

STADT EMDEN Postfach 2254 / 26702 Emden

Herrn
Herrn Graf

Die Linke

per Mail

Ihr Zeichen/
Ihre Nachricht vom **21.2.2015**
Mein Zeichen/ **103**
Meine Nachricht vom

Ansprechpartner **Herr Mansholt**
Zimmer **117**
Telefon **04921/87-1178**
Telefax **04921/87-10 1178**
E-Mail **mansholt@emden.de**

Datum **17.3.2015**

Fragen zum Zentralkrankenhausprojekt

Sehr geehrter Herr Graf,

zu Ihren Fragen hat der Geschäftsführer des Hans-Susemihl-Krankenhauses, Herr Pomberg wie folgt geantwortet:

1. Was genau regelt die Krankenhausbetriebsnummer?

Im Zusammenhang mit den Planungen für ein neues Zentralkrankenhaus in Georgsheil wurde Befürwortern einer Fusion der UEK und des Hans-Susemihl-Krankenhauses in Emden bei Sicherung der vorhandenen drei Standorte von Seiten der Verwaltung entgegengehalten, dass jedes Krankenhaus in Niedersachsen eine Betriebsnummer zugewiesen werde, mit der Festlegungen für das vorzuhaltende Versorgungsangebot verbunden seien. Eine Übertragung einer bzw. die Vergabe einer neuen Nummer auf einen Klinikverbund bei bestehenden, d.h. bereits nummerierten Standorten, sei dagegen nicht möglich. Das Erhalten einer neuen Nummer mit der Chance, die Versorgungsstrukturen neu einzurichten, sei dagegen nur mit einer Klinikneugründung und einem Neubau möglich.

DIE LINKE. im Rat der Stadt Emden fragt daher den Oberbürgermeister der Stadt Emden:

1. Durch welche Gesetze ist die Vergabe der Krankenhausbetriebsnummer geregelt?

2. Was regelt die Krankenhausbetriebsnummer genau?

Das Institutionskennzeichen (IK) ist ein eindeutiges Merkmal zur Abrechnung mit den Trägern der Sozialversicherung. Alle Vertragspartner, die für die Sozialversicherungsträger Leistungen erbringen, erhalten ein IK für die maschinelle Erledigung des Abrechnungsverfahrens und den Zahlungsverkehr.

Seit dem 01.01.1989 wurde das IK als offizielles Kennzeichen in das Sozialgesetzbuch (§ 293 SGB V) aufgenommen.

§ 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

- (1) Die Krankenkassen verwenden im Schriftverkehr, einschließlich des Einsatzes elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger, beim Datenaustausch, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für Abrechnungszwecke mit den anderen Trägern der Sozialversicherung, der



Bundesagentur für Arbeit und den Versorgungsverwaltungen der Länder sowie mit ihren Vertragspartnern einschließlich deren Mitgliedern bundeseinheitliche Kennzeichen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Spitzenorganisationen der anderen Träger der Sozialversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse, die Bundesagentur für Arbeit und die Versorgungsverwaltungen der Länder bilden für die Vergabe der Kennzeichen nach Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft.

(2) – (4) (...)

Eine Fusionierung von Krankenhäusern in Niedersachsen führt im Krankenhausplan nicht zu einer Zusammenfassung der Institutionskennzeichen. Insofern behalten die Krankenhausstandorte auch ihren individuellen Versorgungsauftrag und damit ihr eigenes Krankenhausbudget, das mit den Kostenträgern (Krankenkassen) auszuhandeln ist. Die erbrachten Leistungen sind somit auch weiterhin nach Standorten getrennt abzurechnen.

2. Wie viel Geld wurde bereits eingespart?

Zum Erfolg der Sanierungsmaßnahmen wurde welche Beratungsfirma für das Klinikum Emden ausgewählt?

Wurde die Beratungsfirma beauftragt, die hohen Defizite des Hans-Susemihl-Krankenhauses in den Griff zu bekommen.

Angesichts der Pläne, in Georgsheil ein Zentralkrankenhaus bauen zu wollen, ist es jedoch wichtig, zunächst die Bemühungen zur Reduzierung der Betriebskostendefizite an den bestehenden Standorten zu bewerten.

