

**Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)  
Sanierungsumsetzungskonzept**

**Prüfung einer Kooperation des Krankenhauses Harlaching mit dem Krankenhaus für  
Naturheilweisen**

Antrag Nr. 08-14 / A 01377 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL  
vom 01.03.2010, eingegangen am 01.03.2010

**Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in der Städtisches Klinikum München GmbH  
qualifiziert aufarbeiten**

Antrag Nr. 08-14 / A 01568 von Frau StRin Eva Maria Caim,  
Frau StRin Dr. Manuela Olhausen  
vom 19.05.2010, eingegangen am 19.05.2010

**Deutliche Energieeinsparungen im Krankenhaus durch intelligente Heizungssteuerung  
auch in München erzielbar?**

Antrag Nr. 08-14 / A 02277 von Frau StRin Eva Maria Caim,  
Herrn StR. Dr. Georg Kronawitter  
vom 07.03.2011, eingegangen am 07.03.2011

**Strukturierte Weiterbildung gegen Ärzteflucht**

Antrag Nr. 08-14 / A 02649 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL  
vom 15.07.2011, eingegangen am 15.07.2011

**Wirtschaftsprüfung bei der Städtischen Klinikum München GmbH**

Antrag Nr. 08-14 / A 02960 der Stadtratsfraktion der CSU  
vom 02.12.2011, eingegangen am 05.12.2011

**Grundlagen für die Baumaßnahmen bei der Städtischen Klinikum München GmbH  
darstellen**

Antrag Nr. 08-14 / A 03877 von Frau StRin Dr. Manuela Olhausen, Frau StRin Eva Caim  
vom 06.12.2012, eingegangen am 06.12.2012

**Bausanierungsprogramm für die Städtischen Klinikum München GmbH**

Antrag Nr. 08-14 / A 04723 von Herrn StR Josef Schmid  
vom 22.10.2013, eingegangen am 22.10.2013

**Neues Sanierungskonzept für die Städtische Klinikum GmbH;  
Regionale Versorgungsangebote**

Antrag Nr. 08-14 / A 04993 von Frau StRin Eva Maria Caim  
vom 16.01.2014, eingegangen am 16.01.2014

**Alternativen zum Sanierungsgutachten der Fa. BCG prüfen und bewerten**

Antrag Nr. 14-20 / A 00012 von DIE LINKE  
vom 19.05.2014, eingegangen am 20.05.2014

**Sanierungskonzept für das städtische Klinikum Harlaching - Beantwortung des Fragenkatalogs**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00201 des Bezirksausschusses  
des Stadtbezirkes 18 - Untergiesing-Harlaching  
vom 15.07.2014 (ED 17.07.2014)

**Sicherstellung einer umfassenden medizinischen Versorgung im Münchner Norden einschließlich einer zeitnahen Notfallversorgung**

Empfehlung Nr. 14-20 / E 00159  
der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West  
am 09.10.2014

**Gebäude des Städtischen Klinikums München durch die Stadtverwaltung nutzen**

Antrag Nr. 14-20 / A 00388 der ÖDP  
vom 05.11.2014, eingegangen am 05.11.2014

**Erhaltung der Geriatrie im Krankenhaus Schwabing durch eine Kooperation mit dem städtischen Münchenstift**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00621 des Bezirksausschusses  
des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West  
vom 26.11.2014 (ED 01.12.2014)

**Unverzögliche Wiederherstellung einer beseitigten Allee im Straßenraum Karl-Marx-Ring Ost/nördlich Putzbrunner Straße**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00642 des Bezirksausschusses  
des Stadtbezirkes 16 – Ramersdorf-Perlach  
vom 02.12.2014 (ED 04.12.2014)

**Geburtshaus in München unbedingt erhalten – Räumlichkeiten am Klinikstandort Schwabing zur Verfügung stellen!**

Antrag Nr. 14-20 / A 00565 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN/RL  
vom 17.12.2014, eingegangen am 17.12.2014

**Medizinnahe Nutzungen**

Antrag Nr. 14-20 / A 00597 von Herrn StR Alexander Reissl  
vom 16.01.2015, eingegangen am 16.01.2015

**Klinische Versorgung im Stadtviertel sicherstellen - Stellungnahme der Landeshauptstadt München**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00788 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 18 – Untergiesing-Harlaching vom 20.01.2015 (ED 21.01.2015)

**Auch in Zukunft angemessene Räume für die "Schule für Kranke" im Klinikum Schwabing einplanen**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00819 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West vom 28.01.2015 (ED 03.02.2015)

**Krankenhaus Schwabing: Wohnnutzung bereits leer stehender Gebäude und erweitertes Angebot an Bereitschaftspraxen**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00935 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West vom 25.02.2015 (ED 02.03.2015)

**StKM: Maßnahmen für Pflegekräfte darstellen!**

Antrag Nr. 14-20 / A 00744 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN/RL vom 10.03.2015, eingegangen am 10.03.2015

**Medizinische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM - Zusammenarbeit mit den Kliniken des Bezirks Oberbayern (KBO)**

Antrag Nr. 14-20 / A 00801 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

**Medizinische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM - Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen München (KfN)**

Antrag Nr. 14-20 / A 00802 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

**Pflegerische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM**

**Eventuelle Einrichtung eines Seniorenheimes in Harlaching und/oder Schwabing**

Antrag Nr. 14-20 / A 00803 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

### **Ärztliche Bereitschaftspraxis am Standort Harlaching**

Antrag Nr. 14-20 / A 00804 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

### **München droht Schließung des Geburtshauses**

Petition

### **Pflegekräfte in der Städtisches Klinikum München GmbH - Personalmangel**

Antrag des Seniorenbeirats vom 18.05.2015

### **Lasst den Münchner Blutspendedienst in kommunaler Hand!**

Petition

### **Klinikum Harlaching - konsequente Einhaltung der StVO auf dem Gelände**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 01289 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 18 – Untergiesing-Harlaching vom 16.06.2015 (ED 18.06.2015)

39 Anlagen

### **Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 03572**

### **Beschluss der Vollversammlung vom 29.07.2015**

Öffentliche Sitzung

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>I. Vortrag des Referenten</b>	<b>13</b>
1. Management Summary	13
1.1 Ausgangslage	13
1.2 Sanierungsumsetzungskonzept	14
1.2.1 Medizinkonzept	14
1.2.1.1 Zusammenfassung Veränderungen StKM Nord	15
1.2.1.2 Zusammenfassung Veränderungen StKM Süd	15
1.2.1.3 Medizet (5 Abteilungen für medizinische Dienstleistungen)	16
1.2.2 Wirtschaftsbereiche	16
1.2.3 Infrastrukturbereiche	17

1.2.4 Nebenbetrieb Blutspendedienst (BSD)	17
1.2.5 Verwaltung	18
1.2.6 Personalwirtschaftliche Maßnahmen	18
1.2.7 Baukonzept	20
1.2.8 Finanzierungskonzept	21
1.3 Empfehlung der Geschäftsführung der StKM	21
1.4 Fazit des Betreuungsreferates Stadtkämmerei	21
2. Anträge des Stadtrats und der Bezirksausschüsse (chronologisch)	22
2.1 Prüfung einer Kooperation des Krankenhauses Harlaching mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen	22
2.2 Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in der Städtisches Klinikum München GmbH qualifiziert aufarbeiten	24
2.3 Deutliche Energieeinsparungen im Krankenhaus durch intelligente Heizungssteuerung auch in München erzielbar?	26
2.4 Strukturierte Weiterbildung gegen Ärzteflucht	28
2.5 Wirtschaftsprüfung bei der Städtischen Klinikum München GmbH	30
2.6 Grundlagen für die Baumaßnahmen bei der Städtischen Klinikum München GmbH darstellen	31
2.7 Bausanierungsprogramm für die Städtischen Klinikum München GmbH	32
2.8 Neues Sanierungskonzept für die Städtische Klinikum GmbH; Regionale Versorgungsangebote	35
2.9 Alternativen zum Sanierungsgutachten der Fa. BCG prüfen und bewerten	37
2.10 Sanierungskonzept für das städtische Klinikum Harlaching - Beantwortung des Fragenkatalogs	38
2.11 Sicherstellung einer umfassenden medizinischen Versorgung im Münchner Norden einschließlich einer zeitnahen Notfallversorgung	43
2.12 Gebäude des Städtischen Klinikums München durch die Stadtverwaltung nutzen	44
2.13 Erhaltung der Geriatrie im Krankenhaus Schwabing durch eine Kooperation mit dem städtischen Münchenstift	45
2.14 Unverzögliche Wiederherstellung einer beseitigten Allee im Straßenraum Karl-Marx-Ring Ost/nördlich Putzbrunner Straße	46
2.15 Geburtshaus in München unbedingt erhalten –Räumlichkeiten am Klinikstandort Schwabing zur Verfügung stellen!	48
2.16 Medizinnahe Nutzungen	50

2.17	Klinische Versorgung im Stadtviertel sicherstellen - Stellungnahme der Landeshauptstadt München	51
2.18	Auch in Zukunft angemessene Räume für die "Schule für Kranke" im Klinikum Schwabing einplanen	52
2.19	Krankenhaus Schwabing: Wohnnutzung bereits leer stehender Gebäude und erweitertes Angebot an Bereitschaftspraxen	53
2.20	StKM: Maßnahmen für Pflegekräfte darstellen!	54
2.21	Medizinische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM - Zusammenarbeit mit den Kliniken des Bezirks Oberbayern (KBO)	55
2.22	Medizinische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM - Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen München (KfN)	57
2.23	Pflegerische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM Eventuelle Einrichtung eines Seniorenheimes in Harlaching und/oder Schwabing	59
2.24	Ärztliche Bereitschaftspraxis am Standort Harlaching	60
2.25	Petition - München droht Schließung des Geburtshauses	61
2.26	Pflegekräfte im Stadtklinikum München GmbH - Personalmangel	62
2.27	Petition - Lasst den Münchner Blutspendedienst in kommunaler Hand!	62
2.28	Klinikum Harlaching - konsequente Einhaltung der StVO auf dem Gelände	65
3.	Sanierungsumsetzungskonzept	66
3.1	Übersicht	66
3.1.1	Rahmenbedingungen des Detailkonzepts	66
3.1.2	Fokussierung auf medizinische Kernaktivitäten im Zielbild	67
3.1.3	Wesentliche strukturelle Abweichungen zum Grobkonzept	67
3.1.4	Wesentliche Leistungs- und Finanzkennzahlen (2014 vs. 2022)	69
3.2	Medizinkonzept	69
3.2.1	Grundannahmen / Philosophie	71
3.2.2	Medizinisches Leistungsangebot und Kapazitäten	72
3.2.2.1	Fächerspektrum / Abteilungskonsolidierung mit Kapazitäten Gesamtunternehmen	72
3.2.2.2	Standorte mit Fächerspektrum und Kapazitäten	76
3.2.2.2.1	Klinikum Bogenhausen	81
3.2.2.2.2	Klinikum Schwabing	85
3.2.2.2.3	Klinikum Neuperlach	88

3.2.2.2.4	Klinikum Harlaching	90
3.2.3	Konsolidierungsplanung (Migrationspläne)	94
3.2.4	Personalproduktivität in den klinischen Bereichen	100
3.2.5	Notfallversorgung	116
3.2.5.1	Konzept Notfallversorgung	117
3.2.5.1.1	Übersicht	117
3.2.5.1.2	Notfall- und Traumazentren	118
3.2.5.1.3	Intensivbetten	121
3.2.5.2	Ergebnis Runder Tisch	128
3.2.5.3	Stellungnahme Rettungszweckverband	129
3.2.5.4	Stellungnahme Ministerium für Gesundheit und Pflege	129
3.2.6	Geriatrische Versorgung	129
3.2.7	Durchführung qualifizierter Bürgerbeteiligungsmaßnahmen	130
3.2.8	Fragenkatalog RGU und Betriebsrat Klinikum Harlaching	133
3.3	Optimierung Betriebe und Dienstleistungsportfolio	146
3.3.1	Medizet	146
3.3.1.1	Ausgangslage / Sachstand	146
3.3.1.1.1	Überblick über die Abteilungen	146
3.3.1.1.2	Überblick Gesamtkosten	147
3.3.1.1.3	Strukturelle Grundprobleme - Übersicht	148
3.3.1.2	Prüfung und Darstellung der Optimierungsoptionen	149
3.3.1.2.1	Leitlinien der Optimierungsprüfung	149
3.3.1.2.2	Grundsätzliche Ergebnisse der Optimierungsprüfung	150
3.3.1.2.3	Klinische Chemie und Mikrobiologie	150
3.3.1.2.4	Pathologie	151
3.3.1.2.5	Apotheken	151
3.3.1.2.6	ZSVA	152
3.3.1.3	Ergebniszusammenfassung und Empfehlung	152
3.3.1.3.1	Standortanalyse	152
3.3.1.3.2	Optimierung Personalstruktur	153
3.3.1.3.3	Optimierung Sachkostenstruktur	154
3.3.1.4	Wesentliche Inhalte	154
3.3.2	Blutspendedienst	155
3.3.2.1	Ausgangssituation BSD	155
3.3.2.2	Bewertung Handlungsalternativen	155
3.3.2.3	Aktueller Sachstand	156
3.3.2.4	Weiteres Vorgehen / Prozess Ausschreibungen	157
3.3.3	Optimierung Dienstleistungsbereiche	161
3.3.3.1	Ausgangslage / Sachstand	161
3.3.3.2	Prüfung und Darstellung der Optimierungsoptionen nach Dienstleistungsbereichen	162

3.3.3.2.1	Leitlinien der Optimierungsprüfung	162
3.3.3.2.2	Verpflegung	163
3.3.3.2.3	Reinigungsservice	168
3.3.3.2.4	Textilservice	168
3.3.3.2.5	Pflege- und Servicemanagement	169
3.3.3.2.6	Logistik: Übersicht der vorgesehenen Optimierungen	171
3.3.3.3	Ergebniszusammenfassung und Empfehlung	174
3.3.4	Senkung personeller Infrastrukturkosten	176
3.3.4.1	Ausgangslage / Sachstand	176
3.3.4.2	Prüfung und Darstellung der Optimierung des Personals im Bereich Infrastruktur	177
3.3.4.2.1	Leitlinien der Optimierung des Personals im Bereich Infrastruktur	177
3.3.4.2.2	Zielbild des Bereiches Bau und Technik	178
3.3.4.3	Ergebniszusammenfassung und Empfehlung	179
3.3.5	Senkung Verwaltungskosten	179
3.3.5.1	Ausgangslage / Sachstand	179
3.3.5.2	Prüfung und Darstellung der Optimierungsoptionen	180
3.3.5.3	Ergebniszusammenfassung und Empfehlung	184
3.3.5.4	Wesentliche Inhalte	185
3.4	Personalkonzept	186
3.4.1	Tarif- und betriebsverfassungsrechtliche Gegebenheiten	186
3.4.2	Vorgehensweise bei individuellen personellen Maßnahmen	186
3.4.2.1	Eckpunkte einer Qualifizierungseinheit	188
3.4.2.2	Transfergesellschaft	189
3.4.3	Steuerung der Personalanpassung	190
3.4.3.1	Erforderliche Personalanpassung	191
3.4.3.2	Nachbesetzungsannahmen bei Verrentung, Befristung und Fluktuation i.e.S.	192
3.4.3.3	Zeitlicher Rahmen für Verhandlungen mit dem GBR	195
3.4.3.4	Kosten der Personalanpassung	196
3.4.3.4.1	Variante 1 - Qualifizierungseinheit	196
3.4.3.4.2	Variante 2	196
3.4.4	Personalkostenoptimierung	198
3.4.4.1	Potenzial für Personalkostenoptimierungen	198
3.4.4.2	Anpassung Poolersatzleistungen / Rückforderung Sozialversicherungsbeiträge Altpool	200
3.4.4.3	Tarifliche Erleichterungen	201
3.4.4.3.1	Leistungsorientierte Vergütung § 18 TVöD	203
3.4.4.3.2	Münchenezulage	204
3.4.4.3.3	Zusatzversorgungskasse	205



3.4.4.3.4	Tarifvertrag zur Zukunftssicherung der Krankenhäuser (TV-ZUSI)	206
3.4.5	Zukunftsgerichtete Zusatzthemen	207
3.4.5.1	Maßnahmen für Pflegekräften	207
3.4.5.2	Weitere Zukunftsgerichtete Zusatzthemen	211
3.4.5.3	Neuaufteilung der Versorgungslasten	211
3.5	Optimierung Sachkosten	212
3.5.1	Optimierung Medizinischer Sachbedarf	212
3.5.1.1	Ausgangslage / Sachstand	212
3.5.1.2	Entscheidungsbedarf	213
3.5.2	Sachkosten - Wasser, Energie, Brennstoffe	214
3.5.3	Sachkosten - Instandhaltung	216
3.5.4	Optimierung Verwaltungs- und sonstiger Sachbedarf	219
3.6	Baukonzept	219
3.6.1	Erfordernisse zur Modifikation auf Basis des Medizinkonzepts	219
3.6.2	Veränderungen ggü. Machbarkeitsstudie vom August 2014	220
3.6.2.1	Klinikum Bogenhausen	220
3.6.2.2	Klinikum Harlaching	220
3.6.2.3	Klinikum Neuperlach	221
3.6.2.4	Klinikum Schwabing	221
3.6.3	Aktueller Status je Standort	222
3.6.3.1	Klinikum Bogenhausen	223
3.6.3.2	Klinikum Harlaching	224
3.6.3.3	Klinikum Neuperlach	225
3.6.3.4	Klinikum Schwabing	227
3.6.3.5	Zentrales Dienstleistungsgebäude	229
3.6.3.5.1	Labore Klinische Chemie und Mikrobiologie	229
3.6.3.5.2	Pathologie	229
3.6.3.5.3	ZSVA und Apotheke	230
3.6.4	Terminplanung Großbaumaßnahmen	230
3.6.5	Finanzierung / Förderquote	230
3.7	Umsetzungsplanung Betriebe, Dienstleistungsbereiche und sonstige Projekte sowie Sanierungsorganisation	233
3.7.1	Umsetzungspläne	233
3.7.1.1	Medizet	234
3.7.1.2	Blutspendedienst	235
3.7.1.3	Dienstleistungsbereiche	236
3.7.1.4	Bereich Infrastruktur	237
3.7.1.5	Verwaltung	238
3.7.1.6	Weitere Bereiche / Maßnahmen	239

3.7.2 Sanierungsorganisation	240
3.7.2.1 Projektorganisation	240
3.7.2.2 Externe Kommunikation	240
3.8 Geschäftsverlauf gemäß Sanierungsumsetzungskonzept	242
3.8.1 Integrierte Unternehmensplanung 2015 - 2019	246
3.8.1.1 Systematik und Prämissen	246
3.8.1.2 Überblick Zielbild und Verlauf der Sanierung (Base Case)	247
3.8.1.3 Leistungs- und Erlösentwicklung	248
3.8.1.4 Kostenentwicklung	249
3.8.1.5 Außerordentliche Aufwände der Sanierung	249
3.8.1.6 Auswirkungen auf Bilanz und Liquidität	249
3.8.2 Veränderung Zielbild gegenüber Grobkonzept	250
3.8.3 Planungsszenarien	250
3.9 Finanzierung / Finanzierungsbedarf	252
3.10 Bewertung der Sanierungsfähigkeit und -würdigkeit	254
3.11 Schreiben der Geschäftsführung der StKM an den Oberbürgermeister	254
4. Evaluierung des Sanierungsumsetzungskonzepts	254
4.1 Evaluierung Medizinkonzept	255
4.1.1 Ausgangslage / Sachstand	255
4.1.2 Leitlinien / Prämissen / Gewährleistung des Versorgungsauftrags	256
4.1.3 Fächerspektrum / Abteilungskonsolidierung mit Kapazitäten	259
4.1.3.1 Klinikum Nord	259
4.1.3.2 Klinikum Süd	261
4.1.4 Versorgungssituation	262
4.1.5 Notfallversorgung	263
4.1.6 Stellungnahme des Referats für Gesundheit und Umwelt	264
4.2 Optimierung Betriebe und Dienstleistungsportfolio	266
4.2.1 Medizet	266
4.2.2 Blutspendedienst	268
4.2.3 Optimierung Dienstleistungsbereich	269
4.2.3.1 Textil - und Reinigungservice	270
4.2.3.2 Verpflegungsservices	270
4.2.3.3 Pflege- und Servicemanagement	272
4.2.3.4 Logistik	273
4.2.4 Senkung personeller Infrastrukturkosten	273
4.2.5 Senkung der personellen Verwaltungskosten	273
4.3 Stellungnahme zu den personalwirtschaftlichen Maßnahmen	276
4.3.1 Entwicklung Personalvorhaltungen / Personalkonzept	276

4.3.1.1	Anpassung der Personalvorhaltung	277
4.3.1.2	Vergütungsanpassung - Reduktion der Jahresmittelbeträge	279
4.3.1.3	Zukunftsgerichtete Zusatzthemen	279
4.3.2	Stellungnahme des Personal- und Organisationsreferats zu den personalwirtschaftlichen Themen	279
4.4	Stellungnahme zur Optimierung des Sachkosten	284
4.4.1	Medizinischer Sachbedarf	284
4.4.2	Verwaltungsbedarf	284
4.4.3	Sonstige Aufwendungen	285
4.4.4	Wasser, Energie, Brennstoffe	286
4.4.5	Instandhaltung	286
4.5	Stellungnahme zur Bauplanung	287
4.5.1	Allgemeine Bewertung Baukonzept	287
4.5.2	Bauliche Grobkosten	287
4.5.3	Bauliche Rahmenterminplanung	290
4.5.4	Aktualisierung Bauplanung, Veränderungen ggü. Grobkonzept / Machbarkeitsstudie	291
4.5.5	Fortgeschrittene Planungen am Klinikum Schwabing	292
4.6	Bewertung der Umsetzungsplanung Projektbereich Betriebe, Dienstleistungen und sonstige Projekte / Maßnahmen	292
4.6.1	Medizet	293
4.6.2	Blutspendedienst	293
4.6.3	Dienstleistungsbereiche	293
4.6.4	Bereich Infrastruktur	293
4.6.5	Verwaltung	294
4.6.6	Sanierungsorganisation und Berichtswesen	294
4.7	Stellungnahme / Bewertung der geplanten Geschäftsentwicklung und Unternehmensplanung	294
4.7.1	Erlösplanung	297
4.7.2	Personalplanung	298
4.7.3	Planung der sonstigen Aufwendungen und Erträge	299
4.7.4	Sanierungsumsetzungskonzept versus aktuelle Hochrechnung der Unternehmenszahlen 2015	299
4.8	Bewertung des Finanzierungsbedarfs	300
4.8.1	Mittelbedarf	300
4.8.2	Investitionskostenzuschuss	301
4.8.3	Sondereffekte	302
4.8.4	Fördermittel nach KHG	302
4.8.5	Liquidität	303
4.8.6	Fremdkapitalfinanzierung	303

4.8.7 Risikopuffer	304
4.8.8 Finanzierungsvereinbarung	304
5. EU-Rechtliche Einschätzung	305
6. Weitere Handlungserfordernisse für die Stadtverwaltung	307
6.1 Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen	307
6.1.1 Ziele der AG Nachnutzung Klinikflächen	308
6.1.2 Bisherige Ergebnisse der AG Nachnutzung Klinikflächen	309
6.1.2.1 Erbbaurechtsvertrag - mögliche Varianten	309
6.1.2.2 Frei werdende Flächen / Gebäude	310
6.1.3 Weiteres Vorgehen	314
6.1.4 Konsequenzen bei Änderung der Eigentumsverhältnisse	316
6.1.4.1 Neubau Klinikum Schwabing	316
6.1.4.2 Rückgabe Häuser 1, 17, 2, 9, 27, 29, 45	316
6.2 Erbbaurechtsvertrag Grundstück Fl.nr. 137/33 Gemarkung Freimann (ehem. Röchlinghalle)	317
6.3 Übernahme von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der StKM durch die Landeshauptstadt München	317
6.4 127 Mio. € Investitionskostenzuschuss	317
7. Stellenschaffung	319
7.1 Stellenbedarf	319
7.2 Stellenkosten	320
7.2.1 Personalkosten	320
7.2.2 Sachkosten	320
7.3 Finanzierung	320
8. Haushaltmäßige Darstellung	321
8.1 Finanzierungsbedarf	321
8.2 Darstellung der finanziellen Auswirkungen	321
8.3 Mittelbereitstellung	321
8.4 Dringlichkeit	322
<b>II. Antrag des Referenten</b>	<b>323</b>
<b>III. Beschluss</b>	<b>329</b>



## **I. Vortrag des Referenten**

### **1. Management Summary**

#### **1.1 Ausgangslage**

Die Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) befindet sich seit ihrer Gründung im Jahr 2005 in einer finanziell sehr angespannten Situation und wurde im Jahr 2011 zu einem Sanierungsfall erklärt.

Insgesamt gab es seit Gründung der StKM Kapitaleinlagen durch die Gesellschafterin in Höhe von 230 Mio. €. Hiervon wurden 2005 30 Mio. € beschlossen. Im Juli 2012 wurde eine Eigenkapitalerhöhung in Höhe von 200 Mio. € gewährt. 140 Mio. € davon wurden bereits bis 2013 ausgezahlt. Die Auszahlung der übrigen 60 Mio. € erfolgte im Juni 2014. Von den insgesamt durch den Stadtrat beschlossenen Investitionszuwendungen in Höhe von 127,5 Mio. € wurden bisher 58,7 Mio. € ausbezahlt.

Nachdem das 2011 initiierte erste Sanierungsprojekt „Perspektive 2015“ gescheitert war und sich die finanzielle Situation der StKM auch 2012 weiter verschlechterte, wurde im Dezember 2013 ein weiteres Sanierungsgutachten in Auftrag gegeben.

Die endgültige Abnahme des Sanierungsgutachtens durch den Auftraggeber, die Geschäftsführung der StKM, erfolgte am 28.03.2014. In diesem von der Boston Consulting Group (BCG) erstellten Sanierungsgutachten - in Anlehnung an IDW S6 - wird die Sanierungswürdigkeit und -fähigkeit des Unternehmens bestätigt und kam zu dem Ergebnis, dass für eine erfolgreiche Sanierung Gesamtmittel in Höhe von 704 Mio. € nötig sind. 442 Mio. € sollten seitens der Landeshauptstadt München als Gesellschafterin bereit gestellt werden.

Ein auf Basis des Sanierungsgutachtens erstellter Privat-Investor-Test (PIT) bescheinigt die Möglichkeit einer dem Beihilferecht entsprechenden Mittelzuführung durch die Gesellschafterin.

Der Stadtrat hat am 08.07.2014 der grundsätzlichen Umsetzung des Sanierungskonzepts zugestimmt und die Geschäftsführung der StKM u. a. beauftragt, die Ausarbeitung eines Sanierungsumsetzungskonzepts zu beauftragen.

Am 01.10.2014 wurde darauffolgend der Stadtrat über das Ergebnis der Ausschreibung der Sanierungsumsetzungsberatung informiert und hat einer Vergabe an die Bietergemeinschaft Boston Consulting Group GmbH / Lohfert&Lohfert AG zugestimmt. Die Stadtkämmerei wurde beauftragt, „zur Evaluierung und zum Projektcontrolling des Umsetzungskonzepts zur medizinischen Architektur einen

sachverständigen externen Gutachter zu beauftragen“. Die Beauftragung dieses Medizincontrollings hat der Stadtrat am 17.12.2014 beschlossen. Im Zusammenhang mit der Sanierung der StKM wurden darüber hinaus folgende Beschlüsse im Stadtrat behandelt:

- Machbarkeitsstudie über die bauliche Entwicklung – 22.10.2014  
(Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01526)
- Sanierungsumsetzung Baugesellschaft und Generalunternehmer / Gründung einer BauGmbH - 17.12.2014  
(Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01961 nichtöffentlich, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01962 öffentlich)
- Neubau Kinderklinik am Klinikum Schwabing - 17.12.2014  
(Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01942)
- Prüfung Verkaufsoptionen für den Blutspendedienst - 25.03.2015  
(Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 02666)
- Fortschreibung des Medizinkonzepts - 25.03.2015  
(Sitzungsvorlage 14-20 / V 02665)

Im Rahmen dieser Beschlussvorlage wird das am 08.07.2014 mit Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00463 beauftragte Sanierungsumsetzungsgutachten dem Stadtrat vorgetragen.

## **1.2 Sanierungsumsetzungskonzept**

Das nun vorliegende Sanierungsumsetzungskonzept basiert auf den im Grobkonzept erarbeiteten Zielvorgaben und Maßnahmen. In einigen Punkten kam es zu Abweichungen.

Das Medizinkonzept bleibt die tragende Säule des gesamten Sanierungsprozesses. Alle künftigen Sanierungsmaßnahmen basieren hierauf.

Die wesentlichen Inhalte können den Anlagen 1 bis 4 zu dieser Beschlussvorlage entnommen werden, die auch Inhalt des Antrages des Referenten sind.

### **1.2.1 Medizinkonzept**

Um eine effizientere Geschäftsstruktur zu schaffen, werden die medizinischen Leistungen in Kompetenzzentren am StKM Nord (Klinikum Bogenhausen, Klinikum Schwabing) und am StKM Süd (Klinikum Neuperlach, Klinikum Harlaching) gebündelt, während der Standort Thalkirchner Straße bis 2022 aufgegeben werden soll.

Die Neustrukturierung sieht ebenfalls vor, redundante Fachabteilungen zusammenzulegen und Bettenkapazitäten zu reduzieren. Dadurch wird eine dringend notwendige bessere Auslastung an allen Standorten ermöglicht. Durch die Bildung von Zentren erfolgte eine Bündelung der medizinischen Kompetenzen.

Die Notfallversorgung bleibt an allen vier Standorten - jedoch in unterschiedlicher Ausgestaltung - bestehen. Am Klinikum Bogenhausen soll das einzige überregionale Notfallzentrum entstehen, am Klinikum Harlaching (entgegen der ursprünglichen Planung) ein überregionales Traumazentrum mit lokalem Notfallzentrum, am Klinikum Neuperlach ein regionales Notfallzentrum und im Klinikum Schwabing ein lokales Notfallzentrum.

#### **1.2.1.1 Zusammenfassung Veränderungen StKM Nord**

##### Bogenhausen:

Im Vergleich zum Grobkonzept ergeben sich für den Standort Bogenhausen die wenigsten Unterschiede:

- Bettenzahl unverändert (1.020 Betten)
- Ergänzung des Zentrums „Bewegungsapparat / Trauma“ um Physikalische Medizin: Traumatologische Akutgeriatrie (Alterstraumatologie)

##### Schwabing:

Der Standort wächst in seiner Kapazität deutlich:

- Eltern-Kind-Zentrum wird um operative Gynäkologie ergänzt
- Verlagerung der Dermatologie von der Thalkirchner Straße an den Standort Schwabing
- Verlagerung der Kinder-Psychosomatik von dem Standort Harlaching

#### **1.2.1.2 Zusammenfassung Veränderungen StKM Süd**

##### Neuperlach:

Standort Neuperlach wird durch das Feinkonzept nicht kapazitiv erweitert:

- Kein Neubau in Neuperlach erforderlich wegen Verlagerung der Dermatologie nach Schwabing
- Verzicht auf zusätzlichen Neubau in Neuperlach, da weniger Kapazitäten als ursprünglich geplant benötigt werden (Entfall Dermatologie und Belassen des überregionalen Notfallzentrums in Harlaching)



#### Harlaching:

Am Standort Harlaching sinkt die Bettenkapazität im Vergleich zum Status quo deutlich, bleibt aber im Vergleich zum Grobkonzept fast unverändert:

- Überregionales Notfallzentrum für Traumatologie inklusive Stützpunkt des Rettungshubschraubers bleibt in Harlaching
- Alterstraumatologie
- Etablierung Weaning-Station (Beatmungsentwöhnung) im Neurozentrum

#### **1.2.1.3 Medizet (5 Abteilungen für medizinische Dienstleistungen)**

Verbleib aller Teilbereiche bei der StKM, aber starke Zentralisierung und externe Kooperation im Bereich Labore.

#### **1.2.2 Wirtschaftsbereiche**

##### Verpflegung:

Eine detaillierte Wirtschaftlichkeitsbetrachtung hat gezeigt, dass die ursprünglich geplante eigenständige Zentralisierung der Küche keine ausreichend hohen finanziellen Effekte bringt. Daher soll die Verpflegung an einen externen Dienstleister fremdvergeben werden, um kurzfristige und planbare Sanierungsbeiträge zu erzielen.

##### Hausdienst:

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hausdienst liegen in ihrer Vergütung deutlich über den marktüblichen Konditionen für vergleichbare Tätigkeiten. Eine Prozessoptimierung in diesem Bereich bringt kaum nennenswerte Einspareffekte. Vor diesem Hintergrund wird eine Fremdvergabe des Hausdienstes angestrebt.

##### Reinigungsservice:

Die Fremdvergabe ist bereits durchgeführt, weitere Einsparungseffekte werden aus der Neuausschreibung der Reinigungsleitungen erwartet.

##### Textilservice:

Die Fremdvergabe ist bereits durchgeführt, weitere Einsparung werden durch die Senkung des Textilbedarf aufgrund der Reduktion der Bettenanzahl gemäß Medizinkonzept und optimierter Verbrauchsmengensteuerung erwartet.

Pflege- und Servicemanagement (PSM):

Prozessoptimierungen werden wo möglich durchführt. Die Fremdvergabe bei der Bettenaufbereitung ist in Verhandlung.

Logistik:

Es werden die Aufteilung des Bereichs und weitgehende Fremdvergabe hausinterner Transporte angestrebt.

### **1.2.3 Infrastrukturbereiche**

Die Einführung eines zentralen Wartungsteams deckt planbare Tätigkeiten weitgehend ab und erlaubt Auslastungsoptimierung, erfordert aber auch standortübergreifende Flexibilität des Personals.

Eine zentralisierte Leitwarte zur Übersicht aller Standorte wird eingeführt und fungiert gleichzeitig als Service-Hotline.

Eine standortbezogene Struktur trägt Größe und komplexer Bausubstanz Rechnung, ermöglicht Abdeckung der notwendigen Bereitschaften sowie ad hoc Tätigkeiten und sichert Betriebssicherheit sowie Haftungsthemen ab.

Kompetente, durch Assistenten entlastete Standortleiter übernehmen höherwertige Tätigkeiten in Eigenregie und garantieren Wirtschaftlichkeit.

Die angenommene Mitarbeiteranpassung, insbesondere im Bereich Bauplanung, unterstellt, dass die Planung und die Betreuung durch den Baudienstleister erfolgt.

Bei Änderung der avisierten Unterstützung durch des Baudienstleisters werden entsprechende Anpassungen in diesem Bereich notwendig.

### **1.2.4 Nebenbetrieb Blutspendedienst (BSD)**

Entgegen des ursprünglichen Sanierungskonzepts wurde festgestellt, dass der Blutspendedienst zukünftig wirtschaftlich nicht tragfähig ist und ein Verkauf die beste Lösung für die StKM darstellt.

Der freihändige Verkauf des BSD führte vor allem mit Blick auf eine umfassende Mitarbeiterübernahme zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis.

Es wird vorgeschlagen, den BSD im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens gekoppelt an die Belieferung der StKM mit Blutprodukten auszuschreiben.

Da das Blutbedarfsvolumen der StKM über die nächsten Jahre den Schwellenwert von 6 Mio. € deutlich übersteigt, kann die Ausschreibung nur nach positivem Stadtratsbeschluss durchgeführt werden.

### **1.2.5 Verwaltung**

Neue Rollenverteilung zwischen zentraler und dezentraler Verwaltungsorganisation: Zentrale mit starker Rolle in Strategiesetzung und fachlichen Vorgaben; mehr Eigen- und Ergebnis-Verantwortung im Nord- und Süd-Klinikum.

Dahingehende angepasste Ablauforganisation bei übergreifenden Kernprozessen entsprechend der Vorlage.

Vereinheitlichung der Aufbauorganisation mit definierten Zuständigkeiten und Tätigkeiten.

Reduzierung der Verwaltung und verwaltungsnahen Funktionen ggü. Status quo um ~30 % (Abbau von ca. 167 VK).

Kontrollierter Abbau und Austausch von Personal zur Erreichung eines geeigneten Qualifikationsmix und standortübergreifender Einsatzfähigkeit.

Stärkere Ausrichtung der Verwaltung als Dienstleister des medizinischen Bereichs (Höhere Service-Levels).

Prüfung externer Vergabe folgender Tätigkeiten:

Info / Pforte, Abrechnung ambulante Leistungen, gerichtliches Mahnwesen und Inkasso, Archiv und Hauptkassen.

Digitalisierung wesentlicher bisher papierbasierter Dokumente (elektronisch archivierte Kranken- und Personalakte).

Zur Erreichung des Zielbildes notwendigen Aufwendungen für Umsetzungsvorhaben, speziell im IT-Bereich, in Höhe von ca. 10 Mio. € werden eingeplant.

### **1.2.6 Personalwirtschaftliche Maßnahmen**

Auf Basis von anstehenden Verrentungen, auslaufenden Befristungen und bekannten Werten zur Fluktuation im engeren Sinne (z.B. Arbeitnehmer-Kündigungen) in der StKM wurde ein Planungsmodell für die Jahre 2015 bis 2022 entwickelt.

In Summe beträgt die gemäß Umsetzungsplanung notwendige Personalanpassung 1.596 Vollzeitkräfte (VK).

Auch bei eher konservativen Annahmen zur Nutzbarkeit der Fluktuation - Verrentung, Befristungen und Fluktuation im engeren Sinne (i.e.S.) als Abbauinstrument - ist die Personalanpassung 2015 bis 2022 voraussichtlich zu 75% durch die Nutzung dieser Mittel darstellbar.

Der danach verbleibende Personalüberhang beträgt voraussichtlich 403 VK.

Prämisse ist, dass unter Ausnutzung aller finanziellen und rechtlichen Möglichkeiten die Sanierung des Unternehmens grundsätzlich ohne betriebsbedingte Kündigungen durchgeführt wird.

Dies bedeutet, dass zunächst im Sinne eines „Ultima-Ratio-Prinzips“ folgende Maßnahmen angeboten bzw. ergriffen werden müssen:

- Versetzung, gegebenenfalls nach Qualifizierung im Rahmen der von der Rechtsprechung aufgestellten Zumutbarkeitskriterien
- Vermittlung zur Landeshauptstadt München (LHM) bzw. zu Tochtergesellschaften
- Vermittlung zu Drittunternehmen
- Änderungskündigung
- Angebot einer einvernehmlichen Aufhebung des Arbeitsverhältnisses mit Sozialplanabfindung

Führen diese Maßnahmen nicht zum Erfolg, wird der Dienstkraft der Wechsel in eine StKM-interne Qualifizierungseinheit angeboten.

Kernaufgabe dieser ist es, die Beschäftigten dort bei Bewerbungen auf neue Positionen, zum Beispiel durch Bewerbungstraining, zu unterstützen. Bei Arbeitsspitzen und Personalausfällen sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Qualifizierungseinheit partiell eingesetzt werden können. Die Beschäftigten sollen intensiv betreut und fachlich und persönlich qualifiziert werden, insbesondere für Tätigkeiten im eigenen Unternehmen oder im Konzern der LHM.

Die Kosten hierfür sind deutlich höher als bei vergleichbaren Sanierungen, bei denen deutliche Arbeitsplatzverluste in Kauf genommen werden.

Die hierfür notwendige Finanzierung muss der StKM durch die Gesellschafterin LHM zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

Eine kürzlich veröffentlichte Verlautbarung der EU-Kommission zur Zulässigkeit von Subventionen mit rein lokaler Wirkung eröffnet möglicherweise diesen Weg. Um Rechts- und Planungssicherheit für alle Beteiligten zu erhalten wird die Stadtkämmerei mit diesem Beschluss beauftragt, bis Herbst diesen Jahres mit den zuständigen deutschen und europäischen Institutionen eine Klärung herbeizuführen.

### 1.2.7 Baukonzept

Im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzepts wurde der Baumasterplan weiterentwickelt. Dabei stellen die geplanten Baumaßnahmen die Voraussetzungen für eine Konsolidierung der wirtschaftlichen Situation der StKM dar. Im Sanierungskonzept wurden für das Bauprogramm 624 Mio. € veranschlagt.

Der Baumasterplan umfasst diverse Projekte in Form von Neubauten, Erweiterungsbauten und Sanierungen an den Klinikstandorten. Auf die Errichtung eines Zentralgebäudes für Küche, Labore und andere tertiäre Krankenhauseinrichtungen wird in der Fortentwicklung des Konzepts verzichtet.

Aufbauend auf die bereits begonnenen Projekte im Klinikum Bogenhausen (Sanierung der Ebene U1) und im Klinikum Neuperlach (2. Bauabschnitt) sollen die Liegenschaften an einen modernen Krankenhausbetrieb angepasst werden. Dabei soll eine Optimierung der Infrastruktur und der Krankenhauslogistik ermöglicht werden. Des Weiteren wird der Komfort für die Patientinnen und Patienten in Form von zeitgerechten Patientenzimmer mit Nasszellen sichergestellt. Insgesamt werden die Flächen verdichtet, sodass der Output je m<sup>2</sup> gesteigert werden kann sowie die Wegzeiten optimiert werden und somit die Wirtschaftlichkeit der Kliniken unterstützt wird. Dies betrifft insbesondere die Ausgaben für bauliche Instandhaltungen und eine Effizienzsteigerung im Bereich des Energieverbrauches.

Aufgrund der Größe und Komplexität der Bauvorhaben ist der Ankauf einer separaten Baugesellschaft angedacht. Hierzu wird der Stadtrat in einer eigenen Beschlussvorlage befasst.

Im Sanierungsumsetzungskonzept sind für Baumaßnahmen insgesamt 770 Mio. € vorgesehen.

Diese setzen sich wie folgt zusammen:

- 624 Mio. € für Großbaumaßnahmen
- 71 Mio. € für sonstige Baumaßnahmen
- 75 Mio. € für Baukostenindexierung und Baukostenrisiko

Im Ergebnis bleiben die prognostizierten Kosten im Vergleich zu der Bekanntgabe vom 21.10.2014 am Klinikstandort Bogenhausen nahezu unverändert, während sich am Standort Schwabing auf Grund der Fortschreibung der Planung die Kosten um rund 16 Mio. € erhöhen. Das Bauvolumen am Standort Harlaching steigt ebenfalls um rund 9 Mio. €. Demgegenüber steht der geänderte Umfang des Zentralgebäudes in Form von Baumaßnahmen für den Bereich der Labore, welcher Einsparungen von rund 12 Mio. € ermöglicht, sowie ein reduziertes Bauprogramm am Standort Neuperlach, welches rund 39 Mio. € einspart.

Die sonstigen Baumaßnahmen steigen im Wesentlichen aufgrund der höheren Kosten für den 2. Bauabschnitt im Klinikum Neuperlach an. Die Baukostenindexierung und das Baukostenrisiko sind im Grobkonzept nicht berücksichtigt und sind im Detailkonzept mit 2 % p.a. angenommen.

### **1.2.8 Finanzierungskonzept**

Im Sanierungsumsetzungskonzept 2022 summiert sich der Gesamtfinanzierungsbedarf 2014 bis 2022 auf 918 Mio. € plus 102 Mio. € für die Jahre 2023-2025. 63 % des Investitionsvolumens fließt in die Großbauprojekte an den vier Standorten.

Das Sanierungsumsetzungskonzept sieht vor, den finanziellen Mehrbedarf bis 2022 durch Fördermittel und Zuschüsse der Landeshauptstadt München in folgendem Umfang zu decken:

- Fördermittel (abzüglich Rückzahlungen): 466 Mio. €
- LHM Finanzierungsanteil: 392 Mio. € (64 Mio. € Investitionszuschuss und 328 Mio. € Eigenkapital-Einlage)
- Operativer Cashflow und Kassenbestand: 60 Mio. €

### **1.3 Empfehlung der Geschäftsführung der StKM**

Auch die Geschäftsführung empfiehlt in einem diesem Beschluss als Anlage 5 beiliegenden Schreiben der Gesellschafterin die Umsetzung des vorgeschlagenen Sanierungsumsetzungskonzepts.

Sie macht darauf aufmerksam, dass das Gelingen der Sanierung nur unter weitgehender Realisierung der getroffenen Annahmen und der Bereitschaft aller Beteiligten zur Umsetzung der Maßnahmen gelingen kann.

### **1.4 Fazit des Betreuungsreferates Stadtkämmerei**

Das Betreuungsreferat bewertet ebenso wie die Geschäftsführung der StKM das vorgestellte Sanierungsumsetzungskonzept sowie die Sanierungsstrategie als insgesamt tragfähig. Grundsätzlich sind die Konsolidierung und die Reduzierung der Betten unumgänglich, um dauerhaft wettbewerbsfähig zu werden und damit langfristig Medizin auf hohem Niveau in kommunaler Trägerschaft anzubieten.

Die zugrunde gelegten Planungen erscheinen angemessen, wobei der Sanierungszeitraum von acht Jahren durchaus Prämissen und Einschätzungen über

die zukünftige Entwicklung beinhaltet, die naturgemäß mit Unsicherheiten behaftet sind und weitere Detaillierungen und Anpassungen erforderlich machen können.

Grundsätzlich erscheinen die geplanten Maßnahmen geeignet um die Sanierung der StKM zum Erfolg zu führen. Sie bergen jedoch noch wesentliche Risiken in sich und bedürfen weiterer Konkretisierung im Rahmen deren Umsetzung.

Die Evaluierung durch die Stadtkämmerei beinhaltete nur eine kursorische Prüfung im Hinblick auf die Plausibilität des Konzepts und des groben Zahlengerüsts. Im Rahmen der Umsetzungsphase kann es deshalb u. U. zu Anpassungen der Bewertung kommen, sofern sich in den Detailprojektplanungen Abweichungen ergeben oder sich die Annahmen als nicht korrekt herausstellen. Daher wird auch zukünftig ein qualifiziertes Sanierungscontrolling durch das Betreuungsreferat unerlässlich sein. Über Abweichungen im Rahmen der Sanierungsumsetzung wird die Stadtkämmerei den Stadtrat im Rahmen der regelmäßigen Berichterstattungen informieren.

Die Höhe des im Base Case benötigten Zuschusses bewegt sich weiterhin im Rahmen der im Juli 2014 beschlossenen EK-Erhöhung und damit im Rahmen des PIT.

Die in 2014 beschlossene Eigenkapitalzuführung von 382 Mio. € hat weiterhin Bestand, damit die Sanierungsmaßnahmen erfolgreich geplant und durchgeführt werden können.

Insgesamt kann nur auf diesem Weg eine medizinische Versorgung der Münchner Bürgerinnen und Bürger dauerhaft sicher gestellt werden, die sich nicht nur nach ökonomischen Gesichtspunkten richtet, sondern im Rahmen der Daseinsvorsorge aus städtischer Hand geleistet wird. Ausgehend von dieser Maßgabe sowie dem im Konzept aufgezeigten möglichen Sanierungsverlauf ist die Sanierung als wirtschaftlich sinnvoll zu bewerten.

Zwingende Voraussetzung ist allerdings, dass alle am Sanierungsprojekt beteiligten Akteure - Gesellschafterin, Geschäftsführung, Aufsichtsrat, Stadtverwaltung, tariflichen und betrieblichen Sozialpartnern sowie alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Unternehmens - ein Höchstmaß an Motivation und Engagement für das Unternehmen einbringen, um eine erfolgreiche Sanierung gemeinsam zu bewerkstelligen.

## **2. Anträge des Stadtrats und der Bezirksausschüsse (chronologisch)**

### **2.1 Prüfung einer Kooperation des Krankenhauses Harlaching mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen**

Antrag Nr. 08-14 / A 01377 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 01.03.2010, eingegangen am 01.03.2010

(Anlage 12)

Begründung der Antragssteller/in:

Die Städtisches Klinikum München GmbH soll die Möglichkeiten einer Kooperation des Krankenhauses Harlaching mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen prüfen.

Fragestellung:

**Inwiefern wären diagnostische Möglichkeiten für beide Krankenhäuser gemeinsam nutzbar?**

Antwort:

„Die Basis für die vorhandene Kooperation stellt der Änderungsnachtrag vom 04.10.1990 [...] dar, in dem festgehalten ist, dass die Erbbauberechtigte alle für ihr Krankenhaus erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen durch die entsprechende Einrichtung des Städtischen Krankenhauses Harlaching gegen Ersatz der Kosten [...] nach dem jeweils [...] gültigen Nebenkostentarif vornehmen lassen. Im Sinne der konsiliarärztlichen Betreuung stehen [...] Kollegen jeglicher Fachgebiete [...] zur Verfügung. Das gilt auch für [...] Anforderungen von diagnostischen Leistungen, die im KfN nicht durchgeführt werden können. Insbesondere die akut- und intensivmedizinische Unterstützung ist jederzeit gewährleistet.“

Quelle: Stellungnahme des damaligen medizinischen Geschäftsführers der StKM, Prof. Hennes, dazu in einer gemeinsamen Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 27.03.2014

**Wie könnte eine Kooperation und der fachliche Austausch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beider Kliniken organisiert werden?**

Antwort:

„Eine Kooperation mit dem KfN ist [...] eine geeignete Möglichkeit, ein Alleinstellungsmerkmal auf dem Münchner Markt zu fördern. Der Weiterbildung von



[Mitarbeitern] des KfN steht von beiden Seiten nichts entgegen. Ebenso können [Mitarbeiter] der StKM zusätzliche Erfahrungen in den naturheilkundlichen Verfahren im KfN erlangen. Die Einrichtung einer Naturheilkundestation in der StKM wird aufgrund des Versorgungsangebotes des KfN auf dem Gelände des Klinikum Harlaching für nicht erforderlich angesehen.“

Quelle: Stellungnahme des damaligen medizinischen Geschäftsführers der StKM, Prof. Hennes, dazu in einer gemeinsamen Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 27.03.2014

Patientenklientel in Bezug auf Fachlichkeit:

Schwerpunktmäßig generieren die Patientinnen und Patienten im KfN DRGs = (Diagnosis Related Groups entspricht diagnosebezogene Fallgruppen) aus dem musculo-skelettalen Bereich, dermatologische Erkrankungsbilder, onkologische und rheumatoide Erkrankungen sowie akute und chronische Infektionen der Atemwege. Im ärztlichen und pflegerischen Bereich soll eine gegenseitige Unterstützung in der Fort- und Weiterbildung zum Beispiel durch Hospitationstage oder Personalrotationen ermöglicht werden (Absichtserklärung).

Im Juli 2015 wurde ein Letter of Intent zwischen dem KfN und dem Klinikum Harlaching verfasst, der u. a. die Kooperation im Bereich der Fort- und Weiterbildung des Personals beinhaltet. Darüber hinaus sind im Entwurf der gemeinsamen Absichtserklärung ein verstärktes Angebot der komplementären Leistungen der beiden Einrichtung sowie eine Optimierung der Kapazitätsauslastungen vorgesehen.

Fragestellung:

**Wie könnte ein unkomplizierter Austausch von Patientendaten unter Berücksichtigung von Datenschutzrichtlinien ermöglicht werden?**

Antwort:

Seit Einführung von SAP im KfN können die digitalen Patientendaten zwischen Klinikum Harlaching und KfN ausgetauscht werden (Vertragsentwurf vom 25.04.2013, IX. Vertragsdurchführung; § 18 Datenaustausch, Nachfrage beim Datenschutzbeauftragten der StKM). Anforderungen wie Entlassungsmanagement oder bildgebende Verfahren werden aktuell allerdings per Fax an die jeweilige Abteilung gestellt.

## **2.2 Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in der Städtisches Klinikum München GmbH qualifiziert aufarbeiten**

Antrag Nr. 08-14 / A 01568 von Frau StRin Eva Maria Caim,  
Frau StRin Dr. Manuela Olhausen  
vom 19.05.2010, eingegangen am 19.05.2010

(Anlage 13)

Begründung der Antragssteller/in:

Zu den Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in den einzelnen Kliniken der Städtisches Klinikum München GmbH wird (StKM) - unter verantwortlicher Beteiligung der Betriebsräte - qualifiziert berichtet und werden Handlungsempfehlungen vorgelegt. Das Beteiligungsmanagement für die StKM im Referat für Gesundheit und Umwelt prüft, inwieweit hier eine externe Sicht hilfreich sein kann und beauftragt bei entsprechendem Ergebnis ein geeignetes Institut.

Die Benachteiligungen der kommunalen Krankenhäuser im Rahmen des Versorgungsauftrages werden dargestellt, erklärt und die daraus resultierenden Forderungen in den politischen Prozess eingebracht.

Fragestellung:

**Welche Berufsgruppen (Dienstarten) haben in welcher Höhe Mehrarbeit geleistet und haben diese weiter leisten müssen und wie (Freizeit / Bezahlung) und in welchem Zeitraum werden diese ausgeglichen?**

Antwort:

Zunächst ist anzumerken, dass in allen Berufsgruppen entsprechend dem Bedarf Mehrarbeit geleistet wird. Der Ausgleich findet, wenn möglich, zeitnah in Form von Freizeitausgleich statt. Es fanden in den vergangenen Jahren dennoch immer wieder Auszahlungen im größeren Umfang statt. Ansonsten werden bei Beendigung von Arbeitsverhältnissen sowie in begründeten Einzelfällen die Zeitwertguthaben (ZWG) ausbezahlt. Anzumerken ist, dass verlässliche Zahlen erst ab 2012 aufgezeigt werden können, da zuvor zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch nicht in der Zeitwirtschaft erfasst waren. Auch lässt sich keine Aussage dazu treffen, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in welchem Umfang die Mehrarbeit in Freizeit ausgleichen konnten.

In 2012 war lt. Aufstellung der StKM eine deutliche Ausweitung der Mehrarbeit (Auf- / Abbau ZWG und Auszahlung) in Höhe von 135.985 Stunden ggü. dem Vorjahr zu verzeichnen. 2013 war in Summe kein Mehrarbeitsaufkommen zu verzeichnen. In

2014 ist die Zahl wieder angestiegen (52.755 Stunden). Die weitere Entwicklung in 2015 stellt sich auf Basis der 1. Quartalszahlen zunächst positiv dar.

Die genaue Verteilung auf die Entwicklung in den einzelnen Dienstarten sind folgender Tabelle zu entnehmen.

ZWG	2011	2012				2013				2014				2015 1. Quartal			
Dienstart	Stand 31.12.11 (Angabegem. Jahrschl. 2011)	Stand 31.12.12	Aufbau/ Abbau	Auszahlung im Jahr 2012	Auf-/Abbau Incl. Auszahlung	Stand 31.12.2013	Aufbau/ Abbau	Auszahlung im Jahr 2013	Auf-/Abbau Incl. Auszahlung	Stand 31.12.2014	Aufbau/ Abbau	Auszahlung im Jahr 2014	Auf-/Abbau Incl. Auszahlung	Stand 31.03.2015	Aufbau/ Abbau	Auszahlung im Jahr 2015	Auf-/Abbau Incl. Auszahlung
01 Ärztlicher Dienst	115.486,13	143.270,94	27.784,81	30.417	58.192	118.111,96	-27.158,98	31.074	3.915	127.487,04	11.375,08	21.647	33.022	123.788,96	-3.717,09	4.525	808
02 Pflegerdienst	123.221,53	153.180,98	29.959,45	20.877	50.818	125.901,71	-27.229,25	21.408	-5.821	126.218,13	284,42	7.188	7.448	113.051,13	-13.165,00	1.764	-11.401
03 Medizinisch-tech. Dienst	42.972,99	47.490,88	4.517,89	2.550	7.098	44.418,35	-3.072,53	2.303	-770	44.574,38	156,04	2.350	2.508	41.411,51	-3.162,88	401	-2.762
04 Funktionsdienst	36.441,18	41.512,50	6.071,32	4.441	10.512	40.514,00	-998,50	4.570	3.572	43.544,30	3.030,30	3.083	6.114	38.910,40	-4.634,52	577	-4.057
05 Wirtschafts- und Versorgungsdienst	18.050,34	18.005,78	-44,56	1.447	3.403	10.263,85	-7.743,07	1.311	-6.432	9.445,01	-819,88	171	-648	7.293,30	-2.151,11	80	-2.091
07 Technischer Dienst	9.677,41	11.284,00	1.606,59	1.438	3.044	9.475,62	-1.808,38	1.534	-274	9.445,81	-29,81	980	980	9.690,97	115,16	364	479
08 Verwaltungsdienst	28.926,37	28.016,50	-909,87	5.736	2.828	25.072,97	-943,53	3.300	2.388	25.365,49	292,52	2.073	2.368	23.366,98	-1.998,50	283	-1.715
09 Sonderdienst	1.912,24	1.873,67	-38,57	367	328	1.388,51	-485,16	555	70	2.010,54	622,03	95	717	1.714,97	-295,57	161	-134
12 Personal der Ausbildungsstellen	1.742,82	1.538,34	-204,48	0	-204	1.728,10	190,96	71	282	1.930,71	201,61	67	285	1.883,77	-46,94	0	-47
<b>Gesamt</b>	<b>375.440,97</b>	<b>444.154,75</b>	<b>68.713,78</b>	<b>67.271,69</b>	<b>135.985</b>	<b>374.905,91</b>	<b>-83.248,04</b>	<b>66.157,24</b>	<b>-3.082</b>	<b>390.020,04</b>	<b>15.114,13</b>	<b>37.641,33</b>	<b>52.755</b>	<b>360.963,59</b>	<b>-29.056,45</b>	<b>8.116,06</b>	<b>-20.940</b>

Angaben aus SAP-BI Report: "Personallisten", mit Ausnahme Daten für 2011

Quelle: StKM

### 2.3 Deutliche Energieeinsparungen im Krankenhaus durch intelligente Heizungssteuerung auch in München erzielbar?

Antrag Nr. 08-14 / A 02277 von Frau StRin Eva Maria Caim,  
Herrn StR. Dr. Georg Kronawitter  
vom 07.03.2011, eingegangen am 07.03.2011

(Anlage 14)

Fragestellung:

**Dem Stadtrat wird dargestellt, inwiefern die in /1/ beschriebene Heizungssteuerungstechnologie auch unter den baulich-betrieblichen Verhältnissen der Häuser des Klinikum Münchens GmbH nachhaltige Heizenergieeinsparungen von bis zu 800 kWh pro Zimmer liefern könnte. Ebenso ist in einem ersten cursorischen Ausblick zu beurteilen, ob sich diese Technologie auch für andere städtische Gebäude wie insbesondere Schulen und Verwaltungsgebäude eignen würde.**

Antwort:

Der Antrag wurde bereits mit Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 07567 in der Vollversammlung am 05.10.2011 im Stadtrat aufgegriffen. Ergänzend zur Sitzungsvorlage vom 05.10.2011 führt die StKM hierzu Folgendes aus:

Bei der Quelle handelt es sich um die Firmenzeitschrift eines Herstellers. Insofern ist der Beitrag fachlich kritisch hinsichtlich korrekter Darstellung aufgrund umsatzorientierter Interessen zu hinterfragen. Dieser Stellungnahme ist eine allgemeine Betrachtungsweise zugrunde gelegt, in der Standardwerte berücksichtigt werden. Diese Betrachtungsweise ist gegenüber einer projektspezifischen Betrachtungsweise abzugrenzen.

Wärmeverluste eines gekippten Fensters (Lüftungswärmeverluste) hängen von vielen standortspezifischen Faktoren ab. Dies sind zum Beispiel Klimazone des Standortes, Lage (geschützt oder frei), Windangriffsfläche, Alter des Gebäudes bzw. Fenster und Türen mit oder ohne Dichtungen, Größe der Fenster im Verhältnis zum Raumvolumen, usw.. Als Standardwert für Lüftungswärmeverluste in einem Zimmer sind wir von zusätzlichen, den Gebäudeundichtigkeiten zuzuschlagenden, Lüftungswärmeverlusten bei gekipptem Fenster von ca. 0,5 kW – 0,8 kW bei geschlossener Zimmertür mit Dichtung ausgegangen.

Bei Ansatz von 2.400 Vollbenutzungsstunden Heizung in einem Krankenhaus ergeben sich somit ca. 1.200 kWh – 1.900 kWh ( $2.400 \text{ h} * 0,8 \text{ kW}$ ) Lüftungswärmeverluste an Endenergie bei ganzjährig gekipptem Fenster.

Unter diesen Voraussetzungen müsste, um 800 kWh Einsparung zu erzielen, ein Zimmer dauerhaft belegt bzw. dauerhaft auf 20°C geheizt sein (kein Absenkbetrieb Nacht) und das Fenster während 42 % der Heizperiode ( $800 \text{ kWh} / 1.900 \text{ kWh}$ ) gekippt sein.

Diese hohe Belegungsquote und „Kippfrequenz“ erscheint uns nicht praxisnah.

Auch die Berechnung der Heizöleinsparung von 100 l Einsparung bei 800 kWh pro Jahr ist für uns nicht nachvollziehbar. Heizöl hat einen Heizwert von ca. 10 kWh. Daraus würde sich, bei einer Endenergieeinsparung von 800 kWh, eine Einsparung von 80 l Heizöl statt 100 l Heizöl pro Jahr ergeben. Die in der Quelle genannten Einsparpotentiale erscheinen somit mehr als optimistisch dargestellt.

Grundsätzlich lassen sich jedoch mit dieser Technik nicht unerhebliche Energieeinsparungen erzielen, die sowohl zum Klimaschutz als auch zu einer Kosteneinsparung beitragen können.

Für konkrete Baumaßnahmen der StKM ist eine projektspezifische Betrachtungsweise und Berechnung sinnvoll. Diese wird von den beauftragten Fachplanern im Zuge der Planung im Rahmen der Untersuchung alternativer Lösungsmöglichkeiten nach gleichen Anforderungen mit Wirtschaftlichkeitsvorbetrachtung durchgeführt. In konkreten Fällen kann es durchaus wirtschaftlich sein, diese Technologie einzusetzen. Diese Technologie kann auch eingesetzt werden, um bestimmte Vorgaben zur energetischen Qualität einer Gebäudehülle zu erfüllen.

Für Bestandsgebäude unter Denkmalschutz erscheint der Einsatz dieser Technik wenig sinnvoll. Die Gebäudeundichtigkeiten, insbesondere alter Fenster ohne Dichtungen, weisen einen derart hohen Lüftungswärmeverlust auf, dass die Einsparungen vermutlich relativ gering sein werden.

## **2.4 Strukturierte Weiterbildung gegen Ärzteflucht**

Antrag Nr. 08-14 / A 02649 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 15.07.2011, eingegangen am 15.07.2011

(Anlage 15)

Begründung der Antragssteller/in:

Nach erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums wird ein Drittel der Absolventinnen und Absolventen nicht mehr kurativ tätig. Stattdessen locken attraktivere Jobangebote in der Privatwirtschaft oder im Ausland.

Grund für diese „Medizinerflucht“ ist jedoch nicht nur ein vergleichsweise niedriger Verdienst, sondern sind vor allem die ausgeprägt hierarchischen Strukturen in deutschen Krankenhäusern, ein hohes Maß an administrativen Tätigkeiten und fehlende Perspektiven der fachlichen Weiterentwicklung.

Im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung finden Assistenzärztinnen und -ärzte häufig kein klar strukturiertes Weiterbildungskonzept vor. So kann es sein, dass Rotationen durch die verschiedenen Bereiche des jeweiligen Fachgebietes nicht möglich sind.

Gleichzeitig fehlt es an praxisbegleitenden Seminaren und Fortbildungen und häufig auch an institutionalisierten Fallbesprechungen.

Das Städtische Klinikum könnte hier Vorbildwirkung entfalten und mit einem auf die verschiedenen Facharztbereiche zugeschnittenen Aus- und Weiterbildungsprogramm

ein besonders attraktiver Arbeitsplatz für junge Medizinerinnen und Mediziner werden.

Fragestellung:

**In klinikeigenen Ausbildungsplänen werden Mindeststandards für**

- Qualität und Häufigkeit von Fortbildungsangeboten**
- Rotationsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Fachabteilungen**
- Art und Umfang fallbezogener Team- und Kollegialgespräche**

**festgelegt.**

**Diese werden zeitlich und organisatorisch in Einklang mit der Stationsarbeit der betroffenen Ärztinnen und Ärzte und dem Weiterbildungskatalog der Bundesärztekammer gebracht.**

Antwort:

Die Sicherstellung einer gut organisierten und attraktiven Fort- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte der StKM stellt für die Geschäftsführung eine überaus wichtige Aufgabe dar.

Fallbezogene Team- und Kollegialgespräche gehören zum Kerngeschäft der täglichen Stationsarbeit. Darüber hinaus finden in allen Fachabteilungen in der Regel wöchentliche, institutionalisierte Fallbesprechungen und / oder Fortbildungen statt, die auch bei der BLÄK (Bayerische Landesärztekammer) angemeldet werden.

Die grundsätzliche Verantwortung für die Weiterbildung liegt bei den ermächtigten Chef- und Oberärzten und -ärztinnen. In der StKM verfügen alle Chefärztinnen und -ärzte über Ermächtigungen in ihrem Fach. Neu eingestellte Chefärztinnen und -ärzte beantragen die Ermächtigung mit ihrem Dienstbeginn in der StKM. Ermächtigungen sind zentral dokumentiert und werden alle zwei Jahre aktualisiert.

Die Organisation der kollegialen Fallbesprechungen sowie die Durchführung der Fortbildungen in den Abteilungen liegt grundsätzlich in der Verantwortung der Chefärztinnen und -ärzte als Fortbildungsermächtigte/r und stellt eine wichtige Führungsaufgabe dar.

Die Kliniken haben unterschiedliche organisatorische Lösungen gefunden, um den Bedarf der Ärztinnen und Ärzte an Fort- und Weiterbildung abzudecken und diese attraktiv zu halten. Vor allem auf lokaler Ebene steht dabei auch die regelmäßige Rotation im Vordergrund. So beispielsweise im Klinikum Harlaching im internistischen Bereich.

Auch auf Ebene der Geschäftsführung werden verschiedene Optimierungsmaßnahmen im Bereich der Fort- und Weiterbildung angegangen, damit nicht nur die gesetzlichen Standards erfüllt werden, sondern darüber hinaus die Fort- und Weiterbildung in der StKM weiter attraktiv und zukunftsfähig bleibt.

## **2.5 Wirtschaftsprüfung bei der Städtischen Klinikum München GmbH**

Antrag Nr. 08-14 / A 02960 der Stadtratsfraktion der CSU  
vom 02.12.2011, eingegangen am 05.12.2011

(Anlage 16)

Fragestellung:

**Dem Stadtrat wird dargestellt, mit welcher Intensität die Zahlen der Städtischen Klinikum München GmbH seit 2005 durch die Wirtschaftsprüfer durchleuchtet wurden. Die Aufgaben der Wirtschaftsprüfungsgesellschaften und Form und Ergebnis der Aufgabenerfüllung werden dabei untersucht und dem Stadtrat vorgestellt.**

Antwort:

Der Antrag wurden bereits mit den Sitzungsvorlagen Nr. 08-14 / V 08474 und Nr. 08-14 / V 13272 in nichtöffentlichen Sitzungen der Vollversammlung am 01.02.2012 und 27.11.2013 im Stadtrat aufgegriffen. Ergänzend zu den o.g. Sitzungsvorlagen führt die StKM hierzu Folgendes aus:

Seit Gründung der StKM wird aufgrund der Vorschriften des Handelsgesetzbuches (§§ 316 ff. HGB) für große Kapitalgesellschaften, in Verbindung mit dem Gesellschaftsvertrag der StKM, der Jahresabschluss und Lagebericht unter Einbeziehung der Buchführung durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft.

Die Prüfungsgesellschaft wird jährlich vom Aufsichtsrat gewählt.

Der Prüfungsauftrag ist erweitert um § 53 Abs. 1 Haushaltsgesetz (HGGrG). Demnach prüft der Abschlussprüfer auch die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung, die Entwicklung der Vermögens- und Ertragslage sowie die Liquidität und Rentabilität, ferner die verlustbringenden Geschäfte und die Ursachen der Verluste, wenn diese Geschäfte und die Ursachen für die Vermögens- und Ertragslage von Bedeutung waren. Der Jahresabschlussprüfer prüft die Ursachen eines in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Jahresfehlbetrages.

Die Prüfung erfolgt nach den Grundsätzen des IDW (Institut der Wirtschaftsprüfer) Prüfungsstandards.

Der Jahresabschlussprüfer berichtet dem Aufsichtsrat über das Ergebnis der Prüfung.

## **2.6 Grundlagen für die Baumaßnahmen bei der Städtischen Klinikum München GmbH darstellen**

Antrag Nr. 08-14 / A 03877 von Frau StRin Dr. Manuela Olhausen, Frau StRin Eva Caim

vom 06.12.2012, eingegangen am 06.12.2012

(Anlage 17)

Fragestellung:

**Der Stadtrat möge beschließen:**

**1. Dem Stadtrat werden umgehend das Ergebnis der Gebäudebewertung, insbesondere unter dem Aspekt des Brandschutzes und in Anwesenheit des Gutachters, und die neu überarbeitete Medizinische Architektur vorgestellt und die Konsequenzen erläutert.**

**2. Weiter wird eine Stellungnahme bzw. fachliche Würdigung des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit zu dem derzeitigen Baustopp, den geplanten Baumaßnahmen sowie zu den zu prüfenden Varianten der Machbarkeitsstudie vorgelegt.**

**3. Dem Stadtrat wird dargestellt, welche finanziellen Konsequenzen (staatliche Fördermittel) sich aufgrund des aktuellen Baustopps und der extremen Verzögerungen bei den weiteren Planungen (alle Klinika) ergeben.**

Antworten:

Der Antrag wurde bereits mit Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 11091 in nichtöffentlicher Sitzung der Vollversammlung am 17.01.2013 im Stadtrat aufgegriffen. Ergänzend zur Sitzungsvorlage vom 17.01.2013 führt die StKM hierzu Folgendes aus:

Antwort zu Frage 1:

Diese Fragestellung wurde durch die Geschäftsführung der StKM dahingehend beantwortet, dass das Ergebnis der Gebäudebewertung zum Bestand der Gebäude der StKM im nächsten Gesundheitsausschuss durch die Geschäftsführung vorgestellt wird (dies wurde entsprechend realisiert).

Antwort zu Frage 2:



Hier wurde seitens der Geschäftsführung der StKM am 20.12.2012 Fehlanzeige gemeldet. Eine Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit konnte seitens der StKM nicht vorgelegt werden.

Antwort zu Frage 3:

Die Machbarkeitsstudie für die Klinika Bogenhausen und Schwabing hatte sich mit dem Beschluss der Vollversammlung vom 19.12.2012 (Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 10839) erübrigt.

Die Anfragen des Stadtrats sind durch die Weiterentwicklung bzw. neuere Stadtratsbeschlüsse hinfällig. So wurde die StKM durch die LHM mit der Erstellung einer Machbarkeitsstudie zu einem Sanierungskonzept beauftragt. Dem erstellten Sanierungskonzept (inklusive Finanzierung und Darstellung der voraussichtlichen Fördermittel) wurde gemäß Stadtratsbeschluss vom 08.07.2014 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00463) dem Grunde nach zugestimmt. Gleichsam wurde innerhalb dieses Beschlusses die Geschäftsführung der StKM mit der Weiterentwicklung des Sanierungskonzepts im Rahmen eines Sanierungsumsetzungskonzepts mit entsprechend einzuhaltenden Vorgaben beauftragt. Die auf dieser Grundlage eingeleitete bauliche Weiterentwicklung stellt sich wie folgt dar:

Der Sachstand Großbaumaßnahmen ist unter Ziffer 3.6 Baukonzept dargestellt.

## **2.7 Bausanierungsprogramm für die Städtischen Klinikum München GmbH**

Antrag Nr. 08-14 / A 04723 von Herrn StR Josef Schmid  
vom 22.10.2013, eingegangen am 22.10.2013

(Anlage 18)

Fragestellung:

**Dem Stadtrat wird dargestellt:**

**1. Wann und mit welchem Ergebnis wurden Entscheidungen zum Sanierungsprogramm bei Infrastruktur und Baumaßnahmen für die Krankenhäuser Harlaching, Bogenhausen und Schwabing in der letzten Amtsperiode getroffen bzw. wieder verworfen?**

**2. Wer ist dafür verantwortlich, dass die vom Stadtrat geforderte Machbarkeitsstudie nicht rechtzeitig in die Wege geleitet wurde?**

**3. Welche bereits eingeleiteten Investitionen in Infrastruktur- und Baumaßnahmen wurden begonnen und dann wieder auf Eis gelegt bzw. sollen weitere zurückgestellt werden?**

**4. Sind durch den Aufschub der Baumaßnahmen an den einzelnen Standorten zusätzliche Instandhaltungsmaßnahmen erforderlich, unter Angabe der Kosten, insbesondere im Bereich Brandschutz?**

**5. Das neue kaufmännische Betreuungsreferat Stadtkämmerei gibt dem Stadtrat eine Einschätzung über die investiven Herausforderungen des Klinikums für die nächsten 5-10 Jahre. Wird die GmbH im Stande sein, die erforderlichen Eigenmittel selbst aufzubringen, oder kommen auf die Gesellschafterin Stadt weitere finanzielle Anforderungen zu und wie können diese befriedigt werden?**

**6. Welche Fördergelder insbesondere für mittelfristige Planungen bei welchen Förderbehörden wurden beantragt und für welche Planungen liegen bereits Förderzusagen und in welcher Höhe?**

**7. Welche Kosten sind durch die Verlegung des Blutspendedienstes ins Krankenhaus Schwabing und zurück entstanden bzw. werden entstehen?**

**8. Welche Planungen bestehen über die zukünftige Organisation, die Struktur und den Standort des Blutspendedienstes?**

Antwort:

Der Antrag wurde bereits mit Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 14077 in nichtöffentlicher Sitzung der Vollversammlung am 19.02.2014 im Stadtrat aufgegriffen. Ergänzend zur Sitzungsvorlage vom 19.02.2014 führt die StKM hierzu Folgendes aus:

Antwort zu Frage 1:

Die Betreuungsreferate Stadtkämmerei und Referat für Gesundheit und Umwelt haben (Anmerkung Stand: vor Juni 2014) die Frage nach den dem Stadtrat und dem Herrn Oberbürgermeister vorgelegten wesentlichen und einschlägigen Beschlüssen in der Amtsperiode 2008-2014 bereits in zuvor genannter Vollversammlung ausführlich beantwortet.

Antwort zu Frage 2:

Mit Beschluss der Vollversammlung vom 27.06.2012 wurde zunächst das Referat für Gesundheit und Umwelt beauftragt, gemeinsam mit der Städtisches Klinikum München GmbH, eine Machbarkeitsstudie zur baulichen Zielplanung der Klinika Schwabing und Bogenhausen durchzuführen. Mit Beschluss der Vollversammlung

vom 19.12.2012 wurde dieser Beschlusstil aufgehoben und es ging der Auftrag an die Geschäftsführung über. Maßgebliche Gründe dafür waren, dass die der mittlerweile durchgeführten Gebäudebewertung zugrundeliegenden Basisdaten sowie alle weiteren zur Bearbeitung erforderlichen Unterlagen und Kenntnisse der örtlichen Gegeben- und Besonderheiten in erster Linie als bei der StKM vorhanden beurteilt wurden. Zur Vermeidung von Zeit- und Reibungsverlusten sollte daher die Federführung bei der Geschäftsführung liegen. Diese nahm die Vergabe im Oktober 2013 vor und erteilte nach Abstimmung im Lenkungskreis im Januar 2014 den Zuschlag. Die Gründe für die lange Bearbeitungszeit sind von den Betreuungsreferaten bereits beschrieben, die Geschäftsführung hatte u.a. im Lagebericht zum Jahresabschluss 2013 ausführlich dazu berichtet.

Antwort zu Frage 3:

Zu ergänzen ist, dass zum Zeitpunkt der Erstellung des Unternehmensplans im Herbst 2014 drei weitere Bau- und Investitionsmaßnahmen zurückgestellt wurden: Errichtung eines Hybrid-OP bzw. die Erweiterung der Stroke Unit am Standort Bogenhausen sowie der Einbau eines behindertengerechten Aufzugs in der Akademie. Die ersten beiden Maßnahmen sind aufgrund der Detaillierung des Medizinischen Konzepts zurückgestellt worden, letztere Maßnahme aufgrund einer Re-Priorisierung der Vielzahl geplanter Investitions- und Bauprojekte.

Bezüglich des Medizet wurde dargestellt, dass auf einen Anbau an die Apotheke zur Zytostatikaherstellung verzichtet wurde, stattdessen wurde jedoch eine Raum-in-Raum Variante geprüft und aktuell bis zur Entwurfsplanung vorangetrieben.

Für den BSD gilt weiterhin, dass ein Verbleib im Gesundheitshaus in der Dachauer Straße nicht möglich ist, seit Frühjahr d.J. liegt jedoch der vom Stadtrat beschlossene Auftrag vor, die Option eines Verkaufs des BSD zu prüfen. Eine Neuverortung ist damit hinfällig.

Antwort zu Frage 4:

Die Geschäftsführung verweist auf ihre Stellungnahme in der Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 14077.

Antwort zu Frage 5:

Die aktuellen Darstellung der notwendigen Baumaßnahmen und deren Finanzierung ist in den Ziffer 3.6 Baukonzept und 4.5 Stellungnahme zur Bauplanung dargestellt.

Antwort zu Frage 6:

Aufgrund des Fortschreitens Planung zu den Großbauprojekten ergeben sich Ergänzungen zur Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 14077.

Der Antrag auf Vorwegfestlegung in das Krankenhausbauprogramm für das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin am Standort Schwabing wurde im Dezember 2014 gestellt, dabei wurde mit 71,4 Mio. € förderfähigen Kosten gerechnet. Nach ersten Rückmeldungen wird von einer Fördersumme von rd. 65 Mio. € ausgegangen.

Mit der Umsetzung des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am Standort Schwabing werden die Projekte „Verbindungsbrücke Haus 23-25“ und „Haus 24 Kinderonkologie“ voraussichtlich nicht in Anspruch genommen, da sie durch das neue Baukonzept hinfällig geworden sind.

Gleiches gilt für die Investitionen „Zielplanung 1. und 2. BA Schwabing“, die sich durch das Medizinische Konzept in ihrer ursprünglichen Ausrichtung überholt haben. Bereits ausgeführte, nicht mehr verwertbare Vorarbeiten wurden durch Sonderabschreibungen in den letzten beiden Jahresabschlüssen berücksichtigt bzw. eine Rückführung von Fördermitteln wurde bereits vorgenommen.

Antwort zu Frage 7:

Die Geschäftsführung verweist auf ihre Stellungnahme in der Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 14077.

Antwort zu Frage 8:

Wir verweisen auf das Kapitel zum Blutspendedienst im Detail-Sanierungs-Gutachten (siehe Ziffer 3.3.2 Blutspendedienst). Der Weiterbetrieb des Blutspendedienstes innerhalb der StKM hat sich in der Detailprüfung als unwirtschaftlich erwiesen. Der Blutspendedienst soll daher verkauft werden. Der Verkaufsprozess wurde eingeleitet.

## **2.8 Neues Sanierungskonzept für die Städtische Klinikum GmbH; Regionale Versorgungsangebote**

Antrag Nr. 08-14 / A 04993 von Frau StRin Eva Maria Caim vom 16.01.2014, eingegangen am 16.01.2014

(Anlage 19)

Begründung der Antragsteller/in:

Die Problemlage der Städtischen Klinikum München GmbH ist hinlänglich bekannt. Der ad hoc eingerichtete Lenkungskreis, dem der OB vorsitzt, will bis Ende Februar ein neues Sanierungskonzept den Entscheidungsträgern vorlegen.

Dreh- und Angelpunkt wird dem neuen oder geänderten Medizinkonzept zukommen. Das medizinische Leistungsangebot der Landeshauptstadt München für ihre Bürgerinnen und Bürger, im Rahmen der Daseinsvorsorge, wird nicht nur das fachliche Leistungsangebot sondern auch Größe der Fachabteilungen im Verbund oder Eigenständig, die Klinikstandorte usw. prägen. Das künftige qualitative Medizinangebot darf dabei nicht aus den Augen verloren gehen.

Die Altersentwicklung fordert, insbesondere auch für die Kommunen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit, rasche Lösungen (häuslich, teilstationär, stationär, rehabilitativ und nachsorgend) für die alternden Menschen bereitzustellen. Die in ihrer Lebenserwartung begrenzte Zeit für die ältesten Bürgerinnen und Bürger in München braucht rasche wohnortnahe Versorgungsnetzwerke.

Darüber besteht ein Konsens über alle Parteien hinweg. Für den Münchner Süden bietet sich der "Campus" Harlaching an, für den erbaurechtliche Dienstbarkeiten bestehen.

Das Krankenhaus Harlaching mit dem dortigen umfassenden Medizinangebot bietet nicht nur erbaurechtlich sondern auch in Kooperation mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen (Fachkrankenhaus für Innere Medizin, Naturheilmedizin und Homöopathie) eine hervorragende Ausgangsbasis zur regionalen Versorgung alter Menschen. Beide Kliniken können sich nicht nur in medizinischer sondern auch in wirtschaftlicher und ökonomischer Weise ergänzen.

Das neu zu entwickelnde Medizinkonzept darf die Altersmedizin nicht außen vor lassen. Kooperationen, wo sinnvoll wie in diesem Fall, können durch ein Projekt, unter Beteiligung der dortigen Akteure und Mitarbeitervertretungen, kurzfristig realisiert werden. Die gerontopsychiatrische Diagnostik- und Therapieangebote im Rahmen der dezentralen Psychiatrieangebote, bilden dabei einen wesentlichen Baustein im Versorgungsangebot.

Fragestellung:

**Aufbau eines wohnortnahen Versorgungszentrums für ältere Menschen im Münchner Süden mit dem Krankenhaus Harlaching und der Fachklinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Naturheilkunde planen und realisieren.**

Antwort:

Wir verweisen hier u.a. auf die Ausführungen unter Ziffer 3.2.6 Geriatrische Versorgung sowie auf die Ausführungen unter Ziffer 2.1 - Prüfung einer Kooperation des Krankenhauses Harlaching mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen.

Hinsichtlich eines möglichen Modellprojektes für ein integriertes regionalisiertes Versorgungskonzept für ältere Menschen im Raum Harlaching fanden Gespräche zwischen der Stadtkämmerei, dem Sozialreferat, der Geschäftsführung der StKM und Vertretern der Initiative Klinikum Harlaching e.V. unter Leitung von Chefarzt a.d. Dr. Hans Pösl statt.

Alle Beteiligten waren sich einig, dass ein derartiges Modellprojekt sinnvoll ist und auch vom Freistaat Bayern gefördert werden sollte.

Die Vertreter der Stadtverwaltung und der Geschäftsführung der StKM sagten ihre Unterstützung zu. Der Stadtrat wird mit diesem Projekt zu gegebener Zeit befasst werden.

## **2.9 Alternativen zum Sanierungsgutachten der Fa. BCG prüfen und bewerten**

Antrag Nr. 14-20 / A 00012 von DIE LINKE  
vom 19.05.2014, eingegangen am 20.05.2014

(Anlage 20)

Begründung der Antragsteller/in:

Das bisher vorliegende Sanierungskonzept genügt nicht den Anforderungen an die kommunale Daseinsvorsorge im medizinischen Bereich, insbesondere im Bereich der Notfallversorgung. Stadt und Region München wachsen, das Einzugsgebiet der bisherigen Notfallzentren weist weit über das Stadtgebiet hinaus.

Es erscheint nicht sinnvoll, die bisherigen überregionalen Notfallzentren Schwabing und Harlaching radikal zurück zu bauen, und dafür Bogenhausen und Neuperlach aufzubauen. Die Notfallversorgung im Gesundheitssektor ist eine zentrale Aufgabe der städtischen Daseinsvorsorge, die uns auch niemand abnimmt und für die es auch keine private Konkurrenz gibt. Leider ist der Erhalt einer funktionsfähigen und qualitativ hochwertigen Notfallversorgung aktuell unterfinanziert. Deshalb muss die Stadt durch Betrauungsakte die erforderliche Infrastruktur aufrecht erhalten. Dann wäre es ggf. auch möglich, die Städte und Gemeinden aus dem Umland durch eine interkommunale Vereinbarung an der Finanzierung der Notfallzentren zu beteiligen.

Da die verschiedenen Sanierungsalternativen in die Diskussion und Entscheidung zur Zukunft der Städtischen Kliniken einfließen sollen, ist eine Behandlung im Rahmen der Beschlussvorlage zum Sanierungskonzept der Städtischen Kliniken erforderlich.

Fragestellung - Punkt 4:

**Zusätzlich soll geprüft und mit der LMU geklärt werden, ob die Dermatologie nach der erforderlichen Sanierung eines Hauses in Schwabing angesiedelt werden kann. Thalkirchen könnte dann wie geplant geschlossen werden, in Neuperlach kann der geplante Erweiterungsbau zumindest geringer ausfallen.**

Antwort:

Die dauerhafte Verortung der Fachabteilung Dermatologie ist in der Fortschreibung des Medizinkonzepts am Standort Schwabing geplant. Siehe hierzu auch die Ausführungen unter Ziffer 3.2.2.2 - Standorte mit Fächerspektrum und Kapazitäten.

## **2.10 Sanierungskonzept für das städtische Klinikum Harlaching - Beantwortung des Fragenkatalogs**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00201 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 18 – Untergiesing-Harlaching vom 15.07.2014 (ED 17.07.2014)

**(Anlage 21a und 21b - Fragen nummeriert)**

Frage 4:

**Hat der Stadtrat mit der Zustimmung zum Sanierungskonzept auch den Zuschlag für den jetzt geplanten Teilersatzneubau erteilt?**

Antwort:

Mit Beschluss des Stadtrates vom 08.07.2014 wurde der Erhalt des Klinikums Harlaching in „lebensfähiger Form“ vorgegeben. Gleichsam wurde die Geschäftsführung der StKM mit der Überplanung des Klinikums Harlaching im Zuge der Umsetzung des Sanierungsgutachtens und des Baukonzeptes beauftragt.

Frage 5:

**Muss nicht ein neuer Wettbewerb ausgeschrieben werden? Gemäß der Skizze des Architekturbüros Ludes wird der Neubau nahe dem Eingangsbereich am Sanatoriumsplatz errichtet.**

Antwort:

Es wurde fachjuristisch und förderbehördlich geklärt, dass die vorhandenen Architekten- und Ingenieurverträge weitestgehend fortgeführt werden können.

Aufgrund der Insolvenz des beauftragten Ingenieurbüros für Elektrotechnik müssen die elektrotechnischen Planungsleistungen neu ausgelobt werden.

Die ausführungsfirmenseitigen Leistungen müssen erstmalig komplett ausgeschrieben und im Wettbewerb vergeben werden.

Fragen 6 bis 9:

**Ändert sich der Anfahrtsweg zum Krankenhaus ? Wird ein Parkhaus für Besucher und Personal errichtet? Wie viele Stockwerke wird der Teilersatzneubau haben? Wird der Hubschrauberlandeplatz - wie 2011 geplant- auf dem Dach des Neubaus situiert werden, um einen kurzen Transportweg im Krankenhaus zu gewährleisten?**

Antwort:

Die vom Architekturbüro Ludes ausgearbeitete Machbarkeitsstudie lässt ohne Berücksichtigung des fortentwickelten Medizinkonzepts und ohne vertiefte Planung noch keine konkreten Schlüsse zu Anfahrtswegen, Parkhaus, Gebäudehöhen oder Situierung des Hubschrauberlandeplatzes zu. Die entsprechenden Festlegungen müssen im Zuge der aufzugreifenden und weiter zu entwickelnden Planung getroffen werden.

Frage 10:

**Ist nach Inbetriebnahme des Teilersatzneubaus für den alten Krankenhausbau eine Umwidmung, oder ein Abriß geplant?**

Antwort:

Es ist ein Abbruch des alten Betthausgebäudes geplant.

Fragen 11 bis 12:

**Warum bleibt das KH Harlaching kein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe? Führt das nicht zur Herabstufung im Krankenhausversorgungsplan?**

Antwort:

Die Versorgungsstufe 3 des Standortes Harlaching ergibt sich aus dem Verbund von allen Standorten der StKM. Eine Aussage für die Zukunft kann derzeit noch nicht getroffen werden.



Frage 13:

**Bleibt das KH Harlaching ein Akademisches Lehrkrankenhaus mit der damit verbundenen Ausbildungs- und Qualifizierungskapazität?**

Antwort:

Eine Aussage kann zum heutigen Zeitpunkt noch nicht getroffen werden.

Fragen 14 bis 15:

**Warum wird die Pneumologie nach Bogenhausen verlegt? „Pneumologie hat eine 100jährige Tradition in Harlaching.“ Liegt der Grund für die Schließung darin, daß [REDACTED] (Anmerkung: Name geschwärzt), FCCP die Klinik für Pneumologie, Gastroenterologie, Internistische Intensiv- und Beatmungsmedizin im Klinikum Harlaching verläßt, weil er auch Chef der Klinik für Pneumologie und Pneumologische Onkologie im KH Bogenhausen ist?**

Antwort:

Die Verlagerung der Pneumologie resultiert aus einer stärkeren Bündelung der medizinischen Kompetenzen in Zentrumsstrukturen.

Frage 16:

**Bleibt die Internistische Intensiv- und Beatmungsmedizin am KH Harlaching erhalten?**

Antwort:

Die Internistische Intensiv- und Beatmungsmedizin bleibt am Standort Harlaching erhalten und wird durch eine Weaning-Einheit für beatmete Patientinnen und Patienten erweitert.

Frage 17:

**Hat der neue Chefarzt bereits die von Boston Consulting vorgeschlagenen Absenkungen von Pool-Leistungen und die Absenkung der Gehälter für das Personal bereits vertraglich akzeptiert?**

Antwort:

Der besagte Chefarzt ist nicht mehr am Standort Harlaching tätig.

Frage 18:

**Wird die Vollversorgung garantiert?**

Antwort:

Die Vollversorgung im Sinne der Erfüllung des Versorgungsauftrages der StKM erfüllt das künftige Medizinkonzept unter Einbeziehung aller Standorte. Der Versorgungsauftrag kann nicht komplett standortbezogen abgebildet werden, dies ist auch heute nicht der Fall. Insofern befinden sich einige Subdisziplinen, im Sinne der Zentralisierung von Leistungen mit dem Ziel des Erreichens höherer Fallzahlen und damit unter anderem auch besserer Qualität, an nur jeweils einem der zukünftig betriebenen vier Standorte. Die Grundversorgung gerade auch von Notfallpatienten muss an allen vier Standorten gewährleistet sein. Dies bedeutet in der näheren Beschreibung, dass Notfallpatienten, die auf allen möglichen Zuführungswegen in einen der vier Standorte der StKM kommen, dort effizient versorgt werden können. Sollte sich im Zuge der Behandlung eine Verlegung in einen anderen Standort als notwendig erweisen, ist diese bis auf wenige Ausnahmen innerhalb der StKM möglich. Dieses Versorgungsmodell verändert sich mit dem neuen Medizinkonzept im Vergleich zu heutiger Situation nicht grundsätzlich.

Im Speziellen erhält der Standort Harlaching ein lokales Notfallzentrum in Kombination mit einem überregionalen Traumazentrum. Dies bedeutet, dass im Notfallzentrum alle Strukturmerkmale erfüllt sind, die der Stadtrat mit seinem Beschluss vom 08.07.2014 definiert hat. Darüber hinaus werden für traumatologische Patienten die Vorhaltungen getroffen, die den Standort Harlaching für alle Arten dieser Patienten rund um die Uhr aufnahmebereit und versorgungsbereit macht.

Insofern besteht, wie auch heute, am Standort Harlaching keine medizinische Vollversorgung im Sinne des gesamten Leistungsspektrums der StKM. Es wird aber mit dem neuen Medizinkonzept die Vollversorgung von Notfallpatienten sichergestellt, über dies hinaus auch noch die Strukturmerkmale eines überregionalen Traumazentrums

Frage 19:

**Kann der gesetzliche Versorgungsauftrag ohne allgemeine Chirurgie und Kardiologie überhaupt gewährleistet werden?**

Antwort:

Der Versorgungsauftrag kann durch eine Konsilversorgung aus anderen Standorten sichergestellt werden.

Fragen 20 bis 21:

**Warum wird Unfall / Orthopädie nach Neuperlach verlegt, obwohl die Luftrettung in Harlaching stationiert ist? Warum wird im KH Harlaching kein regionales Trauma-Zentrum errichtet, obwohl die Infrastruktur für den regionalen Luftrettungsdienst vorhanden ist?**

Antwort:

Die Unfallchirurgie / Orthopädie bleibt mit einem überregionalen Traumazentrum am Standort Harlaching erhalten.

Frage 22:

**Ist das geplante lokale Trauma-Zentrum Bestandteil des Teilersatzbaus oder ein eigener Baukörper?**

Antwort:

Das überregionale Trauma-Zentrum ist in den Gesamtbaukörper integriert.

Frage 23:

**Wird das Neurozentrum weiter als bisher ausgebaut?**

Antwort:

Das Neurozentrum wird durch die Erhöhung der Anzahl der neurologischen Betten um 5 auf 43 Betten sowie die zusätzliche Etablierung einer neurologischen Frührehabilitationseinrichtung mit 60 Betten erweitert.

Frage 24:

**Bleibt die Gynäkologische Abteilung in ihrer jetzigen Form vollständig erhalten?**

Antwort:

Die Gynäkologische Abteilung bleibt erhalten und wächst um 14 auf insgesamt 79 Betten.

Frage 25:

**Wie sieht die Notfallversorgung in der Kinderklinik Harlaching aus?**

Antwort:

Die Notfallversorgung von Kindern ist weiterhin sichergestellt. Durch die Detaillierung des Medizinkonzeptes ergibt sich keine Änderung zum Status quo.

Frage 26:

**Werden beim Ausbau der Altersmedizin eigene Kapazitäten (Pflegepersonal) für demente Patienten geschaffen?**

Antwort:

Das Medizinkonzept berücksichtigt als Rahmenbedingungen alle statistisch fassbaren Einflüsse bezogen auf Demographie, spezielle Bevölkerungsentwicklung und den daraus ableitbaren Inzidenz-Kennzahlen.

Insofern werden auch die veränderten Komorbiditäten durch die älter werdende Bevölkerung, im Speziellen auch die Zunahme von dementen Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

Zu unterscheiden ist dabei aber zwischen Patientinnen und Patienten, die eine Demenz als Nebendiagnose haben und denen, die mit der Aufnahmediagnose Demenz stationär versorgt werden.

Im Medizinkonzept wird es keine eigene Versorgungsstruktur (eigene Station, eigene Abteilung etc.) ausschließlich für demente Patientinnen und Patienten geben.

Patientinnen und Patienten mit dem Aufnahmegrund Demenz werden in den neurologischen Zentren in Bogenhausen und Harlaching behandelt werden.

Demenz als Begleiterkrankung ist deutlich häufiger und wird in der Bedeutung für die StKM nochmals steigen. Dem wird durch größere Kapazitäten im Bereich der geriatrischen Behandlungseinheiten und durch eine Anhebung des Pflegeschlüssels (Pflegekräfte pro Bett oder Pflegekräfte pro Patient in diesen speziellen Bereichen) Rechnung getragen.

Frage 27:

**Ist im Sanierungskonzept bedacht, dass das kbo-Isar-Amper-Klinikum in den kommenden Jahren die Errichtung einer Regionalklinik für Psychiatrie in Harlaching plant?**

Antwort:

In der Detaillierung des Medizinkonzeptes wurden Mitbewerber bzw. weitere Anbieter im Versorgungsgebiet berücksichtigt.

## **2.11 Sicherstellung einer umfassenden medizinischen Versorgung im Münchner Norden einschließlich einer zeitnahen Notfallversorgung**

Empfehlung Nr. 14-20 / E 00159

der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West  
am 09.10.2014

(Anlage 22)

Begründung der Antragsteller/in:

Der Münchner Stadtrat hat am 08.07.2014 beschlossen, dass das Schwabinger Krankenhaus in den nächsten 6 Jahren um 60% reduziert wird. Von derzeit 950 Betten sollen nur noch 300 Betten bleiben, wichtige Abteilungen werden geschlossen. Die Folge wird sein, dass eine umfassende und zeitnahe Notfallversorgung der Bevölkerung des Münchner Nordens bei schweren Erkrankungen nicht mehr gewährleistet ist. Die umliegenden Krankenhäuser Bogenhausen, 3. Orden, Barmherzige Brüder sind bereits jetzt überfüllt und haben nicht die erforderlichen Kapazitäten.

Fragestellung:

**Die umfassende medizinische Versorgung der Bevölkerung des Münchner Nordens, v.a. die Notfallversorgung von Kindern und Erwachsenen muss erhalten bleiben!**

Antwort:

Wir verweisen hierzu auf das Sanierungsumsetzungsgutachten, Kapitel Medizinkonzept (Ziffer 3.2) und Notfallversorgung (Ziffer 3.2.5).

## **2.12 Gebäude des Städtischen Klinikums München durch die Stadtverwaltung nutzen**

Antrag Nr. 14-20 / A 00388 der ÖDP  
vom 05.11.2014, eingegangen am 05.11.2014

(Anlage23)

Fragestellung:

**Dem Stadtrat wird dargestellt, welche Gebäude und Gebäudeteile vom Städtischen Klinikum München derzeit nicht benötigt werden, bzw. mittelfristig frei werden.**

**In einem zweiten Schritt erarbeitet die Verwaltung gemeinsam mit dem StKM ein Konzept zur (Zwischen-) Nutzung frei werdender Gebäude.**

Antwort:

Im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Nachnutzung der Klinikflächen werden Möglichkeiten erarbeitet, wie zukünftig nicht mehr durch die StKM genutzte Flächen einer weiteren Nutzung zugeführt werden können. Die Überlegungen betreffen insbesondere den Standort Schwabing, wobei derzeit erste Optionen zur Gebäuderückgabe an die Landeshauptstadt München erarbeitet werden. Eine mögliche Nutzung von Haus 1 und 2 auf dem Klinikgelände in Schwabing durch das RGU wurde wieder verworfen.

Seitens des Kommunalreferates erfolgte bereits eine Bauzustands- und Nutzungseinschätzung der leerstehenden und entkernten Gebäude 1 und 2. Zur genaueren Beurteilung der Flächeneffizienz wurde für das Bettenhaus 2 eine überschlägige Kapazitätsermittlung durchgeführt, die ergeben hat, dass der Flächenverbrauch pro Arbeitsplatz (AP) bezogen auf die NGF (Nettogrundfläche) mit  $34,63 \text{ m}^2 / \text{AP}$  deutlich über dem Flächenstandard der Landeshauptstadt München von  $25 \text{ m}^2 \text{ NGF} / \text{AP}$  liegt. Dieser Flächenverbrauch pro Arbeitsplatz erhöht sich noch, da Besprechungsräume, Archive, Kopierräume bei der überschlägigen Kapazitätsermittlung noch nicht eingeplant wurden. Auch unter Einbeziehung der Flächen eines möglichen Anbaus, liegt der Flächenverbrauch pro Arbeitsplatz mit  $29,38 \text{ m}^2$  deutlich über dem städtischen Flächenstandard.

Darüber hinaus wird der für die Bürogröße geltende städtische Flächenstandard von  $11 \text{ m}^2$  reiner Bürofläche pro Arbeitsplatz mit  $16,9 \text{ m}^2 / \text{AP}$  bzw.  $15,9 \text{ m}^2 / \text{AP}$  (mit Anbau) aufgrund der vorgegebenen Gebäudestruktur überschritten.

Da die Bettenhäuser 1 und 2 vergleichbar aufgebaut sind, ist festzustellen, dass eine wirtschaftliche Nutzung als Büro- oder Verwaltungsgebäude wegen der extrem breiten Gänge und der große Zimmer, die nicht den für Büroräume geltenden Standards entsprechen, nicht möglich ist. Ein Umbau ist wegen des Denkmalschutzes nur eingeschränkt umsetzbar. Außerdem bedingen die hohen Räume im Winter einen höheren Heizaufwand als in modernen Büro- und Verwaltungsgebäuden. Durch den vorgegebenen Zuschnitt der Räume wird ein enormer Flächenmehrerverbrauch generiert, der dauerhaft erhebliche Mehrkosten erzeugt und finanziell nicht darstellbar ist. Von einer Büronutzung der Bettenhäuser sollte aus den dargestellten Gründen abgesehen werden.

Weitere Überlegungen zur Nachnutzung der freiwerdenden Gebäude und Flächen werden im Rahmen des Nachnutzungskonzepts durch die initiierte Arbeitsgruppe weiter geprüft (siehe Ziffer 6.1 - Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen).

### **2.13 Erhaltung der Geriatrie im Krankenhaus Schwabing durch eine Kooperation mit dem städtischen Münchenstift**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00621 des Bezirksausschusses  
des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West  
vom 26.11.2014 (ED 01.12.2014)

(Anlage 24)

Fragestellung:

**Der Bezirksausschuss Schwabing-West beantragt zu prüfen, wie bei Erhaltung der Geriatrie durch eine Kooperation mit dem städtischen Münchenstift zusätzlich eine Form einer Brückenstation entwickelt werden kann, sei es in Form einer Behandlungspflege, Kurzzeitpflege oder einer Frühreha-Abteilung. Eine Möglichkeit könnte sein, dass die pflegerische Betreuung von der Pflegeeinrichtung, die medizinische Betreuung vom Krankenhaus übernommen wird. Nachdem das Grundstück des Hauses an der Rümmanstraße direkt an das Schwabinger Krankenhaus angrenzt, wären hier kurze Wege garantiert.**

**Zur Entwicklung eines solchen Konzeptes sollte von dem städtischen Klinikum Kontakt mit dem Münchenstift aufgenommen werden.**

**Desgleichen würde die Erhaltung der Palliativstation in dieses Konzept passen.**

Antwort:

Auf Initiative der StKM wurde am 28.01.2015 eine gemeinsame Besprechung mit dem Geschäftsführer des Münchenstifts und weiteren Mitarbeitern des Hauses an der Rümmanstraße durchgeführt, um mögliche Kooperationsfelder aufzugreifen. Dabei wurde zum weiteren Vorgehen ein Workshop-Termin für den 12.6.2015 vereinbart, bei dem eine weitere Konkretisierung erfolgen sollte. Dieser Termin wurde von Seiten des Münchenstifts aufgrund der fehlenden Refinanzierbarkeit für eine Brückenstation abgesagt.

Eine Finanzierung aus Fallpauschalen durch die StKM wird im Hinblick auf das Medizinkonzept als unrealistisch eingestuft. Das Projekt wird daher nicht weiter verfolgt.

#### **2.14 Unverzügliche Wiederherstellung einer beseitigten Allee im Straßenraum Karl-Marx-Ring Ost/nördlich Putzbrunner Straße**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00642 des Bezirksausschusses  
des Stadtbezirkes 16 – Ramersdorf-Perlach  
vom 02.12.2014 (ED 04.12.2014)

(Anlage 25)

Antrag:

**Unverzügliche (Sofort!) Wiederherstellung (Neupflanzung) einer beseitigten  
Allee im Straßenraum Karl-Marx-Ring ost/nördl. Putzbrunner; St 2079  
Nordseite, östl. K-Marx-Ring**

Antwort:

Das Klinikum Neuperlach ist als Notfallversorger für die Bevölkerung des Bereiches München Süd / Ost verantwortlich. Damit diese Versorgung aufrecht erhalten werden kann, ist der Betrieb eines Hubschrauberlandeplatzes unumgänglich.

Im Rahmen der Luftaufsicht wurde der Hubschrauberlandeplatz des Klinikums Neuperlach am 23.05.2012 einer Überprüfung durch das Luftamt Süd der Regierung von Oberbayern unterzogen. Hierbei wurde festgestellt, dass alle vier genehmigten An- und Abflugflächen von Baumhindernissen durchdrungen waren.

Die Situation am Landeplatz wurde so eingeschätzt, dass die fehlende Hindernisfreiheit insbesondere bei flugbetrieblich ungünstigen Bedingungen, wie Nachtzeit und schlechte Sicht, zu einer Fehlbeurteilung durch den Piloten des Rettungshubschraubers führen kann.

Mit Schreiben vom 04.06.2012 verfügte das Luftamt Süd aus den vorgenannten Gründen daher das sofortige Ruhen der luftverkehrsrechtlichen Genehmigung zum Betrieb des Hubschrauberlandeplatzes am Standort Neuperlach.

Ab diesem Zeitpunkt konnte das Klinikum dem Auftrag des Stadtrates zur vollumfänglichen Versorgung der Bevölkerung nicht mehr nachkommen. Es bestand der Zwang zum sofortigen Handeln in Form einer Hindernisbeseitigung und zum Vollzug der weiteren Auflagen.



