

26. Kranken- und Notfallversorgung an der Westküste zukunftssicher gestalten

Die demografische Entwicklung und der zunehmende Wettbewerb der Krankenhäuser im ländlichen Raum um die Patienten werden mittelfristig zu Schließungen von Klinikstandorten führen. Dies gefährdet zunehmend die flächendeckende stationäre Krankenversorgung.

Anzustreben ist deshalb eine Krankenhauslandschaft mit großen leistungsfähigen Einrichtungen an zentralen Standorten. Daneben ist eine stationäre Notfallversorgung an den Standorten sicherzustellen, an denen bisher kleinere Krankenhäuser die Grund- und Regelversorgung übernommen haben.

Es wird auch immer schwieriger, die ambulante Krankenversorgung im ländlichen Raum durch niedergelassene Ärzte zu gewährleisten. Aus Altersgründen frei werdende Kassenarztsitze können in den kommenden Jahren vielfach nicht wieder besetzt werden. Grund ist die fehlende Bereitschaft vieler Ärzte, eine Praxis im ländlichen Raum zu übernehmen.

Deshalb sollten die bisher strikt getrennten Planungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung unter Federführung des Landes zu einer gemeinsamen Krankenversorgungsplanung zusammengefasst werden. Diese muss auch die Notfallversorgung mit einschließen.

26.1 Rückläufige Auslastung der Krankenhäuser im ländlichen Raum gefährdet die stationäre Krankenversorgung

Mit Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) in Deutschland sind die Fallzahlen und die damit verbundenen Erlöse zu der zentralen Steuerungsgröße in den Krankenhäusern geworden. Zudem verfolgen die meisten Krankenhäuser strategisch die Erweiterung ihrer Leistungen.

Der auch vom Gesetzgeber forcierte Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern kann jedoch nur funktionieren, solange ausreichend Patienten zur Verfügung stehen und der Versorgungsauftrag insgesamt nicht gefährdet wird.

Mit dem einsetzenden Bevölkerungsrückgang in ländlichen Regionen sinkt die Zahl potenzieller Patienten. In der Konsequenz geht die Auslastung der dortigen Krankenhäuser zurück. Zusammen mit dem zunehmenden

Ärztemangel wird es immer schwieriger, Krankenhäuser wirtschaftlich zu betreiben. Dies gefährdet die stationäre Krankenversorgung im ländlichen Raum. Daher sind neben Patienten aus dem unmittelbaren Umfeld auch solche aus weiter entfernten Regionen für das einzelne Krankenhaus von wirtschaftlichem Interesse. Damit nimmt die Konkurrenz unter den Krankenhäusern um die Patienten zu.

Deutlich wird dies am Beispiel der Versorgungsregion Westküste:

Für die Krankenhausgesellschaften in Nordfriesland (Krankenhäuser in Husum, Niebüll, Tönning und Wyk auf Föhr) und in Dithmarschen (Krankenhäuser in Heide und Brunsbüttel) sind die Kreise Nordfriesland und Dithmarschen die unmittelbaren Versorgungsregionen (Westküste). Die Einzugsgebiete ihrer Krankenhäuser überschneiden sich besonders im nördlichen Dithmarschen und südöstlichen Nordfriesland sowie auf der Halbinsel Eiderstedt. Beide Krankenhausgesellschaften werben also um Patienten aus diesen Regionen. Aber auch die Krankenhäuser in den benachbarten Kreisen Schleswig-Flensburg, Rendsburg-Eckernförde und Steinburg konkurrieren um die Patienten der Westküstenregion.

Vor einer besonders schwierigen Situation stehen dabei die kleinen Krankenhäuser in Tönning und Brunsbüttel. Während der Einzugsbereich für das Krankenhaus Tönning weit in die Versorgungsbereiche der Krankenhäuser Heide und Husum hineinreicht, ergeben sich für den Versorgungsbereich des Krankenhauses Brunsbüttel deutliche Überschneidungen mit den Krankenhäusern in Heide und Itzehoe.

Der LRH hat die tatsächlichen Einzugsgebiete dieser 6 Krankenhausstandorte anhand der Patientendaten 2010 analysiert und umfangreiche Patientenwanderungen über die Versorgungsregionen hinweg festgestellt.

Die Krankenhäuser des Kreises Dithmarschen erzielten 2010 mit Patienten aus dem Versorgungsgebiet Nordfriesland einen Umsatz von 4,2 Mio. €. Dem standen Umsätze der Krankenhäuser in Nordfriesland mit Patienten aus Dithmarschen von nur 0,9 Mio. € gegenüber. Insgesamt profitierten die Krankenhäuser in Dithmarschen also deutlich von den Patienten aus dem Kreis Nordfriesland.

