

Die Frage im Live-Chat wurden beantwortet von

- » *Oberbürgermeisterin Margret Mergen, stellv. Aufsichtsratsvorsitzende Klinikum Mittelbaden*
- » *Hartwig Rihm, Bürgermeister a.D., Ehrenamtlicher Stellvertreter Landrat*
- » *Daniel Herke, Kaufmännischer Geschäftsführer Klinikum Mittelbaden*
- » *PD Dr. Thomas Iber, Medizinischer Geschäftsführer Klinikum Mittelbaden*

- » **Wie sieht die Notfallversorgung am Standort Bühl bis zu einem eventuellen Großklinikum aus? Bleibt die Notaufnahme in Bühl bestehen?**

Antwort PD Dr. Iber: Die Notfallversorgung in Bühl besteht mit Sicherheit die nächsten 10 Jahre in der heutigen Form weiter. Sie ist ein wichtiger Bestandteil in der Erstversorgung des südlichen Landkreises. Selbst wenn die Entscheidung unserer Gesellschafter zu einer Ein-Standort-Lösung führen würde, ist auch in 10 Jahren eine Erstversorgung und eine Notfallversorgung in Bühl, wie auch immer die dann aussieht - es könnte eine Notfallpraxis sein - dringend notwendig um im südlichen Landkreis eine Ersteinschätzung vornehmen zu können. Ergänzt wird die Notfallversorgung schon heute und wird sie auch in der Zukunft durch den Notarztstandort, der in diesem Sinne unverändert bestehen bleibt.

- » **Die Kosten für den Neubau seien doch zu niedrig veranschlagt. Legen Sie es absichtlich auf eine Privatisierung an?**

Antwort D. Herke: Für die Kostenfrage haben wir die zwei Experten HWP und Aktiva beauftragt. Deren Gutachten dazu liegen vor. Ihre Kostenschätzung erfolgte aufgrund von Erfahrungswerten in der Vergangenheit bei anderen Häusern und aufgrund von Standards hinsichtlich Kosten pro Bruttogeschossfläche, sodass die Kostenschätzung durchaus nachvollziehbar ist. Es wird nicht auf eine Privatisierung abgestellt. Sowohl der Landkreis Rastatt als auch die Stadt Baden-Baden haben sich ganz klar für die kommunale Trägerschaft ausgesprochen.

Antwort OB Mergen: Ich möchte das ganz klar unterstreichen. Ich verstehe, dass es immer wieder Fragen gibt, ob die Gefahr besteht, dass das Klinikum privatisiert wird. Dann sage ich ganz klar: Nein. Sowohl der Gemeinderat der Stadt Baden-Baden als auch der Kreistag des Landkreises Rastatt, als gemeinsame Gesellschaft, stehen zu der kommunalen Trägerschaft des Klinikums und genau deswegen führen wir die aktuelle Diskussion, um diese auch noch in den nächsten 30 Jahren sicher zu stellen.

- » **Wie wird der Flächenverbrauch für ein Großklinikum gerechtfertigt? Danach sei es nicht mehr Zeitgemäß so viel Fläche zu verbrauchen und es gäbe doch bereits drei Gebäude.**

Antwort D. Herke: Wir sprechen bei der Ein-Standort-Lösung über ein Klinikum mit 666 Betten. Das ist ein größeres Klinikum als die drei Einzelkliniken, wie wir sie jetzt kennen. Aber das ist noch nicht wirklich ein Großklinikum. Ich war zuletzt im Klinikum Nürnberg tätig. Dort hatten wir an zwei Standorten 2200 Betten. Das verstehe ich unter einem Großklinikum. Für ein Klinikum der diskutierten Größenordnung weiß man aus Erfahrungswerten, dass ein Flächenbedarf in der Größenordnung zwischen 6 und 9 Hektar benötigt wird. Das heißt aber jetzt nicht, dass die ganzen 6 oder 9 Hektar versiegelt werden. Dazwischen gibt es natürlich auch Grünflächen.

Die Patientenversorgung für die Zukunft in der Region sicherzustellen lautet das vorrangige Anliegen. Für die drei bestehenden Standorte, die während der mehrjährigen Neubauphase noch weiter genutzt werden, wird ein Folgenutzungskonzept entwickelt. Es gibt bereits Überlegungen, Bühl zu erhalten und als ambulanten Standort weiter zu entwickeln.

- » **Was mit Baden-Baden Balg und Rastatt passiert, das wird sich in den nächsten acht Jahren ergeben?**

Antwort D. Herke: Ja

» *Was ist mit der Geburtshilfe geplant bis der Neubau oder die Neubauten fertig sind?*

Antwort PD Dr. Iber: Die aktuelle Situation ist, dass wir die Geburtshilfe am Standort Balg zusammengeführt haben. Die Ursache dafür liegt schlicht und ergreifend in der Tatsache, dass wir auf die Corona Pandemie reagieren mussten. Es gibt bis dato keinerlei Gesellschafterbeschlüsse oder Diskussionen an der Grundstruktur, wie sie bisher bestanden hat, nämlich mit einer Geburtshilfe zentralisiert Baden-Baden einschließlich Kinderklinik und der Geburtshilfe in Rastatt, eine Änderung durchzuführen. Die Situation bleibt solange, wie die Corona Krise andauert und wie es erforderlich ist, es sichere Entbindungssituation fortzuhalten, da auch Corona-positive Schwangere zu uns kommen. Alles Weitere liegt letzten Endes in der Zukunft.

