

Das Gutachten von Lohfert & Lohfert zu Entwicklungsperspektiven der Mühlenkreiskliniken

Eine kritische Einschätzung des Bündnis Klinikrettung



– von Dr. Rainer Neef, Klaus Emmerich und Peter Cremer

Das Gutachten im Überblick

Die private Beraterfirma Lohfert & Lohfert hat im Auftrag des Kreises Minden-Lübbecke ein Gutachten mit dem Titel „Entwicklungsperspektiven der Mühlenkreiskliniken“ angefertigt, das die Schließung mehrerer Krankenhäuser empfiehlt. Im Zentrum des Gutachtens stehen betriebswirtschaftlich ausgerichtete Daten-Präsentationen zur sogenannten Leistungsentwicklung mit Prognosen für die fünf Krankenhäuser der Mühlenkreiskliniken (MKK). Sie konzentrieren sich auf die Fallzahlen und den Behandlungs-Case-Mix-Index (CMI). Das sind die zwei zentralen Größen bei der Fallpauschalen-Abrechnung, relevant für eine gewinnorientierte Krankenhausführung. Ergänzt wird dies um Daten zu Patient:innen-Anteilen auf dem ‚Markt‘ des Mühlenkreises und angrenzender Landkreise, sowie mit oberflächlichen Ausführungen zu Arbeitsmarkttendenzen. Die Erreichbarkeit der einzelnen Krankenhäuser für Patient:innen wird außerdem dargestellt. In einem abschließenden Szenario wird empfohlen, je zwei Krankenhäuser zusammenzufassen in je einem Neubau in Bad Oeynhausen. So sollen „Doppelvorhaltungen“ aufgelöst und Synergien und Leistungen mit hohem CMI erreicht werden können. Die Schließung des Krankenhauses und ein Neubau werden im Lübbecke Land, vor allem wegen eines Leistungsrückgangs im Krankenhaus Rahden und angeblichen „Investitionsstaus“ als „zwingend“ dargestellt.

Die Bedeutung von Berater-Gutachten für Krankenhausschließungen

Gutachten privater Beraterfirmen spielen eine wesentliche Rolle in der radikalen Ausdünnung und Zentralisierung der deutschen Krankenhauslandschaft, die seit einigen Jahren forciert wird und nun mit Lauterbachs Krankenhausreform in radikalierter Form in ein Gesetz gegossen werden soll. Die Gutachten stellen häufig den ersten Schritt für die Schließung eines wohnortnahen Krankenhauses dar. Verfasst werden sie von einigen immer wieder beauftragten Wirtschaftsprüfungs- und -beratungsunternehmen wie Ernst & Young, Oberender, McKinsey, Röder & Partner, KPMG, WMC oder eben Lohfert & Lohfert wie im Fall der Mühlenkreiskliniken. Diese Unternehmen bewerten ihre Untersuchungsgegenstände generell anhand von Kriterien des Wettbewerbs und mit Methoden aus der Betriebswirtschaftslehre.

Bei vielen Krankenhausschließungen, mit denen sich das Bündnis Klinikrettung befasst hat, spielten entsprechende Gutachten eine zentrale Rolle. Die Berater:innen von Lohfert & Lohfert sind MitautorInnen eines Gutachtens zur Krankenhausstruktur in ganz Nordrhein-Westfalen, das eine massive Reduktion der Krankenhäuser in dem Bundesland nahelegt. Uns ist kein einziger Fall bekannt, wo das Gutachten einer privaten Beraterfirma für den Erhalt kleiner, wohnortnaher Krankenhäuser plädiert hätte. Es ist daher keine Übertreibung, zu sagen: Wo ein Gutachten bei diesen Unternehmen bestellt wird, ist eine Schließungsempfehlung zu erwarten.

Aufgrund der weitreichenden Konsequenzen der Gutachten lohnt eine kritische Lektüre. Im Folgenden nehmen wir eine solche für das Gutachten von Lohfert&Lohfert für die Mühlenkreiskliniken vor.

Unsere Bewertung des Gutachtens von Lohfert & Lohfert – Kurzzusammenfassung

Ein Krankenhausgutachten sollte die Entwicklung, die aktuelle Situation und Prognosen für die untersuchten Kliniken in folgenden Bereichen darlegen:

1. Krankenhäuser: Ausstattung und Modernisierungsbedarf, Behandlungsbereiche inklusive Notaufnahmen, finanzielle Erträge, Kooperation mit anderen Häusern, Kooperationen mit stationären und ambulanten Einrichtungen.
2. Personal nach Gruppen und Qualifikationen, Arbeitsbelastung, Patientenquoten und Entwicklungsbedarf.
3. Patient:innen: Soziodemographische Zusammensetzung und Behandlungsbereiche im Versorgungsgebiet; stationärer Bedarf; Erreichbarkeit der Häuser insbesondere durch Rettungsdienste.
4. Vorgeschlagene Personalmaßnahmen, Investitionen und Neubaumaßnahmen; Zusammenhang mit dem klinischen Bedarf der Bevölkerung. Aufwand und Kosten der Maßnahmen im Verhältnis zu erwartbaren wirtschaftlichen Ergebnissen und Arbeitsbelastungen.

