



Finanzielle Betrachtung des Themas Krankenhaus, NEUBAU oder SANIERUNG im Kreis Minden-Lübbecke

(ausgewählte Aspekte, Lübbecke, 12.01.2023)

Dipl.-Ök. Dr. h.c. (CHN) Arno Kuge

Warum ist Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen wichtig?

Antwort: Weil es im Gesetz steht:

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Im Gesetz ist für den Fall des Gesetzesverstoßes die Geschäftsführerhaftung der Krankenkasse verankert.

Eine Politikerhaftung wäre wünschenswert:

§ 9 KrO NRW

Kreisordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (KrO NRW)

Landesrecht Nordrhein-Westfalen

§ 9 KrO NRW – Wirtschaftsführung

Die Kreise haben ihr Vermögen und ihre Einkünfte so zu verwalten, dass die Kreisfinanzen gesund bleiben. Auf die wirtschaftlichen Kräfte der kreisangehörigen Gemeinden und der Abgabepflichtigen ist Rücksicht zu nehmen.



Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt in allen Bereichen des Gesundheitswesens, auch für den Krankenhausbau, weil

die Folgekosten durch Zins und Abschreibungen sowie die laufenden Betriebskosten den Krankenhausbetrieb und damit das im wesentlichen durch die Krankenkassen zu finanzierende Krankenhausbudget belasten.



Die Informationspolitik der MKK, Beispiel, (8 Mio. Erlöse, 4 Mio. Verlust): Wie Sie sehen, sehen Sie nur schwarz




Rahden_Lohfert_geschwärtzte Seite_128.pdf - Adobe Acrobat Reader (64-bit)

Start Werkzeuge Rahden_Lohfert_ge... x

1 / 1 150%

Chirurgische und internistische Abteilungen in Rahden hoch defizitär, erhebliches Potenzial im Betriebsergebnis bei Auflösen des Standortes

Übersicht über die relativen Abteilungsergebnisse am Standort Rahden (2019)



Erlöse Rahden insgesamt:
ca. 8 Mio. EUR

Der Standort Rahden zeigt in allen Fachbereichen negative Abteilungsergebnisse und weist 2019 insgesamt ein **Defizit von über 4 Mio. EUR** auf

Jeder in Rahden eingenommene EUR führt zu einem Verlust von 0,50 EUR

Durch die anderen Standorte wird das Defizit noch ausgeglichen

Es ist zu erwarten, dass sich das **Defizit im Betriebsergebnis weiterhin zeigen wird**

Defizit erscheint durch Veränderungen in Rahden nicht lösbar, hierzu bedarf es strukturellen Veränderungen

Quelle: Interne DB-Rechnungen der MKK

© Lohfert & Lohfert AG (2021). Alle Rechte vorbehalten. 129

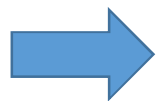
Zur Suche Text hier eingeben

-4°C Sonnig 11:42 13.12.2022

Über welche finanziellen Dimensionen reden wir?



- Mindestens 528 Mio. Gesamtkosten für zwei Krankenhausneubauten in Bad Oeynhausen und Lübbecke (Bad Oeynhausen 225 Mio. Euro, neues Zentralkrankenhaus, vorgesehen Espelkamp, 303 Mio. Euro). Keine belastbare Zahlen, eine Anfrage der BI beim Kreis, wie diese Zahlen ermittelt wurden, blieb bisher unbeantwortet
- Für die Förderung des Landes stehen 178 Mio. Euro unter definierten Bedingungen in Aussicht
- Der „Eigenanteil“ von MKK soll 70 Mio. Euro betragen, dabei ist MKK bereits mit mindestens rund 141 Mio. Euro kurz- und langfristig, insbesondere aus dem Klinikbau in Minden, verschuldet
- Bleibt für den Kreis 280 Mio. Euro. Dieser „Eigenanteil“ steigt mit zu erwartenden Kostensteigerungen beim Bau, begleitet von Zinssteigerungen für Kredite. Die Verschuldung des Kreises beträgt bereits jetzt weit mehr als 200 Mio. Euro. Gemeinden und Kreis haben zurzeit zusammen > 750 Mio. Euro Schulden!

