

Kurzgutachten

zum

„Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen“

des Hessischen Sozialministeriums vom 13.09.2012

Dr. med. Daniel Rühmkorf

Staatssekretär für Gesundheit a. D.

10. Dezember 2012

im Auftrag der Landtagsfraktion DIE LINKE Hessen

Inhalt

1. Darlegung des Sachverhaltes/Aktuelle Rahmenbedingungen

- 1.1 Bisherige Investitionsförderung in Hessen
- 1.2 Demographische Entwicklung und Pflegebedarf
- 1.3 Versorgungsdichte

2. Populationsorientierte sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung

- 2.1 Festlegung gesundheitlicher Versorgungsziele
- 2.2 Organisation und Verantwortung

3. Beschreibung der Vor- und Nachteile Stiftungsmodell

- 3.1 Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation
- 3.2 Auswirkungen auf die kommunale Autonomie
- 3.3 Nutzen für Bevölkerung / Patienten

4. Synergieeffekte und Akzeptanz

5. Fazit und Ausblick

- 5.1 Bundespolitische Rahmenbedingungen
- 5.2 Rahmenbedingungen in Hessen
- 5.3 Das Verbund-Konzept des Sozialministeriums
- 5.4 Bewertung des Konzepts

1. Darlegung des Sachverhaltes

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich in einem Umbruch. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI) hat im Krankenhaus-Rating-Report 2012 auf die vielfache Insolvenzgefahr vieler Krankenhäuser hingewiesen. Insbesondere bei den öffentlichen Krankenhäusern häufen sich die Defizite. 18 Prozent dieser Häuser schreiben rote Zahlen und sind auf finanzielle Hilfe angewiesen.

Diese Entwicklung kommt nicht überraschend. Mit der Einführung des DRG-Systems der fallbezogenen Pauschalvergütung sollte wirtschaftlicher Druck auf die Krankenhäuser ausgeübt werden. Erforderliche krankenhauplanerische Schritte wurden zugunsten einer Ökonomisierung des Gesundheitssystems vernachlässigt. Das Resultat dieser auf Wettbewerb ausgerichteten Gesundheitspolitik lässt auch in Hessen nicht auf sich warten.

In Hessen gibt es ca. 180 Krankenhäuser mit insgesamt ca. 36.000 Betten, die jährlich fast 1,3 Mio. Patienten stationär behandeln¹. Damit verfügt Hessen bei 6 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern über ein dichtes Netz stationärer Versorgungsangebote.

In den ländlichen Gebieten Hessens sind Krankenhäuser der Grundversorgung ein Anker der sozialen Sicherung. Die Erreichbarkeit des Krankenhauses, die Vorteile von sicheren öffentlichen Arbeitsplätzen, die Kooperation mit den Akteuren vor Ort machen insbesondere Häuser mit unter 200 Betten zu wichtigen Einrichtungen der flächendeckenden Versorgung.

Im Rhein-Main-Gebiet hat dagegen nahezu jede größere Stadt ein Krankenhaus der Maximalversorgung, was zu regionalen Konkurrenzsituationen führt. In diesem Wettbewerb sind die Häuser schlecht aufgestellt. Fehlende Kooperationen führen dazu, dass die meisten großen Häuser über das gleiche Fächerspektrum verfügen statt sich zu ergänzen. Doch obwohl Kooperationen und Fusionen die Situation vieler Häuser verbessern könnten, besteht in Hessen einzig mit der Gesundheit Nordhessen Holding AG ein kommunaler Verbund unter Einbeziehung der Krankenhäuser der Region, Pflegedienste, Senioreneinrichtungen und ambulanten Versorgungsangeboten.

Viele Landkreise unterhalten hochdefizitäre Kliniken. Millionen müssen in den Kommunalhaushalten aufgebracht werden, um diese Infrastruktur zu erhalten. Dadurch fehlen den Kommunen Mittel für andere wichtige öffentliche Aufgaben. Der hessische Städte- und Gemeindebund nimmt im September 2012 zu dem Konzept Stellung. Darin wird betont, dass

¹ Krankenhausgesellschaft Hessen: Hessens Krankenhäuser in Zahlen, Daten und Fakten 2012, http://www.hkg-online.de/fileadmin/Oeffentl._Bereich/Sonstige_Unterlagen/HKG-Heft_Zahlen_Daten_Fakten_2012.pdf

in 14 der 21 hessischen Landkreise eigene Kreiskrankenhäuser betrieben werden. Kritisiert wird, dass diesen kommunalen Häusern durch die Unterfinanzierung im DRG-System sowie bei der Investitionsförderung des Landes unzureichende Mittel zur Verfügung stünden, so dass sich die Situation trotz des Vorschlags des Sozialministeriums weiter verschärfen werde. Konkret fordert deshalb der HSGB mehr Einsatz auf Bundes- und Landesebene, um in finanzielle Schwierigkeiten geratene Kliniken zu retten.

