LOHFERT & LOHFERT AG

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz

Anlage 1 zur

Drucksachen-Nr.

2026 / 221 / 2

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz

Medizinkonzept 2.1 (öffentliche Sitzung Kreistag 02.11.2026)



Philipp Letzgus, Florian Thieme

Konstanz/Hamburg, 13.08.2026

Agenda

Projektteam & Vorgehen

Leistungsanalyse & Modellierung (2.1)

Zusammenfassung/Kapazitäten

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Vorstellung des Projektteams

Team	 **Philipp Letzgus** Prokurist	 **Florian Thieme** *Consultant*
Ausbildung und Berufserfahrung	Studium Wirtschaftsmathematik an der OvG-Universität Magdeburg (Abschluss: Diplom) Studium Management and Economics an der OvG-Universität Magdeburg (Abschluss: B.Sc.) Mehrjährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen und Krankenhaussektor, seit 2013 bei der Lohfert & Lohfert AG	B.Sc. Medical Controlling and Management, MSH Medical School Hamburg Zertifizierter Qualitätsmanagement-Beauftragter Seit 2023 bei der Lohfert & Lohfert AG tätig
Inhaltliche Schwerpunkte	Kompetenzbereichsleiter für Strategie und Planung (inkl. Leistungssteuerung und Krankenhausplanung) • Zukünftige Krankenhaus- und Versorgungsstrukturen • Konzeption, Modellierung und Umsetzung der strategischen Leistungsstrukturplanung für Krankenhäuser • Ökonomische Bewertungen von medizinstrategischen Projekten • DD-Projekte • Finanzstruktur und Businessplanung	Strategische Medizinkonzeption mit dem Schwerpunkt des Controllings Strukturüberprüfungen zum KHVVG Krankenhausplanung mit dem Schwerpunkt der Erstellung von überregionalen Versorgungskonzepten und Kooperationen im Rahmen des KHVVG

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Vorgehen Med. Fortschreibung

Alle Faktoren werden auf Einzelfallebene berücksichtigt

Demografische Entwicklung

Geo-Ebene: Kreis-Ebene als kleinste geografische Einheit

Geschlecht: Separate Berücksichtigung der Geschlechter zur Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Krankheitsbilder

Altercluster: i.d.R. 5-Jahres-Cluster ergänzt um 0-Jährige sowie die Altersklasse über 90-Jährige

Ambulantisierung

Zur Identifikation ambulant-sensitiver Fälle werden versch. Kriterien genutzt gemäß **AOP-Katalog 2025**. Zusätzlich wurde der **IGES Algorithmus für konservative Leistungen** berücksichtigt

Identifizierte Fälle werden anteilig bis zu dem Zieljahr 2035 linear „abgeschrieben“

VWD-Trend

Trend der letzten Jahre je Basis-DRG wird in die Zukunft fortgeschrieben

Wechselwirkungen zur demografischen Entwicklung: Durchschn. VWD steigt, da ältere Menschen komplexere Krankheiten haben, multimorbide sind und generell längere VWD aufweisen

Wechselwirkung Ambulantisierung: Durchschn. VWD steigt, da Fälle mit geringer VWD nicht mehr stationär versorgt werden

Anmerkung: Vereinfachte Darstellung des Algorithmus. Weitere Details reichen wir auf Anfrage gerne nach.
© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Strategische Einflussfaktoren können in unterschiedlichen Analysen abgeleitet werden und weisen dabei direkte Implikationen auf das medizinische Zielbild auf

1.) Historische Entwicklung
Rückführung auf (absolutes) historisch erreichtes Niveau

Rechenbeispiel
2030: 500 Fälle
2025: 400 Fälle
Faktor 1,25

2.) Erreichung Zielmarktanteil
Angleichung auf hist. Marktanteil, z. B. durch Angleichung auf Marktanteil einer LG desselben IB

3.) Markt-auffälligkeiten
Fehlendes Angebot induziert durch fehlende Nachfrage, Markt für singuläre Fragestellungen ggf. nicht repräsentativ

4.) Aktuelle Entwicklungen
Berücksichtigung unterjähriger Leistungsent-wicklung, z. B. bei Chefarzt, -ärztin-Wechsel

a.) Umzüge
Leistungs-, Abteilungs- oder Standortumzüge …auch zwischen Standorten

5.) Corona Ausnahmejahr
Stat. Fallzahl-Rückgang durch Pandemie, Berücksichtigung eines Angleichs bei nachhaltigen Effekten

6.) Wettbewerb
Antizipieren der med. strateg. Aktivitäten des Wettbewerbs

7.) Ordnungs-politische Rah-menbedingungen
Antizipierbare Änderungen in der Versorgung durch z. B. G-BA Vorgaben

b.) Neue Leistungssegmente
Hinzufügen neuer Leistungssegmente

8.) Besondere Effekte
Alleinstellungsmerkmale im überregionalen Markt wie z. B. internationale Strahlkraft in der Wissenschaft

9.) Krankenhaus-planung
Veränderungen hin zu mehr Bedarfs- und Qualitätsorientierung gewinnen an Stellenwert

1.-9.: Veränderungsfaktoren
a.,b.: Umsetzung über Verschiebung und neue Leistungen