Die Konkurrenz um Patienten bei rückläufigen Bevölkerungszahlen wird dazu führen, dass einige der jetzt noch vorhandenen Krankenhäuser an der Westküste mittelfristig nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können und somit geschlossen werden müssen.

26.2 **Wie könnte die stationäre Krankenversorgung im ländlichen Raum auch zukünftig sichergestellt werden?**

Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag für die stationäre Krankenversorgung liegt bei den Ländern. Jeder Bürger muss Zugang zu stationärer Krankenversorgung in zumutbarer Entfernung haben. In Schleswig-Holstein setzt das Sozialministerium diesen Auftrag um. Es bedient sich hierbei der Krankenhausplanung.

Die Krankenhausplanung soll zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung führen. Maßgaben sind die medizinische und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Deshalb muss sich die Krankenhausplanung mit jedem einzelnen Krankenhaus auseinandersetzen.

Der im ländlichen Raum einsetzende Wettbewerbsdruck zwischen den Krankenhäusern um die weniger werdenden Patienten führt insbesondere bei kleineren Krankenhäusern zu erheblichen wirtschaftlichen Problemen. Mittelfristig müssten deshalb verschiedene Krankenhäuser massiv subventioniert oder geschlossen werden. Beides kann nicht im Interesse der Bevölkerung liegen. Das Schließen von Krankenhäusern im ländlichen Raum würde zu einer Einschränkung der stationären Notfallversorgung führen.

Die tradierte Krankenhausplanung des Sozialministeriums pflegt überwiegend den Krankenhausbestand und richtet sich bei der Grund- und Regelversorgung überwiegend an den Kreisgrenzen und der Trennung zwischen den niedergelassenen Ärzten und der stationären Krankenhausversorgung (Sektorengrenzen) aus. Das ist wegen sinkender Finanzmittel für die Krankenversorgung und der demografischen Entwicklung nicht mehr zielführend. Eine zukunftsweisende Krankenhausplanung muss sich an kreis- und sektorenübergreifenden Strukturen orientieren und diese fördern.

Zielführend ist eine Krankenhauslandschaft mit großen leistungsfähigen Krankenhäusern an zentralen Standorten. Dazu sind insbesondere die jetzigen Kliniken der Schwerpunktversorgung geeignet. Hinzu kommen muss eine stationäre Notfallversorgung an Standorten kleinerer Krankenhäuser, die derzeit die Grund- und Regelversorgung sicherstellen. Sie würden dann künftig als „Portalkliniken“ eine 24-Stunden-Bereitschaft und die Erstversorgung und Stabilisierung der Notfallpatienten nach einer Notaufnahme sicherstellen. Anschließend können die Patienten zur weiteren Behandlung an die zentralen Krankenhäuser weitergeleitet werden.

Das **Sozialministerium** erklärt, dass die Krankenhausplanung sich nicht an den Kreisgrenzen orientiere, sondern insbesondere die Schwerpunktversorgung und die Maximalversorgung bereits kreisübergreifend geplant

werde. Ergänzt werde diese Planung durch die Bildung von Zentren für bestimmte Versorgungsbereiche und die Kooperation von Krankenhäusern, die zwischenzeitlich ebenfalls kreisübergreifend erfolge.

Der **LRH** begrüßt die Aktivitäten des Sozialministeriums, hält es aber für zwingend notwendig, auch die an den Kreisgrenzen orientierte Planung der Grund- und Regelversorgung in ein Gesamtkonzept einzubeziehen und dieses auch im Krankenhausplan erkennbar zu dokumentieren. Zur Krankenhausplanung gehört neben der Koordination von Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung auch, neue Fachbereiche in Krankenhäusern nur zu genehmigen, wenn diese nicht durch andere bereits bestehende und in zumutbarer Entfernung liegende Krankenhäuser abgedeckt werden können. Nur so lassen sich Doppelstrukturen und nicht zielführender Wettbewerb zwischen Krankenhäusern vermeiden.

26.3 **Probleme bei der ambulanten Krankenversorgung durch niedergelassene Ärzte im ländlichen Raum nehmen zu**

Die Grundlagen für die ambulante Krankenversorgung der Bevölkerung sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)¹ zusammengefasst. Das beinhaltet auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst). Die vertragsärztliche Versorgung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen sicherstellen. In Schleswig-Holstein nimmt diese Aufgabe die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) wahr.

Bisher gab es eine strikte Trennung zwischen der Krankenversorgungsplanung für den stationären und ambulanten Bereich. Gleiches gilt für die Budgets. Die Länder und die KV sind sehr darauf bedacht, ihre jeweiligen Budgets zu verteidigen. Lediglich im Bereich der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung gibt es Modellversuche, den ambulanten und stationären Bereich aus einem gemeinsamen (Regional-)Budget zu finanzieren.

