

Sondersitzung des Krankenhausausschusses

3. September 2026

Redebeitrag des Oberbürgermeisters Dr. Nicolas Meyer

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Stadtklinik,

wer die Zukunft eines Krankenhauses plant, trägt Verantwortung – für Patientinnen und Patienten, für Beschäftigte und für eine ganze Region. Zu dieser Verantwortung gehört nicht nur, am Ende eine fachlich tragfähige Entscheidung zu treffen. Zu ihr gehört auch, die Menschen und die kommunalen Träger auf dem Weg dorthin mitzunehmen.

Und genau deshalb sage ich sehr deutlich: Was wir in den vergangenen Wochen und insbesondere am 1. September erlebt haben, wird diesem Anspruch aus meiner Sicht nicht gerecht.

Am Vormittag entstand öffentlich der Eindruck, die Stadtklinik Frankenthal werde bereits zum 1. Januar 2027 zur Regioklinik. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben diese Nachrichten gelesen, ihre Familien haben sie gelesen, Patientinnen und Patienten haben nachgefragt. Stadt und Klinikleitung mussten innerhalb kürzester Zeit versuchen, Klarheit zu schaffen und Verunsicherung aufzufangen.

Am Nachmittag stellte sich die Lage deutlich differenzierter dar. Denn der uns **übersandte Anhörungsentwurf** sieht zum 1. Januar 2027 zunächst ausdrücklich eine Stadtklinik Frankenthal der Regelversorgung mit elf Leistungsgruppen, 229 somatischen Planbetten und 17 Intensivbetten vor. Die mögliche spätere Entwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung wird davon getrennt behandelt.

Und nach der inzwischen erfolgten Prüfung dieses Anhörungsentwurfs können wir heute vor allem eines tun: den Menschen in Frankenthal ein großes Stück der entstandenen Verunsicherung nehmen.

Die vorgesehenen Leistungsgruppen decken rund **95 Prozent unseres bisherigen Fallgeschehens** ab. Nach jetzigem Stand können wir unseren Versorgungsauftrag auch über den 1. Januar 2027 hinaus im Wesentlichen so fortführen wie bisher. Auch für den Betrieb der Klinik und den Personaleinsatz ergeben sich daraus zunächst keine grundlegenden Veränderungen.

Ich sage das deshalb so deutlich, weil die Verunsicherung inzwischen ganz konkrete Auswirkungen hat. **Bei unserer Klinik haben werdende Mütter angerufen und gefragt, ob sie ihr Kind in einem halben Jahr überhaupt noch in Frankenthal zur Welt bringen können.** Menschen haben gefragt, **ob unsere Zentrale Notaufnahme** künftig überhaupt noch angefahren werden kann.

Diesen Menschen können und müssen wir heute eine **klare Antwort geben:**

In Frankenthal bleibt auch 2027 die medizinische Versorgung vor Ort erhalten. Unsere Zentrale Notaufnahme bleibt da. Unsere Intensivmedizin bleibt da. Und unsere Stadtklinik bleibt ein Krankenhaus der Regelversorgung. Die medizinische Versorgung geht nach heutigem Stand über den 1. Januar 2027 hinaus nahezu unverändert weiter.

Das ist für mich die wichtigste Nachricht dieses Abends. Für unsere Patientinnen und Patienten, für unsere Beschäftigten, für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und für die gesamte Region.

Aber gerade diese Klarheit zeigt eben auch, was Kommunikation bei einem so sensiblen Thema auslösen kann. Wenn ein Krankenhausträger und eine Klinikleitung am Vormittag ihre Beschäftigten und Patienten wegen öffentlich verbreiteter Informationen beruhigen müssen und sich am Nachmittag die tatsächliche Sachlage deutlich differenzierter darstellt, **dann reden wir nicht mehr über ein Kommunikationsdetail. Dann ist Vertrauen betroffen.**

