

# 1.

## Warum wurden und werden keine anderen Alternativen zum Zentralklinikum geprüft?

In der ersten Stufe der Machbarkeitsstudie wurde sowohl die Fusionierung der beiden Krankenhausgesellschaften unter Beibehaltung der drei bisherigen Standorte als auch deren Zusammenführung in einen Neubau an einem zentralen Standort zwischen den Städten Emden, Aurich und Norden geprüft. Es hat sich eindeutig herausgestellt, dass nur ein neues Zentralklinikum die notwendigen Zukunftsvoraussetzungen in medizinischer, pflegerischer und betriebswirtschaftlicher Hinsicht erfüllen kann.

### Ein Nachhaken sei erlaubt:

Das Gutachten, auf das man sich bezieht, heisst "Machbarkeitsstudie Zentralkrankenhaus" Stadt Emden und Landkreis Aurich. Diese Studie beschäftigt sich damit aufzuzeigen, ob der Gedanke Zentralklinik ein tragfähiger Ansatz sei. Gleichzeitig sei die Studie eine Entscheidungshilfe für Hannover und sollte aufzeigen, ob die bestehenden Standorte neben einer Zentralklinik weiterbetrieben werden sollen oder müssen....

Tja... und wo bitte ist die Alternativenprüfung für den Erhalt der drei Krankenhäuser unter einer zentralen Verwaltung? Herr Weber hat mir gegenüber ja "betont" (Infoveranstaltung Emden), dass diese Prüfung erfolgt sei. Wo ist die betriebswirtschaftliche Auswertung?

### Wo ist ein entsprechendes Gutachten?



# 2.

## Warum hat man nicht auch zuvor im Klinikum Emden durch einen externen Berater prüfen lassen, ob schon alle Einspar- und Ergebnisverbesserungspotentiale ausgeschöpft wurden?

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, Speisenversorgung, 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 Personalstellung 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 Nachfolgebeseetzungen 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 Vorausset-

zungen 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 Klima-

tisierungsnotwendigkeit (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.

**"Vergessen" wurde in der Beschreibung, dass das Krankenhaus einen Wirtschaftsprüfer beschäftigt hat und der Wirtschaftsprüfer zufällig BDO ist. Alles in einer Hand also.**

**Ich möchte aus der langen "Antwort" einen Absatz herausnehmen: "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." Dazu meine nachhakende Frage:**

**Wer sagt, dass das Hinzuziehen keine neuen Erkenntnisse erbringen wird? BDO?**

### 3.

Viele Vorschläge aus dem Gutachten sind und werden zur Zeit umgesetzt: Bisher wurde dem Gutachten in folgenden Bereichen gefolgt:

- Optimierung der Beschaffungskosten
- Reduktion der Laborkosten
- Optimierung der Dokumentation
- Reorganisation der Kodierung und der Abteilung für Med. Dokumentation#
- Reorganisation der Zentralen Notaufnahme
- Optimierung der Prozesse in allen Bereichen
- Einrichtung einer interdisziplinären Lungenstation
- Einrichtung einer interdisziplinären Bauchstation
- Installation eines Hygienebeauftragten Arztes
- Abbau der Überstunden
- Abbau der Honorararztkosten
- Anwerbung von neuen Ärzten in allen Abteilungen
- Informationsveranstaltung mit Zuweisern
- Einbindung von Zuweisern in den vorklinischen Ablauf
- Einbindung der Palliativstation in das Zentrum für Psychiatrie
- Erweiterung der Akutgeriatrie
- Reduktion der Fehlbelegung
- Reorganisation / Vergrößerung der Stationen zur Optimierung der Auslastung
- Einrichtung einer neuen Wochenstation
- Einrichtung einer Einheit für Ambulantes Operieren
- Neuordnung der Personalbesetzung im Ärztlichen Dienst
- Zertifizierung zum Endoprothesenzentrum
- Zertifizierung zum Darmzentrum
- Einrichtung einer Überwachungsstation
- Angleichung der OP-Organisation an den beiden Standorten
- Konzeption zur Spezialisierung der Kliniken
  - a) Konzentration der Tumorchirurgie
  - b) Stärkung der Endoprothetik
  - c) Onkologisches Zentrum
  - d) Zentrum für Altersmedizin
  - e) Strategie für die Frauenklinik
  - f) Klinik für Kardiologie mit Kathetermessplatz
- uvm.

**Geforderte und (noch) nicht umgesetzte Maßnahmen:**

- Abschaffung von Doppelstrukturen in Aurich und Norden
- Gemeinsames OP-Management Sanierung der Baukörper
- Zentralisierung der

- Sterilgutversorgungsabteilungen
- Reduktion der Verpflegungskosten Standortübergreifende intensivmedizinische Versorgung
- Zertifizierung des Gesamthauses Kooperationen mit Partnerkliniken und weiteren Leistungserbringern

Alle durchgeführten bzw. geforderten Maßnahmen dienen der Reduktion der Verluste und tragen zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Klinik bei. Das Bredehorst-Gutachten besagt, dass eine weitergehende Umsetzung der Maßnahmen mit erheblichen Investitionen verbunden ist. Diese müssen vom Träger und dem Land Niedersachsen in Form von Fördermitteln bereitgestellt werden.

Die Umsetzung des Bredehorst-Gutachtens ist über mehrere Jahre geplant. Aufgrund der Erfolge im ersten und zweiten Jahr wird auch im dritten Jahr weiterhin mit der Fa. Bredehorst CMM zusammengearbeitet.



Während der frühen Projektphase des Bredehorst-Gutachtens trat die Stadt Emden mit der Idee der Zentralklinik an den Landkreis Aurich heran. Es wurde folglich eine neue Zielsetzung entwickelt. Die weiteren Projekte des Bredehorst-Gutachtens dienen nunmehr dazu weiterhin eine optimierte Patientenversorgung zu gewährleisten, die Kosten zu reduzieren und die Erlöse zu steigern.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Bredehorst-Gutachten erfolgreich hälftig umgesetzt wurde, jedoch noch nicht vollständig umgesetzt ist.

**Was ist tatsächlich umgesetzt worden? Welchen betriebswirtschaftlichen Erfolg durfte man dadurch verzeichnen? Was wird derzeit noch umgesetzt und wieso dauert die Umsetzung so lange - wir sollten doch bereit in 2015 deutliche Erfolge verzeichnen können!**

**Warum benötigte man zunächst einen Gutachter um festzustellen, dass z.B. die Codierung der "Fälle" fehlerhaft ist? Was hat die Klinikleitung getan, um die Wirtschaftlichkeit zu prüfen und zu verbessern?**

**Allein das Vergleichen mit anderen Kliniken (Qualitätsberichte sind öffentlich von jedem Krankenhaus einsehbar) hätte ergeben müssen, dass dort Handlungsbedarf besteht.**

**Schläft die Klinikleitung?**

## 4.

**Von wem wurde die Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben und wie hoch sind die Kosten dafür? Wer trägt diese Kosten?**

Die Studie wurde von beiden Krankenhäusern gemeinsam in Auftrag gegeben. Die Kosten betragen für die Machbarkeitsstudie I rund 180.000 € und für die Studie II etwa 728.000 €. Beide Krankenhäuser tragen die Kosten der Studien zu je 50 Prozent.