» *Meinungsäußerung: Dass man hier von Kunden statt Patienten spricht, beweist ganz gut wo der Fokus liegt.*

Antwort OB Mergen: Ja, jeder der in das Krankenhaus kommt ist beides, er ist Patient und Kunde. Und was ich eben zum Ausdruck bringen wollte: Der Patient von heute ist inzwischen sehr wählerisch geworden. Es ist nicht mehr das Krankenhaus von vor 30 Jahren, wo man einfach hingehen kann, man war ausgeliefert, man wusste nicht genau wie die medizinische Behandlung ist. Der Patient von heute ist ein sehr wissender Patient und er möchte als Kunde mit allem Service behandelt werden. Deswegen ist es, glaube ich, sophisticated zu sagen, ist er Patient oder Kunde. Für uns ist er in erster Linie ein Mensch, dem geholfen werden muss und das bestmöglich.

» *Was ist wenn ich aus dem Murgtal komme, aus Forbach, und ich habe ein gesundheitliches Problem. Wie soll die Rettungszeit von 30 Minuten für das hintere Murgtal, Forbach mit Ortsteilen Alt und Neu eingehalten werden?*

Antwort PD Dr. Iber: Im Prinzip ist die Situation schon heute, dass durch eine Rettungswache in Forbach und durch den Notarztstandort Gernsbach die Notfallversorgung sichergestellt ist und die Hilfsfrist von 15 Minuten in über 90 % der Fälle eingehalten wird. Und das wird regelmäßig überprüft und in der Bereitschaft der Rettungsdienste kontrolliert. Und an dieser Situation wird sich durch die Diskussion um die Klinikstruktur primär nichts ändern.

Wenn heute von wohnortnaher Versorgung geredet wird, dann ist immer die Frage: Was stellt man sich darunter vor? Nur in das nächste Krankenhaus zu gehen macht bei uns im Klinikum keinen Sinn, da wir eine Spezialisierung haben, die bedeutet, dass man beispielsweise aus dem hintern Murgtal, wenn man einen Schlaganfall hat, nach Rastatt ins Klinikum gebracht wird. Und wenn jetzt beispielsweise dem Gutachten durch die Gesellschafter gefolgt werden würde, und es käme zu einer Zusammenführung in einen zentralen Klinikum, dann wäre es unter Umständen näher am hinteren Murgtal, weil es vielleicht nicht mehr in die Innenstadt von Rastatt geht sondern an einen anderen Standort in der Rheinschiene, sodass sich die Fahrtzeit durch die Zusammenführung der Kliniken nicht zwingend verlängern, sondern in vielen Fällen verkürzen würde.

» *Frage direkt an Frau Mergen: Sagen Ihnen Probleme wie blutige Entlassungen und der Drehtüreffekt etwas?*

Antwort OB Mergen: Ja sicherlich. Man kennt die Situation, dass tatsächlich manche Patienten recht schnell wieder entlassen werden und das ist in der Tat immer dann ein Problem, wenn es beispielsweise alleinstehende Personen sind, die sich dann selber zuhause versorgen müssen. Wir kennen das Thema, es ist uns sehr wohl bewusst. Ich kann sagen, dass unser medizinisches Fachpersonal immer Sorge dafür trägt, dass dieser Mensch nicht in eine unklare Situation entlassen wird, sondern dass man ihn wirklich solange begleitet bis er guten Gewissens das Haus verlassen kann. Wir haben auf der anderen Seite aber die Situation von den Krankenkassen und da spüren wir seit Jahren dass diese, auch natürlich um Geld zu sparen, da sind sie als Krankenkassenzahler auf der anderen Seite auch daran interessiert, darauf drängen, dass die sogenannten Liegezeiten immer kürzer werden. Und wenn ein Patient länger liegt, als aus Sicht der Krankenkasse notwendig ist, bekommt das Klinikum dafür kein Geld. Das ist bereits schon heute eine häufige Situation, die das große Dilemma in der Krankenhausfinanzierung deutlich macht. Eigentlichen würden wir manchen Patienten gerne länger behandeln, aber die Krankenkassen übernehmen die Kosten nicht. Das ist eine Herausforderung, aber ich bin mir sicher, dass unser medizinisches Fachpersonal niemanden entlässt, der nicht wirklich guten Gewissens nach Hause gehen kann.

» *Angst vor Arbeitsplatzverlust von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, weil ja eine Reduzierung des Personals in dem Gutachten auch beschrieben wird.*

Antwort D. Herke: Ich bin dankbar, dass diese Frage gestellt wird. Auch in der Presse stand schon, dass 700 Stellen abgebaut würden. Das Gutachten differenziert zwischen der Ein-Standort-Lösung und der Drei-Standort-Lösung und sagt, dass wir in der Ein-Standort-Variante ungefähr 1300 Stellen benötigen, um den Krankenhausbetrieb in der geplanten Form und guten Qualität aufrecht zu erhalten und zu betreiben - während wir bei der Drei-Standort-Variante über 250 Stellen weniger reden als bei der Ein-Standort-Variante. Das heißt: wenn wir das in Mitarbeiterzahlen umrechnen, erhalten wir den entsprechenden Teilzeitfaktor und es wären etwa 375 Mitarbeiter davon betroffen. Jetzt haben wir aber einen Zeitraum von ca. acht Jahren vor uns und in dieser Zeit haben wir eine natürliche Fluktuation. Jedes Jahr verlassen uns Mitarbeiter und wir stellen wieder Neue ein. Es gehen auch viele Mitarbeiter in Rente, deren Stellen wir dann wieder neu besetzen. Das sind in etwa 100 bis 120 Stellen pro Jahr, die wir immer wieder neu besetzen müssen. Daran ist deutlich erkennbar, dass wir Mitarbeiter nicht entlassen werden, sondern den Zeitraum von acht Jahren nutzen, den Personalbedarf und die Mitarbeiteranzahl entsprechend zu entwickeln.

So können wir alle Mitarbeiter zum Bezugszeitpunkt eines Neubaus mitnehmen und einen neuen Arbeitsplatz im Klinikum anbieten.

