

Rede zur Zukunft der Stadtklinik Frankenthal

*Sondersitzung des Stadtrates – Redemanuskript des Oberbürgermeisters
und Krankenhausdezernenten Dr. Nicolas Meyer*

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich komme unmittelbar aus einer Mitarbeitendenversammlung unserer Stadtklinik. Wir haben dort gerade mit den Menschen gesprochen, die von den Veränderungen der Krankenhausreform ganz unmittelbar betroffen sind: mit denjenigen, die Tag für Tag Patientinnen und Patienten versorgen und die zu Recht wissen wollen, was die aktuellen Nachrichten für ihren Arbeitsplatz, für ihre Abteilung und für die Zukunft unseres Hauses bedeuten. Unter diesem unmittelbaren Eindruck stehe ich heute vor Ihnen.

Deshalb möchte ich zu Beginn klar sagen, worüber wir heute sprechen. Aus dem Gesundheitsministerium haben wir zwei zentrale Nachrichten erhalten. Die erste ist eine gute Nachricht: Nach derzeitigem Planungsstand soll die Stadtklinik Leistungsgruppen erhalten, die rund **95 Prozent der Fälle der dahinterstehenden Leistungsgruppen abbilden**. Das sichert zunächst einen sehr großen Teil unseres heutigen Versorgungsgeschehens.

Daneben steht eine zweite Nachricht von grundsätzlicher Tragweite: Das Land beabsichtigt nach derzeitigem Stand, am 1. September die Empfehlung auszusprechen, die **Stadtklinik Frankenthal perspektivisch zu einer sogenannten Regioklinik beziehungsweise sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung weiterzuentwickeln**. Was ein solches Modell für Frankenthal konkret bedeuten würde, ist bislang in wesentlichen Punkten offen.

Diese beiden Nachrichten gehören zusammen, sind aber nicht dasselbe. Die positive Leistungsgruppenzuweisung beschreibt zunächst, was unser Haus ab 2027 leisten können soll. Die Empfehlung zur Regioklinik wirft dagegen die langfristige Strukturfrage auf. Genau deshalb haben wir heute diese Sondersitzung: um zu erklären, was wir wissen, was wir noch nicht wissen, wie es innerhalb weniger Tage zu dieser Situation gekommen ist und welchen Maßstab wir für die weitere Entscheidung anlegen.

Mir war dabei wichtig, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Informationen aus erster Hand erhalten - und nicht erstmals aus einer Pressekonferenz oder einer Datenbank des Landes. Dasselbe gilt für Sie als gewählte Vertreterinnen und Vertreter unserer Stadt. Die Situation verlangt weder vorschnelle Alarmierung noch beruhigende Formeln. Sie verlangt einen klaren Blick auf die Fakten und anschließend eine gemeinsame politische Bewertung.

Wie sich die Situation innerhalb weniger Tage entwickelt hat

Noch vor 10 Tagen hatten wir als Krankenhausträger keine konkrete Information darüber, dass für Frankenthal eine solche strukturelle Empfehlung im Raum steht. Als sich erste Hinweise verdichteten, habe ich selbst den Städtetag Rheinland-Pfalz kontaktiert und um eine belastbare Einordnung gebeten.

Aus diesen Rückmeldungen ergab sich erstmals ein konkreteres Bild. Daraufhin habe ich mich unmittelbar schriftlich an Gesundheitsminister Clemens Hoch gewandt und noch am selben Tag unsere beiden Frankenthaler Landtagsabgeordneten eingebunden.

Dann folgten innerhalb weniger Tage weitere Schreiben des Ministeriums und der Krankenhausgesellschaft.

Danach soll der Gesundheitsausschuss des Landtages am 1. September über diese Zwischenergebnisse informiert und parallel gegenüber den Krankenhäusern das Beteiligungsverfahren zur konkreten Leistungsgruppenzuteilung eingeleitet werden.

Die Häuser sollen Gelegenheit erhalten, sich sowohl zu vorgesehenen Zuweisungen als auch zu beabsichtigten Ablehnungen zu äußern. Erst im Anschluss sollen die Feststellungsbescheide ergehen; die Leistungsgruppen sollen zum 1. Januar 2027 wirksam werden.

Weil diese Informationen nicht in allen Punkten deckungsgleich waren, war für mich klar: Wir brauchen Informationen aus erster Hand. Deshalb haben Herr Dr. Toth und ich den Termin im Gesundheitsministerium genutzt, um die Situation der Stadtklinik unmittelbar anzusprechen und den Kenntnisstand für Frankenthal selbst einzufordern.

Den bereits vorgesehenen **Termin im Gesundheitsministerium am 19. August haben Herr Dr. Toth und ich** deshalb genutzt, um die inzwischen entstandene Informationslage unmittelbar mit einer **Vertreterin des für Krankenhausfinanzierung und Krankenhausrecht zuständigen Referats zu erörtern.**

Dieses Gespräch war wichtig, weil es an einigen Stellen Klarheit geschaffen hat und an anderen Stellen gerade gezeigt hat, weshalb die Kommunikation der vergangenen Tage für einen kommunalen Krankenhausträger so schwer einzuordnen war.