Gemessen an diesen Kriterien lässt sich zusammenfassend feststellen:

- Das Lohfert & Lohfert-Gutachten orientiert sich ausschließlich an ökonomischen Daten, Fallzahlen und Leistungsziffern (CMI). Dahingegen geht es nicht auf die Arbeitssituation des Personals ein und berücksichtigt in keiner Weise den klinischen Behandlungsbedarf der Bevölkerung (Punkte 1 bis 3).
- Zu einigen der oben angeführten weiteren Aspekte, vor allem bezüglich des Personals, stellt das Gutachten sehr viele unbelegte Behauptungen auf.
- Das Gutachten schlägt zwei Klinik-Neubauten in Verbindung mit vier Schließungen vor und bringt Daten zur Erreichbarkeit, aber nicht im Vergleich. Trotz der – nicht angeführten – immensen Investitionskosten legt es keine Abwägung von Kosten und

Nutzen der vorgeschlagenen Neubau- und Schließungsmaßnahmen vor, erst recht nicht zu den Folgen für Personal und Bevölkerung.

Zusammenfassend lassen sich auf der Grundlage des vorliegenden Gutachtens keine seriösen Aussagen über sinnvolle Maßnahmen zur Weiterentwicklung der lokalen Krankenhauslandschaft treffen. Die rein betriebswirtschaftliche Ausrichtung bedeutet, dass die Aussagekraft des Gutachtens sehr begrenzt ist. Da es weder die medizinischen Bedarfe der Bevölkerung noch die Qualifikationen, Zusammensetzung und Arbeitsituation des Personal behandelt, ist es weit davon entfernt, die Grundlage für weitreichende politische Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung im Landkreis zu fällen. Das Gutachten liefert schlicht nicht ausreichend Datenmaterial, Analysen und Begründungen, um die Schließung von existierenden Krankenhäusern auch nur annähernd zu rechtfertigen.

Das Bündnis Klinikrettung geht nachfolgend auf dieses unzureichende Gutachten detailliert ein.

Datenauswahl und Beschränktheiten des Gutachtens

Die Datenauswahl zeugt von der krankenhäusökonomischen Beschränkung des Gutachtens. Das mindert seinen Wert, da in den nächsten Jahren das Gewicht von Fallpauschalen und Wettbewerb deutlich reduziert werden soll.¹ Wesentlich wichtigere Gegenstände wie die Infrastruktur der Krankenhäuser und die medizinische Versorgung der Patient:innen werden nicht untersucht, abgesehen von den Ausführungen über die Erreichbarkeit der Krankenhäuser. Ansonsten lässt sich aus den Fallzahlen und CMI eine stabile Entwicklung innerhalb des MKK ablesen (vgl. S. 65-81), lediglich im KH Rahden zeichnen sich in den Jahren 2017-19 Rückgänge ab. Der ‚Markt‘ des Landkreises wird zu 70 Prozent über Häuser des MKK versorgt („hohe Marktdurchdringung“, S. 103), aus drei weiteren Landkreisen werden zwischen 10 und 20 Prozent der dortigen Patient:innen versorgt. Erkennbar negative Entwicklungen lassen sich nur aus den Prognosen ableiten – doch deren Fundierung ist wenig solide. Für den Arbeitsmarkt wird die (allgemein bekannte) Fachkräfteknappheit benannt, die nach einer Prognose noch zunehmen werde, negative Folgen für Arbeitsbelastung und Patient:innen werden lediglich benannt, aber nicht analysiert (S. 58-62). Als einziges Gegenmittel werden Krankenhäuser mit „attraktive(m) Leistungsprofil“ aufgeführt (S. 26 u. 141).

Insgesamt sind die MKK-Häuser für über 95% der Patient:innen in einer akzeptablen Fahrzeit von 20 oder 30 Minuten erreichbar. Ein zentraler Neubau zwischen Lübbecke und Rahden soll daran vermeintlich nichts – oder wenig? – ändern (S. 170-79). Das Gutachten liefert dabei nur beschränkte Daten für ein Neubauvorhaben von schätzungsweise deutlich mehr als einer halben Milliarde Euro Kosten und für die gleichzeitige Zerstörung umfangreicher klinischer Infrastrukturen. Aber über die Kosten schweigt es sich aus, mögliche Alternativen werden noch nicht einmal benannt.