Um wirklich nur die Bäume zu fällen, welche die vier Flugachsen durchdrangen, wurde ein Vermessungsbüro mit der Erstellung eines Baumhöhenkatasters betraut. Unter Berücksichtigung der neuen, flacheren Einflugwinkel wurden in Abstimmung mit dem Luftamt Süd nur jene Bäume entfernt, welche die Achsen durchdrangen. So gelang es uns zum Beispiel, die Bäume auf dem Wall zur östlichen Putzbrunner Straße komplett zu erhalten.

Der Bezirksausschuss des Stadtbezirkes 16 wurde, sei es durch persönliche Teilnahme der Verantwortlichen der StKM an einer BA-Sitzung, den Presseinformationen oder der Miteinbeziehung des BA-Mitgliedes [REDACTED] (Anmerkung: Name geschwärzt), stets über den Sachstand und die geplanten Entwicklungen sowie deren Notwendigkeit informiert.

Die im bezeichneten Schreiben erwähnte „Allee“ waren Straßenbäume in unmittelbarer Nähe des im Eckbereich Putzbrunner Straße / Karl-Marx-Ring gelegenen Hubschrauberlandeplatzes. Hier wurde in Abstimmung mit der unteren Naturschutzbehörde festgestellt, dass eine neuerliche Anpflanzung von Bäumen keinen Sinn macht, da diese ab einer Höhe von 390 cm wieder gefällt werden müssten. Als Ersatz wurden teilweise Büsche gesetzt. Im Übrigen wurden Bäume gemäß der Auflagen der unteren Naturschutzbehörde an anderer Stelle auf dem Krankenhausgrundstück sowie auf dem WSB-Grund im Rahmen von Ersatzpflanzungen gesetzt.

Mit Unterstützung der zuständigen Gremien und verantwortlichen Amtsstellen der Landeshauptstadt München sowie der Regierung von Oberbayern gelang es somit, eine für alle Parteien akzeptable Lösung zu finden.

Die Situierung des Hubschrauberlandeplatzes wird sich auch im Zuge der vorgesehenen Baumaßnahmen am Klinikum Neuperlach nicht ändern. Ein Verzicht auf den Landeplatz ist, ohne die gesundheitliche Versorgungssituation zu verschlechtern, nicht möglich.

### **2.15 Geburtshaus in München unbedingt erhalten – Räumlichkeiten am Klinikstandort Schwabing zur Verfügung stellen!**

Antrag Nr. 14-20 / A 00565 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN/RL vom 17.12.2014, eingegangen am 17.12.2014

(Anlage 26)

Antrag:

**Der Oberbürgermeister wird gebeten, den Erhalt des Geburtshauses in München zu unterstützen.**

**Als Aufsichtsratsvorsitzender beauftragt er die Geschäftsführung der Städtischen Klinikum München GmbH geeignete Räumlichkeiten am Klinikstandort Schwabing zur Verfügung zu stellen. Sollte eine schnelle Lösung am Standort Schwabing nicht realisierbar sein, beauftragt er die Verwaltung, das Geburtshaus München auf der Suche nach geeigneten Räumlichkeiten in München zu unterstützen, damit das Geburtshaus auch nach dem 1. Juli 2015 in München weiter betrieben werden kann.**

Antwort:

Die Städtisches Klinikum München GmbH hat ein tragfähiges Konzept für die zukünftige Gestaltung der vier Klinikstandorte in Bogenhausen, Schwabing, Harlaching und Neuperlach erarbeitet. Hiernach soll am Klinikum Schwabing ein neues Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Geburtshilfe und Gynäkologie errichtet werden, welches moderne Strukturen für eine weiterhin adäquate und ausgezeichnete Versorgung der Münchner Bürgerinnen und Bürger gewährleisten wird. Dieser Zielsetzung folgend könnte die Verortung des Geburtshauses München auf dem Gelände des Klinikums Schwabing sicherlich eine sinnvolle Ergänzung sein.

Die Situation der Münchner Geburtskliniken ist weiterhin schwierig. Denn bereits heute müssen die Kliniken Schwangere unter Umständen vor der Geburt abweisen. Im Jahr 2013 sind in München über 20.000 Babys zur Welt gekommen und die Zahl wird weiter steigen. Der prognostizierte Geburtenanstieg führt zu einer Verschärfung der Situation, denn bis zum Jahr 2025 sollen die Geburten in München um etwa elf Prozent steigen. In diesem Tempo kommen jedoch die Kapazitäten der Geburtshilfe in München so schnell nicht nach. Dies führt in der Folge dazu, dass Kreißsäle und Geburtsstationen teilweise vollkommen ausgelastet sind. Dies gilt insbesondere für die Kliniken, welche auch ein Perinatalzentrum betreiben und damit eine besondere Versorgung von Frühgeborenen übernehmen. Das Klinikum Schwabing, welches Kapazitäten für eigentlich 1.200 Geburten vorhält, zählte im Jahr 2014 etwa 2.100 Geburten. Um dem steigenden Trend weiter Rechnung zu tragen, wird die StKM mit dem beschlossenen Neubau am Standort Schwabing neue, moderne Strukturen für die Geburtshilfe schaffen, um hier ein attraktives Angebot für München bieten zu können.

Neben der klassischen Geburt in einer Klinik könnte auf dem Gelände des Standortes Schwabing jedoch auch die alternative Geburt im Geburtshaus München erfolgen. Für eine mögliche Verortung des Geburtshauses in einem der Bestandsgebäude wären mit heutigem Stand drei mögliche Verortungen zu eruieren, jedoch ergeben sich hierbei gewisse infrastrukturelle Hürden. Zu nennen ist hier etwa eine nur eingeschränkte Verfügbarkeit eines Fahrstuhls zum Erreichen der Obergeschosse. Dies dürfte eine wesentliche Voraussetzung sein, welche die Gebäude leider nicht vollumfänglich erfüllen.

Nichtsdestotrotz wird die StKM die Möglichkeiten einer Unterbringung des Geburtshauses München weiter prüfen. Die Geschäftsführerin des Geburtshauses München hat in einem Gespräch mit der StKM erwähnt, dass auch eine Verortung am Klinikstandort Harlaching eine denkbare Alternative darstellen würde. Auch diese neue Option wird die StKM in ihre Überlegungen aufnehmen und weiterhin Gespräche mit den Vertretern des Geburtshauses München führen. Im Zuge dessen hat auch ein gemeinsamer Vor-Ort-Termin zur Begehung der Örtlichkeiten am 25.03.2015 sowie am 12.05.2015 am Standort Schwabing stattgefunden, um sich einen Eindruck über die möglichen Optionen zu verschaffen. Im Rahmen der Begehung wurden das Haus 29 sowie die Häuser 17 und 19 besichtigt. Das Geburtshaus München wird die Alternativen intern bewerten und der StKM eine Rückmeldung hierzu geben. Im Anschluss daran ist eine Umsetzung im Einklang mit dem Sanierungsumsetzungskonzept der StKM und dem Gesamtnachnutzungskonzept zu erörtern.

Die abschließende Entscheidung, sowohl zum Zukunftskonzept als auch über die weitere Verwendung der Immobilien, obliegt jedoch dem Stadtrat bzw. der Stadtverwaltung (siehe auch Ziffer 6.1 - Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen).

Das Kommunalreferat als Immobilienreferat der Landeshauptstadt München verwaltet einen Anwesensbestand, der größtenteils von städtischen Dienststellen und Einrichtungen selbst genutzt wird. Nur ein Teil ist an private Dritte vermietet. Die Fluktuation in diesem Bereich ist allerdings sehr gering. Hinzu kommt, dass das Kommunalreferat seit Jahren intensiv daran arbeitet, frei werdende Objekte schnellstmöglich wieder zu belegen; gegebenenfalls auch durch Zwischennutzungen, aktuell insbesondere für Flüchtlinge und Wohnungslose.

Nach eingehender Überprüfung seiner Bestände verfügt das Kommunalreferat über keine freien Gewerbeflächen, die zur Unterbringung des Geburtshauses München auch nur annähernd geeignet wären.

Weitere Informationen siehe auch unter Ziffer 2.25 - Petition München droht Schließung des Geburtshauses.

## **2.16 Medizinnahe Nutzungen**

Antrag Nr. 14-20 / A 00597 von Herrn StR Alexander Reissl vom 16.01.2015, eingegangen am 16.01.2015

(Anlage 27)

Antrag:

**Stadtverwaltung und Städtisches Klinikum München prüfen für die Klinikstandorte Harlaching und Schwabing die Ansiedlung medizinischer oder medizinnahe Nutzungen.**

**Infrage kommen unter anderem: weitere Kooperationen mit dem Bezirk Oberbayern/ Isar-Amperklinikum Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Dienststellen des RGU, Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Wohnungen für Medizintouristen, die sich im städtischen Klinikum behandeln lassen und deren Begleitung, Einrichtungen stationärer und offener Altenpflege.**

Antwort:

Eine medizinische oder medizinnahe Nachnutzung wird von Seiten der StKM sehr befürwortet. Hierzu steht die StKM u.a. bereits im Austausch mit dem Bezirk Oberbayern (kbo) zur Erweiterung der Flächennutzung durch diese. Hierzu werden derzeit Gespräche über eine mögliche Nachnutzung von Haus 9 am Standort Schwabing geführt. Auch einer Ansiedlung von bspw. niedergelassenen Ärzten oder auch Möglichkeiten zur Unterbringung von Begleitpersonen (dies betrifft insbesondere die Kinderklinik) steht die StKM weiter offen gegenüber. Hierzu wird ein Nachnutzungskonzept durch die von der Stadtverwaltung initiierte Arbeitsgruppe zur Nachnutzung von Klinikflächen erarbeitet. (siehe auch Ziffer 6.1 - Flächennutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen).

## **2.17 Klinische Versorgung im Stadtviertel sicherstellen - Stellungnahme der Landeshauptstadt München**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00788 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 18 – Untergiesing-Harlaching vom 20.01.2015 (ED 21.01.2015)

(Anlage 28)

### Begründung der Antragsteller/in:

Einem Artikel der Süddeutschen Zeitung vom 20. Januar 2015 ist zu entnehmen, dass immer mehr Münchner Kliniken für die Notfallversorgung nicht mehr zur Verfügung stehen. Konkret melden sich die Krankenhäuser im Stadtgebiet von der Notfallversorgung ab. Dies hat zur Folge, dass die Rettungsleitstelle keine Patienten mehr „unterbringen“ kann.

Diese Situation legt akuten Handlungsbedarf nahe. Es ist jedoch nicht ersichtlich, dass und in welcher Weise die Landeshauptstadt bisher auf dieses seit langem bekannte Problem reagiert. Die einzig denkbare Handlungsalternative ist, durch eine

entsprechende finanzielle Ausstattung die Notfallversorgung insbesondere auch am Klinikum Harlaching sicherzustellen und diese von den Sparplänen auszunehmen.

Zudem reißen Berichte aus dem Krankenhaus nicht ab, wonach Personal an Schlüsselstellen fehlt, ja sogar ganze Abteilungen wegen Personalmangels geschlossen werden müssen. Die persönlichen Erlebnisse einiger Mitglieder des Bezirksausschusses bestätigen diese Berichte. Es kann und darf nicht sein, dass die städtischen Kliniken, insbesondere auch das Klinikum Harlaching sich diesem Auftrag zur Notfallversorgung entziehen. Gegebenenfalls muss das Sanierungsabsichten geändert und eben sprechen die Mittel zur Verfügung gestellt werden, um die Notfallversorgung sicherzustellen. Dem zu gewinnenden Eindruck, dass durch die Sanierung die städtischen Kliniken tatsächlich ruiniert werden sollen, um sie dann als Sanierungsfall an einen privaten Träger zu verkaufen, der sich in gewinnbringender Weise dann vollständig aus der Notfallversorgung zurückzieht muss dringend entgegengewirkt werden. Dabei sind freilich auch die privaten Kliniken in die Pflicht zu nehmen. Einer Sozialisierung der Kosten für die Notfallversorgung und einer Privatisierung der Gewinne bei Privatpatienten im Elektivbereich ist nunmehr der Kampf an zu sagen. Es reicht jetzt!

Fragestellung:

**Die Landeshauptstadt München wird zu unverzüglichen Stellungnahme aufgefordert, wie sie sicherstellen will, dass die klinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger unseres Stadtviertels aktuell und in der Zukunft in qualitativer Weise gewährleistet wird.**

Antwort:

Wir verweisen hierzu auf das Sanierungsumsetzungsgutachten, Kapitel Medizinkonzept - 3.2 und Notfallversorgung - 3.2.5.

## **2.18 Auch in Zukunft angemessene Räume für die "Schule für Kranke" im Klinikum Schwabing einplanen**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00819 des Bezirksausschusses  
des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West  
vom 28.01.2015 (ED 03.02.2015)

(Anlage 29)

Antrag:

**Der BA fordert angemessene Räume für die „Schule für Kranke“ am Standort Schwabing, u.a. Gruppenräume in der Kinderonkologie und in der Nähe der Kinderchirurgie sowie Räume nach Schulbauverordnung für Kinder, die trotz angeschlagener Gesundheit kurze Strecken bis zu einem Klassenraum zurücklegen können. Der Raumbedarf der Schule für Kranke ist bei der Neuplanung für das Krankenhaus Schwabing von Anfang an zu berücksichtigen.**

Antwort:

Parallel zu dem Thema KiTa wird ebenfalls die Schule für Kranke (SfK) am Standort Klinikum Schwabing seit dem 27.08.2014 in einer Projektgruppe mit geplant.

Folgende Termine haben zur SfK bis dato stattgefunden:

- 19.09.2014: Vor-Ort-Begehung des Campus KS bzgl. Vorstellung der alternativen Verortungsmöglichkeiten für KiTa und SfK.
- 03.11.2014: Vorstellung der aktuellen Stellungnahme seitens Schulleitung inkl. Raumbedarf vom 27.10.2014 sowie der zuständigen Ansprechpartnerin [REDACTED] [REDACTED] (Anmerkung: Name geschwärzt) seitens Referat für Bildung und Sport (RBS).
- 20.11.2014: Wesentlicher Punkt: Festlegung der Hauptstelle SfK am KS und Beauftragung seitens RBS an das Baureferat einer Machbarkeitsstudie unter den Vorgaben der Staatlichen Schule für Kranke.
- 14.01.2015: Vor-Ort-Begehung von Haus 22, in dem sich die SfK schon im Haus 22 EG befindet, zur Vorbereitung einer Machbarkeitsstudie; grobe Skizze für zukünftige Planung seitens Architekt liegt vor.
- 19.01.2015: Wesentliche Zwischenergebnisse: i. R. des Neubau Kinderklinik Schwabing werden die zentral geforderten 3 Räumlichkeiten in das Raum- und Funktionsprogramm mit berücksichtigt und bei der Vorwegfestlegung im Antrag bei der ROB eingereicht; ferner wurden Räumlichkeiten für SfK in Harlaching beantragt. Die geforderten Flächen werden mit Beginn der Planung für die Kinderklinik am Standort Harlaching mit einfließen.

Die Machbarkeitsstudie, beauftragt durch das RBS an das Baureferat, wurde am 13.04.2015 vorgestellt. Im Nachgang erfolgt die Abstimmung bzgl. baulicher / technischer Ausführung sowie Terminplanung und evtl. notwendiger Interimskonzepte für die bis dato verorteten Kooperationspartner in Haus 22 EG.

Es wird von Seiten der SfK nun eine Grundsatzentscheidung zur Größenordnung und dem Standort der „Schule für Kranke“ diskutiert. Nach dieser Entscheidung werden die gemeinschaftlichen Abstimmungen im bestehenden Gremium fortgeführt.

Die Grundstücksangelegenheiten und damit verbundenen Verträge werden im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Nachnutzung der Klinikflächen geklärt (siehe auch Ziffer 6.1 - Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen).

## **2.19 Krankenhaus Schwabing: Wohnnutzung bereits leer stehender Gebäude und erweitertes Angebot an Bereitschaftspraxen**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00935 des Bezirksausschusses  
des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West  
vom 25.02.2015 (ED 02.03.2015)

(Anlage 30)

Fragen:

- 1. Die bereits leerstehenden und entkernten Gebäude auf der Westseite des Schwabinger Krankenhauses sollen in städtischer Regie zu Wohnzwecken genutzt werden.**
- 2. Es soll geprüft werden, wie eine Erweiterung des Angebots von Bereitschaftspraxen im Schwabinger Krankenhaus ermöglicht werden kann.**

Antwort:

Im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Nachnutzung der Klinikflächen werden Möglichkeiten erarbeitet, wie zukünftig nicht mehr durch die StKM genutzte Flächen einer weiteren Nutzung zugeführt werden können. Die Überlegungen betreffen insbesondere den Standort Schwabing, wobei derzeit erste Optionen zur Gebäuderückgabe an die Stadt München erarbeitet werden.

Die StKM ist daran interessiert, insbesondere die derzeit bereits leer stehenden Gebäude 1 und 2 sehr zeitnah an die Landeshauptstadt München zurückzugeben und somit diese für eine neue Nutzung zu öffnen. Gleiches gilt für die erweiterte Ansiedlung von Bereitschaftspraxen analog zu Haus 5 am Standort Schwabing. Hier sollte aus Sicht der StKM jedoch ein, wie angedacht, ganzheitliches Nachnutzungskonzept für den Standort Schwabing erstellt werden, insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die derzeitigen Bereitschaftspraxen mit Haus 5 in Mitten des Klinikareals angesiedelt sind.

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass für eine Wohnnutzung der bereits leer stehenden Gebäude eine Nutzungsänderung erforderlich ist. Inwieweit diese genehmigungsfähig wäre, ist vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung im Rahmen des Flächennachnutzungskonzepts zu prüfen.

Baulich wäre mit relativ geringem Umbauaufwand eine Nutzung als Wohnheim denkbar (Studentenwohnheim, Schwesternwohnheim etc.). Dies hätte u. a. den Vorteil, dass der Stellplatzschlüssel deutlich geringer wäre als bei einer Wohnnutzung mit üblichen Appartements. Allerdings hat bisher keine konkrete Prüfung dieser Nutzung im Hinblick auf Flächenökonomie, Umbauaufwand und Betriebskosten stattgefunden. Im übrigen ist fraglich, ob auf dem freien Markt überhaupt eine Nachfrage nach Wohnheimen vorhanden ist, da auch Beschäftigte mit geringem Einkommen nur vorübergehend bereit sind, auf den Komfort einer abgeschlossenen Wohnung zu verzichten. Inwieweit der Umbau der Gebäude zu üblichen Wohnungen / Appartements mit dem Denkmalschutz vereinbar wäre, kann in dieser Sitzungsvorlage ebenfalls noch nicht beantwortet werden.

Weitere Überlegungen zur Nachnutzung der freiwerdenden Gebäude und Flächen werden im Rahmen des Nachnutzungskonzepts durch die initiierte Arbeitsgruppe geprüft (siehe Ziffer 6.1 - Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbaurechtsverpflichtungen).

## **2.20 StKM: Maßnahmen für Pflegekräfte darstellen!**

Antrag Nr. 14-20 / A 00744 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN/RL vom 10.03.2015, eingegangen am 10.03.2015

(Anlage 31)

Begründung der Antragssteller/in:

Der Pflegenotstand ist längst in München angekommen. Kliniken und Pflegeeinrichtungen suchen händeringend qualifiziertes Pflegepersonal.

Für das Städtische Klinikum bedeutet dies eine große Herausforderung, denn parallel zu dem Sanierungsprozess müssen Maßnahmen durchgeführt werden, die insbesondere Pflegekräfte binden.

Dies gelingt nur, wenn das Städtische Klinikum für Pflegekräfte ein attraktiver Arbeitsplatz ist. Die GF hat bereits mehrfach erklärt, dass Maßnahmen zur Optimierung von Arbeitsprozessen durchgeführt werden.

Der Stadtrat muss ein großes Interesse daran haben, dass gerade Pflegekräfte im Klinikum bleiben und weiterhin angeworben werden können. Daher sollen die Maßnahmen zügig im Stadtrat vorgestellt werden.

Fragestellung:



**Die Geschäftsführung der städtischen Klinikum GmbH wird gebeten, noch vor der Sommerpause die Maßnahmen im Stadtrat darzustellen, die eine Steigerung der Attraktivität für Pflegekräfte, eine Reduktion der Fluktuation und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen beinhalten.**

Antwort:

Siehe Ziffer 3.4.5.1 - Maßnahmen für Pflegekräfte.

## **2.21 Medizinische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM - Zusammenarbeit mit den Kliniken des Bezirks Oberbayern (KBO)**

Antrag Nr. 14-20 / A 00801 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim  
vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

(Anlage 32)

Antrag:

**Der Stadtrat möge beschließen:**

**Die Landeshauptstadt München soll im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzeptes der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), das dem Münchner Stadtrat im Juli 2015 vorgelegt werden soll, die Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Kliniken des Bezirks Oberbayern (KBO) prüfen und konkretisieren.**

**Hier sollen insbesondere folgende Aspekte Berücksichtigung finden:**

- 1. Welche Gebäude bzw. Flächen vor allem am Standort Schwabing kommen in Frage?**
- 2. Wie sieht hierzu die Zeitachse aus?**
- 3. Welche konkreten Einrichtungen der KBO könnten bzw. sollen dort angesiedelt werden?**

Antwort:

Im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Nachnutzung der Klinikflächen werden Möglichkeiten erarbeitet, wie zukünftig nicht mehr durch die StKM genutzte Flächen einer weiteren Nutzung zugeführt werden können. Die Überlegungen betreffen insbesondere den Standort Schwabing, wobei derzeit erste Optionen zur Gebäuderückgabe an die Stadt München erarbeitet werden.

Die Überlegungen bzgl. einer weiteren Verortung des kbo am Standort Schwabing sind weiter vorangeschritten. Die Suche nach neuen Flächen ist maßgeblich durch das kbo gewünscht, da das kbo zur Ausweitung seiner medizinischen Versorgung - über das bereits bestehende Haus 7 hinaus - weitere Flächen benötigt. Dem kommt hinzu, dass durch den Neubau des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe das Haus 77, welches derzeit durch das kbo als Mieter genutzt wird, im Zuge der Baumaßnahme und Baufeldfreimachung abgerissen werden soll.

Im Zuge der weiteren Planungen fand am 11.03.2015 eine Begehung des Hauses 9 im Klinikum Schwabing mit Vertretern der Landeshauptstadt München, des kbo und der StKM statt, wobei der Zustand des Gebäudes sowie die räumlichen Gegebenheiten in Augenschein genommen wurden. Das kbo hat zugesichert, im Nachgang zum Begehungstermin und nach interner Prüfung eine Einschätzung zur möglichen Nutzung von Haus 9 vorzulegen, welche als Grundlage für weitere Gespräche dient. Nach Erstellung und Zuleitung des Bewertungsgutachtens für Haus 9 von Seiten des Kommunalreferates sind weitere Gespräche mit dem kbo angedacht, um die Möglichkeiten in weiteren konstruktiven Gesprächen zu konkretisieren. Das Bewertungsgutachten stellt hierbei für die weiteren Überlegungen eine wesentliche Grundlage dar, wobei das kbo derzeit ein eigenes Gutachten für das Haus 9 erstellen lässt. Die Erkenntnisse aus diesen Gesprächen werden dann selbstverständlich auch in die Diskussion und abschließende Bewertung im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Nachnutzung der Klinikflächen einfließen. Nach den guten Erfahrungen mit Haus 7 und der derzeitigen Zusammenarbeit steht die StKM einer Nachnutzung von Haus 9 durch das kbo weiterhin offen gegenüber. Mit Haus 9 könnte das kbo die Verortung einer Tagesklinik sowie weiteren psychiatrischen Stationen der Isar-Amper-Kliniken realisieren. Alternativ wäre flächenmäßig die Unterbringung von Kinder- und Jugend-psychiatrischen Stationen des Heckscher-Klinikums oder auch des kbo-Kinderzentrums denkbar. Von Seiten der StKM wäre eine Übergabe von Haus 9 zu Jahresbeginn 2016 wünschenswert, um eine Nachnutzung des Gebäudes zu gewährleisten.

Weitere Überlegungen zur Nachnutzung der freierwerdenden Flächen werden im Rahmen des Nachnutzungskonzepts durch die von der Stadtverwaltung initiierte Arbeitsgruppe geprüft (siehe Ziffer 6.1 - Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen).

**2.22 Medizinische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM -  
Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen München (KfN)**

Antrag Nr. 14-20 / A 00802 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

(Anlage 33)

Antrag:

**Der Stadtrat möge beschließen:**

**Die Landeshauptstadt München soll im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzeptes der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), das dem Münchner Stadtrat im Juli 2015 vorgelegt werden soll, die Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen München (KfN), das landesweit im Bereich der Komplementärmedizin hohes Ansehen genießt, prüfen.**

**Hier sollen insbesondere folgende Aspekte Berücksichtigung finden:**

- 1. Erweiterung des Erbbaurechtes für die Errichtung eines neuen Baus unter Trägerschaft des KfN auf dem Gelände des Krankenhaus Harlaching.**
- 2. Kooperationsmöglichkeiten im Bereich der stationären internistischen Versorgung.**
- 3. Kooperationsmöglichkeiten im Bereich der Notfallversorgung.**

Antworten:

Zu Frage 1:

Bezüglich der möglichen Ausweitung des Erbbaurechtes wird auf Ziffer 6.1 - Flächennutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen verwiesen. Grundsätzlich müsste vor einer Erweiterung des Erbbaurechts geprüft werden, ob die geplante bauliche Erweiterung überhaupt bauordnungsrechtlich genehmigungsfähig ist.

Zu Frage 2:

Im Rahmen einer Besprechung der Geschäftsführung der StKM mit den Vertretern des KfN am 06.05.2015 konnten folgende Möglichkeiten der Kooperation in der stationären internistischen Versorgung aufgezeigt werden:

- Ausbau der gemeinsamen Behandlung onkologischer Patienten.
- Beteiligung des KfN am Qualitätszirkel „Brustzentrum“.
- Entwicklung gemeinsamer Konzepte mit Schwerpunkt „Brustzentrum“.
- Teilnahme KfN am Palliativsymposium der Onkologie.
- Teilnahme KfN an Tumorkonferenzen.
- Bevorzugte Aufnahme von KH-Patienten gegenüber elektiven KfN-Patienten.
- Abfrage von Patientenklientel nach Interesse an komplementär-medizinischer Behandlung.
- Austausch der schulmedizinischen und naturheilkundlichen Behandlungskonzepten im ärztlichen und pflegerischen Bereich bei internistischen Erkrankungen wie COPD (chronic obstructive pulmonary disease = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung).

Zu Frage 3:

Ärztliche und pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KfN haben in 2014 im Klinikum Harlaching im Notfallzentrum hospitiert, bislang einmalig, das Angebot besteht für das KfN aber fort.

Die Notfallversorgung im KfN leisten die Intensivstationen des Klinikum Harlaching über die Alarmierung des Reanimationsfunkes.

Insbesondere die akut- und intensivmedizinische Unterstützung ist jederzeit gewährleistet.

### **2.23 Pflegerische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM Eventuelle Einrichtung eines Seniorenheimes in Harlaching und/oder Schwabing**

Antrag Nr. 14-20 / A 00803 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

(Anlage 34)

Antrag:

**Der Stadtrat möge beschließen:**

**Die Landeshauptstadt München soll im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzeptes der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), das dem Münchner Stadtrat im Juli 2015 vorgelegt werden soll, die konkrete pflegerische Nachnutzung freiwerdender Flächen an den Standorten Harlaching und Schwabing prüfen.**

Antwort:

Im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Nachnutzung der Klinikflächen werden Möglichkeiten erarbeitet, wie zukünftig nicht mehr durch die StKM genutzte Flächen einer weiteren Nutzung zugeführt werden können. Die Überlegungen betreffen insbesondere den Standort Schwabing, wobei derzeit erste Optionen zur Gebäuderückgabe an die Landeshauptstadt München erarbeitet werden.

Eine medizinische bzw. medizinnahe Nachnutzung ist sehr im Interesse der StKM. Dem folgend kann auch eine Einrichtung eines Seniorenheimes auf dem Klinikgelände der StKM sinnvoll sein. Nach derzeitigem Stand wird eine Verortung eines Seniorenzentrums am Standort Harlaching aufgrund zukünftig kaum ausweisbarer Flächen als gering eingeschätzt. Eine etwaige Umsetzung am Standort Schwabing könnte eine sinnvolle Nutzung darstellen.

Hierzu könnten in einem ersten Schritt bspw. die Häuser 1 und 2 herangezogen werden. Dabei müsste allerdings geprüft werden, ob die bestehenden denkmalgeschützten Gebäude den Erfordernissen einer modernen Pflegeeinrichtungen entsprechen. Da der Unterhalt im Denkmalschutz relativ aufwendig und teuer ist, werden private Pflegeeinrichtungen voraussichtlich eher nur geringes Interesse an den Gebäuden zeigen. Jedoch ist auch eine solche Nutzung vor dem Hintergrund des Gesamtnachnutzungskonzepts zu prüfen.

Eine Nutzung für ein „Seniorenheim“ (vollstationäre Pflegeeinrichtung) entsprechend des Stadtratsantrags ist von Seiten des Sozialreferates nicht beabsichtigt, da hierzu bereits an anderen Standorten (z.B. Tauernstraße, Harlaching) entsprechende Planungen und Flächenreservierungen bestehen und aktuell an den genannten Standorten kein zusätzlicher Bedarf besteht.

Weitere Überlegungen zur Nachnutzung der freiwerdenden Flächen werden im Rahmen des Nachnutzungskonzepts durch die von der Stadtverwaltung initiierte Arbeitsgruppe geprüft (siehe Ziffer 6.1 - Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen).

## 2.24 Ärztliche Bereitschaftspraxis am Standort Harlaching

Antrag Nr. 14-20 / A 00804 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

(Anlage 35)

Antrag:

**Der Stadtrat möge beschließen:**

**Die Landeshauptstadt München soll im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzeptes der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), das dem Münchner Stadtrat im Juli 2015 vorgelegt werden soll, prüfen, ob in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung am Standort Harlaching eine ärztliche Bereitschaftspraxis eingerichtet werden könnte.**

Antwort:

Die Bereitschaftspraxis in KH wurde vom MQM (Medizinisches Qualitätsnetzwerk München) geführt. Das MQM war ein Zusammenschluss einiger niedergelassener Hausärzte in Harlaching / Giesing. Nach anfänglich regulärem Betrieb der Praxis werktags am Abend sowie am Wochenende, wurde zuerst die Versorgung unter der Woche eingestellt und nur noch am Wochenende durchgeführt. Schließlich wurde auch am Wochenende die Versorgung nur noch abends aufrecht erhalten und letztlich vollständig eingestellt (Ende 2009). Das Netzwerk hat sich im Anschluss, wohl auch aufgrund interner Abstimmungsprobleme, aufgelöst.

Diverse Gespräche mit dem damaligen MQM-Vorstand ( [REDACTED] - Anmerkung: Name geschwärzt) erbrachten kein Ergebnis. Als Gründe wurden angeführt, dass zu wenige Patientinnen und Patienten kämen und die Vergütung der Kassen nicht ausreiche. Zusätzlich gab es wohl Unstimmigkeiten mit dem damaligen OA der Notaufnahme ( [REDACTED] - Anmerkung: Name geschwärzt), dem vorgeworfen wurde, zu wenige Patientinnen und Patienten an die Praxis zu verweisen.

Verschiedenste Versuche wieder eine Praxis anzusiedeln, fanden bei der KV München Stadt kein Gehör ( [REDACTED] - Anmerkung: Name geschwärzt). Auch hier wurde immer wieder auf die Unterdeckung hingewiesen. Parallel wurden auch die Versorgungsangebote in Schwabing gekürzt.

Nachdem die Praxis nicht von der KV betrieben war und das Netzwerk MQM nicht mehr existiert, gibt es hier leider keine Anknüpfungspunkte.

## **2.25 Petition - München droht Schließung des Geburtshauses**

**Initiatoren: Hebammen Sieger & Partnerinnen**

(Anlage 36)

<https://www.openpetition.de/petition/online/muenchen-droht-schliessung-des-geburtshauses>

Das Geburtshaus München ersucht in der Petition die Landeshauptstadt München um Unterstützung bei der Suche / Bereitstellung von geeigneten Räumlichkeiten.

Wie die Stadtkämmerei in ihrem Antwortschreiben an die Stadtratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen/RL vom 05.05.2015 ausführt, ist das Kommunalreferat seit Ende 2014 neben der Stadtkämmerei und dem Sozialreferat mit der Suche nach einem geeigneten Ausweichstandort befasst. Leider verlief die Suche bislang ergebnislos. Eine umfassende Überprüfung der Immobilienbestände des Kommunalreferates noch im Februar / März 2015, wie auch eine gezielte Anfrage bezüglich des Objektes Sachsenstraße 6 musste vom Kommunalreferat negativ beantwortet werden.

Auch das Sozialreferat teilte in einem Schreiben vom 27.03.2015 an die Vorsitzende des Bezirksausschusses 9 mit, dass auch dort keine langfristig leerstehenden Wohnungen / Gebäude bekannt sind.

Des Weiteren hat das Kommunalreferat in seinem Schreiben vom 27.04.2015 an die Vorsitzende des Bezirksausschusses 9 umfassend über die gezielte Überprüfung bezüglich geeigneter Immobilien im 9. Stadtbezirk berichtet und mitgeteilt, dass derzeit keine geeigneten, leerstehenden Objekte zur Verfügung stehen.

Die Stadtkämmerei berichtet in der gegenständlichen Beschlussvorlage über die derzeit laufenden Bemühungen zur Verortung des Geburtshauses München am Klinikstandort, KKH München Schwabing und den, dem Geburtshaus München angebotenen, Alternativen an diesem Standort.

Weitere Informationen siehe auch unter Ziffer 2.15 - Antrag Nr. 14-20 / A 00565.

## **2.26 Pflegekräfte im Stadtklinikum München GmbH - Personalmangel**

Antrag des Seniorenbeirats aus der Plenumssitzung vom 18.05.2015

(Anlage 37)

Siehe auch unter Ziffer 3.4.5.1 - Maßnahmen für Pflegekräfte.

Bezüglich Details zum Personalkonzept verweisen wir auf das Sanierungsumsetzungsgutachten, Kapitel Personalkonzept (Ziffer 3.4).

Antworten zu Fragen 3 und 4:

Bei der Neugründung der StKM im Jahr 2005 waren die Personalwohnungen der städtischen Kliniken bewusst nicht auf die StKM übertragen worden, da die Bewirtschaftung dieser Wohnungen das Defizit der Kliniken noch weiter erhöht hätte.

Die Wohnungssituation und insbesondere die Mieten haben sich allerdings in den letzten Jahren in München dramatisch verändert, so dass es inzwischen für Geringverdiener äußerst schwierig ist, überhaupt Wohnraum zu finden. Dies stellt auch die StKM bei der Personalgewinnung vor eine weitere Herausforderung.

Dennoch muss auch im Hinblick auf diese Situation darauf verwiesen werden, dass die Prüfung, ob ein Umbau und eine Nutzung von freiwerdenden Gebäuden der StKM für eine Wohnnutzung in Frage kommt und ggf. mit dem Denkmalschutz im Einklang steht, im Rahmen der Überlegungen zur Nachnutzung der freiwerdenden Gebäude und Flächen durch die initiierte Arbeitsgruppe stattfinden muss (siehe Ziffer 6.1 - Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen).

Es kann jedoch mitgeteilt werden, dass bei der Neuorganisation des städtischen Wohnungsbestandes die ehemaligen Klinikwohnungen auf die GWG übertragen wurden und in diesem Übertragungsvertrag für die ehemaligen Klinikwohnungen in Perlach, Harlaching und in der Bonner Straße vereinbart wurde, dass bei der Vermietung der Wohnungen vorrangig Krankenhauspersonal zu berücksichtigen ist. Insoweit besteht durchaus bereits jetzt die Möglichkeit für das Pflegepersonal, Wohnungen im Bereich der Kliniken anzumieten. Bezüglich der Miethöhe ist die GWG auch bei diesen Wohnungen an das „Konzept soziale Mietobergrenze“ gebunden, so dass die Wohnungen zu verträglichen Mieten angeboten werden können.

## **2.27 Petition - Lasst den Münchner Blutspendedienst in kommunaler Hand!**

Initiator: ver.di München.

(Anlage 38)

<https://www.openpetition.de/petition/online/lasst-den-blutspendedienst-in-kommunaler-hand>

Petitionstext:



**Nach 70 Jahren: Blutspendedienst vor dem Aus!**

**Wir appellieren an die Münchner Stadträte: „Lassen Sie den Blutspendedienst in kommunaler Hand!“ Blut darf nicht zur Ware auf dem „freien Markt“ werden.**

**Mit Blut darf kein Geschäft betrieben werden! Blut ist zu wichtig und zu kostbar! Es darf nicht zur eigenen Gewinnmaximierung gehandelt werden**

**Die Risiken der Verfügbarkeit des gesamten Spektrums der Blutprodukte tragen die Patienten und Patientinnen in den Kliniken.**

**Beschäftigte müssen die Versäumnisse und das Missmanagement vergangener Jahre büßen!!!!**

**Die Arbeitsplätze und Tarifverträge müssen erhalten bleiben.**

Antwort:

Zunächst ist festzuhalten, dass ein Weiterbetrieb des Blutspendedienstes aus wirtschaftlichem Blickwinkel nicht mehr tragfähig ist. Zum einen erwirtschaftet der BSD derzeit einen jährlichen Verlust in Höhe von ~1,9 Mio. € (2014, nach internen Verrechnungen) und belastet damit das Gesamtergebnis der StKM - in einem zu erwartenden schwierigerem Marktumfeld bestehen weitere zukünftige Ergebnisrisiken. Zum anderen befindet sich der Blutspendedienst momentan in einer ungeklärten Gebäudesituation. Das Gesundheitshaus, in welchem der BSD aktuell eingemietet ist, wird Ende des Jahres abgerissen. Ein Umzug in ein für die Zwecke des BSD errichtetes oder umgebautes Gebäude würde Investitionen in niedriger, zweistelliger Millionenhöhe erfordern. Diese Summe steht in der momentanen Sanierungssituation der StKM nicht zur Verfügung.

Dies vorangestellt, nimmt die StKM nachfolgend zu den wesentlichen Punkten der Petition Stellung:

1.) „Mit Blut darf keine Geschäft betrieben werden! [...] Es darf nicht zur eigenen Gewinnmaximierung gehandelt werden.“

Angesichts des aktuellen Defizits von ~1,9 Mio. € in 2014 ist der Blutspendedienst von einer Gewinnzone weit entfernt. Angesichts der ernsthaften Sanierungssituation der StKM geht es vielmehr darum, Verlustbereiche des Unternehmens einzudämmen. Insofern kann von einer „Gewinnmaximierung“ überhaupt keine Rede sein.

2.) „Der Blutspendedienst München [ist] ein wichtiger Bestandteil für die Blutversorgung in München und Oberbayern. Diese Aufgaben [können] im Sinne der Versorgungssicherheit nicht einfach von heute auf morgen beendet [werden].“

Ein wesentlicher Grund für den geplanten Verkauf des BSD ist das bereits heute bestehende und voraussichtlich noch zunehmende Überangebot an Blutprodukten in Bayern bzw. ganz Deutschland, welches durch Anbieter wie das BRK, die Haema AG oder das ITM Suhl kreiert wird. Darüber hinaus gibt es aus unterschiedlichsten Gründen einen starken Rückgang des Blutbedarfs in den Kliniken des Landes - ein Trend, welcher sich in Zukunft erwartungsgemäß noch deutlich verstärken wird. Dass durch die Schließung des BSD ein Engpass an Blutprodukten entstehen könnte, erscheint daher - auch in einer Notsituation wie dem vom Autor erwähnten Terroranschlag - nahezu ausgeschlossen.

3.) „Die Qualität der Blutprodukte darf nicht der Prämisse der Preismaximierung zum Opfer fallen!“

Im Rahmen einer offenen Ausschreibung des StKM-Blutbedarfs an einen Dritten können aller Voraussicht nach deutlich bessere Preise für gekaufte Blutprodukte erzielt werden als die momentanen internen Verrechnungspreise des BSD. Darüber hinaus werden ausführliche Bewertungskriterien für die Ausschreibung sicher stellen, dass die Qualität der Blutprodukte eines Dritten mindestens gleich hoch ist wie jene des BSD. Davon abgesehen erschließt sich der StKM nicht, inwieweit eine Preismaximierung zu geringerer Qualität von Blutprodukten führen soll.

4.) „Eventuelle Privatisierungsambitionen der Stadt München, um sich nun der Verantwortung zu entledigen, widersprechen dem sozialen Auftrag des Transfusionsgesetzes(TFG) [...]“

Das Transfusionsgesetz enthält an keiner Stelle einen Paragraphen oder Passus welcher besagt oder auch nur andeutet, dass eine Blutversorgung aus öffentlichen Quellen gegenüber privaten zu bevorzugen wäre oder dass eine Privatisierung dem „sozialen Auftrag“ widersprechen würde.

5.) „Was geschieht mit den derzeit Beschäftigten?“

Die StKM versucht derzeit, im Zuge des Verkaufs eine möglichst umfassende Weiterbeschäftigung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei einem potenziellen Erwerber zu garantieren. Für den Fall, dass im Rahmen eines Verkaufs keine vollständige Mitarbeiterübernahme umgesetzt werden kann, greift für die verbleibenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - wie auch an anderen Stellen im

Rahmen der Sanierung der StKM - das sog. Ultima-Ratio-Prinzip. Dies besagt, dass für jede Mitarbeiterin / jeden Mitarbeiter individuell eine sozialverträgliche Lösung gesucht wird (z.B. Versetzung innerhalb der StKM, Vermittlung an die Landeshauptstadt München bzw. andere städtische Betriebe).

## **2.28 Klinikum Harlaching - konsequente Einhaltung der StVO auf dem Gelände**

BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 01289 des Bezirksausschusses  
des Stadtbezirkes 18 - Untergiesing-Harlaching  
vom 16.06.2015 (ED 18.06.2015)

(Anlage 39)

Antrag:

**Das RGU als Betreuungsreferat der städtischen Kliniken wird aufgefordert, auf die Leitung der Klinikums Harlaching einzuwirken, für eine konsequentere Einhaltung der StVO auf dem Klinikgelände zu sorgen, insbesondere betr. der Nutzung des Klinikgeländes durch Radfahrer.**

Antwort:

Der Geschäftsführung der StKM sind keinerlei Zwischenfälle bekannt, bei welchen Patienten oder deren Angehörige durch Radfahrer, egal ob Beschäftigte der StKM oder anderweitige Personen, auf einem Klinikgelände der StKM zu Schaden gekommen sind oder in die Gefahr gebracht worden wären, körperliche Schäden zu erleiden.

Dennoch nimmt die Geschäftsführung den Erfahrungsbericht von [REDACTED] (Anmerkung: Name geschwärzt) sehr ernst. Das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten ist ein Hauptanliegen der StKM und dementsprechend darf dieses keineswegs unnötig gefährdet werden. Daher wird die Geschäftsführung sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anhalten, bei der Benutzung von Fahrrädern auf den Klinikgeländen der StKM die StVO streng zu beachten und insbesondere auf Patientinnen und Patienten und deren Angehörige Rücksicht zu nehmen. Ferner werden offenkundige Missachtungen der StVO geahndet.

## **3. Sanierungsumsetzungskonzept**

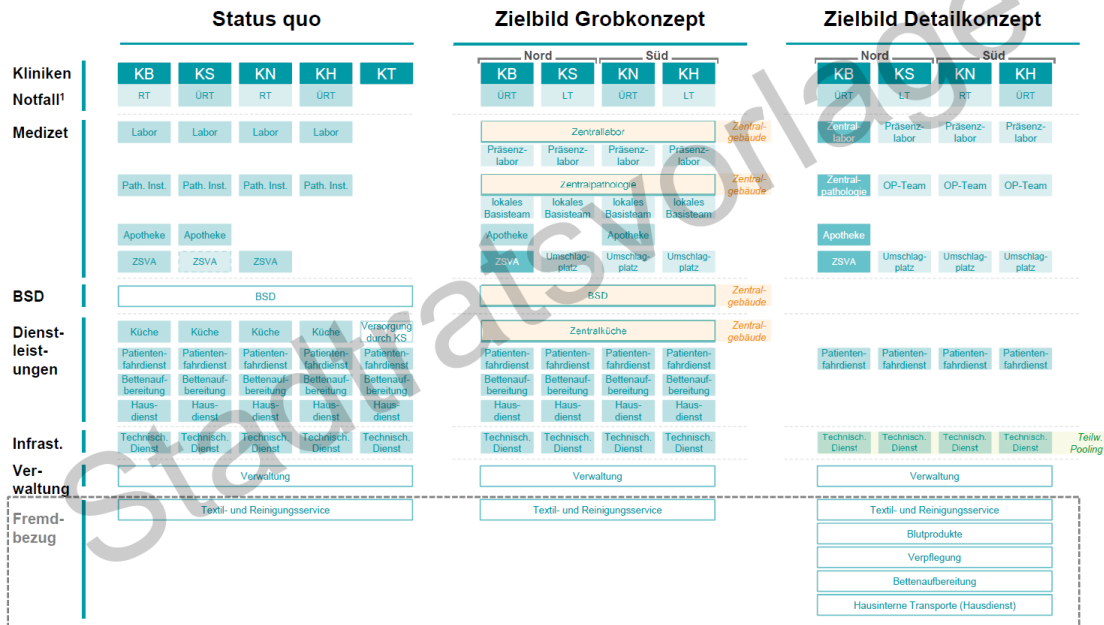
Die Ausführungen unter Ziffer 3 - Sanierungsumsetzungskonzept - geben ausschließlich eine Zusammenfassung der von der Geschäftsführung der StKM vorgelegten Konzepte wieder. Die Evaluierung der Konzepte erfolgt unter Ziffer 4.

## **3.1 Übersicht**

### **3.1.1 Rahmenbedingungen des Detailkonzepts**

- Die Zielrendite 2022 sowie der Gesamtfinanzierungsbedarf durch die LHM gemäß Sanierungsgutachten vom 28.02.2014 („Grobkonzept“) bildet den finanziellen Zielkorridor für das vorliegende Sanierungsumsetzungskonzept („Detailkonzept“), um die damals bescheinigte Sanierungsfähigkeit und -würdigkeit aufrecht erhalten zu können.
- Auf Basis der finanziellen Zielvorgaben wurde die Ausarbeitung des - in nur 10 Wochen erstellten - Grobkonzepts für jedes Modul auf Basis der nun detaillierter verfügbaren Informationen nochmals grundsätzlich hinterfragt. Dabei waren auch Abweichungen in den strukturellen Entscheidungen vom Grobkonzept möglich - unter der Bedingung, dass die finanziellen Zielvorgaben anderweitig erreicht werden.
- Sämtliche im Grobkonzept dargestellten Grundprämissen des Medizinkonzepts (z.B. demographische Entwicklungen, Markt- und Wettbewerbsumfeld in München) haben auch im Detailkonzept weiterhin Bestand.
- Die Erarbeitung der einzelnen Module des Sanierungsumsetzungskonzepts erfolgte unter enger Einbindung der jeweils zuständigen Vertreter der StKM.

### **3.1.2 Fokussierung auf medizinische Kernaktivitäten im Zielbild**



Quelle: StKM, BCG, Lohfert & Lohfert 1. Betrachtung Traumazentren: LT = lokales Traumazentrum, RT = regionales Traumazentrum, ÜRT = überregionales Traumazentrum Seite 5

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 5

### 3.1.3 Wesentliche strukturelle Abweichungen zum Grobkonzept

#### Medizin- / Notfallkonzept

- Entgegen der ursprünglichen Planung verbleibt in Harlaching ein überregionales Traumazentrum.
- Der Standort Schwabing wird im Zielbild um die Dermatologie, die operative Gynäkologie und die Kinderpsychosomatik ergänzt.
- Im Neurozentrum Harlaching wird eine Weaning-Einheit etabliert.

#### Verzicht auf Zentralgebäude

- Durch Verlagerung ZSVA und Verkauf BSD wäre die benötigte Zentralkapazität stark reduziert worden.
- Zudem wurde kein zusätzliches externes Geschäft der Dienstleistungsbereiche unterstellt.

- Insbesondere die Unterbringung der verschiedenen Medizet Departements hat sich in der Detailprüfung als vorteilhafter an den Klinikstandorten erwiesen.

#### Verzicht auf zusätzlichen Neubau am Standort Neuperlach

- Im Rahmen des Medizinkonzepts werden in Neuperlach weniger Kapazitäten als ursprünglich geplant benötigt (Entfall Dermatologie, überregionales Notfallzentrum).
- Entsprechend kann auf die ursprünglich geplante Erweiterung verzichtet werden.

#### BSD Verkauf im Rahmen einer Ausschreibungsbekanntmachung

- Entgegen des ursprünglichen Sanierungskonzepts wurde festgestellt, dass der Blutspendedienst zukünftig wirtschaftlich nicht tragfähig ist und ein Verkauf die beste Lösung für die StKM darstellt.
- Es wird vorgeschlagen, den BSD im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens gekoppelt an die Belieferung der StKM mit Blutprodukten zum Verkauf auszuschreiben.

#### Fremdvergabe Küchenbetrieb

- Eine detaillierte Wirtschaftlichkeitsbetrachtung hat gezeigt, dass die ursprünglich geplante eigenständige Zentralisierung der Küche keine ausreichend hohen finanziellen Effekte bringt.
- Daher soll die Verpflegung an einen externen Dienstleister fremdvergeben werden, um kurzfristige und planbare Sanierungsbeiträge zu erzielen.

#### Fremdvergabe Hausdienst

- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hausdienst liegen in ihrer Vergütung deutlich über den marktüblichen Konditionen für vergleichbare Tätigkeiten.
- Eine Prozessoptimierung in diesem Bereich bringt kaum nennenswerte Einspareffekte.
- Vor diesem Hintergrund wird eine Fremdvergabe des Hausdienstes angestrebt.

### 3.1.4 Wesentliche Leistungs- und Finanzkennzahlen (2014 vs. 2022)

Vor Risikoabschlägen	2014	Detailkonzept 2022	Grobkonzept 2022
# Klinikstandorte	5	4	4
# Medizinische Fachabteilungen	33	31	31
davon # Abteilungen an verschiedenen Standorten	69	46	46
CMP (erlösbasiert <sup>1</sup> )	143.795	137.054	133.607
CMI (Ø)	1,09	1,16	1,15
# aufgestellte Betten	3.252	2.524	2.504
Auslastung	74%	80%	82%
Umsatzerlöse	€ 613 Mio.	€ 639 Mio.	€ 628 Mio
EBITDA	€ -5 Mio.	€ 69 Mio.	€ 66 Mio
(% v. Umsatzerlösen)	-1%	11%	12% <sup>2</sup>
Personal (Vollzeitkräfte <sup>3</sup> )	6.398	4.889	5.090

CMP = Case-Mix-Punkte; CMI = Case-Mix-Index

1. Der 'erlösbasierte' Casemix enthält im Unterschied zum 'effektiven' oder 'fiktiven' Casemix keine Case-Mix-Punkte, die sich aus der Umrechnung von Erlösen aus Besonderen Einrichtungen in Case-Mix-Punkte ergeben; Der effektive Casemix im Jahr 2022 laut Medizinkonzept liegt daher höher, bei ca. 144 Tsd. CMP; der erlösbasierte Casemix wird hier dargestellt um eine bessere

Vergleichbarkeit mit dem Grobkonzept herzustellen

2. Marge ggü. nichtinflationierten Umsatzerlösen

3. Jahresmittel

Quelle: StKM, BCG, Lohfert & Lohfert

Seite 8

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 8

## 3.2 Medizinkonzept

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Münchner Bevölkerung ist eines der zentralen Ziele der StKM. Die Basis hierfür bildet die langfristig erfolgreiche Positionierung der StKM in einem hochkompetitiven Versorgungsgebiet München. Um den Versorgungsauftrag auch in Zukunft umfassend erfüllen zu können, bedarf es eines tragfähigen und zukunftsfähigen Gesamtkonzepts bezüglich der angebotenen medizinischen Leistungen, das insbesondere am Versorgungsbedarf und der Bevölkerungsentwicklung in München bzw. dem Münchner Umland ausgerichtet ist und dabei ebenfalls ökonomische Restriktionen berücksichtigt. Die ökonomischen Belange dürfen nicht dazu führen, dass der grundsätzliche Versorgungsauftrag tangiert wird.

In den kommenden Jahren ist grundsätzlich durch verschiedene Einflussfaktoren (z. B. medizinisch-technischer Fortschritt und demografische Entwicklung) von einem wachsenden Versorgungsbedarf auszugehen. Neben diesen Entwicklungen gilt es

bei der Neuausrichtung der StKM ebenso politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen entsprechend zu berücksichtigen.

Die Analyse der aktuellen Leistungsorganisation der StKM hat bereits bei der Erarbeitung des Grobkonzepts identifiziert, dass das derzeitige Konzept aus den folgenden Aspekten weder tragfähig noch zukunftsgerichtet ist:

- Fehlende Schwerpunkte
- Geringe Profilierung
- Mehrfachvorhaltungen
- Teilweise kleine Abteilungsgrößen

Diese bereits im Sanierungsgutachten detailliert dargestellten Aspekte machen deutlich, dass es deutliche Veränderungen an der Portfoliostruktur für die StKM geben muss, um auch bei Beibehaltung des Versorgungsauftrags die Grundlage für bessere medizinische Qualität und auch eine ökonomisch ausgeglichene Leistungserbringung zu schaffen. Darüber hinaus muss der zukünftig veränderte Versorgungsbedarf der Münchner Bevölkerung entsprechend berücksichtigt werden.

Somit entstehen sowohl mit Blick auf die Erfüllung des Versorgungsauftrags als auch mit Blick auf die Ökonomie der Leistungserbringung unumgängliche Notwendigkeiten der Neugestaltung der Angebotsstruktur, wobei die Erarbeitung grundsätzlich unter der Prämisse des Versorgungsauftrags steht. Ziel ist somit die Erarbeitung eines zukunftsfähigen Medizinkonzepts, in dem die qualitativ hochwertige Versorgung der Münchner Bevölkerung sichergestellt wird und das ökonomische Ergebnis marktüblichen Kriterien entspricht.

Hierzu wurden methodisch alle maßgeblichen Faktoren berücksichtigt, die qualitativ und quantitativ Einfluss auf das Leistungsgeschehen haben werden. Basis bildete dabei das Grobkonzept, das vom Stadtrat im Juli 2014 beschlossen wurde.

Im Anschluss an die umfassende Analyse der Grundlagen des Grobkonzepts erfolgte eine Plausibilisierung der in diesem Konzept enthaltenen Ergebnisse. Hierzu wurden auf der Basis einer Modellierung die zukünftig zu erwartenden Fallzahlen an den einzelnen Standorten der StKM berechnet, die benötigten Bettenkapazitäten je Fachabteilung abgeleitet sowie Vorschläge zu entsprechenden Zentrumsstrukturen erarbeitet. Die wesentlichen Determinanten dieses Modells umfassen die demografische Entwicklung, die Bevölkerungsentwicklung in der Landeshauptstadt München und dem Landkreis München, den medizinisch-technischen Fortschritt, die Entwicklung der Verweildauer und die Verschiebung stationärer Fälle in den ambulanten Versorgungsbereich.



Parallel durchgeführte, teilstrukturierte Gespräche mit ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringern dienten der Ermittlung der Positionierung im Wettbewerb, der Fallzahlentwicklung durch Verschiebung von Fachabteilungen an einen anderen Standort der StKM und der Diskussion des zukünftigen Leistungsspektrums. Die Ergebnisse dieses kombinierten methodischen Ansatzes bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung des Medizinkonzepts.

### 3.2.1 Grundannahmen / Philosophie

Die Erstellung des Medizinkonzepts erfolgte unter den bereits im Grobkonzept bestehenden Leitlinien. Diese Leitlinien beinhalten im Wesentlichen die in der nachstehenden Abbildung aufgeführten Aspekte.

Leitlinien	Implikationen
1 Die heute gesunden Kerne ausbauen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zentrenbildung um erfolgreiche Abteilungen</li> <li>Stärkung der Position im Markt</li> </ul>
2 Versorgungsstruktur an den tatsächlichen Bedarf anpassen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsolidierung von unterkritischen Abteilungen</li> <li>Steigerung der Auslastung / Anpassung Kapazitäten</li> </ul>
3 Investitionen effizient konzentrieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stärkung von Standorten mit Funktionalitäts- &amp; Sanierungsvorteilen</li> <li>Infrastrukturinvestitionen um gesunde Kerne</li> <li>Konzentration kostenintensiver Betten</li> </ul>
4 Verantwortung für die gesamte stationäre "Versorgungskette" übernehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausbau &amp; Bündelung "nachgelagerter" stat. Abteilungen</li> <li>Medizinisches Angebot von der Geburt bis zum Alter</li> </ul>
5 Verantwortung in der Notfallversorgung Nord / Süd wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erhalt der Notfallversorgung an allen 4 Standorten (gemäß Stadtratbeschluss)</li> </ul>
"Es muss sich rechnen"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mittelfristig finanzielle Unabhängigkeit als Ziel</li> <li>Positiver Private-Investor-Test als Voraussetzung für öffentliche Unterstützung &amp; zur Abwendung Insolvenz</li> </ul>

Quelle: BCG; Lohfert & Lohfert

Seite 12

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 12

Zusammenfassend muss zur Wahrung der beschriebenen Zielsetzungen ein Mix zwischen wohnortnaher Versorgung und Zentralisierung der Leistungen realisiert werden. Dazu hat der Stadtrat mit der Vorgabe des Betriebens von 4 Notfallzentren bereits eine Grundsatzentscheidung getroffen, die im jetzigen Konzept berücksichtigt wurde.

Die Zentralisierung der Leistungen wird neben der Erhöhung der medizinischen Versorgungsqualität auch die bessere Auslastung aller vorzuhaltenden Infrastrukturkomponenten und Personalressourcen sicherstellen, was letztendlich die bessere ökonomische Ergebnisqualität sicherstellen wird.

Die Leitlinien des generellen Versorgungsauftrags im Sinne der Aufnahmebereitschaft und maximalversorgenden Versorgungsbereitschaft kann immer nur im Sinne des Portfolios und der Wohnortnähe verstanden werden, nicht im Sinne der Gesamtkapazität der Versorgungsstrukturen im Einzugsgebiet. In diesem Sinne kann für das jetzige Medizinkonzept, wie auch für das Grobkonzept festgestellt werden, dass das Leistungsportfolio in der Versorgungsbreite und auch in der Versorgungstiefe diesen Versorgungsauftrag erfüllt.

Die Bettendichte im Stadtgebiet zeigt, wie im Grobkonzept dargestellt, teilweise Überkapazitäten, die durch die punktuelle Reduzierung stationärer Kapazitäten in der StKM teilkompensiert werden können. Es ist nicht davon auszugehen, dass für den Zielpunkt des Medizinkonzepts im Jahr 2022 dadurch Kapazitätslücken im Versorgungsgebiet entstehen. Einfluss darauf hat aber nicht nur die Kapazitätsentwicklung innerhalb der StKM sondern auch die der anderen Leistungserbringer im Stadtgebiet, speziell die der Universitätskliniken.

### **3.2.2 Medizinisches Leistungsangebot und Kapazitäten**

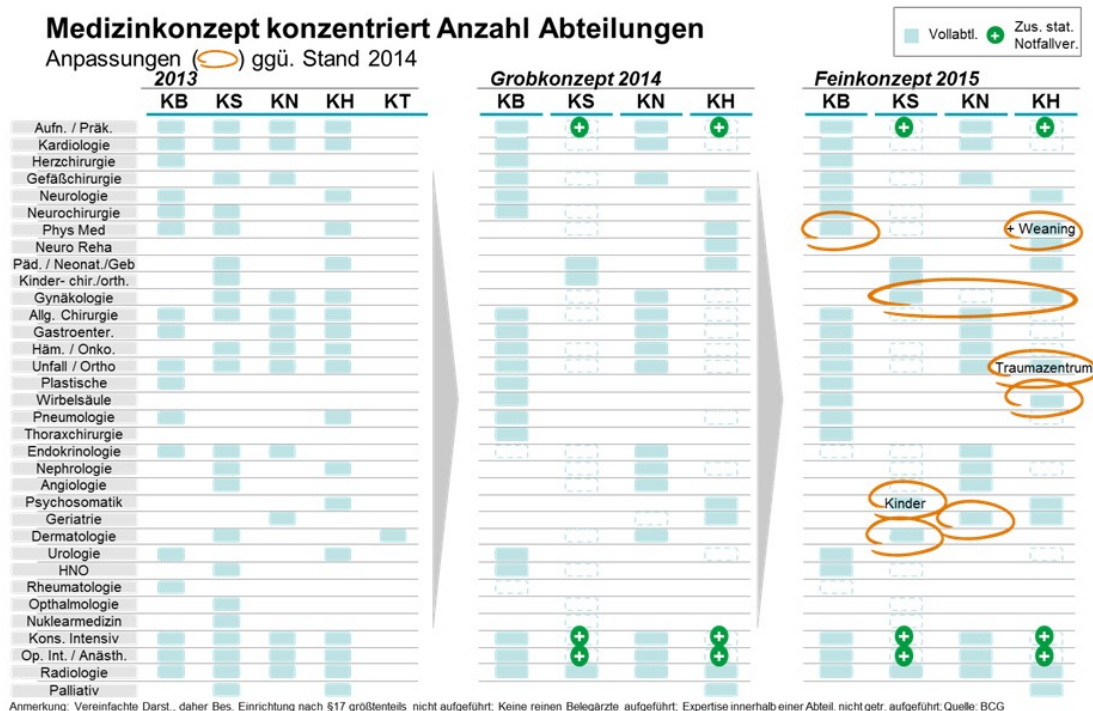
#### **3.2.2.1 Fächerspektrum / Abteilungskonsolidierung mit Kapazitäten Gesamtunternehmen**

Gegenüber der IST-Situation und auch gegenüber dem Grobkonzept werden die Leistungsbreite und die Leistungstiefe der StKM grundsätzlich erhalten bleiben, an einem Punkt sogar ausgebaut werden. Dies bedeutet, dass die aktuell betriebenen Fachbereiche auch zukünftig angeboten werden (Leistungsbreite) und auch die Spezifizierungen der Leistungen in den jeweiligen Fachbereichen (Leistungstiefe) weiterhin realisiert werden sollen. Hinzukommen wird eine Weaning-Einheit, die als hochspezialisiertes Leistungsangebot die Leistungskette innerhalb der StKM erweitern und so Verlegungen nach extern verhindern soll.

Das Angebot wird allerdings dadurch grundsätzlich verändert, dass Leistungen, die weniger kritisch in puncto Notfallreicherbarkeit und Notfallverfügbarkeit zu sehen sind, weitestgehend zentralisiert werden. Diese Prämisse war auch im Grobkonzept aus dem Vorjahr schon so berücksichtigt und planerisch umgesetzt worden.

In Bezug auf die generellen Leistungs- und Kapazitätsgrößen sind die Abweichungen zwischen dem Grobkonzept und dem detaillierten Medizinkonzept (Feinkonzept) gering.

In der Verortung der Leistung gibt es einen großen und mehrere kleinere Unterschiede. Bedeutendste Veränderung ist das Belassen des Traumazentrums in Harlaching, wobei im Grobkonzept eine Verlagerung nach Neuperlach geplant war. Sonstige strukturelle Veränderungen sind die Ansiedlung der Dermatologie am Klinikum Schwabing und die Erweiterung der Mutter-Kind-Zentren am Klinikum Schwabing und am Klinikum Harlaching um die operative Gynäkologie. Die Kinder-Psychosomatik wird nach Schwabing überführt. Auf die Details und die Gründe dieser Veränderungen wird unter Ziffer 3.2.2.2 eingegangen.



Quelle: StKM

Die obenstehende Abbildung gibt einen Überblick über die Leistungsverortung an den einzelnen Standorten und auch über die Veränderungen, ausgehend vom aktuellen Stand der Leistungsstruktur über das Grobkonzept bis hin zum jetzigen Feinkonzept. Gekennzeichnet ist darin auch die Veränderung bezüglich der Notfallversorgung, die als Adjustierung des Grobkonzepts bereits vom Stadtrat beschlossen worden war. Diese Veränderung ist bei der aktuellen Erarbeitung des Feinkonzepts als Grundlage eingeflossen, auch wenn bei der Sichtung der im Vorjahr (Grobkonzept) einbezogenen Unterlagen und auch basierend auf den jetzigen

Strukturuntersuchungen durchaus Varianten denkbar gewesen wären, die auf eine Notfallversorgung an zwei der zukünftigen Standorte hätten verzichten können.

Bezogen auf die Gesamt-Kennzahlen für die Leistungen und die Kapazitäten entstehen die in den folgenden Abbildungen dargestellten Werte. Daraus ist erkennbar, dass nach dem Feinkonzept in einer im Vergleich zum Grobkonzept fast identischen Kapazität (Betten) mehr Casemix erbracht werden soll, wobei die Verweildauer sinkt und die Auslastung leicht steigt. Die Werte für die Casemix-Punkte sind nicht direkt vergleichbar, da es im Grobkonzept keine Umrechnung der Erlöse der besonderen Einrichtungen auf Casemix-Punkte gegeben hatte.

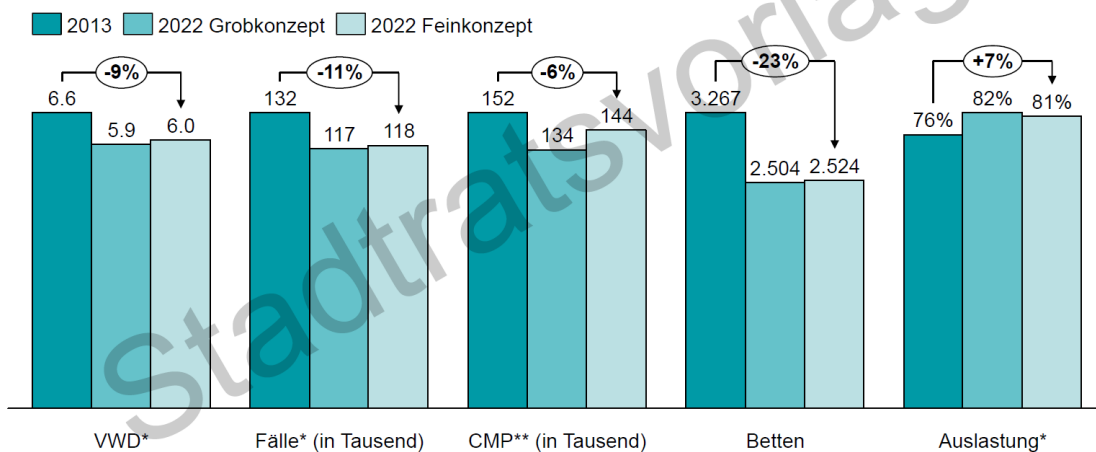
Bezogen auf die Aufteilung der Gesamtbetten auf die einzelnen Standorte ergeben sich durch die strukturellen Veränderungen naturgemäß größere Differenzen zwischen Grob- und Feinkonzept.

> Städtisches Klinikum München



## Angepasstes Medizinkonzept

### Übersicht Leistungsdaten



\* bezogen auf die somatische Medizin stationär (2022: 2.390 Betten, 117,671 Fälle ohne Psychosomatik, Sucht, teilstationäre Dialyse)

\*\* Grobkonzept nur orientierend vergleichbar, da dort keine Erlösrechnung besondere Einrichtungen in CMP erfolgte

Quelle: Lohfert & Lohfert

Seite 20

Für den Standort Bogenhausen bedeutet dies am wenigsten Unterschiede, da die Veränderungen im Medizinkonzept hier am geringfügigsten ausfallen.

Der Standort Schwabing wächst in seiner Kapazität deutlich. Die Hauptgründe dafür liegen im Hinzukommen der Dermatologie, der Ergänzung des Mutter-Kind-Zentrum um die operative Gynäkologie und das Hinzukommen der Kinder-Psychosomatik aus dem Standort Harlaching.

Der Standort Neuperlach wird durch das Feinkonzept nicht kapazitiv erweitert. Die in den jetzigen Bauabschnitten vorgesehenen Kapazitätsveränderungen reichen aus, um die Infrastruktur zu realisieren, die für die Umsetzung des Medizinkonzepts in der jetzigen Form vorgehalten werden muss. Zu einer Verringerung der benötigten Bettenkapazität in Neuperlach kommt es vorrangig durch die Standortveränderung der Dermatologie und das Belassen des Traumazentrums am Standort Harlaching.

Am Standort Harlaching selbst sinkt die Bettenkapazität im Vergleich zum heutigen Stand deutlich, bleibt aber im Vergleich zum Grobkonzept fast unverändert. Auch wenn sich damit die Gesamtzahl kaum verschiebt, kommt es zu deutlichen inhaltlichen Veränderungen.

Der Standort Thalkirchener Straße ist am Endpunkt des Medizinkonzepts im Jahr 2022 nicht mehr für die Krankenversorgung vorgesehen.

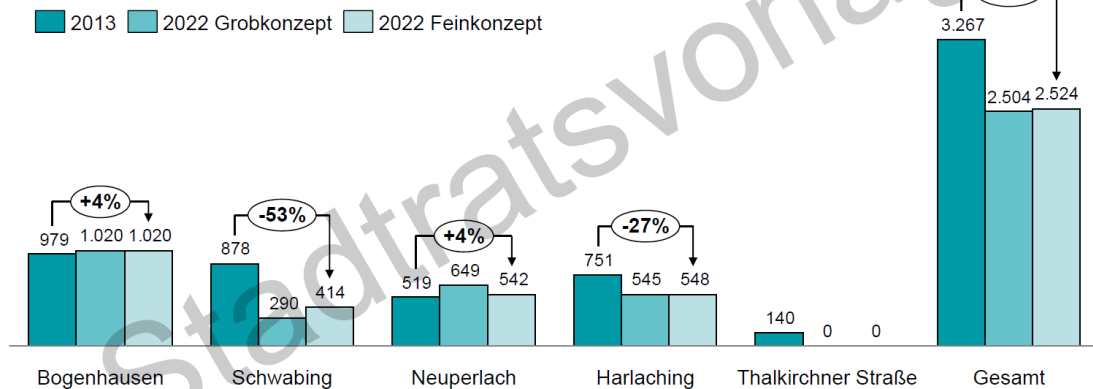
Die Veränderungen bei den Casemix-Punkten haben eine deutliche Korrelation zu den Veränderungen bei den Bettenkapazitäten. Insofern gelten die oben gemachten Angaben zu den Verschiebungen analog, ausgenommen die deutlichen Differenzen am Standort Harlaching. Diese sind letztendlich nicht substantiell, werden ausgelöst durch die Berechnung des Casemix aus den bisherigen taggleichen Entgelten der besonderen Einrichtungen und haben deshalb in der Erlösbetrachtung eine ausgleichende Komponente.

> Städtisches Klinikum München



## Angepasstes Medizinkonzept

### Übersicht Gesamtbetten StKM



Quelle: Lohfert & Lohfert

Seite 21

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 21

### 3.2.2.2 Standorte mit Fächerspektrum und Kapazitäten

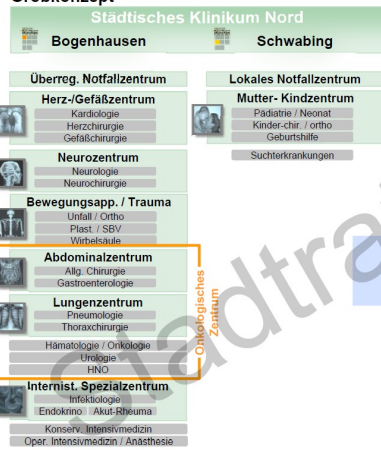
Im Folgenden wird die resultierende Leistungsstruktur der StKM bezogen auf die jeweiligen Klinika Nord und Süd dargestellt. Dabei ist das Klinikum Nord zu verstehen als die Kumulierung der Standorte Bogenhausen und Schwabing. Das Klinikum Süd ist somit die leistungsbezogene Zusammenführung der Standorte Neuperlach und Harlaching.

Anhand dieser Darstellungen wird auch spezifisch auf die Veränderungen der Leistungsstruktur zwischen dem Grobkonzept und dem Feinkonzept eingegangen und die Entscheidungsgründe dazu dargestellt.

> Städtisches Klinikum München

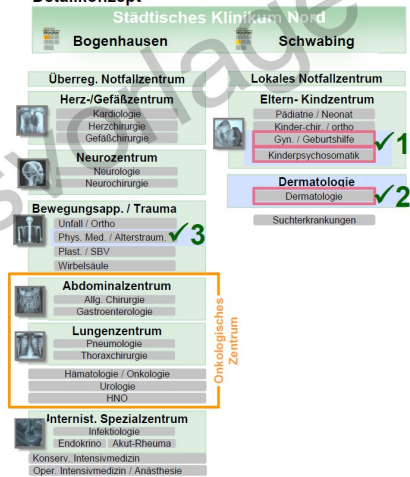
### Ziel-Medizinkonzept StKM Nord

#### Grobkonzept



Quelle: Lohfert & Lohfert

#### Detailkonzept



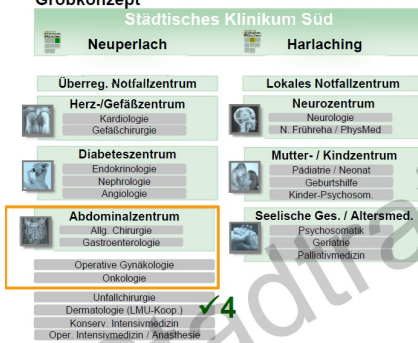
Seite 14

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 14

> Städtisches Klinikum München

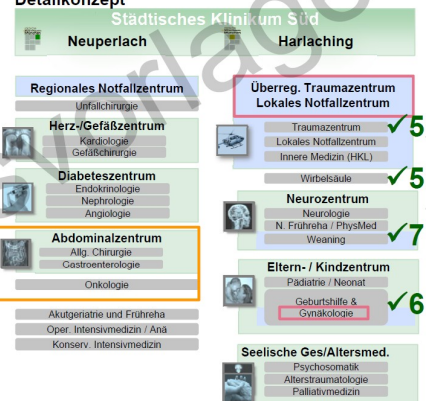
### Ziel-Medizinkonzept StKM Süd Szenario: Überregionales Traumazentrum Harlaching

#### Grobkonzept



Quelle: Lohfert & Lohfert

#### Detailkonzept



Seite 17

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 17

### **Markierungen eins und sechs:**

Die bisherigen Mutter-Kind-Zentren am Standort Schwabing und am Klinikum Harlaching werden an beiden Standorten ergänzt um die operative Gynäkologie und in Schwabing auch um die Kinder-Psychosomatik aus Harlaching. Damit soll das Leistungsangebot der Geburtshilfe und der Pädiatrie durch die Ergänzung um die operative Gynäkologie fachlich abgerundet und in der Außenwahrnehmung attraktiver gestaltet werden. Die für das Notfallzentrum vorzuhaltenden Infrastrukturkomponenten (z.B. OP) können dadurch auch für elektive Patienten aus der Gynäkologie genutzt werden. Zusammen mit dem effektiveren Personalkonzept bei der Zusammenführung der gynäkologischen und der geburtshilflichen Leistungsbereiche an einem Standort sind dies auch die beiden ökonomischen Vorteile dieser Lösung.

Die Kinder-Psychosomatik soll in Schwabing das Spektrum der Kinderheilkunde am Standort Nord abrunden.

### **Markierung zwei:**

Bisher betreibt die StKM zwei dermatologische Abteilungen, die aktuell beide am Standort in der Thalkirchener Straße verortet sind. Das ursprüngliche Konzept, die dann zusammengeführte Abteilung am Standort in Neuperlach zu etablieren, ist aus einem Hauptgrund nicht mehr realisierbar. Dies bezieht sich auf die Kooperation im Bereich der ambulanten Medizin und der Labore mit der LMU München. Gespräche mit der LMU und dem Wissenschaftsministerium haben gezeigt, dass ein in diesem Sinne gemeinsam betriebener Standort Neuperlach für den Kooperationspartner nicht infrage kommt. Am Standort Schwabing scheint dies realistischer, zumal dort auch schon das Kooperationsmodell mit der TU München bezüglich der Kinderheilkunde gut etabliert ist.

### **Markierung drei:**

Basierend auf der Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung und eines wachsenden Bedarfs im Bereich der Alterstraumatologie wird dafür eine separate Leistungsstruktur geschaffen. Diese hat ihre fachliche Grundlage in den derzeit schon betriebenen diesbezüglichen Fachbereichen am Standort Schwabing und auch am Standort Bogenhausen.

### **Markierung vier:**



Durch den mit der Markierung 2 dargestellten und textlich beschriebenen Wegfall der Dermatologie in Neuperlach und das Belassen der Traumatologie am Standort Harlaching (Markierung 5) kann der Standort Neuperlach nach Beendigung der jetzigen Bauvorhaben im Jahr 2017 in der dann vorhandenen Struktur ohne weitere größere Baumaßnahmen weitergeführt werden. Die im Grobkonzept vorgesehene Kapazitätserweiterung für diese beiden Bereiche und auch die grundsätzlich neue Konzeption der Notaufnahme muss unter den jetzigen Annahmen nicht durchgeführt werden. Damit wäre der Standort Neuperlach im Jahre 2017 der erste Standort mit abgeschlossener baulicher Umgestaltung.

#### **Markierung fünf:**

Als bedeutendste Strukturänderung zwischen dem Grobkonzept und dem jetzigen Feinkonzept ist das Beibehalten des überregionalen Traumazentrums in Harlaching zu bewerten. Harlaching ist derzeit eines der führenden Zentren für Traumatologie in Deutschland, hat den angegliederten Stützpunkt des Rettungshubschraubers und kann bezüglich der Anzahl von Mehrfachverletzungen über viele Jahre einen Spitzenplatz der überregionalen Traumaversorgung dokumentieren. Darüber hinaus gibt es ein breitgefächertes Angebot an elektiven Leistungen der Orthopädie und Unfallchirurgie. Sowohl aus Marketingsicht als auch mit Blick auf die Infrastrukturkomponenten (Hubschrauber etc.) erscheint die Verlagerung des überregionalen Traumazentrums an den Standort Neuperlach als risikoreich. Speziell das elektive Leistungsangebot (insbesondere Wirbelsäulenversorgungen) dürfte in der Marktwahrnehmung durch die Verschiebung nach Neuperlach deutlich an Attraktivität verlieren.

In der ökonomischen Bewertung können durch den Verbleib des Traumazentrums in Harlaching Synergien mit der vorgegebenen Notfallmedizin realisiert werden. Es zeigt sich in der Berechnung der Betriebskosten, dass Vorhaltekosten, die für die Notfallmedizin unumgänglich sind, in großer Redundanz auch für das Traumazentrum nutzbar sind und damit die Vorhaltekosten insgesamt reduziert werden können.

#### **Markierung sieben:**

Das Leistungsangebot für langzeitbeatmete Patientinnen und Patienten für die Beatmungsentwöhnung hat derzeit an der StKM keine eigene Struktur. Im Ergebnis werden häufig Patientinnen und Patienten in andere Krankenhäuser außerhalb des Stadtgebietes verlegt, weil auch andere Leistungserbringer in München eine solche Struktur nicht mit ausreichender Kapazität vorhalten.

Des Weiteren kommt es sehr häufig durch Patientinnen und Patienten mit sehr langer Verweildauer zu Engpässen auf den Intensivstationen, weil diese

Patienteninnen und Patienten aufgrund der Beatmungsnotwendigkeit intensivstationspflichtig bleiben.

Die Verlegungsnotwendigkeit und die Blockierung von Intensivbetten sollen dadurch verändert werden, dass eine Weaning-Einheit etabliert wird. Der Patientenzufluss für diese Station wird sich größtenteils aus den Intensivstationen des Standorts Bogenhausen und des Standorts Harlaching zusammensetzen. Insofern sollte die Einheit an einem dieser beiden Standorte vorgehalten werden. Der Standort Harlaching scheint diesbezüglich aufgrund der unkomplizierteren baulichen Möglichkeiten und der vorhandenen Personalstrukturen im Bereich der Therapieangebote besonders gut geeignet.

Das teilstationäre Versorgungsangebot entwickelt sich analog der stationären Veränderungen wie folgt:

lfd. Nr.	Fachabteilung	Plätze 2014	Berechnungs- tage 2014	Plätze 2022	Berechnungs- tage 2022
A	B	C	D	E	F
1	SKM Bogenhausen	55	12.590	64	19.129
2	SKM Harlaching	66	19.236	85	18.371
3	SKM Neuperlach	50	11.673	57	12.285
4	SKM Schwabing	52	20.447	37	12.817
5	SKM Thalkirchen	24	9.454		
6	Städtisches Klinikum München Gesamt	253	73.400	243	62.603

Quelle: StKM

Gemessen an der Entwicklung der Gesamtbettenzahl sinkt die Kapazität der Intensivbetten unterproportional, so dass relativ betrachtet die Intensivkapazität steigt. Eine zusätzliche Entlastung der Intensivkapazitäten ergibt sich aus der Etablierung der Weaning-Einheit und der Vergrößerung der IMC-Kapazitäten (siehe auch Ziffer 3.2.5 - Notfallversorgung).

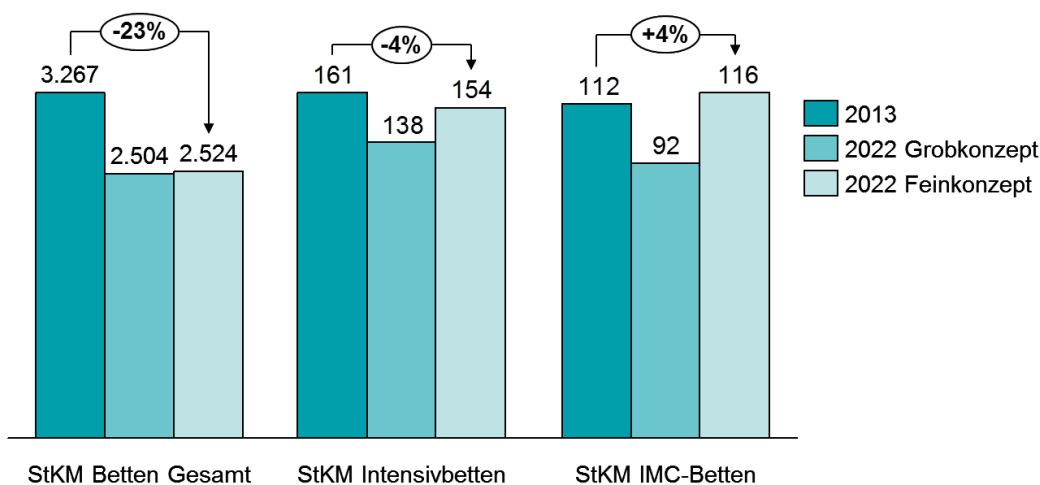
## Übersicht Entwicklung Intensivkapazitäten



### StKM Gesamt

#### Unterproportionaler Abbau von Intensivbetten

#### Aufbau von IMC-Kapazität zur Vermeidung kostenintensiver Fehlbelegung



Quelle: StKM Controlling, BCG Analyse, Lohfert & Lohfert

Quelle: StKM

### 3.2.2.2.1 Klinikum Bogenhausen

Im Folgenden werden die Veränderungen zwischen dem aktuellen Stand der Leistungsstruktur und den Planungen auf Basis des Feinkonzepts 2022 auf Fachabteilungsebene detailliert dargestellt. Dazu finden sich die maßgeblichen Leistungs- und Kapazitätskennzahlen und eine stichpunktartige Kommentierung. Die Leistungsgrößen finden sich dabei nur für die Hauptabteilungen, sie werden beispielsweise für die Intensiv- und IMC-Bereiche nicht gesondert dargestellt. Somit werden die Leistungsgrößen dieser Nebenabteilungen (Intensivstationen etc.) auf die primär fallführende Abteilungen zugerechnet.

Nach identischer Systematik folgt die Darstellung für die weiteren Standorte in den folgenden Gliederungspunkten.

## Bogenhausen (I/V)



### Bogenhausen

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Notfallzentrum/ Aufnahme	2013	10	2.248	1,1	65%	0,38	▪ Anpassung Kapazitäten an Fallzahlsteigerung und Veränderung des medizinischen Spektrums, teilweise Übernahme der Notfälle aus KS
	2022	18	4.008	1,1	65%	0,42	
Kardiologie	2013	98	5.470	6,3	90%	1,29	▪ Leichte Reduktion der hohen Auslastung bei gleichzeitiger perspektivischer Reduktion der VWD ▪ Zuwachs durch teilweise Übernahme kard. Fälle aus KS ▪ CMI Steigerung durch Segmentübernahme nichtinvasive Klappen aus der Herzchirurgie
	2022	115	6.892	5,5	85%	1,42	
Chest Pain Unit	2013	8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	▪ Als Teil der konservativen IMC-Einheit
	2022	8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Neuro- psychologie	2013	67	274	30,7	35%	2,50	▪ Enthält 40 Betten Schwer-Schädel-Hirn Verletzte und 27 Betten der Neuropsychologie ▪ Schließung der Abteilung ▪ Übernahme von ~10 Betten in die Neurologie ▪ SSH-Verletzte nach KH
	2022	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Herzchirurgie	2013	44	1.057	12,7	84%	5,85	▪ Mäßiges konstantes Wachstum geplant ▪ Reduktion Betten durch Anpassung VWD ▪ Zuzüglich 9 Betten auf der operativen Intensivstation ▪ Segmentübergabe nichtinvasive Klappen an Kardiologie
	2022	36	1.061	9,9	80%	5,42	

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: StKM Controlling, BCG-Grobkonzept, L&L-Detailkonzept

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Quelle: StKM

### 1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

## Bogenhausen (II/V)



### Bogenhausen

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Gefäß- chirurgie	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	▪ Übernahme der Gefäßchirurgie aus KS (heute 25 Betten) ▪ Bettenreduktion durch Anpassung der VWD
	2022	18	408	12,9	80%	2,16	
Neurologie	2013	69	3.574	6,7	95%	1,11	▪ Stärkung der Neurologie durch Ausbau der Stroke (von 12 auf 16 Betten) und teilweise Eingliederung der Neuropsychologie in die Abt. ▪ Bettenkapazität bleibt annähernd unverändert durch Anpassung der VWD
	2022	67	4.234	5,5	95%	1,25	
Stroke Unit	2013	12	n.a.	n.a.	84%	n.a.	
	2022	16	n.a.	n.a.	85%	n.a.	
Neuro- chirurgie	2013	61	1.851	8,8	73%	2,34	▪ Dtl. CMI-Erhöhung durch Verlagerung des Schwerpunktes Wirbelsäulenchirurgie in separate Abteilung (26 Betten) ▪ Zuzüglich 8 Betten operative Intensivstation
	2022	31	1.414	7,3	91%	2,85	
Allgemeine Chirurgie	2013	76	2.097	8,7	66%	1,86	▪ Nur mäßiges Wachstum bis 2022 geplant ▪ Z.T. Übernahme der Fälle aus KS ▪ Gesamtbettenreduktion durch Anpassung VWD/Auslastung ▪ Anpassung CMI aufgrund Fallmix mit Patienten aus KS
	2022	67	2.657	7,4	80%	1,76	

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: StKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Seite 366

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 366

1 Medizinkonzept  
 > Städtisches Klinikum München  
**Bogenhausen (III/IV)**



**Bogenhausen**

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Hämatolo- Onkologie	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umzug der Abt. aus KS und ca. 50% Übernahme der hämatologischen Fälle aus KH (~20% der Gesamtfälle)</li> <li>Hämatologisches Zentrum der StKM mit Fokus auf autologe und allogene KMT</li> </ul>
	2022	68	2.010	9,8	80%	2,07	
Gastro- enterologie	2013	86	4.096	5,8	75%	0,78	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mäßiges Wachstum der Abt. durch Zunahme allg. Innere Fälle geplant</li> </ul>
	2022	72	4.220	5,0	80%	0,80	
Infektiologie	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umzug aus Schwabing nach Bogenhausen</li> <li>Konstantes Leistungsniveau bei erhöhter Auslastung</li> <li>Integration im internist. Spezialzentrum</li> </ul>
	2022	25	1.278	5,8	80%	0,90	
Rheuma- tologie	2013	42	1631	7,9	84%	0,85	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Zukunft keine eigene Abteilung – Bettenvorhaltung im internistischen Spezialzentrum</li> </ul>
	2022	10	437	6,7	80%	0,87	
Endo- krinologie	2013	53	1.730	9,8	88%	1,04	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Zukunft keine eigene Abteilung – Bettenvorhaltung im internistischen Spezialzentrum</li> </ul>
	2022	16	600	8,6	88%	1,22	
Unfall/ Orthopädie	2013	128	4.554	7,7	72%	1,43	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mäßiges Wachstum der elektiven Orthopädie geplant</li> <li>ZT. Übernahme der unfallchirurgischen Fälle aus KS</li> <li>Anpassung VWD und Auslastung</li> </ul>
	2022	127	5.955	6,2	80%	1,45	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
 Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 367

1 Medizinkonzept  
 > Städtisches Klinikum München  
**Bogenhausen (IV/IV)**



**Bogenhausen**

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Wirbelsäulen- chirurgie	2013	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Start der Abt. spätestens mit Fertigstellung Anbau KB</li> <li>Großteil der Fälle aus Abt. Neurochirurgie und Wachstum durch neuen CA</li> </ul>
	2022	26	1.001	7,7	80%	1,76	
Pneumologie	2013	48	2.406	6,9	94%	1,03	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuierliches Wachstum der Abt.</li> <li>Zusätzlich Zunahme allgemein-innerer Fälle</li> <li>Ca. 50% Übernahme der pulmonologischen Fälle aus KH</li> </ul>
	2022	72	3.592	6,2	85%	1,01	
Thorax- chirurgie	2013	2	153	10,1	212%	3,20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deutliche Fallzahlsteigerung geplant, in 2014 bereits deutliches Wachstum</li> </ul>
	2022	14	431	9,4	80%	2,97	
Urologie	2013	53	2.701	5,1	71%	0,84	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsolidierung der beiden urologischen Abt. in KB</li> <li>Kapazitätsanpassung durch Steigerung Auslastung und VWD-Reduktion</li> </ul>
	2022	46	3.068	4,4	80%	0,88	
HNO	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deutlicher CMI-Anstieg durch Spektrumsverlagerung (Tumorchirurgie) geplant</li> <li>Mäßige Fallzahlsteigerung aufgrund von Verschiebungen leichter Fälle in den ambulanten Bereich</li> <li>Erhöhung Auslastung und VWD-Anpassung</li> </ul>
	2022	30	2.398	3,7	80%	0,88	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
 Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 368

## Bogenhausen (V/V)



### Bogenhausen

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Plastische Chirurgie	2013	38	1.326	8,0	76%	2,29	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moderates Wachstum der Abt. geplant</li> <li>Enthält 4 Betten Brandverletzte Normalstation</li> </ul>
	2022	34	1.401	6,9	78%	2,33	
Schwerbrand-verl. Int.	2013	8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Veränderungen in der Leistung angenommen (1 Bett weniger, dafür in Einzelzimmer)</li> </ul>
	2022	7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Konservat. Intensiv	2013	20	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zunahme Betten durch Fallzahlenpassung</li> </ul>
	2022	37	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Operat. Int. / Anästhesie	2013	28	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zunahme Betten durch Fallzahlenpassung</li> <li>Inkl. 8 Betten Neurochirurgie/Wirbelsäule</li> <li>Inklusive 9 Betten Herzchirurgie</li> </ul>
	2022	34	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Frührehabilitation/Phys. Medizin	2013	20	624	34,6	296%	6,47	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alterstraumatologischer Schwerpunkt</li> </ul>
	2022	29	381	22,1	80%	6,63	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: StKM Controlling, BCG Analyse, Lohfert & Lohfert

Quelle: StKM

## Übersicht Intensivkapazitäten 2022



### Bogenhausen

Haus / Fachabteilung	Grobkonzept	Feinkonzept	Kommentar
<b>Bogenhausen Gesamt</b>	<b>141</b>	<b>150</b>	
<b>ITS gesamt</b>	<b>67</b>	<b>78</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entlastung der Intensivstationen durch Etablierung Weaningeinheit in KH und Stärkung der IMC Bereiche</li> </ul>
Operative Intensivmedizin	15	34	
davon Herzchirurgische Intensivmedizin	9	davon 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bündelung fachbezogener ITS Betten (z.B. Herzchirurgie, Neurochirurgie) zu einer Einheit operative Intensivmedizin</li> </ul>
davon Neurochirurgische Intensivmedizin*		davon 8	
konservative Intensivmedizin	25	37	
Brandverletzten Intensivstation	7	7	
<b>IMC Gesamt</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	
IMC operativ	24	28	
IMC konservativ	24	20	
<b>Sonstige High Care Bereiche</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	
Stroke Unit	18	16	
Chest Pain Unit	8	8	

\*Im Grobkonzept nicht separat ausgewiesen

Quelle: BCG Analyse, Lohfert & Lohfert

Quelle: StKM

Id. Nr.	Id. Nr.	Fachabteilung	Plätze 2014	Berechnungstagen 2014	Plätze 2022	Berechnungstagen 2022
A	A	B	C	D	E	F
1	1	<b>SKM Bogenhausen</b>	55	12.590	64	19.129
2	2	Onkologische Tagesklinik	10	5.857	30	9.148
3	3	Diabetologische Tagesklinik	10	2.913	17	5.366
4	4	Neurologische Tagesklinik	5	459	7	642
5	5	Neuropsychologische Tagesklinik (SSH V)	30	3.361		
6	6	Schmerztherapie Tagesklinik			10	3.973

Quelle: StKM

### 3.2.2.2.2 Klinikum Schwabing

#### 1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

#### Schwabing (I/III)



#### Schwabing

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslast.	CMI	Kommentar
Notfallversorgung internistisch	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufbau lokales Traumazentrum mit ca. 2/3 internistische Betten (Sichtungskategorie II)</li> <li>Annahme: KB übernimmt 40% SKII-Pat. und 70% SKI</li> <li>Übernahme der Aufnahme Betten</li> <li>Inkludiert 4 konservative Intensivbetten</li> </ul>
	2022	60	3.701	4,4	80%	0,71	
Notfallversorgung chirurgisch	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufbau lokales Traumazentrum mit ca. 1/3 chirurgische Betten (Sichtungskategorie II)</li> <li>Annahme: KB übernimmt 40% der SKII-Pat. &amp; 70% SKI</li> <li>Inkludiert 1 operatives Intensivbett</li> </ul>
	2022	35	2.277	4,4	80%	0,86	
Internistische Pädiatrie	2013	96	4.957	5,0	57%	1,09	<ul style="list-style-type: none"> <li>Steigerung Auslastung, Anpassung der VWD</li> <li>Inkludiert pädiatrische Hämatologie</li> <li>Inklusive 10 Betten aus Kinderintensiv</li> <li>Inklusive 22 Betten Neonatologie</li> </ul>
	2022	89	4.909	4,7	80%	1,15	
Kinderchirurgie	2013	40	2.315	4,1	64%	0,93	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moderates Wachstum bis 2022 geplant v.a. durch Wegfall der Haunerschen Kinderklinik</li> <li>49 Betten inkl. Kinderorthopädie</li> </ul>
	2022	49	3.026	3,8	65%	0,98	
Kinderorthopädie	2013	5	46	3,4	8%	1,05	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Zukunft Enthalten in Kinderchirurgie</li> </ul>
	2022	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: StKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 370

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 370

1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

Schwabing (II/III)



Schwabing

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Kinderpsychosomatik	2013	11	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	• Übernahme der Kinderpsychosomatik aus Harlaching
	2022	35	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Gynäkologie und Geburtshilfe	2013	53	4.731	3,8	93%	0,57	• Anstieg der Geburten auf 3.000 geplant • Beibehaltung operative Gyn. in KS mit 13 Betten
	2022	61	4.640	3,6	75%	0,60	
Suchterkrankungen	2013	14	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	• Bleibt als Besondere Einrichtung in ihrem heutigen Umfang erhalten
	2022	14	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Augenheilkunde	2013	8	190	4,4	29%	0,63	• Bereits keine stationären Betten mehr in 2014
	2022	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	
Nuklearmedizin	2013	5	99	5,5	30%	0,87	• Zu 2014 bereits geschlossen
	2022	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 371

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 371

1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

Schwabing (III/III)



Schwabing

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Physikal. Therapie	2013	30	251	32,5	82%	4,72	• Wird aufgelöst nach Fertigstellung des Neubaus KS und Wegzug der Unfallchirurgie nach KB
	2022	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	
Operative Intensiv./Chirurgie	2013	14	0	n.a.	86%	n.a.	• 1 Bett integriert in operative Notfallversorgung
	2022	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Konservative Intensiv.	2013	29	557	8,2	87%	2,68	• 4 Betten integriert in konservative Notfallversorgung
	2022	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Dermatologie	2013	56	2.529	5,7	70%	0,82	• Übernahme aus Thalkirchner Straße
	2022	72	4.302	5,2	85%	0,79	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 372

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 372



1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

## Übersicht Intensivkapazitäten 2022



Schwabing

Haus / Fachabteilung	Grobkonzept	Feinkonzept	Kommentar
<b>SKM Schwabing Gesamt</b>	<b>43</b>	<b>55</b>	
<b>ITS gesamt</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	▪ Erwachsenen ITS und IMC Bereiche in interdisziplinärer Einheit
Notfallzentrum konservativ (Intensivbetten)	3	4	
Notfallzentrum chirurgisch (Intensivbetten)	2	1	
Kinder Intensiv	6	10	
<b>IMC Gesamt</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	▪ Interdisziplinärer IMC Bedarf im Bereich Erwachsenen-Medizin insbesondere auch für operative Überwachungspatienten
Kinderchir IMC	2	2	
Kinder IMC	2	4	
Erw. IMC		10	
<b>Sonstige High Care Bereiche</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	
Brandverletzte (Kinder)	6	6	
Neonatologie	22	18	

Quelle: BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 384

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 384

Ifd. Nr.	Fachabteilung	Plätze 2014	Berechnungstage 2014	Plätze 2022	Berechnungstage 2022
A	B	C	D	E	F
<b>1</b>	<b>SKM Schwabing</b>	<b>52</b>	<b>20.447</b>	<b>37</b>	<b>12.817</b>
2	Hämatologische Tagesklinik	20	3.522		
3	Nephrologische Tagesklinik	3	157		
4	Teilstationäre Dialyse (KS)*	12	3.422	10	2.747
5	Diabetologische Tagesklinik	7	2.453		
6	Schmerztherapie Tagesklinik	10	3.973		
7	Kinder Onkologie Tagesklinik incl. Kinderchir., Pä	4	3.776	4	2.340
8	Dermatologische Tagesklinik	8	3.144	15	5.895
9	Kinderpsychosomatik Teilstationär			8	1.835

Quelle: StKM

### 3.2.2.2.3 Klinikum Neuperlach

1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

#### Neuperlach (I/III)



#### Neuperlach

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Notfallzentrum/ Aufnahme	2013	14	1.707	1,0	34%	0,41	▪ Anpassung Betten an FZ-Wachstum
	2022	16	1.929	1,0	34%	0,42	
Kardiologie	2013	59	3.036	5,4	77%	1,12	▪ Zusammenlegung der beiden Kardiologien im Süden ▪ Inkl. 8 Betten Chest Pain Unit ▪ Transfer EPU-Labor (digitales Labor) aus KH ▪ Anpassung Kapazitäten durch Wachstum, Reduktion VWD und Erhöhung der Auslastung
	2022	85	4.620	5,7	85%	1,27	
Gefäß- chirurgie	2013	44	972	10,4	63%	2,42	▪ Durch vollzogenen CA-Wechsel wieder Wachstum geplant (FZ und CMI) ▪ Gleichzeitig Anpassung der VWD und starke Erhöhung der Auslastung ▪ Synergie-Effekte mit Diabetes-Zentrum
	2022	38	1.129	9,9	80%	2,38	
Nephrologie	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	▪ Zusammenlegung der Nephrologien aus KH und KS in KN zur Bildung des Diabetes-Zentrums
	2022	38	1.442	7,6	80%	1,28	
Allgemeine Chirurgie	2013	75	2.612	7,9	75%	1,79	▪ Fallzahlwachstum durch Zusammenlegung der Allgemeinchirurgie im Süden ▪ Z.T. Übernahme der Fälle aus KH
	2022	85	3.449	7,2	80%	1,78	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 373

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 373

Medizinkonzept  
 > Städtisches Klinikum München  
**Neuperlach (II/III)**



**Neuperlach**

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Gastro- enterologie	2013	59	3.457	4,9	78%	0,75	▪ Moderates Fallzahlwachstum bei Übernahme von Fällen aus KH
	2022	62	3.963	4,9	85%	0,76	
Hämato. / Onkologie	2013	54	3.104	5,1	80%	0,82	▪ Zusammenlegung der onkologischen Fälle im Süden in KN ▪ KMT Fälle in Zukunft in KB geplant
	2022	62	3.729	5,2	85%	0,89	
Unfall- chirurgie	2013	38	1.766	6,3	81%	1,22	▪ Konsolidierung bei starkem überregionalem Traumazentrum KH
	2022	28	1.373	5,9	80%	1,20	
Endokrino- logie	2013	62	2.364	6,9	72%	0,76	▪ Bildung eines Diabetes-Zentrums in der SKM in KN (Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie und Nephrologie) ▪ Konsolidierung Endokrinologien KS, KB, KN ▪ Trotz Zusammenlegung von 3 Abt. Bettenreduktion durch Anpassung der Auslastung
	2022	46	2.057	6,9	85%	0,80	
Angiologie	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	▪ 'Angiologie' KN in 2013 noch in 'Endokrinologie' KN enthalten
	2022	10	491	6,2	80%	0,83	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen, Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
 Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 374

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 374

Medizinkonzept  
 > Städtisches Klinikum München  
**Übersicht Intensivkapazitäten 2022**



**Neuperlach**

Haus / Fachabteilung	Grobkonzept	Feinkonzept	Kommentar
<b>SKM Neuperlach Gesamt</b>	<b>83</b>	<b>81</b>	
ITS gesamt	43	31	▪ Chest Pain Unit verortet auf der konservativen Intensivstation
Operative Intensivmedizin	18	14	
Intermittierende Intensivmedizin	25*	17	▪ Weniger operative Intensivkapazitäten im Detailkonzept, da traumatischer Schwerpunkt in KH verbleibt
<b>IMC Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	
IMC operativ	24	24	▪ Stärkerer IMC Bedarf für kardiologische Patienten
IMC konservativ	16	18	
<b>Sonstige High Care Bereiche</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	
Chest Pain Unit*	0	8	

\*Chest Pain Unit im Grobkonzept nicht separat ausgewiesen

Quelle: BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 382

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 382

lfd. Nr.	Fachabteilung	Plätze 2014	Berechnungs- tage 2014	Plätze 2022	Berechnungs- tage 2022
A	B	C	D	E	F
1	<b>SKM Neuperlach</b>	50	11.673	57	12.285
2	Geriatrische Tagesklinik	30	6.294	23	4.826
3	Onkologische Tagesklinik	14	2.868	20	4.097
4	Schmerztherapie Tagesklinik	6	2.511	7	2.929
5	Tagesklinik Innere Medizin			4	276
6	Nephrologische Tagesklinik			3	157

Quelle: StKM

### 3.2.2.2.4 Klinikum Harlaching

1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

#### Harlaching (I/IV)



#### Harlaching

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Notfallversorgung internistisch	2013	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufbau lokales internistisches Notfallzentrum</li> <li>Inklusive 4 Betten konservative Intensiv</li> </ul>
	2022	63	3.903	4,4	80%	0,71	
Unfallchirurgie	2013	84	3.093	7,8	79%	1,56	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortführung des überregionalen Traumazentrums</li> <li>Inklusive 7 Betten operative ITS</li> </ul>
	2022	77	3.190	6,6	80%	1,42	
Neurologie	2013	38	2.478	5,0	90%	1,20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moderates Fallzahlwachstum angenommen (Normalbetten und Strokebetten)</li> <li>Fortschreibung in eigenständiger Abteilung (Neuro Frühreha.)</li> </ul>
	2022	43	2.958	4,8	90%	1,28	
Neurologie intensiv	2013	21	408	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 Betten Stroke Unit und 9 Betten allgemeine Neuro-Intensiv</li> <li>Fälle 2022 in Neuro. Frühreha / Neurologie enthalten</li> </ul>
	2022	24	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Physikalische Medizin	2013	In 'Neurologischer Frühreha'					<ul style="list-style-type: none"> <li>s. Neuro. Frühreha</li> </ul>
	2022	In 'Neurologischer Frühreha'					

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: StKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Seite 376

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 376

1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

## Harlaching (II/IV)



### Harlaching

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Neuro. Frühreha	2013	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zusammenlegung mit der Physikalischen Medizin aus KB nach Neubauerstellung</li> <li>Übernahme von 40 Betten (inkl. tracheotomierte Patienten) aus SSHV / Phys Med KB</li> <li>Kooperation mit Neurologie</li> </ul>
	2022	60	814	21,6	80%	5,26	
Pädiatrie	2013	52	3.773	2,7	53%	0,86	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moderates FZ-Wachstum geplant durch Wegfall Haunersche Kinderklinik</li> </ul>
	2022	42	3.888	2,6	65%	0,90	
Neonatalogie	2013	20	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stärkung des neonatologischen Zentrums</li> </ul>
	2022	22	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Geburtshilfe/ Gynäkol.	2013	65	5.625	4,4	104%	0,60	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zunahme der Geburten auf 3.000 geplant</li> <li>Fokus operative Gyn (inkl. Mammazentrum)</li> </ul>
	2022	79	6.071	3,8	80%	0,61	
Psycho- somatik	2013	54	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausbau Erwachsenen Psychosomatik</li> </ul>
	2022	85	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 377

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 377

1 Medizinkonzept

> Städtisches Klinikum München

## Harlaching (III/IV)



### Harlaching

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Palliativ- medizin	2013	10	347	9,0	86%	1,01	<ul style="list-style-type: none"> <li>Übernahme der 8 Palliativbetten aus KS</li> <li>Gleicher Standort im Altbau soll beibehalten werden</li> </ul>
	2022	18	727	7,7	86%	1,00	
Operative Intensiv/ Chirurgie	2013	14	73	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>7 Betten operative Intensivstation in Unfallchirurgie</li> </ul>
	2022	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Konservat. Intensiv.	2013	12	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>In "Notfallversorgung Innere" abgedeckt</li> </ul>
	2022	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Augen- heilkunde (Beleg.)	2013	10	787	3,2	70%	0,52	<ul style="list-style-type: none"> <li>In 2013 keine eigene Abteilung; Derzeit 10 Betten für Belegärzte</li> <li>Einstellung bis Fertigstellung Neubau</li> </ul>
	2022	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	
Wirbelsäule	2013	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neuaufbau der Abteilung als Ergänzung zur Traumatologie</li> </ul>
	2022	14	440	9,2	80%	2,47	

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Seite 378

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 378

1 Medizinkonzept  
 > Städtisches Klinikum München  
**Harlaching (IV/IV)**



**Harlaching**

Abteilung	Jahr	Betten	Fallzahl	VWD	Auslas.	CMI	Kommentar
Alters-traumatologie	2013	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	2022	11	182	17,9	80%	2,03	• Ergänzung des traumatologischen Schwerpunktes
Weaning	2013	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	2022	10	28	n.a.	n.a.	53,8	• Entlastung der Intensivstationen des StKM • Synergieeffekte mit Infrastruktur der Neuro Frühreha

Anmerkung: Nur Bettenführende Abteilungen; Fallzahlen basieren auf DRG Entlassungs-Statistik  
 Quelle: SKM Controlling, BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

■ Hauptabteilung ■ Nebenabteilung

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 379

1 Medizinkonzept  
 > Städtisches Klinikum München  
**Übersicht Intensivkapazitäten 2022**



**Harlaching**

Haus / Fachabteilung	Grobkonzept	Feinkonzept	Kommentar
<b>SKM Harlaching Gesamt</b>	<b>51</b>	<b>77</b>	
ITS gesamt	17	30	• Etablierung Weaningeinheit zur Entlastung der übrigen Intensivbereiche des SKM
Operative Intensivmedizin	3	7	
Notfallzentrum konservativ (Intensivbetten)	2	4	
Intensivstation (Weaning)	0	10	
Neurologische Intensivmedizin	12	9	• Konservative und operative Intensivmedizin in interdisziplinärer Einheit
IMC Gesamt	0	10	
IMC operativ	0	7	• Stärkung der IMC Bereiche insbesondere für operative Überwachungspatienten (Traumatologie, Wirbelsäule)
IMC konservativ	0	3	
<b>Sonstige High Care Bereiche</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	
Stroke Unit	14	15	
Neonatologie	20	22	

Quelle: BCG-Analyse, Lohfert & Lohfert

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 381

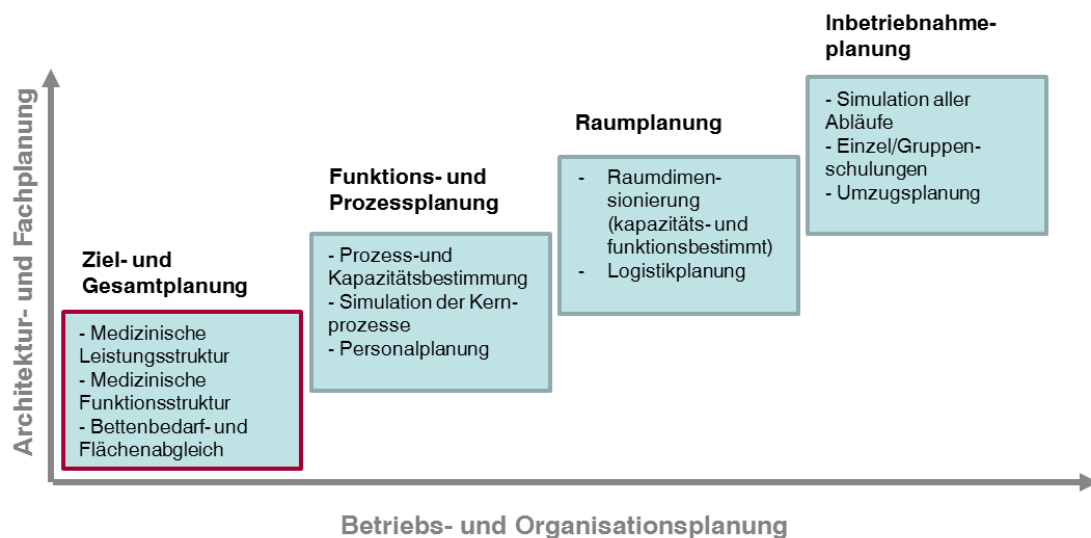
lfd. Nr.	Fachabteilung	Plätze 2014	Berechnungs- tage 2014	Plätze 2022	Berechnungs- tage 2022
A	B	C	D	E	F
<b>1</b>	<b>SKM Harlaching</b>	<b>66</b>	<b>19.236</b>	<b>85</b>	<b>18.371</b>
2	Tagesklinik Innere Medizin	2	138		
3	Teilstationäre Dialyse (KH)*	16	5.167	19	5.900
4	Onkologische Tagesklinik incl. Uro., Gyn., Päd.	9	2.965		
5	Schmerztherapie Tagesklinik	8	3.132		
6	Neurologische Tagesklinik	6	1.835	8	2.446
7	Kinderpsychosomatik Teilstationär	8	1.725		
8	Psychosomatik Teilstationär	17	4.274	19	4.777
9	Geriatrische Tagesklinik			9	1.888
10	Neuropsych Tagesklinik (SSHV)			30	3.361

Quelle: StKM

### 3.2.3 Konsolidierungsplanung (Migrationspläne)

Die Konzeption und stufenweise Planung des neuen medizinischen Konzepts der StKM basieren auf dem gängigen und auch in der Abfolge alternativlosen Planungsmodus. Dieser Modus ist unabhängig von den ausführenden Personen oder Unternehmen. Er basiert auf der logischen Abfolge aufeinander aufbauender Planungsschritte.

