

IMPLICONplus

Gesundheitspolitische Analysen

Staatstheater auf dem Land?

Inkonsistenzen der Krankenhausplanung
für ländliche Strukturen

von Harald Englisch

09 | 2018

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet
Gestaltung: roman und braun medienproduktionen
Umschlaggestaltung: Robert Roman
Internet: www.implicon.de
ISSN: 2199-4978

Staatstheater auf dem Land?

Inkonsistenzen der Krankenhausplanung
für ländliche Strukturen

von Harald Englisch

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser vom November 2016 basiert auf einer fragwürdigen Definition des geringen Versorgungsbedarfs. Der Beschluss wird nicht überall ernst genommen – die Folge ist, dass auch versorgungsnotwendige Krankenhäuser geschlossen werden. In diesem Beitrag werden anhand konkreter Beispiele aus ländlichen und Rand-Regionen die Definitionen der Richtlinie des Bundesausschusses durchdekliniert – auch hinsichtlich der Folgen für die betroffenen Bürger. Es zeigt sich, dass die Krankenhausplanung für strukturschwache Regionen keineswegs konsistent ist – weder was die gewählten Definitionen angeht noch was die konkrete politische Umsetzung betrifft.

...

...

Prolog: Warum gibt es Sicherstellungszuschläge?

Seit die Honorierung der Leistungen der Krankenhäuser über DRGs erfolgt, besteht die Gefahr, dass im Versorgungsgebiet eines Krankenhauses das Patientenaufkommen so gering ist, dass das Krankenhaus „die notwendigen Vorhaltungen, wie z. B. das erforderliche ärztliche Personal, nicht aus den regulären Einnahmen finanzieren kann“.¹ Mit Sicherstellungszuschlägen soll das erreicht werden, was die Väter des Grundgesetzes forderten: die „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“². Der Sachverständigenrat (SVR) nannte 2014 Kriterien für die Vergabe von Sicherstellungszuschlägen³, z. B. die Orientierung an Wegezeiten anstelle von Entfernungen. Das im gleichen Jahr erschienene vdek-Gutachten „Krankenhausplanung 2.0“⁴ präzisierte die SVR-Empfehlungen, indem als Obergrenze für grundversorgende Fachbereiche 30 Minuten genannt wurden. Außerdem seien alle Standorte der Kliniken zu berücksichtigen, auch wenn sie zum gleichen Träger gehören. Die Vorschläge der Gutachten flossen in den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser vom November 2016⁵ ein, wobei ein elementarer Fehler bei der Umsetzung der Gutachten gemacht wurde: Der geringe Versorgungsbedarf wurde falsch definiert. Gute Gutachten sind eben keine Gewähr dafür, dass Entscheidungsgremien daraus die richtigen Schlussfolgerungen ziehen.

1. Akt: GKV-Kliniksimulator und die Tücke mit dem geringen Versorgungsbedarf

Der GKV-Spitzenverband stellte in seiner Präsentation am 08.09.2016⁶ eine Internetseite vor, mit der sich sowohl potentiell überflüssige Grundversorger identifizieren lassen als auch Anwärter für einen Sicherstellungszuschlag. Laut GKV-Vorschlag ist eine Bedingung für den Zuschlag ein „geringer Versorgungsbedarf“. Dieser sei gegeben, „wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer liegt. Das Versorgungsgebiet ergibt sich aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 30-Pkw-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen.“ Auch der Begründung des anschließenden G-BA-Beschlusses⁷ ist nicht zu entnehmen, warum die Einwohnerdichte anstelle des erwarteten Patientenaufkommens als Kriterium für einen geringen Versorgungsbedarf genommen wird. Entscheidend für das Patientenaufkommen eines Hauses ist doch die Zahl der Menschen im (natürlichen) Einzugsgebiet, d. h. dem Gebiet, für das ein vorgegebenes Krankenhaus das am schnellsten erreichbare ist⁸. Das Patientenaufkommen hängt selbstverständlich nicht nur von der Einwohnerdichte, sondern auch von der Größe des Einzugsgebietes ab: In Gebirgsregionen ist die Verkehrserschließung häufig ungünstiger als auf dem flachen Land, so dass die Abstände zwischen den Krankenhäusern und die Einzugsgebiete kleiner sind. Das Patientenaufkommen hängt weiterhin davon ab, wo es weitere Krankenhäuser gibt – der irreführende Begriff „Versorgungsgebiet“ täuscht darüber hinweg, dass es keine Beziehung zum natürlichen Einzugsgebiet gibt. Es kann sowohl geographische