¹ Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Berlin o.J. (Dez. 2022)

Schmalspurige Analyse der Krankenhaus-„Leistungsentwicklung“

Die Entwicklung von Fallzahlen und CMI (seit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Abrechnung: „effCM“) liegt bei allen Häusern im vergleichbaren Rahmen – leichte Zunahmen in Minden und Lübbecke, relative Konstanz in Bad Oeynhausen, Rückgang in Rahden (nur) ab 2018 (S. 65, 70, 75, 81). Die Daten werden heruntergebrochen auf Fachabteilungen und sogenannte (aussagekräftigere) Indikationsbereiche, welche die Gutachter gebildet haben. Damit sollen Stärken der vier Standorte mit Bezug auf die Ertragslage (bezeichnenderweise nicht den Bedarf!) abgebildet werden.² Die wesentlichen Unterschiede dieser (ertragsbezogenen) Entwicklungen liegen in der Menge geleisteter komplexer (CMI-starker) Behandlungen. Der 2008 neu eröffnete Maximalversorger Minden erbringt naturgemäß die höchsten Durchschnittswerte durch Behandlungen mit hohem CMI, er realisierte 2019 im MKK die höchsten positiven Erträge. Bad Oeynhausen hatte bei sinkendem CMI mäßig negative Erträge. In Lübbecke war der CMI niedriger, blieb konstant, und die Erträge blieben positiv. Der kleinere Grund- und Regelversorger Rahden hatte (naturgemäß) die niedrigsten und bis 2019 sinkenden CMI (mit Anstieg auf 2020), für ihn wurde 2019 ein Verlust von 4 Mio. Euro ausgewiesen. (a.a.O. u. S. 124)

Was ist damit gesagt? Die „Szenarien“ als zusammenfassende Auswertung heben durchweg auf die „Betriebsergebnisse“ ab, die dann im Jahresverlauf 2015 bis 2019 in der Darstellung S. 41 u. 160 als bedrohlich erscheinen (sollen). Der schwache Gewinn des MKK im Jahr 2019 (568.000 Euro) ist vor allem auf Defizite in Bad Oeynhausen (- 1,2 Millionen Euro) und Rahden (-4,0 Millionen) zurückzuführen (S. 16). Aber wie ist das recht hohe Defizit in Rahden zustande gekommen, warum sollte daraus ein „Versorgungsproblem“ für das gesamte Lübbecke Land entstehen (S. 22 und passim)? Immerhin erscheint der größere Versorger in Lübbecke, ein Neubau aus den 1980er Jahren, nach den Leistungsdaten als relativ stark, vor allem in der Verbindung von somatischem und psychiatrischem Teil. Die Gutachter setzen dem einen angeblichen „Investitionsstau“ entgegen (S. 27 u. 142), der in Art und Umfang nicht belegt wird. Ausstattung und Investitionen der Häuser des MKK werden im Gutachten insgesamt ignoriert, obwohl gerade sie maßgebend sind nicht nur für die Leistungs-, sondern auch für die Versorgungsfähigkeit – *wenn* hinreichendes Personal gegeben ist. Doch auch dies wird nicht untersucht, auch hier werden nur Stichworte fallen gelassen – es gäbe Probleme in der Personalakquise, es werde ineffizient genutzt (z.B. S. 27 oder 149), und „Teile“ des Personals wendeten sich von Häusern „fehlender Attraktivität“ ab, mit der Folge einer Überlastung der Verbliebenen. Ach hierzu fehlt jeder Beleg (S.34).

Vage Behauptungen zu Arbeitsmarkt und Fachkräftemangel

Dieser Abschnitt (S. 57-62) bringt keine Klarheit. Nach Prognosen eines bundesweit zunehmenden und ab 2031 nur langsam sinkenden Arbeitskräftemangels gäbe es besonders

² Gemeint: Stärken in der Verbindung von Fallzahl und CMI, relevant für Behandlungserträge. Minden: Bauch, HNO/MKG und Geriatrie; Bad Oeynhausen v.a. Gefäßmedizin; Lübbecke „sehr gut“ Bauch und Nephro/ URO; Rahden: Herz und Lunge/ Thorax (S. 68, 84, 76, 74).