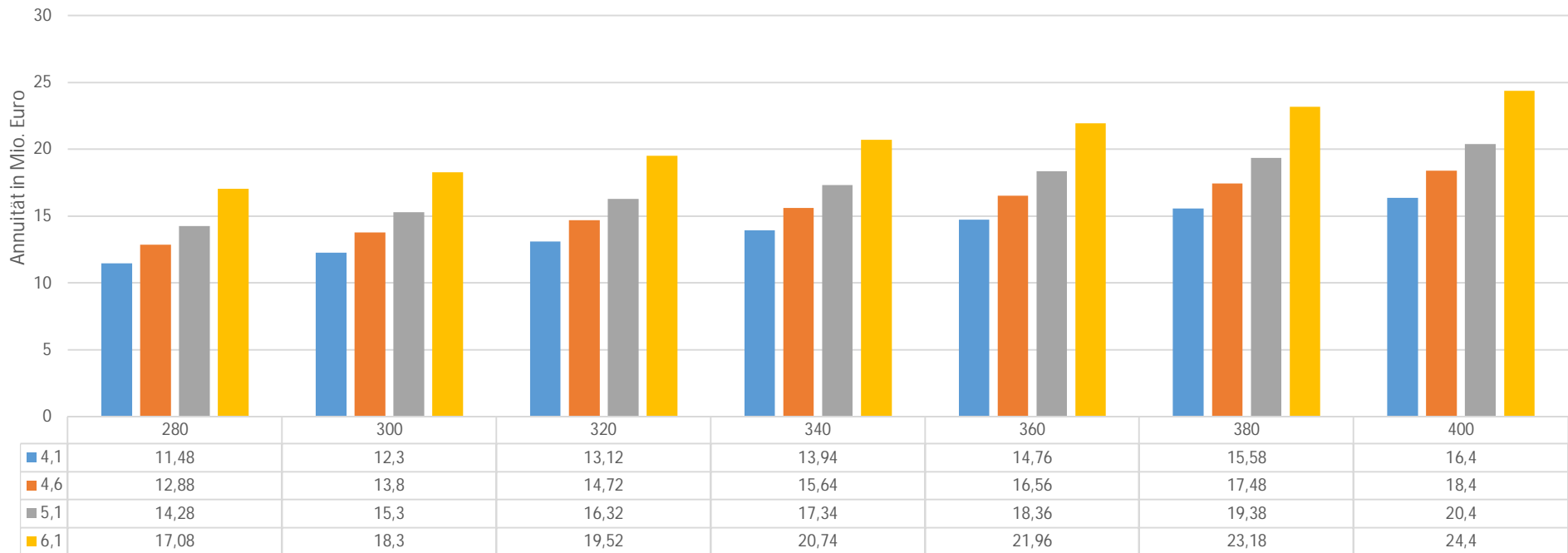


Ein Finanzdesaster durch hoffnungslose Überforderung für Kreis und MKK droht!

Durchschnittliche Annuitäten des Kreises bei durchschnittlicher Tilgung von 1 Prozent sowie unterschiedlichen Zinssätzen und Eigenanteilen, beginnend bei 280 Mio. Euro



Annuitätendarlehn, durchschnittl. Tilgung
1 Prozent



Unterschiedliche Schuldenstände des Kreises in Mio. Euro
und Annuitäten von 4,1 bis 6,1 Prozent

■ 4,1 ■ 4,6 ■ 5,1 ■ 6,1

Das Schreiben des Ministeriums vom 11.05.2022 (Quelle: Kreis)



Es stellt Fördermittel in Höhe von 178 Mio. Euro in Aussicht, stellt aber Bedingungen:

- der Eigenanteil des Trägers (Kreis) darf max. 25% der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben betragen, also etwas weniger als 60 Mio. Euro
- Daraus errechnet das Ministerium max. Gesamtkosten in Höhe von 237,33 Mio. Euro
- Der Kreis soll bestätigen, dass das Vorhaben finanzierbar ist
- Der Kreis hat nicht darüber informiert, wie er auf diese Bedingungen reagiert und welche Antwort ggf. das Ministerium darauf gegeben hat. Die Absicht des Kreises „einfach“ den Eigenanteil zu erhöhen und sich über eine dann „zu geringe Förderquote“ zu beschweren, ist keine Lösung!