Die kommunalen Häuser Hessens stecken in einer bedrohlichen Krise. Die Gründe für die defizitäre Lage sind dabei vielschichtig. Die Schieflage der Krankenhäuser fußt zu einem großen Teil auf dem Investitionsbedarf, der allein durch die Erlöse aus den Fallpauschalen nicht gedeckt werden kann. Gleichzeitig wurden viele Investitionen für den Neuaufbau von Fachabteilungen vorgenommen, obwohl gleiche Leistungen in der Nähe von anderen Krankenhäusern ebenfalls angeboten werden. Neue Bettenhäuser entstanden, ohne die dafür notwendigen Patientenzahlen zu erreichen.

Derart gefährdete Krankenhäuser müssten deshalb umstrukturiert werden. Insgesamt haben von den 30 Landkreisen und kreisfreien Städten betriebene Kliniken nur 12 eine Bettenauslastung von über 80 Prozent. Bei Belegungen von unter 86 Prozent gehen Gesundheitsökonominnen davon aus, dass ein Haus seine Leistungen defizitär erbringt. Ein Anliegen des hessischen Sozialministers ist es deshalb, durch kooperierende Häuser eine bessere Verteilung der Fachabteilungen mit gleichzeitig besserer Bettenauslastung und besserem Betriebsergebnis zu erreichen.

Private wie auch frei-gemeinnützige Krankenhausträger haben Instrumente gefunden, um am bestehenden Krankenhausmarkt zu bestehen. Fusionen, Kooperationen und Konzentrationen führen dort zu Synergieeffekten, mit denen Kosten reduziert werden können. Insbesondere im so genannten „Tertiärbereich“ wie Finanzwesen, IT, Zentraler Einkauf, Baumanagement, Budgetrecht und Abrechnungsmanagement, Prozessmanagement, Personalwesen, Personalmanagement, Servicedienste sowie Rechtsbetreuung können durch gemeinsame Strukturen Kosten eingespart werden. Auch für Labor, Apotheke, Pathologie oder Hygiene sind Kooperationen zielführend.

Das von Sozialminister Grüttner in Auftrag gegebene Konzept strebt ein professionelles, ausschließlich auf das Unternehmensziel ausgerichtete Management an, das - ebenfalls durch Realisierung derartiger Synergieeffekte - die öffentlichen Krankenhäuser aus den roten Zahlen führen soll.

Aktuelle Rahmenbedingungen

Seit das so genannte Diagnosis-Related-Groups-System (DRG) oder Fallpauschalen-System eingeführt wurde, nahmen als Megatrends die Behandlungszeiten in den deutschen Krankenhäusern deutlich ab. So auch in Hessen: Von 2000 bis 2011 sank die Verweildauer von 9,5 auf 7,7 Tage. Gleichzeitig stieg die Zahl der behandelten Fälle stärker an, als es die Morbidität der Bevölkerung begründen könnte. Zwischen 2006 und 2011 stiegen in Hessen die Behandlungsfälle von ca. 1,2 auf ca. 1,3 Millionen Fälle². Trotz dieser Mengenausweitung können die Erlöse in vielen Krankenhäusern die entstehenden Kosten nicht decken.

Tarifsteigerungen, steigende Kosten beispielsweise für Energie und Medizinprodukte sind im DRG-System nicht ausreichend eingepreist. Unter solchen Bedingungen werden Fehlanreize gesetzt, die zu einer enormen Mengenausweitung mit dem anfangs beschriebenen Phänomen führen. Aufgrund der unzureichenden Investitionsförderung müssen fast alle hessischen Krankenhäuser aus den Fallpauschalen nicht nur die laufenden Kosten decken, sondern auch Rücklagen für erforderliche Investitionen schaffen.