Uns wurde erläutert, dass nach Wahrnehmung des Ministeriums eine Information der betroffenen kommunalen Ebene über eine Vertreterin des Landkreistages vorgesehen beziehungsweise erwartet worden sei.

Zudem wurde uns ausdrücklich bestätigt, dass das Rundschreiben der Krankenhausgesellschaft vom 17. August den vorgesehenen Ablauf nach Auffassung des Ministeriums zutreffend beschreibt.

Danach sollen zunächst die positiven Leistungsgruppenzuweisungen veröffentlicht und den Häusern über GeRDa bereitgestellt werden. Zeitlich versetzt sollen die jeweils betroffenen Krankenhäuser die Entwürfe der Feststellungsbescheide erhalten, insbesondere mit den Begründungen für beabsichtigte Ablehnungen. Anschließend ist eine Stellungnahmefrist vorgesehen.

Die Krankenhausgesellschaft weist ausdrücklich darauf hin, dass die Entscheidungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht endgültig sind und sich im weiteren Verfahren noch Veränderungen ergeben können.

Für den Nachmittag desselben Tages wird jedoch zugleich eine **Pressekonferenz** angekündigt, in deren Rahmen neben den positiven Leistungsgruppenzuweisungen auch die vorgesehenen Regiokliniken beziehungsweise sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen öffentlich bekannt gegeben werden sollen.

All dies macht deutlich, dass die Informationswege in einer für die betroffenen Krankenhausträger ausgesprochen sensiblen Phase offensichtlich nicht für alle Beteiligten gleichermaßen klar waren und dass sich deshalb innerhalb weniger Tage unterschiedliche Informationsstände entwickeln konnten.

Ich habe in diesem Gespräch auch deutlich gemacht, **welche Erwartung ich persönlich an ein Verfahren dieser Tragweite gehabt hätte.**

Wenn das Land bei einer überschaubaren Zahl von Krankenhausstandorten eine grundlegende strukturelle Neuorientierung erwägt, dann hätte ich es für angemessen gehalten, vor einer öffentlichen Bekanntgabe mit jedem dieser Träger unmittelbar zu sprechen.

Ein solches Gespräch auf **Ebene des Ministers oder der Staatssekretärin** wäre aus meiner Sicht keine Frage besonderer Höflichkeit gewesen, sondern Ausdruck der Bedeutung einer solchen Weichenstellung.

Denn hinter einer Krankenhausplanung stehen keine abstrakten Kästchen. Hinter jeder Leistungsgruppe stehen medizinische Leistungen. Hinter diesen Leistungen stehen Abteilungen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Und hinter jeder Strukturentscheidung stehen Menschen, die wissen wollen, wo sie künftig versorgt werden.

Eine Tabelle lässt sich mit einem Tastendruck veröffentlichen. Vertrauen, Planungssicherheit und medizinische Strukturen entstehen auf diese Weise nicht.

Deshalb hätte ich mir an dieser Stelle einen unmittelbaren Dialog zwischen dem Land und denjenigen gewünscht, die vor Ort die Verantwortung für diese Häuser tragen und sie zum Teil seit Jahrzehnten mit erheblichen kommunalen Mitteln finanzieren.

Der größere Rahmen: Was Bund und Land verändern wollen

Meine Damen und Herren,

diese Entwicklung in Frankenthal findet natürlich nicht im luftleeren Raum statt. Sie ist Teil einer grundlegenden Neuordnung der Krankenhauslandschaft in Deutschland.

Der Bund nennt für seine Krankenhausreform im Wesentlichen drei Ziele: die **Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität**, die **Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung** und eine **höhere Effizienz der Krankenhausversorgung**. Medizinische Leistungen sollen stärker gebündelt und spezialisiert, Qualitätsanforderungen vereinheitlicht und die Krankenhausfinanzierung verändert werden.

Ein wesentliches Instrument dafür sind die sogenannten Leistungsgruppen.

Künftig soll nicht allein die bisherige Fachabteilungsstruktur bestimmen, welche Leistungen ein Krankenhaus erbringen kann.

Medizinische Leistungen werden bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen zugeordnet und mit Qualitätsanforderungen verbunden - beispielsweise hinsichtlich Fachpersonal, technischer Ausstattung und der notwendigen weiteren medizinischen Disziplinen.

Die Länder weisen diese Leistungsgruppen anschließend im Rahmen ihrer Krankenhausplanung den einzelnen Standorten zu. Damit entscheiden die Leistungsgruppen künftig wesentlich mit darüber, welche stationäre Medizin ein Krankenhaus anbieten und über die neuen Finanzierungsmechanismen vergütet bekommen kann.

Hinzu kommt die sogenannte Vorhaltevergütung. Der Grundgedanke dahinter ist, Krankenhäuser künftig stärker auch dafür zu finanzieren, dass sie notwendige medizinische Strukturen bereithalten, und den bisherigen wirtschaftlichen Anreiz zu reduzieren, möglichst viele Behandlungsfälle erzeugen zu müssen.