In der folgenden Grafik sind diese Schritte dargestellt.



Quelle: StKM

Das Medizinkonzept, welches in dieser Beschlussvorlage zur Entscheidung steht, umfasst die Komponenten der Ziel- und Gesamtplanung. Auch die Ziel- und Gesamtplanung wird durch das Medizinkonzept noch nicht vollständig erfüllt, weil bezogen auf die Kapazitäten zwar der Bettenbedarf nachgewiesen wird aber die Überführung des Bettenbedarfs in den daraus resultierenden Flächenbedarf noch nicht vollständig erfolgt ist. Ursache dafür ist, dass die Betriebsorganisationsplanung, die den Flächenbedarf letztendlich formuliert, für die Standorte des Klinikums Nord aktuell in Bearbeitung ist und für die Standorte des Klinikums Süd noch nicht begonnen wurde.

Die hier vorliegenden Migrationspläne definieren also nur die Zeitpunkte zu denen Fachabteilungskonsolidierungen, Fachabteilungsüberführungen und



Fachabteilungsschließungen stattfinden werden. Die Zeitpunkte haben ihren Ursprung in der aktuellen Fassung der Bauplanung der StKM.

Aufgrund dieser nicht anders zu gestaltenden Planungssystematik und dem derzeitigen Stand der Betriebsorganisationsplanung können zu Details der Fachabteilungsmigration in dieser Beschlussvorlage keine weiteren Details dargestellt werden.

In der Abfolge ist auch ein beschlossenes Medizinkonzept unabdingbar für die Weiterführung der Planungsschritte.

Um andererseits die wichtige Komponente der aus dem Konzept entstehenden Personalvorhaltungen und den daraus entstehenden Kosten quantifizieren zu können, wurde die Personalplanung in der im dortigen Kapitel beschriebenen Form durchgeführt. Diese kann, wenn sie im Rahmen der Funktions- und Prozessplanung prozessbasiert erarbeitet wird, leichte Veränderungen erfahren. Dies tangiert in der Regel nicht die Zahl der für die Leistungserbringung notwendigen Vollkräfte, sondern spezifiziert nur die Allokation der Arbeitskraft.

Dementsprechend werden die Spezifika der Migration sowohl aus baulicher Sicht als auch aus Inbetriebnahme-Sicht erst dann erfolgen können, wenn die Betriebsorganisatorischen Komponenten, die die Basis dafür bilden, zur Verfügung stehen.

Im Folgenden sind für die vier Standorte die aktuellen Migrationspläne dargestellt. Für den Standort Thalkirchener Straße wird auf eine solche Darstellung verzichtet. Einziger dort relevanter Punkt wäre die Verlagerung der Dermatologie aus der Thalkirchener Straße an den Standort Schwabing.

Die Erläuterungen zu den Kliniken und Zeitpunkten ergeben sich aus den Darlegungen zum Medizinkonzept.

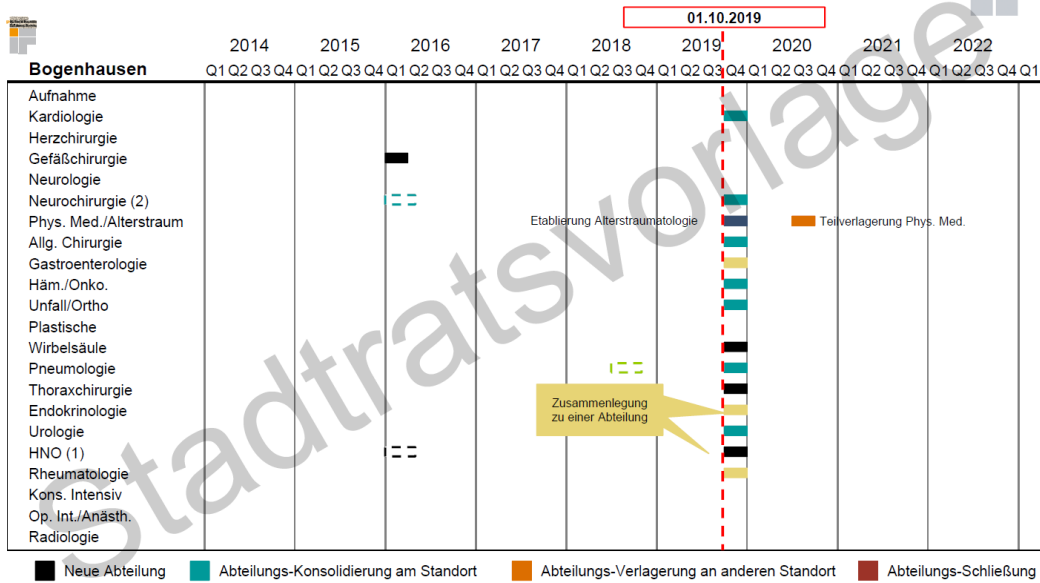
Die Detaillierung des Medizinkonzeptes aus dem Sanierungsgutachten identifiziert für die zukünftige Ausrichtung der StKM einige Veränderungen, die der Verbesserung der Patientenversorgung sowie der wirtschaftlichen Situation der StKM dienen. Diese Detaillierung hat ebenfalls Auswirkungen auf den ursprünglichen Umzugs- bzw. Migrationsplan der Fachabteilungen bis zum Jahr 2022.

Unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Stands der Bau- und Sanierungsplanung wird nachstehend der aktuelle Migrationsplan der vier Standorte Bogenhausen, Schwabing, Harlaching und Neuperlach dargestellt. Sollten sich bauliche oder planerische Verzögerungen ergeben, so kann dies unmittelbare Auswirkungen auf den Migrationsplan haben, so dass die abgebildete Zeitschiene entsprechend angepasst werden muss.

### Klinikum Bogenhausen:

> Städtisches Klinikum München

#### Zeitplan je Standort: Klinikum Bogenhausen (Stand: 16.06.2015)



Anmerkung: Vereinfachte Darstellung, daher Bes. Einrichtung nach §17 größtenteils nicht aufgeführt; Keine reinen Belegärzte aufgeführt; Expertise innerhalb einer Abteilung nicht getrennt aufgeführt  
 1) Überführung der HNO von Schwabing nach Bogenhausen je nach kapazitiven Möglichkeiten in Bogenhausen (evtl. bereits in 2016)  
 2) Fusion der Neurochirurgie Schwabing / Bogenhausen je nach kapazitiven Möglichkeiten in Bogenhausen auch früher (evtl. bereits in 2016)  
 Quelle: Lohfert & Lohfert

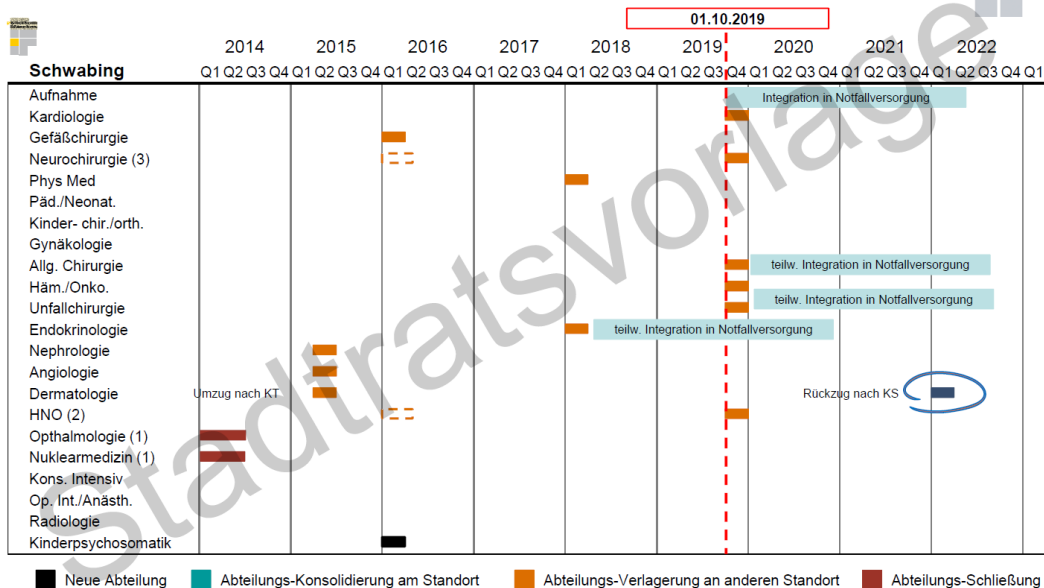
Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 25

Im Vergleich zum Sanierungsgutachten wird der Standort Bogenhausen zukünftig um eine Alterstraumatologie ergänzt.

## Klinikum Schwabing

> Städtisches Klinikum München

### Zeitplan je Standort: Klinikum Schwabing (Stand: 16.06.2015)



Anmerkung: Vereinfachte Darstellung, daher Bes. Einrichtung nach §17 größtenteils nicht aufgeführt; Keine reinen Belegärzte aufgeführt; Expertise innerhalb einer Abteilung nicht getrennt aufgeführt  
 1) Bereits Schließung zu Ende 2013  
 2) Überführung der HNO von Schwabing nach Bogenhausen je nach kapazitiven Möglichkeiten in Bogenhausen (evtl. bereits in 2016)  
 3) Fusion der Neurochirurgie Schwabing / Bogenhausen je nach kapazitiven Möglichkeiten in Bogenhausen auch früher (evtl. bereits in 2016)  
 Quelle: Lohfert & Lohfert

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 26

Im Vergleich zum Sanierungsgutachten wird der Standort Schwabing zukünftig um die Kinderpsychosomatik und die Dermatologie ergänzt.

Die Nephrologie ist bereits an den Standort Harlaching verlegt worden, um im Jahr 2020 in die Nephrologie am Standort Neuperlach integriert zu werden. Der erste Umzug der Dermatologie aus Schwabing in die Thalkirchner Straße ist ebenfalls bereits erfolgt.

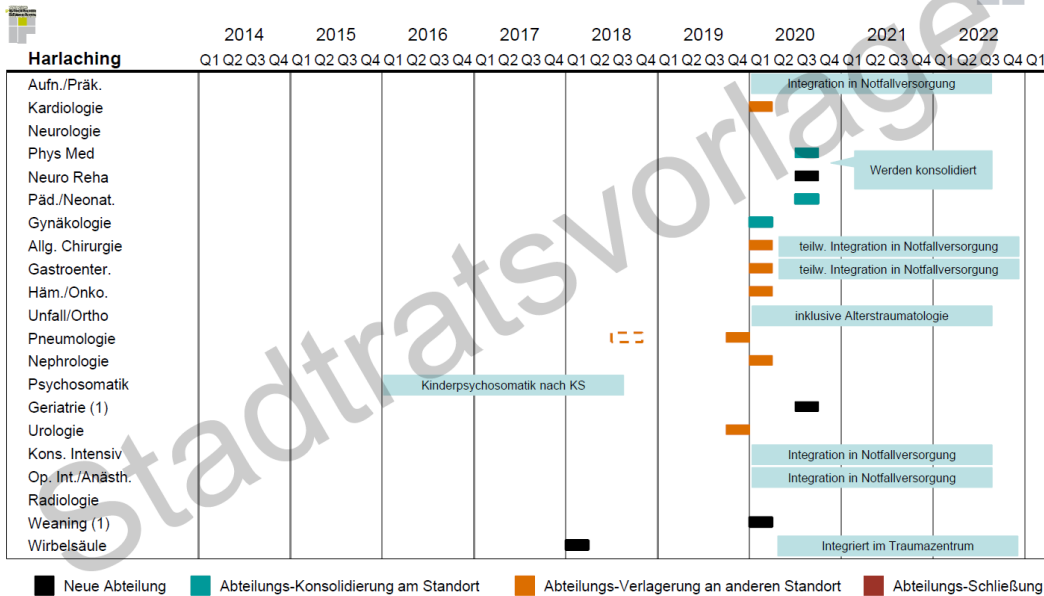
Für den Standort Thalkirchner Straße gibt es die Besonderheit, dass die Dermatologie aus dem Klinikum Schwabing zunächst in die Thalkirchner Straße

bereits umgezogen ist, um anschließend im Jahr 2022 mit der bereits in der Thalkirchner Straße bestehenden Dermatologie wieder am Standort Schwabing ansässig zu sein.

### Klinikum Harlaching

> Städtisches Klinikum München

#### Zeitplan je Standort: Klinikum Harlaching (Stand: 16.06.2015)



Anmerkung: Vereinfachte Darstellung, daher Bes. Einrichtung nach §17 größtenteils nicht aufgeführt; Keine reinen Belegärzte aufgeführt; Expertise innerhalb einer Abteilung nicht getrennt aufgeführt (1) Keine eigenständigen Fachabteilungen  
 Quelle: Lohfert & Lohfert

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 28

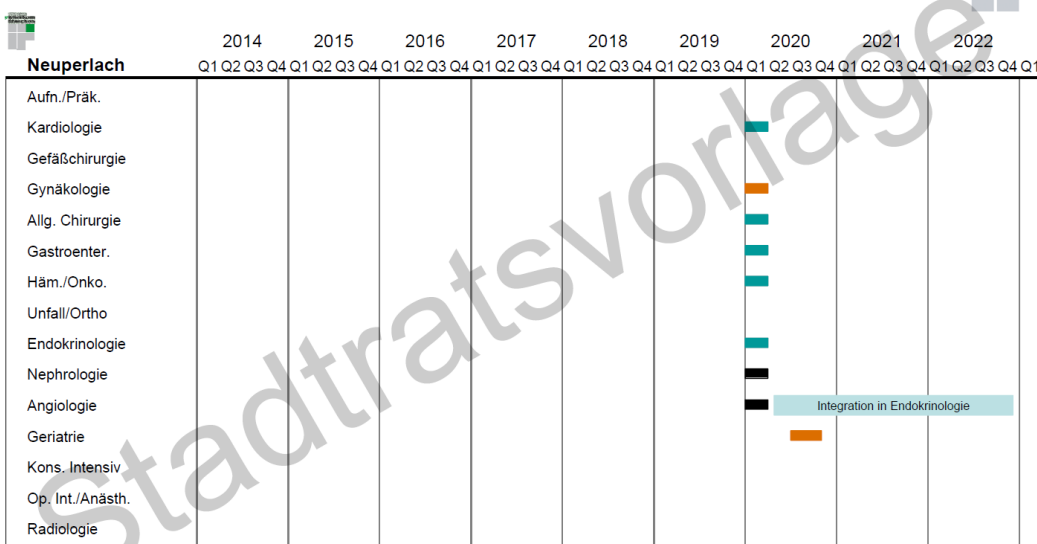
Im Vergleich zum Sanierungsgutachten wird der Standort Harlaching zukünftig um eine Abteilung für Wirbelsäule (Jahr 2018) und die Einrichtung einer Weaning-Einheit (Jahr 2020) komplettiert.

Darüber hinaus wird am Standort Harlaching das Notfallzentrum / überregionale Traumazentrum inklusive des angegliederten Stützpunktes des Rettungshubschraubers erhalten.

### Klinikum Neuperlach

> Städtisches Klinikum München

#### Zeitplan je Standort: Klinikum Neuperlach (Stand: 16.06.2015)



Neue Abteilung 
  Abteilungs-Konsolidierung am Standort 
  Abteilungs-Verlagerung an anderen Standort 
  Abteilungs-Schließung

Anmerkung: Vereinfachte Darstellung, daher Bes. Einrichtung nach §17 größtenteils nicht aufgeführt; Keine reinen Belegärzte aufgeführt; Expertise innerhalb einer Abteilung nicht getrennt aufgeführt  
 Quelle: Lohfert & Lohfert

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 27

Im Vergleich zum Sanierungsgutachten wird der Standort Neuperlach zukünftig weiterhin eine Fachabteilung für Unfallchirurgie und Orthopädie besitzen. Diese Abteilung wird disziplinarisch aus dem Standort Harlaching verantwortet.

Die Besonderheit der Dermatologie wurde bereits beschrieben.

### **3.2.4 Personalproduktivität in den klinischen Bereichen**

#### **Ausgangssituation**

Die Personalkosten, im Speziellen die Personalkosten für die patientennahen medizinischen und pflegerischen Leistungserbringer, sind im Krankenhaus die mit Abstand größte Einzelkostenkomponente.

Im durchschnittlichen deutschen Krankenhaus liegen die gesamten Personalkosten insgesamt bei etwas über 60 %. Diese Quote variiert sehr stark entsprechend des Leistungsspektrums, der Größe des Krankenhauses, der Struktur der Fachabteilungen, der Personalstruktur und der damit verbundenen Vergütungsstruktur und letztendlich natürlich auch anhand der Prozesseffizienz.

Somit finden sich bei Veränderungen des Betriebsergebnisses sehr häufig die Ursachen in Veränderungen eben dieser Personalkostenquote, die wiederum durch Kostensteigerungen oder aber auch durch nicht adäquat steigende Umsatzerlöse bedingt sein können. Die Umsatzerlöse kommen zum überwiegenden Teil (rund 80 %) aus den pauschalierten Entgelten für die stationären Patienten.

Bei einer retrograden Analyse der langfristigen Veränderungen in den Personalkosten und in den korrespondierenden Erlösanteilen lässt sich eine Divergenz feststellen. Diese Divergenz entsteht durch die Kostensteigerungen im Personal, die durch tarifliche Veränderungen in den letzten Jahren ausgelöst worden sind, und andererseits nicht proportional gestiegenen Erlösen für das Personal aus den Entgeltpauschalen für den stationären Bereich und die sonstigen Erlösfaktoren.

Zeichnet man diese Divergenz in die Zukunft, entsteht die Darstellung der sogenannten Kosten-Erlös-Schere, zu deren Kompensation ein Optimierungspfad errechnet und dargestellt werden kann. Beides findet sich in der nun folgenden Abbildung.

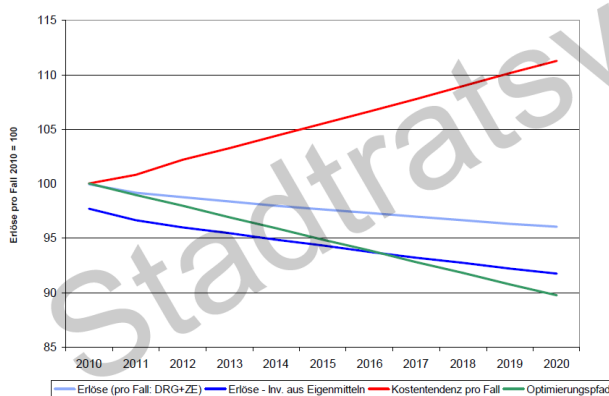
Personalproduktivität klinische Bereiche

&gt; Städtisches Klinikum München



## Bedeutung der Personalkosten im Krankenhaus

- **Ausgehend von einer Zunahme der Diskrepanz zwischen Kosten und Erlösen im stationären Sektor (Kosten-Erlösschere) wird die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses ganz wesentlich durch eine aktive und gezielte erlös- und leistungsorientierte Personalsteuerung beeinflusst.**



- Die Kosten pro Fall werden in den kommenden Jahren kontinuierlich steigen
- Parallel ist weiterhin mit einer Reduzierung der Erlöse zu rechnen
- Der entstehende „Gap“ muss durch unterschiedliche Maßnahmen (Optimierungspfad) geschlossen werden
- Fokus auf Personalkostenoptimierung

Quelle: Lohfert und Lohfert AG

Seite 48

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 48

Die ökonomischen Auswirkungen gerade dieser Divergenz haben in den vergangenen Jahren als maßgeblicher Faktor die wirtschaftlichen Schwierigkeiten im deutschen Krankenhauswesen ausgelöst.

Auch für die StKM sind die Auswirkungen dieses Zusammenhangs in dem derzeitigen operativen Ergebnis klar erkennbar. Da eine Einflussnahme auf die grundsätzliche Gehaltsstruktur unter den Gesichtspunkten der Tarifverträge und auch der Attraktivität als Arbeitgeber grundsätzlich schwierig ist, muss diese Finanzierungslücke in erster Linie durch eine Steigerung der Prozesseffizienz geschlossen werden.

Auch bei konsequenter Umsetzung aller dazu denkbaren Maßnahmen ist in verschiedenen Krankenhäusern bei gegebener Leistungsstruktur und bei gegebenem Portfolio ein Schließen dieser Deckungslücke unmöglich. Die dann dafür verantwortlichen Hinderungsgründe beziehen sich häufig auf die Abteilungsstruktur, das Leistungsportfolio und die Personalstruktur des betreffenden Hauses.

Unter den hier genannten Gesichtspunkten und in der Kenntnis, dass ein Schließen der Finanzierungslücke im Personal auch in der StKM alleinig durch eine Steigerung der Prozesseffizienz nicht zu erreichen sein würde, wurde bei der Erarbeitung des Grobkonzepts des Jahres 2014 sehr schnell klar, dass die Leistungsstruktur der StKM ein Hauptgrund für die nicht erreichbare Kostendeckung im Personalsektor ist.

Im Einzelnen waren die zum Teil sehr kleinen Abteilungsgrößen mit einem unausgewogenen Leistungsprofil dafür ausschlaggebend. Andererseits stand diesen Strukturmerkmalen aber gerade im Bereich des ärztlichen Dienstes (ÄD) eine, bezogen auf das Qualifizierungsniveau, überdurchschnittlich hochwertige Personalausstattung gegenüber. Grundsätzlich ist ein hohes Qualifizierungsniveau ein Ziel der StKM. Das Qualifikationsniveau muss aber an die Arbeitsaufgaben in den jeweiligen Bereichen abgestuft angepasst sein. Passiert dies nicht, löst das hohe Qualifikationsniveau und die daraus resultierenden höheren Gehältern Deckungslücken aus, denen bezogen auf die Qualität der Patientenversorgung kein Mehrwert gegenübergestellt werden kann.

Gerade die Faktoren Leistungsstruktur und Leistungsorganisation wurden dann in der weiteren Bearbeitung des Sanierungskonzepts zu entscheidenden Faktoren für die Neustrukturierung des Leistungsangebots der StKM, welches sich letztendlich im vorliegenden Medizinkonzept wiederfindet.

Der Zusammenhang zwischen Leistungsstruktur und Personaldeckung ist für die Bewertung des vorliegenden Personalkonzepts von extremer Bedeutung. Stellt man ohne diese Bewertung eine Korrelation zwischen der generellen Leistungsveränderung (bewertet anhand der Anzahl der stationären Fälle und den daraus entstehenden Casemix-Punkten) und der Veränderung in der Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im medizinischen Bereich her, ergebe sich eine Disproportion zuungunsten der Personalausstattung. Bei vordergründiger Betrachtung ließe dies den Schluss zu, dass bei kleinerer Absenkung der Leistungskennzahlen eine überproportionale Absenkung der Mitarbeiteranzahl dadurch erreicht werden sollte, dass eine Beschleunigung der Arbeitsprozesse durchgeführt wird. Dieser Zusammenhang wäre in den adressierten Größenordnungen unerreichbar und würde zum Zusammenbrechen der Arbeitsabläufe (Funktionsfähigkeit) und zu einem Absinken der Behandlungsqualität der Patienten führen.

Vielmehr ist es aber so, dass sich durch die grundsätzliche Neustrukturierung des Leistungsportfolios und der Leistungsstruktur viele positive Effekte für die Prozesseffizienz ergeben und gerade auch die Vorhaltekosten für die im Rahmen des Versorgungsauftrags geforderte Leistungsbereitschaft deutlich effizienter gestaltet werden können.



Diese Einflüsse führen dazu, dass der Personalabbau auch in den medizinischen Dienstarten nicht zu einer unrealistischen Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen wird und dass im Sinne eines ausgewogeneren Leistungsprofils die Qualität der Versorgung steigen wird.

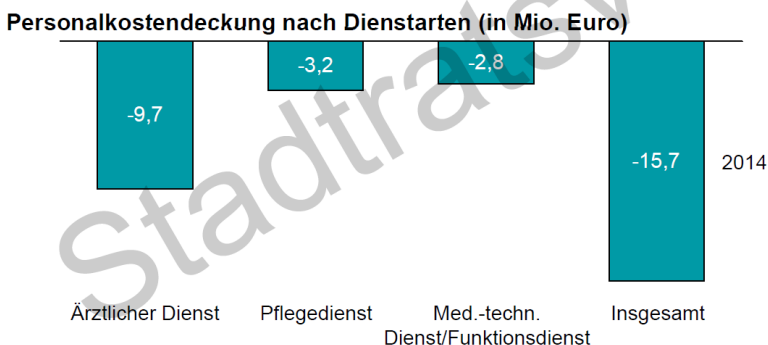
Bei der Analyse der aktuellen Situation zu den Personalaufwendungen und den erreichten Kostendeckungen (Entgeltanteile für die jeweilige Dienstart aus allen Erlösen der StKM im Vergleich zu den Gesamtpersonalkosten in der jeweiligen Dienstart) fallen relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Dienstarten und den einzelnen Standorten auf, die im Detailkonzept detailliert aufgezeigt werden. Zusammenfassend wird darin festgestellt, dass neben den Struktureffekten natürlich auch Prozessineffizienzen in einzelnen Bereichen diese Unterdeckung mit auslösen.

Personalproduktivität klinische Bereiche  
 > Städtisches Klinikum München



### Ausgangssituation

- Das Personal der StKM ist mit über 15 Mio. Euro im Jahr 2014 nicht refinanziert<sup>1</sup>
- Die Unterdeckung gliedert sich in
  - - 9,7 Mio. Euro im Ärztlichen Dienst
  - - 3,2 Mio. Euro im Pflegedienst
  - - 2,8 Mio. Euro im Funktionsdienst/medizinisch-technischen Dienst



1. Gegenüber DRG Erlösen (InEK) und Nicht-DRG Erlösen  
 Quelle: StKM - Fachabteilungsbezogene Wirtschaftlichkeitsrechnung Gesamtjahr 2014; Lohfert und Lohfert AG

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 49

Da momentan nur rund ein Drittel der Abteilungen eine insgesamt positive Personaldeckung aufweist, ist deutlich erkennbar, dass auch nach der

Restrukturierung der Leistungsstruktur weitere Schritte zur Erhöhung der Prozesseffizienz durchgeführt werden müssen.

Im Konzept finden sich die Übersichten über die Deckungen in den medizinischen Personalkostenarten der einzelnen Standorte der StKM. Der derzeitige Standort der Dermatologie in der Thalkirchener Straße wird dabei nicht separat betrachtet, weil er im Medizinkonzept für das Jahr 2022 nach dem Umzug der Dermatologie nach Schwabing nicht mehr vorgesehen ist.

### **Zielsetzung**

Aufbauend auf dem für die StKM erarbeiteten Medizinkonzept wurde durch die Lohfert & Lohfert AG in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen und pflegerischen Führungskräften in den Klinika (Chefärztinnen und Chefarzte, pflegerische Bereichsleitungen), der Geschäftsführung und den Klinikleitungen sowie dem Personalcontrolling unter Einbezug des Betriebsrates ein Personalkonzept erstellt. Das Personalkonzept beschreibt die für die medizinische Zielkonzeption im Jahr 2022 in den patientennahen Diensten Ärztlicher Dienst (DA01 - AD), Pflegedienst (DA02 - PD), Med.-techn. Dienst (DA03 - MTD) und Funktionsdienst (DA04 - FD) erforderlichen Personalkapazitäten an den Klinikstandorten Bogenhausen, Harlaching, Neuperlach und Schwabing sowie die Entwicklung der Personalkapazitäten im Zeitverlauf von heute bis 2022, hier auch für den Standort in der Thalkirchener Straße.

Die an anderer Stelle vorgestellten Prämissen für die Erarbeitung des Medizinkonzeptes haben auch für das Personalkonzept Gültigkeit. Dies gilt insofern durchgängig, als der Versorgungsauftrag und die Grundlagen für eine hohe Versorgungsqualität feststehende Säulen dieses Konzeptes sind, die auch bei ökonomischer Nachteiligkeit (hierbei nicht erreichbarer Kostendeckung für das Medizinische Personal) nicht verändert werden durften.

Bei der Überarbeitung des Grobkonzepts wurden auch bei der medizinischen Leistungsstruktur Veränderungen vorgenommen, die zu einem insgesamt günstigerem ökonomischen Ergebnis führen sollen. Insofern erfolgte diese Bewertung auch gerade an der für die Leistungsstruktur notwendigen Personalausstattung und die erzielbare Kostendeckung in diesem Bereich.

### **Methodisches Vorgehen**

Das methodische Vorgehen für die Erstellung des Personalkonzepts auf Basis des Medizinkonzepts für den Zielzustand des Jahres 2022 der StKM basiert auf einem

mehrstufigen, integrativen Ansatz der Lohfert & Lohfert AG unter Einbindung der relevanten Anspruchsgruppen:

- Ärztliche und pflegerische Leistungserbringer
- Geschäftsführung und Klinikleitungen
- Betriebsräte

Die Grundlage bildet eine arbeitsplatzbezogene, „bottom-up“ geplante Personalbemessung unter Berücksichtigung der für den ÄD, PD und MTD/FD zur Verfügung stehenden Personalerlöse im Jahr 2022. Im Wesentlichen umfasst das methodische Vorgehen vier aufeinander aufbauende Schritte, die als iterativer Prozess zu verstehen sind. Nachstehend erfolgt eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Planungspunkte.

Im **ersten Schritt** erfolgte eine tiefgreifende Analyse der IST-Situation (Basisjahr 2013 bzw. 2014). Dies umfasste die aktuelle StKM-interne, InEK-orientierte Kosten-Erlösrechnung (FaWi: Fachabteilungsbezogene Wirtschaftlichkeitsrechnung), die Personalsituation für die relevanten Bereiche (Vollkräftewerte, Personalkosten, Qualifikationsstruktur im ÄD und Personal nach Einsatzort) sowie den Vergleich mit Benchmarkdaten der Lohfert & Lohfert AG. Die notwendige Datengrundlage wurde von Seiten des Personalcontrollings und des Finanzcontrollings der StKM zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurde anhand des Medizinkonzepts die Leistungssituation für das Jahr 2022 je Fachabteilung prognostiziert.

Im **zweiten Schritt** erfolgte die erste Gesprächsrunde mit den ärztlichen Leistungserbringern jeder einzelnen Fachabteilung der StKM sowie bereichsübergreifende Runden mit dem Pflegepersonal. An diesen Gesprächen nahmen neben dem Personalcontrolling der StKM auch die örtlichen Betriebsräte teil. Die einzelnen Gespräche dauern in der Regel rund 60 Minuten. Gegenstand dieser Termine waren die Diskussion der aktuellen und zukünftigen Leistungssituation, der aktuellen, fachabteilungsspezifische Deckungsbeitrag der StKM-FaWi sowie die Personal-Ist-Situation und die derzeitigen Einsatzorte des Personals. Ziel der Gespräche war es, ein vertieftes Verständnis über die individuellen Besonderheiten und die teilweise komplexen Leistungsbeziehungen zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Fachabteilungen und Berufsgruppen zu erhalten.

Die Gespräche wurden halb standardisiert durchgeführt, in dem zunächst die Leistungssituation des Jahres 2013 besprochen wurde (1), um anschließend nach Erklärung der Einflussfaktoren des Leistungsprognosemodells die berechneten Leistungskennzahlen (Fallzahl, Verweildauer, Casemix-Punkte, Casemix-Index und Betten) im Jahr 2022 zu diskutieren (2). Als Drittes wurde gemeinsam die StKM interne Deckungsbeitragsrechnung analysiert, damit die einzelnen Leistungserbringer

die ökonomischen Faktoren für die Formulierung eines realistischen Personalbedarfs in 2022 besser nachvollziehen konnten (3). In (4) und (5) ging es um die Klärung der aktuellen Personalausstattung nach Qualifikationsniveau und nach Einsatzort der abteilungsinternen Vollzeitkräfte. Die Gespräche erfolgten überwiegend interaktiv und äußerst konstruktiv. Zum Abschluss der Gespräche erhielten die Leistungserbringer die „Hausaufgabe“, ein eigenes Personalkonzept für das Jahr 2022 auf Basis der prognostizierten Leistungsentwicklung und unter Beachtung des Deckungsbeitrages zu entwickeln (6), (7) und an die Projektgruppe zu übermitteln.

Im **dritten Schritt** wurde der von den einzelnen Fachabteilungen zurückgemeldete Personalbedarf für das Jahr 2022 mit den intern entwickelten Vollzeitkräfte-Anzahlen verglichen. Die aus der InEK-Systematik abgeleiteten DRG-Erlöse wurden um nicht-DRG-Erlöse (ambulante Erlöse, Nutzungsentgelte etc.) ergänzt. Dieses Personalbudget je Standort und Fachabteilung, ergänzt um fachabteilungsspezifische Besonderheiten, bildeten die Grundlage für die Berechnung und stellten die Basis für die zweite Gesprächsrunde mit den Leistungserbringern dar.

Im **vierten Schritt** wurden die zweiten Gesprächsrunden mit den Leistungserbringern durchgeführt. Die Gespräche dauerten ebenfalls durchschnittlich 60 Minuten. Der Teilnehmerkreis entsprach dem der ersten Gespräche. Das Ziel des zweiten Gesprächs war es, einen Konsens über die für das Jahr 2022 aus fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten abzuleitende Soll-Personalausstattung zu erzielen. Hierzu wurden zunächst gemeinsam die gegenseitigen Vorstellungen des Personalbedarfs 2022 erklärt. Sofern es eine Diskrepanz zwischen beiden Vollzeitkräfte-Werten gab, wurde analysiert, woher dieser Unterschied resultierte und welche Berechnungsmethode dem Ergebnis zugrunde lagen. In der überwiegenden Anzahl an Gesprächen erfolgte eine Einigung über die Personalausstattung der jeweiligen Fachabteilung im Zieljahr 2022.

## **Ergebnisse**

Der Ergebnisteil beinhaltet die Personalentwicklung für die medizinischen Fachabteilungen der fünf Standorte Klinikum Bogenhausen, Klinikum Schwabing, Klinikum Harlaching und Klinikum Neuperlach sowie die Klinik Thalkirchner Straße bis zum Jahr 2022. Die dargestellte Anzahl an Vollzeitkräften je Dienstart entspricht dabei dem für die Patientenversorgung benötigten und angemessenen Bedarf und ist primär aus dem Leistungsgeschehen des Jahres 2022 bzw. der Leistungsentwicklung bis zum Jahr 2022 abgeleitet. Aufgrund personalrechtlicher Maßnahmen sowie weiterer Spezifika kann es zu einer Differenz zwischen diesen Werten (leistungsadjustierte Soll-Vollzeitkräften) und den Vollzeitkraft-Werten der Unternehmensplanung kommen. Zudem beinhaltet dieser Abschnitt keine separate

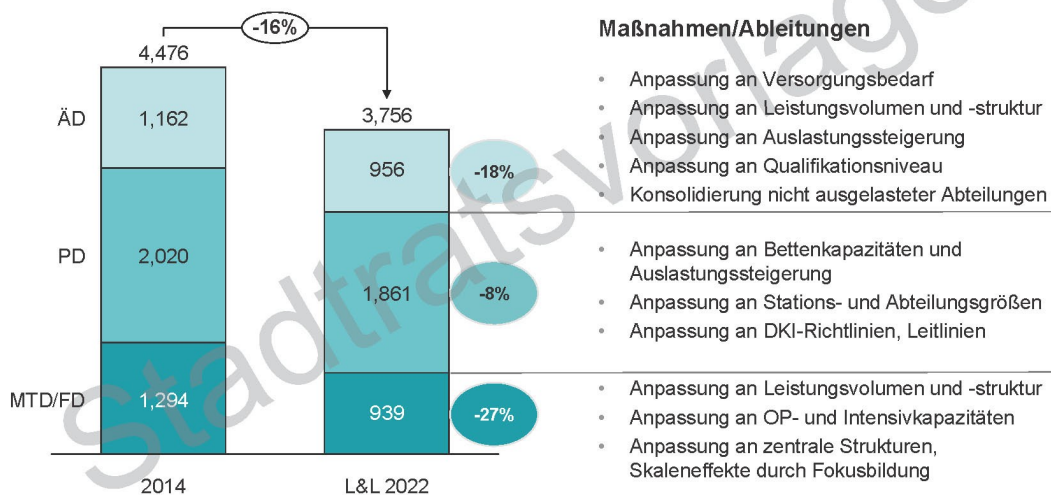
Analyse der Leiharbeitskräfte. Diese Kosten sind in der Unternehmensplanung in Vollzeitäquivalente überführt worden. Damit weicht die Kalkulation der Unternehmensplanung an diesem Punkt von der reinen Betrachtung einer bedarfsgerechten, leistungsorientierten Personalbemessung ab.

Die Gesprächsrunden und Berechnungen identifizierten für das Leistungsspektrum 2022 einen Personalbedarf von 3.756 Vollzeitkräften. In die betrachteten Dienstarten unterteilt ergeben sich für den ÄD 956 Vollzeitkräfte, für den PD 1.861 Vollzeitkräfte und für den MTD 939 Vollzeitkräfte. Im Vergleich zum Ausgangsjahr 2014 wird versorgungsbedarfsbedingt 16 % weniger Personal benötigt.

Personalproduktivität klinische Bereiche  
> Städtisches Klinikum München



### Ergebnisse – Personalentwicklung med. Bereich<sup>1</sup> (in VK)



1. Medizinische Fachabteilungen, ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie etc.; Die VK-Werte enthalten keine Leiharbeitskräfte; VK-Werte sind Jahresmittelwerte.  
Quelle: Lohfert & Lohfert AG

Seite 62

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 62

Der geringere Personalbedarf im ÄD resultiert aus Anpassungen in den Bereichen Versorgungsbedarf, Leistungsvolumen und -struktur, Auslastungssteigerungen, Qualifikationsniveau sowie Konsolidierung nicht ausgelasteter Fachabteilungen bzw. Standorte.

Im PD fällt der zukünftig geringere Personalbedarf im Vergleich zu den weiteren Dienstgruppen unterproportional aus. Die Personalentwicklung basiert auf Anpassungen an die zukünftigen Bettenkapazitäten, Stations- und Abteilungsgrößen sowie eine Auslastungssteigerung. Zudem wurde bei der Berechnung des Pflegepersonals auf der Normalstation die StKM-interne Kalkulation von durchschnittlich 15,5 Vollzeitkräfte auf 17,5 Vollzeitkräfte erhöht, um aktuellen Entwicklungen (Überlastung der Pflege, Pflegemangel) entgegenzuwirken.

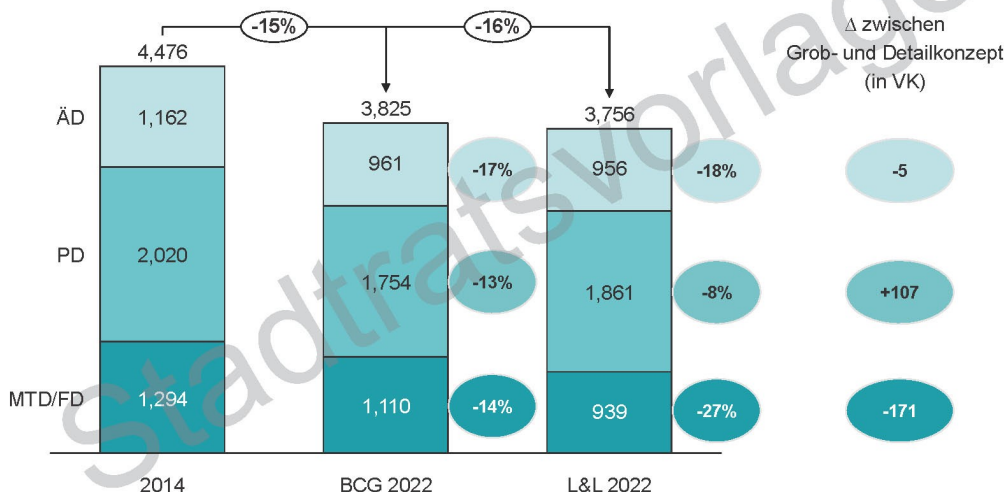
Der deutlich geringere Bedarf in den Dienstarten MTD/FD sind auf zwei wesentliche Aspekte zurückzuführen. Erstens erfolgte eine Anpassung des Personalbedarfs an den tatsächlich (zukünftigen) Bedarf, der durch ein verändertes Leistungsvolumen und -struktur, geringere OP- und Intensivkapazitäten und Produktivitätssteigerungen durch Zentralisierung von Funktionsbereichen bedingt ist. Zweitens besteht für das Jahr 2014 eine Zuordnungsproblematik zwischen PD und MTD/FD, sodass eine strikte Trennung zwischen den Dienstarten bestimmte Verzerrungen bedingt. Bei einer „bottom-up“-Planung, wie sie für das Jahr 2022 durchgeführt wurde, wird diese Zuordnungsproblematik umgangen. Bei der aggregierten Analyse dieser drei Dienstgruppen sinkt die Vollzeitkräfte-Anzahl von 3.269 im Jahr 2014 auf einen Personalbedarf von 2.800 im Jahr 2022. Dies entspricht einem Rückgang von -14 %, der im Vergleich zum ÄD (-18 %) geringer ausfällt.

Der Vergleich des Personalbedarfs für das Jahr 2022 zwischen dem Detailkonzept und dem Grobkonzept aus dem Jahr 2014 zeigt, dass beide Planungen eine annähernd identische Vollzeitkräfte-Anzahl ausweisen. Das Grobkonzept berechnete 3.825 Vollzeitkräfte, im Detailkonzept wurden 3.756 Vollzeitkräfte ausgewiesen (Abbildung 14). Eine Abweichung zwischen beiden Planungskonzepten für das Zieljahr 2014 von einem Prozentpunkt.

Personalproduktivität klinische Bereiche  
 > Städtisches Klinikum München



**Ergebnisse – Personalentwicklung med. Bereich<sup>1</sup> (in VK)**  
**Vergleich zum Grobkonzept**



1. Medizinische Fachabteilungen, ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie etc.; Die VK-Werte enthalten keine Leiharbeitskräfte; VK-Werte sind Jahresmittelwerte.  
 Quelle: BCG; Lohfert & Lohfert AG

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 63

Die Detaillierung des Medizinkonzeptes und die daraus resultierenden Änderungen wurden bei der Erstellung des Personalkonzeptes berücksichtigt. Die im Kapitel Medizinkonzept beschriebenen Veränderungen im Vergleich zum Grobkonzept erklären den zum Teil abweichenden zukünftigen Personalbedarf. Für den ÄD berechnen beide Konzepte eine sehr ähnliche Vollzeitkräfte-Anzahl, die lediglich um fünf Vollzeitkräfte auseinanderliegt. Der im Detailkonzept deutlich höhere Bedarf im PD ergibt sich einerseits aus der vorgeschriebenen Zuordnungssystematik zwischen PD und MTD/FD und andererseits aus Veränderungen der Bettenkapazität, insbesondere in den Bereichen der Intensiv- und IMC-Betten. Zudem wird mit einem steigenden Pflegeaufwand gerechnet, resultierend aus einem höheren Casemix-Index durch zunehmend ältere und mehrfacherkrankte Patientinnen und Patienten und einer anderen Leistungsstruktur. Darüber hinaus wurde bei der Berechnung des Pflegepersonals auf der Normalstation der StKM-interne Kalkulationsansatz bzw. Bemessungsgrundlage von durchschnittlich 15,5 Vollzeitkräfte auf 17,5 Vollzeitkräfte erhöht.

## Ergebnisse – Personalentwicklung med. Bereich<sup>1</sup> (in VK) Vergleich zum Grobkonzept

	$\Delta$ zwischen Grob- und Detailkonzept (in VK)	Begründung
<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Detaillierung des Medizin-konzepts und die resultierenden Änderungen besitzen einen Einfluss auf den zukünftigen Personalbedarf</li> </ul>	-5	<b>ÄD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fast identische Fachabteilungsanzahl</li> <li>Sehr ähnliche Fachabteilungsgrößen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Anpassungen im Bereich des Personalkonzepts berücksichtigen diese Änderungen sowie aktuelle Entwicklungen (u. a. hohe Belastung des PD und Pflegemangel)</li> </ul>	+107	<b>PD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Steigender Pflegebedarf</li> <li>Höhere Bettenkapazität</li> <li>Höhere Intensiv- und IMC-Kapazitäten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Personalentwicklung ist am tatsächlichen Bedarf der zukünftigen Leistungsstruktur in den Dienstarten ÄD, PD und MTD/FD ausgerichtet</li> </ul>	-171	<b>MTD/FD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zentralisierung</li> <li>Digitalisierung</li> <li>Produktivitätssteigerung, optimierter Personaleinsatz</li> </ul>

1. Medizinische Fachabteilungen, ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie etc.; Die VK-Werte enthalten keine Leiharbeitskräfte.  
Quelle: Lohfert & Lohfert AG

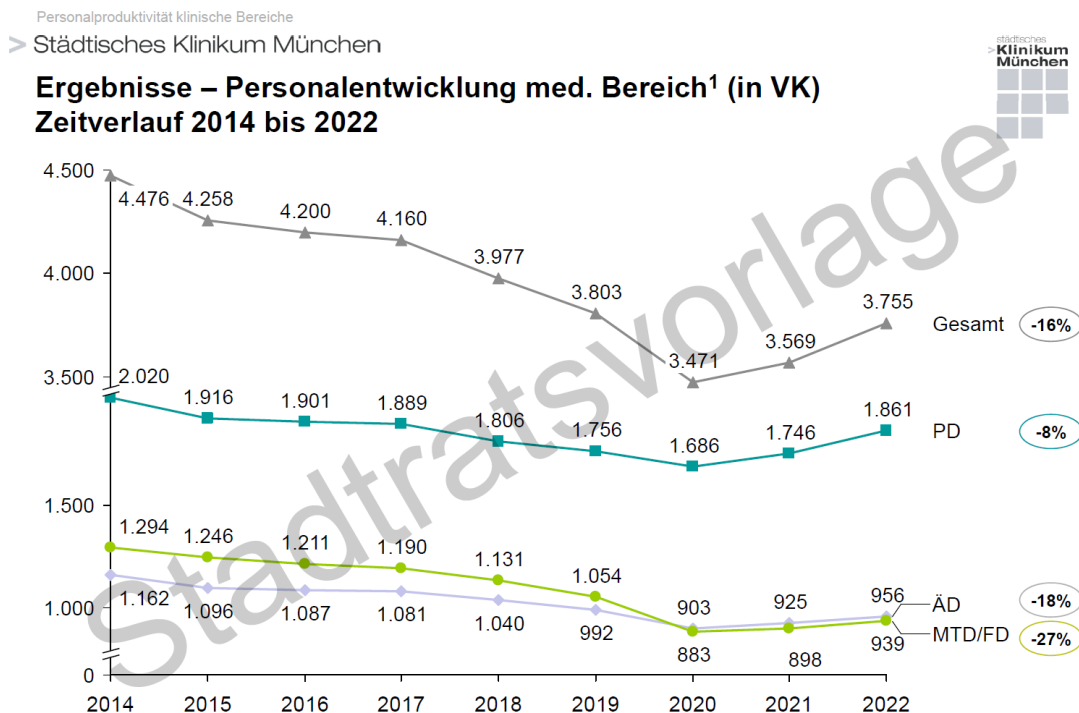
Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 64

Die Abweichung von 171 Vollzeitkräften in den Dienstarten MTD/FD liegt, wie bereits beschrieben, in den unterschiedlichen methodischen Ansätzen zur Personalberechnung begründet. Unter Berücksichtigung dieser Systematik kann das Delta beim PD mit dem beim MTD/FD saldiert werden. Es ergäbe sich dann real beim PD kein Abbau. Darüber hinaus sind Entwicklungen bzw. Effekte aus Zentralisierungen sowie eine entsprechende Produktivitätssteigerung eingeflossen. Die Analyse des PD und des MTD/FD identifiziert, dass beide Konzepte in der Summe dieser Dienstarten lediglich zwei Prozentpunkte differieren. Diese Differenz entspricht 64 Vollzeitkräften.

In der folgenden Abbildung ist die Personalentwicklung im Zeitverlauf von 2014 bis 2022 dargestellt. Der VK-Verlauf in den Dienstarten ÄD, PD und MTD/FD ist maßgeblich durch den Migrationsplan aus dem Medizinkonzept und die darauf aufbauende Leistungsprognose sowie die Bauplanung beeinflusst. Die Fachabteilungsumzüge und -konsolidierungen sind für die beiden Nordstandorte Bogenhausen und Schwabing für das zweite Halbjahr 2019 geplant. Im Süden



(Harlaching und Neuperlach) wird es im ersten Halbjahr 2020 zur Migration von Fachabteilungen kommen.



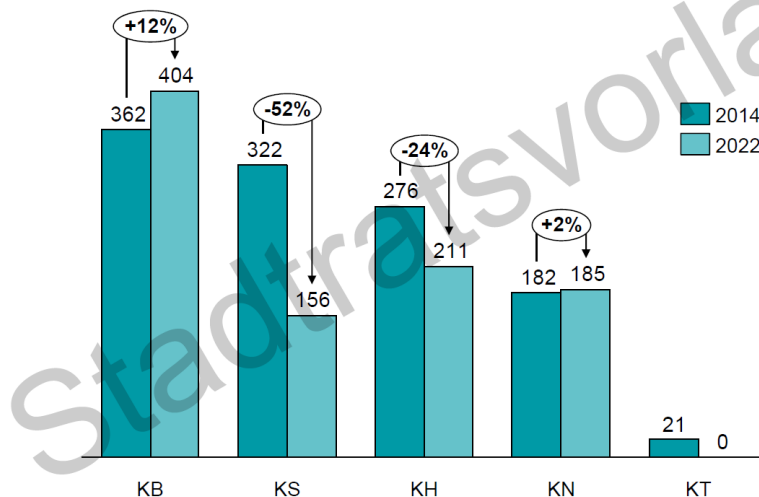
1. Medizinische Fachabteilungen, ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie etc.; Die VK-Werte enthalten keine Leiharbeitskräfte; VK-Werte sind Jahresmittelwerte

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 65

Die dargestellte Anzahl an Vollzeitkräften je Dienstart entspricht dabei dem für die Patientenversorgung benötigten und angemessenen Bedarf und ist primär aus dem Leistungsgeschehen des Jahres 2022 bzw. der Leistungsentwicklung bis zum Jahr 2022 abgeleitet. Aufgrund personalrechtlicher Maßnahmen sowie weiterer Spezifika kann es zu einer Differenz zwischen diesen Werten (leistungsadjustierte Soll-Vollzeitkräfte) und den VK-Werten der Unternehmensplanung kommen.

Im Folgenden wird die Personalentwicklung des AD, des PD sowie des MTD/FD differenziert nach den Standorten der StKM im Vergleich zum Ausgangsjahr 2014 und dem Zieljahr 2022 beschrieben.

### Ergebnisse – Personalentwicklung med. Bereich<sup>1</sup> (in VK) Ärztlicher Dienst je Standort im Vergleich 2014 zu 2022



Quelle: Lohfert & Lohfert AG

1. Medizinische Fachabteilungen, ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie etc.; Die VK-Werte enthalten keine Leiharbeitskräfte; VK-Werte sind Jahresmittel  
 Seite 66

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 66

Die zukünftige Ausrichtung der StKM, die detailliert im Medizinkonzept beschrieben ist, erfordert eine Anpassung des ÄD an diese neuen Strukturen bzw. medizinische Zentren sowie den zukünftigen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten. In Bogenhausen resultiert diese Entwicklung in einer Erhöhung des ÄD um 12 % (siehe vorhergehende Abbildung). In Neuperlach bleibt der Personalbedarf im ÄD nahezu unverändert. Das Klinikum Harlaching wird zukünftig einen um 24 % geringeren Personalbedarf im ÄD haben. Am Standort Schwabing führt die Besonderheit einer Fokussierung auf Kinder- und Jugendmedizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe zu einem zukünftig deutlich reduzierten ärztlichen Personalbedarf (-52 %). Der Standort Klinik Thalkirchener Straße wird im Jahr 2020 nicht mehr betrieben.

Die Analyse der Ist-Situation im ÄD hinsichtlich des Qualifikationsmixes identifiziert eine „Kopflastigkeit“. D. h., das Verhältnis von Fachärzten (Chefarzt, Oberarzt und Facharzt) ist im Vergleich zu Assistenzärzten relativ hoch. Dieser Quotient hat unmittelbare Auswirkungen auf das Durchschnittsgehalt im ÄD bzw. auf die Personalkosten und hat nicht zwangsläufig Vorteile für die Versorgungsqualität, da das hohe Qualifikationsniveau nicht für alle Tätigkeiten nutzbar ist.

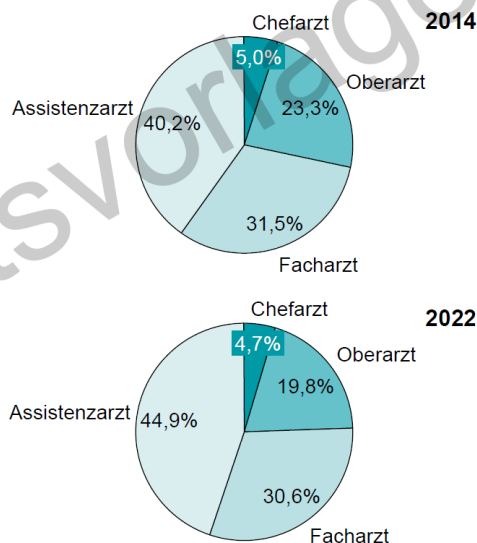
Im Ausgangsjahr 2014 beträgt der Facharztanteil knapp 60 %, davon sind 5,0 % Chefärzte, 23,3 % Oberärzte und 31,5 % Fachärzte (siehe folgende Abbildung). Der Anteil an Assistenzärzten liegt entsprechend bei 40 %. Ein derartiger Qualifikationsmix ist im Benchmark deutlich zu facharztlastig. Dementsprechend wurde unter Berücksichtigung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in den Gesprächsrunden erörtert, welche Qualifikationsstruktur für das Leistungsspektrum in 2022 notwendig ist. Für das Jahr 2022 konnte der Facharztanteil um fünf Prozentpunkte reduziert werden und liegt bei 55 %, davon sind 4,7 % Chefärzte, 19,8 % Oberärzte und 30,6 % Fachärzte.

Personalproduktivität klinische Bereiche  
 > Städtisches Klinikum München



**Ergebnisse – Personalentwicklung med. Bereich<sup>1</sup> (in VK)  
 Qualifikationsmix Ärztlicher Dienst im Vergleich 2014 zu 2022**

- Der gegenwärtige kopflastige Qualifikationsmix wird in 2022 deutlich vermindert
- Der veränderte Qualifikationsmix ist am Bedarf der Patientenversorgung sowie dem zukünftigen Leistungsspektrum ausgerichtet
- Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist zu jedem Zeitpunkt sichergestellt
- Der veränderte Qualifikationsmix führt zur Reduzierung des Durchschnittsgehalts im ÄD und hat somit einen positiven Effekt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit



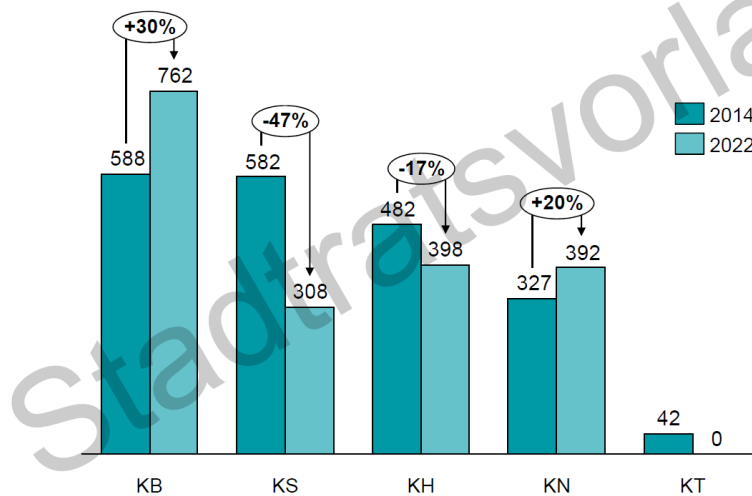
1. Medizinische Fachabteilungen, ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie etc.; Die VK-Werte enthalten keine Leiharbeitskräfte.  
 Quelle: Lohfert & Lohfert AG

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 67

Der zukünftige Qualifikationsmix ist angemessen, um den Versorgungsbedarf inklusive der Notfallversorgung an den vier Standorten der StKM qualitativ hochwertig sicherzustellen. Darüber hinaus führt der höhere Anteil an Assistenzärzten zukünftig zu einem geringeren Durchschnittsgehalt, sodass ein positiver Effekt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit (Personalkosten im ÄD) entsteht.

Personalproduktivität klinische Bereiche  
 > Städtisches Klinikum München

### Ergebnisse – Personalentwicklung med. Bereich<sup>1</sup> (in VK) Pflegedienst je Standort im Vergleich 2014 zu 2022



1. Medizinische Fachabteilungen, ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie etc.; Die VK-Werte enthalten keine Leiharbeitskräfte.  
 Quelle: Lohfert & Lohfert AG

Seite 68

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 68

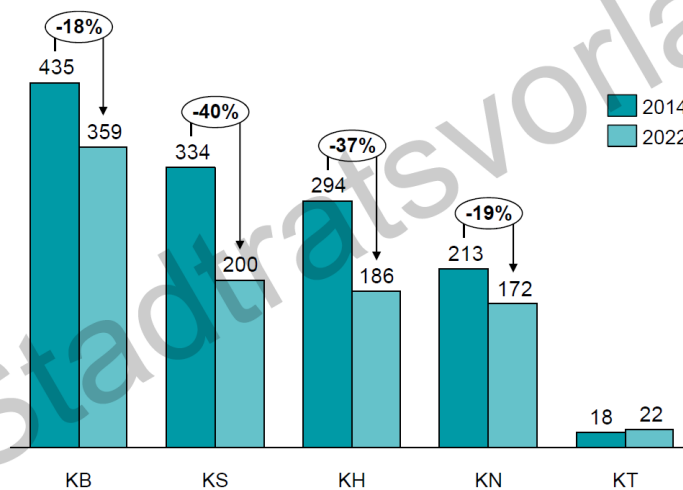
In der vorhergehende Abbildung ist die Personalentwicklung im PD ausgehend vom Jahr 2014 für das Zieljahr 2022 für die Standorte der StKM zusammengefasst. Entsprechend der Leistungssteigerung am Klinikum Bogenhausen werden zukünftig deutlich mehr Pflegekräfte benötigt. Der zusätzliche Bedarf liegt bei 30 %. Am Standort Schwabing führt die zukünftige Fachabteilungsstruktur und Bettenkapazität analog zur Reduzierung des ÄD ebenfalls zu einer Reduzierung im PD von 47 %. Das Klinikum Harlaching wird zukünftig einen um 17 % geringeren Personalbedarf im PD haben. Wohingegen im Klinikum Neuperlach der PD um 20 % ausgebaut wird. Der Standort Klinik Thalkirchener Straße wird ab dem Jahr 2020 nicht mehr betrieben.

Personalproduktivität klinische Bereiche

&gt; Städtisches Klinikum München



### Ergebnisse – Personalentwicklung med. Bereich<sup>1</sup> (in VK) MTD/FD je Standort im Vergleich 2014 zu 2022



1. Medizinische Fachabteilungen, ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie etc.; Die VK-Werte enthalten keine Leiharbeitskräfte. KT: 22 VK als zentraler Schreibdienst  
Quelle: Lohfert & Lohfert AG

Seite 69

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 69

Für den MTD/FD wird der Personalbedarf an allen StKM-Standorten zukünftig geringer sein (vorhergehende Abbildung). Dies ist jedoch zumindest teilweise durch die in der Ist-Situation bedingte Zuordnungsproblematik bedingt. Für das Jahr 2022 liegt der Personalbedarf im Bereich MTD/FD am Klinikum Bogenhausen bei 359 Vollzeitkräften (-18 %), am Klinikum Schwabing bei 200 Vollzeitkräften (-40 %), am Klinikum Harlaching bei 186 Vollzeitkräften (-37 %) und am Klinikum Neuperlach bei 172 Vollzeitkräften (-19 %). Zudem wird ein zentraler Schreibdienst mit 22 Vollzeitkräften geplant, der in der Abbildung vorläufig dem Standort Klinik Thalkirchener Straße zugeordnet ist.

Im Anschluss an das finale Personalkonzept für das Jahr 2022 erfolgte eine Evaluierung bzw. Plausibilisierung der erarbeiteten Ergebnisse, um die Wirtschaftlichkeit des Konzepts zu überprüfen. Hierzu wurde eine Szenario-Analyse durchgeführt. Der Ansatz beruht auf der Annahme, dass die StKM in ihrer zukünftigen Struktur des Jahres 2022 - dies berücksichtigt das Leistungsspektrum und die Krankenhausstruktur und den Qualifikationsmix im ÄD - in den einzelnen untersuchten Dienstarten für das Jahr 2014 positiv refinanziert sein sollten. D. h.,

ungeachtet der zukünftigen, unsicheren Entwicklungen in den Bereichen Personalkosten und Landesbasisfallwert würde die StKM unter heutigen Rahmenbedingungen eine „gesunde“ (refinanzierte) Personalkostenstruktur aufweisen.

Das Leistungsspektrum des Jahres 2022 und die daraus resultierenden Erlöse (bestehend aus den Komponenten DRG-Erlöse und nicht-DRG-Erlöse) basierend auf dem Landesbasisfallwert 2014 führen bei dem Qualifikationsmix des Jahres 2014 und dem Gehaltsniveau des Jahres 2014 zu 921 refinanzierten Vollzeitkräften im ÄD. Unter Berücksichtigung des Qualifikationsmixes des Jahres 2022 und einem entsprechend geringeren Durchschnittsgehalt würden die berechneten Erlöse zu einer Finanzierung von insgesamt 955 Vollzeitkräften führen (Qualifikationseffekt + 35 Vollzeitkräfte). Für das Leistungsspektrum 2022 berechnete die Lohfert & Lohfert AG einen Personalbedarf im ÄD von 956 Vollzeitkräften. Im Resultat zeigt die Evaluierung des Personalkonzepts, dass der ÄD refinanziert ist. Für den PD sowie den MTD/FD wurde die Refinanzierung ebenfalls überprüft und kann positiv bestätigt werden.

Wichtig ist aber auch die Darstellung der entsprechenden Szenario-Analyse für das Jahr 2022. Unter den Fortschreibungsprämissen einer jährlichen Personalkostensteigerung von 2,5 % und einer jährlichen Baserate-Erhöhung von 1,5 % ergibt sich die an anderer Stelle bereits beschriebene Kosten-Erlös-Schere. Legt man diese zugrunde, ist im Zieljahr 2022 aus den Erlösanteilen für das medizinische Personal das hier erarbeitete Personalkonzept nicht finanzierbar. Dieses Berechnungsergebnis zeigt einerseits die Fortschreibungsproblematik unter den angegebenen Prämissen, die auch für viele andere Krankenhäuser im Moment nicht darstellbar ist. Andererseits zeigt sie auch die Notwendigkeit, im Zielkonzept sehr schlanke Strukturen außerhalb des medizinischen Kernbereichs aufstellen zu müssen, um ein positives Betriebsergebnis in der geforderten Höhe erreichen zu können.

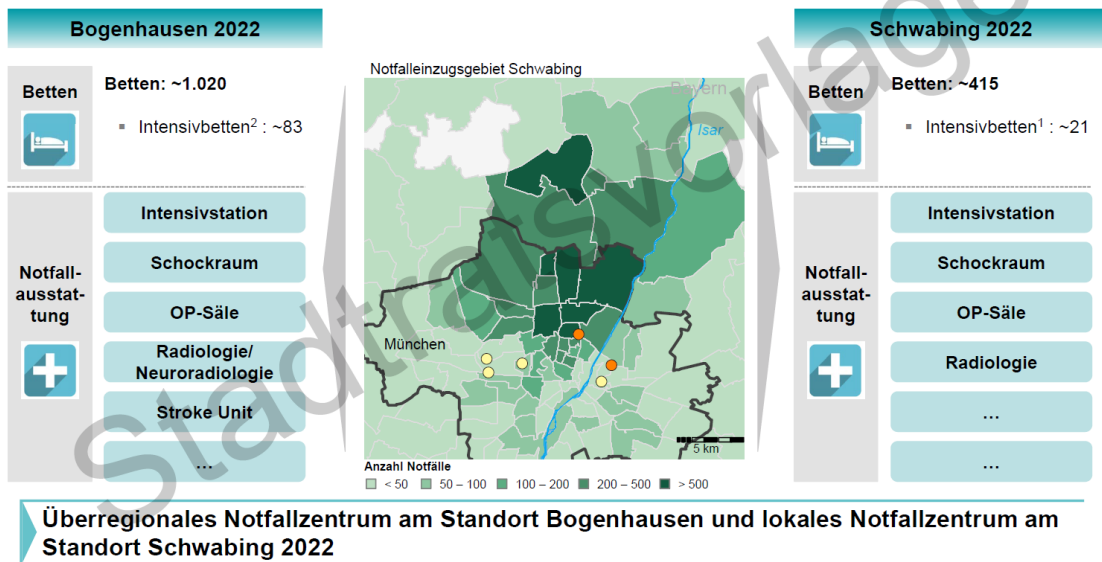
### **3.2.5 Notfallversorgung**

Aufgrund der Anträge der Stadtratsfraktion Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung vom 16.02.2015 und 02.03.2015 wurde in der Vollversammlung am 25.03.2015 das Thema „Versorgungssituation in der Landeshauptstadt München bei medizinischen Notfällen und akuten Erkrankungen“ behandelt. Es wird deshalb an dieser Stelle auf diese Sitzungsvorlage verwiesen bzw. ist in der Anlage 9 eine Zusammenfassung der Inhalte dargestellt.

### 3.2.5.1 Konzept Notfallversorgung

#### 3.2.5.1.1 Übersicht

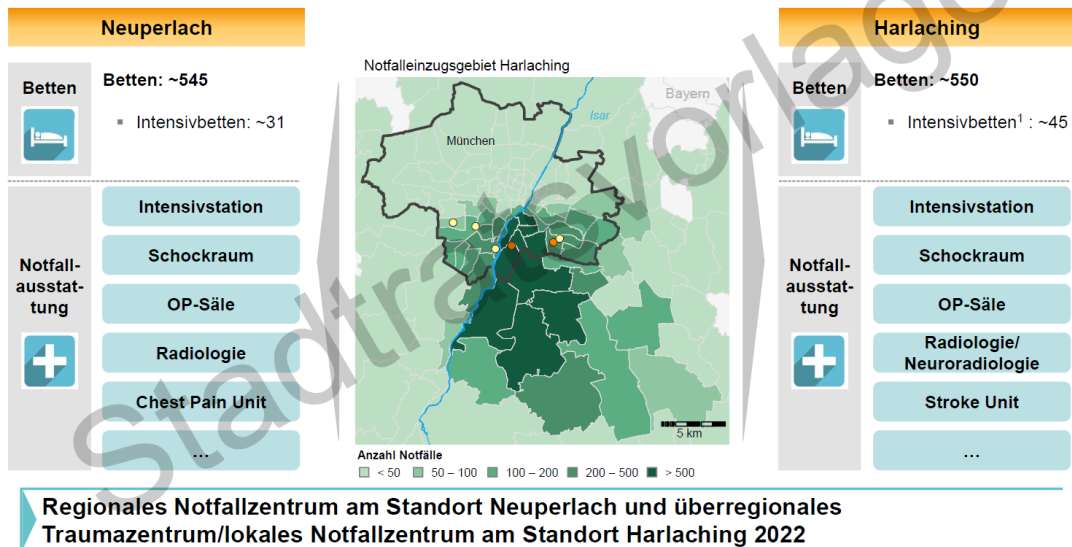
Aktuell ist und zukünftig wird eine übergreifende stationäre Notfallversorgung im Norden an den Standorten Bogenhausen und Schwabing sowie im Süden an den Standorten Neuperlach und Harlaching sichergestellt.



1. Beinhaltet pädiatrische Intensivbetten und SBV Betten 2. Beinhaltet SBV und Stroke Betten  
 Quellen: Aktualisierung der Folie aus dem Grobkonzept auf der Basis des detaillierten Medizinkonzeptes; StKM Medical Controlling; IVENA Einweiserstatistik; BCG

> Städtisches Klinikum München

## Aktuell und zukünftig wird eine übergreifende stationäre Notfallversorgung im Süden an den Standorten Neuperlach und Harlaching sichergestellt



1. Beinhaltet Stroke Betten  
Quellen: Aktualisierung der Folie aus dem Grobkonzept auf der Basis des detaillierten Medizinkonzeptes; StKM Medical Controlling; IVENA Einweiserstatistik; BCG

Seite 41

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 41

### 3.2.5.1.2 Notfall- und Traumazentren

Eine der wesentlichen Herausforderungen des aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfes in der Landeshauptstadt München ist die Sicherstellung einer wohnortnahen Notfallversorgung für alle Patientengruppen. Dieser Herausforderung stellt sich die Städtisches Klinikum München GmbH bereits jetzt durch die Vorhaltung von Notaufnahmen an den Standorten Bogenhausen, Schwabing, Harlaching und Neuperlach. In Bogenhausen und Neuperlach wird die Notfallversorgung jeweils um ein regionales, in Schwabing und Harlaching um ein überregionales Traumazentrum ergänzt.

Auch zukünftig wird die StKM die Notfallversorgung an diesen vier Standorten sicherstellen. Hierzu wird es in

- Bogenhausen ein überregionales Notfallzentrum und ein überregionales Traumazentrum,



- Schwabing ein lokales Notfallzentrum und ein lokales Traumazentrum,
- Harlaching ein lokales Notfallzentrum und ein überregionales Traumazentrum,
- Neuperlach ein regionales Notfallzentrum und ein regionales Traumazentrum geben.

An allen vier Standorten kann somit jetzt und zukünftig eine Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten der Sichtungskategorie 1 (akute, vitale Bedrohung) durchgeführt werden. Hierzu werden aktuell, und in Abhängigkeit der hierfür erforderlichen Bauplanungen und deren Ergebnisse auch zukünftig, an allen 4 Standorten an 24 Stunden / 7 Tage die im Folgenden beschriebenen Leistungen vorgehalten: Röntgenanlage, Computertomografie, Sonografie, Duplex und Echokardiografie, Gastroskopie, Bronchoskopie, notfallmäßige Herzkatheteruntersuchung, operative Notfallversorgung (akute Traumata, Blutungen, akutes Abdomen, etc.) einschließlich Unfallchirurgie, Labor, Intensivkapazitäten (s. Abbildung „Intensivbetten“ in Ziffer 3.2.5.1.3) mit der Möglichkeit des Einsatzes von Dialyseverfahren, Schockraum und Anästhesie.

In der nachstehenden Tabelle sind wesentliche Unterscheidungskriterien von Traumazentren zusammengefasst:

	<b>Lokal</b>	<b>Regional – zusätzliche Anforderungen</b>	<b>Überregional – zusätzliche Anforderungen</b>
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufnahme und Akutbehandlung Schwerverletzter</li> <li>- Fähigkeit und Fertigkeit zur Erkennung lebensbedrohender Verletzungen</li> <li>- Sicherung Transportfähigkeit ins nächste TK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehrzahl aller Verletzungsfolgen müssen definitiv versorgt werden</li> <li>- Beteiligung am Katastrophenschutz</li> <li>- Einbezug weiterer Fachdisziplinen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Höhere Kapazitäten</li> <li>- Kompetenz in Behandlung besonders schwerer Verletzungen</li> <li>- Sonderaufgaben in Aus-, Fort- und Weiterbildung</li> <li>- Parallele Behandlungsmöglichkeit</li> </ul>
Fachabteilungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 24-stündige Verfügbarkeit der Notaufnahme</li> <li>- Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie oder Chirurgie mit Zusatzweiterbildung</li> <li>- Rufdienst – Facharzt: Viszeralchirurgie/ Allgemeinchirurgie, Anästhesiologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 24-stündige Verfügbarkeit aller bisher genannten Abteilungen</li> <li>- Zusätzlicher Rufdienst – Radiologie, neurotraumatologischer Kompetenzen, Intensivbehandlungskapazität</li> <li>- Präklinische Notfallrettung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 24-stündige Verfügbarkeit aller bisher genannten Abteilungen</li> <li>- Zusätzlicher Rufdienst- Neurochirurgie, alle sonstigen Fachdisziplinen</li> <li>- Vorhaltung entsprechender Intensivkapazität</li> </ul>

Quelle: StKM

Die Notfallzentren unterscheiden sich entsprechend ihrer medizinischen Versorgungsaufgabe, die sich aus der Definition der zertifizierten Traumazentren herleitet, in lokale (Akutbehandlung vital bedrohender Verletzungen oder Krankheitszustände, Sichtung und bei Bedarf Sicherung der Transportfähigkeit in ein spezialisiertes Zentrum), regionale (umfassende Notfall- und Definitivversorgung von Schwerverletzten oder -erkrankten) und überregionale Notfallzentren (definitive Versorgung aller Arten von Verletzungen und Erkrankungen, sowohl im Notfall als auch im weiteren Verlauf; diese Unterscheidung kann für die Bereiche der traumatologischen, als auch der internistischen Versorgung getroffen werden; einzelne Häuser können dabei je nach Ausrichtung des hausindividuellen Fächerspektrums für diese beiden Bereiche unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden).

Zusätzlich werden aktuell, und - wie oben bereits beschrieben - in Abhängigkeit der hierfür notwendigen Bauplanungen und deren Ergebnisse auch in Zukunft, die für die Notfallversorgung benötigten räumlichen, personellen und infrastrukturellen Ausstattungen sowie die Kernspintomografie in den regionalen Notfall- bzw. Traumazentren und zusätzlich ein Angiografiearbeitsplatz mit Interventionsmöglichkeit in den überregionalen Notfall- bzw. Traumazentren vorgehalten. An allen Notfall- bzw. Traumazentren der StKM stehen zusätzlich zu den Basisteam am jeweiligen Standort innerhalb von 20 (lokales Notfall- bzw. Traumazentrum) bzw. von 20 bis 30 ([über-]regionales Notfall- bzw. Traumazentrum) Minuten erweiterte Schockraumteams mit den von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. im Weißbuch Schwerverletztenversorgung jeweils vorgeschriebenen Fachrichtungen (z. B. [über-]regionales Notfall- bzw. Traumazentrum Neurochirurgie, s. auch o. a. Tabelle) sowie komplementäre Abteilungen, wie z. B. Urologie, HNO, Dermatologie und Augenheilkunde, - soweit nicht bereits durch die Voraussetzungen an ein überregionales Notfall- bzw. Traumazentrum vorgesehen - durch Konsiliardienste zur Verfügung.

Ergänzend ist zu erwähnen, dass für die Notfallversorgung von z. B. Schlaganfall- und Herzinfarktpatientinnen und -patienten - zusätzlich zu den bereits genannten Intensivbetten - Chest Pain und Stroke Unit-Kapazitäten (s. Abbildung „Chest Pain und Stroke Unit-Betten“ in Ziffer 3.2.5.1.3) und zur Behandlung von (neugeborenen) pädiatrischen Notfällen neonatologische und kinderintensivmedizinische Betten (s. Abbildung „Neonatologie, Kinderintensivbetten, Betten für brandverletzte Erwachsene und Kinder und Weaning-Intensivstation“ in Ziffer 3.2.5.1.3) zur Verfügung stehen.

Wie bereits in Ziffer 3.2.5.2 - Ergebnis Runder Tisch - beschrieben, sind mit den am Runden Tisch teilnehmenden Kliniken Workshops zur Analyse der gesammelten Daten hinsichtlich Behandlungsdringlichkeit, Behandlungsaufwand und Bettenbedarf geplant. Anhand dieser Ergebnisse kann dann eine genauere Beschreibung des

vorhandenen Patientenkollektivs erfolgen. Inwieweit sich daraus Konsequenzen für die zukünftige Notfallversorgung in München ergeben, kann zum heutigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden. Jedoch werden bei den Baukonzepten für die Standorte Bogenhausen, Harlaching und Schwabing von der StKM bereits in der Planung die maximalen Möglichkeiten der Flexibilität für Veränderungen des medizinischen Versorgungsbedarfes berücksichtigt. Für den Standort Neuperlach besteht nur noch eine eingeschränkte Flexibilität, da die Planungen und die Umsetzung bereits weit fortgeschritten sind.

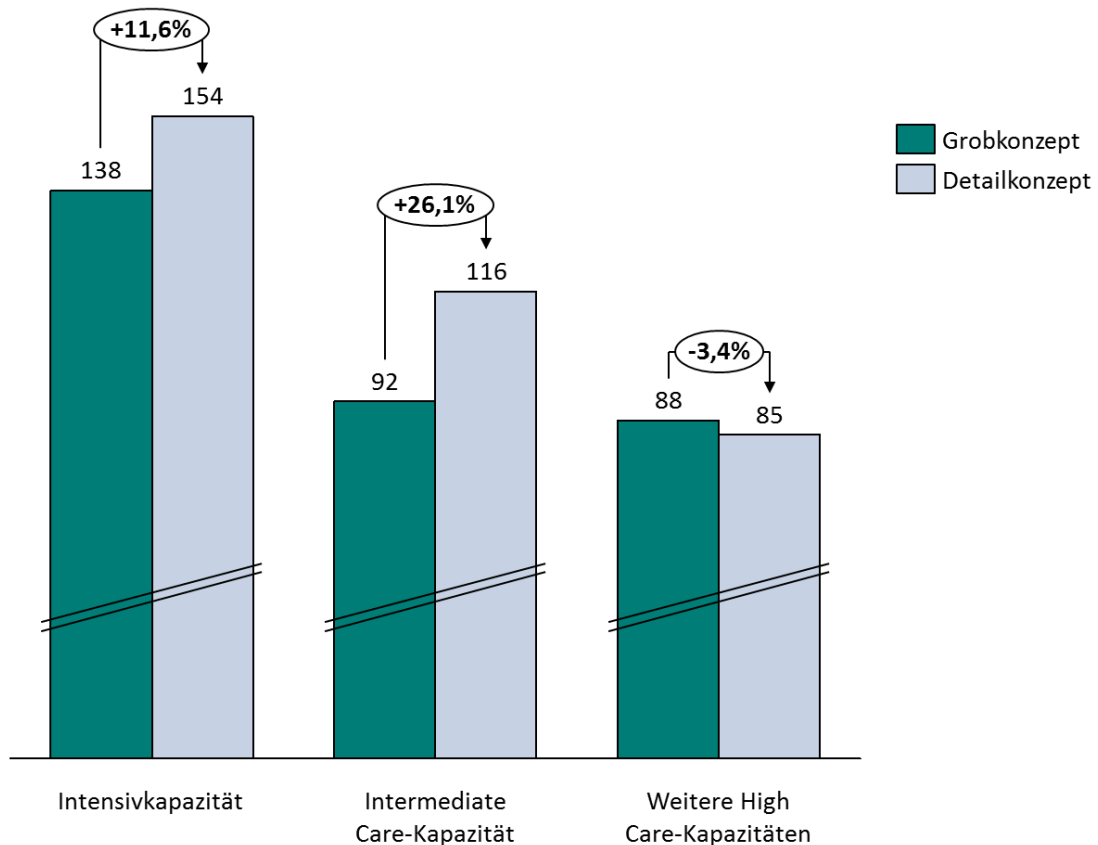
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Notfallversorgung sowie die weitere medizinische Behandlung auf Basis der am Versorgungsbedarf ausgerichteten Intensiv- und Normalstationskapazitäten durch die StKM zu jedem Zeitpunkt sichergestellt sind. Für darüber hinausgehende Überlegungen hinsichtlich der zukünftigen Notfallversorgung in München sind die Ergebnisse des „Runden Tisches“ abzuwarten. Deshalb berücksichtigt die StKM - wie oben beschrieben - bereits in den Bauplanungen die maximalen Möglichkeiten der Flexibilität für Veränderungen der medizinischen Architektur. Zu bedenken sind jedoch die hohen Vorhaltekosten, die mit der Vorhaltung einer Notfallversorgung an vier Standorten einhergehen.

### **3.2.5.1.3 Intensivbetten**

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen Notfallversorgung wird die Bettenkapazität im Bereich der Notfallversorgung durch die StKM zukünftig weiterhin in einer zu jeder Zeit angemessenen Anzahl vorgehalten. Im Vergleich zum Abbau der Normalstationsbetten fällt die Reduzierung der Intensivkapazitäten sogar unterproportional aus: Die Normalstationsbetten werden um knapp 23 % reduziert, demgegenüber steht eine Reduzierung der Intensivbetten von gerade einmal 4 %. Dies bedeutet, dass das Verhältnis von Intensiv- zu Normalstationsbetten zukünftig größer wird und somit die Intensivkapazitäten relativ steigen.

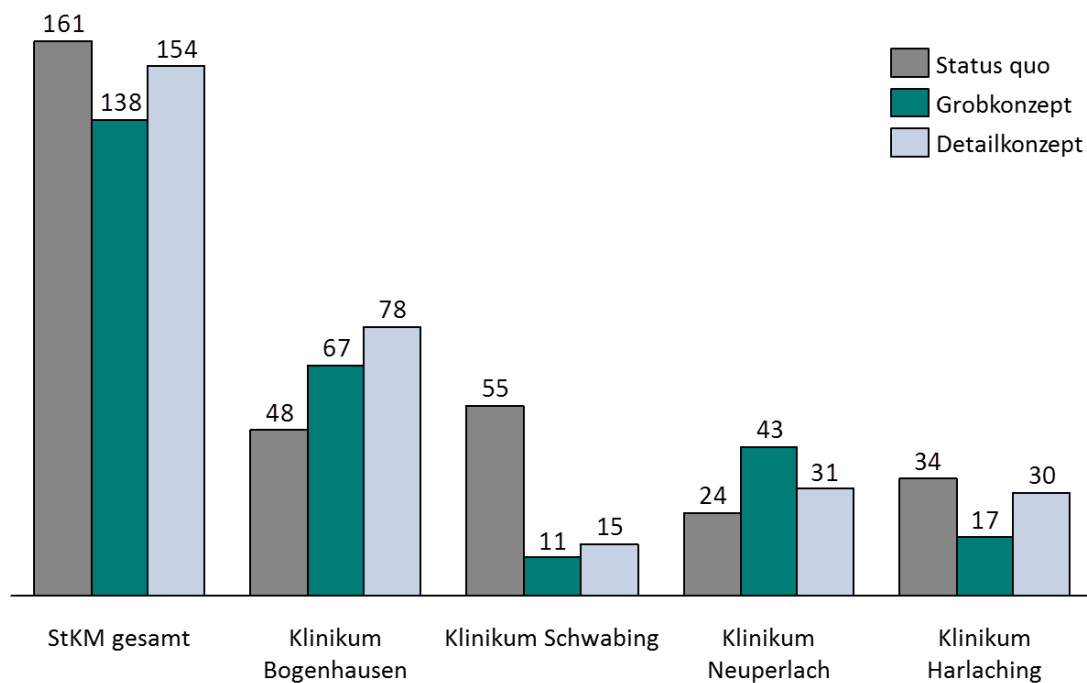
Bevor im Weiteren dezidiert auf die unterschiedlichen Versorgungsstufen (Intensivkapazitäten, Intermediate Care-Kapazitäten und weitere High Care Kapazitäten) eingegangen wird, erfolgt an dieser Stelle ein Vergleich der Notfallversorgungskapazitäten zwischen dem Grobkonzept und dem Detailkonzept.

Zunächst identifiziert dieser Vergleich, dass im Bereich der Intensivbetten die Kapazität um 16 Betten (+ 12 %) gesteigert wird. Darüber hinaus werden zukünftig deutlich mehr Intermediate Care-Betten vorgehalten. Der höhere Versorgungsbedarf resultiert in zusätzlichen 24 IMC-Betten (+ 26 %). In den weiteren High-Care Bereichen sieht die Detaillierung des Medizinkonzeptes eine annähernd identische Bettenanzahl vor.



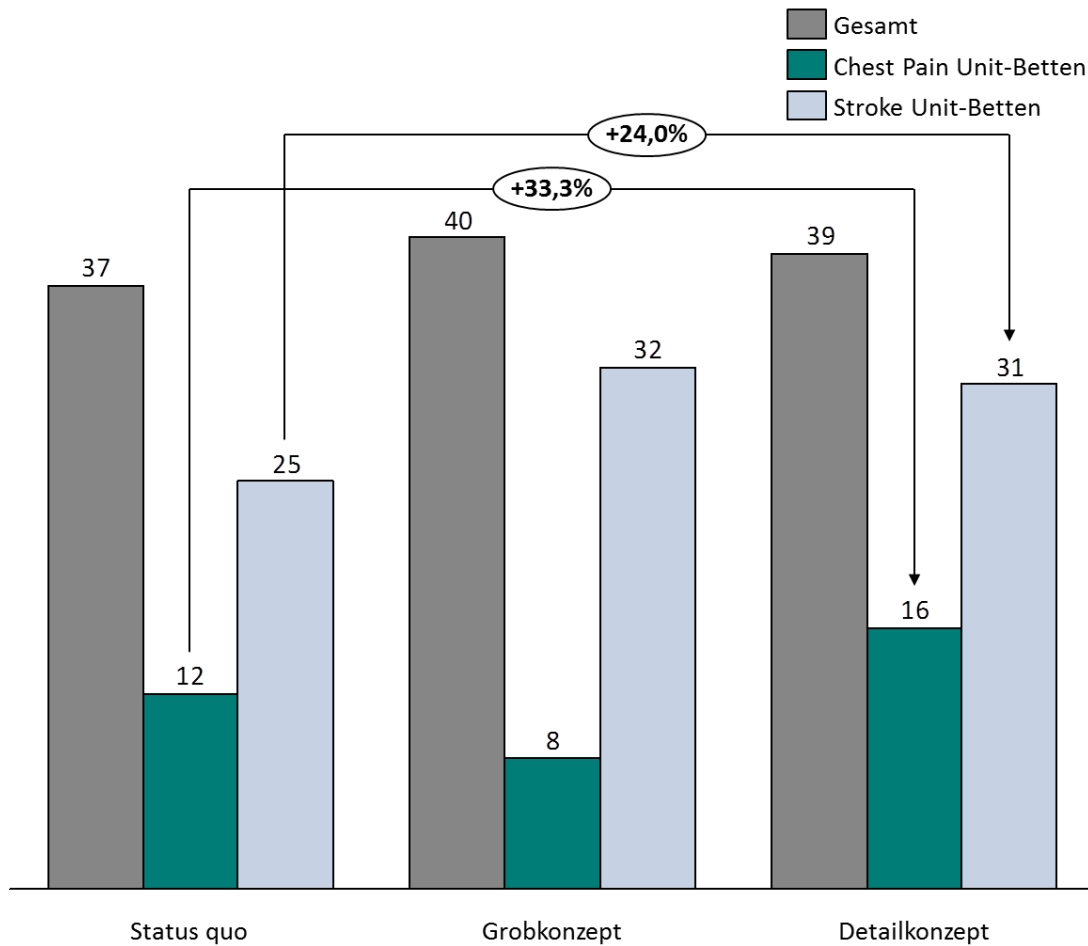
Quelle: StKM

Die Detaillierung des Medizinkonzepts durch die Lohfert & Lohfert AG sieht insbesondere an den Standorten Bogenhausen und Neuperlach einen höheren Bedarf an Intensivkapazitäten im Vergleich zur Ausgangssituation (siehe folgende Abbildung) vor. Lediglich am Standort Schwabing führt die Besonderheit einer Fokussierung auf Kinder- und Jugendmedizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe zu einer zukünftig abweichenden Vorhaltung an Intensivkapazitäten im Vergleich zur Ausgangssituation (siehe folgende Abbildung). Diese veränderten Intensivkapazitäten sind für die Sicherstellung einer angemessenen Patientenversorgung, insbesondere der Notfallversorgung an diesen Standorten, angemessen und reflektieren den tatsächlichen Bedarf.



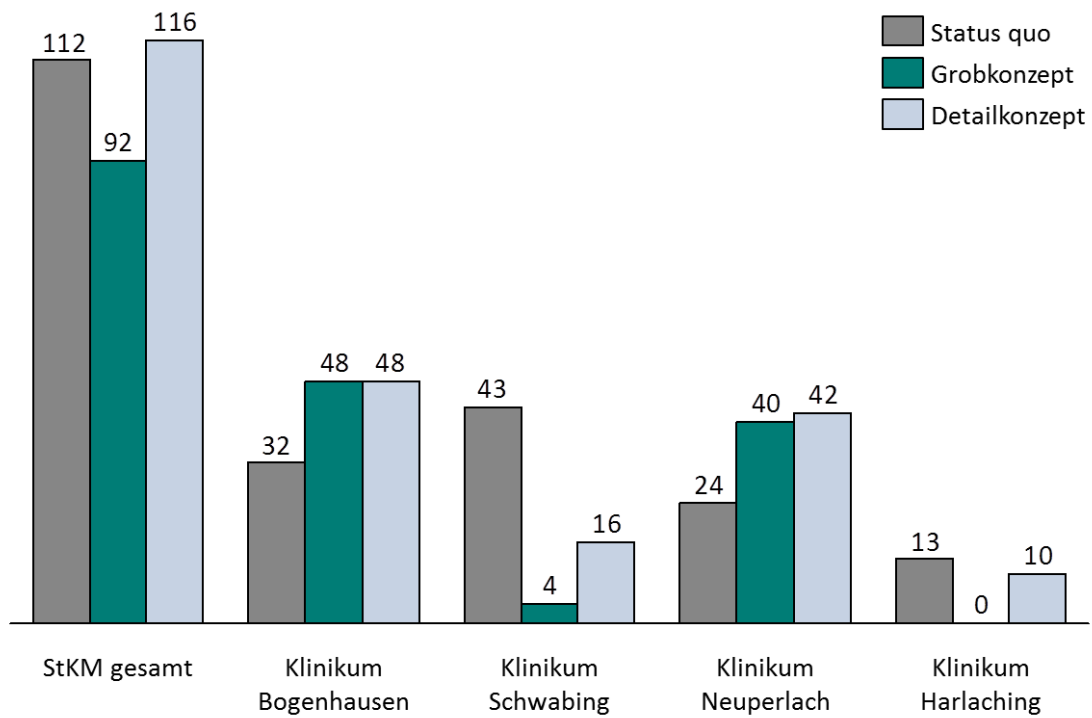
Quelle: StKM

Darüber hinaus erhöht sich entsprechend der demografischen Entwicklung die Anzahl der Stroke bzw. Chest Pain Unit-Betten im Vergleich zur Ausgangssituation deutlich um ca. 24 bzw. 33 %. Damit stehen zukünftig 16 Chest Pain Unit-Betten an den Standorten Bogenhausen und Neuperlach und 31 Stroke Unit-Betten an den Standorten Bogenhausen und Harlaching für die Behandlung von Herzinfarkt- und Schlaganfallpatientinnen und -patienten zur Verfügung (siehe folgende Abbildung).



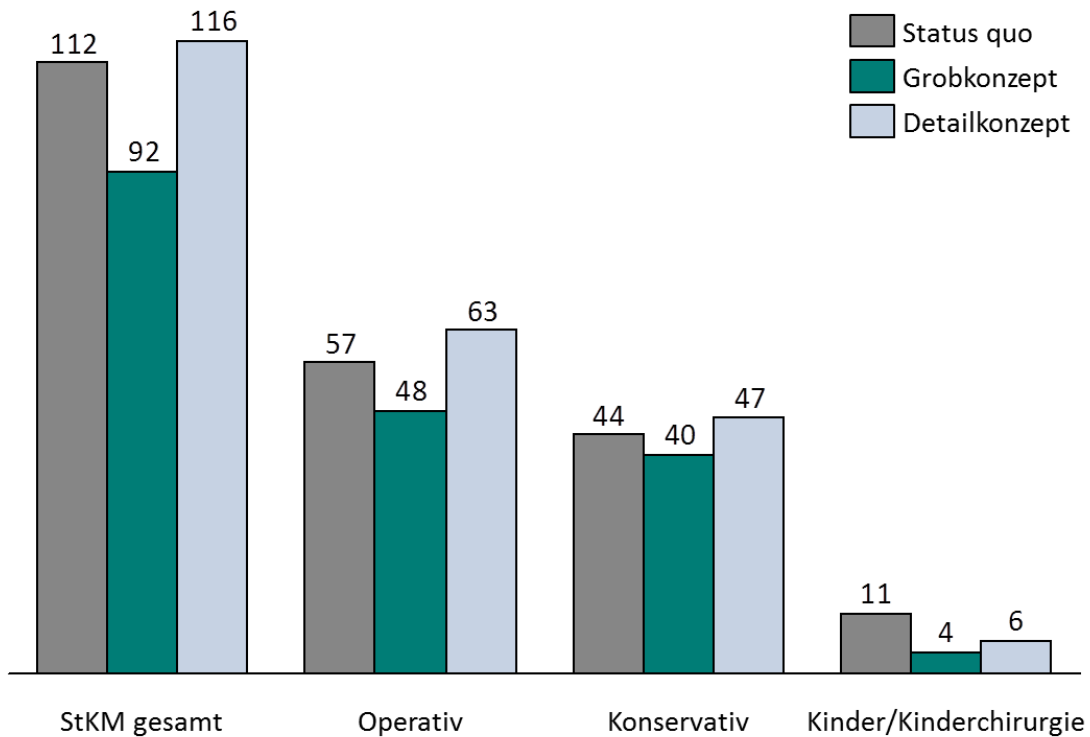
Quelle: StKM

Außerdem werden zukünftig 116 Intermediate Care-Betten in der StKM zur Behandlung von Notfallpatienten vorgehalten (siehe folgende Abbildung). Damit sieht die Detaillierung des Medizinkonzepts eine Steigerung der Intermediate Care-Betten um 4 % im Vergleich zur Ausgangssituation vor.



Quelle: StkM

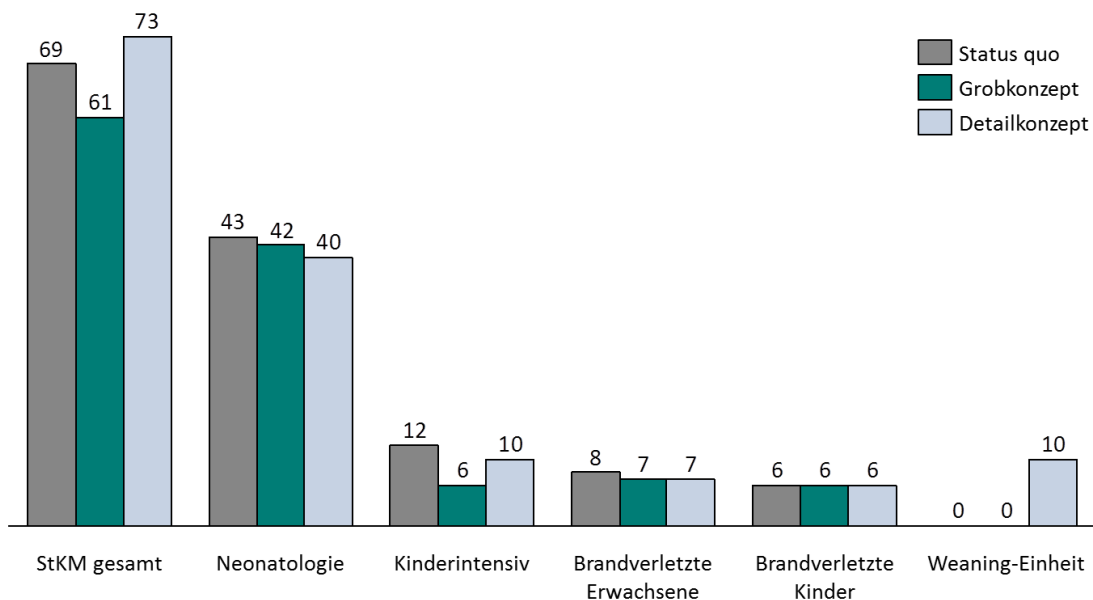
Dadurch erhöht sich die Anzahl der operativen Intermediate Care-Betten um ca. 11 % auf 63, die Anzahl der konservativen Intermediate Care-Betten um ca. 7 % auf 47. Die Anzahl der Kinder/Kinderchirurgischen Intermediate Care-Betten wird auf 6 angepasst (siehe folgende Abbildung).



Quelle: StKM

Des Weiteren stehen zukünftig 40 Betten für die Neonatologie an den Standorten Harlaching und Schwabing, 10 Kinderintensivbetten am Standort Schwabing (bereits in Gesamtzahl von 154 Intensivbetten enthalten), 7 Intensivbetten zur Behandlung von brandverletzten Erwachsenen am Standort Bogenhausen (bereits in Gesamtzahl von 154 Intensivbetten enthalten), 6 Intensivbetten zur Versorgung von brandverletzten Kindern am Standort Schwabing und eine Weaning-Intensivstation mit 10 Betten am Standort Harlaching zur Weiterverlegung von Beatmungspatienten der gesamten StKM (bereits in Gesamtzahl von 154 Intensivbetten enthalten) zur Verfügung (siehe folgende Abbildung).