Einheiten im „Versorgungsgebiet“ geben, die nicht im Einzugsgebiet liegen, als auch Einheiten außerhalb des „Versorgungsgebiets“, die zum Einzugsgebiet gehören: In Regionen mit einer hohen Krankenhausdichte wie dem Ruhrgebiet ist das Einzugsgebiet viel kleiner als das „Versorgungsgebiet“, der GKV-Verband wählte mit Gelsenkirchen⁹ ein Beispiel, wo es im 30-Minuten-Umkreis um das Krankenhaus 70 weitere Krankenhäuser gibt. Umgekehrt gehört z. B. in Schleswig-Holstein Westerheversand zum Einzugsgebiet des ehemaligen Krankenhauses Tönning (s. 4. Akt), auch wenn es mehr als 30 Pkw-Minuten davon entfernt liegt. Durch die Umwandlung der Klinik in Tönning in ein Gesundheitszentrum verlängert sich die Fahrzeit von Westerheversand¹⁰ in die am schnellsten erreichbare Klinik (Husum) um etwa 15 Minuten – im Betroffenheitsmaß des GKV-Verbandes – „Zahl der Bürger, die aufgrund der Schließung mehr als 30 Minuten zu einem Krankenhaus der Grundversorgung benötigen“ – tauchen diese Bürger mit ihrer Fahrzeitverlängerung nicht auf. Um für den Sicherstellungszuschlag in Frage zu kommen, muss es mindestens 5000 betroffene Bürger geben; im Falle von Tönning waren es sogar mehr als 11.000.

ABBILDUNG 1: KENNZAHLEN ZUR SCHLIESSUNG DER KLINIK IN TÖNNING¹¹

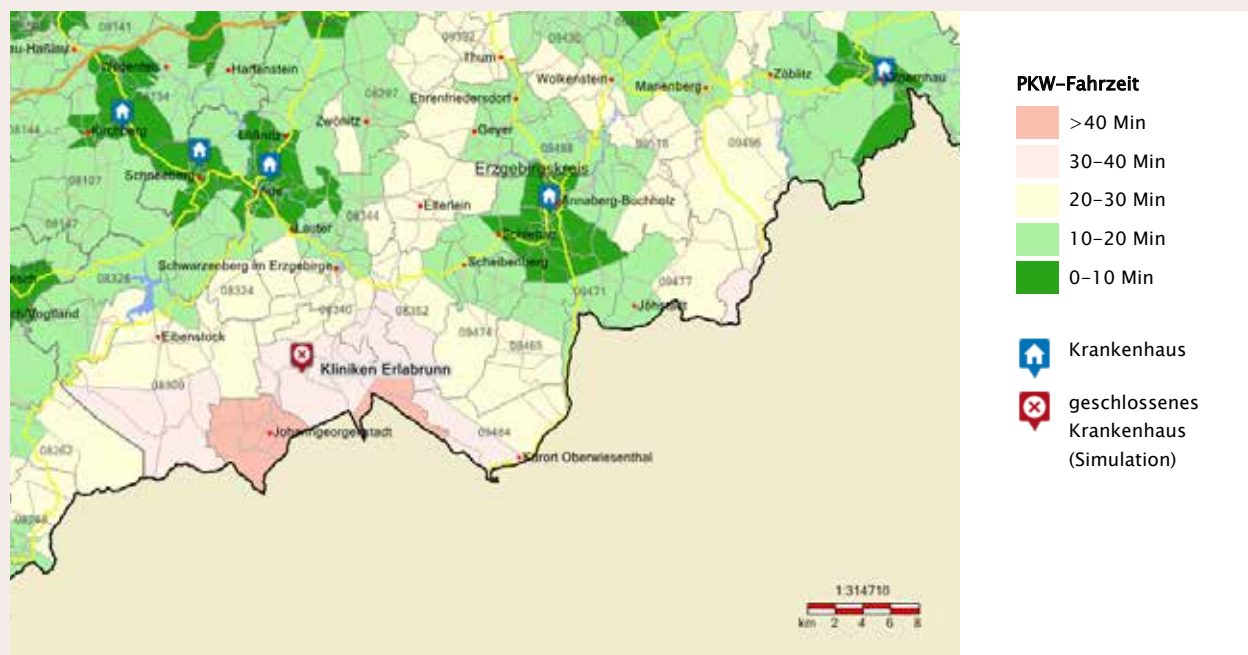
Kennzahlen und Schließungseffekte im 30 PKW-Minuten Fahrzeitradius

Einwohner	73. 101
Durchschnittliche Einwohnerdichte (E/km ²)	96,5
Durchschnittliche PKW-Fahrzeitminuten zum nächsten Grundversorger	
- Status quo	10,8
- Bei Schließung	15,5
Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 30 PKW-Fahrzeitminuten benötigen würden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen	11.069
Grundversorger im Umkreis	2

