



# **Analyse zur zukünftigen Krankenhausstruktur im Landkreis Oberhavel**

**Dr. Martin Albrecht, IGES Institut**

Information der Abgeordneten des Kreistags Oberhavel, 11. Februar 2025



## Historie

- 1980 Gründung als unabhängiges Institut (aus der TU Berlin heraus)
- eines der größten privaten Forschungs- und Beratungsinstitut im deutschen Gesundheitswesen
- Erfahrung auf Basis von mehr als 6.000 Forschungs- und Beratungsprojekten, 130 Mitarbeiter

## Tochtergesellschaften (IGES Gruppe)

- CSG Clinische Studien Gesellschaft, Berlin (Klinische Studien)
- IMC clinicon, Berlin (Beratung von Krankenhäusern)
- HealthEcon AG, Basel (Gesundheitsökonomie für die Lifesciences-Industrie)
- Optimaxx Access UK (Gesundheitsökonomie)
- AiM, Lörrach; Device Access, UK; MeditecAccess, Frankreich (Beratung für die Medizintechnikbranche)
- FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt, Hamburg (Beratung für das Wohnungswesen, Stadt-, Regional- und Umweltplanung)
- IGES Mobility (Verkehr- und Mobilitätsberatung, Klimaschutz)

## Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (IGES Gruppe)

- rund 220 Experten (Medizin, Pharmazie, Ökonomie/Sozialwissenschaften, Psychologie, Statistik/Mathematik, Verkehrswesen, Verwaltungswissenschaften u.a.)
- multi-/interdisziplinäre Projektteams

## Zahlreiche Projekte und Gutachten zu Fragen der Gesundheitspolitik und der medizinischen Versorgung

- Gutachten für Bundes-/Landesministerien und Kommunen, Kostenträger, Leistungserbringer und Industrie
- zu Fragen der Kapazitätsplanung (Krankenhäuser, Ärzte), zu den Wirkungen von Gesetzen und Regulierungen im Gesundheitswesen und zur Organisation der Versorgung
- Beispiele:
  - AOP-Gutachten (Ambulantisierung) (2021-2022)
  - Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg (2016-2020),
  - Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg (2023-2025)

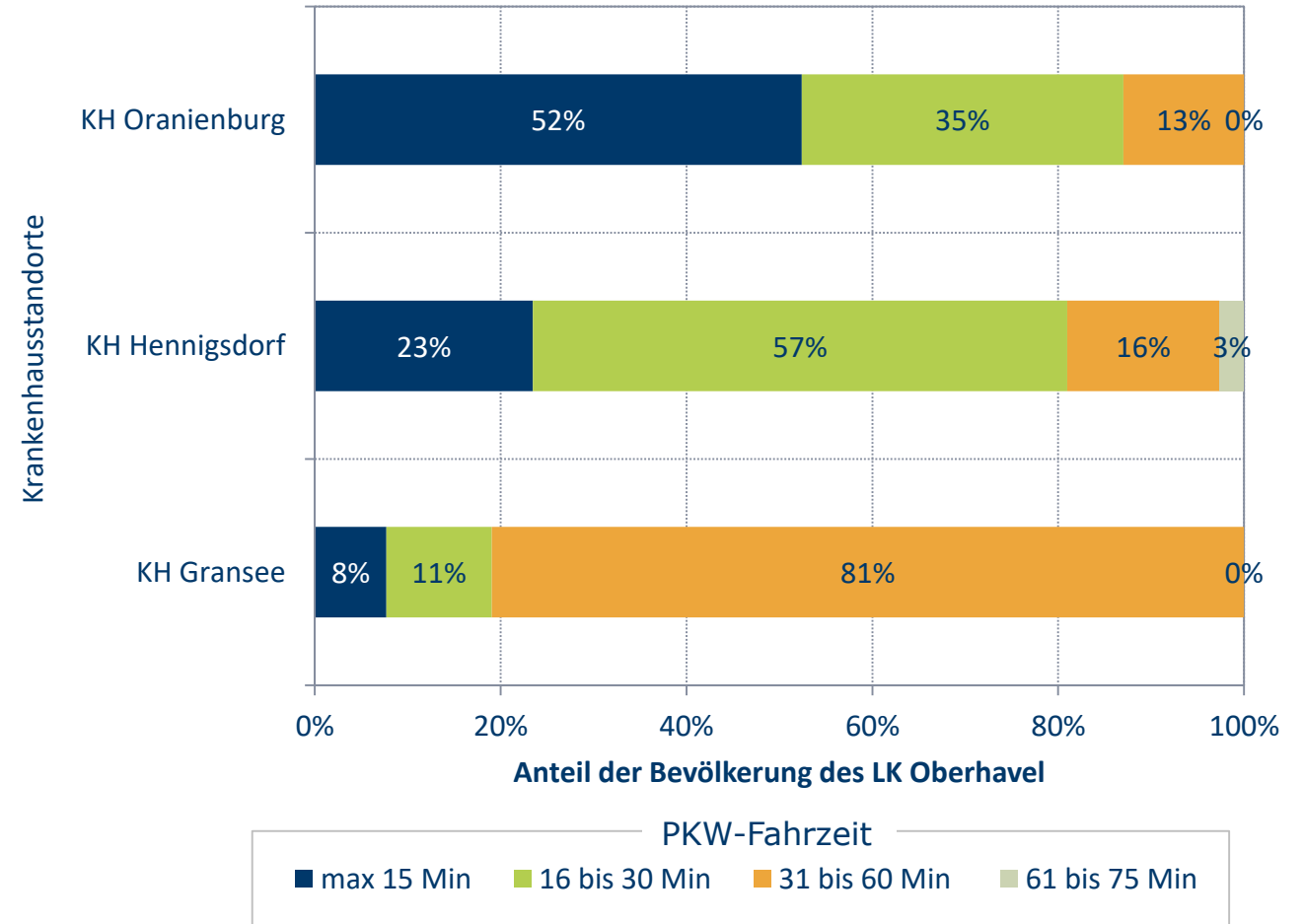
## Analyse zur zukünftigen Krankenhausstruktur im Landkreis Oberhavel