Quelle: StKM

Zusätzlich bleibt die HOKO<sup>1</sup>-Einheit mit 2 Betten, zukünftig am Standort Bogenhausen, für die Versorgung von hochansteckenden, lebensbedrohlichen Erkrankungen erhalten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass durch die Vorhaltung von 63 operativen, 47 konservativen und 6 Kinder/Kinderchirurgischen Intermediate Care-Betten an den Standorten Bogenhausen, Harlaching, Neuperlach und Schwabing, von 16 Chest Pain Unit-Betten an den Standorten Bogenhausen und Neuperlach, von 31 Stroke Unit-Betten an den Standorten Bogenhausen und Harlaching und durch die Etablierung einer Weaning-Intensivstation mit 10 Betten am Klinikum Harlaching die operativen und konservativen Intensivstationen kapazitiv entlastet und somit eine optimale Auslastung der Intensivbetten sowie eine medizinische Weiterbehandlung auf höchstem Niveau sichergestellt werden. Des Weiteren ist die Versorgung von Neugeborenen und pädiatrischen Notfällen durch die Vorhaltung von 40 Betten für die Neonatologie an den Standorten Harlaching und Schwabing und 10 Kinderintensivbetten am Standort Schwabing gesichert. Damit reduziert sich die Anzahl der Intensivkapazitäten im Vergleich zu Gesamtbettenzahl deutlich geringer (ca. 4 versus ca. 23 %) und wird durch den Anstieg der Intermediate Care-Betten um ca. 4 %, den Anstieg der Stroke Unit-Betten um ca. 24 % und den Anstieg der Chest Pain Unit-Betten um ca. 33 % deutlich überkompensiert. Somit trägt die StKM einem

1 HOKO = hochansteckende lebensbedrohliche Erkrankungen

aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Anstieg des Notfallaufkommens bis 2022 bereits heute ausreichend Rechnung.

### **3.2.5.2 Ergebnis Runder Tisch**

Am 08.07.2014 beauftragte der Münchner Stadtrat die Geschäftsführung der StKM mit der Durchführungen eines „Runden Tisches“, um die Notfallversorgung der Münchner Bürgerinnen und Bürger in enger Abstimmung mit den anderen Münchner Kliniken, mit dem Bayerischen Ministerium für Gesundheit und Pflege sowie dem Rettungszweckverband zu garantieren.

Die am Runden Tisch beteiligten Kliniken übernehmen mehr als 95 % der Notfallversorgung in München (beide Universitätsklinika, Städtische Kliniken, Dritter Orden, Barmherzige Brüder, Rot-Kreuz-Klinikum, Helioskliniken Pasing und Altperlach, Rinecker- und Müller-Klinik). Neben dem Rettungszweckverband sind das Innenministerium, das Referat für Gesundheit und Umwelt sowie für den ambulanten Bereich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband eingebunden. Mit der Datenanalyse wurde das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement der LMU beauftragt.

Nach Vereinbarung eines Notfalldatensatzes der Kliniken, des analytischen Vorgehens und der Vertrags- und Datenschutzgrundlagen erfolgte von Januar bis April des Jahres die Datenlieferung der Kliniken. Der Betrachtungszeitraum wurde von 01.07.2013 bis 30.06.2014 festgelegt.

Der Rettungszweckverband stellte die IVENA-Daten zur Verfügung (über 100.000 Datensätze), das Innenministerium die Leitstellendaten der Rettungseinsätze (knapp 100.000 Datensätze).

Seit 2005 zeigt sich ein Anstieg der Notfallpatienten in München und im angrenzenden Landkreis um 42% (von 78.000 auf 110.000 Notfallpatienten/Jahr). In Bayern stieg die Anzahl der Notfallpatienten im gleichen Zeitraum um 50%.

Derzeit werden in München 13 Notaufnahmen mit einer „Rund um die Uhr-Versorgung“, sowohl chirurgisch wie internistisch, für Erwachsene vorgehalten, dazu 4 Kindernotaufnahmen sowie 13 Chest Pain Units, 6 Stroke Units und 5 überregionale Trauma-Zentren.

Im Betrachtungszeitraum wurden knapp 514.000 Notfälle in den teilnehmenden Kliniken versorgt, davon im Durchschnitt zwei Drittel ambulant. Dabei ergibt sich eine Schwankungsbreite des ambulanten Anteils von 16-53 % je Klinik.

71 % der Notfälle sind Erwachsene, 17 % Kinder. Diese werden in den zugehörigen Notaufnahmeeinrichtungen versorgt. 12 % der Patientinnen und Patienten

benötigen eine Spezialeinheit (z.B. Augen, HNO, Urologie, Gynäkologie, Dermatologie).

An regulären Werktagen werden in München 90 Notfälle pro Stunde versorgt, an Spitzentagen 120/Stunde. Bei Kindern sind dies 15 Notfälle/Stunde bis zu 25 Notfälle/Stunde. Erwachsene kommen eher vormittags, Kinder eher nachmittags in die Notaufnahmebereiche. Nach Mitternacht ist ein deutlicher Rückgang der Notfälle zu verzeichnen.

Nach der abgeschlossenen Ist-Stands-Analyse werden gemeinsam mit ärztlichen Ansprechpartnern der teilnehmenden Kliniken Workshops durchgeführt, um auf Basis der vorliegenden Daten eine Klassifizierung der jeweiligen Fälle vorzunehmen. Damit wird ein Score-System entwickelt, das die Behandlungsdringlichkeit, den Behandlungsaufwand und den Bettenbedarf einschließt. Mit diesem Aufwands-Score gelingt eine genauere Beschreibung des vorhandenen Patientenkollektivs.

Unter Zuhilfenahme verschiedener Annahmen und Prognosen wird in der Folge eine Zukunftsabschätzung des Notfallgeschehens in München angestrebt.

### **3.2.5.3 Stellungnahme Rettungszweckverband**

Der Rettungszweckverband München stimmt der Beschlussvorlage inhaltlich zu. Die Netto-Erhöhung der Intensiv-Kapazitäten sieht der Rettungszweckverband außerordentlich positiv.

### **3.2.5.4 Stellungnahme Ministerium für Gesundheit und Pflege**

Nach Rücksprache mit dem Ministerium für Gesundheit und Pflege geht die StKM nicht davon aus, dass das Ministerium eine Stellungnahme abgeben wird. Entsprechend hat die StKM von einer ausdrücklichen Anforderung abgesehen.

### **3.2.6 Geriatrische Versorgung**

Neben den durch den Bevölkerungszuwachs in München bedingten Veränderungen in der Patientenanzahl sind darüber hinaus die demografiebedingten Veränderungen der Patientenstruktur als Grundlage des Medizinkonzepts von Wichtigkeit.

Die deutliche Erhöhung der Anzahl von Einwohnern im Einzugsgebiet im höheren Lebensalter führt einerseits zu Veränderungen in der Diagnose- und Prozedurenzusammensetzung im stationären Bereich der StKM. Zusätzlich und in der Auswirkung auf das Medizinkonzept wichtiger, sind die Veränderungen für den Behandlungsprozess durch die zunehmende Anzahl an Komorbiditäten im höheren Lebensalter. Letzteres muss für das Medizinkonzept elementar berücksichtigt

werden, da sich sowohl bezüglich der Verweildauer als auch bezüglich der Personalbindung und Ressourcenbeanspruchung dadurch wichtige Konsequenzen ergeben.

Diesem Faktum ist einerseits dadurch Rechnung zu tragen, dass separate Behandlungseinheiten für geriatrische Patientinnen und Patienten vorgesehen werden müssen, andererseits aber auch damit, dass die veränderten Behandlungsbedingungen von Patientinnen und Patienten mit vielen Komorbiditäten in allen Fachbereichen in der Konzeption Berücksichtigung finden müssen. Im hier vorliegenden Medizinkonzept werden an drei der vier zukünftigen Standorte (Ausnahme Klinikum Schwabing) separate Behandlungseinheiten für geriatrische Patientinnen und Patienten vorgesehen. Darüber hinaus werden im Klinikum Bogenhausen und im Klinikum Harlaching zusätzlich Behandlungseinheiten für Alterstraumatologie etabliert beziehungsweise fortgeführt. In den geriatrischen Einheiten werden die Patientinnen und Patienten versorgt, bei denen nach erfolgter Operation oder Intervention die Weiterbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der altersbedingten Komorbiditäten fortgeführt werden soll. Darüber hinaus werden hier die Patientinnen und Patienten aufgenommen, die primär mit geriatrischen Diagnosen aufgenommen werden und häufig aus der stationären oder häuslichen Altenpflege zuverlegt werden.

In den alterstraumatologischen Einheiten werden die Patientinnen und Patienten versorgt, bei denen postoperativ nach einem Trauma ebenfalls das Handling der altersbedingten Komorbiditäten im Vordergrund steht und die Nachbehandlung der operativen Prozeduren in diesem Bereich erfolgen kann. In diesen spezifischen Bereichen für ältere Patientinnen und Patienten muss mit längeren Verweildauern, einem höheren pflegerischen Aufwand und auch im Vergleich zu den Spezialabteilungen anderen Therapieoptionen gerechnet werden. Das Medizinkonzept berücksichtigt diese Faktoren.

Unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren kann im Zielzustand des Medizinkonzepts die StKM ihrem Versorgungsauftrag, auch unter den speziellen Anforderungen der Versorgung älterer Menschen gerecht werden.

### **3.2.7 Durchführung qualifizierter Bürgerbeteiligungsmaßnahmen**

Auch nach der Stadtratsentscheidung im Juli 2014 fanden und finden weiterhin zahlreiche öffentliche Veranstaltungen seitens der StKM - insbesondere mit der Geschäftsführung - zur Neustrukturierung des Städtischen Klinikums München statt.

Im Zuge des Sanierungsprozesses wurden insbesondere das Medizinkonzept und deren (bauliche) Implikationen für die jeweiligen Standorte einem breiten Publikum vorgestellt. Hierzu sind auch Veranstaltungen der jeweiligen Bezirksausschüsse zu

zählen. Hervorzuheben sind hier bspw. die Vorstellung des Medizinkonzepts im Rahmen der Feier „30 Jahre Bogenhausen“ im November 2014, eine Veranstaltung mit dem Förderverein Christoph 1 e.V. zum Thema „Zukunft des Hangars am Klinikum Harlaching“ im Dezember 2014 sowie die Vorstellung und Diskussion zur Zukunft der StKM im Bezirksausschuss Schwabing West am 12.12.2014. Des Weiteren erfolgte die Teilnahme an einer Podiumsdiskussion zur Zukunft des Klinikums Schwabing Anfang März 2015 sowie darüber hinaus eine weitere Podiumsdiskussion unter Beteiligung von Herrn Dr. Wolowicz und Herrn Dr. Fischer im Rahmen des Bezirksausschusses Untergiesing-Harlaching am 19.02.2015. Die zuständigen Bezirksausschüsse sowie die Bürgerinnen und Bürger, welche in unmittelbarer Nähe zu einer Klinik wohnen, wurden ausführlich in die Diskussion zu möglichen baulichen Veränderungen an den jeweiligen Klinikstandorten einbezogen. Dies betrifft bspw. Punkte der Verkehrsgestaltung oder auch des Hubschrauberlandeplatzes. Hierzu wird es auch in Zukunft weitere Termine mit den Bezirksausschüssen zur Vorstellung und Abstimmung geben. So ist bspw. im September 2015 ein weiteres Treffen mit dem zuständigen Bezirksausschuss für das Klinikum Bogenhausen geplant.

Darüber hinaus gab es mehrere Termine mit Vertretern der Presse, um auch über diesen Kommunikationskanal wesentliche Informationen den Bürgerinnen und Bürgern zugänglich zu machen. So wurde zum Beispiel ein Journalistenabend zum Thema „Medizin trifft Medien“ im Klinikum Schwabing im Januar 2015 oder auch ein Pressegespräch mit den wichtigsten Medienvertretern Münchens zum neuen Medizinkonzept im März 2015 initiiert. Zudem werden regelmäßig Pressemitteilungen zu den Aufsichtsrats- und Stadtratssitzungen veröffentlicht, u.a. zur Wahl der Unternehmensberatungen im Oktober 2014 oder zum Fortgang der Restrukturierung des Klinikums.

Da auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter maßgeblicher Bestandteil des Unternehmens sind und zugleich zu den Bürgerinnen und Bürgern Münchens zählen, gab es außerdem zahlreiche Informationsveranstaltungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Neuausrichtung des Unternehmens. So zum Beispiel im Dezember 2014 zur neuen Kinderklinik, im April 2015 zum Aufbau des eigenständigen Fachbereichs Thoraxchirurgie im Klinikum Bogenhausen, zum Umzug der Dermatologie im Mai 2015 und zum neuen Endoskopiebereich im Klinikum Bogenhausen im Mai 2015. Weitergehende Informationen erfolgten zudem in zahlreichen „GF-Vor-Ort“-Terminen in allen Fachabteilungen der StKM sowie in regelmäßigen Betriebsversammlungen.

Bei mehreren Gelegenheiten besuchte Herr Oberbürgermeister Dieter Reiter die Kliniken und führte Gespräche mit der Geschäftsführung, der Klinikleitung und der Belegschaft. So zum Beispiel am 15.07.2014 im Klinikum Schwabing, am 04.11.2014 im Klinikum Bogenhausen, am 21.11.2014 in Harlaching sowie am 21.04.2015 in

Neuperlach. Hierzu wurden jeweils die wichtigsten Medienvertreter eingeladen und entsprechende Pressemitteilungen verschickt. Außerdem fand am 29.01.2015 eine Besichtigung im Klinikum Harlaching zum Thema „Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorgeprogramm“ mit Herrn Bürgermeister Josef Schmid statt.

Dies sind in Summe einige Beispiele, welche zeigen, dass die StKM großen Wert darauflegt, dass die Öffentlichkeit in die Veränderungen am Klinikum München einbezogen wird. Die StKM wird auch weiterhin, soweit möglich, die Bürgerinnen und Bürger in den Restrukturierungsprozess einbinden bzw. über den weiteren Fortgang berichten. Hierzu sind in 2015 noch zahlreiche Veranstaltungen geplant. So wird die StKM am Tag der Daseinsvorsorge am 04.07.2015 beim Aktionstag „Da sein für München“ auf dem Marienplatz über die StKM und die weitere Entwicklung berichten, mit den Bürgerinnen und Bürger in Gespräche gehen und sich so von den Münchner Bürgern eine Rückmeldung einholen. Gleiches gilt auch für den Christopher Street Day am 14.07.2015, auf welchem die StKM sich ebenfalls mit den aktuellen Themen präsentiert. Hierauf folgt bereits am 18.07.2015 unter dem Motto „Alle mal herschau n“ der Tag der offenen Tür im Münchner Rathaus, wobei die Bürgerinnen und Bürger auch hier die Möglichkeit haben, sich über die Entwicklungen der StKM zu informieren und mit den StKM-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern vor Ort in die Diskussion zu gehen. Am gleichen Tag findet mit dem „Oben ohne Festival“ eine weitere Veranstaltung statt, an welcher die StKM teilnimmt, um auch hier über den Stand der derzeitigen Aktivitäten zu berichten. Hierbei stehen auch insbesondere die jungen Bürgerinnen und Bürger im Fokus, um diesen die StKM als Arbeitgeberin sowie auch die Zukunftsperspektiven der StKM zu präsentieren.

Nach der Sommerpause sind weitere Veranstaltungen derzeit in Planung. So wird im September am Klinikum Schwabing eine Ausstellung stattfinden, auf welcher in der Kinderklinik die von Kindern gemalten Bilder zum Thema „Unsere neue Kinderklinik“ ausgestellt werden. Im Rahmen dieser öffentlichen Veranstaltung wird die StKM erneut auch an dieser Stelle über die weiteren Maßnahmen am Klinikum Schwabing berichten. Des Weiteren ist im Oktober 2015 ein weiterer Tag der offenen Tür am Klinikum Neuperlach geplant. Hier werden insbesondere die neuen Strukturen der gastroenterologischen Klinik, der Gefäßchirurgie und Kardiologie und deren zukünftige Behandlungsspektren vorgestellt. Ein wichtiges Thema im Rahmen der Vorstellung und Diskussion ist die zukünftige Notfallversorgung am Klinikum Neuperlach.

Ferner findet ebenfalls im Oktober 2015 in der Münchner Fußgängerzone die Aktion „Gesundes Herz“ statt, wobei sich die StKM auch hier mit den Schwerpunkten Kardiologie und Notfallversorgung präsentieren wird, um so dieses wichtige Thema den Bürgerinnen und Bürgern näher zu bringen.

Weitere Aktivitäten zur Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger sowohl für das Jahr 2015 als auch die Folgejahre sind derzeit in Planung. Insbesondere im Zuge der baulichen Veränderungen wird sich die StKM auch weiterhin in den zuständigen Bezirksausschüssen und Gremien einbringen sowie die Anwohner und Bewohner Münchens in den Fortgang der umfangreichen Restrukturierung einbeziehen. Darüber hinaus wird zurzeit evaluiert, ob weitere, bisher noch nicht in Betracht gezogene Maßnahmen zur qualifizierten Bürgerbeteiligung wünschenswert und durchführbar sind.

### **3.2.8 Fragenkatalog RGU und Betriebsrat Klinikum Harlaching**

Mit Beschluss des Stadtrats vom 08.07.2014 „Städtisches Klinikum München GmbH - Sanierungskonzept 2022“ wurde per Beschlussziffer 19 die Geschäftsführung der StKM beauftragt, folgende vom RGU und im Schreiben des Betriebsrat Harlaching aufgeworfenen Fragestellungen im Rahmen der Umsetzung und weiteren Detaillierung des Sanierungsgutachtens einer Prüfung zuzuführen und über das Ergebnis den Stadtrat, den Aufsichtsrat sowie das Betreuungsreferat zu informieren.

#### **Fragen RGU**

##### **1. Wo und wie sollen zukünftig Kindernotfälle der Sichtungskategorie I versorgt werden?**

Das Medizinkonzept sieht für die beiden Standorte Klinikum Schwabing und Klinikum Harlaching die Einrichtung eines lokalen Notfallzentrums vor, wobei man davon ausgeht, dass hier Patientinnen und Patienten der Sichtungskategorie II und III versorgt werden sollen, Behandlungsfälle der Sichtungskategorie I in den Kliniken Bogenhausen und Neuperlach als überregionale Notfallzentren. Ausschließlich im Klinikum Harlaching und im Klinikum Schwabing sind jedoch die Mutter-Kind-Zentren mit den Kinderkliniken vorgesehen.

#### **Antwort:**

Das Medizinkonzept hält sowohl für das Klinikum Nord, als auch das Klinikum Süd Behandlungsmöglichkeiten für Kindernotfälle aller Sichtungskategorien an den Standorten Klinikum Schwabing und Klinikum Harlaching vor. Kindertraumatologische Notfälle der Sichtungskategorie I werden durch die Expertise der Kinderchirurgie im Klinikum Schwabing respektive des Überregionalen Traumazentrums am Klinikum Harlaching abgedeckt.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

An den beiden Standorten findet lt. StKM auch künftig eine Versorgung von Kindernotfällen der Sichtungskategorie I statt.

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

**2. Wie soll zukünftig die umfassende Behandlung schwerbrandverletzter Kinder erfolgen?**

Die Behandlung der schwerbrandverletzten Kinder erfolgt in der Kinderchirurgie des Klinikums Schwabing. Dabei umfasst das Behandlungsspektrum auch eine stationäre Frührehabilitation in Zusammenarbeit mit der Klinik für Physikalische Medizin im Anschluss an die Akutbehandlung. Die Klinik für Physikalische Medizin soll nach den Planungen des Sanierungsgutachtens an das Klinikum Harlaching verlegt werden.

Antwort:

Im Medizinkonzept werden am Standort Klinikum Schwabing unverändert die Betten für schwerbrandverletzte Kinder vorgehalten. Die Betreuung erfolgt weiterhin primär durch die Klinik für Kinderchirurgie. Dabei umfasst das Behandlungsspektrum auch weiterhin eine stationäre Frührehabilitation im Anschluss an die Akutbehandlung. Diese erfolgt in Zusammenarbeit mit der Klinik für Physikalische Medizin. Im Medizinkonzept wird die Abteilung mit der Physikalischen Medizin im Klinikum Bogenhausen fusioniert, erbringt jedoch weiterhin die Therapiemaßnahmen im Klinikum Schwabing vor Ort.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Die Versorgung schwerbrandverletzter Kinder ist nach Aussage der StKM - einschließlich der stationären Frührehabilitation - auch nach Fusionierung der Klinik für Physikalische Medizin des Krankenhauses Schwabing mit der Physikalischen Medizin des Krankenhauses Bogenhausen im Klinikum Bogenhausen nach wie vor am Klinikum Schwabing sichergestellt.

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

**3. Überprüfung der Einrichtung einer geriatrischen Abteilung am Klinikum Bogenhausen**

Derzeit werden im Klinikum in Bogenhausen ca. 60 Betten Physikalische Medizin/Geriatrie betrieben. Die Geriatrie ist als solche auch im Landeskrankenhausplan ausgewiesen und anerkannt (Geriatrieprogramm der



Bayerischen Landesregierung). Diese sollen im Zuge der Neukonzeptionierung mit 9 geriatrischen Betten nach Harlaching verlegt und dort im Zentrum für Altersmedizin konzentriert werden. Damit ist die geriatrische Versorgung bei der StKM ausschließlich auf den Münchner Süden konzentriert.

Antwort:

Im Zuge der Neustrukturierung wird eine geriatrische Betreuung der Patienten an den Standorten Bogenhausen für das Klinikum Nord, sowie an beiden Standorten des Klinikum Süd vorgehalten. Die stationäre geriatrische Behandlung ist eng mit dem Fächerspektrum des jeweiligen Hauses verbunden und ist daher für den Standort Schwabing nicht medizinisch sinnvoll.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Am Klinikum Bogenhausen bleibt eine geriatrische Versorgung erhalten, damit ist auch für den Münchner Norden eine stationäre geriatrische Behandlungsmöglichkeit vorhanden. Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

**4. Überprüfung wie eine Expertise in Altersmedizin an allen Kliniken der StKM vorgehalten werden kann**

Angesichts der demographischen Entwicklung sollte geprüft werden, wie die Versorgung geriatrischer Patienten auch in den anderen Häusern der StKM sicher gestellt werden kann, sowie eine regelmäßige Evaluierung des Bedarfs an geriatrischen Betten vorgesehen werden.

Antwort:

Eine geriatrische Expertise wird auch weiterhin bettenführend an den Standorten Klinikum Bogenhausen, Klinikum Neuperlach und Klinikum Harlaching mit insgesamt 80 Betten vorgehalten. Damit steigt die Kapazität der geriatrischen Betten über die StKM absolut leicht und relativ zur Gesamtbettenzahl deutlich an. Insbesondere der Bereich Alterstraumatologie wird in Abhängigkeit des Fächerspektrums an den jeweiligen Standorten ausgebaut.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

An den Kliniken Bogenhausen und den Kliniken Neuperlach und Harlaching (Klinikum Süd) wird eine geriatrische Expertise vorgehalten. Damit bleibt eine wohnortnahe geriatrische Versorgung möglich. Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt, allerdings regt das RGU an, angesichts der demographischen Entwicklung den Bedarf an geriatrischen Betten auch weiterhin regelmäßig zu evaluieren.

## **5. Überprüfung Palliativmedizin**

Die in den einzelnen Kliniken der StKM vorhandenen palliativmedizinischen Betten sollen zukünftig im Rahmen des Zentrums für Altersmedizin am Standort Harlaching konzentriert werden. Im Zuge des Umsetzungskonzeptes sollte überprüft werden, ob eine Zuschaltung zusätzlicher palliativmedizinischer Betten beispielsweise im geplanten onkologischen Zentrum in Bogenhausen bedarfsorientiert und wirtschaftlich sinnvoll ist. Grundsätzlich sollte auch standortübergreifend eine regelmäßige Evaluierung des Bedarfs an (auch tagesklinischen) palliativmedizinischen Betten vorgesehen werden.

### Antwort:

Eine Therapiezieländerung in der onkologischen Therapie ist ein fließender Prozess, so dass an den Standorten Klinikum Bogenhausen und Klinikum Neuperlach wie bisher die palliative Behandlung im Behandlungsprozess integriert ist. Hierfür sind keine separaten Betten ausgewiesen. Bei absehbar protrahiert palliativmedizinischen Behandlungsbedarf erfolgt die Behandlung im Klinikum Harlaching. Durch die Zentralisierung ist eine Steigerung der Versorgungsqualität, einer „Markenbildung“ und einer verbesserten Wirtschaftlichkeit zu erwarten. Zudem wird eine Zertifizierung des Bereichs durch das Erreichen einer kritischen Größe vereinfacht.

### Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

An den Kliniken Bogenhausen und Neuperlach wird wie bisher die palliative Behandlung im Behandlungsprozess integriert (d.h. keine separat ausgewiesenen palliativmedizinischen Betten).

Der palliativmedizinische Bedarf an vollstationären Betten und teilstationären Plätzen sollte dennoch weiterhin regelmäßig evaluiert werden.

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt, das RGU regt jedoch an, mögliche Änderungen des Bedarfs an vollstationären palliativmedizinischen Betten und teilstationären Plätzen weiterhin regelmäßig zu evaluieren.

## **6. Größe und Standortzuordnung der operativen Gynäkologie**

Neben den geburtshilflichen Abteilungen in den Kliniken Schwabing und Harlaching ist im Klinikum Neuperlach eine operative Gynäkologie mit 13 Betten vorgesehen. Im Zuge des Umsetzungskonzeptes soll geprüft werden, ob diese Größe insbesondere auch in Bezug auf Wirtschaftlichkeit, Personalgewinnung/Stellenattraktivität, Mindestbesetzung/ Bereitschaftsdienst sowie Qualitäts Gesichtspunkten/

Leistungszahlen sinnvoll ist, zumal hier auch keine Anbindung an eine geburtshilfliche Abteilung besteht.

Antwort:

Im Rahmen der Überprüfung und Fortschreibung wurde das Medizinkonzept an dieser Stelle angepasst. Im Klinikum Harlaching wurde das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe - wie auch im Klinikum Schwabing - um die operative Gynäkologie erweitert. Die Planung einer operativen Gynäkologie am Klinikum Neuperlach wurde verworfen.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Die Bildung zweier Zentren mit Konzentration Gynäkologie / Geburtshilfe und Neonatologie / Pädiatrie an den zwei Standorten Schwabing und Harlaching entspricht der Einschätzung des RGU.

Das RGU geht davon aus, dass mit der Hinzunahme der operativen Gynäkologie auch die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches an beiden Standorten gegeben sein wird.

Zu den aktuellen Engpässen bei der geburtshilflichen Versorgung verweist das RGU auf weitere Information in der Stellungnahme zum Medizinkonzept direkt im Beschlussvortrag.

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

## **7. Überprüfung des Erhalts eines Kinderpsychosomatischen Schwerpunktes am Klinikum Schwabing**

Im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzeptes sollte die alleinige Konzentration der kinderpsychosomatischen Betten in Klinikum Harlaching evaluiert werden, dies besonders unter dem Aspekt der Fallzahlentwicklung und des Einzugsgebietes.

Antwort:

Aktuell ist der Ausbau der Kinderpsychosomatik auf 35 Betten geplant. In der Fortschreibung des Medizinkonzepts sind die Kapazitäten am Klinikum Schwabing eingeplant. Durch die Zentrumsbildung ist ein Qualitätsvorteil zu erwarten und der Standort Schwabing bietet sich durch räumliche Anbindung an den ambulanten Bereich Kinderpsychosomatik des Kooperationspartners TU an. Diese Planung wurde in enger Zusammenarbeit der betroffenen Fachbereiche entwickelt.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Die Konzentration der Psychosomatik für Kinder und Jugendliche in Schwabing wird begrüßt, wenn im gesamten Einzugsgebiet die Fallzahlentwicklung bei der Bemessung der Bettenkapazität Berücksichtigung findet.

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

### **8. Überprüfung der augenmedizinischen Versorgung am Klinikum Harlaching**

Angesichts der Anzahl der bisher in der Augenabteilung behandelten Fälle sowie deren Durchschnittsalter (68 Jahre) sollte im Rahmen des Umsetzungs Konzeptes nochmals evaluiert werden, ob eine Belegabteilung im Klinikum Harlaching besonders in Verbindung mit dem Zentrum für Altersmedizin wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll wäre.

#### Antwort:

Die operative augenmedizinische Versorgung ist heute schon weitestgehend im ambulanten Sektor verortet. Dieser Trend gilt auch in zunehmendem Maße für die älteren Patienten und wird sich auch in Zukunft absehbar fortsetzen. Eine qualitativ hochwertige und wirtschaftlich rentable stationäre Behandlung wird zukünftig nur noch in großen augenchirurgischen Zentren erfolgen.

#### Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Das RGU geht davon aus, dass eine ggf. benötigte augenmedizinische Versorgung einer Patientin / eines Patienten - wie teilweise bisher auch schon - konsiliarisch erfolgt. Eine eigene bettenführende Abteilung vorzuhalten, dürfte aus Versorgungssicht und hinsichtlich der auf dem Stadtgebiet vorhandenen großen Augenkliniken nicht nötig sein.

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

### **9. Überprüfung der Einrichtung einer Neurochirurgischen Abteilung bzw. Sicherstellung der neurochirurgischen Versorgung im Rahmen des Neurozentrums am Klinikum Harlaching**

Im Zuge des Umsetzungs Konzeptes sollte auch nochmals geprüft werden, ob im Rahmen des im Klinikum Harlaching geplanten Neurozentrums auch die Einrichtung neurochirurgischer Betten für den südlichen Münchner Raum sinnvoll und wirtschaftlich vertretbar ist.

#### Antwort:

Im Rahmen des überregionalen Traumazentrums ist eine neurochirurgische Versorgung am Standort Klinikum Harlaching ohnehin mit einer durchgängigen Anwesenheitsbereitschaft zwingend erforderlich. Diese wird im Medizinkonzept unter Leitung der Neurochirurgie des Klinikum Bogenhausen berücksichtigt. Diese enge Kooperation deckt auch die neurochirurgische Intervention bei neurologischen Notfällen (z.B. Dekompressions OPs bei ausgedehnten Schlaganfällen) ab.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Damit ist eine neurochirurgische Versorgung auch für den Süden Münchens berücksichtigt, aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

#### **10. Überprüfung des zukünftigen Standorts der Urologie**

Die urologischen Kapazitäten werden zukünftig am Standort Klinikum Bogenhausen konzentriert. Im Rahmen des Umsetzungskonzeptes ist zu überprüfen, ob eine Verortung im Klinikum Neuperlach hinsichtlich der hier angesiedelten Nephrologie sinnvoll sein kann, auch unter dem Aspekt der stationären Versorgung im südlichen Münchner Raum.

Antwort:

Urologie und Nephrologie haben, obgleich sich beide mit den Harnorganen befassen, nur geringe Synergieeffekte. Allenfalls im Bereich der Transplantationsurologie ist ein interdisziplinäres Behandlungsregime medizinisch notwendig.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

#### **11. Überprüfung der Größe der Rheumatologie**

Im Klinikum Bogenhausen sollen zukünftig 10 rheumatologische Betten im Rahmen des internistischen Spezialzentrums vorgehalten werden. Im Zuge des Umsetzungskonzeptes soll auch die Anzahl der Betten u.a. anhand der Entwicklung der einschlägigen Fallzahlen evaluiert und konkretisiert werden.

Antwort:

In der derzeitigen Struktur ist die Rheumatologie am Standort Bogenhausen sehr breit aufgestellt und hat diverse Überschneidungen und Dopplungen mit den anderen Fachabteilungen des Standorts. Zudem wird in Zukunft ein deutlicher Teil der Leistungen ambulant erbracht werden können. Durch die Verschlinkung wird das

Profil des medizinischen Bereichs geschärft und vorgehaltene Doppelstrukturen abgebaut. Für den medizinischen Kernbereich Rheumatologie ergeben sich keine Einschränkungen.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

## **12. Überprüfung der Größe der Infektiologie sowie der Auswirkung von Veränderungen auf die Katastrophenpläne der Landeshauptstadt München**

Die Infektiologie soll vom Klinikum Schwabing an das Klinikum Bogenhausen verlegt werden. Die infrastrukturellen Voraussetzungen für eine Maximalisolierung hochinfektiöser Patienten bestehen derzeit in München nur im Klinikum Schwabing. Im Rahmen des Umsetzungsgutachtens sind Umfang der zukünftigen Versorgung hochinfektiöser Patienten sowie die zeitliche Planung des Übergangs ohne auch nur temporäre Einschnitte in der Versorgung zu konkretisieren. Dabei soll auch darauf eingegangen werden, ob und ggf. welche Auswirkungen dies auf die derzeitigen Katastrophenpläne der LHM hat.

Antwort:

Der Umzug der Infektiologie an den Standort Bogenhausen ist unumgänglich, da die notwendige medizinische Infrastruktur zur Behandlung dieses Patientenguts in Zukunft optimaler Weise am Standort Bogenhausen vorgehalten wird. An der Leistungserbringung des Bereichs wird sich nichts ändern und der Umzug wird im Rahmen der BO-Planung so ausgestaltet, dass es zu keinen Ausfallzeiten der Risikoabdeckung für die Landeshauptstadt München kommt.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Nach den Ausführungen der StKM soll es weder zu Leistungseinschränkungen noch zu Ausfallzeiten der Risikoabdeckung für die Landeshauptstadt München kommen.

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

## **13. Konkretisierung des stationären und teilstationären Dialyseangebotes an den einzelnen Standorten**

Antwort:

Auch in Zukunft wird es sowohl im Klinikum Nord und Klinikum Süd die Möglichkeit zur stationären und teilstationären Hämodialyse geben. Die fachliche Betreuung erfolgt durch die Abteilung für Nephrologie des Standorts Klinikum Neuperlach. Vgl. hierzu 3.2.2.2 ff..

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

#### **14. Evaluierung Notfallversorgung**

Im Rahmen der weiteren Detaillierung des medizinischen Konzepts ist auch der notwendige Umfang der personellen und apparativen Ausstattung der Notfallversorgung - insbesondere an den Standorten Schwabing und Harlaching - und daraus resultierender Handlungsbedarf zu konkretisieren und zu berichten. Die Ergebnisse des geplanten „Runder Tisch Notfallversorgung München“ sind in den Bericht einzubeziehen.

Antwort:

Die personelle und apparative Ausstattung der Notfallzentren ist im Beschluss unter Ziffer 3.2.2 beschrieben. Über den aktuellen Stand der Gespräche im Rahmen des „Runden Tisches“ wird unter 3.2.5.2 berichtet.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Aus Sicht des RGU ist der Prüfauftrag aus dem Beschluss zum Sanierungskonzept erfüllt.

#### **15. Auswirkungen von Änderungen auf bestehende Betrauungsakte**

Geplante Änderungen, die die Abteilung für Neuropsychologie oder andere Leistungen betreffen, für die derzeit ein Betrauungsakt besteht, sind über das für die medizinische Versorgung und die Betrauungsakte zuständige Referat für Gesundheit und Umwelt und das Betreuungsreferat Stadtkämmerei dem Stadtrat detailliert mit den medizinischen, organisatorischen sowie finanziellen Vor- und Nachteilen, Alternativen sowie Darstellung der Auswirkung auf die Betrauungsakte, zur Beschlussfassung vorzulegen.

Antwort:

Die derzeitige Versorgung der SSHT der Neuropsychologie am Standort Bogenhausen wird zukünftig in einer suffizienten Struktur am Standort Harlaching sichergestellt. Durch den großen Anteil an neurologischen Frührehabpatienten werden hier Synergien realisiert, die sich absehbar positiv auf die Versorgungsqualität beider Patientengruppen sowie die Wirtschaftlichkeit auswirken.

Andere Betrauungsakte, wie beispielsweise für die ambulante Betreuung von Notfallpatienten bleiben bei gleicher Leistungsgrundlage erhalten.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Der Stadtrat muss vor Umsetzung der Leistungsveränderung bei der Neuropsychologie mit der Rücknahme der Betrauung befasst werden. Entsprechende Unterlagen als Grundlage für eine Beschlussvorlage für den Stadtrat liegen dem RGU derzeit noch nicht vor, im Hinblick darauf ist der Auftrag noch offen.

## **16. Kooperationen**

Im Rahmen des Umsetzungskonzepts sind die Auswirkungen der Veränderungen auf bestehende Kooperationen bzw. der Ausbau der Kooperationen mit u.a. folgenden Partnern zu untersuchen und die Ergebnisse der Stadtkämmerei und dem Referat für Gesundheit und Umwelt zu berichten:

- Klinikum Rechts der Isar
- Klinikum Großhadern und Innenstadt
- Behandlungszentrum Kempfenhausen für Multiple Sklerose Kranke gemeinnützige GmbH
- Krankenhaus für Naturheilweisen
- Isar-Amper-Klinikum
- Niedergelassene Ärzte
- vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- andere Kliniken
- sowie die Einführung eines Hebammenkreissaals

Antwort:

Der Fokus des Umsetzungskonzepts lag zunächst auf dem Entwurf eines dauerhaft tragfähigen Medizinkonzepts für die StKM. Im Rahmen der im Anschluss anstehenden Umsetzungsaktivitäten werden selbstverständlich alle bereits bestehenden bzw. auch zukünftig einzugehenden Kooperationen umfassend geprüft.

Kommentar und ggf. Handlungsempfehlung des RGU zur Antwort der StKM:

Die Prüfung der Kooperationen erst im Rahmen der Umsetzungsaktivitäten ist aus Sicht des RGU nachvollziehbar. Der Prüfauftrag ist aber aus diesem Grunde noch offen.



Das RGU regt zudem für die Nachnutzung freiwerdender Flächen zum Einen eine Übergangsstruktur zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, insbesondere für alte Menschen an (z.B. Brückenstationen). Zum Anderen sollten Nachnutzungen für Angebote der wohnortnahen Rehabilitation, insbesondere im geriatrischen Bereich, geprüft werden.

Zudem sollte in Kooperation mit den Kliniken des Bezirkes Oberbayern eine entsprechende Nachnutzung freiwerdender Flächen auch für andere Standorte geprüft werden, wie dies z.B. am Klinikum Schwabing bereits geschieht.

### **Schreiben Betriebsrat Harlaching vom 17.06.2014**

#### **1. Kann ein großer Anteil der 60.000 Notfallpatienten aus Harlaching umgelenkt werden auf den Standort Neuperlach?**

Antwort:

Im Rahmen der Überprüfung und Fortschreibung wurde das Medizinkonzept an dieser Stelle angepasst. Am Standort Harlaching sieht die Planung die Vorhaltung eines überregionalen Traumazentrums vor. Eine internistische Notfallversorgung erfolgt durch das internistische Notfallzentrum. Bei tiefgreifenden internistisch-fachspezifischen Fragestellungen, die über die Grund- und Regelversorgung hinausgehen erfolgt eine Verlegung in ein spezialisiertes Zentrum.

#### **2. Kann dort dann die dort geplante Steigerung von elektiven Eingriffen noch stattfinden?**

Antwort:

Wir verweisen hier auf die Ausführung zu Punkt II./1.. Durch die Vorhaltung der Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie am Standort Harlaching sind die elektiven Kapazitäten ohne Erweiterung ausreichend.

#### **3. Reichen 520 plus geplante 100 Betten aus, um die Notfallversorgung im Münchner Süden und Südwesten zu gewährleisten?**

Antwort:

Wir verweisen hier auf die Ausführungen in dieser Vorlage unter Ziffer 3.2.5 - Notfallversorgung.

**4. Steht der Mäßige Kapazitätswachst im KN durch den geplanten Erweiterungsbau in einer vernünftigen Kosten-Nutzen-Relation?**

Antwort:

Aufgrund der Überprüfung und Fortschreibung des Medizinkonzepts besteht für einen Erweiterungsbau am Standort Neuperlach kein weiterer Bedarf.

**5. Werden Mitbewerber, insbesondere im universitären Bereich, multimorbide Patienten als Notfälle in erforderlichem Maße übernehmen, um die geplante Reduzierung des Notfallanteils der StKM zu gewährleisten oder werden sie die StKM nur um lukrative Notfallpatienten "erleichtern"?**

Antwort:

Grundsätzlich werden in der StKM mit der Planung die Voraussetzungen für die Versorgung jedes Notfallpatienten geschaffen. Der StKM ist aber bewusst, dass sich im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge bezüglich der Versorgung älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten auch weiterhin ein besonderer Auftrag für das Unternehmen ergibt. Darüber hinaus verweisen hier auf die Ausführungen in dieser Vorlage unter Ziffer 3.2.5 - Notfallversorgung.

**6. Der Betriebsrat Harlaching sieht jetzt schon Schwierigkeiten, ärztliches und pflegerisches Fachpersonal zu gewinnen und zu halten, wie wird dem zunehmenden Weggang von Leistungsträgern begegnet, für die das BCG Konzept für Harlaching nicht zukunftsfähig ist? Insbesondere nach der Ankündigung erheblicher Einbußen bei Einkommen und Urlaub sowie längeren Arbeitszeiten.**

Antwort:

Wir verweisen hier auf die Ausführungen in dieser Vorlage unter Ziffer 3.4 - Personalkonzept.

**7. Sind mit der Ankündigung Kürzungen bei Gehalt und Urlaub der Beschäftigten vorzunehmen jetzt alle personalrelevanten Maßnahmen bekannt?**

Antwort:

Wir verweisen hier auf die Ausführungen in dieser Vorlage unter Ziffer 3.4 - Personalkonzept.

**8. Wenn sich laut Geschäftsführung an der medizinischen Ausrichtung für Harlaching bis 2018 noch nichts ändern soll, warum kann man dann 2016/2017 schon massiv Personal abbauen (~1500 Vollkräfte in der StKM)? Chefarztstellen nur zögernd nachbesetzen?**

Antwort:

Das aktuelle Umsetzungskonzept sieht für den Standort Harlaching zwischen 2015 und 2018 eine Personalanpassung in Höhe von 105 klinischen Vollzeitkräften (Dienststellen 1-4) vor. Diese Anpassung dient ganz überwiegend der Bereinigung von Produktivitätsdefiziten, die bereits im Status quo vorliegen und somit zunächst unabhängig von einer medizinischen Neuausrichtung sind.

**9. Welche Kosten entstehen für die Erweiterungsbauten in Neuperlach (Bogenhausen)? Gibt es eine Raumplanung bzw. einen Flächennutzungsplan und eine Förderzusage des Ministeriums, damit die geschätzten Kosten nicht nur Spekulation sind? Gibt es eine fundierte Gegenüberstellung zu einer Neubaulösung? Eine aktualisierte Machbarkeitsstudie? Was passiert, wenn die Erweiterung nicht oder nicht rechtzeitig vollendet werden?**

Antwort:

Bezüglich der Auswirkung des Sanierungsumsetzungskonzepts auf das Baukonzeptes der StKM und deren Finanzierung wird auf die Ziffer 3.6 - Baukonzept und 4.5 - Stellungnahme zur Bauplanung verwiesen.

**10. Welche Steigerung von Notfallpatienten und gleichzeitig auch der elektiven Patienten wurden für Neuperlach realistisch kalkuliert?**

Antwort:

Siehe Ziffer 3.2.2 - Medizinisches Leistungsangebot und Kapazitäten sowie Ziffer 3.2.5.1 - Konzept Notfallversorgung.

**11. Wird eine notwendige Verlagerung des Flugverkehrs bei der Notfallversorgung nach Neuperlach von der Bevölkerung akzeptiert?**

Antwort:

Eine Ausweitung des Flugverkehrs ist mit dem Sanierungsumsetzungskonzept nicht mehr geplant. Vgl. auch Ziffer 3.2.

**12. Ist ohne komplette Umsetzung des BCG Gutachtens eine Insolvenz unvermeidlich? Wurden Alternativen überprüft? Riskiert man zugunsten einer**

### **Insolvenzvermeidung, dass zwei Standorte nicht überleben? Also eine Standortbereinigung durch die Hintertür?**

#### Antwort:

Ohne eine tiefgreifende Sanierung wird die StKM keine marktübliche Rendite zur Refinanzierung der künftigen Investitionen erreichen können, die Voraussetzung für eine positive Fortführungsprognose ist. Insofern besteht bei Nicht-Umsetzung der Sanierungsmaßnahmen tatsächlich eine Insolvenzgefahr.

Zwischen März und Mai 2014 wurden zahlreiche eingegangene Alternativvorschläge überprüft und finanziell bewertet: Im Ergebnis konnte jedoch keine der eingereichten Alternativen einen gleichwertigen Sanierungsbeitrag erzielen. Daher wurden diese Alternativen nicht weiter verfolgt.

Es ist davon auszugehen, dass alle vier verbleibenden Standorte überlebensfähig sind aufgrund ihrer Einbettung in die standortübergreifende Medizinarchitektur der StKM.

## **3.3 Optimierung Betriebe und Dienstleistungsportfolio**

### **3.3.1 Medizet**

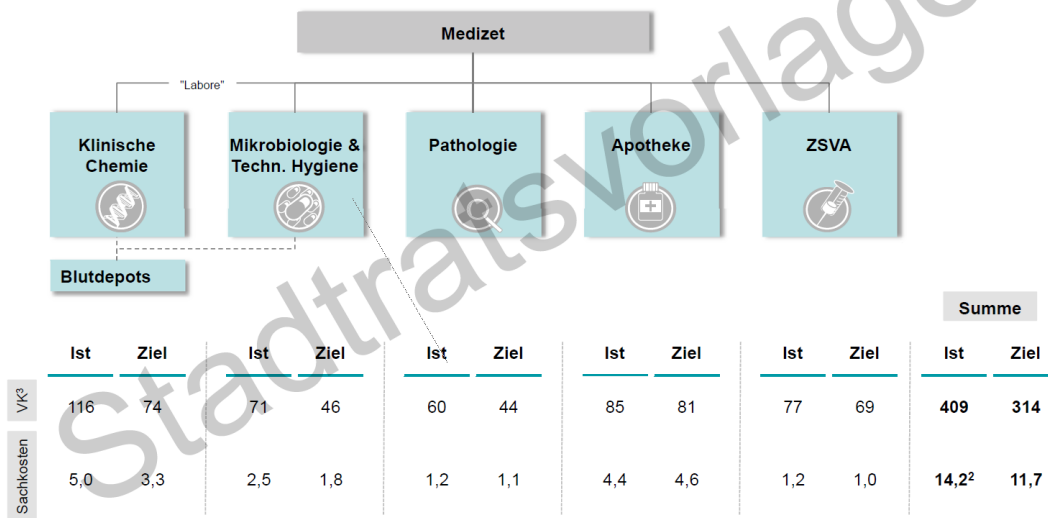
#### **3.3.1.1 Ausgangslage / Sachstand**

##### **3.3.1.1.1 Überblick über die Abteilungen**

Medizet – Überblick  
 > Städtisches Klinikum München



**Das Medizet besteht aus fünf Departments für medizinische Dienstleistungen mit insgesamt 409 VK im Jahr 2014**



1. Sachkosten ohne Instandhaltungskosten 2. Gegenüber Vorseite Sachkosten Rundungsdifferenzen 3. Ist = Dez. 2014, Ziel = Jahresmittel 2022  
 Quelle: StKM, BCG

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 73

Das Medizet besteht aus 5 Departements für medizinische Dienstleistungen: (1) Klinische Chemie (KCI), und (2) Mikrobiologie (MIK), (3) Pathologien, (4) Apotheke und (5) Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA). Insgesamt sind in diesen Abteilungen 409 Vollzeitkräfte beschäftigt (Stand Dezember 2014, ohne Verwaltungskräfte). Die Labore der KCI und MIK haben mit gemeinsam 187 Vollzeitkräften den größten Anteil, es folgt die Apotheke mit 85 VK, die ZSVA mit 77 VK und die Pathologien mit 60 VK. Ziel für 2022 ist eine Verschlanung der Strukturen mit einem Abbau von 95 VK (23%). Gleichzeitig sollen die Sachkosten aller Departements um insgesamt 22% reduziert werden.

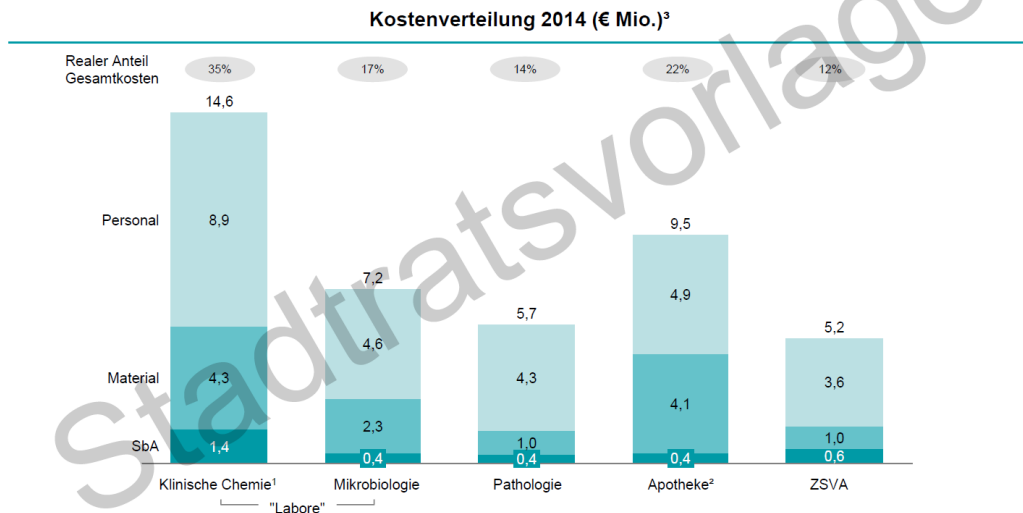
**3.3.1.1.2 Überblick Gesamtkosten**

Medizet – Überblick

&gt; Städtisches Klinikum München



## Die Labore haben den höchsten Anteil an den Gesamtkosten – und müssen die Hauptlast der Einsparungen tragen



Seite 74

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 74

Die Gesamtkosten des Medizet betragen im Jahr 2014 rund 42 Mio. €, 62 % hiervon waren Personalkosten. Den höchsten Sachkostenanteil haben die Labore Klinische Chemie und Mikrobiologie (bei der Apotheke muss berücksichtigt werden, dass 3,5 Mio. € der Sachkosten Arzneimittelkosten für das externe Geschäft sind). Das Sanierungsgutachten sieht für das Medizet ggü. 2014 im Zielbild 2022 eine Ergebnisverbesserung um jährlich 3 - 4 Mio. € im Vergleich zu 2013 vor, die in erster Linie durch Kostensenkung erreicht werden soll. Die Hauptlast der Einsparungen entfällt auf die Labore Klinische Chemie und Mikrobiologie. Diese Abteilungen verursachten 2014 52 % der Gesamtkosten des Medizet.

### 3.3.1.1.3 Strukturelle Grundprobleme - Übersicht

In allen Teilbereichen des Medizets finden sich folgende drei strukturellen Grundprobleme:

(1) Defizite der Infrastruktur mit dezentraler Verortung, veralteten Gebäuden und Geräten und fehlender Standardisierung zwischen den Standorte.

(2) Mangelnde Personalproduktivität mit hohem Krankenstand, geringer Einsatzflexibilität (kein Personalaustausch zwischen den Standorten) und ungeeigneter Qualifikation (z.B. im Bereich der Labore keine Nachtdiensttauglichkeit bei falscher Qualifikation).

(3) Ungünstige Sachkostenstruktur mit schlechten Einkaufskonditionen für Laborbedarf, Doppelvorhaltungen und fehlender Standardisierung. Voraussetzung für die Sanierung sind eine grundlegende Verbesserung der Infrastruktur mit Erneuerungen, Zentralisierung und Vereinheitlichung über die Standorte.

### **3.3.1.2 Prüfung und Darstellung der Optimierungsoptionen**

#### **3.3.1.2.1 Leitlinien der Optimierungsprüfung**

Die Optimierungsprüfung basiert auf den vier wesentlichen Leitlinien Medizinische Qualität, Versorgungssicherheit / -unabhängigkeit, Know-How und Kosten. Anhand dieser vier Kriterien wurde zunächst geprüft, ob ein Verbleib der einzelnen Teilbereiche bei der StKM sinnvoll ist, oder die Fremdvergabe eine günstige Alternative darstellen könnte. Wichtigstes Ziel ist es, eine hohe medizinische Qualität der Dienstleistungen zu gewährleisten, da es sich in allen Bereichen um direkt behandlungsrelevante Leistungen handelt. Dies kann prinzipiell sowohl hausintern als auch durch einen externen Anbieter sichergestellt werden. Strategische Erwägungen sprechen jedoch für einen Verbleib bei der StKM. Bei Eigenbezug bestehen keine Abhängigkeiten von externen Anbietern, der Versorgungslevel kann direkt an die Bedürfnisse der StKM angepasst werden. Im Bereich der Sterilgutversorgung müssen auch Haftungsfragen bedacht werden, hier verbliebe beispielsweise die Verantwortung für die regelrechte Aufbereitung des Sterilguts auch nach externer Vergabe bei der StKM. Ein wichtiger strategischer Aspekt ist zudem der Verbleib von Know-how und medizinischer Kernkompetenzen bei der StKM.

Kostenseitig stehen im Rahmen der Sanierung hohe Investitionskosten für alle Bereiche des Medizets an. Diese könnten durch eine Fremdvergabe eingespart werden. Im Bereich der laufenden Kosten könnten durch eine Ausschreibung marktübliche Preise erzielt werden. Es wird allerdings davon ausgegangen, dass mit den vorgeschlagenen Sanierungsmaßnahmen auch bei internem Bezug eine wettbewerbsfähige Kostenstruktur geschaffen werden kann. Für den Verbleib bei der StKM sprechen zudem die externen Erlöse aus Privatliquidationen und der Versorgung externer Kunden und Kliniken, die einen Teil der Dienstleistungen des Medizet quersubventionieren.

Bei der jeweiligen Standortbewertung wurden die Kriterien Kundennähe (Probenaufkommen, Erreichbarkeit), Investitionskosten, Optimierung des operativen Cash-Flows und zeitnahe Realisierbarkeit in die Bewertung einbezogen.

### **3.3.1.2.2 Grundsätzliche Ergebnisse der Optimierungsprüfung**

Die Lösung der Infrastrukturdefizite stellt die Grundvoraussetzung zur erfolgreichen Sanierung der Abteilungen des Medizets dar. Im Zielbild 2022 verbleiben nach Prüfung der möglichen Varianten - entsprechend der oben genannten Leitlinien - alle Departements des Medizet, u. a. aus strategischen Erwägungen, weiterhin bei der StKM.

Es wird jedoch die konsequente Zentralisierung empfohlen. Die Zentralisierung an einem Klinikstandort stellt dabei durchgängig die beste Alternative dar. In den Bereichen Klinische Chemie (Notfalllabore, Blutversorgung), Mikrobiologie (Infektionsdiagnostik) und Pathologie (Schnellschnitte) machen auch weiterhin zeitkritische Anforderungen die Vor-Ort-Präsenz an jedem Klinikstandort erforderlich.

Bei der Standortbewertung nach den oben genannten Kriterien, stellt sich Bogenhausen als der qualitativ günstigste Standort heraus. Eine zeitnahe Zentralisierung aller Teilbereiche ist dort im Rahmen der laufenden Generalsanierung jedoch nicht möglich, sodass Interimsoptionen berücksichtigt werden mussten.

Es wird davon ausgegangen, dass mit den vorgeschlagenen Sanierungsmaßnahmen auch bei internem Bezug eine wettbewerbsfähige Kostenstruktur geschaffen werden kann.

### **3.3.1.2.3 Klinische Chemie und Mikrobiologie**

Mit der Zentralisierung an einem Klinikstandort können jährlich ca. 2,7 Mio. € an Kosten eingespart werden. Bezüglich der Standortwahl kamen die Zielstandorte Bogenhausen und Harlaching sowie die Anmietung eines 5. Standorts in die engere Auswahl. Die Standortvarianten Schwabing (Altbausanierung oder dezentral Containerlösung) und Harlaching (Containerlösung und geringeres Probenaufkommen) sowie der Neubau eines dezentralen Laborgebäudes kamen nicht in Betracht.

Unter Einbezug der Ergebnisse aus der Nettobarwertermittlung, der Höhe des GuV-Effekts sowie des operativen Mehrwerts stellt sich trotz höherer Investitionskosten die Variante Interimsstandort Modulgebäude Neuperlach und angestrebter endgültiger Standort nach Abschluss der Generalsanierung 2024 Bogenhausen als präferierte Option dar.



Zur Bearbeitung von dringenden Aufträgen und zur Notfallversorgung werden zusätzlich Präsenzlabore mit genau definiertem Spektrum an den einzelnen Klinikstandorten betrieben. Zusätzlich sollen durch eine Kooperation mit einem externen Partner und eine Verschlankung des Leistungsspektrums die Sachkosten der beiden Teilbereiche deutlich gesenkt werden.

Vom Personalabbau im Medizet sind im Zielbild überwiegend die Bereiche Klinische Chemie (-42 Vollzeitkräfte) und Mikrobiologie (-25 Vollzeitkräfte) betroffen. Unter anderem durch Zentralisierung werden hiervon 29 VK und aufgrund Leistungsrückgang 23 VK reduziert. Der Abbau von 14 Vollzeitkräften in den Laboren resultiert aus einer geplanten Kooperation mit externen Speziallaboren. Die Umstrukturierungen und damit auch der Personalabbau sollen in diesem Bereich bis 2019 abgeschlossen sein.

Bei der aktuellen Leistungsmenge könnten die Sachkosten bei Erreichen des Niveaus des Vergleichspartners um 2,8 Mio. € reduziert werden. Dies erfordert allerdings die Kooperation mit einem externen Partner, da die im Vergleich angesetzten Einkaufs- und Gerätebedingungen von den Laboren der StKM alleine aufgrund des geringen Einkaufsvolumens nicht erreicht werden kann.

Aufgrund der anstehenden grundlegenden Strukturveränderungen wird eine Kooperation mit einem externen Partner, die über eine Einkaufskooperation hinausgeht, empfohlen. Die genauen Konditionen sind im Rahmen einer Ausschreibung festzulegen.

#### **3.3.1.2.4 Pathologie**

Mit der Zentralisierung an einem Klinikstandort können jährlich ca. 1,2 Mio. € an Kosten eingespart werden. Unter Einbezug der Ergebnisse aus der Nettobarwertermittlung, der Höhe des GuV-Effekts sowie des operativen Mehrwerts wird der Standort Bogenhausen ab 2022 empfohlen. Als Zwischenschritt soll bereits in 2016 eine Zentralisierung der Pathologien Süd erfolgen.

Ab 2023 soll die Pathologie unter einer chefärztlichen Leitung geführt werden. Intraoperative Schnellschnitte werden von lokalen Teams vor Ort bearbeitet.

In der Pathologie ist eine Personalreduzierung um 17 Vollzeitkräfte geplant. Hiervon sollen 10 Vollzeitkräfte bereits mit der Zentralisierung Süd in 2016 abgebaut werden, weitere 7-8 Vollzeitkräfte erst mit Abschluss der Umstrukturierung in 2022.

#### **3.3.1.2.5 Apotheken**

Mit der Zentralisierung an einem Klinikstandort können jährlich ca. 0,2 Mio. € an Kosten eingespart werden. Derzeit werden zwei große Apothekenstandorte

(Bogenhausen und Schwabing) vorgehalten und empfohlen wird eine Zentralisierung am Standort Bogenhausen in 2022. Dies setzt jedoch voraus, dass die Zytostatika-Versorgung im Klinikum Schwabing kurzfristig als Interimslösung umgebaut werden muss. Hier wurden die Optionen Fremdvergabe vs. Investition betrachtet und führten zu dem Ergebnis, dass eine überbrückende Investition am Standort Schwabing knapp kostengünstiger ist, als eine temporäre Fremdvergabe.

Zur Erhöhung der Patientensicherheit und Reduzierung der Medikamentenkosten ist die Einführung Unit-Dose-Verfahren vorgesehen. Dies führt zu einer relativ geringen Reduzierung der Vollkräfte (-4 Vollzeitkräfte) in 2022.

#### **3.3.1.2.6 ZSVA**

Mit der Zentralisierung an einem Klinikstandort können jährlich ca. 0,8 Mio. € an Kosten eingespart werden. Trotz Reduktion der Fallzahlen und weiteren Einsparungen fällt aufgrund vermehrter Komplexität der aufzubereitenden Siebe der Einspareffekt nur gering aus. Der Personalabbau in der ZSVA ist mit -8 Vollzeitkräfte veranschlagt und soll in 2019 realisiert werden.

### **3.3.1.3 Ergebniszusammenfassung und Empfehlung**

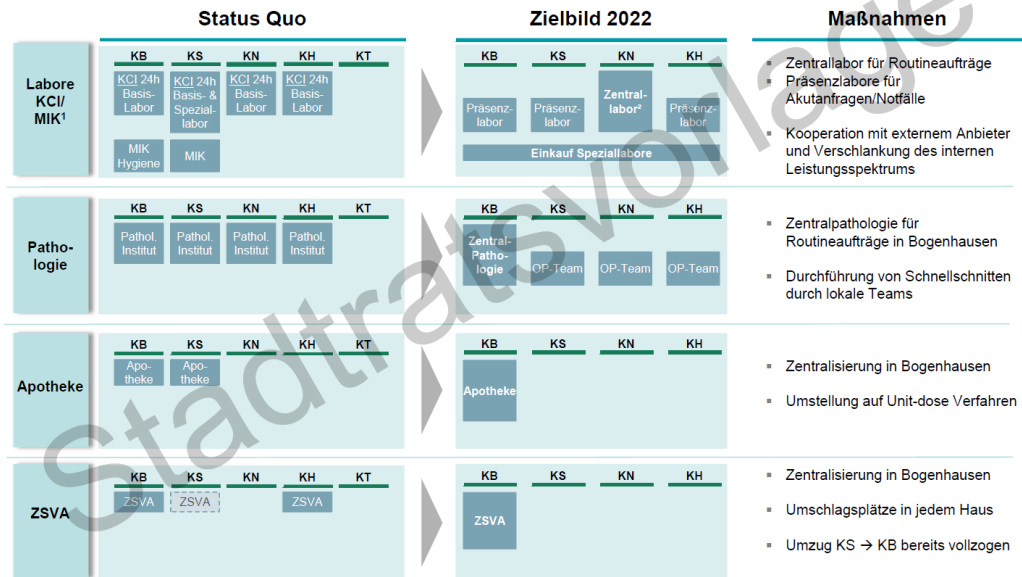
#### **3.3.1.3.1 Standortanalyse**

Medizet – Zielbild

&gt; Städtisches Klinikum München



## **Zielbild: Verbleib aller Teilbereiche bei der StKM – aber starke Zentralisierung und externe Kooperation im Bereich Labore**



1. KCI: Klinische Chemie, MIK: Mikrobiologie inkl. Techn. Hygiene 2. 2024 Labore in Bogenhausen geplant ; Stand Juni 2015 ; Umzug nach KB entfällt aus wirtschaftlichen Gründen ggf., wenn hierfür keine Flächen im Bestand (Stand Business Cases) hinzugezogen werden können, sondern eine Erweiterung des Neubaus notwendig wäre, Detailprüfung läuft aktuell Quelle: StKM, BCG

Seite 80

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 80

Im Zielbild soll für die Klinische Chemie und Mikrobiologie ein Zentrallabor eingerichtet werden (Interimsstandort Modulgebäude Neuperlach, angestrebter endgültiger Standort nach Abschluss der Generalsanierung 2024 Bogenhausen).

Für die Pathologie ist eine Zusammenlegung der bisher vier Institute an einem Standort vorgesehen.

Die Apotheke soll 2022 in Bogenhausen zentralisiert werden, der Apothekenstandort Schwabing wird geschlossen.

Die ZSVA wird 2019 im Funktionsneubau Bogenhausen zentralisiert. Der Standort Harlaching wird geschlossen.

### 3.3.1.3.2 Optimierung Personalstruktur

Insgesamt ist im Medizet ein Personalabbau von 96 Vollzeitkräfte im Vergleich zu Stand Dezember 2014 geplant. Der überwiegende Anteil der Personaleffekte liegt im Bereich KCI / MIK und Technische Hygiene. 2014 waren dort insgesamt 187

Vollzeitkräfte beschäftigt. Im Zielbild 2022 soll eine Reduktion um 67 auf 120 Vollzeitkräfte erfolgen.

### 3.3.1.3.3 Optimierung Sachkostenstruktur

Im Bereich des Medizets ist der überwiegende Optimierungseffekt bei den Sachkosten (2,8 Mio. €) im Bereich Klinische-Chemie und Mikrobiologie, jedoch nur in Kooperation mit einem externen Partner, zu erreichen.

### 3.3.1.4 Wesentliche Inhalte

Medizet

> Städtisches Klinikum München

#### Übersicht wesentlicher Inhalte



<b>1</b>	<p><b>Infrastrukturentscheidungen für alle Departements inkl. Interimslösungen während Umbauphase</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Modulgebäude Neuperlach</a> für Klinische Chemie und Mikrobiologie als Interim, Zentrallabor <a href="#">Bogenhausen 2024</a><sup>1</sup></li> <li>▪ <a href="#">Umbaumaßnahme Neuperlach Pathologie Süd</a> als Interim, Gesamtpathologie <a href="#">Bogenhausen 2022</a></li> <li>▪ <a href="#">Zytostatikaherstellung Schwabing</a> als Interim, Zentralapotheke <a href="#">Bogenhausen 2022</a></li> <li>▪ Neubau zentrale <a href="#">ZSVA in Bogenhausen</a></li> </ul>
<b>2</b>	<p><b>Umsetzung Personalkonzept in allen Departements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abbau von 95 VK im Vergleich zu Dezember 2014</li> <li>▪ Kontrollierter Abbau und Austausch von Personal mit dem Ziel eines Personalpools mit geeignetem Qualifikationsmix und voller, auch standortübergreifender Einsatzfähigkeit</li> </ul>
<b>3</b>	<p><b>Externe Kooperation Bereich Labore Klinische Chemie und Mikrobiologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umfassende Laborkooperation/Managementgestellung zur Restrukturierung der Labore</li> <li>▪ Zukauf von unrentablen Spezialleistungen</li> <li>▪ Verbleib des Personals bei der StKM</li> </ul>

<sup>1</sup> Stand Juni 2015. Umzug nach KB entfällt aus wirtschaftlichen Gründen ggf., wenn hierfür keine Flächen im Bestand (Stand Business Cases) hinzugezogen werden können, sondern eine Erweiterung des Neubaus notwendig wäre, Detailprüfung läuft aktuell  
Quelle: StKM, BCG

### **3.3.2 Blutspendedienst**

#### **3.3.2.1 Ausgangssituation BSD**

Im Rahmen der Detaillierung des Sanierungsumsetzungskonzepts wurde festgestellt, dass sich der Blutspendedienst zur Zeit in einer wirtschaftlich nicht tragfähigen Situation befindet, welche in zwei wesentlichen Punkten zusammen gefasst werden kann:

##### 1.) Negativer Ergebnisbeitrag

Bereits seit einigen Jahren liefert der BSD einen negativen Beitrag zum Gesamtergebnis der StKM, zuletzt in Höhe von ~1,9 Mio. € (2014, nach interner Verrechnung). Diese Entwicklung hat zwei wesentliche Treiber: Zum einen sinken die Erlöse des Blutspendedienstes laufend, was hauptsächlich am reduzierten Blutbedarf in den Kliniken liegt. Zum anderen steigen die Kosten des BSD stetig an - vor allem der jährlich größer werdende Personalkostenblock trägt mit einem Anteil von 48 % an den Gesamtkosten sehr stark zu dieser negativen Entwicklung bei.

##### 2.) Ungelöste Gebäudesituation

Der BSD befindet sich an seinem momentanen Standort in der Dachauer Straße 90 in einem Duldungsverhältnis, welches am 30.06.2016 endet – spätestens zu diesem Zeitpunkt muss dieses Gebäude also vom Blutspendedienst geräumt werden. Um eine solche Räumung durchzuführen, wäre der Neu- oder Umbau einer für den BSD adäquaten Räumlichkeit erforderlich, wofür man eine Investitionssumme in niedriger zweistelliger Millionenhöhe benötigen würde. Eine solche Summe kann allerdings von der StKM in der derzeitigen Sanierungssituation definitiv nicht zur Verfügung gestellt werden.

Aus diesen beiden Gründen ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf für den Blutspendedienst, insbesondere da bereits Restrukturierungsmaßnahmen in den letzten Jahren eingeleitet wurden, welche die finanzielle Situation des BSD aber nicht nachhaltig verbessern konnten.

#### **3.3.2.2 Bewertung Handlungsalternativen**

Um die herausfordernde Ausgangssituation des BSD zu bewältigen, wurden fünf mögliche Handlungsalternativen analysiert und sowohl quantitativ als auch qualitativ bewertet. Der Komplett-Verkauf stellte sich im Rahmen dieser Bewertung nicht nur

qualitativ als akzeptable Variante heraus, sondern war vor allem unter finanziellen Gesichtspunkten die deutlich beste Alternative, wie folgende Abbildung illustriert:

BSD – Handlungsalternativen  
 > Städtisches Klinikum München Szenarioberechnungen

Städtisches Klinikum München

**Ein Komplettverkauf erscheint wirtschaftlich am vorteilhaftesten<sup>1</sup>**

Wertkomponenten	A Verbleib StKM & Sanierung	B Verbleib StKM & Kooperation	C Komplette Schließung	D Komplettverkauf	E1 Veräußerung Vollblut & Restschließung	E2 Veräußerung Apherese & Restschließung
Operatives Geschäft BSD (Gesamtsticht StKM)	-25,3 <sup>1</sup>	-22,9	-4,7 <sup>2</sup>	-1,0 <sup>5</sup>	-1,0 <sup>6</sup>	-1,0 <sup>6</sup>
+ Außerordentliche Zahlungen (Restrukturierung/ Anlagevermögen)	-0,4	-0,4	-3,8 <sup>3</sup>	0	-1,5 <sup>7</sup>	-3,4 <sup>7</sup>
+ Investitionen	-12,5	-12,5	0	0	0	0
+ Verkaufserlös	0	0	0	Konservative Kaufpreisannahmen (Untergrenze)		
				3,3	1,7	1,6
+ Kosten Blutprodukte Fremdbezug	0	0	-19,2 <sup>4</sup>	-19,3 <sup>5</sup>	-19,3 <sup>6</sup>	-19,3 <sup>6</sup>
= <b>Gesamtwert</b>	<b>-38,2</b>	<b>-35,8</b>	<b>-27,7</b>	<b>-17,0</b>	<b>-20,1</b>	<b>-22,1</b>

1. Beinhaltet Blutbezugskosten für die StKM 2. Umsatzeinbruch durch Bekanntgabe Verkauf. Annahme 2015 noch 50% des externen Umsatzes 3. Abfindungskosten für 80% des Personals (falls kein anderweitiger Einsatz möglich), möglicher Erlös aus Veräußerung des Anlagevermögens und Rückbaukosten Dachauerstr. 90 4. Versorgung der StKM ab 2015 durch extern 5. Unter der Annahme, dass der Betrieb 2015 fortgeführt wird und Versorgung der StKM 2015 noch durch BSD erfolgt 6. Unter der Annahme, dass der Betrieb 2015 aufrecht erhalten wird, Bezug Blutprodukte StKM 2015 über BSD 7. Abfindungen für das verbleibende Personal in 2016 in Höhe eines Jahresgehaltes (falls kein anderweitiger Einsatz möglich); Quelle: StKM, BCG  
 Allgemeine Annahmen: Betrachtungsperiode bis 2022, Diskontierungszinssatz in Höhe von 10%

Seite 115

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 115

### 3.3.2.3 Aktueller Sachstand

Die Situation des Blutspendedienstes sowie mögliche Optimierungsszenarien wurden dem Stadtrat in der Sitzung am 24.03.2015 (Finanzausschuss) bzw. am 25.03.2015 (Vollversammlung) detailliert vorgetragen (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 02666). Die Geschäftsführung wurde beauftragt „Gespräche zum Verkauf des Blutspendedienstes mit potentiellen Interessenten - zur Ermittlung der Konditionen eines etwaigen Teil- oder Komplettverkaufs und für eine valide Bewertung der Handlungsalternativen - aufzunehmen. Dabei ist besonderer Wert auf die möglichst langfristig garantierte Übernahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Blutspendedienstes zu legen“. Darüber hinaus wurde beschlossen, dass das

„Ergebnis einer abschließenden Bewertung der Handlungsalternativen dem Stadtrat zur weiteren Entscheidungsfindung baldmöglichst vorgelegt werden“.

Im Rahmen der im Anschluss an den oben genannten Stadtratsbeschluss erfolgten Gespräche mit vier Interessenten, welche sich mittels indikativer Angebote um den Kauf des BSD beworben hatten, wurde zunächst eine sog. Datenraum- und Q&A<sup>2</sup>-Phase durchgeführt, um den Bietern eine detaillierte wirtschaftliche Bewertung zu ermöglichen.

Mit drei danach verbliebenen Bietern fanden im Anschluss Gesprächsrunden statt, in welchen sich jedoch zeigte, dass insbesondere eine möglichst langfristig garantierte Mitarbeiterübernahme im Rahmen eines freihändigen Verkaufs schwer zu erreichen war. Schließlich sah auch das einzige verbindliche Angebot nur eine sehr begrenzte Mitarbeiterübernahme (unter der Bedingung einer vorangegangenen, durch die StKM durchgeführten Restrukturierung) vor, und stellte darüber hinaus im Rahmen einer Ausschreibung des Verkaufs, in Kombination mit der Blutbelieferung der StKM, noch deutlich bessere Konditionen in Aussicht.

Aus diesem Grund entschloss sich die Geschäftsführung der StKM, den freihändigen Verkauf zu beenden. Sie beabsichtigt nun eine kombinierte Ausschreibung des BSD und der Blutbelieferung der StKM durchzuführen.

Da es sich gem. § 7 des Gesellschaftsvertrags der StKM um die Veräußerung eines Betriebs handelt und das Blutbedarfsvolumen der StKM in Summe deutlich über 6 Mio. € brutto liegt, bedarf die Ausschreibung der Zustimmung der Gesellschafterin.

#### **3.3.2.4 Weiteres Vorgehen / Prozess Ausschreibungen**

Für die oben genannte Ausschreibung wurde ein erster Kriterienkatalog für die Blutbelieferung sowie für den BSD-Verkauf erstellt. Die Erstellung eines juristisch gültigen Bekanntmachungsdokuments erfolgt durch Fachanwälte für Verfahrensrecht. Die Bekanntmachung der Ausschreibung kann nach Planung der StKM am Tag nach der Sitzung des Stadtrats am 30.07.2015 erfolgen.

Im Anschluss an die Bekanntmachung haben potentielle Interessenten die Möglichkeit, sich innerhalb der Teilnahmeantragsfrist von 30 Tagen zu bewerben. Alle Bewerbungen werden nach Fristende bewertet, um für die Verhandlungsphase geeignete Teilnehmer zu ermitteln. Diesen werden daraufhin Vergabeunterlagen zugesandt, welche unter anderem detaillierte Wertungskriterien sowohl für die Vergabe des Lieferauftrags als auch für den BSD-Verkauf sowie die Aufforderung, ein indikatives Angebot zu unterbreiten, enthalten. Auf Basis der Angebote werden Verhandlungen geführt werden.

### **Inhalt der Ausschreibungsbekanntmachung**

Die unter Ziffer 3.3.2.4 erwähnte Bekanntmachung der Ausschreibung wurde bewusst möglichst schlank gestaltet, um den Handlungsspielraum für die Verhandlungsphase nicht unnötig einzuschränken. Zentrale Themen (z.B. Mitarbeiterübernahme) werden daher erst in den ebenfalls unter Ziffer 3.3.2.4 angesprochenen Vergabeunterlagen enthalten sein, dort aber eine bedeutende Rolle einnehmen.

Somit wird die Bekanntmachung folgende Kriterien enthalten:

- Möglichkeit der Belieferung mit spezifischen Blutprodukten gemäß Richtmengen.
- Möglichkeit der Bereitstellung immunhämatologischer Leistungen.
- Vorlage der gültigen Herstellungserlaubnis (nicht älter als ein Jahr) gemäß § 13 Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) in gültiger Fassung.
- Vorlage des Zertifikats: Bestätigung der Übereinstimmung eines Herstellers mit GMP der zuständigen Überwachungsbehörde gemäß Art. 111 (5) der Richtlinie 2001/83/EG umgesetzt in deutsches Recht durch § 13 Abs. 1 und § 72 Arzneimittelgesetz ODER Bestätigung der Übereinstimmung eines Herstellers mit GMP der zuständigen Überwachungsbehörde ausgestellt gemäß § 64 (3) Arzneimittelgesetz.
- Vorlage von adäquaten Referenzen betreffend der Belieferung von Kliniken mit Blutprodukten.

Wie oben bereits angeführt, werden die Vergabeunterlagen, welche nach Ablauf der Teilnahmeantragsfrist an für die Verhandlungsphase ausgewählte Bewerber versandt werden, deutlich umfangreichere Kriterien enthalten. Hierbei werden Vorgaben des Stadtrats, wie die Notfallversorgung der StKM mit Blutprodukten oder das Ausmaß der garantierten Mitarbeiterübernahme, eine zentrale Rolle einnehmen.

### **Kurze Beschreibung des Auftrags oder Beschaffungsvorhabens:**

Der Vertragsgegenstand umfasst zwei Komponenten:

1. Veräußerung des unselbständigen Unternehmensteils Blutspendedienst München (BSD) des Auftraggebers im Wege des Asset Deals.



2. Abschluss eines Rahmenvertrags über die Belieferung des Auftraggebers mit Blutprodukten für einen Zeitraum von bis zu 4 Jahren.

Hintergrund:

Der Auftraggeber will seinen Unternehmensteil Blutspendedienst München (BSD) im Wege des Asset Deals verkaufen. Eine Marktsondierung mit möglichen Interessenten im ersten Halbjahr 2015 hat ergeben, dass eine Veräußerung des BSD nicht sinnvoll ohne Abschluss einer Rahmenvereinbarung über die Belieferung des Auftraggebers mit Blutprodukten durch den Auftragnehmer und Käufer des BSD möglich ist. Dieser Lieferauftrag stellt wertmäßig den Hauptgegenstand des gesamten Vertrags dar. Da der Verkauf des BSD von der Vergabe der Rahmenvereinbarung nicht trennbar ist, werden beide Bestandteile im Rahmen eines europaweiten Vergabeverfahrens ausgeschrieben.

Die beiden Teile des Auftrags werden wie folgt näher beschrieben:

#### 1. Veräußerung BSD:

Verkauf des unselbständigen Unternehmensteils Blutspendedienst München im Wege des Kaufs von Einzelwirtschaftsgütern („Asset Deal“). Der Unternehmensteil beliefert sowohl die eigenen Kliniken des Auftraggebers als auch dritte Kunden vorwiegend aus der Region Oberbayern. Der Kaufgegenstand umfasst Gegenstände des Sachanlagevermögens, wobei bestimmte Vermögensgegenstände fest in dem derzeitigen Betriebsgebäude des BSD eingebaut sind, für das das Nutzungsverhältnis demnächst endet. Weiterhin erstreckt sich der Kaufvertrag auf bestimmte Vermögensgegenstände des Umlaufvermögens (Erwerb von Aktiva und Übernahme von Passiva) sowie Vertragsbeziehungen mit dritten Kunden, vorbehaltlich deren Zustimmung zur Übertragung, sowie die dem Unternehmensteil zuzuordnenden Arbeitnehmern, welche nach Rechtsauffassung des Auftraggebers gemäß § 613a BGB auf den Erwerber übergehen. Es wird darauf hingewiesen, dass sich infolge des Erwerbs Änderungen bei der genehmigungsrechtlichen Situation ergeben können.

#### 2. Rahmenvereinbarung Blutprodukte:

Gegenstand der Rahmenvereinbarung für die Belieferung des Auftraggebers an den verschiedenen Standorten in München sind:

Lieferung von Erythrozytenkonzentraten (EK), Thrombozytenkonzentraten (TK) (Apherese-TK und Pool-TK) und gefrorenem Frischplasma (GFP), einschl.

CMV-Antigen-negativen EK und TK, bestrahlten Blutprodukten (EK und TK), gewaschenen Blutprodukten (EK und TK) sowie geteilten Blutprodukten (EK und TK). Gegenstand sind weiter immunhämATOlogische Leistungen bei seltenen Blutgruppen bzw. Differenzierung transfusionsrelevanter Antikörper einschließlich Blutbereitstellung der verträglichen Konserven sowie eine Notfallversorgung für EK und TK. Die Dauer der Rahmenvereinbarung wird in dem Verhandlungsverfahren festgelegt.

**Gesamtmenge bzw. -umfang: (einschließlich aller Lose, Verlängerungen und Optionen, falls zutreffend)**

Rahmenvereinbarung Blutprodukte:

unverbindliche Richtmengen:

- EK: ca. 17.550
- EK bestrahlt: ca. 2.500
- TK: ca. 1.100
- TK bestrahlt: ca. 2.900
- GFP: ca. 3.412
- Von den ca. 4.000 TK: ca. 3.200 Apherese-TK und ca. 800 Pool-TK

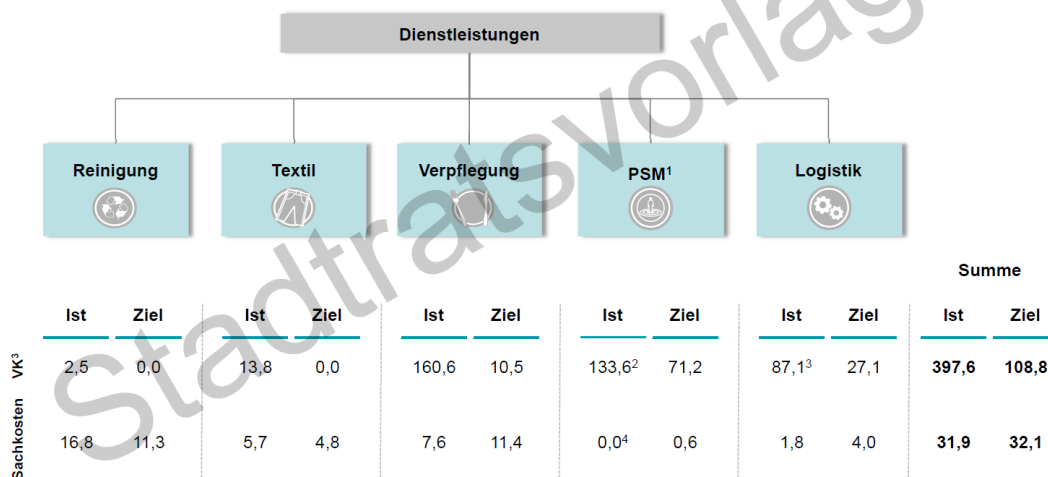
### 3.3.3 Optimierung Dienstleistungsbereiche

#### 3.3.3.1 Ausgangslage / Sachstand

Dienstleistungen – Überblick  
 > Städtisches Klinikum München



**Das Modul Dienstleistungen umfasst fünf Bereiche mit insgesamt ~ 398 Vollzeitkräften Ende 2014**



1. Pflege- und Servicemanagement 2. PSM umfasst insgesamt 302,7 VK, Teile in Modul 8 betrachtet 3. Logistik umfasst insgesamt 107,6 VK, Archiv, Poststellen und Leitung in Modul 8 betrachtet 4. Sachkosten im Bereich PSM entfallen größtenteils auf Unterhalts- und Wäschereinigung durch fremde Betriebe, welche den Bereichen 'Textil' und 'Reinigung' zugeordnet sind; übrige Sachkosten summieren sich zu Beträgen ~50.000 € Quelle: SKM; BCG

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 127

Das Modul Dienstleistungen umfasst die fünf Bereiche, Reinigung, Textil, Verpflegung, Pflege- und Servicemanagement sowie Logistik. Reinigungsservice und Textilservice weisen Ende 2014 nur noch einen reduzierten Personalbestand von 2,5 und 13,8 Vollzeitkräften auf.

Im Verpflegungsservice waren Ende 2014 160,6 Vollzeitkräfte beschäftigt, im Pflege- und Servicemanagement insgesamt 133,6 Vollzeitkräfte. Der Bereich Logistik umfasste insgesamt 87,1 Vollzeitkräfte Ende 2014, Archiv und Poststellen sowie die

Leitung werden in Modul 8 betrachtet. Somit werden in Summe Bereiche mit insgesamt rund 397,6 Vollzeitkräften (Stand Ende 2014) behandelt.

Das Sanierungsgutachten sieht für den Dienstleistungsbereich ggü. 2014 eine Ergebnisverbesserung um jährlich 12 Mio. € vor. Steigende Sachaufwendungen aufgrund von Fremdvergaben sind dabei nicht gegengerechnet.

Sachstände und Ausgangslage werden im folgenden Punkt je Dienstleistungsbereich als Basis für eine Optimierung aufgezeigt.

### **3.3.3.2 Prüfung und Darstellung der Optimierungsoptionen nach Dienstleistungsbereichen**

Das Modul Dienstleistungen umfasst die fünf Bereiche Reinigung, Textil, Verpflegung, Pflege- und Servicemanagement (anteilig) sowie Logistik. Reinigungsservice und Textilservice weisen aufgrund erfolgter Fremdvergaben in 2013 Ende 2014 nur noch einen reduzierten Personalbestand von 2,5 bzw. 13,8 Vollzeitkräften aus.

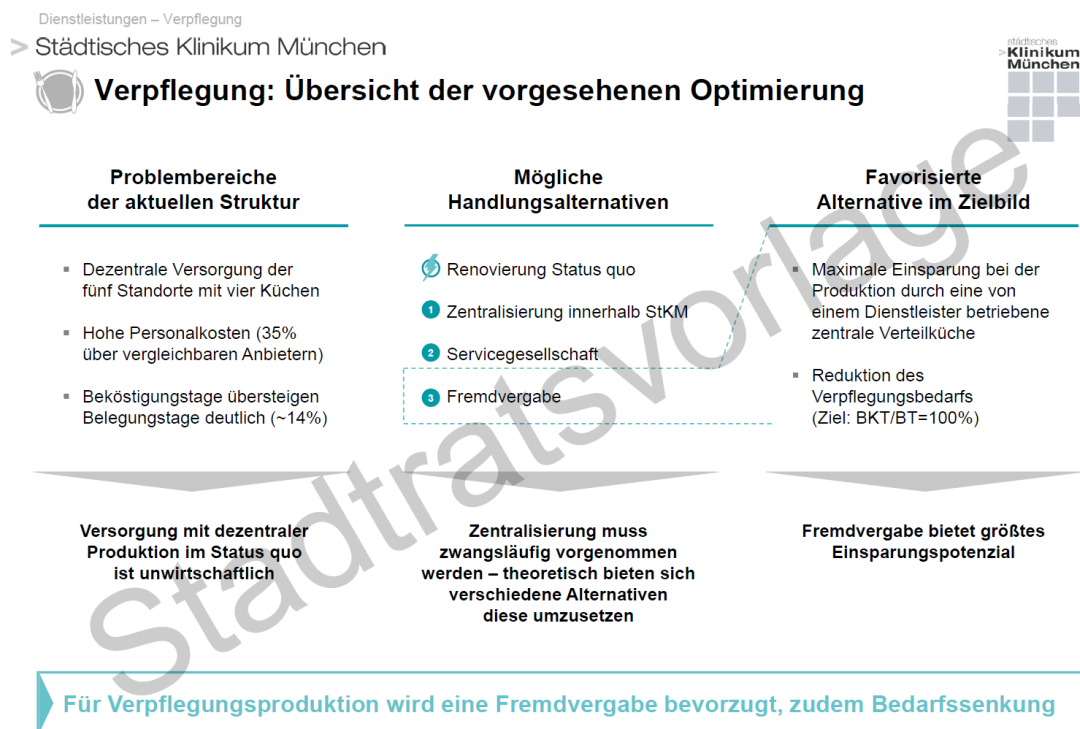
#### **3.3.3.2.1 Leitlinien der Optimierungsprüfung**

Für die Optimierung der Dienstleistungsbereiche sind folgende Leitlinien definiert worden.

- Verständnis der Wirtschaftsbereiche als Dienstleister für medizinisches Personal und Patienten.
- Hohe Einsparungsambition in den patientenferneren, tertiären Bereichen.
- Redimensionierung der Dienstleistungsbereiche gemäß dem reduziertem Leistungsvolumen.
- Zentralisierung als Hebel für darüber hinausgehende Produktivitätsoptimierung.
- Fremdvergabe an Dienstleister als Option zur deutlichen Reduktion von Faktorkosten.

So soll insgesamt eine Reduktion von Komplexität und Konzentration auf das Kerngeschäft erreicht werden.

### 3.3.3.2.2 Verpflegung



Anmerkung: BKT = Beköstigungstag  
Quelle: StKM; BCG

Seite 130

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 130

Im Bereich Verpflegung wird aktuell eine dezentrale Versorgung der fünf Standorte mit vier Küchen mittels des Cook & Serve Verfahrens (KB, KN, KH) bzw. des Cook & Chill (KS) Verfahrens vorgenommen.

Bei der Verpflegung lassen sich als Problembereiche der aktuellen Struktur die unwirtschaftliche dezentrale Versorgung der fünf Standorte mit vier Küchen, die hohen Personalkosten (35% über vergleichbaren Anbietern) und der deutliche Überhang der Beköstigungstage (BKT) über die Belegungstage (BT) von rund 14 % identifizieren.

Als mögliche Handlungsalternativen bieten sich eine Zentralküche der StKM, eine Servicegesellschaft oder eine Fremdvergabe an einen Dienstleister an. Eine Renovierung des Status quo kommt aus wirtschaftlichen Gründen nicht in Betracht.

Aufgrund der maximalen Einsparung bei der Produktion durch eine von einem Dienstleister betriebenen Zentralküche, ist dies die favorisierte Alternative im Zielbild. Zudem soll eine Reduktion des Verpflegungsbedarfs erreicht werden, mit dem Ziel den vorhandenen Überhang zu vermeiden.

Das zu optimierende Kostenvolumen für die Bereitstellung der Verpflegung umfasst rund 21 Mio. € pro Jahr, was bei 1.424 Tsd. BKT in 2014 (davon 434 Mitarbeiter und Externe) etwa 14,90 € je Beköstigungstag entspricht. Dabei waren in 2014 rund 170,4 Vollzeitkräfte im Verpflegungsservice beschäftigt. Die Quote von Beköstigungstagen ggü. Belegungstagen entspricht in 2014 114 %. Noch vor den Kosten für Lebensmittel mit 6,6 Mio. € in 2014, die bereits optimiert werden, sind die Personalkosten mit 8,0 Mio. € in 2014 der wesentliche Kostenblock bei der Speisensbereitstellung.

Für 170,4 Vollzeitkräfte in 2014 hatte die StKM einen Personalaufwand in Höhe von ~ 8,0 Mio. €. Dies entspricht je Vollzeitkraft einem Personalaufwand von ~ 47 Tsd. €. Potenzielle Dienstleistern weisen in Grobkonzepten Personalaufwand von ~ 31 Tsd.€ je Vollzeitkraft (inkl. MWSt.) aus. Die Vergütung der StKM für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Verpflegung liegt damit erheblich über dem einschlägigen Vergleichswert.

Die hohen Personalkosten resultieren aus der Vergütung gemäß TVöD und langjähriger Betriebszugehörigkeit bzw. hohem Altersdurchschnitt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Bei einer Risikobewertung der Speisensbereitstellung im Status quo ist festzustellen, dass eine Beibehaltung bzw. Optimierung des Status quo aus diversen Gründen - auch der Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen - keine Alternative darstellt.

Bei Ausschluss der Beibehaltung bzw. Renovierung des Status quo und Vergleich der anderen Alternativen weist eine Zentralisierung durch Fremdvergabe das größte Einsparpotenzial auf. Eine Fremdvergabe statt einer durch die StKM betriebenen Zentralküche weist bei der Betrachtung eines Zehnjahreszeitraums kumuliert einen um rund 9 Mio. € besseren Barwert auf. Auch gegenüber der Variante einer Zentralisierung und Gründung einer Servicegesellschaft weist eine Fremdvergabe einen günstigeren Barwert von rund 5 Mio. € auf.

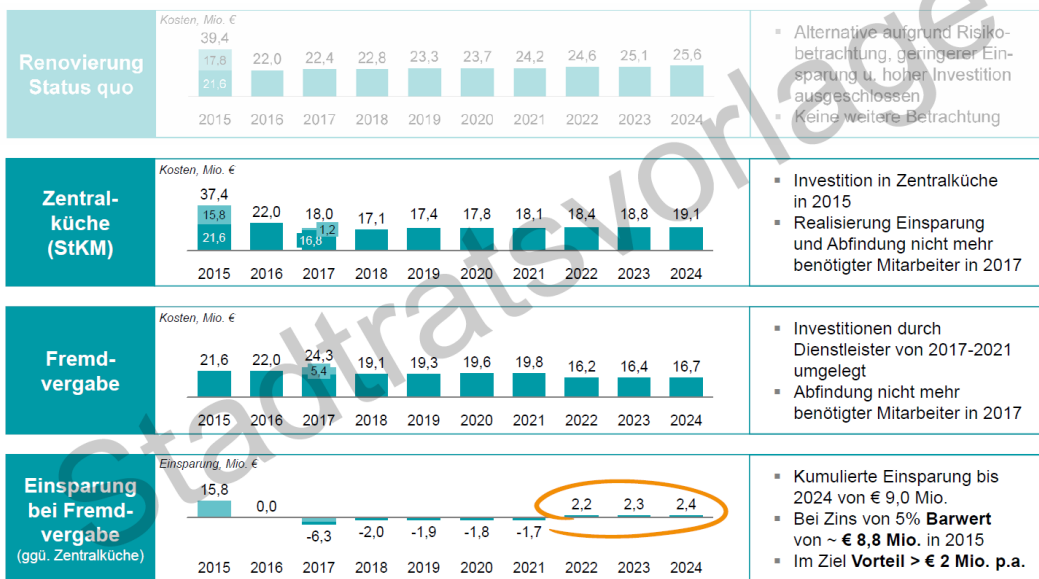
Bei einer dynamischen Betrachtung des Zielbilds weist eine Fremdvergabe mit Abstand die geringsten laufenden Kosten auf. Der Kostenvorteil gegenüber einer Beibehaltung bzw. Renovierung des Status quo beträgt im Zielbild bei Fremdvergabe mit 11,40 € je BKT (inkl. MWSt) rund 34 %. Der Kostenvorteil bei einer Zentralküche mit Servicegesellschaft würde mit 12,40 € je BKT rund 28 % und bei einer Zentralküche der StKM mit 12,90 € je BKT rund 25 % betragen.

Dienstleistungen – Verpflegung

> Städtisches Klinikum München



1/3 **Fremdvergabe statt Eigenbetrieb spart in 10 Jahren ~ € 9 Mio.**  
**– im Zielbild Einsparungen von jährlich über € 2 Mio.**



Anmerkungen: Kosteninflation berücksichtigt; BKT konstant angenommen; Abfindung basiert auf Schätzung  
 Quelle: StKM Patientenservice, POC, BCG

Investition / Abfindung (hellblau) Kosten (dunkelblau)

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 144

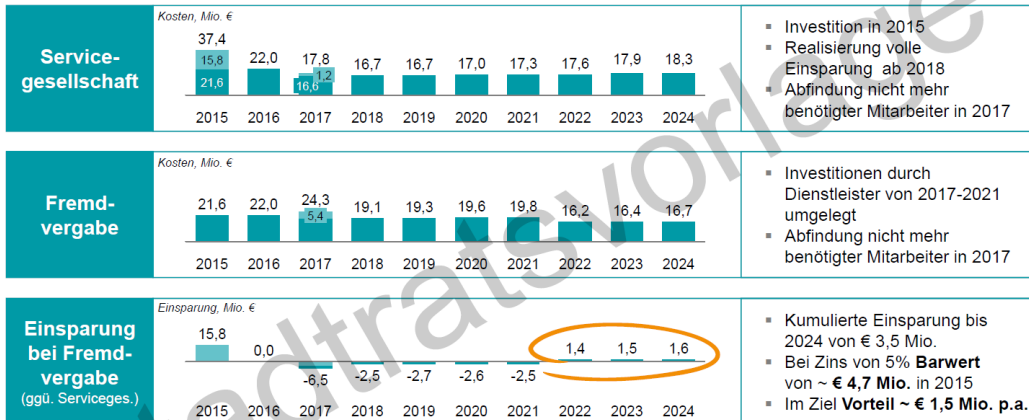
Vergleicht man die Alternative der Fremdvergabe mit einer Zentralküche der StKM, wird die Verlagerung der Investition deutlich. So wird bei einer Fremdvergabe statt einer Zentralküche der StKM in 2015 die Investition von 15,8 Mio. € vermieden. In 2017 fallen bei Fremdvergabe höhere Abfindungen an und in den fünf Jahren von 2017 bis 2021 werden die Investitionen des Dienstleisters über laufende Kosten an die StKM weitergegeben, so dass in diesen Jahren bei Fremdvergabe höhere Kosten als bei einer Zentralküche der StKM entstehen. Im Zielbild ab 2022 ist eine Fremdvergabe mit jährlich über 2 Mio. € vorteilhafter als die Alternative Zentralküche der StKM. Insgesamt bietet die Fremdvergabe gegenüber einer Zentralküche der StKM kumulierte Einsparungen von rund 9,0 Mio. € in zehn Jahren.

Dienstleistungen – Verpflegung

> Städtisches Klinikum München



2/3 **Auch Gründung einer Servicegesellschaft realisiert nicht volle Einsparung – Fremdvergabe im Ziel mit ~ € 1,5 Mio. p.a. Vorteil**



- Investition in 2015
- Realisierung volle Einsparung ab 2018
- Abfindung nicht mehr benötigter Mitarbeiter in 2017

- Investitionen durch Dienstleister von 2017-2021 umgelegt
- Abfindung nicht mehr benötigter Mitarbeiter in 2017

- Kumulierte Einsparung bis 2024 von € 3,5 Mio.
- Bei Zins von 5% Barwert von ~ € 4,7 Mio. in 2015
- Im Ziel Vorteil ~ € 1,5 Mio. p.a.

**Annahmen zur Personalkostensenkung bei Servicegesellschaft bereits sehr ambitioniert**

Anmerkungen: Kosteninflation berücksichtigt; BKT konstant angenommen; Abfindung basiert auf Schätzung  
 Quelle: StKM Patientenservice, POC; BCG

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 145

Vergleicht man die Alternative der Fremdvergabe mit der Zentralisierung und Gründung einer Servicegesellschaft wirkt auch hier die Verlagerung der Investition bei der Fremdvergabe. Die wesentliche Änderung bei diesem Vergleich besteht in den durch die Gründung der Servicegesellschaft verringerten Personalkosten. Die Fremdvergabe bleibt auch im Vergleich mit der Servicegesellschaft im Zielbild ab 2022 mit jährlich rund 1,5 Mio. € vorteilhafter. Die Fremdvergabe bietet gegenüber der Servicegesellschaft kumulierte Einsparungen von rund 3,5 Mio. € im Laufe des betrachteten Zehnjahreszeitraums. Die Alternative der Servicegesellschaft würde die Einsparung im Zielbild kritisch reduzieren und entsprechend wird im Umsetzungskonzept eine Fremdvergabe vorgesehen.

**Über den finanziellen Nachteil hinaus ist eine Servicegesellschaft mit höheren Risiken bei der Umsetzung verbunden**

Vorteil einer Servicegesellschaft ist, dass sie vom Grundsatz her die Anwendbarkeit eines kostengünstigeren Tarifvertrages für Neueintritte ermöglicht. Mitarbeiter



werden in die Servicegesellschaft ausgegliedert und scheiden damit bei der StKM aus.

Die Änderung der Arbeitsbedingungen durch den neuen (Firmen)Tarifvertrag ist theoretisch denkbar. Erfahrungsgemäß besteht eine geringe Verhandlungsbereitschaft der Gewerkschaften. Der Abschluss eines (Firmen)Tarifvertrages ist sowohl im Hinblick auf die notwendige Personalkostenabsenkung als auch seine Laufdauer und das Inkrafttreten der Absenkung völlig offen. Teilweise in den Arbeitsverträgen der StKM verwendete Bezugnahmeklauseln auf den TVöD führen aufgrund des Günstigkeitsprinzips zur weiteren Anwendung des TVöD trotz neuem (Firmen)Tarifvertrag. Die Gründung einer Servicegesellschaft kann zur Bildung eines Konzerns und einer Verkomplizierung der Betriebsratsstruktur durch Schaffung eines Konzernbetriebsrates führen. Der Betriebsrat und die Gewerkschaft verlangen im Zusammenhang mit der Ausgliederung i.d.R. eine mehrjährige Beschäftigungssicherung bei der neuen Gesellschaft (nicht selten verbunden mit einem Rückkehrrecht zum alten Vertragsarbeitgeber). Das Risiko einer nicht unerheblichen Widerspruchsquote beim Betriebsübergang ist gegeben. Hintergrund des Widerspruchs ist oftmals, dass zwar der Mitarbeiter kraft Betriebsübergang arbeitsrechtlich gesichert ist, er jedoch derselbe StKM-Mitarbeiter bleibt, der in einer ausgelagerten Servicegesellschaft die gleiche Tätigkeit wie zuvor für weniger Geld zu leisten hat.

### **Abschließende Bewertung**

Unter dem Gesichtspunkt der Personalkostensenkung ist die Gründung einer Servicegesellschaft und die Auslagerung von internen Leistungsgebieten der StKM in die Servicegesellschaft mittelfristig und langfristig kein erfolgreiches Instrument der Sanierung. Zeitliche Anlaufschwierigkeiten, die fehlende Langfristigkeit der Kosteneinsparung, die verbleibende Nähe zur StKM verhindern langfristig maßgebliche Kostenanpassungen.

Ein etwaiger Umsatzsteuervorteil im Vergleich zur Fremdvergabe kann diese Nachteile nicht ausgleichen. Das zu erwartende Argument, dass bei einer Vergabe der Dienstleistungen an einen Fremdanbieter eine Umsatzsteuerbelastung auf die StKM zukommt, während diese bei der Übernahme der Leistungen durch die Servicegesellschaft nicht anfällt, ist nicht überzeugend, da das Angebot eines Fremdanbieters eine Gesamtkalkulation darstellt, die diese Nachteile mit ausgleicht. Die Gesamtkalkulation des Fremdanbieters berücksichtigt im Übrigen eine niedrigere Personalkostenstruktur, sodass Outsourcing im Ergebnis von der Kostensituation und der Langfristigkeit die sinnvollste Vorgehensweise ist.

Der Umsatzsteuervorteil wäre im Übrigen auch dadurch zu realisieren, dass die Dienstleistung Küche innerhalb der StKM verbleibt und für diese Tätigkeiten im Wege eines Haustarifvertrags tarifliche Absenkungen auf dem Verhandlungsweg erzielt werden.

Die Höhe dieser Absenkungen würde aber die Kostenprobleme nicht lösen, da Ausnahmen vom jeweiligen Tarifvertrag der Höhe nach und in ihrer zeitlichen Dauer von den Gewerkschaften so begrenzt werden, dass die im Rahmen einer Sanierung notwendige Langfristigkeit der Kostenanpassung nicht gewährleistet ist.

Die avisierte Fremdvergabe der Speiserversorgung ist faktisch eine Schließung der eigenen Verpflegungsproduktion – es liegt damit kein Betriebsübergang vor.

Ca. 161 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssten Ende 2016 betriebsbedingt ausscheiden.

#### **Bei Beschluss Mitte 2015 wäre eine Fremdvergabe bis Ende 2016 möglich**

Neben der Kostensenkung bei der Verpflegungsproduktion fallen zwei weitere Maßnahmen in den Bereich der Verpflegung: Bedarfsreduktion (Anpassung Beköstigungstage an Belegungstagen - aktuelle Quote 114 %) und die Neuausschreibung der Spülküchen mit der zeitnahe Einsparung von jährlich 0,3 - 0,5 Mio. € zu erwarten sind.

#### **3.3.3.2.3 Reinigungsservice**

In 2014 wurde eine Neuausschreibung der Reinigungsdienstleistung durchgeführt, die die Anpassung von Leistungswerten beinhaltete. Das Umsetzungskonzept sieht nun die Umsetzung der angepassten Leistungswerte und die Reduktion letzter verbleibender Mitarbeiter des Reinigungsservice vor, so dass die Einsparungseffekte der durchgeführten Optimierungen greifen.