Tönning hatte nur rund 30.000 Einwohner in seinem natürlichen Einzugsgebiet und somit tatsächlich einen geringen Versorgungsbedarf. Die Zahl der Bürger, die wegen der Schließung ihres am schnellsten erreichbaren Krankenhauses nun mehr als 30 Minuten Fahrzeit fahren müssen, ist der Tabelle im GKV-Kliniksimulator zu entnehmen; die Zahl der Bürger im Einzugsgebiet muss man jedoch selbst abschätzen. Die durchschnittliche Verlängerung der Pkw-Fahrzeit bei der Schließung von Tönning von 4,7 Minuten sieht nicht dramatisch aus. Aber dieser Durchschnitt ist irreführend, denn er bezieht sich auf alle Einwohner im 30-Minuten-Umkreis, also auch auf die mehr als 40.000 Bürger, die von der Schließung gar nicht betroffen sind, weil für sie das Haus in Heide oder Husum schneller zu erreichen ist. Die durchschnittliche Fahrzeitverlängerung für die 30.000 betroffenen Bürger beträgt dagegen reichlich 11 Minuten.

Das Krankenhaus in Erlabrunn, einem Ortsteil von Breitenbrunn im Süden Sachsens nahe an der tschechischen Grenze, illustriert das Defizit der Definition hinsichtlich des geringen Versorgungsbedarfs besonders deutlich (s. Abb. 2).

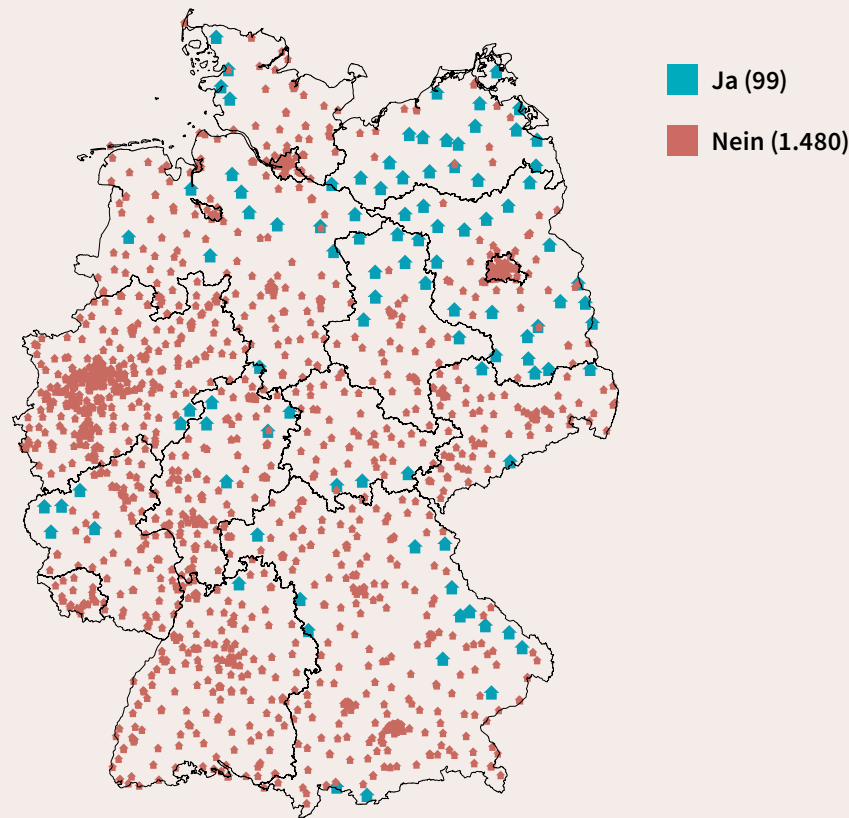
ABBILDUNG 2: SIMULATION DER SCHLISSUNG VON ERLABRUNN



Das Haus hat angeblich keinen geringen Versorgungsbedarf, es wird jedoch für die Versorgung von rund 12.000 Bürgern in den grenznah gelegenen Gemeinden benötigt. Und das unabhängig davon, wie dicht die Einwohner im Norden von Erlabrunn wohnen, deren am schnellsten zu erreichendes Krankenhaus jedoch das in Aue oder Schneeberg ist. Allerdings hat das Krankenhaus in Erlabrunn nur ein natürliches Einzugsgebiet mit rund 20.000 Einwohnern, so dass es ein Kandidat für einen Zuschlag sein müsste.

