



MACHBARKEITSSTUDIE ZENTRAALKRANKENHAUS

Stadt Emden & Landkreis Aurich

Zusammenfassung Ergebnisse
11. Juli 2014

LEGAL DISCLAIMER

Unsere Berichterstattung ist ausschließlich an die Klinikum Emden Hans-Susemihl-Krankenhaus gGmbH und die Ubbo-Emmius-Klinik gGmbH als Auftraggeber (nachfolgend die „Auftraggeber“) gerichtet und wurde als Entscheidungshilfe und zur Information der zuständigen Gremien erstellt und darf auch nur für diese Zwecke verwendet werden. Die Kurzpräsentation darf ohne unsere vorherige Zustimmung weder veröffentlicht noch an nicht am Entscheidungsprozess beteiligte Dritte weitergegeben werden.

Die Berichterstattung erfolgt ausschließlich auf Grundlage des uns von den Auftraggebern erteilten Auftrags. Dem Auftragsverhältnis mit den Auftraggebern liegen die als Anlage beigefügten Allgemeinen Auftragsbedingungen für Wirtschaftsprüfer und Wirtschaftsprüfungsgesellschaften vom 1. Januar 2002 (AAB) sowie die Sonderbedingungen für die Erhöhung der Haftung (Sonderbedingungen) zugrunde. Nach Maßgabe der Ziffer 9 der AAB und der Sonderbedingungen ist unsere Haftung auf 5 Mio. € beschränkt. Abweichende gesetzliche Haftungsbeschränkungen bleiben hiervon unberührt.

Gegenüber Dritten, die ohne unsere Zustimmung Kenntnis von dieser Berichterstattung erhalten, übernehmen wir grundsätzlich keine Verantwortung.

Sofern Dritte, die mit unserer Zustimmung von der Berichterstattung Kenntnis erlangen, ausnahmsweise nach Maßgabe des geltenden Rechts auf die Richtigkeit und Vollständigkeit unserer Aussagen vertrauen dürfen, steht dieses Vertrauen und die hiermit verbundene Schutzwürdigkeit unter der ausdrücklichen Bedingung, dass die Dritten die in Ziffer 9 der AAB und den Sonderbedingungen geregelte Haftungsbeschränkung in ihrem Verhältnis als verbindlich anerkennen sowie zustimmend zur Kenntnis genommen haben, dass die Haftungshöchstsumme allen Dritten als Gesamtgläubigern (§ 428 BGB) insgesamt nur einmal gemeinsam zusteht. Auf die Rechte aus § 334 BGB, wonach Einwendungen aus einem Vertrag auch Dritten entgegengehalten werden können, verzichtet BDO nicht. Die Zustimmung zur Kenntnisnahme unserer Berichterstattung durch Dritte, stellt keine auf einen Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung dar und begründet deshalb weder ausdrücklich noch konkludent ein Vertragsverhältnis mit Dritten.

AGENDA



- 1 Ausgangssituation & Auftrag
- 2 Medizinkonzept
- 3 Wirtschaftlichkeitseffekte & Investitionen
- 4 Finanzplanung
- 5 Weitere Aspekte & offene Punkte
- 6 Fazit

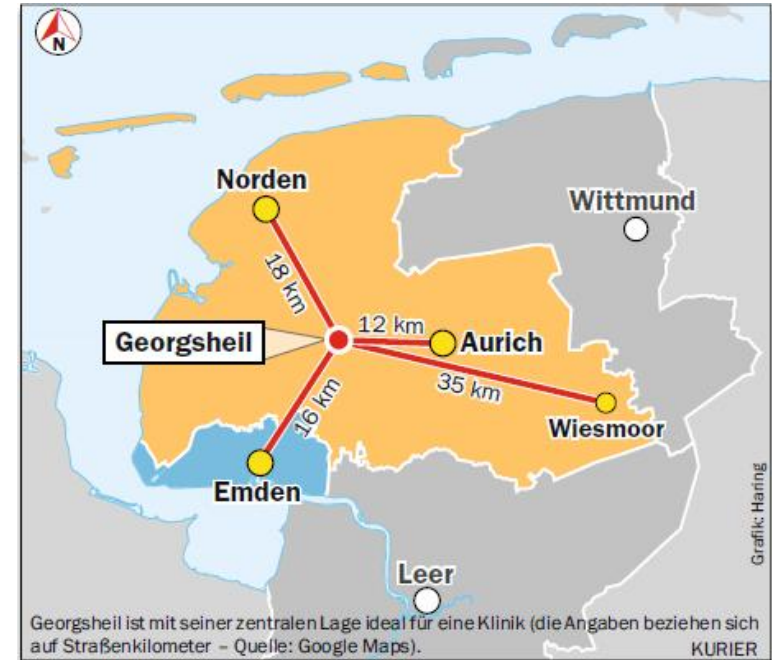
AGENDA



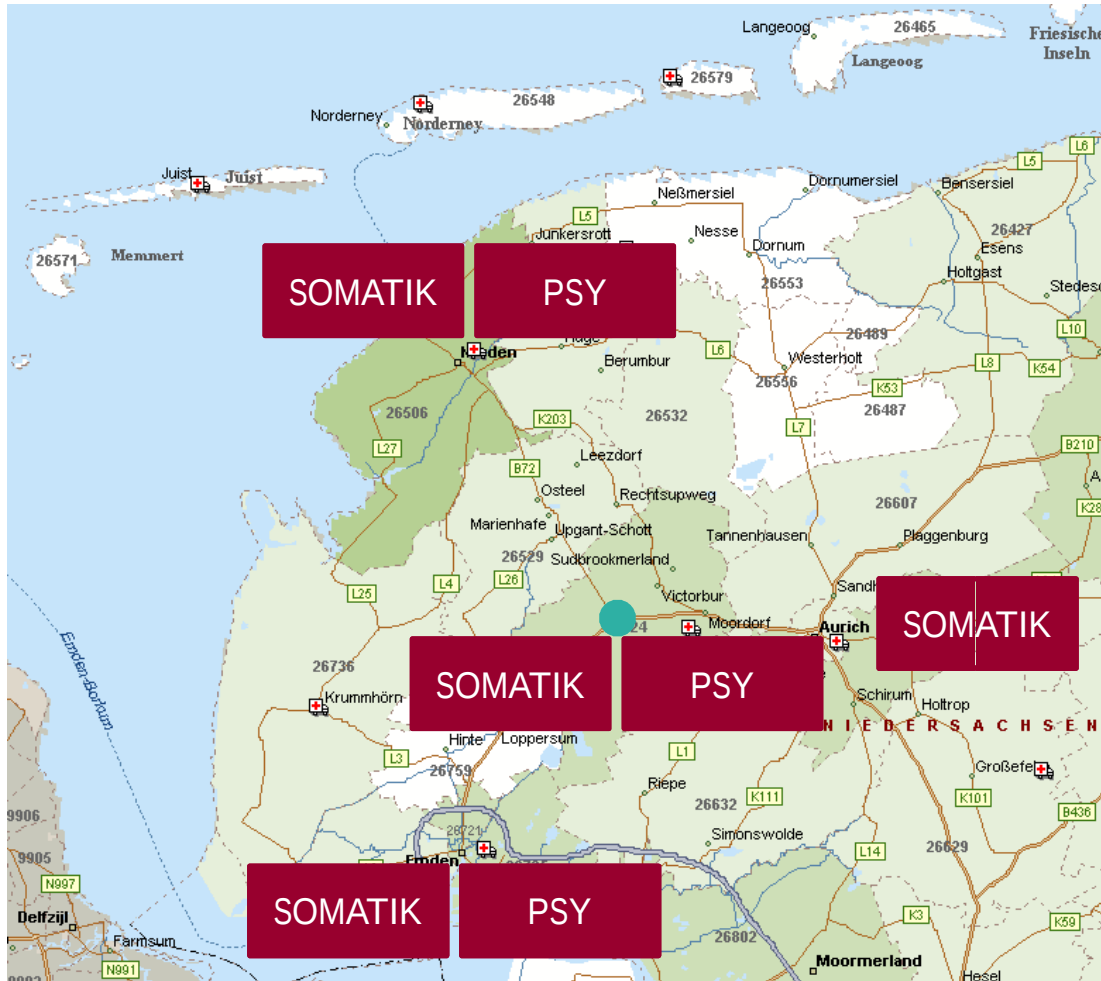
- 1 Ausgangssituation & Auftrag
- 2 Medizinkonzept
- 3 Wirtschaftlichkeitseffekte & Investitionen
- 4 Finanzplanung
- 5 Weitere Aspekte & offene Punkte
- 6 Fazit

AUSGANGSLAGE

- Klinikum Emden Hans-Susemihl-Krankenhaus gGmbH (1 Standort) & Ubbo-Emmius-Klinik gGmbH (2 Standorte)
- Die beiden Gesellschaften weisen zzt. Verluste aus
- Interne Überlegungen sind jeweils zu dem Ergebnis gekommen, dass eine wirtschaftliche stationäre Versorgung der Bevölkerung am ehesten mit einem Krankenhausneubau im Rahmen eines gemeinsam zu betreibenden Zentralkrankenhauses in Georgsheil zu erreichen ist
- Innerhalb eines Jahres soll eine Machbarkeitsstudie erstellt werden,
 - welche aufzeigt, ob es sich hierbei um einen tragfähigen Ansatz handelt,
 - die in diesem Fall der Landesregierung in Hannover und ggf. externen Dritten (z. B. Banken) als Entscheidungsvorlage vorzulegen ist und
 - die aufzeigt, ob neben dem Zentralkrankenhaus weitere bestehende Standorte betrieben werden müssen oder sollten.



BETRACHTETE SZENARIEN



Szenario 1



- Drei-Stand-Ort-Konzept
- Status quo

Sz. 2a



- 1 Standort Somatik & Psychiatrie

Sz. 2b



- 1 Standort Somatik
- 2 Standorte Psychiatrie (Altstandorte)

ZIELE DER MACHBARKEITSSTUDIE

Stufenweises Vorgehensmodell

- Eindeutige Entscheidungsgrundlage zwischen verschiedenen Szenarien
- Ganzheitliche Darstellung des Konzeptes mit seinen Wirkweisen
- Ermittlung der langfristigen Tragfähigkeit des Konzeptes und Risikoprüfung des Vorhabens
- Ableitung des Investitionsbedarfs
- Entscheidungshilfe bzw. -grundlage für Gremien, Ministerien, Mitarbeiterschaft, Banken und Bevölkerung

Beispielhaft zu beantwortende Fragen

- Welches Szenario ist aus Sicht der Versorgungsqualität optimal?
- Wie entwickeln sich langfristig die Patientenzahlen in beiden Szenarien?
- Wie verändert sich die Wettbewerbssituation bei Errichtung eines Zentralkrankenhauses?
- Ist die gute Erreichbarkeit bei Errichtung eines Zentralkrankenhauses für die Bevölkerung der Stadt Emden und des Landkreises Aurich gewährleistet?
- Wie entwickelt sich in beiden Szenarien der Kapazitätsbedarf?
- Unter welchen Bedingungen ist ein Zentralkrankenhaus finanzierbar und zu einer nachhaltigen Wettbewerbssicherung geeignet?
- Etc.