Mit der Fremdvergabe und Neuausschreibung werden die Kosten um ~ 1,4 Mio. € p.a. ggü. 2014 gesenkt und die Unterhaltsreinigung ist nach Neuausschreibung nun wettbewerbsfähig auf Benchmarkniveau.

#### **3.3.3.2.4 Textilservice**

Eine Standardisierung der Dienstbekleidung ist vorgenommen worden und aktuell in Umsetzung. Eine Senkung des Textilbedarfs ist bereits als laufende Maßnahme begonnen. Weitere Einsparung sind durch die Reduktion letzter verbleibender Mitarbeiter und weitere Bedarfssenkung angestrebt.

Insbesondere durch den Abbau der verbliebenen Mitarbeiter können die Kosten für den Textilservice bis 2016 um 1,2 Mio. € gegenüber 2014 gesenkt werden. Daher sind Maßnahmen zum Abbau der verbliebenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig. Weitere Kosteneinsparung wird durch sinkenden Reinigungsbedarf bei der Wäsche aufgrund der Reduktion der Bettenanzahl gemäß Medizinkonzept und optimierter Verbrauchsmengensteuerung erreicht.

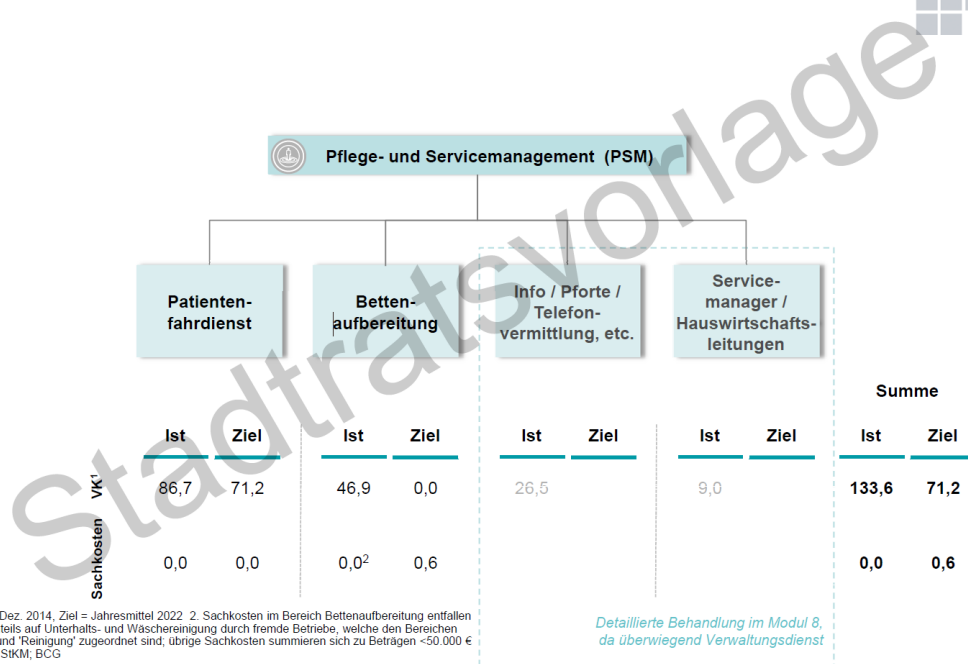
Bei gegenüber 2014 gleichbleibenden Belegungstagen entspräche solch eine Reduktion des Textilbedarfs im ganzjährigen Effekt einer Einsparung in Höhe von rund 0,6 Mio. € gegenüber 2014. In 2015 werden bereits Einsparung in Höhe von rund 0,4 Mio. € realisiert.

### 3.3.3.2.5 Pflege- und Servicemanagement

Dienstleistungen – PSM  
 > Städtisches Klinikum München



#### Übersicht der Bestandteile des Pflege- und Servicemanagement



1. Ist = Dez. 2014, Ziel = Jahresmittel 2022 2. Sachkosten im Bereich Bettenaufbereitung entfallen größtenteils auf Unterhalts- und Wäschereinigung durch fremde Betriebe, welche den Bereichen 'Textil' und 'Reinigung' zugeordnet sind; übrige Sachkosten summieren sich zu Beträgen <50.000 €  
 Quelle: StKM, BCG

Der Bereich Pflege- und Servicemanagement (PSM) umfasst den Patientenfahrtdienst mit rund 87 Vollzeitkräften, die Bettenaufbereitung mit rund 47 Vollzeitkräften, die Informationen, Pforten, Telefonvermittlungen und Leitstellen mit insgesamt rund 27 Vollzeitkräften und die Service-Manager sowie Hauswirtschaftsleitungen mit rund 9 Vollzeitkräften (Stand Ende 2014).

Für die Bereiche des PSM bestehen die Alternativen der Optimierung in Eigenregie, der Optimierung und Gründung einer Servicegesellschaft (siehe hierzu aus Ausführungen unter Ziffer 3.3.3.2.2 - Verpflegung) oder der Optimierung und anschließenden Fremdvergabe. Die Personalkosten sind im Bereich PSM überdurchschnittlich hoch. Sowohl bei Prozessen als auch bei Faktorkosten besteht daher Optimierungsbedarf.

#### Patientenfahrtdienst

Im Status quo wird der Patientenfahrtdienst mit eigenen Mitarbeitern und manuell koordinierten Fahrplänen betrieben.

Das Umsetzungskonzept sieht deshalb die Einführung eines IT-System und Tools zur Optimierung der Fahrwege des Patientenfahrtdienstes und dessen **Betrieb in Eigenregie** vor. Dies erlaubt eine Reduzierung des Transportaufwands um ~ 15 % und führt zu geplanten Einsparungen in Höhe von 1,2 Mio. € p.a..

Von 86,7 Vollzeitkräften werden nach Optimierung im Patientenfahrtdienst voraussichtlich 71 Vollzeitkräften weiterhin beschäftigt. Bei Berücksichtigung von Fluktuation und Renteneintritten müssen voraussichtlich 10 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter betriebsbedingt ausscheiden.

#### Bettenaufbereitung

Die Bettenaufbereitung erfolgt aktuell dezentral sowie zentral, manuell bzw. maschinell und weist insgesamt einen Kostennachteil von rund 70 % auf. Auch die Aufbereitungsquote ist zwischen den Häusern unterschiedlich. Die Ausschreibung zur Fremdvergabe ist bereits durchgeführt.

Die Optimierung und Fremdvergabe senkt die Gesamtkosten für die Bettenaufbereitung zeitnah um ~ 1,6 Mio. € p.a..

Von den 46 Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern in der Bettenaufbereitung können voraussichtlich 14 durch Fluktuation in anderen Bereichen aufgenommen und weiterbeschäftigt werden. Voraussichtlich 6 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter scheidet über Fluktuation aus und es müssen voraussichtlich 26 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter betriebsbedingt ausscheiden.

Info, Pforte u. Telefonvermittlung sowie Leitstelle

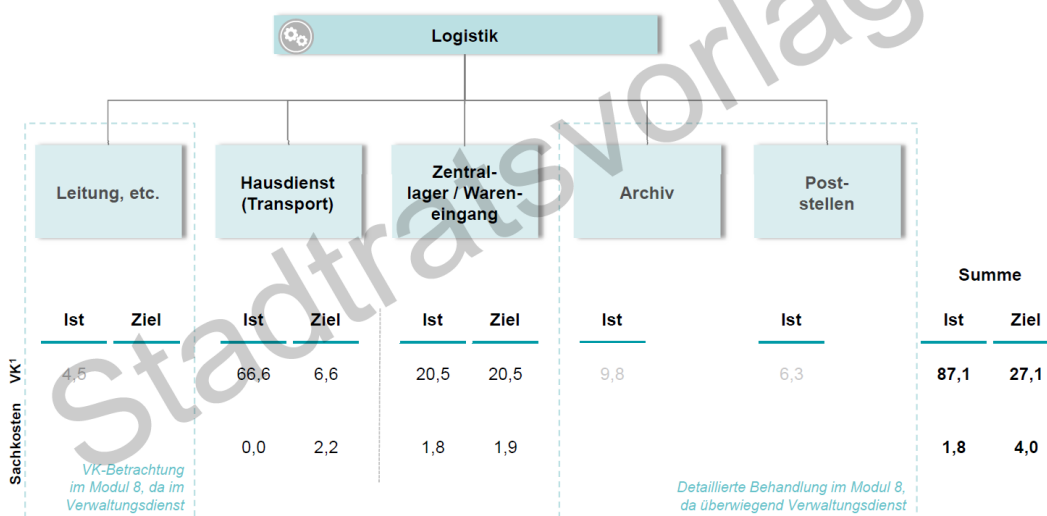
Zur Optimierung ist eine Prüfung der Zusammenlegung Info / Pforte und Vermittlung sowie der Vereinheitlichung der Besetzung vorgesehen. Darüber hinaus ist eine Verschlankung des Managements und Zentralisierung von Leitstellen in Eigenregie vorgesehen. Eine Zentralisierung der Leitwarten wird im Rahmen des Moduls 7 (Infrastruktur) durchgeführt. Insgesamt sind im Umsetzungskonzept Einsparungen von rund 6,5 Vollzeitkräften vorgesehen.

**3.3.3.2.6 Logistik: Übersicht der vorgesehenen Optimierungen**

Dienstleistungen – Logistik  
 > Städtisches Klinikum München



**Übersicht der Bestandteile des Bereichs Logistik**



1. Ist = Dez. 2014, Ziel = Jahresmittel 2022  
 Quelle: StKM, BCG

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 170

Der Bereich Logistik umfasst die Bereichsleitung, den Hausdienst (hausinterner Transport), das Zentrallager und den Wareneingang, das Archiv sowie die Poststellen. Das Archiv und die Poststellen werden im Modul 8 detailliert behandelt und die Vollzeitkräfte der Leitung ebenfalls dort gezählt, da der Personalbestand

überwiegend im Verwaltungsdienst angesiedelt ist. Ende 2014 umfassten die weiteren Bereiche insgesamt 87,1 Vollzeitkräfte, davon 66,6 im Hausdienst und 20,5 im Zentrallager bzw. Wareneingang.

Für die Tätigkeiten der Logistik kommen grds. eine Optimierung in Eigenregie, die Gründung einer Servicegesellschaft und eine Fremdvergabe in Frage.

#### Leistungsstruktur

Aktuell kommt es zu aufgrund zahlreicher Schnittstellen zu Zuständigkeitskonflikten. Es ist deshalb eine Aufteilung des Bereichs mit Einsparung beim Koordinationsaufwand und Management vorgesehen. Da eine Aufteilung des Bereichs Logistik Schnittstellen reduziert und gesonderte Leitungsfunktionen einspart ist diese vollumfänglich geplant. Die Umsetzungsplanung sieht eine Aufteilung von Logistik an Technologie Management, Bau und Technik, Patientenservice und Einkauf vor.

#### Hausinterne Transporte

Im Status quo werden hausinterne Transporte mit eigenen Mitarbeitern vorgenommen. Die hausinternen Transporte umfassten Ende 2014 einen Personaleinsatz von insgesamt rund 67 Vollzeitkräften und Personalaufwand in Höhe von rund 3,0 Mio. €. Dies entspricht je Vollzeitkraft einem Personalaufwand von rund 46 Tsd. €. Bei potenziellen Dienstleistern werden durchschnittlich 32 Tsd. € je Vollzeitkraft (brutto) veranschlagt. Die Vergütung der StKM für Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter im Hausdienst liegt damit erheblich über dem Vergleichswert.

Das Umsetzungskonzept sieht deshalb die Fremdvergabe des Großteils von standortinternen Transportleistungen vor. Bei Fremdvergabe würde ein Faktorkostenvorteil von rund 30% realisiert werden können. Von 74 müssten voraussichtlich 61 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter betriebsbedingt ausscheiden. Es ergäbe sich ein Einsparungspotential von rund 0,8 Mio. € p.a.. Bei Gründung einer Servicegesellschaft würde ein Faktorkostenvorteil von rund 15 % und Einsparungspotenzial von jährlich rund 0,4 Mio. € realisiert werden können.

**Eine Fremdvergabe spart ggü. der Servicegesellschaft 2,8 Mio. € in 10 Jahren ein und bildet im Zielbild 2022 einen Kostenvorteil von ~ 0,5 Mio. € p.a. ab.**

### Archiv

Patientenakten werden in dezentralen Archiven gelagert und derzeit nach drei Jahren an einen Dienstleister ausgelagert. Künftig ist die Auslagerung der Patientenakten bereits nach einem Jahr geplant.

### Zusatzpotenzial bei Logistik durch Optimierungen im Zentrallager

Im Status quo wird ein zentrales Lager in Bogenhausen mit rund 1.300-1.400 Artikeln und einem Bestandwert von grob 1 Mio. € bei 18,3 Tagen Umschlagsdauer betrieben. Es kommt auf Stationen zur Anlegung von Hamstervorräten durch längere Vorlaufzeiten. Zudem kommt es zu Schwund.

Optimierungsansätze sind zum einen die Mindestabnahmemengen bzw. Verpackungseinheiten und dadurch Vorratshaltung und Verderb zu reduzieren. Zum anderen ist die Einrichtung eines sterilen Bereichs im Lager zur Ermöglichung von Umverpackung von Sterilgut zur Realisierung geringerer Abnahmemengen zu prüfen. Ein weiterer Ansatz ist die selektive Aufnahme von hochpreisigen Durchläufern in das Zentrallager zur Reduktion von Hamstervorräten.

Hieraus ergibt sich ein Zusatzpotenzial, es sind allerdings keine unmittelbar größeren personellen Anpassungen im Zentrallager vorgesehen.

### 3.3.3.3 Ergebniszusammenfassung und Empfehlung

Dienstleistungen – Überblick  
> Städtisches Klinikum München

städtisches  
Klinikum  
München

#### Übersicht der Dienstleistungsbereiche und avisierten Optimierung

	Status quo	Umsetzungskonzept	Grobkonzept
<b>Verpflegung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dezentrale Versorgung der fünf Standorte mit vier Küchen</li> <li>Cook &amp; Serve Verfahren (KB, KN, KH) bzw. Cook &amp; Chill (KS) Verfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verpflegungsproduktion in einer zentralen Verteilküche durch einen Dienstleister</li> <li>Absenkung des Überhangs beim Verpflegungsbedarf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gründung einer Zentralküche zur Versorgung der Häuser</li> <li>Einige interne Mitarbeiter verbleiben um angelieferte Speisen zu erwärmen</li> </ul>
<b>Reinigung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reinigungsservice vollständig fremdvergeben</li> <li>Neuausschreibung Reinigungsdienstleistung durchgeführt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prüfung Reinigungsfrequenzen</li> <li>Abfindung letzter verbleibender Mitarbeiter</li> <li>Optimierung durch Konsolidierung Gebäudeflächen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehalten der dualen Struktur mit internen Mitarbeitern und externen Dienstleistern</li> <li>Optimierung durch Konsolidierung Gebäudeflächen</li> </ul>
<b>Textil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Textilservice vollständig an Firma Berendsen fremdvergeben</li> <li>Standardisierung Dienstbekleidung in Umsetzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Senkung Textilbedarf</li> <li>Abfindung letzter verbleibender Mitarbeiter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehalten des zentralen Textilservices, der die Häuser versorgt</li> </ul>
<b>Logistik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dezentrale Archive und Auslagerung nach drei Jahren</li> <li>Physische Patientenakte</li> <li>Transporte in Eigenregie mit eigenen Mitarbeitern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auslagerung der Akten bereits nach einem Jahr und Zentralisierung Archiv</li> <li>Fremdvergabe von internen Transportleistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehalten interner Mitarbeiter zur Logistik pro Standort</li> </ul>
<b>PSM<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuell koordinierte Fahrpläne für den Patientenfahrdienst</li> <li>Ineffiziente Bettenaufbereitung</li> <li>Servicemanager den Klinikleitungen unterstellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IT System zur Optimierung der Fahrwege des Patientenfahrdienstes</li> <li>Fremdvergabe der Bettenaufbereitung</li> <li>Effiziente Organisationsstruktur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beibehalten interner Mitarbeiter für Bettenzentrale pro Standort</li> </ul>

1. Pflege- und Servicemanagement  
Quelle: StKM, BCG

Seite 128

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 128

#### Bereich Verpflegung:

Die Vergütung der StKM für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Verpflegung liegt mit rund 35 % und durchschnittlich 50 Tsd.€ je Vollkraft erheblich über dem einschlägigen Vergleichswert. Die Barwertbetrachtung über 10 Jahre weist die Fremdvergabe ggü. dem Betrieb in Eigenregie einen Vorteil in Höhe von ca. 8,8 Mio. €, ggü. einer Servicegesellschaft in Höhen von 4,7 Mio. € auf.

Das Umsetzungskonzept sieht die Verpflegungsproduktion in einer zentralen Verteilküche durch einen Dienstleister sowie die Absenkung des Überhangs beim Verpflegungsbedarf vor. Die betroffenen 161 der insgesamt 195 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter müssen betriebsbedingt ausscheiden. Bei Beschluss Mitte 2015 wäre eine Fremdvergabe bis Ende 2016 möglich.



Bereich Reinigungservice:

Mit der Fremdvergabe und Neuausschreibung werden die Kosten um ~ 1,4 Mio. € p.a. ggü. 2014 gesenkt und die Unterhaltsreinigung ist nach Neuausschreibung nun wettbewerbsfähig auf Benchmarkniveau.

Bereich Textilservice:

Auch der Textilservice ist bereits fremdvergeben. Die Standardisierung der Dienstbekleidung ist bereits in Umsetzung.

Eine deutliche Kostenreduktion durch Fremdvergabe des Textilservice - weitere Senkung um ~ 1,2 Mio. € p.a. ggü. 2014 ist zu erwarten, jedoch erfordert dies entsprechende Maßnahmen zum Abbau der verbliebenen Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter.

Bereich Pflege- und Servicemanagement:

Während eine Fremdvergabe der Bettenaufbereitung bereits angegangen wird, sind im Umsetzungskonzept zudem die Einführung eines IT-Systems bzw. Tools zur Optimierung der Fahrwege des Patientenfahrdienstes und eine effiziente Organisationsstruktur vorgesehen.

Beim Patientenfahrdienst ergeben sich Einsparungspotentiale in Höhe von ungefähr 0,6 Mio. € p.a. durch Prozessoptimierung und Einsparung von ca. zehn Arbeitsplätzen.

Bei der Bettenaufbereitung können durch Optimierung und Fremdvergabe die Gesamtkosten zeitnah um ungefähr 1,6 Mio. € p.a. gesenkt werden. 26 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter müssen betriebsbedingt ausscheiden.

Bereich Logistik:

Die Umsetzungsplanung sieht eine Aufteilung von Logistik an Technologie Management, Bau und Technik, Patientenservice und Einkauf vor.

Im Bereich Logistik finden derzeit hausinterne Transporte mit eigenen Mitarbeitern statt. Im Umsetzungskonzept ist nun eine Fremdvergabe von internen Transportleistungen avisiert. Eine Fremdvergabe mit Einsparungspotenzial von ~ 0,8 Mio. € p.a. setzt die das betriebsbedingte Ausscheiden von 60 Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern voraus.

Die Auslagerung der Patientenakten soll bereits nach einem Jahr stattfinden und das Archiv zentralisiert werden.

Dienstleistungen

> Städtisches Klinikum München



## Übersicht wesentlicher Inhalte

1	<p><b>Fremdvergabe Verpflegung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Für die Verpflegung zeigt sich in den Berechnungen, dass die erforderlichen Einsparungen nur im Wege der Fremdvergabe möglich sind, da Alternativlösungen – auch Servicegesellschaften – nicht die gleichen Effekte haben</li><li>▪ In Summe wären von einer Fremdvergabe voraussichtlich 161 Mitarbeiter betroffen</li></ul>
2	<p><b>Fremdvergabe Hausdienst</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Auch für den Hausdienst sind die erforderlichen Einsparungen nur durch Fremdvergabe realisierbar. Eine Servicegesellschaft würde nicht die gleichen Effekte aufweisen</li><li>▪ In Summe wären von einer Fremdvergabe voraussichtlich 61 Mitarbeiter betroffen</li></ul>

Quelle: SKM, BCG

Seite 124

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 124

### 3.3.4 Senkung personeller Infrastrukturkosten

#### 3.3.4.1 Ausgangslage / Sachstand

Dem Bereich Bau und Technik obliegt sowohl die Abwicklung baulicher Projekte inkl. Großbaumaßnahmen als auch die Sicherstellung des technischen Betriebs der Kliniken.

Im Status quo liegt im Technikbereich eine weitestgehend dezentrale Struktur vor, bei der sowohl planbare als auch ad hoc Tätigkeiten durch Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern an den Standorten durchgeführt werden. Der Bereich Bau und Technik umfasste Ende 2014 insgesamt rund 163 Vollzeitkräfte.

### **3.3.4.2 Prüfung und Darstellung der Optimierung des Personals im Bereich Infrastruktur**

#### **3.3.4.2.1 Leitlinien der Optimierung des Personals im Bereich Infrastruktur**

Für die Optimierung des Personals im Bereich Infrastruktur sind folgende Leitlinien definiert worden.

- Gewährleistung der Betriebssicherheit von Gebäuden und Anlagen.
- Redimensionierung gemäß neuer Infrastruktur und reduziertem Leistungsvolumen.
- Weitere Reduktion des technischen Dienstes durch Optimierung.
- Voraussichtlich Steuerung und Begleitung der Großbaumaßnahmen durch einen externen Dienstleister.
- Erhaltung notwendiger standortspezifischer Kompetenzen.
- Durchführung höherwertiger Tätigkeiten in Eigenregie.
- Differenzierte Disposition planbarer und nicht planbarer Tätigkeiten.

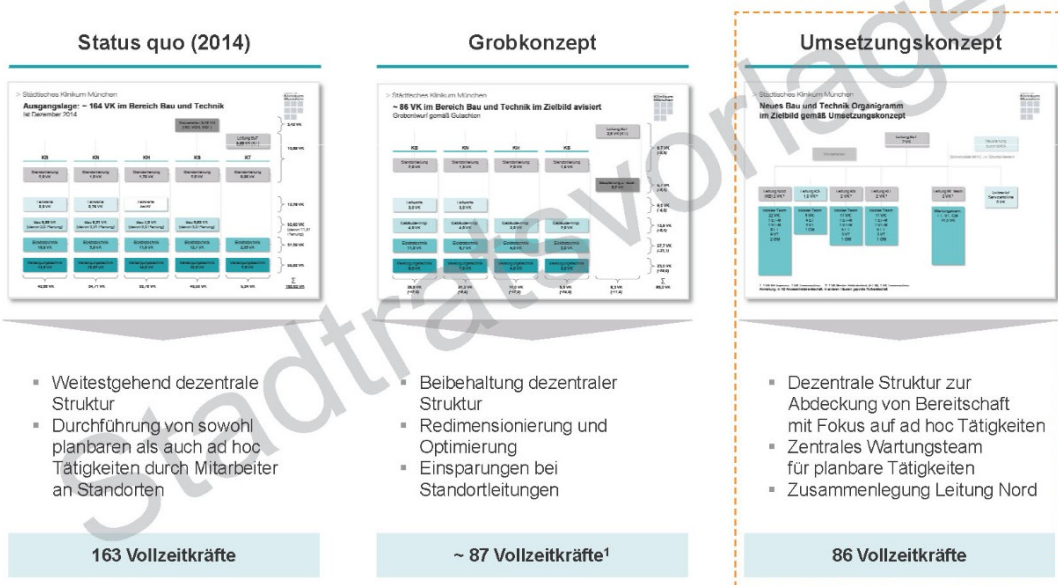
So soll insgesamt eine Reduktion des technischen Dienstes bei Gewährleistung der Betriebssicherheit ermöglicht werden.

### 3.3.4.2.2 Zielbild des Bereiches Bau und Technik

Infrastrukturkosten – Status quo vs. Zielbild

> Städtisches Klinikum München

#### Organigramm Bau und Technik umstrukturiert



1. Übergeleitetes Sanierungsziel, siehe Folgeseite für Vergleich Sanierungsgutachten  
Quelle: SIKM, BCG

Seite 184

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 184

Das Organigramm des Bereiches Bau und Technik wird gegenüber dem aktuellen Stand umstrukturiert.

Im Grobkonzept des Sanierungsgutachtens war eine Beibehaltung der dezentralen Struktur vorgesehen. Durch Einsparungen bei den Standortleitungen, Redimensionierung gemäß der Reduktion des Leistungsumfangs und darüber hinausgehende Optimierungsmaßnahmen sollte im Zielbild 2022/24 ein Personalbestand von ca. 88/86 Vollzeitkräften (ggü. Ist-Stand Dezember 2014 - 162,6 Vollzeitkräfte) erreicht werden.

Im Umsetzungskonzept ist nun eine dezentrale Struktur zur Abdeckung von Bereitschaftsdiensten mit Fokus auf ad hoc Tätigkeiten sowie ein zentrales Wartungsteam für planbare Tätigkeiten vorgesehen. Die Standortleitungen im Norden sollen zusammengelegt werden.

Die Tätigkeiten der Bauplanung und -ausführung werden durch eine Baugesellschaft übernommen. Es soll ggf. ein Transfer von im Krankenhausbau kompetenten Mitarbeitern zur geplanten Baugesellschaft stattfinden.

### **3.3.4.3 Ergebniszusammenfassung und Empfehlung**

Im Umsetzungskonzept ist eine dezentrale Struktur zur Abdeckung von Bereitschaftsdienste mit Fokus auf ad hoc Tätigkeiten sowie ein zentrales Wartungsteam für planbare Tätigkeiten vorgesehen. Die Standortleitungen im Norden sollen zusammengelegt werden.

Das Organigramm für den Bereich Bau und Technik umfasst im Zielbild in Summe 86 Vollzeitkräfte.

Die standortbezogene Struktur trägt der Größe und der Komplexität der Bausubstanz Rechnung. Sie ermöglicht die Abdeckung der notwendigen Bereitschaften sowie ad hoc Tätigkeiten und sichert Betriebssicherheit sowie Haftungsthemen ab.

Die durch Assistenten entlasteten Standortleiter übernehmen höherwertige Tätigkeiten in Eigenregie und garantieren die technische Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Standorte.

Die Einführung eines zentralen Wartungsteams deckt planbare Tätigkeiten weitgehend ab und erlaubt eine Auslastungsoptimierung, erfordert aber auch standortübergreifende Flexibilität des Personals.

Eine zentralisierte Leitwarte zur Übersicht aller Standorte wird eingeführt und fungiert gleichzeitig als Servicehotline.

Die Umsetzung der Restrukturierungsmaßnahmen sollen jeweils in Abhängigkeit zu den großen Bauprojekten erfolgen.

Das Sanierungsgutachten sieht im Bereich Personal Infrastruktur ggü. 2014 eine Ergebnisverbesserung um jährlich ca. 3 Mio. € vor. Voraussichtlich das betriebsbedingte Ausscheiden von ca. 39 Vollzeitkräften (u. U. abzüglich Personalübernahme durch die künftige Baugesellschaft) erforderlich.

## **3.3.5 Senkung Verwaltungskosten**

### **3.3.5.1 Ausgangslage / Sachstand**

In diesem Modul wird die gesamte Verwaltung der StKM betrachtet und Effekte bzw. Maßnahmen entwickelt, welche zu einer Optimierung und Reduzierung der Verwaltung führen. Die bevorstehende Personalentwicklung in der Verwaltung wird

auch durch das zukünftige Leistungsvolumen aus dem Medizinkonzept getrieben und daran ausgerichtet.

Die Verwaltung der StKM ist in ihrer bestehenden Struktur im Wettbewerbsvergleich zu anderen Kliniken deutlich überdimensioniert. So liegen die Verwaltungsfunktionen laut DKI-Management Report 2013 deutlich über dem Benchmark. Um ein durchschnittliches Wettbewerbsniveau zu erreichen, wird ein Personalabbau in Höhe von ca. 30 % angestrebt. Dazu muss eine geeignete Anpassung von Strukturen und Prozessen im Verwaltungsbereich erfolgen.

Die im Rahmen einer Prozessanalyse aufgedeckten Defizite, wie unklare Zuständigkeiten, mangelnde Kommunikation, fehlende Systemorientierung im Sinne einer abteilungs- und klinikübergreifender Zusammenarbeit sowie teilweise nicht ausgereifter zur Verfügung stehender IT lassen es zu, dass nach Optimierung ein wirksamer Personalabbau in der angestrebten Höhe erreicht werden kann.

Ausgangslage für das Modul Verwaltung stellt das aktuelle Organigramm der StKM dar, in der die derzeitige Aufteilung innerhalb der Geschäftsführung inkl. Vollzeitkräfte in der Verwaltung und verwaltungsnahen Funktionen (Stand: Dezember 2014) zu erkennen ist. Ausgehend von diesen Angaben wird die Vollzeitkräfte-Entwicklung bis zum Zielbild 2022 herausgearbeitet und entsprechende Maßnahmen zur Erreichung dieses Zielbildes benannt.

Im Sanierungsgutachten wurden wesentliche Verwaltungsfunktionen betrachtet, wobei der Fokus auf der Dienstart „Verwaltungsdienst“ lag. Im Rahmen der Prozessanalyse und Erstellung des Detailgutachtens wurde die Betrachtung um die verwaltungsnahen Funktionen erweitert.

In der Verwaltung und in verwaltungsnahen Funktionen sind in Summe 524 Vollzeitkräfte (ohne Beamte und Leiharbeitskräfte sowie Bau & Technik) beschäftigt. Die Abteilung Bau & Technik ist der Verwaltung zugeordnet, wird aber in dem Modul 7 „Senkung Infrastrukturkosten“ ausführlich dargestellt, sodass in Modul 8 keine nähere Betrachtung erfolgt. Außerdem wird der Blutspendedienst nur quantitativ in Modul 8 aufgenommen und in Modul 5 „Optimierung BSD“ bzgl. Berechnung des finanziellen Effekts umfassend bearbeitet und dargestellt.

### **3.3.5.2 Prüfung und Darstellung der Optimierungsoptionen**

Folgende Leitlinien für die Optimierung der Verwaltung wurden als Basis verwendet:

## Leitlinien für die Optimierung der Verwaltung

- ① **Rolle der Zentrale:** Strategiesetzung und Fachliche Vorgaben
- ② Teilweise **Rückführung der Ergebnis-Verantwortung** in die Klinik-Standorte
- ③ Klare Ausrichtung der Verwaltung auf das **Nord- und Süd- Klinikum**
- ④ **Stringente Aufbauorganisation** in Hinblick auf Führungs-Spannen und -Ebenen
- ⑤ **Leistungsumfang** Verwaltung abgestimmt auf Rolle als "**Dienstleister**" der Kliniken
- ⑥ **Komplexitätsreduktion** durch klar definierte Prozesse und Schnittstellen
- ⑦ Ausrichtung der **Dimensionierung** an tatsächlich notwendigem Leistungsumfang

**Klare Verantwortlichkeiten und Fokussierung auf relevante Verwaltungsfunktionen**

Quelle: StKM, BCG

Seite 201

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 201

Damit soll eine klare Verantwortlichkeiten und Fokussierung auf relevante Verwaltungsfunktionen geschaffen werden.

Es wurden **zwei wesentliche Problembereiche** der Verwaltung adressiert:

### 1. Struktur der Verwaltungsorganisation

Aufgrund des Nichtvorhandenseins von Standardisierungen nach Ebenen / Funktionsstufen und Unterschieden in den Führungsspannen erscheint der Aufbau der Verwaltungsfunktionen inkonsistent. Zwischen zentraler und dezentraler Verwaltungsorganisation besteht keine klare Rollenverteilung. Die dezentrale Führung, wie Klinikleitungen, ist in wesentliche „patientennahe“ Prozesse nicht involviert. Aufgrund fehlender Führungsverantwortung oder zahlreichen Schnittstellen laufen die Kernprozesse nicht effizient mit der Konsequenz einer überproportionalen Personalbindung. Die derzeitige Struktur in den Kliniken bzw. die Zuständigkeiten der

Klinikleitungen sind im Status quo nicht einheitlich. An den einzelnen Standorten sind keine einheitliche Aufbauorganisation sowie keine klaren Aufgabenprofile gegeben.

## **2. Dimensionierung und Qualität der Verwaltungsfunktionen**

Gegenüber anderen vergleichbaren Krankenhäusern ist die Verwaltung bereits im Status quo um ca. 16 % überdimensioniert. In Hinblick auf das Leistungsvolumen der StKM im Zielbild und dem unterstellten Abbau von Ineffizienzen und ineffektiven Prozessen muss die Verwaltung sogar um ca. 30 % ggü. Status quo verkleinert werden.

Im Vergleich zu historischen Werten als auch im Vergleich zu anderen Krankenhäusern ist die Verwaltung der StKM überdimensioniert. Einem Rückgang der Gesamtmitarbeiterzahl in 2013 in Höhe von ca. 2,7 % sowie in 2014 in Höhe von ca. 4,8 % stehen im Verwaltungsdienst (Dienstort 08) nur Anpassungen in Höhe von 1,0 % bzw. 0,2 % gegenüber.

Im Vergleich zum Wettbewerb ist die Verwaltung (Dienstort 08) mit einem Anteil von 7,5 % überdimensioniert. Vergleichswerte, welche dem DKI-Management-Report (DKI) 2013 entnommen wurden, zeigen Werte von 5,1 % (unteres Quartil der Gesamtheit) bis 6,3 % (arithmetisches Mittel der Gesamtheit) auf.

Gesamtziel ist, vor dem Hintergrund der Daten aus dem Sanierungsgutachten der Boston Consulting Group (BCG) sowie unter Einbeziehung der Ergebnisse der Prozessanalyse, klare Verantwortlichkeiten zu benennen und die Verwaltungsfunktionen auf relevante Kernbereiche zu fokussieren. So ist ein zukünftiger Geschäftsverteilungsplan und eine Organisation von Geschäftsbereichen entlang klarer und einheitlicher Leitlinien von der neuen Geschäftsführung zu verabschieden.

Ein „Organisations-Handbuch“ der Verwaltung mit klar definierten Zuständigkeiten und Tätigkeiten sowie eine klare Ausrichtung am Nord / Süd Klinikum ist zu erstellen. Die Zentrale soll weiterhin eine starke Rolle in Strategiesetzung und fachlichen Vorgaben einnehmen. Den Kliniken - Nord- und Süd-Klinikum - werden mehr Eigen- und Ergebnisverantwortung übertragen. In Bezug auf fehlende Führungsverantwortung und zahlreiche Schnittstellen werden eine klare Ablauforganisation und klare Zuständigkeiten insbesondere bei übergreifenden Kernprozessen geschaffen. Darüber hinaus wird die Zentrale aufgrund des Rückgangs des Leistungsvolumens der StKM und deutlicher Effizienzsteigerungen gegenüber des Status quo um ca. 30 % verkleinert.

Bezugnehmend auf die Struktur der Aufbauorganisation im Status quo ist keine stringente Aufstellung zu erkennen. Folgende Charakteristika konnten im Rahmen der Prozessanalyse identifiziert werden:

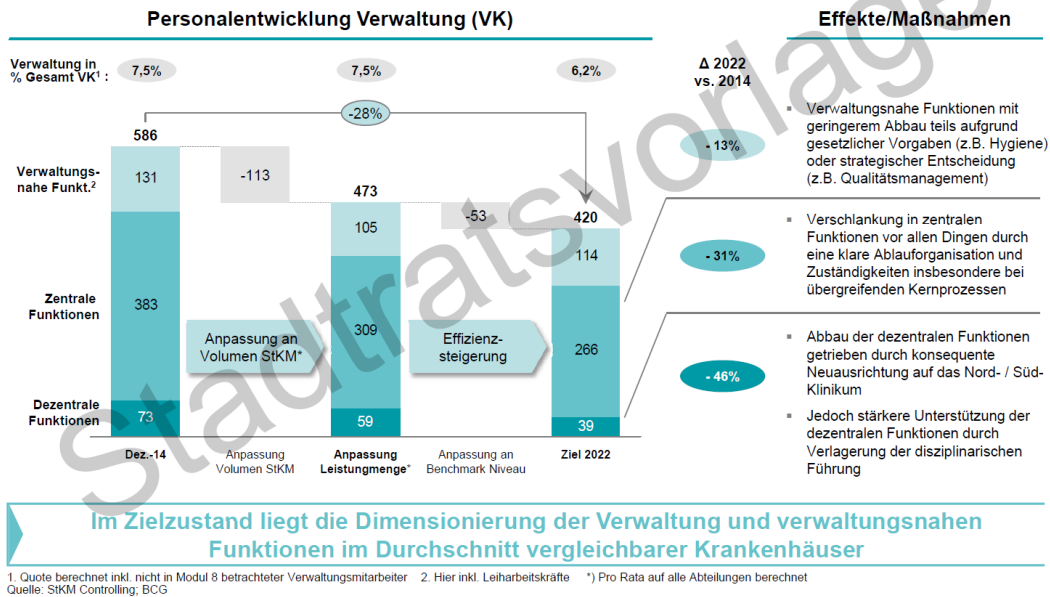


- Ungeklärte Verantwortungsverteilung zwischen Zentrale und Kliniken
- Örtliche Trennung von Führungsebene und operativen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.
- Keine Standardisierung nach Ebenen bzw. Funktionsstufen.
- Unterschiedliche Führungsspannen.
- Teils nicht nachvollziehbare Zuordnungen von Tätigkeiten zu Abteilungen.

Ausgehend von Personalvorhaltungen in Höhe von 586 Vollzeitkräfte (Stand 12/2014 - hier inkl. Leiharbeitskräfte und Beamte) ist im Rahmen der Optimierung ein Personalabbau in der Verwaltung und den verwaltungsnahen Bereichen in Höhe von 30 % geplant. Dies entspricht einem Abbau von ca. 166 Vollzeitkräfte, von den 113 Vollzeitkräfte durch Volumen Anpassung und weitere 53 Vollzeitkräfte durch Effizienzsteigerung eingeplant sind. Im Rahmen der Prozessoptimierung sind IT-technische Unterstützungsmaßnahmen (u.a. digitales Archiv, digitale Personalakte) mit einem Investitionsvolumen von ca. 10 Mio. € vorgesehen. In den Teilbereichen Info / Pforte, ambulante Abrechnung, gerichtliches Mahnwesen / Inkasso, Archive und Hauptkassen soll eine Fremdvergabe in Betracht gezogen werden.



**2 Zur Optimierung der Verwaltung und verwaltungsnahen Bereichen ist ein Personalabbau in Höhe von ~30% erforderlich**



Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 219

**3.3.5.3 Ergebniszusammenfassung und Empfehlung**

**Schlussfolgerung und Ausblick**

Im Zielbild 2022 wird den Klinikleitungen mehr Eigen- und Ergebnisverantwortung im Nord- und Südklinikum durch einen direkten Zugriff auf unterstützende Verwaltungsfunktionen übertragen. Die Zentrale wird aber dennoch eine starke Rolle in der Strategiewsetzung und in fachlichen Vorgaben einnehmen. Es wurde somit zum Einen eine klare Rollenverteilung zwischen zentraler und dezentraler Organisation geschaffen und zum Anderen dazu beigetragen, dass die dezentrale Führung, wie Klinikleitungen, in wesentliche „patientennahe“ Prozesse stark involviert ist.

Aufgrund des Rückgangs des Leistungsvolumens der StKM und deutlichen Effizienzsteigerungen muss die Zentrale gegenüber des Status quo um ca. 30 % verkleinert werden.

Dafür müssen die in der Prozessanalyse aufgedeckten Defizite in der Verwaltung beseitigt werden sowie die Umsetzung von zielführenden Maßnahmen eingeleitet werden.

Ausgehend vom Ausgangswert von 586 Vollzeitkräfte ist im Rahmen der Personalreduzierung in der Verwaltung die Zielgröße von ca. 420 Vollzeitkräfte zu erreichen. Bereits durch das angepasste Leistungsvolumen der StKM im Ziel ist eine Personalanpassung von 113 Vollzeitkräfte notwendig. Weitere 53 Vollzeitkräfte müssen durch Effizienzsteigerung in den jeweiligen Abteilungen entsprechend dem Personalkonzept verändert werden.

Das Sanierungsgutachten sieht im Bereich Verwaltung 2022 ggü. 2014 eine Ergebnisverbesserung um jährlich ca. 4 Mio. € vor. Die Personalvorhaltungen sollen im Zielbild ggü. 2014 um 166 Vollzeitkräfte reduziert.

### 3.3.5.4 Wesentliche Inhalte

Folgende wesentliche Inhalte betreffen das Modul 8:

Verwaltung  
 > Städtisches Klinikum München



#### Übersicht Inhalte

<b>1</b>	<p><b>Strukturentscheidungen der Verwaltungsorganisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neue <u>Rollenverteilung zwischen zentraler und dezentraler Verwaltungsorganisation</u>: Zentrale mit starker Rolle in Strategiesetzung und fachlichen Vorgaben; Mehr Eigen- und Ergebnis-Verantwortung im Nord- und Süd- Klinikum</li> <li>▪ Dahingehende angepasste <u>Ablauforganisation</u> bei übergreifenden Kernprozessen entsprechend der Vorlage</li> <li>▪ <u>Vereinheitlichung der Aufbauorganisation</u> mit definierten Zuständigkeiten und Tätigkeiten</li> </ul>
<b>2</b>	<p><b>Dimensionierung und Qualität der Verwaltungsfunktionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Reduzierung der Verwaltung und verwaltungsnahen Funktionen</u> ggü. Status Quo um ~30% (Abbau von ca. 167 VK)</li> <li>▪ Kontrollierter Abbau und Austausch von Personal zur Erreichung eines geeigneten Qualifikationsmix und standortübergreifender Einsatzfähigkeit</li> <li>▪ Stärkere Ausrichtung der Verwaltung als <u>Dienstleister des medizinischen Bereichs</u> (höhere Service-Levels)</li> </ul>
<b>3</b>	<p><b>Zur Umsetzung der Strukturentscheidungen und Neudimensionierung notwendige Anpassungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prüfung <u>externer Vergabe</u> folgender Tätigkeiten: Info/Pforte, Abrechnung ambulante Leistungen, gerichtliches Mahnwesen und Inkasso, Archiv und Hauptkassen</li> <li>▪ <u>Digitalisierung</u> wesentlicher bisher papierbasierter Dokumente (elektronisch archivierte Kranken- und Personalakte)</li> <li>▪ Zur Erreichung des Zielbildes notwendigen <u>Aufwendungen für Umsetzungsvorhaben speziell im IT-Bereich</u> in Höhe von ca. € 10 Mio. werden eingeplant</li> </ul>

Quelle: StKM, BCG

Seite 199

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 199

### **3.4 Personalkonzept**

Die im Sanierungsumsetzungskonzept verwendete Bezeichnung für die Angaben zur Bemessung der Personalmenge als Vollzeitkräfte (VK) ist gleichzusetzen mit der in der LHM üblichen Bezeichnung der Vollzeitäquivalente (VZÄ). Das bedeutet, eine VK kann unter Umständen mehreren Personen entsprechen.

#### **3.4.1 Tarif- und betriebsverfassungsrechtliche Gegebenheiten**

Mit der Beschlussvorlage „Städtisches Klinikum München GmbH - Personalwirtschaftliche Maßnahmen“ wurde der Stadtrat am 04.03.2015 bereits umfassend zu der Thematik informiert (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 02410). Zu den Themen

- betriebsverfassungsrechtliche Strukturen,
- Interessenausgleiche (allgemein),
- tarifrechtliche Strukturen

wird auf die Ausführungen in dieser Beschlussvorlage verwiesen.

#### **3.4.2 Vorgehensweise bei individuellen personellen Maßnahmen**

Die Restrukturierung der StKM kann nicht gelingen ohne personelle Veränderungen, die auch darin bestehen werden, dass Beschäftigte als Folge von notwendigen Sanierungsmaßnahmen ihren bisherigen Arbeitsplatz verlieren.

Es ist das Ziel der Gesellschafterin und der Geschäftsführung der StKM, betroffene Beschäftigte sozial abzufedern und betriebsbedingte Kündigungen zu vermeiden.

So weit nach dem Sanierungskonzept Arbeitsplätze nicht nachbesetzt werden müssen, erfolgt die notwendige Personalanpassung zunächst durch Verrentung, Auslauf befristeter Arbeitsverträge sowie Fluktuation im engeren Sinne (zum Beispiel Eigenkündigungen). In Summe ist von einer notwendigen Personalanpassung von -1.596 Vollzeitkräfte auszugehen. Hiervon werden voraussichtlich 75 % über Fluktuation das Unternehmen verlassen. Für 403 Vollzeitkräfte müssen andere Instrumente für den Personalabbau angewandt werden.

Stehen vorgenannte Instrumente nicht zur Verfügung, werden betroffene Beschäftigte, gegebenenfalls nach Qualifizierung, versetzt.

Fehlt eine Versetzungsmöglichkeit oder wird sie von den Beschäftigten abgelehnt, wird die StKM den Versuch unternehmen, die Beschäftigte/ den Beschäftigten zur Landeshauptstadt München oder zu einer ihrer Tochtergesellschaften oder zu Drittunternehmen zu vermitteln.

Zwischen dem Personal- und Organisationsreferat der Landeshauptstadt München und der StKM wurden Eckpunkte für ein Vorgehen beim Wechsel von Beschäftigten der StKM zur Landeshauptstadt München (Hoheitsbereich und städtische Eigenbetriebe) erörtert. Über das grundsätzliche Verfahren besteht Einigkeit. Es ist vorgesehen, dass sämtliche städtischen Referate und Eigenbetriebe fortlaufend sowohl die ausschreibungspflichtigen als auch die nicht ausschreibungspflichtigen extern zu besetzenden Stellen an das Personal- und Organisationsreferat melden. Die StKM wird die Beschäftigten, die von einem Personalabbau betroffen sind, über die Möglichkeit eines Wechsels zur Landeshauptstadt München informieren und bei Abgabe eines schriftlichen Einverständnisses alle Daten der/des Beschäftigten, vor allem die zur Qualifikation, an das Personal- und Organisationsreferat weiterleiten. Das Personal- und Organisationsreferat wird sodann einen Abgleich zwischen dem Stellenprofil und der Qualifikation der/des Beschäftigten vornehmen. Im Falle einer Übereinstimmung erfolgt eine Einladung zu einem Kennenlern- bzw. Vorstellungsgespräch. Im Einzelfall ist auch eine Hospitation von bis zu 2 Wochen möglich. Idealerweise kommt es danach zu einer Einstellung. Die Bundesagentur für Arbeit wird im Verfahren gemäß dem gesetzlichen Rahmen eingebunden. Weitere Einzelheiten eines Wechsels sind derzeit noch in Abstimmung.

Das Personal- und Organisationsreferat bindet bereits jetzt betroffene Beschäftigte der StKM in den Bewerbungsprozess ein, wenn geeignete Stellen frei sind. Nach Schließung des Textil- und Reinigungsservice wurden zwischenzeitlich 231 Dienstkräfte bei der Landeshauptstadt München übernommen (Stand: 30.06.2015).

Kommen mildere Maßnahmen nach dem Ultima-Ratio-Prinzip nicht infrage oder lehnt der Beschäftigte sie ab, werden Gespräche über eine einvernehmliche Aufhebung des Arbeitsverhältnisses mit Sozialplanabfindung geführt.

Es gilt der Grundsatz:

Jede einzelne Maßnahme des Ultima-Ratio-Prinzips wird für jeden einzelnen betroffenen Beschäftigten geprüft.

Da trotz der zuvor aufgeführten Vorgehensweisen davon auszugehen ist, dass für einen Teil von Beschäftigten keine sozialverträgliche Weiterbeschäftigung gefunden werden kann, werden die Landeshauptstadt München und die Geschäftsführung der StKM überprüfen, inwieweit eine Qualifizierungseinheit bei der StKM errichtet wird, in die betroffene Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter nach Ausschöpfung des Ultima-Ratio-Prinzips wechseln können und die von der Landeshauptstadt München auf Dauer vollfinanziert wird. Dadurch soll der Versuch unternommen werden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die den Wechsel in die Qualifizierungseinheit annehmen, vor betriebsbedingten Kündigungen zu schützen. Die Landeshauptstadt München und die Geschäftsführung der StKM sind sich darüber im Klaren, dass ein

derartiges Angebot nur an die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemacht werden kann, wenn dies EU-beihilferechtlich vertretbar ist.

Abhängig von einer noch einzuholenden Äußerung der EU-Kommission über weitere Zusendungen der Gesellschafterin, die laut Rechtsberater der Landeshauptstadt München voraussichtlich im Herbst 2015 zu erwarten ist, entstehen zwei Varianten für die Anwendung des Ultima-Ratio-Prinzips:

- Die Bereitstellung einer Qualifizierungseinheit für nicht anderweitig vermittelbare Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- B Betriebsbedingte Kündigungen als letztes Mittel für nicht anderweitig vermittelbare Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

#### **3.4.2.1 Eckpunkte einer Qualifizierungseinheit**

Die Landeshauptstadt München überprüft aufgrund einer Mitteilung des Städtetages vom 15.05.2015 die Möglichkeit der Einrichtung einer Qualifizierungseinheit bei der die StKM, die von der Landeshauptstadt voll zu finanzieren wäre. Ziel ist es, betriebsbedingte Kündigungen zu vermeiden, keinen Imageverlust in der Öffentlichkeit zu erleiden und die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhalten und zu fördern.

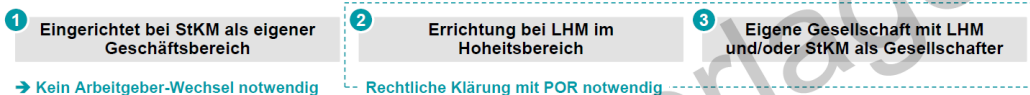
Hauptaufgabe der Qualifizierungseinheit soll die Vermittlung von Personal nach extern (Landeshauptstadt München, Tochtergesellschaften der LH München oder Drittunternehmen) sein. Die Beschäftigten sollen bei Bewerbungen auf neue Positionen, zum Beispiel durch Bewerbungstraining, unterstützt werden. Bei Arbeitsspitzen und Personalausfällen sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Qualifizierungseinheit partiell eingesetzt werden können. Die Beschäftigten sollen intensiv betreut und fachlich und persönlich qualifiziert werden. Es sollen hier auch Ausbildungsmöglichkeiten, zum Beispiel als Pflegehelfer/in, bereitgestellt werden.

> Städtisches Klinikum München

## Eckpunkte einer Qualifizierungseinheit



### Möglichkeiten der Verortung:



### Ziele:

- Soziale Abfederung durch Vermeidung betriebsbedingter Kündigungen
- Vermeidung Image-Verlust gegenüber der Öffentlichkeit
- Förderung und Stabilisierung der Mitarbeiter-Zufriedenheit

### Inhalte:

- Stellenbörse (Ziel: möglich Zeitnaher Vermittlung in neue Jobs)
- Intensive Betreuung sowie fachliche und persönliche Qualifizierung (z.B. durch Bereitstellung von Ausbildungsmöglichkeiten, beispielsweise als Pflegehelfer)
- Unterstützung bei Bewerbungen auf neue Positionen (z.B. durch Bewerbungstrainings)
- Partielle Überbrückung von Arbeitsspitzen und Personalausfällen
- Vermittlung von Personal nach intern und extern

Quelle: StKM; BCG; Watson Farley & Williams

Seite 228

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 228

### 3.4.2.2 Transfergesellschaft

Sollte die Einrichtung einer Qualifizierungseinheit aus EU-rechtlichen Gründen nicht möglich sein, besteht die Möglichkeit der Errichtung einer Transfergesellschaft.

Mit dem Gesamtbetriebsrat wurde die Einsetzung einer Transfergesellschaft erörtert. Sinn und Zweck dieser Maßnahme ist es, konkret von Arbeitslosigkeit bedrohte Beschäftigte im Rahmen einer auf ein Jahr befristeten Beschäftigung bei der Transfergesellschaft in ein neues Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln. Der Wechsel in die Transfergesellschaft ist für den Beschäftigten freiwillig.

Zwei Anbieter derartiger Transfergesellschaften haben ihre Leistungen der Geschäftsführung und dem Gesamtbetriebsrat in einer gemeinsamen Sitzung präsentiert.

Das Interesse des Gesamtbetriebsrats, den betroffenen Beschäftigten das Angebot auf Wechsel in eine Transfergesellschaft zu machen, ist grundsätzlich gegeben. Aus

Sicht des Gesamtbetriebsrates ist jedoch der Zeitpunkt für ein solches Angebot noch nicht gekommen. Dies hängt auch damit zusammen, dass die betroffenen Beschäftigten im Rahmen der bisher verhandelten Betriebsänderungen im Wesentlichen in anderen Bereichen der StKM weiterbeschäftigt werden können und der Gesamtbetriebsrat somit noch keine Notwendigkeit für die Einrichtung einer Transfergesellschaft sieht.

Die Geschäftsführung wird das Thema Transfergesellschaft zeitnah ggf. erneut auf die Tagesordnung setzen, da sie eine derartige Einrichtung für sinnvoll erachtet und betroffenen Beschäftigten diese Möglichkeit eröffnen will.

Sollte der Gesamtbetriebsrat endgültig die Einrichtung einer Transfergesellschaft ablehnen, kann die StKM dieses Vorhaben nach mehrheitlicher Meinung in der Rechtsliteratur nicht im Rahmen eines Einigungsstellenverfahrens erzwingen.

### **3.4.3 Steuerung der Personalanpassung**

In Summe wird im Umsetzungsgutachten von einer notwendigen Personalreduktion über die Jahre 2015 bis 2022 von 1.596 Vollzeitkräften ausgegangen. Um die voraussichtliche Struktur dieser Personalanpassung besser vorherzusagen, wurde auf Basis von ermittelten Werten zu anstehenden Verrentungen, auslaufenden Befristungen und bekannten Werten zur Fluktuation im engeren Sinne ein Planungsmodell für die Jahre 2015 – 2022 entwickelt. Auch unter Verwendung von eher konservativen Annahmen zur Nutzbarkeit der "Fluktuation im weiteren Sinne" - Verrentung, Befristungen und Fluktuation im engeren Sinne als Abbauinstrument (zzgl. des Verkaufs des BSD) - ist die Personalanpassung 2015 bis 2022 voraussichtlich fast zu drei Vierteln durch die Nutzung dieser Mittel darstellbar. Die verbleibende Personalreduktion nach Nutzung der Fluktuation im weiteren Sinne beträgt voraussichtlich 403 Vollzeitkräfte.

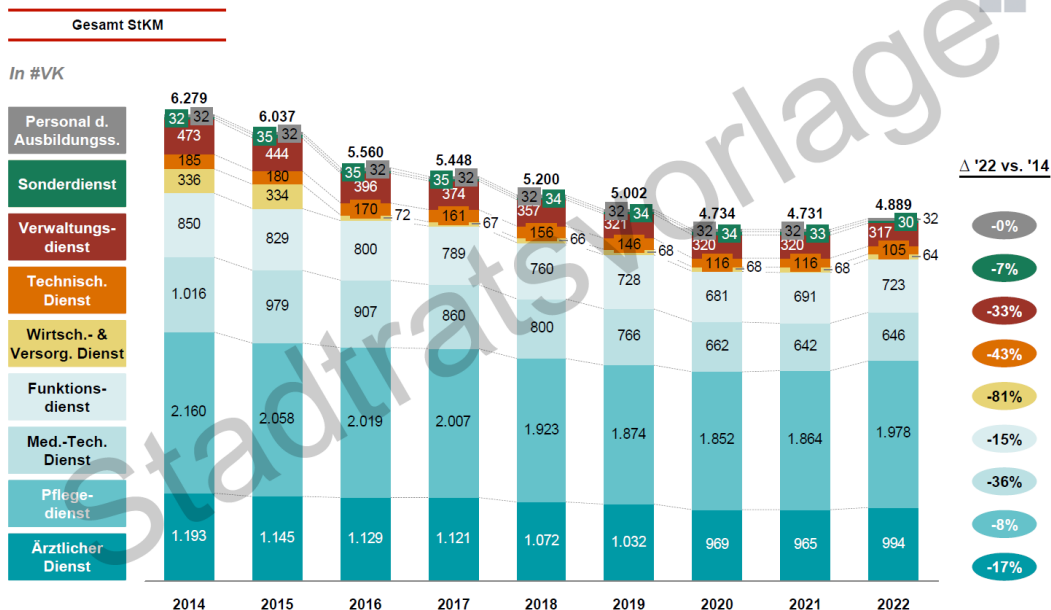
Aus planerischer Vorsicht wurde der volle Abfindungsbetrag für die 403 Vollzeitkräfte in der Umsetzungsplanung angesetzt. Die Kosten der Personalreduktion belaufen sich in diesem Szenario auf 16,0 Mio. € und stellen somit den theoretischen Kostenbetrag für den extremen Fall dar, dass kein Beschäftigter ein anderes adäquates Angebot erhält bzw. kein Beschäftigter ein angebotenes anderes Mittel akzeptiert. Würde eine durch Landeshauptstadt München finanzierte Qualifizierungseinheit innerhalb der StKM geschaffen werden, würden sich die Abfindungen entsprechend der Anzahl der in die Qualifizierungseinheit wechselnden Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter ermäßigen. Weitere Ausführungen zum Thema Qualifizierungseinheit finden sie unter Ziffer 3.4.3.4 - Kosten der Personalanpassung.



### 3.4.3.1 Erforderliche Personalanpassung

> Städtisches Klinikum München

#### Anpassung der Vollkräfte über die Zeitachse



Anmerkung: Exklusiv Beamte und Leiharbeitskräfte; 2014 – 2018 Jahresendwerte, 2019 – 2022 Jahresmittelwerte; Best Case Quelle: BCG; Lohfert & Lohfert

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 223

Per 31.12.2014 arbeiteten 6.279 Vollzeitkräfte in der StKM. Im Zielbild 2022 wird von einer Vollzeitkräftezahl von 4.889 zum 31.12.2022 ausgegangen. Der tiefste Stand der Mitarbeiterzahl wird dabei in den Jahren 2020/2021 mit ca. 4.730 Vollzeitkräften erreicht. Es erfolgt somit ein Aufbau der Vollzeitkräfte im Jahr 2022 nach Abschluss der wesentlichen strukturellen Änderungen. Die Erläuterungen zu den individuellen Vollzeitkräfteentwicklungen der einzelnen Dienststellen sind detailliert in den Abschnitten zu den einzelnen Modulen erklärt.

Der wesentliche Teil der Personalanpassung fällt bis zum Erreichen der „Sohle“ (2020/2021) in den Jahren 2015 bis 2020 an (-1.461). Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass durch den Verkauf des Blutspendedienstes weitere 89 Vollzeitkräfte das Unternehmen verlassen werden. In den Jahren 2021 bis 2022 ist die Veränderung differenziert zu betrachten. Während im Ärztlichen Dienst (ab 2022), dem Pflegedienst (ab 2021), dem Medizinisch-technischen Dienst (ab 2022) und dem

Funktionsdienst (ab 2021) aufgrund des gesteigerten Leistungsvolumens ein Aufbau stattfindet (ca. 202 Vollzeitkräfte), werden in den weiteren Dienstarten noch Vollzeitkräfte abgebaut. In Summe ergibt sich somit eine notwendige Personalanpassung von ca. 1.596 Vollzeitkräften.

### **3.4.3.2 Nachbesetzungsannahmen bei Verrentung, Befristung und Fluktuation i.e.S.**

Um Vorhersagen über die Struktur des zukünftigen Abbaus treffen zu können, wurde ein Planungsmodell u.a. mit folgenden Annahmen erstellt:

Verrentungen: Alle bekannten zukünftige Verrentungen wurden per Dienstart erfasst und sollen zum Großteil ersatzlos als Personalabbauinstrument genutzt werden (Unterstellte Nutzbarkeit: 70 %).

Befristungen: Alle auslaufenden Befristungen wurden Dienstart-spezifisch erfasst. Befristungen treten vor allem in medizinischen Dienstarten auf und können oft nicht ohne weiteres nach Auslaufen ersatzlos gestrichen werden (Unterstellte Nutzbarkeit: 50 %).

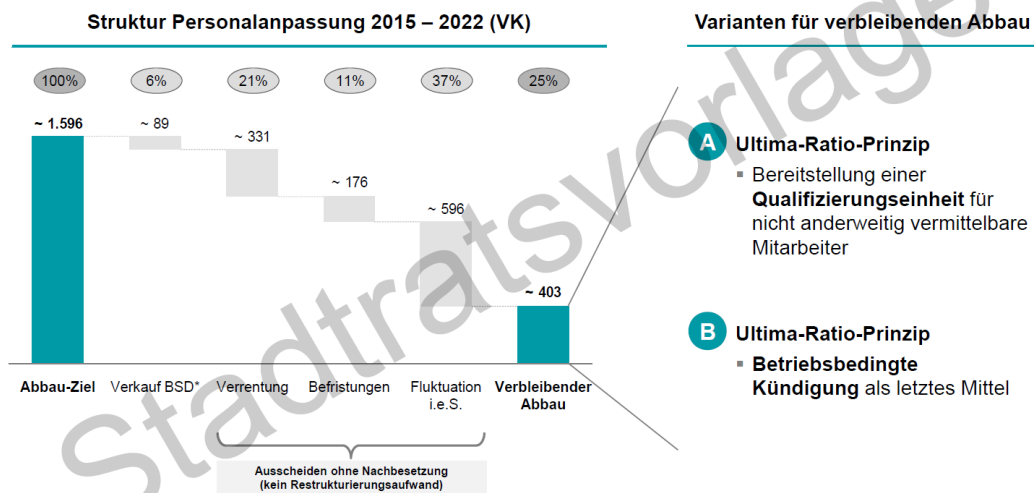
Fluktuation i.e.S.: Es wurde der historische Durchschnitt der Fluktuation je Dienstart über die letzten 4 Jahre ermittelt. Um freiwillig ausscheidende Leistungsträger zu ersetzen und den Verlust von Know-how zu verhindern, ist die Fluktuation nur teilweise als Abbauinstrument nutzbar (Unterstellte Nutzbarkeit: 50 %).

Auf Basis der getroffenen Annahme ergibt sich über die Zeitspanne 2015 bis 2022 die Möglichkeit, circa 75 % der notwendigen Personalanpassung durch die Nicht-Nachtbesetzung freigewordener Stellen durch Fluktuation im weiteren Sinne zu erzielen. Hierbei entfallen ca. 331 Vollzeitkräfte auf Verrentungen, ca. 176 Vollzeitkräfte auf auslaufende und nicht nachbesetzte Befristungen und ca. 596 Vollzeitkräfte auf die Fluktuation i.e.S.

Weitere 6 % der notwendigen Personalanpassung (ca. 89 Vollzeitkräfte) sind die Folge des voraussichtlichen Verkaufs des Blutspendedienstes. In Summe können somit ca. 75 % der im Umsetzungsgutachten unterstellten Personalanpassung durch die Nutzung dieser Instrumente umgesetzt werden. Für die verbleibendem ca. 403 Vollzeitkräfte gilt das „Ultima Ratio-Prinzip“.

> Städtisches Klinikum München

**~75% der Personalanpassung voraussichtl. durch das Ausscheiden von Mitarbeitern durch Fluktuation im weiteren Sinne umsetzbar**



**Großteil der Personalanpassung durch Fluktuation im weiteren Sinne darstellbar – für verbleibenden Abbau zwei Varianten (abhängig von EU-Äußerung im Herbst 2015)**

\* Vorbehaltlich möglicher Widersprüche § 613 BGB Quelle: StKM; BCG; Watson Farley & Williams

Seite 233

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 233

Betrachtet man die Struktur der Personalanpassung bezogen auf die einzelnen Dienstarten ergibt sich ein differenziertes Bild. Unter das Ultima-Ratio-Prinzip fallen voraussichtlich im höchsten Maße die Beschäftigten in der Dienstart 06 - Wirtschafts- und Versorgungsdienst. Aufgrund des im wesentlichen Umfang angedachten Outsourcings in 2016 (insbesondere Verpflegungsbereich), d.h. der Fremdvergabe an einen externen Dienstleister ohne Vorliegen der Voraussetzungen eines Betriebsübergangs, ergibt sich kaum die Möglichkeit, die Personalanpassung durch Fluktuation im weiteren Sinne zu erzielen. Somit werden voraussichtlich ca. 90 % der Personalanpassung (ca. 242 Vollzeitkräfte) dieser Dienstart unter das Ultima-Ratio-Prinzip fallen.

Auch in der Dienstart 07 - Technischer Dienst entfällt ein wesentlicher Teil (ca. 50 % bzw. 39 Vollzeitkräfte) der Personalanpassung auf das Ultima-Ratio-Prinzip. Dies hängt im Wesentlichen mit der Umstellung des Klinikums Neuperlach und des Klinikums Schwabing auf das Zielbild im Jahr 2020 und einer entsprechenden Redimensionierung im Technischen Dienst zusammen.

In der Verwaltung (DA 08) wird voraussichtlich ungefähr ein Drittel des notwendigen Abbaus unter das Ultima-Ratio-Prinzip fallen (ca. 53 Vollzeitkräfte). Dies hängt im wesentlichen Umfang mit der geplanten Redimensionierung der Verwaltung ab 2015 zusammen.

Im Medizinisch-technischen Dienst (DA 03) fallen voraussichtlich ca. 17 % (64 Vollzeitkräfte) unter das Ultima-Ratio-Prinzip. Nur im geringen Maße hiervon betroffen sind die Beschäftigten des Funktionsdienstes (DA 04). In dieser Dienststart werden voraussichtlich nur 2% (~3 Vollzeitkräfte) unter das Ultima-Ratio-Prinzip fallen.

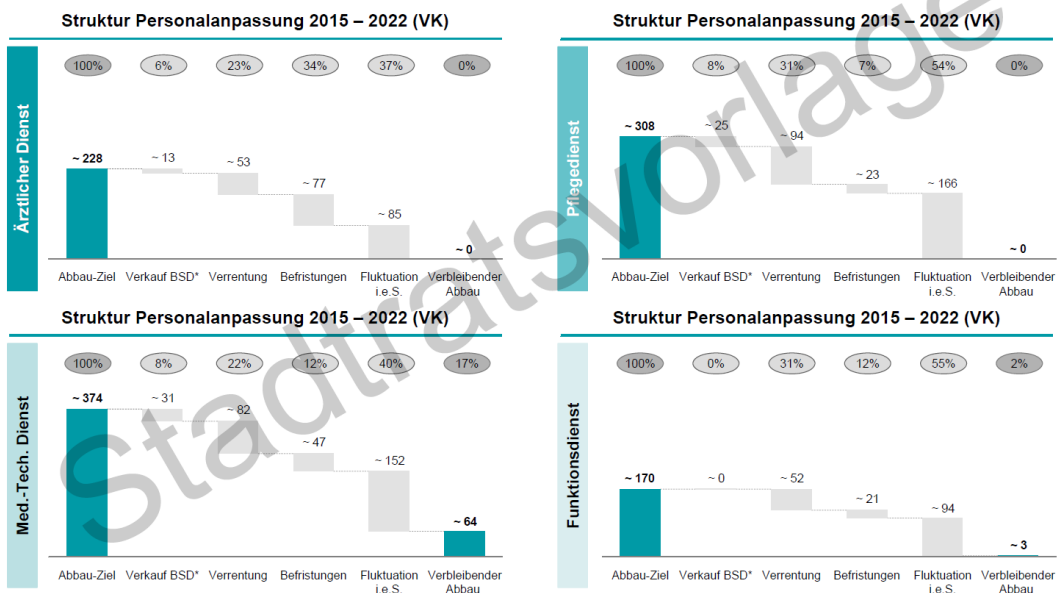
Der Ärztliche Dienst (DA 01) und der Pflegedienst (DA 02) sind voraussichtlich nicht vom Ultima-Ratio-Prinzip betroffen. Aufgrund von Verrentungen und einer hohen Fluktuation i.e.S. in diesen Dienststarten, kann die Personalanpassung durch diese Instrumente erfolgen.

Backup

> Städtisches Klinikum München



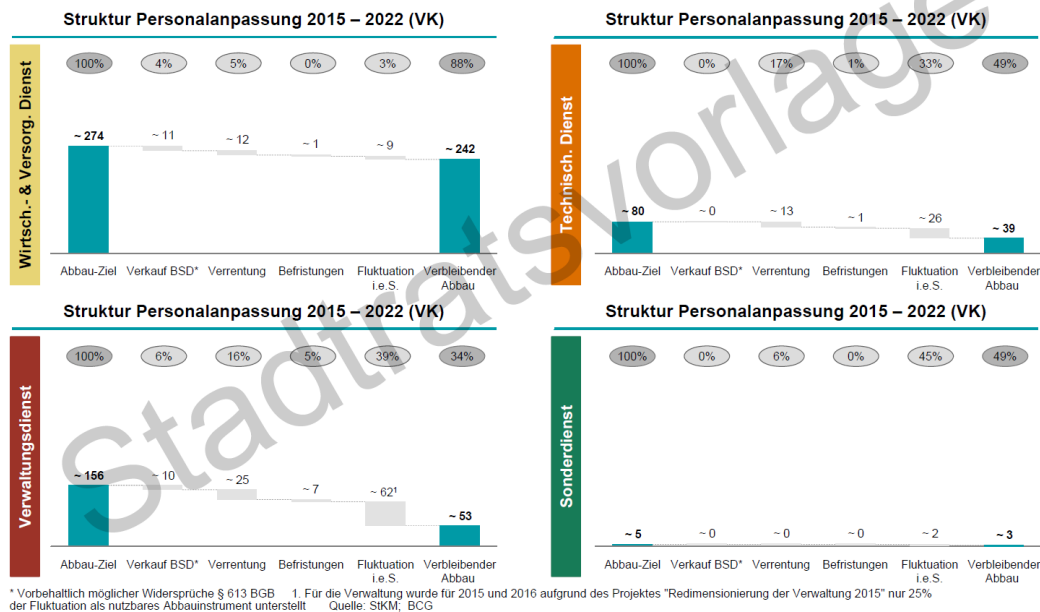
### Steuerung der Personalanpassung nach Dienststarten (I/II)



Backup

&gt; Städtisches Klinikum München

## Steuerung der Personalanpassung nach Dienstarten (II/II)



Seite 235

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 235

### 3.4.3.3 Zeitlicher Rahmen für Verhandlungen mit dem GBR

Das Restrukturierungskonzept sieht für die Restrukturierungsmaßnahmen Zeitabschnitte vor, in denen die Umsetzung zu erfolgen hat. Zu diesem Zeitpunkt, also vor Beginn der Verhandlungen, muss die wirtschaftliche Prüfung und Detailkonzeption inkl. abschließender unternehmerischer Entscheidung erfolgt sein.

Die StKM wird in der Regel ca. sechs Monate vor der geplanten Umsetzung einer Maßnahme mit dem Gesamtbetriebsrat beraten, inwieweit ein konkretes Projekt betriebsverfassungsrechtlich relevant ist und Verhandlungen insbesondere über einen Interessenausgleich / Sozialplan erfordern.

Bei Interessenausgleichspflicht werden die Verhandlungen rechtzeitig gemäß der „Prozessorientierte Rahmenvereinbarung zur Umsetzung des Sanierungskonzepts 2022“ geführt. Die Restrukturierungsmaßnahme wird mit Abschluss der Verhandlung umgesetzt.

#### **3.4.3.4 Kosten der Personalanpassung**

Im Rahmen der Sanierungsumsetzungsplanung wurde auf Basis von anstehenden Verrentungen, auslaufenden Befristungen und bekannten Werten zur Fluktuation i.e.S. eine verbleibende Personalanpassung von 403 Vollzeitkräften für 2015 - 2022 identifiziert.

Die Kosten dieser verbleibenden Anpassung hängen an der schließlich anwendbaren Variante nach der Äußerung der EU-Kommission zur Zulässigkeit weiterer Beihilfen erwartet im Herbst 2015. Die Varianten Ultimo-Ratio mit Qualifizierungseinheit und Ultimo-Ratio mit betriebsbedingten Kündigungen werden im folgenden gegenüber gestellt.

##### **3.4.3.4.1 Variante 1 - Qualifizierungseinheit**

In Variante 1 errechnen sich die Kosten aus der Gehaltsfortzahlung an die Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter für die Dauer ihres Verbleibs in der Qualifizierungseinheit sowie Zuschlägen für die Qualifizierungsmaßnahmen.

Die geschätzten Kosten der Qualifizierungseinheit liegen für die Jahre 2015-2022 zwischen 5,5 - 13,0 Mio. € jährlich.

##### **3.4.3.4.2 Variante 2**

In Variante 2 wird planerisch der volle Abfindungsbetrag gemäß der derzeit in Verhandlung befindlichen Sozialplankonditionen für alle verbleibenden Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter angesetzt.

Obwohl in jedem Einzelfall überprüft wird, ob eine betriebsbedingte Kündigung durch mildere Maßnahmen verhindert werden kann (Ultima-Ratio-Prinzip), wurde aus planerischer Vorsicht der volle Abfindungsbetrag für all diese Vollzeitkräfte angesetzt. In Summe wurden hierbei voraussichtliche Kosten der Personalanpassung in Höhe von 16,0 Mio. € ermittelt, die derzeit in der Finanzplanung angesetzt sind. Dieser theoretische Kostenbetrag stellt somit den extremen Fall dar, dass keine Beschäftigte / kein Beschäftigter ein anderes adäquates Angebot erhält bzw. keine Beschäftigte / kein Beschäftigter ein angebotenes milderer Mittel akzeptiert.

Die konkrete Quantifizierung erfolgte hierbei mithilfe folgender Annahmen, die auf dem aktuellen Stand der Verhandlungen zum Sozialplan Neuropsychologie basieren.

Das Thema Transfergesellschaft wurde bei der Kalkulation des Restrukturierungsaufwands bislang nicht ausdrücklich berücksichtigt. Bei einer Verrechnung von Sozialplanabfindungen mit Kosten der StKM für eine

Transfergesellschaft wird davon ausgegangen, dass keine zusätzlichen Kosten für in eine Transfergesellschaft wechselnde Beschäftigte entstehen.

Die Zahlungen aus der Abfindungsformel zzgl. der Zuschläge ergeben in Summe ein Sozialplanvolumen von ca. 13,7 Mio. €. Zusätzlich zum Sozialplanvolumen wurden außerordentliche Aufwendungen in Höhe von 2,4 Mio. € in der Umsetzungsplanung berücksichtigt. Sie betreffen Verfahrens- und Vergleichskosten.

Das Sozialplanvolumen i.H.v. 13,7 Mio. € verteilt sich unterschiedlich stark auf die verschiedenen Dienstarten gemäß des individuellen Abbaus in den jeweiligen Berufsgruppen bzw. ebenfalls beeinflusst durch die unterschiedlich hohen Monatsgehälter.

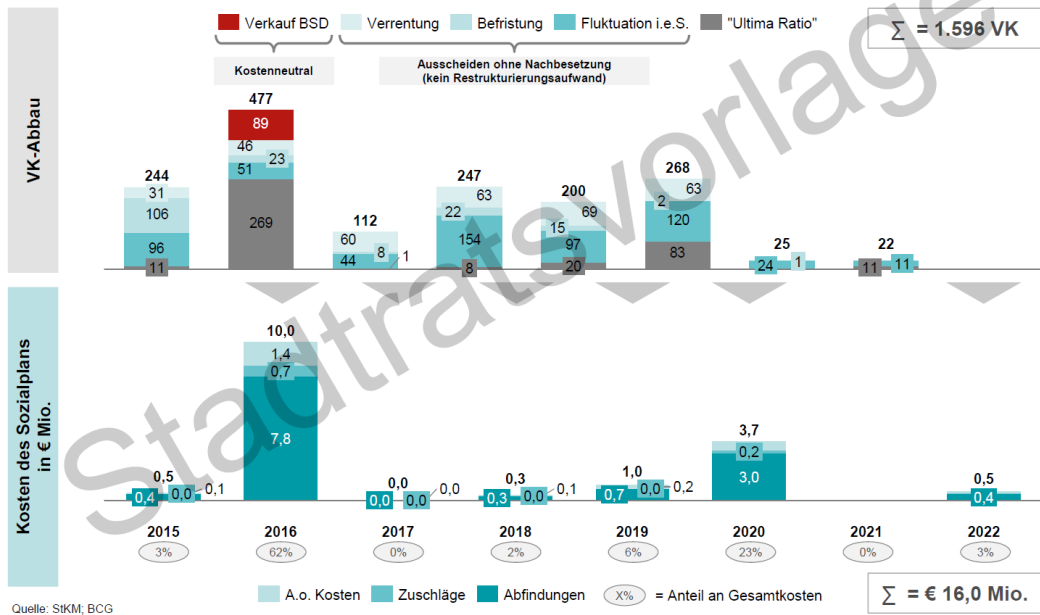
Analog zum höchsten Abbaubedarf im Wirtschafts- und Versorgungsdienst, ist für diese Dienstart der größte Teil der Sozialplanabfindungen (7,5 Mio. €) unterstellt. Die voraussichtlichen Abfindungen im Medizinisch-technischen Dienst (2,4 Mio. €), im Verwaltungsdienst (2,0 Mio. €) und dem Technischen Dienst (1,6 Mio. €) machen ebenfalls einen wesentlichen Teil des Sozialplans aus. Die verbleibenden 0,2 Mio. € verteilen sich auf die übrigen Dienstarten.

In Hinblick auf die zeitliche Verteilung des erforderlichen Restrukturierungsaufwandes, fallen insbesondere in den Jahren 2016 und 2020 ca. 85 % der gesamten Kosten an. Die Aufwendungen in 2016 hängen hierbei fast vollständig mit dem geplanten Outsourcing im Wirtschafts- und Versorgungsdienst zusammen. Die Abfindungen in 2020 kommen zum großen Teil aus Abfindungen beim Medizinisch-technischen Dienst und resultieren aus den unterstellten strukturellen Änderungen aus dem Medizinkonzept.

> Städtisches Klinikum München



**B Der Großteil der Restrukturierungsaufwendungen aus der Personalanpassung fällt in den Jahren 2016 und 2020 an**



Quelle: StKM, BCG

Seite 249

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 249

### 3.4.4 Personalkostenoptimierung

#### 3.4.4.1 Potenzial für Personalkostenoptimierungen

Im Umsetzungsgutachten wird davon ausgegangen, dass finanzielles Einsparpotenzial nicht nur durch eine Personalanpassung zu erzielen ist, sondern auch durch Kosteneinsparungen bei den bei der StKM verbleibenden Beschäftigten. Zu diesem Zweck wurden die wesentlichen tariflichen und außertariflichen Vergütungsbestandteile in der StKM auf ein mögliches Einsparpotential hin untersucht. Hierbei wurden sechs wesentliche Themen identifiziert, die teilweise bereits angegangen wurden (z.B. Neuregelung Poolersatzleistungen), zum großen Teil aber noch - nach erfolgter Zustimmung durch den Stadtrat - mit den zuständigen Tarifpartnern verhandelt werden müssen.

Bis auf die Neuregelung der Poolersatzleistungen und die Sozialversicherungsbeiträge der Alt-Poolgesellschaften, für die es bereits konkrete



Höhen für ein potentielles Einsparvolumen gibt, wurde für alle tariflichen Maßnahmen der maximal mögliche Einspareffekt genannt. Insgesamt sind dies:

Neuregelung Poolersatzleistungen (PEL):

Erzielung eines Sanierungsbeitrags durch einheitliche Neuregelung der PEL bei gleichzeitig adäquater Erfolgsbeteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

(Potentieller nachhaltiger Effekt: 3,2 Mio. € p.a.)

Sozialversicherungsbeiträge Alt-Poolgesellschaften:

Rückforderung der von der StKM für die Alt-Poolgesellschaften gezahlten Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung.

(Potentieller Einmaleffekt: 0,8 Mio. €)

Sowie aus tariflichen Anpassungen, die auch Bestandteile eines potentiellen Sanierungstarifvertrags sein könnten:

Leistungsorientierte Vergütung § 18 TVöD:

Streichung des Leistungsentgelts nach § 18 TVöD und Auflösung der bereits gebildeten Rückstellungen.

(Potentieller nachhaltiger Effekt: 1,9 Mio. € p.a. zzgl. Einmaleffekt: 3,5 Mio. €)

Münchenzulage:

Neuausrichtung der „Münchenzulage“.

(In Summe werden in 2015 voraussichtlich 5,0 Mio. € gezahlt)

Zusatzversorgungskasse (ZVK):

Zeitlich befristete Reduzierung der Beiträge an die ZVK um 2%-Punkte. Dies ist zunächst für drei Jahre möglich, allerdings mit einer Option auf Verlängerung.

(Potentieller temporärer Effekt: 6,3 Mio. € p.a.)

Tarifvertrag zur Zukunftssicherung der Krankenhäuser (TV-ZUSI):

Nach § 4 des TV-ZUSI kann der Beschäftigtenbeitrag bis zu 6 % des Jahresbruttoeinkommens betragen. In der Regel ist eine maximale Laufzeit von drei Jahren vorgesehen.

(Potentieller temporärer Effekt: 19,8 Mio. € p.a.)

Insgesamt wird in der Umsetzungsplanung von Personalkostenoptimierungen i.H.v. durchschnittlich 12 Mio. € p.a. in den Jahren 2016 bis 2018 ausgegangen. In den Jahren 2019 bis 2022 sind Einspareffekte von ca. 6 Mio. € p.a. unterstellt. Wie sich die Einspareffekte im Endeffekt aus den einzelnen genannten Vergütungsthemen zusammensetzen, wird Ergebnis der Verhandlungen mit den jeweiligen Sozial- und Tarifpartnern sein.

**3.4.4.2 Anpassung Poolersatzleistungen / Rückforderung  
Sozialversicherungsbeiträge Altpool**

Mit Poolersatzleistungen werden nachgeordnete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an den stationären wahlärztlichen Erlösen der Chefärztinnen und Chefärzte beteiligt. Während Poolleistungen die Leistungen für Personal mit Zuordnung zu Chefärztinnen / Chefärzten mit sog. Altverträgen betreffen, bilden die Poolersatzleistungen die Beteiligung für Personal mit Zuordnung zu Chefärztinnen / Chefärzten mit Neuverträgen (Abschluss ab 2006). Im Gegensatz zu der oben beschriebenen alten Regelung erbringen die Chefarzt-Neuverträger die Leistungen an stationären und ambulanten Privatpatienten im Rahmen ihrer Dienstaufgabe. Die Erlöse daraus werden von der StKM liquidiert und die Chefärztinnen / Chefärzte erhalten einen durch den Chefarztvertrag festgelegten prozentualen Anteil an diesen Erlösen. Die Chefarzt-Neuverträger können den Poolgesellschaften nicht mehr beitreten, die Poolersatzleistungen sind aber an das alte Punktesystem angelehnt. Aufgrund des Auslaufens der bisherigen Poolersatzregelung zum 31.12.2014 besteht aktuell Handlungsbedarf. Die Probleme des bisherigen Systems bestehen zum einen in der überdurchschnittlich hohen Gesamtvergütung im ärztlichen Bereich im Branchenvergleich und zum anderen in dem erschwerten Einsatz von Personal an anderen Klinikstandorten aufgrund des Haus-abhängigen Verteilungsgefälles. Entwickelt wurde daher ein neues mitbestimmtes System für die gesamte StKM. Dieses System ermöglicht die im Stadtratsbeschluss vom 08.07.2014 avisierte Vereinheitlichung des Poolersatzsystems und den flexibleren Einsatz von Personal an anderen Standorten der StKM. Gleichzeitig stellt die geplante Neuregelung einen Sanierungsbeitrag dar. Der Entwurf einer entsprechenden Gesamtbetriebsvereinbarung wurde dem Gesamtbetriebsrat Ende Dezember 2014

mit der Aufforderung zur Aufnahme von Verhandlungen übersandt. Einer vorübergehenden Weitergewährung von Poolersatzleistungen für das erste Halbjahr 2015 nach der bisherigen Regelung hat der Gesamtbetriebsrat Anfang Januar 2015 zugestimmt. Nachdem der Gesamtbetriebsrat eine interne Arbeitsgruppe zusammengestellt hat, die sich mit dem Thema befassen soll, wurden die Verhandlungen am 06.05.2015 aufgenommen.

Der Gesamtbetriebsrat hat der vorübergehenden Weitergewährung auch der Poolersatzleistungen für das 2. Halbjahr 2015 zugestimmt. Die Verhandlungen dauern an.

Mit der geplanten Neuregelung soll ein Sanierungsbeitrag in Höhe von jährlich 3,2 Mio. € erzielt werden, bei gleichzeitig adäquater und transparenter Erfolgsbeteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Zeitleiste für die Verhandlung der Betriebsvereinbarung Poolersatzleistungen mit dem Gesamtbetriebsrat sieht vor, dass eine neue Betriebsvereinbarung zum 01.01.2016 in Kraft tritt. Daher muss bis spätestens Dezember 2015 die neue Betriebsvereinbarung unterzeichnet werden bzw. die Zustimmung des Gesamtbetriebsrats durch einen Spruch der eventuell einzuberufenden Einigungsstelle ersetzt worden sein.

Zunächst wird von weiteren Verhandlungen mit dem Gesamtbetriebsrat ausgegangen. Sollte keine einvernehmliche Regelung zustande kommen, wird eine Einigungsstelle einberufen werden.

Nach juristischer Prüfung wurden darüber hinaus bereits geleistete Zahlung der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung für die Altpoolgesellschaften ab 2010 in Höhe von ca. 752 Tsd. € gegenüber Alt-Poolgesellschaften klageweise geltend gemacht. Seit dem 01.01.2015 werden die Sozialversicherungsbeiträge in Rechnung gestellt.

Am 11.06.2015 und 23. 06.2015 haben die ersten Gütetermine stattgefunden. Ein weiterer Gütetermin ist für den 24.07.2015 terminiert. Es ist noch nicht abzusehen, wie lange sich die Prozesse gegen die Alt-Poolgesellschaften hinziehen werden.

Die Verfahren wurden an das Arbeitsgericht München verwiesen. Gütetermine waren für Juni 2015 terminiert. Wie lange sich die Prozesse gegen die Alt-Poolgesellschaften hinziehen werden, ist noch nicht abzusehen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen aus der letzten Stadtratsvorlage vom 03.03.2015 verwiesen.

#### **3.4.4.3 Tarifliche Erleichterungen**

Wie bereits erläutert, ist das notwendige finanzielle Einsparpotential nicht allein durch eine Personalanpassung zu erzielen, sondern auch durch Kosteneinsparungen bei

den bei der StKM verbleibenden Beschäftigten. Ein wesentlicher Teil dieser Personalkostenoptimierungen muss gemäß Umsetzungsgutachten dabei aus tariflichen Anpassungen erfolgen.

Da Vergütungen, Zulagen und andere Leistungen an Arbeitnehmerinnen / Arbeitnehmer tariflich festgelegt sind, können, auch wenn sich ein Unternehmen in wirtschaftlicher Notlage befindet, Veränderungen zulasten der Arbeitnehmerinnen / Arbeitnehmer nur durch die Tarifpartner unter Beteiligung des betroffenen Unternehmens vereinbart werden.

Tarifverträge oder Tarifvereinbarungen, die bestehende tarifliche Regelungen abändern, werden üblicherweise durch den zuständigen Arbeitgeberverband mit der zuständigen Gewerkschaft unter Beteiligung des Unternehmens verhandelt. Ein Verhandlungsanspruch besteht grundsätzlich nicht, auch wenn ein geltender Tarifvertrag für wirtschaftliche Notsituationen eines Unternehmens grundsätzlich Abänderungen erlaubt. Daraus folgt, dass das Unternehmen, das Erleichterungen geltend macht, keinen Anspruch auf ein Verhandlungsergebnis hat. Eine Einigungsstelle mit „Urteilskompetenz“, wie dies im Betriebsverfassungsgesetz vorgesehen ist, ist tariflich nicht vorgesehen.

Für die tariflichen Maßnahmen ist vorgesehen ab September 2015 mit den Gewerkschaften ver.di, Marburger Bund und komba Verhandlungen darüber zu führen, inwieweit das in dem Sanierungsumsetzungsgutachten festgesetzte Einsparpotential im Bereich Personalkostenoptimierung der Höhe nach und durch welche konkreten Tarifänderungen erzielt werden kann. Die Geschäftsführung der StKM rechnet derzeit mit einer Dauer der Verhandlungen von circa sechs Monaten.

Soweit die Verhandlungen nicht die im Sanierungskonzept angenommenen Einspareffekte erbringen, müssen andere Kompensationsmöglichkeiten (wie weiterer Personalabbau, zusätzliche Einsparungen im Sachkostenbereich usw.) gemeinsam mit den Unternehmensberatungen identifiziert und genutzt werden.

### 3.4.4.3.1 Leistungsorientierte Vergütung § 18 TVöD

> Städtisches Klinikum München



#### 3 Leistungsorientierte Vergütung § 18 TVöD

Erläuterung					
<b>Hintergrund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Begriff leistungsorientierte Bezahlung ist in § 18 TVöD geregelt: Dieser umfasst variable Lohnbestandteile, die leistungsabhängig neben dem Festgehalt bezahlt werden, um die Mitarbeiter zu motivieren, Eigenverantwortung und Führungskompetenz zu stärken und öffentliche Dienstleistungen zu verbessern</li> <li>Die leistungsorientierte Bezahlung ist derzeit nicht in der StKM geregelt, da diese vom GBR abgelehnt wird</li> </ul>				
<b>Aktueller Status</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Auszahlungen</th> <th style="width: 50%;">Ergebniswirksame aber nicht ausgezahlte Beträge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auszahlung von <b>€ ~0,88 Mio.</b> p.a. an Beschäftigte (durchschnittlich ca. € 200/Jahr für die Beschäftigten)</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rückstellungszuführung p.a. von <b>€ ~1,0 Mio.</b></li> <li>Rückstellungsbestand per Ende 2014: <b>€ ~3,5 Mio.</b></li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Auszahlungen	Ergebniswirksame aber nicht ausgezahlte Beträge	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auszahlung von <b>€ ~0,88 Mio.</b> p.a. an Beschäftigte (durchschnittlich ca. € 200/Jahr für die Beschäftigten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rückstellungszuführung p.a. von <b>€ ~1,0 Mio.</b></li> <li>Rückstellungsbestand per Ende 2014: <b>€ ~3,5 Mio.</b></li> </ul>
Auszahlungen	Ergebniswirksame aber nicht ausgezahlte Beträge				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Auszahlung von <b>€ ~0,88 Mio.</b> p.a. an Beschäftigte (durchschnittlich ca. € 200/Jahr für die Beschäftigten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rückstellungszuführung p.a. von <b>€ ~1,0 Mio.</b></li> <li>Rückstellungsbestand per Ende 2014: <b>€ ~3,5 Mio.</b></li> </ul>				
<b>Potentieller Effekt</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Einstellung Auszahlung: € ~ 0,9 Mio. p.a. als dauerhafter Sanierungsbeitrag</td> <td style="background-color: #d3d3d3;">Einstellung ergebniswirksame Rückstellungszuführung: € ~ 1,0 Mio. p.a. als dauerhafter Sanierungsbeitrag</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="background-color: #d3d3d3;">Einmalige Rückstellungsaufösung: € ~ 3,5 Mio.</td> </tr> </tbody> </table>	Einstellung Auszahlung: € ~ 0,9 Mio. p.a. als dauerhafter Sanierungsbeitrag	Einstellung ergebniswirksame Rückstellungszuführung: € ~ 1,0 Mio. p.a. als dauerhafter Sanierungsbeitrag		Einmalige Rückstellungsaufösung: € ~ 3,5 Mio.
Einstellung Auszahlung: € ~ 0,9 Mio. p.a. als dauerhafter Sanierungsbeitrag	Einstellung ergebniswirksame Rückstellungszuführung: € ~ 1,0 Mio. p.a. als dauerhafter Sanierungsbeitrag				
	Einmalige Rückstellungsaufösung: € ~ 3,5 Mio.				

Quelle: StKM, BCG, Watson Farley & Williams

Seite 255

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 255

Der Begriff leistungsorientierte Bezahlung umfasst variable Lohnbestandteile, die leistungsabhängig neben dem Festgehalt bezahlt werden, um die Beschäftigten zu motivieren. Rechtsgrundlage für den öffentlichen Dienst ist § 18 TVöD. Die leistungsorientierte Bezahlung konnte mangels notwendiger Zustimmung des GBR noch nicht eingeführt werden, da sich der GBR bislang gegen eine Leistungsbewertung ausgesprochen hat. Hier soll eine Systematik zum Umgang mit dem Leistungsentgelt erarbeitet werden.

Aktuell werden pro Jahr ca. 880 Tsd. € an Beschäftigte ausgezahlt und ca. 1,0 Mio. € zurückgestellt. Zusätzlich wurden bereits Rückstellungen i.H.v. 3,5 Mio. € gebildet. Der maximale Sanierungsbeitrag umfasst somit theoretisch einen nachhaltigen Effekt von ca. 1,9 Mio. € p.a. zzgl. eines Einmaleffekts in Höhe von 3,5 Mio. €.

### 3.4.4.3.2 Münchenzulage

> Städtisches Klinikum München



#### 4 Neuausrichtung Münchenzulage

Erläuterung	
Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hintergrund: Die Münchenzulage ergibt sich aus dem entsprechenden (Haus-)Tarifvertrag und wird TVÖD-Beschäftigten, KR-Beschäftigten und Auszubildenden in der StKM gewährt, die gemäß ihrer Eingruppierung und aufgrund ihres Wohnsitzes im Ballungsraum München in den Anwendungsbereich der Regelung fallen</li> </ul>
Aktueller Status	<ul style="list-style-type: none"> <li>In 2014 wurden rund € 5,2 Mio. an die TVÖD-Beschäftigten, KR-Beschäftigten und Auszubildenden ausgezahlt</li> <li>In 2015 liegt das Volumen voraussichtlich (Hochrechnung per April 2014) bei ca. € 5,0 Mio. Davon:               <ul style="list-style-type: none"> <li>€ ~2,7 Mio. an KR-Beschäftigte (Pflege i.w.S.)</li> <li>€ ~2,1 Mio. an andere TVÖD-Beschäftigte</li> <li>€ ~0,2 Mio. an Auszubildende</li> </ul> </li> </ul>
Optionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eine Neuausrichtung der Münchenzulage auf die Mangelberufssituation in der examinierten Krankenpflege durch eine höhere pro Kopf Zulage wäre möglich, würde den Sanierungsbeitrag jedoch entsprechend reduzieren</li> <li>Für wenige Sonderbereiche, d.h. Mangelberufe außerhalb der Pflege (z.B. MTRA) könnte die bisherige Zulage ebenfalls fortgeführt werden</li> </ul>

**Ziel ist in tariflichen Verhandlungen Einsparungen und eine Neuausrichtung der Münchenzulage zu erreichen**

Quelle: StKM, BCG, Watson Farley & Williams

Seite 256

Quelle: StKM

Die Münchenzulage ergibt sich aus dem entsprechenden (Haus-)Tarifvertrag und wird TVöD-Beschäftigten, KR-Beschäftigten und Auszubildenden in der StKM gewährt, die gemäß ihrer Eingruppierung und aufgrund ihres Wohnsitzes im Ballungsraum München in den Anwendungsbereich der Regelung fallen. In 2014 wurden rund 5,2 Mio. € im Rahmen der Münchenzulage an die Beschäftigten gezahlt, in 2015 liegt das Volumen voraussichtlich bei ca. 5,0 Mio. € (Hochrechnung per April 2014).

Eine Neuausrichtung der Münchenzulage auf die Mangelberufssituation in der examinierten Krankenpflege durch eine höhere pro Kopf Zulage wäre beispielsweise möglich.

Für wenige Sonderbereiche, d.h. Mangelberufe außerhalb der Pflege (z.B. MTRA), könnte die bisherige Zulage ebenfalls fortgeführt werden.

### 3.4.4.3.3 Zusatzversorgungskasse

Im Rahmen der Sanierungsmaßnahmen werden auch mögliche Einsparpotentiale hinsichtlich der Kosten für die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes geprüft. Die StKM hat derzeit noch ca. 4.800 Beschäftigte, die im Abrechnungsverband I (AV I) der Zusatzversorgungskasse versichert sind. Der AV I wird im Umlageverfahren geführt und finanziert sich durch eine Umlage i.H.v. 3,75 % und einem Zusatzbeitrag i.H.v. 4,0 % des zusatzversorgungspflichtigen Entgelts. In dem im Kapitaldeckungsverfahren geführten Abrechnungsverband II fällt lediglich ein Pflichtbeitrag i.H.v. von 4,8 % des zusatzversorgungspflichtigen Entgelts an, wobei die im AV II Versicherten die gleichen Leistungsansprüche wie die im AV I Versicherten haben. Der Wechsel aller derzeit im AV I versicherten Beschäftigten in den Abrechnungsverband AV II würde zunächst Einsparungen i.H.v. von ca. 5,9 Mio. € jährlich mit sich bringen. Diesen Einsparungen stehen jedoch Ausgleichszahlungen i.H.v. 278 Mio. € an die Zusatzversorgungskasse gegenüber, so dass die Ausgleichszahlungen exorbitant höher sind als die Einsparungsmöglichkeiten. Diesbezüglich wurde auch die Fluktuationsrate im AV I untersucht, mit dem Ergebnis, dass zum 31.12.2008 9.015 Beschäftigte im AV I versicherten waren, während zum 31.12.2014 nur noch 4.806 Beschäftigte in diesem Abrechnungsverband versichert waren. Die Verhandlungen bezüglich der etwaigen Reduzierungen der an die Zusatzversorgungskasse zu zahlenden Ausgleichsbeträge waren ohne Erfolg. Eine rechtliche Kostensenkungsmöglichkeit ergibt sich aus § 62 Abs. 4 der Satzung der Zusatzversorgungskasse der bayerischen Gemeinden. Hiernach kann durch landesbezirklichen Tarifvertrag für Mitglieder, die sich in einer wirtschaftlichen Notlage finden, geregelt werden, dass die Zusatz- / Pflichtbeiträge für die Dauer von bis zu drei Jahren (mit Verlängerungsmöglichkeit), um bis zu 2 %-Punkte reduziert werden. Durch die Absenkung der Beiträge um 2 %-Punkte könnten jährlich ca. 6,3 Mio. € eingespart werden. Die Absenkung der Beiträge hat jedoch Auswirkung auf die künftigen Zusatzversicherungsrenten der Beschäftigten, wobei der Verlust abhängig vom jeweiligen Bruttojahreseinkommen und Alter der Beschäftigten ist. Den Beschäftigten steht jedoch die Möglichkeit offen, selbst Beiträge in die freiwillige Versicherung bei der Zusatzversorgungskasse zu zahlen (Entgeltumwandlung in Form der PlusPunktRente) um die entstehende Rentenlücke während der Laufzeit des Landesbezirklichen Tarifvertrags zu schließen.

> Städtisches Klinikum München

## 5 Mögliche Rentenverluste bei temporärer Absenkung der ZVK-Beiträge um 2%-Punkte über 3 Jahre



Monatliche Rentenverluste in € nach Bruttojahresentgelt und Lebensalter

Bruttojahres- entgelt ZVK	Lebensalter				
	20	30	40	50	60
€ 20 Tsd.	€ 27,0	€ 19,7	€ 14,7	€ 11,0	€ 8,7
€ 30 Tsd.	€ 40,5	€ 29,5	€ 22,0	€ 16,5	€ 13,0
€ 40 Tsd.	€ 54,0	€ 39,3	€ 29,3	€ 22,0	€ 17,3
€ 50 Tsd.	€ 67,5	€ 49,2	€ 36,7	€ 27,5	€ 21,7
€ 60 Tsd.	€ 81,0	€ 59,0	€ 44,0	€ 33,0	€ 26,0

Beschäftigten steht jedoch die Möglichkeit offen, selbst Beiträge in die freiwillige Versicherung bei der ZVK zu zahlen, um eine evtl. entstehende Rentenlücke zu schließen

Quelle: StKM, BCG, Watson Farley & Williams

Seite 258

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 258

### 3.4.4.3.4 Tarifvertrag zur Zukunftssicherung der Krankenhäuser (TV-ZUSI)

Im Bereich der Gewerkschaften ver.di und komba sieht der Tarifvertrag zur Zukunftssicherung der Krankenhäuser (TV-ZUSI) die Möglichkeit einer zeitlich befristeten Absenkung des Jahresbruttoeinkommens der Beschäftigten um bis zu 6 % unter der Bedingung vor, dass für die Dauer der Absenkung keine betriebsbedingten Kündigungen ausgesprochen werden dürfen.

Der Manteltarifvertrag mit dem Marburger Bund enthält eine Öffnungsklausel, wonach zur Vermeidung bzw. Beseitigung wirtschaftlicher Probleme durch einen Tarifvertrag befristet Abweichungen von den Regelungen des Manteltarifvertrages vereinbart werden können; eine prozentuale Höchstgrenze für die Absenkungsmöglichkeit ist nicht bestimmt.

Mit den Gewerkschaften Marburger Bund, ver.di und komba fanden im Dezember 2014 / Januar 2015 Sondierungsgespräche statt. Im Vorfeld zu den Sondierungsgesprächen wurde mit den Tarifexperten des kommunalen



Arbeitgeberverbandes (KAV) unter Beteiligung des Personal- und Organisationsreferats und der Stadtkämmerei die Möglichkeiten für tarifliche Einsparungen und das weitere taktische Vorgehen erörtert. Die Gewerkschaften zeigten sich der Sanierungsthematik der StKM gegenüber zwar grundsätzlich aufgeschlossen. Nach übereinstimmender Äußerung aller Gewerkschaften können weitere Gespräche aber erst dann stattfinden, wenn den Gewerkschaften das Sanierungsumsetzungsgutachten vorliegt und gewerkschaftsintern bewertet wurde. Dies wird erst nach Juli 2015 der Fall sein.

### **3.4.5 Zukunftsgerichtete Zusatzthemen**

#### **3.4.5.1 Maßnahmen für Pflegekräften**

Seitens der Geschäftsführung der StKM ist eine Vielzahl an Projekten in Bearbeitung und weitere sind geplant. Hierzu gehören vor allem die Fort- und Weiterbildung, das zur Verfügung stellen von Kindergartenplätzen und bezahlbarem Wohnraum, Teamentwicklungsmaßnahmen, Führungskräfteentwicklung, neue Einarbeitungskonzepte, die Einrichtung von Springerpools bei kurzzeitigen Arbeitsausfällen, Kompetenzmanagement, Mitarbeiterjahresgespräche, die Einrichtung eines Krisen- und Konfliktmanagements, Stärkung der Ausbildung Pflege, Verbesserung des Gesundheitsmanagements, Öffnung der Entgeltumwandlung über die Unterstützungskasse für alle Tarifbeschäftigten.

Bei den wichtigen Themen der Aus- und Weiterbildung sowie bei der Gewinnung neuer Pflegekräfte arbeitet die Geschäftsführung eng mit der Akademie zusammen, um neue zukunftsorientierte Konzepte zu entwickeln.

Bei den angestoßenen Projekten geht es nicht nur darum, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege während der Sanierung in der StKM zu halten, sondern vor allem auch darum, den Pflegeberuf für die Zukunft zu stärken, um die StKM auf dem Münchner Markt als wettbewerbsfähiges Unternehmen gestärkt aus der Sanierung hervorgehen zu lassen.

#### **Akquise neuer Pflegekräfte über das „Triple-Win-Projekt“**

Zur Akquise von neuem Pflegefachpersonal befindet sich die StKM in Kooperation mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Die GIZ hat zur gezielten Anwerbung von Fachpersonal für Deutschland das Projekt „Triple Win“ aufgebaut. Triple Win berücksichtigt die Situation in den Herkunftsländern, die Interessen der Arbeitgeber und die persönliche Situation der Pflegekräfte. Die Bundesregierung hat mit Serbien, Bosnien und den Philippinen Abkommen

geschlossen, die eine Anwerbung von Pflegefachpersonal ermöglicht, weil in den Herkunftsländern ein Überhang von Pflegefachpersonal besteht, das Arbeit sucht. In den EU- Staaten Kroatien, Spanien, Portugal, Italien und Griechenland können Pflegefachkräfte geworben werden, weil durch die wirtschaftlichen Gegebenheiten arbeitsloses Pflegepersonal bereit ist, in andere EU-Staaten zu wechseln und dort zu arbeiten.

Im Jahr 2015 soll zunächst die Anwerbung von ca. 30 Personen erfolgen, davon fünf Personen für den Bereich Kinderkrankenpflege mit Hochschulabschluss, fünf Personen für den Bereich Intensivpflege mit Hochschulabschluss und 20 Personen für den Bereich stationäre Krankenpflege aus unterschiedlichen Zielländern. Je nach Evaluationsergebnissen, Bedarf und Kapazitäten soll eine weitere Anwerbung erfolgen und in einen kontinuierlichen Prozess überführt werden.

