

Kreative Suchprozesse anstoßen



Öffentliche Krankenhäuser: Wege aus der Krise

Die Chancen neuer, vernetzter Versorgungsformen für öffentliche Krankenhäuser standen – neben dem Dauerthema Finanzierungsnotstand – im Blickpunkt der Fachkonferenz „Öffentliche Krankenhäuser – Wege aus der Krise“ Anfang Juni in Berlin.

GmbH-Gründungen sind kein Allheilmittel

Ein Beispiel für die Situation öffentlicher Krankenhäuser lieferte Dr. Horst Baier, Leiter der zentralen Steuerungsdienste Salzgitter. Zur Odyssee der beiden städtischen Krankenhäuser in Salzgitter gehörte die Umwandlung in eine GmbH vor fünf Jahren. Trotz Entschuldung durch die öffentliche Hand machte die GmbH sofort erneut Verluste, für 2006 drohte die Insolvenz. Ursache war unter anderem die historisch motivierte Doppelparhaltung fast aller zentralen Bereiche an zwei Standorten.



„Der Verkauf ist letztlich die Folge von zu spät getroffenen schmerzlichen Entscheidungen.“

Dr. Horst Baier,
Leiter zentrale Steuerungsdienste Salzgitter

Die Stadt zog schon nach drei Jahren die Notbremse und beschloss 2003 den Verkauf der GmbH: Man fand „überraschenderweise trotz der negativen Unternehmensbewertung zwölf Kaufinteressenten“, so Baier. Mit fünf Bietern nahm Salzgitter Verhandlungen auf, am Ende stand

die Übernahme von 94,9 Prozent der Klinikum Salzgitter GmbH durch die Rhön-Klinikum AG zum 1. Januar 2005. Dabei wurde für die Kommune noch ein hoher Betrag Erlöst. „Und wir hatten befürchtet, dass wir bestenfalls noch den symbolischen Euro dafür bekämen“, gestand Baier.

Der Verkauf ist letztlich die Folge von zu spät getroffenen schmerzlichen Entscheidungen bei der Stadt und beim Management gewesen: Die Entscheidung zur Schließung eines Standortes, das Outsourcing von Dienstleistungen, das aktive Bemühen um Patienten durch gute Qualität hätten früher eingeleitet werden müssen. Das Problem rein kommunaler Krankenhäuser ist vor allem ein fehlendes Benchmarking, so Baier weiter, „die Stadt hatte keine Ahnung, wo das Krankenhaus im Vergleich überhaupt steht“. Ein weiterer gravierender Mangel habe darin bestanden, dass die Chefarzte die Kommunikation mit den Niedergelassenen vernachlässigt hätten.

Die Kommune habe das ernüchternde Fazit ziehen müssen, dass sie weder ausreichendes Know-how noch das Geld zum Betrieb eines Krankenhauses habe. Der Verkauf sichere nun den Standort und die Arbeitsplätze aller Mitarbeiter.

Allein der Wille zur Veränderung zählt

Als ärgerlich beschrieb Baier die mangelnde Bereitschaft der Gewerkschaft zur Vermeidung eines Verkaufs Einschnitte zu akzeptieren. Dr. Ingrid Nümann-Seidewinkel pflichtete ihm bei: „Dass in die Tarife häufig erst nach Privatisierungen Bewegung kommt, macht mich zornig!“ Die ehemalige Hamburger Finanzsenatorin war maßgeblich an der Neustrukturierung der Berliner Uni-Kliniken beteiligt und bezeichnete dabei die Tarifverhandlungen als entscheidenden Prozess. Ein zweiter wichtiger Aspekt sei der Umgang mit Personalüberhängen bei Umstrukturierungen.



