

Zur Frage der Schließung von kleinen Krankenhäusern

März 2018

Prof. Lauterbach, Gesundheitsökonom und späterer SPD-Sprecher im Gesundheitsausschuss des Bundestages, hat bereits im Jahr 2003 in seinem Buch »DRG in deutschen Krankenhäusern« vorgerechnet, dass 1.410 der damals 2.242 Krankenhäuser und 194.000 der 523.114 Betten in allgemeinen Krankenhäusern überflüssig seien.

Die jüngste wissenschaftliche Legitimierung solcher Behauptungen erfolgte durch die Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) in Halle. In einem Symposium im Januar 2016 unter dem Titel **»Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem«** und in einem Thesenpapier vom Oktober 2016 unter dem gleichen Titel wird ausgeführt: **»Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 ...« (S. 10)** und **»Das heißt: wäre Deutschland ›durchschnittlich¹, hätte es nur insgesamt rund 320.000 Betten, also rund 35% weniger« (S. 6).**

Im Jahr 2016 hatte Deutschland 489.718 Krankenhausbetten in 1.951 Krankenhäusern. In der Konsequenz würde die Anwendung dieser Vergleichsrechnung die Schließung von ca. 1.600 Krankenhäusern und von ca. 180.000 Betten bedeuten. Auch wenn die Autoren diese Perspektive im Weiteren verbal abschwächen, sieht man: Die Diskussion um Betten- und Krankenhaus-schließungen nimmt deutlich an Fahrt auf und allzu oft taucht nun diese ominöse Zahl der nur noch 330 notwendigen Krankenhäuser in Debatten auf – ohne dass genau geschaut wird, ob diese abstrakten Vergleiche z.B. mit Dänemark überhaupt sinnvoll sind.

Auch die Politik und die Kassen werden in dieser Frage immer aktiver: Gegenüber der Stuttgarter Zeitung (3.1.2017) äußerte sich z.B. der baden-württembergische Sozialminister Lucha (Grüne) zur Frage von Krankenhaus-schließungen: **»Schließungen im Land sind unumgänglich... Derzeit gibt es rund 250 Klinikstandorte im Land. Es könnte sein, dass wir irgendwann bei etwa 200 landen werden.«** Nur wenige Tage später sprang ihm der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg Hermann bei. Nachdem er bereits im Januar 2014 verlauten ließ: **»100 km zur Klinik sind zumutbar«** (Stuttgarter Zeitung vom 12.1.2014), wird er jetzt wie folgt zitiert: **»Kleine Kliniken müssen auf den Prüfstand«** und **»Die Zeit der Wald- und Wiesenkrankenhäuser ist vorbei.«** (Sindelfinger Zeitung/Böblinger Zeitung vom 12.1.2017)

Auch der Bundesgesetzgeber ist schon tätig geworden. Mit dem **Krankenhausstrukturgesetz** wurde ein Struktur-fonds aufgelegt, zu dem der Gesundheitsfonds 500 Mio. € gibt, wenn die Länder dieselbe Summe aufbringen. Bedingung: **»Zweck des Struktur-fonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen.«** Einmalig und neu: Die Krankenkassen erhalten ein Vetorecht bei der Auswahl der geförderten Projekte, obwohl die Krankenhaus-pla-nung originäre Länderaufgabe ist.

Umgekehrt werden Versuche, Krankenhäuser zu schließen, vor Ort (insbesondere in ländlichen Gegenden) oft von der Bevölkerung, aber auch von Landräten entschieden abgelehnt; nicht selten bilden sich Bürgerin-itiativen, die für den Erhalt und gegen die Schließung kämpfen. Hauptargument gegen die Schließungen ist,

¹ Mit »durchschnittlich« ist der Durchschnitt von 32 OECD-Ländern gemeint.

dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung gefährdet sei.

Für das **Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«** stellt sich die Frage: Wie positionieren wir uns zu Krankenhausschließungen konkret vor Ort? Wie sind die Zusammenhänge zum DRG-System? Unter welchen Bedingungen sind solche Schließungen sinnvoll und wann lehnen wir sie ab.

Fakten

Zwischen 1991 und 2016 wurden in Deutschland 460 Krankenhäuser geschlossen und 166.847 Betten abgebaut. Der Abbau erfolgte vorrangig in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern: Die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser und der freigemeinnützigen nahm ab; die Zahl der privaten Krankenhäuser stieg. Entsprechend verhält es sich auch mit den Bettenzahlen:

| | Betten | Häuser |
|-------------------------------------|-----------|--------|
| Allgemeine Krankenhäuser öffentlich | - 151.202 | - 540 |
| freigemeinnützige Krankenhäuser | - 50.489 | - 269 |
| private Krankenhäuser | + 56.413 | + 349 |

Die Zahl der Krankenhauspatienten ist im selben Zeitraum um 4.956.167 (auf 19.532.779) gestiegen. Die Verweildauer ist von 14,6 Tagen auf 7,3 Tage gesunken. (alle Zahlen: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser verschiedene Jahrgänge).

