

Sitzung/Gremium	am:	
------------------------	------------	--

Kreisausschuss des Landkreises Friesland	18.02.2026	nicht öffentlich
Kreistag des Landkreises Friesland	18.02.2026	öffentlich

Bezeichnung des Beratungsgegenstandes:
Errichtung eines Zentralklinikums – Standortsuche

Beschlussvorschlag:

1. Die Verwaltung wird beauftragt, anhand der Kriterien zur Qualifikationsphase (Anlage 1) und der in der Begründung beschriebenen Methodik Standorte zu identifizieren, auf denen die Errichtung und der Betrieb eines Zentralklinikums für die Region möglich ist. Für die Bewertungsphase werden die Kriterien und Wertungen für den Teilbereich A (Standorteignung) gemäß Anlage 1 festgelegt (Gesamtpunktzahl: 100) Für den Teilbereich B (Wirtschaftlichkeit) wird die entsprechende Gesamtwertung (Gesamtpunktzahl: 100) festgelegt. Dies entspricht einem Verhältnis von 50:50.
2. Die Gutachterin / der Gutachter erstellt eine Wirtschaftlichkeitsbetrachtung nach wissenschaftlich anerkannter Methode. Diese soll mindestens die in Anlage 1 (Teilbereich B – Wirtschaftlichkeit) genannten Kriterien berücksichtigen und deren Auswirkungen auf die laufenden Finanzen (Ergebnis / Liquidität) des zukünftigen Zentralklinikums darstellen. Es sind alle Aspekte zu berücksichtigen, die finanzielle Auswirkungen auf die Krankenhausgesellschaften sowie den Landkreis Friesland und die Stadt Wilhelmshaven haben.
3. Die Verwaltung wird beauftragt, die Ausschreibung für die Bewertungsphase parallel zur Umsetzung der Qualifikationsphase vorzubereiten.

Finanzielle Auswirkungen: ☐ Ja ☐ Nein				
Gesamtkosten der Maßnahmen (ohne Folgekosten)	Direkte jährliche Folgekosten	Finanzierung: Eigenanteil objektbezogene Einnahmen		Sonstige einmalige oder jährliche laufende Haushaltsauswirkungen
€ XXXXX	€ XXXX	€ XXXX	€ XXXX	€ XXXX
Erfolgte Veranschlagung: ☐ ja, mit € ☐ Nein				
im ☐ Ergebnishaushalt ☐ Finanzhaushalt Produkt- bzw. Investitionsobjekt: XXXX				
Vorlage betrifft die demografische Entwicklung: ☐ ja ☐ nein Falls ja, in welcher Art: XXXX		Vorlage hat negative Auswirkungen auf Klimaschutz: ☐ ja ☐ nein Bei ☒ ja: Nähere Erläuterung der Auswirkung in Begründung Vorlage hat positive Auswirkungen auf Klimaschutz: ☐ ja ☐ nein Bei ☒ ja: Handlungsfeld:		
Vorlage bezieht sich auf XXX	MEZ Nr. XXX Titel:	HSP Nr. XXX Titel:		
Sachbearbeiter/in gez. Janßen Fachbereichsleiter/in		Sichtvermerke: gez. Roker Kämmerei Dezernent/in gez. Ambrosy Landrat		

Abstimmungsergebnis:						
Fachausschuss	einstimmig	Ja:	Nein:	Enth.:	Kts. gen.:	abw. Beschl.
Kreisausschuss	einstimmig	Ja:	Nein:	Enth.:	Kts. gen.:	abw. Beschl.
Kreistag	einstimmig	Ja:	Nein:	Enth.:	Kts. gen.:	abw. Beschl.

Begründung:

Mit Beschluss vom 02.07.2025 haben Kreistag des Landkreises Friesland und der Rat der Stadt Wilhelmshaven den Weg zu einem gemeinsamen Zentralklinikum beschritten. Ein wesentlicher Schritt auf dem Weg dorthin ist die Identifizierung des künftigen Standorts eines solchen Zentralklinikums.

Zur Umsetzung der Standortsuche wurden durch die Verwaltungen der beiden Gebietskörperschaften die in der Anlage dargestellten und erläuterten Standortsuchkriterien sowie Gewichtungen erarbeitet. Sie werden den Vertretungen hiermit zum Beschluss vorgelegt.

Die Standortentscheidung, sowohl bezogen auf raumordnerische/planerische wie wirtschaftliche Kriterien, ist dabei in nicht unerheblichem Maß von finanziellen Rahmenbedingungen abhängig, die die Kommunen nicht alleine gestalten können, sondern vom Bund und dem Land Niedersachsen abhängig sind. Aus diesem Grund soll die Bewertungsphase nach einheitlichen Kriterien erfolgen, wenn folgende Fragestellungen geklärt sind, die gleichermaßen die jeweiligen Gebietskörperschaften treffen:

- a. Inwiefern wird das MS bereits ausgezahlte Fördergelder von den bestehenden Kliniken in FRI/WHV zurückfordern?
- b. Inwiefern wird die Nds. Landesregierung (MS / MI) Sonderabschreibungen ermöglichen?
- c. Inwiefern werden die bereits für den Standort Wilhelmshaven bewilligten Fördergelder auch für ein gemeinsames Zentralklinikum FRI/WHV zur Verfügung gestellt?
- d. Inwiefern besteht die Möglichkeit seitens des Nds. MS, für ein zukünftiges Gemeinschaftsklinikum auch Positionen als förderfähig anzuerkennen, für die bereits in der Vergangenheit Förderungen an bestehenden Standorten erfolgt sind?

Mit der Klärung dieser Fragen haben sich die beiden Hauptverwaltungsbeamten an das Nds. Sozialministerium gewandt, allerdings bis heute keine Antwort erhalten. Je nach tatsächlicher Antwort, kann dies erhebliche Auswirkungen auf die Realisierbarkeit eines Zentralklinikums haben und entsprechend wäre die Betrachtung der wirtschaftlichen Auswirkungen – und damit der Standortbewertung insgesamt – eingeschränkt, wenn diese Information fehlte. Eine Antwort durch das Nds. MS wird zu Ende Februar erwartet.