- Auftrag durch Aufsichtsrat vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen (zunehmender Insolvenzwahrscheinlichkeiten im Krankenhausbereich, Krankenhausreform)

# 1. Erreichbarkeit

# Erreichbarkeit der Klinikstandorte – Oranienburg am besten erreichbar

- **87%** der Bevölkerung von OHV können den Standort **Oranienburg** innerhalb von max. 30 PKW-Fahrminuten erreichen.
- Für den Standort **Hennigsdorf** liegt dieser Anteil bei **80%**,
- für den Standort **Gransee** nur bei **19%**.



Quelle: IGES/IMC

## Zwischenfazit: Erreichbarkeit

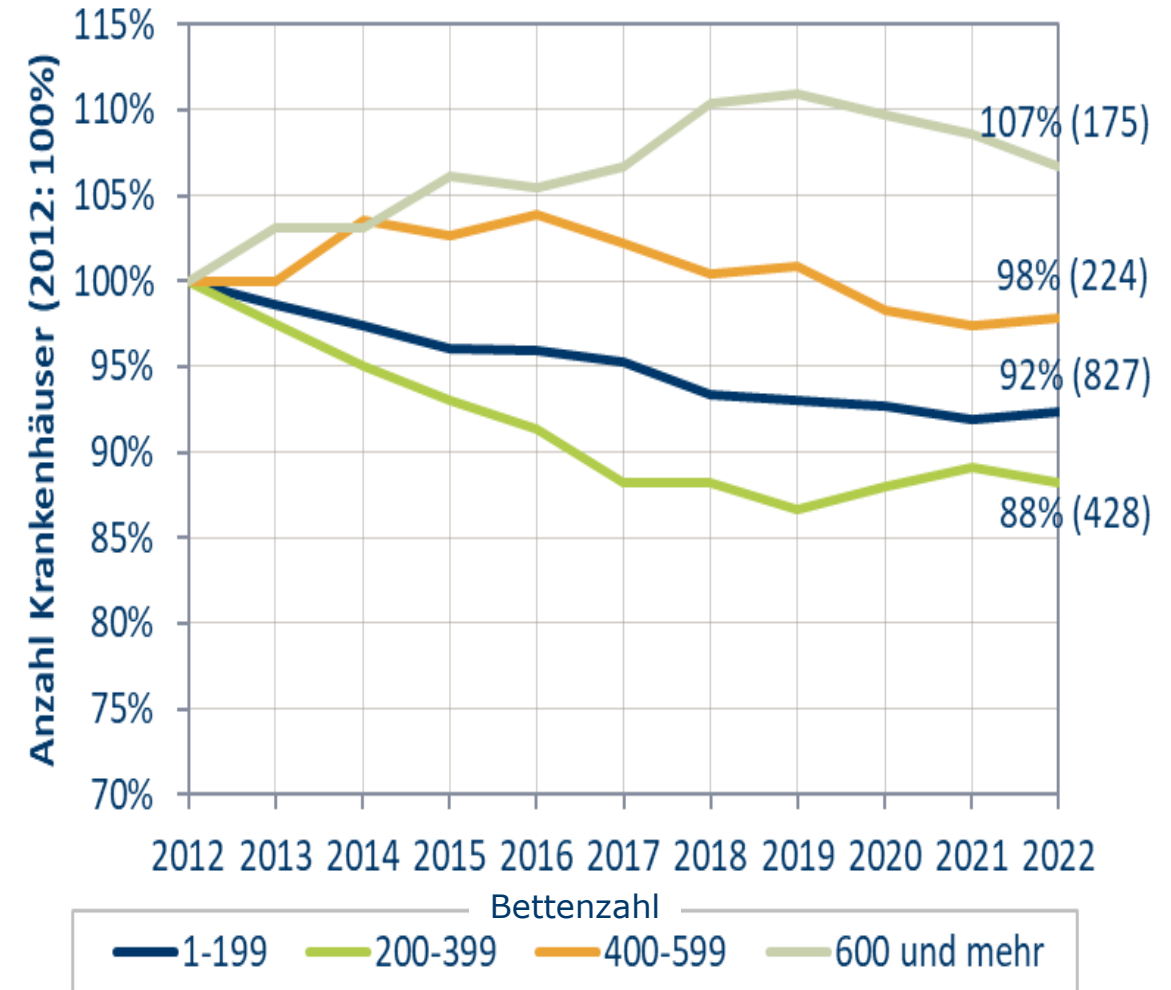
---

- Erreichbarkeit des Standorts Oranienburg am besten.
- Für beide Standorte sind Patienten weit überwiegend Einwohner von OHV, OHV-Patienten beider Standorte kommen überwiegend aus dem Süden des Landkreises.
- Standort HDF zieht etwas stärker Patienten aus Berlin und Havelland an.
- Von den stationär versorgten OHV-Einwohnern können bis zu 80% mit eigenen Angeboten als Patienten gewonnen werden.