Ich entnehme der Antwort, dass diese Kosten zum Defizit der Krankenhäuser zugerechnet wurden. Das gleiche unterstelle ich für die Kosten des Bredehorst-Gutachtens... (dürfte mittlerweile bei ca. 2 Mio Euro liegen) ... alles fein in den "Miesen" des Krankenhauses verschwinden lassen. So viel zum Thema Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses.

Noch mal zur Erläuterung: das Bredehorstgutachten (siehe Frage 3 UEK Fragenkatalog) hat bemängelt, was jeder klar denkende Mensch selber hätte bemerken können.



## 5.

**Sind die Planungen nicht die Vorbereitung zur Privatisierung?**

Ganz im Gegenteil: Gerade wenn wir nicht handeln, bleibt uns auf Sicht nur die Privatisierung. Wir wollen das Krankenhaus in kommunaler Hand halten. Wir setzen uns für das Zentralklinikum nicht nur wegen der besseren Gesundheitsversorgung der Menschen in unserer Region ein, sondern auch um eine Privatisierung zu vermeiden.

Jahrelanges Schludern - keine Fördergelder beantragen, um Bauten zu Sanieren - Versäumnisse häufen sich auf....

und nun will man Privatisierung vermeiden? Was soll diese Drohung mit der Privatisierung?

Vielmehr ist gar nicht gesichert, dass die Zentralkli-

nik wirtschaftlich arbeiten wird und nicht auch Verluste erbringt - schliesslich gelten immer noch die gleichen Rahmenbedingungen. Eine wackelige Finanzierung kann genauso zur Privatisierung führen, wie ein schlechtes Management der alten Kliniken.



## 6.

**Könnte nicht eine Privatisierung besser sein, wenn dann die Krankenhäuser an den bisherigen Standorten bleiben?**

Ein privater Träger würde nach einer Übernahme der drei bisherigen Krankenhausstandorte mutmaßlich das gleiche Konzept umsetzen wollen wie bisher die Stadt Emden und der Landkreis Aurich. Wenn dieses aus politischen Gründen nicht zu realisieren wäre, würden die Strukturen der bestehenden Krankenhäuser unter rein wirtschaftlichen Prämissen angepasst und das bisherige Versorgungsspektrum an den einzelnen Standorten entsprechend ausgedünnt.

Beide Alternativen würden bei einer privaten Trägerschaft einhergehen mit einer Abkehr von den Tarifen des öffentlichen Dienstes und einem überproportionalen Abbau des Personals, um das Ziel der Kostenminimierung zu erreichen. Bekanntlich verbleiben die dadurch erreichten Gewinne privater Klinikträger nicht im Krankenhaus vor Ort, sondern werden zu wesentlichen Teilen an die Gesellschafter ausgeschüttet.

"Mutmasslich" könnte ein privater Krankenhausträger nicht nur eine schwarze Null erwirtschaften (so wie wir es auch könnten zum jetzigen Zeitpunkt). Ein privater Träger würde Gewinne erzielen.

Private re-investieren ihren Gewinn in die Kliniken - allerdings schliessen sie wirtschaftlich ineffiziente Abteilungen und ersetzen sie durch lukrative.

Ich glaube, nichts anderes wurde hier vor Ort bereits durch den kommunalen Träger getan...Ach ja - kommunale Anstellungsverhältnisse.... hmmm - wie viele Arbeitsplätze werden noch gestrichen, bis man auf eine wirtschaftliche Zahl Mitarbeiter für eine 660 Bettenklinik kommt?



7.

**Sind die Ergebnisse der BDO wirklich objektiv oder hat man nur die Zahlen und Fakten an das Unternehmen geliefert, die in Richtung Zentralkrankenhaus zielen?**

Die Stufe 1 der Machbarkeitsstudie ist zwar federführend von der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erstellt worden, aber in enger Zusammenarbeit mit den Fachexperten in den Krankenhäusern. In der für den Projektablauf unmittelbar zuständigen Steuerungsgruppe sind aus den beiden beteiligten Krankenhausgesellschaften die Geschäftsführer, die Ärztlichen Direktoren, die Pflegedirektoren und die Betriebsratsvorsitzenden vertreten.

Insofern kann nicht unterstellt werden, dass das Beratungsunternehmen die Ergebnisse gezielt in Richtung Zentralkrankenhaus gesteuert hat. Auch die Stufe 2 der Machbarkeitsstudie wird unter intensiver Beteiligung der Fachleute aus den Krankenhäusern entwickelt.

War das wirklich die Antwort auf die Frage? Im Grunde beschreibt diese Antwort die genaue Situation:

die erwähnten Mitarbeitergruppen haben, passend zum BDO Auftrag das Spiel "Wünsch-dir-was" gespielt. Der Auftrag an die BDO war deutlich gestellt.

**Prüfe die Machbarkeit einer Zentralklinik.**



8.

**Warum wurden im Gutachten der BDO AG die Differenzierungen der Einzelstandorte nicht berücksichtigt?**

Das ist so nicht richtig: Im Gutachten wurden die Einzelstandorte differenziert von der BDO untersucht. Aus kartellrechtlichen Gründen durften die von den Krankenhäusern beigesteuerten Detailinformationen aber nicht untereinander ausgetauscht werden, sondern mussten von den unabhängigen Beratern ausgewertet und zusammengetragen werden. Da es sich um sensible Daten handelt, durften sie auch nicht im Gutachten veröffentlicht werden.

Aus kartellrechtlichen Gründen? Das Kartellamt regelt Zusammenschlüsse zu Monopolen soweit ich weiss. Das Nicht-Austauschen von Betriebsdaten hat einzig den Grund, dass man sich nach wie vor als Konkurrenten betrachtet

Die unabhängigen Berater (müssen wohl viele sein) ist die Firma BDO.

Grundsätzlich ist die Antwort an der Frage vorbei.

Die einzelnen Standorte wurden nicht differenziert nach ihren Möglichkeiten im BDO Gutachten aufgeführt. Ein Warum wurde nicht beantwortet.

Meine Antwort dazu: Man will sich mit dem Schnee von gestern nicht mehr beschäftigen - sondern mit voller Kraft schön viel Wirbel um ein neues Projekt machen. Und damit möglichst alle Versäumnisse der Vergangenheit zudecken.



9.

**Ist es nicht möglich, die Kliniken wirtschaftlicher zu führen? Dem Klinikum Leer beispielsweise gelingt dies doch auch. Warum kann der Landkreis Leer sogar mehrere Krankenhäuser gleichzeitig halten und Emden nicht einmal eines?**

Es ist üblich und gehört zum guten Ton, sich über Wettbewerber nicht zu äußern. Abgesehen davon

sind unsere Einblicke in deren Abläufe und Zahlen nicht tief genug, um beurteilen zu können, was diese Häuser tun.

