FWV-Vortrag am 28.4.2014 in Benningen

von Herbert Pötzsch

Die Zukunft unserer Krankenhäuser

Meine Damen und Herren,

zu den wichtigsten Entscheidungen, die der in Kürze zu wählende neue Kreistag treffen muss, gehören die über die Zukunft unserer Krankenhäuser . Deshalb werden wir dieses Thema heute in den Mittelpunkt stellen. Ich darf ihnen kurz darstellen, wie ich vorgehen will.

Ich werde zuerst kurz die Rahmenbedingungen darstellen, unter denen alle Krankenhäuser arbeiten (müssen) und welche Auswirkungen diese Rahmenbedingungen haben. Ein Blick auf die möglichen Änderungen in der nahen Zukunft gehört mit dazu.

Dann werde ich auf unsere lokale Situation eingehen und den Versuch machen, die Besonderheiten unserer Krankenhauslandschaft darzustellen.

Zunächst also die Rahmenbedingungen. Vorweg: das deutsche Gesundheitswesen gilt weltweit als eines der besten, aber auch teuersten . Das gilt auch für unsere Krankenhausversorgung. Seit vielen Jahren gilt für die Finanzierung der Krankenhäuser folgender Grundgedanke:

Krankenhäuser sind ein wichtiger Teil der Daseinsvorsorge. Unabhängig von der tatsächlichen Nutzung müssen die **Investitionskosten** deshalb von der Allgemeinheit, sprich also aus Steuern bezahlt werden. Zuständig sind die Länder. Tatsächlich ist dazu seit langem kein Bundesland mehr in der Lage oder auch willens. Praxis ist heute, dass etwa die Hälfte der Investitionskosten von den Krankenhäusern selbst aufgebracht werden muss - entweder durch Gewinne aus dem Betrieb oder durch Zuschüsse des Krankenhausträgers.

Die **Kosten des laufenden Betriebs** müssen von den Nutzern, also den Patienten bezahlt werden. In der Praxis heißt das: von den Krankenkassen. Im Gegensatz zu früher, wo jedes Krankenhaus einen individuell ausgehandelten Pflegesetz hatte, haben wir heute ein hochkomplexes Abrechnungssystem, bei dem Fallpauschalen im Mittelpunkt stehen.

Etwas vereinfacht gesagt: wie viel Geld ein Krankenhaus für z.B. eine Hüftendoprothese bekommt, richtet sich nicht nach den tatsächlich entstehenden Kosten, sondern nach einer festgelegten Pauschale. Wer es schafft, seine Kosten niedriger als die Pauschale zu halten, verdient etwas, wer darüber liegt, legt drauf. Klingt eigentlich ganz vernünftig, wenn man davon ausgehen könnte, dass die Pauschalen auch realitätsnah festgelegt würden.

Das ist aber nicht immer der Fall. In der Praxis ist es so, dass relativ einfache Leistungen nicht besonders gut bezahlt werden. Andere, schwierigere und hochtechnisierte Eingriffe werden im Vergleich deutlich besser bezahlt. Im Ergebnis sind die einfachen Leistungen eigentlich nur dann wirtschaftlich zu erbringen, wenn sie in großen Stückzahlen gemacht werden.

Und da beginnt die Krux. Kleinere Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung bieten kraft Definition vor allem diese einfacheren Leistungen an. Und sie haben auch keine großen Stückzahlen. Außerdem können sie nicht intern quer subventionieren, wie es große Häuser können: sie haben kaum solche einträglicheren Leistungen im Angebot.

Deshalb sind vor allem kleinere Krankenhäuser defizitär; viele wurden in den letzten Jahren schon geschlossen. Das gilt vor allem für Nord- und Ostdeutschland. In Bayern und BW gibt es noch verhältnismäßig viele kleinere Häuser, und die Mehrzahl davon ist in kommunaler Trägerschaft.

Machen wir uns nichts vor: der Zwang zur Zentralisierung ist noch nicht zu Ende. Etwa die Hälfte aller Krankenhäuser schreibt derzeit rote Zahlen, und die Politik macht Druck. Sie konnten erst vor wenigen Tagen hören, dass der neue Bundesgesundheitsminister beklagt hat, dass die Krankenhausbetten nur zu etwa 70% ausgelastet seien. Und die Krankenkassen sind ohnehin schon seit langem der Meinung, dass viel zu viel stationär und damit teuer behandelt wird. Sie verweisen auch darauf, dass man doch offensichtlich auch Krankenhäuser ohne Defizite betreiben kann - die Hälfte schafft es doch, vor allem private!

Dass diese privaten Krankenhäuser keinen so uneingeschränkten Versorgungsauftrag haben wie die öffentlichen, wird dabei geflissentlich übergangen. Aber wir sollten es uns nicht zu leicht machen: auch die Privaten müssen gute Arbeit machen, sonst überleben sie nicht!

