

Weniger, aber größer

Karsten Honsel

Verteilung, Zahl und Größe der Krankenhäuser unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland, von Region zu Region deutlich. Unser Autor fordert zu Beginn der neuen Legislaturperiode eine gesellschaftliche Diskussion über die Grundlagen der stationären Krankenversorgung. Er plädiert für neue, sektorenübergreifende Behandlungsformen im ländlichen Raum und Krankenhauszentren, die eine umfassende Versorgung gewährleisten.

Die Forderung nach einer Schließung von Krankenhäusern ist ein Klassiker. In jüngster Zeit hat sich die Diskussion um das deutsche Krankenhauswesen deutlich verschärft: Die einen sehen in einer zu großen Zahl der Krankenhäuser einen Hauptgrund für steigende Patientenzahlen und Versorgungskosten.

Die anderen haben eher einzelne Gruppen von Krankenhäusern im Fokus. Es gibt zu viele und vor allem zu viele kleine Krankenhäuser, tragen die Vertreter der Krankenkassen immer wieder vor. Diese vielen kleinen Krankenhäuser seien zudem wirtschaftlich nicht überlebensfähig und auch der Qualität der Patientenversorgung aufgrund der geringen Leistungsmengen zumindest nicht förderlich.

Krankenhausplanung ist Ländersache. Die Bundesländer bestimmen also im Wesentlichen Zahl, Größe und Versorgungsaufträge der einzelnen Krankenhäuser. In den vergangenen 20 Jahren hat es bereits erhebliche Ver-

änderungen in der Krankenhauslandschaft gegeben. Verzeichneten die Fallzahlen zwischen 1991 und 2011 einen Anstieg um mehr als 25 Prozent, so war die Zahl der Krankenhäuser im gleichen Zeitraum rückläufig. Da die Zahl der aufgestellten Betten je 100 000 Einwohner deutlich stärker abgenommen hat, ist das durchschnittliche Krankenhaus somit innerhalb dieser zwei Jahrzehnte kleiner geworden (Abb. 1).

Die Verteilung der Klinikgrößen in den einzelnen Bundesländern ergibt ein sehr heterogenes Bild (Abb. 2). Auch die Krankenhausedichte ist höchst unterschiedlich: Beträgt sie in Berlin/Brandenburg nur 1,6 Krankenhäuser je 100 000 Einwohner, so sind es in Bayern 2,6. Somit folgt die Krankenhausplanung in den Bundesländern unterschiedlichen Anforderungen oder Vorstellungen der Planungsbehörden.

Standpunkte sind interessengeleitet

Einen gesellschaftlichen oder politischen Konsens über die „richtige“ Zahl und Größe von Krankenhäusern zur Versorgung der Bevölkerung gibt es nicht. Ein politischer Diskurs zur Struktur der stationären Krankenhausversorgung in Zeiten des demografischen Wandels und den damit verbundenen Herausforderungen wäre wünschenswert.

Aktuelle Diskussionen zu diesem Thema sind vielmehr interessengeleitet. Die Krankenkassen verfolgen das Ziel, die Zahl der Krankenhäuser zu verringern, um deren Budgets einzu-



Foto: iStock

sparen. Insbesondere fordern die Kasernen, kleinere Häuser im ländlichen Raum zu schließen.

Solche Schließungen sind meist mit großem Widerstand verbunden. Die unmittelbar Betroffenen wollen aus nachvollziehbaren Gründen nicht auf eine ortsnahe medizinische Versorgung verzichten. Zudem sind Krankenhäuser gerade in ländlichen, gegebenenfalls strukturschwachen Räumen wichtige Arbeitgeber.

Weitere Überlegungen zielen darauf ab, Zahl, Größe und Leistungsinhalte der Krankenhäuser auch weiterhin über einen Planungsprozess zu bestimmen. Die Möglichkeit, auf eine Planung gänzlich zu verzichten und die Leistungsangebote ausschließlich über den Wettbewerb zu bestimmen, sei hier nur erwähnt. Der Autor ist der Auffassung, dass eine solche Vorgehensweise in Deutschland nicht konsensfähig ist.

Das „richtige“ Angebot stationärer Leistungen

Ökonomische Rahmenbedingungen

Der ökonomische Druck auf Krankenhäuser wird in den nächsten Jahren anhalten, um das Gesundheitssystem weiterhin finanzierbar zu gestalten. Nach den Studien des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) ist die Spezialisierung eines Krankenhauses prägend für wirtschaftlichen Erfolg. Auch die Größe spielt eine wichtige Rolle. Dies spricht für eine Krankenhausstruktur, die auf Fachklinikkonzepte oder ein Bündel spezialisierter Fachabteilungen in größeren Krankenhäusern setzt. Kleine Krankenhäuser mit einem unspezifischen Angebot sind wirtschaftlich häufig nicht erfolgreich. Dies zeigen die Analysen des RWI. Die Ausfallwahrscheinlichkeit kleiner Krankenhäuser (bis 150 Betten) liegt mit 1,57 deutlich über der mittlerer (150 bis 400 Betten), die 1,01 beträgt, und großer Krankenhäuser (1,17). Nicht spezialisierte kleine Krankenhäuser weisen dabei eine Ausfallwahrscheinlichkeit von 2,1 aus. Geringe Größe und geringe Spezialisierung stehen für die Grundversorgungskrankenhäuser im ländlichen Raum.

