen Personal erfolgte in den vergangenen Jahren ein sukzessiver Aufbau¹⁾

Datengrundlage aus der Personalabteilung, Angaben in Vollkräften (VK)



Anmerkungen

- Von 2014 bis 2017 erfolgte ein leichter Personalaufbau von 2,4 % im medizin-nahen Bereich (+ 66 VK):
 - ÄD: + 26 VK
 - PD: - 27 VK
 - MTD/FD: + 67 VK
- In Lahr-Ettenheim ist eine Dienstartenbereinigung PD und FD im Jahr 2017 zu berücksichtigen

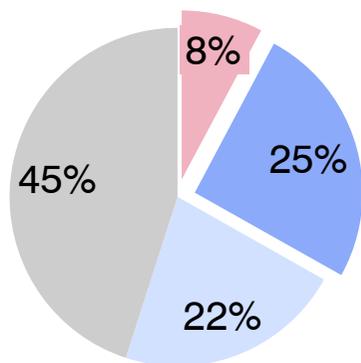
■ Ärztlicher Dienst
 ■ Pflegedienst
 ■ MTD
 ■ FD

¹⁾ Für 2017 teilweise vorläufige Werte

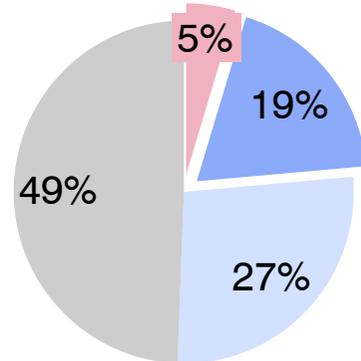
Im Ärztlichen Dienst ist der Qualifikationsmix im Klinikvergleich auffällig – hohe Kopflastigkeit in allen Standorten

Vergleich VK Verteilung 2017

**Ortenau
Klinikum**



Klinikvergleich



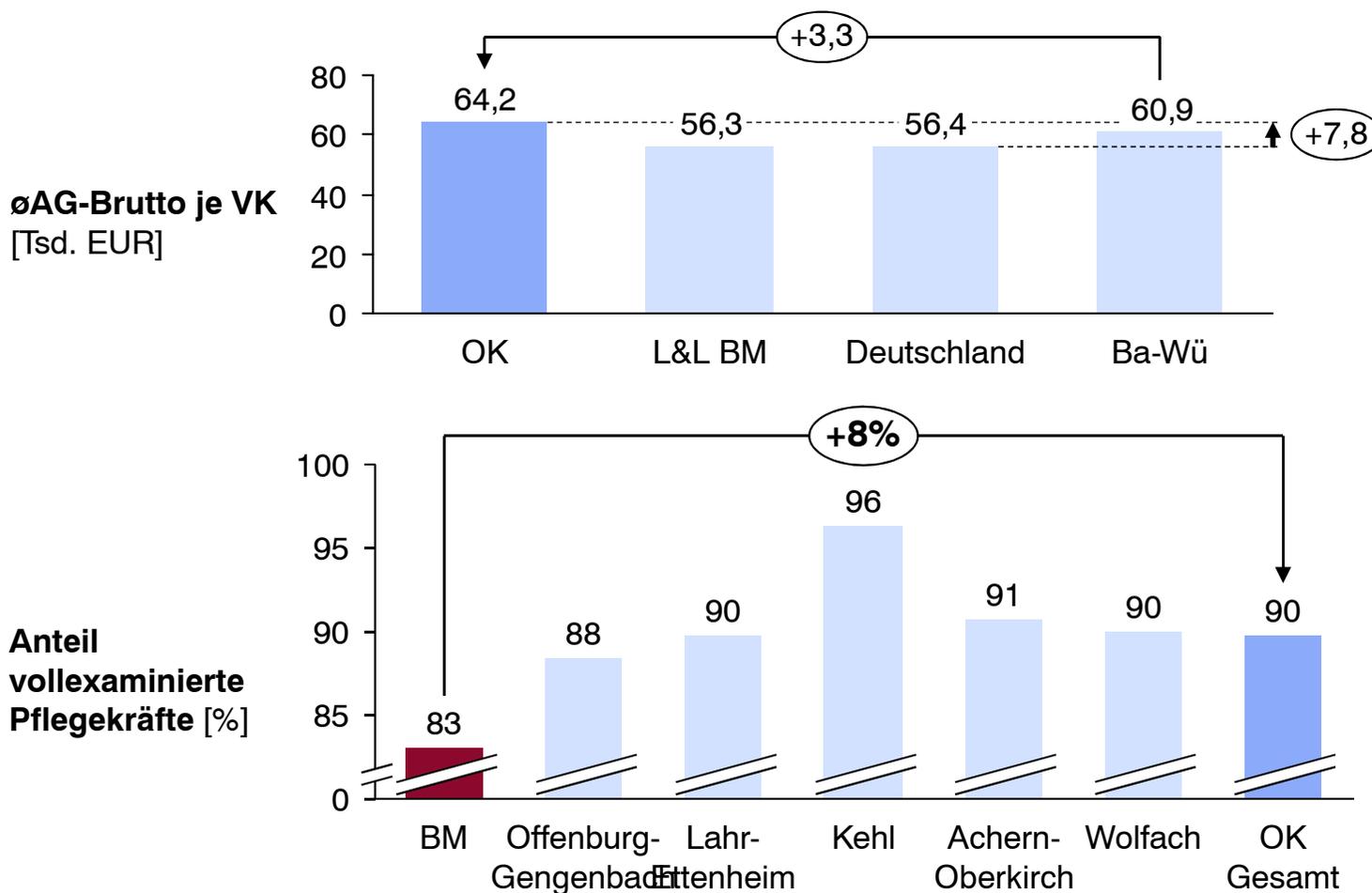
Vergleich VK Verteilung 2017 innerhalb der Standorte

lfd. Nr.	ÄD	Offenburg-Gengenbach	Offenburg-Gengenbach	Lahr-Ettenheim	Lahr-Ettenheim	Kehl	Kehl	Achern-Oberkirch	Achern-Oberkirch	Wolfach	Wolfach	Gesamt	Gesamt
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	CA	21,0	6%	12,3	7%	3,95	12%	7,0	11%	4,0	17%	48,2	8%
2	OA	76,9	23%	45,1	26%	6,89	21%	23,7	37%	3,8	16%	156,4	25%
3	FA	86,9	27%	28,6	16%	6,77	20%	10,6	17%	3,0	13%	135,9	22%
4	AA	143,0	44%	87,7	51%	15,5	47%	22,8	36%	12,8	54%	281,8	45%
5		327,8	100%	173,6	100%	33,2	100%	64,1	100%	23,5	100%	622,2	100%

- Das Ortenau Klinikum hat einen vergleichsweise hohen Chefarzt- und Oberarztanteil, 33% des Personals sind in leitender Funktion
- Es gibt auffällig wenig Fachärzte, die klassische „Pyramiden-Struktur“ ist nur in Offenburg-Gengenbach vorhanden
- Kleine Abteilungen an kleinen Standorten bedingen diese Struktur

Die durchschnittliche Vergütung im Pflegedienst ist im Klinikvergleich auffällig – sehr hoher Anteil vollexaminierter PD

Durchschnittsgehalt Pflegedienst und Anteil vollexaminierter Pflegekräfte in den Stationsbesetzungen



Anmerkungen

Das PD-Durchschnittskosten des Ortenau Klinikums ist deutlich oberhalb des L&L Benchmarks und des deutschlandweiten Durchschnitts