Fakt ist: die Zahl der Krankenhausbetten wurde schon deutlich reduziert - auch in unseren Kliniken. Übrigens ist die Zahl der Krankenhausbetten je tausend Einwohner in Baden-Württemberg mit die niedrigste im Bundesgebiet! Das war möglich, weil sich trotz Steigerung der Patientenzahlen dank des medizinischen Fortschritts die Verweildauer in den letzten 20 Jahren praktisch halbiert hat. Ich gehe davon aus, dass die Bettenreduzierung noch nicht zu Ende ist. Außerdem wird offen ausgesprochen, dass in der heutigen Zeit dem Patienten auch etwas weitere Wege zumutbar sind - man redet von bis zu 50 Kilometern bei Akuterkrankungen! Sie sehen: auch hier ein deutlicher Trend zur Zentralisierung auf große Kliniken.

Im Moment wird darüber diskutiert, in die Bezahlung auch Qualitätsmerkmale einfließen zu lassen. Wie das geschehen soll, ist noch völlig offen. Ganz sicher aber wird das für kleine Häuser nicht einfacher. Denn wer einen Eingriff nur selten durchführt , bei dem liegt der Verdacht nahe, dass ihm die notwendige Routine fehlt und Fehler leichter passieren können. Das Stichwort heißt hier Qualitätssicherung.

Meine Damen und Herren, sie sehen, wir bewegen uns in einem schwierigen Umfeld. Und wie gehen wir hier, bei uns vor Ort im Landkreis Ludwigsburg, damit um?

Der Landkreis Ludwigsburg hat vor rund zwanzig Jahren gemeinsam mit der Stadt Bietigheim-Bissingen eine gemeinnützige Kliniken-GmbH gegründet. Zu ihr gehörten von Anfang an die vier Krankenhäuser in LB, BiBi, Marbach und Vaihingen. Seit ein paar Jahren ist auch die OKM als Spezialklinik dazu gekommen.

An diesen Kliniken lässt sich geradezu exemplarisch nachweisen, wie sich die geschilderten Rahmenbedingungen auswirken. Die OKM als Spezialklinik mit einem besonderen Leistungsspektrum kommt wirtschaftlich verhältnismäßig gut über die Runden.

Das Klinikum Ludwigsburg als eines der größten kommunalen Krankenhäuser in der Bundesrepublik wäre ohne weiteres in der Lage, den laufenden Betrieb selbst zu finanzieren und auch Teilbeträge für Investitionen zu erwirtschaften. Sein Leistungsspektrum ist sehr umfassend. Sorge bereitet hier im Blick auf die Zukunft nur die räumliche Enge. Das Grundstück ist völlig ausgenutzt.

Das Krankenhaus in Bietigheim war in den letzten Jahren im laufenden Betrieb ausgeglichen; nennenswerte Beiträge zu Investitionen sind nicht mehr möglich gewesen.

Die beiden kleinen Krankenhäuser in Marbach und Vaihingen sind deutlich defizitär. Mit dem bisherigen Leistungsangebot würde sich daran voraussichtlich auch nichts ändern.

Dennoch hat der Kreistag bisher stets einstimmig beschlossen, alle vier bzw. fünf Standorte im Sinne einer wohnortnahen Patientenversorgung aufrecht zu erhalten. Dafür war er bereit, den Kliniken entsprechende Zuschüsse zu gewähren. Aber natürlich werden Fragen der Wirtschaftlichkeit dennoch diskutiert.

Aus diesen Überlegungen heraus wurde 2005 die Regionale Kliniken Holding gegründet, der neben den Kliniken des Landkreises Ludwigsburg auch die beiden Kliniken des Enzkreises in Mühlacker und Neuenbürg angehörten. Seit 2010 sind auch die beiden Kliniken des Landkreises Karlsruhe in Bruchsal und Bretten mit dabei. Alle vier neu hinzugekommenen Häuser sind kleine bis bestenfalls mittlere Kliniken, alle schreiben derzeit rote Zahlen.

Dieser Klinikenverbund ist zahlenmäßig eindrucksvoll: über 2.600 Betten, mehr als 7.500 Beschäftigte, mehr als 110.000 stationäre Behandlungen pro Jahr, mehr als 270.000 ambulante Patienten, Umsatz über 650 Millionen Euro.

Nun ist Größe allein ja noch nichts wert. Was bringt die Holding für ihre Gesellschafter, die drei Landkreise, und was nicht?

Es ist wichtig, sich klarzumachen, dass die Holding keine unmittelbaren Leistungen für Patienten erbringt. Sie ist in erster Linie ein Steuerungsinstrument, außerdem erbringt sie Serviceleistungen für die beteiligten Krankenhäuser wie z.B. in der Labormedizin oder auch bei Apothekenleistungen.

Ganz offensichtliche wirtschaftliche Vorteile für alle beteiligten Kliniken ergeben sich aus der Festlegung gemeinsamer Standards, z.B. bei Beschaffungen. Wenn man sich darauf einigt, dass in allen Häusern dasselbe Medizinprodukt, dieselbe technische Ausstattung, dieselben Fahrzeuge usw. verwendet werden, dann ergeben sich günstigere Preise. Das liegt auf der Hand und ist so eingetreten.

