Foto: GettyImages/serts

Kliniken in Hessen

Keine Überlebensgarantie

Hessen ist eines der Bundesländer mit besonders vielen und kleinen Krankenhäusern. Träger und Verantwortliche müssen sich der Diskussion stellen, welchen Beitrag zur Versorgung das eigene Haus leistet, schreibt unser Autor. Der Geschäftsführer des Klinikverbundes Hessen skizziert Szenarien für eine künftige Gesundheitsversorgung und die Rolle der Krankenhäuser darin.

Von Reinhard Schaffert

Unbestritten hat Deutschland bezogen auf die Bevölkerung im internationalen Vergleich sehr viele Krankenhäuser. Nach Auswertungen des RWI im Krankenhaus Rating Report gab es im Jahr 2017 bundesweit 241 Krankenhausstandorte pro zehn Millionen Einwohner. Hessen lag mit 272 Standorten pro zehn Millionen Einwohner deutlich darüber und wurde nur von Bayern übertroffen. Mehr als die Hälfte der hessischen Krankenhausstandorte hatte demnach weniger als 150 Betten.

Probleme im ambulanten Bereich

Krankenhauslandschaft und stationäre Versorgung können nicht losgelöst von der ambulanten Versorgung betrachtet werden. Untersuchungen zur stationären Versorgung, wie die Bertelsmann-Studie, postulieren, dass mindestens 20 Prozent der derzeitigen stationären Leistungen auch ambulant erbracht werden können. Das setzt allerdings einen entsprechend leistungsfähigen ambulanten Versorgungsbereich voraus. Das ist in Hessen und insgesamt in Deutschland, nicht flächendeckend gegeben. Mangelnde Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit, Konzentration auf städtische Regionen oder lukrativere Leistungen

und die zunehmende Bedeutung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen der ärztlichen Tätigkeit einerseits sowie Familie und Freizeit andererseits führen bereits jetzt in einigen ländlichen Regionen Hessens zu Versorgungsproblemen im ambulanten Bereich. Analysen der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte lassen auch für andere Regionen in eine unterversorgte Zukunft blicken.

Hinzu kommt, dass sich die ambulante ärztliche Versorgung zunehmend institutionalisiert: Gab es 2013 noch weniger als zehn Prozent angestellte Ärzte im ambulanten Bereich, stieg der Anteil bis 2019 auf über 20 Prozent. Das hat nicht nur mit der Work-Life-Balance zu tun. Neben der eher geregelten Arbeitszeit und der Entlastung von administrativen Tätigkeiten spielen die Möglichkeit des Austauschs unter Kollegen und bessere Fort- und Weiterbildungsoptionen ebenfalls eine Rolle.

Das Krankenhaus ist kein Selbstzweck

Krankenhäuser müssen sich auch in Hessen der Tatsache stellen, dass es keine Überlebensgarantie gibt. Bereits eine geringe Verschiebung des Verhältnisses von Einnahmen zu Kosten kann bei einigen Krankenhäusern die Insolvenz auslösen. Die wirtschaftliche Situation richtet sich nicht ausschließlich nach der Größe des Krankenhauses oder dessen Bedarfsnotwendigkeit. Defizite machen kleine und große Häuser auf dem Land und in Ballungszentren – genauso wie jeweils auch positive Ergebnisse erzielt werden können.

Der wirtschaftliche Bestand eines Krankenhauses als stationäre Einrichtung ist kein Selbstzweck. Träger und Verantwortliche müssen sich der Diskussion stellen, welchen Beitrag zur Versorgung das eigene Krankenhaus tatsächlich leistet und inwieweit der Wegfall des Krankenhauses die Versorgung der betroffenen Bevölkerung beeinflussen würde. Das gilt insbesondere für Hessen mit relativ vielen und kleinen Krankenhäusern.

Die Schließung eines Krankenhauses kann auch positive Auswirkungen haben, sowohl für Bevölkerung und Patienten als auch für das Personal. Oft nehmen die Menschen, die in unmittelbarer Umgebung des Krankenhauses leben, einen etwas weiteren Weg in Kauf. Vor allem wenn sie dafür eine bessere oder sicherere Versorgung erhalten. Das Personal wird meist mit offenen Armen von den Nachbarkliniken aufgenommen und kann unter Umständen von besseren oder flexibleren Arbeitsbedingungen sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten profitieren.