Eckdaten Krankenhauseinrichtungen (1991 = jeweils 100 Prozent)

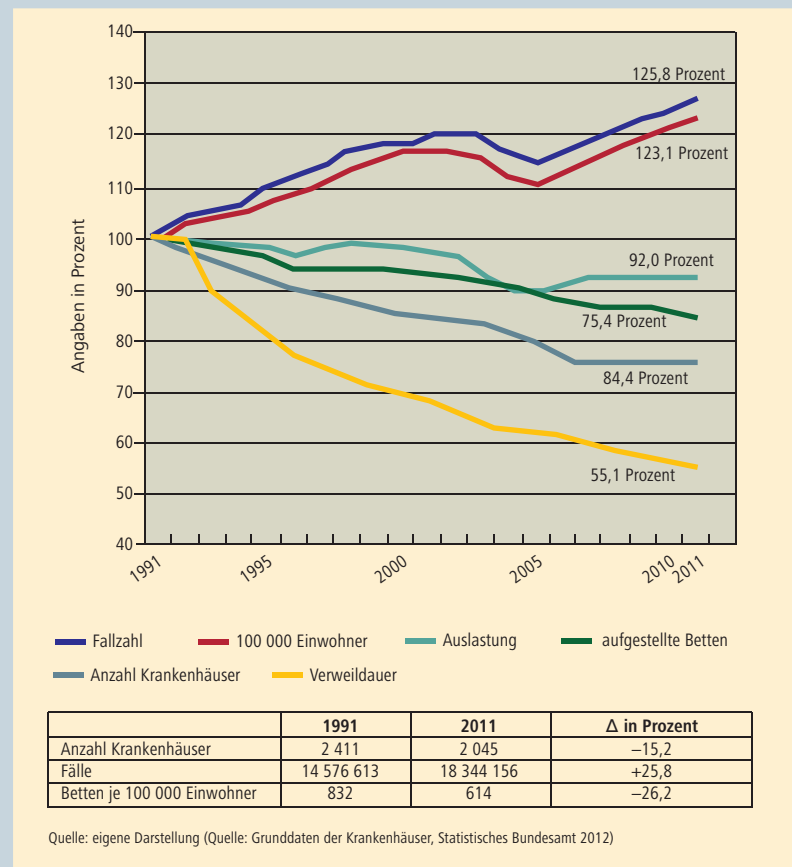


Abb. 1



Verteilung der Klinikgrößen je Bundesland

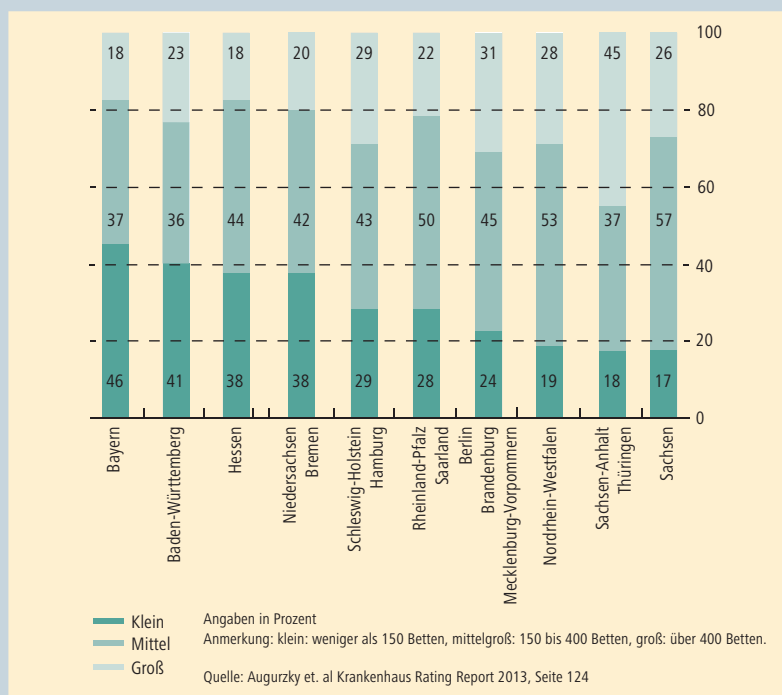


Abb. 2

Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist die Krankenhausstruktur in Sachsen besonders erfolgreich. Die bereinigten Kosten je Einwohner sind niedrig, und dennoch haben die Krankenhäuser die geringste Ausfallwahrscheinlichkeit unter allen Bundesländern. Sachsen hat den geringsten Anteil kleiner Krankenhäuser und eine besonders große Zahl mittlerer Krankenhäuser.