VORGEHENSWEISE



FRAGEN AN DAS MINISTERIUM

Folie aus Präsentation
Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit und
Gleichstellung

➡ Die Idee des Zentralkrankenhauses scheint nach heutigem Erkenntnisstand sowohl versorgungspolitisch als auch medizinisch-qualitativ und betriebswirtschaftlich realisierungsfähig. Der Prozess zur Prüfung der Machbarkeit sollte mit aller Kraft vorangetrieben werden.

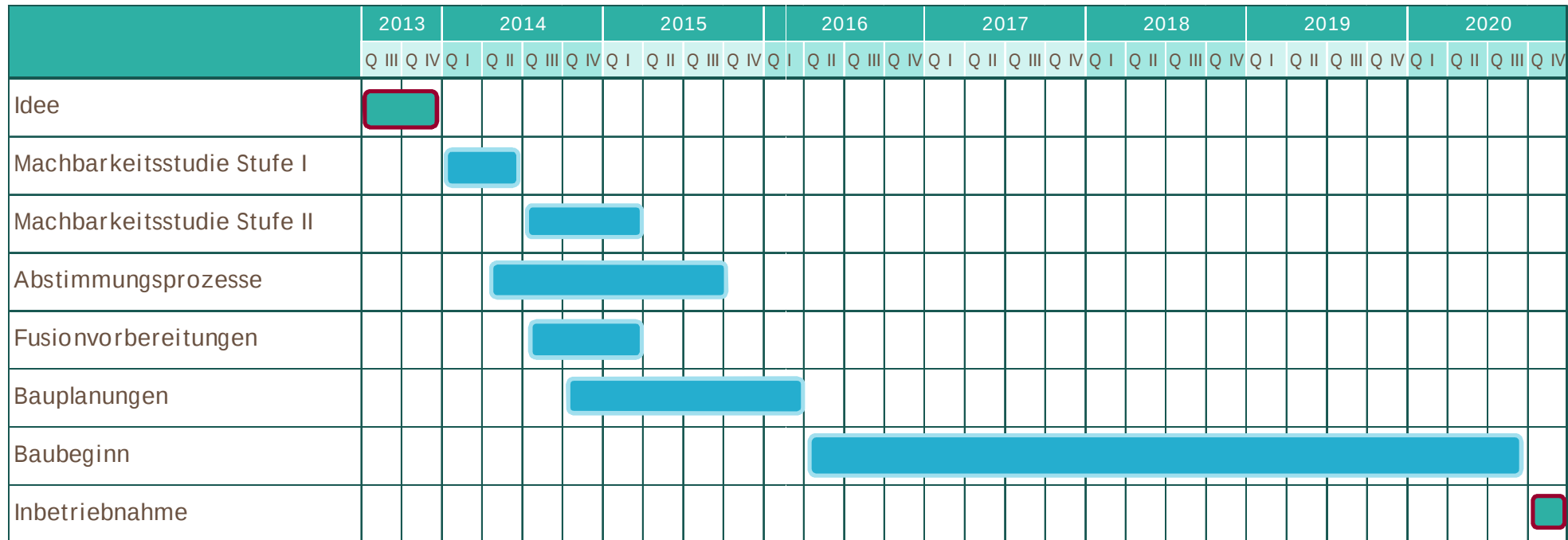
➡ Wir fragen das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (im Folgenden kurz „Ministerium“ genannt):

- Wie positioniert sich das Ministerium generell zur Idee eines Zentralkrankenhauses in der Versorgungsregion 4?
- Welche Anforderungen an den weiteren Prozess stellt das Ministerium?
- Wann und wie möchte/soll das Ministerium im weiteren Prozess eingebunden werden?
- Welche Förderung kann in Aussicht gestellt werden?
- Was können wir von diesem Termin berichten?



ZEITPLANUNG FÜR DIE PLANUNGSRECHNUNG

Von der Idee bis zur Realisierung



- 2013 Datengrundlage
- 2020 Inbetriebnahme Neubau (unspezifiziert)
- 2021 Berücksichtigung der Effekte des Neubau
- 2031 Ende des Planungszeitraums der Machbarkeitsstudie

AGENDA



1

Ausgangssituation & Auftrag

2

Medizinkonzept

3

Wirtschaftlichkeitseffekte & Investitionen

4

Finanzplanung

5

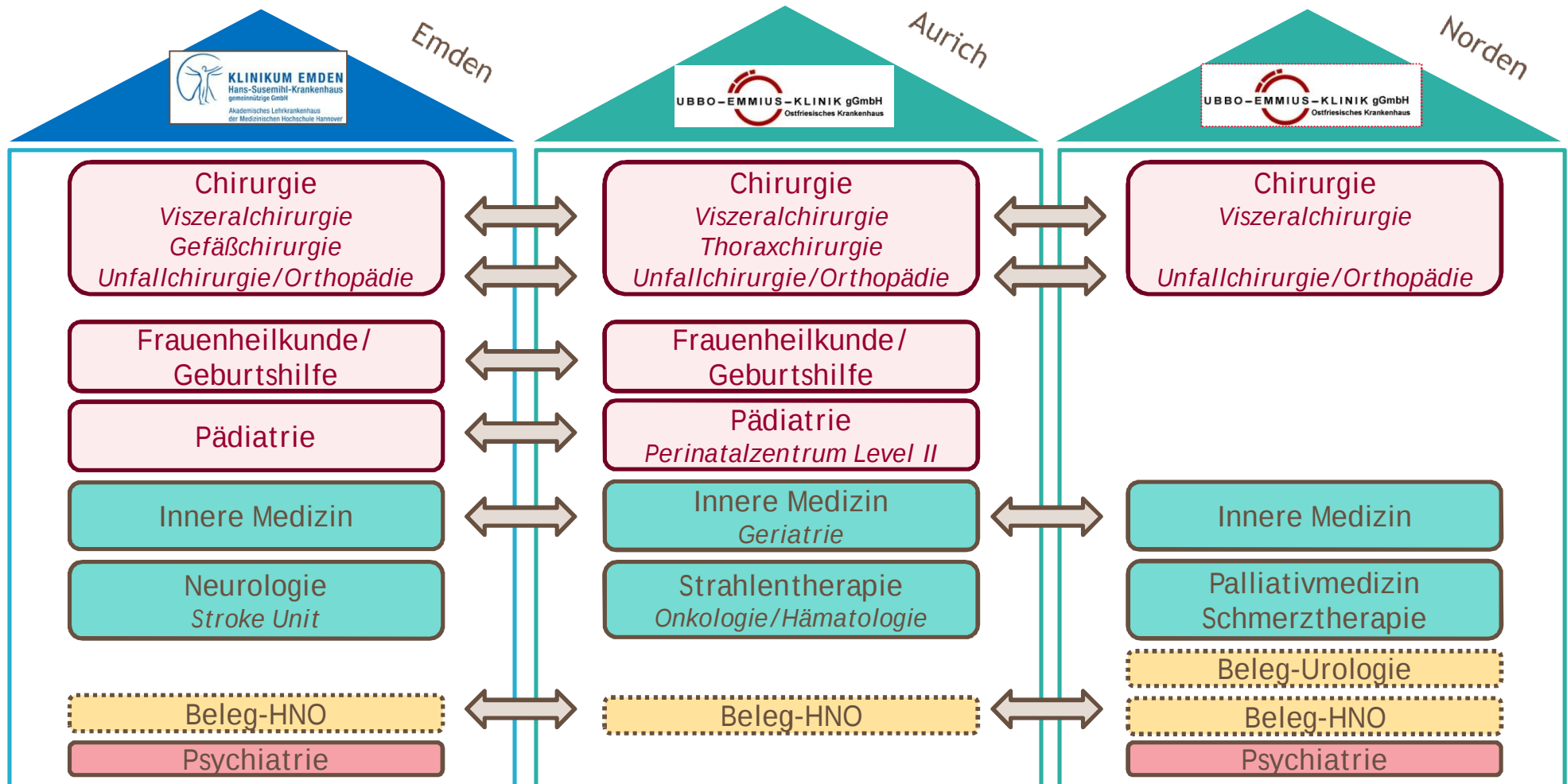
Weitere Aspekte & offene Punkte

6

Fazit

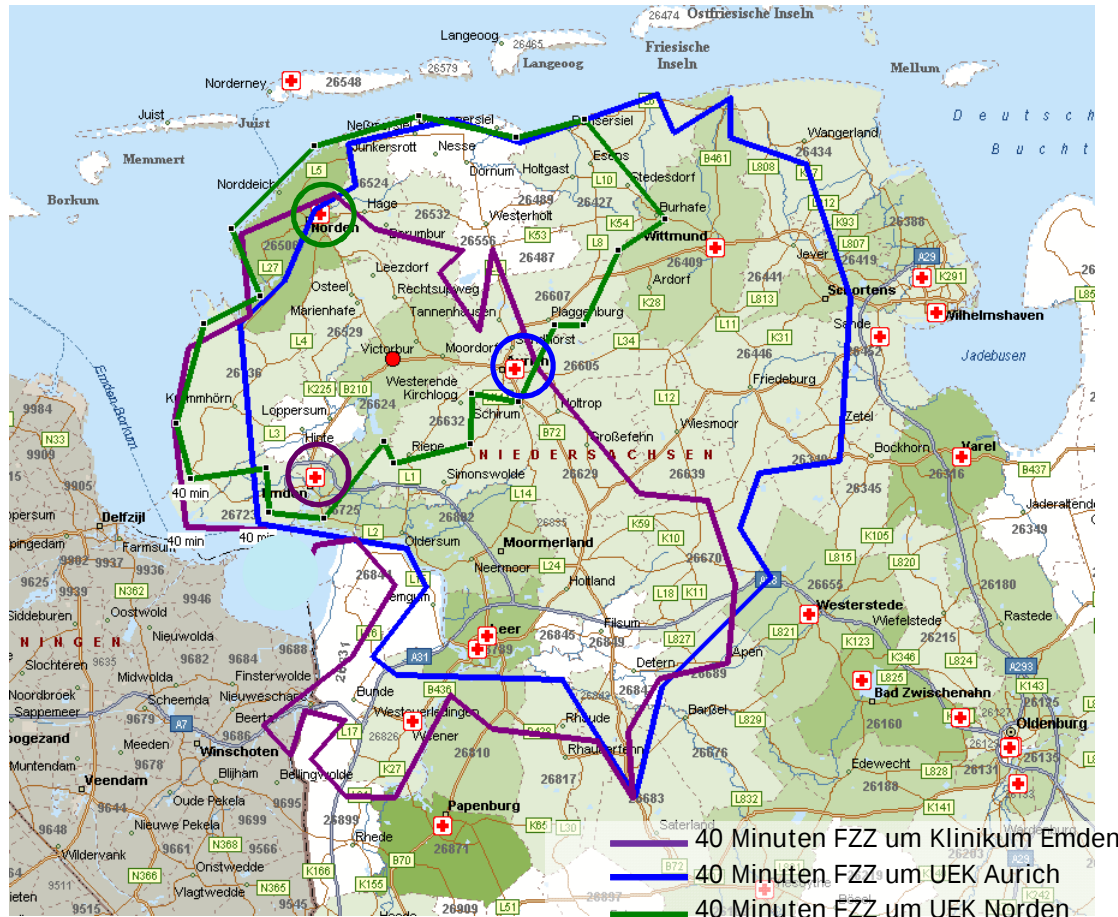
STATIONÄRE GESUNDHEITSVERSORGUNG STATUS QUO