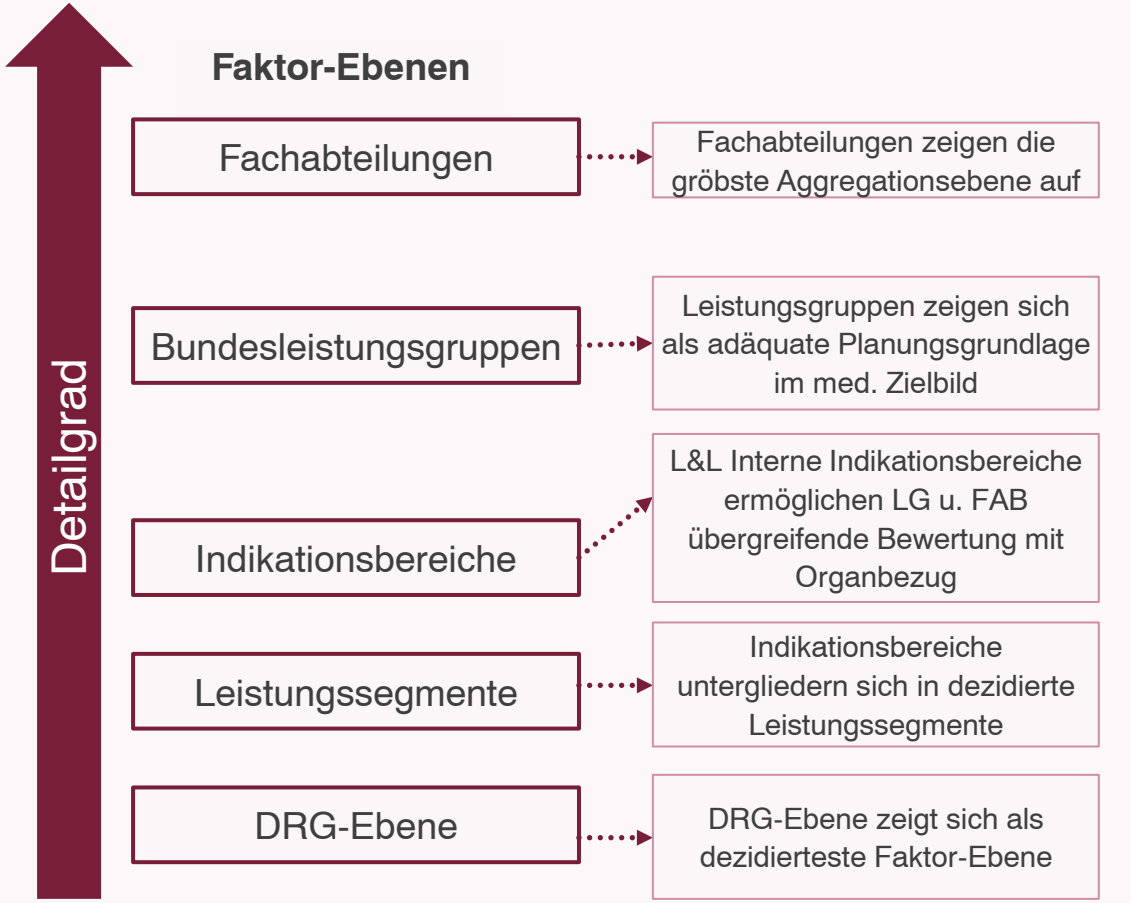
Ziel: Strategische Leistungsplanung

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Strategische Einflussfaktoren können zudem auf verschiedenen Aggregationsebenen angewendet werden – Detailgrad dabei variabel



Die aus den Ableitungen und Analysen resultierenden strategischen Faktoren können auf verschiedene Aggregationsebene abgewendet werden → Diese weisen unterschiedliche Detaillierungsgrade auf und ermöglichen somit eine hochspezifische und individuelle Leistungsfortschreibung



© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Agenda

Projektteam & Vorgehen

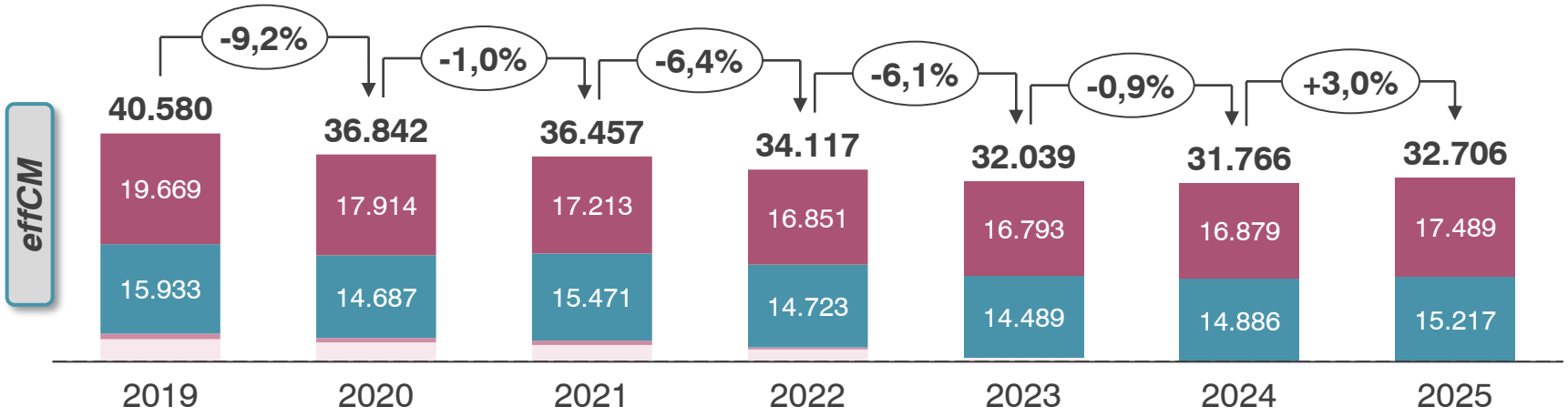
Leistungsanalyse & Modellierung (2.1)