» **Zu Rastatt: Wenn die Klinik geschlossen werden sollte, bleiben dann die MVZ in Rastatt erhalten?**

Antwort PD Dr. Iber: Ja. Dadurch dass da ein Großteil der heutigen Versorgung ambulant stattfindet. Das ist eine Entwicklung die schon seit 10 Jahren besteht, wo auch von Seiten des Klinikums frühzeitig die ambulante Versorgung in den MVZ übernommen und aufgebaut wurde. Die MVZ Struktur in Rastatt, Durmersheim und Baden-Baden aufrechtzuerhalten, um ambulante Dinge und Leistungen anbieten zu können, bevor die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme erfolgt, darauf wird auch in Zukunft großen Wert gelegt werden.

» **Wie wird der Standort bzw. werden die Standorte für einen Neubau gefunden?**

Antwort D. Herke: Zunächst müssen wir für den Standort ein Kriterienkatalog entwickeln: Was ist notwendig, was muss dieser Standort alles erfüllen, damit er als Standort für das neue Klinikum in Betracht kommt. Beispielsweise brauchen wir eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr, die Bebaubarkeit muss in einer Art und Weise möglich sein, dass das Klinikum auch wirklich dann da errichtet werden kann. Dazu sind die Kriterien zu erarbeiten und entsprechend zu gewichten, um bei der Standortauswahl objektiv und fair sich für den richtigen Standort entscheiden zu können. In einem weiteren Schritt, sind die Gemeinden aufgefordert/gebeten, Grundstücke anzubieten, damit man diese in den Auswahlprozess mit einbeziehen kann. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die 30 minütige Erreichbarkeit. Das müssen wir sicherstellen, damit auch wirklich 90 % der Bevölkerung im Krankenhaus in 30 Minuten entsprechend versorgt werden können. Das wäre ein weiteres Kriterium.

» **Was ist mit den anderen 10 %?**

Antwort PD Dr. Iber: Es wird nie 100% geben können. Es gibt den einen Einsatz, wo das Notarztfahrzeug weg ist, ein weiteres aus dem Nachbarsgebiet dazu kommen muss. Die Leistungen, die wir spezialisiert anbieten, können nicht in der Fläche angeboten werden, um eine 100% Abdeckung zu bekommen. Das ist einfach eine Grundtatsache, an der man nichts ändern kann. Und ich glaube, worauf man wirklich nochmal hinweisen muss: 90 % bzw. aktuell 95% Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten die wir heute schon haben, ist bundesweit ein sehr, sehr hoher Wert, der überdurchschnittlich ist.

Antwort D. Herke:

In der jetzigen Situation, mit den jetzigen drei Standorten, haben wir nicht 100% Erreichbarkeit in 30 Minuten.

» **Weniger Personal muss noch schneller arbeiten, was eine erhöhte Gefahr von Behandlungsfehlern dann mit sich bringt.**

Antwort PD Dr. Iber: Danke für die Frage. In einigen Live-Beiträgen wird die Befürchtung ausgesprochen, dass es einen Arbeitsplatzabbau gibt. Formal sieht es, wenn man das Gutachten betrachtet, so aus. Es wurden für die heutigen drei Standorte 1300 Vollkräfte berechnet, für eine mögliche Zwei-Standort-Lösung 1150 Vollkräfte und für eine Ein-Standort-Lösung 1050 Vollkräfte. Wenn man, wie Herr Herke vorher schon gesagt hat, die Demografie betrachtet und wenn man weiß, wie groß der Fachkräftemangel und der Pflegemangel ist, dann ist relativ klar, dass es keinen Stellenabbau gibt. Unter Berücksichtigung der Demografie, auch unserer Mitarbeiter d.h., Mitarbeiter die in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand gehen werden, lindert das allenfalls die Not für uns, das Fachpersonal für die vorhandenen Stellen zu finden. Das zweite was man noch wirklich ergänzen muss an der Stelle ist, dass es innerhalb der ganzen Geschichte des Klinikums Mittelbadens nie betriebsbedingte Kündigungen gegeben hat. Frau Mergen hat auch auf die Zusammenführung der Standorte Annaberg, Ebersteinburg hingewiesen und auch heute mit der Konzentration auf die jetzigen drei Standorte ist nicht eine einzige Stelle betriebsbedingt verschwunden. Alle Mitarbeiter sind immer, wenn gleich an anderen Standorten, weiterbeschäftigt worden.

Die Sorge, dass weniger Mitarbeiter gleich viele Patienten versorgen müssen, klingt primär begründet, ist es aber nicht. Die Mitarbeiterreduktion ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen - wenn man von einer Drei-Standort-Lösung auf eine Ein-Standort-Lösung geht - dass wir keine Doppeltvorhaltungen mehr haben. Heute müssen wir Dienste Samstagnacht, Sonntagnacht doppelt vorhalten, die man dann in dieser Form und Quantität nicht mehr doppelt vorhalten muss, sondern zusammengeführt nur noch das 1,5 fache und nicht mehr das 2 fache an Personalansatz hat, um die Patienten zu versorgen.

» **Frau XX macht sich Sorgen, dass zu viele zahlungskräftige Privatpatienten aus dem Ausland angelockt werden könnten, dadurch da so viele Einzelzimmer bei Ihnen im Neubau eingeplant sind**

Antwort PD Dr. Iber: Auch eine wichtige Frage, die Hand in Hand geht mit einer anderen Frage, die ich gerade im Live-Chat gelesen habe. Dort wurde die Sorge geäußert, wie es denn sein kann, dass man denkt in der Zukunft mit weniger Betten auszukommen. Die Corona-Pandemie ist eine wunderbare Erklärung dafür. Wir sind heute in einer Situation mit vielen Zwei- und Dreibettzimmer in den Kliniken und somit entstehen Sperrbetten.

Wenn jemand mit einem Infektionsverdacht zu uns kommt, kann das zweite Bett in einem Zweibettzimmer gar nicht belegt werden. Sodass die zukünftige Planung für ein Krankenhaus mit deutliche mehr Einzelzimmern, weniger etwas mit dem Hotelcharakter und Privatpatientenversorgung zu tun hat, als vielmehr mit der Tatsache dass wir dann die vorhandenen Betten, viel besser belegen können und ein besseres Angebot für unsere Patienten haben. Infektionen sind leider zunehmend in den vergangenen 15 Jahre zu beobachten und darauf stellen wir uns damit ein.