Was ein geringer Versorgungsbedarf ist, bedarf natürlich auch bei der Orientierung am Einzugsgebiet einer normativen Festlegung so wie bei der Einwohnerdichte, wo 100 E/km² derzeit die Grenze darstellt. Vorstellbar wäre eine solche Grenze, dass die Zahl der anspruchsberechtigten Häuser bei ca. 100¹² liegt. Der GKV-Spitzenverband rechnete z. B. in seiner Präsentation vom 08.09.2016 mit 66 Sicherstellungskandidaten, hat dabei jedoch 33 übersehen (s. Abb. 3):

ABBILDUNG 3: **KLINIKANSPRUCH AUF SICHERSTELLUNGSZUSCHLAG**
Stand: 2016



Quelle: siehe Endnote 12

In Sachsen war zwar Torgau aufgeführt (hat den Zuschlag mit einem Einzugsgebiet mit ca. 50.000 Einwohnern nicht nötig), dafür fehlten jedoch die Kandidaten Olbernhau und Weißwasser, die beide wegen ihres geringen Einzugsgebiets (ca. 34.000 bzw. ca. 35.000) den Zuschlag eher nötig haben dürften. Olbernhau liegt mit seiner Dichte von 97 E/km² zwar nur knapp unter der magischen Grenze 100, hat aber wegen seiner Grenzlage ein kleines Einzugsgebiet.

Diskussionswürdig ist an dem GKV-Vorschlag außerdem, dass zwar Inseln als Sonderfall erwähnt werden, aber nicht Häuser in der Nähe der polnischen oder tschechischen Grenze, die nicht mit Patienten aus dem Nachbarland rechnen können. Das Insel-Krankenhaus auf Rügen hat zum Beispiel mehr als 46.000 Einwohner in seinem Einzugsgebiet, sollte also keinen Zuschlag brauchen. Jedoch ist Erlabrunn mit seiner Grenzlage mit einer Insel vergleichbar. Noch offensichtlicher ist der geringe Versorgungsbedarf bei der Klinik in Sebnitz, einem Haus nahe der tschechischen Grenze, mit einer Einwohnerdichte von 131 E/km²: Im 30-Pkw-Minuten-Umkreis um die Klinik leben ca. 26.000 Menschen, d. h. wie auf einer Insel drängen sich die Menschen auf einer kleinen Fläche. Mehr als 11.000 Bürger aus dem Einzugsgebiet dieser Klinik

müssten bei der Schließung dieser Klinik mehr als 30 Minuten zu ihrer dann am schnellsten erreichbaren Klinik fahren; deutlich zu viel. Eine mit der Grenz- oder Insellage vergleichbare Randlage haben auch Häuser am Rande großer Gewässer (z. B. Brunsbüttel) oder von Tagebauen.

Warum nimmt der GKV-Verband ein so grobes Betroffenheitsmaß? Mindestens 5000 Bürger müssen mehr als 30 Minuten zu dem Haus fahren, das am schnellsten zu erreichen ist. Ist es nicht sinnvoller zu fragen, wie viele Bürger wie viel Fahrzeit über 30 Minuten aufbringen? Wenn 6000 Bürger 35 Minuten fahren, so sollte die summierte Fahrzeitüberschreitung $6.000 \times 5 \text{ Minuten} = 30.000 \text{ Minuten}$ als weniger gravierend eingestuft werden als wenn nur 4.000 Bürger 45 Minuten fahren müssen. Bei ihnen beträgt die summierte Fahrzeitüberschreitung $4.000 \times 15 \text{ Minuten} = 60.000 \text{ Minuten}$.

Der Simulator kann genutzt werden, um im Nachhinein zu prüfen, ob eine Krankenhausschließung vertretbar ist. Im Falle des 2015 geschlossenen Krankenhauses in Rochlitz¹³, einer Kleinstadt im Landkreis Mittelsachsen, müssen weniger als 350 Bürger mehr als 30 Minuten zum am schnellsten erreichbaren Haus fahren. Diese geringe Zahl ist auch Folge der Fertigstellung der Autobahn A 72 zwischen Penig und Borna im Jahr 2013. Eine verbesserte Verkehrsinfrastruktur kann also dazu führen, dass Krankenhausstandorte aufgegeben werden können, worauf auch die Verantwortlichen des Kliniksimulators schon hingewiesen haben.

Der Simulator hilft weiterhin zu prüfen, ob in der Vergangenheit gewährte Sicherstellungszuschläge nach der neuen Gesetzeslage Bestand haben: Dem Krankenhaus in Alsfeld wurde von Hessen der Zuschlag für 2012-14 zugesprochen¹⁴, obwohl laut Simulator kein geringer Versorgungsbedarf vorliegt.

3. Akt: Der G-BA-Beschluss und das Versagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Der G-BA beschloss am 24.11.2016 nur mit der ausschlaggebenden Stimme des neutralen Mitglieds¹⁵, den Vorschlägen des GKV-Verbandes hinsichtlich der Sicherstellungszuschläge zu folgen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Gegenspieler des GKV-Spitzenverbandes im G-BA hat es versäumt, auf die unsinnige Definition des geringen Versorgungsbedarfs hinzuweisen. Stattdessen versuchte sie, den Sicherstellungszuschlag auf weitere Leistungsbereiche auszudehnen¹⁶ und die Grenze auf 162 E/km^2 hochzuschrauben¹⁷. Sie hatte zumindest genügend Zeit, sich auf diese G-BA-Sitzung vorzubereiten, denn der GKV-Verband hat sein Modell mehr als 2 Monate vorab vorgestellt, partiell sogar schon mehr als ein Jahr¹⁸. Die DKG sollte ein Interesse daran haben, dass nur die Häuser Zuschläge erhalten, die sie aus geografischer Sicht wirklich benötigen und nicht schlecht wirtschaftende, die zufälligerweise ein fragwürdiges Kriterium erfüllen. Die DKG bügelte den Simulator leichtfertig mit den Worten ab: „Der Simulator ist technisches Spielzeug und kann nicht mehr Informationen liefern, als vor Ort bekannt sind“¹⁹.