Worauf stützt der Kreis/MKK seine Argumente für die Neubauten?



- Zunächst ein Baugutachten für Lübbecke aus dem Jahr 2018 endend bei 155 Mio. Euro, aus dem abgeleitet werden soll, dass eine bauliche Aufarbeitung in Lübbecke „nicht mehr lohnt“.
- Gutachten der Firma Lohfert & Lohfert zu den Entwicklungsperspektiven der Mühlenkreiskliniken aus dem Jahr 2021. Daten, wie z.B. Betriebsergebnisse, stammen aus 2019.
- Jetzt haben wir aber „Zeitenwende“, die Gutachten sind deshalb schon überholt

Diese beiden Gutachten stehen „nebeneinander“, ohne zwingenden, wechselseitigen Bezug!

Was fehlt in der Argumentation des Kreises?



Es fehlt eine klinikeigene Zielplanung für die Krankenhäuser der MKK, die sich auf eine Gesamtzielplanung der Gesundheitsversorgung im Kreis Minden-Lübbecke und konkret auf die aktuelle Landeskrankenhausplanung NRW stützt.

Der Klinikträger ist mangels eigener Vorausschau der Gefahr erlegen, sich von der standardisierten Gutachten-Systematik von L&L, die keineswegs individuell auf die MKK zugeschnitten ist, treiben zu lassen.

Zum Baugutachten:



- Dem Konzept fehlt jeder relevante, vergleichende Bezug zu einem Aus- und Umbau des Krankenhauses in Lübbecke oder alternativ zu einem Neubau
- Es gibt kein trägereigenes Soll-Raum- und Funktionsprogramm, das sich auf die sorgfältig begründeten, eigenen Vorstellungen im Rahmen einer Zielplanung und der aktuellen Landeskrankenhaushausbedarfsplanung stützt
- Die Wertansätze pro BGF in der Psychosomatik und den somatischen Disziplinen sind gleich hoch. Dies ist wenig plausibel, treibt aber die Kosten
- Die Ansätze in der Kostengruppe 7 (Baunebenkosten) sind sehr hoch

Zum Baugutachten, Fortsetzung



- Es ist zu vermuten, dass die (implizite) Zielsetzung für die Gutachter war, auf eine möglichst hohe Kostensumme zu kommen und damit Argumente zu haben, weshalb sich eine bauliche Entwicklung am Standort Lübecke nicht lohnt.
- Zunächst wurde jeder Quadratmeter in die baulichen Betrachtungen einbezogen, was weder wirtschaftlich ist, noch den allgemeinen Erfahrungen entspricht. Würde das erwähnte Raum- und Funktionsprogramm zugrunde liegen, würde sich der Fokus der Baumaßnahmen auf Teilbereiche und sinnvolle Bauabschnitte richten. Das ist hier erkennbar nicht der Fall. Der Effekt ist, dass, wenn baulich eingegriffen wird, die betroffenen Bauteile, die vorher Bestandsschutz hatten, an die bestehenden Vorschriften anzupassen sind. Da hier in alle Bauteile eingegriffen werden soll, resultieren allein aus diesen sonst nicht notwendigen Anpassungsmaßnahmen enorme Kostensteigerungen. Beispiele: Brandschutz, elektrische Anlagen, energetische Sanierung.
- Das Gutachten ist in dieser Form unbrauchbar, um beurteilen zu können, ob es sich finanziell lohnt das Krankenhaus in Lübecke fortzuentwickeln.

Meine Annahme: Wieviel könnte eine bauliche Entwicklung von Lübbecke wirklich kosten?



Unterstellt, nur 20 Prozent der BGF aufgrund einer detaillierten Zielplanung umzubauen. Kosten 20 Prozent von 155 Mio. Euro, also 31 Mio. Euro. (Bis zur Vorlage einer Zielplanung zugegebenermaßen reine Spekulation!)