### **Weitere Auslandsakquise von Pflegekräften**

Es wurden mit mehreren Personaldienstleistern Vermittlungsverträge zur Vermittlung von examinierten ausländischen Pflegekräften geschlossen:

Im 1. Halbjahr 2015 erfolgte der Vertragsschluss mit einer Agentur zur Vermittlung griechischer Pflegekräfte. Vorstellungen und Hospitationen sind bereits erfolgt, die ersten Vermittlungen stehen unmittelbar bevor.

Ein Personaldienstleister vermittelte zur StKM insgesamt 33 spanische Pflegekräfte. Die StKM führte für die spanischen Pflegekräfte ein Integrationsprogramm zur Bindung durch, in dem es eine persönliche Begrüßung durch die Geschäftsführung gab und persönliche Mentoren benannt wurden. Die Akademie führte einen Integrations Sprachkurs durch. Der Geschäftsbereich Personal organisierte Stadtführungen und eine StKM-Integrationsstammtisch.

### **Abschluss von Rahmenverträgen zur Arbeitnehmerüberlassung**

Mit zwei Personaldienstleistern wurden zur Vermittlung von Leiharbeitskräften in der Pflege Rahmenverträge geschlossen.

### **Auslandsakquise mit öffentlichen Partnern - Bundesagentur für Arbeit - ZAV**

Die StKM ist 2013 in das Sonderprogramm Bosnien der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) aufgenommen worden.

### **Personelle Unterstützung (Springerpool) durch Pflegekräfte in Elternzeit**

Im Rahmen des bereits erwähnten „Springerpools“ wurden im ersten Halbjahr 2015 fast zweihundert in Elternzeit befindliche Pflegekräfte angeschrieben. Fast die Hälfte meldete sich zurück, einige haben den Dienstantritt in Elternzeit bereits geplant.

### **Jobmessen München im November 2011, Januar 2013, Januar 2014, Januar 2015**

Die StKM nimmt regelmäßig an Jobmessen insbesondere zur Rekrutierung von Schülerinnen und Schülern für eine Ausbildung zu examinierten Krankenpflegekräften teil.

### **Finanzielle Angebote**

Speziell für Pflegekräfte gibt es eine Reihe finanzieller Angebote:

So erhalten Schülerinnen und Schüler der Akademie nach ihrer Ausbildung bei Übernahme durch die StKM eine Stufenvorweggewährung und haben damit ein besseres Einstiegsgehalt.

Seit 2012 erhalten Schülerinnen und Schüler eine Übernahmeprämie. Für die Jahre 2012, 2013 und 2014 500,00 €, seit 2015: 1.000,00 €.

Für Pflegekräfte werden zudem - wenn ein Umzug wegen des Dienstantritts bei der StKM nach München erfolgt - Umzugskosten bis 600,00 € übernommen.

Für das erfolgreiche Werben von examinierten Pflegekräften können Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter eine Werbeprämie erhalten. Diese betrug in den Jahren 2012, 2013 und 2014 500,00 €, seit 2015 1.000,00 €.

Als weiterer finanzieller Anreiz für Pflegekräfte werden bei Neueinstellung im Rahmen der Eingruppierung Entwicklungsstufe berücksichtigt. Außerdem werden Weiterbildungskosten aus früheren Arbeitsverhältnissen übernommen.

### **Ausbildung in der StKM**

Neben der Akquise von Pflegekräften auf dem Arbeitsmarkt ist die Ausbildung und spätere Übernahme von Pflegekräften eine wesentliche Säule der Personalgewinnungsmaßnahmen im Pflegebereich. Hier bietet die StKM umfangreiche Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, bspw.:

- Eigene Akademie mit breitem Angebot an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten.
- Dualer Bachelorstudiengang Pflege mit integrierter Pflegeausbildung (entspricht dem in der EU üblichen Ausbildungsniveau).
- Wohnheim für Auszubildende in der Pflege.
- Fachweiterbildung pflegerische Leitung (mit Anrechnung von Credit Points bei Belegung des Studiengangs „Management in der Gesundheitswirtschaft“).

### **Berufsorientierung mit Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen**

In einem 24-Stunden-Betrieb mit Patientenversorgung ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine besondere Herausforderung. Die StKM unterstützt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter daher mit folgenden Angeboten:

- Flexible Arbeitszeiten zur Versorgung von Kindern und Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen.
- Ermöglichung des Zugriffs aufs Intranet von extern für Mitarbeitende in familiärer Beurlaubung.
- Infotage für Schwangere und werdende Väter.
- Unterstützung bei der Suche nach Kinderbetreuungsplätzen durch:
  - Kooperation mit den städtische Betreuungseinrichtungen an den 4 Standorten der StKM: insgesamt 145 Krippen- und Kindergartenplätze
  - Verteilung von 100 Kontingentscheinen der Landeshauptstadt München für städtische Krippen, Kindergärten und Horte
  - Verteilung von 18 Krippenplätze in der Haar gGmbH zu städtischen Gebühren
  - Kinder-Notfallbetreuung über den pme Familienservice (Standort: Marienplatz)

### **Einrichtung einer zentralen Pflegekoordination**

Zur Schärfung des eigenen Profils der Pflege und zur Optimierung der professionellen Ausrichtung wurden seitens der Geschäftsführung zwei Stellen zur Pflegekoordination geschaffen. Diese sollen zentral auf alle Klinikstandorte einwirken und die teilweise schon vorhandenen Konzepte und Anregungen der Pflegekräfte vor Ort zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen aufnehmen und weiter konzeptionieren. Es soll ein patientennahes Pflegeverständnis mit dem Ziel entwickelt werden, ein einheitliches Profil der Pflege für das Gesamtunternehmen zu schaffen. Durch inhaltliche Anreize soll, gerade während der Sanierung, die Motivation der pflegerischen Beschäftigten und ihre Identifikation mit ihrem Beruf

gestärkt werden. Bei der Maßnahme geht es nicht nur darum, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege während der Sanierung in der StKM zu halten, sondern vor allem auch darum, den Pflegeberuf für die Zukunft zu stärken, um die StKM auf dem Münchner Markt als wettbewerbsfähiges Unternehmen gestärkt aus der Sanierung hervorgehen zu lassen.

#### **3.4.5.2 Weitere Zukunftsgerichtete Zusatzthemen**

Weitere Ausführung u. a. zu den Themen Personal- / Führungskräfteentwicklung, Konfliktmanagement, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Gesundheitsmanagement sowie Altersvorsorge und Unterstützungskasse sind der Anlage 10 zu entnehmen.

#### **3.4.5.3 Neuaufteilung der Versorgungslasten**

Auf Grundlage des Stadtratsbeschlusses vom 17.03.2004 sind alle Versorgungslasten, für die eine Zusage nach dem Stichtag 01.01.1987 gegeben wurde, von der StKM zu tragen. Zum berechtigten Personenkreis zählen Beamte, Werkleiter der Eigenbetriebe sowie Versorgungsempfänger und Chefärzte, die aufgrund ihres Vertrages eine beamtenähnliche Versorgungszusage erhielten. Per Stichtag 31.12.2013 waren diese Versorgungszusagen mit einem Wert von 25,5 Mio. € in der Bilanz der StKM passiviert. Der laufende Aufwand aus der Auszahlung der Versorgungszusagen beträgt derzeit ca. 0,7 Mio. € p.a..

Der Vorschlag zur Neuaufteilung zielt auf eine Verschiebung des Stichtags für die Zurechnung der Versorgungslasten zur StKM auf den 01.01.2005 (Datum der GmbH-Gründung). Damit würden bisher von der StKM getragene Versorgungszusagen zwischen dem 01.01.1987 und dem 31.12.2004 auf die Landeshauptstadt München übergehen. Aus Sicht der StKM hätte dies einen bilanziellen Einmaleffekt aus der teilweisen Auflösung der oben genannten Passivierung in Höhe von ca. 14,2 Mio. € zur Folge. Darüber hinaus würde die StKM voraussichtlich um ca. 0,4 Mio. € p.a. im laufenden Aufwand entlastet.

Die Stadtkämmerei hat die Beihilferelevanz der Neuaufteilung durch eine externe Rechtsanwaltskanzlei gutachtlich mit dem folgenden Ergebnis prüfen lassen:

In der Übernahme der Pensionslasten der StKM für den Zeitraum 1987 bis 2005 durch die LHM liegt keine beihilferechtsrelevante Begünstigung im Sinn von Artikel 107 Abs. 1 AEUV.

### 3.5 Optimierung Sachkosten

#### 3.5.1 Optimierung Medizinischer Sachbedarf

##### 3.5.1.1 Ausgangslage / Sachstand

In diesem Modul wird das Ziel einer nachhaltigen Senkung des medizinischen Sachbedarfs in Relation zu den erbrachten Leistungen verfolgt, also eine Rentabilitätsverbesserung. Die Grundlagen und Methodik zur Ermittlung bzw. Realisierung der Optimierungspotentiale sind in Anlage 11 - Optimierung medizinischer Sachbedarf - dargestellt.

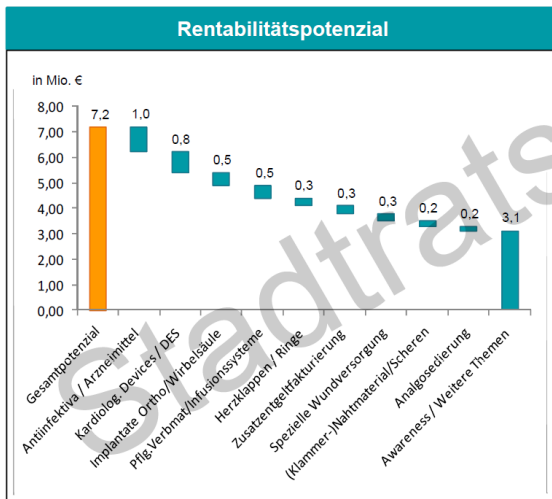
Das Rentabilitätspotenzial, also die Verbesserung der Kosten- / Erlösrelation für den medizinischen Sachbedarf liegt auf Basis der durchgeführten **Potenzialanalyse bei rund 7,2 Mio. €**. Es entfallen rund 4,1 Mio. € Rentabilitätsverbesserungspotenzial auf neun Handlungsfelder, in der folgenden Abbildung aufgeführt sind.

Sachkosten – Medizinischer Sachbedarf

> Städtisches Klinikum München



#### Das größte Rentabilitätspotential steckt in der Schärfung der Awareness der klinischen Anwender



Quelle: Lohfert und Lohfert AG

▪ Antibiota/Arzneimittel	~ 1,0 Mio. €
▪ Kardiolog. Devices/DES	~ 0,8 Mio. €
▪ Implantate Ortho/Wirbelsäule	~ 0,5 Mio. €
▪ Pflg. Verbrmat./Infusionssysteme	~ 0,5 Mio. €
▪ Herzklappen/Ringe	~ 0,3 Mio. €
▪ Zusatzentgeltfakturierung	~ 0,3 Mio. €
▪ Spezielle Wundversorgung	~ 0,3 Mio. €
▪ (Klammer-)Nahtmaterial/Scheren	~ 0,2 Mio. €
▪ Analgosedierung	~ 0,2 Mio. €
Identifizierte Top-Themen	~ 4,1 Mio. €
▪ Awareness/Weitere Themen	~ 3,1 Mio. €
<b>Gesamtpotenzial</b>	<b>~ 7,2 Mio. €</b>

Seite 282

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 282

Die Steuerung des medizinischen Sachbedarfs ist ein Verfahren der nachhaltigen Rentabilitätsverbesserung unter Wahrung der medizinischen Behandlungsqualität. Durch die konsequente Einbindung der Leistungserbringer in dieses etablierte Verfahren wurden bereits Adjustierungen auf der Produkt-, Mengen- und Preisebene initiiert, die zu einer Rentabilitätsverbesserung von > 1 Mio. € im ersten Halbjahr 2015 führen. Ergänzend zu dieser etablierten Produkt- und Mengensteuerung ist die Preisreduktion von hoher Relevanz für das Erreichen der Rentabilitätsziele. Daher wurde der Kooperationsvertrag mit der Einkaufsgemeinschaft Kommunaler Krankenhäuser gekündigt, um ergebnisoffene Angebote von allen etablierten Einkaufsgemeinschaften diskutieren zu können.

Zusammenfassend ist das MES®-Verfahren bei der StKM erfolgreich etabliert und zeigt bereits signifikante Effekte, die die prognostizierte, kumulierte Rentabilitätsverbesserung von 7,2 Mio. € in den kommenden zwei Jahren als realistisch unterstreichen. Der Erfolg des MES®-Verfahrens wird neben einer Verbesserung der Kosten- / Erlösrelation ebenfalls durch einen Vergleich gegenüber der InEK<sup>3</sup>-Kalkulation (inkl. ZE und NUB<sup>4</sup>) überprüft. Dabei wird die StKM in der Vorhersage bis zum Jahr 2022 kontinuierlich geringere Aufwendungen für den medizinischen Sachbedarf haben als die Vergütungssystematik des InEK für den medizinischen Sachbedarf kalkuliert (positiver Deckungsbeitrag). Die Berechnungen zeigen, dass sich die Rentabilität des medizinischen Sachbedarfs von 6,6 % (im Jahr 2014) auf 13,2 % (im Jahr 2022) verbessert. Somit liefert dieses Modul einen wesentlichen Sanierungsbeitrag. In diesem Modul ist aktuell kein Entscheidungsbedarf im Rahmen dieser Beschlussvorlage gegeben.

### 3.5.1.2 Entscheidungsbedarf

Mit der dringlichen Anordnung von Herrn Oberbürgermeister Reiter vom 23.12.2014 wurde die Grundlage für die vorsorgliche Kündigung der Mitgliedschaft der Städtisches Klinikum München GmbH bei der EKK (Einkaufsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser) geschaffen. Die Kündigung ist bei der EKK fristgerecht vor dem 31.12.2014 eingegangen, so dass die Mitgliedschaft am 31.12.2015 endet.

Der Entscheidung lag die Analyse der Lohfert & Lohfert AG (L&L) zugrunde, die ungünstige Einkaufskonditionen für Produkte des Medizinischen Sachbedarfs inkl. der Pharmaka in einer Höhe von 2 Mio. € aufgezeigt hat.

Damit im nächsten Jahr der Einkauf wieder über eine Einkaufsgemeinschaft erfolgen kann, ist die Durchführung eines Teilnahmewettbewerbs mit anschließendem Verhandlungsverfahren für die Auswahl einer Einkaufsgemeinschaft vorgesehen.

---

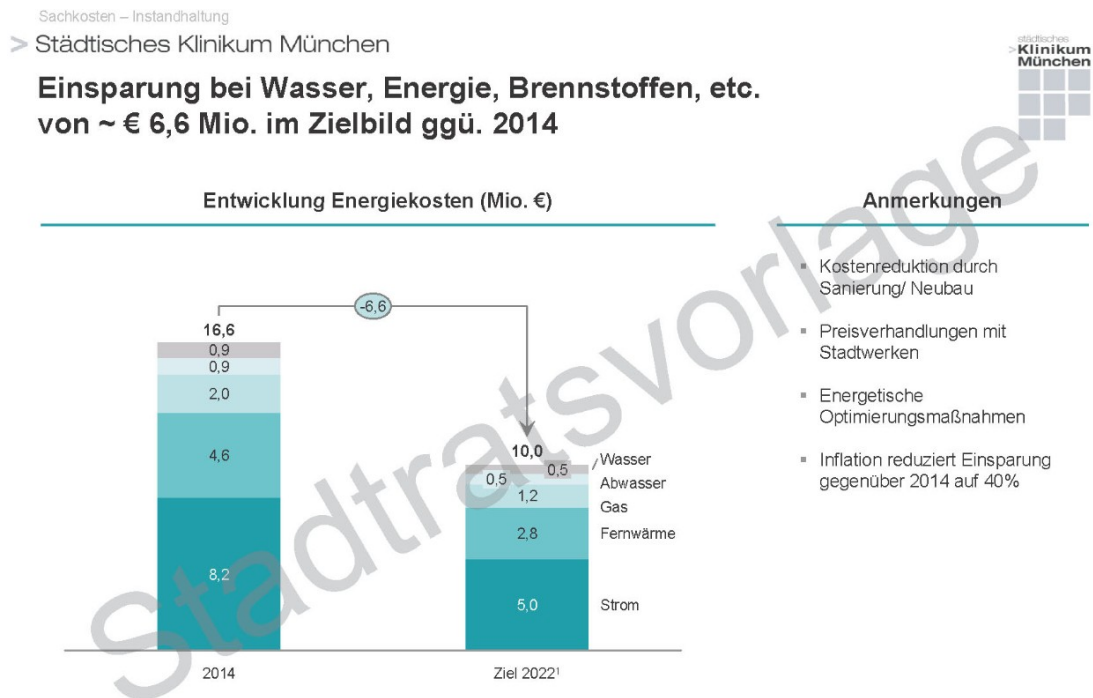
3 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

4 Zusatzentgelte und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die Anbieter werden nach deren Interesse der Teilnahme auf der Basis eines Leistungsverzeichnisses und eines repräsentativen Warenkorbes beurteilt und damit der zukünftige Partner ausgewählt. Damit werden eventuell anwendbare Vergaberichtlinien vollständig eingehalten. Die Entscheidung über den zukünftigen Partner wird voraussichtlich Ende des 3. Quartals 2015 getroffen werden können. Die dann verbleibende Vorlaufzeit von rund 3 Monaten ist wichtig, um vorbereitende Maßnahmen durchführen zu können, die für einen fehlerarmen Start der Kooperation ab 2016 notwendig sind und die die Einsparpotenziale dann sicher realisieren lassen.

### 3.5.2 Sachkosten - Wasser, Energie, Brennstoffe

Kosten für Abwasser und Wasser, Strom, Fernwärme und Dampf lagen in 2014 bei rund 16,6 Mio. €. Aufgrund der Bausubstanz ist hier erhebliches Einsparpotenzial vorhanden. So haben über die Konsolidierung hinaus bei der Kostenreduktion die Sanierung bzw. Neubaumaßnahmen maßgeblichen Effekt. Zudem sind energetische Optimierungsmaßnahmen und Preisverhandlungen vorgesehen.



<sup>1</sup> Inklusive Inflation  
 Quelle: SKM Controlling, BuT; BCG



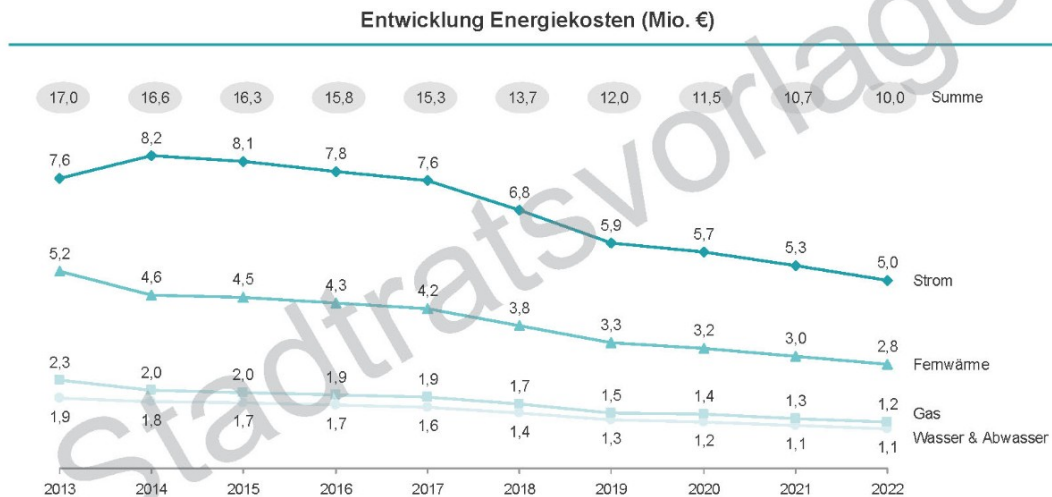
Im Zielbild wird mit einem Kostenvolumen von insgesamt 10 Mio. € für Wasser, Energie und Brennstoffe gerechnet. Da neben der Konsolidierung, Sanierung bzw. Baumaßnahmen und Maßnahmen auch die Inflation berücksichtigt werden muss, beträgt die Einsparung gegenüber 2014 40 %. Dies entspricht im Zielbild einer Einsparung von insgesamt rund 6,6 Mio. €. Neben dem Mengeneffekten durch die Reduzierung der bewirtschafteten Flächen werden auch Preiseffekt durch Nachverhandlungen der Versorgungsverträge erwartet.

Unabhängig von der Reduzierung der zu betreibenden Liegenschaften sind folgende Maßnahmen zur Optimierung der Energiekosten angedacht:

- Preisverhandlungen - Einsparvolumen rund 1,5 Mio. € p.a..
- Energetische Einsparmaßnahmen - Einsparvolumen rund 0,4 Mio. € p.a..
- Frühzeitige Stilllegungen von nicht mehr benötigten Gebäuden - Einsparvolumen rund 0,4 Mio. €.

Im zeitlichen Verlauf wird nach einem preisbedingten Anstieg der Stromausgaben in 2014 ggü. 2013 fortlaufend mit kontinuierlicher Senkung der Energiekosten gerechnet.

## Wasser, Energie, Brennstoffe, etc. im Zeitverlauf



Quelle: SKM Controlling, BuT; BCG

Seite 286

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 286

### 3.5.3 Sachkosten - Instandhaltung

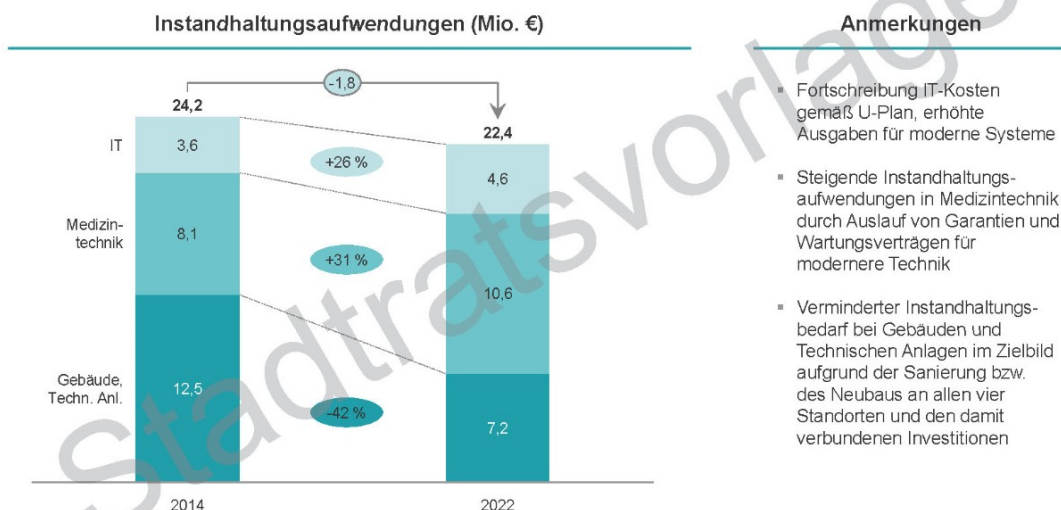
Instandhaltungsaufwendungen im Status quo liegen insbesondere aufgrund der Bausubstanz deutlich über Vergleichswerten. Anteilig am Umsatz aus Krankenhausleistungen betragen die Instandhaltungsaufwendungen in 2013 4,3 % und in 2014 4,1 %. Gemäß Benchmark des DKI sollten 3,4 % - 3,9 % zu erreichen sein.

Sachkosten – Instandhaltung

&gt; Städtisches Klinikum München



## Einsparung von ~ € 1,8 Mio. im Zielbild – Mehrausgaben bei IT u. Medizintechnik durch Einsparung bei Gebäuden kompensiert



Quellen: StKM BuT, Investitionscontrolling; BCG

Seite 297

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 297

Das Kostenvolumen der Instandhaltungsaufwendungen betrug in 2014 rund 24,2 Mio. €, davon 12,5 Mio. € für Gebäude und technische Anlagen, 8,1 Mio. € für Medizintechnik und 3,6 Mio. € für Informationstechnologie (IT).

Im Zielbild sollen die Instandhaltungsaufwendungen insgesamt 22,4 Mio. € betragen.

Davon sind rund 4,6 Mio. € für die IT vorgesehen. Dies basiert auf einer Fortschreibung der IT-Kosten gemäß des U-Plans unter Berücksichtigung erhöhter Ausgaben für moderne Systeme.

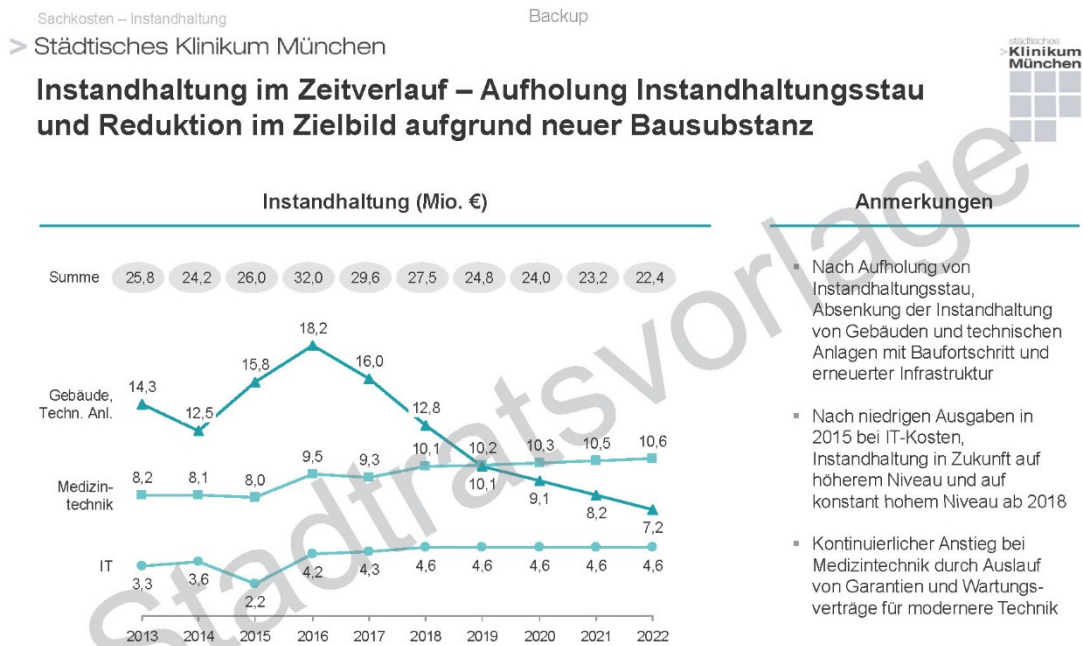
Die auf rund 10,6 Mio. € ansteigenden Instandhaltungsaufwendungen für Medizintechnik sind durch das Auslaufen von Garantien und neue, erweiterte Wartungsverträge, bedingt durch den Personalabbau, zu erklären.

Bei Gebäuden und technischen Anlagen ist im Zielbild aufgrund der Sanierung bzw. des Neubaus an allen vier Standorten und den damit verbundenen Investitionen von deutlich niedrigeren Instandhaltungsaufwendungen auszugehen. So wird in 2022 mit inflationierten Kosten von rund 7,2 Mio. € gerechnet.

Nach Aufholung des Instandhaltungsstaus ist eine Absenkung der Instandhaltung von Gebäuden und technischen Anlagen mit Baufortschritt und erneuerter Infrastruktur möglich. In der IT werden nach niedrigeren Ausgaben in 2015 in Zukunft Instandhaltung auf höherem und ab 2018 auf konstant hohem Niveau geplant. In der Medizintechnik ist durch Auslauf von Garantien und erweiterten Wartungsverträgen für modernere Technik mit einem kontinuierlicher Anstieg zu rechnen.

Die Aufwendungen für den Bauunterhalt sollen auf Grund der Fertigstellung der Neubauprojekte und der Verringerung der zu bewirtschaftenden Flächen massiv sinken. Dagegen sollen die Kosten für IT und Medizintechnik, auf Grund des medizinisch-technischen Fortschrittlisches, ausgeweitet werden.

Im Zielbild sollen die Instandhaltungsaufwendungen damit auf 22,4 Mio. € abgesenkt werden.



Quellen: SIKM Investitionscontrolling; BCG

### **3.5.4 Optimierung Verwaltungs- und sonstiger Sachbedarf**

Der Verwaltungsbedarf und die sonstigen Aufwendungen, welche zusammenfassend den Verwaltungsaufwand bilden, stellen mit Betrachtung des Ausgabevolumens einen signifikanten Kostenblock dar. In 2013 lagen die Ausgaben für Verwaltungsaufwände bei € 32,2 Mio. und in 2014 durch einen sanierungsbedingten Anstieg bei 34,8 Mio. €. Bezogen auf die Umsatzerlöse entspricht dies einer Verwaltungsquote von 5,2 % in 2013 bzw. 5,7 % in 2014. Obwohl laut Sanierungsgutachten vom März 2014 zumindest die Verwaltungsbedarfe bereits auf einem marktüblichen Produktivitätsniveau liegen, können durch gezielte Maßnahmen weitere Optimierungen erreicht werden.

Im Zielbild 2022 wird eine Senkung der Verwaltungsbedarfs-Quote um ca. 12 % auf einen Wert von 9,4 Mio. € (nach Inflation) avisiert. Bei den sonstigen Aufwendungen konnten aufgrund von uneindeutigen Kostenzuordnungen keine verlässlichen Vergleichszahlen anderen Kliniken herangezogen werden. Basierend auf der durchgeführten Analyse bestehen jedoch auch in dieser Kostenart noch deutliche Optimierungspotenziale. Somit wird im Zielbild eine Senkung der Sonstige Aufwendungen-Quote um 18 % auf einen Zielwert von 21,0 Mio. € (nach Inflation) unterstellt. In Summe werden somit Optimierungen von ca. 4,5 Mio. € nach Kosteninflation beim Verwaltungsaufwand und den sonstigen Aufwendungen angestrebt. Die betreffenden Kostenarten wurden im Rahmen von Modul 8 - analog zum Umsetzungsgutachten - ohne die Kosten der Akademie, des Blutspendedienstes, des Medizet und des Patientenservices betrachtet.

Das Zielbild 2022 soll im Wesentlichen durch zwei Einspareffekte erreicht werden. Zum einen werden durch Volumen Anpassungen, aufgrund des im Rahmen der Sanierung unterstellten verringerten Leistungsvolumen, Einspareffekte erzielt, zum anderen durch weitergehende Optimierungsmaßnahmen und die Korrektur von Einmaleffekten.

## **3.6 Baukonzept**

### **3.6.1 Erfordernisse zur Modifikation auf Basis des Medizinkonzepts**

Die tragende Säule des am 08.07.2014 im Stadtrat beschlossenen Sanierungsumsetzungskonzepts der StKM ist das Medizinkonzept, auf dem fast alle künftigen Sanierungsmaßnahmen basieren. Auf Grundlage des Grobkonzepts erfolgte nun eine Nachjustierung des Medizinkonzepts. Die Abweichungen sind hinsichtlich der Bettenkapazität geringfügig und dienen der Verbesserung der medizinischen Versorgung. Trotzdem ergeben sich hieraus Änderungen im

Baukonzept. Auch auf das ursprünglich angedachte Dienstleistungsgebäude soll verzichtet werden (siehe auch Ziffer 3.6.3.5 - Zentrales Dienstleistungsgebäude).

Gemäß der Grobkostenschätzung des beauftragten Architekturbüros Ludes Architekten und Ingenieure, Recklinghausen, wird der Investitionsbedarf für den „neuen“ Baumasterplan durch die nachfolgend beschriebenen Änderungen, um ca. 26 Mio. € geringer ausfallen. Bezogen auf die ursprüngliche Planung bedeutet dies Gesamtinvestitionskosten von nunmehr ca. 624 Mio. € zzgl. Baukostenindex.

### **3.6.2 Veränderungen ggü. Machbarkeitsstudie vom August 2014**

Die jeweiligen Veränderungen in den einzelnen Standorten werden nachfolgend dargestellt.

In den für das Klinikum Schwabing angegebenen Kosten jeweils nicht enthalten sind Ansätze für Erweiterungen gemäß Medizinkonzept (Dermatologie, Kinderpsychosomatik usw.), Auswirkungen aufgrund des entfallenden Zentralgebäudes, Risiko, Großgeräte, Umzüge / Interimsnutzung sowie sonstige neben baulichen Ausgaben (Marketing u.ä.). Diese Ausschlüsse gelten auch für die nachfolgenden Kostenangaben der andern Standorte, sofern nicht anders vermerkt.

#### **3.6.2.1 Klinikum Bogenhausen**

Am Klinikum Bogenhausen werden durch das detaillierte Medizinkonzept, inklusive der ergänzten Phys. Med. / Alterstraumatologie, keine wesentlichen baulichen Anpassungen gegenüber der Machbarkeitsstudie notwendig. Die Bettenzahl bleibt bei 1.020 Betten bestehen und es ist weiterhin eine großzügige bauliche Erweiterung vorgesehen. Die Kosten entsprechen mit ca. 315 Mio. € noch den Ansätzen der Machbarkeitsstudie.

#### **3.6.2.2 Klinikum Harlaching**

Am Standort Harlaching sieht die Machbarkeitsstudie 545 Betten und einen Ersatzneubau des in den 60er Jahren ergänzten Bestandsgebäudes vor.

Durch das detaillierte Medizinkonzept erhöht sich die Bettenzahl auf 548. Entgegen der ursprünglichen Planung ist das überregionale Traumazentrum nun nicht mehr am Standort Neuperlach sondern am Standort Harlaching vorgesehen. Hieran angegliedert ist der Stützpunkt (Hubschrauberlandesplatz mit Hangar) des Rettungshubschraubers. Ebenso wird das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie & Geburtshilfe um die operative Gynäkologie ergänzt und im Neurozentrum eine Weaning-Station etabliert. Die Veränderung des detaillierten Medizinkonzepts führt am Standort Harlaching nach wie vor zu einem Ersatzneubau

und einem anschließenden Abriss des Bestandsgebäudes. Aufgrund der geplanten Erweiterungen erhöhen sich die Kosten gegenüber der Machbarkeitsstudie um etwa 10 Mio. € auf 175 Mio. €.

### **3.6.2.3 Klinikum Neuperlach**

Die Machbarkeitsstudie sah 650 Betten am Standort Neuperlach vor. Hierfür sollte westlich zum Bestand des Haupthauses ein 6-geschossiger neuer Bettenhausflügel mit Dachlandeplatz für den Rettungshubschrauber errichtet sowie die Notaufnahme umgebaut und erweitert werden.

Das detaillierte Medizinkonzept sieht in Neuperlach nun nur noch 542 Betten vor. Diese Reduzierung ergibt sich durch eine Verlagerung der Dermatologie nach Schwabing und Verlagerung der operativen Gynäkologie sowie Planung des überregionalen Notfallzentrums in Harlaching. Somit ist der ursprünglich geplante Neubau im Klinikum Neuperlach nicht mehr notwendig, sondern lediglich Ergänzungen erforderlich. Die derzeit laufende Umstrukturierung und baulich-technische Erneuerung des Hauptgebäudes wird wie geplant zu Ende geführt. Die Kostenansätze reduzieren sich gegenüber der Machbarkeitsstudie von 42 Mio. € auf knapp 3 Mio. €.

### **3.6.2.4 Klinikum Schwabing**

Das ursprüngliche Konzept für das Klinikum Schwabing sah ein Mutter-Kind- und Notfallzentrum durch den Bau eines neuen Gebäudes in Verbindung mit den Bestandsgebäuden 24 und 25 vor. Das Klinikum Schwabing wäre demnach auf 290 Betten reduziert worden.

Das detaillierte Medizinkonzept beinhaltet nun ein Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie & Geburtshilfe, ergänzt um die operative Gynäkologie, und bietet somit nun das gesamte Spektrum der Frauenheilkunde. Die zusätzliche Verlagerung der Dermatologie in die bestehende Infrastruktur des Klinikums Schwabing statt wie ursprünglich geplant in das Klinikum Neuperlach sowie der Integration einer Kinderpsychosomatik (vgl. Haus 6 oder 8), erhöht die Bettenzahl hier auf insgesamt 414. Die vollständigen Kostenermittlungen erfolgen nach genauer örtlicher Festlegung der zusätzlichen medizinischen Einheiten.

Mit der Standortkonzentration ist eine Verlagerung des Hubschrauberlandeplatzes von Haus 16 auf die Dachfläche von Haus 25 geplant. Die Verlagerung des Landeplatzes wurde im Rahmen des Vorbescheidsverfahrens für planungsrechtlich zulässig erachtet.

Die bisherige Planung des Klinikums Schwabing sah eine bauliche Erweiterung der Kinderklinik in Form eines 5-geschossigen, mit den Bestandsgebäuden verknüpften Neubaus vor. Die Gebäude 23, 24 und 25 sollten daraufhin saniert und zu administrativen und tagesklinischen Einrichtungen umstrukturiert werden. Zudem war das Notfallzentrum für Erwachsene als Neubau und Erweiterung der neuen Kinderklinik vorgesehen.

Diese mit dem Erstantrag eingereichte kleine Lösung mit 7.163 m<sup>2</sup> wurde von den Förderbehörden jedoch nicht als Beispiel für einen zeitgemäßen Kinderklinikbau gesehen. Das Baufeld für die Kombination aus Mutter-Kind-Zentrum und Notfallambulanz mit ca. 100 Betten wäre zu klein geplant. Diese Variante wurde deshalb nicht weiterverfolgt.

Im aktuellen Antrag mit 11.808 m<sup>2</sup> wurden die Mängel des ersten Antrags überarbeitet. Nahe dem Haus 25 soll nun das gesamte Mutter-Kind-Zentrum als Neubau entstehen. Darauffolgend wird Haus 25 abgebrochen und auf dem freiwerdenden Baufeld das allgemeinmedizinische Notfallzentrum für Erwachsene errichtet werden. Hierzu möglichst zeitgleich wird dann das Haus 24 mit untergeordneten Einrichtungen zur Kinderheilkunde, mit Tageskliniken und der Verwaltung saniert werden.

Die Eingangssituation und die Erschließung sind unter Einbeziehung aller beteiligten Träger öffentlicher Belange im Zuge der weiteren Detailplanung allerdings noch zu lösen.

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie ergaben sich für den BA 1 Mutter - Kind - Zentrum (kleine Lösung), BA 2 Notfallzentrum und BA 3 Sanierung und Anschluss Haus 25 sowie Sanierung Haus 24 Kosten in Höhe von ca. 88 Mio. €.

Nach Weiterentwicklung der Planung ergeben sich für die neue Variante mit BA 1 Mutter - Kind - Zentrum (große Lösung), BA 2 Notfallzentrum und BA 3 Sanierung Haus 24 Kosten in Höhe von ca. 104 Mio. € zzgl. Kosten der Medizintechnik.

Die höheren Investitionskosten werden durch höhere Fördermittel nach KHG ausgeglichen. Der im Sanierungskonzept geplante Eigenmittelanteil kann somit weiterhin eingehalten werden.

### **3.6.3 Aktueller Status je Standort**

Im Januar 2014 erfolgte die Beauftragung der LUDES Architekten - Ingenieure GmbH zur Erstellung einer Machbarkeitsstudie über die bauliche Entwicklung der StKM. Grundlage hierfür bildet das von der Boston Consulting Group erarbeitete und im Februar 2014 präsentierte Sanierungsgutachten. Die Machbarkeitsstudie mit Empfehlungen zur optimalen baulichen Umsetzung der im Sanierungsgutachten



definierten, neuen medizinischen Strukturen wurde im August 2014 fertiggestellt und bildet die Grundlage für die Großbaumaßnahmen an den Standorten der StKM.

Am 21.01.2015 fand eine Erstabstimmung mit der künftigen Baugesellschaft statt, welche die Bauabwicklung der Großbaumaßnahmen auf Grundlage eines noch auszuarbeitenden Baumanagementvertrages übernehmen wird. Seitdem wird mit juristischer Unterstützung der Baumanagementvertrag erarbeitet und mit der Geschäftsleitung der künftigen Baugesellschaft abgestimmt. Es finden regelmäßige Treffen mit der künftigen Baugesellschaft statt, bei denen die Inhalte geklärt werden. Der Abschluss des Vertrages ist - die positive Beschlussfassung durch den Stadtrat im Juli 2015 vorausgesetzt - im Verlauf des zweiten Halbjahres 2015 vorgesehen.

### **3.6.3.1 Klinikum Bogenhausen**

Die Machbarkeitsstudie sieht vor, das Klinikum Bogenhausen durch einen Ergänzungsbau mit vier Geschossen zu erweitern. Durch den Neubau werden die Flächendefizite in der interdisziplinären Notfallversorgung, OP-Abteilung und ICU ausgeglichen. Gleichzeitig bietet er als Entspannungsbau die Grundlage für die anschließende, grundlegende Sanierung des Bestandsbaus.

Ende 2014 wurden verschiedene, für die geplante Baumaßnahme am Klinikum Bogenhausen erforderliche grundlegende Gutachten eingeholt (schalltechnische Voruntersuchung, Verkehrsuntersuchung, Machbarkeit Hubschrauberlandeplatz, artenschutzrechtliche Prüfung, Erschütterungsgutachten) und mittlerweile z.T. ergänzt und erweitert. Der Bezirksausschuss Bogenhausen wurde in Form einer Präsentation über die geplante Baumaßnahme informiert. Der Aufstellungsbeschluss zur Bebauungsplanänderung wurde mit dem Planungsreferat abgestimmt und die Vorbereitung dessen unterstützt. Er wurde am 05.11.2014 vom Stadtrat beschlossen. Die VOF-Verfahren für die Planungsleistungen am Standort Bogenhausen wurden durchgeführt. Die Entscheidung für die Vergabe der Generalplanungsleistungen wurde Anfang März vom Stadtrat getroffen. Diese wurden für die Leistungsphasen 1-3 an das Büro Ludes Architekten und Ingenieure, Recklinghausen, vergeben. Die Leistungen für die BO-Planung, Stufen 1-3, wurden an das Büro HWP GmbH vergeben, die Leistungen der Freianlagenplanung an das Büro Wankner & Fischer. Mit den Projektsteuerungsleistungen wurde das Büro Drees & Sommer AG beauftragt. Die Projekt-Kick-off-Veranstaltung fand am 26.03.2015 unter Beteiligung des internen und externen Projektteams statt. Derzeit wird das Raum- und Funktionsprogramm mit den Nutzern abgestimmt und anhand dieser Ergebnisse angepasst. Bis Juli 2015 soll es fertiggestellt und dem Ministerium vorgelegt werden. Um einen reibungslosen Ablauf des Baus unter laufendem Betrieb sicherzustellen wurden verschiedene Projektthemen eruiert und werden derzeit erarbeitet. Der

Antrag auf Vorwegfestlegung wird bis Ende 2015 bei der Regierung von Oberbayern eingereicht.



Quelle: Ludes Architekten

### 3.6.3.2 Klinikum Harlaching

Die Machbarkeitsstudie von Ludes Architekten und Ingenieure, Recklinghausen, für den Standort Klinikum Harlaching sieht Maßnahmen für einen Teilersatzneubau und Sanierungen im Bestand vor. Mittlerweile wurde, wie vorher bereits beschrieben, im Rahmen der Detaillierung des Medizinkonzeptes die Bettenzahl auf 548 erhöht.

Die vergaberechtskonforme Auftragserweiterung der bestehenden Planerverträge wurde juristisch untersucht und die Stellungnahme zur vergaberechtlichen Prüfung / Beratung an die Regierung von Oberbayern weitergeleitet. Diese folgt den juristischen Annahmen zur Fortführung der bestehenden Planerverträge. Sobald das medizinische Gesamtkonzept abschließend vorliegt, werden mit den bisherigen Planungsbüros Startgespräche für den Neubau Klinikum Harlaching geführt und darauf aufbauend die Nachträge geschlossen. Da das bisherige Fachplanungsbüro Ebert Ingenieure Insolvenz anmeldete, müssen die Leistungen für die Elektroplanung

erneut über ein VOF-Verfahren ausgeschrieben und vergeben werden. Die Leistungen für die Betriebsorganisationsplanung sollen vorgezogen an das Büro Teamplan vergeben werden, damit zeitnah mit den Nutzerabstimmungen und dem Raum- und Funktionsprogramm begonnen werden kann.



Quelle: Ludes Architekten

### 3.6.3.3 Klinikum Neuperlach

Die Machbarkeitsstudie von Ludes Architekten Ingenieure für den Standort Klinikum Neuperlach sah Maßnahmen für eine Erweiterung der bestehenden Struktur vor, um die Verlagerung von Abteilungen aus anderen Standorten nach Neuperlach umsetzen zu können. Durch die Nachjustierung des Medizinkonzeptes, wie bereits beschrieben, ist der geplante Neubau nicht mehr notwendig.

Da ein Neubau oder andere wesentliche Veränderungen am Standort nicht mehr vorgesehen sind, sind außerhalb der aktuellen Sanierung (momentan im 2. Bauabschnitt bis vsl. 2017) im Klinikum Neuperlach nur noch Ergänzungsmaßnahmen geplant. Die Interimscontainer werden im Endzustand

abgebrochen. Ausnahme hiervon ist das Haus D, in dem ggf. die Laborbereiche untergebracht werden sollen.



Planung lt. Machbarkeitsstudie; Quelle: Ludes Architekten



Bestand KN = zukünftige Planung; Quelle: Ludes Architekten

#### **3.6.3.4 Klinikum Schwabing**

Die Machbarkeitsstudie sah vor, die Nutzung des Klinikums Schwabing auf ein Mutter-Kind- sowie Notfallzentrum (NOZ) zurückzuführen. In einem Neubau sollte die vorhandene Bausubstanz der Häuser 24 und 25 mit einbezogen werden. Wie oben detailliert beschrieben, sieht die neue Planung eine Bettenzahl von 414 Betten inklusive Dermatologie, Kinderpsychosomatik und operativer Gynäkologie vor. Hierfür soll ein Neubau und ein Abriss von Haus 25 erfolgen.

Bereits 2014 wurden verschiedene für die geplante Baumaßnahme am Klinikum Schwabing notwendige grundlegende Gutachten eingeholt (schalltechnische Voruntersuchung, Verkehrsuntersuchung, Gutachterliche Stellungnahme zur Machbarkeit eines Hubschrauberlandeplatz, artenschutzrechtliche Prüfung). Im September 2014 wurde die Teamplan GmbH mit der Erstellung des Raum- und Funktionsprogrammes für das Teilprojekt Sanierung und Neubau der Kinderklinik beauftragt und selbiges mit dem Ministerium für Gesundheit und Pflege sowie der Regierung von Oberbayern abgestimmt. Für die Vollversammlung des Stadtrates am 17.12.2014 wurde auf Grundlage der Machbarkeitsstudie und des vorbereiteten Antrags auf Vorwegfestlegung eine Beschlussvorlage zum Teilprojekt Neubau der Kinderklinik erstellt. Diese wurde im Stadtrat präsentiert und dort beschlossen. Der Antrag auf Vorwegfestlegung in das Krankenhausbauprogramm wurde darauf hin noch im Dezember 2014 bei der Regierung von Oberbayern eingereicht. Im Anschluss wurde der Antrag auf Vorbescheid für das Teilprojekt Sanierung und Neubau der Kinderklinik erstellt und beim Planungsreferat eingereicht. Der Vorsitzende des Bezirksausschusses Schwabing sowie die Nachbarn des Klinikums Schwabing wurden über die geplante Baumaßnahme informiert. Zusätzlich wurde die nachbarschaftliche Zustimmung zur geplanten Baumaßnahme bei der GWG und dem Kuratorium für Heimdialyse (KfH) abgefragt und von deren Seite bestätigt. Die notwendige Umsituierung der Kindertagesstätte wurde im Vorfeld zur Baumaßnahme mit dem Kommunalreferat, dem Planungsreferat, dem Baureferat, dem Referat für Bildung und Sport sowie der Stadtkämmerei abgestimmt. Für eine mögliche Implementierung einer Schule für kranke Kinder läuft derzeit noch der Abstimmungsprozess. Der Neubau der KITA löst ein Standortproblem für die bestehende Kindertagesstätte am Klinikum, Haus 25 aus. Mit dem Referat für Bildung und Sport wurde ein neuer Standort im nordwestlichen Bereich bei Haus 9 vereinbart.

Die VOF-Verfahren für den Standort Schwabing wurden durchgeführt. Die Entscheidung für die Vergabe der Generalplanungsleistungen wurde Anfang März

vom Stadtrat in seiner Vollversammlung beschlossen. Die Leistungen wurden für die Leistungsphasen 1 bis 3 an das Büro Ludes Generalplaner, Berlin, vergeben. Die Leistungen für die BO-Planung, Stufen 1-3, wurden in-zwischen an das Büro HWP GmbH vergeben, die Projektsteuerungsleistungen an das Büro Stein Projektmanagement GmbH. Die Projekt-Kick-off-Veranstaltung fand am 15.04.2015 unter Beteiligung des internen und externen Projektteams statt. Derzeit wird das Raum- und Funktionsprogramm der Erwachsenenbereiche inkl. Notfallzentrum erstellt und mit den Nutzern abgestimmt und angepasst. Es wird Mitte 2015 beim Ministerium vorgelegt.

Mit Vorlage bei der Stadtgestaltungskommission wird auf ein Wettbewerbsverfahren verzichtet.



Planung lt. Machbarkeitsstudie; Quelle: Ludes Architekten



fortgeschriebene Planung Neubau KS; Quelle: Ludes Architekten

### 3.6.3.5 Zentrales Dienstleistungsgebäude

Im Grobkonzept war zunächst vorgesehen, das bereits geplante zentrale Dienstleistungsgebäude auf dem Grundstück der ehemaligen „Röchlinghalle“ zu errichten. Dies geschah in der Annahme, dass eine Zentralisierung der genannten Bereiche zu erheblichen Synergien und damit Einsparungen führen würde und hierfür ein Zentralgebäude notwendig sein würde.

Nachdem im Verlauf der Gutachtendetaillierung festgestellt wurde, dass der Verkauf bzw. die Fremdvergabe von den Bereichen Blutspendedienst und Verpflegungsproduktion deutliche wirtschaftliche Vorteile erbringt, entfallen rund 56 % der geplanten Flächen für das Zentralgebäude. Die Errichtung eines zentralen Dienstleistungsgebäude auf dem Grundstück der ehemaligen „Röchlinghalle“ wurde aus diesem Grund verworfen. Für die Verortung u.a. der Labore des Medizet wurde daher nach einer Alternative gesucht (vgl. Ziffer 3.3.1 - Medizet).

Im Folgenden der Sachstand bezüglich der Realisierbarkeit und des Umfangs der Baumaßnahmen für den Bereich Medizet.

#### 3.6.3.5.1 Labore Klinische Chemie und Mikrobiologie

Eine Ersteinschätzung für eine zeitnahe Situierung der Labore für Mikrobiologie sowie klinische Chemie für Ende 2017, welche bis dato in einem separaten Dienstleistungsgebäude hätten untergebracht werden sollen, erfolgte auch für den Standort Neuperlach. Dabei wurden die Kosten sowohl für eine Unterbringung der Labore im vorhandenen Haus D als auch in einem neu zu errichtenden Modulgebäude prognostiziert. Auf Grundlage der von Medizet ermittelten Größenordnung ergibt sich für die Labore der Mikrobiologie sowie der

Klinischen-Chemie eine notwendige Fläche von ca. 4.000 m<sup>2</sup> (Bruttogeschossfläche, Nett Nutzfläche ca. 2400 m<sup>2</sup>). Die tatsächliche Realisierbarkeit muss erst noch untersucht werden und hängt im Wesentlichen von den baugenehmigungsrechtlichen Bedingungen ab. Ein Erstgespräch hierzu erfolgt bereits mit der Lokalbaukommission.

Die endgültige Unterbringung der Labore für Mikrobiologie und klinische Chemie ab 2024 am Standort Bogenhausen wird derzeit durch das Planungsteam für die Großbaumaßnahme untersucht. Die Realisierbarkeit wird erst nach erstelltem Raum- und Funktionsprogramm im Zuge der Vorplanung durch den Generalplaner im 3. Quartal 2015 abschließend beurteilt werden können.

#### **3.6.3.5.2 Pathologie**

Für die beabsichtigte Zusammenlegung der Pathologie Neuperlach und Harlaching am Standort Neuperlach wurde eine Machbarkeitsstudie erstellt. Als Ergebnis ist festzuhalten, dass die Zusammenlegung funktional und räumlich möglich ist. Die Studie beziffert die Kosten auf 311 Tsd. €. Nach Freigabe durch die Geschäftsführung der StKM wird die Maßnahme nunmehr in Angriff genommen.

Die endgültige Unterbringung der Labore für die Pathologie ab 2022, welche bis dato in einem separaten Dienstleistungsgebäude hätten situiert werden sollen, am Standort Bogenhausen wird derzeit durch das Planungsteam für die Großbaumaßnahme untersucht. Die Realisierbarkeit wird erst nach erstelltem Raum- und Funktionsprogramm im Zuge der Vorplanung durch den Generalplaner im 3. Quartal 2015 abschließend beurteilt werden können.“

#### **3.6.3.5.3 ZSVA und Apotheke**

Die ZSVA sowie die Apotheke wurden bereits im Rahmen der Machbarkeitsstudie am Klinikstandort Bogenhausen eingeplant. Die Kosten für ZSVA und Apotheke sind anteilig in den Gesamtkosten von 315 Mio. € enthalten. Die konkrete Situierung dieser Funktionsbereiche wird im Rahmen der Vorplanung durch den Generalplaner im 3. Quartal 2015 dargestellt werden.

#### **3.6.4 Terminplanung Großbaumaßnahmen**

Die Rahmenterminplanung für das Bauvorhaben Klinikum Harlaching entspricht noch dem Stand der Machbarkeitsstudie vom August 2014. Der Terminplan wird nach erfolgter Beauftragung des Planungsteams voraussichtlich ab Herbst 2015 weiter entwickelt werden.

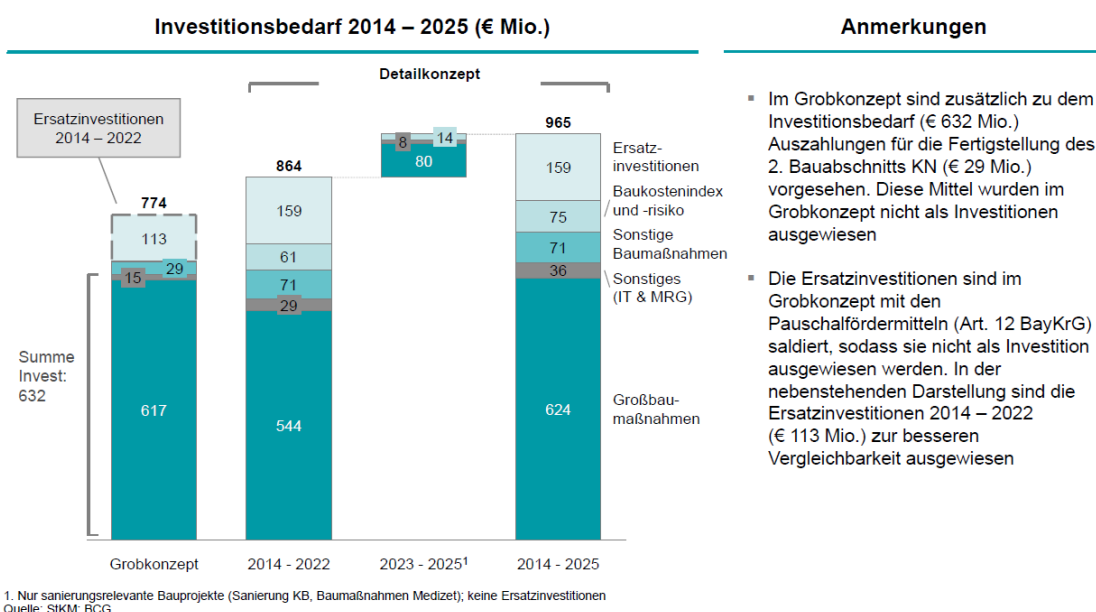


Der Umfang für das Bauvorhaben Neuperlach wurden gemäß weiterentwickelter Machbarkeitsstudie vom Februar 2015 stark reduziert. Nach Festlegung der tatsächlichen Restmaßnahmen wird eine Terminierung der Baumaßnahmen neu aufgelegt.

Der Rahmenterminplan der Machbarkeitsstudie für die Baumaßnahmen am Klinikum Bogenhausen wurde mit dem Meilenstein-Terminplan vom Dezember 2014 weiter entwickelt. Ebenso besteht für das Bauvorhaben am Klinikum Schwabing ein fortentwickelter Meilenstein-Terminplan vom November 2014. Im Zuge der angehenden Vorplanung wird das jeweils beauftragte Planungsteam im 2. Halbjahr 2015 Detail-Terminpläne erarbeiten.

### 3.6.5 Finanzierung / Förderquote

Die Gesamtinvestitionskosten für die „neuen“ Projekte als auch die bisher schon angelaufenen Projekte, wie den 2. Bauabschnitt im Klinikum Neuperlach belaufen sich auf rund 966 Mio. €. Davon fallen auf die „neuen“ Projekte rund 624 Mio. € und auf bisherige Bauprojekte, welche bereits begonnen wurden entfallen rund 71 Mio. €. Hinzu kommen noch geschätzte Bauindex- und Risikokosten von weiteren rund 75 Mio. € sowie für Ersatzinvestitionen in medizinischen Geräte und Geschäftsausstattungen von 159 Mio. € und 37 Mio. € für Sonstiges wie die Kosten der IT und Kosten der künftigen Baugesellschaft.



Quelle: StKM

Die Finanzierung der Investitionen soll zum einen aus Einzelfördermitteln und pauschalen Fördermitteln nach Krankenhausgesetzgebung i.H.v. 525 Mio. €, aus Restmitteln von 64 Mio. € des im Jahre 2009 und 2013 beschlossenen Investitionszuschusses, 275 Mio. € aus der im Jahr 2014 beschlossenen Kapitalzuführung sowie 101 Mio. € aus den Liquiditätsbestand und dem operativen Cash Flow erfolgen.

#### Klinikum Schwabing:

Nach letzten Gesprächen mit der Regierung von Oberbayern sollte sichergestellt werden, dass die jüngst geförderten Maßnahmen im Klinikum Schwabing in das neue Gesamtkonzept integriert werden, um weitestgehend eine Rückzahlung von Fördermitteln zu vermeiden.

Gemäß Schreiben vom 08.04.2015 der Regierung von Oberbayern wurden die förderfähigen Baukosten mit der Kostenflächenart 12 wie folgt geprüft.

Die eingereichten Kosten des Mutter-Kind-Zentrums (1. Bauabschnitt) wurden mit Gesamtkosten von 79.138.940 € (inkl. 15,1 % Baunebenkosten) eingereicht. Der darauf entfallende förderfähige Anteil wurde mit 75.082.151 € (inkl. 15,1 % Baunebenkosten) angegeben.

Die Regierung von Oberbayern hat die förderfähige Summe mit einem Betrag von 71.428.364 € (mit 13,2 % Baunebenkosten) geprüft.

Weiterhin wurde durch das Bay. Staatsministerium für Gesundheit und Pflege mitgeteilt, dass die geprüfte Fördersumme um 6,28 Mio. € zu kürzen wäre. Dies ergibt sich aus der Verpflichtung der Rückzahlung von nicht vollständig abgeschriebenen Fördermitteln der Vergangenheit, die für Hs. 24 und Hs. 25 der StKM gewährt wurden.

Die eingereichten Kosten wurden exklusiv medizinischer Großgeräte angegeben. Diese sollten über Fördermittel nach Art. 12 BayKrG finanziert werden.

Die geplanten Kosten für den 2. Bauabschnitt (Notfallzentrum) wurden vom Generalplaner mit einer förderfähigen Quote von 70 %, die Kosten für den 3. Bauabschnitt (Sanierung Hs. 24) mit einer Förderquote von 80,42 % angenommen. Konkrete Aussagen gibt es aufgrund des sich derzeit im Anfangsstadium befindlichen Projektplanungsstands noch nicht.

#### Kliniken Bogenhausen, Harlaching und Neuperlach



Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 328

### 3.7.1.1 Medizet

#### Meilensteine der Umsetzung im Medizet

Umsetzungsplanung/Zeitplan – BSD

> Städtisches Klinikum München



#### Meilensteine der Umsetzung – Medizet

Grob-Meilensteinplan	Kommentar
<p><b>Q4/2015</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausschreibung Laborkooperation für Bereiche Klinische Chemie und Mikrobiologie</li> </ul>	<p><b>6 von 7 Meilensteinen abhängig von Baumaßnahmen</b></p> <p><b>Modulgebäude Neuperlach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entzerrung der Baumaßnahme Bogenhausen</li> <li>Bringt zeitliche Flexibilität, längere Verortung der Labore im Modulgebäude derzeit in Diskussion</li> </ul> <p><b>Apotheke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verzögerung der Zentralisierung mit geringsten Auswirkungen auf laufende Kosten</li> <li>Interimsinvestition Schwabing bringt Zeitpuffer für Baumaßnahme Bogenhausen</li> </ul>
<p><b>Q2/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zentralisierung Pathologie Süd am Standort Neuperlach</li> <li>Schließung Pathologie Harlaching unter Verbleib Schnellschnitteinheit</li> </ul>	
<p><b>Q3/2017</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zentralisierung der Klinischen Chemie und Mikrobiologie/Technische Hygiene im Modulgebäude Neuperlach</li> <li>Umgestaltung der verbleibenden Standorte zu schlanken Präsenzlaboren</li> </ul>	
<p><b>Q1/2019</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zentralisierung der ZSVA im Neubau Funktionsgebäude Bogenhausen</li> <li>Schließung des ZSVA-Standortes Harlaching</li> </ul>	
<p><b>Q1/2022</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zentralisierung der Gesamtpathologie in Bogenhausen</li> <li>Schließung der Standorte Neuperlach und Schwabing Verbleib Schnellschnitteinheiten</li> </ul>	
<p><b>Q3/2022</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zentralisierung der Apotheke am Standort Bogenhausen</li> <li>Schließung des Standort Schwabing</li> </ul>	
<p><b>Q1/2024</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Umzug der Klinischen Chemie und Mikrobiologie nach Bogenhausen<sup>1</sup></li> </ul>	

<sup>1</sup> Stand Juni 2015: Umzug nach KB entfällt aus wirtschaftlichen Gründen ggf., wenn hierfür keine Flächen im Bestand (Stand Business Cases) hinzugezogen werden können, sondern eine Erweiterung des Neubaus notwendig wäre, Detailprüfung läuft aktuell Quelle: StKM, BCG

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 329

Im Bereich Medizet besteht eine hohe Abhängigkeit von der planmäßigen Fertigstellung der Baumaßnahmen. Die Haupteffekte auch im Hinblick auf Einsparungen im Personalbereich ergeben sich aus der geplanten Zentralisierung der einzelnen Departements. Große Meilensteine sind:

- Zentralisierung der Pathologie Süd in Neuperlach Q2/2016
- Zentralisierung der Labore im Modulgebäude Neuperlach Q3/2017
- Zentralisierung der ZSVA in Bogenhausen Q1/2019
- Zentralisierung der Gesamtpathologie in Bogenhausen Q1/2022
- Zentralisierung der Apotheke in Bogenhausen Q3/2022.

Perspektivisch ist der Umzug der Labore nach Bogenhausen für 2024 geplant. Eine ggf. verlängerte Nutzung des Modulgebäudes verschafft diesbezüglich jedoch Flexibilität.

Ein weiterer Meilenstein ist die Ausschreibung der Laborkooperation für die Bereiche Klinische Chemie und Mikrobiologie, die spätestens Mitte 2016 umgesetzt werden sollte.

### **3.7.1.2 Blutspendedienst**

#### **Meilensteine der Umsetzung - BSD**

## Meilensteine der Umsetzung – BSD

Grob-Meilensteinplan	Kommentar
<b>Q3/2015</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausschreibung vorbereitet</li> <li>▪ Bekanntmachung der Ausschreibung</li> <li>▪ Ende der Ausschreibungsfrist – Beginn Verhandlungen mit verbleibenden Bietern</li> <li>▪ Zuschlag für einen Bieter</li> <li>▪ Kartellrechtliche Klärung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorbereitungen für Ausschreibung bereits in fortgeschrittenem Stadium</li> <li>▪ Bekanntmachung allerdings abhängig von positivem Stadtratsbeschluss</li> </ul>
<b>Q4/2015</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Detailverhandlungen und Vertragsabschluss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention bzw. Stoppen der Transaktion durch das Kartellamt als Risiko im Verkaufsprozess</li> </ul>
<b>Q1/2016</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verkauf abgeschlossen</li> <li>▪ Beginn Fremdbelieferung StKM</li> </ul>	

Quelle: StKM, BCG

Seite 330

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 330

Der freihändige Verkaufsprozess wurde nach Verhandlungen Anfang Juni 2015 beendet, da kein zufriedenstellendes Ergebnis erzielt wurde. Es wird nun angestrebt eine Gesamtausschreibung des BSD-Verkaufs inkl. des Blutbedarfs der StKM durchzuführen.

Zu diesem Zweck werden im Moment die dazu notwendigen Dokumente vorbereitet, um bei einem positivem Stadtratsbeschluss die Ausschreibung am 30.07.2015 bekannt zu machen. Sollte dies gelingen wird danach eine 30-Tage-Frist beginnen, in welcher potentielle Interessenten Angebote einbringen können. Nach Ablauf der Frist können diese mit den Bietern in offizielle Verhandlungen gebracht werden. Nach positivem Verhandlungsabschluss sollte der Verkauf des BSD zügig durchgeführt werden, um den Prozess Anfang 2016 abzuschließen.

### 3.7.1.3 Dienstleistungsbereiche

#### Meilensteine der Umsetzung - Dienstleistungen



## Meilensteine der Umsetzung – Dienstleistungen

Grob-Meilensteinplan	Kommentar
<p><b>Q3/2015</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EU-weite Ausschreibung zur Fremdvergabe der Verpflegungsproduktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Darüber hinaus, laufende Maßnahmen, die sich bereits in der Umsetzung befinden:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Neuausschreibung Spülküchen</li> <li>– Senkung Textilbedarf</li> <li>– Senkung Verpflegungsbedarf</li> <li>– Fremdvergabe Bettenaufbereitung</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Q1/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufteilung des Bereichs Logistik</li> </ul>	
<p><b>Q2/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einführung IT-Tool zur Disposition für den Patientenfahrdienst</li> </ul>	
<p><b>Q3/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Start IT-gestützte Menüerfassung zur weiteren Senkung Verpflegungsbedarf</li> </ul>	
<p><b>Q4/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beginn der Speisenbelieferung durch den ausgewählten Dienstleister</li> <li>▪ Fremdvergabe Hausdienst (interne Transporte der Logistik)</li> </ul>	

Quelle: StKM, BCG

Seite 331

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 331

Im Modul Dienstleistungen sollte die Fremdvergabe der Verpflegungsproduktion baldmöglichst ausgeschrieben werden. Bei zeitnaher Ausschreibung wäre ein Beginn der Speisenversorgung durch den externen Partner ab Q4/2016 realistisch.

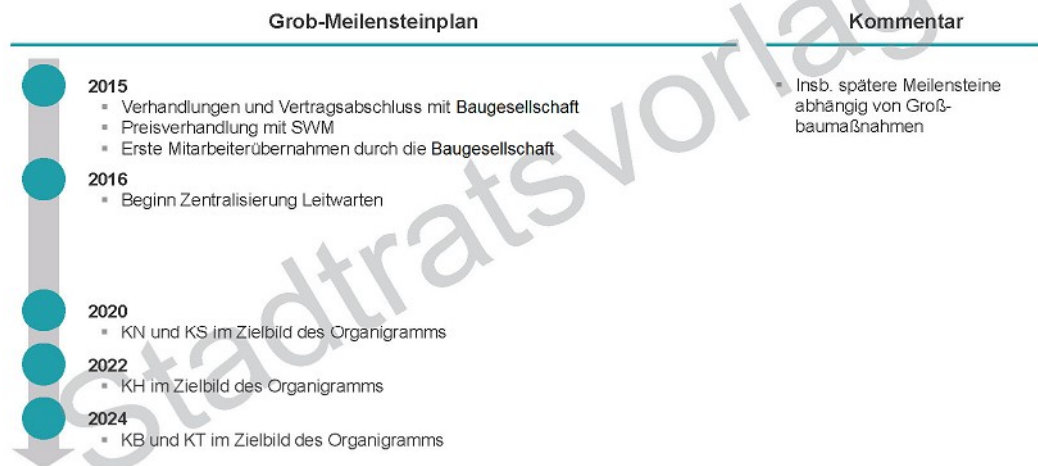
Des Weiteren soll Anfang 2016 die Aufteilung des Bereichs Logistik erfolgen. Im Verlauf des Jahres 2016 ist dann die Einführung der IT-gestützten Disposition des Patientenfahrdienstes und der Menüerfassung geplant.

Für Ende 2016 ist die Fremdvergabe des Hausdienstes avisiert.

### 3.7.1.4 Bereich Infrastruktur

#### Meilensteine der Umsetzung - Infrastruktur

## Meilensteine der Umsetzung – Infrastruktur



Quelle: SIKM, BCG

Seite 332

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 332

Im Bereich Infrastruktur sind zeitnahe Verhandlungen mit der künftigen Baugesellschaft vorgesehen. Bei erfolgreichem Vertragsabschluss können die ersten Mitarbeiterübernahmen bereits 2015 erfolgen.

Für 2016 ist die Zentralisierung der Leitwarten geplant.

Die einzelnen Standorte sollen konsekutiv gemäß des Zielorganigramms umstrukturiert werden: 2020 Neuperlach und Schwabing, 2022 Harlaching und 2024 Bogenhausen.

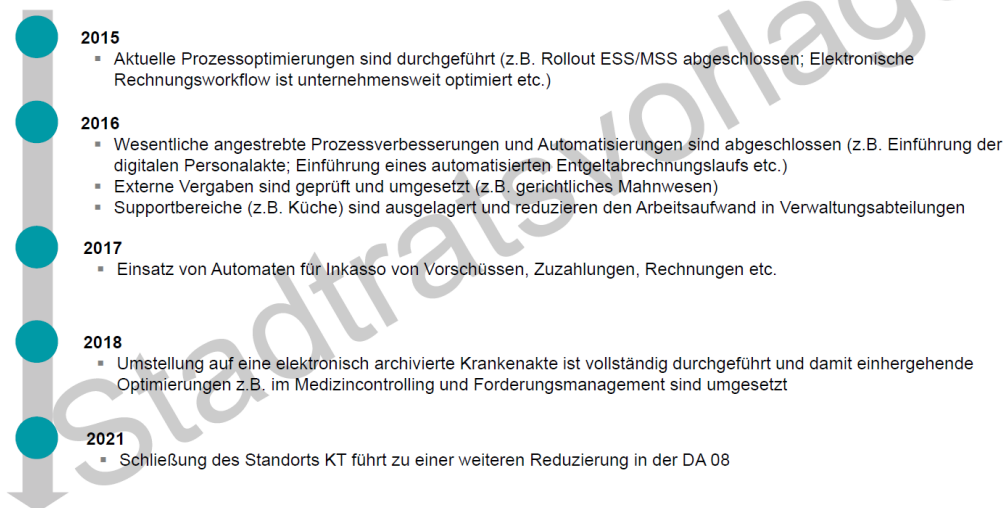
### 3.7.1.5 Verwaltung

#### Meilensteine der Umsetzung - Verwaltung



## Meilensteine der Umsetzung – Verwaltung

### Grob-Meilensteinplan



Quelle: StKM, BCG

Seite 333

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 333

Im Modul Verwaltung sollen bis Ende 2015 die aktuell begonnenen Prozessoptimierungen abgeschlossen sein.

Für 2016 ist die Einführung der digitalen Personalakte und eines automatisierten Entgeltabrechnungslaufes vorgesehen. Gleichzeitig soll die Möglichkeit der Fremdvergabe ausgewählter Verwaltungstätigkeiten (z.B. Mahnwesen) geprüft und ggf. umgesetzt werden. Durch die avisierte Auslagerung von Teilbereichen anderer Module (z.B. Verpflegungsdienst) wird zudem der Arbeitsaufwand in der Verwaltung reduziert.

2017 soll das geplante Zentralarchiv fertig eingerichtet und in Betrieb genommen werden.

Zudem ist der Einsatz von Automaten zur weiteren Prozessverbesserung geplant (für Inkasso, Zuzahlung und Rechnungen).

2018 soll die Umstellung auf die elektronisch archivierte Patientenakte abgeschlossen werden. Damit einhergehen werden Optimierungen im Bereich Medizincontrolling und Forderungsmanagement.

### 3.7.1.6 Weitere Bereiche / Maßnahmen

#### Meilensteine der Umsetzung - Wasser, Energie, Brennstoffe etc. und Instandhaltung

Umsetzungsplanung/Zeitplan – Wasser, Energie, Brennstoffe, etc. und Instandhaltung

> Städtisches Klinikum München



#### Meilensteine der Umsetzung – Wasser, Energie, Brennstoffe, etc. und Instandhaltung

Grob-Meilensteinplan	Kommentar
<p><b>Q3/2015</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Preisverhandlungen mit Energielieferanten</li> </ul>	<p>Einsparungen bei Instandhaltung und insbesondere Wasser, Energie, Brennstoffen, etc. hängen zu großen Teilen von Baufortschritt und erneuerter bzw. neuer Infrastruktur ab</p>
<p><b>Q4/2015</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beginn Stilllegung weiterer Flächen des Klinikum Schwabings</li> <li>Verhandlung und Abschluss mehrjähriger Rahmenverträge mit Dienstleistern für Instandhaltung</li> </ul>	
<p><b>Q1/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beginn Umsetzung erster energetischer Optimierungsmaßnahmen</li> </ul>	

Quelle: StKM, BCG

Seite 334

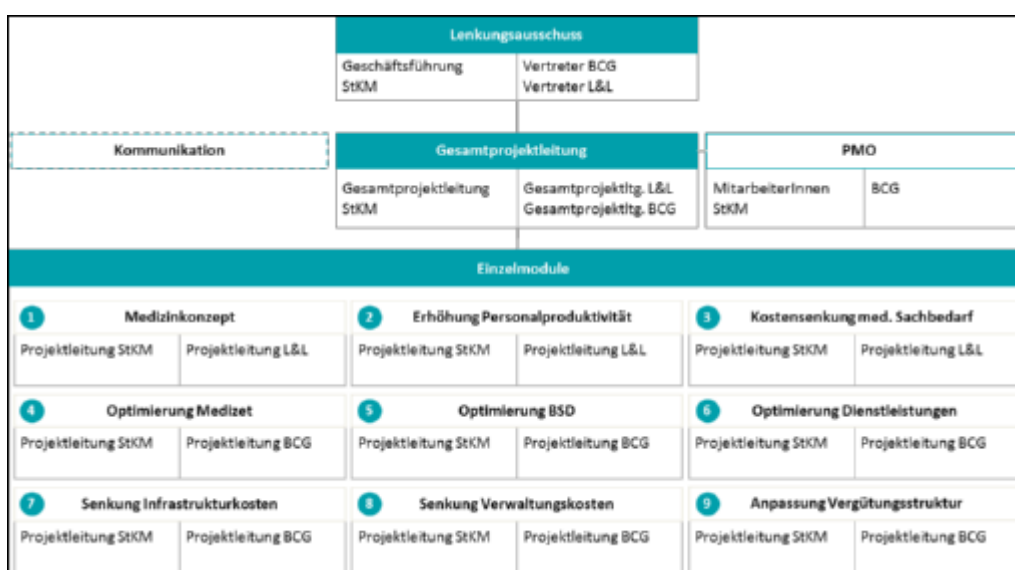
Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 334

### 3.7.2 Sanierungsorganisation

#### 3.7.2.1 Projektorganisation

Der StKM-internen Sanierungsprojektorganisation steht der sogenannte Lenkungsausschuss vor. Dieser trifft Grundsatz- und Richtungsentscheidungen und

überwacht die Projektplaneinhaltung. Die Gesamtprojektleitung ist für die Gesamtprojektplanung und -steuerung sowie Priorisierung zuständig und betreibt selektives Sparring bzw. Coaching. Das Projektmanagementoffice betreut die Sanierungsplanung sowie das Reporting und die Kommunikation. Die Einzelmodulleitungen erarbeiten die jeweiligen Modulhalte und leiten die Modulmitarbeiter.



Quelle: StKM

### 3.7.2.2 Externe Kommunikation

Die externen Interessengruppen der StKM werden regelmäßig über den Fortschritt der Sanierung informiert.

Dem Betreuungsreferat wird ausführlich und regelmäßig über den Fortschritt der Sanierung Bericht erstattet. Aktuelle Fokusthemen werden dargestellt und diskutiert. Mit dem Betreuungsreferat erfolgt die Erstabstimmung kritischer Punkte (z.B. möglicher Sanierungshemmnisse und wesentliche Änderungen zur Sanierungsplanung).

Hierzu besteht ein zweiwöchentlicher Regeltermin mit der Geschäftsführung der StKM und Vertretern der Beratungsfirmen sowie des Betreuungsreferats. Zudem erfolgt monatlich die abgestimmte Berichterstattung, inkl. des Berichts zur Sanierung.

Der Aufsichtsrat erhält Berichte zum Fortschritt der Sanierung sowie Information über wesentliche Themen. Zudem erfolgt gezielte Information gegenüber Gremien des Aufsichtsrats (z.B. Prüfungsausschuss). Die Kommunikation erfolgt turnusmäßige, i.d.R. bei zweimonatliche Sitzungen des Aufsichtsrats sowie Sitzungen der Gremien. Der Aufsichtsrat erhält monatliche Berichterstattung, inkl. des Berichts zur Sanierung.

Der Stadtrat erhält regelmäßig Bericht durch das Betreuungsreferat über den Fortschritt der Sanierung im Rahmen von Beschlussvorlagen oder der quartalsweisen Berichterstattung, inkl. des Berichts zur Sanierung.

> Städtisches Klinikum München



### Die externen Interessengruppen der StKM werden regelmäßig über den Fortschritt der Sanierung informiert

	Betreuungsreferat	Aufsichtsrat	Stadtrat
<b>Inhalte der Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausführlicher <b>Bericht</b> über den Fortschritt der Sanierung</li> <li>▪ Darstellung und Diskussion aktueller <b>Fokusthemen</b></li> <li>▪ Erstabstimmung <b>kritischer Punkte</b>, z.B. möglicher Sanierungshemmnisse und wesentliche Änderungen zur Sanierungsplanung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kommunikation des <b>Fortschritts der Sanierung</b></li> <li>▪ Information über <b>wesentliche Themen</b></li> <li>▪ Gezielte Information gegenüber <b>Gremien</b> des Aufsichtsrats, z.B. Prüfungsausschuss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bericht zum <b>Fortschritt der Sanierung</b></li> </ul>
<b>Kommunikationsintervall und -format</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zweiwöchentlicher Regeltermin mit der Geschäftsführung der StKM, Betreuungsreferat, BCG und <b>Lohfert &amp; Lohfert</b></li> <li>▪ Monatliche Berichterstattung, inkl. Bericht zur Sanierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Turnusmäßige, i.d.R. zweimonatliche Sitzungen des Aufsichtsrats sowie Sitzungen der Gremien</li> <li>▪ Monatliche Berichterstattung, inkl. Bericht zur Sanierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quartalsweise als Beschlussvorlage</li> <li>▪ Monatliche Berichterstattung, inkl. Bericht zur Sanierung</li> </ul>

Quelle: StKM

Quelle: StKM

### 3.8 Geschäftsverlauf gemäß Sanierungsumsetzungskonzept

Die Geschäftsplanung der StKM für den Zeitraum 2015-2022 wurde - unter Berücksichtigung der vorgesehenen Sanierungsmaßnahmen - finalisiert.

Im Base Case ergibt sich nach Risikoabschlägen eine operative Ergebnismarge (EBITDA) von 6 % - dies entspricht dem Wert des damaligen Sanierungsgutachtens als Voraussetzung der bescheinigten Sanierungsfähigkeit und -würdigkeit.

Zur Berechnung des Base Case werden Sicherheitsabschläge sowohl auf die Planungswerte der Module 1-3, als auch auf die Maßnahmeneffekte der Module 4-9 gebildet. Der Base Case stellt den Fall dar, dessen Eintritt am wahrscheinlichsten ist, und ist damit das Basisszenario der Planung.

Die Erlösplanung bis zum Beginn der Migrationsphase 2018 wird als weitgehend valide angenommen. In der Migrationsphase erhöht sich der Sicherheitsabschlag, um Umsetzungsrisiken der Umzüge zu berücksichtigen. Die geplante Personalproduktivität wird insbesondere im Zielzustand ab 2021 reduziert. Die Abschläge auf Sachkostenreduktionen und Maßnahmen zur Fremdvergabe decken sowohl zeitliche Verzögerungen der Umsetzung, als auch höhere Fremdvergabekosten ab. Die Anpassung der Verwaltungs- und Bau- und Technikabteilung wird moderat abgeschwächt.

Die verkürzte Plan-Gewinn- und Verlustrechnung ist für diese Variante (Base-Case-Szenario) nachfolgend aufgezeigt.

> Städtisches Klinikum München



**Gewinn- und Verlustrechnung Base Case**

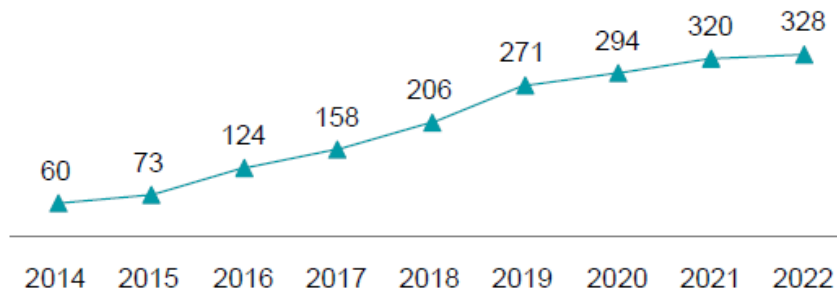
Nach Risikoabschlägen (Base Case)

StKM - Gewinn- und Verlustrechnung 2013 bis 2022											
Mio. €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
	Ist	Ist	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan	
<b>Betriebliche Erträge</b>	<b>653,4</b>	<b>665,4</b>	<b>658,7</b>	<b>656,4</b>	<b>655,9</b>	<b>640,4</b>	<b>640,1</b>	<b>600,1</b>	<b>630,0</b>	<b>667,4</b>	
Umsatzerlöse	612,1	612,8	608,1	603,5	605,4	590,5	575,2	561,1	590,0	627,1	
Umsatzerlöse Krankenhausleistungen	593,8	597,4	592,7	594,9	597,2	582,4	567,1	553,0	581,7	618,7	
- davon Erlöse aus Krankenhausleistungen	536,0	543,0	539,1	541,6	543,4	528,9	513,6	504,3	531,3	565,9	
- davon Erlöse aus Wahlleistungen	33,2	30,5	30,2	30,0	30,8	31,2	31,4	29,1	30,6	33,1	
- davon Erlöse aus ambulanten Leistungen	15,8	14,5	14,3	14,2	14,1	14,0	14,4	11,6	11,4	11,4	
- davon Erlöse aus Nutzungsentgelten der Ärzte	8,9	9,4	9,2	9,2	8,9	8,4	7,7	8,0	8,3	8,3	
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben, Notarztdienst	18,2	15,4	15,4	8,5	8,1	8,2	8,1	8,1	8,3	8,4	
Sonstige betriebliche Erträge	41,3	52,7	50,6	52,9	50,5	49,8	64,9	39,0	40,1	40,4	
<b>Betriebliche Aufwendungen</b>	<b>-670,5</b>	<b>-670,7</b>	<b>-663,7</b>	<b>-642,0</b>	<b>-639,5</b>	<b>-621,0</b>	<b>-611,6</b>	<b>-588,9</b>	<b>-600,9</b>	<b>-630,1</b>	
Personalaufwand	-432,5	-433,8	-429,1	-409,0	-406,0	-396,6	-391,7	-380,0	-389,5	-414,9	
Materialaufwand	-160,9	-163,0	-156,2	-156,2	-160,5	-156,6	-151,9	-146,2	-149,8	-154,7	
- davon Lebensmittel	-6,3	-6,4	-6,2	-4,9	-0,7	-0,7	-0,7	-0,6	-0,7	-0,7	
- davon medizinischer Bedarf	-110,9	-112,6	-107,4	-107,9	-107,6	-104,3	-102,9	-101,0	-104,3	-111,1	
- davon Wasser, Energie, Brennstoffe	-17,8	-16,6	-16,4	-15,9	-15,6	-15,0	-13,7	-11,7	-11,4	-10,9	
- davon Wirtschaftsbedarf	-25,9	-27,4	-26,2	-27,5	-36,5	-35,6	-34,6	-32,8	-33,4	-32,0	
Sonstiger betrieblicher Aufwand	-77,2	-73,9	-78,4	-76,7	-73,1	-68,7	-67,9	-62,7	-61,6	-60,5	
- davon Instandhaltung	-25,4	-24,2	-26,0	-32,0	-29,6	-27,5	-24,8	-24,3	-23,7	-23,1	
<b>EBITDA</b>	<b>-17,1</b>	<b>-5,3</b>	<b>-5,0</b>	<b>14,4</b>	<b>16,3</b>	<b>19,4</b>	<b>28,5</b>	<b>11,2</b>	<b>29,1</b>	<b>37,3</b>	
Abschreibungen und Forderungsergebnis	-7,4	-12,5	-5,8	-6,2	-6,9	-8,4	-28,4	-22,7	-12,5	-14,3	
Finanzergebnis	-5,7	-6,1	-4,7	-4,4	-4,1	-3,9	-3,9	-4,0	-4,1	-4,1	
<b>Ergebnis gew. Geschäftstätigkeit</b>	<b>-30,2</b>	<b>-23,9</b>	<b>-15,4</b>	<b>3,8</b>	<b>5,3</b>	<b>7,1</b>	<b>-3,8</b>	<b>-15,5</b>	<b>12,6</b>	<b>18,9</b>	
Außerordentliches Ergebnis	-5,5	-3,1	-5,5	-11,9	-2,5	-7,8	-3,4	-11,2	-0,5	-1,0	
<b>JAHRESFEHLBETRAG / - ÜBERSCHUSS</b>	<b>-35,7</b>	<b>-27,1</b>	<b>-20,9</b>	<b>-8,1</b>	<b>2,8</b>	<b>-0,7</b>	<b>-7,2</b>	<b>-26,7</b>	<b>12,1</b>	<b>17,9</b>	

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 405

Die notwendigen Eigenkapitaleinlage im Base Case stellt sich damit wie folgt dar:

### EK-Einlage LHM (kumuliert; Mio. €)



Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 356

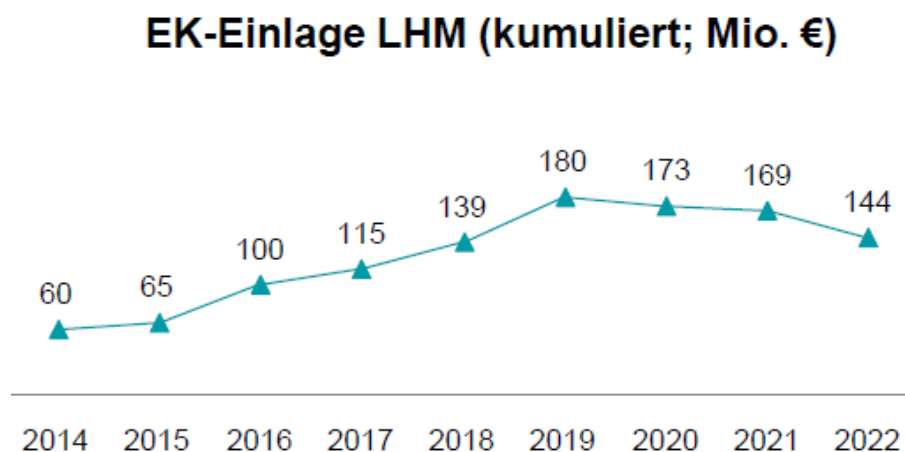
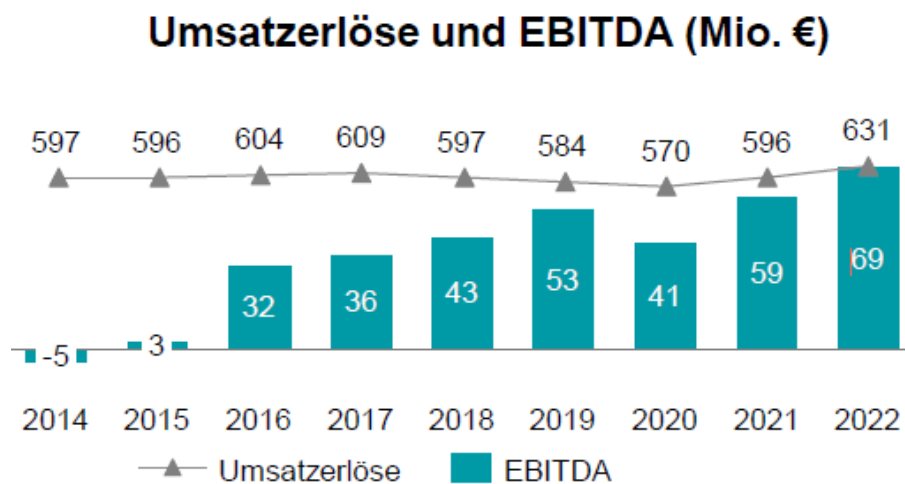
Zusätzlich wurden von der StKM zwei Varianten erstellt, welche einen bestmöglichen (Upside Case) und einen schlechtest möglichen (Downside Case) Verlauf der Sanierung darstellen.

Der Upside Case geht von der vollumfänglichen Realisierung sämtlicher Maßnahmeneffekte sowie dem vollständigen Eintreffen der Erwartungen hinsichtlich Erlösentwicklung, Erhöhung Personalproduktivität im medizinischen Bereich sowie Hebung der Potenziale im medizinischen Sachbedarf aus.

Die prognostizierten Erlösreduktionen im Migrationszeitraum bis 2021 werden nicht durch operative Störungen unterschritten. Die Prozessverbesserungen, die zur Anhebung der Personalproduktivität notwendig sind, werden voll realisiert.

Die geplanten Fremdvergabemaßnahmen werden vollständig und zeitgerecht durchgeführt. Sachkostenpotenziale können vollständig gehoben werden; Maßnahmen auf Vergütung können mit Sozialpartnern verhandelt werden.

Die Umsatzerlöse, das EBITDA sowie die notwendigen Eigenkapitaleinlagen im Upside Case stellen sich damit wie folgt dar:



Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 355

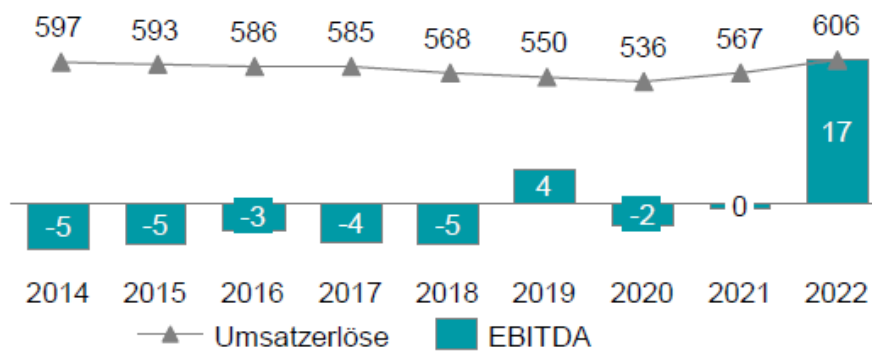
Für die Berechnung des Downside Case werden die Sicherheitsabschläge gegenüber Base Case annähernd verdoppelt. In Summe bewegt sich das EBITDA bis zur Erreichung der Zielstruktur 2022 auf dem Niveau von 2014.

Die Erlösreduktion simuliert einen deutlichen Leistungsrückgang ab 2017, was das Risiko operativer Einschränkungen in KS abdeckt. Maßnahmen zur Erhöhung der Personalproduktivität und zur Verbesserung der Sachkostenrentabilität greifen stark eingeschränkt.

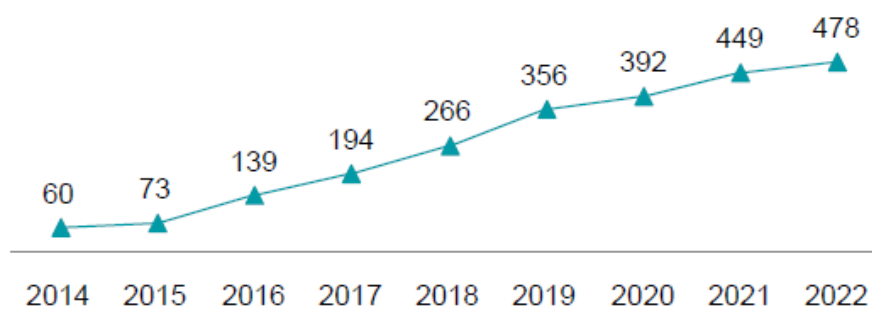
Die Umsetzung der Anpassungen in den Nebenbetrieben und unterstützenden Bereichen ist stark eingeschränkt. Anpassungen der Abteilungen in der Verwaltung, Dienstleistung und Bau und Technik können nur zu rund 50 % umgesetzt werden.

Die Umsatzerlöse, das EBITDA sowie die notwendigen Eigenkapitaleinlagen im Downside Case stellen sich damit wie folgt dar:

### Umsatzerlöse und EBITDA (Mio. €)



### EK-Einlage LHM (kumuliert; Mio. €)



Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 357



### 3.8.1 Integrierte Unternehmensplanung 2015 - 2019

#### 3.8.1.1 Systematik und Prämissen

Die Geschäftsplanung des Detailkonzepts setzt auf dem Jahresabschluss 2014 auf. Die Geschäftsentwicklung des medizinischen Bereichs, inkl. der Auswirkungen der Infrastrukturanpassungen, wurde detailliert je Fachabteilung auf Monatsebene geplant. Hieraus wurde der Bedarf an medizinischem Personal und medizinischem Sachbedarf abgeleitet.

Für die Nebenbetriebe sowie die sonstigen Unternehmensbereiche berücksichtigt die Unternehmensplanung Maßnahmeneffekte gegenüber einem fortgeschriebenen Status quo.

Der Unternehmensplanung wurden folgende wesentliche Prämissen zugrunde gelegt:

- Umsatz- und Leistungsentwicklung:
  - jährlicher Anstieg des Basisfallwerts um 1,5 % (mittlerer Anstieg des Basisfallwerts von 2005-2015: 1,6 % p.a.)
  - Absinken der Fallzahlen bis 2022 um 11 % ggü. 2014 im Best Case
  - Anstieg CMI von 1,09 (2014) auf 1,16 im Ziel 2022 (CMI aus Fallpauschalen)
  - Auslastung im Zielbild: 80 % im Best Case
- Kosteninflation
- Personalkosten: Jährliche Steigerung der Jahresmittelbeträge für die Dienststellen 01 - 12 um 2,5 % (in 2015 Anstieg auf Basis aktueller Tarifabschlüsse 2,9 % für Ärzte und 3,0 % für sonst. Dienststellen)
- Inflationierung der Sachkosten mit der Steigerungsrate des Basisfallwerts i.H.v. 1,5 % p.a.

Zudem wurde das Basisszenario der Planung (Base Case) durch Anwendung von Sicherheitsabschlägen berechnet. Nachfolgend die Darstellung der Sicherheitsabschläge:

Modul	Base Case
(1) Medizinkonzept	0,5-3%
(2) Personalproduktivität	2-4%
(3) Medizinischer Sachbedarf	1-3%
(4) Medizet	10%

<b>Modul</b>	<b>Base Case</b>
(5) Blutspendedienst	0%
(6) Dienstleistungen	30%
(7) Infrastruktur	20%
(8) Verwaltung	20%
(9) Vergütung	30%

Die Abschläge erfolgten für die Module 1-3 auf die Planwerte und für die Maßnahmeneffekte.

### **3.8.1.2 Überblick Zielbild und Verlauf der Sanierung (Base Case)**

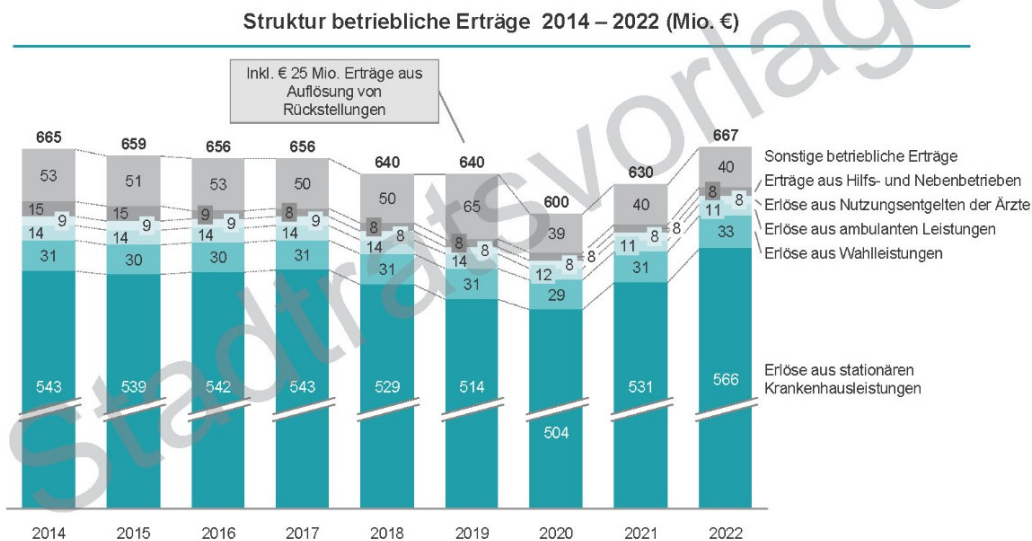
Die Geschäftsplanung 2015 - 2022 sieht im Zielbild eine EBITDA-Marge von ca. 6 % (absolut: 37 Mio. €, bei betrieblichen Erträgen in Höhe von 667 Mio. €) vor und liegt damit auf dem Niveau des Grobkonzepts. Das Jahresergebnis liegt 2022 gemäß Geschäftsplanung bei 18 Mio. €. 2016 treten erste Effekte aus den Sanierungsmaßnahmen ein, die zu einem positiven EBITDA führen (14 Mio. €; u.a. aufgrund von Erträgen aus der Auflösung von Rückstellungen für Erbbau i.H.v. 10 Mio. €). Bis 2019 wird die planerische Leistungsreduktion durch aufwandsseitige Einsparungen kompensiert.

Die mit den Abteilungsumzügen einhergehenden Leistungsreduktionen lassen das EBITDA 2020 vorübergehend auf 11 Mio. € zurückgehen. 2021 sind die Abteilungsumzüge weitgehend abgeschlossen, sodass sich die Ergebnissituation bis 2022 auf dem Zielniveau stabilisiert.

Nachfolgende Darstellung zeigt die Entwicklung der betrieblichen Erträge, des EBITDA sowie der wichtigsten Aufwandsarten von 2014 bis 2022:



### Erlösreduktion durch Konsolidierung bis 2020 – nach Überführung in neue Infrastruktur Anstieg der Erlöse



Quelle: StKM; BCG; Lohfert & Lohfert

Seite 340

Quelle: Sanierungsumsetzungskonzept Seite 340

#### 3.8.1.3 Leistungs- und Erlösentwicklung

Die Leistung der StKM ist bis 2020 stetig rückläufig, hauptsächlich aufgrund der Fachabteilungskonsolidierungen. Bis 2019 wird die Leistungsreduktion teilweise durch den Anstieg des Basisfallwerts und Effekten aus der Auflösung von Rückstellungen ausgeglichen, sodass die betrieblichen Erlöse in geringerem Maße sinken. 2020 wird die Erlössituation durch die mit den Abteilungsumzügen verbundenen Erlösreduktionen deutlich belastet -40 Mio. € ggü. 2019 inkl. 25 Mio. € aus Erträgen aus der Auflösung von Rückstellungen für Verpflichtungen aus dem Erbbaurechtsvertrag).

Erst nach weitgehend erfolgter Migration der Fachabteilungen im Jahr 2020 kann diese Entwicklung umgekehrt werden, so dass 2022 die betrieblichen Erlöse auf dem Niveau des Jahres 2014 liegen. Der Anstieg des Basisfallwerts gleicht somit den Leistungsrückgang gegenüber 2014 aus.

#### **3.8.1.4 Kostenentwicklung**

Der Personalaufwand geht bis 2022 gegenüber 2014 um 19 Mio. € (-5 %) zurück, allerdings überkompensiert die voraussichtliche Personalkosteninflation i.H.v. 2,5 % p.a. einen Großteil der für den Zeitraum geplanten Vollzeitkräfte-Anpassung (-20 %). Der Personalaufwand bleibt mit einem Anteil von 62 %, bezogen auf die betrieblichen Erträge, im Jahre 2022 die mit Abstand größte Kostenposition.

Der Materialaufwand ist im Zielbild gegenüber 2014 um 8 Mio. € niedriger. Hierbei werden zusätzliche Fremdvergabeaufwendungen durch Einsparungen im medizinischen Sachbedarf und in den Energieaufwendungen ausgeglichen. Weiterhin entfallen durch die Fremdvergabe des Verpflegungsservice die Aufwendungen für Lebensmittel (2014 rund 6 Mio. €).

Auf die sonstigen betrieblichen Aufwendungen (2022 14 Mio. € niedriger als 2014) wirken die Maßnahmeneffekte im Verwaltungsbedarf und auf die sonstigen Aufwendungen die planerischen Einsparungen von Leiharbeitskräften sowie niedrigere Aufwendungen für Instandhaltung.

#### **3.8.1.5 Außerordentliche Aufwände der Sanierung**

Kumuliert beläuft sich der außerordentliche Aufwand im Planungszeitraum auf 44 Mio. €. Davon fallen 18 Mio. € für externe Dienstleister an (z.B. Rechts- und Beratungskosten, etc.), weitere 16 Mio. € als Aufwand für die Personalreduktion (berechnet gemäß historischer Fluktuation, erwarteter Verrentung und bestehender befristeter Verträge; siehe Personalkonzept unter Ziffer 3.4 - Personalkonzept). Die verbleibenden 10 Mio. € sind Aufwandsschätzung für den Umzug von Fachabteilungen.

#### **3.8.1.6 Auswirkungen auf Bilanz und Liquidität**

Eine bilanzielle Überschuldung kann im Planungszeitraum bis 2022 vermieden werden. Das Eigenkapital steigt von 58 Mio. € auf 295 Mio. € an, was bei einer für 2022 erwarteten Bilanzsumme i.H.v. 1.035 Mio. € einer Eigenkapitalquote von 28 % (nach Risikoabschlägen) entspricht. Ursächlich hierfür sind die Eigenkapitaleinlagen der Gesellschafterin, die überwiegend in das Anlagevermögen investiert werden.

Der operative Cashflow ist voraussichtlich im Jahr 2017 erstmals positiv und beläuft sich 2022 auf 30 Mio. € (kumulativ von 2014 bis 2022: 10 Mio. €). Der Free Cashflow bis 2022 fällt deutlich negativ aus. Kumuliert werden aufgrund des Investitionsbedarfs von 2014 bis 2022 rund 900 Mio. € Barmittelabfluss im Free Cashflow erwartet.

Um die Zahlungsfähigkeit der StKM bis 2022 gewährleisten zu können, sind laufende Eigenkapitaleinlagen der Gesellschafterin notwendig, beginnend voraussichtlich im

Oktober 2015. Ohne die Eigenkapitaleinlagen der Landeshauptstadt München würde voraussichtlich Juni 2016 die Zahlungsunfähigkeit eintreten.

### **3.8.2 Veränderung Zielbild gegenüber Grobkonzept**

Im Zielbild 2022 liegt das EBITDA des Detailkonzepts um rund 5 Mio. € über dem im Grobkonzept ausgewiesenen Wert von 32 Mio. €.

Die Erlöse aus stationären Krankenhausleistungen sind aufgrund der niedrigeren Leistungsplanung im DRG-Bereich 2022 um 4 Mio. € niedriger als im Grobkonzept.

Aufgrund des stärker als im Grobkonzept geplanten Ausscheidens von Chefärztinnen / Chefärzten mit Altverträgen zugunsten des Eintritts von Neuverträgern sind die Wahlleistungen 2022 im Detailkonzept höher, was die Erlöse aus sonstigen Krankenhausleistungen erhöht.