Horizontaler Wettbewerb



MARKT- UND UMFELDANALYSE

Marktanalyse nach Fahrtzeitzonen – 3 Standorte



40 Minuten Fahrtzeitzone um das Klinikum Emden*

- Ca. 86 % der Patienten des Klinikum Emden stammen aus der 40 Minuten Fahrtzeitzone

40 Minuten Fahrtzeitzone um das UEK Aurich

- Ca. 88 % der Patienten des UEK Aurich stammen aus der 40 Minuten Fahrtzeitzone

40 Minuten Fahrtzeitzone um das UEK Norden*

- Ca. 90 % der Patienten des UEK Norden stammen aus der 40 Minuten Fahrtzeitzone

* ohne Psychiatrie

MARKT- UND UMFELDANALYSE

Marktanalyse nach Fahrtzeitzonen – 1 Standort



40 Minuten Fahrtzeitzone um den neuen potenziellen Standort*

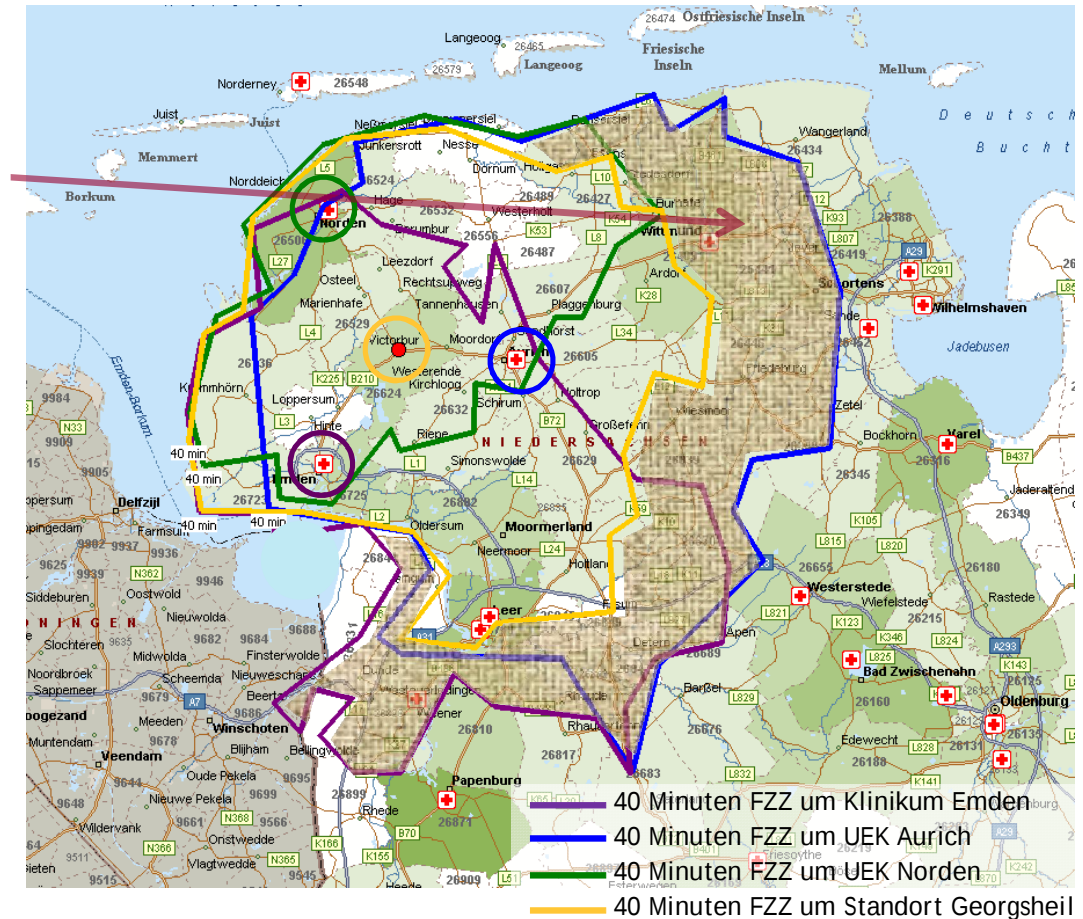
- Ca. 89 % der Patienten aus den bestehenden 3 Krankenhäusern stammen aus der 40 Minuten FZZ um den neuen potenziellen Standort

* ohne Psychiatrie

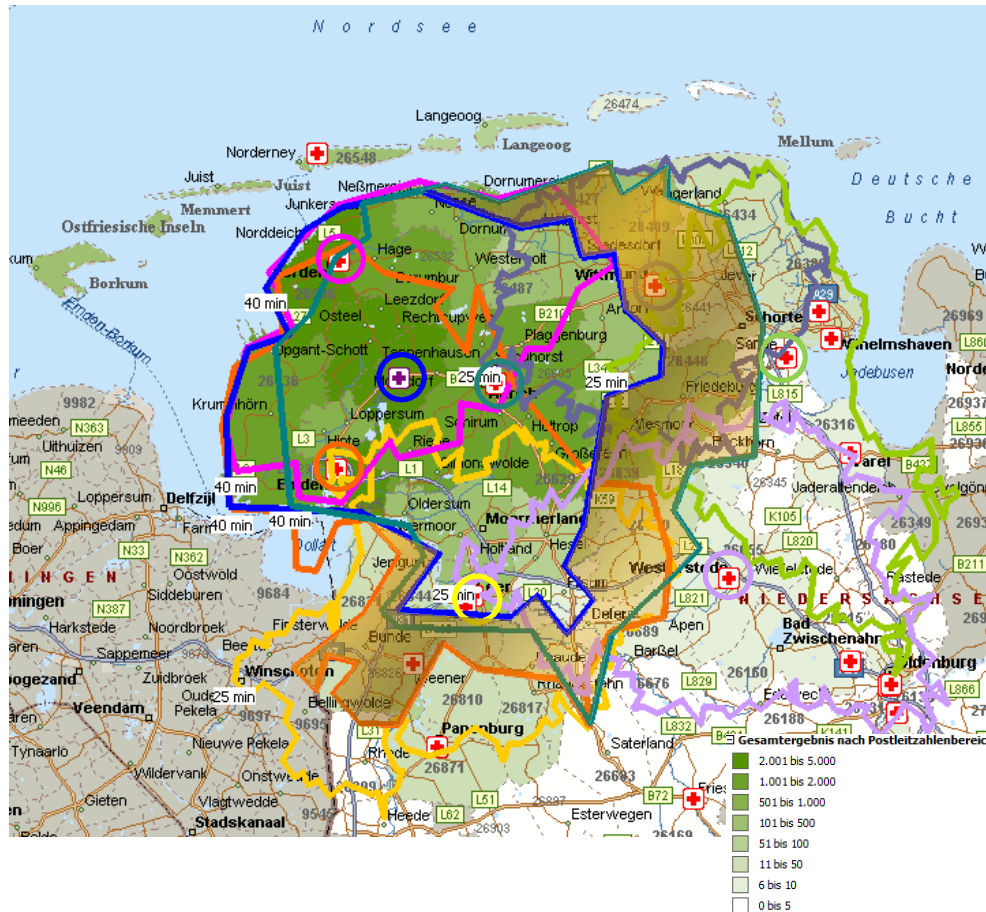
MARKT- UND UMFELDANALYSE

Einzugsgebiete im Vergleich

- Patientenströme und Fahrtzeitzonen
 - Szenario 2: Aufgrund der veränderten Wettbewerbssituation wird das gekennzeichnete Gebiet insgesamt wettbewerbsintensiver
 - Leistungsplanung: Gem. dem Vorsichtsprinzip werden Fallzahlverluste bei nicht spezialisierten Leistungen aus diesem Gebiet geplant
 - Fachabteilungen, die ein spezialisiertes Leistungsangebot vorhalten, sind hiervon nicht betroffen (z. B. Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Neurologie, Wirbelsäulenchirurgie, Palliativmedizin)
 - Gleichzeitig können durch einen Neubau Patientengruppen hinzugewonnen werden (verbesserte Strukturen, Leistungsangebote, „Neubaueffekte“)



Untersuchung von Versorgungslücken durch Neubau



- 40 Minuten FZZ
 - Emden
 - Norden
 - Aurich
 - Georgsheil
- 25 Minuten FZZ
 - Wittmund
 - Sande
 - Westerstede
 - Leer
- Ergebnis: Keine Versorgungslücken
 - Alle Patienten können aus dem „Süden“ und „Osten“ ein anderes Krankenhaus innerhalb von max. 25 Minuten erreichen