» **Macht es denn Sinn Bettenabbau für die nächste Pandemie?**

Antwort PD Dr. Iber: Auch da haben wir dieses Jahr hinreichend Erfahrung sammeln dürfen, - leider sammeln müssen. Die Bettenanzahl an sich ist weniger entscheidend als die Tatsache, wie ich vorher erwähnt habe, ob man die Zimmer belegen kann. Durch die erhöhte Anzahl an Einzelzimmern kann man mehr Patienten in einer Corona-Pandemie versorgen. Entscheidend in der Pandemie ist weniger die Anzahl der Krankenhausstandorte, die wir haben, als vielmehr die bauliche Berücksichtigung für eine Pandemie. Zum Illustrieren: Wir mussten im Frühjahr aufgrund der großen Anzahl an Corona-Patienten, die wir dann am Standort Balg zentralisiert versorgt haben, eine Trennung vornehmen. Wir haben dann einen Bereich, eine sog. Covid-Klinik, in der Klinik aufgebaut, was bedeutete dass wir die Zentrale Notaufnahme geteilt hatten. Auf der einen Seite die Notaufnahme und auf der anderen Seite in einem Zelt vor dem Klinikum im Bereich der Notaufnahme, eine zweite Covid-Notaufnahme. Und so etwas würde man in der Zukunft baulich, architektonisch berücksichtigen, sodass man dann die Räumlichkeiten durch beispielsweise spiegelbildliche Anordnung und Zuziehen einer Tür sofort trennen könnte und nicht mehr auf eine Zeltlösung, die aus unserer Sicht immer nur suboptimal ist, angewiesen wäre.

» **Sorge, das Klinikum Mittelbaden Stellen gerade in der Pflege abbauen könnte**

Antwort D. Herke: Wir haben freie Stellen, die wir aktuell nicht besetzen können und das zieht sich durch sämtliche Personalbereiche durch, nicht nur bei der Pflege, sondern auch bei der Technik, auch bei den Ärzten.

» **Welche Kriterien spielen aus Ihrer Sicht zu den Standorten zwischen Karlsruhe und dem Klinikum Offenburg eine Rolle?**

Antwort PD Dr. Iber: Es spielt sicherlich eine Rolle, dass wir nicht nur bezüglich der Grundversorgung, sondern auch spezialisierter Versorgung an der Stelle ein Angebot vorhalten möchten in Mittelbaden, was heute schon vorhanden ist, zusammengeführt wird und eventuell auch noch erweitert wird, um den Bürgern in Mittelbaden ein Angebot anzubieten, was eben nicht erfordert 40 Kilometer nach Karlsruhe zu fahren oder 70 Kilometer nach Offenburg, sondern dieses hier in der Region vorzufinden.

» **Inwiefern verbessert eine Zusammenführung der Kliniken denn die Situation mit den DRG?**

Antwort D. Herke: DRG ist die Refinanzierung, also die Erlöse, die wir pro Fall an der Stelle bekommen. In dem Augenblick, in dem wir die Ein-Standort-Lösung haben und die Doppelt- Vorhaltungen reduzieren, verbessert dies natürlich unsere Kostensituation und die Kosten pro Fall wären an der Stelle dann geringer.

» **Wie wird der Standort bzw. werden die Standorte für einen Neubau gefunden?**

Antwort D. Herke: Also gedacht und gewünscht war, dass zum Jahresende hin die Entscheidung getroffen wird. Das wird sich auf Grund der aktuellen Situation mit der Pandemie etwas verzögern. Wir werden die Bürgerveranstaltungen in Form von Präsenzveranstaltungen, schnellstmöglich nachholen. Wir hoffen, dass das spätestens im Januar der Fall sein wird, sodass die Frage nach der Standortlösung im ersten Quartal nächsten Jahres entschieden werden kann. Dann kann in diesem Zusammenhang auch über die Kriterien für die Standortwahl mitentschieden werden. Die reine Standortwahl alleine wird in etwa einen Prozess von ca. 6 bis 8 Monaten in Anspruch nehmen. Da sind vielfältige Untersuchungen anzustellen, beispielsweise, ob der Boden verseucht ist oder ob es irgendwelche Altlasten vom Krieg gibt. Das sind alles Fragen, die in dem Kontext bei der Auswahl eine Rolle spielen und die vor der Standortwahl geklärt sein müssen.

» **Frage an die Politiker: Ist es nicht höchste Zeit für eine kreisgrenzende Überschreitung der Krankenhauspolitik?**

Antwort H. Rihm: Ja ich glaube das ist eine Frage, die vielleicht im Kontext mit der Erreichbarkeit, mit der Aufgabenstellung gesehen werden muss. Wir sind eine Akutklinik mit Grundversorgung und ich glaube die Grundversorgung müssen wir nach wie vor gewährleisten und aus diesen Gründen sind wir auch eine kommunale Klinik. Das ist ganz wichtig, weil viele Privatkliniken in ihren eigenen Überlegungen, in ihrer Ausrichtung, natürlich spezielle Leistungen erbringen, die sich auch finanziell lohnen. Aber wir haben eine Grundversorgung zu gewährleisten und insoweit ist es natürlich sinnvoll, spezielle Segmente in die Grundversorgung mit aufzunehmen und da auch weiterhin abzustimmen, was die Nachbarn tun. Aber dennoch sollten wir für unsere Leute erstmal eine vernünftige Grundversorgung gewährleisten.