DIE LINKE. im Rat der Stadt Emden fragt daher den Oberbürgermeister Bernd Bornemann:

- 1. Wie viel Geld wurde durch welche konkreten Maßnahmen im laufenden Betrieb des Krankenhauses Emden eingespart?***
- 2. Inwieweit lagen die erzielten Einsparungen im geplanten Zielkorridor (bitte für jede einzelne Maßnahme aufschlüsseln)?***
- 3. Welche konkreten Maßnahmen wurden umgesetzt, um die Einnahmesituation zu verbessern (bitte für jede einzelne Maßnahme konkret aufschlüsseln)?***
- 4. Weshalb existiert trotz der Bemühungen, die Betriebskostendefizite am Klinikum Emden, weiterhin ein Betriebskostendefizit in Millionenhöhe?***

Zur Abwehr der Defizite im Klinikum Emden wurden in den vergangenen zehn Jahren umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit vollzogen. Nach der Rechtsformumwandlung zur gemeinnützigen GmbH im Jahr 2005 wurde mit der KES Klinikum Emden – Service GmbH eine Tochtergesellschaft für die patientenfernen Dienstleistungsbereiche (Gebäudereinigung, Speiserversorgung, Logistik, Haus-/Betriebstechnik, Zentralsterilisation, Logistik) geschaffen. Diese ermöglichte Kosteneinsparungen bei neu eingestellten Mitarbeitern, da mit diesen marktgerechte Vergütungsbedingungen unterhalb des tariflichen Niveaus des Öffentlichen Dienstes abgeschlossen werden können. Diese wurden im Einvernehmen mit dem Betriebsrat für alle neu eingestellten Mitarbeiter geregelt. Da die Arbeitsverträge von bisher im Krankenhaus beschäftigten Mitarbeitern dauerhaft ihre Gültigkeit behielten, wurde für diese Beschäftigten eine Personalgestellung in der Servicegesellschaft vereinbart. Sobald ein Mitarbeiter der Dienstleistungsbereiche aus dem Klinikum ausscheidet, wird er über die Servicegesellschaft ersetzt. Dadurch wächst sukzessive die Kostenreduzierung durch die Tochtergesellschaft.

Darüber hinaus wurde vor sieben Jahren das Zentrallabor nach einer europaweiten Ausschreibung auf einen externen Labordienstleister ausgegliedert, der sämtliche Mitarbeiterinnen ohne Vergütungseinbußen übernommen hat und dennoch eine jährliche Kosteneinsparung über 200.000 Euro ermöglichte.

Im medizinischen Bereich wurde in den letzten fünf Jahren durch chefärztliche Nachfolgebesetzungen in den beiden chirurgischen Kliniken und der Frauenklinik die Patientenversorgung auf hohem Niveau gesichert und das Behandlungsspektrum qualifikationsbezogen ausgebaut. Außerdem wurden durch bauliche Investitionen für die intensivmedizinische und Schlaganfall-Versorgung entscheidende Voraussetzungen geschaffen, um den bestehenden Versorgungsauftrag zu stärken und über die Abrechenbarkeit von DRG-bezogenen Komplexbehandlungen zusätzliche Einnahmen zu ermöglichen.

Im Bereich des Pflegedienstes wurde über die Einstellung von Stationsassistentinnen die Entlastung der Pflegefachkräfte von patientenfernen Arbeiten ermöglicht und damit die Konzentration auf die für die Patientenversorgung notwendige Stellenbesetzung in dieser Berufsgruppe ermöglicht.

Dennoch wird durch diese Maßnahmen keine Betriebskostendeckung erreicht. Hierzu fehlen im Klinikum Emden weitere Schwerpunktdisziplinen wie Gefäßchirurgie oder eine hauptamtlich besetzte Wirbelsäulenchirurgie. Letztere wird zwar durch die der Neurologie angegliederten beiden Neurochirurgen



fachlich erfolgreich praktiziert, aber durch den parallelen Betrieb einer neurochirurgischen Praxis innerhalb des Klinikums sind ein Ausbau des Behandlungsspektrums sowie eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung nicht möglich.