Sorry, lieber Antwort-Geber auf Seiten der UEK... Mittlerweile pfeifen es alle Spatzen vom Himmel, was Leer in der Vergangenheit getan hat und richtig getan hat!

Und die Querverbindung hier her ist einfach. Alle diese Offensichtlichkeiten sind hier in Aurich und Norden nicht erledigt worden.

Ach ja - mal n Schnelltip - im letzten Pressegespräch des Landrates Leer wurde erwähnt, dass er meint, sein Klinikchef habe ein gutes Händchen bewiesen.... hm.... wie wärs mit einer Querverbindung zu unserem Klinikchef?



## 10.

**Ist der Bau eines Zentralklinikums nicht viel teurer als der Erhalt der drei Häuser oder beispielsweise der Neubau von zwei oder drei kleinen Häusern vor Ort?**

Der Bau eines Zentralklinikums ist wirtschaftlicher als der Erhalt der drei bisherigen Häuser und vor allem als ein Neubau von zwei oder drei kleinen Häusern vor Ort. Es geht dabei nicht nur um die Herstellungskosten für einen Neubau bzw. Neubauten oder die bauliche Sanierung der vorhandenen Gebäude, sondern um die laufenden Kosten des Krankenhausbetriebes.

Mit einem neuen Zentralkrankenhaus eröffnet sich die Möglichkeit, die Abteilungsgrößen und die bauliche Infrastruktur so zu gestalten, dass durch optimierte Arbeitsprozesse die laufenden Kosten auf ein wirtschaftlich vertretbares Maß reduziert werden können.

Nur so kann ein Krankenhaus Gewinne erwirtschaften, die wie bei jedem Unternehmen erforderlich sind, um Kredite für Eigeninvestitionen zu bedienen und neue Investitionen, die nicht vom Land Niedersachsen gefördert werden, umzusetzen. Bis-

her sind die Krankenhäuser in Emden, Aurich und Norden auf die finanzielle Unterstützung der Träger angewiesen, die hierfür Steuergelder einsetzen müssen, die eigentlich für andere Aufgaben zu verwenden sind.

Diese Umstände blieben erhalten, wenn die bisherigen drei Standorte oder auch nur zwei erhalten bleiben würden.



In den nächsten fünf bis acht Jahren müssten zweistellige Millionenbeträge investiert werden, um notwendige Modernisierungen in Lüftungs- und Klimatechnik und Elektroinstallation vorzunehmen.

Darüber hinaus wären bauliche Maßnahmen für Umstrukturierungen und Erweiterungen erforderlich, um die Kapazitäten an den wachsenden Versorgungsbedarf anzupassen.

Auch hierfür müssten mehrere dutzend Millionen Euro ausgegeben werden. Nur ein Teil dieser Kosten würde über eine Investitionsförderung durch das Land Niedersachsen finanziert, da Maßnahmen in der vorhandenen Bausubstanz vornehmlich Erhaltungsaufwand darstellen und damit über die laufenden Einnahmen finanziert werden müssten.

Diese reichen aber seit langem nicht einmal aus, um die üblichen Betriebsaufwendungen zu decken.

Auch wenn die bestehenden Krankenhausgebäude komplett modernisiert und erweitert werden würden, blieben die vorhandenen baulich-strukturellen Unzugänglichkeiten erhalten und damit die Gründe für überproportional hohe Vorhalte- und Unterhaltungskosten.

### **Nun meine Stellungnahme zur Antwort:**

"Vergessen" wurde, dass Verbindlichkeiten aus den Krediten entstehen.

"Vergessen" wurde, dass auch an einem neuen Gebäude regelmässig Neuerungen angebracht werden müssen, damit man nicht nach wenigen Jahren das Desaster hat, wie es hier vor Ort durch Sanierungsstau passiert ist.

"Vergessen" wurde, dass Sanierungen an den Gebäuden durch das Betriebsergebnis und durch Fördergelder finanziert werden müssen (hüstel - auch jetzt)

"Vergessen" wird, dass wir ca. 30 Jahre am Kredit unserer eventuellen Zentralklinik abzahlen müssen, um dann nach 30 Jahren festzustellen, dass das Gebäude wieder völlig veraltet ist.

# 11.

**Mit den Baukosten kommt man doch nicht aus. Solche Projekte werden ja immer teurer als geplant: und dann?**

Wirklich bekannt werden immer nur die Fälle, wo etwas schief gelaufen ist. Über die große Zahl der gut vorbereiteten und umgesetzten Projekte der öffentlichen Hand wird nicht berichtet. Viele Krankenhäuser wurden zu den veranschlagten Kosten gebaut. Das ist eine Sache der gewissenhaften Vorbereitung, zu der auch die erste Studie gehört.

Genauso gewissenhaft, sorgfältig und umsichtig werden wir weiter vorgehen – das garantieren wir Ihnen.

**Bislang haben wir noch nicht eine verlässliche Zahl bezgl. Baukosten und Grösse erhalten.**

**Lt. Studie befinden wir uns aber mitten in der "Bauplanungsphase".**

**Welche Krankenhäuser wurden zu den veranschlagten Kosten gebaut?**

**Beispiele?**

**Wer trägt die Baunebenkosten, die noch immer nicht beziffert wurden?**

**Wer garantiert uns das - durch was? Durch Haftung mit Privatvermögen?**



# 12.

**Wie soll die Finanzierung überhaupt aussehen? Der Landkreis Aurich und die Stadt Emden müssten ja sicherlich einen großen Teil bezahlen.**

Eine Grundbedingung für eine Umsetzung des Zentralkrankenhausprojektes ist eine ausreichende Investitionsförderung durch das Land Niedersachsen.

Wenn ein Mindestmaß einer entsprechenden staatlichen Kostenbeteiligung erreicht wird, verbleibt immer noch ein großer Anteil an notwendigen Eigenmitteln.



Diese sollen aber nicht vom Landkreis Aurich und der Stadt Emden getragen werden, sondern durch Kreditaufnahmen, die langfristig über die erwartenden Gewinne aus dem Krankenhausbetrieb zurückerwirtschaftet werden.

Da Banken Kredite nie ohne kalkulierbares Risiko gewähren, erwarten sie von den Verantwortlichen verlässliche Berechnungen und Prognosen, die in einem speziellen Businessplan zusammengestellt werden.

Erst wenn dieser von den Experten für Großfinanzierungen und den zuständigen Behörden geprüft und genehmigt worden ist, kann zusammen mit der Zusage des Landes Niedersachsen zur Investitionsförderung eine endgültige Entscheidung zum Neubau des Zentralklinikums getroffen werden.