Gegenüber dem Grobkonzept wird nicht mehr mit dem Weiterbetrieb des BSD geplant, was zu einem starken Rückgang der Erträge der Hilfs- und Nebenbetriebe führt.

Die Entwicklung der sonstigen betrieblichen Erträge wurde, abweichend vom Grobkonzept, weniger an die Leistungsentwicklung im Krankenhausbereich angelehnt, weshalb der Erlösrückgang bei sinkender Leistung des Krankenhausbereichs geringer ausfällt.

Der Personalaufwand ist im Detailkonzept, bei einer um rund 200 Vollzeitkräfte geringeren Personalausstattung gegenüber Grobkonzept, um lediglich 3 Mio. € geringer. Die positiven Effekte der Fremdvergaben auf den Personalaufwand und die Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung werden durch die konstant hohe Personalkosteninflationierung von 2,5 % p.a. aufgezehrt.

Auf den Materialaufwand wirken einerseits die Materialkosteneinsparungen durch die Fremdvergaben, andererseits erhöhen die Aufwände für die externen Dienstleister den Materialaufwand.

Analog zu den Planungsansätzen in den sonstigen betrieblichen Erträgen wurden auch in den sonstigen betrieblichen Aufwendungen die Planansätze in geringerem Maße an die Leistungsentwicklung der StKM angelehnt, weshalb die Aufwände 2022 höher sind als im Grobkonzept.

### **3.8.3 Planungsszenarien**

Sämtliche zuvor dargestellten Inhalte entstammen dem Basisszenario (Base Cas") des Detailkonzeptes. Dieses Basisszenario wurde gegenüber dem Upside Case

(Best-Case) mit modulabhängigen Sicherheitsabschlägen belegt, um diversen Risiken bei der Konzeptionierung und Umsetzung Rechnung zu tragen.

Zusätzlich zum Base Case werden zwei weitere Szenarien analysiert: Ein Downside Case mit erhöhten Risikoabschlägen sowie ein Upside Case ohne jegliche Risikoabschläge.

Diese Sicherheitsabschläge decken im Wesentlichen die folgenden Risiken ab:

- Die Nachfrage hinsichtlich Fallanzahl und -schwere bleibt hinter der Planung zurück.
- Die Abteilungsumzüge benötigen mehr Zeit als geplant und / oder verursachen größere Umsatzeinbußen als erwartet.
- Die Ansätze des Downside Case bilden dabei auch einen starken operativen Geschäftsrückgang, z. B. durch Störungen des operativen Betriebs in KS, ab.
- Im Zielbild kann das Ziel-Erlösniveau nicht erreicht werden.
- Vorübergehende Erlöseinbußen durch Fachkräftemangel, was zu Bettensperrungen und Umsatzeinbußen führt.

Aufwendungen:

- Der Personalbedarf im medizinischen Bereich ist höher als geplant, da die Prozesse nicht so effizient gestaltet werden können wie nötig.
- Die Personalanpassungen können nicht zeitgerecht durchgeführt werden, sodass zwischenzeitlich ein höherer Personalbestand vorgehalten wird.
- Die identifizierten Einsparungspotenziale im medizinischen Sachbedarf können nicht vollumfänglich gehoben werden.
- Die mit der Fremdvergabe mögliche Personalreduktion wird nicht vollständig gehoben, außerdem sind die Kosten der Fremdvergabe höher als geplant.
- Die Anpassung der personellen Ausstattung in der Verwaltung und der Bau- und Technik-Abteilung kann nicht vollständig erreicht werden.
- Die geplanten Einsparungen in den Sachaufwendungen (z. B. Instandhaltung, Energie- und Verwaltungsaufwand) werden nicht vollständig gehoben.

Die Abschläge auf die Module 1 bis 3 erfolgen auf Planungswerte. Beispielsweise bedeutet dies, dass die im Modul 2 geplanten Personalzahlen im Downside Case um 4 bis 8 % gegenüber dem Upside Case erhöht wurden. In den übrigen Modulen wurden Sicherheitsabschläge auf Maßnahmeneffekte berechnet.

Im Downside Case beträgt das EBITDA 2022 17 Mio. € bei einem Umsatz von 606 Mio. € (rund 3 % EBITDA-Marge), während der Best Case ein EBITDA 69 Mio. € bei einem Umsatz von 631 Mio. € (rund 11 % EBITDA-Marge) aufweist.

Folglich ändern sich die notwendigen Eigenkapitaleinlagen der LHM 2014 - 2022 auf kumuliert **478 Mio. € (Downside Case)** bzw. **144 Mio. € (Upside Case)** jeweils zzgl. des Puffers von 50 Mio. €. Im Upside Case könnte Eigenkapital bereits ab dem Jahr 2020 zurückgeführt werden.

Die geschätzten Kosten der Qualifizierungseinheit liegen für die Jahre 2015 - 2022 zwischen 5,5 - 13,0 Mio. € p.a..

### 3.9 Finanzierung / Finanzierungsbedarf

Im Planungszeitraum 2014 - 2022 entsteht laut BCG im Base Case eine kumulierter Gesamtfinanzierungsbedarf von 918 Mio. € und von weiteren 102 Mio. € für die Fertigstellung der Bauten im Klinikum Bogenhausen in den Jahren 2023 - 2025. Die Summe von **1.020 Mio. €** gliedert sich in folgende Bestandteile:

- Investitionen: 966 Mio. €,
- Erhöhung der Arbeitsliquidität um 10 Mio. € auf 40 Mio. €,
- Außerordentlicher Aufwand (Sanierungsaufwand): 44 Mio. €.

Für die Deckung der Gesamtfinanzierung wird davon ausgegangen, dass die Investitionen der StKM im Planungszeitraum mit einer Quote von 60 % durch den Freistaat nach BayKrG gefördert werden und pauschale Fördermittel weiterhin zur Verfügung stehen. Unter Berücksichtigung der geschätzten Fördermittelrückzahlungen, in Folge der Nutzungsänderungen geförderter Immobilien, ergibt sich ein Finanzierungsbeitrag aus Fördermitteln i.H.v. 525 Mio. €. Zusätzlich sollen bereits 53 Mio. € Mittel aus dem operativen Cashflow genutzt werden. Aus der Reduktion des Kassenbestandes entsteht ein weiterer Finanzierungsbeitrag i.H.v. 50 Mio. €. Ein Anteil von 64 Mio. € soll aus dem Restbetrag des in 2009 und 2013 beschlossenen Investitionszuschuss genutzt werden. Der verbleibende Finanzierungsbedarf soll durch Eigenkapital i.H.v. 328 Mio. € gedeckt werden, welches der StKM entsprechend Beschluss von 08.07.2014 durch die Gesellschafterin zur Verfügung gestellt wird. Von dem Betrag wurden bereits 2014 eine Summe von 60 Mio. € als letzte Tranche der in 2012 beschlossenen Eigenkapitalerhöhung ausgezahlt.

Aufgrund der Komplexität des Sanierungsvorhabens und des langen Zeitraums von acht Jahren wird davon ausgegangen, dass ein Risikopuffer i.H.v. 50 Mio. € benötigt wird.

Der Risikopuffer soll insbesondere für:

- schlechtere operative Ergebnisse,
- unzureichende oder verzögerte Sanierungsumsetzung,
- zusätzliche Kosten z.B. Instandhaltung,
- zusätzliche Investitionen

verwendet werden.

Die Summe der notwendigen Zuwendungen der Gesellschafterin wird im Sanierungsumsetzungsgutachten mit **328 Mio. € + 50 Mio. € = 378 Mio. € als Eigenkapitalzuwendung zzgl. des Restbetrages von 64 Mio. € aus dem Investitionszuschuss** beziffert.

Von dem im Dezember 2009 bewilligten und in 2013 verlängerten Investitionszuschuss der Gesellschafterin sind Restmittel noch nicht abgerufen. Von diesen Mitteln sollen 64 Mio. € für die Finanzierung laufender und zukünftiger Baumaßnahmen genutzt werden.

Von den verbleibenden Mitteln genügen 29 Mio. € der im Stadtratsbeschluss vom 27.02.2013 festgelegten Zweckbindung. Für die verbleibenden Mittel i.H.v. 36 Mio. € ist die ursprüngliche Zweckbindung hinfällig, sodass die Mittel umgewidmet werden müssen. Aktuell stimmt die StKM mit der Landeshauptstadt München ab, auf welche Baumaßnahmen die Investitionszuschuss Anwendung finden kann.

Der Gesamtfinanzierungsbedarf des Umsetzungskonzepts liegt bis 2022 ca. 200 Mio. € über dem Sanierungsgutachten. Der Mehrbedarf erklärt sich vor allem aus erhöhten Kostenschätzungen für Baumaßnahmen, der Berücksichtigung einer Baukostenindexierung sowie höherer angesetzter Ersatzinvestitionen. Gleichzeitig wurden im Umfang von ca. 60 Mio. € auch Themen verarbeitet, die bereits im Sanierungsgutachten als quasi-sichere Inanspruchnahme des Risikopuffers gewertet worden sind.

In den Jahren nach Erreichen des Zielzustand 2022 ergibt sich weiterer Investitionsbedarf, um die Sanierung im Klinikum Bogenhausen abzuschließen und die Bereiche Mikrobiologie, Klinische Chemie und Pathologie des Medizet an den finalen Bestimmungsort zu verlegen. In Summe beläuft sich der auf die Restrukturierung bezogene Finanzierungsbedarf 2023 - 2025 auf 102 Mio. €, von dem 59 Mio. € durch Fördermittel gedeckt werden. Die verbleibenden 43 Mio. € können aus dem operativen Cashflow erbracht werden und machen somit keine Eigenkapitalfinanzierung durch die Gesellschafterin notwendig.



### 3.10 Bewertung der Sanierungsfähigkeit und -würdigkeit

Im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzepts wird von der Firma Boston Consulting Group die Sanierungsfähigkeit und -würdigkeit wie folgt bewertet:

„Das Sanierungsumsetzungskonzept für die Städtisches Klinikum München GmbH sieht eine Rückkehr in die Gewinnzone sowie eine wettbewerbsfähige Repositionierung (Medizinkonzept) in einem hochkompetitiven Marktumfeld vor.

Abgeleitet vom Medizinkonzept ergeben sich strukturelle und operative Anpassungen der Kosten- und Leistungsstruktur in allen Bereichen der Wertschöpfung.

Im Ergebnis wird eine wettbewerbsfähige EBITDA-Rendite von ca. 6 % erreicht.

Damit bewegt sich das vorliegende Sanierungsumsetzungskonzept in dem im Sanierungsgutachten vom 28.02.2014 aufgezeigten finanziellen Korridor.

Unter Berücksichtigung folgender Voraussetzungen hat die auf Basis des Sanierungsgutachtens vom 28.02.2014 bescheinigte Sanierungsfähigkeit und -würdigkeit weiterhin Bestand:

- Bereitschaft aller Beteiligten zur vollen Umsetzung der aufgezeigten Maßnahmen.
- Plangemäße Maßnahmenumsetzung sowie Einleitung von Zusatzmaßnahmen bei Abweichung (inkl. Umsetzung der geplanten Bauvorhaben).
- Stringente Verfolgung und Überwachung der Maßnahmen und dazugehörigen Effekte.
- Sicherstellung der Finanzierung des Liquiditätsbedarfes.“

### 3.11 Schreiben der Geschäftsführung der StKM an den Oberbürgermeister

Die Geschäftsführung der StKM hat sich mit Schreiben vom 09.07.2015, das als Anlage 5 beigefügt ist, vollumfänglich hinter das Sanierungsumsetzungskonzept gestellt.

## 4. Evaluierung des Sanierungsumsetzungskonzepts

Im Folgenden setzt sich die Stadtkämmerei mit den vorgeschlagenen Sanierungsmaßnahmen kritisch auseinander. Sie bezieht in ihre Einschätzungen auch die Bewertungen des beauftragten externen Medizincontrollers MCK (graue Schattierung) ein.

Schwierig für alle Beteiligten war, dass zur Prüfung und Validierung des Sanierungsumsetzungskonzepts mit über 400 Folien nur wenige Wochen in

Einzelfragen nur Tage zur Verfügung standen. Oberstes Ziel bei der Bearbeitung durch die Stadtkämmerei ist, den Sanierungsprozess nicht aufzuhalten und die vorliegende Beschlussvorlage termingerecht einzubringen.

Die Evaluierung beinhaltet daher nur eine kursorische Prüfung im Hinblick auf die Plausibilität des Konzepts und des groben Zahlengerüsts. Im Rahmen der Umsetzungsphase kann es deshalb u. U. zu Anpassungen der Bewertung kommen, sofern sich in den Detailprojektplanungen Abweichungen ergeben oder sich die Annahmen als nicht korrekt herausstellen. Daher wird auch zukünftig ein qualifiziertes Sanierungscontrolling durch das Betreuungsreferat unerlässlich sein. Über Abweichungen im Rahmen der Sanierungsumsetzung wird die Stadtkämmerei den Stadtrat im Rahmen der regelmäßigen Berichterstattungen informieren.

#### **4.1 Evaluierung Medizinkonzept**

##### **4.1.1 Ausgangslage / Sachstand**

Die im Sanierungsgutachten dargestellte medizinische Architektur wurde fortgeschrieben und dem Stadtrat am 24.03.2015 im Finanzausschuss und am 25.03.2015 im Plenum zur Kenntnis gebracht (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 02665). Dabei wurden folgende Änderungen ggü. dem Sanierungsgutachten vorgenommen:

##### Klinikum Bogenhausen

- Ergänzung traumatologische Akutgeriatrie im Zentrum Bewegungsapparat / Traumatologie

##### Klinikum Harlaching

- Belassen der Traumatologie mit einem Schwerpunkt Wirbelsäulen Chirurgie
- Einrichtung eines lokalen Notfallzentrums mit überregionalem Traumazentrum
- Etablierung einer Weaning-Station
- Erweiterung der Eltern-Kind-Zentren um die operative Gynäkologie

##### Klinikum Neuperlach

- Vorhaltung eines regionalen Notfallzentrums

#### Klinikum Schwabing

- Ansiedlung der Dermatologie im Klinikum Schwabing
- Erweiterung der Eltern-Kind-Zentren um die operative Gynäkologie und die Kinderpsychosomatik

Mit Beschluss vom 01.10.2014 wurde die Stadtkämmerei beauftragt, zur Evaluierung und zum Projektcontrolling des Sanierungsumsetzungskonzepts zur medizinischen Architektur einen sachverständigen externen Gutachter zu beauftragen. Die Auftragserteilung erfolgte an die Firma MCK GmbH.

Auf die von der Firma MCK GmbH formulierte Zusammenfassung ihrer zentralen Einschätzungen und die Stellungnahme der Berater der StKM hierzu (Anlage 6 und Anlage 7) wird verwiesen.

#### **4.1.2 Leitlinien / Prämissen / Gewährleistung des Versorgungsauftrags**

Die StKM führt aus, dass bei der Ausarbeitung und Fortschreibung des Medizinkonzepts „methodisch alle maßgeblichen Faktoren berücksichtigt [wurden], die qualitativ und quantitativ Einfluss auf das Leistungsgeschehen haben werden“. Nach einer umfassenden Analyse erfolgte eine Plausibilisierung der Ergebnisse und eine Modellierung der Fallzahlen und Kapazitäten im Zielbild. Als wesentliche Determinanten dieses Modells wurden die demografische Entwicklung, die Bevölkerungsentwicklung in der Landeshauptstadt München und im Landkreis München, der medizinisch-technische Fortschritt, die Entwicklung der Verweildauer und die Verschiebung stationärer Fälle in den ambulanten Versorgungsbereich aufgeführt.

Parallel wurden teilstrukturierte Gespräche mit ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringern zur Ermittlung der Positionierung im Wettbewerb, der Fallzahlentwicklung durch Verschiebung von Fachabteilungen an einen anderen Standort und der Diskussion des zukünftigen Leistungsspektrums durchgeführt.

Die Methodik zur Berechnung der relevanten Kennzahlen wurde detailliert aufgezeigt.

Darüber hinaus darf auf die Stellungnahme des Referats für Gesundheit und Umwelt bezüglich der Gewährleistung des Versorgungsauftrages verwiesen werden (siehe Ziffer 4.1.6).

#### Herleitung des medizinischen Zielbilds 2022

Die Firma MCK führt hierzu aus: „Die Methodik zur Herleitung des medizinischen Zielbildes halten wir für grundsätzlich richtig.

Die Berechnung erfolgte in folgenden Schritten:

- Berechnung der demographischen Veränderungen
- Veränderungen durch Ambulantisierung
- Patientenwanderungen je Leistungscluster oder Fachabteilung
- Leistungsveränderungen +/- aus der Einheit heraus

Für die Berechnung der demographischen Entwicklung werden von Beratungsunternehmen mathematische Modelle entwickelt, wie die demographischen Daten der statistischen Landesämter mit den Krankenhausdaten verknüpft werden können.

Das Ergebnis der Berechnungen von Lohfert & Lohfert stimmt mit dem MCK-Rechenmodell nahezu überein, kann also von uns bestätigt werden.

Für die Berechnung der Ambulantisierung legt, neben den entsprechenden Katalogen nach §115b SGB V der AOP-Vertrag und dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe, jedes Beratungsunternehmen eigene Kriterien fest, die in die Bewertung einfließen. Beispielsweise werden Patienten in bestimmten Altersklassen, mit bestimmten Entlassarten, PCCL (Patientenschweregrad), Verweildauer, Diagnosen etc. ausgeschlossen.

In diesem Bereich setzt Lohfert & Lohfert härtere Kriterien an, als wir es in unserem MCK-Modell berechnen. MCK geht davon aus, dass die Ambulantisierung in den nächsten 7 Jahren nicht so rasant voranschreiten wird, wie es die Kataloge nahelegen. Dies betrifft insbesondere die älteren Patienten. 44% der Fälle, die zukünftig ambulant behandelt werden sollen, betreffen Patienten, die älter sind als 60 Jahre, 35% sind älter als 65 Jahre, 24% sind älter als 70 Jahre. In dieser Altersgruppe gibt es viele Patienten, die große Bedenken haben, operative Eingriffe oder eine Herzkatheteruntersuchung ambulant durchführen zu lassen, da auch in dieser Altersklasse der Anteil der alleinlebenden Menschen steigt. Daher würde MCK den Anteil insgesamt geringer berechnen, kann jedoch auch das vorliegende Modell nachvollziehen.

Die Prämissen für Patientenwanderungen und Leistungsveränderungen sind herausfordernder; um diese Prämissen festzulegen, müssen verschiedenste Kriterien bedacht und untereinander gewichtet werden.

In der Regel wird ein Mix aus Kriterien angelegt und mit den Verantwortlichen sowie der Geschäftsführung und dem Eigentümer abgestimmt.

Lohfert & Lohfert hat laut eigener Aussage diese Kriterien nach Runden mit den Chefärzten angelegt und daraus sowohl die Patientenwanderungen als auch die Leistungsveränderungen abgeleitet und mit der Geschäftsführung abgestimmt.

Welche Kriterien dabei welchen Einfluss hatten, wurde uns nicht dargelegt. Es wurde jedoch deutlich, dass die Entfernung zu den Wettbewerbern auf Basis eines Gravitationsmodells sowie die vorhandenen Kapazitäten, den größten Einfluss auf das Konzept haben.

Insgesamt kann die Methodik des Herangehens für den vollstationären Bereich als geeignet bezeichnet werden.

Das Thema Kapazitäten der Notfallzentren wird derzeit durch ein Expertengremium „Runder Tisch“ für die Versorgungsregion München bearbeitet.“

Die Firma MCK bewertet den überwiegenden Teil der Fall- und Kapazitätsverschiebungen „als plausibel. Die angenommene Bettenauslastung konnte anhand von Stichproben bei exemplarischen Fachabteilungen nachvollzogen werden.“ MCK führt aber auch aus, dass „aus den vorliegenden Unterlagen eine Überführung von der Ausgangsbasis in die Zielplanung nicht komplett nachvollzogen werden konnten. In folgenden Bereichen sieht MCK dadurch folgende wirtschaftliche Risiken, die die zukünftigen Jahresergebnisse jeweils belasten können.“

Kapitel	Thema	Risiko in Mio. €
2.1.	<b>Leistungsverschiebungen von Standort zu Standort</b>	
	Fachabteilung Physikalische Medizin/Alterstraumatologie in KBM	
	Risiko: doppelte Berechnung der Langzeitbeatmeten - 50% der CM	2,3
2.2.	<b>Leistungsausweitung / -reduzierung</b>	
	Geplante Leistungsausweitungen Pädiatrie / Kinderchirurgie	
	Risiko eines zu hohes Marktwachstums	2,0
3.2.	<b>Konsistenz und Nachvollziehbarkeit der Zahlen</b>	
	<b>Nachvollziehbarkeit der Bettenauslastung</b>	
	nicht nachvollziehbare Verweildauern, insbesondere unter dem Aspekt der Produktivität	
	Risiko zu hoher VwD für die Bettenplanung am Beispiel Bogenhausen	38 Betten Station
	<b>Nachvollziehbarkeit Weaning</b>	
	Risiko der Konzeption - Planung nur DRG A06	1,3
	<b>Lokale Notfallzentren Schwabing und Harlaching</b>	
	Risiko Patientenerluste, wenn statt 32% der Patienten 50% der Patienten abwandern mit 80% bewertet	4,6
	Risiko zu geringer Kapazitäten an den anderen Standorten, wenn die Patienten innerhalb der StKM bleiben, wurde nicht bewertet	
	<b>Abschätzung der möglichen Risiken</b>	<b>10,2</b>

Quelle: Firma MCK GmbH

Aus Sicht der Stadtkämmerei ist darauf hinzuweisen, dass an verschiedenen Stellen seitens MCK schriftlich wie mündlich eine nicht immer vollständige Datenlage seitens der Ersteller des Sanierungsumsetzungsgutachtens zur Verfügung stand.

Auch für die Stadtkämmerei erscheint die Kapazitäts- und Leistungssimulation aber grds. als plausibel und nachvollziehbar. Für eine genauere Evaluierung waren die zur Verfügung stehenden Daten aber nicht ausreichend.

#### **4.1.3 Fächerspektrum / Abteilungskonsolidierung mit Kapazitäten**

Die Einteilung in ein Klinikum Nord und Süd als eine klare strategische Fokussierung, wurde auch von MCK „prinzipiell positiv bewertet.

Im Klinikum Nord gelingt dies gut: Der Standort Bogenhausen als voll umfänglicher Schwerpunktversorger mit überregionalem Notfallzentrum und die Fachklinik für Mutter und Kind mit lokalem Notfallzentrum in Schwabing zeigt eine sinnvolle Struktur.

Im Klinikum Süd wird dieses betriebswirtschaftlich sinnvolle Konzept bereits im BCG-Konzept nicht vollumfänglich umgesetzt, das einen Schwerpunktversorger Neuperlach vorgesehen hatte. Zum Mutter-Kind-Zentrum werden am Standort Harlaching ein Neurozentrum sowie ein Zentrum für seelische Gesundheit und Altersmedizin hinzugefügt. MCK führt hierzu aus, dass „insbesondere die Abläufe und notwendigen Strukturen derart unterschiedlich sind, dass keine strukturellen Synergieeffekte realisiert werden können“.

In der Gesamtbewertung der Firma MCK wird dazu ausgeführt:

„Die Ausgangslage und der daraus abgeleitete hohe strukturelle Handlungsbedarf ist, genauso wie die Hauptrichtung der Sanierung bestehend aus Schwerpunktsetzung und Abstrukturierung bei gleichzeitiger Produktivitätssteigerung und Kostensenkung, richtig. Die Architektur des medizinischen Leistungsgeschehens wurde im Grundsatz im BCG-Gutachten konsequent verfolgt: Es zielte auf zwei vollumfängliche Maximalversorger mit zwei „Fachkliniken“.

Diese Ausrichtung wurde jedoch durch die Überarbeitung („Feinjustierung“), insbesondere im Klinikum Süd, aufgegeben. Der Standort Harlaching wird deutlich gestärkt, die Konzentration von Leistungen in Neuperlach aufgegeben. Somit wird eine notwendige Angebotsbereinigung und Leistungsverdichtung auf längere Sicht verhindert.[...]“

#### 4.1.3.1 Klinikum Nord

Ausführungen der Firma MCK: „Das Klinikum Nord ist gut strukturiert. Alle wesentlichen Leistungsbereiche, die für die Bevölkerung relevant sind, werden vorgehalten. Die Grundversorgung wird durch die Fachabteilungen Innere Medizin, die Allgemein- und Visceralchirurgie und die Unfallchirurgie sichergestellt.

Darüber hinaus werden die Kriterien eines Schwerpunktversorgers mit den Fachrichtungen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Orthopädie und Urologie und den am Standort Schwabing vorgehaltenen Fachrichtungen Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie erfüllt, die überörtliche Schwerpunktaufgaben in Diagnose und Therapie zu übernehmen.

Mit der Vorhaltung eines überregionalen Traumazentrums, dem Herz-/Gefäßzentrum, dem Neurozentrum inklusive Neurochirurgie sowie der entsprechenden medizinischen Infrastruktur und den medizinisch-technischen Einrichtungen, werden die Kriterien eines Maximalversorgers erreicht.

Die geplanten Zentren am Standort Bogenhausen [...] sind nachvollziehbar, dem Bedarf entsprechend und in die Zukunft gerichtet.“

Darüber hinaus nimmt die Firma MCK zu folgenden Punkten Stellung:

##### **Profilierung der Standorte**

„Die Profilierung der Standorte ist eindeutig, außer in der Notfallversorgung gibt es keine Doppelvorhaltungen. Die Standorte können voneinander unabhängig am Markt bestehen.“

##### **Hohe Qualität der medizinischen Versorgung**

„Die Zentren verfügen über ausreichende Leistungsmengen, die grundsätzlich eine adäquate Besetzung mit medizinischem Fachpersonal und eine gute Weiterbildung erlaubt.

Die Interdisziplinarität wird in den Zentren durch eine entsprechende Leistungsbündelung gut abgebildet. Allein die Themen Allgemeine Innere Medizin und Altersmedizin sehen wir nicht hinreichend profiliert abgebildet.“

##### **Wirtschaftlichkeit**

„Hier sind die Doppelvorhaltungen in der Notfallversorgung und in der notfallmäßigen Vorhaltung des Linksherzkathetermessplatzes (LHKM) sehr kritisch einzuschätzen.“

### **Patienten- und Einweiserzufriedenheit**

„Wir sehen in der Doppelvorhaltung der Notfallversorgung inkl. LHKM ein relevantes Problem, den Patienten zu vermitteln, mit welcher Art der Erkrankung sie in welches Krankenhaus gehen sollen: bei einer Kommunikation „leichte Fälle nach Schwabing und schwere Fälle nach Bogenhausen“ ist die Frage, in wieweit Patienten aufgrund der geringen Entfernung tatsächlich dauerhaft nach Schwabing gehen werden.

Aufgrund der angebotenen geringeren Leistungstiefe in Schwabing ist von Verlegungen von Schwabing nach Bogenhausen auszugehen. Diese werden zu höheren Aufwendungen und damit einem wirtschaftlichen Nachteil führen, den andere Häuser gerade abbauen. Erfahrungsgemäß ist es für einweisende Haus- und Allgemeinärzte eine Hürde, ihre Patienten in ein Krankenhaus ohne eine ausgewiesene Allgemeine Innere Medizin einzuweisen, da es schwierig sein kann, Patienten mit unklaren internistischen Krankheitsbildern einer spezialisierten Abteilung zuzuweisen.“

#### **4.1.3.2 Klinikum Süd**

Es wird ein überregionales Traumazentrum und lokales Notfallzentrum in Harlaching vorgehalten. In Neuperlach wird ein regionales Notfallzentrum geplant.

Die Firma MCK nimmt hierzu wie folgt Stellung:

#### **Profilierung der Standorte**

„Die Profilierung der Standorte ist nicht eindeutig. Eine klare und einfache Charakterisierung der Standorte ist nicht möglich. Ein Wettbewerb, zumindest um unfallchirurgische und kardiologische Fälle, ist absehbar. Keiner der beiden Standorte weist ein rundes und in sich stimmiges Leistungsprofil auf.“

#### **Hohe Qualität der medizinischen Versorgung**

„Die Zentren verfügen über ausreichende Leistungsmengen, die grundsätzlich eine adäquate Besetzung mit medizinischem Fachpersonal und eine gute Weiterbildung erlaubt.“

Die Interdisziplinarität wird in den Zentren durch eine entsprechende Leistungsbündelung gut abgebildet. Die Themen Unfallchirurgie in der Konzeption über beide Standorte, die Profilierung einer Allgemeinen Inneren Medizin und die



Organisation der Zusammenarbeit der Klinik Nord und Süd sollte noch differenzierter dargestellt werden.“

### **Wirtschaftlichkeit**

„Kritisch zu sehen sind die Doppelvorhaltungen in der Notfallversorgung und insbesondere in der notfallmäßigen Vorhaltung des Linksherzkathetermessplatzes. Die unklare Strukturierung und fehlende Teilkompetenzen werden zu vermehrten Verlegungen führen, die mit einem entsprechenden Aufwand und damit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden sind, die andere Häuser gerade abzubauen versuchen.“

### **Patienten- und Einweiserzufriedenheit**

„Die aufgeweichte Profilbildung wird dazu führen, dass die Patienten nicht eindeutig erkennen können, mit welchen Krankheitsbildern sie sich in bestimmten Situationen an welchen Standort wenden können – ohne dann doch an den anderen Standort verlegt zu werden.“

Auch für Einweiser und Rettungsdienste wird diese Profilbildung schwer verständlich sein. Wohin werden Chest-Pain-Patienten primär zugewiesen, wohin geht welche Art von unfallchirurgischem Patienten? Dies kann insbesondere in den wettbewerbsintensiven Gebieten zu deutlichen Fallzahlverlusten führen.“

#### **4.1.4 Versorgungssituation**

Folgende objektive Gründe legen aus Sicht der Stadtkämmerei eine adäquate medizinische Versorgung der Münchner Bevölkerung nahe:

- Für die stationäre Versorgung der Münchner Bevölkerung sind alle Plankrankenhäuser in München zuständig.
- Auch nach Konsolidierung des medizinischen Leistungsangebots der StKM werden ausgenommen der Augenheilkunde und der Nuklearmedizin auch weiterhin alle bisherigen Fachdisziplinen angeboten.
- Die Bettendichte je Einwohner liegt auch nach Konsolidierung und unter Einbezug der Bevölkerungsentwicklung deutlich über Vergleichszahlen anderer Großstädte.
- Eine dezidierte Prüfung und Bewertung der Versorgungssituation erfolgt im Rahmen der Bauplanung und -förderung durch das für die Bedarfsplanung zuständige Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

- Die Vorhaltungen in den Bereichen Intensiv, Chest-Pain-Unit, Stroke-Unit und Intermediate-Care werden optimiert und zudem eine Weaning-Einheit etabliert.

Die Stadtkämmerei sieht für die weitere Fortentwicklung des Leistungsangebots der StKM wie auch von vielen Antragstellerinnen und Antragsstellern, Interessensgruppen und Bürgerinnen und Bürgern gefordert, die Notwendigkeit zur weiteren Ausarbeitung einer Versorgungskonzeption für den Bereich Geriatrie. Mit Angaben zur Zielplanung mit 18 Betten weniger in der Akutgeriatrie Neuperlach, +11 Betten in der Alterstraumatologie Klinikum Harlaching und +9 Betten in der Phys. Medizin (mit Alterstraumatologie) im Klinikum Bogenhausen sowie den Ausführungen unter Ziffer 3.2.6 ist ein erster Anfang gemacht, der aus Sicht der Stadtkämmerei allerdings noch nicht ausreichend ist.

#### **4.1.5 Notfallversorgung**

Auch bei der Notfallversorgung ist festzuhalten, dass für die Notfallversorgung der Münchner Bevölkerung alle Plankrankenhäuser in München zuständig sind. In 19 dieser Kliniken werden Notambulanzen mit 24-Stunden-Betrieb vorgehalten. Wie in der Beschlussvorlage für die Stadtratssitzung am 25.03.2015 zum Thema Notfallversorgung bereits ausgeführt wurde, sind die Kliniken im Rahmen der Notfallversorgung „für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Verletzungen oder Erkrankungen, die Lebensgefahr hervorrufen oder bei denen ohne unverzügliche medizinische Behandlung schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind“ zuständig. Die weiteren Zuständigkeiten in der Notfallversorgung, insbesondere der niedergelassenen Ärzteschaft bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, sind hiervon deutlich abzugrenzen. Die Ableitung eines Versorgungsauftrags und die Kapazitätsplanung kann sich somit nur auf den originären Verantwortungsbereich beziehen. Insbesondere da die Umverteilung der Notfallversorgung von den niedergelassenen Ärzten zu den Kliniken erhebliche Mehrbelastungen und finanzielle Verluste (ca. 88 € Kostenunterdeckung je Fall) bedeuten.

Entsprechend den Vorgaben des Stadtrats werden an allen vier Klinikstandorten Notfallzentren vorgehalten. Am Klinikum Bogenhausen das einzige überregionale Notfallzentrum, am Klinikum Harlaching ein überregionales Traumazentrum mit lokalem Notfallzentrum, am Klinikum Neuperlach ein regionales Notfallzentrum und im Klinikum Schwabing ein lokales Notfallzentrum.

Die Firma MCK führt dazu aus, dass **„das Konzept der Notfallversorgung auf dem Stadtratsbeschluss vom 08.07.2014 beruht .Eine Reduzierung der Notfallversorgung auf zwei Standorte, die dann vollumfänglich als überregionale Notfallzentren agieren,**

sind medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll und versorgungstechnisch ausreichend, wenn die notfallversorgenden Standorte entsprechend des Bedarfs ausgebaut werden. Dies gilt in erhöhtem Maße für die Betreuung von Herzkatheterlaboren zur Notfallversorgung an allen vier Standorten. Der Stadtratsbeschluss setzt hier andere Vorgaben, die im Folgenden zur Anpassung des medizinischen Konzepts der Notfallversorgung geführt haben. Wir schätzen die jährliche Unterdeckung für ein lokales Notfallzentrum mit rund 90 Betten auf bis zu 4,5 Mio. € pro Standort, also rund 9 Mio. € (Anm.: ca. 7 - 9 Mio. € aufgrund angepasstem Modell in der Südschiene) im Jahr.“ MCK weist in der Stellungnahme zudem umfassend darauf hin, dass mit diesem Konzept hohe organisatorische Anforderungen - insbesondere in Hinblick auf die Personalvorhaltung - gegeben sind.

Darüber hinaus weist MCK auf folgenden Umstand hin: „Die Rettungswege sind aufgrund der hohen Krankenhausdichte im Stadtgebiet München nie zeitkritisch. Die Verteilung der Notfallpatienten erfolgt über die Rettungsleitstelle. Dabei sind die voraussichtlich erforderlichen Fachabteilungen und die verfügbare OP- und/oder Intensivkapazität entscheidend. Die räumliche Nähe spielt eine nachgeordnete Rolle.“

Die Vorhaltung der Intensivkapazitäten wird von derzeit 161 Betten auf 154 Betten angepasst. Die Anzahl an Chest-Pain-Unit-Betten wird im Zielbild um 4 erhöht, der Stroke-Unit-Betten um 6. Zudem erhöht sich die Anzahl der Intermediate-Care-Betten von derzeit 112 auf künftig 124 Betten. Durch die Neuetablierung einer Weaning-Einheit im Klinikum Harlaching ist darüber hinaus von einer Entlastung der Intensiveinheiten auszugehen.

MCK führt hierzu aus: „Insgesamt liegen die Intensivbetten - mit Ausnahme des Standortes Schwabing - jeweils leicht über den Anhaltszahlen von Destatis. Allerdings kann bei den Destatisdaten nicht ausgeschlossen werden, dass hierin auch teilweise Intermediate Care Betten mit ausgewiesen wurden - zumindest was die medizinische Nutzung derselben betrifft. Je nach Höhe des IMC-Bettenanteils könnten somit zu viele Intensivbetten geplant werden.“

Die Stadtkämmerei sieht damit die Kapazitätsplanung im Intensiv- und Intermediatecarebereich sowie bei den Chest-Pain-Unit und Strokebetten als auskömmlich an, die von MCK vorgetragenen Abweichungen sind an die StKM adressiert. Die Versorgungsengpässe Anfang 2015 resultierten aus der Verknüpfung verschiedener allgemeiner wie auch spezifischer Ursachen, die dem Stadtrat in der Vollversammlung am 25.03.2015 zur Kenntnis gebracht wurden. Es ist dabei nochmals zu unterstreichen, dass auch in dieser Engpassphase die Versorgung aller Patientinnen und Patienten zu jedem Zeitpunkt gewährleistet war. Sofern die Ergebnisse des „Runden Tisches“ neue Erkenntnisse in Hinblick auf den

Versorgungsbedarf ergeben sollten, werden diese in der Fortschreibung der Planung berücksichtigt.

Darüber hinaus verweisen wir auf die Ausführungen des Referats für Gesundheit und Umwelt zur Versorgungssituation unter Ziffer 4.1.6.

#### **4.1.6 Stellungnahme des Referats für Gesundheit und Umwelt**

„Grundsätzlich beurteilt das RGU die Darstellung des Medizinkonzeptes auf Grundlage des uns vorliegenden Auszuges aus dem Beschluss zum Sanierungsumsetzungskonzept der StKM als nachvollziehbar. Im Vergleich zum Sanierungskonzept von 2014 sind einige Veränderungen ersichtlich, mit denen auch Anregungen bzw. Fragen des RGU zum letztjährigen Sanierungskonzept in weiten Teilen abgedeckt bzw. beantwortet werden konnten.

##### Weaning-Zentrum

Die geplante Einrichtung eines Weaning-Zentrums am Klinikum Harlaching wird begrüßt, nachdem bislang in München keine derartige ausgewiesene Leistungsstruktur besteht. Das RGU verspricht sich eine deutliche Verbesserung in der Versorgung langzeitbeatmeter Patientinnen und Patienten.

Eine Übergangslösung zur geplanten Fertigstellung in 2022 wird vom RGU gemäß eines Beschlusses des Stadtrates vom 19.03.2015 angestrebt.

##### Notfallzentren

Durch die lt. Stadtratsbeschluss beibehaltene Versorgungsmöglichkeit von Patientinnen und Patienten der Sichtungskategorie 1 an den vier großen Standorten der StKM ist die Versorgung wohnortnah gesichert.

In diesem Zusammenhang ist eine Kooperation mit ambulanten Versorgern möglichst auf dem Klinikgelände wünschenswert.

##### Diabeteszentren

Zukünftig wird die Versorgung von Diabetespatientinnen bzw. Diabetespatienten an zwei Standorten (Klinikum Bogenhausen und Klinikum Neuperlach) möglich sein. Damit ist eine relative wohnortnahe Versorgung gewährleistet.

##### Geriatric

Im Sanierungsumsetzungskonzept 2015 sind an drei Standorten geriatrische Angebote vorgesehen. Damit wird eine wohnortnahe Versorgung möglich. Durch die Schaffung einer separaten Leistungsstruktur der Alterstraumatologie im Klinikum Bogenhausen wird das Klinikum Nord zukünftig auch im Münchner Norden entsprechende Leistungen anbieten.

#### Mutter-Kind-Zentren und operative Gynäkologie in KS und KH

Die Bildung zweier Zentren mit Konzentration Gynäkologie / Geburtshilfe und Neonatologie / Pädiatrie an den zwei Standorten Schwabing und Harlaching wird genauso begrüßt wie die Konzentration der Psychosomatik für Kinder und Jugendliche in Schwabing.

Im Bereich der Geburtshilfe gibt es bereits jetzt in München Versorgungsengpässe. Zwar erhöht die StKM die Kapazitäten im Bereich der Geburtshilfe im Rahmen der baulichen Umsetzung auf 6.000 Geburten (2014 verzeichneten die Kliniken der StKM rd. 5.500 Geburten), dass diese Erhöhung für München und Umland aufgrund des prognostizierten weiteren Geburtenanstieges in München bis 2030 ausreicht, ist zu bezweifeln (derzeit keine Erweiterung anderer Geburtskliniken bekannt). Die Geburtenrate in München betrug für München mit Umland in 2014 21.295 Geburten. Für 2030 ist mit einem Anstieg um ca. 3.500 Geburten zu rechnen.

Das RGU steht dazu aber bereits in Verbindung mit allen elf Münchner Geburtskliniken (einschließlich der StKM) und wird den Stadtrat in einer gesonderten Vorlage mit dieser Thematik befassen.

Insgesamt kann aus Sicht des RGU dem Medizinkonzept als Teil des Sanierungsumsetzungskonzeptes zugestimmt werden. Das RGU bittet jedoch darum, bei eventuell zukünftig notwendigen Änderungen / Anpassungen des Medizinkonzeptes im Rahmen der Stadtratsbefassung beteiligt zu werden.“

## **4.2 Optimierung Betriebe und Dienstleistungsportfolio**

Je Bereich wurden die Ausgangswerte (Erlöse, Kosten, EBITDA und Vollzeitkräfte) 2014 und im Zielbild dargestellt. Die Angaben zum zeitlichen Sanierungshochlauf beinhalten lediglich die EBITDA und Vollkräfteentwicklung 2014 - 2022. Detailliertere Angaben zum Sanierungshochlauf je Bereich mit Überleitung der geplanten Optimierungsbeiträge (netto und nach Inflationierung) - im Sinne einer Integrierten Planung - wurde erst extrem kurz vor Redaktionsschluss der Vorlage vorgelegt. Die Ausführungen können somit nur noch konzeptionell durch die Stadtkämmerei bewertet, nicht aber rechnerisch validiert werden.

#### 4.2.1 Medizet

Im Bereich Medizet soll bis 2022 eine Verbesserung des EBITDA (inkl. Inflationierung) in Höhe von 3 Mio. € ggü. 2014 erzielt werden. In 2014 waren insgesamt 410 Vollkräfte im Medizet beschäftigt. Als erfreulich ist festzuhalten, dass nach Durchführung einer sehr differenzierten Bewertung der Vor- und Nachteile verschiedener Optimierungsvarianten, trotz hoher Investitionen (ca. 22 Mio. €), die Variante Eigenbetrieb favorisiert wird. Erforderlich ist dazu eine konsequente Zentralisierung mit einer Optimierung der Personalkosten und einem Abbau von 96 Vollkräften sowie eine Reduktion der Sachkosten um 22 % bis 2022. Der Laborbereich mit dem höchsten Gesamtkostenblock muss dabei die Hauptlast der Einsparungen tragen. Voraussetzung für eine Realisierung ist eine starke Zentralisierung aller Bereiche und eine externe Kooperation im Bereich der Labore. Die StKM geht davon aus, dass nach Optimierungen u. a. durch Quersubventionierung aus externen Erlösen wettbewerbsfähige Ergebnisstrukturen geschaffen werden.

##### Standortentscheidungen:

Die Entscheidungen zu den Standortfragen sind auf Basis der Netto-Barwertermittlungen in Verbindung mit den weiteren Beurteilungskriterien (bspw. operativer Vorteil durch Anbindung am nachfragestärksten Klinikstandort) grundsätzlich nachvollziehbar.

Eine Detailbewertung der Varianten war nicht möglich, da der dem jeweiligen Szenario zugrunde gelegte Business Case zahlenmäßig nicht dargestellt wurde. Die Annahmen wurden aber textlich plausibel dargestellt und erklärt.

Eine erste Plausibilisierung des Flächenkonzepts am Standort Bogenhausen ist erfolgt. Eine Plausibilisierung der Verkehrs- und Logistiksituation ist in Hinblick auf die deutlichen Zentralisierungen am Standort Bogenhausen noch zu erstellen.

##### Klinische-Chemie (Labore - KCl) und Mikrobiologie (MB)

Im Ergebnis ist die Entscheidung für die Variante „Interim Klinikum Neuperlach ab Q3/2017“ und dauerhaft am Klinikum Bogenhausen ab Q1/2024 nachvollziehbar. Trotz schlechterem Nettobarwert aufgrund hohem Investitionsbedarf führt die gewählte Variante aufgrund operativer Vorteile (Verortung am nachfragestärksten Standort, Flexibilität bei Bauverzögerungen) zum nachhaltig besten Ergebnisbeitrag.

Der Abbau von 42 Vollkräften und 25 Vollkräften in der Mikrobiologie und Techn. Hygiene bis 2018 erscheint vor dem Hintergrund von Zentralisierung, Leistungsrückgang und Fremdvergabe der Speziallabore inhaltlich grundsätzlich

plausibel. Aufgrund des geplanten Projektabschlusses bereits in 2018 ist davon auszugehen, dass der überwiegende Anteil des geplanten Abbaus von Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern nicht über natürliche Fluktuation realisierbar ist. Die Kooperation mit einem externen Partnern - nach Ausschreibung - zur Reduktion der Sachkosten in Höhe von 2,5 Mio. € p.a. im Zielbild 2022 ist zu empfehlen.

### Pathologie

Die Entscheidung - Teilzentralisierung Süd bis Q2/2016 und Zentralisierung im Klinikum Bogenhausen bis Q1/2022 - stellt sich hier vergleichbar mit dem Bereich KCI/MB - schlechterer Nettobarwert, operative Vorteile, besserer Ergebnisbeitrag - dar.

Der Abbau von 18 Vollkräften bis 2022 erscheint vor dem Hintergrund Zentralisierung und des Leistungsrückgangs inhaltlich grundsätzlich plausibel. Aufgrund des geplanten Projektverlaufs mit Abbau von 10 Vollkräften bereits in 2016 ist davon auszugehen, dass der überwiegende Anteil des geplanten Abbaus von Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern nicht über natürliche Fluktuation realisierbar ist.

### Apotheken

Die Entscheidung sieht eine Zentralisierung am Standort Bogenhausen ab Q1/2022 dar. Eine Nettobarwertberechnung zu möglichen Alternativen wurde hier nicht erstellt. Aufgrund eines Ausbaus des bestehenden Apothekenstandorts und im Hinblick auf den positiven Ergebnisbeitrag kann diese Entscheidung nachvollzogen werden. Die Problematik Zytostatikaufbereitung Klinikum Schwabing muss gelöst werden und die Investitionsentscheidung als Interimsmaßnahme ist nachvollziehbar.

Der Abbau von 4 Vollkräften bis 2022 erscheint vor dem Hintergrund Zentralisierung, des Leistungsrückgangs und der Umsetzung des Dose-Unit-Verfahrens sowie der geringen VK-Anpassung inhaltlich grundsätzlich plausibel und umsetzbar. Durch die Einführung des Dose-Unit-Verfahrens kann von einer Entlastung in der Dienstart Pflege ausgegangen werden.

### Zentrale Sterilgutaufbereitungsanlage (ZSVA)

Die ZSVA ist ab 2019 im Funktionsbau am Standort Bogenhausen geplant. Eine komplette Fremdvergabe dieses Bereichs hätte aus Sicht der SKA in die Variantenprüfung mit einbezogen werden. Aus der Zentralisierung ergeben sich aber geringfügige Ergebniseffekte (+0,4 Mio. € p.a.).

Der Abbau von 8 Vollkräften bis 2019 erscheint vor dem Hintergrund Zentralisierung und des Leistungsrückgangs grundsätzlich inhaltlich plausibel.

#### **4.2.2 Blutspendedienst**

Der Stadtrat wurde in der Sitzung am 24.03.2015 (Finanzausschuss) sowie am 25.03.2015 (Plenum) mit der Thematik befasst (Sitzungsvorlage 14-20 / V 02666). Der Komplettverkauf des Blutspendedienstes wurde dabei als „wirtschaftlich am vorteilhaftesten“ dargestellt und die StKM beauftragt, Gespräche mit potentiellen Kaufinteressenten zu führen. Zielsetzung war, dadurch Konditionen eines etwaigen Teil- oder Komplettverkaufs auszuloten, für eine valide Bewertung der Handlungsalternativen.

Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten befürwortet die Stadtkämmerei den Verkauf des BSD. Bedingung hierfür ist, dass Personalabbau nur im Rahmen und unter den Bedingungen der allgemeinen Ausführungen im Beschluss hierzu vorgenommen werden darf.

#### **4.2.3 Optimierung Dienstleistungsbereich**

In den Dienstleistungsbereichen Reinigung, Textil, Verpflegung, Pflege- und Servicemanagement sowie Logistik, Reinigungsservice und Textilservice soll zur Optimierung der Personalkosten eine verstärkte Fremdvergabe (Outsourcing) erfolgen.

Insgesamt sollen rund im Zielergebnis Optimierungspotentiale in Höhe von 12 Mio. € im Dienstleistungsbereich realisiert werden. Dies setzt einen Personalabbau von 288 Vollzeitkräften voraus. Die Reduzierung des Personalstamms kann nicht immer mit natürlichen Mitteln erfolgen. Allein im Bereich Verpflegung müssen 161 der insgesamt 195 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter betriebsbedingt ausscheiden und abgefunden werden. Die StKM setzt hier in der Geschäftsplanung eine Entscheidung im Rahmen dieser Beschlussvorlage voraus, damit eine Realisierung noch in 2016 erfolgt.

Die Unwirtschaftlichkeit der Dienstleistungsbereiche resultiert zu wesentlichen Teilen aus den dezentralen Strukturen im Verpflegungsservice und der überproportional hohen Vergütung der Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter nach TVöD im Vergleich zum Branchentarif (Mehrkosten des TVöD 10 - 14 Tsd. € je Vollzeitkraft p.a.).

Die Alternative zur weiteren Fremdvergabe der Bereiche könnte die Gründung einer Servicegesellschaft mit Branchentarifvertrag darstellen. Dies würde jedoch bedeuten, dass die angestrebten Synergieeffekte erst sukzessive, mit Ausscheiden der nach TVöD vergüteten Mitarbeiter, nur langfristig realisiert werden können. Die



Fremdvergabe stellt damit jeweils die wirtschaftlichste Möglichkeit der Optimierung dar, auch im Hinblick auf die flexible Anpassung der zukünftig benötigten Leistungsmengen.

In etlichen deutschen Krankenhäuser sind große Teile der Dienstleitungen fremd vergeben oder werden in einer Servicegesellschaft mit eigenständigem Tarifvertrag erbracht.

Daher stellen die hier vorgeschlagenen Optimierungsansätze die in der Krankenhauslandschaft gängige Praxis dar und somit auch einen wesentlichen Sanierungsbeitrag für die StKM.

Die im Zusammenhang mit der Reduktion des Personalstamms notwendigen Personalmaßnahmen werden in den Ziffern 3.4 - Personalkonzept und 4.3 - Stellungnahme zu den personalwirtschaftlichen Maßnahmen ausführlich dargestellt.

#### **4.2.3.1 Textil - und Reinigungservice**

Reinigungsservice und Textilservice sind bereits weitestgehend fremdvergeben und weisen Ende 2014 nur noch einen reduzierten Personalbestand von 2,5 und 13,8 Vollzeitkräften auf. Das noch vorhandene Personal soll konsequenter Weise perspektivisch gegen Null abgesenkt werden.

Die Optimierung der Leitungsverzeichnisse, die Minimierung der zu bewirtschaftenden Flächen sowie erneute Fremdvergaben bieten weiteres Potential in diesen Bereichen.

Die Erreichung des Zielergebnisses 2022 erscheint mit endgültigen baulichen Zustand realisierbar.

Problematisch könnten die zwischenzeitliche Umsetzung dieser Einsparungsziele sein, da durch die erhöhte Bauaktivität auch erhöhte Reinigungsfrequenzen und zeitweise höhere Reinigungsflächen zu bedienen sind.

#### **4.2.3.2 Verpflegungsservices**

Wirtschaftliche Verpflegungslösungen sind im Kontext der Sanierung der StKM zwingend notwendig. Hinzu kommt, dass eine attraktive Bewirtung zu den wichtigen Imagefaktoren eines Krankenhauses gehört. Denn die Qualität der Verpflegungsleistung wird von den Patienten unmittelbar wahrgenommen und hat erhebliche Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit.

Nach Aussage von BCG belaufen sich bei Vollkostenbetrachtung die Kosten je Beköstigungstag (BKT) in der StKM 2014 auf 14,90 €. Die StKM produziert 2014 1.424 Tsd. BKT (davon 434 für Mitarbeiter und Externe) mit einem

Gesamtkostenvolumen von rund 21 Mio. € p.a.. Der Verpflegungsservice der StKM beschäftigte zum 31.12.2014 161 Vollkräfte, im Durchschnitt des Jahre 2014 170,4 Vollzeitkräfte.

Die StKM und BCG beabsichtigen durch Fremdvergabe der Produktion, Portionierung und des Transports zum Standort den Preis je BKG auf 11,40 € zu reduzieren. Dies entspricht auf dem Leistungsniveau von 2014 einer Einsparung von rund 5,0 Mio. € p.a..

Der aktuelle bauliche Zustand entspricht nicht dem heutigen technischen Stand eines modernen Küchenbetriebes. Es bestehen umfangreiche Mängel, welche ohne eine umfassende Sanierung der Einrichtungen kurz- bis mittelfristig zu einer Einstellung des Betriebes einzelner Standorte oder Teilbereiche führen können.

Das Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) erstellte 2013 eine Studie zur Verpflegung im Krankenhaus. In deren Ergebnis war festzustellen, dass der Strukturwandel in der Krankenhausküche weg von der Eigenregie hin zu anderen Bewirtschaftungsformen, vor allem zur eigenen Service-GmbH, anhält. Weiterhin wird vorwiegend frisch gekocht und warm serviert (Cook & Serve). Aber andere Produktionsformen wie Cook & Chill in Eigenproduktion oder entkoppelte Systeme durch externe Anbieter sind auf dem Vormarsch.

Die Patientenverpflegung macht nur noch knapp zwei Drittel der produzierten Mahlzeiten aus (63 %). Die Produktion für die Mitarbeiterverpflegung geht zurück (7 %). Die extern ausgelieferten Mahlzeiten nehmen zu (22 %).

Die durchschnittlichen Kosten je Beköstigungstag in der Patientenverpflegung lagen 2013 bundesweit bei 13,60 €. Ein zentrales Problem in den Krankenhausküchen bildet weiterhin der große Investitionsstau. Das Durchschnittsalter der Küchen beträgt mittlerweile 24 Jahre. Die letzte Grundsanierung liegt im Mittel 13 Jahre zurück.

Die Eigenregie bleibt, bei rückläufiger Tendenz, auch in Zukunft die bestimmende Betriebsform. Das herkömmliche Produktionssystem von Cook & Serve wird durch den hohen Investitionsstau der Häuser und professionelle Alternativen zunehmend in Frage gestellt. Bei der Verpflegungsqualität wollen die Kliniken künftig vor allem auf den Einsatz natürlicher Lebensmittel ohne Zusätze setzen.

Auf Basis des hier aufgezeigten Durchschnittswerts von 13,60 € liegt die StKM 1,30 € über dem Benchmark. Dies entspricht auf dem Leistungsniveau von 2014 einer Diskrepanz von rund 1,9 Mio. € p.a..

Im Rahmen der Validierung durch die Stadtkämmerei wurde nur partiell auf die Berechnungen von BCG zurückgegriffen. Ursache hierfür ist, dass zum einen der einbezogene und anwendbare Umsatzsteuersatz noch unklar ist. Zum anderen kann nicht nachvollzogen werden, warum ein Fremddienstleister nach dem fünften Jahr keine kalkulatorischen Abschreibungen mehr vornehmen sollte. Die Validierung

beruht daher auf der vorsichtigen Annahme, dass die effektiven Einsparungen nur im Bereich der Personalkosten i.H.v. rund 10 Tsd. € je Vollzeitkraft p.a. realisiert werden können. Diese ergeben sich aus der Diskrepanz der Anwendung des Branchentarifvertrages bei einem externen Dienstleister bzw. für neue Mitarbeiter einer Service-GmbH zur Anwendung des TVöD in der StKM. Investitionskosten und Materialeinsatz wurden als nicht wesentlich beeinflussbar angesehen.

Es lässt sich festhalten, dass für die StKM im Zusammenhang mit ihrem Sanierungsbestreben zwingend eine Umstrukturierung der Speiserversorgung notwendig ist. Dabei kommen verschiedene Varianten in Frage, welche ggf. noch in Untervarianten unterteilt werden könnten.

Die Renovierung im Status quo ist aus wirtschaftlichen Gründen auszuschließen.

Eine Zentralküche der StKM entspricht dem Sanierungsgutachten und kommt somit grundsätzlich in Frage. Für die benötigten Flächen könnten beispielsweise im Klinikum Bogenhausen die frei werdenden Bereiche der Untergeschosse genutzt werden, was jedoch lediglich mittelfristig umsetzbar wäre und logistische Probleme, aufgrund des hohen Transportvolumens, aufwerfen könnte. Dabei ist ein Personalabbau, von ca. 45-70 Vollzeitkräften (abhängig vom Leistungsumfang) notwendig, welcher voraussichtlich nicht nur mit natürlichen Mittel umsetzbar ist und somit eine Transfergesellschaft oder betriebsbedingte Kündigungen nach sich zieht. Die Kostennachteile ggü. Externen könnten ggf. durch Gründung einer eignen Servicegesellschaft mit Haustarifvertrag langfristig kompensiert werden. Der Einsparungseffekt wird bei Etablierung einer Servicegesellschaft und endgültigem Leistungsniveau der StKM vom Betreuungsreferat auf 2-4 Mio. € p.a. geschätzt.

Die Fremdvergabe ist die wirtschaftlichste Variante und kommt somit ebenfalls in Frage. Sie ist jedoch auch die sozial härteste Variante mit einem betriebsbedingten Abbau von 160 Vollzeitkräfte (195 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter). Bei einer externen Fremdvergabe kann der externe Dienstleister einzig und allein die Lohnkosten reduzieren, welche jedoch wiederum mit Umsatzsteuer belastet werden. Eine Einsparung in den Sachkosten und Investitionen ist nicht im wesentlichen Umfang möglich. Der Einsparungseffekt ggü. einer Zentralküche der StKM wird hier bei endgültigen Leistungsniveau der StKM auf 1,3 Mio. € p.a. geschätzt.

#### **4.2.3.3 Pflege- und Servicemanagement**

Der Bereich Pflege- und Servicemanagement (PSM) umfasst den Patientenfahrdienst mit rund 87 Vollzeitkräften Ende 2014, die Bettenaufbereitung mit rund 47 Vollzeitkräften Ende 2014, die Informationen, Pforten, Telefonvermittlungen und Leitstellen mit insgesamt rund 27 Vollzeitkräften Ende 2014 und die

Service-Manager sowie Hauswirtschaftsleitungen mit rund 9 Vollzeitkräften Ende 2014.

Im Status quo wird der Patientenfahrtdienst mit eigenen Mitarbeitern und manuell koordinierten Fahrplänen betrieben. Das Umsetzungskonzept sieht die Einführung eines IT-Systems und Tools zur Optimierung der Fahrwege des Patientenfahrtdienstes und dessen Betrieb in Eigenregie vor. Die damit veranschlagte Reduzierung des Transportaufwands um 15 % erscheint glaubhaft. Im Rahmen der Organisationsanpassung des Patientenfahrtdienstes wird der Personalstamm von 86,7 auf 71,2 Vollzeitkräfte reduziert werden. Anschließend könnte der Bereich fremdvergeben oder in eine Servicegesellschaft überführt werden.

Die Optimierung und Fremdvergabe sind im Bereich der Bettenaufbereitung bereits in Umsetzung. Hauptoptimierungshebel sind dabei das Outsourcing der Leistung und die damit verbundene Absenkung der Leistungspreise zu marktüblichen Konditionen. Im Rahmen des Outsourcing dieses Bereiches wird der Personalstamm von 46,9 auf Null Vollzeitkräfte reduziert werden. Die Optimierung der Aufbereitungsquote je Bett ist ebenfalls Bestandteil der Reorganisation der Betteinaufbereitung. Hierbei ist zwingend zu beachten, dass die hygienischen Standards auch zukünftig eingehalten werden und es zu keiner Verschlechterung der Patientenversorgung kommen darf.

#### **4.2.3.4 Logistik**

Die Umsetzungsplanung sieht eine Aufteilung von Logistik an Technologie Management, Bau und Technik, Patientenservice und Einkauf vor. Dies reduziert Schnittstellen und spart gesonderte Leitungsfunktionen ein. Der Logistikbereich als eigenständiger Bereich entfällt somit. Grundsätzlich stellt dies eine Möglichkeit dar, die Organisation zu verschlanken. Wichtig ist in dem Zusammenhang jedoch, dass mit der Zusammenlegung auch ein Wissenstransfer zu dem neuen Führungsbereich erfolgt, um so negative Auswirkungen zu vermeiden.

Der Bereich des Hausdienstes soll zukünftig ebenfalls fremdvergeben oder in eine Servicegesellschaft überführt werden.

#### **4.2.4 Senkung personeller Infrastrukturkosten**

Die Umstrukturierung des Bereiches Bau und Technik stellt die logische Konsequenz aus der Optimierung der Klinikflächen mit den geplanten Neubauten und Sanierungen dar.

Auf Grundlage und unter Einhaltung der Leitlinien (siehe Ziffer 3.3.4.2.1 - Leitlinien der Optimierung des Personals im Bereich Infrastruktur) erscheint der Minimierung

des Personalstammes des Bereiches Bau und Technik von 163 auf 86 Vollzeitkräfte als ein realistisches Ziel für das Jahr 2024.

Die zeitliche Verwirklichung ist abhängig von der termingerechten Umsetzung der großen Baumaßnahmen. Erst nach Fertigstellung der Bauprojekte und der Migration bzw. der Umzüge der medizinischen Fachabteilungen ist auch die Umorganisation des Bereiches Bau und Technik schrittweise möglich. Weitere Voraussetzung ist die Rückgabe der nicht mehr von der StKM für den Klinikbetrieb notwendigen Grundstücksteile und Gebäude, für den dann der entsprechende Bauunterhalt auf Seiten der StKM entfallen kann.

Das im Umsetzungskonzept vorgesehene Teilprojekt der Auflösung der Bauabteilung mit 12 Vollzeitkräften mit sukzessiver Übernahme des Baumanagements durch die künftige Baugesellschaft ist nachvollziehbar.

#### **4.2.5 Senkung der personellen Verwaltungskosten**

Der Verwaltungsbereich der StKM ist zum heutigen Stand deutlich überdimensioniert. Die Zentrale hält im Status quo gegenüber anderen Krankenhäusern ca. 16% mehr Personal vor. Trotz des großen Personalumfangs sind niedrige Service-Level vorhanden. Aufgrund des Rückgangs des Leistungsvolumens der StKM und deutlichen Effizienzsteigerungen muss die Verwaltung gegenüber dem Status quo um ca. 30% verkleinert werden.

Im Zielbild 2022 wird den Klinikleitungen mehr Eigen- und Ergebnisverantwortung im Nord- und Südklinikum durch einen direkten Zugriff auf unterstützende Verwaltungsfunktionen übertragen. Die Zentrale wird aber dennoch eine starke Rolle in der Strategiesetzung und in fachlichen Vorgaben einnehmen. Es soll damit zum einen eine klare Rollenverteilung zwischen zentraler und dezentraler Organisation geschaffen werden und zum anderen dazu beigetragen, dass die dezentrale Führung, wie Klinikleitungen, in wesentliche „patientennahe“ Prozesse stark involviert ist.

Dafür müssen die in der Prozessanalyse aufgedeckten Defizite in der Verwaltung beseitigt werden sowie die Umsetzung von zielführenden Maßnahmen eingeleitet werden. Darüber hinaus könnte eine konsequente Weiterverfolgung der Entwicklung und Einführung abteilungsübergreifender Vereinbarungen zu einer Verbesserung der Kostenstruktur beitragen und das Management der Verwaltungsprozesse deutlich erhöhen.

Die klarere Regelung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, eine Stärkung der dezentralen Kompetenzen sowie die Definition, Beschreibung, Optimierung und Fokussierung der Kernprozesse stellen die Basis für eine erfolgreiche Optimierung dar. Seit Gründung des Unternehmens sind diese Themen gegenwärtig, haben sich

aber deutliche Abweichungen zwischen theoretischem Anspruch und praktischer Umsetzung ergeben und wurden diverse Gutachten zu der Thematik ausgestellt. Gleiches gilt für die z. T. schwierige Entscheidung zentral vs. dezentral und die sich daraus ergebenden Vor- und Nachteile.

Das Sanierungsumsetzungskonzept sieht den Abbau von ca. 166 Vollzeitkräften in der Verwaltung und in den verwaltungsnahen Bereichen (ohne Bau&Technik) vor. Da es sich um einen „Abbau und Austausch“ von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern handelt ist von einem Abbau von weit über 166 Vollzeitkräften auszugehen. Bereits durch das angepasste Leistungsvolumen der StKM im Ziel ist ein Abbau von 113 Vollzeitkräften notwendig. Weitere 53 Vollzeitkräfte müssen durch Effizienzsteigerung in den jeweiligen Abteilungen abgebaut werden. Damit ergibt sich in ein Personalabbau von 586 VK auf ca. 420 Vollzeitkräfte. Es wird mit einer Verbesserung des Zielergebnisses 2022 ggü. 2014 in Höhe von 4 Mio. € geplant.

Das Umsetzungskonzept kann als grundsätzlich plausibel bewertet werden. Es muss jedoch in einigen Punkten noch vertieft und ggf. angepasst werden. Kritisch sind dabei sicherlich die Bereiche zu betrachten, in denen im Zielbild 2020 ggü. 2014 ein Stellenabbau deutlich über dem Leistungsrückgang eingeplant ist, bspw. in den Bereichen Personal (-26 %), Controlling / Forderungsmanagement (-29 %), Technologiemanagement (-33 %), Finanzen & Rechnungswesen (-27 %). Insbesondere muss beim Sanierungsverlauf berücksichtigt werden, dass Projekte / Maßnahmen zur Prozessoptimierung vor Wirksamkeit i.d.R. zunächst massiv Personalressourcen binden.

Größte Schwierigkeit ist dabei Wissensverluste zu vermeiden und nicht neue unklare Schnittstellen zu produzieren. Die Umstrukturierung setzt eine klare Definition der Aufbau- und Ablauforganisation voraus. Des Weiteren muss ein effektives und schlankes internes Kontrollsystem implementiert werden. Ein unkontrollierter Personalabbau ohne Wissenstransfer und Anpassung der Ablauforganisation birgt die Gefahr größerer finanzieller Verluste (z.B. durch Unterlassen von Abrechnungen, fehlende Überwachung von Verträgen o.ä.) und zudem ineffizienter oder doppelter Arbeitsprozesse. Die Aufgabe der Führungskräfte muss daher ganz klar auf die Überwachung der Qualität und Effizienz der Arbeitsprozesse gerichtet sein.

Es ist anzunehmen, dass für die angedachte Optimierung des Verwaltungsbereichs ein entsprechend qualifizierter Personalstamm vorgehalten werden muss. Wie dies realisiert werden kann, ist im Umsetzungskonzept jedoch nicht ausgeführt. Dies muss im Rahmen der Umsetzung des Personalkonzepts geklärt werden.

Kritisch erscheint die Unterordnung des Bereiches Treasury & Finanzierung in die Abteilung Finanzen und Rechnungswesen. Die jüngste Vergangenheit hat gezeigt, dass gerade die Überwachung und Steuerung der Finanzströme überlebensnotwendig für die StKM ist und auch weiterhin sein wird. Eine

entsprechende Kompetenz muss in diesem Bereich vertieft aufgebaut werden und sollte nach Auffassung des Betreuungsreferats direkt der kaufmännischen Geschäftsführung unterstellt werden.

Gleiches gilt für den Bereich des Investitionscontrollings und des Fördermittelmanagements. In den kommenden Jahren werden rund eine Milliarde Euro an Investitionen getätigt werden, deren Kosten- und Terminüberwachung essentiell für den Sanierungserfolg der StKM sein werden. In dem Zusammenhang sind Fördermittel zu beantragen und Verhandlungen über mögliche Rückforderungen zu führen. Die Steuerung dieser Prozesse kann nicht von einer Anlagenbuchhaltung übernommen werden, welche perspektivisch um weiter 1,3 auf 2,6 Vollzeitkräfte verkleinert wird. Daher sollte auch das Investitionscontrolling und Fördermittelmanagement direkt an die Geschäftsführung angegliedert und entsprechend personell ausgestattet werden.

Der Abbau im Technologiemanagement kann erst erfolgen, wenn eine effiziente IT-Infrastruktur installiert ist. Ein Abbau von Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern im Bereich Anwendung und Service durch Reduzierung des Services und Verlagerung von Tätigkeiten in die Fachabteilungen wird nur gelingen, wenn in den Fachabteilungen entsprechendes Personal zur Verfügung steht. Der Personalabbau im Bereich Infrastruktur, Systeme und Geräte durch externes Management macht nur dann Sinn, wenn das externe Management kostengünstiger als das eingesparte Personal ist. Der Personalabbau im Medizintechnikbereich wird zu dem aus Sicht der notwendigen Qualifikation nach Medizinproduktgesetz als kritisch bewertet. Insgesamt erscheint es fraglich, ob aufgrund des stetig zunehmenden IT-Durchdringungsgrades in den Kliniken, insbesondere im Bereich der Medizingerätetechnik, sowie der Systemanforderungen im Rahmen der digitalen Prozessoptimierung (bspw. Umsetzung digitale Personalakte, digitales Archiv) ein Stellenabbau in dieser Höhe gewährleistet sein wird. Benchmarkwerte oder technische Anhaltswerte wurden für diesen Bereich nicht vorgelegt.

Die Anpassungen im Personalbereich sind mit -25,9 Vollkräften (-32 %) ambitioniert, u. a. im Hinblick auf die Schmälerung der Personalvorhaltungen um 22 %, Prozessoptimierungen und eine Zentralisierung auf die Standorte Klinika Süd und Nord aber nachvollziehbar.

Das Finanzcontrolling kann nur mit einer Reform der Finanzbuchhaltung und einer verbesserten Datenqualität und dem Ausbau der hierzu notwendigen IT-Werkzeuge optimiert werden. Gleichzeitig muss sich hier das Anforderungsverhalten der Berichts- und Auswertungsadressaten grundlegend ändern und auf steuerungs- und aufsichtsrelevante Informationen ausgerichtet sein. Einem Vollkräfteabbau in Höhe von 13,4 Vollkräften (-19 %) im Bereich Forderungsmanagement steht ein Leistungsrückgang in Höhe von ca. 5 % gegenüber, und es sind auch künftig vier

Aufnahmestandorte vorhanden. Die Planung erscheint deshalb ambitioniert, ist aber mit Benchmarkwerten untergelegt.

Für Bereiche, in denen Massendaten verarbeitet werden, wie beispielsweise Teile der Buchhaltung, des Forderungsmanagement und der Personalabrechnung, wäre die Prüfung von Outsourcingoptionen sinnvoll. Hier könnten oftmals externe Fachfirmen die benötigten Leistungen wesentlich kostengünstiger in sehr hoher Qualität erbringen. Auch mögliche Anpassungen des Leistungsumfangs könnten damit schneller realisiert werden.

### **4.3 Stellungnahme zu den personalwirtschaftlichen Maßnahmen**

#### **4.3.1 Entwicklung Personalvorhaltungen / Personalkonzept**

Welche Annahmen je Geschäftsjahr bezüglich des Stellenabbaus und der Optimierung der Jahresmittelbeträge in die Sanierungs- und Unternehmensplanung eingerechnet wurden sind im Konzept im Detail nicht angegeben. Eine Validierung des Gesamtzahlenwerks ist nicht möglich, da zu wesentlichen Annahmen bzw. Gesamtzahlen die Detailausführungen fehlen. Zudem können die Zahlen nur bedingt abgeglichen werden, da im Konzept unterschiedliche Perspektiven (bspw. mit vs. ohne Leiharbeitskräften und Beamten, mit vs. ohne Medizet, BSD, Verwaltung, Akademie, Jahresdurchschnittswerte vs. Jahresendwerte) dargestellt werden. Aus Sicht der Stadtkämmerei können deshalb nur die fachlichen Inhalte und die grundsätzlichen Annahmen bestätigt werden.

##### **4.3.1.1 Anpassung der Personalvorhaltung**

Das Sanierungsumsetzungskonzept sieht von 2015 - 2021 einen Personalabbau in Höhe von 1.596 Vollkräften vor. Ab 2022 soll der Personalbestand wieder ansteigen.

Laut Ausführungen im Konzept sollen ca. 75 % der im Umsetzungsgutachten unterstellten Personalanpassung durch die Nutzung dieser Instrumente umgesetzt werden. Für die verbleibendem ca. 403 Vollzeitkräfte gilt das Ultima Ratio-Prinzip.

In den sog. „weißen Dienstarten“ geht die Geschäftsführung der StKM davon aus, dass ein großer Anteil des Personalabbaus (1.014 von 1.081 Vollzeitkräften) bis 2022 über Fluktuation erfolgen kann. In den restlichen Dienstarten liegt der Anteil deutlich niedriger (179 von 515 Vollzeitkräften). Insgesamt ist demnach davon auszugehen, dass 403 Vollzeitkräfte auf „andere Art und Weise“ abgebaut werden müssen, damit die Sanierungs- und Unternehmensplanung eingehalten werden kann. Die 403 Vollzeitkräfte beinhalten nicht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Blutspendedienstes. Zudem sieht die Stadtkämmerei in einigen Fällen punktuell den



Abbau über Fluktuation in bestimmten Berufsgruppen und Jahren als problematisch an. Es wurde auch ein Austausch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angedacht, sodass sich diese Zahl auch nach oben korrigieren kann.

In 2016 ist davon auszugehen, dass ca. 242 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht über Fluktuation abgebaut werden können und somit bereits die Einhaltung der Jahresergebnisse 2016 / 2017 deutlich gefährdet wäre, sofern dieser Personalabbau nicht zu Stande kommen sollte.

Im Konzept wird dazu ausgeführt, dass „aufgrund des im wesentlichen Umfang angedachten Outsourcings in 2016, d.h. der Fremdvergabe des Verpflegungsservice an einen externen Dienstleister ohne Vorliegen der Voraussetzungen eines Betriebsübergangs, sich kaum die Möglichkeit ergibt, die Personalanpassung durch Fluktuation im weiteren Sinne zu erzielen. Somit werden voraussichtlich ca. 90 % der Personalanpassung (ca. 242 Vollzeitkräfte) dieser Dienstleistung unter das Ultima Ratio-Prinzip fallen.“

Zum aktuellen Stand stehen der Geschäftsführung für den Abbau von ca. 403 Vollzeitkräfte in den Wirtschaftsjahren 2016 - 2022 keine geeigneten Instrumentarien für eine Realisierung zur Verfügung.

Zur Einhaltung der Geschäfts- und Sanierungsplanung ist deshalb eine Lösung erforderlich, wie diese Personalanpassung über die Fluktuation hinaus vollzogen werden soll.

Prämisse ist, dass unter Ausnutzung aller finanziellen und rechtlichen Möglichkeiten die Sanierung des Unternehmens grundsätzlich ohne betriebsbedingte Kündigungen durchgeführt wird. Die Einrichtung einer Transfergesellschaft scheiterte im bisherigen Sanierungsverlauf ebenso wie der Versuch Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter an die Landeshauptstadt München zurückzuführen bzw. zu übernehmen. Bewerbungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der StKM GmbH sind für die LH München aus rechtlichen Gründen externe Bewerbungen. Diese Vorgehensweise stellt deshalb unter den derzeitigen Gegebenheiten kein effizientes Instrument für einen Personalabbau bei der StKM dar. Eine Beschäftigungsgesellschaft bzw. Transfergesellschaft innerhalb der Landeshauptstadt München kommt aus rechtlichen und wirtschaftlichen (keine Zuschüsse der Bundesagentur für Arbeit) Gründen nicht in Frage.

Eine Möglichkeit könnte eine StKM-interne Qualifizierungseinheit darstellen.

Dies bedeutet, dass zunächst im Sinne eines „Ultima-Ratio-Prinzips“ folgende Maßnahmen angeboten bzw. ergriffen werden müssen:

- Versetzung, gegebenenfalls nach Qualifizierung im Rahmen der von der Rechtsprechung aufgestellten Zumutbarkeitskriterien

- Vermittlung zur Landeshauptstadt München (LHM) bzw. zu Tochtergesellschaften
- Vermittlung zu Drittunternehmen
- Änderungskündigung
- Angebot einer einvernehmlichen Aufhebung des Arbeitsverhältnisses mit Sozialplanabfindung

Führen diese Maßnahmen nicht zum Erfolg, wird der Dienstkraft der Wechsel in eine StKM-interne Qualifizierungseinheit angeboten. Kernaufgabe dieser ist es, die Beschäftigten dort bei Bewerbungen auf neue Positionen, zum Beispiel durch Bewerbungstraining, zu unterstützen. Bei Arbeitsspitzen und Personalausfällen sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Qualifizierungseinheit partiell eingesetzt werden können. Die Beschäftigten sollen intensiv betreut und fachlich und persönlich qualifiziert werden, insbesondere für Tätigkeiten im eigenen Unternehmen oder im Konzern der LHM.

Die Kosten hierfür sind deutlich höher als bei vergleichbaren Sanierungen, bei denen deutliche Arbeitsplatzverluste in Kauf genommen werden.

Die hierfür notwendige Finanzierung muss der StKM durch die Gesellschafterin LHM zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

Eine kürzlich veröffentlichte Verlautbarung der EU-Kommission zur Zulässigkeit von Subventionen mit rein lokaler Wirkung eröffnet möglicherweise diesen Weg. Um Rechts- und Planungssicherheit für alle Beteiligten zu erhalten wird die Stadtkämmerei mit diesem Beschluss beauftragt, bis Herbst diesen Jahres mit den zuständigen deutschen und europäischen Institutionen eine Klärung herbeizuführen.

#### **4.3.1.2 Vergütungsanpassung - Reduktion der Jahresmittelbeträge**

Ergänzend zum Personalabbau stellt die StKM fest, dass sich „Einspareffekte im Endeffekt aus den einzelnen genannten Vergütungsthemen zusammensetzen und Ergebnis der Verhandlungen mit den jeweiligen Sozial- und Tarifpartnern sein werden.“ Es erfolgen keine weiteren Detailausführungen, welche Instrumente (Neuregelung Pool, Münchenzulage, leistungsorientierte Vergütung § 18 TVöD, ...) mit welchen jährlichen Beträgen in die Planung eingeflossen sind. Es wird lediglich ausgeführt, dass bereits in 2016 10 Mio. € und in 2017 / 2018 jeweils 8 Mio.€ Kostenreduktion in die Geschäftsplanung eingerechnet wurde. Die rechtlichen Voraussetzungen (Mitbestimmung, Tarifrecht, rechtliche Bewertung - u. a. Besitzstandsschutz, etc.) für eine Realisierung sind aktuell aber noch als unzureichend zu bewerten bzw. in der Konzeption nicht dargestellt. Die

Stadtkämmerei verweist dazu auch auf die folgenden Ausführungen des Personal- und Organisationsreferats.

Hier ist eine Optimierung von kumuliert 41 Mio. € bis 2022 eingeplant. Für 2016 sind hier bereits 10 Mio. € u. a. aus der Anpassung der Poolersatzleistungen und tarifliche Erleichterungen (bspw. Zusatzversorgungskasse) vorgesehen.

#### **4.3.1.3 Zukunftsgerichtete Zusatzthemen**

Hier setzt die Geschäftsführung auf Themen wie Teamentwicklung, Führungskräfteentwicklung, Einarbeitungskonzepte, Mitarbeitergespräche, etc.. Auf die Problematik Halten und Gewinnen von qualifizierten Fachkräften, insbesondere im Bereich der Pflege, wird reagiert und sind die initiierten Maßnahmen aufgezeigt. Festzuhalten ist aber auch, dass ein Unternehmen in einer Sanierungsphase hier zunächst einen deutlichen Wettbewerbsnachteil ggü. Mitbewerbern aufweist. Umso wichtiger ist es hier mit geeigneten Maßnahmen einen bestmöglichen Ausgleich zu schaffen. In diesem Zusammenhang wird auch begrüßt, dass neben den aufgezeigten Maßnahmen mit der Einrichtung einer Stabsstelle Organisationsentwicklung Pflege reagiert wird.

Es fehlen aber Ausführungen, wie die Geschäftsführung die Belegschaft künftig in den Sanierungsprozess einbinden wird.

Weitere Informationen können der Anlage 10 zu dieser Beschlussvorlage entnommen werden.

#### **4.3.2 Stellungnahme des Personal- und Organisationsreferats zu den personalwirtschaftlichen Themen**

##### **Übernahme von Personal durch die LH München**

Das Personal- und Organisationsreferat entnimmt dem Personalkonzept, dass die StKM bis 2022 voraussichtlich 403 VZÄ (=Vollzeitäquivalente, aufgrund Teilzeitbeschäftigung ist die Zahl der betroffenen Personen höher) abbauen möchte. Darüber hinaus sollen die zugewiesenen Beamtinnen und Beamten zur LHM zurückkehren. Das von der StKM vorgetragene Personalkonzept strebt für die Beschäftigten, deren Bereiche abgebaut werden, eine Weiterbeschäftigung an.

##### **Rückübernahme zugewiesener Beamtinnen und Beamten**

Bei der StKM arbeiten derzeit noch 53 Beamtinnen und Beamte, die im Rahmen der Privatisierung zum 01.01.2005 zur Dienstleistung zugewiesen worden waren. In

einem ersten Schritt soll diese Zuweisung für 14 Personen, bei denen ein dienstliches Interesse an einer Weiterbeschäftigung bei der StKM weggefallen ist, aufgehoben werden.

Das Procedere betreffend dieser Beschäftigtengruppe ist zwischen der Geschäftsführung der StKM und dem Personal- und Organisationsreferat geklärt. Gewichtige offene Fragen sieht das Personal- und Organisationsreferat nicht mehr. Bis Ende 2015 wird die Landeshauptstadt München versuchen, die 14 bisher genannten Personen auf offene Stellen zurückzunehmen, soweit sie von der StKM über die angestrebte Aufhebung der Zuweisung informiert wurden. Dies gilt auch für Dienstkräfte, die darüber hinaus gemeldet werden. Insgesamt muss gelten, dass die Personen sich für die künftigen Funktionen bei der Landeshauptstadt München eignen müssen.

### **Tarifbeschäftigte**

Vorauszuschicken ist, dass den vorliegenden Unterlagen keine konkreten Terminsetzungen zu entnehmen sind, die Aufschluss darüber geben würden, wann Personal freigesetzt wird und damit eine mögliche Personaldisposition im Rahmen einer Neueinstellung erfolgen soll. Zwar ist klar, dass die Sanierung über einen Zeitraum von 7 Jahren gehen wird. Aber schon jetzt ist abzusehen, dass die angedachte Vergabe an externe Dienstleister insbesondere im Wirtschafts- und Versorgungsbereich sehr schnell einen umfassenden Handlungsdruck erzeugen kann.

Derzeit laufen Gespräche zwischen Geschäftsführung und dem Personal- und Organisationsreferat, auf welche Art und Weise Beschäftigte der StKM zur Landeshauptstadt München wechseln können. Ziel ist es, ein aufeinander abgestimmtes Verfahren zu implementieren, das - bei gegebenem Bedarf der Landeshauptstadt München - vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Anforderungen beim Zugang zu öffentlichen Ämtern eine einfache und zeitnahe Besetzung vorhandener freier Stellen durch - fachlich, persönlich und gesundheitlich - geeignete externe Bewerberinnen / Bewerber der StKM gewährleistet. Hierzu nehmen wir Bezug auf unsere Ausführungen in Ziffer 4 „Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt München Personal- und Organisationsreferat“ in der Bekanntgabe der Stadtkämmerei im Finanzausschuss vom 03.03.2015 bzw. der Vollversammlung vom 04.03.2015. Wir gehen davon aus, dass eine Einigung hierüber mit der Geschäftsführung noch vor der kommenden Beschlussfassung erzielt wird.

Für eine erfolgreiche Vermittlung benötigt das Personal- und Organisationsreferat konkrete Informationen, um die grundsätzliche Eignung der StKM-Mitarbeiterinnen / -Mitarbeitern beurteilen zu können. Voraussetzung für eine erfolgreiche Vermittlung

ist auch, dass die Betroffenen von Seiten der StKM informiert sind und die Möglichkeit der direkten Kontaktaufnahme eingeräumt wird. Auch der Zeitpunkt für einen Wechsel kann sich nicht einseitig an den Bedürfnissen der StKM orientieren. Hier muss ggf. im Einzelfall eine gesonderte Einigung herbeigeführt werden.

Insofern ist es auch unerlässlich, dass aus den bisher genannten Zahlenkontingenten für die Jahre 2016 bis 2022 konkrete Personengruppen bzw. Beschäftigtengruppen zusammengestellt werden, um im weiteren Procedere mögliche effektive Planungen und aussichtsreiche Vermittlungen zu bewerkstelligen.

Die höchsten Chancen für eine erfolgreiche Vermittlung sieht das Personal- und Organisationsreferat in der Verwaltung und im technischen Dienst. Die enorme Größenordnung des geplanten Personalabbaus im sog. Wirtschafts- und Versorgungsdienst ist dagegen besonders kritisch, da nach bisherigem Plan der StKM die meisten Beschäftigten bereits im Jahr 2016 betroffen sein werden (263 VZÄ, tatsächliche Personenanzahl aufgrund Teilzeitbeschäftigung noch höher). Für Dienstkräfte aus dem medizinisch-technischen Dienst wird es bei der Landeshauptstadt München nur einzelne Verwendungsmöglichkeiten geben. Insofern sollten die wenigen offenen Stellen, die es ggf. auch noch 2015 geben könnte, sofort für eine Vermittlung genutzt werden. Auch die Bedarfe der Landeshauptstadt München im ärztlichen Bereich sollten mit den StKM insofern gespiegelt werden, als die Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter über die Beschäftigungsmöglichkeiten aktiv informiert werden und sich dann bewerben können.

### **Neuverteilung der Tragung der Versorgungslasten der Beamtinnen / Beamten**

Soweit eine Neuverteilung der Tragung der Versorgungslasten der Beamtinnen und Beamten unter beihilferechtlichen Gesichtspunkten zulässig ist, erhebt das Personal- und Organisationsreferat keine Einwände gegen eine entsprechende Änderung.

### **Neuausrichtung Münchenzulage**

Sinn und Zweck des Münchenzuschlages ist ausweislich der Beschlussvorlage des VPA vom 11.05.2011 zur Genehmigung der örtlichen Tarifvereinbarung A 35 der Ausgleich der höheren Lebenshaltungskosten im Großraum München. Anders als z.B. eine Arbeitsmarktzulage dient die München- bzw. Ballungsraumzulage nicht vorrangig der Gewinnung und Erhaltung besonders qualifizierten bzw. dringend benötigten Personals. Mit der Münchenzulage soll vielmehr für alle unteren Einkommensgruppen ein Ausgleich der hohen Lebenshaltungskosten in München

bewirkt werden. Der beabsichtigte Ausgleich ist aufgrund der überdurchschnittlich hohen Kosten im Ballungsraum München (insbesondere für Wohnraum) unbestritten sachlich gerechtfertigt, sonstige regionale Unterschiede in der Bezahlung des öffentlichen Dienstes sind nicht formuliert. Die positiven personalwirtschaftlichen Auswirkungen sind nur eine vom Arbeitgeber gewünschte Folge der finanziellen Aufwendungen aus der Münchenezulage. Das rechtlich entscheidende Merkmal, das die Zahlung auslöst, ist nicht der Personalmangel, sondern die Lebenshaltungskosten in München.

Diese Situation stellt sich für alle berechtigten unteren Beschäftigtengruppen bei der Stadt und auch bei der StKM in gleicher Weise. Eine Ungleichbehandlung in der Höhe des Zuschlags zugunsten einer bestimmten Beschäftigtengruppe wäre gegenüber anderen Beschäftigtengruppen mit vergleichbarem Einkommen nicht gerechtfertigt.

Eine Erhöhung der Beträge müsste daher für alle Beschäftigtengruppen mit vergleichbarem Entgeltniveau erfolgen. Die ebenso denkbare Beschränkung der Münchenezulage auf Mangelberufe wiederum wäre aber keine Münchenezulage bisheriger Natur mehr, sondern eine tarifizierte Personalgewinnungs- / erhaltungszulage, die ebenfalls kaum Chancen auf Billigung durch den KAV Bayern hätte. Hierfür existiert bereits ein Instrumentarium in der Form der Arbeitsmarktzulage, dessen Anwendung auf die StKM im übrigen vom Stadtrat auch auf Wunsch der Geschäftsführung mit Beschluss des VPA vom 21.01.2015 / VV 28.01.2015 abgelehnt wurde. Ein tragender Grund hierfür war, dass durch weitere Leistungen die Sanierung gefährdet wäre.

Es bestehen deshalb erhebliche Bedenken, die Münchenezulage mit der Begründung einer Mangelsituation allein für den Pflegedienst umzuwidmen. Der Vollständigkeit halber sei noch darauf hingewiesen, dass eine Tarifierung einer Leistung über die Geltung der allgemein geltenden Tarifverträge hinaus grundsätzlich der Zustimmung des KAV Bayern bedarf (§ 5 Abs. 1 Ziffer 6 KAV-Satzung). Vgl. hierzu auch Ziffer 3.4.4.3.2 - Münchenezulage.

### **Tarifvertrag Zukunftssicherung (TV-ZUSI)**

Hier wird ein Einsparvolumen von dem Grunde nach 19,8 Mio. € in den Raum gestellt. Für den Fall, dass sich dies nicht umsetzen lassen sollte, empfiehlt das Personal- und Organisationsreferat weitere Ausführungen zur Frage, an welcher Stelle stattdessen der dann fehlende Sanierungsbeitrag erzielt werden kann,

insbesondere ob der Personalstand weiter reduziert werden müsste. Vgl. hierzu auch Ziffer 3.4.4.3.4 zu TV-ZUSI.

### **Minderleistungsausgleich für übernommenes Personal aus dem ehemaligen Textil- und Reinigungsservice**

Mit Beschluss der Vollversammlung vom 19.03.2013 zur Übernahme des Personals aus dem Textil- und Reinigungsservice (TRS) war dargestellt worden, dass eine Einstellung bei der Landeshauptstadt München von minderleistungsfähigen Dienstkräften mit eklatant herabgesetzter Arbeitsleistung aus rechtlichen Gründen nur dann erfolgen könne, wenn die teilweise Einschränkung der Eignung und die der Landeshauptstadt München deswegen entstehenden Kosten von der StKM getragen werden. Das Personal- und Organisationsreferat war daher beauftragt worden, mit dem Klinikum Verhandlungen aufzunehmen mit dem Ziel, einen entsprechenden finanziellen Ausgleich für eklatante Leistungseinschränkungen zu erhalten.

Das Personal- und Organisationsreferat hat in Folge schriftlich dem Klinikum entsprechende Vorschläge unterbreitet. In den daraufhin geführten Gesprächen zwischen dem Personal- und Organisationsreferat und der damaligen Geschäftsführung konnte dann Einvernehmen über die Eckpunkte einer solchen Ausgleichsregelung erzielt werden, welche in der Sitzung des „Lenkungskreises Klinikum“ am 11.04.2014 unter Vorsitz des damaligen Oberbürgermeisters bestätigt wurden. Grundlegend geeint ist die Form einer pauschalen Abgeltung, zahlbar in zwei Tranchen zum 30.06.2015 und 30.06.2016 nach vorheriger Fortschreibung der tatsächlichen Entwicklung sowie eine Deckelung des abgezinsten Ausgleichsbetrages. Diese Eckpunkte sowie die näheren Einzelheiten werden in einer schriftlichen Vereinbarung zwischen der Stadt und der StKM geregelt.

Der seither erfolgte Wechsel in der Geschäftsführung der StKM hat weitere Gespräche erforderlich gemacht, in denen der Sachstand nochmals aktuell erörtert wurde. Das Personal- und Organisationsreferat hat der StKM mittlerweile eine aktualisierte Fassung eines Vereinbarungsentwurfes zugeleitet.

Im Hinblick darauf, dass wegen der Sanierung der StKM auch künftig von der Einstellung von Klinik-Personal bei der Landeshauptstadt München auszugehen ist, ist eine Einigung mit der StKM in der Frage des Ausgleichs eklatanter Minderleistungsfähigkeit von besonderer Bedeutung.

### **Personalkapazitäten auf Seiten der LHM für die Personalvermittlung**

Die Vermittlungsarbeit innerhalb des Personal- und Organisationsreferats wird auch dann zu Mehraufwand führen, wenn die Betreuung des überzähligen Personals im

Wesentlichen in der internen Qualifizierungseinheit bei den StKM stattfindet. Die Aufbereitung von Grundsatzthemen, das Prüfen von geeigneten Einsatzstellen bei der Landeshauptstadt München, insbesondere für die StKM-Beschäftigten in an- und ungelernten Bereichen, und das „Matching“ bei den städtischen nicht ausschreibungspflichtigen Stellen, die Weiterbearbeitung im Rahmen der formellen Personalgewinnung sowie der Entgeltabrechnung wird Kapazitätsausweitungen im Personal- und Organisationsreferat erforderlich machen. Die Größenordnung wird davon abhängen, in welchen Zeiträumen welche Personengruppen zur Vermittlung anstehen. Das Personal- und Organisationsreferat wird hierzu zu einem späteren Zeitpunkt eine Beschlussvorlage in den Stadtrat einbringen.

#### **4.4 Stellungnahme zur Optimierung des Sachkosten**

##### **4.4.1 Medizinischer Sachbedarf**

Die im Rahmen des Sanierungsprojekts durchgeführte Potentialanalyse des medizinischen Sachbedarfs zeigt Optimierungspotentiale in Höhe von ca. 7,2 Mio. €. Die Ausführungen geben keinen Aufschluss, auf Basis welchen Leistungsniveaus dieser Wert ermittelt wurde, sodass der Absolutwert u. U. niedriger ausfällt. Insgesamt ist überwiegend das Verfahren MES dargestellt und weniger spezielle Gegebenheiten der StKM aufgezeigt. Benchmarks der Beratungsfirma sowie der DKI bestätigen Potentiale. Offen bleibt, ob Produktstandardisierungen und Anbieterreduktionen von den medizinischen Führungskräften angenommen werden.

Bei Neubindung an eine Einkaufsgemeinschaft / -gesellschaft müssen die vergaberechtlichen Voraussetzungen rechtzeitig durch die Geschäftsführung verbindlich geprüft und dargelegt werden.

##### **4.4.2 Verwaltungsbedarf**

Im Verwaltungsbedarf sind unter Einbeziehung der Inflation (1,3 Mio. €) und der Kostenoptimierung (-2,2 Mio. €) in Summe Ergebnisverbesserungen von 0,9 Mio. € p.a. geplant.

Dabei erscheinen die Ansätze für Büromaterialien und Druckerarbeiten, Personalbeschaffungskosten, Repräsentationsaufwand sowie der anderen sonstigen Posten als nachvollziehbar.

Ob jedoch der Ansatz der Beratungskosten, Prüfungs-, Gerichts- und Anwaltsgebühren im Zielwert erreicht werden kann, bleibt abzuwarten. Es ist davon auszugehen, dass im Rahmen der vermehrten Bautätigkeiten auch vermehrt Rechtsstreitigkeiten diesbezüglich auftreten werden. Diese können nur für



außergerichtliche Honorare den Anschaffungs- und Herstellungskosten der jeweiligen Bauwerke zugerechnet werden. Kosten der Gerichtsprozesse erhöhen in der Regel jedoch den Aufwand im Bereich der Gerichts- und Anwaltsgebühren. Des Weiteren ist zu befürchten, dass die im Rahmen der Sanierungsumsetzung geplanten Abteilungszusammenlegungen und Umstrukturierungen nicht von allen Beteiligten (Betriebspartner, Chefärztinnen / Chefärzte u.a.) mitgetragen werden und, dass hier weiterer juristischer Beratungsbedarf besteht. Dem entgegen steht im Zielbild zudem ein Personalabbau im Bereich Arbeitsrecht von 2,0 auf 1,4 Vollzeitkräfte.

#### **4.4.3 Sonstige Aufwendungen**

Für die sonstigen Aufwendungen sind unter Einbeziehung der Inflation (3,1 Mio. €) und der Kostenoptimierung (-6,7 Mio. €) in Summe Ergebnisverbesserungen von 3,6 Mio. € p.a. geplant.

Die Annahme, dass ab dem Jahr 2018 durch Neuverhandlung eine Senkung der Versicherungsprämien erreicht werden kann, erscheint auf den oligopolistischen Markt der Versicherungsanbieter der Haftpflichtversicherung als sehr optimistisch geplant. Trotz Leistungsrückgang ist wohl eher mit einem weiteren Ansteigen der Prämien zu rechnen.

Die Reduzierung der Abschreibungen auf Forderungen kann nur gelingen, wenn zukünftig ein effizientes Forderungsmanagement im Rahmen eines qualifizierten Liquiditätsmanagement etabliert wird.

Ebenso erscheint das avisierte Potential für Mieten, Pachten, Lizenzen als sehr optimistisch gewählt. Zwar reduziert sich der Bedarf an Geräten im Klinikum Schwabing, ob sich aber dauerhaft eine Minimierung des Gesamtbestandes an Medizingeräten und IT vor dem Hintergrund der immer stärkeren IT-Vernetzung und der Komplettausstattungen der Nothilfen realisieren lässt, bleibt abzuwarten. Der kostendeckende Betrieb der Miet-TV Geräte eines externen Kooperationspartners erscheint auf Grund des Abbaus der KH-Betten auch als sehr optimistisch.

Der Rückgang der periodenfremden Aufwendungen kann nur mit entsprechender akribischer Vorerfassung der Belege, einer Optimierung der Belegflüsse - auch mit entsprechender IT- Unterstützung - gelingen.

#### **4.4.4 Wasser, Energie, Brennstoffe**

Eine Absenkung der Kosten für Wasser, Energie und Brennstoffe erscheint aus dem Blickwinkel der Reduzierung der Betten und der Minimierung der zukünftig betriebenen Klinikflächen als realisierbar.

Ob diese im Hinblick auf zukünftig wieder steigende Energiepreise, immer höheren Anforderungen an Hygiene, Klimatisierungen und der steigende Bedarf an IT-Verknüpfungen sowie leistungsstärkeren Medizingeräten eine Reduzierung der Kosten von 16,6 Mio. € in 2015 um rund 40 % auf rund 10 Mio. € realistisch ist, bleibt abzuwarten.

Als sehr ambitioniert wird in dem Zusammenhang das Einsparvolumen von 1,5 Mio. € p.a. durch Preisverhandlungen gesehen. Bereits die vergangenen Sanierungsbemühungen der StKM haben Anstrengungen diesbezüglich einbezogen und konnten dabei lediglich mäßige Erfolge realisieren.

Eine dauerhafte Optimierung der Energiebedarfe der Klinikstandorte kann nur durch gut durchdachte technische Konzepte realisiert werden, welche Lösungen, wie BHKW's in Kombination mit optimierter Kälteversorgung und ggf. dem Einsatz alternativer Energien inkludieren. Hierbei kann auch die Abkehr von der Versorgung mit Fernwärme hin zur autarken Versorgung der Kliniken ein mögliches wirtschaftliches Ergebnis darstellen.

#### **4.4.5 Instandhaltung**

Eine Absenkung der Instandhaltungsaufwendungen auf Benchmarkniveau erscheint aus dem Blickwinkel der Reduzierung der zukünftig betriebenen Klinikflächen als möglich.

Die im Sanierungsumsetzungskonzept geplanten Erhöhungen von Instandhaltungsaufwendungen im Bereich der IT und der Medizintechnik können im Kontext des zukünftigen medizinischen Fortschritts und der Erweiterungen der Beauftragung von Externen im Bereich der Medizintechnik als plausibel angesehen werden.

Die massive Absenkung der Ausgaben im Bereich der Gebäude- und Anlagentechnik von rund 50 % ist in den ersten Jahren nach Fertigstellung der Großbauprojekte (Garantiezeitraum) erreichbar. Nach Ablauf des Garantiezeitraums ist jedoch wieder mit einem Anstieg dieses Kostenblockes zu rechnen.

In jedem Fall ist zukünftig zu vermeiden, dass sich der bauliche Zustand der Liegenschaften dauerhaft verschlechtert. Betriebsergebnisse / Cashflows dürfen keinesfalls durch die Verschiebung oder Unterlassung notwendiger Instandhaltungsmaßnahmen geschönt werden. Der technische Zustand der Gebäude ist jederzeit auf den aktuellen Stand zu halten, dies gilt insbesondere in den Punkten Brandschutz, Hygiene und Betriebssicherheit.

## **4.5 Stellungnahme zur Bauplanung**

### **4.5.1 Allgemeine Bewertung Baukonzept**

Im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzepts wurde der Baumasterplan weiterentwickelt. Dabei stellen die geplanten Baumaßnahmen die Voraussetzungen für eine Konsolidierung der wirtschaftlichen Situation der StKM dar. Die Planungen sind somit auf die mittelfristige wirtschaftliche Konsolidierung der Kliniken ausgerichtet. Ob die Planungen den langfristig Ansprüchen der Kliniken und der medizinischen Versorgung der Landeshauptstadt München genügen, bleibt abzuwarten.

Aufbauend auf die bereits begonnenen Projekte im Klinikum Bogenhausen (Sanierung der Ebene U1) und im Klinikum Neuperlach (2. Bauabschnitt) sollen die Liegenschaften an einen modernen Krankenhausbetrieb angepasst werden. Dabei soll eine Optimierung der Infrastruktur und der Krankenhauslogistik ermöglicht werden. Des Weiteren wird der Komfort für die Patientinnen und Patienten in Form von zeitgerechten Patientenzimmer mit Nasszellen sicher gestellt. Insgesamt werden die Flächen verdichtet, sodass der Output je m<sup>2</sup> gesteigert werden kann sowie die Wegzeiten optimiert werden und somit die Wirtschaftlichkeit der Kliniken unterstützt wird. Dies betrifft insbesondere die Ausgaben für bauliche Instandhaltungen und eine Effizienzsteigerung im Bereich des Energieverbrauches.

Der Baumasterplan umfasst diverse Projekte in Form von Neubauten, Erweiterungsbauten und Sanierungen an den Klinikstandorten, wobei durch die Fortentwicklung des Konzepts auf die Errichtung eines Zentralgebäudes für Küche, Labore u.a. tertiäre Krankenhauseinrichtungen überarbeitet wurde, sodass die Geschäftsführung ihre Planung zum Erwerb des Grundstücks der ehemaligen Röchlinghalle im Euro-Industriepark verworfen hat.

Aufgrund der Größe und Komplexität der Bauvorhaben ist der Ankauf einer separaten Baugesellschaft angedacht. Hierzu wird der Stadtrat in einer eigenen Beschlussvorlage befasst.

### **4.5.2 Bauliche Grobkosten**

Die Kosten des „neuen“ Baumasterplans ohne IT belaufen sich auf rund 624 Mio. €. Die Entwicklung der Kosten seit dem Sanierungsbeschluss stellt sich wie folgt dar:

Standort	Stand 02/2014	Stand 08/2014	Stand 06/2015	Delta 08/14 vs. 05/2015
	Kosten	Kosten	Kosten	Kosten
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR
<b>Schwabing</b>	100.000	88.000	<b>104.000</b>	16.000
<b>Bogenhausen</b>	277.000	315.000	<b>315.000</b>	0
<b>Harlaching</b>	165.000	165.200	<b>174.000</b>	8.800
<b>Neuperlach</b>	45.000	42.200	<b>3.000</b>	-39.200
<b>Zentralgebäude/ Medizet</b>	40.000	40.000	<b>28.000</b>	-12.000
<b>Summe:</b>	627.000	650.400	<b>624.000</b>	<b>-26.400</b>

Quelle: Stadtkämmerei auf Basis der Daten StKM

Im Ergebnis bleiben die prognostizierten Kosten im Vergleich zu der Bekanntgabe vom 21.10.2014 (Sitzungsvorlage 14-20 / V 01526) am Klinikstandort Bogenhausen nahezu unverändert, während sich am Standort Schwabing auf Grund der Fortschreibung der Planung die Kosten um rund 16 Mio. € erhöhen. Das Bauvolumen am Standort Harlaching steigt ebenfalls um rund 9 Mio. €. Demgegenüber steht der geänderte Umfang des Zentralgebäudes in Form von Baumaßnahmen für den Bereich der Labore welcher Einsparungen von rund 12 Mio. € ermöglicht, sowie ein reduziertes Bauprogramm am Standort Neuperlach, welches rund 39 Mio. € einspart.