## 2. Künftige Entwicklung der Fallzahlen und der bedarfsnotwendigen Kapazitäten

# Rahmenbedingungen für deutsche Krankenhäuser in den letzten Jahren verschlechtert – Besserung nicht in Sicht

- Nach vielen Jahren eines bundesweiten Fallzahlanstiegs an Krankenhäusern schon vor Corona leichte **Fallzahlrückgänge**.
- Deutlicher Fallzahlrückgang infolge der Corona-Pandemie, vollständiger Wiederanstieg auf Vor-Corona-Niveau fraglich.
- Ursachen vor allem erheblicher **Personalmangel** in allen Bereichen eines Krankenhauses, aber auch „Trend zur **Ambulantisierung**“.
- Zunehmend erschwerte **Finanzierungsbedingungen** (sowohl bei Ländern/Steuern als auch bei Krankenkassen/Beiträgen).
- Deutlich gestiegene **Kosten** der personal- und energieintensiven Krankenhäuser führen vermehrt zu **Insolvenzen**.
- Deutlicher Rückgang der Anzahl der **Krankenhausstandorte**, insbesondere der Standorte mit geringeren Bettenzahlen; Ausnahme: (psych.) Fachkliniken.
- Politische Bestrebungen: stärkere **Zentralisierung** der Krankenhausversorgung aus Gründen der Qualität und Wirtschaftlichkeit („500-Bettenhaus als Minimum“).





# Erhebliche stationäre Fallzahlreduzierungen durch Ambulantisierung von Leistungen zu erwarten

Leistungsbereich	Hennigsdorf	Oranienburg	Gesamt
Innere Medizin	-33%	-26%	-30%
Chirurgie	-30%	-38%	-33%
Frauenheilkunde/Geburtshilfe		-24%	-24%
Kinder- und Jugendmedizin		-3%	-3%
HNO	-37%		-37%
Neurologie	-24%		-24%
Intensivmedizin	-2%		-2%
Geriatric	0%		0%
Palliativmedizin	0%		0%
<b>Gesamt</b>	<b>-27%</b>	<b>-13%</b>	<b>-21%</b>

Quelle: IGES/IMC auf Basis von Daten der Oberhavel Kliniken GmbH;  
Berechnungen auf Basis des IGES AOP-Gutachtens

# Aufgrund der gegenläufigen Effekte von Demografie und Ambulantisierung insg. kaum Veränderung des Bettenbedarfs

	Planbetten	aufgestellte Betten 2022	Bettenbedarf 2022*	Bettenbedarf 2030*
Hennigsdorf	458	453	383	382
Oranienburg	203	200	137	130
Gesamt	661	653	520	512

## ...aber Veränderungen der Leistungsstruktur

- deutlicher Anstieg in der Geriatrie (HDF) und Anstieg in Psychiatrie (HDF)
- Rückgänge v. a. in der HNO und Innere (HDF) sowie Gyn/Geb (OBG)
- Standort Oranienburg droht weiter zu schrumpfen.

\*85%/90% Normauslastung für Somatik/PSY, PSM  
Quelle: IGES/IMC auf Basis von Daten Oberhavel Kliniken GmbH

## **3. Zukünftige Anforderungen an Krankenhäuser**

# Künftig neue Grundlagen für die Krankenhausplanung: Leistungsgruppen gemäß KHVVG

---

## **Statt Fachabteilungen künftig detaillierte Planung auf der Ebene von 65 somatischen Leistungsgruppen**

Statt z. B. (wie bisher) Planung der Chirurgie, künftig Planung für die Leistungsgruppen

- Allgemeine Chirurgie
- Endoprothetik Hüfte
- Endoprothetik Knie
- Revision Hüftendoprothese
- Revision Knieendoprothese
- Wirbelsäuleneingriffe
- Thoraxchirurgie
- Bariatrische Chirurgie
- Lebereingriffe
- Ösophaguseingriffe
- Pankreaseingriffe
- Tiefe Rektumeingriffe

# Für die meisten Leistungsgruppen werden detaillierte Anforderungen an die Strukturqualität gelten.

- **Vorgaben** zu Personalausstattung, apparative Ausstattung, gleichzeitig vorzuhaltenden Leistungsgruppen
- Vorgaben gelten grundsätzlich **für jeden Standort** → formaler Facharztbedarf bei Standortfusion prinzipiell halbiert
- Möglichkeiten zur Erfüllung von Anforderungen durch **Kooperationen** (soweit in LG-Qualitätsanforderungen vorgesehen oder bei Fachkliniken und „Sicherstellungskrankenhäusern“)