Weiterhin Anpassungsbedarf im Bau, z.B. Erneuerung zweites Notstromaggregat, Anpassung an Vorschriften in eigentlich nicht von Umstrukturierung betroffenen Bereichen (Beispiel: Brandschutz), pauschal 10 Mio. Euro.

Ausstattung mit kurzfristigen Anlagegütern, Nutzungsdauer 3 bis 15 Jahre, insbesondere med.-technische Geräte sowie erhöhter Umbaubedarf in Funktions- und Diagnosebereichen, pauschal noch einmal 31 Mio. Euro.

Unvorhergesehenes ohne Inflation 10 Prozent, gleich 7,2 Mio. Euro, also insgesamt rund 80 Mio. Euro – wie gesagt – vorläufig reine Spekulation, aber deutlich weniger als 155 Mio. Euro.

Zum Lohfert-Gutachten allgemein



- Das Lohfert Gutachten ist nur teilweise brauchbar. Es beantwortet leider überhaupt nicht die Frage, warum die vorgesehenen Neubauten konkret wirtschaftlicher sein sollen, als die Fortentwicklung bestehender baulicher Strukturen.
- Die Lohfert-Gutachtensystematik wird auch anderswo kritisiert: [Das Gutachten von Lohfert & Lohfert für den Klinikverbund Konstanz: Eine kritische Einschätzung | Gemeingut in BürgerInnenhand](#) Es ist erkennbar, dass ein einheitliches Gutachten-Strickmuster angewendet wird. Um so wichtiger wären eigene fundierte Überlegungen des Trägers.
- Das Lohfert-Gutachten ist allein dadurch schon entwertet, dass der neue Krankenhausplan NRW erst seit September 2022 vorliegt und eine Bezugnahme auf den Landeskrankenhausplan zwar zwingend erforderlich ist, aber das Lohfert-Gutachten dafür „zu früh kam“
- An dieser Einschätzung ändert auch nichts die Tatsache, dass Lohfert an der Landeskrankenhausplanung beratend mitgewirkt hat.

Zum Lohfert-Gutachten, Planungsdeterminanten



- „Marktanteile“. Diese Betrachtung ist hier, weil aggregiert, wenig aussagekräftig. Eine aussagekräftige Statistik würde – wie international üblich - die durchschnittliche Morbidität und Krankenhaushäufigkeit je Krankheitsart gemäß ICD-Statistik zugrunde legen und gutachterlich aufzeigen. (Hill-Burton-Formel!)
- Wanderungsbewegungen über die Kreisgrenzen hinweg sind nicht ausreichend untersucht
- Die Planung nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen erhebt das Faktische zur Norm. Der Behandlungsbedarf bestimmt sich nach der Morbidität (Häufigkeit definierter Erkrankungsarten) und nicht nach den vorhandenen Leistungsstrukturen!

Zum Lohfert-Gutachten, Erreichbarkeit, länderübergreifende Planung



- Erreichbarkeit. Hierzu sagt der Krankenhausplan des Landes NRW, 2022, auf Seite 38: „Die Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit den LG „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ ist daher innerhalb von 20 PKW-Fahrzeitminuten für 90 % aller Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen zu gewährleisten.“ Es ist eine politische Zielsetzung, die nicht sklavisch auf das einzelne Krankenhaus anwendbar ist. Land Niedersachsen z.B. 30 Minuten. Andere Länder, andere Sitten. Also ist die allgemeine Erreichbarkeit gemeint und nicht die Erreichbarkeit in Notfällen, an die unterschiedliche Anforderungen zu stellen sind, je nach Dringlichkeit des Einzelfalles. Diese Regelung berührt nicht die interne Organisation des Rettungsdienstes und des Krankenhauses und das Vorgehen zur Notfallrettung im Einzelfall. Wenn ein Patient das Krankenhaus schließlich erreicht hat, kommt es entscheidend auf die leitliniengerechte, interne Organisation der medizinischen Versorgung des Krankenhauses an.
- Länderübergreifende Planung, die der Landeskrankenhausplan auf Seite 40 eigentlich explizit vorsieht: „Bundeslandübergreifende Versorgung“, siehe Bau eines Zentralkrankenhauses Landkreis Diepholz, Fehlanzeige!