Weiteres Vorgehen / Zeitplan:

Nach Beschluss soll die Qualifikationsphase unmittelbar durch die beiden Verwaltungen begonnen werden, da alle für diesen Schritt benötigten Ressourcen in technischer wie fachlicher Hinsicht in den jeweiligen Häusern vorhanden sind. Dies erspart insbesondere Zeit für die Vergabe von Leistungen, aber auch finanzielle Mittel.

Hingegen ist die Bewertungsphase mit den Teilen A (Standorteignung) und B (Wirtschaftlichkeit) und den vorgeschlagenen Kriterien von Fachgutachtern zu erstellen. Um eine möglichst reibungsfreie Abarbeitung des Standortsuchprozesses zu ermöglichen, soll die Bewertungsphase an ein Gutachterbüro vergeben werden. Eine gesplittete Vergabe würde hier zu viele zeitliche und inhaltliche Abhängigkeiten erzeugen.

Aufgabe des Gutachters soll es dabei sein, zum einen die Auswirkungen zu ermitteln, und zum anderen auch die Klassifizierung der Bewertungsintervalle vorzuschlagen; vereinfacht ausgedrückt, welcher Kriterienwert welche Punktzahl erhalten soll. Bei den wirtschaftlichen Kriterien soll der Gutachter zudem darlegen, mit welcher betriebswirtschaftlichen und wissenschaftlich anerkannten Methode er die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung anstellen wird (vgl. Kapitel C der Erläuterungen). Die Ausarbeitung wird den Gremien dann im Rahmen der Vergabe erneut vorgelegt.

Das Gutachten soll von den Gebietskörperschaften gemeinsam beauftragt und hälftig getragen werden. Die Ausschreibung wird den Vertretungen vor Veröffentlichung zur Beschlussfassung vorgelegt.

Eine konkrete Zeitschiene wird den Vertretungen in der gemeinsamen Sitzung am 18.02.2026 dargelegt.

Erläuterung der Kriterien und Vorgehensweise zur Standortsuche Zentralklinikum

Die Standortsuche soll sich in zwei Phasen aufgliedern. In der ersten Phase (Qualifikationsphase) werden mögliche neue Standorte ermittelt und auf ihre grundsätzliche Eignung mittels KO-Kriterien abgeprüft. Die Vorgehensweise hierzu wird in Abschnitt 1 weiter erläutert.

Die zweite, eigentliche Bewertungsphase umfasst zwei Teilbereiche und zwar die Eignungsbewertung des Standorts (Standorteignung) sowie die wirtschaftliche Bewertung (Wirtschaftlichkeit), wenn das Zentralklinikum an diesem Standort realisiert würde.

Zu den Phasen im Einzelnen:

Phase 1: Qualifikationsphase

Die Qualifikationsphase soll im Ergebnis mindestens einen neuen Standort zusätzlich zu den bestehenden Standorten ermitteln, der in die Phase 2 überführt werden kann. Mit der Erarbeitung dieser Phase werden die jeweiligen Verwaltungen beauftragt, da hier ausreichend Methoden-, Orts- und Sachkenntnisse vorliegen, um die grundsätzliche Eignung prüfen zu können.

Maßgeblich ist auch hierbei die möglichst gute Erreichbarkeit aus dem gesamten Versorgungsgebiet.

Hierbei nimmt die Erreichbarkeitsanalyse Bezug auf die Anzahl der Adressen und die PKW-Fahrtzeiten eine zentrale Stellung ein (Kriterium 1.1), unterschieden in Basisversorgung (30 min) und Basisversorgung Pädiatrie und Gynäkologie/Geburtshilfe (40 Minuten). Es geht also nicht darum, von einem möglichen Standort die Versorgungs- „Reichweite“ zu betrachten, sondern darum, von allen Adressen in der Region aus 30 bzw. 40 Minuten Fahrtzeit zu berechnen und so den Bereich zu ermitteln, der für möglichst alle innerhalb von 30 Minuten zu erreichen ist. Es dient also der Ermittlung eines Suchraums, in dem dann nach den unten beschriebenen Kriterien geeignete Flächen/Standorte ermittelt werden.

Dieser Untersuchungsschritt ist iterativ, d. h. zu wiederholen und der Zeitraum in Minutenschritten bis auf 40 Minuten zu vergrößern, um mindestens einen oder mehrere Standorte zu ermitteln.

Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es Anspruch sein soll, allen Bewohnern ein hochwertiges klinisches Angebot im Sinne eines Schwerpunktversorgers zu ermöglichen und keine Bereiche aus der Betrachtung herausfallen oder Standorten außerhalb des Landkreises oder der Stadt zugeschlagen werden.

Die Mindestgröße von 9 ha soll deshalb dazu dienen, auf zu kleine Flächen im Vorhinein auszuscheiden, jedoch auch keinen zu engen Rahmen ziehen (Kriterium 1.2).

Wesentlicher zweiter Prüfpunkt ist die grundsätzliche Eignung einer Fläche nach Vorgaben des UVPG und den dort benannten Schutzgütern (Kriterien 1.3).

Innerhalb dieser Prüfung erfolgt auch die Auseinandersetzung mit den vorhandenen geologischen Bedingungen sowie die Ermittlung und Bewertung

naturschutzfachlicher Belange. Die Prüfung erfolgt dabei auf Grundlage vorhandener Daten bei den jeweilig zuständigen Behörden sowie deren fachliche Einschätzung.

Diese werden ergänzt um die Prüfung der planungsrechtlichen Situation, also ob Baurecht vorliegt bzw. keine unüberwindbaren Planungshindernisse entgegenstehen (Kriterium 1.4) sowie der verkehrlichen Anbindung per SPNV, ÖPNV und an das höherrangige Straßennetz (Kriterium 1.5), der Ver- und Entsorgungsinfrastrukturen (Kriterium 1.6), der Anfliegbarkeit für den Rettungshubschrauber und die für diesen erforderlichen Infrastrukturen (Hangar) (Kriterium 1.7) sowie möglichen Immissionskonflikten (Kriterium 1.8).

Phase 2: Bewertungsphase:

Teilbereich A: Standorteignung

Die so ermittelten Standorte werden in die Phase 2, die Bewertungsphase, überführt und die Bestandsstandorte in die Eignungsprüfung einbezogen.