Zudem werden unter dem DRG-System Krankenhäuser in einen Wettbewerb miteinander geführt. Die Versorgung kranker Menschen wird damit zu einem Gesundheitsmarkt, in dem derjenige den Zuschlag erhalten soll, der seine Leistungen möglichst günstig anbieten kann. Unter diesen Bedingungen findet kein Wettbewerb um Qualität statt. Im Gegenteil: Defizitäre Kliniken sparen an Personal, Qualität und Ausstattung.

Das hessische Sozialministerium schätzt, dass auch in der Zukunft keine wesentlich höheren Fallpauschalen zu erwarten sein werden.

1.1 Bisherige Investitionsförderung in Hessen

Unter diesen Umständen ist es umso entscheidender, dass das Land seinen Verpflichtungen zur Finanzierung der Investitionskosten nachkommt. In den vergangenen Jahren sind folgende Summen an die Krankenhäuser vergeben worden:

²

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen 2012

2006 bis 2008	je ca. 100 Mio. Euro
2009	150 Mio. Euro
2010	240 Mio. Euro
2011	90 Mio. Euro
2012	140 Mio. Euro ³

Auch im Jahr 2012 beträgt die Investitionsförderung des Landes Hessen (6 Mio. Einwohner) für 200 Krankenhäuser nur 140 Millionen Euro. Zum Vergleich: Brandenburg investiert bei einer Einwohnerzahl von 2,5 Mio. in seine 62 Krankenhäuser jährlich etwa 100 Millionen Euro.

Die zentralen Steuerungsinstrumente der Landespolitik sind die Krankenhaus-Investitionsfinanzierung und die Krankenhausplanung. Die Landesregierung hätte es in der Hand, über die Krankenhaus-Planung die Krankenhäuser zu einer engeren Kooperation zu bewegen. Aber dieses Instrument scheint unzureichend genutzt worden zu sein. Bestehende Doppelstrukturen sind Relikte alter kommunaler Erbhöfe, die nicht beschnitten wurden.

1.2 Demographische Entwicklung und Pflegebedarf

Die Bevölkerung in Deutschland wird zukünftig kontinuierlich abnehmen. Prognosen zufolge werden in Hessen im Jahr 2060 nur noch knapp 5 Mio. Menschen leben. Die räumliche Verteilung der Bevölkerung wird sich allerdings deutlich verschieben. Abwanderung insbesondere junger Menschen in die Städte lassen die Dörfer vergreisen. In der Folge werden Arbeitskräfte für die gesundheitliche Versorgung nicht mehr in der eigenen Region ausgebildet und damit auch schwerer zu gewinnen sein, um in den ländlichen Gebieten ihre Tätigkeit aufzunehmen. Die älter werdende Bevölkerung im ländlichen Raum braucht aber auch für die kommenden Jahrzehnte ein leistungsfähiges und wirtschaftlich tragbares Konzept gesundheitlicher Versorgung. Bereits heute dünnt das gesundheitliche Versorgungsangebot für die Landbevölkerung aus.

³ Quelle: Hessisches Sozialministerium, im Netz:
http://www.hsm.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=53d91fbb1deb98e4abf8fd82a655d9d1

1.3 Versorgungsdichte

Im Gesundheitsbericht Hessen von 2009 werden die Rahmenbedingungen benannt: „In Hessen werden in 182 Krankenhäusern jährlich über 1,2 Mio. Patientinnen und Patienten versorgt (Stand 2009). Damit leisten die Krankenhäuser einen entscheidenden Beitrag zur Gesundheitsversorgung in Hessen und tragen zur Gesundheitserhaltung der Bevölkerung maßgeblich bei. Die Krankenhauslandschaft in Hessen ist geprägt durch eine flächendeckende und hochwertige medizinische Versorgung.

Die Größe der Krankenhäuser hängt maßgeblich von der Anzahl der aufgestellten Betten ab:

- 79 Krankenhäuser halten weniger als 100 Betten vor.
- In 47 Krankenhäusern sind 100 bis 200 Betten aufgestellt.
- 39 Krankenhäusern weisen 200 bis unter 500 Betten auf.
- 17 Krankenhäuser zählen zu den Großeinrichtungen mit mehr als 500 Betten.
- Im Vergleich zum Jahr 1999 hat die Zahl der kleinen Einrichtungen deutlich zugenommen (+52 %).⁴

126 dieser Krankenhäuser verfügen über weniger als 200 Betten. Viele davon befinden sich im ländlichen Raum. Die Probleme dieser Einrichtungen sind aber durchaus abweichend von denen der Krankenhäuser der Maximalversorgung, die oft in räumlicher Nähe ähnliche Versorgungsangebote machen wie die Nachbarklinik. Diese Krankenhäuser der Grundversorgung sind erforderlich, um mit kurzen Anfahrtswegen für akute Krankheitsverläufe die wohnortnahe gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Dies ist ggf. unter Gewährung eines Sicherstellungszuschlages zu gewährleisten.