Die Trennung zwischen der stationären und ambulanten Krankenversorgung führt in der Praxis zu Problemen. Trotzdem hat der Bundesgesetzgeber sie nur in Teilbereichen gelockert. Hierzu zählen beispielsweise ausgewählte spezialfachärztliche ambulante Behandlungen, die auch von Krankenhäusern durchgeführt werden dürfen.

¹ Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung, Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I, S. 2477, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20.12.2012, BGBl. I, S. 2781.

Der KVSH fällt es zunehmend schwerer, Ärzte für frei werdende Hausarztpraxen im ländlichen Raum (Landarzt) zu finden. In den Kreisen Dithmarschen und Nordfriesland können bereits jetzt nicht alle frei gewordenen Hausarztpraxen wieder besetzt werden.

Neben den Problemen, die die Überalterung der niedergelassenen Landärzte mit sich bringt, haben sich auch die Vorstellungen und Wünsche der jungen Ärzte an ihr berufliches und soziales Umfeld gewandelt. Dies gilt genauso für junge Krankenhausärzte. Junge Ärzte legen zunehmend Wert auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, mehr Freizeit und Möglichkeiten der Freizeitgestaltung bei einer angemessenen Vergütung ihrer ärztlichen Leistungen. Auch fehlt vielen Ärzten die Risikobereitschaft, die mit der Übernahme einer Praxis verbunden ist. Die Diskussion der Nachwuchsprobleme nur auf die Höhe der Honorare zu beschränken, wäre daher deutlich zu kurz gegriffen.

Die KVSH hat die Problematik erkannt und versucht gegenzusteuern. Beispielsweise richtet sie die Planungsbereiche nicht nur an den Kreisgrenzen, sondern an der ländlichen Struktur aus. Zudem schafft sie Vergütungsanreize innerhalb des vorgegebenen Budgets.

Trotzdem haben alle Versuche der KVSH, dem „Praxissterben“ im ländlichen Raum entgegenzuwirken, bisher keinen nachhaltigen Erfolg gebracht.

26.4 **Gemeinsame Planung von stationärer und ambulanter Krankenversorgung notwendig**

Das Sozialministerium und die KVSH werden mittelfristig immer weniger in der Lage sein, allein ihren jeweiligen Sicherstellungsauftrag im ländlichen Bereich zu erfüllen. In einem Flächenland wie Schleswig-Holstein mit überwiegend ländlichen Strukturen kann nur eine gemeinsame Planung des stationären und ambulanten Bereichs langfristig die Krankenversorgung sicherstellen. Dies schließt auch die Notfallversorgung mit ein.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung¹ versucht der Bundesgesetzgeber, die zunehmenden Probleme der ambulanten Krankenversorgung zu lösen. Dazu gehören flexiblere Planungsbereiche und Anhörungsrechte der Länder bei der ambulanten Krankenversorgungsplanung. Danach kann ein

¹ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22.12.2011, BGBl. I Nr. 70, S. 2983 ff.

unter Leitung des Landes stehendes Gremium Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Krankenversorgung abgeben.

Insofern sind gemeinsame Strukturen bei der ambulanten und stationären Krankenversorgung schon jetzt grundsätzlich möglich. Dies schließt die Übernahme von weiteren ambulanten Leistungen durch die Krankenhäuser ausdrücklich ein.

Aktuell schränkt der bundesgesetzliche Rahmen den Handlungsspielraum der Landesregierung bei der Sicherstellung der ambulanten Krankenversorgung und der Ausbildung der Mediziner ein. Ihr kommt deshalb überwiegend die Rolle eines Moderators und Koordinators zu. Hiervon hat die Landesregierung in den letzten Jahren zunehmend Gebrauch gemacht. Die Landesregierung sollte sich für eine entsprechende Änderung des SGB V einsetzen, um eine gemeinsame Krankenversorgungsplanung unter Federführung des Landes zu ermöglichen.

Ein kreisübergreifender Umbau der stationären Krankenhausversorgung ist erforderlich. Das Land sollte die KVSH frühzeitig in die Planung einbinden, um die künftige Struktur der gesamten Krankenversorgung gemeinsam zu gestalten. Ein erster Schritt wäre z. B. die räumliche und personelle Zusammenführung der ambulanten und stationären Notfallversorgung an den jeweiligen Krankenhäusern. Die gemeinsam betriebenen ambulanten Notfallpraxen an einigen Krankenhäusern weisen bereits in die richtige Richtung.