bei den Gesundheitsberufen einen stark wachsendem Mangel (S. 58f.). Dies wird aus Bevölkerungsprognosen abgeleitet, die ohnehin mit Unwägbarkeiten behaftet sind. Schon die Grafik zur Bevölkerungsentwicklung im Kreis Minden-Lübbecke zeigt das (S. 10 u. 54; Zuwanderung 2014-16! Für 2022 weiterer 'Sprung' zu erwarten). Die Grafik zur Altersstrukturprognose für den Landkreis Minden-Lübbecke (S. 10 u. 54) hat keinen Quellenbeleg, ein willkürlich angenommenes Basisjahr und fragliche Zahlen. Zum Beispiel wird für die 65- bis 80-Jährigen ein Zuwachs von 31,4 Prozent 2020-30 aufgeführt, für über 80-Jährige ein Rückgang von 1,9 Prozent – nach amtlichen Daten wären es +25,6 und +22,4 Prozent; für die Ausbildung der Arbeitskräfte wäre die Altersgruppe der 16-24-Jährigen relevant – sie betrug 2020: 9,7 Prozent, Rückgang bis 2030 um -25 Prozent (<https://www.wegweiser-kommune.de/kommunen/minden-luebbecke-lk>). Die Altersgruppierung im Gutachten ist bezüglich Arbeitskraftentwicklungen ohnehin unbrauchbar. Die allgemeinen Behauptungen über „Fachkräftemangel“ und „qualifikatorischen Mismatch“ sowie die Bedeutung von (arbeits-)„inhaltliche(r) Attraktivität“, ein „flexibles Arbeitsumfeld“ und „Weiterbildung“ (S. 26, 52 u. 141) werden nirgends konkretisiert. Relevant für Angebot oder Mangel an Fachkräften sind ohnehin die vor Ort angebotenen Ausbildungs- und Berufsperspektiven und die Arbeitsbedingungen und -belastungen, über die nirgends im Gutachten etwas mitgeteilt wird. Die Behauptung, eine „Neubaustruktur“ ergäbe eine „geringere Dienstbelastung“ und eine „Personalattraktivität“ (S. 35, 150) im Krankenhaus, ist durch nichts belegt; ebenso die Aussage, die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System treffe besonders „Krankenhäuser mit unattraktiven Bedingungen“ (S. 61). Kurz: Zu Personallage und Arbeitssituationen und –perspektiven in den MKK-Häusern findet sich im Gutachten nichts Brauchbares.

Wackelige Prognosen der „Krankenhausleistungen“

Die Prognosen reichen bis 2030. Zwei Einflussgrößen werden aufgeführt; woraus ihre Quantifizierung abgeleitet wird, ist nicht klar. Es werden nur Fallzahlen und ihre Umrechnung auf effCM angeführt. Zwei Einflussfaktoren werden zugrunde gelegt:

1. Die demographische Entwicklung – für 2014-19 werden mit Ausnahme von Bad Oeynhausen, bis 2025 und 2030 dann überall positive Werte angenommen. Diesen Zahlen gegenüber ist grundsätzlich Vorsicht geboten (s.o.). Weder über die Personalentwicklung an den einzelnen Krankenhäusern, über dortige Ausbildungsleistungen und Arbeitssituation bzw. -belastung, noch über Patient:innenentwicklung wird im Gutachten etwas Fundiertes mitgeteilt.
2. Ambulantisierung – also der Rückgang stationärer Behandlungen („Leistungen“), verursacht durch eine Zunahme ambulanter Behandlungen. Wie die Einschätzung zustande kommt, dass die Ambulantisierung zunehmen werde, wird nicht dargelegt. Zur „Ambulantisierung“ gibt es bundesweit eine große Debatte. Trotz weniger Untersuchungen ihrer Voraussetzungen und Folgen ist sie zu einem offiziellen Ziel der Gesundheitspolitik geworden. Sie ist auch das Zauberwort, das Krankenhausschließungen verdaulich machen soll mit dem Versprechen, einen Ersatz zu schaffen in Form von ambulanten Gesundheitszentren verschiedener Art (u.a. mit

Bettentrakten, so auch für Rahden als „Leuchtturmprojekt“ S. 188 vorgeschlagen). Unverdrossen werden aus angenommenen Ambulantisierungsentwicklungen prognostische Zahlen abgeleitet. Sie fallen allesamt so weit negativ aus, dass sie die positiven demographischen Effekte überkompensieren und eine negative Gesamtprognose entsteht (S. 135-139). Auffälligerweise fällt diese für Rahden und Lübbecke mit doppelt bis dreifach höheren ‚Ambulantisierungs‘-Werten besonders negativ aus – also ausgerechnet für diejenigen Gebiete, die ambulant ohnehin schwach besetzt sind.

Diese (milde gesagt) wackeligen Prognosen verstärken also ein bedrohliches Bild, das den bisherigen Leistungszahlen nicht entspricht (außer dem Fall Rahden – s.u.), aber durch Kommentierung nahegelegt wird.

Was ist mit dem Standort Rahden?

Die Zahlen belegen (S. 70) einen merklichen Rückgang der Behandlungsfälle, allerdings erst ab 2018. Es bleibt also in Rahden ein mäßiges Sinken der CMI-Punkte und ein erheblicher Rückgang der Fallzahlen ab 2018. Die Gutachter sind den Ursachen nicht nachgegangen, offenbar ist für sie der Fall klar: Rahden ist nicht zu retten.