**Man muss schon schlucken, wenn man liest, dass die Gewinne des eventuellen Zentralklinikums die Kredite zahlen soll. Und was, wenn die Gewinne ausbleiben?**

**Unter welchen Umständen kann denn diese neue Klinik Gewinne erwirtschaften? Wo bleibt dabei der Mensch und seine Versorgung?**

**Perspektivisch bleibt zur Gewinnerzielung nur der fließbandähnliche Durchgang möglichst speziell-abrechenbarer Kranker - zur Not auch von weit her. Und die Versorgung vor Ort?**

**Die bleibt auf den Schultern der niedergelassenen Ärzte und der Patienten**

# 13.

**Was passiert, wenn das Zentralklinikum nicht kommt oder die Finanzierung aus Hannover nicht ausreicht?**

Es gibt keine vergleichbare Alternative zum Zentralkrankenhaus, jede andere Lösung wäre schlechter. Das Zentralklinikum ist DIE Chance, das Problem längerfristig zu lösen und eine angemessene Ge-

sundheitsversorgung sicherzustellen. Die Gefahr der Privatisierung würde steigen. Arbeitsplätze wären verstärkt in Gefahr.

Was bleibt ist der Versorgungsauftrag des Landes Niedersachsen, der an die Kommunen weitergegeben wurde. Dieser muss erfüllt werden. Wenn es kein Geld gibt, gibts entweder die Privatsolvenz oder endlich gewissenhaftere Geschäftsführung.

Laienhaftes an-die-Wand-fahren ist im Thema Gesundheitsfürsorgepflicht sträflich!

Und wer wagt, nach "sozialverträglicher" Streichung von 400 bis 500 kommunaler Arbeitsplätze davon zu reden, dass Privatisierung mit Gefahr für Arbeitsplätze einherginge... der ist in meinen Augen als Gesprächspartner disqualifiziert.



## 14.

### Geht es bei dem Zentralklinikum nicht in erster Linie um wirtschaftliche Faktoren?

Leider wird in der öffentlichen Diskussion die Ökonomie immer in den Vordergrund gestellt. Die Idee eines zentralen Klinikums für die Stadt Emden und den Landkreis Aurich wurde in erster Linie aber aus medizinischer Sicht entwickelt. Aufgrund der demographischen Entwicklung und auch der Entwicklung in der Medizin ist eine medizinische Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau und wohnortnah nur durch eine Zusammenlegung der drei Kliniken an einem Standort möglich. Nur hierdurch können auch

kleinere Abteilungen weiter erhalten bleiben und nur hierdurch sind ein Betreiben von Spezialabteilungen (z.B. Gefäßchirurgie oder Kardiologie) und eine Zentrenbildung (z.B. Darmzentrum oder Brustzentrum) möglich.

Es hat sich leider gezeigt, dass die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht. Würden die drei Kliniken wirtschaftlich arbeiten, wäre niemand auf den Gedanken gekommen, einen Rettungsanker Richtung Georgsheil zu werfen.

Spezialabteilungen können nach Räumlichkeiten an jeden der drei Standorte gepackt werden. Zusätzlich wäre eine stabilere Notfall und Grund- und Regelversorgung in den bestehenden Städten gesichert. Alles ist entstanden und hat sich entwickelt (Strassennetze etc.) - alles ist gewachsen - ein Krankenhaus gehört dahin, wo die Menschen sind. Und die Bewohner des Umlandes nutzen Strassen, die dort hin gebaut wurden.

Grundsätzlich gilt: Wenn man etwas will, kann man das auch erreichen. Hier "will" man jedoch nicht - oder kann nicht. Der Patient solls nun ausbaden. Aus der gegebenen Antwort entnehme ich, WER den Faktor Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund stellt.

## 15.

### Es wird immer gesagt, das Klinikum sei aus medizinischer Sicht sinnvoll. Wie ist das zu verstehen?

Aktuell haben wir sowohl für die Stadt Emden als auch für den Landkreis Aurich eine gute medizinische Versorgung in den Krankenhäusern in Emden, Aurich und Norden. Es gibt aber absehbare Entwicklungen, die diese gute Versorgung für die Zukunft nicht nur infrage stellen, sondern praktisch unmöglich machen. Diese Entwicklungen ergeben sich zum einen durch die absehbare demographische Entwicklung, zum anderen durch die Ambulantisierung und Spezialisierung in der Medizin sowie den zunehmenden Ärztemangel.

Was heißt das nun genau?

Der sogenannte demographische Wandel führt dazu, dass es in Deutschland und damit auch in Ostfriesland weniger Kinder und mehr Senioren geben wird. Insgesamt wird die Bevölkerung auch in der Stadt Emden und im Landkreis Aurich in den nächsten Jahren schrumpfen.

Auf der anderen Seite geht die medizinische Entwicklung immer weiter, sodass immer mehr Behandlungen oder auch operative Eingriffe aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verschoben werden.

Insgesamt wird dieses dazu führen, dass Abteilungen in den Krankenhäusern Betten abbauen müssen.

Eine Reihe von Abteilungen werden dadurch in der Zukunft so klein werden, dass sie sowohl für zukünftige Chefärzte als auch für Assistenzärzte absolut unattraktiv werden, das heißt sie werden nicht mehr mit Ärzten besetzt werden können und müssten geschlossen werden.

Für die Patienten hieße das, dass sie zur stationären Versorgung nach z.B. Oldenburg fahren müssten.

Durch die Zusammenlegung der drei Krankenhäuser würden auch die kleineren Abteilungen eine Größe behalten, die ein Weiterbetreiben dieser Abteilungen ermöglicht, sodass die Patienten weiterhin hier vor Ort, nämlich in Georgsheil, versorgt werden können.

Aber auch für die größeren Abteilungen wird eine Nachbesetzung mit entsprechenden Ärzten schwierig werden, da die Spezialisierung in der Medizin weitergegangen ist.

Das große Gebiet der Chirurgie z.B. ist inzwischen in verschiedene Schwerpunkte aufgeteilt. Eine ungeteilte Abteilung für Chirurgie wird daher ebenfalls nicht mehr mit Ärzten zu besetzen sein. Das heißt, dass die chirurgischen Kliniken der Zukunft in verschiedene Schwerpunktkliniken aufgeteilt werden müssen.

Diese Aufteilung ist aber auch nur bei einer ausreichenden Zahl chirurgischer Betten möglich. Diese Bettenzahl wird nur durch die Zusammenlegung der drei Krankenhäuser erreicht, sodass für das Zentralklinikum eben eigenständige Kliniken für z.B. Gefäßchirurgie und Thoraxchirurgie möglich sind.



Hierdurch würde die medizinische Versorgung der Bevölkerung hier vor Ort erheblich verbessert. Das Gleiche gilt natürlich auch für die Innere Medizin, die ähnlich aufgeteilt werden wird.

Aus medizinischer Sicht geht es für die Zukunft also gar nicht um die Frage einer guten medizinischen Versorgung entweder in Emden, Aurich und Norden oder eben in Georgsheil, sondern es geht um die Frage einer guten medizinischen Versorgung entweder in Georgsheil oder in Oldenburg.

Und damit dürfte das Zentralklinikum in Georgsheil sicher für alle Patienten die sinnvollere Lösung sein.

## Demografischer Wandel?

Die Menschen werden älter? Wie geht man mit diesen Patienten um später? Ambulantisierung ist doch genau das, was man plant - Operationen ambulant durchführen und dann den Patienten abdrücken an niedergelassene Ärzte und Familie. Fahrwege wegen Nachkontrollen in Betracht ziehen?