⁴ Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong (Hessisches Sozialministerium), Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, Dr. Bernd Rebmann (REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG), Susanne Andriessens (Hessisches Sozialministerium: Presse und Öffentlichkeitsarbeit): *Hessischer Gesundheitsbericht 2011, im Internet veröffentlicht*

2. *Populationsorientierte sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung*

Eine alleinige Betrachtung der Situation der hessischen Krankenhäuser ohne das Versorgungsumfeld mit ambulanten Einrichtungen ist nicht zukunftsweisend. Wesentlich für eine effiziente Gesundheitsversorgung sind deshalb die Abkehr von sektoralen und die Umstellung auf integrierte Versorgungsmodelle. Hierfür ist einerseits gerade im ländlichen Raum das Krankenhaus „vor Ort“ essentiell, ergänzt durch die ambulante und pflegerische Versorgung. Andererseits haben kleine regionale Krankenhäuser nur dann eine Zukunft, wenn sie neben der stationären Versorgung am ambulanten und pflegerischen Versorgungsgeschehen teilhaben können.

Der Übergang zwischen stationärer, ambulanter und pflegerischer Versorgung muss sich an den Behandlungsnotwendigkeiten der Patientinnen und Patienten orientieren.

Ein solcher Umbau erfordert ein abgestimmtes Procedere der an der stationären, ambulanten und pflegerischen Versorgung Beteiligten. Insbesondere in ländlichen Regionen Hessens ist eine gemeinsame Planung gesundheitlicher Versorgung notwendig. Regionale Gesundheitskonferenzen müssen dazu genutzt werden, um mit allen Betroffenen die entsprechenden Schritte zu einer populationsbezogenen sektorübergreifenden Versorgung zu diskutieren und zu kommunizieren.

Die vorhandenen bundesweiten Rahmenbedingungen sind aber für diese Prozesse nicht förderlich. Weiterhin setzt die Bundesregierung auf den Arzt als freien Unternehmer in eigener Praxis. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 ist es sogar schwieriger für Krankenhäuser geworden, eigene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu eröffnen und zu betreiben.

2.1 *Festlegung gesundheitlicher Versorgungsziele*

Von grundsätzlichem Interesse für das deutsche Gesundheitssystem ist die Frage, wie die Anzahl an Krankenhauseinweisungen reduziert und durch komplementäre ambulante Strukturen aufgefangen werden kann. Diesbezüglich ist das Konzept des hessischen Sozialministers bisher nur auf die Wirtschaftlichkeit der öffentlichen Krankenhäuser ausgerichtet und geht nicht auf die weiteren Versorgungsziele ein.

Mit den Indikatoren Zugänglichkeit zum System, Wartezeiten, Kostenbeteiligungen, Wirtschaftlichkeit und Patientenzufriedenheit können mehr Aspekte in die noch junge Versorgungsforschung in Deutschland einfließen. Für die weitere Planung von Krankenhäusern und ihren Kapazitäten müssen neue Rechengrößen jenseits der Bettenanzahl gefunden werden. Patientenrelevante Qualitätsergebnisse sind dabei stärker zu berücksichtigen wie auch die Frage nach der Verringerung der Sterblichkeit, die Erhaltung von Gesundheit, der Grad der Wiederherstellung von Gesundheit, die Angemessenheit von genutzten Ressourcen und weiteren Parametern.

2.2 *Organisation und Verantwortung*

Mit einem kommunalen Krankenhausverbund wird die regionale Ausrichtung der einzelnen Häuser durch den Verbund neu justiert. Der Sicherstellungsauftrag der Kommunen wird eingebettet in das Konzept des Versorgungsverbundes. Nicht jeweils ein Krankenhaus mit allen Abteilungen, sondern eine Vorhaltung der großen Fächer plus einer Zahl von Fachabteilungen soll Ziel der Neuausrichtung sein.