Selbst im Vergleich mit dem Durchschnittskosten von Baden-Württemberg (8% über deutschem Mittelwert) zeigt sich eine Auffälligkeit (+3,3 TEUR)

Der Anteil an vollexaminierten Pflegekräften liegt bei 90% und somit deutlich oberhalb des Vergleichswertes

Die neue Entgeltordnung hat zu einer Steigerung der Durchschnittskosten führen

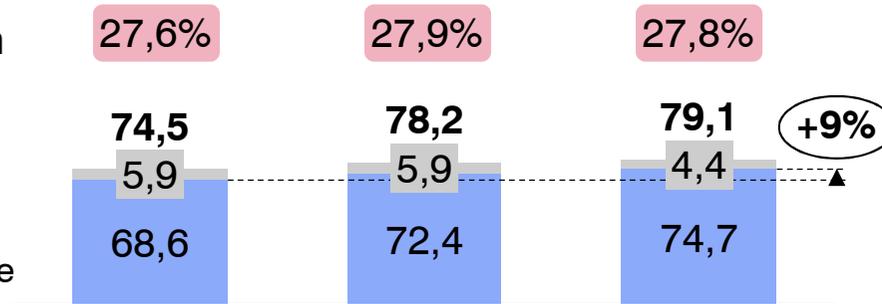
Steigender Anteil der Personalkosten des medizin-nahen Personals im Verhältnis zu Erlösen aus KH-Leistungen gesamt

Entwicklung DRG Erlös, VK DA 01 – 04 sowie Personalkosten

Anteil Kosten ÄD an Erlösen aus KH Leistungen [%]

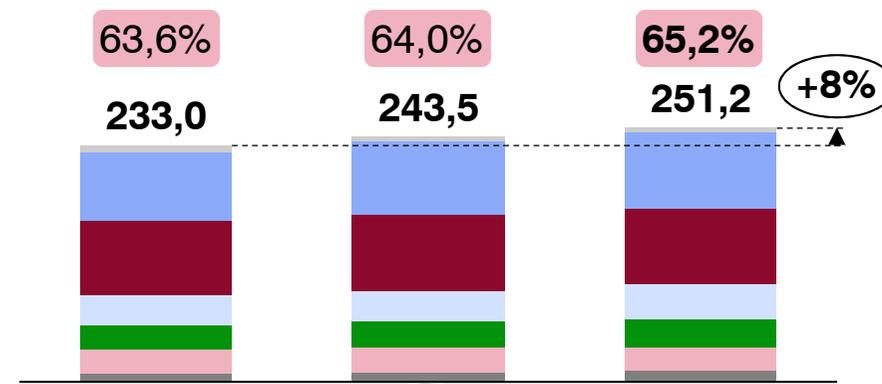
Kosten ÄD [Mio. EUR]

■ Honorarärzte
■ Angestellte Ärzte

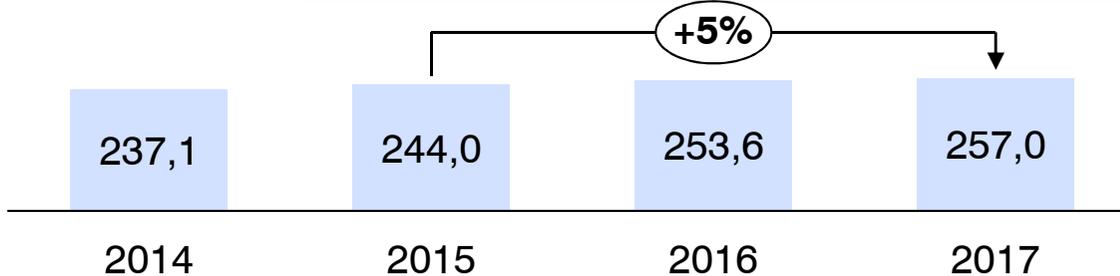


Anteil Personalkosten an Erlösen gesamt [%]

Gesamtpersonalkosten [Mio. EUR]



DRG Erlös¹⁾ [Mio. EUR]



Anmerkung

- Die Gesamtpersonalkosten sind von 2015 bis 2017 um 18 Mio. Euro gestiegen
- Im gleichen Zeitraum haben sich die DRG-Erlöse nur um 13 Mio. Euro gesteigert
- Die Personalkosten haben 2017 einen Anteil von 65,2% an den Erlösen

■ Honorarärzte
■ Ärztlicher Dienst
■ Pflegedienst
■ Med-Techn-Dienst/Schreibdienst
■ Funktionsdienst
■ sonst. nicht med. Personal
■ Verwaltungsdienst

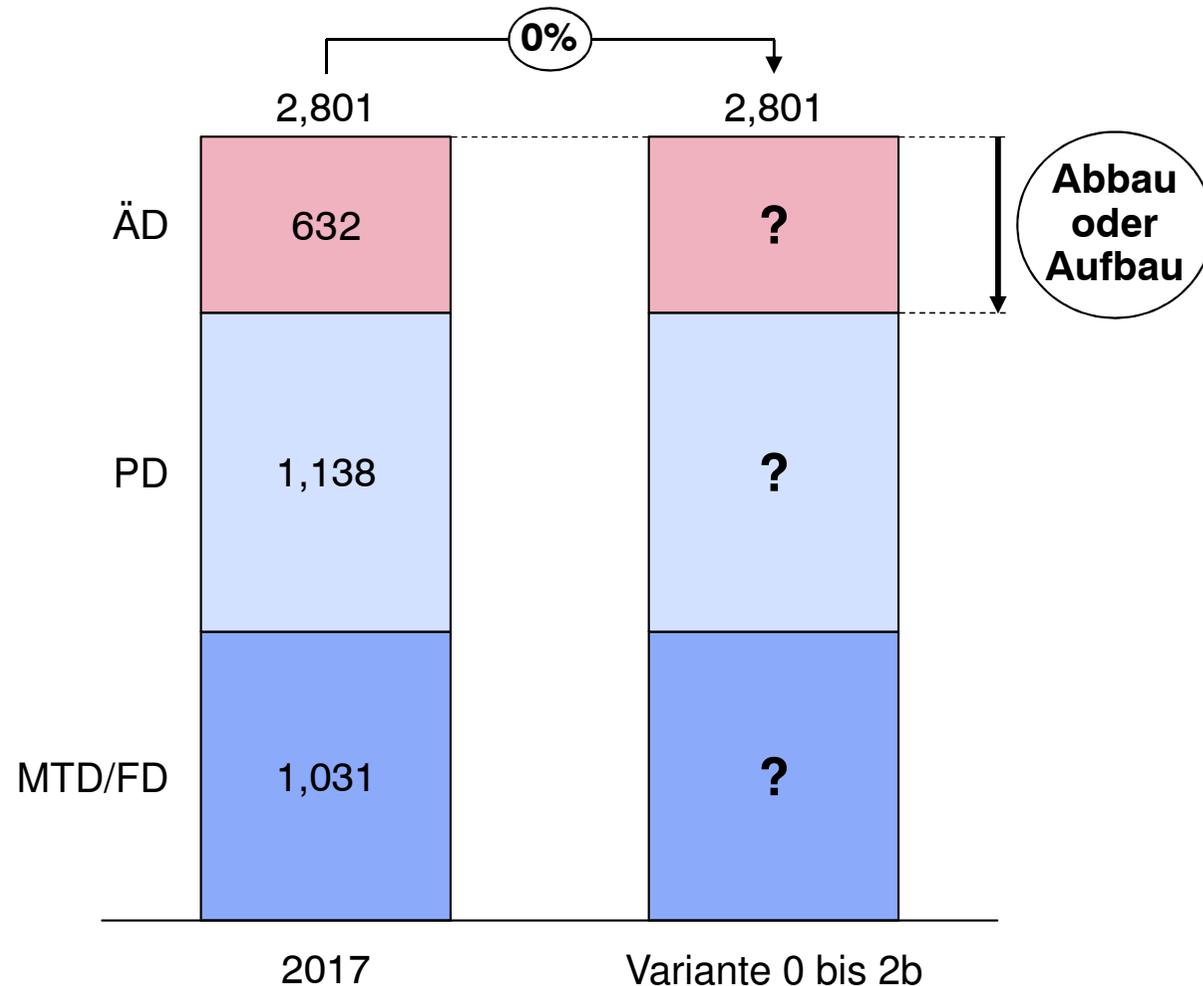
¹⁾ Für 2014 LBFW Baden-Württemberg multipliziert mit eff. Casemix, restliche Jahre GuV Erlöse

Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ **Wirtschaftlichkeitsanalyse**
 - ◆ Ausgangslage
 - ◆ Optimierungsbereiche
 - ◆ Ergebnisse
- ◆ Bewertung der Varianten

Die Optimierungsbereiche im medizin-nahen Personal umfassen vielfältige Bereiche

Personal nach Dienstarten in Anzahl Vollzeitkräften



Optimierungsbereiche

- Anpassung an den tatsächlichen zukünftigen Versorgungsbedarf
- Anpassung an das Leistungsvolumen und -struktur
- Anpassung an Auslastungsoptimierung
- Anpassung an die optimierte Infrastruktur (u. a. OP und Intensiv)
- Anpassung an Stations- und Abteilungsgrößen
- Anpassung des Qualifikationsmixes
- Konsolidierung nicht ausgelasteter Fachabteilungen
- Abbau von Doppelstrukturen
- Realisierung von Zentralisierungseffekten

Die Personalkosten im ärztlichen Dienst unterscheiden sich je nach Variante

Übersicht über ausgewählte Veränderungen in der Variantenbewertung

Personalkosten ärztlicher Dienst (ÄD): **2016: 38,7 M€**

(am Beispiel OKOG)

lfd. Nr.	Szenario	Faktor Inflation	Faktor effCM-Wachstum	Faktor-Optimierung	Personal-kosten 2030 [M€]
A	B	C	D	E	F
1	Variante 0	1,487	1,030	0,971	57,56
2	Variante 1	1,487	1,705	0,706	69,31
3	Variante 2a	1,487	1,400	0,740	59,64
4	Variante 2b	1,487	1,400	0,740	59,64

Optimierung beinhaltet:

- Wegfall von Abteilungen und Doppelstrukturen
- Effizienterer Einsatz in Sekundärbereichen
- Wegfall von Bereitschaftsdiensten
- Anpassung des Qualifikationsmixes in großen Abteilungen

Anmerkungen

- Während sich die angenommene Tarifsteigerung (Faktor Inflation) in den Szenarien nicht unterscheidet gibt es aus dem Medizin-konzept abgeleitete Differenzen für das CM-Wachstum
- Die Szenarien sind in Bezug auf Optimierungsmaßnahmen grundsätzlich anders zu bewerten, denn in einer 1-Standort Neubau-Lösung kann eine deutliche bessere Personaleffizienz erreicht werden
- Die resultierenden Werte in Spalte E wurden über eine ärztliche Besetzung je nach Szenario hergeleitet, hier zeigen sich deutliche Vorteile für die Varianten mit 3 oder 4 Standorten

Die Verwaltungszentralisierung führt zu Einsparpotenzialen gegenüber Dezentralität

„Zentralisierungseffekt in der Verwaltung“:

- In unterschiedlichen Verwaltungsbereichen führt die Zentralisierung sowie daraus resultierende Produktivitätssteigerungen zu einer Reduktion der Personalkosten von rund 900 T Euro
- Zu den Verwaltungsbereichen mit Zentralisierungs- und Optimierungspotenzialen zählen:
 - Personaldirektion
 - Organisation
 - Finanzwesen
 - Bauabteilung
 - Verwaltungsdirektorium

Anmerkungen

- Neue Rollenverteilung zwischen zentraler und dezentraler Verwaltung
- Anpassung der Ablauforganisation notwendig
- Vereinheitlichung der Aufbauorganisation
- Klare Verantwortlichkeit und Fokussierung auf relevante Verwaltungsfunktionen
- Leistungsumfang Verwaltung abgestimmt auf Rolle als "Dienstleister" der Kliniken

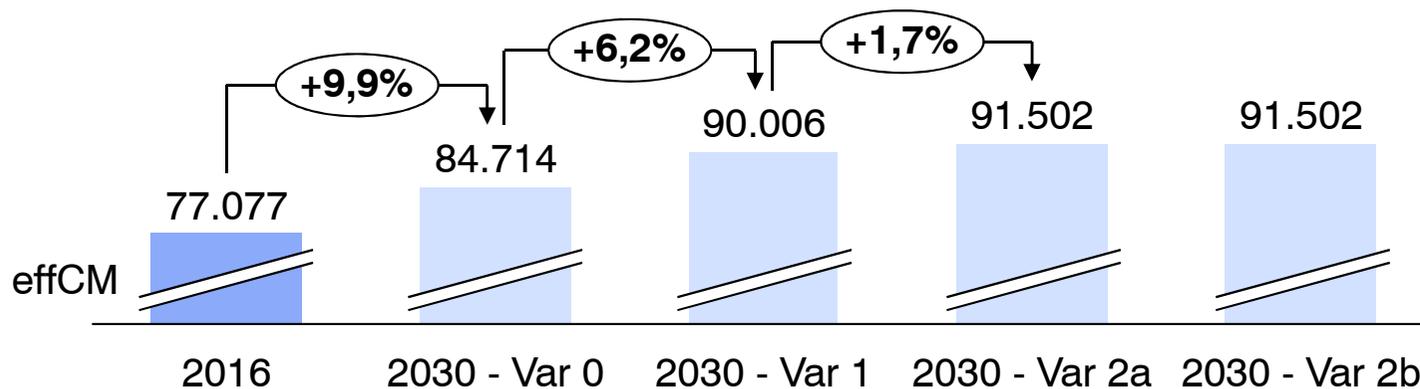
Inhaltsverzeichnis

- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ **Wirtschaftlichkeitsanalyse**
 - ◆ Ausgangslage
 - ◆ Optimierungsbereiche
 - ◆ Ergebnisse
- ◆ Bewertung der Varianten