Fehlanzeige.

Der KUNDE wird abgefertigt, nach mir die Sintflut.- Die Antwort des UEK-Teams ist noch um einiges länger... Ich kann mir den Auszug schenken, denn ich lese dauern: **WIR HABEN VERSÄUMT GUTE ÄRZTE ZU REKRUTIEREN; ZU FÖRDERN; AUFZUBAUEN.**



## 16.

**Und wie sieht es aus pflegerischer Hinsicht aus? Sind hier Änderungen für die Pflegekräfte zu erwarten?**

Die Pflegekräfte werden sich auf ein neues, gemeinschaftliches Pflegekonzept einigen. Die Mitarbeiter der Kliniken werden dann natürlich eng zusammenarbeiten. Ganz wichtig ist es uns dabei, den besonderen Bedürfnissen einer immer älter werdenden Gesellschaft bei der Pflege gerecht zu werden. Der schon jetzt gute Kontakt zwischen den Kliniken wird dann noch intensiviert. Natürlich werden die Pflegekräfte bei der Erstellung aller neuen Konzepte immer mit einbezogen, sonst würde es nicht funktionieren.

**Als hätte das Pflegepersonal irgendeine Möglichkeit, sich zu einigen....**

**Der Auftrag wird von der Klinikleitung erteilt, und das Pflegepersonal hat dem Folge zu leisten. Und welche Möglichkeiten gäbe es denn noch, ausser zusammenzuarbeiten, wenn man in einer einzigen Klinik arbeitet....**

**Es bleibt bloss zu hoffen, dass Vorschläge von der Basis (also vom Bett des Patienten aus) Gehör finden... aber war das bislang der Fall? Irgendwie vermisse ich den Inhalt in der Beantwortung der Frage**

# 17.

**Welches Leistungsspektrum könnte denn ein Zentralkrankenhaus bieten? Bleiben zum Beispiel teure Fachabteilungen wie Frauenklinik und Kinderklinik erhalten?**

Ein Erhalt der kleineren Abteilungen ist einer der Gründe, die zur Idee eines Zentralkrankenhauses geführt haben. Denn nur bei einer Zentralisierung behalten diese Abteilungen trotz demographischem Wandel und trotz Ambulantisierung der Medizin eine Größe, die ein Weiterbetreiben dieser Abteilungen medizinisch und ökonomisch sinnvoll möglich macht. Ein weiterer Grund ist die unter Qualitätsgesichtspunkten immer stärker geforderte Zentrenbildung. Die Bildung eines Darmzentrums oder eines Brustzentrums ist dabei unter anderem von der sog. Fallzahl (Zahl der behandelten Patienten pro Jahr) abhängig. Diese Fallzahl ist nur problemlos bei einer Zentralisierung zu erreichen. Das heißt aber auch, dass in einem Zentralkrankenhaus natürlich diese Zentren vorgehalten werden.

Alle Leistungen, die man angeblich nur in einer Zentralklinik vorhalten kann, können als Spezialisierung an einen der drei Standorte gesetzt werden.

Es wird immer vergessen, dass die normale Grund- und Regelversorgung vor Ort an vorhandener Infrastruktur erhalten bleiben muss.

Fallzahlen werden auch im Verbundsystem erreicht, und gleichzeitig wird die Versorgung aufrecht erhalten.



# 18.

**Welche Facharztbereiche sollen in der Großklinik in Georgsheil vertreten sein, die bisher nicht abgedeckt werden?**

Die zukünftigen Facharztbereiche werden gemeinsam mit dem Land Niedersachsen festgelegt. Auszubauende Schwerpunktbereiche sind z.B. Gefäß-, Thorax-, Wirbelsäulenchirurgie und Kardiologie mit Katheterlabor.

Diese Behandlungen sind bereits jetzt möglich. Bitte

was soll am neuen Standort vorhanden sein!!! So- was gehört zur Vorabklärung, bevor man sich in ein neues Konzept stürzen will.



# 19.

**Es wird von einer Planzahl von 900 Betten (inkl. Psychiatrie/Psychosomatik) gesprochen, derzeit haben alle drei Kliniken zusammen ca. 952. Warum wird die Zahl geringer?**

Die neue Planbettenzahl steht noch nicht endgültig fest. Bisher müssen die drei Kliniken wegen fachlicher Überschneidungen manches doppelt oder dreifach vorhalten, was im Zentralkrankenhaus nicht der Fall ist.

Es werden zukünftig nur noch 660 Betten vorgesehen (gegenwärtige Planung). Dazu kommen rund 150 Betten für die Psychiatrie.

Im Grossraum leben rund 230000 mögliche Patienten. Die bundesweit geltende Anzahl von Betten pro Patient wird somit deutlich unterschritten.

Wenn man Zahlen angibt, dann bitte deutlich erklären!!! Und bitte auch erklären, warum wir sogar im Vergleich der Zahlen in Niedersachsen eine deutliche Unterversorgung haben.



## 20.

### Wie wollen Sie die Verkehrssituation regeln? Wie sollen Menschen ohne Auto zum Krankenhaus kommen?

Aus den Städten gesehen erreicht man das Zentralklinikum in 15-20 Minuten mit dem Auto. Busverbindungen werden entsprechend ausgebaut, so dass auch für ältere Mitbewohner aus den Städten eine gute Erreichbarkeit sichergestellt ist. Im zentral in unserer Region gelegenen Georgsheil sind die Voraussetzungen perfekt, weil hier sternförmig zwei Bundesstraßen zusammenkommen.

Damit ist glücklicherweise kein Straßenausbau nötig. Es wird aber auf jeden Fall eine Anbindung an den ÖPNV geben. Auch der Rettungsdienst hat kein Problem mit der Infrastruktur, weil er mit Blaulichtfahren Vorrang genießt und so auch gut durchkommt.

Warum wird hier verschwiegen, dass sich die Fahrtzeiten für die meisten Patienten verlängert? Man male gedanklich einen Einzugskreis um jeden jetzt bestehenden Krankenhausstandort. Für viele - kurze Wege.

Nun male man gedanklich einen Kreis um eine eventuelle Zentralklinik. ----> für eine wachsende Zahl der Patienten ein weiterer Weg.

Vergessen wird auch, dass durch die Versetzung des Krankenhauses viel mehr Personen aus Ballungszentren befördert werden müssen. Auch das wird sich niederschlagen. Ach ja.. und wer schon mal einem Rettungswagen "freie Bahn" gemacht hat, der weiss, wie halsbrecherisch solche Aktionen gerne sein können. Aus der Antwort entnehme ich, dass keineswegs für eine bessere Verkehrssituation gesorgt wird. Das wird ein Punkt sein, der erst entdeckt wird, wenn das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist.



## 21.

Brauchen Städte wie Emden, Aurich und Norden kein Krankenhaus direkt in der Stadt? Für potentielle Neubürger werden die Städte dadurch unattraktiv?

Ostfriesland benötigt eine hochqualifizierte medizinische Versorgung in erreichbarer Entfernung. Die hochdefizitäre Weiterführung der bestehenden Kliniken ist mittel- bis langfristig nicht mehr haltbar.