Um eine stärkere Mitsprache der Regionen zu gewährleisten, müssen auch Alternativen kleinerer Verbünde geprüft werden. Insbesondere unter dem Aspekt einer „Wertegemeinschaft“, wie von Minister Stefan Grüttner ausgeführt, ist die Identifikation mit den beteiligten Einrichtungen notwendig. Fraglich ist, ob zwischen den städtischen Maximalversorgern und den Häusern der Grundversorgung eine gemeinsame Grundlage gefunden werden kann. Auch hier sind andere Bundesländer weiter: Im Norden Brandenburgs haben zwei Landkreise und eine Stadt eine gemeinsame Gesellschaft: Die GLG mbH - Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH wurde Ende 2005 gegründet. Gesellschafter der GLG zu 71,1 Prozent der Landkreis Barnim, zu 25,1 Prozent der Landkreis Uckermark und zu 3,8 % die Stadt Eberswalde. Der Konzern beschäftigt zurzeit insgesamt ca. 2666 Mitarbeiter. Regionale Identität ermöglicht erst gemeinsame Planungen und die Anpassung der stationären Einrichtungen an die demographische Entwicklung.

3. *Beschreibung der Vor- und Nachteile Stiftungsmodell*

3.1 *Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation*

Das Sozialministerium will mit dem kommunalen Krankenhausverbund ein Gegengewicht zu anderen Krankenhausverbünden der privaten und frei-gemeinnützigen Häuser aufbauen.

Durch die wirtschaftliche Stärke eines neuen Verbundes und die gegenseitige Absicherung der Häuser, die bis zu einer Quersubventionierung defizitärer Häuser gehen kann, steigt die Arbeitsplatzsicherheit.

Der Vorschlag, die Krankenhäuser im Verbund nicht über die Tarifgemeinschaft der Länder, sondern über einen Konzerntarifvertrag aufzustellen, lässt befürchten, dass der TVÖD deutlich unterschritten würde. Es ist darauf zu achten, dass für die Beschäftigten keine Verschlechterung bestehender Tarifverträge erfolgt. Die Holding muss von Ihrem Beginn an einen Aufsichtsrat und einen Gesamtpersonalrat erhalten, um die betriebliche Mitbestimmung zu gewährleisten.

Durch die gewünschten Einsparungen im so genannten Tertiärbereich sind alle Servicebereiche betroffen, die schon heute für prekäre Beschäftigung, geringe Stundenlöhne und Teilzeitbeschäftigung bekannt sind. Ein rein wirtschaftlich betriebenes Outsourcing kann gravierende negative Auswirkungen auf die Beschäftigten und ihre Arbeitsverträge nach sich ziehen.

3.2 *Auswirkungen auf die kommunale Autonomie*

Viele der indizierten Krankenhäuser arbeiten seit Jahren defizitär und müssen von der öffentlichen Hand Unterstützung erhalten. Mit dem Zusammenschluss fällt das finanzielle Risiko an die Holding. Das Sozialministerium sieht in der Holding das Gegenmodell zur kommunalen Krankenhausverwaltung. Diese sei in ihren Abwägungen zu oft durch (lokal-) politische Einflussnahme beeinflusst gewesen. In der Management-Holding sollen Entscheidungen weitestgehend politikfern getroffen werden.

Nur Krankenhäuser, die durch Entschuldung oder Umschuldung von ihren drückenden Defiziten befreit werden, haben im neuen Verbund eine Chance. Dazu braucht es im Vorfeld ein Entschuldungskonzept, dass von Kommunen und der neuen Holding zu tragen ist. Eine

Quersubventionierung von profitablen zu defizitären Häusern soll noch vor dem Start des Verbundes durch eine Festlegung der wirtschaftlichen Mindestkriterien verhindert werden. Unter diesen Bedingungen ist auch das Land Hessen bereit, zur Altschuldenhilfe beizutragen. Es wird Aufgabe der Aufsichtsbehörde sein, die „Verbundfähigkeit“ einzelner Kliniken festzustellen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, damit trotz wirtschaftlicher Notlage der Kommunen der Anschluss erfolgen kann.