SZENARIENADAPTIERTE LEISTUNGSPLANUNG

Zusammenfassung Leistungsplanung – Betten*

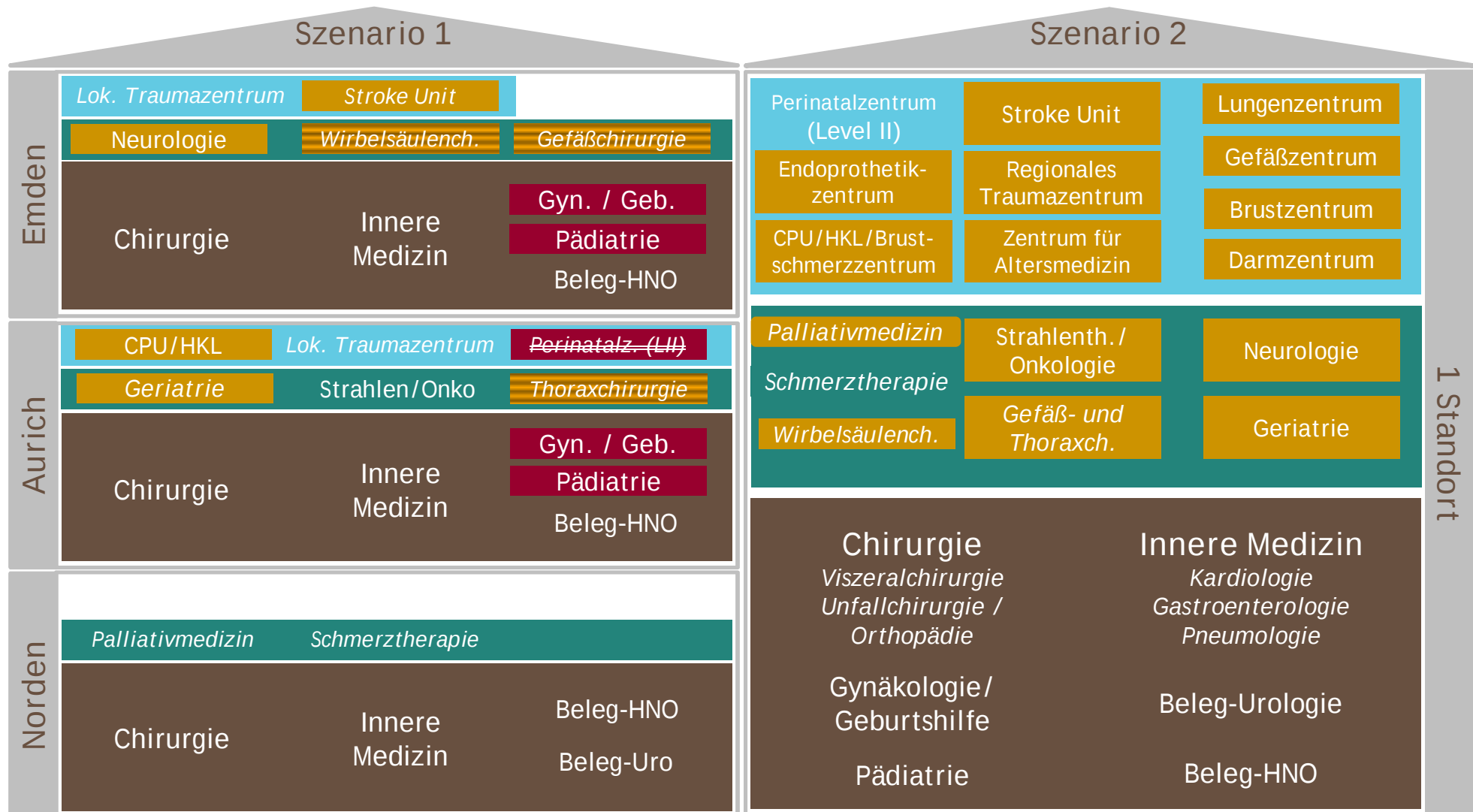
Krankenhäuser zusammen - Bettenkapazitäten stationär Szenario 1 - 3 Standorte	2013	2020	2021	2031
Chirurgie	208	208	205	184
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	45	40	38	32
Pädiatrie	42	41	40	35
Innere Medizin	270	319	317	312
Onkologie / Strahlenheilkunde	21	20	20	20
Neurologie	87	87	86	83
Palliativmedizin und Schmerztherapie	8	8	8	8
Urologie	1	1	1	1
HNO	14	12	12	11
Summe benötigte Betten	696	736	727	686
Psychiatrie stationär (inkl. Gerontopsychiatrie)	192	154	153	150
Psychiatrie teilstationär (inkl. Gerontopsychiatrie)	39	96	96	94
Psychosomatik stationär	enthalten			

Krankenhäuser zusammen - Bettenkapazitäten stationär Szenario 2 - 1 Standort	2013	2020	2021	2031
Chirurgie	208	207	175	163
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	45	39	35	31
Pädiatrie	42	40	37	31
Innere Medizin	270	318	290	290
Onkologie / Strahlenheilkunde	21	20	19	22
Neurologie	87	86	84	83
Palliativmedizin und Schmerztherapie	8	8	8	10
Urologie	1	1	1	1
HNO	14	12	12	10
Summe benötigte Betten	696	731	661	641
Psychiatrie stationär (inkl. Gerontopsychiatrie)	192	154	153	150
Psychiatrie teilstationär (inkl. Gerontopsychiatrie) *	39	96	96	94
Psychosomatik stationär	enthalten			

* Bettenkapazitäten aggregiert und gerundet dargestellt

+ Verbleib der teilstationären Plätze Psychiatrie an den bestehenden Standorten

ZUSAMMENFASSUNG MEDIZINKONZEPT



ZUSAMMENFASSUNG MEDIZINKONZEPT

Szenario 1 		Szenario 2 	
Vorteile	Einschränkungen	Vorteile	Einschränkungen
• „Sehr gute“ Erreichbarkeit eines Krankenhauses • Insgesamt größeres Einzugsgebiet	• Fixiertes Medizinkonzept – Kaum zusätzliche Leistungen – Erschwerte Zentrenbildung • Medizinische Qualitätsprobleme in Teilbereichen absehbar • Zunehmend geringere Attraktivität für Fachkräfte • Indirekter Wettbewerb der Standorte bei gleichen FAB	• Medizinische Qualität – Zentrenbildung – Pay for Performance • Innovativeres Medizinkonzept – Zusätzliche Schwerpunkte – Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit • Attraktivität für Fachkräfte • Möglichkeit zur integralen und sektorübergreifenden Versorgung	• „Gute“ Erreichbarkeit eines Krankenhauses • Intensivierter Markt im östlichen/südöstlichen Einzugsgebiet (jedoch keine unterversorgten Gebiete)

AGENDA



- 1 Ausgangssituation & Auftrag
- 2 Medizinkonzept
- 3 Wirtschaftlichkeitseffekte & Investitionen
- 4 Finanzplanung
- 5 Weitere Aspekte & offene Punkte
- 6 Fazit

WIRTSCHAFTLICHKEITSEFFEKTE SZENARIO 1

Gesamtdarstellung

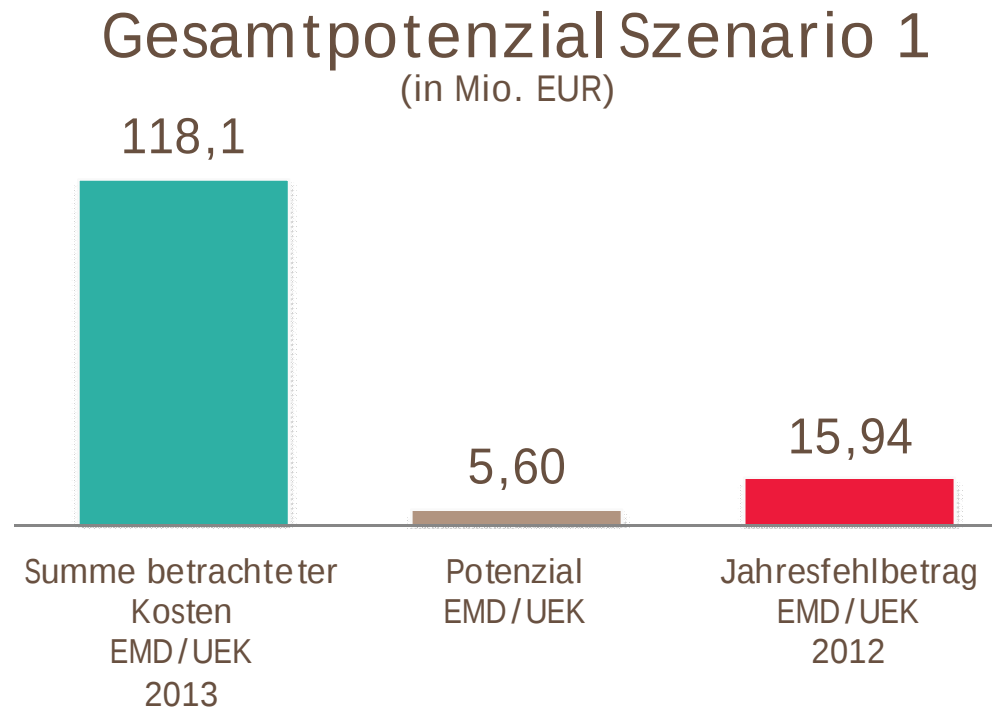
Bereiche	Potenzial in Mio. EUR	
Medizinischer Dienst		1,4 - 1,6
Sekundär- und Tertiärbereiche		1,4 - 1,6
Verwaltung		0,6 - 0,8
Querschnittsbereiche		1,8 - 2,0
<i>Summe Einsparpotenzial</i>		<i>5,2 - 6,0</i>

Wesentliche Voraussetzungen zur Realisierung der Einsparpotenziale

- *Abschluss verbesserter Konditionen mit externen Dienstleistern*
- *Teilweise Änderungen individueller rechtlicher Rahmenbedingungen*
- *Teilweise Ausgliederung von Personal an externe Dienstleister*
- *Zentralisierung der Verwaltung*

WIRTSCHAFTLICHKEITSEFFEKTE SZENARIO 1

Gesamtdarstellung bei Mittelwertbetrachtung



- Das kalkulierte Einsparpotenzial reicht zur Konsolidierung bzw. Sanierung der Einrichtungen UEK/Emden nicht aus

WIRTSCHAFTLICHKEITSEFFEKTE SZENARIO 2

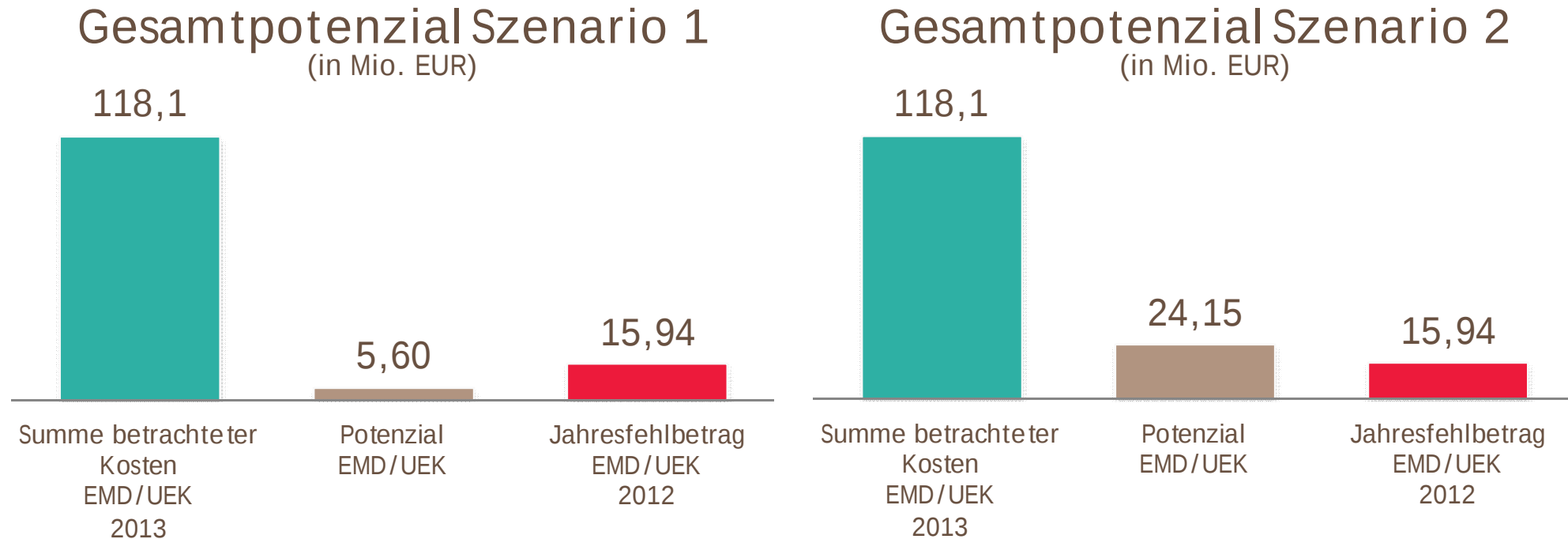
Gesamtdarstellung

Bereiche	Potenzial in Mio. EUR
Medizinischer Dienst	13,0 – 18,0
Sekundär- und Tertiärbereiche	2,4 – 2,6
Verwaltung	1,3 – 1,5
Querschnittsbereiche	3,0 – 4,0
Instandhaltung	1,0 – 1,5
<i>Summe Einsparpotenzial</i>	<i>20,7 – 27,6</i>