Einige mögliche Ursachen seien hier angeführt: Im Jahr 2017 wurden die Funktionszeiten der Chirurgie auf Werktage und Operationszeiten auf bis 16 Uhr beschränkt. Zudem wurden Stationen zusammengelegt, Betten reduziert und ein ganzes Geschoss im Haus freigezogen. 2019 wurde die Kooperation mit dem Krankenhaus Lübbecke beendet, nun musste mit dem weiter entfernten Krankenhaus Minden kooperiert werden. Offenbar wurde auch Personal dorthin abgezogen. Ende 2022 funktionierte die Chirurgie nur noch in einer Schicht, nach Mitteilungen überwiegend mit nur einem Arzt; Begründung: fehlendes Personal. Der MKK-Vorstand teilte dazu mit, „weitere Einschränkungen“ der Chirurgie in Rahden seien „nicht auszuschließen“.³

Niedrige CMI-Werte wie in Rahden drücken aus, dass die durchgeführten, notwendigen Behandlungen überwiegend gering entgolten werden. Das ist keine „Leistungsschwäche“, sondern ein struktureller Mangel des DRG-Systems. Ab 2018 wurde die Chirurgie in Rahden erheblich beschränkt, das führte zu stark sinkenden Fallzahlen. In den vergangenen Jahren wurden 14 Mio. Euro in das Haus investiert, aber offenbar wurde im laufenden Betrieb „etwas totgespart“.⁴ Aus diesen Gründen das Haus zu schließen wäre eine überzogene Maßnahme und eine Verschwendung von Steuermitteln für die bereits erfolgten Krankenhausinvestitionen. Mit geringen Mitteln ließe sich die Chirurgie wieder erweitern.

³ <https://www.westfalen-blatt.de/owl/kreis-minden-luebbecke/rahden/krankenhaus-fasst-stationen-zusammen-1377957> (9.12.2017) abger. 8.3.2023; <https://www.westfalen-blatt.de/owl/kreis-minden-luebbecke/rahden/versorgung-krankenhaus-buergerinitiative-2714211> (28.2.2023, abger 8.3.23) und Auskünfte der Bürgerinitiative Krankenhaus Lübbecke Land.

⁴ https://www.nw.de/lokal/kreis_minden_luebbecke/rahden/23446595_Klinik-Debatte-Krankenhaus-Rahden-in-den-vergangenen-Jahren-etwas-totgespart.html (31.12.2022, abger 22.1.22)

Dadurch würde auch die derzeit bedrohte Notfallversorgung des Hauses wieder verbessert. Patient:innen aus dem Landkreis Diepholz könnten nach Schließung des dortigen Krankenhauses in einigen Jahren besser aufgefangen werden.

Die Daten für Lübbecke zeigen keine vorgebliche Leistungsschwäche, doch das Gutachten bringt trotzdem einen „Investitionsstau“ bzw. „hohen Modernisierungsbedarf“ vor. (S. 41 u. 160 sowie S. 175). Das mag sein, aber wird nirgends ausgeführt oder begründet. Zusammenfassend wird mehrfach ein „Versorgungsproblem im Lübbecke Land“ behauptet, das nur durch einen (neuen) zentralen Krankenhausstandort „zu lösen“ sei. (S. 22f., 35, 131f., 150) Auch dies kann nur als überzogene Maßnahme bezeichnet werden. Die „Behebung eines Investitionsstaus“ ist nach Krankenhausgesetz Aufgabe des Landes in Zusammenarbeit mit dem Träger. Mit nachholenden Investitionen wird die vorhandene medizinische Infrastruktur genutzt und verbessert, und dies zu einem Bruchteil der Kosten eines Neubaus, ganz zu schweigen von den Verheerungen, die zwei Schließungen verursachen – Entwertung oder Zerstörung medizinischer Infrastrukturen, Personalabwanderung in andere Bereiche, Erosion von Kooperationen und (vor allem Facharzt-) Angeboten im ambulanten Bereich.

„Marktabdeckung“, Einzugsbereiche und Erreichbarkeit

Die Mühlenkreiskliniken versorgen 68,5 Prozent der aus dem Landkreis kommenden Patient:innen bzw. „Fälle“ – im Ökonomenjargon gilt das als „hohe Marktdurchdringung“. Über 30 Prozent der Patient:innen kommen aus angrenzenden Landkreisen (vor allem Schaumburg, Herford und Nienburg). Daran sind alle Krankenhäuser beteiligt, von Minden bis Rahden, zusammen mit Lübbecke (S. 104-113). Diese Daten werden außerdem nach Anteilen der jeweiligen medizinischen Fachbereiche dargestellt (S. 116-20, o. Paginierung). Für 95 Prozent der Bevölkerung sind die bestehenden Krankenhäuser die nächstgelegenen, sehr viele erreichen sie binnen weniger als 30 Pkw-Fahrminuten. (S. 102 u. 170 – nur allgemeine Zahlen hierzu). Das erscheint sowohl aus ‚Markt‘-Perspektive wie aus Sicht der Patient:innen als sehr zufriedenstellend. Was ändert sich nun durch die vorgeschlagenen Schließungen in Lübbecke und Rahden und den Neubau im dazwischen liegenden Espelkamp (in Bad Oeynhausen sollen die Schließungen und der Neubau im Ort stattfinden)? Das lässt sich der entsprechenden Darstellung im Gutachten (S. 179f.) nur schwer entnehmen. Die hier angegebenen genau gestuften Fahrdistanzen schließen nahegelegene Häuser *anderer* Landkreise ein, danach erreichten 88 Prozent der Landkreiseinwohner „ein Krankenhaus“ einschließlich des vorgeschlagenen Neubaustandorts Espelkamp binnen 20 Minuten, 98 Prozent binnen 25 Minuten. Aber 9,5 Prozent der Einwohner, vor allem aus dichter besiedelten Teilen im südwestlichen Landkreis, müssten nun Häuser anderer Landkreise anfahren (S. 170f. u. 52). Das mindert die zuvor betonte „hohe Marktdurchdringung“ der MKK im Landkreis; denn für Patient:innen südlich von Lübbecke ist vor allem das Krankenhaus Bünde in noch akzeptabler Zeit erreichbar, den MKK entstünde ein gewisser Einnahmerückgang durch Patient:innenabwanderung (dies wird S. 180 undeutlich angesprochen). Jedenfalls ist zum „Ist-Zustand“ ist kein genauer Vergleich möglich, da das positive Bild des Neubauvorhabens wohl keinen Kratzer bekommen sollte. Keinesfalls ist dem