Und genau deshalb irritiert mich, dass gleichzeitig immer wieder vom gemeinsamen Weg mit Krankenhäusern und Kommunen gesprochen wird. **Diesen Dialog wollen wir.** Wir suchen ihn seit Wochen. Wir haben geschrieben, nachgefragt und Gespräche eingefordert. Nach der einstimmigen Resolution unseres Stadtrates habe ich Ministerpräsident Gordon Schnieder darum gebeten, diese gemeinsam mit den Vorsitzenden aller Stadtratsfraktionen persönlich übergeben und mit ihm über die Zukunft unserer Klinik sprechen zu können. **Und auch heute habe ich erneut eine Terminanfrage an Gesundheitsminister Clemens Hoch gerichtet, um in einen direkten und konstruktiven Austausch über die Zukunft unserer Klinik zu kommen.**

Wir wollen diesen gemeinsamen Weg. Über die Zukunft eines kommunalen Krankenhauses sollte mit seinem Träger gesprochen werden – und nicht nur über ihn.

Nun liegen erstmals konkrete Unterlagen auf dem Tisch. Und gerade deshalb möchte ich heute auch inhaltlich sehr klar sein: Wir verweigern uns keiner Krankenhausreform. Spezialisierung kann medizinisch richtig sein. Kooperation ist notwendig. Und die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung ist längst Teil unserer eigenen Strategie.

Aber daraus folgt eben nicht, dass jedes neue Strukturmodell automatisch für jeden Standort das richtige ist. Und genau hier liegt mein grundlegendes Problem mit der bislang für Frankenthal genannten Perspektive.

Für mich ist die Regioklinik, in dem was wir bislang wissen, kein Zielbild für Frankenthal. Denn wenn die Regioklinik die Therapie sein soll, möchten wir zunächst die Diagnose kennen: Welches konkrete Problem soll dieses Modell in Frankenthal und für die Versorgung der Menschen hier eigentlich lösen?

Diese Frage stellt sich nach dem jetzt vorliegenden Anhörungsentwurf sogar noch dringlicher. **Wenn rund 95 Prozent unseres bisherigen Fallgeschehens weiterhin abgebildet werden können und unser Versorgungsauftrag ab dem 1. Januar 2027 im Wesentlichen so fortgeführt werden kann wie bisher – warum soll ausgerechnet diese Klinik perspektivisch grundlegend verkleinert werden?**

Und zu dieser Frage gehört ein Aspekt, über den bislang erstaunlich wenig gesprochen wird: unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Rund 790 Menschen arbeiten heute für unsere Stadtklinik. Dahinter stehen rund 500 Stellen, Familien, berufliche Existenzen und jahrzehntelange Erfahrung. Frankenthal hat hier zudem eine besondere Situation: **Unsere Stadtklinik ist ein kommunaler Eigenbetrieb.** Wir sind eben nicht irgendeine Krankenhaus-GmbH, bei der man auf einem Blatt Papier Leistungen streicht, Betten reduziert und anschließend so tut, als würden im selben Augenblick auch Personal und Kosten verschwinden.

Deshalb gehört für mich zu jeder Diskussion über ein neues Modell auch eine Antwort auf eine ganz konkrete Frage: Was geschieht mit den Menschen, die dieses Krankenhaus heute tragen?

Beschäftigte verschwinden nicht mit einem Federstrich aus einem Stellenplan. Eine solche Transformation hätte erhebliche personelle, arbeitsrechtliche und wirtschaftliche Folgen. Und diese Folgen treffen am Ende nicht irgendeine abstrakte Struktur. **Sie treffen die Beschäftigten – und sie treffen die Stadt als Arbeitgeberin und Krankenhausträgerin.**

Deshalb reicht es nicht, dem kommunalen Träger ein kleineres medizinisches Modell hinzustellen und daraus automatisch geringere Kosten abzuleiten. **Wer die Struktur verändert, muss auch die Folgekosten dieser Strukturentscheidung mitdenken.**

Natürlich liegt die Krankenhausplanungshoheit beim Land. Aber Krankenhausplanung findet nicht im luftleeren Raum statt. Wenn das Land eine Strukturentscheidung trifft, die für einen kommunalen Eigenbetrieb erhebliche personelle und finanzielle Folgen auslöst, dann kann die Antwort nicht lauten: Um die Folgen kümmert sich anschließend die Kommune. Die personellen und finanziellen Folgen einer solchen Planung dürfen nicht einfach im Frankenthaler Rathaus abgeladen werden.