Rheinland-Pfalz muss diese bundesrechtlichen Rahmenbedingungen nun in seine eigene Krankenhausplanung übersetzen. Dazu gehören die Zuweisung von Leistungsgruppen, eine stärkere regionale Abstimmung der Krankenhausstandorte und auch neue Versorgungsformen wie die sogenannten Regiokliniken.

Das beschreibt zunächst die Zielsetzung von Bund und Land.

Ob die dafür gewählten Instrumente am Ende tatsächlich zu einer besseren Versorgung der Menschen führen, ist eine andere Frage.

Denn Spezialisierung kann medizinische Qualität verbessern. Sie kann aber zugleich bedeuten, dass Wege länger werden und bestimmte Leistungen nicht mehr wohnortnah angeboten werden.

Konzentration kann Strukturen effizienter machen. Sie kann aber auch dazu führen, dass Versorgung an einzelnen Standorten verloren geht.

Und die Umwandlung eines Krankenhauses in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann neue Möglichkeiten eröffnen. Sie kann zugleich einen erheblichen Verlust bisheriger stationärer Strukturen bedeuten.

Genau diese Abwägung interessiert mich als Oberbürgermeister und Krankenhausdezernent.

Für mich entscheidet sich die Qualität einer Krankenhausreform nicht auf dem Papier und auch **nicht allein an Strukturvorgaben oder Wirtschaftlichkeitsberechnungen.**

Sie entscheidet sich für den einzelnen Menschen in dem Moment, in dem er medizinische Hilfe braucht.

Wie weit ist dann der Weg?

Welche medizinische Leistung findet er noch vor Ort?

Wie schnell erreicht er im Notfall die notwendige Versorgung?

Was bedeutet eine Verlagerung für ältere Menschen, für Menschen ohne eigenes Auto, für Angehörige?

Und welche Auswirkungen entstehen, wenn aus einem gewachsenen medizinischen Gefüge einzelne Leistungsbereiche herausgenommen werden?

Deshalb müssen wir auch in Frankenthal die Frage stellen dürfen, ob jede Konzentration automatisch eine Verbesserung bedeutet.

Ein längerer Weg wird nicht dadurch kürzer, dass er Teil einer Krankenhausreform ist.

Auch eine rein rechnerische **Betrachtung von Patientenströmen** greift deshalb zu kurz. Man kann in einem Modell einen Standort herausnehmen, Fälle auf umliegende Häuser verteilen und anschließend feststellen, dass das Gesamtsystem diese Fälle rechnerisch aufnehmen kann. **Aber Menschen sind keine Fallzahlen, die man auf einer Landkarte verschiebt.**

Wenn ein Patient aus Frankenthal künftig an einem anderen Standort behandelt wird, ist sein Fall statistisch weiterhin versorgt. Für diesen Menschen kann sich seine Versorgung trotzdem grundlegend verändert haben.

Auf einem Rechenmodell können sich Patientenströme verteilen. Im wirklichen Leben müssen Menschen diese Wege zurücklegen.

Gerade deshalb ist es richtig, dass selbst der Bund die Krankenhausreform nicht nur mit Spezialisierung und Effizienz begründet, sondern ebenso mit dem Ziel einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung. Und auch die jüngsten Anpassungen der Reform tragen dem Gedanken Rechnung, dass starre Vorgaben in der Praxis zu unerwünschten Verwerfungen führen können und regionale Besonderheiten berücksichtigt werden müssen. Diesen Praxischeck brauchen wir auch für Frankenthal.

Interessanterweise gehört gerade die flächendeckende Versorgung ausdrücklich zu den vom Bund selbst formulierten Zielen der Reform.

Die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung verbleibt dabei bei den Ländern.

Und genau an diesem Anspruch wird man die Ergebnisse auch messen müssen.

Deshalb möchte ich die Diskussion über Frankenthal nicht darauf reduzieren, welches Modell in eine bundes- oder landespolitische Systematik am besten hineinpasst.

Ausgangspunkt muss für mich die andere Richtung sein:

Welche medizinische Versorgung brauchen die rund 50.000 Menschen unserer Stadt und die Menschen im angrenzenden Rhein-Pfalz-Kreis - und welche Krankenhausstruktur brauchen wir, um diese Versorgung dauerhaft sicherzustellen?

Erst wenn diese Frage beantwortet ist, kann man seriös darüber sprechen, welches Modell dafür das richtige ist.

Was diese Logik für unsere Kommunen bedeutet

Meine Damen und Herren,

an dieser Stelle lohnt sich ein Blick über das Krankenhaus hinaus. Denn hinter der Frage nach der Zukunft eines einzelnen Klinikstandortes steht eine grundsätzlichere Frage: Wie wollen wir in unserem Land künftig Daseinsvorsorge organisieren - und welche Rolle sollen unsere Städte und Gemeinden dabei noch spielen?

