

10 Thesen zur Zukunft der Krankenhausversorgung in Hessen

Die gute Krankenversorgung der Hessinnen und Hessen mit bedarfsgerechten Angeboten ist uns nicht nur ein wichtiges Anliegen, sondern erfüllt uns angesichts der heutigen Situation mit tiefer Sorge. Insbesondere die Krankenhausversorgung steht an einem Scheidepunkt. Die finanzielle Situation vieler kommunaler Krankenhäuser lässt ein WeiterSo nicht zu. Bis zum März 2013 haben die kommunalen Träger zu erklären, ob sie dem vom Gesundheitsministerium vorgeschlagenen Holding-Modell beitreten wollen oder nicht. Unabhängig davon, ob und wer sich an der Holding beteiligt, besteht dringender, weiterer Handlungsbedarf. Wir, als gesundheitspolitische Sprecherin der Landtagsfraktion, als verantwortliche Gesundheitsdezernentinnen und Gesundheitsdezernenten von Bündnis 90/ Die Grünen in den Kommunen, fordern eine breite Diskussion über die Zukunft der Krankenhauslandschaft. Dazu stellen wir die folgenden Thesen zur Diskussion:

1. Die Krankenhausversorgung ist Teil der staatlichen Daseinsvorsorge, wie sie im Artikel 20, Absatz 1 des Grundgesetzes definiert ist. Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung liegt bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Sie können diesen Auftrag selbst erfüllen oder aber an freigemeinnützige oder private Träger delegieren. Die Verantwortung für die Sicherstellung bleibt aber unabhängig vom Träger bei den Kreisen und Städten. **Den Landkreisen und Städten fehlen aber die Rahmenbedingungen für mehr Kooperation und Innovation – sowohl im ländlichen Raum als auch in den Ballungsgebieten.** Es reicht offensichtlich nicht aus, Kooperationspflichten in das Krankenhausgesetz aufzunehmen. Nötig sind zusätzliche Instrumente, die eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Daseinsvorsorge sicherstellen.
2. Die Trägervielfalt ist Zeichen einer pluralen Gesellschaft. Private Krankenhasträger verfolgen erwerbswirtschaftliche Ziele, freigemeinnützige Träger verfolgen weltanschauliche Ziele und kommunale Kliniken verfolgen soziale Ziele. Natürlich sind alle Häuser wirtschaftlich zu führen, aber die Unternehmenserwartungen sind unterschiedlich: von Quersubventionierungen im freigemeinnützigen Bereich, der schwarzen Null bei kommunalen Häusern bis hin zur Renditeerwartung bei privaten Trägern. Die Erfahrung im deutschen Gesundheitswesen zeigt aber: Gesundheit und Krankheit sind keine Güter, bei denen eine wirtschaftliche Steuerung das beste Ergebnis für Patienten und Gesellschaft erzielt. Die Ökonomisierung von Krankheit durch die derzeitige Krankenhausfinanzierung bevorteilt private Krankenhauskonzerne und zerstört die Trägervielfalt. Es drohen ähnliche Oligopole wie in der Energiewirtschaft. Dann haben Patientinnen und Patienten keine freie Wahlmöglichkeit mehr. **Der Erhalt von Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft ist daher wichtig, um die Daseinsvorsorge in der bisherigen Qualität zu gewährleisten.** Allerdings ist auf Landesebene eine Neudefinition der sozialen Ziele angesichts von über- und unversorgten Gebieten, des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts und des derzeitigen Finanzierungssystems der Krankenhäuser notwendig.
3. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sind die Bundesländer zur staatlichen Krankenhausplanung verpflichtet und übernehmen die Investitionskosten. Hessen, aber auch viele andere Bundesländer, haben sich einem Teil ihrer Investitionsverpflichtung entzogen. Es gehört zu den Absurditäten unseres Gesundheitssystems, dass die unzureichende Vergabe von

Investitionsmitteln in Hessen die Kommunen dazu zwingt, für die notwendigen Investitionen Kredite aufzunehmen, die aus den über die Krankenkassen erwirtschafteten Betriebskosten refinanziert werden müssen. Dies ist ein Grund für die Verschuldung kommunaler Häuser.

Die Krankenhausplanung ist in Hessen weitgehend intransparent, da grundlegende Daten zu Patientenströmen, Bedarf und Bedarfsdeckung nicht öffentlich zugänglich sind. Die Krankenhausplanung ist eher Besitzstandswahrung als demokratische Planung von Daseinsvorsorge. Ebenso wenig nachvollziehbar ist die Finanzierung von Baumaßnahmen oder Anschaffung von Großgeräten, da eine klare, an der Patientenversorgung, an sozialen, ökologischen, wirtschaftlichen Zielen orientierte Kriterien der Mittelvergabe durch die Landesregierung fehlen.

4. Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden über so genannte DRGs (Fallpauschalen) finanziert. Dabei wird die diagnostizierte Krankheit mit einem Landesbasisfallwert (der in Hessen relativ niedrig ist) multipliziert. Seit Jahren werden Tariferhöhungen und andere Preisentwicklungen nicht ausreichend berücksichtigt, so dass der ökonomische Druck auf alle Häuser stetig ansteigt. Alle möglichen Antworten eines jeden einzelnen Hauses sind weitgehend ausgereizt: Synergien nutzen, Auslagerung von Aufgaben, Personalabbau besonders in der Pflege bis an die Schmerzgrenze, usw. Bei Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung (meistens öffentliche Träger) reichen die standardisierten DRGs grundsätzlich nicht aus, um ein breites Angebot vorzuhalten und vor allem Forschung, Lehre und Innovation zu ermöglichen. **Damit verhindert das DRG-Systeme heute die Reinvestition in Innovation und Fortschritt im medizinischen und pflegerischen Bereich.** Neben einer überfälligen Reform der Betriebskostenfinanzierung auf Bundesebene, ist allerdings auch festzustellen, dass die Landeszuschüsse in Hessen für Forschung und Lehre deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen.
5. Die demografische Entwicklung stellt Hessen vor zusätzliche Probleme, für die die Landesregierung bisher keine Lösungen hat. Im ländlichen Raum haben Maximalversorger oft eine Monopolstellung in der stationären Versorgung; viele Häuser schreiben hier – nach massiven Einsparungen - schwarze Zahlen. Aber durch zurückgehende Patientenzahlen, können Abteilungen z.B. in der Geburtshilfe nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden. **Lösungen können hier nur gefunden werden, wenn regionale Konzepte ambulante, teil-stationäre und stationäre Angebote stärker miteinander verknüpfen** (Integrierte Versorgung). Im Ballungsraum Rhein-Main hingegen gibt es ein Überangebot sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Die Folge ist ein Konkurrenzkampf um Patienten und Personal. **Anstatt einzelne Häuser – wie Offenbach – Pleite gehen zu lassen oder zwangsweise zu verkaufen, brauchen wir eine transparente Bedarfsplanung, die die Regel- und Maximalversorgung bedarfsdeckend vorhält und hochspezialisierte Angebote sinnvoll verteilt.** Dies können die kommunalen Träger nicht alleine leisten.
6. **Kein einziges kommunales Krankenhaus in Hessen ist auf Dauer alleine überlebensfähig.** Im Gegensatz zu privaten, freigemeinnützigen und inzwischen auch Siftungskrankenhäusern verfügen kommunale Häuser über keine natürlichen Kooperationsstrukturen oder diese werden sogar – wie im Falle Werra-Meißner-Kreis/ Kassel – vom Kartellamt untersagt. Daraus folgt, dass der Sicherstellungsauftrag der Landkreise und Städte ohne Unterstützung des Landes nicht aufrecht zu erhalten ist. Nötig ist eine Aufwertung der kommunalen Gesundheitsdienste, eine regionale Versorgungsplanung von stationärer und ambulanter Versorgung (z.B. in Gesundheitskonferenzen) und eine Versorgungsstruktur, die die Patientenströme berücksichtigt. Denn der Patient und sein Grundrecht auf Gesundheitsversorgung muss das vorrangige Ziel staatlichen Handelns sein. **Dies ist nur über Verbünde, Kooperationen oder ein Holding-Modell zu erreichen.** Bis März 2013 wer-

den sich die Landkreise und Kommunen entschieden haben, ob sie dem Holding-Modell beitreten wollen oder auf andere Verbundstrukturen setzen.