Deshalb erwarten wir, bevor überhaupt ernsthaft über ein solches Zielmodell gesprochen werden kann, nicht nur eine medizinische Begründung. **Wir erwarten auch eine belastbare Antwort darauf, wie eine solche Transformation überhaupt funktionieren und finanziert werden soll.**

Und diese Frage stellt sich bei einem Standort wie Frankenthal umso mehr. Wir haben eine Klinik, die von den Menschen angenommen wird. Mehr als 20.000 Patientinnen und Patienten kommen jährlich in unsere Zentrale Notaufnahme. Unser Notarztsystem versorgt Frankenthal und zahlreiche Umlandgemeinden.

Hinzu kommt eine Entscheidung, die gerade einmal wenige Monate zurückliegt. **Erst am 2. März haben Land und Stadt gemeinsam einen Erweiterungsbau eröffnet**, in den mehr als **51 Millionen Euro investiert wurden – mehr als 36 Millionen Euro davon durch das Land**. Wir haben damit moderne medizinische Strukturen geschaffen, die gerade erst ihren Betrieb aufgenommen haben.

Dieses Gebäude haben wir nicht für eine medizinische Vergangenheit gebaut, sondern für die Zukunft dieses Standortes. Und deshalb passt für mich eines nicht zusammen: **Man kann nicht im März gemeinsam Zukunft bauen und im September so tun, als müsse diese Zukunft völlig neu erfunden werden.**

Natürlich dürfen sich Planungen verändern. Aber je grundlegender der Kurswechsel ist, desto überzeugender muss seine Begründung sein. Und genau an dieser Stelle beginnen unsere Fragen.

Das Land erklärt, seine Planung beruhe auf den Gutachten des Medizinischen Dienstes, auf Fallzahlen, Erreichbarkeit, Versorgungsdichte und weiteren regionalen Kriterien. Bei mehreren von uns beantragten Leistungsgruppen hat der Medizinische Dienst die Qualitätsvoraussetzungen positiv bewertet; dennoch sind sie Frankenthal nicht zugewiesen worden.

Eine positive Qualitätsprüfung begründet selbstverständlich nicht automatisch einen Anspruch auf eine Leistungsgruppe. Aber wenn die Qualitätsvoraussetzungen nachweislich erfüllt sind und die Leistung trotzdem an einen anderen Standort verlagert werden soll, dann muss die planerische Begründung des Landes umso überzeugender sein. Denn eines darf bei einer Reform, die ausdrücklich mit Qualität begründet wird, nicht passieren:

Qualität kann nicht die große Überschrift der Krankenhausreform sein und dort, wo Qualität nachgewiesen wurde, plötzlich nur noch eine Fußnote. Wo Qualität nachgewiesen ist und eine Leistung trotzdem verlagert werden soll, steigt der Begründungsbedarf – er sinkt nicht.

Deshalb werden wir uns auch sehr genau anschauen, wie das Land seine Maßstäbe an anderen Standorten angewandt hat. Bereits eine erste Sichtung wirft Fragen auf.

Dabei geht es uns nicht darum, irgendeiner anderen Klinik eine medizinisch notwendige Leistung wegzunehmen. Es geht um etwas viel Grundsätzlicheres: Wenn Qualität, Konzentration und Spezialisierung die Maßstäbe dieser Reform sein sollen, dann müssen diese Maßstäbe im ganzen Land gelten – in Frankenthal genauso wie in Mainz.

Und deshalb sage ich ganz bewusst: Der Rotstift darf nicht umso stumpfer werden, je näher man der Staatskanzlei kommt. Medizinische Notwendigkeit richtet sich nicht nach der Entfernung zu Mainz.