Schließungen, Insolvenzen und Interventionen

Seit 2009 war die Zahl der Krankenhäuser in Hessen kontinuierlich rückläufig. Schließungen führen in der betroffenen Bevölkerung regelmäßig zu Widerständen, wie beispielsweise im Fall der Helios Klinik in Bad Schwalbach. Dabei kommt es in erheblichem Maße auf die Kommunikation durch den Träger und andere Beteiligte sowie das Angebot von Alternativen für Gesundheitsleistungen am Standort an. Bei guter Kommunikation der Pläne und geeigneten Angeboten lassen sich Standortschließungen durchaus vermitteln und laufen vergleichsweise still ab, wie bei der Übernahme des Marien-Hospitals durch das Klinikum in Darmstadt. Auch Insolvenzen können Chancen sein. So nahm die Kreisklinik Groß-Gerau ihr Insolvenzverfahren zum Anlass, einen Umbau der Klinik zu einem intersektoralen Versorgungszentrum voranzutreiben. Es gab jedoch auch Interventionen, um Schließungen abzuwenden, wie den Kauf des Katharinen-Krankenhauses in Frankfurt durch einen privaten Träger oder der Kliniken Wolfhagen und Hofgeismar durch den Landkreis Kassel.

Gesundheitspolitik ist Verbandspolitik. Das heißt, Gesundheitspolitik wird meist aus Sicht und entlang der Interessen der Verbände wie Kassenärztliche Vereinigung (KV), Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen gemacht. Politik und Verbände täten gut daran, gelegentlich die Perspektive zu wechseln. Das gilt einerseits im Hinblick auf andere Verbände – schließlich bilden die verschiedenen Bereiche eine Art Symbiose: Man ist aufeinander angewiesen. Das gilt aber auch im Hinblick auf den eigentlichen Zweck: die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und Patienten. Aus dieser Perspektive geht es nicht mehr primär um die Frage, ob ein Krankenhaus Gewinne oder Verluste macht, sondern ob und wie es seine Aufgabe in der Gesundheitsversorgung erfüllt und welche Rolle es dabei spielt, auch in der Zukunft.

Fehlende Planung in Hessen

Leider ist die Krankenhausplanung in Hessen wie auch in anderen Ländern eher eine Bestandsverwaltung als eine Gestaltung. Das ist kein Vorwurf an die jeweilige Regierung, sondern hat vielfältige, auch verfassungsrechtliche Gründe. Das Land kann weder einfach Krankenhäuser aus dem Plan nehmen, noch vorschreiben, wo ein Standort sinnvollerweise neu aufgebaut oder aus anderen Standorten zusammengeführt werden sollte.

Die untereinander im Wettbewerb stehenden Träger haben in diesen Fragen die Entscheidungshoheit, trägerübergreifende Projekte sind selten und im kommunalen Bereich sind bereits Kreisgrenzen oft unüberwindbare Hürden. Das Land kann allenfalls auf die Bundesgesetzgebung und die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zurückgreifen. Doch selbst wenn die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Einzelfall greifen, ist nicht gesagt, dass es die „richtigen“, also nur die nicht versorgungsnotwendigen Häuser trifft.

Die Strukturveränderung muss gemeinsam von den Krankenhäusern selbst vorangetrieben werden. Während der wirtschaftliche, qualitative oder sonstige Druck meist ungezielt ist, können nur Krankenhäuser und ihre Träger selbst die Strukturen im Sinne einer abgestimmten Versorgung sinnvoll konsolidieren. Wenn Krankenhäuser, ihre Träger und Verbände dies tun, dann sind sie wieder die Handelnden und nicht mehr die Getriebenen und können gegenüber den notwendigen Partnern wie Land, KV und Kassen selbstbewusster auftreten. Die Alternative wäre: ruinöser Wettbewerb um Patienten und Personal durch ständige Leistungsausweitung und den Aufbau von Parallelstrukturen.

„Leider ist die Krankenhausplanung in Hessen wie auch in anderen Ländern eher eine Bestandsverwaltung als eine Gestaltung."

Reinhard Schaffert ist Geschäftsführer des Klinikverbund Hessen e. V.

Das Ziel ist eine abgestimmte vernetzte Versorgung in Kompetenzstufen, nicht einfach eine Zentralisierung und Reduktion von Standorten. Wie bei der Frage ambulant oder stationär geht es auch innerhalb der stationären Versorgung um die richtige Indikation für die richtige Leistungs- und Kompetenzstufe und das richtige Krankenhaus.