Soweit in Phase 1 bereits eine grundsätzliche Möglichkeit zur Erschließung bejaht wurde, werden die dafür erforderlichen Kosten, bspw. zur Herstellung von Erschließungsanlagen oder Kompensationsmaßnahmen, in Teil 2 der Bewertungsphase (B – Wirtschaftlichkeit) abgebildet und nicht der Flächeneignung selbst zugeordnet. Hintergrund hierfür ist, dass das Kostenverhältnis bei unterschiedlichen Varianten die Eignung mitabbildet und ansonsten eine Doppelung erfolgen würde.

Zu den Kriterien im Einzelnen der Prüfung der Eignung:

Kriterium 2.1 Erreichbarkeit

Mit Hilfe dieses Kriteriums soll die standortspezifische Erreichbarkeit bewertet werden. Bewertetes Kriterium ist dabei der Anteil der Einwohner, von denen aus die potenziellen Standorte in max. 30 min erreicht werden können (Kriterium 2.1.1). In Ergänzung zur Basisversorgung wird auch die Erreichbarkeit Jugendmedizin sowie Geburtshilfe und Gynäkologie betrachtet (40 min; Kriterium 2.1.2). Zusätzlich wird im Kriterium 2.1.3 geprüft, ob nach den Kriterien im Rettungsdienstgesetz der größte Teil der Bevölkerung den Standort in 15 Minuten erreichen kann.

Die Methodik erfolgt entsprechend dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Im Umkehrschluss daraus wird in Kriterium 2.1.4 offengelegt, ob und wenn ja wie große Versorgungslücken für Bewohner entstehen könnten, wenn die gleichen Erreichbarkeiten wie bei 2.1.1 und 2.1.2 angewendet werden.

Ein Krankenhaus ist ein großer Arbeitgeber – die Lage hat direkten Einfluss auf die Personalgewinnung und -bindung. Deshalb soll unter Punkt 2.1.5 eine Analyse des Wohnortes der aktuellen Beschäftigten an den Bestandsstandorten sowie die Bewertung der zu erwartenden Pendelzeiten vom neuen Standort erfolgen; dies jedoch basierend auf PKW-Fahrtzeiten. Als Beschäftigte werden dabei die jeweiligen Personen der Bestandsstandorte in Wilhelmshaven, Sande und Varel berücksichtigt. Messkriterium sind die zu erwartende Pendelzeiten zu den Standorten.

Mit dem Kriterium 2.1.6 „Einbeziehung von Kooperationspartnern“ sollen die Anfahrtszeiten für Kooperationspartner abgebildet werden, um die Möglichkeiten für gemeinsame Infrastrukturen bzw. deren Nutzung darstellen zu können. Ein Standort ist umso geeigneter, je besser er in regionale Versorgungsnetzwerke eingebettet ist

bzw. eingebettet werden kann. Betrachtet werden dabei für das gesamte Versorgungsgebiet von Friesland und Wilhelmshaven Einrichtungen wie bspw. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Versorgungszentren / Ambulante Operationszentren (auch geplante), Rettungsdienste und Leitstellen, Pflegeeinrichtungen, Reha-Kliniken, Ausbildungseinheiten und andere Krankenhäuser (Verbundbildung). Messkriterium sind die zu erwartenden durchschnittlichen Fahrtzeiten zu den möglichen Klinik-Standorten.

Kriterium 2.2 Zeit bis Baustart (inkl. Bauleitplanung oder Umplanung)

Da sich in der Phase 2 sowohl mögliche neue als auch die Bestandsstandorte im Vergleich befinden, wurde das Kriterium 2.2 „Zeit bis Baustart“ eingefügt. Es soll abbilden, ab wann, bspw. durch Bauleitplanverfahren oder auch die Umplanung bestehender Standorte, eine Baufreiheit auf dem jeweiligen Gelände möglich ist. Eine Ermittlung soll in Halbjahresschritten erfolgen.

Kriterium 2.3 Erweiterbarkeit des Standorts

Das Kriterium 2.3 setzt sich mit der Fähigkeit der Fläche auseinander, um zusätzliche oder ergänzende Funktionen aufnehmen und die Nutzung erweitern zu können. Aufgegliedert sind diese in die Teilkriterien Erweiterbarkeit für medizinische Ergänzungsfunktionen (2.3.1), die Erweiterbarkeit für Kooperationspartner (2.3.2) sowie für Sicherheit und Zivilschutz (2.3.3). Messkriterium soll hier die zusätzlich potenziell verfügbare Fläche in qm bzw. BGF sein. Da die künftigen ergänzenden Funktionen und Nutzungen zum jetzigen Zeitpunkt nicht voll umfänglich abgesehen werden können, erfolgt die Ermittlung der potenziell zur Verfügung stehenden Fläche sowohl auf dem Grundstück selbst als auch im unmittelbaren städtebaulichen Zusammenhang und werden getrennt ausgewiesen, jedoch gleichgewichtet (Aufteilung siehe Abschnitt C).

Kriterium 2.4 Nachhaltigkeit und Flächenversiegelung

Zu einer vollständigen Betrachtung sind auch ökologische Folgewirkungen einer Standortentscheidung zu betrachten. Jede Neuinanspruchnahme von Flächen ist dabei nachteilig für Natur und Umwelt. Entsprechend wird die Menge der versiegelten Fläche in Quadratmetern ermittelt und in die Bewertung eingestellt (2.4.1).

Ferner sollte eine Nachhaltigkeitsbetrachtung die Anpassungsmöglichkeiten an den Klimawandel (Vermeidung von Hitzeinseln, Zwischenspeicherung von Regenwasser; 2.4.2) berücksichtigen. Messgrößen sind hier die voraussichtlichen Temperaturentwicklungen sowie Flächen für Retention und kühlende Grünflächen in Quadratmeter.

Zu den Aspekten der nachhaltigen Entwicklung zählen auch die Möglichkeiten, den Standort nachhaltig und autark mit Energie zu versorgen (2.4.3). Messgröße kann hier die am Standort regenerativ erzeugbare Energie sein.