Wir verlangen keine Gleichmacherei und keine Sonderbehandlung. **Wir verlangen nachvollziehbare und landesweit gleiche Maßstäbe.**

Genau deshalb reicht uns auch die bisherige Begründung des Anhörungsentwurfs nicht.

Wenn dort im Kern mitgeteilt wird, die maßgeblichen Gesichtspunkte seien berücksichtigt und gegeneinander abgewogen worden, wollen wir wissen, wie diese Abwägung konkret für Frankenthal erfolgt ist: Welche Bedarfe wurden angenommen? Welche Patientenströme?

Welche Erreichbarkeiten? Welche Kapazitäten an anderen Standorten? Welche demografische Entwicklung?

Denn am Ende müssen nicht wir beweisen, dass es diese Fragen gibt. Wir brauchen die tatsächlichen Grundlagen, auf denen die Entscheidung

getroffen wurde. Eine Abwägung wird nicht dadurch transparent, dass man uns mitteilt, man habe abgewogen.

Deshalb werden wir Akteneinsicht in die entscheidungserheblichen Unterlagen beantragen, eine angemessene Verlängerung der Anhörungsfrist verlangen und externe rechtliche Expertise hinzuziehen. Das ist keine Verzögerungstaktik, sondern die Verantwortung eines kommunalen Krankenhausträgers bei einer Entscheidung dieser Tragweite.

Und dabei dürfen wir nicht nur einzelne Krankenhäuser betrachten. Wenn Leistungen an einem Standort wegfallen, verschwinden die Patienten nicht. Sie müssen andernorts versorgt werden. Dort müssen Betten, Ärzte, Pflegekräfte, OP- und Notfallkapazitäten tatsächlich vorhanden sein. Und auch der Rettungsdienst muss die veränderten Wege bewältigen können.

Deshalb genügt es eben nicht, auf einer Karte festzustellen, dass in erreichbarer Entfernung irgendwo das nächste Krankenhaus liegt. Eine Landkarte voller Krankenhauszeichen ist noch kein Versorgungskonzept. Patienten lassen sich auf dem Papier verschieben. Versorgungskapazitäten nicht.

Genau deshalb habe ich auch den Austausch mit unserer Kreisärzteschaft gesucht. Denn während stationäre Leistungen stärker ambulant erbracht werden sollen, geraten gleichzeitig Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte durch bundespolitische Finanzierungsentscheidungen unter zusätzlichen wirtschaftlichen Druck.

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wirkt auch auf diese Bereiche. Für unsere Stadtklinik rechnen wir allein in den kommenden drei Jahren mit einer Belastung von rund 3,6 Millionen Euro.

Das zeigt, warum Krankenhausplanung, ambulante Versorgung, Rettungsdienst und Finanzierung gemeinsam gedacht werden müssen.

Der einzelne Patient interessiert sich am Ende nicht dafür, welche staatliche Ebene oder welcher Sozialversicherungsträger für welchen Teil dieses Systems verantwortlich ist. Er will wissen, wo er Hilfe bekommt – und ob sie rechtzeitig kommt.

Und zu einer langfristigen Planung gehört für mich noch ein Gesichtspunkt, der in der aktuellen Diskussion erstaunlich wenig vorkommt: Resilienz. Deutschland baut angesichts der veränderten Sicherheitslage seine Verteidigungs- und Krisenvorsorge aus. Zugleich ist klar, dass unser ziviles Gesundheitswesen im Krisen- und Verteidigungsfall erhebliche zusätzliche Lasten tragen müsste.

Deshalb halte ich es für falsch, medizinische Reserven ausschließlich unter dem Gesichtspunkt größtmöglicher Auslastung zu betrachten. Wir müssen wirtschaftlich mit öffentlichen Mitteln umgehen. Aber ein Gesundheitssystem muss eben auch in außergewöhnlichen Situationen funktionieren können.

Ein Staat, der sich auf Krisen vorbereitet, darf medizinische Reserve nicht automatisch mit Ineffizienz verwechseln. Gute staatliche Planung muss Effizienz und Resilienz zusammenbringen.