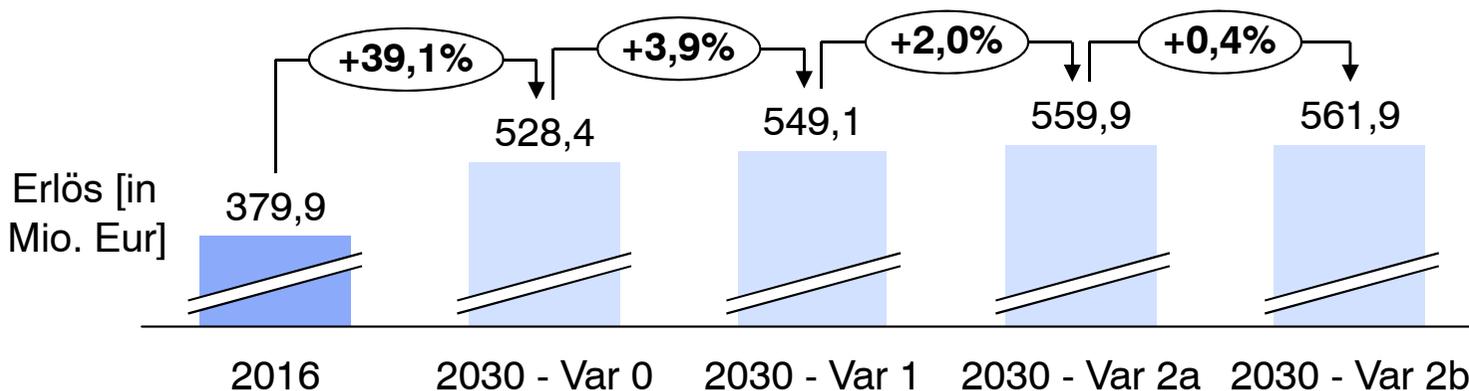
Die Erlösfortschreibung basiert auf dem veränderten Versorgungsbedarf entsprechend dem Medizinkonzept

Leistungszahlen entsprechend dem Medizinkonzept, Optimierung der Wahlleistungserlöse

Entwicklung des effektiven Casemix



Entwicklung der Gesamterlöse

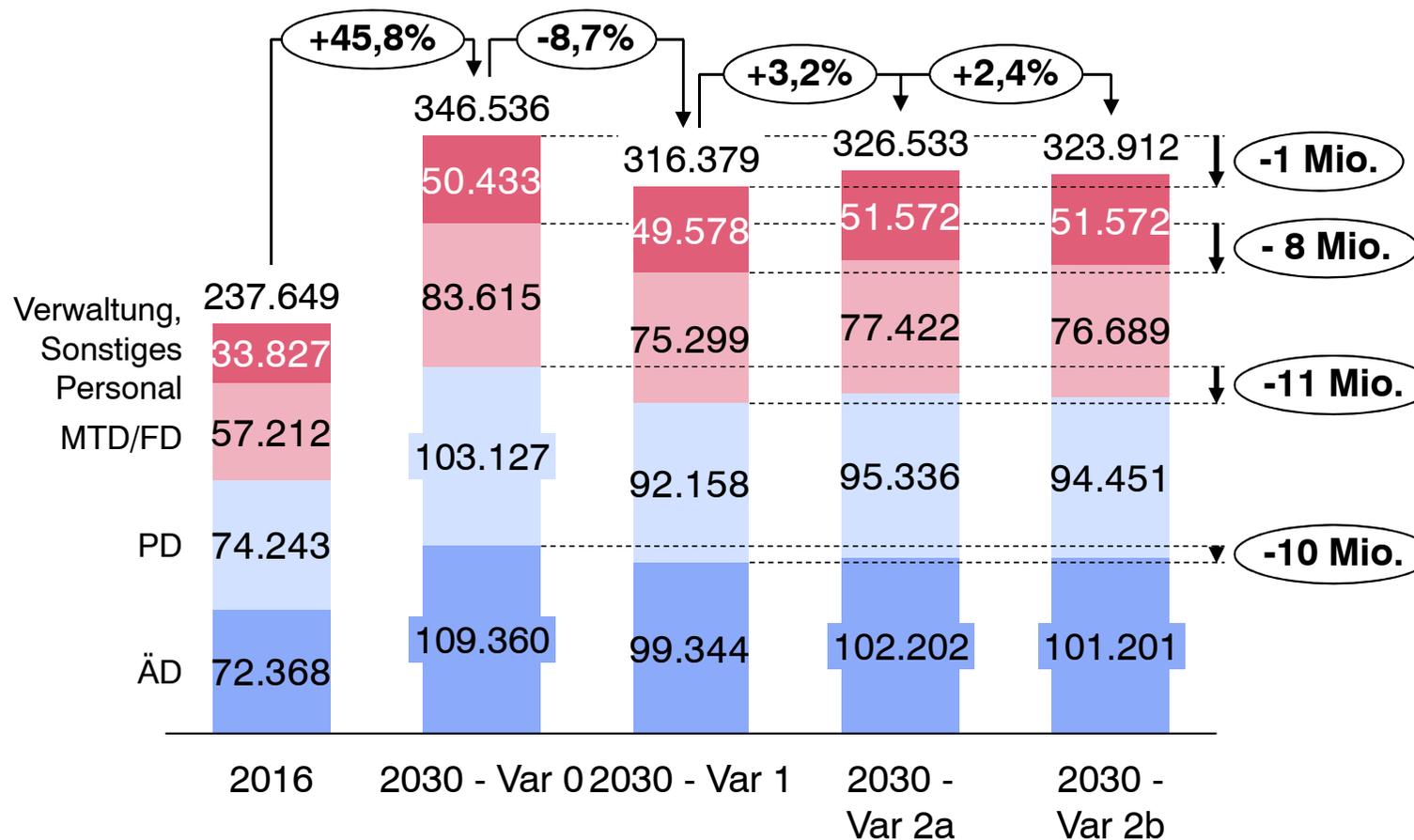


Anmerkungen

- Im Status quo Szenario ist mit einem Casemix-Anstieg von 7.700 CMP zu rechnen
- Je nach Variante liegt die Steigerung bei weiteren 5.000 bzw. 7.000 CMP
- Die Erlöse steigen im Status quo Szenario um + 40 %, in der drei Standortvariante um 44 % und in der vier Standortvariante um 47 %

Die Personalkostenfortschreibung zeigt deutliche Optimierungseffekte in der drei und vier Standortvariante

Entwicklung der Personalkosten



Varianten-Effekt

Variante 1:

- ÄD: - 10 Mio.
- PD: - 11 Mio.
- MTD/FD: - 8 Mio.
- Summe: - 30 Mio.

Variante 2a:

- ÄD: - 7 Mio.
- PD: - 8 Mio.
- MTD/FD: - 6 Mio.
- Summe: - 20 Mio.