Zusammenfassung/Kapazitäten

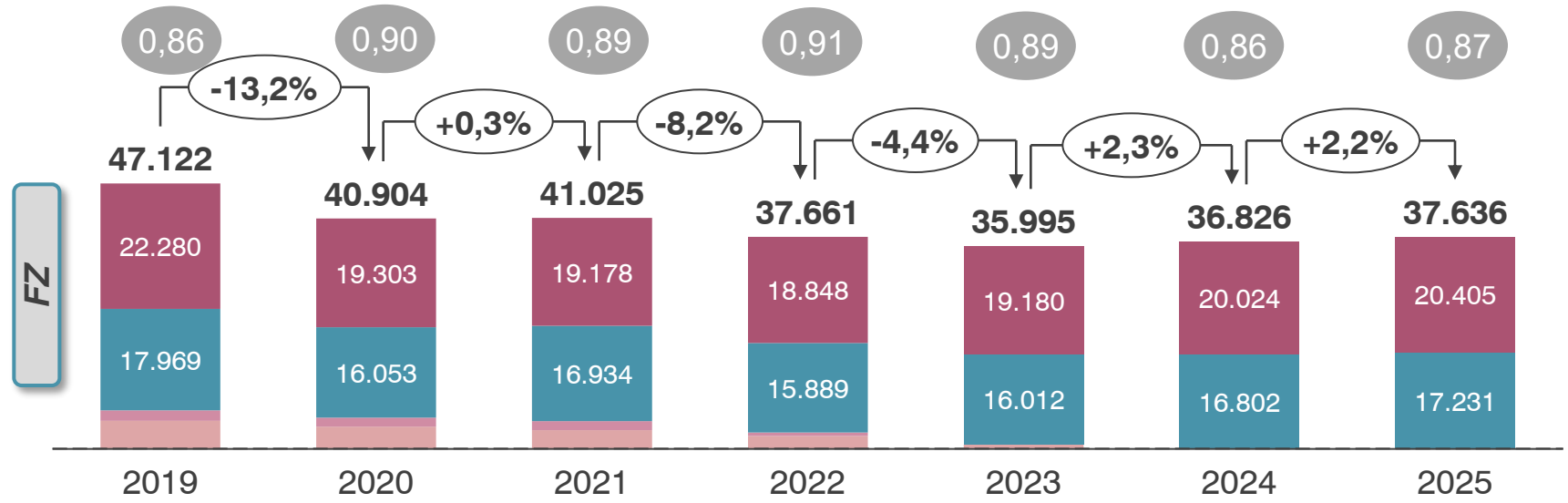
© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

GLKN | In 2025 kann primär im Bereich des effCM eine positive Leistungsentwicklung verzeichnet werden – Fallvolumen ebenfalls mit positiver Entwicklung

Entwicklung der effektiven Case-Mix-Punkte, 2019 bis HR 2025



Entwicklung des Case-Mix-Index und der Fallzahl, 2019 bis HR 2025



Dargestellt ist die Leistungsentwicklung auf Standortebene – Dabei zeigt sich in der Betrachtung des Jahres 2025 eine positive Leistungsentwicklung an beiden Standorten

Gerade die Betrachtung des effCM zeigt dabei eine relevant positive Entwicklung (+3,0%)

Die positive FZ-Entwicklung des Vorjahres kann dabei auch im Jahr 2025 bestätigt werden (+2,2%)

Dadurch zeigt sich der CMI des Jahres 2025 im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls leicht erhöht