Aus drei kleineren Krankenhäusern wird ein hochmodernes, mit allen medizinischen Erfordernissen versehenes Zentralklinikum. Damit wird die medizinische Versorgung der Region auch weiterhin bezahlbar, langfristig gewährleistet.

Natürlich sinkt die Attraktivität der Städte. Es sinkt auch die Kaufkraft - allein das Personal wird nicht mehr regelmässig dort einkaufen - man nutzt dann arbeitsplatznahe Einkaufsmöglichkeiten.

Eine mögliche Variante ist, dass die Städte ihren Mittelzentrums-Status verlieren (der ja an das Vorhandensein eines Krankenhauses gebunden ist). Damit entfallen auch diverse Bezuschussungen durch das Land Niedersachsen.

Insgesamt verschlechtert sich die wirtschaftliche Lage jeder einzelnen Städte.



Natürlich sinkt die Attraktivität der Städte. Es sinkt auch die Kaufkraft - allein das Personal wird nicht mehr regelmässig dort einkaufen - man nutzt dann arbeitsplatznahe Einkaufsmöglichkeiten.

Eine mögliche Variante ist, dass die Städte ihren Mittelzentrums-Status verlieren (der ja an das Vorhandensein eines Krankenhauses gebunden ist). Damit entfallen auch diverse Bezuschussungen durch das Land Niedersachsen.

Insgesamt verschlechtert sich die wirtschaftliche Lage jeder einzelnen Städte.

Es stimmt, dass Ostfriesland eine hochqualifizierte medizinische Versorgung benötigt. **DARAUF HAT MAN HIER AUCH EINEN GESETZLICH GEREGLTEN ANSPRUCH!** Die Frage ist, wer hat es zu verantworten, dass das bisherige System derart defizitär geführt wurde!!!



## 22.

### Wird es weiterhin eine Notfallversorgung vor Ort geben?

Durch eine Verlagerung des Krankenhauses nach Georgsheil wird es keine Verschlechterung der Notfallversorgung ergeben. Die ambulante Versorgung wird weiterhin durch die niedergelassenen Ärzte einschließlich der kassenärztlichen Notfallpraxis gewährleistet sein.

In diesem Rahmen werden auch die vom Klinikum Emden betriebenen Medizinischen Versorgungszentren in Emden verbleiben und nicht mit nach Georgsheil umziehen.

Die Versorgung von schwereren Notfällen wird weiterhin mit Hilfe der Rettungswagen und des Notarztes durchgeführt werden. Die Stützpunkte der Rettungswagen und des Notarztes bleiben weiterhin vor Ort.

Wahrscheinlich wird es einen zusätzlichen Stützpunkt in Georgsheil geben, sodass sich die Versorgung dieser Notfälle sogar noch verbessern wird.

Die Antwort lautet: Die Notfallversorgung erfolgt nach Schwere des Notfalls. Dramatische Notfälle kommen in den Krankenwagen oder Hubschrauber und werden in Georgsheil behandelt (oder man träumt davon, dass der Hubschrauber sie dort hin bringt).

Andere Notfälle, wie z.B. leichte Schnittverletzungen, leichte Verbrennungen etc. sollen durch die niedergelassenen Ärzte behandelt werden. Wie sollen die Ärzte vor Ort das mit leisten können und wer bezahlt den Ärzten diese Behandlungen?

Vor allem aber: wer beurteilt die Schwere der Verletzung?



## 23.

Was passiert den, wenn ich einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekomme, und es ist kein Krankenhaus mehr in der Stadt? Bin ich jetzt nicht viel zu lange mit dem Rettungswagen unterwegs?

Die qualifizierte Behandlung des Patienten beginnt mit dem Eintreffen des Rettungsdienstes; nicht erst mit dem Eintreffen in einem Krankenhaus.

In solchen Fällen können Sie auch jetzt nicht einfach ins nächstgelegene Krankenhaus. Wenn Sie einen schweren Herzinfarkt bekommen, müssen Sie jetzt nach Leer oder Westerstede, da kein Haus über einen Herzkatheterlabor verfügt.

Auch wenn ab Mitte 2015 Aurich ein Herzkatheterlabor hat, müssen Patienten aus Emden entweder nach Leer oder Aurich und Patienten aus Norden nach Aurich.

Wenn Sie heute schweren Schlaganfall in Norden oder Aurich erleiden, müssen Sie nach Emden. Zukünftig müssen alle diese Patienten nur noch ins zentral gelegene Georgsheil, der durchschnittliche Weg wird also für die Allermeisten deutlich kürzer.

Genauso ist es bei einem Unfall, der in einem regionalen Traumazentrum behandelt werden muss. Das Zentralklinikum bietet auch für schwersterkrankte und -verletzte Patienten eine gut erreichbare Anlaufstelle, während heute noch über 2.000 Patienten pro Jahr in Krankenhäuser außerhalb des Landkreises Aurich oder der Stadt Emden gebracht werden müssen.

Grundsätzlich gilt für beide Beispiele, dass eine Akutbehandlung zur Stabilisierung vorgenommen werden muss. Wenn ein Notarzt zum Ort gerufen wird, liegt es an ihm, den Patienten zu stabilisieren und an entsprechende Stelle weiterzuleiten. Auf der einen Seite spricht man davon, dass Fahrtzeiten irrelevant sind, auf der anderen Seite hebt man positiv hervor, dass Fahrtzeiten sich verringern... Wer soll daraus schlau werden.

Interessant ist einzig der Punkt, ob der Patient an entsprechender Stelle fachgerecht behandelt werden kann. Dafür ist Sorge zu tragen.

Ein Arzt sagte mir neulich: Es gibt keine Herzinfarktpatienten, die selber ins Krankenhaus kommen. Die meisten kommen wegen Symptomen, die sie selber nicht beurteilen können. Dazu nutzen sie das nächstgelegene Krankenhaus. Dort kann man sofort handeln und behandeln und einen Weitertransport organisieren, sollte dieser notwendig werden.

Das gleiche gilt für Schlaganfälle. Dort zählt die schnelle Diagnose - Blutung oder Verstopfung! Verstopfungen können mit Hilfe von Tele-Diagnostik behandelt werden. Man fragt einfach einen Kollegen, der gar nicht vor Ort sein muss. Für Blutungen ist ein Transport per Hubschrauber angemessen und kann nach Stabilisierung veranlasst werden.

Vergessen werden auch hier, dass das Krankenhaus in den Städten ein Anlaufpunkt ist, um eben diese Vordiagnosen stellen zu können.

## 24.

**Die ambulante Versorgung ist schon jetzt in einigen Bereichen nicht zufriedenstellend. Doch Ärzte siedeln sich gern in der Nähe von Krankenhäusern an. Droht jetzt eine weitere Verschlechterung der Situation?**

Der Ärztemangel hat schon längst Ostfriesland erreicht. Es wird immer schwieriger, freiwerdende Arztstellen in Emden, Aurich und Norden zu besetzen.