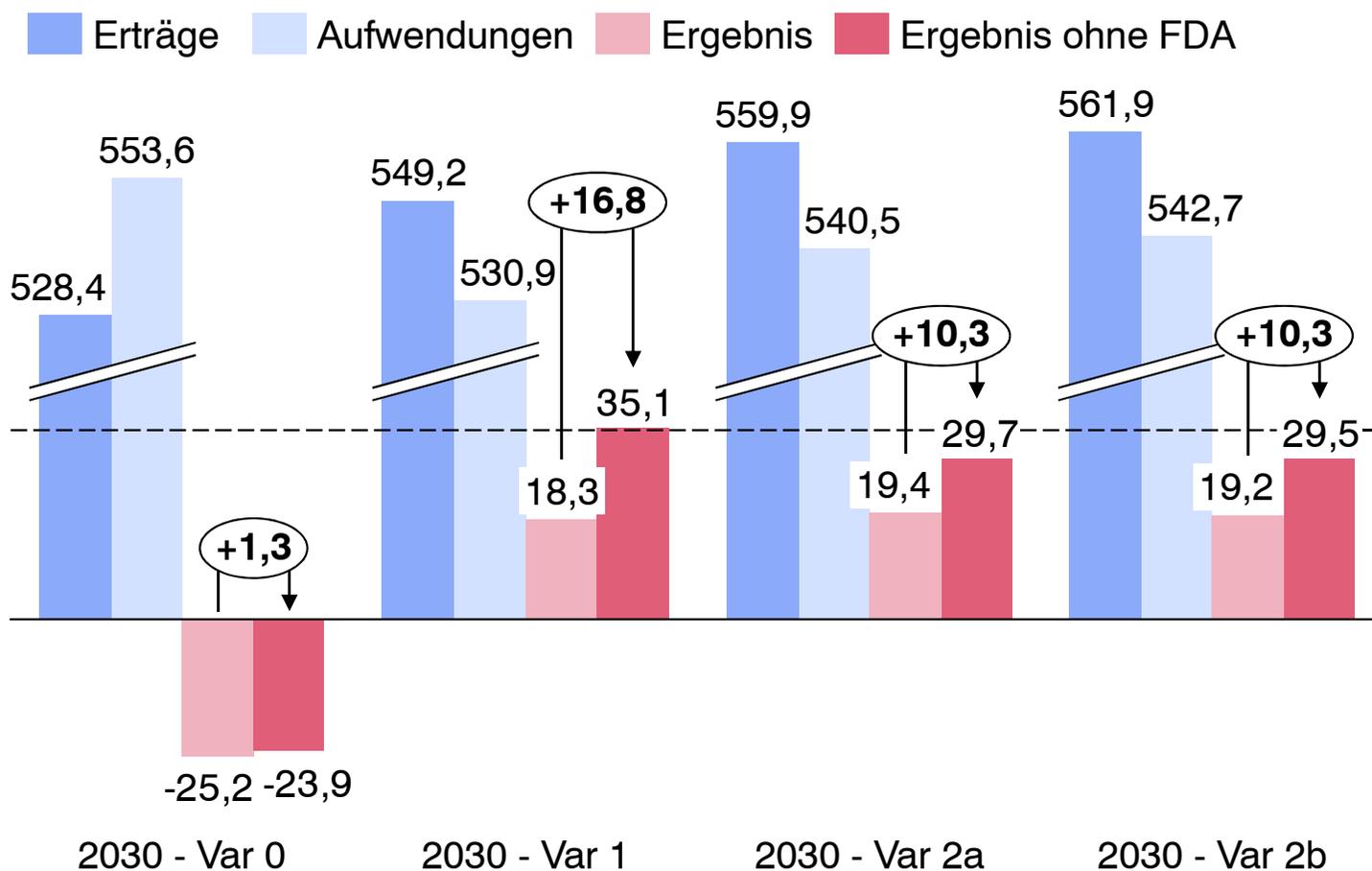
Variante 2b:

- ÄD: - 8 Mio.
- PD: - 9 Mio.
- MTD/FD: - 7 Mio.
- Summe: - 23 Mio.

Die Neuausrichtung des Ortenau Klinikums könnte im Jahr 2030 zu einer Ergebnisverbesserung von >40 Mio. Euro führen

Darstellung Best Case

Vergleich des Betriebsergebnisses 2030



Anmerkungen

- Die Varianten 1 und 2 führen im Zieljahr zu einem deutlich positiven Betriebsergebnis mit rund 3,5 % Rentabilität
- Die Wirtschaftlichkeit kann somit langfristig sichergestellt werden
- Die Variante 1 mit drei Standorten wird im Jahr 2030 stark negativ vom externen Fixkostendegressionsabschlag beeinflusst. Dies ändert sich ab 2031 sukzessive

Im Zieljahr sind die Varianten 1, 2a und 2b als nahezu gleichwertig – relevant ist der FDA

GuV inkl. Zukunftsprognose (in TEUR) - Übersicht der Varianten

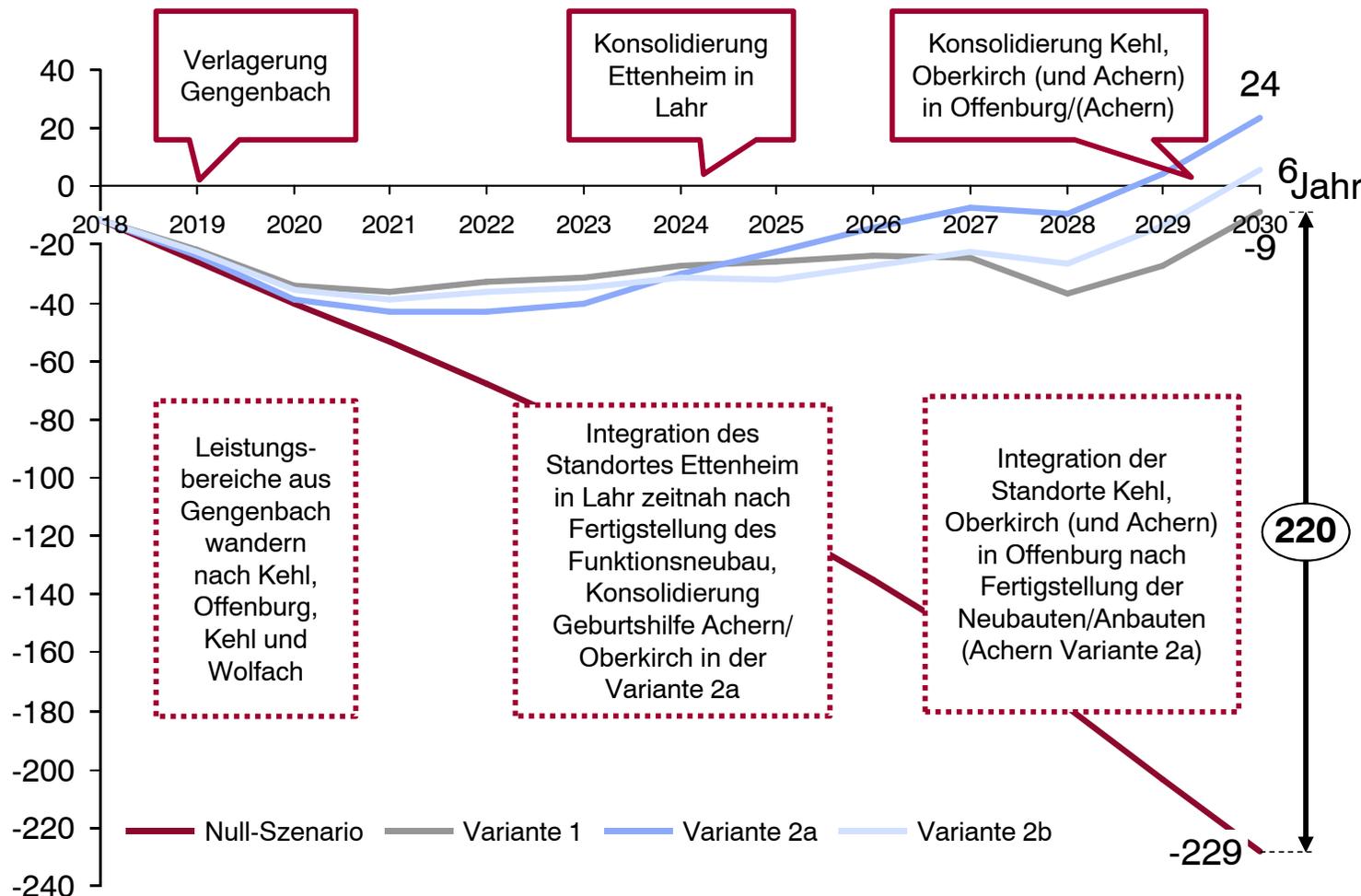
lfd. Nr.	Oberkategorie	2016				Null-Szenario	Variante 1	Variante 2a	Variante 2b
		2015	2016	Aufsatzpunkt ¹	2017	2030	2030	2030	2030
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Erträge	-366.197	-379.907	-380.607	-384.801	-528.481	-549.199	-559.971	-561.938
2	davon: Erlöse aus KH-Leistungen - Gesamt	-270.265	-280.402	-280.402	-284.034	-405.325	-436.135	-438.906	-438.906
3	davon: MLA/FDA	1.176	2.032	2.032	2.180	1.330	16.754	10.318	10.318
4	Aufwand	332.681	348.628	348.628	355.000	483.757	455.650	467.944	465.222
5	davon: Personalaufwand Gesamt	227.087	237.649	237.649	246.810	346.536	316.379	326.533	323.912
6	davon: Materialaufwand Gesamt	86.714	91.171	91.171	89.869	110.206	113.514	114.555	114.478
7	davon: Aufwendungen für bezogene Leistungen	18.880	19.807	19.807	18.321	27.016	25.757	26.856	26.831
8	Fördermittel & Sonderposten - Gesamt	-10.585	-10.798	-10.798	-10.629	-10.784	-13.107	-12.199	-13.451
9	Abschreibungen	17.735	18.394	18.394	18.082	27.044	36.820	33.750	37.557
10	sonstige betriebliche Aufwendungen - Gesamt	33.115	37.291	34.185	34.173	48.765	44.704	44.958	46.649
11	Zwischenergebnis	6.749	13.608	9.803	11.825	20.302	-25.132	-25.518	-25.961
12	Zinsen/Steuern Gesamt	2.263	2.003	2.003	1.974	4.920	6.783	6.155	6.745
13	Betriebsergebnis	9.012	15.611	11.806	13.800	25.222	-18.349	-19.363	-19.216
14	Betriebsergebnis ohne FDA/MLA	7.836	13.580	9.774	11.620	23.892	-35.102	-29.682	-29.535
15	Betriebsergebnis in % der Erlöse	-2,5%	-4,1%	-3,1%	-3,6%	-4,8%	3,3%	3,5%	3,4%
16	Betriebsergebnis in % der Erlöse (ohne FDA/MLA)	-2,1%	-3,6%	-2,6%	-3,0%	-4,5%	6,4%	5,3%	5,3%