Gutachten eine Verbesserung von weder Erreichbarkeit noch Marktdurchdringung durch die empfohlenen Neubauten zu entnehmen – eher deuten die dargelegten Zahlen auf eine Verschlechterung hin.

Ungeklärte Entwicklungsvorschläge und Einseitigkeiten in der Darstellung

In den Prognosen bzw. Szenarien 1 bis 3 ist in den vorgeschlagenen Neubauten mit je 250 Betten ein Bettenabbau im Lübbecker Land um mehr als 50 und in Bad Oeynhausen um fast 100 Betten vorgesehen – Letzteres mit der Bemerkung, die Bettennutzung liege „aktuell unterhalb des vorgegebenen Niveaus“ (Lübbecke, somatisch: 301 Planbetten, belegt 253; Bad Oeynhausen: 344, belegt 293, beides eine für den Krankenhaus-Normalbetrieb sinnvolle Belegungsquoten von 85 Prozent). Es ist, als hätten die Gutachter:innen vom Krankenhausbetrieb in Pandemiezeiten nichts mitbekommen und das Wort „Vorhaltereserven“ nie gehört, das doch derzeit für das Vorhaben bundesweiter Vorhaltepauschalen relevant ist.

Im Gutachten werden etwas undeutlich (S. 12, 90 u. 98) „Veränderungen“ im nördlich angrenzenden Kreis Diepholz angesprochen, die durch eine zukünftige Schließung des Krankenhauses Diepholz zustandekommen, die mit dem Bau eines Zentralkrankenhauses Twistringen erfolgen soll. Dadurch könnte sich das Aufkommen an Patient:innen für einen Neubau in Espelkamp erhöhen - oder aber am Krankenhaus Rahden, wenn es bestehen bleibt; das wird in den Prognosen (natürlich) nicht erwähnt. Als Ersatz nach einer Schließung wird ein Integriertes Gesundheitszentrum Rahden vorgeschlagen (S. 188), das sicher keine Patient:innen aus Diepholz versorgen wird. Dieser Vorschlag gleicht einem ungedeckten Scheck: Bisher gibt es in Deutschland noch keine Handvoll Gesundheitszentren, die nach dem vorgeschlagenen Modell funktionieren, vor allem wegen der damit verbundenen institutionellen und finanziellen Komplexität.⁵ Diese wenigen kamen erst nach langen Jahren und nur mit beträchtlichen Interventionen und Zuschüssen der Träger zustande.⁶

In einer seltsamen Passage (S. 44 u. 165) werden Sicherstellungszuschläge in Aussicht gestellt, wenn nördlich von Lübbecke ein Neubau realisiert wird. In der Praxis werden von den Ländern vorwiegend kleinere ländliche Krankenhäuser mit Bilanzdefizit (KHEntG § 5 Abs. 2) auf eine Liste von Sicherstellungskrankenhäusern gesetzt; formell ist ein Defizit inzwischen nicht mehr Voraussetzung (Präambel zur Liste vom 20.6.2022). Insofern wird ein Neubau kaum eine Chance für diese Zuschläge haben; NRW hat ohnehin nur zwei Häuser auf dieser Liste.⁷ Die Behauptung im Gutachten, zwei Krankenhäuser im Lübbecker Land machten einen derartigen Zuschlag „in höherem, Maße unwahrscheinlich“ (ebda.), ist daher unhaltbar.

⁵ Die sehr gründlich arbeitende Enquêtekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen“ (Dr. Nds. Landtag 18/ 8650, 22.2.2021) ist an dieser Komplexität gescheitert im Versuch, Regionale Gesundheitszentren (RGZ) in ihren Versorgungsstufenplan einzubauen. Unverdrossen behauptet sie dennoch, RGZ könnten Versorgungslücken durch Krankenhausschließungen schließen (S. 96).