Mit dem in der Corona-Pandemie entwickelten abgestuften Versorgungskonzept und dem daraus entstandenen Sonderkapitel zum Krankenhausplan hat das Land Hessen zumindest für diesen speziellen Fall ein entsprechendes Beispiel entwickelt: Für jedes der sechs Versorgungsgebiete wurde ein Maximalversorger als koordinierendes Krankenhaus bestimmt und die Versorgung der Covid-Patienten abgestuft nach der Leistungsfähigkeit (insbesondere den Intensivbehandlungsmöglichkeiten) verteilt. Zudem wird hier auch eine konkrete Vorhaltung definiert. Dies muss auch in künftigen Finanzierungsmodellen eine Rolle spielen.

Sektorenfreie Versorgung

Die Diskussion um ambulante und stationäre Leistungen greift zu kurz. Es gibt viele Leistungen dazwischen. Solche Leistungen benötigen in unterschiedlichem Ausmaß diagnostische oder therapeutische Ressourcen eines Krankenhauses, erfordern jedoch kein stationäres Bett und keine Übernachtung. Solche dem Bedarf angepassten (skalierten) nichtstationären Behandlungen werden in Zukunft zunehmen. Die Krankenhäuser sind dafür gut gerüstet, wenn sie dort, wo es bereits heute möglich ist, auch ambulante Versorgung effizient organisieren und leisten.

Einige Krankenhäuser werden vermutlich in zehn bis 20 Jahren nur noch außerhalb des stationären Settings tätig sein – oder gar nicht mehr. Als erfahrene Institutionen im Gesundheitssystem sind sie jedoch prädestiniert als Träger oder Organisator für die erwähnte Institutionalisierung in der ambulanten Versorgung. Den Krankenhausverbänden ist zu empfehlen, diesen Umbau zu begleiten und die politischen Rahmenbedingungen einzufordern.

Bei der hessischen Krankenhausgesellschaft ist diese Erkenntnis bereits angekommen. Dort wird für die Zukunft der Krankenhäuser nicht mehr nur stationäre, sondern vernetzte sektorenfreie Gesundheitsversorgung diskutiert.

Gesetzlicher Rahmen und Finanzierung

Wem es ernst ist mit einer Verringerung der stationären Leistungen und Kapazitäten, der muss Möglichkeit und Anreiz schaffen, damit Krankenhäuser stationäre Leistungen vermeiden. Die Möglichkeit bedeutet, den gesetzlichen Rahmen so zu erweitern, dass Krankenhäuser ambulante und andere nichtvollstationäre Leistungen erbringen dürfen. Anreiz bedeutet, eine sichere und auskömmliche, vorübergehend vielleicht sogar bewusst etwas überhöhte Vergütung für diese Leistungen. Ohne die politische Bereitschaft, in ambulante Behandlung zu investieren – finanziell und strukturell – wird keine stationäre Behandlung reduziert.

Die Finanzierung von Krankenhäusern und Gesundheitsleistungen muss sich der Entwicklung anpassen. Mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG-Erlösen wurde ein Element der gezielten Personalfinanzierung etabliert. Die neue Pauschale für die gestufte Notfallversorgung vergütet eine Vorhaltung und mit dem Struktur- und dem Zukunftsfonds versucht der Bund die Defizite bei der Investitionsfinanzierung der Länder teilweise auszugleichen. Mit diesen unterschiedlichen Elementen ist die Krankenhausfinanzierung schon weit entfernt von der ursprünglichen dualen Finanzierung. Sie ließe sich zu einer modularen Krankenhausfinanzierung mit den Elementen Leistung, Personal, Investitionen und Vorhaltung für stationäre und auch ambulante Leistungen entwickeln. Weitere Anreize, zum Beispiel die Förderung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, können ergänzt werden. Größter Handlungsdruck besteht bei der Investitionsfinanzierung: Solange Krankenhäuser gezwungen sind, Einnahmen aus der Versorgung und anderen Quellen für die Eigenmittel für Investitionen abzuzweigen, muss bei der Versorgung eingespart werden.

Viele Krankenhäuser und Verbände sperren sich längst nicht mehr gegen eine Weiterentwicklung und Anpassung der Krankenhausstruktur. Vielmehr – und das gilt im Besonderen für Hessen – entwickeln sie selbst Vorschläge für eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung und die Rolle der Krankenhäuser darin. Der einseitige Vorwurf, Krankenhäuser seien lediglich auf ihren wirtschaftlichen Vorteil bedacht und es gebe zu viele, ist weder in dieser pauschalen Form richtig noch zielführend.

Reinhard Schaffert
Geschäftsführer
Klinikverbund Hessen e. V.
Forsthausstraße 1–3/Haus 3
35578 Wetzlar
gf@klinikverbund-hessen.de