Hinweis: *ohne Leistungszahlen für Psychosomatik am HBK*

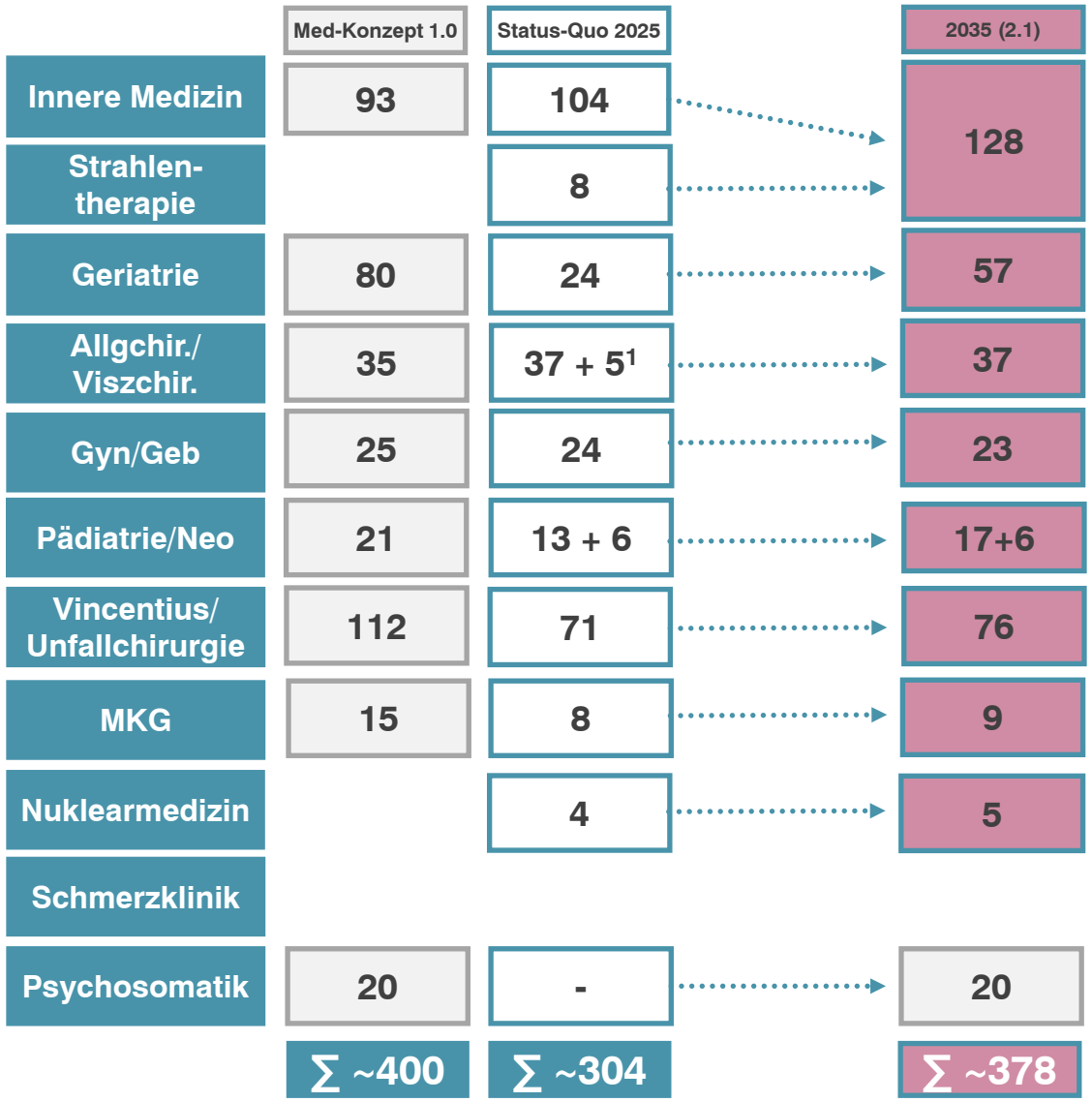
Singen
Stühlingen
Konstanz
Radolfzell

Quelle: § 21 Daten KHEntgG; inkl. Hybrid-DRGs

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Ergebnis Med. Konzept 2.1

Konstanz | Weiterhin mit drei gr. Säulen Innere Medizin, Geriatrie und Orthopädie



Hinweis. Betten sind aufgerundet und bilden den Bedarf inkl. Intensiv/IMC
1) inkl. Thoraxchirurgie

Hinweis: Status quo sind die tatsächlich belegten Betten in 2025 mit entsprechenden Auslastungen. Hier an sinnvollen Stellen leichte Abweichungen zum KH-Plan

Beschreibung der resultierenden Bettenbedarfe:

Pädiatrie/Nach entlassender Fachabteilung und aufgrund der Spezifitäten der mitbehandelten Kinder zeigt sich ein leicht höherer Bedarf in der Verortung

Die Ausführungen im Bereich der Pädiatrie zeigen eine sichtbare Steigerung der Kapazitäten

Die Bereiche der Inneren Medizin erfahren durch die umfassendere kardiologische Ausgestaltung am Standort einen sichtbaren Leistungszuwachs im Zieljahr des 2.1 Konzeptes

Die Unfallchirurgie verzeichnet im angepassten medizinischen Zielbild eine leichte Reduktion in den Bettenbedarfen den Zieljahres, insbesondere aufgrund der stark fallenden Verweildauern im Bereich Endoprothetik

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Singen | Singen als umfassender Level-3 Versorger

	Med-Konzep 1.0	Status-Quo 2025	2035 (2.1)
Med. I	128[1]	112	132
Med. II			
Pädiatrie/Neo/ KiChi	35	25	30[3]
Allgchir. + Thorax	53[2]	32	38
Unfallchir.	25	30	31
Neurochir.	27	17	27
Gefäßchir.	30	28	29
Urologie	37	36	38**
Gyn/Geb	34	34	33
Neuro/Stroke	39	30	33
Herzchir.	0*	0	22
Psychosom.		20	
	∑~ 410	∑~ 364	∑~ 410[2]

Hinweis. Betten sind aufgerundet und bilden den Bedarf inkl. Intensiv/IMC

1) inkl. bis zu 35 B. aus Radolfzell & Stühlingen 2) inkl. bis zu 5 Betten aus Radolfzell & Stühlingen
2) CAVE: Hybrid-Potenzial nicht exludiert
3) Aufzählung enthält 10 Neobetten (20 Betten für Pädiatrie / Kinderchir. + 10 Neobetten)

Hinweis: Status quo sind die tatsächlich belegten Betten in 2025 mit entsprechenden Auslastungen gemäß KH-Plan

Beschreibung der resultierenden Bettenbedarfe:

Pädiatrie: Nach entlassender Fachabteilung und aufgrund der Spezifitäten der mitbehandelten Kinder zeigt sich ein leicht höherer Bedarf in der Verortung – Im Vergleich zu Konstanz umfasst das beschriebene Konzept zusätzlich eine kinderchirurgische Abteilung, welche mit einem Bedarf von 3 Betten modelliert wurde

In der Betrachtung der pädiatrischen Bettenanzahl zeigt sich diese mit 16 Betten im Vergleich zu anderen Perinatalzentren des Level 1 gering

Ergänzend kommt die Herzchirurgie (inklusive eines relevanten ITS-Anteils) dazu

* Im Medizinkonzept 1.0 waren die Betten für die Herzchirurgie nur als mögliches Modul 1 geplant

** Inklusive relevanter Hybridanteile

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Zielbild Konstanz 2035 nach BLG

In folgenden Bereichen wurde mit Leistungszuwächsen modelliert

- Ausbau der Kardiologie spiegelt sich insb. in den BLG EPU und Interventionelle Kardiologie wider
- Steigerung des Fallaufkommens der BLG Allgemeine Innere Medizin als Konsequenz des Ausbau Kardiologischer (Notfall-)Versorgung
- Solides Wachstum in der Orthopädie und Unfallchirurgie, insbesondere Revisionen
- Relevanter Ausbau der Bundesleistungsgruppe Geriatrie
- Bereich der Kinder- und Jugendmedizin kann ebenfalls eine sichtbare Steigerung im Vergleich zum Vorjahr verzeichnen
- Leichte Zunahme in der BLG Stroke Unit (Telemedizin) als Konsequenz der erweiterten Rolle in der Notfallversorgung
- Schließung Belegabteilungen