Die kommunalen Spitzenverbände haben erst im Juni unter der Überschrift „Kommunen am Limit“ darauf hingewiesen, dass die kommunale Finanzkrise längst im Alltag der Menschen sichtbar wird: bei Krankenhäusern, Schwimmbädern, Bibliotheken, Kultur- und Sportangeboten, bei Jugend- und Sozialarbeit, im öffentlichen Nahverkehr und bei vielen weiteren Leistungen. Genau das ist der Punkt: Was in einem Haushalt als Defizit erscheint, wird vor Ort sehr schnell zu weniger Angebot, längeren Wegen und weniger Gestaltungsspielraum.

Deshalb möchte ich die Argumentation der Konzentration einmal bewusst zuspitzen. Wenn künftig bei immer mehr Leistungen der Satz genügt: „Das gibt es doch in der nächsten größeren Stadt“, dann müssen wir uns fragen, wohin diese Logik führt.

Heute heißt es vielleicht: Für bestimmte medizinische Leistungen kann man nach Ludwigshafen oder Mannheim fahren. Morgen könnte man ebenso fragen: Braucht Frankenthal ein eigenes Schwimmbad, wenn es anderswo eines gibt?

Braucht eine Stadt eine eigene Bibliothek oder Musikschule, wenn das Angebot in der Region vorhanden ist? Braucht sie eigene Kultur- und Sportangebote, wenn man sie zentralisieren kann?

Natürlich sind diese Aufgaben rechtlich und finanziell nicht identisch, und selbstverständlich muss nicht jede Kommune jede denkbare Leistung selbst vorhalten. Aber als politisches Gedankenexperiment zeigt diese Zuspitzung etwas Entscheidendes: **Eine Stadt ist mehr als eine Verwaltungseinheit. Sie ist Lebensraum. Und wenn „Das gibt es doch in der Nachbarstadt“ zum allgemeinen Leitbild wird, verlieren Kommunen Stück für Stück genau das, was sie zu lebendigen Gemeinwesen macht.**

Unser Grundgesetz hat sich deshalb bewusst für kommunale Selbstverwaltung entschieden. Das Bundesverfassungsgericht beschreibt sie als dezentral und bürgerschaftlich getragene Verantwortung und betont für Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft den Vorrang kommunaler Aufgabenzuständigkeit. Ich behaupte damit ausdrücklich nicht, dass Krankenhausplanung rechtlich eine rein kommunale Aufgabe wäre - das ist sie nicht.

Aber die dahinterstehende politische Idee ist für mich hochaktuell: **Entscheidungen, die das Leben der Menschen vor Ort prägen, dürfen die örtliche Wirklichkeit nicht aus dem Blick verlieren.**

Gerade deshalb ist Daseinsvorsorge für mich keine abstrakte Kategorie. Sie ist das Versprechen, dass Gemeinschaft vor Ort funktioniert. Und dieses Versprechen wird schwächer, wenn immer mehr zentrale Lebensbereiche nur noch unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, wo man sie regional zusammenziehen kann.

Für die Gesundheitsversorgung gilt das in besonderer Weise. Entfernung wird in Kilometern gemessen - **Erreichbarkeit aber wird von Menschen erlebt.**

Für einen gesunden Menschen mit Auto sind zwanzig Kilometer etwas anderes als für einen hochbetagten Menschen, einen Menschen mit Behinderung, jemanden ohne eigenes Fahrzeug oder Angehörige, die über Wochen einen kranken Menschen besuchen. Deshalb bleibt für mich ein Satz entscheidend: Ein längerer Weg wird nicht dadurch kürzer, dass er Teil einer Krankenhausreform ist.

Wenn wir also über Effizienz, Spezialisierung und Konzentration sprechen, dann sollten wir uns immer auch fragen, was eine Stadt und eine Region an eigener Infrastruktur benötigen, damit sie handlungsfähig und lebenswert bleiben. Wer immer nur zentralisiert, spart vielleicht Strukturen. Er riskiert aber, Nähe, Vertrauen und kommunale Gestaltungskraft zu verlieren.

Von welchem Krankenhaus sprechen wir eigentlich?

Und wenn wir diese Frage für Frankenthal beantworten wollen, dann müssen wir uns zunächst ansehen, über welchen Krankenhausstandort wir eigentlich sprechen.

Die Stadtklinik Frankenthal ist kein Haus, das seit Jahren sich selbst überlassen worden wäre und bei dem nun plötzlich festgestellt werden müsste, dass grundlegende Investitionen oder Veränderungen erforderlich sind.

Im Gegenteil.

Stadt und Land haben über viele Jahre hinweg gemeinsam einen erheblichen Modernisierungs- und Investitionspfad beschritten.

Dieser Weg reicht deutlich weiter zurück als bis zu unserem gerade eröffneten Erweiterungsbau. Seit vielen Jahren wurde der Klinikstandort schrittweise

modernisiert. Neben der Zentralapotheke wurden unter anderem die Zentrale Notaufnahme und das ambulante Operieren umgebaut beziehungsweise erweitert, eine neue Intensivstation geschaffen, die Radiologie modernisiert, ein MRT eingerichtet und die Geburtshilfe umgebaut.