- Variante 1 und 2a/2b sind im Zieljahr ökonomisch gleichwertig
- Im Long-run (ohne Berücksichtigung des FDA) ist die Variante 1 leicht vorteilhaft
- Die Differenz der Varianten 1/2a/2b zum Null-Szenario beträgt im Zieljahr über 40 Mio. Euro

¹⁾Die GuV des Jahres 2016 wurde um Verzerrungen zu vermeiden bzgl. ausgewählter Einzelposten bereinigt

Frühzeitige Strukturveränderungen beeinflussen das kumulierte Betriebsergebnis bis 2030 positiv – Empfehlung der Gutachter

Kumuliertes Betriebsergebnis nach Szenarien im Jahresverlauf [in Mio. Euro]¹⁾



Anmerkungen

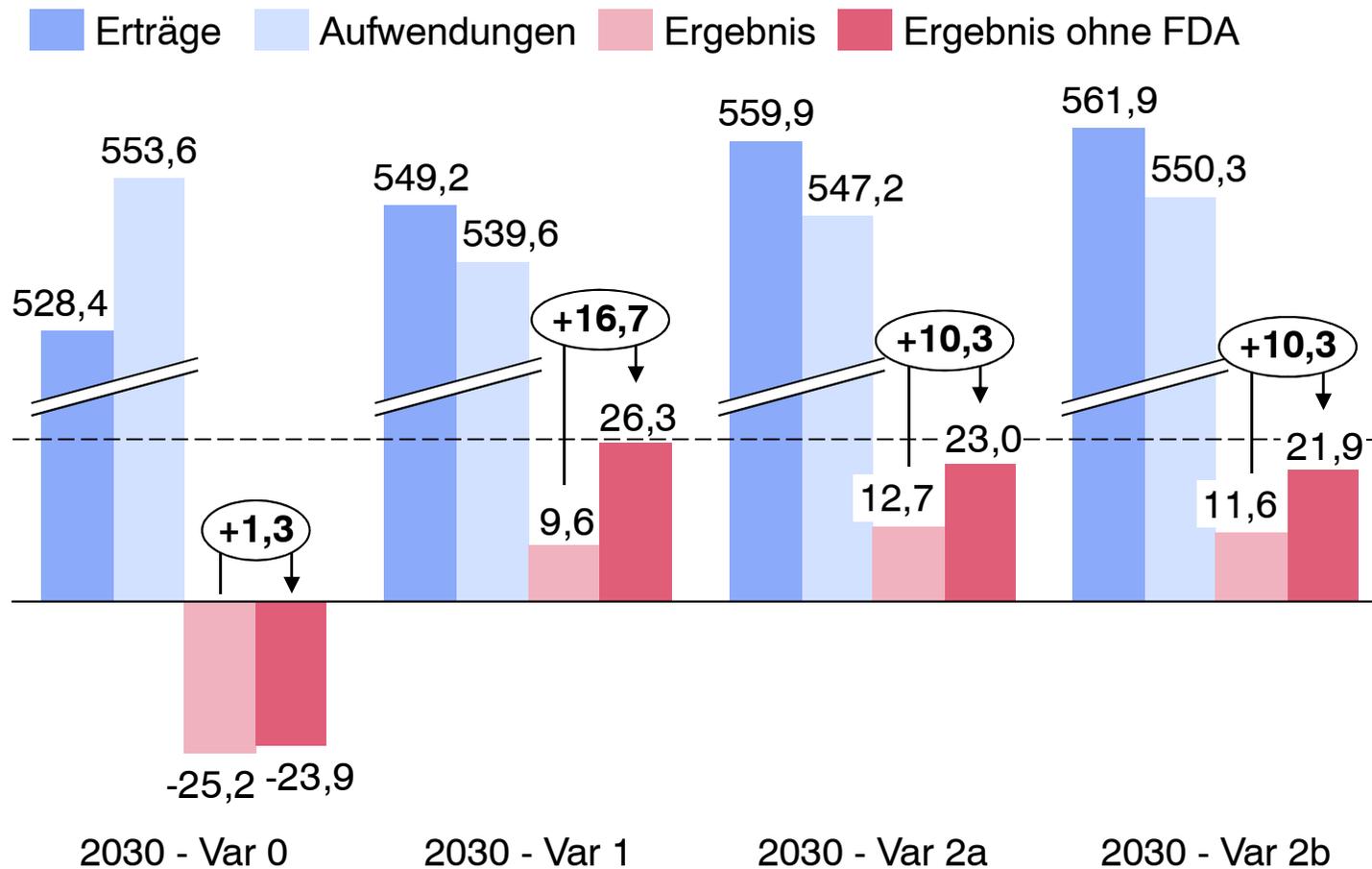
- Die Differenz Null-Szenario vs. Varianten beträgt bis 2030 mehr als 200 Mio. Euro¹⁾
- Variante 1, 2a und 2b unterscheiden sich nur unwesentlich - im „long-run“ ist Variante 1 vorteilhaft
- Vorgezogene Standortverlagerungen sind aus ökonomischen Gründen zu empfehlen
- Es würden deutliche Effekte in den Bereichen Personalrefinanzierung und Infrastruktur unter Wahrung der Sicherstellung des Versorgungsbedarfs realisierbar sein

¹⁾ Der Migrationsverlauf basiert auf medizinischen und ökonomischen Prämissen und spiegelt die Empfehlungen der Gutachter wieder.