➤ *Entspricht im Mittelwert einem Einsparpotenzial in Höhe von ca. 24 Mio. EUR*

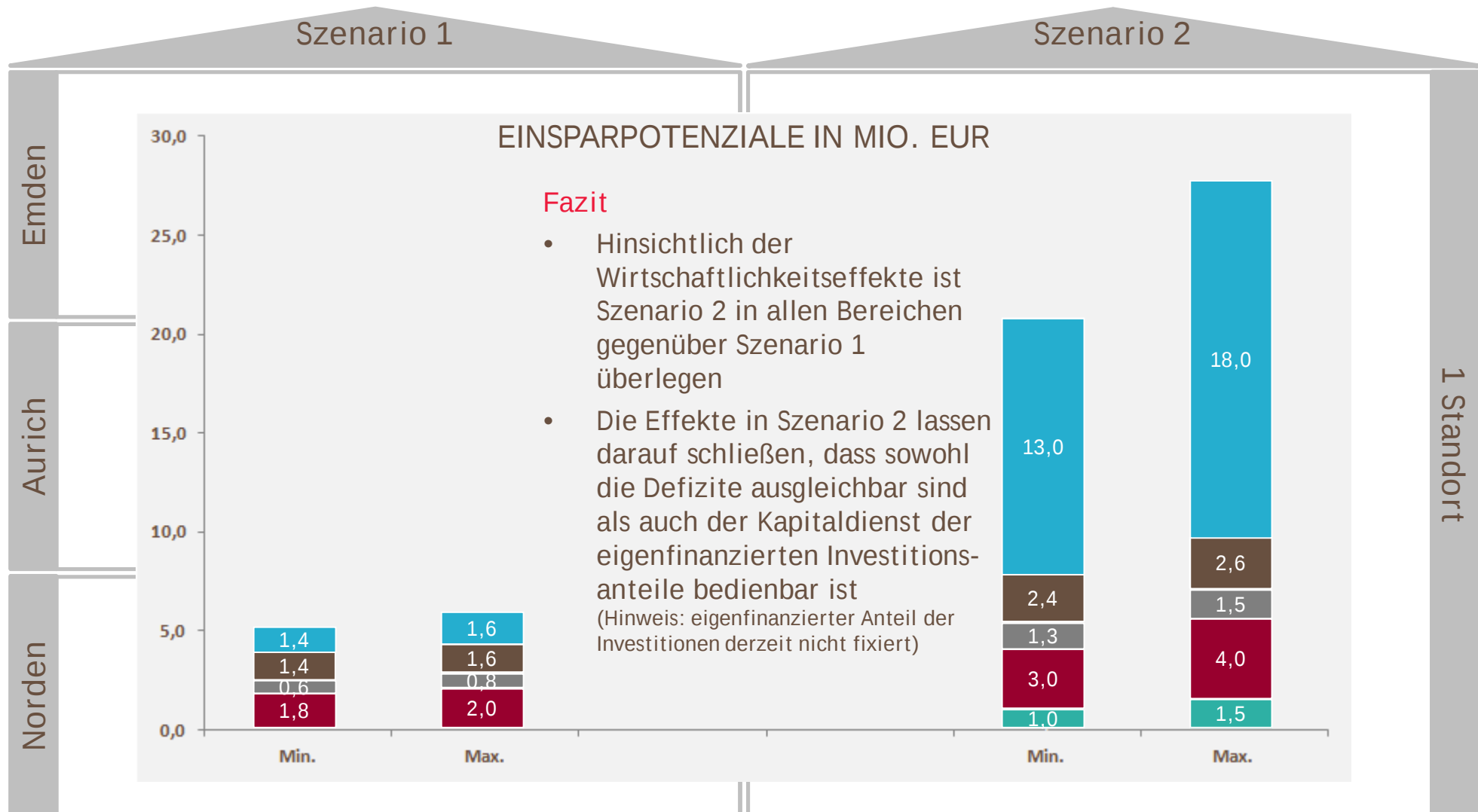
WIRTSCHAFTLICHKEITSEFFEKTE GESAMT

Gesamtdarstellung bei Mittelwertbetrachtung



Bei Ansatz des Mittelwertes in Szenario 2 wären ca. 8 Mio. EUR p.a. für die Finanzierung des Neubaus vorhanden

ZUSAMMENFASSUNG WIRTSCHAFTLICHKEITSEFFEKTE



INVESTITIONSBEDARF SZENARIO 1 UND 2

Investitionskosten Neubau

- Die nachfolgend dargestellten Investitionskosten basieren auf Anhaltswerten vergleichbarer Neubauten (z.B. Kosten je Bett):
 Somatik (661 Betten): Investitionskosten: 180 - 195 Mio. EUR
 Psychiatrie (150 Betten): Investitionskosten: 30 - 40 Mio. EUR
- Eine genaue Schätzung der Investitionskosten kann erst im Rahmen der Stufe II der Machbarkeitsstudie durch eine bauliche Zielplanung vorgenommen werden

Investitions- und Baumaßnahmen nach Jahren (2014 - 2019) Klinikum U-E-K Aurich/Norden & Emden	Szenario A (Erhalt der 3 Standorte) - abzgl. Förder- und Drittmittel	Szenario B (Zentralklinikum) - abzgl. Förder- und Drittmittel	Differenz Szenario A zu Szenario B
Summe Investitions- und Baumaßnahmen 2014 bis 2019	98,36 Mio €	35,66 Mio €	62,70 Mio €
Ø jährliche Kosten für Investitionen und Baumaßnahmen (2014-2019)	16,39 Mio €	5,94 Mio €	

ZUSAMMENFASSUNG WIRTSCHAFTLICHKEIT

Vorteile

Szenario 1



Nachteile

- 
- Geringe Einsparpotenziale einhergehend mit Schwierigkeiten der Realisierung
 - Kein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb sichtbar
 - Fortführung des Instandhaltungssaus zwingt zu Investitionen ohne einhergehende Strukturoptimierungen
 - Management- und Organisationsaufwand im Routinebetrieb deutlich höher

Vorteile

Szenario 2



Nachteile

- Höhere Einsparpotenziale, die Konsolidierung und Neubaufinanzierung ermöglichen
 - Neue Rahmenbedingungen erleichtern die Realisierung der Einsparpotenziale
 - Investition in Strukturoptimierung
 - Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit des Geschäftsbetriebs scheint möglich
- Hoher Management- und Organisationsaufwand vor und zur Inbetriebnahme des Neubaus

AGENDA



- 1 Ausgangssituation & Auftrag
- 2 Medizinkonzept
- 3 Wirtschaftlichkeitseffekte & Investitionen
- 4 Finanzplanung
- 5 Weitere Aspekte & offene Punkte
- 6 Fazit

FINANZPLANUNG MACHBARKEITSSTUDIE STUFE I

Ziele und Vorgehensweise der Finanzplanung

Planungsziel: Testung der Tragfähigkeit der Szenarien

- Bildung diverser Subszenarien:
 - worst case
 - middle case
 - best case
 - in Kombination mit verschiedenen realen Fördermittelquoten (Ø Förderquote Erfahrung BDO +/- 10 Prozentpunkte)
- Frage: Ist die Tragfähigkeit des Konzeptes Zentralkrankenhaus nach heutigem Kenntnisstand überwiegend wahrscheinlich?
- Darstellung Risiken und offene Punkte

ERGEBNISSE FINANZPLANUNG

Ergebnismatrix - Szenarienbetrachtung

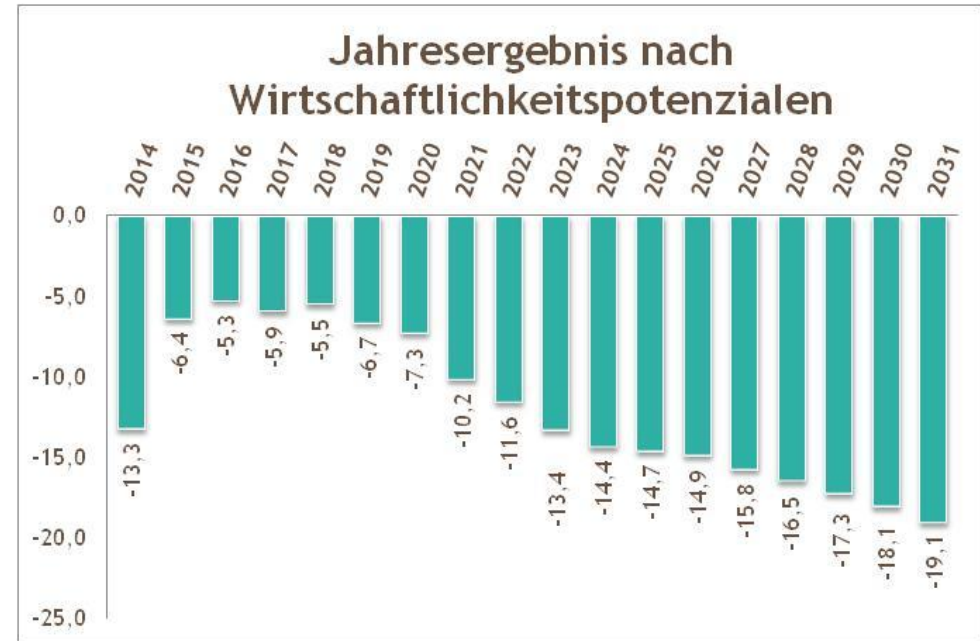
	Szenario 1			Szenario 2a			Szenario 2b		
	3 Standorte			1 Standort Somatik + 1 Standort Psychiatrie			1 Standort Somatik + 2 Altstandorte Psychiatrie		
Fördermittel- quote	worst-case	middle-case	best-case	worst-case	middle-case	best-case	worst-case	middle-case	best-case
./. .									
Ø BDO - 10 PP									
Ø BDO									
Ø BDO + 10 PP									

	hohe positive Jahresergebnisse (mind. 3 Mio. EUR)
	positive Jahresergebnisse (mind. 1 Mio. EUR)
	positive/negative Jahresergebnisse
	negative Jahresergebnisse
	hohe negative Jahresergebnisse (mind. 1 Mio. EUR)