Leistungsgruppe	Art Anforderung	Vorhaltung Geräte	
Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor 24/7, CT 24/7 mind. in Kooperation, Endoskopie (Regeldienst)	
	Auswahlkriterium	MRT	
	Art Anforderung	Personalqualifikation	Verfügbarkeit
Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 oder Vertragliche Vereinbarung mind. 3 Belegärzte
	Auswahlkriterium	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
	Art Anforderung	Erbringung verwandter LG	
		Standort	Kooperation
Senologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	
	Auswahlkriterium	LB Hämatologie und Onkologie LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Angebot Strahlentherapie	Angebot Nuklearmedizin

- **Mindest-Qualitätsanforderungen** wesentlicher Leistungsgruppen können derzeit **nicht an beiden Standorten** (Hennigsdorf und Oranienburg) gleichzeitig erfüllt werden.
- Dies betrifft sowohl die Anforderungen an **sachliche Ausstattung** als auch an die **personelle Ausstattung** (Qualifikation, Verfügbarkeit).
- Hinzu kommt: Die Erfüllung dieser Mindest-Qualitätsanforderungen gilt auch für weitere Leistungsgruppen (via Anforderung „**Erbringung verwandter Leistungsgruppen**“).
- Anforderungen können durch **Zusammenlegung** der sachlichen/personellen Kapazitäten erfüllt werden (Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie).

## 4. Szenarien und Optionen

## Bedarfs- bzw. Fallzahlentwicklung

- Bevölkerungsentwicklung (Demographie → Zu-/Wegzug)
- Ambulantisierung

## Regulatorische Qualitätsanforderungen

- Mindestmengen
- Mindeststrukturvoraussetzungen (→ PPUG, OPS, NRW-Leistungsgruppen)

## qualitative Parameter

- Wirtschaftlichkeit (→ Vorhaltefinanzierung)
- zusätzliche Fördermittel (→ Transformationsfonds)
- Personalverfügbarkeit



## Szenario:

- keine/kaum verbesserte Finanzierung
- erhöhte Strukturanforderungen (wie in LG vorgesehen)
- in Summe konstante Fallzahlen
- dauerhafter Personalmangel



# Für die Zukunft ergeben sich im Wesentlichen zwei Optionen

---

**Option 1: Beibehaltung des Status Quo – Erhalt beider Standorte in ihrer gegenwärtigen Form**

**Option 2: Konzentration der (somatischen) Versorgung an einem Standort**

**2a: Konzentration an einem bestehenden Standort**

2a1: Erweiterung Standort Hennigsdorf

2a2: Erweiterung Standort Oranienburg

**2b: Konzentration an neuem Standort**

2b1: Standort-Option 1

2b2: Standort-Option 2

2bn: Standort-Option n

# Option 1: Beibehaltung des Status Quo

## Vorteile

- geringerer Investitionsaufwand als Neu-/Erweiterungsbau
- keine Veränderungen bei Fahrwegen für Personal

**Fazit: Option 1 wird nicht empfohlen**

## Nachteile

- hohes Risiko: künftig starke Einschränkungen des Leistungsangebots wegen nicht erfüllter Qualitätsanforderungen
- Doppelstrukturen nachteilig für Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit
- Standorte/Standortflächen stehen nicht ganz/teilweise für Nachnutzung zur Verfügung
- insbesondere Standort OBG aufgrund geringer Größe im Bestand gefährdet
- Erreichbarkeit insbesondere des Standorts HDF für OHV-Bevölkerung suboptimal
- v.a. Standort HDF baulich veraltet
- Sanierungen (v.a. in HDF) im laufenden Betrieb (hohe Belastung der Patienten/Beschäftigten) bzw. unter Verwendung von Ersatzbauten (finanzieller Zusatzaufwand)

# Option 2: Konzentration der Versorgung an einem Standort

## Vorteile ggü. Option 1

- geringeres Risiko von Leistungseinschränkungen: künftige Qualitätsanforderungen besser erfüllbar
- Erhöhung von Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit durch Vermeidung von Doppelstrukturen (Administration, CT, Labor..)
- Verbesserung fachübergreifende Versorgung
- schafft an mindestens einem Standort Möglichkeiten für Nachnutzung
- Ein gemeinsamer Standort würde nach außen kompetenter wirken, wäre für das (knappe) Fachpersonal attraktiver.

## Nachteile ggü. Option 1

- bedeutet Veränderungen für mindestens einen Teil der Belegschaft
- höherer Investitionsaufwand

**Fazit: Option 2 wird empfohlen**

# Option 2a vs. 2b: Konzentration an bestehendem Standort vs. Neubau

## Vorteile Konzentration an bestehendem Standort

- Veränderungen nur für einen Teil der Belegschaft
- evtl. geringerer Investitionsaufwand als Komplett-Neubau
- kürzerer, besser planbarer Zeithorizont

## Vorteile Neubau

- umfassende Modernisierung mit Krankenhausbau möglich (Green Hospital, Hygiene, Digitalisierung) → Verbesserung Versorgungsqualität und Senkung Betriebskosten
- Optimierung der Erreichbarkeit für Einwohner des Landkreises
- höhere Attraktivität eines „neuen Krankenhauses“ für Patienten und Mitarbeiter
- keine Belastung von Mitarbeitern und Patienten durch Erweiterungs-/Sanierungsaufwand im laufenden Betrieb
- keine Kosten für „Zwischenlösungen“
- Krankenhausreform: Konzentration und Mindestabstände zwischen Standorten