Auch bei einem individuellen Risikoabschlag auf die Personalkosten ist die Neuausrichtung des Klinikums vorteilhaft

Basecase-Analyse als Zielwert für das Jahr 20130

Vergleich des Betriebsergebnisses 2030 Basecase



Anmerkungen

- Risikoabschlag im Personal:
 - Var 1: +8,7 Mio. Euro
 - Var 2a: +6,6 Mio. Euro
 - Var 2b: +7,5 Mio. Euro
- Die Differenz der Varianten 1/2a/2b zum Null-Szenario beträgt im Zieljahr über 35 Mio. Euro
- Ohne FDA ist die Variante 1 im Betriebsergebnis positiver als Variante 2

Bei der Variantenanalyse basierend auf der GuV Fortschreibung müssen aus den Annahmen folgende Risiken bewertet werden

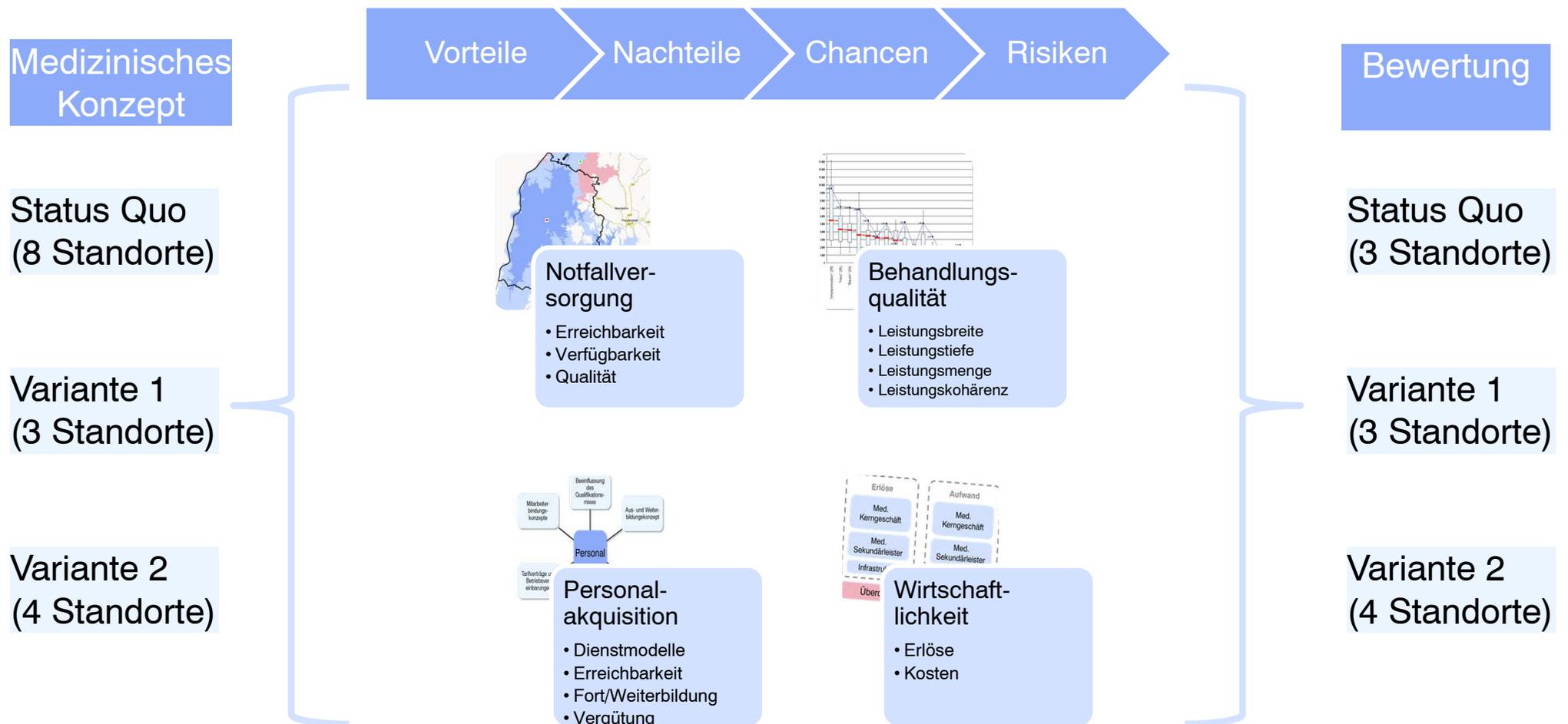
- Der FDA ist verhandelbar und ggf. auch durch IK-Nummern Fusion beeinflussbar
 - Die ökonomische Bewertung der Variante 1 hängt stark vom FDA ab
- Restbuchwerte der aufgegebenen Standorte werden aufgrund der avisierten Nachnutzung derzeit nicht abgeschrieben
 - Die AfA verbleiben an den Standorten
 - Eine komplette Abschreibung der Restbuchwerte mindert das kumulierte Betriebsergebnis der Varianten 1, 2a und 2b ohne jedoch die Variantenentscheidung zugunsten des Null-Szenarios zu verbessern
- Die Förderquoten sind als Risiko in den Bau-intensiven Varianten zu beurteilen
- Bau-, Zins und Investitionskosten sind in der Zukunftsprognose besonders ungewiss, die Variantenbewertung führt auch bei ungünstigeren Annahmen in keiner Weise zu einer ökonomischen Vorteilhaftigkeit des Null-Szenarios
- Neubaustrukturen verlangen einen umfangreichen Change-Prozess der Stakeholder (insbesondere den Mitarbeitern), die erfolgreiche Umsetzung dieses Prozess ist hochrelevant für die wirtschaftliche Überlegenheit der Szenarien 1, 2a und 2b

Inhaltsverzeichnis

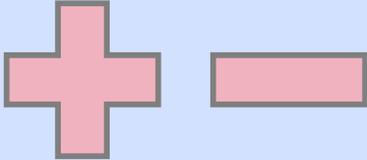
- ◆ Vorstellung Lohfert & Lohfert AG
- ◆ Ausgangslage
- ◆ Medizinkonzeption
- ◆ Strukturelle & bauliche Variantenanalyse
- ◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse
- ◆ **Bewertung der Varianten**

Das Strukturgutachten wird für die drei Alternativen in unterschiedlichen Ebenen bewertet

Bewertungsmatrix Medizinisches Konzept



Variante 0 Fortschreibung Status Quo 8 Standorte

	Notfallversorgung	Behandlungsqualität	Personal	Wirtschaftlichkeit
Vorteile Chancen	Gesetzliche Vorgaben zur Erreichbarkeit erfüllt Rechnerisch kürzeste Anfahrzeiten	Maximale Wohnortnahe Grund und Regelversorgung	Wohnortnahe Arbeitsplätze an allen Standorten	Gefahr eines missglückten Changeprozesses (Mitarbeiter und Patienten) nicht vorhanden
Nachteile Risiken	Zunehmende Herausforderung insbesondere an kleinen Standorten höchste Qualität 24/7 sicherzustellen Kleine Standorte bieten kein vollständiges Versorgungsspektrum an	Versorgungsspektrum insbesondere bei komplexen Leistungen ist ausbaubar Doppelvorhaltungen erschweren Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau	Doppelvorhaltungen und kleine Einheiten mit hohem Personalaufwand und hoher Dienstbelastungen Erschwerte Pufferung von Belastungsspitzen	Geringe Personalproduktivität und ineffiziente Infrastruktur Kaum bis keine Fördermittel Negatives Betriebsergebnis mit zunehmender absoluter Verschlechterung
Bewertung				