ERGEBNISSE FINANZPLANUNG

Ausgewählte Einzelszenarien Szenario 1 – best-case

Planungsszenarien	
Szenariodarstellung	Szenario 1
Szenario-Entwicklung Wirtschaftlichkeitseffekte	best
Planungsindizes (middle-case)	
Steigerung Landesbasisfallwert (ab 2016)	2,1%
Personalkosten-Index Ärztlicher Dienst	3,0%
Personalkosten-Index Übrige Dienstarten	2,5%
Produktivitätsindizes (middle-case)	
Produktivitätsindex Sachkosten (ab 2024)	0,40%
Produktivitätsindex Personalkosten (ab 2024)	0,40%

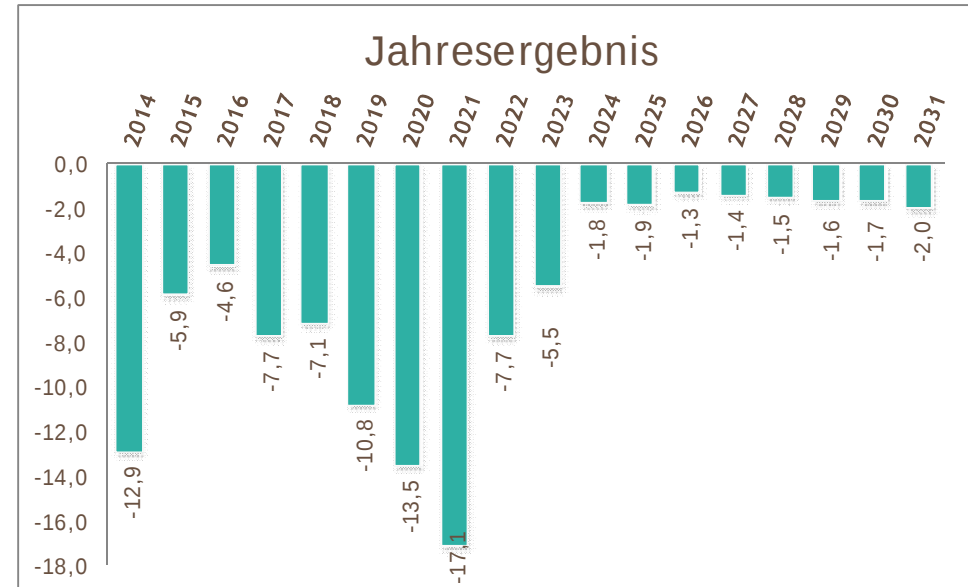


- Fusionseffekte verpuffen ab 2020
- Steigende Defizite
- Keine Investitionsfähigkeit
- Existenzgefährdung

ERGEBNISSE FINANZPLANUNG

Ausgewählte Einzelszenarien Szenario 2b worst-case

Planungsszenarien	
Szenariodarstellung	Szenario 2
Szenario-Entwicklung Wirtschaftlichkeitseffekte	worst
Planungsindizes (middle-case)	
Steigerung Landesbasisfallwert (ab 2016)	2,1%
Personalkosten-Index Ärztlicher Dienst	3,0%
Personalkosten-Index Übrige Dienstarten	2,5%
Produktivitätsindizes (middle-case)	
Produktivitätsindex Sachkosten (ab 2024)	0,40%
Produktivitätsindex Personalkosten (ab 2024)	0,40%
Finanzierungsszenario	
Investitionsbedarf	ohne Psychiatrie
Förderanteil	Ø BDO – 10 PP
Zinssatz	4,5%
Laufzeit Jahre	30
Baupreisindexierung (bis 2017)	2,5%
Investitionssumme (ohne Indizierung)	180.000.000 €
Investitionssumme (inkl. Indizierung)	200.250.000 €
Kapitalbedarf	120.150.000 €
Fördersumme	80.100.000 €

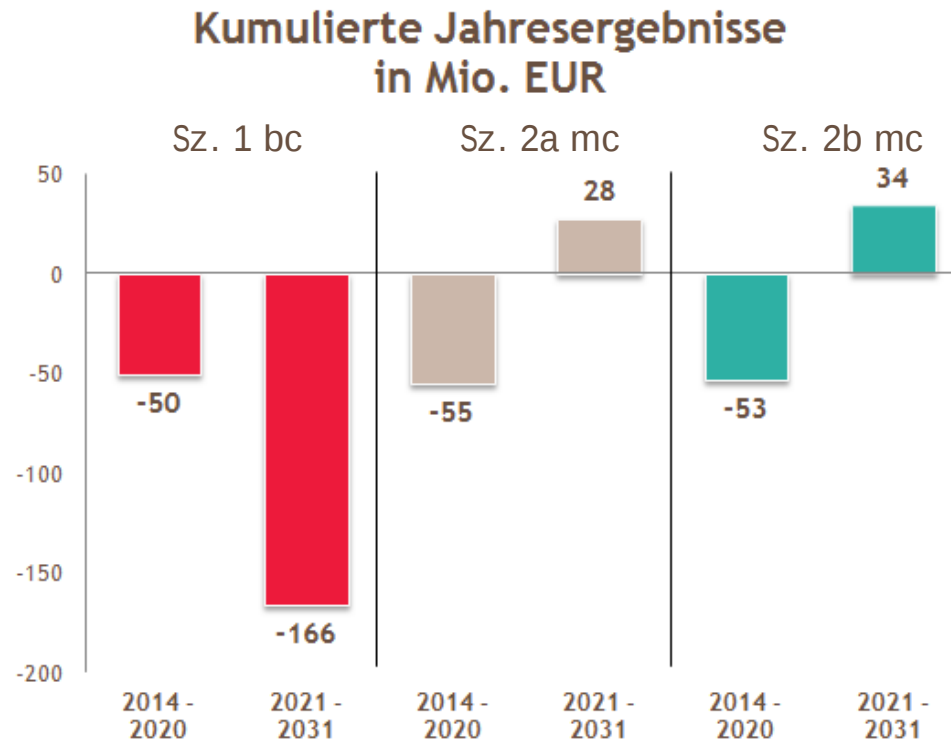


- Vorteil gegenüber der Variante mit Psychiatrie liegt bei ca. 800 TEUR p. a.

ERGEBNISSE FINANZPLANUNG

Ausgewählte Einzelszenarien im Vergleich

Darstellung Szenario 1 best-case mit Szenario 2 middle-case

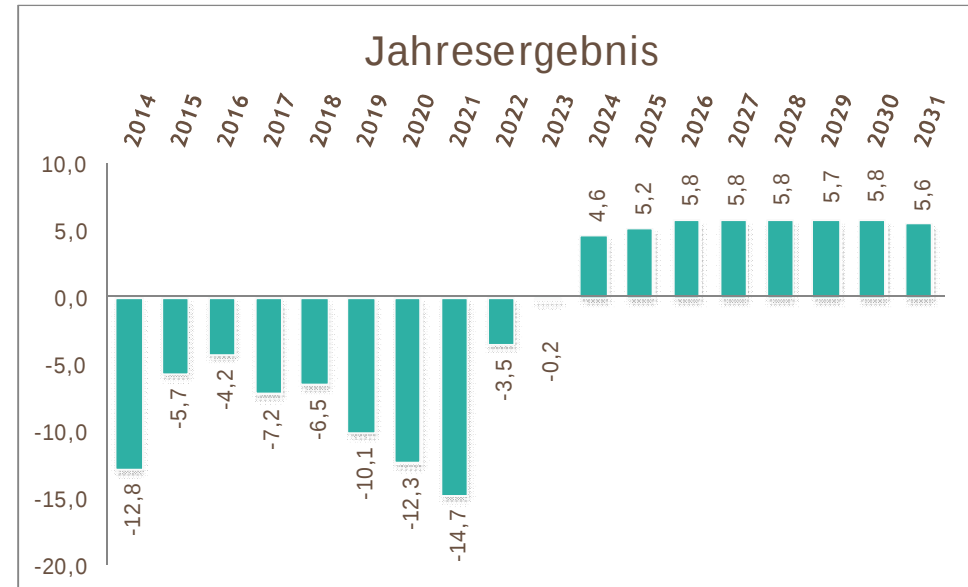


Unterschied zwischen den Szenarien wird mit Fortschreibung des Planungszeitraums größer!

ERGEBNISSE FINANZPLANUNG

Ausgewählte Einzelszenarien Szenario 2a middle-case

Planungsszenarien	
Szenariodarstellung	Szenario 2
Szenario-Entwicklung Wirtschaftlichkeitseffekte	middle
Planungsindizes (middle-case)	
Steigerung Landesbasisfallwert (ab 2016)	2,1%
Personalkosten-Index Ärztlicher Dienst	3,0%
Personalkosten-Index Übrige Dienstarten	2,5%
Produktivitätsindizes (middle-case)	
Produktivitätsindex Sachkosten (ab 2024)	0,40%
Produktivitätsindex Personalkosten (ab 2024)	0,40%
Finanzierungsszenario	
Investitionsbedarf	mit Psychiatrie
Förderanteil	Ø BDO
Zinssatz	4,5%
Laufzeit Jahre	30
Baupreisindexierung (bis 2017)	2,5%
Investitionssumme (ohne Indizierung)	210.000.000 €
Investitionssumme (inkl. Indizierung)	233.625.000 €
Kapitalbedarf	116.812.500 €
Fördersumme	116.812.500 €

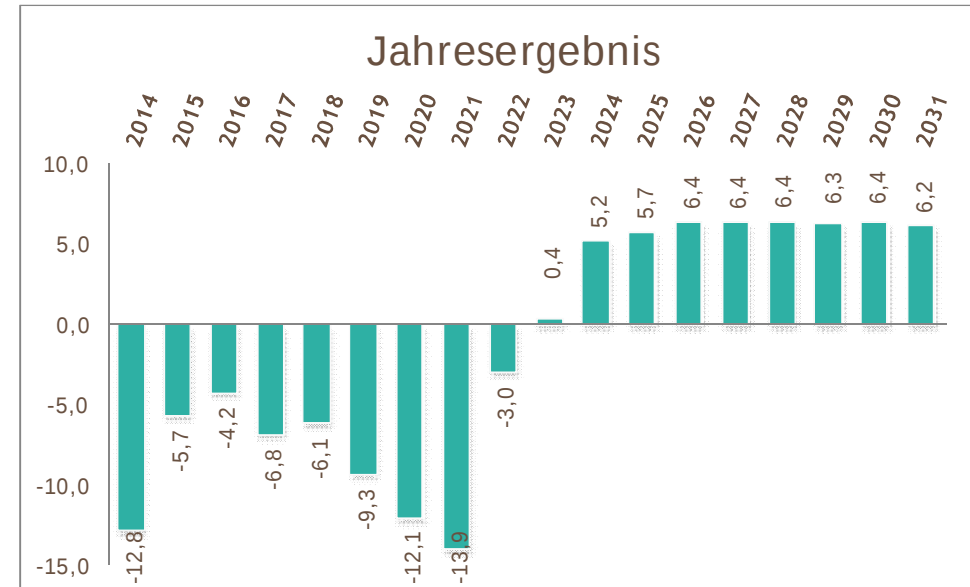


- Positive Jahresergebnisse
- Nachhaltig gute EBITDA-Marge
- Wettbewerbs-, Rendite- und Investitionsfähigkeit gegeben