Dass die Betten problemlos abgebaut werden konnten, weil die Verweildauern sanken, wird von interessierter Seite immer wieder behauptet. Zumindest genauso wahrscheinlich ist aber das Gegenteil: Die Verweildauern mussten sinken und die Patienten immer früher entlassen werden, weil die Betten abgebaut wurden und die Zahl der Patienten immer weiter zunahm.

Die durchschnittliche Auslastungsquote der Krankenhausbetten betrug im Jahr 2015 77,5%. (Quelle: GBE des Bundes Stand 18.1.2017). Das erscheint zunächst wenig. Man muss aber dabei berücksichtigen, dass der Aufnahmetag und der Entlassungstag zusammen nur als ein Tag zählen und deshalb bei immer kürzeren Verweildauern und der Vorhaltung von Betten für Notfälle eine höhere Auslastung überhaupt nicht möglich ist.

Von den 1.951 Krankenhäusern in Deutschland haben 1.035 (53%) weniger als 200 Betten. In diesen Krankenhäusern befinden sich insgesamt 86.573 Betten (17,4%). Im Durchschnitt hat damit jedes dieser Krankenhäuser 83 Betten. Unter 100 Betten haben 608 Krankenhäuser (31,2%). Diese haben 25.255 Betten (5,1%). Im Durchschnitt sind das 41,5 Betten pro Krankenhaus.

→ siehe untenstehende Tabelle

In aller Regel werden zur Begründung der Möglichkeit eines weiteren Bettenabbaus und von Krankenhausschließungen Vergleichszahlen mit anderen europäischen oder OECD-Ländern angeführt.

Einmal abgesehen von der grundsätzlichen Problematik solcher Vergleichszahlen (Betrachtung eines Teilaspektes unter Vernachlässigung aller anderen Aspekte, die Tatsache, dass es in anderen Ländern andere Zahlen gibt, sagt natürlich nichts darüber, welche Zahlen richtig oder sinnvoll sind), laufen viele dieser »Benchmarks« auf Apfel-Birnen-Vergleiche hinaus.

Nicht berücksichtigt werden bei diesen Vergleichen

- die unterschiedlichen geografischen Voraussetzungen, die die Erreichbarkeit von Krankenhäusern deutlich beeinflussen (Dänemark/Niederlande vs. Schwarzwald/Alpen);
- die unterschiedliche Organisation des Gesundheitswesens als Ganzes (Sektorentrennung ambulant/stationär, Möglichkeit von Krankenhäusern, auch ambulant zu behandeln, Existenz von Ambulatorien, Nachsorgeeinrichtungen, Reha usw.);

Krankenhausgröße und Zahl der Betten 2016 in Deutschland (Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2016)

| 2016 | unter 50 | 50-100 | 100-150 | 150-200 | 200-00 | 300-400 | 400-500 | 500-600 | 600-800 | über 800 | insgesamt |
|--------------|----------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|----------|-----------|
| KHs | 367 | 241 | 251 | 176 | 260 | 183 | 138 | 100 | 76 | 97 | 1951 |
| Betten | 7.645 | 17.610 | 30.802 | 30.516 | 63.952 | 62.289 | 61.272 | 54.755 | 52.532 | 117.345 | 498.716 |
| Betten je KH | 21 | 73 | 123 | 173 | 246 | 340 | 444 | 548 | 691 | 1210 | 256 |

- die unterschiedlich langen Wartezeiten auf einen Krankenhaustermin. (Die Niederlande und Dänemark sind bekannt für lange Wartezeiten und für Patiententourismus in die angrenzenden Länder².)

Hinzu kommt (gerade bei den zumeist angeführten Ländern Niederlande und Dänemark), dass die Ausgaben für die Krankenhausversorgung pro Kopf – trotz weniger Krankenhäusern und weniger Betten – höher liegen als in Deutschland (Deutschland 1.099 €, Niederlande 1.209 €, Dänemark 1.311 € (Quelle: *OECD Health Statistics 2016, Health expenditure and financing*).