Vorteile können sich auch beim Personaleinsatz ergeben, wenn z.B. bei einer Mangelsituation in einem Haus Ärzte oder Pflegepersonal aus einem anderen Haus abgestellt werden können. Auch das wird schon praktiziert.

Ein Problem ist aber bisher nicht gelöst worden. Es ist offensichtlich, dass die Kliniken untereinander teilweise in einem Konkurrenzverhältnis stehen.

Ein Blick auf die Karte zeigt: von Bruchsal über Bretten, Mühlacker, Vaihingen, Bietigheim, Ludwigsburg bis Marbach finden wir alle 10 bis 12 Kilometer ein Krankenhaus, das zur Holding gehört, und viele bieten genau dieselben Leistungen an. Neuenbürg fällt hier geographisch etwas heraus, ist aber zwischen Pforzheim, Calw und Wildbad gewissermaßen eingeklemmt.

Diese Konkurrenzsituation wird noch dadurch erschwert, dass die drei Landkreise zwar eine gemeinsame Holding für ihre Kliniken gegründet haben, jeder Landkreis mit seinen Kliniken aber eigenständig wirtschaftet. Ein Ergebnisausgleich findet aus guten Gründen nicht statt. Anders formuliert: wenn man z.B. das Krankenhaus in Mühlacker stärkt, beeinträchtigt das möglicherweise die Nachbarkrankenhäuser in Bretten und Vaihingen - und umgekehrt. Allgemein gesprochen heißt das, dass es bei Umstrukturierungen Gewinner und Verlierer geben kann.

Wir können derzeit davon ausgehen, dass kein Kreistag einer Verschlechterung der Position seiner Krankenhäuser gerne zustimmen wird. Also wird es darum gehen, ohnehin notwendige Schritt aufeinander abzustimmen: jede Klinik innerhalb der Holding muss sich ein Stück weit spezialisieren. Das gilt nicht nur kreisübergreifend, sondern z.B. auch innerhalb der Kliniken unseres Landkreises.

Das Motto muss sein: es gibt nicht in jedem Krankenhaus alles, sondern innerhalb der Holding alles, aber an ausgewählten Standorten. Unser Geschäftsführer Prof. Dr. Martin hat dafür den Begriff des "virtuellen Maximalversorgers" gefunden. Das setzt voraus, dass sich so etwas wie eine holdingweite " Corporate Identity" entwickelt. So weit sind wir ehrlicherweise heute noch nicht, aber wir befinden uns auf dem Weg dahin.

Und was kommt konkret auf uns im Landkreis Ludwigsburg zu? Ich weiß es nicht und bin wie viele andere gespannt auf das Ergebnis des Gutachtens, das wir vor einem dreiviertel Jahr in Auftrag gegeben haben. Deshalb ist das, was ich jetzt zum Abschluss sage, auch nur meine persönliche Meinung.

Die OKM wird als Spezialklinik im Bereich der Orthopädie weiter bestehen. Innerhalb der Holding gibt es kaum Überschneidungen; ihre Konkurrenten sind eher in Langensteinbach, Pforzheim und Stuttgart zu finden.

Die Kliniken in Ludwigsburg und Bietigheim sind schon auf Grund ihrer Größe unverzichtbar. Ludwigsburg wird dabei innerhalb der Holding Zentralfunktionen wahrnehmen; manche Leistungen wird es nur dort geben. Im Verhältnis zu Bietigheim gilt es, die Überschneidungen so weit wie möglich zu minimieren.

Das Krankenhaus in Vaihingen ist aufgrund seiner geringen Größe allein stark bedroht. Allerdings ist die Kooperation mit Vaisana ein bundesweit beachtetes Modell der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinik. Möglicherweise besteht hier eine Chance zum weiteren Ausbau der Kooperation und damit zur Bestandssicherung.

Das Krankenhaus in Marbach wäre ebenfalls im bisherigen Aufgabenzuschnitt kaum überlebensfähig. Allerdings könnte es innerhalb des Landkreises eine Zentralfunktion für Altersmedizin übernehmen. Erste Schritte dazu wurden in Sachen Rehabilitationsmedizin ja schon gemacht. Da die Altersmedizin aufgrund der demographischen Entwicklung eine wachsende Sparte ist, müssen wir hier mit einem deutlichen Zuwachs rechnen. Im Gegensatz zu den anderen Standorten -vor allem in Ludwigsburg- stehen in Marbach dafür genügend Grundstücksreserven zur Verfügung. Die Nähe zum Klinikum Ludwigsburg macht engste Kooperation möglich und spricht für diese Lösung. Damit könnte auch dieser Standort eine Zukunft haben.

Meine Damen und Herren, sie sehen: ein weiter so wie bisher wird es voraussichtlich nicht geben können. Auch unsere Kliniken-Landschaft wird sich verändern müssen. Wenn es uns gelingt, durch Spezialisierung die einzelnen Standorte so zu stärken, dass dort quasi nebenbei auch noch die Grundversorgung gewährleistet werden kann, haben wir viel erreicht.

Ich danke ihnen.