Zum Lohfert-Gutachten Standort Bad Oeynhausen



- Die Kooperation mit dem HDZ Bad Oeynhausen ist grundsätzlich kritisch zu sehen. Idealerweise baut man ein Herzzentrum in ein universitäres Umfeld und nicht mitten in eine Kurstadt. Diese „Sünde“ erfolgte 1980 und ist nicht mehr zu revidieren, aber zu korrigieren. Empfehlung: Historie Herzzentrum Bad Krozingen!
- Notwendige Nachbardisziplinen, z.B. Neurologie, Dialyse und Gefäßchirurgie, Geburtshilfe, müssen sinnvoll und wirtschaftlich abgebildet sein. Es ist also grundsätzlich nicht sinnvoll eine Allgemeinversorgung nur deshalb trägerübergreifend aufrecht zu erhalten, damit die Defizite des HDZ abgedeckt sind.
- Eigentlich gehört die allgemeine Krankenhausversorgung in Bad Oeynhausen auf die Grundversorgung reduziert. Die höherstufige Versorgung könnte von Minden aus erfolgen.
- Die Auguste-Viktoria-Klinik kann mit ihrem überregionalen Leistungsbild auch verlagert werden, z.B. nach Minden. Stattdessen könnte die Geriatrie aus Minden – z.B. nach Rahden - ausgelagert werden.
- Die notwendigen Nachbardisziplinen des HDZ sollten besser in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Minden dargestellt werden. Es wäre Aufgabe des HDZ selbst die zeitkritische Versorgung mit Nachbardisziplinen darzustellen. Notwendige Investitionen dafür sollten zulasten des HDZ (Träger Land NRW!), gehen, damit der finanzielle Spielraum des Kreises nicht unnötig eingeschränkt wird.
- All diese Punkte hinterfragt Lohfert nicht!

Zum Lohfert-Gutachten Standort Rahden



- Umstrukturierung Rahden (Seite 45). Mit diesem Problem ist Rahden nicht allein. Das Problem besteht hundertfach in Deutschland und erfordert vertiefte Überlegungen und nicht einige hingeworfene „Brocken“, wie vom jungen Team Lohfert.
- Diese vertieften Überlegungen sind zwingend, wenn man am Standort Rahden ein sinnvolles, medizinisches Konzept mit suffizienter Not-/Erstversorgung entwickeln will.
- Auch die Hilfe der Stiftung Münch könnte in Anspruch genommen werden. [Umwandeln statt Schließen: Wie Krankenhäuser an den Bedarf der Versorgung vor Ort angepasst werden können - Stiftung Münch \(stiftung-muench.org\)](http://stiftung-muench.org)
- Der „Blick über den Zaun“ wäre sehr zielführend!

Zum Lohfert-Gutachten, Finanzen



- Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen auf Basis des hier sogenannten Betriebsergebnisses. Ist hiermit EBIT gemeint? Wie ist die Entwicklung auf Basis der GuV gemäß handelsrechtlichem Jahresabschluss? Das gesamte Kapitel muss aufgrund der „Zeitenwende“ detaillierter, begründeter und insbesondere neu aufgebaut werden.
- Es ist vorher und jetzt erst recht nicht mehr aussagekräftig.
- Es ist darzulegen, wie die gewünschten Neubauten vor dem Hintergrund sinkender Betriebsergebnisse oder sogar entstehender Defizite, steigender Zinsen, mangelhafter Investitionsförderung durch das Land und sinkender Kapitaleistungsfähigkeit von Kreis und MKK noch zu realisieren sind. Steuererhöhungen treiben die Bürger und Gewerbebetriebe aus dem Kreis! Der Handlungsspielraum wird enger!
- Es wäre „schön“, wenn die entscheidenden Stellen im Gutachten nicht geschwärzt wären!