Ein besonders anschauliches Beispiel ist unser Operationsbereich. Über vier Jahre wurde dieses Herzstück der Klinik bei laufendem Krankenhausbetrieb entkernt und grundlegend saniert. 2018 konnten vier moderne **Operationssäle und der neue Aufwachraum eröffnet werden. Stadtklinik und Land investierten hierfür mehr als acht Millionen Euro.**

Ich erwähne diese Investitionen nicht, um Förderbescheide aus vergangenen Jahren gegeneinander aufzurechnen.

Sie zeigen vielmehr, dass Stadt und Land über viele Jahre von einem gemeinsamen Grundverständnis ausgegangen sind:

Dieser Krankenhausstandort wird modernisiert, medizinisch weiterentwickelt und auf die Anforderungen der Zukunft vorbereitet.

Seinen bislang sichtbarsten Ausdruck hat dieser Weg mit dem Erweiterungsbau gefunden, den wir erst in diesem Jahr gemeinsam eröffnet haben.

Mehr als 51 Millionen Euro wurden dort investiert, davon mehr als 36 Millionen Euro mit Unterstützung des Landes. Entstanden sind 111 stationäre Betten und 20 tagesklinische Plätze mit modernen Strukturen insbesondere für Psychiatrie, Geriatrie sowie Geburtshilfe und Wöchnerinnenversorgung.

Damals standen Vertreter von Stadt und Land gemeinsam in einem Gebäude, das gerade deshalb errichtet wurde, weil dieser Krankenhausstandort eine Zukunft haben soll.

Das waren keine Investitionen in die Vergangenheit.

Es waren Investitionen in die medizinische Versorgung der kommenden Jahre.

Und auch damit ist dieser Weg nicht abgeschlossen.

Der Erweiterungsbau ist Teil eines größeren Gesamtkonzepts. Als nächster Schritt ist die grundlegende Sanierung des Bestandsgebäudes vorgesehen. Noch im Krankenhausinvestitionsprogramm 2026 ist hierfür eine Anlaufrate vorgesehen. Auch für die psychiatrische Tagesklinik mit 20 Plätzen in Limburgerhof besteht ein gemeinsamer Investitions- und Entwicklungspfad.

Wir sprechen also nicht über Krankenhausplanungen aus einer vergangenen Epoche.

Wir sprechen über einen Entwicklungspfad, den Stadt und Land bis in dieses Jahr hinein gemeinsam fortgeschrieben haben.

Gerade diese zeitliche Nähe macht die heutige Situation für mich erklärungsbedürftig.

Noch vor wenigen Monaten haben Stadt und Land gemeinsam einen Erweiterungsbau eröffnet, der ausdrücklich als Investition in die Zukunft der regionalen Gesundheitsversorgung verstanden wurde. Parallel werden weitere Investitionspfade verfolgt. **Und nun wird eine strukturelle Entwicklung empfohlen, deren konkrete Auswirkungen auf Teile dieser Strukturen bislang noch gar nicht abschließend beschrieben werden können.**

Deshalb ist es aus meiner Sicht eine berechtigte Erwartung an das Land, uns sehr konkret zu erläutern, wie dieser gemeinsam eingeschlagene Investitions- und Entwicklungspfad mit dem nun empfohlenen strukturellen Zielbild zusammengeführt werden soll.

Es geht dabei nicht um eine rückwärtsgewandte Diskussion über bereits ausgegebenes Geld.

Es geht um etwas Grundsätzlicheres: um die Verlässlichkeit und Folgerichtigkeit gemeinsamer Krankenhausplanung. Wer über viele Jahre gemeinsam ein Fundament legt, muss erklären können, wie auf diesem Fundament weitergebaut werden soll.

Dasselbe gilt für unsere medizinische Entwicklung.

Wir bauen unsere MVZ-Strukturen aus und erweitern die hausärztliche Versorgung. Damit reagieren wir auf einen absehbaren Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten und verbinden ambulante und stationäre Versorgung stärker miteinander.

Wir arbeiten an regionalen Kooperationen.

Und wir übernehmen mit der geplanten **psychiatrischen Tagesklinik in Limburgerhof ganz bewusst Versorgungsverantwortung über die Grenzen unserer eigenen Stadt hinaus.**

Vieles von dem, was heute unter den Überschriften Ambulantisierung, sektorenübergreifende Versorgung und regionale Vernetzung diskutiert wird, haben wir in Frankenthal also längst begonnen.

Wir warten nicht darauf, dass uns Veränderung verordnet wird. Wir verändern uns bereits.

Unter laufendem Betrieb, unter wirtschaftlichem Druck und gleichzeitig mit dem Anspruch, medizinische Qualität und Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Auch wirtschaftlich hat sich etwas bewegt

Gerade die wirtschaftliche Entwicklung möchte ich dabei nicht aussparen.