# Option 2a: Hennigsdorf vs. Oranienburg

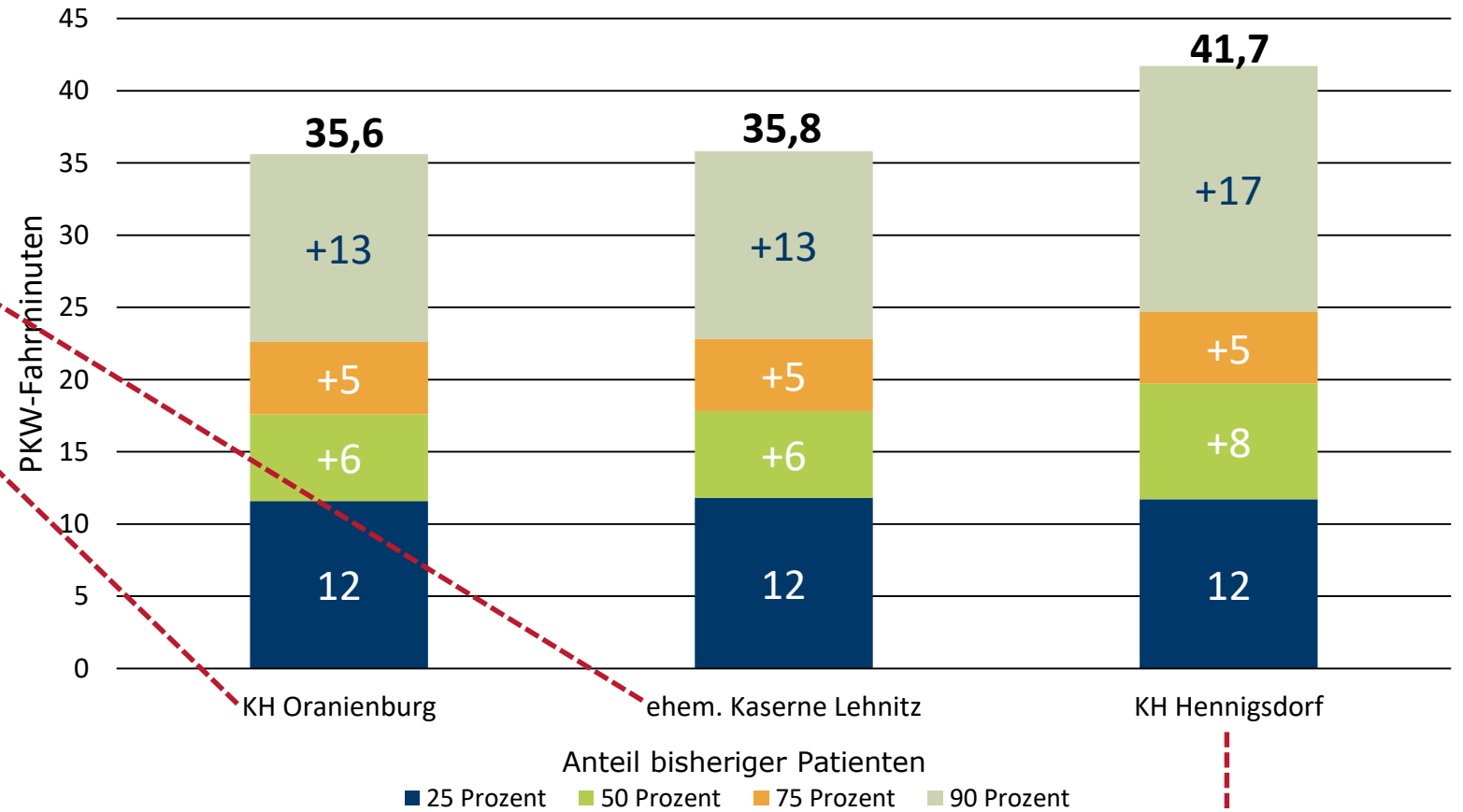
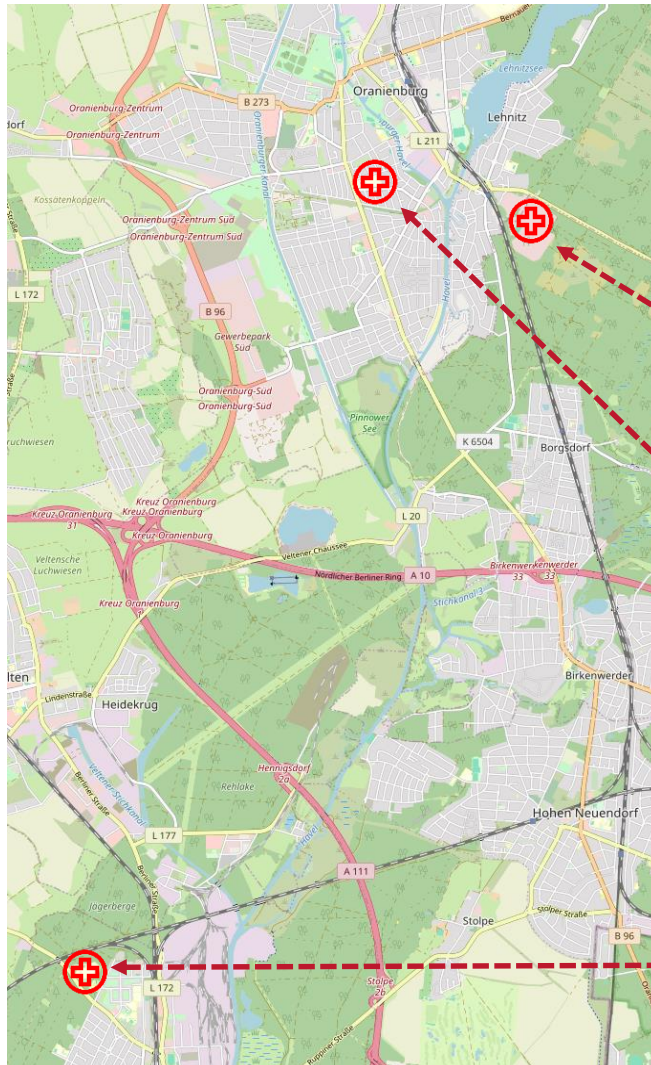
## Vorteile Konzentration HDF