Am 19.4.2018 hat der G-BA Kriterien für Sicherstellungszuschläge bei Geburtskliniken beschlossen; danach sollen diese Kliniken innerhalb von 40 Minuten erreichbar sein²⁰. Auch jetzt kritisiert die DKG, „dass nur Krankenhäuser in einem Unterbesiedlungsgebiet mit maximal 20 Frauen im gebärfähigen Alter pro km² den Sicherstellungszuschlag beantragen können“²¹, aber nicht, dass nicht einfach nach der erwarteten Geburtenzahl gefragt wird.

„Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“, so lautet im G-BA-Beschluss ein Abschnitt. Die Verantwortlichen wollten offensichtlich vermeiden, dass mit Sicherstellungszuschlägen schlechte Qualität ausgebügelt wird. Explizit lautet z. B. eine Festlegung: „Liegt die geringe Auslastung des Krankenhauses noch unterhalb des Erwartungswertes aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs und gibt es deutliche Hinweise darauf, dass eine erhebliche Anzahl von Patienten aufgrund von Qualitätsmängeln des Krankenhauses Fahrzeiten zu einem weiter entfernten Krankenhaus in Kauf nimmt, sollte die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags entfallen.“ Bemerkenswert ist hier die Erwähnung des Erwartungswertes der Auslastung. Warum kam denn keiner auf die Idee, das erwartete Patientenaufkommen als Maßstab für den geringen Versorgungsgrad zu machen?

Auch eine andere Festlegung ist lobend hervorzuheben: Die Erreichbarkeit wird über die Grenzen von Bundesländern hinweg gemessen.

Jeder Autofahrer weiß, dass Fahrzeiten von der Tageszeit abhängen. Da sich der G-BA auf fahrzeitabhängige Kriterien für die Krankenhauserreichbarkeit eingelassen hat, müssen nun die Landesbehörden grübeln, wie eine „durchschnittliche Verkehrslage“²² definiert und gemessen wird.

4. Akt: Demagogen beim Bürgerentscheid in Ostfriesland

In Ostfriesland gab es im Juni 2017 einen Bürgerentscheid zur Zukunft der Krankenhauslandschaft: Die Bürger der kreisfreien Stadt Emden (ca. 50.000 Einwohner) entschieden sich mehrheitlich gegen die Errichtung einer Zentralklinik in Georgsheil²³ als Ersatz für drei Kliniken in Aurich, Emden und Norden, obwohl deren Befürworter versuchten, mit zweifelhaften Argumenten die Entscheidung zu beeinflussen: „Bildet man beispielsweise in Emden ein Konservatives Zentrum der Inneren Medizin, fallen die internistischen Abteilungen in Aurich weg. Ein operatives Zentrum in Aurich würde bedeuten, dass es in Emden keine Chirurgie und keine Operationen mehr gibt.“²⁴ Aber dieses Szenario hätte zur Folge, dass ca. 54.000 Bürger²⁵ in Aurich und Umgebung innerhalb von 30 Autominuten keine internistische Grundversorgung hätten, viel zu viel! Auch wenn vielen Bürgern ihr 30-Minuten-Anspruch an die Grundversorgung wohl nicht bekannt sein dürfte, haben sie sich von der Drohung nicht sehr beeindrucken lassen. Warum wurde eigentlich die Variante „Zentralklinik light“ (die beiden Kliniken in Aurich und Norden werden durch eine Zentralklinik in Georgsheil ersetzt, die Stadt Emden behält ihre Klinik) nicht von Anfang an thematisiert? Bei

dieser Variante bietet es sich an, dass in Emden eine Grundversorgung vorgehalten wird, während spezialisiertere Leistungen nur noch in Georgsheil angeboten werden. Inzwischen wird diese Variante auch öffentlich diskutiert.²⁶

Im Mai 2017 stimmten die Bürger in Nordfriesland ebenfalls über die Zukunft ihrer Krankenhäuser ab²⁷: Die Bürger fanden sich z. B. mit der Umwandlung der Klinik in Tönning in ein „Regionales Gesundheitszentrum“ zum 01.01.2017 ab, obwohl das Haus gemäß G-BA-Beschluss ab 01.01.2017 einen Anspruch²⁸ auf einen Sicherstellungszuschlag hätte. Die Verwaltung in Nordfriesland verzichtete darauf, die Idee einer Zentralklinik in Bredstedt weiter zu verfolgen, was die hohe Zustimmung durch die Bevölkerung erklären könnte.²⁹

