

Zusammenfassung eines Vorschlags zur kreisübergreifenden Krankenhausplanung in den Kreisen Lörrach und Waldshut

Für die geplante Podiumsdiskussion im Februar des kommenden Jahres möchte ich die Idee einer kreisübergreifenden Krankenhausplanung für die Kreise Lörrach und Waldshut im Folgenden kurz zusammenfassend skizzieren. Gemeinsam mit Dr. Lunke, ehemaliger Chefarzt der Inneren Abteilung des Spital Bad Säckingen und Herrn Dr. Stadler, ehemaliger Leiter der Unfallchirurgie im Spital Bad Säckingen, habe ich diesen Vorschlag im vergangenen Jahr in einem offenen Brief an Frau Dammann und Herrn Dr. Kistler gemacht.

Das ist die Ausgangslage:

44 % der ländlichen Krankenhäuser in Deutschland haben im Jahr 2013 Verluste gemacht. Ihre aktuelle wirtschaftliche Situation im Herbst 2014 beurteilen 45 % der Häuser als eher unbefriedigend. Für 2015 erwarten 41 % der ländlichen Krankenhäuser eine weitere Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage. („Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020“, 2014 BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft.)

- Grundlage aller Überlegungen zur künftigen Krankenhausstruktur sind die Planbetten, die für die beiden Landkreise im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sind. Für den Landkreis Lörrach sind das 740 Betten, die allerdings derzeit im Rahmen der Antragstellung für ein zentrales Klinikum für den Landkreis Lörrach vom Land auf 620 Betten reduziert werden sollen (dieser Punkt ist zwischen Kreis und Land derzeit noch strittig). Für den Landkreis Waldshut sind 430 – 450 Betten ausgewiesen.
- Das Finanzierungssystem der Krankenhäuser durch Fallpauschalen (DRG-System) ist einerseits eine der wichtigsten Ursachen für die Finanznot gerade der kleineren ländlichen Krankenhäuser. Andererseits muss jede erfolgreiche Krankenhausplanung die Prinzipien dieses Systems in die Überlegungen mit einbeziehen, um eine betriebswirtschaftlich tragfähige Perspektive für die Zukunft zu ermöglichen.
- Die dritte Orientierungsmarke der Krankenhausplanung sollte der Wunsch der Bevölkerung sein, wohnortnah einen niedrigschwelligen Zugang zur stationären Versorgung auch im ländlichen Bereich zu erhalten.

Nur wenn man die Bettenzahlen beider Landkreise in der Planung zusammenführt, entsteht eine Größenordnung von ca. 1.000 bis 1.100 Betten, in der eine betriebswirtschaftlich dauerhaft tragfähige Klinikgröße möglich wird. Bei dieser Bettenzahl entsteht ein Gestaltungsspielraum für die Aufteilung der Betten auf verschiedene medizinische Disziplinen und auch auf verschiedene Standorte.

- Das zentrale Klinikum sollte über ca. 650 bis 700 Betten verfügen und all die medizinischen Fachabteilungen anbieten, die für einen Schwerpunkt- oder Zentralversorger typisch sind (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Neurologie, Pädiatrie, interdisziplinäre Intensivstation)
- Die übrigen ca. 450 Betten sollten auf die bisherigen Standorte aufgeteilt und als Portalkliniken geführt werden. Bei 4 bis 5 Standorten sind das 90 bis 110 Betten pro Portalklinik. Ihren Stellenwert und ihre Attraktivität müssen sie erhalten durch zusätzliche Gesundheitsdienste, die die bisher starren Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden (Notfallpraxen, DRK-Standorte für KW und Rettungswagen, fachübergreifende Ambulanzen in Form von MVZ oder weitere mögliche Angebote, z.B. fachspezifische Rehabilitation wie Geriatrie, Neurologie, Kardiologie).

- Alle Klinikstandorte müssen als ein Krankenhaus mit gemeinsamer IK-Nummer genehmigt werden. Dadurch wird eine im DRG-System sehr sinnvolle Bettenbelegung möglich: Im Zentralklinikum werden die Patienten nur solange behandelt, wie sie für die Akutbehandlung der aufwändigen Ressourcen bedürfen, die hier vorgehalten werden. Alle weniger aufwändigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen können an den peripheren Standorten mit geringerem Kostenaufwand erfolgen. Auch nach größeren Operationen kann die Zeit vor der Entlassung heimatnah in der entsprechenden Portalklinik eingeplant werden. Hierdurch ist die bessere Erreichbarkeit für die Angehörigen ebenso gewährleistet wie eine kostengünstigere Behandlung in der kleineren Klinik mit günstigerer Kostenstruktur.

Welche Vorteile liegen in diesem Konzept?

- Der Einzugsbereich für das gemeinsame Klinikum vergrößert sich erheblich.
- Abwanderungen von Patienten sind kaum zu erwarten, weil das Klinikum der Zentralversorgung mit den vielfältigen Angeboten unterschiedlicher Spezialdisziplinen für Patienten attraktiv ist und gleichzeitig dem Wunsch nach stationärer Versorgung in Wohnortnähe entgegenkommt.
- Alle in den bisherigen Gutachten vorgeschlagenen Spezialangebote machen bei einem solchen Einzugsgebiet aus medizinischer Versorgungssicht Sinn und versprechen gleichzeitig betriebswirtschaftliche Rentabilität.
- Die Arbeitsplätze in einem solchen Zentralklinikum sind attraktiv und Personalengpässe daher weniger wahrscheinlich (die Konkurrenz zur Schweiz bleibt allerdings bestehen). Durch entsprechende Rotationssysteme im Personaleinsatz sind aber auch die Portalkliniken personell leichter zu besetzen.
- Wegen des größeren Einzugsbereiches ist die zusätzliche Einrichtung spezieller Reha-Einrichtungen (z.B. Neurologie) medizinisch sinnvoll und auch politisch besser durchsetzbar.

A.D.

Stand: 13.12.2016

Dr. med. A.D.