Wie die übrige Bevölkerung auch zieht es die jungen Ärzte eher in eine Großstadt. Ohne jemandem zu nahe treten zu wollen, geht es dabei nicht um Emden oder Aurich, sondern es geht um Hamburg, Berlin oder München.



Wenn wir einen Arzt nach Ostfriesland holen wollen, dann müssen wir eine attraktive Klinik vorhalten. Das bedeutet, dass die Klinik die volle Weiterbildungsberechtigung haben muss, die wiederum von der Größe der Klinik abhängig ist. In vielen Bereichen haben die jetzigen Kliniken diese volle Weiterbildungsberechtigung eben nicht.

Wir werden sie aber in allen Kliniken des zentralen Krankenhauses erreichen können. Ein weiterer Punkt, der für die jungen Ärzte wichtig ist, ist die Familienfreundlichkeit des Krankenhauses.

Das heißt zum einen familienfreundliche flexible Arbeitszeiten und eine entsprechend der Arbeitszeiten geregelte Kinderbetreuung.

Auch dieses ist erheblich besser in einem größeren Krankenhaus zu gewährleisten als in den jetzigen drei Häusern.

Damit wird die Möglichkeit, Ärzte nach Ostfriesland zu holen, durch das Zentralkrankenhaus deutlich besser werden.

Wenn man alle drei Krankenhäuser zusammenfasst, kann für jeden einzelnen Schwerpunktbereich die Weiterbildungsberechtigung erteilt werden. Junge Ärzte können im Rotationsbetrieb in jedem Krankenhaus ausgebildet werden und schaffen es durch die Schwerpunktbildung, jede Tätigkeit ihrer Ausbildung mit genügend Praxis zu untermauern.

Kindergärten, also Familientauglichkeit gibt es bereits jetzt an den Standorten. Schulen ebenfalls - also, wo bleibt die Beantwortung der Frage? Wodurch wird eine Klinik interessant, um sie als Arbeitsplatz zu nutzen?

Vielleicht durch ein angenehmes Arbeitsklima? Durch das Zulassen von eigenen Ideen, durch ein Fördern der Jungärzte? Bisher wohl eher Fehlanzeige. (Es gibt Studien, die die Gründe für eine Arbeitsplatzwahl hervorgearbeitet haben - daraus sind auch die erwähnten Stichworte). Ich rate der Klinikleitung dazu, sich damit zu befassen.

Wer glaubt, dass sich junge Ärzte auf der grünen Wiese einfänden, vielleicht, weil die Wände so hübsch gestrichen wurden, der irrt.

## 25.

**Was planen Emden, Aurich oder Norden, um nicht nur das Zentralkrankenhaus für Fachärzte interessant zu machen, sondern auch das Lebensumfeld?**

Alle drei Städte bieten bereits attraktive Wohn- und Lebensbedingungen. Im Zentralkrankenhaus zu arbeiten heißt nicht auch in unmittelbarer Nähe zu wohnen. Der Arbeitgeber ist nicht deshalb uninteressant, weil ein Arbeitnehmer 15 km Fahrstrecke von seinem Wohn- zum Arbeitsort zurücklegen muss. Dreh- und Angelpunkt für die Anziehungskraft für Fachärzte ist der neue Arbeitsplatz im Zentralklinikum mit den medizinischen Zentren, besseren Möglichkeiten und einer modernen, optimierten Ausstattung.

Genau wie die Ärzte muss auch das Pflegepersonal die Fahrt zu einer eventuellen Klinik in Kauf nehmen. In Georgsheil ist nichts vorhanden. Langfristig wird sich die Situation dort ändern. In der Mittagspause schnell mal was essen gehen oder Einkäufe zu erledigen, ist dort wohl Fehlanzeige.

Das sind übrigens auch die Punkte, die sich einschneidend in den drei Städten bemerkbar machen werden. Was bleibt, sind verkahlende Städte und ein wachsendes Georgsheil. All das ist mit einschneidenden Kosten zu erwarten, mit einer kompletten Verschiebung des Gesamtbildes in Ostfriesland.

Personal, das sich jetzt auf möglichst kurze Fahrzeiten eingestellt hat, wird sich neu sortieren müssen. Das gleiche gilt für chronisch Kranke Patienten, die sich in den Ballungsräumen angesiedelt haben. Sogar Zugereiste, die ihr Wohnumfeld für den Lebensabend ausgesucht haben, sind von dieser Änderung betroffen.



## 26.

**Was passiert eigentlich mit den bisherigen Gebäuden? Da droht doch erneut ein langjähriger Leerstand.**

Ein konkretes Nachnutzungskonzept kann erst nach einer Entscheidung zum Zentralkrankenhaus entwickelt werden. Allein die Arbeiten für einen Neubau werden mindestens drei Jahre dauern. Im Vorfeld werden die Bauplanungen und die Ausschreibungen etwa zwei Jahre in Anspruch nehmen.

Ideen und Vorstellungen für die Nachnutzung der alten Standorte sind bereits vorhanden und reichen von der Ansiedlung von Arzt-/Therapiepraxen und ambulanten Versorgungszentren über Wohnmöglichkeiten für Senioren und Pflegebedürftige bis hin zur Büronutzung. Bestimmte Gebäudeteile wie z. B. die Psychiatrische Klinik in Emden wären nach dem Umzug in das Zentralkrankenhaus baulich abgängig.

Unabhängig von den realistischen Weiternutzungsmöglichkeiten haben die Wirtschaftlichkeitsberechnungen in der Stufe 1 der Machbarkeitsstudie gezeigt, dass sich das Neubauprojekt auch noch rechnen würde, wenn die Abschreibungen für die verlassenen Gebäude in das Ergebnis des neuen Krankenhauses einfließen und zu einer entsprechenden Belastung führen würden.

Die "Beantwortung" dieser Frage zeigt auf, wie hemdsärmelig die Planung ist. Man spricht von Ideen oder von Abschreibung der bestehenden Gebäude - sogar von toleriertem Leerstand. Diese Antwort hätte kürzer gefasst werden können: Nach mir die Sintflut!



## 27.

**Wie viele Arbeitsplätze gehen verloren und was sollen die betroffenen Mitarbeiter tun?**

Im Rahmen der laufenden zweiten Stufe der Machbarkeitsstudie wird ermittelt, welchen Personalbedarf das Zentralklinikum haben wird. Es ist aber klar, dass das Zentralklinikum mit weniger Stellen auskommen muss und auch kann. Deshalb haben Ar-

beitgeber und Arbeitnehmervertreter eine Absichtserklärung zur Gestaltung des Übergangs vereinbart. Es ist sichergestellt, dass es zu keinem ungeplanten oder sozial unverträglichen Arbeitsplatzabbau kommt.

Unterm Strich reden wir bereits jetzt von der Streichung 400 - 500 kommunaler Arbeitsplätze! Auch wenn bestehendes Personal sozialverträglich verabschiedet wird, bleibt es dabei, dass 400 - 500 kommunale Stellen nicht wieder besetzt werden!

Und das Ende der Stellenstreichungen ist nicht in Sicht. Wie viele Stellen werden in einer eventuellen Zentralklinik benötigt?