ERGEBNISSE FINANZPLANUNG

Ausgewählte Einzelszenarien Szenario 2b middle-case

Planungsszenarien	
Szenariodarstellung	Szenario 2
Szenario-Entwicklung Wirtschaftlichkeitseffekte	middle
Planungsindizes (middle-case)	
Steigerung Landesbasisfallwert (ab 2016)	2,1%
Personalkosten-Index Ärztlicher Dienst	3,0%
Personalkosten-Index Übrige Dienstarten	2,5%
Produktivitätsindizes (middle-case)	
Produktivitätsindex Sachkosten (ab 2024)	0,40%
Produktivitätsindex Personalkosten (ab 2024)	0,40%
Finanzierungsszenario	
Investitionsbedarf	ohne Psychiatrie
Förderanteil	Ø BDO
Zinssatz	4,5%
Laufzeit Jahre	30
Baupreisindexierung (bis 2017)	2,5%
Investitionssumme (ohne Indizierung)	180.000.000 €
Investitionssumme (inkl. Indizierung)	200.250.000 €
Kapitalbedarf	100.125.000 €
Fördersumme	100.125.000 €



- Vorteil gegenüber der Variante mit Psychiatrie liegt bei ca. 600 TEUR p. a.

ERGEBNISRISIKEN NACHNUTZUNG DER ALTSTANDORTE

Vorbemerkung

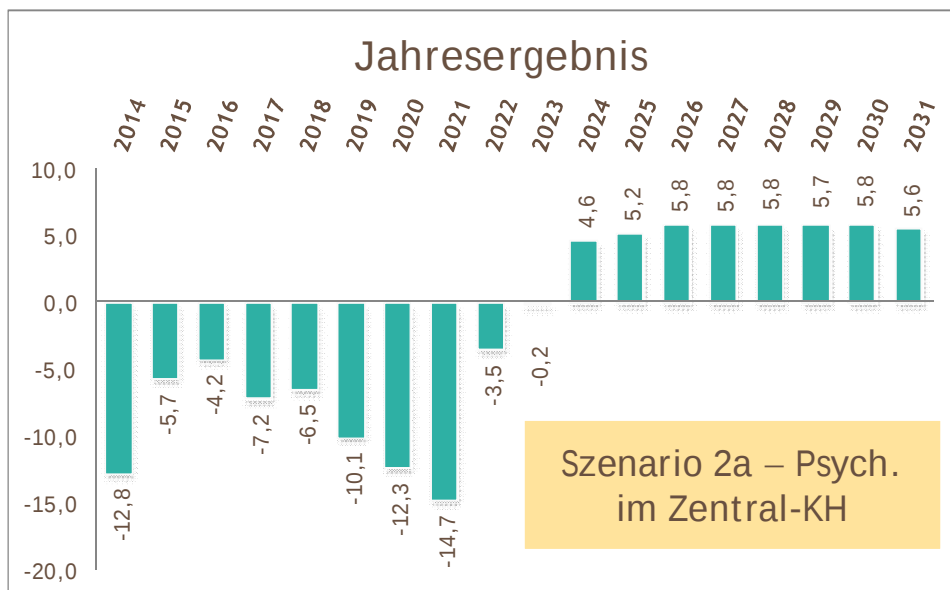


- Die Höhe einer ggf. im Jahr der (Teil-)Schließung der Altstandorte das Jahresergebnis erfolgenden Ergebnisbelastung ist maßgeblich von dem gefundenen Nachnutzungs-konzept abhängig.
- Ggf. muss eine Korrektur der momentan als Gebäudewerte in den Büchern enthaltenen Beträge auf den beizulegenden Wert erfolgen, die sich auf das Jahresergebnis im Schließungsjahr auswirkt.
- Bei der Annahme einer Vermietung der Altgebäude im Zuge der Nachnutzung kann eine solche Korrektur teilweise oder vollständig vermieden werden.

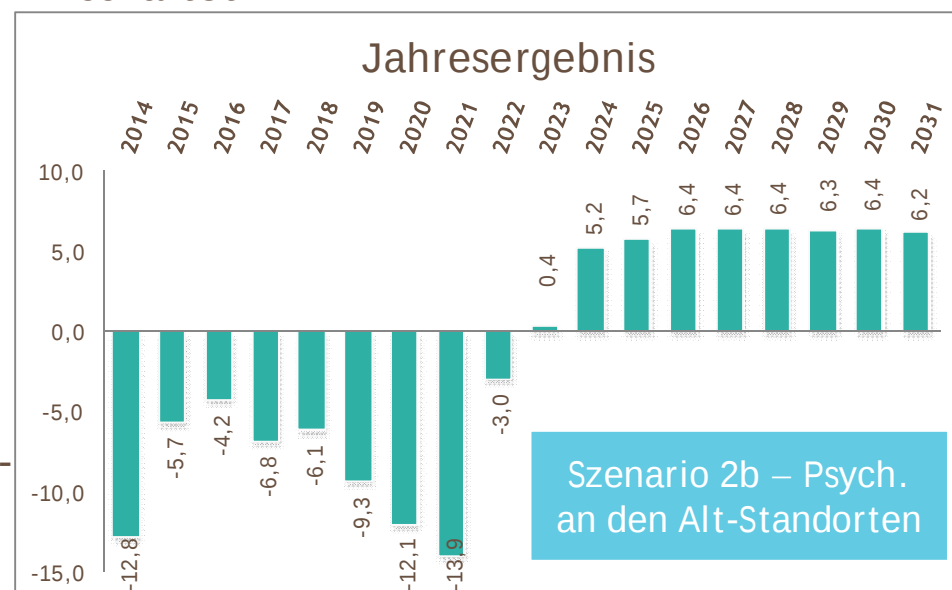
ERGEBNISRISIKEN NACHNUTZUNG DER ALTSTANDORTE

Szenario 2 a + b middle-case

Exkurs:
Nachnutzungsrisiko



- rd. 3,4 Mio. EUR Abschreibungen auf das mit Eigenmitteln finanzierte Sachanlagevermögen in 2013 (mit sinkender Höhe im Verlauf der Jahre)
- Betrag wird im middle-case durch die Jahresergebnisse ab Neubauinbetriebnahme erwirtschaftet



- 3,4 Mio. EUR stellen das maximale jährliche Risiko dar
- Eine Nachnutzung der Gebäude, z. B. durch Vermietung, kann diesen Betrag deutlich reduzieren, bis hin zur realistischen Chance, dass die Mieterlöse die Aufwendungen übersteigen

ZUSAMMENFASSUNG FINANZPLANUNG

Szenario 1

Emden

Aurich

Norden

- In keinem Szenario des 3-Standort-Konzeptes ist ein defizit- und zuschussfreier Betrieb ersichtlich
- Investitionsfähigkeit wird nicht erreicht
- Existenzgefährdung wird früher oder später eintreten

Szenario 2

1 Standort

- Aus heutiger Sicht ist die Tragfähigkeit des Konzeptes überwiegend wahrscheinlich
- Ein defizit- und zuschussfreier Betrieb kann ermöglicht werden
- Die Investitionsfähigkeit ist erreichbar
- Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit des Geschäftsbetriebs scheint möglich
- Umsetzung ist nicht risikofrei, jedoch ist das Finanzrisiko deutlich geringer als im best case „3-Standort-Konzept“

AGENDA



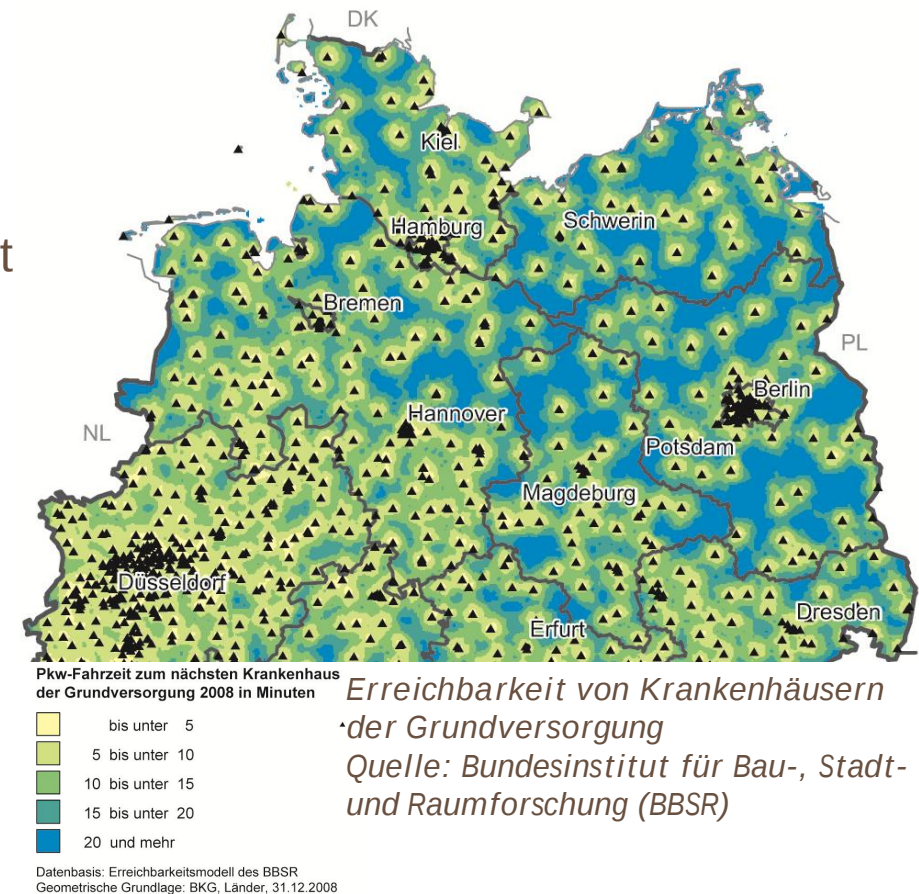
- 1 Ausgangssituation & Auftrag
- 2 Medizinkonzept
- 3 Wirtschaftlichkeitseffekte & Investitionen
- 4 Finanzplanung
- 5 Weitere Aspekte & offene Punkte
- 6 Fazit

WEITERE ASPEKTE & OFFENE PUNKTE

Versorgungsdichte und Erreichbarkeit

Welche Konsequenzen (z. B. Fahrtzeiten) ergeben sich durch die Errichtung und den Betrieb eines Zentralkrankenhauses aus Sicht der Patienten des gesamten Einzugsgebietes?

