

## **Persönliche Erklärung zum Top 14 der Kreistagssitzung vom 18.3.2015**

### **Warum ich für die Erhaltung der 3 Klinikstandorte Aurich-Norden-Emden bin.**

Es gibt soziale, medizinische, wirtschaftliche und umweltpolitische Gründe. Die reine Kostenberechnung, Zuschusseventualitäten durch das Land, wie viel und wann, Schuldendienst für Alt- und Neuschulden habe ich dabei bislang noch unberücksichtigt gelassen, da sie an anderer Stelle noch gesondert diskutiert werden.

**These:** Man kann komplexe strukturelle Probleme nicht mit einem neuen Gebäude an einem anderen Standort lösen, sondern braucht differenzierte Maßnahmen, die die Defizite an den einzelnen Standorten und im Kontext mit der (Daseins)Versorgungsaufgabe der beteiligten Körperschaften lösen. Voraussetzung ist eine ehrliche Analyse, eine ergebnisoffene Debatte um wirkliche Alternativen und eine vorbehaltlose Diskussionskultur sowie der gemeinsame Wille zur Verbesserung. Davon sind wir weit entfernt. Die Hoffnung, dass mit einem neuen Gebäude auch ein neuer Geist einzieht, weil die Verursacher der Misere in 10 Jahren nicht mehr im Amt sind, ist aus meiner Sicht auf Sand gebaut. Austausch und Verjüngung erfolgt sukzessive; jeder neue Arzt, jede neue Pflege- und Verwaltungskraft wird sich in das bestehende System einordnen müssen.

Istzustand: Alle drei Kliniken schreiben rote Zahlen - aus unterschiedlichen Gründen. Alle 3 Kliniken sind in der Bewertung durch Patienten schlechter als der Standard in den Krankenhäusern der Nachbarlandkreise.

Das Management ist an allen drei Standorten schwach und seit der Gesundheitsreform nicht in der Lage gewesen, den Krankenhausbetrieb den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Innerhalb der Kliniken gibt es kein „Wir-Gefühl“ und kaum Bemühungen, wenigstens Teile des Bredehorst- Gutachtens umzusetzen. Weder die Leitungen incl. der Chefarzte, noch die Betriebsräte fühlen sich für die Missstände und/oder deren Behebung zuständig.

Das Gutachten durch die BDO ist nach den Vorgaben der Verwaltung(en) unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten erstellt worden, geht von falschen Annahmen aus, schließt eine arbeitsteilige Kooperation und Spezialisierung der bestehenden Standorte von vorneherein aus und lässt versteckt sogar Privatisierungen und Personalabbau zu.

Die Vorbereitung des Projektes durch LR und Geschäftsführung lassen keine ergebnisoffene öffentliche Diskussion zu. Allein die Informationsstrategie und der fehlende Dialog mit den jeweils betroffenen Bürgern sind dafür ein Indiz. Bis heute sind für die zwei angekündigten Veranstaltungen in Aurich und Norden keine Termine bekannt. Irgendwann im März, das werde „kurzfristig“ bekannt gegeben.

Auch der Gesellschaftervertrag und seine Funktion mit den weitreichenden Kompetenzen für 2 Entscheidungsträger unter Ausschluss der Politik verhindert Transparenz, Kontrolle und Mitbestimmung. Die abwiegelnden verbalen Aussagen durch den LR stehen im Widerspruch zu der Papierform, auch wenn es sich vorgeblich nur um einen Mustervertrag handelt.