- Verlagerung von klein zu groß: Umzug von 137 Betten (gemäß Bedarfsermittlung)
  - geringerer baulicher Erweiterungs-investitionsbedarf
  - weniger Mitarbeiter von Umzug betroffen
- Freiflächen auf Klinikgelände vorhanden

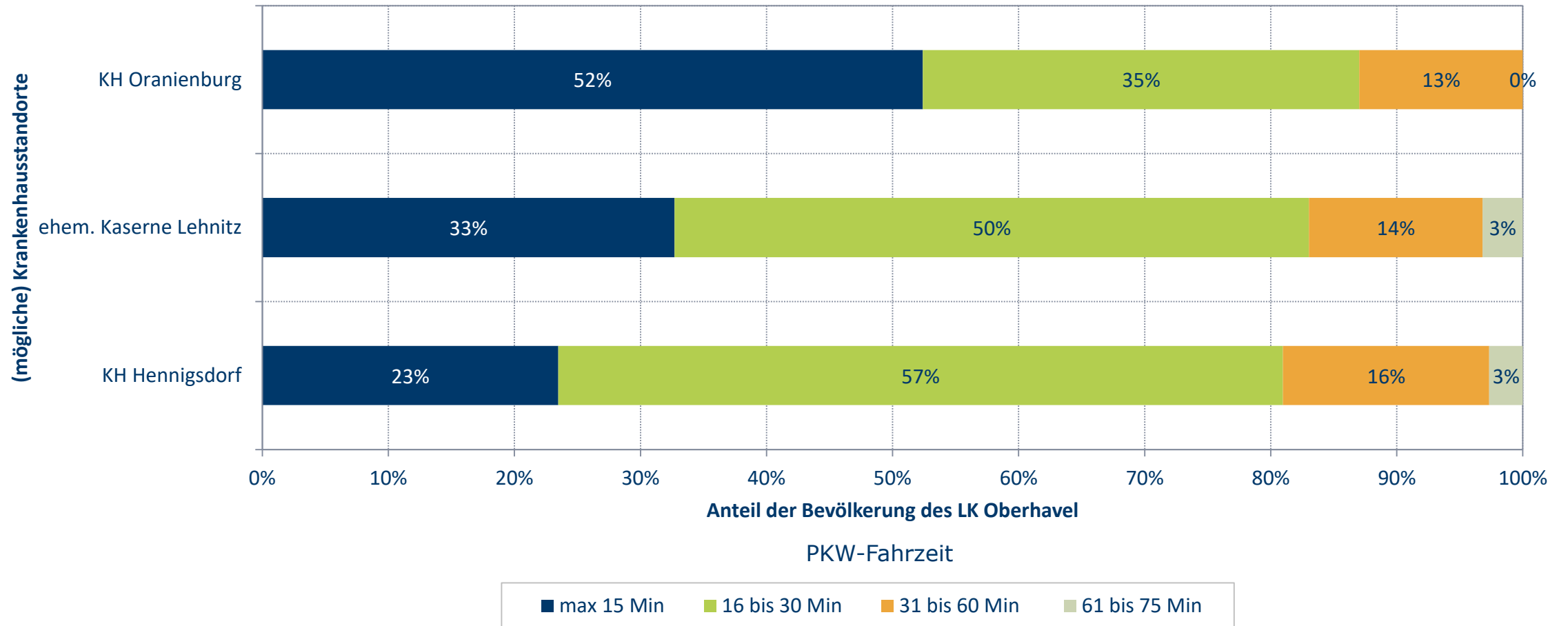
## Vorteile Konzentration OBG

- bessere Erreichbarkeit für Patienten und Mitarbeiter (OBB im Zentrum des Bevölkerungsschwerpunkts in OHV) → Bedeutung für Notfallversorgung im Norden des Landkreises
- neuere Bausubstanz
- Berlinferne besser bei gemeinsamer Krankenhausplanung B/BB
- Freiflächen auf Klinikgelände vorhanden