Echte Schwerpunktbildungen könnten nur umgesetzt werden, wenn entsprechende Stations- und Operationskapazitäten vorhanden wären. Die im Klinikum Emden vorgehaltenen Planbetten sind jedoch im Jahresdurchschnitt zu über 85 Prozent ausgelastet, so dass eine bauliche Erweiterung notwendig wäre. Auch die sechs Operationssäle sind am Limit ausgelastet, so dass auch hier erhebliche Investitionen zu tätigen wären.

Nach deren Umsetzung wären die Kapazitäten auf den vorhandenen Stationen für eine kostenoptimierte Betriebsführung weiterhin unzureichend, da die gegebenen Strukturen nur eine Belegung von 32 bis 34 Patienten in den somatischen Fachrichtungen erlauben. Diese Stationsgrößen benötigen eine pflegerische Mindestbesetzung, die im Vergleich zu einer modernen Baustruktur mit zwei von einem zentralen Pflegestützpunkt aus zu versorgenden Stationen mit jeweils bis zu 38 Betten einen wirtschaftlichen Personaleinsatz verwehrt.

Die weiteren baulich-strukturellen Defizite wie bspw. weit auseinander liegende Bereiche sowie Gebäudeteile ohne natürliche Beleuchtung und Belüftung mit daraus resultierender aufwendiger Klimatisierungsnotwendigkeit (z. B. alle OP-Säle und die Dienstzimmer/Untersuchungs-/Lagerräume auf den Stationen im Bettenhaus B) würden bestehen bleiben. Im gesamten Klinikum werden deshalb sechs Klima- und Lüftungszentralen vorgehalten, die hohe Energiekosten verursachen und in absehbarer Zeit erneuert werden müssen. Investitionsfördermittel des Landes Niedersachsen stehen hierfür jedoch nicht in Aussicht, da ein Austausch der technischen Anlagen Erhaltungsaufwand darstellt und deshalb über die laufenden Einnahmen refinanziert werden müsste.

Im Vergleich zu modernen baulichen Strukturen in Krankenhausneubauten der gleichen Größenordnung gibt es im Klinikum Emden einen Flächenüberschuss von etwa einem Drittel. Dieser zeigt sich jedoch nicht in zu vielen oder zu großen Räumlichkeiten, sondern vor allem in langen und zahlreichen Verkehrswegen, die die einzelnen Gebäudeteile verbinden. Diese Flächen erfordern einen entsprechend kostenträchtigen Erhaltungsaufwand.

Die Gründe für die Betriebskostendefizite sowie die Verluste beim Finanz- und Investitionsergebnis in der Bilanz der Klinikum Emden gGmbH sind hinreichend bekannt und werden regelmäßig durch die Wirtschaftsprüfer im Rahmen der Jahresabschlussprüfung bestätigt. Die Hinzuziehung von Unternehmensberatern würde demnach zu keinen neuen Erkenntnissen führen.

Unabhängig davon wird im Rahmen der hausinternen Sachkompetenz in den Bereichen Betriebswirtschaft, Medizin und Pflege sowie einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit weiterhin alles unternommen, um eventuell noch vorhandene Reserven für Wirtschaftlichkeitsoptimierungen zu eröffnen und zu nutzen. Bei der allgemein unzureichenden Krankenhausfinanzierung werden diese Aktivitäten jedoch nur bewirken können, dass das bestehende Defizit zumindest nicht weiter wächst.

3. Welche Defizite verursacht die Notfallambulanz im Hans-Susemihl-Krankenhaus?

Presseberichte zufolge leiden die Krankenhäuser in Deutschland darunter, dass die Notfallambulanzen nicht kostendeckend finanziert werden würden und zudem immer häufiger Leistungen erbringen müssten, die eigentlich durch den Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte zu erbringen seien. Durchschnittlich entstünden Kosten von 120 Euro pro Patient, von denen nur 32 Euro bezahlt würden. Der so den Kliniken aufgebürdete finanzielle Schaden betrage deutschlandweit rund eine Milliarde Euro. In der Debatte um den geplanten Neubau eines Zentralkrankenhauses geht es immer auch um eine Abschätzung, inwieweit das neue Haus bei der gegebenen Finanzierungsstruktur dauerhaft rentabel arbeiten kann.