Als ich Anfang 2024 Verantwortung als Krankenhausdezernent übernommen habe, standen wir in einer Größenordnung von ungefähr zehn Millionen Euro Defizit.

Für eine Stadt wie Frankenthal, deren finanzielle Handlungsmöglichkeiten ohnehin erheblich begrenzt sind, war und ist eine solche Größenordnung auf Dauer nicht tragfähig.

Deshalb haben Direktorium, Führungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den vergangenen Jahren einen anspruchsvollen Konsolidierungsweg begonnen.

Nach dem aktuellen Bericht im Krankenhausausschuss erwarten wir für 2026 nach derzeitiger Prognose ein Defizit von ungefähr 4,3 Millionen Euro und damit eine weitere Verbesserung von mehr als einer Million Euro gegenüber der bisherigen Planung.

Ich möchte diese Zahl weder schönreden noch politisch überhöhen.

4,3 Millionen Euro Verlust bleiben eine erhebliche Belastung.

Aber wer eine Klinik bewertet, muss nicht nur den absoluten Stand betrachten, sondern auch den Weg, den sie zurückgelegt hat.

Von einer Größenordnung von rund zehn Millionen Euro auf etwa 4,3 Millionen Euro zu kommen, ist eine erhebliche Entwicklung. Sie zeigt, dass Maßnahmen greifen und dass in diesem Haus viel geleistet worden ist.

Und das ist vor allem das Verdienst der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Stadtklinik.

Sie haben diese Veränderungen in einer Zeit mitgetragen, in der Krankenhäuser bundesweit unter erheblichem wirtschaftlichem, personellem und strukturellem Druck stehen.

Ihnen gilt deshalb ausdrücklich mein Dank.

Gleichzeitig wissen wir, dass wir noch nicht am Ziel sind.

Was Zahlen zeigen - und was sie noch nicht zeigen

An dieser Stelle gehört für mich noch ein weiterer Punkt in die Bewertung, den wir im weiteren Verfahren sehr genau klären müssen: Auf welchen Zeitraum und auf welchen Entwicklungsstand unseres Hauses schaut die Krankenhausplanung eigentlich, wenn sie Schlussfolgerungen für die kommenden Jahre zieht?

Krankenhausplanung muss mit Daten arbeiten. Das ist richtig und notwendig. Aber Zahlen haben einen Stichtag - Entwicklungen haben eine Richtung. Gerade bei einem Krankenhaus, das sich mitten in einem tiefgreifenden medizinischen, organisatorischen und wirtschaftlichen Veränderungsprozess befindet, kann deshalb der Blick auf zurückliegende Jahre allein noch kein vollständiges Bild seiner Zukunftsfähigkeit vermitteln.

Öffentlich bekannte Grundlagen der rheinland-pfälzischen Krankenhausstrukturplanung greifen teilweise auf **Ist-Daten aus früheren Jahren zurück und entwickeln daraus Prognosen**. Welche Datengrundlage für die konkrete Frankenthaler Empfehlung letztlich ausschlaggebend war, werden wir gegenüber dem Land noch präzise klären. Für unsere politische Bewertung ist aber eines wichtig: **Die Jahre, aus denen solche Daten**

stammen, waren für Krankenhäuser außergewöhnliche Jahre - geprägt von Pandemie und Nachwirkungen, wirtschaftlichen Verwerfungen und bei uns in Frankenthal von einer besonders schwierigen Phase des Hauses.

Die Stadtklinik des Jahres 2026 ist jedoch nicht mehr die Stadtklinik des Jahres 2023 oder 2024. Unser wirtschaftliches Ergebnis verbessert sich deutlich. Medizinische und organisatorische Maßnahmen greifen. Ambulante Strukturen werden ausgebaut. Wir gewinnen wieder Fachkräfte. Ein hochmoderner Erweiterungsbau ist in Betrieb gegangen. Und vieles von dem, was wir heute an Entwicklung sehen, kann sich in historischen Fallzahlen naturgemäß noch gar nicht vollständig widerspiegeln.

Deshalb erwarte ich, dass bei einer Entscheidung über die langfristige Zukunft unseres Standortes nicht nur gefragt wird: Wo kam dieses Krankenhaus her? Es muss ebenso gefragt werden: Wo steht es heute - und wohin entwickelt es sich? Wer Zukunft plant, darf nicht ausschließlich in den Rückspiegel schauen.

Das ist kein Plädoyer dafür, Zahlen zu ignorieren. Im Gegenteil: Entscheidungen dieser Tragweite müssen faktenbasiert sein. Aber zu einer guten Faktenbasis gehören neben historischen Fallzahlen auch aktuelle Entwicklungen, regionale Versorgungsbedarfe, bereits getätigte Investitionen, Personalentwicklung, Erreichbarkeit und die Frage, welche Strukturen in einer alternden Gesellschaft künftig tatsächlich gebraucht werden.

Was könnte eine Regioklinik für Frankenthal bedeuten?

Was bedeutet also eine Regioklinik?