Bewertung

Krankenhäuser sind ein wesentlicher Teil der Daseinsvorsorge. Sie ist eine öffentliche Aufgabe und darf nicht privaten Konzernen überlassen werden. Die Krankenhausfinanzierung (sowohl der laufenden Kosten als auch der Investitionskosten) muss die Einrichtungen absichern. Es kann nicht sein, dass über eine immer stärkere Reduzierung der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder immer mehr Krankenhäuser verrotten oder zu Investitionen auf Kosten ihrer Beschäftigten und letztlich zur Aufgabe gezwungen werden. Es war das erklärte Ziel der Einführung der DRGs, die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten massiv zu reduzieren. Dies ist leider schon in einem erheblichen Ausmaß geschehen. Dieser Weg darf nicht fortgesetzt werden.

Die DRGs sind Preise, also ein finanzielles, marktwirtschaftliches Steuerungsinstrument. Sie sind »blind« für die Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung im ländlichen Raum. Sie vollziehen den Abbauprozess unter betriebswirtschaftlichen Prämissen (Kostensenkungs- und Fallzahlsteigerungswettbewerb) und ohne Rücksicht auf die Notwendigkeiten einer qualitativ hochstehenden und flächendeckenden Versorgung. Die betriebswirtschaftliche Steuerung ist das Gegenteil einer sinnvollen, sachorientierten Planung der Daseinsvorsorge. Es fehlen die Frage danach, was notwendig ist, und die Entscheidung, dass Notwendiges zu finanzieren ist, auch wenn sich kein Erlös damit erzielen lässt.

² Auch die OECD kritisiert die Wartezeiten-Problematik in den Niederlanden. (OECD Health Policy Studies: Waiting Time Policies in the Health Sector). Gibt man in Google die Begriffe »Niederlande« oder »Dänemark«, und »Wartezeiten«, »Patiententourismus« ein, hat man jede Menge Treffer, u.a. »Kliniken buhlen um ausländische Patienten«. Die Helios Kliniken haben sogar eine eigene Homepage für niederländische Patienten.

Ohne Zweifel gibt es in Deutschland sehr viele kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Unter dem DRG-System haben diese Krankenhäuser (anders ist es bei kleinen Spezialkrankenhäusern) ein echtes finanzielles Problem. Sie haben hohe Vorhaltekosten und wenige lukrative Wahlbehandlungen. Z.B. schreiben mehr als 50% der Krankenhäuser in Baden-Württemberg rote Zahlen. Die Gesundheitsversorgung vor Ort ist eine kommunale Aufgabe. Die öffentlichen Träger meinen oft, die Defizite ihres Krankenhauses durch Privatisierung loszuwerden. Tatsächlich verlieren sie dadurch Einfluss auf die Gesundheitsversorgung ihrer Region und am Ende stehen oft Ausdünnung der Versorgungsleistungen oder ebenfalls die Schließung.

Kleine Krankenhäuser haben aber auch unter anderen Gesichtspunkten einen deutlichen Nachteil: Es ist wissenschaftlich unbestritten, dass die Zahl der jeweiligen Eingriffe einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat. Einmal abgesehen von seltenen persönlichen Ausnahmen (»begnadeter Chefarzt«, »Pfuscher«) steigen Krankheitskenntnisse, Routine und Geschicklichkeit mit der Zahl der Behandlungen. Auch die technische Ausstattung kommt in einer größeren Klinik mehr Patienten zugute und ist deshalb in der Regel besser.

Auf der anderen Seite gewährleisten diese vielen kleinen Krankenhäuser eine wohnortnahe Versorgung und die Flächendeckung. Diese wohnortnahe Versorgung ist ein großer Vorteil für Patienten und Angehörige – insbesondere für Ältere, Gebrechliche, Familien mit Kindern und/oder beiden Elternteilen in Arbeit.

Fazit: Zwischen Flächendeckung und Größe der Krankenhäuser gibt es einen Widerspruch, der sich nicht über die Alternative Schließung/Erhalt auflösen lässt. Es muss nach anderen Lösungen im Rahmen einer am Bedarf der Patienten bzw. der Bevölkerung orientierten gesundheitspolitischen Planung gesucht werden.

Positionen

- Wir lehnen weitere Bettenschließungen ab. Sie erhöhen nur den Druck zu noch stärkeren Verweildauerverkürzungen und damit zu vorzeitigen Entlassungen. Darunter leiden besonders die eh schon Benachteiligten (Ältere, untere Schichten, usw.). Letztlich bedeutet die weitere Liegezeitverkürzung nichts Anderes als den Ersatz von professioneller Pflege und Versorgung durch Laienpflege.