# Option 2b: Konzentration an neuem Standort Auswahl nach der Erreichbarkeit für bisherige Patienten



# Option 2b: Konzentration an neuem Standort Auswahl nach Erreichbarkeit für Bevölkerung



Quelle: IGES/IMC auf Basis von Daten der Oberhavel Kliniken GmbH

# Bewertung der Standorte nach ihrer Erreichbarkeit

	ehem. Kaserne Lehnitz	Krankenhaus Oranienburg	Krankenhaus Hennigsdorf
mittlere PKW-Fahrzeit <b>in Min</b> (jetzige Patienten)	21,1	21,4	23,1
mittlere PKW-Fahrzeit <b>in Min</b> (Kreisbevölkerung)	21,4	16,7	26,6
Erreichbarkeit ÖPNV <b>in km</b> (Fahrrad-km bis S-Bahn)	1,4	2,3	2,9

- Eine maßvolle Standortverlagerung nach Norden wirkt sich positiv auf Erreichbarkeit aus, würde sogar für die gegenwärtigen HDF-Patienten aus dem näheren Standortumfeld nicht fahrzeitverlängernd sein.

Quelle: IGES; die Fahrzeiten für die Patienten und die Kreisbevölkerung wurden mit unterschiedlichen Methoden berechnet und sind daher nicht miteinander vergleichbar



# Investitionskosten: Was kostet ein Neubau?

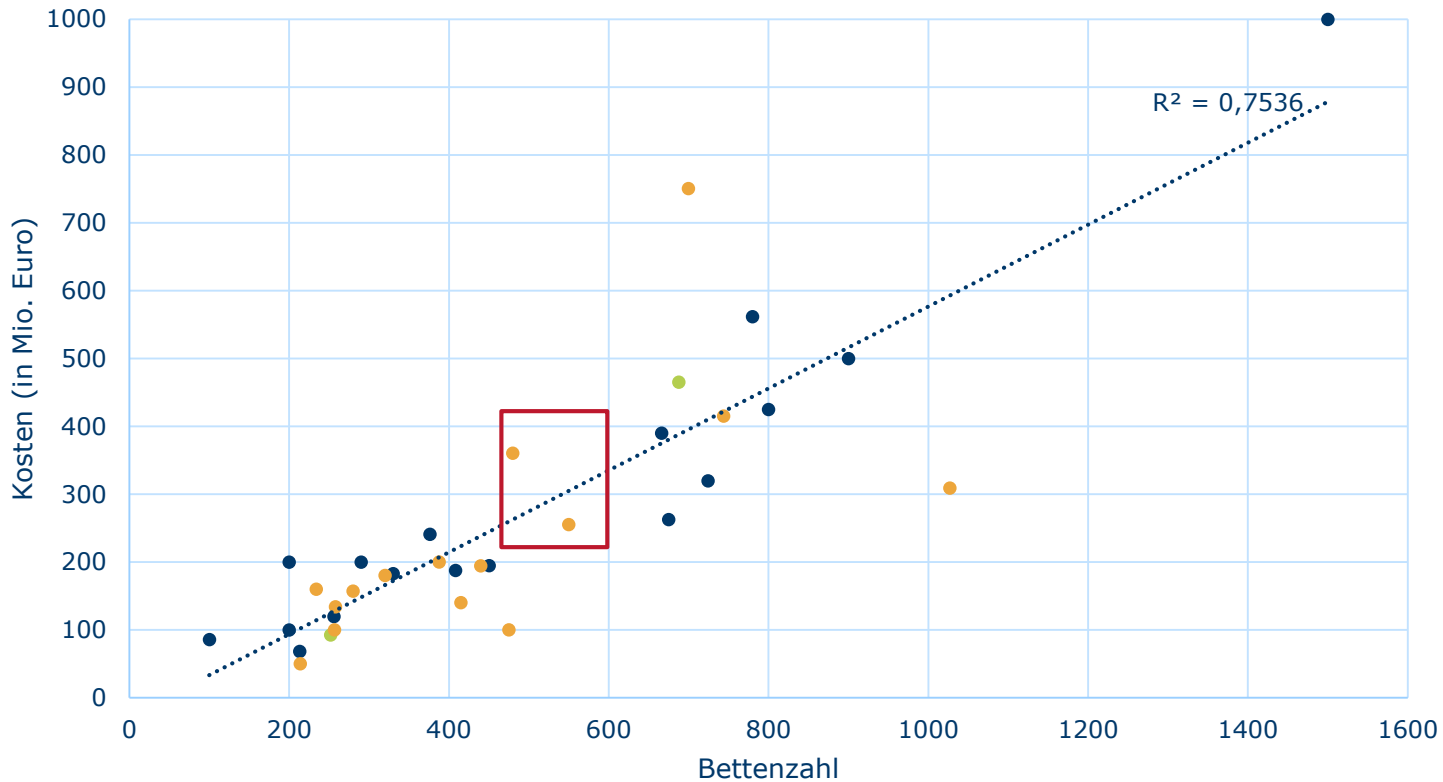
---

## Aspekte, die bei der Betrachtung der Investitionskosten für einen Neubau zu berücksichtigen sind:

- Re-Investitionsbedarf in bestehende Standorte
- Investitions- und Betriebskosten für Übergangsprovisorien
- Betriebskosten Neubau vs. Status Quo
- mögliche Erlöse aus Nachnutzung der bestehenden Standorte
- Umfang staatlicher Fördermittel für Um-/Neubau
- Grundstückskosten (Voraussetzung: Verfügbarkeit Bauland!)