Auch hier sollten wir **weder dramatisieren noch beschönigen.**

Der Grundgedanke einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, stationäre, ambulante und weitere Versorgungsangebote stärker miteinander zu verbinden, kann für bestimmte Krankenhäuser Chancen bieten. Gerade für Innere Medizin und Geriatrie, für ambulante Angebote, MVZ-Strukturen oder andere sektorenübergreifende Versorgungsformen können daraus neue Möglichkeiten entstehen.

Inzwischen wissen wir aber auch, dass eine solche Regioklinik nicht einfach unsere heutige Stadtklinik mit einem neuen Namen wäre.

Wenn wir die bislang bekannten Rahmenbedingungen überschlägig auf Frankenthal übertragen, stellen sich vielmehr sehr konkrete Fragen für medizinische Strukturen, die unser Krankenhaus heute prägen:

für die stationäre Chirurgie und damit auch für unsere modernisierten Operationssäle,

für Anästhesie und Intensivmedizin,

für unsere Stroke Unit,

für die Geburtshilfe

und für die heutige Form der Notfallversorgung.

Und gerade in einem Krankenhaus kann man diese Bereiche nicht einzeln aus einem Organigramm herausnehmen.

Ein Krankenhaus ist ein medizinisches Gefüge.

Wenn sich eine Säule verändert, hat dies Auswirkungen auf andere Bereiche.

Eine Veränderung chirurgischer Leistungen berührt beispielsweise OP, Anästhesie und Intensivmedizin. Veränderungen solcher Strukturen können

wiederum Auswirkungen auf Notfallversorgung, Weiterbildung, Personalgewinnung und letztlich auch auf die Wirtschaftlichkeit anderer Abteilungen haben.

Deshalb müssen wir uns bewusst machen:

Wenn die bekannten Rahmenbedingungen eines solchen Modells tatsächlich auf Frankenthal übertragen würden, könnte es um ein medizinisch deutlich anderes Krankenhaus gehen als das, das die Menschen unserer Stadt heute kennen.

Wie weit diese Veränderungen tatsächlich reichen würden, können und sollten wir heute allerdings noch nicht behaupten.

Wir kennen kein verbindliches Frankenthaler Zielbild.

Wir kennen keine verbindliche zukünftige Bettenzahl.

Wir kennen keine belastbare Personalstruktur.

Wir wissen nicht abschließend, welche heutigen Leistungen möglicherweise in anderer Form am Standort fortgeführt werden könnten.

Auch die Psychiatrie ist gesondert zu betrachten.

Gerade deshalb möchte ich gegenüber unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr klar sein:

Ich werde heute keine Bettenzahl nennen, die nicht belastbar feststeht. Ich werde keine Zahl möglicher Arbeitsplatzverluste nennen, die niemand seriös berechnet hat. Und ich werde nicht behaupten, dass medizinische Strukturen bereits verloren sind, solange darüber nicht entschieden ist.

Aber dieselbe Verantwortung bedeutet für mich auch, die möglichen Auswirkungen nicht kleinzureden.

Die Empfehlung des Landes ist für mich deshalb der Beginn einer politischen und fachlichen Auseinandersetzung über die zukünftige Struktur unseres Standortes - nicht deren Ende.

Wenn eine Empfehlung im Raum steht, die den Charakter unseres Krankenhauses erheblich verändern könnte, dann werden wir diese Empfehlung nicht einfach zur Kenntnis nehmen und uns anschließend nur noch mit ihrer Umsetzung beschäftigen.

Wir werden prüfen.

Wir werden Alternativen einfordern.

Und dort, wo es für die medizinische Versorgung unserer Stadt notwendig ist, werden wir auch für den Erhalt leistungsfähiger Strukturen in Frankenthal kämpfen.

Dabei werden wir uns nicht darauf beschränken, nur noch darüber zu diskutieren, wie eine Regioklinik in Frankenthal ausgestaltet werden könnte.

Wenn andere oder weitergehende Modelle eine bessere medizinische Versorgung für Frankenthal und die Region gewährleisten können, dann gehören auch diese Modelle auf den Tisch.

Die Versorgung muss das Modell bestimmen - nicht umgekehrt

Meine Damen und Herren,

Krankenhausmedizin wird sich verändern. Und selbstverständlich wird sich auch unsere Stadtklinik weiterentwickeln. Die entscheidende Frage ist aber, in

welche Richtung - und mit welchem Ergebnis für die Menschen in Frankenthal und unserer Region.

Deshalb darf unsere erste Frage nach der Empfehlung des Landes nicht lauten: Wie gestalten wir jetzt eine Regioklinik in Frankenthal aus?

Unsere erste Frage muss lauten: **Welche medizinische Versorgung brauchen die Menschen in Frankenthal und im angrenzenden Rhein-Pfalz-Kreis - und welche Struktur gewährleistet diese Versorgung dauerhaft, qualitativ gut und tatsächlich erreichbar?**

Das ist für mich der Maßstab.