Das Sozialministerium lädt die Kommunen ein, sich auf den neuen Verbund einzulassen. Die Mitsprachemöglichkeiten sollen über die Aufteilung der drei wesentlichen Aufgaben (Sicherstellungsauftrag, Betrieb und Steuerung sowie Vermögensbildung) geregelt werden. Dafür sollen ein Zweckverband kommunaler Krankenhausträger, eine Management-Holding und Regional-Holding und eine Stiftung hessischer Krankenhausträger gegründet werden. Die „Wertegemeinschaft“ soll gemeinsam die notwendigen Schritte beratschlagen und Vorbereitungen zur Umstrukturierung treffen.

Der Eingriff in die kommunale Autonomie würde abgemildert durch die Einspruchsmöglichkeiten der Mitglieder des Zweckverbandes, der trotz seiner bescheidenen sechs Prozent Anteil eine Sperrminorität hätte und Unternehmensentscheidungen zu Schließungen, Schwerpunktsetzungen oder Veränderungen in der Mitgliederstruktur beeinflussen kann.

3.3 *Nutzen für Bevölkerung / Patienten*

Das regionale Krankenhaus trägt viel zur Identität der Region bei. Die Menschen müssen sich sicher sein können, im Zweifelsfall schnell das nächstgelegene Krankenhaus erreichen zu können. Der Sicherstellungsauftrag verpflichtet die Kommunen, diese Aufgabe zu erfüllen. Aber trotzdem stehen viele Krankenhäuser wie in Offenbach vor der Insolvenz bzw. dem Verkauf. Nur durch staatliches und kommunales Eingreifen kann ein solcher Schnitt verhindert werden. Es muss abgesichert sein, dass auch unter stärkerer ökonomischer Betrachtung eine Sicherstellung der stationären Versorgung erhalten bleibt. Während in den städtischen Regionen eher ein Abbau von Doppelstrukturen erfolgen müsste, ist ein Konzept zum Erhalt der ländlichen Krankenhäuser der Grundversorgung erforderlich. Beide Bereiche, ländlicher Raum und Ballungsraum, erfordern ein unterschiedliches Rettungskonzept.

4. Synergieeffekte und Akzeptanz

Das Konzept des Sozialministeriums sieht große Synergieeffekte, die sich in der Holding widerspiegeln werden. Ein einheitliches Management, „best-practise“-Verfahren, gemeinsamer Einkauf und Verwaltung und der bereits umschriebene Tertiärbereich sollen die Wirtschaftlichkeit des öffentlichen Krankenhauskonzerns absichern. Einmal in der Holding, sollen sich die Kliniken als Solidargemeinschaft gegenseitig stützen und Defizite gemeinsam getragen werden. Wenn aber ein Krankenhaus der Grundversorgung für den Ausbau eines Hauses der Maximalversorgung einen Anteil der Lasten mittragen soll, sind die Konflikte bereits vorprogrammiert. Auch in der Frage, wer für welche Defizite Verantwortung trägt, dürfte die Tragfähigkeit eines solchen landesweiten Verbundes auf die Probe stellen.

5. Fazit und Ausblick

5.1 Bundespolitische Rahmenbedingungen

1. Mit der Einführung der Vergütung durch diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) unter Rot-Grün im Jahre 2002 sollte auf die Krankenhäuser wirtschaftlicher Druck zur Senkung der Kosten ausgeübt werden. Die wichtigsten Folgen der nicht auskömmlichen Höhe der DRGs sind hinlänglich bekannt:
 - a) Verkürzung der Liegezeiten
 - b) Medizinisch nicht induzierte Leistungsausweitungen
 - c) Bezug auf die Hauptdiagnose lässt eine umfassende Behandlung insbesondere von multimorbiden Patienten nicht zu
 - d) Kernleistungen der Krankenhäuser im therapeutischen und pflegerischen Bereich werden in die nachstationäre ambulante Versorgung verlagert
 - e) In der Folge Abbau von Personal der genannten Bereiche

Die DRGs führen zumindest in ihrer derzeitigen Ausgestaltung zu untragbaren Verhältnissen in den Krankenhäusern. Sie müssen dringend reformiert und deutlich angehoben werden.

2. Insbesondere die öffentlichen Krankenhäuser werden häufig durch die kommunalen Haushalte quersubventioniert. Durch die Steuersenkungspolitik der rot-grünen Bundesregierung wurden die Kommunen bereits systematisch in die Verschuldung oder Handlungsunfähigkeit getrieben. Dadurch werden kommunale Haushalte ihrer Möglichkeiten beraubt, andere öffentliche Dienstleistungen aufrecht zu erhalten.