- Für einen Großteil der Bevölkerung verändert sich die Fahrtzeit nur marginal, da sich der Neubau zwischen den 3 Standorten befindet
- Im IST liegt die Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung außerhalb von Ballungszentren >20 Minuten

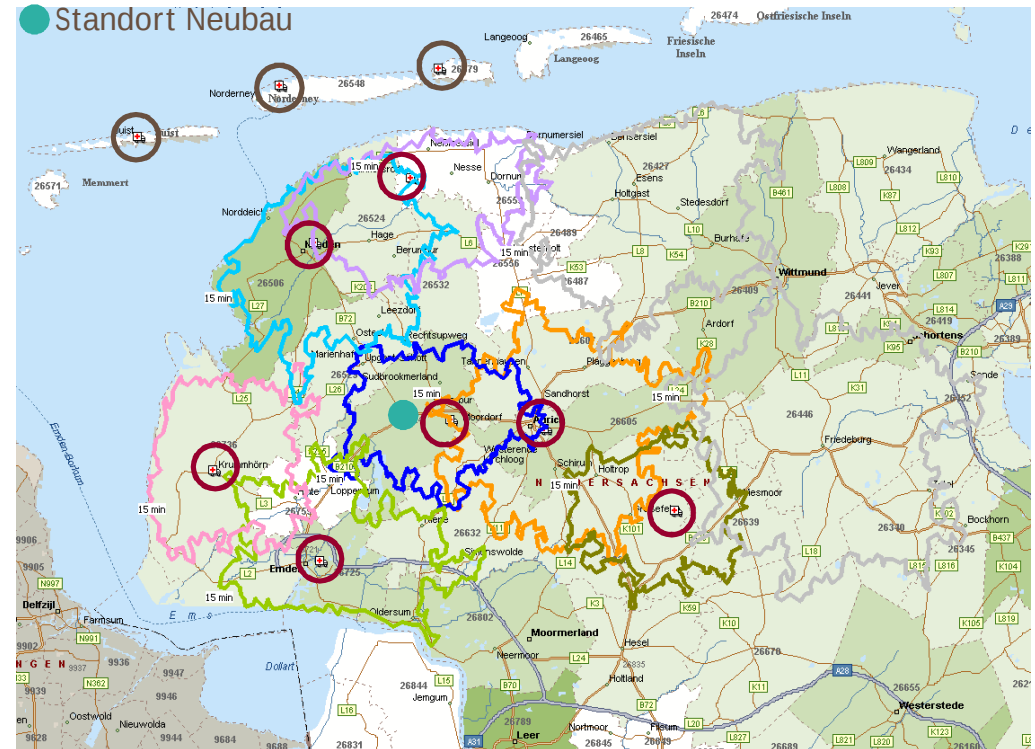


WEITERE ASPEKTE & OFFENE PUNKTE

Rettungsdienstversorgung

Auswirkungen auf den Rettungsdienst

- Das Rettungsdienstgesetz schreibt vor, dass in Niedersachsen in einer 15-Minuten-Frist das erste Rettungsfahrzeug am Notfallort eintreffen muss und zwar in 95 Prozent aller Fälle
- Landkreis Aurich
 - Rettungswachen: Aurich (+ Außenstelle Moordorf), Norden (+ Außenstelle Nesse), Spetzerfehn
 - Inseln: Norderney, Juist und Baltrum
 - Standort Krummhörn/Pewsum
- Stadt Emden/DRK-Emden



Übersicht über die Standorte der Rettungsdienste und der jeweiligen 15 Minuten Fahrtzeitzone inkl. angrenzende 15 Minuten Fahrtzeitzone vom Rettungsdienst LK Wittmund

WEITERE ASPEKTE & OFFENE PUNKTE

Wohnortnahe Versorgungsqualität in den Städten

Unter welchen Bedingungen ist die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen bei Errichtung und Betrieb eines Zentralkrankenhauses gewährleistet?

Versorgung tagsüber (Mo.-Fr.)		
Patientenzustand	3-Standorte	Zentral- krankenhaus
Rein ambulant & Eigenmobilität gegeben	Vertragsärzte oder MVZ	Vertragsärzte oder MVZ
Stationäre Behandlungsbedürftigkeit unklar & Eigenmobilität gegeben	Vertragsärzte, MVZ oder Krankenhaus	Vertragsärzte, MVZ oder Krankenhaus
Stationäre Behandlungsbedürftigkeit <u>unklar</u> & Eigenmobilität <u>nicht</u> gegeben	Rettungsdienst	Rettungsdienst
Stationäre Behandlungsbedürftigkeit <u>gegeben</u> & Eigenmobilität <u>nicht</u> gegeben	Rettungsdienst	Rettungsdienst

Keine
Veränderung
der
Versorgungs-
qualität
tagsüber

WEITERE ASPEKTE & OFFENE PUNKTE

Wohnortnahe Versorgungsqualität in den Städten

Unter welchen Bedingungen ist die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen bei Errichtung und Betrieb eines Zentralkrankenhauses gewährleistet?

Versorgung nachts und am Wochenende		
Patientenzustand	3-Standorte	Zentral- krankenhaus
Rein ambulant & Eigenmobilität gegeben	KV-Notdienst	KV-Notdienst
Stationäre Behandlungsbedürftigkeit unklar & Eigenmobilität gegeben	KV-Notdienst oder Krankenhaus	KV-Notdienst oder Krankenhaus
Stationäre Behandlungsbedürftigkeit <u>unklar</u> & Eigenmobilität <u>nicht</u> gegeben	Rettungsdienst	Rettungsdienst
Stationäre Behandlungsbedürftigkeit <u>gegeben</u> & Eigenmobilität <u>nicht</u> gegeben	Rettungsdienst	Rettungsdienst

Rd. 10-15 Min.
längere
Anfahrtszeit
sofern KV-
Notdienst
nicht greift
keine
Veränderung
der
Versorgungs-
qualität

WEITERE ASPEKTE & OFFENE PUNKTE

Wohnortnahe Versorgungsqualität in den Städten

Unter welchen Bedingungen ist die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen bei Errichtung und Betrieb eines Zentralkrankenhauses gewährleistet?

- Eine vom KH zu verantwortende ambulante 24/7-Versorgung in den Städten ist nicht finanzierbar
 - Mehrkosten für eine ambulante 24/7-Versorgung durch das Krankenhaus: ca. **3,65 Mio. € p.a.**; zusätzliches Problem: ausreichende Anzahl an Ärzten
 - Voraussichtlich müsste eine Vielzahl an Honorarärzten beschäftigt werden. Hierdurch ggf. Erhöhung der Kosten auf bis zu **4,5 bis 5,0 Mio. € p. a.**

WEITERE ASPEKTE & OFFENE PUNKTE

Inselversorgung

Was verändert sich für die Patienten von den relevanten Inseln (insb. Norderney, Baltrum und Juist) durch einen möglichen Neubau?

- Das grundlegende Problem der Versorgung auf der Insel Norderney ist gesondert zu lösen
- Auf den Inseln gibt es jeweils Rettungswachen/-dienste, die die Notfallversorgung sicherstellen und die Transporte organisieren
- Es ist für die Patientenversorgung anzunehmen, dass sich aufgrund der Größe des Neubaus ggü. der Altstandorte eine „Qualitätsverbesserung“ einstellt, da alle Fachabteilungen und Spezialisierungen an einem Standort gebündelt sind und damit auch alle notwendigen Qualifikationen des Personals vorhanden sind

WEITERE ASPEKTE & OFFENE PUNKTE

Risiken und offene Punkte

- Fusionsrisiken (insb. Kartellrecht)
- Fördermittelquote
- Infrastrukturelle Anbindung
- Bankenkonsortium zur Fremdfinanzierung
- Entwicklungssensitivität (z. B. Entwicklung Landesbasisfallwert), aber:
Es ist immer der Vergleich zum Status Quo zu ziehen
- Betriebswirtschaftlicher Handlungsfreiraum: die neue Gesellschaft muss – einem Kommunalunternehmen angemessen - unternehmerisch handeln können

AGENDA



- 1 Ausgangssituation & Auftrag
- 2 Medizinkonzept
- 3 Wirtschaftlichkeitseffekte & Investitionen
- 4 Finanzplanung
- 5 Weitere Aspekte & offene Punkte
- 6 Fazit

ZUSAMMENFASSENDE WÜRDIGUNG

Szenario 1



Szenario 2



MEDIZIN-KONZEPT

- Fixiertes Medizinkonzept
- Absehbare Qualitätsprobleme
- Geringe Attraktivität

- Innovatives Medizinkonzept
- Fit für die Zukunft
- Attraktiv für Fachkräfte

WIRTSCHAFT-LICHKEIT

- Geringe Einsparpotenziale
- Erschwerte Realisierung
- Kein wirtschaftlicher Betrieb sichtbar
- Existenzgefährdung

- Maßgebliche Einsparpotenziale durch Optimierung des Kerngeschäftes
- Bessere Realisierungschancen durch neue Strukturen
- Sicherung Geschäftsbetrieb möglich

INVESTITIONEN

- Hoch und ohne Strukturoptimierung
- Keine Aussicht auf maßgebliche Einzelförderung

- Hoch, aber Strukturoptimierung
- Aussicht auf relevante Einzelförderungen

FINANZPLANUNG

- Keine Aussicht auf wirtschaftliche Existenzsicherung

- Überwiegende Anzahl der Szenarien mit Aussicht auf wirtschaftliche Existenzsicherung

VERSORGUNGS-SITUATION

- Versorgungssituation = Status Quo
- Risiko: Besetzung der Dienste für die 24/7 Versorgung bei 3-fach-Vorhaltung

- Weiterhin gute Erreichbarkeit
- Weiterhin gutes Versorgungsniveau in den Städten

RISIKEN

- Wirtschaftlich nicht tragfähig
- Qualitativ fragwürdig

- Fördermittel
- Nachnutzung
- Finanzierende Banken

MACHBARKEITSSTUDIE ZENTRAALKRANKENHAUS

Fazit & Empfehlung

- Eindeutige Vorteilhaftigkeit des Zentralkrankenhauses
- Zentralisierung der Psychiatrie kann offen gehalten werden
- Dauerhafter Betrieb an drei Standorten kaum möglich
- Zentralkrankenhaus trägt sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit selbst (FöMi)
- Investitionsfähigkeit kann erreicht werden
- Große Managementherausforderung für alle Gesellschaftsorgane
- Bevölkerung, Mitarbeiterschaft, Kostenträger, Vertragsärzte, Ministerium und Banken müssen mitgenommen werden
- Gesellschaft darf nicht mit Altlasten versehen werden



Aus Sicht der BDO ist das Zentralkrankenhaus eine große Chance und sollte mit hoher Priorität weiter verfolgt werden