» **Wie wird entschieden welche Leistungen in der neuen Klinik angeboten werden?**

Antwort PD Dr. Iber: Wir bieten heute schon im Wesentlichen alle Leistungen an, außer der speziellen Herzchirurgie und Neurochirurgie. Und das wird auch das zukünftige Leistungsspektrum sein, was wir hier vor Ort in Mittelbaden anbieten

wollen. Überlegungen gibt es noch, Dinge und Leistungen anzubieten, die heute noch nicht vorhanden sind oder wo wir Unterversorgung sehen. Das ist beispielsweise in der Psychosomatik der Fall. Es würde bei einer Neubauplanung mit Sicherheit oder bei einer Neustrukturierungs-Planung eine Rolle spielen, diese Angebote nochmal zu diskutieren. Das muss natürlich mit dem Sozialministerium erfolgen, um hier eventuell noch eine Leistungsergänzung vornehmen zu können.

» **Warum wird kein ausgewogener Diskurs geführt? Warum diese einseitige Berichterstattung?
Es gibt doch sehr viele Argumente für den Erhalt der drei Standorte.**

Antwort OB Mergen: Ja deswegen sind wir ja in dem Diskurs, genau das ist der Punkt und genau deswegen berichten wir auch heute Abend im Dialog mit Ihnen. Wir haben Aktiva, das ist ein externes Gutachten eingeschaltet, die uns genau diese Abwägung erarbeitet haben. Sie finden dieses Gutachten auf der Homepage vom Klinikum Mittelbaden und da finden Sie auch die wesentlichen Analysen. Und das Ergebnis dieses Gutachten ist: es gibt drei Varianten und die Varianten zeigen die jeweiligen Schwierigkeiten, die es mit sich bringen würde. Die Gremien, also der Kreistag im Landkreis und der Gemeinderat in Baden-Baden werden über diese Frage, welche der der Varianten, dann nach den Bürgerinfoveranstaltungen entscheiden, also voraussichtlich im Februar. Und dort gilt es in der Tat abzuwägen, unter welchen Aspekten wollen wir unser Klinikum in die Zukunft führen. Für uns der wesentliche Maßstab, eine kompetente, eine qualitativ ansprechende, eine gute und stabile Versorgung für die nächsten Jahre und Jahrzehnte. Ein Beispiel was für mich sehr eindrucksvoll war: wir haben dadurch, dass wir drei Standorte haben, die Situation, dass der ein und derselbe Patient von einem Haus in das andere Haus verlegt werden muss. Das sind ungefähr 1500 Patienten, die im letzten Jahr verlegt worden mussten. Und da fallen viele Fahrzeiten an. Wir brauchen dazu die Rettungsdienste, die diese Transporte machen, und es wurden unglaublich viele Fahrten gemacht. Wir haben das mal zusammengerechnet. Ich glaube die Entfernung, die gefahren wurde, um die Patienten hin und her zu fahren, reichen für 7-mal eine Weltumrundung. Das zeigt alleine, wie viel Zeit auf der Strecke bleibt und das ist Zeit die am Patienten fehlt. Das heißt, die Behandlung könnte schneller und effizienter sein, wenn das alles in einem Haus passiert. Und das sind Argumente, mit denen sich unsere Gremien beschäftigen werden, um zu entscheiden, welche der drei Varianten am Ende die Beste ist.

Antwort D. Herke: Wir haben am Klinikum verschiedene Fahrten. Das eine sind die Patientenfahrten, aber wir haben auch Fahrten zwischen den Häusern für Labortransporte, für Speisetransporte, für die Sterilisationstransporte usw. Wenn wir die Transporte zusammenrechnen, dann schaffen wir fast 300 000 Kilometer im Jahr d.h., fast 7-mal um die Welt.

Antwort H. Rihm: Wir haben die Überlegung unter das Motto gestellt „Die beste Medizinische Versorgung zu gewährleisten“ und wenn ich daran denke, dass wir bei drei Krankenhäuser die wir derzeit betreiben, die Sanierung beim laufenden Betrieb umsetzen wollen, dann hätte ich Angst und hätte keine Freunde, wenn ich da als Patient betreut würde. Ich hätte Angst, ob die beste medizinische Versorgung überhaupt möglich wäre. Vor allem auch für das Personal dort ist es eine unzumutbare Geschichte, eine derartige Maßnahme im laufenden Betrieb zu gewährleisten. Ich glaube auch das zeigt, dass in dieser Frage, ein Neubau mit entsprechender Bündelung eine Sachgerechte und im Interesse unserer Patienten die beste Lösung darstellt.

Antwort D. Herke: Es geht auch um unsere Mitarbeiter. Die Patienten haben vielleicht einen Aufenthalt von fünf bis sechs Tagen bei uns, aber die Mitarbeiter sind das ganze Jahr über da und der Umbau wird mehrere Jahre dauern. Das ist für die Mitarbeiter eine Dauerbelastung

» **Frage, ob es im neuen Klinikum nur noch Ein- und Zweibettzimmer geben wird?**

Antwort D. Herke: Wenn wir heute Krankenhäuser neu bauen, ist die Zimmerbreite in etwa zwischen 3,90 Meter und 4,20 Meter. Wenn Patienten aus einem Doppelzimmer zu Untersuchungen transportiert werden, muss ihr Bett an dem anderen Bett vorbeikommen. Dafür muss ausreichend Platz vorhanden sein. Bei uns beträgt die Standardbreite in den Zimmern an den beiden Standorten 3,45 Meter und 3,55 Meter. Die Zimmer sind viel zu schmal um Transporte innerhalb der Häuser aus den Zimmern heraus problemlos gewährleisten zu können. In Zukunft wird es nur Ein- und Zweibettzimmer geben. Dreibettzimmer sind nicht geplant.