Und schließlich wird derzeit mit einigem Stolz darauf verwiesen, dass Rheinland-Pfalz bei der Umsetzung der Krankenhausreform bundesweit besonders schnell vorangeht. Geschwindigkeit kann bei Reformen ein Vorteil sein. Aber sie ist kein Qualitätsmerkmal für sich. Und sie darf niemals zum Selbstzweck werden.

Denn am Ende wird niemand danach fragen, welches Bundesland zuerst fertig war. Die Menschen werden danach fragen, ob sie noch gut versorgt

werden. Bei einer Krankenhausreform gibt es keinen Preis für den Ersten, der seine Tabelle fertig hat. Entscheidend ist, ob die Versorgung danach funktioniert.

Und genau diesen Nachweis sehe ich für eine Regioklinik in Frankenthal bislang nicht.

Dass wir mit diesen Fragen nicht alleinstehen, zeigt die enorme Resonanz in unserer Stadt. **Der Stadtrat hat seine Resolution mit 37 Ja-Stimmen einstimmig beschlossen.** Die offizielle Petition beim Bürgerbeauftragten des Landes hat innerhalb kürzester Zeit das notwendige Quorum erreicht.

Das ist ein starkes Signal. Hier verteidigt nicht irgendeine Institution irgendwelche Besitzstände. Hier steht eine Stadt, eine Region, hinter ihrer medizinischen Versorgung.

Meine Damen und Herren,

wir haben in den vergangenen Tagen sehr viel über das gesprochen, was möglicherweise irgendwann kommen könnte. Deshalb möchte ich zum Schluss noch einmal zu dem zurückkehren, was wir heute tatsächlich wissen.

Der 1. Januar 2027 ist keine Zäsur, an der unsere Stadtklinik plötzlich eine andere Klinik wird. Nach dem heute vorliegenden Stand geht die Versorgung nahezu unverändert weiter.

Das ist die Nachricht, die heute von dieser Sitzung nach draußen gehen sollte.

Die langfristige Frage bleibt aber bestehen. Und deshalb kann Mainz von Frankenthal erwarten, dass wir uns sachlich mit dieser Reform auseinandersetzen, Veränderungen prüfen, Kooperationen ermöglichen und neue Versorgungsformen mittragen, wenn sie medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich tragfähig sind.

Aber konstruktiv zu sein bedeutet nicht, jede vorgegebene Richtung aus Mainz widerspruchsfrei mitzugehen. Wir werden nachfragen. Wir werden vergleichen. Wir werden Akteneinsicht verlangen. Wir werden rechtliche Möglichkeiten prüfen. Und wir werden politisch widersprechen, wenn wir überzeugt sind, dass ein eingeschlagener Weg für Frankenthal der falsche ist.

Wir suchen den Dialog. Aber Dialogbereitschaft ist nicht dasselbe wie Nachgiebigkeit.

Unser Ziel ist eine starke, moderne und wirtschaftlich tragfähige Stadtklinik, die sich weiterentwickelt, die kooperiert und ambulante und stationäre Medizin stärker miteinander verbindet – und die zugleich ihren Versorgungsauftrag, den wir seit über 250 Jahren erfolgreich meistern, für Frankenthal und unsere Region erfüllt.

Das ist keine Verweigerung von Veränderung. Das ist unsere Verantwortung als kommunaler Krankenhausträger.

Und wenn ich all die Fragen und Diskussionen der vergangenen Wochen auf einen Satz reduzieren müsste, dann wäre es dieser:

Die Versorgung muss das Modell bestimmen – nicht das Modell die Versorgung.

Damit möchte ich an unseren Kaufmännischen Direktor, Herrn Dr. med. Andor Toth, übergeben. Er wird Ihnen den vorliegenden Anhörungsentwurf sowie die daraus resultierenden medizinischen und wirtschaftlichen Fragestellungen im Einzelnen erläutern.

Herr Dr. Toth, Sie haben das Wort.