



KRANKENHAUSFUSIONEN

Privatisierung auf Pommersch

Weshalb sich das Universitätsklinikum Greifswald ein Kreiskrankenhaus zulegte und private Wettbewerber außen vor blieben – agieren öffentliche Träger anders als private?

Foto oben: „Mit der regionalen Ausweitung in die Fläche betritt das Universitätsklinikum Greifswald bundesweit Neuland“, erklärte der Ärztliche Direktor Claus Bartels.

Das Universitätsklinikum Greifswald, das im Mai das nahe liegende Kreiskrankenhaus Wolgast übernommen hat, bemüht sich nach Kräften, den Verdacht zu zerstreuen, die Neuerwerbung werde zu einer bloßen Außenstelle der Klinik umfunktioniert. „Als Standort bleiben wir eigenständig“, beteuert der übernommene Geschäftsführer Michael Kulle. Rein ökonomisch wäre das Modell Außenstelle sinnvoll. Die Monopolkommission, die für den Bundeswirtschaftsminister die Fusion begutachtet hatte, ist jedenfalls der Meinung, Wolgast werde zu einem Portalkrankenhaus für Greifswald. Die Portal-Idee meint, dass sich eine zentrale Klinik mit Satelliten umgibt, die die Erstversorgung leisten und die Patienten dann weiterreichen.

Öffentliches Pilotprojekt

Private Klinikketten, die bisher das Fusionsgeschäft dominieren, optimieren so den Patientenfluss. Agieren öffentliche Träger anders? Nach den Bekundungen aus dem hohen Norden: ja. Ob auch in der Tat, wird sich zeigen. Die Fusion Greifswald-Wolgast, die schon wegen des langwierigen Kartellverfahrens bis hin

zu einer Ministererlaubnis Aufsehen erregte, ist somit auch gesundheitspolitisch von Interesse. „Mit der regionalen Ausweitung in die Fläche, sowohl im medizinischen Bereich als auch in der Lehre und Forschung, betritt das Universitätsklinikum Greifswald bundesweit Neuland“, erkennt denn auch Prof. Dr. med. Claus Bartels, der Ärztliche Direktor, und Gunter Gotal, der Kaufmännische Geschäftsführer, beide Greifswald, spricht vom Pilotcharakter für Klinikstrukturen.

Bemerkenswert an dem Fall ist schon heute, dass ein öffentlicher Träger als Käufer auftrat. Bisher war es üblich, dass öffentliche Krankenhäuser von privaten Aufkäufern geschluckt wurden. Die Klinikketten sind damit groß geworden, dass Kommunen, aber auch Bundesländer, und karitative Gemeinschaften ihre Kliniken loswerden wollten, weil sie Geld brauchten, weil ihnen die Managementfähigkeiten abgingen, weil sie die öffentliche Daseinsvorsorge oder die Nächstenliebe neu definierten. Im Fall Wolgast war es ähnlich und doch anders. Ähnlich: Der Landkreis Ostvorpommern wollte verkaufen. Anders: Er wollte keinen

privaten Erwerber und nahm sogar in Kauf, nicht den Maximalpreis zu bekommen. So kam das Uniklinikum Greifswald ohne öffentliches Bieterverfahren für günstige 6,1 Millionen Euro an das Kreiskrankenhaus. An dem hatte die Uniklinik ursprünglich aus einem simplen Grund Interesse: Sie brauchte Betten für die Statistik. Die Stilisierung zum Pilotprojekt folgte.

778 + 180 = 958

Greifswald kam 2005 in die Breddouille. Das Universitätsklinikum zählte nur 778 Betten. Tendenz: fallend. Der Wissenschaftsrat war hingegen der Ansicht, die kritische Masse für ein Uniklinikum liege bei 850 Betten. Und schon diese Messzahl könnte mit Rücksicht auf Greifswald, die kleinste Einheit der Hochschulmedizin in Deutschland, festgesetzt gewesen sein. Penibel gerechnet hätte also das Klinikum Greifswald seinen Status verlieren müssen. Damit wäre auch das Schicksal der medizinischen Fakultät besiegelt gewesen und 1 300 Studierende hätten sich aus der Ostseestad verabschieden müssen. Es traf sich daher gut, dass der Landkreis Ostvorpommern zufällig zur selben



Foto: JMG

Zeit sein Kreiskrankenhaus versilbern wollte. Das zählt 180 Betten. 778 plus 180 macht 958. Die Fusion katapultierte Greifswald also in den grünen Bereich.

Hängepartie

Das grüne Licht ließ indes auf sich warten. Der Kaufvertrag wurde zwar 2005 geschlossen, doch das Bundeskartellamt in Bonn bemängelte, Greifswald werde durch die Fusion in der Region marktbeherrschend, und untersagte die Fusion. Die Greifswalder klagten gegen den Bonner Spruch beim Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf und beantragten zugleich beim Bundeswirtschaftsminister eine Ausnahmegenehmigung. 2008 entschied das OLG zugunsten von Greifswald, und am 17. April 2008 kam aus Berlin auch noch die Ministererlaubnis. Der Minister berief sich dabei auf das Gemeinwohl: Er sah die Existenz des Uniklinikums gefährdet, sollte es nicht zur Fusion kommen. Auch glaubte er, dank der Fusion ließe sich die in Greifswald gepflegte community medicine weiter ausbauen, könnten doch die Patienten- und Wirtschaftsdaten von Wolgast und Greifswald zusammengeführt und daraus ein einmaliges Forschungsprojekt werden.