Kriterium 2.5 Immissionen / Emissionen

Messung oder Prognose von Umweltbelastungen auf dem und durch den Standort werden in diesem Kriterium abgebildet, da diese sich auf den medizinischen Komfort und Betrieb auswirken können. Dazu zählen neben dem Fluglärm, der primär Anlieger trifft, auch Industrie- und Verkehrsimmissionen (Lärm, Staub, Geruch), die auf die Fläche wirken. Die jeweiligen zu erwartenden Immissionen werden ggf. durch

gesonderte Gutachten ermittelt, soweit nicht schon Daten aus vorherigen Planverfahren vorliegen. Messgröße sind in dem Fall Über- und Unterschreitungen der jeweils anzuwendenden Grenzwerte und Einheiten.

Kriterium 2.6: Beeinträchtigungen von Natur- und Artenschutz (inkl. Ausgleichsmaßnahmen)

Weiteres Kriterium ist der Natur- und Artenschutz mit der Untersuchung, ob streng geschützte Arten oder Lebensräume betroffen sind sowie die Prüfung der Auswirkungen auf Flora und Fauna und evtl. Umfang notwendiger Artenschutzmaßnahmen. Messkriterium ist hier der Grad der Betroffenheit nach fachbehördlicher Einschätzung durch die UNB.

Hinweis: Die Kosten der erforderlichen Kompensationsleistungen werden über das Kriterium 2.10 Kompensationskosten abgebildet.

Kriterium 2.7: Anbindung Verkehrserschließung

Die Erreichbarkeit mit unterschiedlichen Verkehrsträgern ist ein weiteres Qualitätsmerkmal für einen Standort. Neben der PKW-Erreichbarkeit wird die gesamte Verkehrsinfrastruktur bewertet.

Das Kriterium soll den Anforderungen an eine künftige Erreichbarkeit durch den ÖPNV und SPNV sowie den motorisierten Individualverkehr für Patienten, Besucher und vor allem Arbeitskräfte abbilden.

Dazu zählen maßgeblich die Entfernung zu den Vorranggebieten Hauptverkehrsstraßen bzw. Einstufung als Hauptverkehrsstraße im Flächennutzungsplan (2.7.1), sowie den nächstgelegenen SPNV- und ÖPNV-Knoten (2.7.2 und 2.7.3) sowie den Vorranggebiet für das Kriterium 2.7.1 die Entfernung in m. Für die Kriterien 2.7.2 und 2.7.3 werden die Wegezeiten als Messgröße herangezogen; für neue hinzugekommene Standorte müssen diese dann im Wege der Prognose ermittelt werden.

Für den SPNV/ÖPNV erfolgt die Ermittlung und Prüfung der vorhandenen und zukünftig anzupassenden bzw. neu einzurichtenden Buslinien die Ermittlung aller Verkehrslinien mit der Möglichkeit von Umsteigebeziehungen (ÖPNV-Knotenpunkt) (2.7.2) und die Vernetzung der Buslinien mit dem SPNV (2.7.3), (schienenbezogener Personen Nahverkehr) und den jeweiligen Bahnhöfen.

Teilbereich B – Wirtschaftlichkeit:

In der Bewertungsphase soll die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Standorte berechnet werden. Die Erforderlichkeit ergibt sich schon allgemein aus dem Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§110 NKomVG), und dem mit § 12 KomHKVO normierten Gebot, bei erheblichen Investitionen Wirtschaftlichkeitsvergleiche anzustellen.

Vorliegend ist es erklärtes Ziel, die Errichtung des neuen Zentralklinikums im Rahmen der Fusion aus Mitteln des Transformationsfonds (KHVVG) fördern zu lassen. In der entsprechenden Verordnung ist in § 2 geregelt, dass ausschließlich solche Kosten förderfähig sind, die den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

Aus diesem Grunde ist bereits bei der Auswahl des Standortes auf die

Wirtschaftlichkeit zu achten. Neben der ohnehin bestehenden rechtlichen Verpflichtung darf die Förderfähigkeit des Vorhabens nicht gefährdet werden. Ohne die Fördermittel aus dem Transformationsfonds würden die Kosten für den Neubau die finanziellen Möglichkeiten der Krankenhausgesellschaften, und auch die der Gesellschafterinnen, deutlich überstiegen.

Die Gutachterin / der Gutachter soll in der Bewertungsphase eine vergleichende Wirtschaftlichkeitsanalyse der zu untersuchende Standorte nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode anstellen. Diese wird später auch wichtiger Bestandteil des Nachweises der Wirtschaftlichkeit gegenüber dem Fördermittelgeber dienen.

Die Methode ist bei Teilnahme an der Ausschreibung darzustellen, sie wird auch den politischen Gremien beider Gebietskörperschaften vorgestellt. Auswahlmaßstab ist eine möglichst vollständige Einbeziehung der Faktoren, die standortbezogen unterschiedliche Auswirkungen auf das jeweilige Jahresergebnis des Zentralklinikums haben (s. Kriterien).

Die neue Krankenhausgesellschaft soll sich wirtschaftlich selbst tragen können. Dabei soll auch eine Kapaldienstfähigkeit hinsichtlich des darlehensfinanzierten Eigenanteils für die Neubaukosten gegeben sein. Gegebenenfalls dennoch erforderliche Verlustausgleiche sollen so gering wie möglich gehalten werden.

In die Berechnung sind sämtliche Aspekte aufzunehmen, die Auswirkungen auf das Jahresergebnis haben können. Hierbei werden auch Qualitätsaspekte berücksichtigt. Bspw. kann die Gebäudeform Auswirkungen auf die Größe der Nebenflächen (bspw. Treppenhäuser) sowie auf die Größe des zukünftigen Personalkörpers haben. Offensichtlich gleiche Auswirkungen sind darzustellen, müssen allerdings nicht in die Berechnung einfließen (Bsp.: Gleiches Investitionsvolumen bei gleicher Förderung bedeutet gleiche Belastung des jeweiligen Standortes aus AfA/Zins/Tilgung).

Weiterhin sind die je Standort vorhandenen Risiken inkl. der zeitlichen Faktoren bspw. im Hinblick auf Baukostensteigerungen sowie vor dem Hintergrund der bis zur Realisierung auszugleichenden Defizite beider Häuser zu bewerten, soweit sie sich unterschiedlich darstellen und in die Bewertung mit einzubeziehen.