» **Welche Rolle spielen ökologische Fragen jetzt bei den Planungen für den Neubau oder die Neubauten?**

Antwort D. Herke: Bei den ökologischen Fragen stehen wir noch ein bisschen am Anfang. Wir brauchen zunächst die Entscheidung, wie es für uns weiter geht. Natürlich - was auch vorher bereits gefragt wurde, mit der Flächenversiegelung - ist das beim Neubau ein Kriterium, welches wir berücksichtigen müssen. Auf der anderen Seite darf man nicht vergessen dass auch eine Verringerung der vorhin aufgeführten Transporte zwischen den Kliniken ein zu beachtender ökologischer Aspekt ist, der den ökologischen Fußabdruck verringert und optimiert.

» **Gibt es noch andere Möglichkeiten außer Neubau, um die Patientenverlegungen und anderer Fahrten zu reduzieren?**

Antwort PD Dr. Iber: Es gibt Möglichkeiten, die sind aber sehr eingeschränkt. Denn Medizin findet immer noch am Patienten statt und die Verlegungen finden aus Gründen der spezialisierten Versorgung statt, weil wir Spezialisten und die

Spezialabteilung oder Diagnostik an anderen Standorten haben. Nichtsdestotrotz bemühen wir uns schon heute darum, führen im Moment ein Videokonferenzsystem ein, damit die Zentralenotaufnahmen neben der bisherigen Telefonie in der Zukunft mit Bildübertragung Patientenbefunde besprechen können und so im Zweifel die ein oder andere Verlegung, die heute zur Beurteilung noch stattfinden muss, nicht mehr stattfinden muss.

» *Wie wollen Sie in den acht Jahren die drei Standorte weiterbetreiben, wenn Sie in der Zeit bereits schon Stellen abbauen?*

Antwort D. Herke: Wir bauen nicht heute die Stellen ab, sondern agieren zielgerichtet auf den Zeitpunkt, zu dem wir dann das neue Krankenhaus betreiben wollen. Und wir müssen berücksichtigen, dass wir ein oder zwei Jahre vor einem Umzug auch mehr mit externen Firmen zusammen arbeiten oder auch mal mit Leiharbeitskräften, um die Zeit zu überbrücken. So können wir dann wirklich alle Mitarbeiter, die bei uns angestellt sind, in den Neubau mitnehmen.

» *Wäre es dann nicht besser schon vorher einen Plan für die alten Standorte zu haben?*

Antwort D. Herke: Wenn wir uns für die Ein-Standort-Lösung entscheiden, dann wird es an diesem einen Standort ein Krankenhaus geben. Für die bisherigen Standorte werden wir andere Lösungen und Nachnutzungen suchen. Aber es wird dort dann nicht wieder Krankenhäuser geben. Und unsere Mitarbeiter sind im Krankenhaus tätig. Sie wollen Patienten versorgen, sie wollen am Patienten tätig sein und werden dann auch sicherlich mit uns in den Neubau gehen.

» *Also ein Verkauf ist dann auch möglich?*

Antwort OB Mergen: Ich denke wir sollten einen Schritt nach dem anderen gehen. Wir stehen im Moment vor der Frage, wollen wir Variante 1, 2 oder 3. Und ich bin persönlich ein Freund davon, dass wie ein Schritt nach dem nächsten gehen. Wir werden dann, wenn die Frage von den Gremien beantwortet wird, dass wir beispielsweise die Variante 3 mehrheitlich wollen, also ein neuer Standort, vertieft in die vorhandenen Gebäude gehen und schauen, was lässt sich daraus machen. Wir haben auch vor einem Jahr, mit Hilfe von einem Experten, die Häuser angeschaut, haben sie auf Herz und Nieren geprüft und haben gesagt: „Kann man diese Gebäude für ein modernes Krankenhaus ertüchtigen?“. Und das Ergebnis war, dass es unglaublich viele Herausforderungen in diesen Häusern gibt. Das heißt: dieser Experte hat sich mit den Gebäuden beschäftigt, er kann uns natürlich dann auch Hilfestellung geben, was könnte man dort machen, was könnte man in Bühl machen, was könnte man in Rastatt machen. In Balg, das wird eine Herausforderung, das gebe ich zu, denn es ist ein großes Gebäude mit alter Betonstruktur, es hat wenig beleuchtete Flächen im Innenbereich, also Umwandlung zu Wohnung wäre sicherlich eine denkbare Option, aber eine Herausforderung. Wohnraum wird gebraucht in Baden-Baden, das sind Überlegungen, aber diese stellen wir tatsächlich erst an, wenn die Entscheidung gefallen ist. Wir haben, das dürfen Sie uns glauben, im Moment so viel zu tun, dass wir einen Schritt nach dem anderen machen.

» *Wie sollen Leute die zu fragil sind für eine Busfahrt überhaupt zum Zentralklinikum hinkommen? Wer zahlt die immensen/ gewaltigen Taxikosten?*

Antwort D. Herke: Es gibt für Patienten die Möglichkeit, bei den Krankenkassen eine Übernahme der Kosten zu beantragen. Also in den Fällen, in denen kein Transport mit den Öffentlichen Verkehrsmitteln möglich ist, gibt es Wege bei den Krankenkassen Unterstützungen anzufordern.

Antwort PD Dr. Iber: Schon heute ist nicht garantiert, dass wenn ich in Baden-Baden wohne, eine spezielle Erkrankung habe, ich in Balg am besten versorgt bin, sondern eventuell dann mit dem Taxi nach Rastatt oder nach Bühl fahren muss. Insofern hängt es immer von der Einzelsituation ab, vom Wohnort und für welche fachliche Disziplin, für welche Fachrichtung man in die Klinik kommt. Und das wird sich mit einer möglichen Zusammenführung, nicht notwendigerweise verschlechtern. In vielen Fällen sich sogar verbessern.