⁶ Vgl. die Ausführungen zum Thema MVZ in „Kann ein MVZ ein geschlossenes Krankenhaus ersetzen? Zur Entwicklung Medizinischer Versorgungszentren und der Frage der Grundversorgung“, <https://www.gemeingut.org/kann-ein-mvz-ein-geschlossenes-krankenhaus-ersetzen/>

Ebenso unhaltbar sind eine ganze Reihe von negativen bis düsteren Aussagen über die Situation und vorgeblichen Probleme im Zusammenhang mit den beiden Krankenhäusern. Sie beziehen sich natürlich auf Rahden, aber genauso auf Lübbecke, das nach den präsentierten Daten doch recht gut dasteht. So gäbe es ein „Versorgungsproblem im Lübbecke Land“, das aber nirgends spezifiziert wird (S. 22f., 35, 131f., 150), ebenso wenig wie die Behauptung einer „kritische(n) Situation um Rahden“ (S. 24). Die klinische Krankenhausversorgung wurde ohnehin nicht untersucht, lediglich Erreichbarkeiten wurden thematisiert, aber nur als Marktmerkmal (s.o.). Für das Lübbecke Land wird ohne jede Evidenz eine „wettbewerbsassoziierte Patientenabwanderung“ behauptet (was auch immer das heißen soll - S. 122). Beim Krankenhaus Lübbecke werden „Verluste“ im effCM betont – sie erfolgten nur von 2019 zum Pandemiejahr 202; dagegen werden gleich hohe ‚Verluste‘ 2019 zu 2020 in Minden nicht erwähnt (S. 75 u. 65). Auf der Grundlage dieser nicht nachvollziehbaren Behauptungen wird dann geschlussfolgert, dass eine „Zusammenlegung der Standorte Rahden und Lübbecke erfolgen muss“ (S. 144), ja „zwingend“ sei (S. 24 und 133).

*

Das Gutachten unterliegt dem – bei Beratungsfirmen sehr häufigen – Irrtum, dass sich eine Entwicklung eines Krankenhauses ausschließlich über die Leistungsbemessung nach dem DRG-System (IneK-Kalkulationen) beschreiben lässt. Diese Kalkulationen gehen von den Daten der sogenannten Kalkulationskrankenhäuser aus (14,7 Prozent der Krankenhäuser in 2019), sie filtern das untere Quartil heraus und prognostizieren so den „Preis“ für eine DRG. So entsteht für die Kliniken der sog. Case-Mix-Index aus der additiven Gesamtsumme aller [Relativgewichte](#) (Bewertungsrelation), dividiert durch die additive Gesamtsumme angefallener Behandlungsfälle und somit die durchschnittliche „Leistungsstärke“ einer Klinik.⁸ Diese hat aber mit der eigentlichen Leistung einer Klinik nichts zu tun, sondern ist lediglich eine problematische Preiskalkulation. Das Gutachten bringt zudem Prognosen, die schon durch die Streubreite und aufgrund von Zuwanderungsschüben wenig aussagekräftig sind und die wegen der gravierenden Veränderungen durch die Pandemie nahezu unbrauchbar werden.

Vorab beschlossene Empfehlungen, mangelnde Kosten- und Folgenanalyse

Was ist nun von einem Gutachten zu halten, das ein „Versorgungsproblem“ im Bereich zweier Krankenhäuser behauptet, aber nicht die Entwicklung der Versorgung bezüglich Ausstattung, Arbeitssituation des Personals und Bedarf der Patient:innen untersucht, sondern nur zwei Arten ökonomischer Leistungsdaten und Marktposition? Das auf dieser dürftigen Basis deren Schließung und einen Neubau für „zwingend“ erklärt, ohne auch nur mit einem Wort auf das Verhältnis von Kosten und Nutzen dieses Vorhabens einzugehen?

⁷ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_abschlaege/liste_kh/20220630_Liste_laendliche_KH_2023_Vb_bf.pdf, S. 2 und 25

⁸ <https://reimbursement.institute/glossar/kalkulationskrankenhaeuser/> (abger. 19.03.2023) und <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html> (abger. 19.03.2023)

Die Gutachter:innen sind sich mit dem Vorstand des MKK erstaunlich einig, dieses Vorhaben betreiben zu wollen. Die MKK-Homepage dokumentiert viele Plädoyers für die Neubauten und gegen eine Sanierung vor allem des Hauses Lübbecke, für die etliche ehemalige Chefärzte plädiert hatten. Nach den gegen die Sanierung vorgebrachten Argumenten wären die vielen Krankenhaus-Neubauten der 1970er und 80er Jahre alle abrisstauglich. Zahlreiche Grundsanierungen von Krankenhäusern – fast alle mit Landesförderungen – wären also angesichts von „jahrelangem Baulärm und Chaos“ eine schwere Verfehlung gegen Belegschaft und Patient:innen? Der Vorstandschef wiederholt Mitte 2022 diese Argumente in vielen Informationsveranstaltungen und Gremiensitzungen. Er stellt fest, nach einem Schreiben des MAGS sei eine „Bestandssanierung nicht förderfähig“ (kein Wunder angesichts einer erstaunlich hoch gegriffenen Summe für Lübbecke), aber spricht nicht über Fördermöglichkeiten für kleinteiligere Instandhaltungen und Modernisierungen nach KHG und KHGG. Er teilt mit, ein Antrag auf Landesförderung in Höhe von 178 Millionen Euro sei schon abgegeben und eine mögliche Förderung in Aussicht gestellt. Einen Eigenanteil der von 70 Millionen Euro an den 528 Millionen Kosten der beiden Neubauten findet er für das MKK tragbar. Für den Landkreis entstünden dennoch enorme 280 Millionen an Kosten!⁹