Die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung soll im Standortgutachten einen Gewichtungsanteil von 50% ausmachen.

Die aufgeführten Unterpunkte sind aus Sicht des Landkreises Friesland und der Stadt Wilhelmshaven mindestens zu berücksichtigen und ggfls. zu ergänzen, soweit die ermittelten Standorte weitere Unterscheidungen in Bezug auf finanzielle Auswirkungen haben. Wichtig ist beiden Gebietskörperschaften die vollständige Einbeziehung von Wirtschaftlichkeitsfaktoren. Die Kriterien werden nachfolgend knapp erläutert.

Sie sind nur dann einzubeziehen, wenn Sie monetär bewertbar sind.

Kriterium 2.8 Beschaffungskosten Grundstück inkl. Nebenkosten

Dieses Kriterium umfasst den Kaufpreis des Grundstücks sowie alle zusätzlichen Kosten wie Notar-, Grundbuch-, Vermessungs- und Grunderwerbsteuer. Auch Kosten für Gutachten oder Altlastenprüfungen fallen hierunter.

Kriterium 2.9 Kosten der Bauleitplanung

Hierzu zählen die Kosten für die Aufstellung oder Änderung von Bebauungs- und Flächennutzungsplänen.

Kriterium 2.10 Kompensationskosten (auch für Übernahme bestehender Verpflichtungen)

Dieses Kriterium berücksichtigt Ausgleichs- und Ersatzmaßnahmen, z. B. für Eingriffe in Natur und Landschaft. Dazu zählen auch Verpflichtungen, die vom Vorbesitzer übernommen werden müssen.

Kriterium 2.11 Planungskosten Gebäude inkl. Anpassung bestehender Planungen

Erfasst werden die Kosten für Architekten- und Fachplanungsleistungen sowohl für Neuplanungen als auch Planungskosten für die eventuelle Anpassungen vorhandener Entwürfe für Umplanungen oder Baufeldräumung bzw. Umverlegung von Infrastrukturen ermittelt und bewertet.

Kriterium 2.12 Baukosten Gebäude und Außenanlagen inkl. Umsetzungszeiten

Hierunter fallen die reinen Baukosten für das Krankenhausgebäude sowie für Außenanlagen wie Wege und Grünanlagen. Beginn und Dauer der Bautätigkeit sind bei der Kostenberechnung zu berücksichtigen (Baukostensteigung p.a.)

Kriterium 2.13 Gebäudespezifische Betriebskosten v. a. unter medizinisch/pflegerischen Aspekten

Dieses Kriterium betrachtet die laufenden Kosten des Gebäudebetriebs, z. B. Energie, Wartung und Instandhaltung. Die bauliche Struktur beeinflusst zudem Personalwege, Logistik und Pflegeeffizienz.

Kriterium 2.14 Wege- und Fahrbeziehungen auf dem Grundstück für Patienten, Bedienstete, Lieferanten

Bewertet wird die interne Erschließung des Grundstücks, also die Trennung und Organisation der Verkehrsströme.

Kriterium 2.15 Kosten für Provisorien und Zwischenlösungen

Hierzu zählen temporäre Maßnahmen wie Containerbauten, Ausweichstandorte oder provisorische Zufahrten während der Bauphase.

Kriterium 2.16 Kosten der Gründung (Tiefgründung) sowie Altlasten- und Kampfmittelbeseitigung

Dieses Kriterium umfasst Mehrkosten durch schwierige Bodenverhältnisse, z. B. Pfahlgründungen oder Bodenverbesserungen. Auch die Suche und Beseitigung von Altlasten und/oder Kampfmitteln aus früheren Zeiten fällt hierunter.

Kriterium 2.17 Erschließungskosten (Strom, Gas, Digitalinfrastruktur, Vorflut, Abwasser/Kläranlage)

Bewertet werden die Kosten für den Anschluss an technische Infrastrukturen. Müssen Leitungen neu verlegt oder Kapazitäten erweitert werden, steigen die

Investitionskosten.

Kriterium 2.18 Kosten der Übernahme bzw. Rückbau bestehender Strukturen oder baulicher Anlagen

Dieses Kriterium betrachtet Kosten für den Erhalt, Umbau oder Rückbau vorhandener Gebäude oder Anlagen.

Kriterium 2.19 Förderfähigkeit (Eigenanteil bzw. nicht förderfähige Kosten)

Hier wird bewertet, welcher Anteil der Investitionskosten durch Fördermittel gedeckt ist. Nicht förderfähige Kosten müssen aus Eigenmitteln finanziert werden und belasten die Wirtschaftlichkeit. Bereits ausgereichte Fördermittel für die Bestandsgebäude werden nicht betrachtet.

Kriterium 2.20 Grundstücksausstattung (Parkhaus, Zäune inkl. Umbaukosten)

Dieses Kriterium umfasst vorhandene oder neu zu errichtende Infrastruktur auf dem Grundstück. Dazu zählen Parkhäuser bzw. Parkplätze, Einfriedungen oder Zufahrtsanlagen.

Kriterium 2.21 Hubschrauberlandeplatz und Hubschrauberhangar

Hier werden Kosten und Anforderungen für einen Hubschrauberlandeplatz einschließlich Hangar berücksichtigt. Mögliche Refinanzierungen sind zu berücksichtigen.

Gewichtung:

Im Rahmen der Standortsuche für ein Zentralklinikum ist eine transparente und nachvollziehbare Bewertung der potenziellen Standorte von zentraler Bedeutung. Um die unterschiedlichen Anforderungen systematisch zu berücksichtigen, erfolgt die Bewertung auf Grundlage eines gewichteten Punktesystems. Dieses ermöglicht es, sowohl qualitative als auch quantitative Kriterien vergleichbar dazustellen und in eine Gesamtauswertung zu überführen.

Die Gewichtung ist in zwei Hauptbereiche gegliedert. Für den Bereich A Standorteignung werden insgesamt 100 Punkte vergeben. Dieser Bereich umfasst besondere raumstrukturelle, infrastrukturelle, verkehrliche sowie funktionale Aspekte, die die langfristige medizinische und organisatorische Eignung eines Standortes bestimmen. In den Gliederungspunkten 2.1 bis 2.7 sind zudem weitere Aspekte der Kriterien ausgeführt, welche jeweils für sich insgesamt 100% je Kriterium umfassen.