» *Wie ist die Region aufgestellt, wenn die Klinik, die dann eben ein Zentralklinikum ist, aufgrund von einem Keim oder Brand geschlossen werden muss?*

Antwort PD Dr. Iber: Das ist natürlich eine berechtigte Sorge, die man aber zumindest bezüglich des Themas Keimen und Infektionen absolut entkräften kann. Schon heute schließen wir nicht eine ganze Klinik wegen einer Infektionssituation, ganz im Gegenteil: mit der Erhöhung der Anzahl der Einzel- und Zweibettzimmer, sind wir dann deutlich flexibler, müssen deutlich weniger sperren und können daher eher besser agieren. Bezüglich der Frage nach einem Krankenhausbrand, das ist natürlich immer ein Katastrophenszenario. Aber auch da gibt es Vorerfahrungen, leidige Vorerfahrungen, wie zum Beispiel im Klinikum in Ortenau in Achern oder im Klinikum in Konstanz. Da wird man egal wo so etwas stattfindet, immer eine Containerlösung, eine Modullösung neben das Klinikum stellen und dort die wichtige Versorgung fortführen, bis dann mögliche Brandfolgen beseitigt sind.

» *Bei einer Zwei-Standort-Lösung werden dann zwei Kliniken neu gebaut?*

Antwort D. Herke: Das ist eine von den beiden Optionen die diskutiert wird: dass man in der jetzigen Situation bei der Zwei-Standort-Lösung Rastatt und Balg aufbaut und erweitert, also saniert und die andere Variante ist bei einer Zwei-Standort-Lösung, dass an zwei Standorten, zwei neue Kliniken errichtet werden.

» *Wieso ist Herr Schnurr, der Bühler Oberbürgermeister, nicht mit dabei?*

Antwort H. Rihm: Der Vertreter des Landkreises, des Landrates, bin ich. Ich bin dazu gewählt worden vom Kreistag und soweit vertrete ich heute die Interessen des Landkreises Rastatt. Wir hatten vereinbart, dass die Vertreter der Gremien vorhanden sind und die entsprechenden Geschäftsführer. Selbstverständlich wird der Bühler OB Herr Schnurr mit Interesse die Diskussion verfolgen. Er hat uns auch sofort seine Stadthalle zur Verfügung gestellt.

» *Ein Standort an der B3 Neu wäre verkehrstechnisch sehr wünschenswert.*

Antwort PD Dr. Iber: Die Feststellung wird auch bestätigt durch das Aktiva Gutachten. Wenn sich die Gesellschafter für die Zusammenführung unserer drei Standorte in einen Standort entscheiden würden, dann wurde im Gutachten schon festgestellt, dass es im Bereich einer elliptischen Region zwischen dem Rastatter Süden und entlang der B3, der Hauptverkehrsachse nach Süden bis nach Baden-Baden Oos, der Bereich wäre, wo weiterhin die hohe Erreichbarkeit und Versorgungssicherheit von 95 % gewährleistet wären.

» *Die Zufahrtsstraßen sind schon heute überlastet sind.
Wie wär es dann erst wenn alles an einem neuen Standort konzentriert wäre?*

Antwort PD Dr. Iber: Man muss sich immer vor Augen halten: die Kliniken, die wir heute betreiben, sowohl in Rastatt als auch in Bühl wie Baden-Baden, sind für deutlich niedrigere Patientenzahlen konzipiert worden. Beispiel Baden-Baden Balg: da waren es ursprünglich mal 8000 stationäre Patienten und 20.000 ambulante Patienten. Heute versorgen wir 21.000 stationäre Patienten und über 40.000 ambulante Patienten. Also mehr als eine Verdopplung. Und entsprechend ist heute insbesondere vormittags zwischen 10 und 12 Uhr, die Situation auf der Zufahrtsstraße der Balger Straße. Das würde sich mit einer zentraleren Verkehrsanbindung deutlich verbessern. Das gleiche gilt für die Notfallzufahrt in der Neurologie oder bei Herzinfarkt in Rastatt. Da kennt jeder die Situation, dass man mitten durch Wohngebiete oder durch die Innenstadt fahren muss und auch da geht Zeit verloren.

» *Sind im Gesamtkonzept wohnhüesernahe alternative Versorgungsangebote zu bisherigen Krankenhausversorgung mitgedacht?*

Antwort D. Herke: Angedacht ist weiterhin die ambulante Versorgung in der Nähe von den Standorten, wo sie jetzt ist. Rastatt ist auf dem Gelände ein Ärztehaus aber auch ein MVZ, welches von uns betrieben wird. Da ist auch möglich, dass weiterhin eine ambulante Versorgung stattfindet.

» *Es zeigt sich aktuell durch Corona, dass wir viele Mitarbeiter und auch Ausweichmöglichkeiten für Patienten brauchen.*

Antwort PD Dr. Iber: Da kann ich uneingeschränkt zustimmen. Vor allem weil wir in dieser Situation sehr häufig vor der Herausforderung gestellt sind, dass die Mitarbeiter selbst mit Corona infiziert sind und dann in Quarantäne müssen und dadurch Mitarbeiterausfälle entstehen. Aus diesem Grund ist auch kein aktiver Stellenabbau geplant. Wir passen uns über die Zeit der Demografie an.

» *Zum Argument der kurzen Wege in einem Großklinikum, also in einem Zentralklinikum.
Sind die Wege nicht unbedingt immer kurz, das wird jeder merken der zum Beispiel einmal durch das Städtisches Klinikum Karlsruhe gelaufen ist.*

Antwort PD Dr. Iber: Der Vergleich mit dem Städtisches Klinikum in Karlsruhe ist schwierig, weil es die doppelte Größe hat, dessen was wir planen würden, wenn es zu einer Ein-Standort-Lösung kommen würde. Das Städtisches Klinikum Karlsruhe hat über 1500 Betten. In dem Vorschlag von Aktiva sprechen wir von ca. 700 Betten. Das Städtisches Klinikum Karlsruhe hat eine sehr lange Historie und besteht in einem sogenannten Departmentsystem aus verschiedenen Gebäuden auf einem großen Gelände. Auch die Kollegen in Karlsruhe sind zu der Erkenntnis gekommen, dass man die Wege verkürzen muss und sind deswegen im Moment in der Baufertigstellung für ein großes Zentralgebäude.