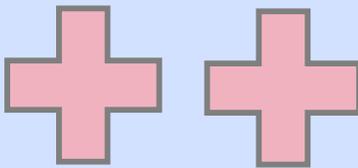
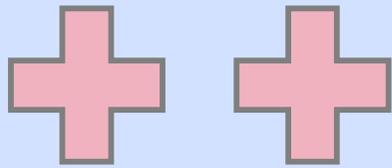
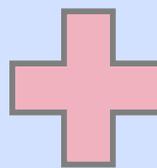
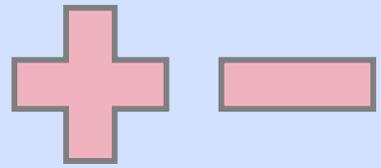
Variante 1 Zusammenführung an 3 Standorten

	Notfallversorgung	Behandlungsqualität	Personal	Wirtschaftlichkeit
Vorteile Chancen	<p>Gesetzliche Vorgaben zur Erreichbarkeit erfüllt</p> <p>Auch hochkomplexe Notfälle können im LK versorgt werden</p> <p>Hochwertige 24/7 Versorgung an allen Standorten</p>	<p>Maximale Behandlungsqualität durch im Verbund abgestimmtes Behandlungsspektrum</p> <p>Etablierung von hochkomplexen Leistungen im LK</p>	<p>Attraktives Leistungsspektrum</p> <p>Deutliche Reduktion der Dienstbelastung</p> <p>Bessere Pufferung von Belastungsspitzen</p>	<p>Optimierte Strukturen und Nutzflächen</p> <p>Effizienter Personaleinsatz in Medizin und Verwaltung</p> <p>Verhandelbarer FDA</p> <p>Langfristig positives Betriebsergebnis</p>
Nachteile Risiken	<p>Fahrzeiten zum nächsten Krankenhaus erhöhen sich im Durchschnitt</p> <p>Geographische Standortwahl für Neubau in Offenburg ist wichtig</p>	<p>Leistungsverluste an den nördlichen und südlichen Grenzen des LK</p>	<p>Ggf. längere Anfahrt zum Arbeitsplatz</p> <p>Verkehrstechnische Anbindung des Neubaus in Offenburg wird entscheidend sein</p>	<p>Hohe Bau und Investitionskosten</p> <p>Nachnutzungskonzepte und Restbuchwerte als Risiko</p> <p>Vollumfängliche Effektrealisierung nach 2030</p>
Beurteilung	+	+	+ +	+ +

Variante 2a Zusammenführung an 4 Standorten (Anbau)

	Notfallversorgung	Behandlungsqualität	Personal	Wirtschaftlichkeit
Vorteile Chancen	<p>Gesetzliche Vorgaben zur Erreichbarkeit erfüllt</p> <p>Auch hochkomplexe Notfälle können im LK versorgt werden</p> <p>Hochwertige 24/7 Versorgung an allen Standorten</p> <p>Unterstützung der Notfallversorgung außerhalb des LK (Bühl)</p>	<p>Maximale Behandlungsqualität durch im Verbund abgestimmtes Behandlungsspektrum</p> <p>Etablierung von hochkomplexen Leistungen im LK</p>	<p>Attraktives Leistungsspektrum</p> <p>Deutliche Reduktion der Dienstbelastung</p> <p>Bessere Pufferung von Belastungsspitzen</p>	<p>Optimierte Strukturen und Nutzflächen</p> <p>Effizienter Personaleinsatz in Medizin und Verwaltung</p> <p>Verhandelbarer FDA</p> <p>Langfristig positives Betriebsergebnis</p>
Nachteile Risiken	<p>Fahrzeiten zum nächsten Krankenhaus erhöhen sich im Durchschnitt</p> <p>Geographische Standortwahl für Neubau in Offenburg ist wichtig</p>		<p>Ggf. längere Anfahrt zum Arbeitsplatz</p> <p>Verkehrstechnische Anbindung der Neubauten wird entscheidend sein</p>	<p>Hohe Bau und Investitionskosten</p> <p>Nachnutzungskonzepte und Restbuchwerte als Risiko</p>
Bewertung				

Variante 2b Zusammenführung an 4 Standorten (Neubau)

	Notfallversorgung	Behandlungsqualität	Personal	Wirtschaftlichkeit
Vorteile Chancen	<p>Gesetzliche Vorgaben zur Erreichbarkeit erfüllt</p> <p>Auch hochkomplexe Notfälle können im LK versorgt werden</p> <p>Hochwertige 24/7 Versorgung an allen Standorten</p> <p>Unterstützung der Notfallversorgung außerhalb des LK (Bühl)</p>	<p>Maximale Behandlungsqualität durch im Verbund abgestimmtes Behandlungsspektrum</p> <p>Etablierung von hochkomplexen Leistungen im LK</p>	<p>Attraktives Leistungsspektrum</p> <p>Deutliche Reduktion Dienstbelastung</p> <p>Bessere Pufferung von Belastungsspitzen</p>	<p>Optimierte Strukturen und Nutzflächen</p> <p>Effizienter Personaleinsatz in Medizin und Verwaltung</p> <p>Verhandelbarer FDA</p> <p>Langfristig positives Betriebsergebnis</p>
Nachteile Risiken	<p>Fahrzeiten zum nächsten Krankenhaus erhöhen sich im Durchschnitt</p> <p>Geographische Standortwahl für Neubau in Offenburg ist wichtig</p>		<p>Ggf. längere Anfahrt zum Arbeitsplatz</p> <p>Verkehrstechnische Anbindung der wird entscheidend</p>	<p>Höhere Bau und Investitionskosten als Variante 2a</p> <p>Nachnutzungskonzepte und Restbuchwerte als erhöhtes Risiko zu Variante 2a</p>
Bewertung				

Zusammenfassung

Auch wenn derzeit alle Standorte zumindest in Teilbereichen zur qualitativ hochwertigen stationären Versorgung im Landkreis beitragen, zeigen sich in der Fortschreibung des Status Quo langfristig erhebliche Risiken. Maßgeblicher Treiber sind sich verändernde politische Rahmenbedingungen (z.B. steigende Qualitäts-/Strukturanforderungen) und der sich verschärfende Mangel an qualifiziertem Fachpersonal. Auch der wirtschaftliche Druck nimmt zu.

Für die langfristige Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau im Ortenau Kreis bedarf es einer standortübergreifenden Schärfung des Leistungsprofils mit Abbau von Doppelvorhaltungen und Reduktion nicht genutzter baulicher Überkapazitäten und Ineffizienzen durch Strukturanpassungen. Nur so ist sichergestellt, dass auch langfristig jederzeit maximal qualifiziertes Personal in allen Bereichen zur Verfügung steht. Sowohl die 3 als auch die 4 Standortvarianten können diese Anforderungen bei leicht unterschiedlicher Bewertung der Einzelkriterien erfüllen. Die stationäre Versorgungsqualität profitiert in beiden Varianten. Durch die Neubauten muss dabei die Flexibilität geschaffen werden, auf nicht absehbare Veränderungen in der Leistungserbringung reagieren zu können.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Die Inhalte dieses Dokuments sind im Zusammenhang mit dem mündlichem Vortrag zu dieser Präsentation zu sehen und dürfen, auch nicht in Teilen, ohne vorherige Zustimmung durch die Lohfert & Lohfert AG nicht an Dritte weitergereicht werden.

Lohfert & Lohfert AG

Rothenbaumchaussee 76

D-20148 Hamburg

Telefon: +49-40-41 90 60

Telefax: +49-40-41 90 65 55

www.lohfert.net