Nach der Entscheidung schuf das Uniklinikum prompt Tatsachen. Es überwies die 6,1 Millionen Euro und begann mit der Integration: Patienten sollen verlegt, Personal umgesetzt und die Qualität angehoben werden. Ein Wettbewerber hat trotz der Greifswalder Voreile gegen die

Ministergenehmigung Einspruch erhoben. Die Kartellamtler folgten und legten Rechtsbeschwerde beim Bundesgerichtshof ein. Die Verfahren laufen.

Das Bundeskartellamt interessiert sich zunehmend für die Übernahmen auf dem Krankenhausmarkt. Seit 2004 seien mehr als hundert beabsichtigte Zusammenschlüsse von Krankenhäusern angemeldet worden, vier habe das Kartellamt untersagt. Ein Verbot, wie im Fall Greifswald-Wolgast, kommt also selten vor. Betroffen sind zwei Häuser der öffentlichen Hand, während gewöhnlich die Käufer privat und die Übernahmekandidaten öffentlich (oder freigemeinnützig) sind. Dem Bundeskartellamt scheint die Trägerschaft egal zu sein. Eine herbe Lehre für „Öffentliche“, die sich in einer Sonderstellung wähen. Auch insofern hat der Fall Greifswald Pilotcharakter: das Uniklinikum als Wettbewerber wie andere (vgl. aber das Kurzinterview).

Am Krankenhaus Wolgast hatten auch private Träger Interesse. Sie gingen leer aus, weil der Landkreis sich von vornherein festgelegt hatte. Widerstand leistete lange eine private Spezialklinik. Sie wurde vom Landkreis heftig zur Ordnung geru-

fen, hat sich arrangiert und möchte nun „keine weiteren Briketts in das Feuer legen“. Die Schweizer Ameos-Gruppe, die zwei Krankenhäuser in der Region betreibt, störte sich an der ministeriellen Begründung zugunsten der community medicine. An Forschungsdaten könne man auch durch Kooperationen kommen, versichert ein Ameos-Vorstand. Die Rhön-Klinikum AG, die unter den Interessenten gewesen sein soll, möchte zu Einzelfällen nicht Stellung nehmen, bekundet aber, langfristig in allen Regionen Deutschlands vertreten sein zu wollen. In Mecklenburg-Vorpommern ist sie bisher nicht vertreten.

Nach der Greifswald-Entscheidung des Ministers rechnet sich das Uniklinikum Rostock gute Chancen aus, eine weitere Klinik in Rostock zu erwerben. Bei der Finanzierung könnte sich ein Blick nach nebenan lohnen: Die Greifswalder haben Wolgast weitgehend auf Kredit gekauft. Geschäftsführer Gotal erwartet nun, dass sich Wolgast „an der Refinanzierung unseres Investments“ beteiligt, und Wolgast berichtet sogleich von einer „erfolgreichen Halbjahresbilanz“. Nach der Methode privatisierten bisher die Heuschrecken. ■

Norbert Jachertz

2 FRAGEN AN...

Rüdiger Strehl, Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)



Ihr Verband glaubt, die Ministererlaubnis im Fall Greifswald-Wolgast habe die öffentlich geführten Universitätskliniken nachdrücklich gestärkt. Warum?

Strehl: Die Greifswald-Entscheidung erkennt erstmals an, dass die Sicherstellung hochschulmedizinischer Forschung gegenüber rein kartellrechtlichen Erwägungen vorrangig ist. Politisch konsequent wäre es nun, diesen Vorrang gesetzlich abzusichern. Das gilt auch für die Lehre. Der Gesetzgeber muss der einseitigen Spruchpraxis des Bundeskartellamts

die Grundlage entziehen. Er kann sich an dieser Grundsatzenscheidung nicht länger vorbeimogeln.

Sie halten die Fusion auch wegen des Zusammenspiels von DRG-Krankenversorgung und Forschung und Lehre für nötig. Meinen Sie damit, dass sich Universitätskliniken – wie jetzt in der Region Greifswald – verstärkt der Grund- und Regelversorgung annehmen sollen?

Strehl: Universitätskliniken betätigen sich traditionell auch in der Grund- und Regelversor-

gung. Für die Forschung benötigen sie diesen Zugang zum Patienten. Der Bundeswirtschaftsminister hat diesem Zusammenhang Rechnung getragen. In welchem Umfang sich ein Universitätsklinikum engagiert, kann nicht pauschal beantwortet werden. In strukturschwachen Regionen stellen sich andere versorgungspolitische Fragen als in Ballungsräumen. Übernahmen primär aus Gründen der Krankenversorgung bleiben für Universitätsklinika im geltenden Recht weiterhin schwierig bis unmöglich. ■