In folgenden Leistungsgruppen wurden Verschiebungen modelliert

- Konstanz zeigt sich abweichend zum med. Konzept 2.1 mit einer umschriebenen gefäßchirurgischen Kompetenz
- Zentralisierung Wirbelsäuleneingriffe am Neubau in Singen
- Zentralisierung BLG Lebereingriffe, Pankreaseingriffe und Tiefe Rektumeingriffe am Neubau in Singen
- Verschiebung BLG Urologie und BLG Ovarial-CA zum Neubau in Singen

BLG Nr.	Leistungsgruppe	Fallzahl	
		2025	2035
A	B	C	D
1	Allgemeine Innere Medizin	4.892	5.362
4	Komplexe Gastroenterologie	33	36
9	*Leukämie und Lymphome*	*6*	
10	EPU/ Ablation	11	207
11	Interventionelle Kardiologie	333	712
12	Kardiale Devices	19	42
14	Allgemeine Chirurgie	3.760	3.625
18	*Bauchaortenaneurysma*	*6*	
19	Carotis operativ/ interventionell	85	98
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	73	89
23	Endoprothetik Hüfte	923	1.088
24	Endoprothetik Knie	778	913
25	Revision Hüftendoprothese	106	169
26	Revision Knieendoprothese	121	189
27	Spezielle Traumatologie	69	81
28	*Wirbelsäuleneingriffe*	*76*	
29	*Thoraxchirurgie*	*3*	
30	Bariatrische Chirurgie	71	72
31	*Lebereingriffe*	*5*	
34	*Tiefe Rektumeingriffe*	*16*	
35	*Augenheilkunde*	*89*	
37	MKG	604	658
38	*Urologie*	*7*	
39	Allgemeine Frauenheilkunde	839	794
40	*Ovarial-CA*	*8*	
41	Senologie	172	195
42	Geburten	987	1.080
43	Perinataler Schwerpunkt	1.008	1.149
45	*Perinatalzentrum Level 2*	*1*	*1*
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1.320	1.508
50	*HNO*	*141*	
54	Stroke Unit	165	356
56	Geriatrie	240	665
57	Palliativmedizin	264	285
Gesamt Konstanz		**17.231**	**19.374**

Quelle: Strategiebericht L&L

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Zielbild Neubau in Singen 2035 nach BLG

In folgenden Bereichen wurde mit Leistungszuwächsen modelliert

- Ausbau der kardiologischen BLG inkl. Etablierung MitraClips u. TAVIs, diese spiegeln sich in der BLG Interventionelle Kardiologie wider + Etablierung einer im Konzept abgestimmten herzchirurgischen Leistungserbringung
- Steigerung des Fallaufkommens der BLG Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie
- Verschiebungen und Ausgleichseffekte sowie Leistungssteigerungen in der Viszeralchirurgie u.a. zur sicheren Erfüllung der bestehenden und zukünftigen Mindestmengen
- Verschiebungen aus Konstanz und leichter Ausbau der Urologie
- Verschiebungen BLG Ovarial CA aus Konstanz nach Singen
- Ausbau der Neurologie insb. BLG Stroke Unit
- Ausgleichseffekte Neonatologie und Pädiatrie insb. MM Level 1
- Aufbau der Neurochirurgie spiegelt sich neben den Wirbelsäuleneingriffen auch in der BLG Neurochirurgie und der BLG Allgemeine Chirurgie wider
- Aufwuchs im Bereich der Kinder- und Jugendchirurgie im Zielbild

In folgenden Leistungsgruppen wurden Verschiebungen modelliert

- Zentralisierung der BAA-Leistungen im Rahmen der BLG 18 (Mindestmenge) Herzchirurgie aus Konstanz als neues Segment

BLG Nr.	Leistungsgruppe	Fallzahl	
		2025	2035
A	B	C	D
1	Allgemeine Innere Medizin	3.259	3.395
4	Komplexe Gastroenterologie	888	956
9	Leukämie und Lymphome	5	82
10	EPU/ Ablation	255	276
11	Interventionelle Kardiologie	775	857
12	Kardiale Devices	62	71
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention		250
14	Allgemeine Chirurgie	3.624	3.868
15	Kinder- und Jugendchirurgie	4	339
18	Bauchaortenaneurysma	38	53
19	Carotis operativ/ interventionell	87	106
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	159	186
21	Herzchirurgie		287
23	*Endoprothetik Hüfte*	*1*	
25	*Revision Hüftendoprothese*	*1*	
27	Spezielle Traumatologie	43	46
28	Wirbelsäuleneingriffe	451	800
29	Thoraxchirurgie		2
31	Lebereingriffe	4	10
32	*Ösophaguseingriffe*	*1*	*0*
33	Pankreaseingriffe	22	31
34	Tiefe Rektumeingriffe	18	41
35	*Augenheilkunde*	*1*	
37	*MKG*	*1*	
38	Urologie	2.951	3.095
39	Allgemeine Frauenheilkunde	1.045	985
40	Ovarial-CA	16	22
41	Senologie	223	219
42	Geburten	1.399	1.527
43	Perinataler Schwerpunkt	1.507	1.635
44	Perinatalzentrum Level 1	29	33
45	Perinatalzentrum Level 2	7	8
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1.618	1.924
52	Neurochirurgie	42	413
53	Allgemeine Neurologie	997	1.078
54	Stroke Unit	657	854
57	Palliativmedizin	215	239
Gesamt Singen		**20.405**	**23.687**