Wie steht es mit den Folgekosten für eine Umnutzung? Präsentiert werden S. 184-87 allgemeine Konzepte für ambulante Zentren, für Rahden S. 188 etwas detaillierter ausgeführt – sind dabei die Kosten für Umnutzung bzw. den Ausbau eingepreist? Für Lübbecke mit größerem Ersatzbedarf und ungleich größeren Gebäuden, die nachzunutzen wären – gar nichts. Sonstige Folgekosten betreffen die Umwelt: Für Neubauten ist ein enormer Energieaufwand notwendig, werden große Flächen versiegelt (und bei Schließungen zum Teil hinterlassen) und tausende Tonnen Baumaterialien verbraucht.

Angesichts dieser Summen erscheint das Defizit des Hauses Rahden von 4 Millionen Euro im Jahr 2019 lächerlich gering, es wurde ohnehin vom Gesamtertrag des MKK aufgefangen und beeinträchtigte nicht den Landkreishaushalt. Viele Landkreise haben sich unter den Bedingungen des DRG-Systems bereit gefunden oder finden müssen, die Defizite kleinerer Häuser zu übernehmen; es sind jedenfalls vergleichsweise geringe Summen gegenüber Straßenbau- und ähnlichen Etats. In Rahden könnte das Haus in baldiger Zukunft zudem durch Vorhaltepauschalen nach der neuen Krankenhausreform finanziell besser dastehen und späterhin nach einer Krankenhausschließung in Diepholz auch von mehr „Fällen“ profitieren.

Kleinere Häuser werden vom DRG-Fallpauschalensystem strukturell benachteiligt – genauer: durch höhere Fixkosten, vergleichsweise niedrige Fallzahlen und niedrige CMI-Werte und

⁹ <https://www.muehlenkreiskliniken.de/home/neubau/> (ca. Juni 2022) abger 10.3.2023; <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/muehlenkreiskliniken-zwei-klinik-neubauten-schlagen-hohe-wellen-48120/artikel-seite-0> abger 4.3.23

damit Vergütungen. Gutachten wie dieses, die ganz auf Erhöhung von Fallzahlen und CMI-Punkten setzen, sind geeignet, die Fehlanreize dieses Systems zu bestärken.¹⁰ Sie sind aber deswegen unbrauchbar, weil sie an den Versorgungsrealitäten und Arbeitsbedingungen der Krankenhäuser und ab den Bedürfnissen der Patient:innen vorbeigehen.

Sonstige Aspekte: Die Rolle von Krankenhäusern für ländliche Regionen

Außerhalb des Horizonts dieses betriebswirtschaftlich angelegten Gutachtens liegt die Überlegung, dass ein Krankenhaus immer einen Faktor der örtlichen Beschäftigungs- und Wirtschaftsstruktur bildet, zumal mit immerhin 560 Beschäftigten in der Kleinstadt Lübbecke, und dass es pflegerische und gesundheitsbezogene Ausbildungsplätze stellt. Zu bedenken ist weiterhin, dass mit der Schließung eines Krankenhauses das Zentrum eines medizinisch-gesundheitlichen Netzwerks wegbricht. Gerade in kleinen Orten wie Rahden ist das Krankenhaus zudem eine wesentliche Stütze fachärztlicher ambulanter Versorgung, die mangels vorhandener Arztpraxen oft von Krankenhäusern übernommen wird, und die mit seiner Schließung häufig rasch erodiert.

Auch werden sich durch Wegfall einzelner Klinikstandorte die Regionen für Rettungsdienste deutlich vergrößern. Damit verbunden sind längere Fahrzeiten und -strecken der Rettungsdienste, verbunden mit einem erhöhten Personalbedarf an Notärzten und Rettungsfahrzeugen. Auch die Fahrzeit in klinischen Notfällen wird sich signifikant verschlechtern.

¹⁰ Regierungskommission zur Krankenhausreform (s.Fußnote 1) S. 2 und 6: „Die bislang im DRG-System abgebildete, rein leistungs- und mengenorientierte Vergütung [erzeugt] erhebliche Fehlanreize“ und „Es ist inzwischen gut belegt, dass der starke Leistungsbezug des DRG-Systems eine unangemessene Ausweitung von stationären Behandlungen und Übertherapie begünstigen“.