Der Bereich B Wirtschaftlichkeit wird ebenfalls mit 100 Punkten bewertet. In diesem Bereich werden vor allem investive und betriebliche Kosten, wirtschaftliche Risiken sowie potenzielle Einspar- und Synergieeffekte berücksichtigt. Ziel ist es, die finanzielle Tragfähigkeit und Nachhaltigkeit der jeweiligen Standortvariante abzubilden.

Teilbereich A: Standorteignung

Methodischer Ansatz der Gewichtung

Die Bewertungsphase „Standorteignung“ dient der vergleichenden Beurteilung potenzieller Standorte für ein Zentralklinikum unter funktionalen, infrastrukturellen

und standortbezogenen Gesichtspunkten.

Im Rahmen der Gewichtung wurde ein methodischer Schlüssel angewendet, nach dem insbesondere solche Kriterien höher bewertet werden, die die regionale Versorgungsfunktion, die langfristige Entwicklungsfähigkeit sowie die verkehrliche Einbindung eines Zentralklinikums bestimmen. Demgegenüber wurden Kriterien mit primär kurz- bis mittelfristiger wirtschaftlicher oder zeitlicher Wirkung, wie z. B. der Zeitpunkt des Baustarts oder einzelne Umweltkostenaspekte, bewusst geringer gewichtet. Ziel ist es, in dieser Bewertungsphase vor allem die strukturelle Eignung des Standorts und weniger die projektökonomische Detailbetrachtung abzubilden.

- **Einbindung in die Landeskrankenhausplanung**

Die Standortbewertung orientiert sich an den Zielsetzungen der jeweiligen Landeskrankenhausplanung, deren Aufgabe es ist, eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Zentralkliniken übernehmen hierbei regelmäßig Funktionen der Schwerpunktversorgung und wirken über kommunale Grenzen hinaus. Entsprechend fordert die Krankenhausplanung eine:

- gute Erreichbarkeit für große Bevölkerungsanteile,
- leistungsfähige Notfall- und Spezialversorgung,
- langfristige Entwicklungsfähigkeit der Standorte,
- sowie eine regionale Vernetzung.

Die hohe Gewichtung der Kriterien Erreichbarkeit (45 Punkte), Erweiterbarkeit (15 Punkte) und Anbindung / Verkehrsschließung (15 Punkte) entspricht damit unmittelbar den planerischen Leitlinien der Landeskrankenhausplanung. Demgegenüber werden zeitliche Realisierungsaspekte (z. B. Baustart) sowie ökologische Aspekte bewusst geringer gewichtet, da diese nicht die grundsätzliche Versorgungsfunktion eines Klinikstandorts definieren. Damit wird sichergestellt, dass die Standortentscheidung primär aus der Perspektive der Versorgungsqualität und Raumwirksamkeit getroffen wird und nicht aus kurzfristigen Projektvorteilen.

- **Raumordnerische Einordnung nach ROG**

Nach § 1 ROG dient Raumordnung der Entwicklung, Ordnung und Sicherung des Raums in einer Weise, die gleichwertige Lebensverhältnisse gewährleistet und die Daseinsvorsorge sichert. Krankenhäuser, insbesondere Zentralkliniken, sind Teil dieser **kritischen Daseinsvorsorgeinfrastruktur**.

Die Bewertungssystematik folgt damit insbesondere folgenden raumordnerischen Leitgedanken:

- **Zentralörtliche Funktion:**
Zentralkliniken erfüllen Funktionen, die über die lokale Ebene hinausgehen. Die starke Gewichtung der Erreichbarkeit und Verkehrsanbindung trägt dem Anspruch Rechnung, dass der Standort als regionaler Versorgungsanker fungiert.
- **Erreichbarkeit und Verflechtung:**
ROG und Landesentwicklungspläne betonen die Bedeutung funktionaler Verflechtungen. Die Kriterien zur Anbindung an Hauptverkehrsstraßen, ÖPNV und SPNV setzen genau hier an und sichern eine raumverträgliche Einbindung des Klinikstandorts.

- **Nachhaltige Raumentwicklung:**
Die Berücksichtigung von Flächenversiegelung, Klimaanpassung und Artenschutz folgt dem Grundsatz der nachhaltigen Raumentwicklung, ohne jedoch die Versorgungsfunktion zu relativieren.

Die Gewichtung priorisiert damit raumordnerisch jene Aspekte, die die regionale Leistungsfähigkeit und Vernetzung des Standorts sichern. Umwelt- und Zeitkriterien werden ergänzend berücksichtigt, jedoch gegenüber den zentralen raumordnerischen Funktionen bewusst geringer angesetzt.

- **Städtebauliche Logik nach BauGB**

Nach § 1 BauGB sollen Bauleitpläne eine nachhaltige städtebauliche Entwicklung sichern, die soziale, wirtschaftliche und ökologische Anforderungen miteinander in Einklang bringt. Ein Zentralklinikum stellt hierbei eine großmaßstäbliche Sondernutzung mit erheblicher Raumwirksamkeit dar.

Die Bewertungsmatrix greift zentrale bauplanungsrechtliche Abwägungsprinzipien auf:

- **Sicherung der Daseinsvorsorge (§ 1 Abs. 6 Nr. 1 BauGB):**
Die starke Gewichtung der Erreichbarkeit und Anbindung dient der Sicherstellung einer funktionierenden medizinischen Infrastruktur.
- **Verkehrliche Erschließung (§ 1 Abs. 6 Nr. 9 BauGB):**
Die Kriterien zur Verkehrsschließung spiegeln die bauleitplanerische Notwendigkeit einer leistungsfähigen Erschließung wider.
- **Flächensparende Siedlungsentwicklung (§ 1a BauGB):**
Die Berücksichtigung der Flächenversiegelung und Klimaanpassung folgt dem Gebot des sparsamen Umgangs mit Grund und Boden.
- **Abwägungsgebot:**
Die Gewichtungssystematik stellt eine methodische Abwägung dar, bei der funktionale Versorgungsziele hoch priorisiert werden, ohne Umweltbelange auszublenden.