Quelle: Strategiebericht L&L

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Agenda

Projektteam & Vorgehen

Leistungsanalyse & Modellierung (2.1)

Zusammenfassung/Kapazitäten

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Adaptiert aus Vorprojekt

Konstanz | Die derzeitigen Strukturen in Konstanz werden fortgeführt und umfassend genutzt

1 Anzahl der OP-Säle und HKL

Für die sich aus der medizinstrategischen Leistungsplanung ergebenden Kapazitätsbedarfe sind die derzeitigen Strukturen am Standort Konstanz ausreichend vorhanden

2 HKL nötig

2 Bedarf an Großgeräten, Endoskopie und Notaufnahmen

Die Bedürfnisse der Notaufnahme sollten im Hinblick auf die zunehmende Ambulantisierung angepasst werden

Alle vorhandenen Strukturen sind ausreichend dimensioniert (partielle Ertüchtigungen nötig)

Der Ausbau der ambulanten Strukturen muss an den richtigen Stellen geschehen

3 Betten

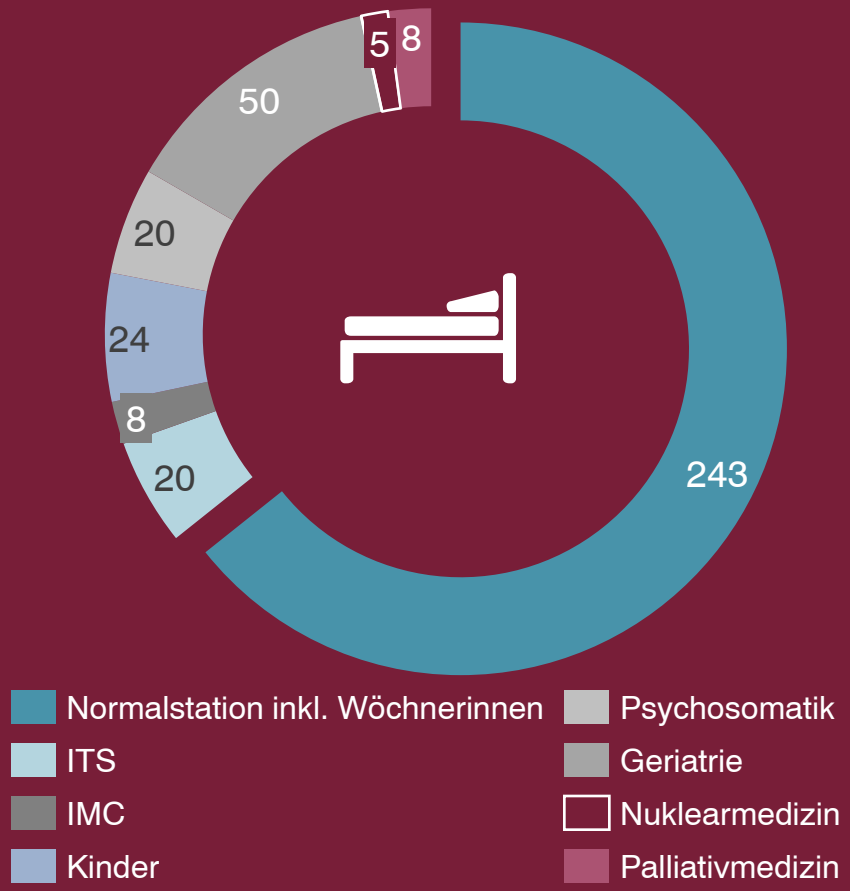
Die rechts dargestellten Bettenkapazitäten definieren den zukünftigen Standort

Im Vergleich zum Status-Quo ist eine Änderung bei den Kindern nötig

Der etwas flächenintensivere Bereich Geriatrie sollte sinnhaft abgebildet werden

*Sind in dieser Darstellung die tatsächlich zu verortenden Kapazitäten gezeigt, dieses Unterscheiden sich im vergleich zu den vorherigen Zahlen auf FAB-Ebene mitunter leicht. Dies tritt insbesondere dann auf, wenn Patientengruppen aus einer Abteilung auf anderen mitbehandelt werden

Bettendarstellung orientierend an DIN 13080*



© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Adaptiert aus Vorprojekt

Neubau an einem zentralen Standort | Rechnerischer Kapazitätsbedarf

1 Anzahl der OP-Säle und HKL

11 OP-Säle wie im ursprünglichen Medizinkonzept 1.0 (ohne Add-ons)

davon 1 Hybrid-Saal

zusätzlich 2 ambulante Säle in „anderer Struktur“

3 HKL, davon 1 Hybrid-Saal für TAVIs (sowie ggf. weitere Eingriffe)

2 Bedarf an Großgeräten, Endoskopie und Notaufnahmen

Aufgrund des Ausbaus der Notfallfallversorgung insb. in der Unfallchirurgie, Neurochirurgie und Kardiologie ist ein erhöhter Flächenbedarf für die Notfallversorgung notwendig. Hierbei ist jedoch auch eine Überschneidung zu den ambulanten Strukturen mitzudenken, da die sektorenübergreifende Versorgung zukünftig mehr Bedeutung haben wird