- Wir sprechen uns nicht grundsätzlich gegen die Schließung einzelner Standorte bzw. gegen die Anpassung der Kapazitäten an das Patientenaufkommen aus. Wir lehnen jedoch die Schließung von Krankenhäusern aus betriebswirtschaftlichen Gründen ab.
- Wir sprechen uns für eine regionale (Versorgungsregionen), landkreisübergreifende Planung des Versorgungsbedarfs mit Krankenhäusern aus. In die Planung müssen die tatsächlichen Wegezeiten zur Erreichung eines Krankenhauses (auch unter widrigen Witterungsbedingungen), die Rettungszeiten der Notfallversorgung und die Aufrechterhaltung Grundversorgung vor Ort einbezogen werden. Es muss gelten:
 - Ohne adäquate Alternative zur Versorgung keine Schließung einer Klinik.
 - Wenn ein Krankenhaus notwendig, aber nicht wirtschaftlich ist, muss es trotzdem erhalten und finanziert werden.
- Wegen der beschriebenen grundsätzlichen Qualitätsproblematik bei kleinen Häusern hat die Entwicklung und Planung von Alternativen zur Aufrechterhaltung der Primärversorgung vor Ort hohe Priorität. Hierzu machen wir folgende Vorschläge:
 - Da sich die Rettungszeiten bei Notfällen (incl. Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort) in jedem Fall verlängern, müssen **mehr Standorte für die Notfallrettung** (mit Notarzt) in der Fläche eingerichtet werden.
 - Längere Zeiten für Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort, sowie die Ausdehnung der zu versorgenden Fläche bedeuten auch, dass die Wahrscheinlichkeit eines gleichzeitigen zweiten Notfalles steigt. Dies erfordert ggf. die **Bereitstellung eines weiteren Notarztteams**, wenn sich die Versorgung nicht verschlechtern soll.
 - Weiterhin notwendig sind **Primärversorgungszentren vor Ort mit Überwachungsbetten in öffentlicher Hand**. Sie hätten dieselbe Funktion wie Aufnahmeeinheiten in großen Krankenhäusern: Für Patienten, bei denen die Diagnose/Indikation zur stat. Aufnahme/Intervention unklar ist, könnte dort die Abklärung erfolgen und falls notwendig die wohnortnahe Überwachung (z.B.

bis zum nächsten Morgen) durchgeführt werden. Verschlechtert sich der Zustand des Patienten, wird er mittels qualifiziertem Transport (und nicht im Privatwagen) ins Krankenhaus transportiert. Ist der Zustand am nächsten Morgen besser, kann er wieder nach Hause. Ebenfalls könnten kleinere Eingriffe ambulant durchgeführt werden.

Die technische Ausstattung müsste alle wesentlichen Diagnosestellungen ermöglichen (Labor, Rö, CT/MRT) und könnte über Telemedizin vom Krankenhaus gesteuert werden.

Die Belegschaft dieser Primärversorgungszentren würde vom Krankenhaus gestellt (Rotation und damit Verbesserung der Weiterbildung wg. der unterschiedlichen Perspektive amb./stat.).

Die Primärversorgungszentren müssten die volle Berechtigung zur ambulanten und Notfallversorgung haben. Dies wäre insbesondere auch eine Verbesserung der Versorgung angesichts des zunehmenden Mangels an niedergelassenen Landärzten. Aus demselben Grund ist auch der Verweis auf den Notarztendienst der Niedergelassenen oder auf MVZ nicht zielführend. Dies besonders deshalb, weil jede rein ambulante Versorgung den betroffenen Patienten (mit unklaren und ggf. sich verschlimmernden Beschwerden) und seine Angehörigen im Zweifelsfall mehrmals auf die Reise ins Krankenhaus schicken muss und nicht auf die Technik und das Know-how des Krankenhauses zurückgreifen kann. Uns ist bewusst, dass für eine solche Strukturveränderung gesetzgeberische Hürden überwunden werden müssen. Diese ist aber angesichts der allseits beklagten, völlig unsinnigen und teuren Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär sowieso überfällig.

- Für Patienten und Angehörige müssen **Shuttleservices** zum Krankenhaus eingerichtet werden, wenn und insoweit eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich oder zu umständlich ist.

Anmerkung: Diese Positionierung ist weitgehend inhaltsgleich mit einem Beschluss des ver.di-Landesbezirksvorstandes und des ver.di-Landesfachbereichsvorstandes Gesundheit & Soziales Baden-Württemberg.

www.krankenhaus-statt-fabrik.de | Kontakt: info@krankenhaus-statt-fabrik.de