Die Politiker in Nordfriesland verwiesen jedoch auch darauf, dass das Krankenhaus in Niebüll einen Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag hat. Das stimmt zwar, aber im natürlichen Einzugsgebiet leben ca. 60.000 Einwohner, das sollte eigentlich für einen wirtschaftlichen Betrieb reichen. Und da es nicht reichte, ist das vielleicht ein Indiz, dass das Bundesland zu wenig in seine Kliniken investiert hat.

Epilog: Der G-BA-Beschluss wird nicht ernst genommen

Auch mit zweifelhaften Argumenten³⁰ wurde die Schließung des Akut-Krankenhauses in Bad Säckingen (Baden-Württemberg, über 6000 Betroffene) verkauft: Zwar hatte die Klinik keinen Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag, aber sie war versorgungsnotwendig. Der Klinik wurde möglicherweise die falsche Trägerschaft zum Verhängnis: Das Krankenhaus des Partners in Waldshut ist weiter entfernt als das in Rheinfelden. Jedoch liegt Rheinfelden schon im benachbarten Landkreis Lörrach, so dass vermutlich nicht nach einer kostensparenden Kooperation zwischen den Kliniken in Bad Säckingen und Rheinfelden gesucht wurde.

Anders sieht es im Kreis Rotenburg (Wümme) in Niedersachsen aus: Hier bestätigt das Niedersächsische Ministerium den Kliniken in Bremervörde und Zeven den Anspruch auf die Sicherstellungszuschläge³¹, was zwar formell stimmt, aber wegen der großen Einzugsgebiete (ca. 50.000 bzw. 65.000 Menschen) nicht nötig sein sollte. Wegen der großen Verluste in Zeven wird das Krankenhaus geschlossen, der Sicherstellungszuschlag interessierte den Kreistag wenig³². Es könnte ja sein, dass die Kassen gegen den Beschluss zum Zuschlag juristisch vorgehen³³, sie könnten die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ins Feld führen (s. 3. Akt).

Das gleiche Ministerium möchte die Kliniken in Walsrode und Soltau³⁴ zu einer Großklinik zusammenlegen. Mit einer Klinik in Autobahnnähe, z. B. in Dorfmark, könnte man den G-BA-Kriterien halbwegs gerecht werden. Alternativ könnte Soltau durch Erweiterung mit einer Chirurgie zum Grundversorger ausgebaut werden. Die Bürger in Bispingen, Faßberg, Munster und Wietzendorf erreichen derzeit eine Chirurgie nur mit Fahrzeiten von zum Teil deutlich mehr als 30 Minuten!

Obwohl zwei Häuser mit Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag, das Johanniter-Krankenhaus in Genthin³⁵ (Sachsen-Anhalt, nur ca. 30.000 Einwohner im Einzugsgebiet) und die Klinik in Tönning, geschlossen bzw. umgewandelt wurden, erscheint zumindest Genthin in Sachsen-Anhalt wie ein Musterbeispiel für ein Haus, auf das der G-BA-Beschluss zutraf: Egal, ob der geringe Versorgungsbedarf am Einzugsbereich oder der Einwohnerdichte (knapp über 50) gemessen wird, der Bedarf ist gering! Und die Zahl von 22.000 betroffenen Bürgern ist hoch! In Tönning dagegen lag die Einwohnerdichte nur knapp unter dem Grenzwert von 100, ergo stand Tönning mit Jahresbeginn 2017 der Sicherstellungszuschlag zu. Zum 01.01.2017 wurde Tönning jedoch umgewandelt – war das voreilig?

Der ehemalige Ärztliche Direktor der Klinik in Genthin, Prof. Nellessen, behauptete einige Monate nach Inkrafttreten des Sicherstellungs-Beschlusses, dass Krankenhäuser der Genthiner Größenordnung mit einem solch geringen Einzugsgebiet politisch nicht gewollt seien³⁶, die Staatssekretärin B. Bröcker erklärte, durch den Wegfall des Krankenhauses werde in Genthin keine medizinische Versorgungslücke entstehen³⁷. Wenn nun ein Politikwissenschaftler mutmaßt, dass AfD-Wähler beispielsweise mit der ärztlichen Versorgung auf dem Land unzufrieden seien³⁸ (das Beispiel Wolgast stützt die Vermutung), so müssen sich der Arzt und die Politikerin fragen, wie viel sie mit ihren Halbwahrheiten zur Politikverdrossenheit beitragen. Es mag zwar verständlich sein, dass sich ein privater Träger nicht um eine Klinik reißt, die nur mit Sicherstellungszuschlägen zu betreiben ist. Aber von einem konfessionellen Träger könnte man doch erwarten, dass er zu Häusern steht, die nicht nach einem Goldesel aussehen. Auch wenn das Ministerium 2004 an die Schließung des Kleinstkrankenhauses in Genthin dachte, so ist vollkommen unklar, dass es 2017 nicht auf die konkretisierte Gesetzeslage reagierte. Hatte Genthin wie Bad Säckingen den falschen Träger? Von Genthin aus benötigt man ins Krankenhaus in Stendal mehr Zeit als nach Burg. Wurde Helios, Träger der Klinik in Burg, eigentlich gefragt, unter welchen Konditionen der Klinikkonzern bereit wäre, die Klinik in Genthin als Außenstelle von Burg zu betreiben?