Versorgungssicherheit und Versorgungstiefe

Die Versorgungssicherheit ist eine zentrale Forderung für die Gestaltung der Krankenhauslandschaft. Sie ist in ländlichen Gebieten von besonderer Bedeutung und steht teilweise im Widerspruch zu ökonomischen Anforderungen. Im Fokus steht hier nicht nur das medizinische Leistungsangebot selbst, sondern der rechtzeitige Zugang zur (Notfall-)Versorgung. Wie wichtig dies ist, zeigen Herzinfarkte und Schlaganfälle. Dies ist sui generis ein Qualitätskriterium. Elektive Behandlungsleistungen können andererseits problemlos an weiter entfernten Orten erbracht werden.

Bereits heute gibt es im südlichen Niedersachsen weitgehend krankenhaushfreie ländliche Regionen. Zwar wird mit hoher öffentlicher Aufmerksamkeit die Unterversorgung im niedergelassenen Bereich gerade in ländlichen Regionen diskutiert. Eine solche Diskussion fehlt bislang zumindest überregional für den stationären Bereich. Die Frage zu Zahl und Größe der Krankenhäuser lässt sich aber ohne ein überzeugendes Konzept für die Notfallversorgung im ländlichen Raum nicht erörtern.

Daher ist zu klären, wie diese Herausforderungen zu meistern sind. Verbleibt die stationäre Versorgung in den bestehenden Strukturen, wird ein Sicherstellungszuschlag ländliche Versorgungsangebote absichern (müssen). Das derzeitige DRG-System sieht dies nicht vor. Zukunftsweisender erscheint eine Strategie, die im ländlichen Raum Notfallversorgung, fachärztliche und gegebenenfalls auch hausärztliche Versorgung zusammenführt. Aus solchen (Fach-)Arztzentren mit stationärer Notaufnahme-Einheit heraus kann die medizinische Versorgung einer Region organisiert werden. Die rechtlichen Voraussetzungen hierfür sind noch zu schaffen.

Qualität

Die Messung von Qualität und der Rückschluss auf Versorgungsstrukturen ist ein komplexes Thema, das im Rahmen dieser Betrachtung nur angerissen werden kann. Der beschriebene Zugang zur Versorgung ist ein Qualitätsaspekt. Es ist plausibel, dass Spezialisierung und Qualität der erbrachten Leistungen in einem Zusammenhang stehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Spezialisierung mit Behandlungsstandards verbunden wird. Die Mindestmengen- oder Akkreditierungsregelungen zum Beispiel bei Brustzentren folgen dieser Annahme.

Diskurs zu künftigen Strukturen notwendig

Als Ergebnis der Planung der Bundesländer haben wir deutschlandweit heterogene Strukturen in der stationären Krankenversorgung. Ein gesellschaftlicher und politischer Diskurs über die künftigen Strukturen ist zwingend notwendig, um die Herausforderungen infolge demografischer Entwicklung und Rückgang der Bevölkerung in ländlichen Regionen zu meistern.

Sowohl unter ökonomischen als auch unter Qualitätsgesichtspunkten sind Strukturen mit weniger, aber dafür größeren Krankenhäusern zukunftsweisend. Dies führt zu Veränderungen in der Flächenversorgung, aber auch in städtischen Räumen. Eine solche Veränderung in der stationären Versorgung ist zu verbinden mit neuen Konzepten der Notfallversorgung insbesondere in der Fläche. Hierbei ist ein sektorenübergreifendes Leistungsangebot, also eine Verbindung von ambulanter (fach-) ärztlicher Versorgung und stationärer Notfallversorgung, zu entwickeln.

Dass ein solcher gesellschaftlicher Diskurs erfolgreich geführt werden kann, zeigen die Niederlande. Sie haben sich auf deutliche Veränderungen in der stationären Krankenversorgung, hin zu größeren und großen Krankenhäusern, Mitte des vergangenen Jahrzehnts verständigt und setzen diese neue Struktur nun konsequent um.

Literaturhinweise beim Verfasser und im Internet unter www.bibliomed.de/fundw

Anschrift des Verfassers:

Karsten Honsel
 Krankenhausmanager, Hannover
 E-Mail: info@karsten-honsel.de

Sie haben es so gewollt!



NEU: **f&W** monatlich.

Deutschlands führende* Fachzeitschrift für das Klinikmanagement erscheint ab 2014 jeden letzten Montag im Monat.

f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus:
Noch aktueller. Noch tiefgründiger. Noch besser.

Bibliomed
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
www.bibliomed.de

* Die meisten Abonnenten pro Ausgabe, bei bisher zweimonatlicher Erscheinung.