„Dass in die Tarife häufig erst nach Privatisierungen Bewegung kommt, macht mich zornig!“

Dr. Ingrid Nümann-Seidewinkel,
Rechtsanwältin, Hamburg

„Wenn Sie sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen wollen, müssen Sie versuchen, dafür auch neue Leute zu bekommen. Nur so können Sie etwas bewegen – mit Umbesetzungen allein geht es nicht.“ Dass Krankenhäuser sich an der Schaffung vernetzter Gesundheitsstrukturen aktiv beteiligen müssen, sei eine der aktuellen Herausforderungen, so Nümann-Seidewinkel: „Die Chefärzte müssen begreifen, dass die Niedergelassenen nicht die Feinde der Krankenhäuser sind. Letztlich kommt es auf den Willen zur Veränderung an und nicht auf die Frage, ob man privatisiert oder nicht.“

Gemeinnützige sind Käufer

Prof. Dr. Thomas Kersting vertrat als ärztlicher Direktor der DRK-Kliniken Berlin einen gemeinnützigen Träger mit insgesamt rund 1300 Betten, der kürzlich ein privates Krankenhaus übernommen hat. Das Personal der 50-Betten-Klinik für psychogene Störungen wurde dabei



„Bei den meisten Klinikausschreibungen traut sich ein öffentliches Krankenhaus kaum, sich zu melden.“

Prof. Dr. Thomas Kersting,
Geschäftsführer und Ärztlicher
Direktor der DRK-Kliniken Berlin

komplett übernommen. „Bei den meisten Klinikausschreibungen traut sich ein gemeinnütziges Krankenhaus kaum, sich zu melden“, spitzte Kersting die derzeitige Stimmungslage zu. Bewusst provokant stellte er die These in den Raum, dass der Transfer öffentlicher Mittel in private Hände durch die Privatisierung von Kliniken ein Systemfehler sei. Das Gleiche gelte auch für die aus Pflegesätzen erzielten Renditen. Diese liefen dem Grundsatz des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems zuwider. „Und warum nicht auf Bewährtes zurückgreifen? Sprechen Sie auch mal mit einem gemeinnützigen Anbieter, wenn Sie Ihr Krankenhaus loswerden wollen.“

Vernetzung als Spielwiese nutzen



„Die einfache Umwidmung von Gemeinschaftspraxen zu MVZ ist zwar in Ordnung, aber nicht die eigentliche Intention des Gesetzgebers.“

Dr. Leonhard Hansen,
Vorsitzender der Kassenärztlichen
Vereinigung Nordrhein

Beim Thema „Neue Versorgungsformen“ spielten sich Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein, und Dr. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK, die Bälle zu.

Die Krankenhäuser seien bei den Medizinischen Versorgungszentren

(MVZ) noch längst nicht wie erwartet im Geschäft, war man sich einig. „Die einfache Umwidmung von Gemeinschaftspraxen zu MVZ ist zwar in Ordnung, aber nicht die eigentliche Intention des Gesetzgebers“, so Hansen. Weil zahlreiche Rechtsfragen noch ungeklärt und die MVZ der Bedarfsplanung unterstellt seien, seien diese aber auch nicht leicht zu entwickeln. Die Bedeutung der MVZ liege seiner Meinung nach weniger in deren Realisierung, als vielmehr in ihrer Impulswirkung – endlich habe eine positive Diskussion über neue Kooperationsformen begonnen.



„Man sollte nicht immer gleich von Systemkrise reden, wenn groteske Organisationsstrukturen auf Normalmaß gebracht werden.“

Dr. Herbert Rebscher,
Vorstandsvorsitzender der DAK

Foto: DAK / Wigger

Dem pflichtete Rebscher bei: Während die bisher üblichen Kollektivverträge auf Einheitslösungen setzten und die sektorale Trennung zementiert hätten, habe sich inzwischen eine neue Kultur des Versuchsens bei den Versorgungsformen etabliert. Das gelte auch für die Verträge zur Integrierten Versorgung (IV). Deren Ausgestaltung lasse allerdings bisher zu wünschen übrig, sagte Hansen. Die IV dürfe sich nicht in hunderten von Verträgen über Gelenk-Endoprothesen erschöpfen. Schließlich sei sie als Ansatz zur gesamtheitlichen Versorgung von Patienten zu verstehen, „aber das meiste, was uns an Anträgen auf den Tisch kommt, hat mit IV nichts zu tun“, so Hansen. Dass IV schon jetzt mehr sei als nur eine veränderte Abrechnungsmethode, unterstrich Rebscher. Befragte Patienten gäben häufiger an, dass man sich richtig um die Abläufe gekümmert habe. Und das sei, neben medizinischen Parametern, für die Beurteilung von Qualität und Erfolg der IV ausschlaggebend, so Rebscher.