**Sozial:** Was es für ein Mittelzentrum bedeutet, ein Krankenhaus zu verlieren, ist ein Aspekt, der bislang an keinem Standort untersucht wurde. Ein Krankenhaus sollte wohnortnah die Grundversorgung der BürgerInnen sicherstellen, insbesondere in einer ländlich geprägten und durch den demographischen Wandel zunehmend immobil werdenden Zielgruppe. Auch für die Schaffung neuer und den Erhalt bestehender Arbeitsplätze gilt es, attraktive Infrastruktur für potentielle Interessenten vorzuhalten. Dazu gehört neben Schulen, Kindergärten und kulturellen Einrichtungen auch Krankenhäuser und eine wohnortnahe ärztliche Grundversorgung. Auch kleine Einheiten können attraktiv sein und wirtschaftlich arbeiten, wenn sie patientenorientiert arbeiten, neue Finanzierungskonzepte entwickeln und u.a. mit einzelnen Krankenkassen und/oder der Kassenärztlicher Vereinigung Erstattung von Leistungen nachverhandeln oder neue Strategien entwickeln und umsetzen, z.B. bei der Entlastung der Notaufnahmen durch Installation von wohnortnahe ärztlichen Notdienst – einer sinnvollen Option, die für eine Zentralklinik nicht realisierbar wäre.

Eine Diskussion über verkehrliche Infrastrukturmaßnahmen wird sowohl in planerischer und investiver Hinsicht ausgeblendet. Eine Wiederbelebung der Bahnstrecke Aurich-Abelitz und damit eine mögliche Anbindung durch den SPNV ist gerade vom Stadtrat Aurich verworfen worden. Dafür werden Planungsmittel für die B210n freigegeben und zwar „mehr als erwartet“ (Buchholz in den ON). In diesem Zusammenhang steht als nächstes der Ausbau des Balkwegs an zur Anbindung der südlichen Kreisregion (Riepe, Ludwigsdorf, Simonswolde, ...) an einen KH-Standort Georgsheil. Dazu werden sich erhebliche verkehrliche Änderungen in den Dorflagen rund um den Standort einer ZK ergeben, um die verkehrliche Anbindung während der Bauphase und dem laufenden Betrieb des KH zu gewährleisten.

Das sog. Standortgutachten macht dazu keinerlei Aussagen, ebenso wenig zu den erwarteten Kosten dieser Infrastrukturmaßnahmen.

### **Medizinisch:**

Alle Krankenhäuser melden Überlastung der Notfallaufnahme. Dies gilt vor allem für große Krankenhäuser und für Kliniken im ländlichen Raum. Hintergrund ist z.B. der Ärztemangel in der Fläche und die damit verbundenen Wartezeiten auf Termine z.B. bei Fachärzten. Dazu kommt, dass in der Fläche die bundesweit eingeführte Rufnummer der Notdienstzentrale 116117 häufig nur mit Anrufbeantwortern besetzt ist, die auf die niedergelassenen Ärzte verweisen, in deren Praxen wiederum Anrufbeantworter auf den zentralen Notdienst verweisen ...

Die Folge ist Überlastung der Ambulanz im Krankenhaus, Aufnahmestau, Abmeldung ganzer Stationen des Krankenhauses bei den Rettungsleitstellen. Da ambulante Notfälle mehr Kosten verursachen, als von den Kassen getragen werden (in einem Bsp. wird von einem Kostenverhältnis von rd. 1:4 im Hinblick auf Erstattungskosten gesprochen), ist dieser Bereich am ehesten von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen in der Klinik betroffen (Personalabbau, Arbeitsverdichtung, Qualität der Betreuungsleistungen, ...)

Zu dem Aspekt, dass die Zentralklinik nicht wohnortnah ist und somit keinen Ersatz für den akuten Fachärzte- und Hausarztmangel darstellt, kommt hinzu, dass auf Grund von beabsichtigter und kalkulierter Rationalisierung, die Notfallambulanz im Zentralkrankenhaus nicht mehr den Umfang der heutigen Notfallambulanzen an den drei Standorten haben wird, da hier aus o.g. Gründen das höchste Einsparpotential zu erwarten ist. Sie stößt somit schneller an ihre Grenzen und macht dicht

bzw. kann keine adäquate Betreuung mehr gewährleisten. Das ist im Augenblick bei der Grippewelle bundesweit zu besichtigen.