Zum derzeitigen Betrachtungszeitpunkt verringern sich die Gesamtkosten der betrachteten Projekte gegenüber dem Sanierungskonzert um rund 26 Mio. €. Es ist jedoch anzunehmen, dass ungeachtet des geänderten Umfangs des Zentralgebäudes weitere Investitionen für Teile der Sekundärbereich zukünftig anfallen können, so z.B. für einen Bau einer Zentralküche in Eigeneinregie, wofür von BCG 15,8 Mio. € kalkuliert wurden. Des Weiteren sind in den Kostenansätze für das Klinikum Schwabing bisher keine Werte für den Rückzug der Dermatologie und die Weiternutzung des Haus 8 enthalten.

Das Investitionsvolumen der StKM beträgt in den Jahren 2014 - 22 864 Mio. € sowie weitere 102 Mio. € in den Jahren 2023 - 25 zur Fertigstellung der Bauten im Klinikum Bogenhausen, in Summe somit 966 Mio. €. Neben den eigentlichen Ausgaben für die „neuen“ Bauprojekte von 624 Mio. € beinhaltet der Betrag auch Kosten für Ersatzinvestitionen in med. Geräte und Geschäftsausstattungen von 159 Mio. €, 75 Mio. € für Baupreisindexsteigerungen, 71 Mio. € zur Fertigstellung bereits begonnener und sonstige Maßnahmen wie den 2. Bauabschnitt am Klinikum

Neuperlach sowie 37 Mio. € für Sonstiges wie die Kosten der IT und der künftigen Baugesellschaft.

Somit wurden Lücken aus dem Grobkonzept in Bezug die Baupreisindexsteigerungen und die sonstigen Bauprojekte nun im Detailkonzept berücksichtigt.

Ebenfalls wurde damit ein realistischerer Wert von durchschnittlich 18 Mio. € p.a. für die Investitionen in med. Geräte und sonstige Geschäftsausstattungen in die Planung aufgenommen.

Im Rahmen der Finanzierung der Baumaßnahmen schätzt BCG weiterhin eine Förderquote der Mittel nach KHG in Höhe von 60 %.

Für den ersten Bauabschnitt des Neubaus des Klinikums Schwabings kristallisiert sich heraus, dass im Rahmen des Förderverfahrens eine weitaus höhere Förderquote erreicht werden kann. Die Ergebnisse dieses Verfahrens können jedoch nicht für alle Bauprojekte 1:1 übernommen werden. Für jeden einzelnen Bauabschnitt und jedes Projekt sind separate Verfahren notwendig, deren Ausgang heute noch nicht abschätzbar sind. Insofern wird der durchschnittliche Kalkulationsansatz von 60 % von der Stadtkämmerei als vorsichtig und angemessen einschätzt.

Weiterhin geht die StKM von der Inanspruchnahme der Restmittel aus den Investitionszuschuss von 127,5 Mio. € von rund 64 Mio. € aus. Der weitere Umgang mit diesen Mittel wird in Ziffer 6.4 - 127 Mio. € Investitionskostenzuschuss - näher dargestellt.

Die Restfinanzierung würde über pauschale Fördermittel nach Art. 12 BayKrG (derzeit rund 12 Mio. € p.a.) sowie aus den Mitteln der am 08.07.2014 beschlossenen Eigenkapitalführung mit einem Anteil von rund 267 Mio. € erfolgen.

Des Weiteren ist geplant, dass die Finanzierung der benötigten Eigenmittel nach dem Jahr 2022 aus dem operativen Cashflow erfolgt. Aus Sicht der Stadtkämmerei erscheint dies jedoch als äußerst optimistisch. Vielmehr ist damit zu rechnen, dass hierfür die Finanzierungsreserve aus der Eigenkapitalzuführung herangezogen werden muss, wenn nicht sogar zusätzliche Investitionszuschüsse hierfür nötig werden. Zumal der heutige Kostenstand, aufgrund der frühen Planungsphasen, noch mit erheblichen Kostenunsicherheiten behaftet ist.

Bei den im Gutachten ermittelten Baukosten handelt es sich weiterhin um einen Kostenrahmen.

Nach herrschender Meinung hat ein Kostenrahmen einen Toleranzrahmen von mehr als +/- 30 %. Es besteht somit zum heutigen Zeitpunkt weiterhin eine erhebliche Kostenunsicherheit.

Die Beantragung der Fördermittel nach KHG erfolgt auf Basis einer Kostenberechnung, diese konkretisiert bereits einen Teil der Kostenrisiken des Kostenrahmens. Es ist somit davon auszugehen, dass zumindest Teile der Kostenrisiken auch über Fördermittel nach KHG finanziell abgedeckt werden können. Der nicht durch Fördermittel nach KHG abgedeckte Teil ist jedoch mit in den Finanzierungsbedarf einzurechnen. Etwaige Mehrkosten, die eine zusätzliche Bezuschussung durch die Gesellschafterin auslösen, würden den PIT direkt belasten.

Zur Einhaltung von Kostenrahmen und Terminplanung ist für alle Maßnahmen von Anfang an eine kompetente Bauorganisation aufzubauen und ein entsprechendes Baucontrolling zu implementieren. Hierzu wurden für die Projekte in den Kliniken Schwabing und Bogenhausen bereits Projektsteuerer beauftragt. Zukünftig wird der künftigen Baugesellschaft die Einhaltung der Kostenvorgaben obliegen.

#### **4.5.3 Bauliche Rahmenterminplanung**

Entsprechend den überarbeiteten Meilensteinplänen wird der Baubeginn im Klinikum Schwabing weiterhin für den August 2016 geplant. Die Inbetriebnahme erfolgt jedoch später (Mitte 2020). Ursächlich hierfür ist der erweiterte Bauumfang mit Abriss und Überbauung des Hauses 25. Laut Aussage der StKM werden sich hieraus jedoch keine Verzögerungen in der Sanierungsumsetzung ergeben, da hierfür ausschlaggebend die Umsetzung der Bauprojekte im Klinikum Bogenhausen sind. Nach aktueller Planung erfolgt der Baubeginn für den Neubau im Klinikum Bogenhausen im März 2017. Die Fertigstellung ist für Mitte 2019 geplant. Die Sanierung des Bestandsgebäudes erfolgt dann von 2020 - 2024.

Insgesamt erscheinen die Terminpläne weiterhin als äußerst ambitioniert und bedürfen daher eines entsprechend straffen Termincontrollings.

Kritische Punkte im Rahmen der Terminplanungen sind insbesondere:

- die fristgerechte Aufnahme der Maßnahmen in das Krankenhausbauprogramm des Freistaates Bayern,
- die Herbeiführung baurechtlichen Genehmigungen,
- die termingerechte Umsetzung des Ersatzbaus für die Kita am Klinikum Schwabing.

Die zeitlichen Risiken können die Umsetzung des Baumasterplans erheblich verzögern. Da die Baumaßnahmen Kernstück und somit Voraussetzung für eine erfolgreiche Sanierung des Unternehmens sind, ist bei einer Verzögerung der Fertigstellung der Bauprojekte auch mit einem zeitlichen Versatz des Eintretens der StKM in die Gewinnphase zu rechnen. Damit wären zusätzliche Verluste der StKM durch die Gesellschafterin zu finanzieren.

Die im Zuge der fortlaufenden Vorplanung der von den jeweiligen Planungsteams im 2. Halbjahr 2015 zu erarbeitenden Detailterminpläne werden im Rahmen der Beschlussfassungen zu den Projekten in den Kliniken Schwabing und Bogenhausen dem Stadtrat bis Ende 2015 vorgelegt.

#### **4.5.4 Aktualisierung Bauplanung, Veränderungen ggü. Grobkonzept / Machbarkeitsstudie**

Die aktualisierte Bauplanung stellt mögliche Varianten der baulichen Umsetzung des neuen Medizinkonzepts und des Sanierungsumsetzungskonzepts dar.

Die Konzeption im Norden mit dem Neubau im Klinikum Schwabing und der Sanierung des Klinikum Bogenhausens ist aus baulicher Sicht grundsätzlich schlüssig, birgt jedoch das Risiko massiver Umsatzeinbrüche in der Bauphase im Klinikum Bogenhausen in sich. Können Erlöseinbußen über die, im Sanierungsumsetzungskonzept bereits eingepreisten Beträge, nicht verhindert werden, kann dies zu einer existenzbedrohenden Situation für die StKM führen, da die Deckungsbeiträge des Klinikums Bogenhausen für die Ertragskraft der StKM essentiell sind.

Die Neubaulösung im Klinikum Schwabing beeinträchtigt nur im geringen Umfang das Tagesgeschäft des Klinikums und lässt auch weiterhin Freiräume für mögliche Anpassungen des Campus Schwabings, solange keine dauerhafte Nachnutzung in den freiwerdenden Gebäuden etabliert ist.

Die Konzeption im Süden sieht einen Neubau im Klinikum Harlaching und die Fertigstellung der Sanierung (2. Bauabschnitt) des Klinikums Neuperlach ohne einen weiteren Erweiterungsbau vor.

Das Klinikum Neuperlach kann nach über 10 Jahren Bauzeit zur „Ruhe“ kommen und seine volle Leistungsfähigkeit wiederherstellen. Dies ist aus Sicht der Sanierung sinnvoll, auch um erkennen zu können, ob weitere Potenziale und ggf. damit höhere Performanzen in diesem Klinikum ruhen, welche in in den späteren Jahren gehoben werden könnten.

Der Neubau im Klinikum Harlaching ist schon seit mehreren Jahren geplant. Der angedachte Baukörper bietet nur geringe Erweiterungsmöglichkeiten. Erst nach dem Abriss des Hauses B werden mögliche Optionsflächen frei werden, welche ggf. die Option einer Zusammenlegung der Südhäuser ermöglichen könnten. Sollte auf diese Option langfristig zurückgegriffen werden, sind jedoch umfangreiche Anpassungen an dem dann neu gebauten Klinikum notwendig, beispielsweise zur Anpassung der OP-Kapazitäten.

Die Situierung der Laborbereiche am Standort Neuperlach und der eventuellen Nachnutzung des Hauses D stelle eine grundsätzlich denkbare Alternative zu einem externen Zentralgebäude dar. Eine abschließende Beurteilung der Verortung der Labore ist jedoch erst mit Vorlage des Funktions- und Raumprogramms des Klinikums Bogenhausen und der medizinischen Dienstleister möglich. Nach erfolgter Abstimmung mit der Förderbehörde müssen auch die förderrechtlichen Belange in die Betrachtung miteinbezogen werden.

Die Bauprojekte werden mit Konkretisierung der Planung weitere Anpassungen erfahren. Bezüglich der einzelnen Projekte werden, wie in der Stadtratssitzung vom 08.07.2014 beschlossen, alle Bauprojekte vor Abgabe zur Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm des Freistaates Bayern den Stadtrat zur Beschlussfassung vorgelegt. Gleiches gilt für sonstige Bau- und Investitionsprojekte mit einem Volumen größer 6 Mio. € brutto.

Die nächsten Stadtratsbefassungen sind für den zweiten Teil der Baumaßnahmen am Klinikum Schwabing und den ersten Teilen der Baumaßnahmen am Klinikum Bogenhausen im Dezember 2015 vorgesehen.

#### **4.5.5 Fortgeschrittene Planungen am Klinikum Schwabing**

Das angepasste Konzept des Neubaus am Klinikum Schwabing mit Abriss und Überbauung des Hauses 25 stellt eine schlüssige Fortentwicklung des Projektes dar. Hierdurch können die Nachteile der früheren Planung im Hinblick auf Geschosshöhen und ebenengleiche Anbindung sowie der Situierung des OPs im Erdgeschoss aufgelöst werden und ein betriebsoptimiertes Klinikum kann entstehen.

Die neue Planung führt zwar zu höheren Investitionskosten, ermöglicht aber auch mehr Fördermittelzuwendungen. Durch die höhere Förderung fällt der Eigenmitteleinsatz der StKM nicht höher aus als in der zuvor geplanten Variante. Somit können die Mehrkosten kompensiert werden.

Die von der Regierung von Oberbayern für den ersten Bauabschnitt avisierte Förderung von 65,1 Mio. € wurden seitens des Projeksteuerers und Ludes Architekten geprüft und eingeschätzt.

Unter Abwägung aller geprüften Punkte wurde den in Aussicht gestellten Förderbetrag von der StKM zugestimmt. Die Förderquote von 82 % wird als hoch eingestuft.

Mit Gewährung dieser Förderung würde bereits jetzt das angestrebte Fördervolumen entsprechend Sanierungskonzept für den Neubau am Klinikum Schwabing erreicht werden.



#### **4.6 Bewertung der Umsetzungsplanung Projektbereich Betriebe, Dienstleistungen und sonstige Projekte / Maßnahmen**

Die Umsetzungspläne beinhalten einen Gesamtzeitplan, der alle Module umfasst, sowie Meilenstein-Übersichten zu den einzelnen Modulen. Die Stadtkämmerei geht davon aus, dass im Rahmen der Umsetzung der Planung zeitnah strukturierte Projektplanungen zu allen wesentlichen Maßnahmen vorgelegt und in das Sanierungsberichtswesen integriert werden.

##### **4.6.1 Medizet**

Der Umsetzungsplan führt alle wesentlichen Maßnahmen auf. Wie dargestellt sind deren erfolgreiche Umsetzung zum überwiegenden Teil vom Verlauf der Baumaßnahmen abhängig. Im Rahmen des Sanierungscontrollings sind die jeweiligen Maßnahmen - soweit nicht im Baucontrolling abgebildet - mit qualifizierten Projektplänen zu hinterlegen. Die Reduktion der Personalvorhaltungen muss separat dargestellt werden. Der wesentliche Personalabbau erfolgt ab dem Wirtschaftsjahr 2017.

##### **4.6.2 Blutspendedienst**

Der Verkauf des Blutspendedienstes bis zum 31.12.2015 - Bieterzuschlag in Q3/2015 - erscheint nicht realistisch, da der genaue Ausschreibungstext - insbesondere in Hinblick auf eine etwaige Personalübernahme durch den Käufer - nicht bekannt ist (Stand Anfang Juli 2015). Die Sondierungen laufen schleppend und eine Ausschreibung sowie die adäquate Einbindung der Betriebspartner und folgende Vergabe erscheint terminlich kritisch. Zudem ist eine etwaige Verkaufsentscheidung durch den Stadtrat zu treffen und es muss die Thematik Personalabbau - sofern eine Übernahme seitens der Kaufinteressenten ausgeschlossen wird - abschließend gelöst sein.

##### **4.6.3 Dienstleistungsbereiche**

Im Hinblick auf die Fremdvergaben (Verpflegung, Logistik, ...) gilt ebenso, dass ggf. der Stadtrat zu befassen und der Betriebsrat einzubinden ist, sowie eine Lösung bezüglich der Thematik Personalabbau gefunden sein muss. Im Rahmen des Sanierungscontrollings sind die jeweiligen Maßnahmen mit qualifizierten Projektplänen zu hinterlegen. Die Reduktion der Personalvorhaltungen muss separat dargestellt werden. Einen wesentlichen Personalabbau plant das Gutachten bereits in 2016 (Verpflegung -159,5 Vollzeitkräfte) ein. Der personelle Sanierungshochlauf in der Logistik ist nicht dargestellt, aber auch hier ist davon auszugehen, dass

wesentliche Optimierungen (Zielbild 2022 = -60 Vollzeitkräfte) bereits in 2016 geplant sind.

#### **4.6.4 Bereich Infrastruktur**

Die zeitliche Verwirklichung ist abhängig von der termingerechten Umsetzung der großen Baumaßnahmen. Erst nach Fertigstellung der Bauprojekte und der Migration bzw. der Umzüge der medizinischen Fachabteilungen ist auch die Umorganisation des Bereiches Bau und Technik schrittweise möglich. Zur Übernahme des Personals im Baubereich ist mit der künftigen Baugesellschaft eine entsprechende Vereinbarung zu treffen, welche zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht avisiert ist.

Weitere Voraussetzung für die Optimierung der Infrastrukturkosten ist die Rückgabe der nicht mehr von der StKM für den Klinikbetrieb notwendigen Grundstücksteile und Gebäude, für den dann der entsprechende Bauunterhalt auf Seiten der StKM entfallen kann.

#### **4.6.5 Verwaltung**

Auch hier ist der personelle Sanierungshochlauf zum Zeitpunkt der Textverfassung noch nicht dargestellt. Bezweifelt werden muss, dass die Prozessoptimierungen in allen Verwaltungsbereichen bereits Mitte 2015 in einem Umfang abgeschlossen wurden, welcher einen Personalabbau von 30 % (Zielbild 2022) trägt. Zumindest sind die Ergebnisse dieser Prozessoptimierung der Stadtkämmerei nicht bekannt bzw. handelt es sich gem. Ausführung im Gutachten um zahlreiche EDV-technisch unterstützte Optimierungsmaßnahmen (digitale Personalakte, digitales Archiv, Roll Out ESS/MSS, Learning Solution, etc.), deren Umsetzungsplanung nur teilweise dargestellt ist. Der personelle Sanierungshochlauf in der Verwaltung (Zielbild 2022 = -166 VK) ist nicht dargestellt.

#### **4.6.6 Sanierungsorganisation und Berichtswesen**

Die Projektorganisation entspricht den üblichen Standards und ist funktional aufgebaut. Das Berichtswesen wurde in Abstimmung mit der Stadtkämmerei aufgebaut. Die Monatsberichte der StKM werden an den Aufsichtsrat sowie das Betreuungsreferat versandt und bilden quartalsweise die Basis für die Berichterstattung der Stadtkämmerei an den Stadtrat.

Das Berichtswesen soll noch um strukturierte Risikoberichte sowie Projektberichte ergänzt werden. Eine erneute Abstimmungsrunde zwischen der Stadtkämmerei sowie der StKM ist hierzu nach Behandlung des Sanierungsumsetzungsbeschlusses durch den Stadtrat geplant.

#### 4.7 Stellungnahme / Bewertung der geplanten Geschäftsentwicklung und Unternehmensplanung

Zur Simulation der Geschäftsentwicklung wurden von BCG drei Planungsvarianten erstellt:

- Upside Case (der beste Fall)
- Base Case (der mittlere Fall)
- Downside Case (der schlechteste Fall)

Auf Basis des Upside Case wurden für die anderen Planung unterschiedlich hohe Risikoabschläge vorgenommen. Die Geschäftsführung der StKM geht für die Sanierungsumsetzung vom Eintritt des Base Case aus.

Die Entwicklung des EBITDA, des Jahresergebnis und der notwendigen Zuwendungen der Landeshauptstadt München ohne Puffer sind in den nachfolgenden Tabellen dargestellt:

EBITDA (Mio. €)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Summe
Upside Case	-5,3	3,1	31,8	36,4	43,0	53,1	40,7	58,6	69,3	330,7
Base Case	-5,3	-5,0	14,4	16,3	19,4	28,5	11,2	29,1	37,3	145,9
Downside Case	-5,3	-4,9	-3,1	-4,5	-4,8	3,9	-2,5	-0,4	16,8	-4,8
<b>Jahresergebnis</b>										
Upside Case	-27,1	-12,8	9,5	22,8	22,9	17,4	2,9	41,6	49,8	127,0
Base Case	-27,1	-20,9	-8,1	2,8	-0,7	-7,2	-26,7	12,1	17,9	-57,9
Downside Case	-27,1	-20,8	-25,8	-18,1	-24,9	-31,8	-40,3	-17,5	-2,6	-208,9
<b>EK-Einlage</b>										
Upside Case	60,0	5,4	35,0	14,4	24,3	40,8	-7,3	-4,0	-24,7	143,9
Base Case	60,0	13,0	50,9	34,3	47,8	65,2	22,5	26,1	7,9	327,7
Downside Case	60,0	12,9	66,5	55,0	71,8	89,6	36,5	56,3	29,0	477,6

Quelle: Stadtkämmerei auf Basis der Daten StKM

Gemäß der Planung von BCG beträgt im Downside Case das EBITDA 2022 17 Mio € bei einem Umsatz von 606 Mio. € (rund 3 % EBITDA-Marge), während der Best Case ein EBITDA 69 Mio. € bei einem Umsatz von 631 Mio. € (rund 11 % EBITDA-Marge) aufweist.

Folglich ändern sich die notwendigen Eigenkapitaleinlagen der Landeshauptstadt München 2014 - 2022 auf kumuliert 478 Mio. € (Downside Case) bzw. 144 Mio. € (Upside Case) jeweils zzgl. des Puffers von 50 Mio. €. Im Upside Case könnte Eigenkapital bereits ab dem Jahr 2020 zurückgeführt werden.

Zur Erreichung der Planziele ist es unabdingbar, dass alle angedachten Module der Sanierungsumsetzung angegangen werden. Von Seiten der Geschäftsführung der StKM sind die Annahmen des Sanierungsumsetzungskonzepts in der nächsten Planungsrunde in den U-Plan 2016 - 2020 zu integrieren und ggf. auf die neusten Erkenntnisse anzupassen.

Die StKM führt zur Geschäftsplanung aus:

“Die Geschäftsplanung des Detailkonzeptes setzt auf dem Jahresabschluss 2014 auf. Die Geschäftsentwicklung des medizinischen Bereichs, inkl. der Auswirkungen der Infrastrukturanpassungen, wurde detailliert je Fachabteilung auf Monatsebene geplant. Hieraus wurde der Bedarf an medizinischem Personal und medizinischem Sachbedarf abgeleitet.

Für die Nebenbetriebe sowie die sonstigen Unternehmensbereiche berücksichtigt die Unternehmensplanung Maßnahmeneffekte gegenüber einem fortgeschriebenen Status quo.“

Der Stadtkämmerei wurden die Planungsunterlagen in der notwendigen Detaillierung nur wenige Tage vor Drucklegung der Vorlage zur Verfügung gestellt und konnten nicht geprüft werden. Aus Sicht der Stadtkämmerei sind die den Berechnungen zu Grunde gelegten wesentlichen Prämissen dem Grunde nach als plausibel zu bewerten.

Die Firma MCK führt zu den das Medizinkonzept betreffenden Punkten der Wirtschaftsplanung aus: „Die Planungslogik ist nachvollziehbar. Uns liegt jedoch nicht vor, wie diese Logik detailliert in Zahlentableaus überführt wurde.

Die Planungsprämissen (Erlös-, Tarif- und Kostensteigerungen) sind realitätsnah und plausibel. Die Systematik der Abschläge zur Ableitung des Base Case ist verständlich.

Insgesamt würden wir die Abschläge zwischen den Cases in deutlicherer Größenordnung wählen. Die angesetzten Werte sind aus unserer Sicht eher normale Schwankungen des Klinikgeschäftes.

Zudem ist zu hinterfragen, warum die Risikoabschläge zu Beginn der Umstrukturierung niedrig angesetzt werden und erst im Zeitverlauf steigen. Setzt man beispielsweise nur in den ersten drei Jahren der Planrechnung die Auf- / Abschläge Erlöse, Personal, MES und sonstigen betrieblichen Aufwand auf jeweils 3 % (gegenüber dem sog. Upside Case), ergibt sich in den ersten 3 Jahren ein kumulierter negativer EBITDA-Wert von rd. 46 Mio. €. Wir halten es für realistischer, zu Beginn des Prozesses höhere Risiken anzusetzen.[...] Wir machen darauf aufmerksam, dass die Cases nicht ausreichend in den Risikoabschlägen differieren. Die Gesamterlöse werden mit einer Differenz von rd. 25 Mio. € risikogewichtet, die

Personalkosten haben eine Spreizung von rd. 21 Mio. €. Der Materialaufwand wird in allen drei Szenarien nahezu gleich hoch geplant.

Diese Größenordnungen (3,6 % bzw. 5 % vom Umsatz) sind nicht realistisch genug. Die Risiken auf dem Weg der StKM sind deutlich größer und müssten zumindest in einem sog. Downside Case prononcierter berücksichtigt werden.

Unseres Erachtens müssen die Hauptrisiken der Geschäftsjahre bis 2022 benannt und im Worst Case mit Euro und Eintrittswahrscheinlichkeiten beziffert werden. Dazu gehören beispielsweise Bauverzögerungen mit entsprechenden Effekten auf Leistungskonzentration und Produktivität, Widerstand bei der Fachabteilungskonzentration, Verzögerungen beim VK-Abbau durch Arbeitsgerichte, Einigungsstellen etc..“

Die Stadtkämmerei geht hier weiter davon aus, dass eine entsprechende Risikobewertung noch in 2015 - wie zugesagt - durch die StKM in das laufende Berichtswesen integriert wird. Die Risikokorridore sind seriös angesetzt und unterschiedliche Einschätzungen in Hinblick auf Verlauf und Höhe sind legitim.

Eine Validierung der Erlös- und Leistungsentwicklung konnte seitens der Stadtkämmerei nicht erfolgen, da Detailzahlen zum Sanierungshochlauf bspw. nach Erlösbereichen nicht oder erst kurz vor Drucklegung vorlagen.

MCK führt darüber hinaus aus: „Die Position „medizinischer Bedarf“ korreliert plausibel zur Leistungsentwicklung.[...] Die GuV-Planung ist in der Rechensystematik konsistent [...].“

#### 4.7.1 Erlösplanung

Die Erlösplanung ist abhängig von der Umsetzung des Medizinkonzepts und der sich daraus geänderten Leistungserbringung der Kliniken (vgl. Ziffer 3.2 - Medizinkonzept und 4.1 - Evaluierung Medizinkonzept).

Inwieweit sich die Erlös- und Leistungsentwicklung über einen Sanierungszeitraum von acht Jahren tatsächlich entwickelt, bleibt jedoch abzuwarten. Aufgrund der unzufriedenstellenden Leistungsentwicklung in den ersten fünf Monaten in 2015 erscheint bereits die Leistungsentwicklung in 2016 und 2017 herausfordernd. Ein Risikoabschlag im Base Case in Höhe von 0,5 – 3 % ggü. Upside-Case deckt - wie oben bereits aufgeführt - lediglich übliche Schwankungsbreiten ab.

Auch ist zum heutigen Zeitpunkt nicht absehbar, wie die Krankenhausentgeltfinanzierung 2020 gestaltet sein wird. 2021 und 2022 wird nach der Sanierung mit einem Hochlauf der Leistungen kalkuliert. Diese müssen aber mit den Kostenträgern bzgl. der Leistungsmenge und der Leistungsvergütung (abschlagsfrei) vereinbar sein. Es wird deshalb empfohlen, die Thematik bereits

frühzeitig in die Budgetvereinbarung einzubringen und zu klären, inwieweit bzw. wann verbindliche Zusagen zu prospektiven Vereinbarungen getroffen werden können, bzw. die Argumentation für Ausnahmetatbestände (Bau, Sanierung) entsprechend zu dokumentieren und kommunizieren.

Problematisch könnte sich zudem die geplante Leistungsentwicklung in Bogenhausen herausstellen, sollten elektive Patientinnen und Patienten, aufgrund der anstehenden umfangreichen Baumaßnahmen, das Klinikum meiden.

Die Sonstigen betrieblichen Erträge wurden gegenüber dem Sanierungskonzept für den Zeitraum 2015 - 2019 deutlich erhöht. Hier schlagen die nicht „cash-wirksamen“ Auflösungen von Rückstellungen für Instandhaltung in Höhe von rund 68,8 Mio. € zu Buche. Davon 2015 - 2018 jeweils rund 10 Mio. €. (vgl. 4.8.3 - Sondereffekte). In Bezug auf die Rückstellungsaufösungen waren im Base Case des Grobkonzepts lediglich 25 Mio. € in 2014 im außerordentlichen (a.o.) Ertrag enthalten. Der Ausweis des Gesamtbetrages im a.o. Ertrag wäre somit auch für die derzeitige Planung angemessen. So würden auch die Defizite im operativen Geschäft deutlich.

Des Weiteren verbessern Betrauungsakte im Volumen von rund 8,4 Mio. € jährlich das Ergebnis. Der Stadtrat stimmte im März 2013 der Betrauung der StKM mit den Leistungen ambulante kassenärztliche Nothilfe, ambulante Kinderchirurgie, Kinderonkologie, onkologische Tageskliniken und Neuropsychologie zu. Die Betrauungsakte haben eine Laufzeit von 10 Jahren. Die Neuropsychologie fällt aufgrund deren Aufgabe zukünftig weg.

#### **4.7.2 Personalplanung**

Der Personalabbau erscheint ambitioniert geplant, da neben strukturellen Anpassungen sicherlich auch eine Optimierung der Prozesse massiv vorangetrieben werden muss, damit eine Personalanpassung ohne negative Beeinträchtigung der Betriebsabläufe möglich ist. Zudem ist der große überwiegende Anteil der Maßnahmen zeitlich und inhaltlich in der Umsetzung von Maßgaben Dritter (tariflichen und betrieblichen Sozialpartnern) abhängig. Entsprechende Risikoabschläge gegenüber dem „Upside-Case-Szenario (Best Case)“ wurden bspw. Mit 2 – 4 % bei der Personalproduktivität, 20 % bei der Verwaltung und 30 % bei der Vergütung angesetzt. Ob diese jedoch auskömmlich sind, bleibt abzuwarten.

Ein standort- und abteilungsbezogener Plan zur Umsetzung der Personalreduzierung und der flankierenden strukturellen und prozessualen Optimierungsmaßnahmen, wie im Beschluss vom 08.07.2014 empfohlen, stand zur Validierung leider nicht zur Verfügung. Ebenso wurde nicht offengelegt, welche Annahmen der Entwicklung der Vergütungsstruktur im Sanierungshochlauf zu Grunde gelegt wurden.

Die Validierung der Maßnahmen zur Optimierung der Personalkosten wurden in Ziffer 4.3 - Stellungnahme zu den personalwirtschaftlichen Maßnahmen - ausführlich dargestellt.

Entsprechend dem Sanierungsumsetzungskonzept ist in den Jahren 2014 - 2022 ein Personalabbau von rund 1.600 Vollzeitkräften notwendig. Die StKM geht dabei davon aus, dass bei der Annahmen zur Nutzbarkeit der Fluktuation - Verrentung, Befristungen und Fluktuation i.e.S. - die Personalanpassung 2015 bis 2022 voraussichtlich zu 75 % durch die Nutzung dieser Mittel darstellbar ist.

Rund 400 Vollzeitkräfte können jedoch nicht mit natürlichen Mitteln abgebaut werden. Hierfür stehen der StKM nach aktuellem Stand keine Instrumente zur Verfügung und sind dadurch entsprechende Ergebnisverschlechterungen als Risiko zu bewerten.

Eine Übernahme in eine unternehmensinterne Qualifizierungsabteilung, wie im Beschluss vorbehaltlich der EU-rechtlichen Zulässigkeit vorgeschlagen, hätte erhebliche weitere, derzeit nicht vom Finanzierungsvolumen der Stadt umfassten, Kostenauswirkungen.

#### **4.7.3 Planung der sonstigen Aufwendungen und Erträge**

Die Einschätzung zu den sonstigen Anwendungs- und Ertragspositionen wurde in den einzelnen Sanierungsmodulen und der dazugehörigen Validierung (Ziffern 4.1 bis 4.6) ausführliche behandelt.

#### **4.7.4 Sanierungsumsetzungskonzept versus aktuelle Hochrechnung der Unternehmenszahlen 2015**

Die aktuelle Hochrechnung der Unternehmenszahlen 2015 unterschreitet alle im Sanierungsumsetzungskonzept dargestellten Fälle.

So werden im Bereich der Ergebnisrechnung sämtliche Planansätze des Jahres 2015 verfehlt.

Die Hochrechnung zum Mai 2015 stellt sich im Vergleich zum Sanierungsumsetzungskonzept wie folgt dar:

Gewinn- und Verlustrechnung in T €		Vorjahr	Plan	HR	Upside Case	Base Case	Downside Case
		2014	2015	Mai 2015	2015	2015	2015
<b>1.</b>	<b>Betriebliche Erträge</b>	-66.5426	-65.3350	-64.463	-661.700	-658.700	-658.700
1.1.	Umsatzerlöse	-612.767	-611.123	-599.721	-611.000	-608.100	-608.100
1.1.1.	Umsonstleistungen Krankenhausaufstellungen	-597.402	-594.538	-585.267	-595.600	-592.700	-592.700
1.1.2.	Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben, Notarztdienst	-15.364	-16.585	-14.454	-15.400	-15.400	-15.400
1.2.	Sonstige betriebliche Erträge	-62.660	-42.228	-47.742	-50.700	-50.600	-50.600
<b>2.</b>	<b>Betriebliche Kosten</b>	670.738	674.713	670.185	658.600	663.700	663.600
2.1.	Personalaufwand	433.830	439.175	434.856	425.400	429.100	428.300
2.2.	Materialeufwand	162.963	156.407	154.114	155.400	156.200	156.100
2.3.	Sonstige betriebliche Aufwendungen	73.945	79.131	81.214	77.800	78.400	79.200
<b>5</b>	<b>EBIT DA</b>	5.312	21.363	22.722	-3.100	5.000	4.900
<b>3.</b>	<b>Abschreibungen &amp; Förderergebnis</b>	12.532	5.580	4.692	5.800	5.800	5.800
<b>4.</b>	<b>Finanzergebnis</b>	6.071	4.418	4.091	4.600	4.600	4.600
<b>5.</b>	<b>Außerordentliches Ergebnis</b>	3.140	5.444	6.153	5.500	5.500	5.500
<b>5.</b>	<b>Jahresergebnis nach Steuern</b>	27.055	36.805	37.658	12.800	20.900	20.800

Quelle: Stadtkämmerei auf Basis der Daten StKM

Das prognostizierte EBITDA und Jahresergebnis verfehlt damit den Base Case um 17,7 Mio. €. bzw. 16,8 Mio. €. Damit zeigt sich, dass die StKM bereits jetzt mit der Sanierungsumsetzung in Verzug ist. Die Abschläge der Cases für 2015 sind zu gering gewählt wurden und tragen somit nicht der realen Situation der StKM Rechnung.

Auch reicht der prognostizierte Mittelbedarf für 2015 von der Landeshauptstadt München nicht aus. So wird der Mittelbedarf für 2015 im Monatsbericht mit 23,2 Mio. € beziffert, in den verschiedenen Szenarien des Sanierungsumsetzungsgutachten werden jedoch maximal 13 Mio. € hierfür veranschlagt. Damit ist schon jetzt mit der Inanspruchnahme der Risikoreserve zu rechnen.

Die Entwicklung macht deutlich, dass unverzüglich mit der Umsetzung der Sanierungsmaßnahmen begonnen werden muss, um einen dauerhaften Schaden von der StKM abzuwehren und die Sanierungsfähigkeit nicht zu gefährden.

## 4.8 Bewertung des Finanzierungsbedarfs

### 4.8.1 Mittelbedarf

Eine Gesamtübersicht des Finanzierungsbedarfs (966 Mio € zzgl. 50 Mio. € Risikopuffer) sowie der Finanzdeckung wurde unter Ziffer 3.9 - Finanzierung / Finanzierungsbedarf - bereits detailliert dargestellt.

Die Summe der notwendigen Zuwendungen der Gesellschafterin wird im Sanierungsumsetzungsgutachten mit 328 Mio. € + 50 Mio. € = 378 Mio. € als



Eigenkapitalzuwendung zzgl. des Restbetrages von 64 Mio. € aus dem Investitionszuschuss beziffert.

Die geplante Kapitalzuführung der Gesellschafterin in Höhe von 442 Mio. € abzgl. von 60 Mio. €, die als dritte (letzte) Tranche der in 2012 beschlossenen Einkapitalzuführung i.H.v. 200 Mio. € in 2014 ausgezahlt wurden, ist weiterhin als auskömmlich zu bewerten, sofern

- die Sanierung mit Medizin- und Baukonzept zeitlich und inhaltlich erfolgreich umgesetzt werden und die im vorhergehenden Text aufgeführten Leitlinien und Prämissen erfüllt sind,
- das Base-Case-Szenario dabei zum Tragen kommt (Differenz des EBITDA zu Downside-Case-Szenario kumuliert ca. 141 Mio. € bzw. der höheren Kapitaleinlage von 150 Mio. €),
- eine Förderquote der Baumaßnahmen von mindestens 60% erreicht werden kann.

Im Vergleich zum Grobkonzept wird damit im Base Case ein um 64 Mio. € geringerer Kapitalbedarf ausgewiesen.

Der Finanzplanung (Base-Case-Szenario) wurden folgende Risikoabschläge im Zielbild zugrunde gelegt:

- Medizinkonzept 0,5 – 3%
- Personalproduktivität 2 – 4 %
- Med. Sachbedarf 1 - 3%
- Medizet 10%
- BSD 0%
- Dienstleistungen 30%
- Infrastruktur 20%
- Verwaltung 20%
- Vergütung 30%

Die aufgeführten Risikoabschläge im Zielbild (Base-Case-Szenario) umfassen bezogen auf die EBITDA-Entwicklung bis 2022 ca. 32 Mio. € gegenüber dem

Best-Case- Szenario. Bei Eintritt des Worst-Case würde sich das EBITDA im Jahr 2022 um 20 Mio € gegenüber der Planung verschlechtern.

Im Falle des Eintreten des Downside Case über den gesamten Sanierungszeitraum ist mit einem zusätzlichen Kapitalbedarf von bis zu 150 Mio. € der StKM zu rechnen. Der konkrete Umfang und die Zulässigkeit (EU-Recht) wäre dann zu prüfen. Die genaue Höhe hierfür müsste dann wiederum vom Stadtrat beschlossen werden.

#### **4.8.2 Investitionskostenzuschuss**

Im Rahmen der Gesamtübersicht des Finanzierungsbedarfs (966 Mio € zzgl. 50 Mio. € Risikopuffer) sowie der Finanzdeckung (siehe Ziffer 3.9 - Finanzierung / Finanzierungsbedarf) wurde von BCG die Annahme getroffen, dass 64 Mio. € des Restbetrages der mit Beschluss Nr. 08-14 / V03459 der Vollversammlung des Stadtrates vom 16.12.2009 beschlossenen und mit Beschluss 08-14 / V11325 der Vollversammlung des Stadtrates vom 27.02.2013 verlängerten Investitionszuschuss i.H.v. 127,5 Mio. € für die Finanzierung bereits begonnener Bau- und Investitionsprojekte herangezogen werden kann.

Der weitere Umgang mit den Mitteln des Investitionszuschuss wird unter Ziffer 6.4 - 127 Mio. € Investitionskostenzuschuss - ausführlich dargestellt.

#### **4.8.3 Sondereffekte**

Im Rahmen des Sanierungsumsetzungsgutachtens wurden für die Jahre 2015 - 2019 nicht zahlungswirksame Erträge aus der Auflösung von baulichen Rückstellungen i.H.v. 65 Mio. € eingepreist, welche das EBITDA entsprechend verbessern.

Die Rückstellungen wurden auf Basis der Verpflichtung des StKM zur ordnungsgemäßen Instandhaltung der Liegenschaften entsprechend den Erbbaurechtsverträgen gebildet. Die teilweise Auflösung im Sanierungsgutachten bezieht sich auf den Teil der Erbbaurechtsverpflichtung, der auf zukünftig nicht mehr benötigte Teile der Liegenschaften entfällt.

#### **4.8.4 Fördermittel nach KHG**

Zur Deckung der Gesamtfinanzierung wird davon ausgegangen, dass die Investitionen der StKM im Planungszeitraum mit einer Quote von 60 % durch den Freistaat nach BayKrG gefördert werden. Die Förderquote erscheint soweit plausibel, da im Programm nicht nur Projekte enthalten sind, welche nach dem KHG gefördert werden können. Beispielsweise werden sämtliche Flächen, die der ambulanten Nutzung unterliegen, nicht gefördert; gleiches gilt für Apotheken und Küchen.

Im Einzelfall wird es daher Projekte geben, welche mit einer wesentlich höheren Förderquote finanziert werden können - wie z.B. den 1. Bauabschnitt der Kinderklinik in Schwabing; andere wiederum werden keine Förderung nach KHG erfahren.

Die Fördermittelrückforderungen sind gesetzlich im Art. 19 BayKrG geregelt. Zum Teil bestehen Tatbestände, die einen Fördermittelverzicht möglich machen könnten. Diese sind jedoch im Einzelfall mit der Förderbehörde abzustimmen. Im Rahmen der Sanierungsplanung wurde mit einem Rückzahlungsbetrag von 38 Mio. € kalkuliert. Dies basiert auf der Annahme, dass lediglich ein Teil der Fördermittel zurückgezahlt werden muss. Insofern handelt es sich bei den 38 Mio. € um eine Annahme, die sowohl unter- als auch deutlich überschritten werden kann. Der Ansatz scheint als erster Näherungswert grundsätzlich plausibel.

Der Ansatz von pauschalen Fördermitteln nach Art. 12 BayKrG mit 128 Mio. € bis 2022 erscheint als unrealistisch. Derzeit erhält die StKM p.a. rund 12,5 Mio. € an pauschalen Fördermitteln. Somit ergibt sich im Planungszeitraum eine Zuführung an Mitteln von rund 100 Mio. €. Eine Ausweitung der Fördermittel im Planungszeitraum ist aufgrund der Senkung der Betten- und Leistungszahlen unwahrscheinlich. Eher besteht noch das Risiko des Absenkens der Fördermittel nach Art. 12 BayKrG. Damit muss davon ausgegangen werden, dass der Differenzbetrag von zur Zeit 28 Mio. € voraussichtlich den Risikopuffer belasten wird.

#### **4.8.5 Liquidität**

Die Liquidität der StKM zum Stand 30.04.2015 betrug 77,5 Mio. €.

Im Rahmen der Sanierungsplanung wird eine integrierte Geschäftsplanung mit Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Kapitalflussrechnung dargestellt. Diese geht im Base Case davon aus, dass mit dem Zuschuss von 328 Mio. € dauerhaft ein Kassenbestand von rund 40 Mio. € gewährleistet werden kann. Unter Einbeziehung des Risikopuffers von 50 Mio. € erhöht sich der Kassenbestand entsprechend.

Ein Kassenbestand von 40 Mio. € liegt im unteren Rahmen der notwendigen Liquiditätsausstattung eines Unternehmens von der Größe der StKM und entspricht in etwa 4/5 eines Monatsumsatz. Grundsätzlich kann er als ausreichend bewertet werden.

Nicht in der Liquiditätsplanung enthalten sind mögliche Vorfinanzierungen von Fördermitteln nach KHG. Hierdurch kann sich der Finanzierungsbedarf durch die Landeshauptstadt München ggf. verschieben oder gar ändern.

Im Sanierungsumsetzungskonzept sind folgende Mittelzuflüsse der Landeshauptstadt München von Seiten BCG eingeplant:

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Summe
<b>EK-Einlage ohne Puffer</b>	60,0	13,0	50,9	34,3	47,8	65,2	22,5	26,1	7,9	327,7

Quelle: Stadtkämmerei auf Basis der Daten StKM

Eine Prüfung des vorgelegten Ansatzes erfolgt mit der Validierung des Umsetzungs- und Zahlungsplanes entsprechend der Finanzierungsvereinbarung (vgl. Ziffer 4.8.8 - Finanzierungsvereinbarung).

#### 4.8.6 Fremdkapitalfinanzierung

Eine Fremdkapitalfinanzierung ist im Sanierungszeitraum bis 2022 nicht eingeplant.

#### 4.8.7 Risikopuffer

Der Risikopuffer wurde auf 50 Mio. € abgeschmolzen. Dies ist die logische Konsequenz daraus, dass die bereits im Grobkonzept aufgezeigten Lücken im Finanzierungsbedarf im Sanierungsumsetzungskonzept aufgegriffen und integriert wurden.

Die Einplanung eines solchen Risikopuffers erscheint weiterhin als angebracht, da auch weiterhin die Planung mit Unsicherheiten behaftet ist. Größte Risiken bestehen dabei in:

- der Einhaltung des Finanzierungsrahmens der Investitionen und baulichen Projekte,
- Verzögerungen in der Sanierungsumsetzung,
- der Realisierung der geplanten Leistungserbringung und
- der Umsetzung der Optimierung des Personalstamms.

Potenzielle Belastungen des Risikopuffers stellen der zu hohe Planansatz der Zuführung pauschaler Fördermittel sowie die schlechte Ergebnisentwicklung in 2015 dar.

#### 4.8.8 Finanzierungsvereinbarung

Mit Beschluss Nr. 14-20 / V 00463 der Vollversammlung des Stadtrates vom 08.07.2014 wurde beschlossen, dass der Oberbürgermeister mit dem Abschluss einer Finanzierungsvereinbarung zur Auszahlung der Erhöhung des Eigenkapitals der StKM beauftragt wird. Eine entsprechende Vereinbarung wurde mit Datum 03.09./21.10.2014 geschlossen.

Danach verpflichtet sich die StKM auf Grundlage des Stadtratsbeschlusses vom 08.07.2014 die in dem genannten Beschluss aufgeführten Sanierungsmaßnahmen im Zeitraum bis 2022 umzusetzen. Die StKM hat hierbei die Gebote der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu wahren.

Die Landeshauptstadt München verpflichtet sich nach Maßgabe dieser Vereinbarung der StKM für die Umsetzung der im Stadtratsbeschluss vom 08.07.2014 aufgeführten Sanierungsmaßnahmen anfallenden Kosten in Höhe von bis zu insgesamt 382 Mio. € (442 Mio. € abzgl. 60 Mio. € der dritten Tranche der EK-Erhöhung entsprechend Beschluss 2012) in Tranchen in die freie Kapitalrücklage einzuzahlen.

Die StKM wird einen detaillierten Umsetzungs- und Zahlungsplan für die Sanierung erarbeiten und dem Betreuungsreferat zur Abstimmung und Billigung vorlegen. Der erste Umsetzungs- und Zahlungsplan ist unter Einschaltung eines sachverständigen Dritten zu entwickeln. Er hat neben sonstigen Bestandteilen insbesondere aufzuzeigen, welche Finanzmittel für welche Maßnahmen in den einzelnen Wirtschaftsjahren erforderlich sind. Die Maßnahmen sind nach Investitionskosten, sonstige Sanierungskosten und Verlustdeckung sowie Inanspruchnahme der Risikoreserve zu unterteilen.

Der Umsetzungs- und Zahlungsplan ist jeweils mindestens bei Aufstellung des Jahresabschlusses und im Rahmen der Aufstellung der Unternehmensplanung zu überprüfen und zu aktualisieren und der Landeshauptstadt München zur Abstimmung vorzulegen.

Der jeweilige Umsetzungs- und Zahlungsplan in der durch die Landeshauptstadt München schriftlich gebilligten Fassung ist Grundlage für die jeweilige Wirtschafts- und Finanzplanung der StKM, sowie der nach dieser Vereinbarung zu leistenden Einzahlungen in die freie Kapitalrücklage. Soweit die Landeshauptstadt München einem aktualisierten Umsetzungs- und Zahlungsplan (noch) nicht zugestimmt hat, gelten die Regelungen des jeweils letzten durch die Landeshauptstadt München gebilligten Umsetzungs- und Zahlungsplans.

Im Jahresabschluss der StKM ist vom jeweiligen Abschlussprüfer ein Testat über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu erstellen. Soweit sich aus dem testierten Jahresabschluss Über- oder Unterzahlungen ergeben, sind diese bei der Überprüfung des Zahlungsplans zu berücksichtigen.

Die Vorlage des Umsetzungs- und Zahlungsplans durch die StKM ist für August 2015 avisiert.

Nach den Daten des Sanierungsumsetzungskonzepts werden im Base Case von den 382 Mio. € derzeit lediglich 268 Mio. € (328 Mio. € abzgl. 60 Mio. € der dritten Tranche der EK-Erhöhung entsprechend Beschluss 2012) zzgl. 50 Mio. € Risikopuffer benötigt. Somit verbleiben im Base Case weitere 64 Mio. € „Puffer“. Im Downside Case kann dieser Betrag jedoch auch schnell abgeschmolzen werden oder sogar weiterer Mittelbedarf notwendig werden.

Zum derzeitigen Zeitpunkt ist es aufgrund der weiterhin erheblichen Risiken der Sanierung daher nicht angebracht, den Betrag von 382 Mio. € auf den Base-Case-Wert anzupassen.

## **5. EU-Rechtliche Einschätzung**

Neue Beurteilung der Anwendbarkeit des EU-Beihilfenrechts auf Krankenhäuser:

Die EU-Kommission hat kürzlich (29.04.2015) eine sogenannte Orientierungshilfe veröffentlicht, die es mitgliedstaatlichen Stellen und Behörden erleichtern soll einzuschätzen, wann das EU-Beihilfenrecht auch auf lokale und regionale Sachverhalte Anwendung findet (vgl. Pressemitteilung der EU-Kommission IP/15/4889). Maßgeblich ist insoweit, ob eine Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen bzw. unionsinternen Handels anzunehmen ist - wenn ja, ist das EU-Beihilfenrecht anwendbar.

In der Vergangenheit hatte die EU-Kommission das EU-Beihilfenrecht auch auf Krankenhäuser angewendet, ohne näher darauf einzugehen, ob etwa wegen der lokalen oder regionalen Patientenstruktur Auswirkungen auf den zwischenstaatlichen Handel unwahrscheinlich sind (vgl. z.B. EuG, U. v. 07.11.2012, T-137/10, CBI ./, Kommission und zuvor EU-Kommission, E. v. 28.10.2009, NN 54/09, Belgien - Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser des IRIS-Netztes der Region Brüssel-Hauptstadt). Dementsprechend musste bislang davon ausgegangen werden, dass die Finanzierung und Restrukturierung der StKM uneingeschränkt der Anwendbarkeit des EU-Beihilfenrechts unterliegt.

Grundlage der Orientierungshilfe sind insgesamt sieben Entscheidungen, von denen drei Entscheidungen sich mit Krankenhäuser bzw. einem MVZ beschäftigen (vgl. insbesondere Entscheidung SA.38035 (2015/NN) – Reha-Fachklinik und Entscheidung SA.37432 (2015/NN) – Public Hospitals in the Hradec Králové Region).

In diesen Entscheidungen hat die Kommission eine Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels abgelehnt, weil zum einen die Patientenstruktur ausschließlich lokaler bzw. regionaler Art war (keine ausländischen Patienten) und

andererseits keine Anzeichen dafür bestanden, dass grenzüberschreitende Investitionen durch die staatlichen Zahlungen beeinträchtigt würden.

Diese Änderung in der Entscheidungspraxis der Kommission macht eine Neubewertung der Frage erforderlich, ob und inwieweit europäisches Beihilfenrecht auf die Sanierung der StKM Anwendung findet. Es sprechen dabei gute Gründe für eine Übertragung der von der EU-Kommission herangezogenen Argumente auf die Sanierung der StKM und damit im Ergebnis gegen eine Anwendbarkeit des EU-Beihilfenrechts. Gleichwohl lässt sich die Reichweite der Orientierungshilfe derzeit nicht mit der nötigen Rechtssicherheit bestimmen; das liegt auch daran, dass die EU-Kommission den Anwendungsbereich des EU-Beihilfenrechts traditionell immer weit verstanden hat. Aus diesem Grund soll eine Vorabstimmung mit der EU-Kommission erfolgen, die das Ziel hat, Rechtssicherheit über die Anwendbarkeit des EU-Beihilfenrechts auf die Restrukturierung der StKM zu erlangen.

Die auf Basis der BV 08.07.2014 geschlossene Finanzierungsvereinbarung zur Zuwendung von 382 Mio. € hat weiterhin Bestand. Der StR ist erneut zu befassen, wenn auf Grund der EU-rechtlichen Abstimmungen eine Änderung notwendig ist.

## **6. Weitere Handlungserfordernisse für die Stadtverwaltung**

### **6.1 Flächennachnutzungskonzept und Anpassung Erbbaurechtsverpflichtungen**

In der Vollversammlung vom 08.07.2014 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00463) hat der Stadtrat unter Ziffer 14 folgenden Beschluss gefasst:

„Im Rahmen der Konkretisierung und Weiterentwicklung des Baumasterplans ist von der Stadtverwaltung ein Konzept für die Nachnutzung der frei werdenden Flächen in den Kliniken zu entwickeln und dem Stadtrat bis spätestens Ende 2017 vorzulegen. Dabei sind Flächenreserven und Potentiale für künftige Entwicklungen der Stadtklinikum München GmbH angemessen zu berücksichtigen. Die Veräußerung oder Aufgabe von Flächen der Klinikstandorte ist dem Stadtrat zur vorherigen Zustimmung vorzulegen.“

Die StKM sammelt derzeit alle Anfragen von Interessenten an den Klinikgrundstücken insbesondere des Klinikums Schwabing und führt eigenständig Gespräche mit potentiellen Nachnutzern.

Im Sanierungskonzept wurde davon ausgegangen, dass die StKM durch die Rückgabe von Grundstücksteilen an die Landeshauptstadt München aus ihren Instandhaltungsverpflichtungen aus den Erbbaurechtsverträgen für diese Bereiche entbunden wird und somit hierfür gebildete Rückstellungen, zumindest teilweise, auflösen kann.

Es ist daher geboten, dass die vertraglichen Gestaltungen der Nachnutzung so gewählt werden, dass eine Entbindung der StKM aus den Instandhaltungsverpflichtungen aus den Erbbaurechtsverträgen für diese Bereiche, möglichst kostenneutral und ohne eine Belastung bzw. sogar mit einer Entlastung des Private Investor Test (PIT), möglich ist (PIT berücksichtigt Erlass von Verpflichtungen i.H.v. 25 Mio. €).

Ebenfalls solle die Möglichkeit eruiert werden, bereits zeitnah erste Gebäude / Grundstücke an die Landeshauptstadt München zurückzugeben und diese einer (Interims-)Nutzung zuzuführen. Hierbei sind auch mögliche förderrechtliche Aspekte zu berücksichtigen.

Es ist zur Sicherstellung des Sanierungserfolges von Seiten der StKM eine Konzentration auf das Kerngeschäft Medizin notwendig.

In diesem Kontext wurde daher Anfang 2015 eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit Kommunalreferat, Referat für Stadtplanung und Bauordnung sowie der StKM unter der Federführung der Stadtkämmerei zur Entwicklung eines Konzepts für die Nachnutzung der frei werdenden Flächen ins Leben gerufen.

Im Rahmen des hier vorgelegten Sanierungsumsetzungskonzepts konnten die Nachnutzungen noch nicht im Detail geprüft werden. Der Stadt liegen diverse Nutzungswünsche vor, die im Rahmen eines detaillierten Nachnutzungskonzepts geprüft und bewertet werden müssen. Zum jetzigen Zeitpunkt können darüber noch keine konkreten Aussagen getroffen werden. Soweit möglich, prüft die Stadt aber schon zum jetzigen Zeitpunkt, welche Nutzungswünsche auch ohne umfassendes Nachnutzungskonzept bereits auf den Klinikgrundstücken (insbesondere in Schwabing) realisiert werden können.

### **6.1.1 Ziele der AG Nachnutzung Klinikflächen**

Die Arbeitsgruppe Nachnutzung der frei werdenden Flächen verfolgt insbesondere folgende Ziele:

- Bestandsaufnahme der frei werdenden Flächen und der Interessenten
- Gebäudebewertung unter Berücksichtigung des Instandhaltungs- / Investitionsstaus
- Festlegung des Verfahrens bei Rückgabe von Grundstücken
- Entwicklung eines Nachnutzungskonzepts

Hierbei sollen folgende Punkte mit betrachtet werden:



- Reserve / Erweiterungsflächen für StKM
- Sammlung und Wünsche der StKM zu Nachnutzern
- Fördermittelrückzahlung
- Genehmigungsrechtliche, architektonische, verkehrs-, grün- und stadtplanerische Gesichtspunkte sowie Freiflächen und Wegekonzept
- Berücksichtigung sozialer Belange (z.B. Anteil Studentisches Wohnen für Medizinstudenten und nachgefragte Fachberufe)
- Denkmalschutz
- Wirtschaftliche Gesichtspunkte (Vermarktung)
- Zeitliche Rahmenbedingungen
- Modell- / Variantenbetrachtung bei unterschiedlichen Möglichkeiten

## **6.1.2 Bisherige Ergebnisse der AG Nachnutzung Klinikflächen**

### **6.1.2.1 Erbbaurechtsvertrag - mögliche Varianten**

Da eine vorzeitige Rückgabe der Gebäude in den Erbpachtverträgen nicht vorgesehen ist, wird derzeit juristisch bewertet, wie eine solche Rückübertragung erfolgen kann.

Es handelt sich beim Erbbaurechtsvertrag der StKM um einen Vertrag mit jeweiligen Ergänzungsverträgen bezogen auf die unterschiedlichen Standorte. Die StKM ist vertraglich verpflichtet, die Gebäude auf einem technisch zeitgemäßen Standard zu erhalten. Dazu wurden seitens der StKM 2012 Rückstellungen gebildet, seit 2013 soll die StKM die Immobilien in einem zeitgemäßen Zustand erhalten.

Es werden zwei Varianten der Flächen-/Gebäudeüberlassung gesehen:

Variante 1 - Vermietung an den Interessenten durch die StKM mit Prüfung, welche der Pflichten aus dem Erbbaurechtsvertrag dem Mieter übertragen werden können.

Variante 2 - Änderung des bestehenden Erbbaurechtsvertrages dahingehend, dass die nicht genutzten Flächen herausgenommen werden und an die Stadt zurück gehen. Eine Vermietung erfolgt dann über das Kommunalreferat. Bei dieser Variante ist zu berücksichtigen, dass die Objektbetreuung sowohl die Verwaltung und Vermietung als auch den baulichen Unterhalt und ggf. Maßnahmen zu Umbau- und Umnutzung umfassen wird. Mit dem vorhandenen Personalbestand im Kommunalreferat sind diese zusätzlichen Aufgaben der Objektbetreuung für die zu übernehmenden Gebäude nicht leistbar. Die Personalsituation ist im

Kommunalreferat ohnehin äußerst angespannt, so dass für diese weitere Aufgabenmehrung Personalzuschaltungen erforderlich sind; dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei diesen Gebäuden um besonders komplexe und schwierige Objekte handelt. Sollte das Baureferat nicht als technischer Dienstleister fungieren, muss im Kommunalreferat zusätzlich noch technisches Personal eingeplant werden.

Die Verpflichtung zur Instandhaltung der Liegenschaften besteht weiterhin. Bei einer Vermietung durch die StKM muss geprüft werden, inwieweit diese Pflichten auf den Mieter umgelegt werden können und was weiterhin durch die StKM zu leisten ist. Entsprechend sind die Mieten zu gestalten. Dazu sollten Modellrechnungen seitens der StKM angefertigt werden, die auch dem Stadtrat vorgelegt werden.

Unabhängig von den Varianten müssen für alle Liegenschaften, welche einer neuen Nutzung zugeführt werden, Bewertungsgutachten durchgeführt werden.

Die darin genannten Gebäudewerte stellen die Werte dar, welche die Landeshauptstadt München - unter Berücksichtigung der etwaigen unterlassenen Instandhaltung der StKM - an die StKM im Falle der Rückübertragung der Gebäude zahlen würde. Eine Rückübertragung zu Buchwerten analog wie bei der Gründung der StKM scheidet insbesondere daher aus, da diese nicht den Instandhaltungsrückstand berücksichtigen.

Die genannten Grundstückswerte stellen lediglich Orientierungswerte der Landeshauptstadt München für den Fall der Weiterverwertung dar. Im Falle der Rückübertragung der Liegenschaften an die Landeshauptstadt München würde die Übertragung der Grundstücke unentgeltlich erfolgen. Bei Einräumung des Erbbaurechtes wurde der Ertragswert der Grundstücke für Kliniknutzung mit Null beziffert. Somit hat die StKM nur im Falle der dauerhaften Erzielung von Gewinnen einen Erbbauzins zu zahlen. Das Kommunalreferat geht weiterhin von dieser Prämisse aus; dies impliziert damit auch eine Rückübertragung zu Null.

Von Seiten des Kommunalreferats wurde betont, dass die Wertermittlungen sich auf den baulichen Zustand zum Zeitpunkt der Bewertung der Gebäude beziehen. Die StKM ist als Erbbauberechtigter verpflichtet dem weiteren Verfall der Gebäude entgegenzuwirken. Hierzu zählen insbesondere das Abdichten von Undichtigkeiten an den Dächern, die Verhinderung des Eindringens von Wasser in die Gebäude sowie die Schließung von defekten oder zerstörten Fenstern durch Holzplatten. Sofern sich der Gebäudezustand bis zur Übergabe an das Kommunalreferat weiter verschlechtert ist ggf. eine erneute Bewertung notwendig.

In einem ersten Schritt stehen die Häuser 1, 2 und 9 mit Nebengebäuden im Klinikum Schwabing zur Disposition. Dabei wird für das Haus 9 eine Nachnutzung durch die

Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) präferiert. Hierfür wurden bereits erste Bewertungen durchgeführt.

### **6.1.2.2 Frei werdende Flächen / Gebäude**

Der endgültige Plan zur Freimachung der Gebäude wird nach Beschluss des Sanierungsumsetzungskonzepts erarbeitet. Auf Basis der derzeitigen Erkenntnisse können jedoch bereits folgende Sachstände dargelegt werden:

#### Klinikum Bogenhausen:

Keine Nachnutzung - alle Flächen / Gebäude werden von der StKM weiterhin genutzt.

#### Klinikum Harlaching:

Für eine Nachnutzung kommen langfristig lediglich das Haus D und das Laserzentrum infrage. Dabei ist zu beachten, dass die Strahlenpraxis mit dem angrenzenden Bunker am sinnvollsten im Laserzentrum zu verorten ist.

Im Rahmen der Überlegungen zu einer Ausweitung der bereits bestehenden Kooperation mit dem Krankenhaus für Naturheilwesen (KfN), wie im o.g. Stadtratsbeschluss (Ziffer 2.22 - Medizinische Nachnutzung der freiwerdenden Flächen der StKM - Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus für Naturheilweisen München (KfN)) aufgeführt, strebt das KfN eine Erweiterung seines Erbbaurechtes an. Als Größenordnung wurden etwa 2.500 qm genannt. Detailunterlagen liegen hierzu jedoch noch nicht vor. Ein erster Gesprächstermin im Kommunalreferat ist diesbezüglich bereits terminiert. Eine abschließende Bewertung zur Nutzung weiterer Flächen durch das KfN kann evtl. erst nach Festlegung der weiteren baulichen Entwicklung des Klinikums erfolgen. Sobald aussagefähige Unterlagen hierzu vorliegen werden diese von der Verwaltung geprüft werden.

## Klinikum Harlaching



Quelle: StKM

Der Umgang mit den durch Abbruch freiwerdenden Flächen ist zu heutigen Zeitpunkt noch offen und muss mit Weiterentwicklung der Planung eruiert werden.

### Klinikum Neuperlach:

Keine Nachnutzung - alle Flächen werden von der StKM weiterhin genutzt.

### Klinikum Schwabing:

Am Klinikum Schwabing ergeben sich durch die neue Medizinarchitektur der StKM maßgebliche Veränderungen der Gebäude- und Flächenstruktur. Die StKM ist weiterhin bestrebt, einzelne Gebäude am Standort Schwabing an die Landeshauptstadt München zurückzugeben, um die für die wirtschaftliche Gesundung der StKM wesentliche Senkung der Instandhaltungskosten zu erzielen.

Unmittelbar abzugeben ist aus Sicht der StKM ein Großteil der Gebäude im westlichen Klinikareal. Dies betrifft die Häuser 1, 2, 17, 27 und voraussichtlich auch das Haus 29. Für jetzt genanntes erfolgt bis Anfang Juni 2015 eine Bewertung des Geburtshauses München bzgl. einer möglichen Verortung.

Durch eine dauerhafte Nachnutzung des Haus 29 (Einzelbaudenkmal gem. Art. 1 Abs. 1 DSchG gem. aktueller Mitteilung des Landesamts für Denkmalpflege vom 20.05.2015) kann jedoch möglicherweise eine Erschließung des nördlichen Areals problematisch werden. Das dem Antrag auf Vorbescheid zur „Machbarkeitsstudie Klinik Schwabing“ beiliegende Verkehrskonzept stellt zur Erschließung der nördlichen Flächenpotenziale eine zweifach rechtwinklig abknickende Zufahrt von der Kraepelinstraße aus auf das Klinikgelände dar; die Zufahrt berücksichtigt den Gebäudebestand (v.a. Haus 27, Haus 29). Aus Sicht des Referats für Stadtplanung und Bauordnung ist diese Zufahrt jedoch verkehrstechnisch zu hinterfragen, da sie durch die erforderlichen Richtungswechsel und die engen Kurvenradien stark eingeschränkt ist. Vor einer langfristigen Vermietung des Hauses 29 im Vorgriff auf ein Gesamtkonzept zur Nachnutzung der Flächen am Standort Schwabing sollte daher geprüft werden, ob nicht doch eine möglichst gradlinige Zufahrt von der Kraepelinstraße nördlich des Haus 27 verkehrstechnisch günstiger ist und welche Auswirkungen dies auf die langfristige Nutzung des Haus 29 haben kann. Für Haus 29 ist bislang noch keine Bewertung erfolgt. Ein Bewertungsgutachten wurde in Auftrag gegeben.

Das Haus 3 soll mittelfristig - in Abhängigkeit der Sanierungsumsetzung - von der StKM frei gemacht werden und an die LHM zurückgegeben werden.

Der mittlere Bereich des Areals kann - in Abhängigkeit der Sanierungsumsetzung - langfristig frei gemacht. Ggf. wird das Haus 6 weiterhin vom Klinikum genutzt werden.

Der östliche Bereich des Areals wird im Süden für den anstehenden Klinikneubau vollständig von der StKM genutzt. Gleiches gilt darüber hinaus auch für die Nutzung von Haus 8 im nordöstlichen Teil des Klinikgeländes. Des Weiteren ist im Zuge einer Bedarfsausweitung durch das kbo sowie der notwendigen Baufeldfreimachung für den Neubau des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, der Abriss des derzeit vom kbo genutzten Haus 77 notwendig. Im Rahmen einer möglichen Ausweitung durch das kbo ist eine Verortung in Haus 9 (ehemals Dermatologie) vorstellbar. Hierzu werden derzeit Gespräche zwischen der StKM und dem kbo geführt, so dass das kbo möglicherweise zukünftig neben der Nutzung von Haus 7 (seit 2010) ein weiteres Haus der StKM für die Behandlung psychiatrischer Patienten nutzen kann. In diesem Kontext ist auch zu klären, ob die Vermietung von Haus 9 durch die StKM oder durch die Landeshauptstadt München selbst erfolgen wird.

Nach erfolgter Verlegung des Müllhofes, welcher zuvor neben Haus 9 angesiedelt war, auf die andere Seite des Klinikareals nahe Haus 27, ist damit die Grundlage zur Bebauung der neben Haus 9 liegenden Fläche für den Kindergarten geschaffen worden. Dieser kann somit zeitnah realisiert werden.

Für die Gebäude und Flächen der StKM, insbesondere am Standort Schwabing, gibt es eine Vielzahl an Interessenten, vor allem aus medizinischen oder medizinnahen Bereichen.

Die jeweiligen Anfragen haben einen deutlich unterschiedlichen Charakter in Bezug auf die Flächennachfrage als auch des zeitlichen Umsetzungshorizontes und sind im Rahmen der Erstellung eines Gesamtkonzepts zur Nachnutzung zu prüfen.

Das größte Problem im Rahmen der Nachnutzung stellt die (Zwischen-)Nutzung der Häuser 1 und 2 dar. Um den Gebäudezustand nicht weiter zu verschlechtern wäre es notwendig den Gebäuden kurzfristig einer Nutzung zuzuführen, mindestens aber den derzeitigen Bauzustand zu sichern. Abhängig von dieser Nutzung könnte dies für die sinnvolle Nachnutzung des gesamten Areals Probleme aufwerfen. Sinnvoll wäre eine Nutzung der mittleren und östlichen Bereiche für klinikaffine Nutzungen. Für den westlichen Bereich kämen ggf. auch andere Nutzungen in Frage.

In diesem Zusammenhang verweist das Referat für Stadtplanung und Bauordnung auf die Erforderlichkeit eines Gesamtkonzepts für alle frei werdenden Flächen und Gebäude und auf die Tatsache, dass eine Teilvorwegnahme für langfristige, endgültige Nachnutzungen wie z.B. für die Häuser 1 und 2 nur vor dem Hintergrund eines derartigen Konzepts betrachtet werden kann. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, unter welchen Voraussetzungen kurzfristige Zwischennutzungen möglich und sinnvoll sind.



Quelle: StKM

Nach der heutigen Beschlussfassung ist ein Gesamtkonzept für alle frei werdenden Flächen zu erstellen. Dies soll als Vergabe an Extern erfolgen. Die bis dahin möglicherweise bereits langfristig vermieteten Flächen / Gebäude sind dabei zu berücksichtigen. Eine Teilvorwegnahme für die Häuser 1 und 2 kann nur aus dem Gedanken eines Gesamtkonzepts heraus betrachtet werden. Die Arbeitsgruppe wird sich mit dem Gesamtnutzungskonzept ab Herbst 2015 befassen.

### 6.1.3 Weiteres Vorgehen

In Federführung durch die Stadtkämmerei und in Zusammenarbeit mit dem Kommunalreferat und dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung wird ein Nachnutzungskonzept entwickelt und dem Stadtrat vorgelegt. Dabei wird die Nachnutzung der kurzfristig und langfristig freiwerdenden Gebäude und Flächen ebenso betrachtet wie die Entwicklungspotentiale des Klinikums Schwabing. Bereits vorliegende Anfragen zur Nutzung mit klinikaffinen Nutzungen werden bei der Erstellung des Konzepts berücksichtigt.

Für die Erstellung des Nachnutzungskonzepts wird ein externes Büro hinzugezogen, das über Erfahrung bei der Erstellung vergleichbarer Nachnutzungskonzepte verfügt. Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung fungiert dabei als beratendes Referat

und wird die Erstellung des Nachnutzungskonzepts fachlich begleiten und den externen Dienstleister beraten.

Das Nachnutzungskonzept soll insbesondere folgende Bausteine beinhalten:

- Standortanalyse, Bestandsaufnahme und Bewertung
- Nachfrage- / Angebotsanalyse möglicher standortrelevanter Nutzungen (wie z.B. Gesundheit, Wohnen/ Wohnen auf Zeit, Medizin/ Forschung, Infrastruktur, ..)
- Entwicklung unterschiedlicher Nachnutzungsszenarien und räumlichen
- Entwicklungskonzepten (Nutzungsverteilung, Gebäude-/ Freiraumentwicklung, ...)
- Darstellung von Entwicklungsphasen und Zeithorizonten  
Bewertung und Empfehlung
- Erstellen eines Stellplatzkonzepts
- Erstellen eines Erschließungskonzepts (Leitungen, Wege, ggf. erforderliche Dienstbarkeiten mit StKM)
- Räumliche Abgrenzung / Grundstücksteilungen für unterschiedliche Nutzungen unter Berücksichtigung evtl. Grundstücksverkäufe

Dabei sind insbesondere folgende planerischen Aspekte zu berücksichtigen:

- Standortlage, stadträumliche Verflechtung
- baulicher Bestand (Gebäudekennwerte, -zustand, -belastungen, ...)
- Flächenpotenzial (Grundstückskennwerte, -belastungen, Emissionen / Immissionen)
- Erschließung (ÖV / MIV, Binnenerschließung, ...)
- Baum- / Grün- / Vegetationsbestand, Artenschutz
- Denkmalschutz
- Infrastruktur (soziale/ technische Infrastruktur, Versorgungsinfrastruktur, ...)
- baurechtliche Beurteilung, ggf. erforderlichen Verfahren zur Baurechtschaffung, ...)



## **6.1.4 Konsequenzen bei Änderung der Eigentumsverhältnisse**

### **6.1.4.1 Neubau Klinikum Schwabing**

Für den geplanten Neubau am Standort des Klinikums Schwabing wird das städtische Grundstück Flst. 764/4 Gemarkung Schwabing benötigt (siehe Ziffer 3.6.2.4 - Klinikum Schwabing). Auf diesem Grundstück befindet sich derzeit noch ein Haus für Kinder, das für den Neubau abgebrochen werden muss. Im Gegenzug soll die Landeshauptstadt München aus dem Erbbaugrundstück der StKM Flst. 764 Gemarkung Schwabing eine Teilfläche in der nordöstlichen Ecke an der Isoldenstraße erhalten.

Zur Umsetzung dieser Grundstücksänderungen sind zwei Schritte erforderlich:

- Schritt 1: Ausdehnung des bestehenden Erbbaurechtsvertrages mit der StKM auf das Grundstück Flst. 764/4 Gemarkung Schwabing mit einer Größe von 2.491 m<sup>2</sup>;
- Schritt 2: Aufhebung des Erbbaurechts an der nordöstlichen Teilfläche aus Flst. 764 Gemarkung Schwabing mit einer Größe von ca. 1.660 m<sup>2</sup>.

Die Ausdehnung des Erbbaurechts auf Flst. 764/4 Gemarkung Schwabing und die Aufhebung des Erbbaurechts an einer Teilfläche von Flst. 764 Gemarkung Schwabing wird dem Stadtrat in einer gesonderten Sitzungsvorlage des Kommunalreferates zur Entscheidung vorgelegt werden.

### **6.1.4.2 Rückgabe Häuser 1, 17, 2, 9, 27, 29, 45**

Bei einer Rückgabe der Häuser 1, 17, 2, 9, 27, 29 und 45 sowie evtl. weiteren Gebäuden ist nach Festlegung des Grundstücksumgriffs und etwaigen Regelungen zur Erschließung der Gebäude der Erbbaurechtsvertrag der StKM an den entsprechenden Flächen gegen Zahlung einer Gebäudeablöse, die vom städt. Bewertungsamt ermittelt wird, aufzuheben.

Dem Stadtrat wird die Aufhebung des Erbbaurechts an den entsprechenden Teilflächen vom Kommunalreferat zu gegebener Zeit zur Entscheidung vorgelegt.

Wie bereits unter Ziffer 6.1.2.1 - Erbbaurechtsvertrag - mögliche Varianten - erwähnt, ist bei der Übernahme von Gebäude- und Grundstücksflächen aus dem Erbbaurecht der StKM eine Personalaufstockung im Kommunalreferat sowohl im Verwaltungs- als auch im Technischen Bereich erforderlich. Diese wird mit dem o. g. Beschluss des Kommunalreferates beantragt werden.

## **6.2 Erbbaurechtsvertrag Grundstück Fl.nr. 137/33 Gemarkung Freimann (ehem. Röchlinghalle)**

Mit Beschluss vom 08.07.2014 Ziffer 16 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00463) wurde das Kommunalreferat beauftragt, bezüglich der betriebsnotwendigen Fläche des Grundstücks Flst. 137/33 Gemarkung Freimann einen Erbbaurechtsvertrag (mit marktüblichem Erbbauzins) mit der StKM zu verhandeln und dem Stadtrat zur Entscheidung vorzulegen. Entsprechend diesem Stadtratsauftrag hat das Kommunalreferat mit der StKM einen Erbbaurechtsvertrag über das o. g. Grundstück verhandelt.

Wie bereits unter Ziffer 3.6.3.5 - Zentrales Dienstleistungsgebäude - dargestellt, hat sich nachträglich herausgestellt, dass ein separates Zentrales Dienstleistungsgebäude unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zielführend ist. Der Stadtratsbeschluss vom 08.07.2014 ist daher bezüglich Ziffer 16 aufzuheben.

## **6.3 Übernahme von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der StKM durch die Landeshauptstadt München**

Die Handlungserfordernisse sind in den Eckpunkten unter den Ziffern 3.4.2 und 4.3.2 festgehalten.

## **6.4 127 Mio. € Investitionskostenzuschuss**

Mit Beschluss Nr. 08-14 / V03459 der Vollversammlung des Stadtrates vom 16.12.2009 (nichtöffentliche Sitzung) wurde beschlossen, der Städtisches Klinikum München GmbH 127.511.000 € über einen Planungszeitraum von 2010 - 2014 zur Verfügung zu stellen. Diese Mittel sind zwingend für Ausgaben im Zusammenhang mit den Neu- bzw. Ersatzinvestitionen zu verwenden. Die Gewährung der Mittel steht unter dem Vorbehalt der Rückzahlung, sofern diese nicht für Maßnahmen, die dem Private-Investor-Test (PIT) von Rödl & Partner vom 01.12.2009 zugrunde liegen, verwendet werden. Das RGU erließ hierzu am 07.09.2010 einen Bewilligungsbescheid über 127.511.000 €.

Zu dem Beschluss Nr. 08 -14 / V 08487 des Stadtrates vom 25.01.2012 (nichtöffentliche Sitzung) zur Eigenkapitalanpassung wurde ein neuer PIT mit Datum 04.01.2012 aufgestellt. Aufgrund von Umplanungen und zeitlichen Veränderungen der Baumaßnahmen, wurde mit Beschluss 08-14 / V11325 der Vollversammlung des Stadtrates vom 27.02.2013 (nichtöffentliche Sitzung) eine Ausweitung der Finanzierung bis 2017 beschlossen. Rödl & Partner hat die Gültigkeit des Private-Investor-Tests vom 04.01.2012 bestätigt.

Der aktuelle PIT der Firma NERA führt aus, dass es sich bei dem Restbetrag von rund 70 Mio. € um Investitionskostenzuschüsse handele und davon auszugehen sei, dass diese projektgebunden sind und damit weder im Sanierungsszenario noch in Alternativszenarien eine relevante Entscheidungsgröße darstellen. Der Betrag geht daher nicht in die Berechnungen des PIT mit ein. Des Weiteren wird ausgeführt, dass vorherige Zuführungen durch die Landeshauptstadt München zu beihilferechtskonformen Bedingungen durchgeführt wurden. Insofern können die Restmittel auf Basis des PIT aus dem Jahr 2009 weiterhin für die dort genannten Projekte ausgezahlt werden.

Mit Beschluss Nr. 14-20 / V 00463 der Vollversammlung des Stadtrates vom 08.07.2014 wurde beschlossen, dass die Stadtkämmerei mit der Überarbeitung und Prüfung der Verwendung der noch nicht abgeflossenen Mittel aus den Beschlüssen (16.12.2009 und 27.02.2013) zum Investitionskostenzuschuss in Höhe von 127 Mio. € beauftragt wird. Die Stadtkämmerei hat den Stadtrat erneut zu befassen, sobald im Rahmen der Sanierungsumsetzung eine zur Prüfung erforderliche Planungsschärfe vorliegt.

Bis zum 20.06.2014 wurden vom RGU Auszahlungen i.H.v. 58.726 Tsd. € aus dem Investitionskostenzuschuss von 127.511 Tsd. € an die StKM geleistet. Es verbleibt somit noch ein Restbetrag von 68.785 Tsd. €.

Auf Grund des neu zu erarbeitenden Sanierungskonzepts der Kliniken und des Beschlusses des Stadtrats vom 08.07.2014 ergeben sich erhebliche Änderungen im bisherigen Baumasterplan der StKM. In Folge dessen werden die Projekte 1. und 2. Bauabschnitt im Klinikum Schwabing sowie 1. Bauabschnitt des Teilersatzneubaus am Klinikum Harlaching nicht mehr oder mit völlig veränderter Konzeption fortgesetzt. Dem gegenüber zeichnen sich erhebliche Kostenmehrungen im 2. Bauabschnitt der Sanierung des Klinikums Neuperlach ab.

Daher wird angestrebt, soweit rechtlich zulässig, Mittel, welche für Projekte vorgesehen waren und nun nicht mehr umgesetzt werden, auf Projekte mit höherem Finanzierungsbedarf bzw. welche im PIT des Jahres 2009 enthalten waren aber bisher nicht zu Förderung vorgesehen waren, umzuwidmen.

Zum weiteren Umgang mit dem Investitionszuschuss ist eine erneute Stadtratsbefassung notwendig. Aus Sicht der Stadtkämmerei sind für den Stadtratsbeschluss folgende Schritte für notwendig:

1. Darstellung der aktuell bezuschussten Projekte.
2. Darstellung der abgeschlossenen Projekte.
3. Darstellung der durch die aktuellen Gegebenheiten der Sanierung entfallenden Projekte und dem daraus resultierenden Umgang mit Mittelrückforderungen.

4. Darstellung der von der StKM angestrebten Umwidmung von Mitteln auf Grund der aktuellen Gegebenheiten und der Sanierung.
5. Juristische (europarechtliche) Prüfung der angestrebten Umwidmung durch die Stadtkämmerei bzw. eines von ihr beauftragten Büros (Stichwort: PIT – Fähigkeit).
6. Darstellung der Anpassung bzw. Neufassung des Bescheides aus 2010.

Im zweiten Halbjahr 2014 und im ersten Halbjahr 2015 wurden diesbezüglich mehrere Gespräche mit der StKM geführt. Hierzu wurde von der Stadtkämmerei ein Anforderungskatalog an die StKM versandt.

Die StKM teilte der Stadtkämmerei mit, dass die benötigten Unterlagen bis 31.08.2015 bereit gestellt werden. Die Aufbereitung der Unterlagen und die europarechtliche Prüfung wird einige Zeit in Anspruch nehmen, sodass eine Beschlussfassung Ende 2015 wahrscheinlich ist.

## **7. Stellenschaffung**

### **7.1 Stellenbedarf**

Mit Beschluss der Vollversammlung vom 24.07.2013 wurde die Personalausstattung für das betriebswirtschaftliche und finanzwirtschaftliche Controlling der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) festgelegt (5 VZÄ).

Mit Beschluss der Vollversammlung vom 28.05.2014 wurde die Stadtkämmerei alleiniges Betreuungsreferat für die Städtisches Klinikum München GmbH ab 01.06.2014 (1 VZÄ übertragen von Referat für Gesundheit und Umwelt).

Mit Beschluss der Vollversammlung vom 08.07.2014 wurde die Zuschaltung einer weiteren Stelle bei der Stadtkämmerei für die Betreuung der StKM festgelegt (1 VZÄ).

Aus den nachfolgenden Gründen hält die Stadtkämmerei die Zuschaltung einer weiteren, auf 3 Jahre befristeten Stelle, in der Einwertung bis zur BesGr. A 15 / EGr. E15 für erforderlich. Diese Stelle soll bei der zuständigen Hauptabteilung I angesiedelt werden.

Seit der letzten Beschlussfassung am 08.07.2014 haben sich die umfangreichen und komplexen Aufgaben, wie sie in den o.g. Vorlagen dargestellt wurden, weiter konkretisiert. Diese konnten nur durch die Ableistung von Überstunden in erheblichem Maß bei fast allen Dienstkräften in diesem Bereich überhaupt bewältigt werden.

Ab Ende Juni 2015 ist zusätzlich der Mutterschutz- und Erziehungsurlaub einer Dienstkraft in der 4. Qualifikationsebene zu kompensieren.

Ein Engpass ist unverändert der betriebswirtschaftliche Arbeitsbereich Controlling, Sanierung, Restrukturierung von Kliniken, Benchmarking und Auswertung von Gutachten. Im Hinblick auf die beginnenden Baumaßnahmen der StKM wird auch das Bauinvestitionscontrolling zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Gleichzeitig hat sich in einem laufenden innerstädtischen Ausschreibungsverfahren gezeigt, dass erhebliche Probleme bestehen, für diesen Bereich geeignetes und erfahrenes Personal zu gewinnen.

Durch den beginnenden Sanierungsprozess wird es daher als erforderlich angesehen, hochqualifiziertes Personal in der Stadtkämmerei zuzuschalten. Es ist beabsichtigt, den Bewerberkreis auch für externe Bewerberinnen und Bewerber zu öffnen. Wegen der schnellen Personalgewinnung auf hohem Qualifikations- und Erfahrungsniveau wird die Einwertung bis zur BesGr. A 15 / EGr. 15 für erforderlich gehalten.

Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass das Know-How der Stadtkämmerei in Klinikumsangelegenheiten gehalten und weiter ausgebaut werden kann.

Die konkrete Bewertung der o.g. Stelle obliegt dem Personal- und Organisationsreferat.

## **7.2 Stellenkosten**

### **7.2.1 Personalkosten**

Die Stelle bei der Hauptabteilung I soll mit der Besoldungsgruppe bis zu A 15 / bis zu Entgeltgruppe 15 bewertet werden. Für die Finanzierung der zusätzlich entstehenden Personalkosten werden jeweils die vom Personal- und Organisationsreferat vorgegebenen Jahresmittelbeträge aus tarifseitiger Bewertung angesetzt. Da die Wertigkeit der Stelle noch nicht endgültig klar ist, wird für die Stelle ein Betrag von bis zu 102.390,00 € im Jahr angesetzt.

### **7.2.2 Sachkosten**

Neben den reinen Personalkosten fallen für die Ersteinrichtung des Arbeitsplatzes einmalige Kosten i.H.v. 2.370,00 € je Stelle sowie dauerhaft bzw. auf drei Jahre befristet jährlich Sachauszahlungen i.H.v. 800,00 €.

### 7.3 Finanzierung

Die Darstellung der Finanzierung erfolgt unter Ziffer 8.3.

## 8. Haushaltmäßige Darstellung

### 8.1 Finanzierungsbedarf

Der Finanzierungsbedarf ist unter Ziffer 7.2. dargestellt.

### 8.2 Darstellung der finanziellen Auswirkungen

	dauerhaft	einmalig	befristet
<b>Summe zahlungswirksame Kosten *</b>	,--	2.370,-- in 2015	103.190,--
davon:			
Personalauszahlungen BesGr. A 15 / EGr. 15	,--	,-- in 2015	102.390,--
Sachauszahlungen**	,--	2.370,-- in 2015	800,--
Transferauszahlungen	,--	,-- in 2015	,--
Nachrichtlich Vollzeitäquivalente	Keine	Keine	1
Nachrichtlich Investition	Keine	Keine	Keine

\* Die nicht zahlungswirksamen Kosten (wie z. B. interne Leistungsverrechnung, Steuerumlage, kalkulatorische Kosten und Rückstellungen u. a. für Pensionen) können in den meisten Fällen nicht beziffert werden. Bei Besetzung von Stellen mit einem Beamten/einer Beamtin entstehen zusätzlich zu den Personalauszahlungen noch Pensions- und Beihilferückstellungen in Höhe von 50 Prozent des Jahresmittelbetrages.

### 8.3 Mittelbereitstellung

Für die Stadtkämmerei entstehen durch die Wahrnehmung der Aufgaben, die die Stellenschaffung erforderlich machen, weitere Ausgaben, die bisher nicht im Budget enthalten sind.

Die Voraussetzungen für die zentralen Mittel liegen vor, weil es sich um weitere Aufgaben im Umfeld StKM handelt, die wahrgenommen werden sollen und müssen.

#### **8.4 Dringlichkeit**

Die Bewilligung der Mittel ist aus den in Ziffer 7.1 - Stellenbedarf - ausgeführten Gründen zwingend im Rahmen dieser Beschlussvorlage nötig, um schnellstmöglich in Zusammenarbeit mit dem Personal- und Organisationsreferat ein entsprechendes Stellenbesetzungsverfahren einleiten zu können.

Der Aufsichtsrat erhält diese Beschlussvorlage zeitgleich mit dem ehrenamtlichen Stadtrat und kann dazu in der Aufsichtsratssitzung am 24.07.2015 eine Empfehlung aussprechen. Der Stadtrat wird am 29.07.2015 über das Ergebnis informiert.

Die Beschlussvorlage ist mit dem

- Personal- und Organisationsreferat,
  - Referat für Stadtplanung und Bauordnung,
  - Kommunalreferat,
  - Referat für Gesundheit und Umwelt,
  - Kreisverwaltungsreferat - Rettungszweckverband,
  - Seniorenbeirat der Landeshauptstadt München und
  - der Frauengleichstellungsstelle der Landeshauptstadt München
- abgestimmt.

Diese Referate sowie die Frauengleichstellungsstelle der Landeshauptstadt München und der Seniorenbeirat der Landeshauptstadt München haben Abdruck der Vorlage erhalten.

Eine fristgerechte Vorlage nach Nr 2.7.2 der AGAM war wegen den komplexen Sachthemen, der bis zum Redaktionsschluss andauernden Datenlieferungen und Berechnungen und der Abstimmung mit den o.g. Dienststellen nicht möglich. Die Behandlung im heutigen Ausschuss ist erforderlich, um mit der Sanierungsumsetzung bei der StKM unverzüglich beginnen zu können.

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 und Anhang 2 der BA-Satzung).

Der Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

Die Vollversammlung des Stadtrates der Landeshauptstadt München hat in der Sitzung am 25.01.2012 (Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 08487) beschlossen, dass dem Stadtrat quartalsweise über die Fortschritte der Sanierung der StKM berichtet wird. In der

Vollversammlung am 27.06.2012 hat der Stadtrat als Ziffer 4 neu zur Vorlage „Städtisches Klinikum München GmbH; Medizinische Architektur und Baumasterplan“ Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 09786 beschlossen das Betreuungsreferat RGU zu beauftragen, die vierteljährlich dem Stadtrat vorzulegenden Berichte zum Sanierungscontrolling um eine Berichterstattung zu den umgesetzten Baumaßnahmen aus den Konzepten zur Medizinarchitektur und Baumasterplan zu ergänzen. Weiter sollen grundlegende Änderungen der Medizinischen Architektur und des Baumasterplans dem Gesundheitsausschuss zur Beratung und Beschlussfassung vorgelegt werden. Dabei sind durch die Geschäftsführung der StKM sich aufgrund des Medizinkonzepts eventuell ergebende Leistungsänderungen qualitativ und quantitativ zu beziffern. Damit ist eine laufende Berichterstattung an den ehrenamtlichen Stadtrat sichergestellt.

Der Korreferent der Stadtkämmerei, Herr Michael Kuffer, hat Abdruck der Beschlussvorlage erhalten.

## II. Antrag des Referenten

1. Der Stadtrat bekräftigt seinen Willen, die Städtisches Klinikum München GmbH als stadteigenes Unternehmen zur Sicherung der Krankenhausversorgung zu erhalten und zu sanieren.
2. Der Vortrag wird zur Kenntnis genommen.
3. Der Stadtrat stimmt dem vorgetragenen **Sanierungsumsetzungskonzept**, bestehend aus
  - Medizinkonzept
  - Personalkonzept
  - Baukonzept
  - Optimierungsmaßnahmen im Bereich Betriebe und Dienstleistungenzu und beauftragt die Geschäftsführung der StKM mit der Umsetzung im Rahmen der folgenden Vorgaben.
4. Der Stadtrat stimmt der Umsetzung des vorgetragenen **Medizinkonzepts** (Anlage 1) - inkl. dem Konzept zur Notfallversorgung - zu.  
Den Vorgaben des Stadtrats hinsichtlich der Notfallvorhaltungen wird damit entsprochen. Sofern sich im Rahmen der Abstimmung mit den Förderbehörden, aus den Ergebnissen des „Runden Tisches“ zur Notfallversorgung oder im Verlauf der weiteren Planung wesentlicher Änderungsbedarf ergibt, ist der Stadtrat erneut mit der Konzeption zu befassen.
5. Der Stadtrat stimmt den **Optimierungsmaßnahmen** im Bereich **Betriebe und Dienstleistungen** (Anlage 4) zu.



- Der Stadtrat stimmt einer Ausschreibung und Fremdvergabe der Verpflegung und des Hausdienstes zu.
- Der Stadtrat stimmt der Durchführung einer Ausschreibung zum Verkauf des Blutspendedienstes in Verbindung mit dem Fremdbezug von Blutprodukten zu.
- Der Stadtrat stimmt der Durchführung einer Ausschreibung (Teilnahmewettbewerb mit anschließendem Verhandlungsverfahren) für die Auswahl einer Einkaufsgemeinschaft zu.

6. Der Stadtrat stimmt dem **Personalkonzept** (Anlage 2) - insbesondere der vorgetragenen Anpassung des bestehenden Personals über Fluktuation, auslaufende Befristungen und Verrentungen (Fluktuation i.w.S.) bis 2022 - entsprechend Sanierungsumsetzungskonzept - mit den folgenden Maßgaben zu:

- Sofern erforderliche Personalanpassungen entsprechend der Unternehmens- und Sanierungsplanung über diese Fluktuation bzw. eine andere bedarfs-, qualifikations- und vergütungsgerechte Beschäftigung im Unternehmen nicht realisierbar sind, wird den betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Versetzung in eine StKM-interne Qualifizierungs-/Beschäftigungsabteilung angeboten.
- Die StKM wird von den sich dadurch verschlechterten Betriebsergebnissen in dieser Höhe im Interesse eines sozialverträglichen Personalabbaus entlastet.

Vorstehender Absatz steht unter dem Vorbehalt, dass dies EU-rechtlich zulässig ist.

Die Stadtkämmerei wird beauftragt zu prüfen, wie ein Ausgleich erhöhter Kosten gegenüber der StKM im Rahmen der Abstimmung der EU-Rahmenbedingungen mit dem Bayerischen Wirtschaftsministeriums, dem Bundeswirtschaftsministeriums und der EU-Kommission möglich ist. Die Stadtkämmerei wird ferner beauftragt, das Ergebnis der EU-rechtlichen Prüfung und deren Handlungsalternativen unverzüglich, spätestens jedoch im Herbst 2015, in den Stadtrat einzubringen.

Sofern bedarfs- und qualifikations- und vergütungsgerechte Versetzungen möglich sind und wiederholt von den betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern abgelehnt werden, oder nicht möglich sind, und auch eine Umsetzung in die Qualifizierungs- / Beschäftigungsabteilung abgelehnt werden, sind arbeitsrechtliche Maßnahmen möglich.

7. Der Stadtrat stimmt dem auf dem Medizinkonzept basierenden **Baukonzept** (Anlage 3) zu. Die Geschäftsführung StKM wird beauftragt, den Baumasterplan entsprechend dem Sanierungsgutachten weiterzuentwickeln und umzusetzen. Das Baukonzept ist primär auf einen optimalen Krankenhausbetrieb auszurichten.

Für die Geschäftsführung der StKM besteht weiterhin die Verpflichtung, Anträge für Bauprojekte zur Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm des Freistaates Bayern vor Abgabe bei der Regierung von Oberbayern von der Gesellschafterin

beschließen zu lassen. Gleiches gilt für sonstige Bau- und Investitionsprojekte mit einem Volumen größer 6 Mio. € brutto. Die Umsetzung der Maßnahmen sind von der Stadtkämmerei zu überwachen und regelmäßig zu berichten.

Zur weiteren Realisierung wird auf die Beschlüsse des Stadtrates zum Ankauf einer Baugesellschaft in der heutigen Sitzung verwiesen (Sitzungsvorlagen Nr. 14-20 / V 03372 und Nr. 14-20 / V 03704).

8. Die auf Basis der BV 08.07.2014 geschlossene Finanzierungsvereinbarung zur Zuwendung von 382 Mio. € hat weiterhin Bestand. Der Stadtrat ist erneut zu befassen, wenn auf Grund der EU-rechtlichen Abstimmungen eine Änderung notwendig ist.
9. Der Stadtrat beauftragt die Geschäftsführung über die Gespräche / Verhandlungen mit den Gewerkschaften zu informieren.
10. Der Stadtrat stimmt eine Neuverteilung der Versorgungslasten dem Grunde nach zu und beauftragt die Verwaltung zur Ausarbeitung einer entsprechenden vertraglichen Vereinbarung nach rechtlicher Prüfung. Der Stadtrat ist mit dem Konzept einer Neuverteilung bis spätestens Ende 2016 zu befassen.
11. Soweit der Grund für eine Zuweisung von Beamtinnen und Beamten entfallen ist, hat die Geschäftsführung der StKM in Abstimmung mit dem Personal- und Organisationsreferat die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten.
12. Der Stadtrat fordert die Geschäftsführungen der anderen städtischen Beteiligungsgesellschaften dazu auf, Beschäftigte der StKM im Rahmen von Einstellungen und Nachbesetzungen vorrangig zu übernehmen.
13. Die Beauftragung der Stadtverwaltung durch den Stadtrat zur Erstellung eines Nachnutzungskonzepts für medizinnaher Nutzungen der freiwerdenden Flächen hat Bestand. Das Konzept ist dem Stadtrat bis spätestens Ende 2016 vorzulegen. Die Stadtverwaltung wird hierzu ermächtigt, ohne weitere Befassung des Stadtrats das Vergabeverfahren zur Unterstützung der Entwicklung eines Gesamtkonzept für alle freiwerdenden Flächen der Kliniken durchzuführen und den Zuschlag auf das jeweils wirtschaftlichste Angebot zu erteilen.
14. Die Gesellschafterin ist weiterhin quartalsweise - sowie außerordentlich bei Vorkommnissen von besonderer Bedeutung - über den Geschäfts- und Sanierungsverlauf der StKM durch das Betreuungsreferat zu informieren.
15. Soweit in den vorstehenden Antragspunkten Aufträge an die Geschäftsführung der StKM erteilt werden, wird der Oberbürgermeister als Vertreter der Alleingeschafterin ermächtigt und beauftragt, dies im Wege von Weisungen der Alleingeschafterin und im Rahmen von Gesellschafterversammlungen umzusetzen.
16. Der Beschluss vom 08.07.2014 Ziffer 16 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00463)  
„Das Kommunalreferat wird beauftragt, bezüglich der betriebsnotwendigen Fläche des

Grundstücks Flst. 137/33 Gemarkung Freimann einen Erbbaurechtsvertrag (mit marktüblichen Erbbauzins) mit der StKM zu verhandeln und dem Stadtrat zur Entscheidung vorzulegen. Das Grundstück wird zunächst aus dem Gewerbeförderprogramm genommen. Sollten Teilflächen nicht zu Klinikzwecken benötigt werden, werden diese wieder in das Gewerbeförderprogramm aufgenommen.“

wird auf Grund des Wegfalls des klinikseitigen Bedarfes der Fläche des Grundstücks Flst. 137/33 Gemarkung Freimann aufgehoben.

17. Die Stadtkämmerei wird beauftragt, die befristet erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von bis zu 102.390,00 € entsprechend der tatsächlichen Besetzung der Stelle bei den Ansätzen der Personalauszahlungen beim Kostenstellenbereich SK21100100, Unterabschnitt 0300 anzumelden. Im Ergebnishaushalt entsteht bei der Besetzung mit Beamten/-innen durch die Einbeziehung der erforderlichen Pensions- und Beihilferückstellungen ein zusätzlicher Personalaufwand in Höhe von 39.610,00 € (50 % des JMB).
18. Die Stadtkämmerei wird beauftragt, die im Zusammenhang mit der Stellenbesetzung für drei Jahre befristeten erforderlichen Sachkosten in Höhe von je 800,00 € jährlich sowie einmalig 2,370,00 € (Ersteinrichtung des Arbeitsplatzes) entsprechend der Besetzung für die jeweiligen Haushaltsjahre zusätzlich anzumelden.
19. Die Stadtkämmerei wird beauftragt, in Abstimmung mit dem Personal- und Organisationsreferat eine Stellenbemessung gemäß dem Leitfaden zur Stellenbemessung durchzuführen, um festzustellen, ob und in welchem Umfang über die vorläufige Befristung hinaus ein Stellenbedarf besteht. Nach Feststellung des Personalbedarfs ist eine erneute Stadtratsentscheidung herbeizuführen.
20. Die Petition „München droht Schließung des Geburtshauses“ wird zur Kenntnis genommen.  
Der Bitte der Petition kann nur im Rahmen des Vortrages entsprochen werden. Das Kommunalreferat wird beauftragt, den Initiatoren der Petition das Ergebnis der Stadtratsbefassung mitzuteilen.
21. Die Petition „Lasst den Münchner Blutspendedienst in kommunaler Hand!“ wird zur Kenntnis genommen. Der Bitte der Petition kann nicht entsprochen werden. Die Stadtkämmerei wird beauftragt, den Initiatoren der Petition das Ergebnis der Stadtratsbefassung mitzuteilen.
22. Der Antrag des Seniorenbeirats vom 18.05.2015 ist damit satzungsgemäß erledigt.
23. Die Anträge:
  - Antrag Nr. 08-14 / A 01377 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 01.03.2010, eingegangen am 01.03.2010

- Antrag Nr. 08-14 / A 01568 von Frau StRin Eva Maria Caim, Frau StRin Dr. Manuela Olhausen vom 19.05.2010, eingegangen am 19.05.2010
- Antrag Nr. 08-14 / A 02277 von Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR. Dr. Georg Kronawitter vom 07.03.2011, eingegangen am 07.03.2011
- Antrag Nr. 08-14 / A 02649 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 15.07.2011, eingegangen am 15.07.2011
- Antrag Nr. 08-14 / A 02960 der Stadtratsfraktion der CSU vom 02.12.2011, eingegangen am 05.12.2011
- Antrag Nr. 08-14 / A 03877 von Frau StRin Dr. Manuela Olhausen, Frau StRin Eva Caim vom 06.12.2012, eingegangen am 06.12.2012
- Antrag Nr. 08-14 / A 04723 von Herrn StR Josef Schmid vom 22.10.2013, eingegangen am 22.10.2013
- Antrag Nr. 08-14 / A 04993 von Frau StRin Eva Maria Caim vom 16.01.2014, eingegangen am 16.01.2014
- Antrag Nr. 14-20 / A 00012 von DIE LINKE vom 19.05.2014, eingegangen am 20.05.2014
- Antrag Nr. 14-20 / A 00388 der ÖDP vom 05.11.2014, eingegangen am 05.11.2014
- Antrag Nr. 14-20 / A 00565 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN/RL vom 17.12.2014, eingegangen am 17.12.2014
- Antrag Nr. 14-20 / A 00597 von Herrn StR Alexander Reissl vom 16.01.2015, eingegangen am 16.01.2015
- Antrag Nr. 14-20 / A 00744 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN/RL vom 10.03.2015, eingegangen am 10.03.2015
- Antrag Nr. 14-20 / A 00801 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015
- Antrag Nr. 14-20 / A 00802 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015
- Antrag Nr. 14-20 / A 00803 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015
- Antrag Nr. 14-20 / A 00804 von Herrn StR Dr. Hans Theiss, Herrn StR Michael Kuffer, Frau StRin Eva Maria Caim, Herrn StR Dr. Reinhold Babor vom 20.03.2015, eingegangen am 20.03.2015

sind damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.

24. Die Anträge:

- BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00201 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 18 – Untergiesing-Harlaching vom 15.07.2014 (ED 17.07.2014)
- Empfehlung Nr. 14-20 / E 00159 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West am 09.10.2014
- BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00621 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West vom 26.11.2014 (ED 01.12.2014)
- BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00642 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 16 – Ramersdorf-Perlach vom 02.12.2014 (ED 04.12.2014)
- BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00788 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 18 – Untergiesing-Harlaching vom 20.01.2015 (ED 21.01.2015)
- BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00819 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West vom 28.01.2015 (ED 03.02.2015)
- BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 00935 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West vom 25.02.2015 (ED 02.03.2015)
- BA-Antrags-Nr. 14-20 / B 01289 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 18 – Untergiesing-Harlaching vom 16.06.2015 (ED 18.06.2015)

sind damit satzungsgemäß erledigt.

25. Der Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

### **III. Beschluss**

nach Antrag.

Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der / Die Vorsitzende

Der Referent

Ober/Bürgermeister/-in

Dr. Ernst Wolowicz  
Stadtkämmerer

- IV. Abdruck von I. mit III.  
über den Stenografischen Sitzungsdienst  
**an das Direktorium - Dokumentationsstelle**  
**an das Revisionsamt**  
**an die Stadtkämmerei – HAI/1**  
z. K.

- V. WV Stadtkämmerei – HAI/1  
[/app/appdata/opentransformer/tmp/opentransformer\\_renderer\\_input7063537698806745252.odt](/app/appdata/opentransformer/tmp/opentransformer_renderer_input7063537698806745252.odt)

Stadtkämmerei

SKA-HAI/1

- I. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.
  
- II. **An die Geschäftsführung der StKM, 5-fach**  
**an das B-OB, z. Hd. Frau Pöverlein-Schmidt**  
**an das Personal- und Organisationsreferat, POR-P2**  
**an das Kreisverwaltungsreferat, Geschäftsstelle RZW,**  
**an das Referat für Gesundheit- und Umwelt, RGU-S-RM**  
**an das Kommunalreferat, KR-IS-KD-GV-O**  
**an das Referat für Stadtplanung und Bauordnung, PLAN-HAIV-31T**  
**an das Referat für Stadtplanung und Bauordnung, PLAN-HAII-23P**  
**an das Sozialreferat, S-Z-B**  
**an das Direktorium, BAG-Mitte, für BA 04 - Schwabing-West, 3-fach**  
**an das Direktorium, BAG-Ost, für BA 16 - Ramersdorf-Perlach, 3-fach**  
**an das Direktorium, BAG-Ost, für BA 18 - Untergiesing-Harlaching, 3-fach**  
**an die Frauengleichstellungstelle der Landeshauptstadt München**  
**an den Seniorenbeirat der Landeshauptstadt München**

z. K.

Am .....

Im Auftrag