- **Ableitung der Gewichtungslogik**

Zusammenfassend folgt die Bewertungsmethodik einem dreistufigen planerischen Schlüssel:

1. **Primäre Ebene – Regionale Funktion:**
 - o Erreichbarkeit
 - o Verkehrsanbindung
 - o Erweiterbarkeit
2. **Sekundäre Ebene – Standortverträglichkeit:**
 - o Nachhaltigkeit
 - o Immissionen/Emissionen
 - o Artenschutz
3. **Tertiäre Ebene – Projektökologie und Umsetzung:**
 - o Zeit bis Baustart

- o energie- und klimabezogene Teilaspekte

Diese Struktur entspricht sowohl den Zielsystemen der **Landeskrankenhausplanung**, den Grundsätzen der **Raumordnung (ROG)** als auch der **städtebaulichen Abwägungslogik des BauGB**.

2.1 Erreichbarkeit (45 Punkte)

Mit 45 von 100 Punkten stellt die Erreichbarkeit das dominierende Kriterium der Bewertung dar. Dies entspricht der besonderen Bedeutung eines Zentralklinikums als **regionaler Versorger** mit Notfall- und Spezialversorgungsfunktionen.

Die hohe Gewichtung gegenüber anderen Kriterien begründet sich darin, dass Erreichbarkeit unmittelbar Einfluss auf:

- die medizinische Versorgungsqualität,
- die Inanspruchnahme durch die Bevölkerung,
- sowie auf die Funktionsfähigkeit in Notfallsituationen hat.

Andere Kriterien wie Umweltwirkungen oder Realisierungszeiten wirken demgegenüber unterstützend, können jedoch eine unzureichende Erreichbarkeit nicht kompensieren.

2.1.1 Erreichbarkeit der Bevölkerung (% der Personen) Basisversorgung in 30 Minuten gem. gemeinsamen Bundesausschuss (40 %)

Der Anteil der Bevölkerung, der den Standort innerhalb von 30 Minuten erreicht, erhält den höchsten Unteranteil innerhalb der Erreichbarkeit.

Diese Gewichtung ist fachlich begründet, da die 30-Minuten-Erreichbarkeit die Kernreichweite eines Zentralklinikums im Alltag und im Notfallbetrieb beschreibt. Je höher dieser Anteil, desto besser erfüllt der Standort seine lokale und regionale Versorgungsaufgabe.

Gegenüber der 40-Minuten-Erreichbarkeit wird dieses Kriterium höher gewichtet, da medizinisch und organisatorisch insbesondere kurze Reaktionszeiten maßgeblich sind.

2.1.2 Erreichbarkeit der Bevölkerung (% der Personen) Basisversorgung in 40 Minuten (Pädiatrie/Gynäkologie/Geburtshilfe) für Jugend- und Geburtenhilfe (10%)

Die 40-Minuten-Erreichbarkeit ergänzt die Kernzone um den erweiterten Einzugsbereich.

Der geringere Gewichtungsanteil im Vergleich zur 30-Minuten-Zone reflektiert, dass zwar auch periphere Regionen relevant sind, jedoch der Versorgungsgrad primär durch den engeren Einzugsraum bestimmt werden.

2.1.3 Erreichbarkeit der Bevölkerung (% der Personen) Basisversorgung in 15 Minuten gem. Rettungsdienstgesetz (20%)

Dieses Unterkriterium prüft die Erreichbarkeit der Bevölkerung gem. Rettungsdienstgesetz innerhalb eines 15 Minuten-Erreichbarkeitsraumes, ob der größte Teil der Bevölkerung den Standort erreichen kann. Die Gewichtung ist bewusst mittel-moderat, da es sich um einen wichtigen gesundheitspolitischen

Aspekt handelt, der gegenüber der generellen Erreichbarkeit nicht dominieren darf, jedoch für den größten Teil der Bevölkerung Relevanz hat.

2.1.4 Anteil nicht versorgter Personen gemäß Krankenhausgesetz (10 %)

Dieses Unterkriterium misst den Beitrag eines Standorts zur Schließung bestehender Versorgungslücken.

Die Gewichtung ist bewusst moderat, da es sich um einen wichtigen gesundheitspolitischen Aspekt handelt, der jedoch gegenüber der generellen Erreichbarkeit nicht dominieren darf.

2.1.5 Erreichbarkeit für Beschäftigte (10 %)

Die Wohnortnähe der Beschäftigten beeinflusst Personalgewinnung und -bindung.

Der Anteil von 10 % berücksichtigt die betriebliche Relevanz dieses Aspekts, ohne ihn gegenüber der Patientenversorgung über zu gewichten. Die primäre Funktion eines Zentralklinikums bleibt die Versorgung der Bevölkerung, während Personalaspekte ergänzend zu betrachten sind.

2.1.6 Erreichbarkeit für Kooperationspartner (10 %)

Die Einbindung von Rettungsdiensten, Fachkliniken, ambulanten Strukturen und sonstigen Kooperationspartnern ist für ein Zentralklinikum wesentlich.

Die Gleichgewichtung mit den Beschäftigten verdeutlicht, dass Vernetzung wichtig ist, jedoch nachrangig gegenüber der direkten Erreichbarkeit der Bevölkerung bleibt.

2.2. Zeit bis Baustart (5 Punkte)

Der Zeitraum bis zum Baustart wird mit 5 Punkten gewichtet.

Diese vergleichsweise geringe Gewichtung folgt dem methodischen Ansatz, dass zeitliche Realisierungsaspekte nur unterstützend wirken (s. 2.1).

2.3. Erweiterbarkeit des Standorts (15 Punkte)

Die Erweiterbarkeit erhält mit 15 Punkten eine hohe Bedeutung, da ein Zentralklinikum nicht statisch geplant werden kann.

Die Gewichtung reflektiert die Notwendigkeit, auf:

- medizinischen Fortschritt,
- demografische Veränderungen,
- und neue Versorgungsformen reagieren zu können.

Im Verhältnis zur Erreichbarkeit ist sie geringer, da auch ein erweiterbarer Standort seine Funktion nur dann erfüllt, wenn er regional gut erreichbar ist. Die Gewichtung ist auch vor dem Hintergrund der Entwicklung zur verstärkten ambulanten Behandlung und im Zusammenhang mit der im europäischen Vergleich relativ hohen Bettendichte in Deutschland zu sehen.