Was sollte der Kreis lernen?

(Lernen heißt dauerhafte Verhaltensänderung)



- Die Akteure im Kreis, Politiker und MKK, tun so, als wären ihre Wünsche und Vorstellungen Richtschnur des Handelns. Dem ist nicht so. Maßgeblich ist die Landeskrankenhausplanung. Der Träger von Plankrankenhäusern, hier der Kreis, hat das zu erfüllen, sonst nichts.
- Natürlich kann und muss er eigene Vorstellungen einbringen, je substantiierter umso besser. Sonst kann er nur reagieren. Geistige Substanz sehe ich hier beim Kreis im Hinblick auf die Entwicklung der MKK bisher nur wenig. „Wünsch Dir was“ reicht nicht!
- Die Landeskrankenhausplanung schlägt sich für den einzelnen Träger und das einzelne Krankenhaus im rechtsverbindlichen Feststellungsbescheid nieder, der den verbindlichen Rahmen des Handelns vorgibt. Danach hat sich der Träger von Krankenhäusern zu richten.

Ein Wort zum EU-Beihilferecht



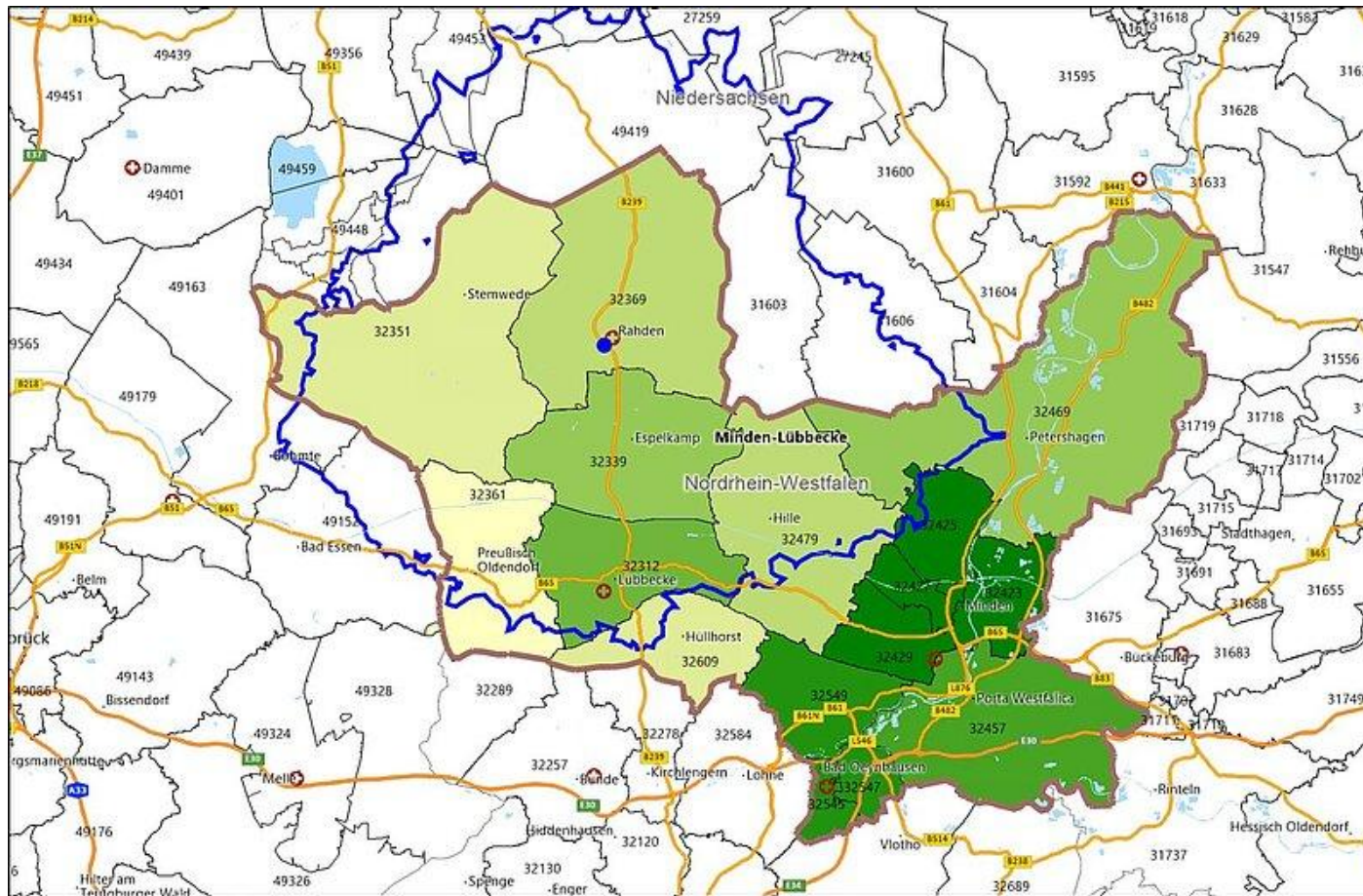
- Das EU-Beihilferecht ist wettbewerbsorientiert. Es verbietet den Wettbewerb verfälschende Subventionen des Staates
- Krankenhäuser stehen trägerübergreifend im Wettbewerb um knappe Fördermittel und regional, oft auch überregional, um Patienten
- Es genügt nicht, das EU-Recht „im Blick zu haben“, wie Frau Schöder vom Kreis sagte, man muss danach handeln, d.h. diese Subventionsabsicht bei der EU-Kommission anmelden (Notifizierungspflicht).
- Öffentliche Mittel, die in dieser Höhe völlig den Rahmen sprengen (Kreismittel > 250. Mio. Euro) verstoßen höchstwahrscheinlich gegen das EU-Recht
- Eine Voranfrage des Kreises bei der EU-Kommission würde Klärung bringen, bevor „das Kind in den Brunnen gefallen ist“. Die EU könnte nämlich dieses Vorhaben schlichtweg untersagen! Es wäre doch schade um die „Spesen“, d.h. Planungs- und Grundstückskosten, die bis dahin angefallen wären.