5.2 Rahmenbedingungen in Hessen

1. Ziel der Krankenhausplanung muss sein, die Krankenhausversorgung durch ein bedarfsgerechtes, funktional abgestimmtes Netz einander ergänzender Krankenhäuser zu sichern. Das bedeutet, dass aus Kosten- und Qualitätsgründen nicht jedes Krankenhaus ein breites Spektrum an Fachrichtungen vorhalten oder seltener auftretende bzw. sehr schwerwiegende Krankheiten diagnostisch und therapeutischen bewältigen kann. Die Folge dieser Untätigkeit war und ist Konkurrenz statt Kooperation. Dies hat dazu geführt, dass Bettenkapazitäten erhöht und Fachabteilungen neu eröffnet wurden – ohne dass die dafür erforderlichen Patientenzahlen vorhanden noch der medizinische Bedarf gegeben waren. Als Folge haben von den 30 Landkreisen und kreisfreien Städten nur 12 eine Bettenauslastung von über 80 Prozent, viele sogar nur eine Auslastung von 75%. Bei Belegungen von unter 85 Prozent gehen Ökonomen davon aus, dass ein Haus seine Leistungen defizitär erbringt. Es ist daher notwendig, dass die Krankenhäuser des Landes miteinander kooperieren und entsprechende Absprachen treffen.
2. Eine unzureichende Finanzierung der Investitionskosten ist ein weiterer Grund für die schlechte wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser. Somit mussten viele Kliniken ihre Investitionen entgegen der gesetzlichen Vorgaben aus den laufenden Einnahmen aus den Fallpauschalen decken.
3. Zukünftige Versorgungsmodelle müssen sektorenübergreifend angelegt sein. Die kurzen stationären Behandlungszeiten erfordern komplementäre Strukturen im ambulanten, Reha- und pflegerischen Bereich zur Weiterbehandlung. Hier ist bislang zu wenig geschehen. Hessen muss deshalb zügig den Grundstein legen für sektorübergreifende patientenorientierte Versorgungsmodelle. Hierbei müssen die Krankenhäuser eine tragende Rolle einnehmen.

5.3 Das Verbund-Konzept des Sozialministeriums

1. Die Ursachen der schwierigen Situationen verortet das Konzept in der mangelnden Professionalität des Managements, das Entscheidungen nicht strikt nach Profitabilitäts-Kriterien getroffen hat.
2. Entsprechend soll jetzt ein politikfernes Management eingesetzt werden, dessen Professionalität sich daran bemisst, „ausschließlich am definierten Unternehmensinteresse“ orientierte Entscheidungen zu treffen und durch den Konzern möglich werdende Synergien in Tertiär- und Sekundärbereich zu heben. Dazu soll ein Verbund in Form einer Management-Holding gebildet werden. Der Holding übergeordnet sind eine Stiftung sowie ein Zweckverband. Letzterem obliegt der Sicherstellungsauftrag zur Krankenhausversorgung.
3. Das eingebrachte Vermögen in Form der Kliniken soll demgegenüber der Stiftung übertragen werden. Eine Stiftung ist allerdings „auf Ewigkeit“ angelegt – einmal dem Verbund beigetretene Kliniken sind daher nur unter sehr eng gefassten Bedingungen wieder herauszulösen.

5.4 Bewertung des Konzepts

Die Messlatte für die Akzeptanz oder Ablehnung des Vorschlags Grüttners kann die Studie der Rosa-Luxemburg-Stiftung „Krise der Privatisierung. Rückkehr des Öffentlichen“⁵ sein:

- für jede und jeden Einzelnen sind die allgemeinen Reproduktionsbedingungen im Sinne eines sozialen Rechts zu garantieren
 - Öffentliche Dienstleistungen müssen flächendeckend und günstig sowie qualitativ hochwertig zur Verfügung stehen
 - für die Beschäftigten wie auch für die Patientinnen und Patienten sind hohe Umwelt- und Gesundheitsstandards zu gewährleisten; hierzu gehören qualitativ gute und tariflich abgesicherte Beschäftigung
 - demokratische Einflussmöglichkeiten auf die Produktion und Distribution der öffentlichen Dienstleistungen, damit die Betroffenen stärker Einfluss auf die für sie relevanten Lebensbedingungen erlangen.
1. Auch mit einer kommunalen Krankenhausholding braucht Hessen eine gut abgestimmte Krankenhausplanung, die die Aufgaben der Krankenhäuser von der Grund- bis zur Maximalversorgung sowie die Verteilung öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Kliniken definiert. Die Krankenhausplanung und die Fortschreibung des Krankenhausplans sind eine der Kernaufgaben des Sozialministeriums. Trotzdem erfolgte in den vergangenen Jahrzehnten insbesondere an den Krankenhäusern der Maximalversorgung ein Ausbau an Fächern und Kapazitäten, der nicht ausreichend vom Land gesteuert wurde. Hier ist dringender Handlungsbedarf gegeben, da ansonsten aufgrund von Doppelstrukturen defizitäre Abteilungen Krankenhäuser in die roten Zahlen und Insolvenz bringen können.
 2. Ein Verbund ist zu begrüßen, wenn er – wie oben angesprochen –
 - a) eine sektorübergreifende Steuerung nach gesundheitspolitischen Kriterien anstrebt
 - b) über auskömmliche Ressourcen verfügt (auskömmliche Finanzierung der Fallpauschalen, Anhebung der Investitionsförderung vom Land). Die Landesregierung könnte über die Stellschraube der Erhöhung der Investitionsförderung die defizitäre Situation vieler ihrer Krankenhäuser deutlich verbessern. Aber in der Vergangenheit hat Hessen keine Anstrengungen erkennen lassen, die Fördersumme entsprechend anzuheben. Eines der Grundprobleme der verschuldeten kommunalen Kliniken würde somit unter dem Holding-Konzept weiter bestehen.
 3. Die im Klinik-Konzept genannten Synergieeffekte sind plausibel. Bei Einkauf, Verpflegung, IT-Technik, bei Management- und Abrechnungsleistungen können große

⁵ Mario Candeias, Rainer Rilling, Katharina Weise (Hrsg.): *Krise der Privatisierung. Rückkehr des Öffentlichen*

Reihe: Texte der RLS Bd. 53

Summen eingespart werden, wenn sich Kliniken zusammenschließen und ihr Sortiment vereinheitlichen. Durch häuserübergreifende Abteilungen kann der Personaleinsatz flexibler gestaltet werden, auch in den Leitungsebenen werden Einsparungen möglich. Ein solcher Ansatz ließe sich aber auch ohne den großen Verbund in Form von Einkaufsgemeinschaften oder regionalen Verbünden realisieren.

4. In der bestehenden DRG-Systematik werden die Krankenhäuser auch in der Holding versuchen, die Zahl der Behandlungsfälle weiter auszubauen und Behandlungszeiten zu verkürzen. Dies entspricht weder dem Interesse des behandelten Patienten noch der Versichertengemeinschaft.
5. Insgesamt fehlen dem Vorschlag von Minister Grüttner die Anknüpfungspunkte zu vorhandenen Strukturen, den regionalen Gegebenheiten und den jeweiligen Problemlagen. Eine Integration der verschiedenen Gesundheitsbereiche (Krankenhaus, ambulante Versorgung, Reha, Pflege, Prävention) ist nicht im Ansatz erkennbar.
6. Des Weiteren fehlt eine Unterscheidung nach ländlicher und städtischer Versorgung. Denn es ist fraglich, ob ein so großer Verbund mit sehr unterschiedlichen Kliniken und Ausgangslagen eine gemeinsame Wertegemeinschaft bilden kann.
7. Insbesondere für die Krankenhäuser der Ballungsräume ist die Kooperation eine Möglichkeit, um überleben zu können. Zu Überprüfen ist hier, welche Doppelstrukturen im Rhein-Main Raum tatsächlich bestehen und wie diese gegebenenfalls sinnvoll und schrittweise abzubauen sind.
8. In den ländlichen Regionen ist die Problemlage eine andere. Hier wird es zunehmend schwerer, ausreichend Personal zu finden. Kleinere Kliniken müssen als Anker der sozialen Sicherung erhalten werden, um die Abwanderung nicht weiter zu forcieren. Für ihr Überleben wären kleinere Verbünde eine Alternative.

Quellen:

- Klauber/ Geraedts/ Friedrich/ Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012; Schwerpunkt: Regionalität; Schattauer (Stuttgart)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378>
- Günster/ Klose/ Schmacke (Hrsg.): Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Schattauer (Stuttgart)