Die Empfehlung des Landes ist keine Vorentscheidung, der wir jetzt nur noch folgen müssten. Wenn andere Strukturen, Kooperationen oder Modelle eine stärkere medizinische Versorgung ermöglichen, dann müssen auch diese Möglichkeiten geprüft werden.

Für mich folgt daraus zugleich eine klare politische Grenze: Ein neues Versorgungsmodell darf nicht dazu führen, dass Frankenthal am Ende formal einen Klinikstandort behält, die für unsere Bevölkerung wesentlichen medizinischen Leistungen aber in einem Umfang verliert, der den Charakter des Hauses grundlegend verändert. Das wäre keine bloße organisatorische Neuordnung, **sondern eine reale Veränderung der Daseinsvorsorge vor Ort.**

Denn zwischen einer sinnvollen Konzentration hochspezialisierter Medizin und dem Verlust wesentlicher wohnortnaher Versorgung besteht ein erheblicher Unterschied.

Deshalb habe ich in den vergangenen Tagen die politischen und institutionellen Ebenen eingebunden: den Gesundheitsminister, den Ministerpräsidenten, unsere Landtagsabgeordneten, den Städtetag, die Krankenhausgesellschaft und den Rhein-Pfalz-Kreis. Und deshalb haben wir heute auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus erster Hand informiert und ihre Fragen aufgenommen.

Wie wichtig es ist, die konkrete Versorgungssituation vor Ort im Blick zu halten, zeigt sich besonders an **unserer Zentralen Notaufnahme**. Mehr als 20.000 Menschen werden dort Jahr für Jahr versorgt. **Allein 2024 waren es 21.918 Patientinnen und Patienten** - im Durchschnitt rund 60 Menschen an jedem einzelnen Tag.

Das ist keine abstrakte Zahl. Das ist gelebte Daseinsvorsorge und ein starkes Argument für die Bedeutung dieses Krankenhausstandortes.

Wenn über die künftige Struktur unseres Hauses gesprochen wird, dann muss deshalb auch eine ganz **praktische Frage beantwortet werden**: Wo und wie sollen diese Menschen künftig mindestens genauso verlässlich versorgt werden? Sind die entsprechenden Kapazitäten in den umliegenden Notaufnahmen tatsächlich vorhanden? Und was bedeuten mögliche Veränderungen der Versorgungswege für Rettungswagen, Notarzt und die gesamte Rettungskette?

Gerade bei zeitkritischen Erkrankungen wie einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt reicht es nicht, auf einer Landkarte festzustellen, dass ein anderes Krankenhaus rechnerisch erreichbar ist. Entscheidend ist, wie schnell der Patient tatsächlich die notwendige medizinische Versorgung erhält. 30 Minuten

Fahrzeit zu einem Krankenhaus sind nicht automatisch 30 Minuten bis zur notwendigen Behandlung. Bei einem Schlaganfall zählt Zeit.

Diese Fragen nehmen keine Entscheidung vorweg. Sie zeigen vielmehr, was bei jeder weiteren Planung mitgedacht und belastbar beantwortet werden muss. **Patientenströme lassen sich auf dem Papier verschieben. Menschen nicht.** Und genau deshalb ist wohnortnahe Versorgung für mich keine Floskel, sondern ein konkreter Auftrag.

Daher befürworte ich auch eine gemeinsame Resolution des Stadtrates . Unser Signal sollte klar sein:

Frankenthal soll ein starker medizinischer Versorgungsstandort bleiben. Wir wollen eine verlässliche und wohnortnahe Versorgung für unsere Bürgerinnen und Bürger und für die Menschen unserer Region.

Und wir erwarten, dass bei der weiteren Planung alle tragfähigen Möglichkeiten geprüft werden, die dieses Ziel bestmöglich gewährleisten.

Dafür werde ich mich in den kommenden Gesprächen einsetzen. Und dafür sollten wir heute möglichst gemeinsam eintreten.

Wir haben in den vergangenen Jahren gezeigt, dass wir bereit sind, unsere Stadtklinik zu verändern: Wir haben investiert, modernisiert, ambulante Strukturen aufgebaut, Kooperationen begonnen und zugleich einen schwierigen wirtschaftlichen Konsolidierungsprozess eingeleitet. Diesen Weg wollen wir fortsetzen.

Die Zukunft unserer Stadtklinik darf nicht über Frankenthal hinweg geplant werden. Sie muss mit Frankenthal gestaltet werden. Wir haben gemeinsam in diesen Standort investiert, ihn modernisiert und einen Zukunftspfad eingeschlagen. Deshalb müssen wir jetzt auch gemeinsam

Verantwortung für seine Zukunft übernehmen. Für mich gilt dabei: Die Versorgung muss das Modell bestimmen - nicht das Modell die Versorgung.

Was die Empfehlung des Landes und die bislang bekannten Rahmenbedingungen einer Regioklinik medizinisch und wirtschaftlich konkret für unsere Stadtklinik bedeuten könnten - und ebenso wichtig: was wir heute noch nicht belastbar wissen -, wird Ihnen nun Herr Dr. Toth näher erläutern.

Herr Dr. Toth, bitte.