Was folgt daraus?



- Ein Neubau ist nicht (automatisch) eine Lösung für ungelöste Versorgungsprobleme. Neubauten sind auch „in die Hose gegangen“, „Landratsdenkmäler“! „OP mit Tageslicht“ und „schöne, moderne Arbeitsplätze“ begründen keinen Neubau. Die Patienten stimmen mit den Füßen ab. Vorrangig ist die medizinische Versorgung, nicht die „bauliche Verpackung“!
- Vorausgehen müssen „Hausaufgaben des Kreises“ in Form einer umfassenden Zielplanung, damit klar ist, was an Umstrukturierungen erforderlich ist und zu welchen Kosten eine wirtschaftliche Lösung möglich ist. (Bewährt ist die in der internen Planung übliche SWOT-Analyse. Strengths, Weakness, Opportunities und Threats.) Anwendung findet auch die sog. Boston-Matrix
- Denkpause um eklatante Planungsdefizite aufzuarbeiten und den Erkenntnisprozess zu fördern aufgrund der genannten Argumente auf die Neubauten zu verzichten!

Ein Standort Rahden würde bezogen auf eine 20-Minuten-Fahrtzeit zum Krankenhaus den in Zukunft schlechter versorgten Teil Niedersachsens sehr gut abdecken. Quelle: Endera