3 Betten

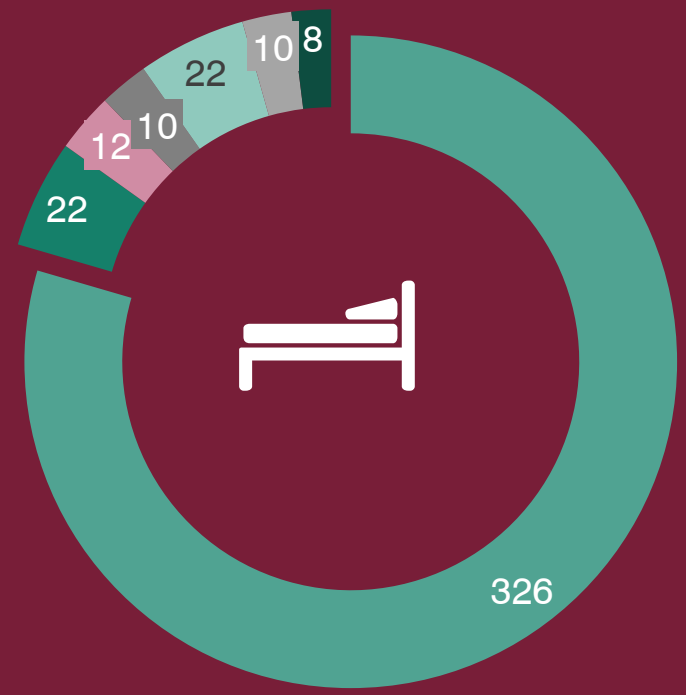
Die rechts dargestellten Bettenkapazitäten definieren den zukünftigen Standort

Der High-Care Bereich definiert sich über ITS/ IMC/ Stroke-Unit und Pädiatrie/Neonatologie

Tagesklinische/ teilstationäre Bereiche sind ebenfalls mitzudenken

*Sind in dieser Darstellung die tatsächlich zu verortenden Kapazitäten gezeigt, dieses Unterscheiden sich im vergleich zu den vorherigen Zahlen auf FAB-Ebene mitunter leicht. Dies tritt insbesondere dann auf, wenn Patientengruppen aus einer Abteilung auf anderen mitbehandelt werden

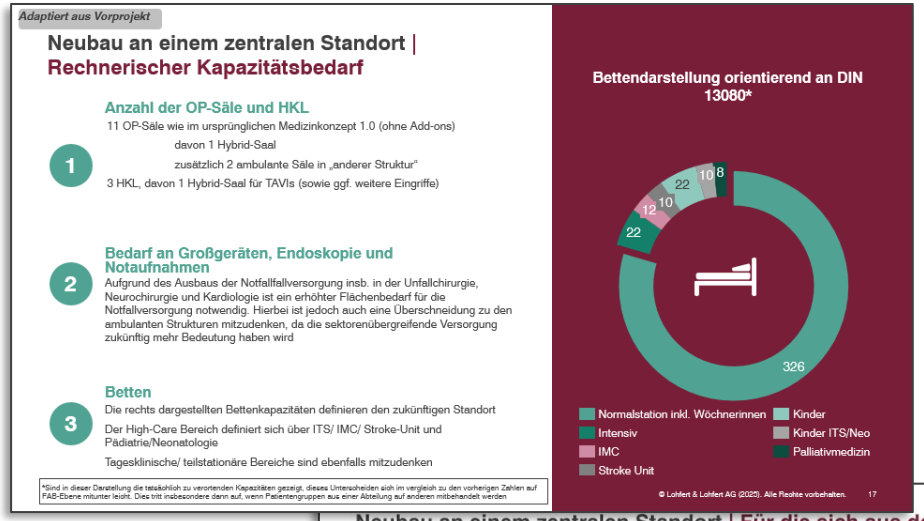
Bettendarstellung orientierend an DIN 13080*



© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

Der Neubau sollte ähnlich wie im Konzept 1.0 modelliert werden

Zusammenfassung der Änderungen Standort Singen



Adaptiert aus Vorprojekt

Neubau an einem zentralen Standort | Rechnerischer Kapazitätsbedarf

Anzahl der OP-Säle und HKL

1

11 OP-Säle wie im ursprünglichen Medizinkonzept 1.0 (ohne Add-ons)
davon 1 Hybrid-Saal
zusätzlich 2 ambulante Säle in „anderer Struktur"
3 HKL, davon 1 Hybrid-Saal für TAVIs (sowie ggf. weitere Eingriffe)

Bedarf an Großgeräten, Endoskopie und Notaufnahmen

2

Aufgrund des Ausbaus der Notfallfallversorgung insb. in der Unfallchirurgie, Neurochirurgie und Kardiologie ist ein erhöhter Flächenbedarf für die Notfallversorgung notwendig. Hierbei ist jedoch auch eine Überschneidung zu den ambulanten Strukturen mitzudenken, da die sektorenübergreifende Versorgung zukünftig mehr Bedeutung haben wird

Betten

3

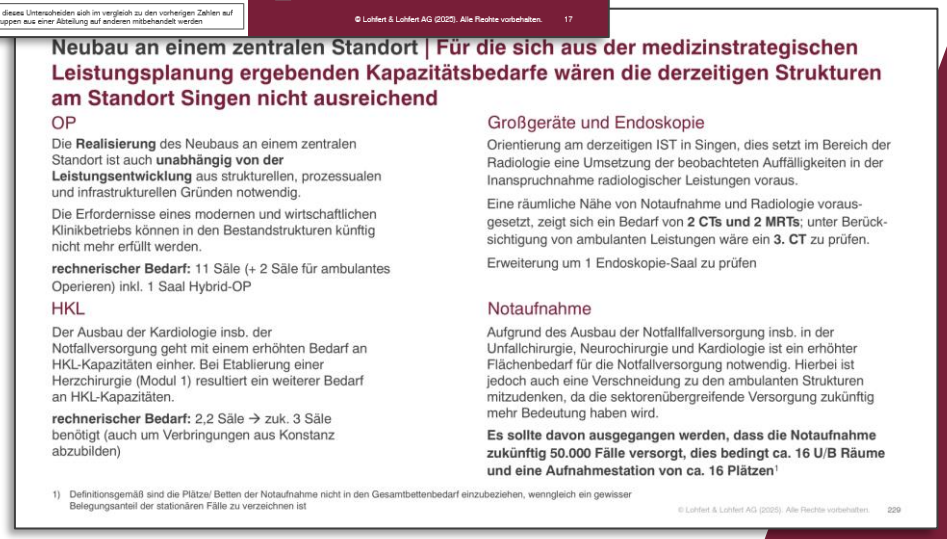
Die rechts dargestellten Bettenkapazitäten definieren den zukünftigen Standort
Der High-Care Bereich definiert sich über ITS/ IMC/ Stroke-Unit und Pädiatrie/Neonatologie
Tagesklinische/ teilstationäre Bereiche sind ebenfalls mitzudenken