7. **Ehrlichkeit ist aller Lösung Anfang.** Neben den durchaus schwierigen bundesweiten Rahmenbedingungen für Krankenhäuser sind natürlich in der Vergangenheit Fehler gemacht worden und bedeuten heute eine schwere Hypothek. Dazu gehören Managementfehler ebenso wie fragliche landes- und kommunalpolitische Entscheidungen (Standorte, Angebote, Kreditfinanzierungen) und hochverschuldete Kommunen, wie Offenbach, denen finanzielle Hilfen für ihr Krankenhaus untersagt werden. **Um eine Kooperation mehrerer Häuser zu ermöglichen, braucht es eine klare Benennung der betriebswirtschaftlichen und politischen Fehler der Vergangenheit und einen realistischen Plan für die Entschuldung.** Auch dies ist natürlich eine der wesentlichen Fragen, die beim Holding-Modell noch nicht geklärt sind. Und es werden auch unangenehme Entscheidungen zu treffen sein: Flächendeckende, wohnortnahe Versorgung heißt auch, dass Hochleistungsmedizin auf einzelne Standorte konzentriert werden muss.
8. Unbestritten steht die Aussage im Raum, dass es in Hessen eine wachsende Zahl unverSORGTER benachteiligter Stadtteile, Dörfer, Regionen gibt, aber auch Gebiete mit erheblicher Überversorgung. In all diesen Fällen handelt es sich nicht um eine bedarfsgerechte Sicherstellung der Daseinsvorsorge. Obwohl vielfache Daten zur Versorgungssituation und zu Patientenströmen vorliegen, werden diese nicht veröffentlicht und nicht für eine transparente Krankenhausplanung genutzt. **Transparenz über die aktuelle Versorgungssituation basiert auf einer Bestandsaufnahme durch einen Versorgungsatlas, der Formulierung von Gesundheitszielen und einer demokratisch legitimierten Entscheidung, was bedarfsgerechte stationäre Krankenversorgung bedeutet.** Die Entscheidung, welche Angebote wo vorgehalten werden, darf nicht ausschließlich auf das Management eines Verbundes oder einer Holding verlagert werden. Wenn die Kreistage oder Stadtverordnetenversammlungen nicht mehr direkt über den Sicherstellungsauftrag entscheiden (wie dies im Holding-Modell Luther vorgesehen ist), muss die gesamte Krankenhausplanung und das Bauprogramm – nach Vorbereitung durch Landesregierung und Landeskrankenhausausschuss - in einen demokratischen Entscheidungsprozess des Landtages unter Einbeziehung der Kommunen überführt werden.
9. **Neben dem demokratisch legitimierten Landeskrankenhausprogramm ist eine Neuausrichtung der Förderkriterien für Investitionen zu erarbeiten, die Daseinsvorsorge, Wirtschaftlichkeit und Innovation ermöglichen.** Dazu gehören u.a. die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (integrierte Versorgung), die Sicherung der wohnortnahmen Grundversorgung, die Konzentration von Spezialangeboten, Senkung der Betriebskosten durch Baumaßnahmen, Verbesserung der Hygiene, ökologische und energetische Ziele, Unterstützung innovativer Versorgungskonzepte. **Die Investitionsförderung des Landes ist dann aber gemäß der demokratischen Legitimation und der Förderkriterien auch voll an die Krankenhäuser weiterzugeben.**
10. **Kommunale Krankenhäuser – egal in welcher Verbundstruktur – müssen sich von denen anderer Träger deutlich durch ihre sozialen Zielsetzungen unterscheiden.** Sie sollen wirtschaftlich arbeiten, vor allem sollen sie sich aber auch konzeptionell deutlich von privaten und gemeinnützigen Trägern unterscheiden. Sollte das Holding-Modell Realität werden, muss als Stiftungsziel ausdrücklich die soziale Ausrichtung festgelegt werden. Zu dieser Ausrichtung gehören eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Regelversorgung in Kooperation mit dem ambulanten und Reha-Bereich, eine erstklassige Maximalversorgung in Kooperation mit Einrichtungen der Regelversorgung sowie den Universitätskliniken und medizinischen Fakultäten, Patientenorientierung im gesamten Ablauf, Wirtschaftlichkeit in der Un-

ternehmensführung und Re-Investition von Überschüssen in die Versorgungsqualität, besondere Qualifizierung des Personals in Geriatrie, Palliativmedizin und interkulturellen Kompetenzen, verbindliche Achtung von öffentlichem Tarif- und Vergaberecht, Arbeitsbedingungen und Standards für eine optimale Patientenversorgung, Einbeziehung der Bevölkerung und soziales Engagement.

Wiesbaden im März 2013

Kordula Schulz- Asche, MdL

Rosemarie Heilig, Stadträtin Frankfurt

Jens Deutschendorf, Erster Kreisbeigeordneter Kreis Waldeck-Frankenberg

Anne Janz, Stadträtin Kassel

Dr. Karsten Mc Govern, Erster Kreisbeigeordneter Kreis Marburg-Biedenkopf

Matthias Schimpf, Hauptamtlicher Kreisbeigeordneter Kreis Bergstraße

Peter Schneider, Bürgermeister Stadt Offenbach

Heinz Schreiber, Erster Kreisbeigeordneter Lahn-Dill-Kreis

Matthias Zach, Kreisbeigeordneter Main-Kinzig-Kreis