Rettungswagen können lange Wege nicht umfassend kompensieren, wenn es um Minuten geht (Schlaganfälle, Unfallpatienten,). 20 Minuten gelten als äußerste Grenze. Eine Schlaganfallversorgung im Rettungswagen ist nicht möglich, das Argument, dass sich an der Einsatzbereitschaft und dem schnellen Eintreffen der Rettungswagen durch ihre dezentrale Stationierung nichts gegenüber heute ändern werde, ist nur dann richtig, wenn bei den dezentralen Stationen auch jeweils Notärzte verfügbar wären, die den RTW und die Rettungssanitäter begleiten können. Die Notärzte würden jedoch bei Installation einer Zentralklinik z.B. aus Georgsheil zum jeweiligen Einsatzort anreisen. Bis zu ihrem Eintreffen würde entscheidende, oft lebensrettende Behandlungszeit verloren gehen.

Eine Grundversorgung spricht aus meiner Sicht für dezentrale ortsnahe Strukturen, eben weil die Notfallambulanzen immer häufiger die niedergelassenen Haus- und Fachärzte ersetzen müssen. Die Defizite, die zwangsweise durch die niedrigeren Kostenrückerstattungen entstehen, können bei kleineren Strukturen besser kompensiert werden. Wie schon oben angemerkt, ist es jedoch dafür notwendig, dass der Landkreis mit den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt und zusammenarbeitet hinsichtlich einer entsprechenden Kostenübernahme.

Das Thema Spezialisierung muss im Kontext mit den umliegenden Kliniken in Leer, Wittmund, Westerstede und Sanderbusch gesehen werden. Dort gibt es bereits fest vereinbarte Zeitpläne und Investitionsvorhaben zur Spezialisierung. Insofern spielt der Zeithorizont auch eine entscheidende Rolle.

**Antibiotika- resistente Keime** werden unter Verbraucherschutzgesichtspunkten ein immer wichtigeres Thema, denn sie stellen für Patienten ein immer größeres Problem besonders in ländlichen Regionen dar (s. Bericht Rheinland-Pfalz). Davon sind besonders Großkliniken ab 400 Betten betroffen mit steigender Tendenz. (vortragende Ärztin auf der letzten LDK zu diesem Thema). Im Hinblick auf eine Vielzahl von Mastbetrieben im Umfeld des geplanten Standortes sollte diese Problematik besonders untersucht und bei einer Entscheidung beachtet werden.

Die Konsequenzen sind überhaupt noch nicht absehbar, da auch in Ostfriesland der Trend zu immer größeren Tierbeständen geht (ab 250 Kühen wird's nach Aussage von hiesigen Landwirten erst wirtschaftlich) , von den Geflügel- und Schweinemastställen mal ganz abgesehen.

**Wirtschaftlich** steht zu befürchten, dass wie bereits angekündigt Personal abgebaut und Arbeitsabläufe zulasten der Patienten und Beschäftigten verdichtet werden, d.h. mehr Patienten pro Pflegekraft, weniger Personal im Nachtdienst, sinkende Qualität bei Behandlung und Pflege.

Wenn das der Weg sein soll, die aufgelaufenen Defizite der 3 Kliniken, die seit Jahrzehnten erwirtschaftet wurden, (im LK Aurich 10 Mio/a) plus die Bedienung des Schuldendienstes für die neu aufgenommenen Kredite für die Zentralklinik (ebenfalls in Millionenhöhe pro Jahr)

Seit Jahrzehnten wurden in den 3 Kliniken Defizite erwirtschaftet (im LK Aurich 10 Mio/a). Zu diesen aufgelaufenen Verbindlichkeiten muss die Bedienung des Schuldendienstes für die neu aufzunehmenden Kredite für eine Zentralklinik dazugerechnet werden.

Aus meiner Sicht ist eine Konsolidierung unter diesen Voraussetzungen nicht realistisch und führt gezwungenermaßen in die Privatisierung.