DIE LINKE. im Rat der Stadt Emden fragt daher den Oberbürgermeister der Stadt Emden:

- 1. Wie viele Patienten hat die Notfallambulanz des Hans-Susemihl-Krankenhaus im letzten Jahr versorgt?**
- 2. Wie hoch waren die dafür entstandenen Kosten?**
- 3. Wie viel davon wurden durch die Krankenkassen erstattet?**

Im Jahr 2014 wurden in der Notfallambulanz des Emder Klinikums etwa 12.300 Patienten versorgt. Die Kosten für die notfallambulante Versorgung können nicht ohne weiteres beziffert werden, da die Zentrale Patientenaufnahme (ZPA) erste Anlaufstelle sowohl für die stationären Patienten als auch für die ambulanten Notfälle und Arbeitsunfälle ist. Die Erlöse für die ambulante Notfallversorgung beliefen sich im Jahr 2014 auf



etwa 440.000 Euro. Die durchschnittlichen Einnahmen pro Fall lagen damit etwa bei 36 Euro. Hiermit müssen nicht nur die Personalkosten für die Rund-um-die-Uhr-Versorgung der ambulanten Notfallpatienten, sondern auch die hierfür erforderliche Einrichtung/Ausstattung sowie die anfallenden Verbrauchsmaterial- und Raumunterhaltungskosten finanziert werden.

Bei Zugrundelegung der in der bundesweiten Studie der Deutschen Krankenhausgesellschaft ermittelten durchschnittlichen Kosten in Höhe von 120 Euro pro Fall würde die notfallambulante Versorgung im Klinikum Emden etwa 1,48 Mio. Euro kosten und damit einen Verlust von 1,04 Mio. Euro verursachen.

Das Gutachten hat ergeben, dass die Notaufnahmen vieler Krankenhäuser überlastet und unterfinanziert sind. Sie schließen oftmals die Lücken für die eigentlich zuständigen Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Demnach ist ein Drittel der allgemeinen Notfallbehandlungen in ambulanten Praxen lösbar. Allerdings bestehen Termenschwierigkeiten im KV-Bereich oder es fehlen geeignete Anlaufstellen.

Der Betrieb einer Notaufnahme mit der ständigen Vorhaltung umfangreicher Diagnostik ist deutlich teurer als der Betrieb einer Arztpraxis zu normalen Sprechstundenzeiten. Erschwert wird die Refinanzierung der Behandlungskosten der Kliniken durch die gesetzliche Vorgabe eines zehnpromtigen Investitionsabschlags.

Die ungünstige Kosten-/Erlösrelation für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus würde unter unveränderten Finanzierungsbedingungen grundsätzlich auch das Zentralkrankenhaus betreffen, wenngleich dieses hierfür wegen der Lage außerhalb der Städte Emden, Aurich und Norden mutmaßlich von weniger Patienten in Anspruch genommen werden würde. Deshalb ist absehbar, dass die kassenärztlichen Bereitschaftspraxen vor Ort häufiger in Anspruch genommen werden. Da dort nicht mehr die bisherige Krankenhaus-Notfallambulanz als Ausweichmöglichkeit zur Verfügung steht, wird eine Umstrukturierung mit längeren Öffnungszeiten notwendig werden.

Denkbar wären Notfallversorgungspraxen an den bisherigen Krankenhausstandorten, an denen sich das Zentralkrankenhaus über ausgelagerte allgemeinmedizinische Kassenarztsitze der Medizinischen Versorgungszentren beteiligen könnte. Bedingung für diese Lösung wäre allerdings, dass das Zentralkrankenhaus die Kosten und das Risiko für diese dem niedergelassenen ärztlichen Bereich zugeordneten Leistungen nicht zu tragen hat.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrage

(D. Mansholt)