» *Warum wurden die bestehenden Gebäude in Rastatt, Bühl und Baden-Baden in der Vergangenheit nicht genügend modernisiert und saniert? Auch wenn der Klinikneubau kommen sollte, müssen die alten Gebäude saniert werden. Also entstehen doppelte Kosten oder ist ein Abriss der Gebäude geplant?*

Antwort D. Herke: Es ist selbstverständlich in den letzten Jahren in die Gebäudesubstanz investiert worden. Das Klinikum Mittelbaden wurde 2003 aus mehreren Kliniken gegründet und zusammengeführt und seit dieser Zeit wurden in die Gebäude circa 160 Millionen für Sanierung investiert und weitere 35 Millionen an laufenden Instandhaltungskosten.

» **Was ist denn nun mit der Geburtshilfe?**

Man hört immer öfter dass Kreissaal und Wochenstation derzeit überlastet sind.

Antwort PD Dr. Iber: Im Moment ist es so, dass wir Geburtshilfe an einem Standort in Balg anbieten und da auch die Möglichkeit haben, durch einen speziellen Kreissaal Corona-Positive Patientinnen, Schwangere zu entbinden. Im Durchschnitt haben wir 4 bis 5 Entbindungen pro Tag. Allerdings gibt es Phasen, die ruhiger sind und es gibt auch Phasen, wo es mehr sind in 24 Stunden und es ist dann sicherlich in Einzelsituationen so gewesen, dass die bestehenden Räumlichkeiten knapp bemessen waren. Im gerade entstehenden Mutter-Kind-Zentrum bauen, wird die Pufferkapazität berücksichtigt.

» **Wie wird denn grundsätzlich die Organisationseinheit Geburtshilfe in Zukunft geplant?**

Antwort PD Dr. Iber: Es gibt aktuell keinen Gesellschafterbeschluss, der eine Grundsatzveränderung bedeutet. Das heißt, wir haben Geburtshilfe in Balg und in Rastatt und im Moment lediglich den Sondertatbestand, dass Pandemiebedingt eine Zusammenführung in Balg stattgefunden hat.

» **Herr Herke, können Sie noch etwas zu den Kosten für ein Zentralklinikum sagen?**

Antwort D. Herke: Die Kosten wurden zum einen von HWP ermittelt und dann von Aktiva nochmal neu bewertet. HWP hat als Basis 890 Betten genommen, die auch im Moment im Krankenhausplan vorgesehen sind. Aktiva ist mehr in die Betriebsorganisation eingestiegen. Wir planen mit weniger Betten in der Zukunft, da ein Ambulantisierungseffekt für die Zukunft miteingerechnet wird und mit Blick auf die Entwicklung der abnehmenden Verweildauer. Deshalb haben wir für die Zukunft 666 Betten eingeplant. Das reduziert die Kosten für den geplanten Neubau gegenüber dem Gutachten von HWP. Ein Neubau mit 666 Betten reduziert die Kosten gegenüber einer Sanierung mit 890 Betten.

» **Es gibt die Sorge, dass durch die größere Anonymität eines Großklinikums/ Zentralklinikums, wo man andere Mitarbeiter nur noch vom Namen her kennt, keine Abteilung mehr weiß, was die andere macht. Da ist die Angst, dass die erhofften Synergieeffekte verpuffen in der Anonymität eines Großklinikums.**

Antwort PD Dr. Iber: Die Sorge hört man natürlich immer wieder. Man muss mal aus der Sicht des Patienten denken. Wenn ein Patient zu uns kommt, wird er im Bereich einer Normalstation versorgt und nimmt diese Normalstation als seine Umgebung im Krankenhaus war. Mit all den Menschen, die ihn da umgeben, Ärzten, Pflegekräften und ob es im Umfeld dann weitere zwölf Normalstationen gibt oder nur drei oder vier, ist für den Patienten an der Stelle nicht entscheidend. Auch in einem Zentralklinikum ist für den Patienten entscheidend, wer ihn in der Station vor Ort betreut. Und ganz im Gegenteil: die Synergieeffekte sind vor allem dadurch gegeben, dass man einen schnellen Zugang zu entsprechenden Spezialisten hat. Viele unsere Patienten kommen nicht nur mit einer Krankheit zu uns, sondern haben beispielsweise eine schwere Lungenentzündung. Der Patient hat aber zusätzlich auch noch eine schwere Alzheimererkrankung hat und da ist es von Vorteil, wenn ein Neurologe schnell dazu gerufen werden kann und nicht über langwierige Konsilwege die Versorgung aufrecht erhalten werden muss.

Antwort D. Herke: Es ist unsere Aufgabe, dieses besondere familiäre Ambiente, dann auch mitzunehmen und gemeinsam mit den Mitarbeitern zu überlegen, wie man das in den Neubau mit transportiert und beibehält.

Antwort OB Mergen: Es gibt einige Kolleginnen und Kollegen, die sich nicht so gut kennen, da sie nicht unter einem Dach arbeiten. Ich glaube das Beste ist, wenn eine Organisationseinheit unter einem Dach arbeitet, damit man sich besser kennen lernt. Man geht vielleicht gemeinsam in der Kantine essen oder bildet Fahrgemeinschaften. Dadurch ergibt sich ein besserer Teamgeist, welchen der Patient zu spüren bekommt. Wenn das Team sich in einem Haus gut kennt, kann man sich gut ergänzen und besser unterstützen.

» **Was ist mit der Kostenübernahme vom Land in Zeiten sinkender Steuereinnahmen durch die Corona-Krise?**

Antwort D. Herke: Da würde ich mir mehr Unterstützung bei der zweiten Welle durch das Land wünschen. Die Freihalterpauschale hat zum 30.09 geendet und wir sehen jetzt wieder eine Zunahme an stationären Covid-Fällen. Ich würde mir wünschen, dass das Land wieder mehr unterstützt.