Ärzteverein Norder Land e.V.

Am Markt 20
26506 Norden

Norden, den 19.11.2013

Erforderliche (nicht abschließende) Voraussetzungen aus Sicht der Norder Ärzteschaft zur Verwirklichung eines Großklinikum in Georgsheil

Machbarkeitsstudie nicht nur zur Überprüfung der Finanzierung sondern auch zur Berechnung der unmittelbaren Folgekosten wie Ausbau Rettungsdienst, Infrastruktur etc. sowie Akzeptanz in der Bevölkerung *(Kein Klüngel!)*. Frühzeitiger Einbezug der Bevölkerung, Belegschaften der vorhandenen Häuser und Politik in die Konzeptentwicklung zur Vermeidung von Unsicherheit in der Gesundheitsversorgung.

Profiplanung durch externe Krankenhausplaner zur Vermeidung von groben Planungsfehlern wie in der Vergangenheit (fehlende Toiletten Strahlentherapie, Überdimensionierung Sterilisationsabteilung in Aurich, Vergessen einer Intensivstation) unbedingt erforderlich

Einplanung eines Hygienearztes erforderlich um Problemkeime zu vermeiden, da dann keine Ausweichkrankenhäuser mehr zur Verfügung stehen

Planung zur Sicherstellung der Versorgung auch bei massiver Überbelegung, z. B. Norovirus-Epidemie (bisher konnten Wellen durch Verteilung auf Nachbarschaftshäuser abgefangen werden, wie liefe das, wenn nur noch ein Krankenhaus existiert?)

Ausbau des Rettungsdienstes incl. einer zusätzlichen Notarztstelle (mit Standort Georgsheil?), auch mehr RTW erforderlich bei längeren Fahrzeiten. Frühzeitige Hinzuziehung des Rettungsdienstes bereits bei der Planung

Ausbau der Straßeninfrastruktur an kritischen Stellen im Straßenverkehr zur Sicherstellung der Erreichbarkeit des Krankenhauses unter besonderer Berücksichtigung von Gefahrenpunkten (z. B. Marienhafe-Rechtsupweg, Moordorf)

Einbeziehung der Belegärzte in die frühzeitige Planung zur Vermeidung von "Abwanderung" in andere Landkreise oder Städte

Planungsabsichten zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung vor Ort? Verlagerung z. B. der chirurgischen Erstversorgung durch den KV-Bereitschaftsdienst nicht möglich, MVZs nur tagsüber besetzt. Vorhalten über Nacht im KV-Recht nicht vorgesehen.

"Quersubventionierung" durch Beschäftigte der bisherigen Krankenhäuser durch längere Fahrzeiten und erhöhtes Wegegeld.

Vermeidung von Standortverlagerung von MVZs (bereits jetzt besteht ein MVZ-Monopol für die chirurgische Versorgung in Norden).

Je nach Planung für ambulante Versorgung weitere Transportfahrzeuge erforderlich zur Abklärung z. B. von Frakturen im Altenheim.

Fortbestand einer Kinderbetreuung in einer KiTa wie bisher in Norden für ansässiges medizinisches

Personal (Attraktivitätskriterium für Assistenzärzte) direkt am Krankenhaus
Bei längeren Anfahrzeiten und insgesamt schlechter Verkehrsinfrastruktur sollte zumindest für ambulante Untersuchungen und für Besuche von Angehörigen ein Shuttlebus existieren. Vor Ort sollte ein ausreichend grosser Parkplatz sowohl für Mitarbeiter als auch für Besucher und Patienten eingeplant werden (gebührenfrei?). *Bereits jetzt ist es ein grosses Problem, finanzschwache Patienten angemessen zu versorgen. Jeder Arzt aus den Randgebieten kennt Patienten, die sich kein Taxi leisten können und deswegen medizinisch erforderliche Untersuchungen nicht durchführen lassen.*

Planung von Räumlichkeiten für die Aus- und Weiterbildung von Ärzten zur Anbindung von Famulanten und Weiterbildungsassistenten (Hörsaal, Arbeitsraum für Famulanten).

Besondere Berücksichtigung des Tourismus bereits bei der Planung. Bei der Berechnung der Bettenzahlen und bei der Berechnung von Praxissitzen wird in der Regel ausser Acht gelassen, dass die Zahlen der zu versorgenden Menschen durch den Tourismus die Bedarfsplanung nur für die Einwohner zumindest während der Hochsaison erheblich übersteigt. Auch sollten die Bedürfnisse der Tourismuswirtschaft bereits bei der Planung mit berücksichtigt werden *(viele Urlauber sind im Ruhestand oder haben kleine Kinder und machen ihre Urlaubsplanung auch von der Versorgungssituation im Notfall abhängig).*

Chancen sehen wir im Bereich der Assitentengewinnung für die medizinische Weiterbildung durch 6-Jahresverträge, Vorhalten eines bisher nicht vorhandenen Herzkatheters, schnellere Versorgung durch diensthabende Ärzte z. B. in der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen ohne Alarmierung von externen Fachärzten, Abbau der Benachteiligung der Norder Bevölkerung in der Versorgung gegenüber Aurich oder Emden.