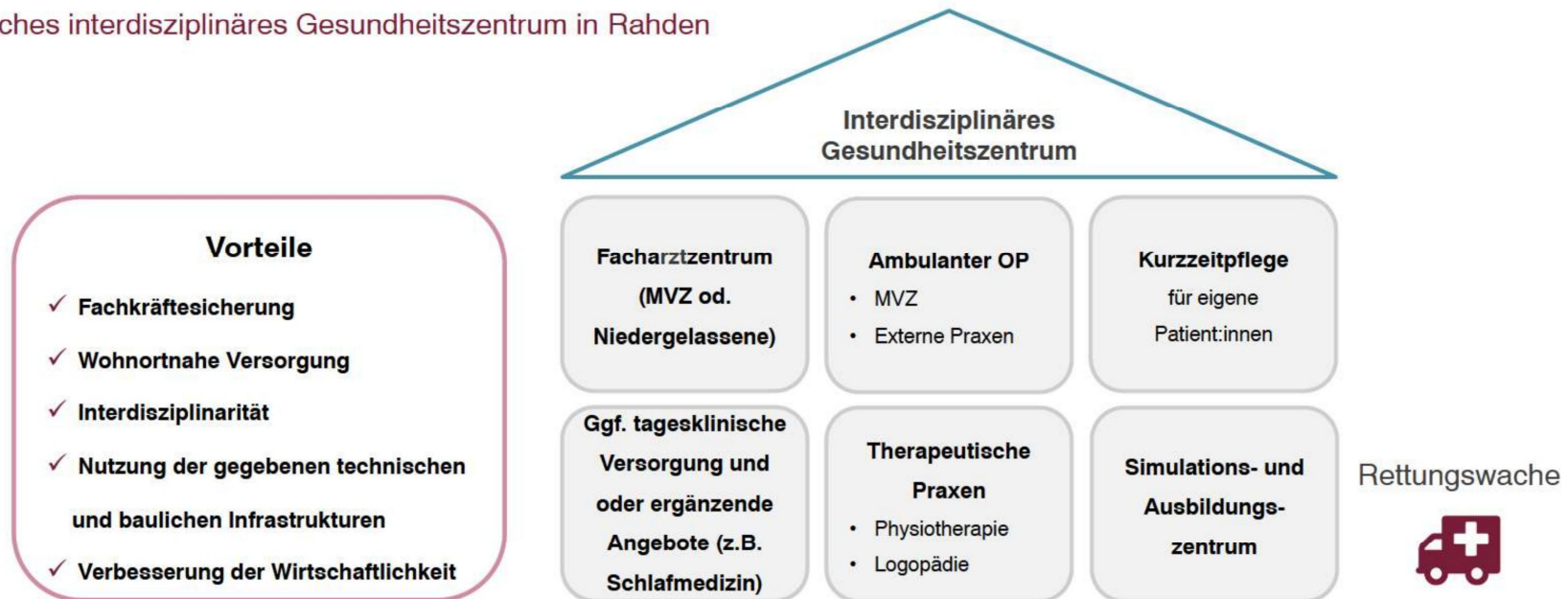
Lohfert-Hinweis zur Nachnutzung Standort Rahden

Quelle: Lohfert-Gutachten



Nachnutzungskonzept Rahden – Leuchtturmprojekt in NRW mit Vorreiterrolle

Mögliches interdisziplinäres Gesundheitszentrum in Rahden



Um die umfassende, wohnortnahe Versorgung der Patient:innen zu erhalten und die Strukturen sinnvoll und nachhaltig zu nutzen, ist eine Umwandlung in ein **interdisziplinäres Gesundheitszentrum** denkbar – dieses kann sinnvoll durch einen Standort der Rettungswache sinnvoll ergänzt werden

Denkbares Vorgehen Rahden, ausgewählte Punkte



- „Blick über den Zaun“: Was machen andere betroffene Standorte in Deutschland?
- Alle Beteiligten an einen Tisch: Land, Krankenkassen, Kreis, MKK, MitarbeiterInnen, niedergelassene Ärzte. Gemeinsames Konzept, Federführung: Land
- Stiftung Münch einbinden, da sie einen Überblick über die Problematik von Schließung bedrohter Krankenhäuser hat und den Prozeß moderieren könnte.
- Betriebsgröße erhöhen, damit der Standort auch wirtschaftlich sinnvoll ist. Dazu evtl. 60 Betten von Minden verlagern, stattdessen Orthopädische Betten von Bad Oeynhausen nach Minden
- Chirurgische Notfallversorgung auf dem Level einer D-Arzt-Praxis. Internistische Basisnotfallversorgung nach GBA-Richtlinie. Rettungswache vor Ort.
- Anbau in Hinblick auf die neue Versorgungssituation im benachbarten Niedersachsen