2.3.1 Erweiterbarkeit für medizinische Ergänzungsfunktionen (45 %)

Dieser Anteil bildet den Kern der Entwicklungsfähigkeit ab.

Die höchste Gewichtung innerhalb des Kriteriums ergibt sich daraus, dass medizinische Leistungsfähigkeit und Spezialisierung die Hauptaufgabe eines Zentralklinikums darstellen. Die Gewichtung wird hier aufgeteilt auf je 22,5% für die Erweiterbarkeit auf dem Grundstück und für die Erweiterbarkeit im unmittelbaren städtebaulichen Zusammenhang.

2.3.2 Erweiterbarkeit für Kooperationspartner (30 %)

Die Ansiedlung externer Partner stärkt integrierte Versorgungskonzepte.

Der geringere Anteil gegenüber den medizinischen Ergänzungen verdeutlicht, dass Kooperationen wichtig, jedoch funktional nachgeordnet sind. Die Gewichtung wird hier aufgeteilt auf je 15% für die Erweiterbarkeit auf dem Grundstück und für die Erweiterbarkeit im unmittelbaren städtebaulichen Zusammenhang

2.3.3 Sicherheit / Zivilschutz (25 %)

Die Resilienz des Standorts ist für kritische Infrastruktur wesentlich.

Die etwas geringere Gewichtung gegenüber der medizinischen Erweiterbarkeit spiegelt wider, dass Sicherheitsaspekte zwar unverzichtbar, aber nicht primär leistungsbestimmend sind. Die Gewichtung wird hier aufgeteilt auf je 12,5% für die Erweiterbarkeit auf dem Grundstück und für die Erweiterbarkeit im unmittelbaren städtebaulichen Zusammenhang

2.4. Nachhaltigkeit und Flächenversiegelung (10 Punkte)

Mit 10 Punkten werden ökologische Aspekte relevant berücksichtigt.

Die Gewichtung folgt dem Ansatz, dass Umweltwirkungen für Genehmigungsfähigkeit und Akzeptanz wichtig sind, die zentrale Aufgabe eines Zentralklinikums jedoch die medizinische Versorgung bleibt.

2.4.1 Flächenversiegelung (55 %)

Der größte Anteil entfällt auf den Flächenverbrauch, da dieser dauerhaft und irreversibel wirkt.

Ein geringerer Eingriff reduziert Genehmigungsrisiken und ökologische Folgewirkungen.

2.4.2 Klimawandelanpassung (25 %)

Die Anpassungsfähigkeit an Hitze, Starkregen und Extremereignisse wirkt langfristig betriebssichernd, ist jedoch gegenüber dem Flächenverbrauch nachgeordnet.

2.4.3 Energieautarkie / EE-Erzeugung (20 %)

Energieaspekte beeinflusste die Nachhaltigkeit eines Standorts, werden aber in der Bedeutung geringer als Klimawandelanpassungen gesehen, weshalb hier eine geringere Gewichtung erfolgt.

2.5. Immissionen / Emissionen (5 Punkte)

Mit 5 Punkten wird dieses Kriterium ergänzend berücksichtigt.

Die Gewichtung reflektiert, dass Umweltbelastungen relevant sind, jedoch gegenüber regionaler Erreichbarkeit und Entwicklungsfähigkeit nicht ausschlaggebend sein dürfen.

2.6. Beeinträchtigungen von Natur- und Artenschutz (5 Punkte)

Auch Eingriffe in Schutzgüter werden bewusst moderat gewichtet.

Ziel ist es, Genehmigungsrisiken sichtbar zu machen, ohne die funktionale Standortqualität zu überlagern.

2.7 Anbindung / Verkehrsschließung (15 Punkte)

Mit 15 Punkten gehört die verkehrliche Anbindung zu den tragenden Bewertungssäulen.

Die hohe Gewichtung begründet sich aus der Notwendigkeit einer schnellen, zuverlässigen und multimodalen Erreichbarkeit für:

- Notfälle,
- Mitarbeitende,
- Logistik,
- Besucher.

Sie steht in direktem Zusammenhang mit der regionalen Leistungsfähigkeit des Zentralklinikums.

2.7.1 Entfernung zur Hauptverkehrsstraße (40 %)

Dieser Anteil wird am höchsten gewichtet, da er unmittelbar die Rettungszeiten und Logistikfähigkeit beeinflusst.

2.7.2 Entfernung zur Haltestelle (30 %)

Der ÖPNV-Anschluss stärkt soziale Erreichbarkeit und nachhaltige Mobilität.

2.7.3 Entfernung zu SPNV / ZOB (30 %)

Die regionale Vernetzung erweitert den Einzugsbereich und erhöht die Standortattraktivität für Fachpersonal und Patienten.

Teilbereich B: Wirtschaftlichkeit

Methodischer Ansatz der Gewichtung

Auf eine Verteilung der Wertung auf Unterpunkte, wie bei den Kriterien der Standorteignung (A), und eine abschließende Aufzählung von Unterpunkten wird bewusst verzichtet. Wie bereits dargestellt sind die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und somit das Jahresergebnis der entscheidende Faktor. Dieser ergibt sich im Zusammenspiel der einzelnen Unterpunkte und kann nur in seiner Gesamtheit

bewertet werden. (s. Erläuterungen Wirtschaftlichkeit) Hier soll die Gutachterin / der Gutachter seine Expertise erweitert einbringen können. Dies ist schon vor dem Hintergrund der Haftung des Gutachters für das Ergebnis erforderlich.

Teilverhältnis A zu B

Durch die gleichgewichtige Vergabe von jeweils 100 Punkten (Verhältnis 50:50) wird sichergestellt, dass sowohl fachlich-funktionale als auch ökonomische Kriterien mit derselben Bedeutung in die Entscheidungsfindung einfließen. Die Gesamtbewertung eines Standortes ergibt sich aus der Summe der in beiden Bereichen erzielten Punkte und bildet die Grundlage für eine objektive und nachvollziehbare Standortempfehlung.

Anlage(n):

- Wertungstabelle Standortsuche Zentralklinik