# Investitionskosten: Was kostet ein Neubau?

Bettenzahl vs. (geplante) Kosten bei 34 aktuellen Krankenhausneubauten



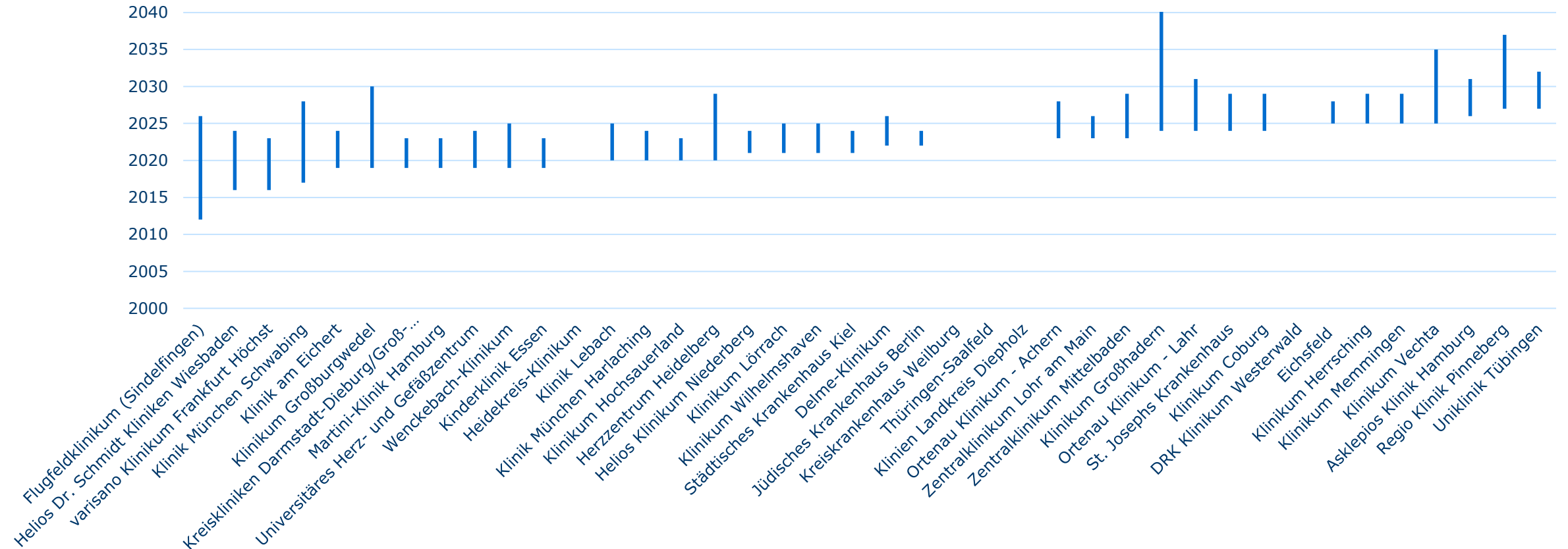
Schlussfolgerung:

Neubau einer 500-Betten-Klinik erfordert Investitionen zwischen 250 und 380 Mio. €.

Quelle: IGES auf Basis von eigenen Recherchen

# Dauer eines Neubaus vielfach für 4-5 Jahre geplant (reine Bauzeit)

Dauer eines Klinikneubaus



Quelle: IGES auf Basis von eigenen Recherchen

# Zwischenfazit: Neubau

---

## prioritärer Klärungsbedarf

- Sanierungs- und ggf. Erweiterungsaufwand an bestehenden Standorten
- Verfügbarkeit von Bauland für potenzielle Neubaustandorte
- ggf. zukünftige Verkehrs-/ÖPNV-Erschließungen

## Investitionsaufwand Neubau

- Basisschätzung: 250 bis 380 Mio. € (500 Betten)
- Bauzeit 4-5 Jahre zzgl. politischer Abstimmung und Planung
- Entscheidung für Neubau mit Perspektive 2030 (Krankenhausreform) müsste kurzfristig getroffen werden.

# 5. Zusammenfassung und Empfehlung

# Zusammenführung der Standorte notwendig, Modalitäten zu klären

---

## Konzentration auf einen Standort wird empfohlen

- dauerhafte Erfüllung der Anforderungen an Versorgungsqualität
- Sicherstellung der Versorgung mit Blick auf medizinisches Fachpersonal
- Erhalt der Wirtschaftlichkeit (Reform der Krankenhausvergütung)
- gute Erreichbarkeit kann erhalten und sogar verbessert werden.

## Neubau bietet eine Reihe von Vorteilen...

- moderne Versorgungsstrukturen (Hygiene, Raumplanung, Energiekosten etc.)
- Attraktivität (Patienten, medizinisches Personal)

## ...aber abhängig von Kostenverhältnissen

- Kostenvergleich Neubau vs. Sanierung/Erweiterung eines bestehenden Standorts erforderlich
- Zeitfaktor/Risiko des Abwartens einbeziehen

IGES Institut

**[www.iges.com](http://www.iges.com)**