*Sind in dieser Darstellung die tatsächlich zu verortenden Kapazitäten gezeigt, dieses Unterscheiden sich im vergleich zu den vorherigen Zahlen auf FAB-Ebene mitunter leicht. Dies tritt insbesondere dann auf, wenn Patientengruppen aus einer Abteilung auf anderen mitbehandelt werden

Bettendarstellung orientierend an DIN 13080*

Normalstation inkl. Wöchnerinnen
Intensiv
IMC
Stroke Unit
Kinder
Kinder ITS/Neo
Palliativmedizin

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten. 17



Neubau an einem zentralen Standort | Für die sich aus der medizinstrategischen Leistungsplanung ergebenden Kapazitätsbedarfe wären die derzeitigen Strukturen am Standort Singen nicht ausreichend

OP

Die **Realisierung** des Neubaus an einem zentralen Standort ist auch **unabhängig von der Leistungsentwicklung** aus strukturellen, prozessualen und infrastrukturellen Gründen notwendig.

Die Erfordernisse eines modernen und wirtschaftlichen Klinikbetriebs können in den Bestandstrukturen künftig nicht mehr erfüllt werden.

rechnerischer Bedarf: 11 Säle (+ 2 Säle für ambulantes Operieren) inkl. 1 Saal Hybrid-OP

HKL

Der Ausbau der Kardiologie insb. der Notfallversorgung geht mit einem erhöhten Bedarf an HKL-Kapazitäten einher. Bei Etablierung einer Herzchirurgie (Modul 1) resultiert ein weiterer Bedarf an HKL-Kapazitäten.

rechnerischer Bedarf: 2,2 Säle → zuk. 3 Säle benötigt (auch um Verbringungen aus Konstanz abzubilden)

Großgeräte und Endoskopie

Orientierung am derzeitigen IST in Singen, dies setzt im Bereich der Radiologie eine Umsetzung der beobachteten Auffälligkeiten in der Inanspruchnahme radiologischer Leistungen voraus.

Eine räumliche Nähe von Notaufnahme und Radiologie vorausgesetzt, zeigt sich ein Bedarf von **2 CTs und 2 MRTs**; unter Berücksichtigung von ambulanten Leistungen wäre ein **3. CT** zu prüfen.

Erweiterung um 1 Endoskopie-Saal zu prüfen

Notaufnahme

Aufgrund des Ausbau der Notfallfallversorgung insb. in der Unfallchirurgie, Neurochirurgie und Kardiologie ist ein erhöhter Flächenbedarf für die Notfallversorgung notwendig. Hierbei ist jedoch auch eine Verschneidung zu den ambulanten Strukturen mitzudenken, da die sektorenübergreifende Versorgung zukünftig mehr Bedeutung haben wird.

Es sollte davon ausgegangen werden, dass die Notaufnahme zukünftig 50.000 Fälle versorgt, dies bedingt ca. 16 U/B Räume und eine Aufnahmestation von ca. 16 Plätzen[1]

1) Definitionsgemäß sind die Plätze/ Betten der Notaufnahme nicht in den Gesamtbettenbedarf einzubeziehen, wenngleich ein gewisser Belegungsanteil der stationären Fälle zu verzeichnen ist

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten. 229

Der Neubaustandort Singen sollte wie im **Medizinkonzept 1.0 ohne add-ons** modelliert werden:

- Für fast alle Abteilungen ist festzustellen, dass die Normalstationskapazitäten nun etwas gesunken sind. Damit wäre die Konsequenz für die bauliche Planung jedoch nicht der Verzicht auf eine Station sondern vielmehr der Auftrag die Kapazitäten je Station sinnhaft durch ein kleineres Raster moderat zu reduzieren
- Herzchirurgie kompensiert diesen Effekt
- Die Intensivkapazität geht von rd. 44 Betten aus
- Der Neo/ Kinder-ITS Bereich aus der ursprünglichen Planung ist zu groß, hier wären 10, maximal 11 Betten inklusive notwendiger Reserven als ausreichend zu bewerten
- OP-Säle wie ursprünglich (11, inkl. Hybrid)
- Beibehalt 3 HKL, ein Hybrid-HKL wäre für die TAVIs sehr sinnhaft und zukunftsfähig
- Zur Beibehaltung der Notfallkompetenz des Standortes Konstanz kann die Notaufnahme ca. 10% kleiner dimensioniert werden (~45.000 Kontakte, damit rd. 14 Plätze Aufnahmestation)
- Bereiche für nicht-stationäre Leistungserbringung (TK, aber auch für Hybrid DRGs) sollten zwingend bedacht werden. Hier bedarf es kluger betriebsorganisatorischer Konzepte

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten.

LOHFERT & LOHFERT AG

Lohfert & Lohfert AG | Rothenbaumchaussee 76 | 20148 Hamburg
Tel. **+49 40 41 90 60** | Fax. +49 40 41 90 65 55
www.lohfert.net