Der Krankenhaus-Strukturfonds³⁹ soll u. a. dazu missbraucht werden, um neben Genthin zwei versorgungsnotwendige Kliniken in Baden-Württemberg zu schließen, die in Künzelsau und Brackenheim. Vielleicht war der G-BA-Beschluss nicht nur unausgegoren, sondern auch noch zu großzügig? Ist das ein Hinweis darauf, dass die Menschen nicht nur in dünn besiedelten Regionen dafür Verständnis haben, wenn sie mehr als 30 Minuten bis zum nächsten Krankenhaus fahren müssen? Auf jeden Fall ist die Gesundheitspolitik nicht konsistent, wenn es sowohl für die Schließung eines Hauses Geld gibt, es aber gleichzeitig bei Fortführung Anspruch auf zusätzliches Geld hat. Umgekehrt gibt es auch Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz, die Geld aus dem Strukturfonds für den Ausbau erhalten⁴⁰, die laut G-BA geschlossen werden könnten: in Oberwesel und Zweibrücken. Das sieht doch sehr nach widersprüchlicher Krankenhauspolitik aus!

Fazit:

Wo wurden erfolgreich Anträge für den Sicherstellungszuschlag gestellt? Welche Geburtskliniken haben einen Anspruch? Darüber ist erstaunlich wenig zu hören!^{41,42} Ist es für eine Klinik geschäftsschädigend, wenn sie einen Sicherstellungszuschlag benötigt? Versuchen die Geschäftsführungen der betroffenen Kliniken, das Thema nicht in der Öffentlichkeit anzusprechen? Das Instrument Sicherstellungszuschlag hat es zumindest verdient, dass die Definition des geringen Versorgungsgrades korrigiert wird, um damit das Leben in den ländlichen Regionen lebenswerter zu machen. Die Analyse zeigt allerdings auch, dass sich das Phänomen des geringen Versorgungsgrades in Deutschland überwiegend auf Grenzregionen und einige wenige sich entleerende Räume beschränkt, nicht zuletzt durch Wegzug der jüngeren Generationen. Dies ist kein deutsches Phänomen, sondern – weitaus drastischer – in anderen Flächenländern wie Spanien, Frankreich und den großen skandinavischen Ländern zu beobachten. Angesichts der Realität wirkt das (verfassungsrechtliche) Postulat der Gleichheit der Lebensverhältnisse auch etwas weltfremd. Realistischer und hilfreicher wäre es, den Blick auf andere Länder zu werfen und zu schauen, wie dort mit solchen Infrastrukturproblemen umgegangen und wie sie konkret in der medizinische Versorgung gelöst werden.

Prof. Dr. H. Englisch

Staatliche Studienakademie Leipzig und
Gesundheit Mitteldeutschland e. V.