## 28.

**Wie kann man den Personalabbau denn gestalten?**

Diesen können wir sozialverträglich über Befristungen, Vorruhestandsangebote und die natürliche Fluktuation erreichen. Der sich weiter verschärfende Fachkräftemangel ließe es nicht zu, die bisherigen Stellenzahlen dauerhaft zu halten.

Stellen werden nicht neu besetzt. ---- Weil Fachkräfte fehlen?

Welche Stellen werden nicht mehr besetzt, um welche Arbeitsplätze handelt es sich bei den gestrichenen Stellen? Demnächst werden viele ältere Ärzte in Ruhestand gehen. Werden diese Stellen nicht mehr besetzt??

**Was passiert hier eigentlich?**

Wahllosigkeit statt planvolles Handeln. Es fehlen genaue Angaben, welche Stellen wegfallen - wie sie bis zur Inbetriebnahme der eventuellen Zentralklinik aufgefangen werden. Eines ist mal klar - Stellen werden wegrationalisiert - der Patient allerdings lässt sich nicht wegrationalisieren.

Was passiert mit den Kosten, die nun durch Zeitarbeits-Personal entstehen? Zeitarbeitspersonal wird nötig sein, um den bisherigen Standard bis zu einer neuen Inbetriebnahme aufrecht erhalten zu können



29.

**Von wem soll das Zentralklinikum geführt werden?**

Hierzu werden voraussichtlich der Landkreis Aurich und die Stadt Emden als Gesellschafter der bereits gegründeten Trägergesellschaft deren Gesellschaftszweck um die Errichtung und den Betrieb des Zentralklinikums ergänzen.

In der Rechtsform einer GmbH wird die Gesellschaft von der Geschäftsführung geführt. Daneben wird es wie in jedem deutschen Krankenhaus ein Krankenhausdirektorium geben, das die drei Säulen Medizin, Pflege und Betriebswirtschaft vertritt.

Die Geschäftsführung ist klar geregelt.

Warum erzählt man hier nicht, wie die eventuelle Zentralklinik geleitet werden soll?



30.

**Sind die laufenden Kosten bei einer Zentralklinik gedeckt, bzw. kann diese so arbeiten, dass kein Defizit entsteht?**

In der Machbarkeitsstudie für ein Zentralkrankenhaus wurde ermittelt, dass ein neu erbautes Zentralklinikum bei angemessener Investitionsförderung

durch das Land Niedersachsen einen zuschussfreien Betrieb ermöglicht und durch die erwarteten Überschüsse eine Abzahlung der Fremdkapitalaufnahme zur Finanzierung des aufzubringenden Eigenanteils gewährleistet.

Entscheider geben heute schon zu, dass eine Wirtschaftlichkeit einer eventuellen Zentralklinik nicht garantiert werden kann.

Bitte wo und mit welchen Zahlen wurde in der Machbarkeitsstudie belegt, dass die Wirtschaftlichkeit gesichert ist? Es fehlen gänzlich Quellen und Berechnungen. Es fehlt ein klarer Unternehmensplan.

**Nichts ist nachvollziehbar.**

31.

**Wie sieht es mit den noch offenen Krediten für das Klinikum Emden aus?**

Soweit mit den Krediten Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände finanziert wurden, die im Zentralklinikum weitergenutzt werden, gehen sie auf die neue Krankenhausgesellschaft über.

Die eventuelle Zentralklinik muss also nicht nur für sich alleine sondern auch noch für die Altlasten erhalten.

Und was ist mit den Defiziten, die sich noch anhäufen bis zur Inbetriebnahme der eventuellen Zentralklinik? Trägt die neue Klinik die auch, oder wird die vorab noch auf die Kommunen abgewälzt?

Wer steht denn gerade für die Defizite?

Wer haftet?



32.

**Wie hoch sind die Instandsetzungskosten, die noch für den Altbau des Klinikums Emden benötigt werden?**

Die jährlichen Instandsetzungskosten im Klinikum betragen ca. 250.000 bis 300.000 Euro. Darüber hinaus werden nach Bedarf weitere Erhaltungsmaßnahmen durchgeführt und in Medizin- und Haustechnik

nik investiert, um bis zum Bezug des geplanten Zentralklinikums ein funktionsfähiges Krankenhaus in Emden weiterführen zu können.

Und wie hoch sind die tatsächlichen Instandsetzungen, um den Betrieb der Krankenhäuser aufrecht zu erhalten?

Zahlen werden in den Raum geworfen, wie teuer die Sanierung der Gebäude sein soll. Wer hat bislang versäumt, regelmässig Sanierungsmassnahmen vorzunehmen? Wer hat die Massnahmen begutachtet und einen Investitionsplan dafür erstellt?

Wo sind die klaren Kostenvoranschläge, die den Bau-Leistungsplan und die Einzelpositionen auswerfen? Wer hat die Beträge kalkuliert?



## 33.

### Was wird aus den Ambulanten OP-Zentren?

Die bisherigen Planungen gehen davon aus, dass die Ambulanten OP-Zentren weiterbetrieben werden können. Bedingung hierfür ist ein wirtschaftlicher Betrieb mit entsprechender Einsatzplanung für Ärzte und Unterstützungspersonal. Daneben ist die Nutzung durch niedergelassene Ärzte vorgesehen.

Bei Zwischenfällen besteht die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der auf dem bisherigen Krankenhaugelände verbleibenden Arztpraxen und MVZ-Fachbereiche sowie des am bisherigen Krankenhaus weiterhin ansässigen Notarztes und Rettungsdienstes.

Ambulante OP-Zentren bleiben vor Ort? Und welche Ärzte sollen dort operieren?

Und was ist mit den Zwischenfällen, wenn kein KKH mehr im Hintergrund ist?

Ich glaube, da weiss die eine Hand nicht, was die andere schreibt.

## 34.

### Wie kann bei teuren Investitionen für Medizintechnik gespart werden?

Durch die Bündelung von medizinisch-technischen Geräten und Einrichtungen an einem Standort werden bisherige Doppel- bis Dreifachvorhaltungen abgelöst und eine bessere und damit wirtschaftlichere Auslastung erzielt.

Außerdem können durch Investitionen für medizinische Massnahmen, die bisher nur in anderen Krankenhäusern erbracht werden konnten, Patienten im Zentralklinikum umfassend behandelt werden, wodurch kostenträchtige Verlegungen vermieden werden.

Das stimmt bedingt. Natürlich können die medizinischen Techniken, die man für eine spezialisierte Behandlung benötigt, nicht an jedem Standort vorgehalten werden. Grundsätzlich aber benötigt der Patient aber rein zahlenmässig die gleichen Geräte. z.B. ein CT ist heute schon ausgelastet. Die Zahl der Patienten verringert sich nicht - wenn nun z.B. die Zahl der bereitgestellten CT Einrichtungen sinkt, erhöht sich gleichzeitig die Wartezeit auf so eine Behandlung.

Auch hier gilt: ES GIBT PATIENTEN also kümmert euch!