prof@dr-englich.de

Tel.: 0341-49577988

Mobil: 0179-2932685

Literatur

1. Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen: „Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung“. In Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018; Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Schattauer-Verlag (Stuttgart)
2. https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_72.html
3. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=513>
4. https://www.vdek.com/presse/Broschueren/_jcr_content/par/download_8/file.res/84_Positionen%20der%20Ersatzkassen%20zur%20Krankenhausplanung_ansicht.pdf
5. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2782/2016-11-24_BPL-RL_Sicherstellungszuschlaege_Erstfassung.pdf
6. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraech/2016_2/pg_20160908/03_Praesentation_gkv-kliniksimulator.pdf
7. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4082/2016-11-24_BPL-RL_Sicherstellungszuschlaege_Erstfassung_TrG.pdf
8. Gerhard Fülöp: Raumplanung der Gesundheitsfürsorge in Österreich. Wiener Beiträge zur Regionalwissenschaft. Band 17. 1999
9. <https://www.gkv-kliniksimulator.de>
10. <http://www.wsa-toenning.wsv.de/bauwerke/leuchttuerme/westerhever/index.html>
11. Quelle: <https://gkv-kliniksimulator.de> 2016, nicht mehr abrufbar
12. 2016 gab es 99 anspruchsberechtigte Häuser (http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_KhQualitaet_PatSicht_dt_final.pdf), 2017 fiel Tönning weg
13. http://www.lmkgmbh.de/lmk/images/pdf-dateien/pressemitteilungen/15.11.09_LMK%20stellt%20stationaeren%20Betrieb%20in%20Rochlitz%20ein.pdf
14. <http://www.nh24.de/index.php/vogelsberg/202-allgemeines/76813-alsfelder-krankenhaus-erhaelt-rsicherstellungszuschlagl>
15. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71637>
16. <http://www.deutscher-krankenhaustag.de/images/pdf/2016/Baum-Georg-16-11-2016.pdf>
17. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4696/2016-11-24_SiZu-R_Sicherstellungszuschlaege_Erstfassung_TrG_Anlagen.pdf
18. <http://www.wido.de/themenbereiche/krankenhaus/khreport/khr-2015/khr15-abstract-kap13.html>
19. http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/15139/title/DKG_zum___Krankenhausimulator__des_GKV-Spitzenverbandes
20. <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3302/>
21. https://www.dkgev.de/media/file/81801.2018-04-19_PM_DKG_zum_Sicherstellungszuschlag.pdf

22. „Bei der Berechnung der PKW-Fahrzeiten sind von der zuständigen Landesbehörde Algorithmen zu nutzen, die die Topographie, die Verkehrsinfrastruktur und die durchschnittliche Verkehrslage berücksichtigen.“
23. https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/oldenburg_ostfriesland/Keine-Zentralklinik-Kritik-von-Rundt,georgsheil102.html
24. <https://www.zentralklinikum-georgsheil.com/aktuell/klinikentwicklung-nichts-wird-so-bleiben-wie-es-ist, nicht mehr abrufbar>
25. https://www.gkv-kliniksimulator.de/downloads/simulation1/Kurzbericht_2017_187900.pdf
26. http://www.anevita.de/wp-content/uploads/2018/05/Zukunftskonzept_Kliniken_13042018.pdf
27. <https://www.nordfriesland.de/Kreis-Verwaltung/Aktuelles/B%C3%BCrgerentscheid>
28. <https://www.shz.de/lokales/husumer-nachrichten/keine-entwarnung-fuer-nordfriesische-kliniken-id15449526.html>
29. <https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Was-wird-aus-Kliniken-im-Kreis-Nordfriesland,klinikumnordfriesland100.html>
30. <http://www.badische-zeitung.de/bad-saeckingen/gehen-am-spital-bad-saeckingen-bald-die-lichter-aus>
31. https://www.focus.de/regional/niedersachsen/landkreis-rotenburg-wuemme-sicherstellungszuschlaege-fuer-ostemed-kliniken_id_7890578.html
32. https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/lueneburg_heide_unterelbe/Zeven-verliert-Martin-Luther-Krankenhaus,krankenhaus658.html
33. https://gruene-kv-rotenburg.de/fuer-euch-gelesen/pressemitteilungen-von-uns/pressemitteilung/article/gastkommentar_ragnar_kaesche
34. <https://www.heidekreis-klinikum.de/Fachabteilungen-und-Unternehmen/Kliniken-und-Fachbereiche/Medizinische-Klinik-Soltau>
35. <http://www.mdr.de/sachsen-anhalt/magdeburg/krankenhaus-genthin-vor-schliessung-100.html>
36. <https://www.volksstimme.de/lokal/genthin/gesundheit-finale-fuer-genthiner-krankenhaus>
37. https://www.deutschlandfunkkultur.de/strukturabbau-in-sachsen-anhalt-wenn-das-krankenhaus.1001.de.html?dram:article_id=412058
38. http://www.uni-leipzig.de/service/kommunikation/medienredaktion/nachrichten.html?ifab_modus=detail&ifab_id=7439
39. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-ruft-bundesmittel-aus-dem-krankenhausstrukturfonds-in-voller-hoehe-ab/>
40. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/77462/Strukturfonds-fuehrt-zu-ersten-Krankenhausschliessungen>
41. <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/so-will-brunsbuettel-ohne-sicherstellungszuschlag-aus-dem-defizit-a-33455>
42. <https://www.stadt-norderney.de/publish/viewfull.cfm?objectid=9ece87ae%5Fe0f9%5F9b8a%5F62880affbb315504>

Bitte besuchen Sie uns auch unter www.implicon.de.

Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:

Herausgeber: Dr. med. Manfred Albring, Tel.: 030/431 02 95

Redaktion: Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift: Warnauer Pfad 3, 13503 Berlin

Layout: Robert Roman, Roman und Braun

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Jürgen Bausch

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Professor Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

Professor Roger Jaeckel

Director Market Access D.A.CH Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

Professor Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

Professor Dr. Eberhard Wille

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen