

Unterversorgung von Krankenhauspatienten und überflüssige Behandlungsangebote in Nordrhein-Westfalen

Prof. Albrecht Goeschel
Akademie und Institut für Sozialforschung
Tenno am Gardasee



Prof. Albrecht Goeschel

1. Privatisierung der Strukturen, Funktionen und Prozesse der Krankenhausversorgung in NRW

Privatisierung und Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen laufen viel länger schon und viel breiter und viel tiefgreifender ab als allgemein wahrgenommen. Der großflächige Abbau vor allem freigemeinnütziger, aber auch öffentlicher Akutbetten und der umfangreiche Aufbau häufig privater Rehabetten und häufig privater Pflegeheimplätze ist eine bislang von der Öffentlichkeit zu wenig beachtete „Strukturprivatisierung“. Die deutliche Zunahme des Anteils der GmbH-Betten an den verbliebenen Akutbetten findet als weiträumige Begünstigung gewinnorientierter Krankenhausversorgung, als weiträumige „Funktionsprivatisierung“ ebenfalls kaum öffentliche Aufmerksamkeit. So verdeckt eigentlich die auch nicht ganz geringfügige Zunahme privatträgerschaftlicher Akutbetten, die „Formal-Privatisierung“ in der öffentlichen Diskussion das viel weitere Ausmaß der vorausgegangenen und begleitenden „Struktur- und Funktionsprivatisierung“ in Nordrhein-Westfalen.¹⁾

„Der großflächige Abbau vor allem freigemeinnütziger, aber auch öffentlicher Akutbetten und der umfangreiche Aufbau häufig privater Rehabetten und häufig privater Pflegeheimplätze ist eine bislang von der Öffentlichkeit zu wenig beachtete „Strukturprivatisierung“.“

Erst vor diesem Hintergrund wird deutlich, was die gerne als „Ökonomisierung“ der Krankenhausversorgung schöngeredete Umpolung der stationären Krankenbehandlung in Nordrhein-Westfalen eigentlich für dieses Land bedeutet. Pauschalpreisfinanzierung und Budgetdeckung der Krankenhausbehandlung sind die Peitschen, mit denen die Krankenhäuser in diesem Lande, bei Strafe der Insolvenz,²⁾ auf dem einzig verbliebenen Weg der Ertragssteigerung vorangetrieben werden: Dem Hochpushen der medizinisch-ärztlichen Leistungen als Erlösträger und dem Herunterfahren der pflegerischen Leistungen als Kostensenkungsreserve.

¹⁾ Vgl. hierzu u.a. Strehl, Rüdiger: Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 113-129 und Bundes-Ärztekammer (Hrsg.): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland, Berlin 2007, S. 24.

²⁾ Vgl. Augurzky et al.: Krankenhaus Rating Report 2008, (Hrsg.): Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen 2008 sowie Asmuth et al.: Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf das Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung. In: Das Krankenhaus, Stuttgart 9/1998, S. 181-187.

Diese Entwicklungskonstellation beinhaltet eine grundsätzliche Abwertung der gesundheitsstabilisierend-pflegerischen Leistungen des Krankenhauses und eine Neigung zur möglichst sofortigen Entfernung der Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus, sobald die medizinisch-ärztliche Leistung exekutiert ist.³⁾ Dabei wird dann auch die ärztliche Leistung beschleunigt in allgemeine Managementleistungen transformiert und zerlegt.⁴⁾

Brutalisiert wird diese Umsteuerung noch durch die in NRW beabsichtigte Anbindung der Investitionsförderung nicht mehr an die Krankenhausbetten und die damit verbundenen Pflegeleistungen. Vorbereitet wird vielmehr eine Anbindung der zukünftigen Investitionsförderung an die Behandlungsfallschwere, d.h. allein die medizinisch-ärztliche Komponente der Krankenhausversorgung.⁵⁾ Haben schon der jahrelange Bettenabbau und vor allem der jahrelange Investitionsstopp in Nordrhein-Westfalen die Flucht der Krankenhäuser in den Finanzierungsausweg medizinisch-ärztlicher Spezial- und Maximalleistungsangebote beschleunigt, wird eine fallschwereabhängige Investitionsförderung die Flucht der Krankenhäuser aus den Pflegeleistungen, aus ihren Ausbildungsaufgaben, aus der Familien- und Ortsnähe und aus Aufgabenbereichen wie Pädiatrie und Psychiatrie und Psychotherapie weiter beschleunigen.⁶⁾

„Flucht der Krankenhäuser in den Finanzierungsausweg medizinisch-ärztlicher Spezial- und Maximalleistungsangebote...
...Flucht der Krankenhäuser aus den Pflegeleistungen.“

Bei einer geografischen Betrachtung der Entwicklung der Dichte der Krankenhaus-Ärzte und der Krankenhaus-Pflegepersonen in den Kreisen und Städten NRW's wird diese Verschiebung der Gewichte gut sichtbar.

Es zeigt sich, dass Nordrhein-Westfalen mit Ausnahmen am südwestlichen Rand, am südöstlichen Rand, im Siegener Raum und im Münsterland eine hohe Krankenhaus-Arztausstattung erreicht hat. Demgegenüber bleibt die Krankenhaus-Pflegepersonalausstattung mit Ausnahme einer leichten Zunahme im größeren Raum Hamm, Soest und Unna allenfalls stagnativ.

³⁾ Vgl. Bundes-Ärzttekammer (Hrsg.): A.a.O., S. 76 ff. sowie Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): WZB-Mitteilungen, Sept. 2001, S. 19 ff.

⁴⁾ Vgl. Bundes-Ärzttekammer (Hrsg.): A.a.O., S. 76 ff.

⁵⁾ Vgl. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zur Einführung einer Baupauschale, Düsseldorf 12.10.2007.

⁶⁾ Vgl. ebda.

2. Angriff auf die beherbergende und pflegende Krankenhauskultur in NRW

Wenn jetzt noch, wie einige „Experten“ vorschlagen, der Sicherstellungsauftrag und die Krankenhausplanung der Länder auf eine flächendeckende Notfallversorgung reduziert werden sollen⁷⁾, die sonstige Versorgung aber dem Wettbewerb um Kassenausschreibungen überlassen werden soll, dann kann man sich vorstellen, dass die für die Bevölkerung und die Behandelten so wichtige gesundheitsstabilisierende und pflegerische Komponente der Krankenhausversorgung noch weiter in den Hintergrund gedrückt werden wird.⁸⁾

Unterversorgung mit Krankenhausleistungen heißt heute nicht mehr, dass in der einen oder anderen Region ein oder zwei Intensivbetten weniger stehen als im Plan. Unterversorgung bedeutet die fortschreitende Ausblendung aller Elemente von Erkrankung, die nicht unmittelbar medizinisch-ärztlich darstellbar und ökonomisch lukrativ abrechenbar sind.⁹⁾ Die Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen – es muss betont werden: Krankenhaus- „Kultur“, weil der in der Krankenhausdiskussion mittlerweile vorherrschende Jargon einsemestriger Betriebswirtschaft falsche Orientierungen gibt – die Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen stellt im Kern eine Verbindung von Kohle, Stahl und Katholischer Soziallehre dar.

„Unterversorgung bedeutet die fortschreitende Ausblendung aller Elemente von Erkrankung, die nicht unmittelbar medizinisch-ärztlich darstellbar und ökonomisch lukrativ abrechenbar sind.“

Typisch für diese sozusagen „alt-industrialisierte“ Ausprägung der Gesundheitsversorgung ist, in deutlichem Unterschied zum Süden Deutschlands, eine dominante Stellung der stationären Versorgung durch Krankenhäuser gegenüber der ambulanten Versorgung durch Arztpraxen. Auch die aktuellste, wohl ambitionierteste Großstudie zur Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen, vorgelegt im Jahre 2000, kommt zu dem Ergebnis, dass in Nordrhein-Westfalen noch immer in typischer Weise eine vergleichsweise höhere Inanspruchnahme von stationärer Gesundheitsversorgung durch die Bevölkerung mit einer auch erhöhten Morbidität dieser Bevölkerung bei erkennbar schwächerer Ausstattung des Landes mit Arztpraxen gilt.¹⁰⁾

⁷⁾ Vgl. Leber et al.: Elektiv wird selektiv. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 81 ff., bes. S. 102.

⁸⁾ Vgl. hierzu auch Arnold, Michael: Editorial zu Arnold, Michael und Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report '98, Stuttgart 1998, S. 1-10, bes. S. 8 ff. und ders.: Die Zukunft des Akutkrankenhauses. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart 2001, S. 3-12.

⁹⁾ Vgl. Wehkamp, Karl-Heinz: In Wirklichkeit ist alles viel schlimmer: Konflikte zwischen Ökonomie und Behandlungsethos und ihre Bearbeitung in deutschen Kliniken. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Konzentration bei den Krankenhäusern – Gefahr für die Patienten?, München 2001, S. 87-93.

¹⁰⁾ Vgl. I+G Gesundheitsforschung und Basys (Hrsg.): Zukunftsorientierte Praxisstudie für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen, München und Augsburg, Dezember 2000, S. 95.

„...die Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen, bietet vorrangig eine beherbergende Gesundheitsversorgung.“

Die zitierte Studie geht auf Grund dieser Konstellation davon aus, „dass die höhere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen kurzfristig kaum substituiert werden kann“. ¹¹⁾

Diese „historisch gewachsene Krankenhauslandschaft mit einer Vielfalt unterschiedlicher Krankenhäuser in überwiegend konfessioneller Trägerschaft“¹²⁾ stellt offenbar einer feindlichen Übernahme durch Politik, Kassen und Investoren starke Widerstände entgegen. Dass die Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen, ähnlich in anderen sogenannten „alt-industrialisierten“ Regionen und Ländern, vorrangig eine beherbergende Gesundheitsversorgung geboten hat und bietet, zeigt ein Vergleich mit Bayern und Baden-Württemberg: Höhere Bettendichte, niedrigere Arztpraxendichte, mehr Krankenhausfälle, mehr Krankenhausverweiltage, weniger Pflege- und Arztpersonal.

Übersicht: Beherbergende Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen 1978

Übersicht: Beherbergende Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen 2005

Für diese spezifische Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen sind auch noch weitere Eigenschaften im Vergleich etwa zum Süden Deutschlands typisch: Eine dominante Fachgebietemedizin mit deutlich höheren Bettendichten in den Traditionsfächern Innere Medizin und Chirurgie, Psychiatrie und Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Kinderheilkunde. Gleichzeitig bleibt die „moderne“ Lebenslagen-Medizin wie bspw. die psychotherapeutische Medizin besonders schwach ausgeprägt.

Übersicht: Dominante Fachgebiete-Medizin in Nordrhein-Westfalen 1995

Übersicht: Subalterne Lebenslagen-Medizin in Nordrhein-Westfalen 2005

¹¹⁾ Vgl. ebda.

¹²⁾ Vgl. Ehlers, Hans: Krankenhaushäufigkeit – Untersuchung über Faktoren der Bedarfsplanung. (Hrsg.): Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NW, Düsseldorf 1976, S. 10.

Beherbergende Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen 1978

Merkma- le	Kranken- haus- Betten ¹⁾ je 10.000 Einwohner	Niederge- las- sene Ärzte je 10.000 Einwohner	Kranken- haus- Fälle je 10.000 Einwohner	Kranken- haus- Verweiltage je Kranken- hausfall	Kranken- haus- Pflegerkräfte je 100 belegte Betten ²⁾	Kranken- haus- Ärzte je 100 belegte Betten ²⁾
Nord- rhein- West- falen	84	9	1642	15,9	61,3	17,5
Bayern	75	10	1582	15,2	63,2	18,6
Baden- Würt- temberg	70	10	1585	13,6	69,0	20,3

¹⁾ Planmäßige Betten in Akutkrankenhäusern

²⁾ 1993

Quelle: Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report 95, Stuttgart 1995, S. 250 und Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1980, Stuttgart 1980, S. 214, 234 und 244

Beherbergende Krankenhauskultur in Nordrhein-Westfalen 2005

Merkma- le	Kranken- haus- Betten ¹⁾ je 10.000 Einwohner	Niederge- las- sene Ärzte je 10.000 Einwohner ²⁾	Kranken- haus- Fälle je 10.000 Einwohner	Kranken- haus- Verweiltage je Kranken- hausfall	Kranken- haus- Betten ³⁾ je Kranken- haus- Pflegerkraft ⁴⁾	Kranken- haus- Betten ³⁾ je Kranken- haus- Ärztin/Arzt ⁵⁾
Nord- rhein- Westfa- len	71	7	2152	8,9	494	1242
Bayern	64	17	2091	8,6	483	1182
Baden- Würt- temberg	54	16	1797	8,6	454	1090

¹⁾ Aufgestellte Betten in Akutkrankenhäusern

²⁾ 2003

³⁾ Belegte Betten

⁴⁾ Vollkräfte

⁵⁾ Hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte als Vollkräfte

Quelle: Klauber et al. Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 282 und 298 und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung 2005, Bonn o.J.

Dominante Fachgebiete-Medizin in Nordrhein-Westfalen 1995

Merkmale	Innere Medizin und Chirurgie	Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde
Länder	Aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner		
Nordrhein-Westfalen	461	124	112
Bayern	418	73	96
Baden-Württemberg	363	67	94

Quelle: Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report 97, Stuttgart 1997, S. 181

Subalterne Lebenslagen-Medizin in Nordrhein-Westfalen 2005

Merkmale	Psychotherapeutische Medizin	Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde	Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	Innere Medizin und Chirurgie
Länder	Aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner			
Nordrhein-Westfalen	21	83	86	397
Bayern	17	91	65	347
Baden-Württemberg	9	74	65	306

Quelle: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 293 ff.

3. Verärztlichung der Krankenhausversorgung und politischer Missbrauch der Krankenhausversorgung auch in NRW

Selbstverständlich hat eine beherbergende Krankenhausversorgung ihren und einen anderen Preis als eine vor allem eingreifende, bspw. operierende Krankenhausversorgung. Dementsprechend zeigt Nordrhein-Westfalen in der Vergangenheit höhere Pflegedienstkosten, aber niedrigere Arztdienstkosten als der Süden. Und genau hier setzt nun die Zerstörung der beherbergenden Krankenhauskultur durch Politik, Kassen und Investoren, aber auch die Selbstzerstörung durch viele Krankenhausleitungen an: Zwischen 1995 und 2005 stieg der Aufwand für die ärztlichen Leistungen um reichlich 25 Prozent. Im gleichen Zeitraum wurde der Aufwand für die pflegerischen Leistungen um 8 Prozent reduziert. Die NRW-Krankenhäuser haben sich durch Pflegeabbau DRG-fähig gemacht.¹²⁾

„Die NRW-Krankenhäuser haben sich durch Pflegeabbau DRG-fähig gemacht.“

Es hätte nicht falsch sein müssen, die betont beherbergende Krankenhauskultur in den zurückliegenden Jahrzehnten zu straffen – etwa durch Ausgliederung der ausgesprochenen Altenpflege und durch die Bildung von Schwerpunkten über die dominierenden Krankenhaus-Fachabteilungen hinweg. Aber auch die Krankenhausversorgung Nordrhein-Westfalens wurde zum Schuttbladeplatz für den Missbrauch der Krankenkassen für Fremdkosten des Bundeshaushaltes, zum Ersatzkriegschauplatz für die bis heute ungelösten Strukturprobleme von Regional-AOK und Zentral- Ersatzkassen und zum Exerzierfeld für die Raubzüge politischer Sparkommissare und neoliberaler Kassenmanager.¹³⁾

„...auch die Krankenhausversorgung Nordrhein-Westfalens wurde zum Schuttbladeplatz für den Missbrauch der Krankenkassen für Fremdkosten des Bundeshaushaltes, zum Ersatzkriegschauplatz für die bis heute ungelösten Strukturprobleme von Regional-AOK und Zentral- Ersatzkassen und zum Exerzierfeld für die Raubzüge politischer Sparkommissare und neoliberaler Kassenmanager.“

Auch in Nordrhein-Westfalen wurde von Politik und Kassen mit den üblichen Kampfformeln gearbeitet: Krankenhäuser als größter Ausgabenposten der Gesundheitsversorgung statt als größter Beitragszahler der Krankenversicherung, Krankenhäuser als Bettenburgen statt als Jobgeneratoren, Krankenhäuser als Verweildauerverlängerer statt als Hausarztentlaster und Pflegevermeider etc.

¹²⁾ Startschuss für diese Politik des Pflegeabbaus war die sogenannte Ehlers-Studie zur Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen. Sie diagnostizierte „unechten Bedarf“ und plädierte für eine „Zentralisation“ der Krankenhausversorgung, forderte deren Differenzierung und Spezialisierung, die Ausgliederung Älterer, Langliegender etc. und Verweildauerverkürzung und Bettenabbau. Vgl. Ehlers, Hans: A.a.O., S. 12, 15 und 90.

¹³⁾ Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenhäuser als Widerstandsnester: Innovative Produkte für die Region statt Gang an die Börse. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Reforman-griff auf das Sozialmodell Deutschland, München 2005, S. 49-58.

Das Ergebnis kann sich sehen lassen: NRW hat seine Pflegepersonalkosten in den zurückliegenden Jahren drastisch gesenkt und die Pflegepersonalausstattung niedrig gehalten bzw. abgebaut, dafür aber den Aufwand für die Ärzte wesentlich gesteigert, die Ärzteausstattung selbst aber weiter unter dem Süden gehalten. Gerade aber pflegebedürftigere Gesundheitszustände bestimmen in NRW stärker als im Süden das Bild.

Übersicht: Sparen an der Krankenpflege in Nordrhein-Westfalen 1995 - 2005

Übersicht: Mehrbedarf an Älterenmedizin und Pflegeversorgung in Nordrhein-Westfalen 2003 und 2020

Aber auch in Nordrhein-Westfalen herrscht die Tendenz, anstelle einer Stärkung der Pflegeleistung der Krankenhäuser die ungenügenden Pflegepersonalressourcen auch noch für bislang ärztliche Aufgaben heranzuziehen, sozusagen zu verärztlichen.¹⁴⁾

4. (Krankenhaus-)Kosten der hohen Wirtschaftsleistung in NRW

Warum sind alle diese enthemmten „Wirtschaftlichkeits“- und „Wettbewerbs“-Ideen mitsamt ihren Verkündern, allen voran ein sogenanntes „Wissenschaftliches Institut“ der Ortskrankenkassen so weit weg von der Lebenswirklichkeit auch in Nordrhein-Westfalen?

„...müsste akzeptiert werden, dass die Bevölkerung in NRW, auch als Preis für die hohe Wirtschaftsleistung dieses Landes, eine insgesamt ungünstigere Gesundheitslage zeigt und mehr Gesundheitsversorgung, ggf. durch Krankenhäuser benötigt.“

Die Antwort ist einfach: Bestimmte Zahlen und Daten werden aus der Wahrnehmung ausgeblendet. Sonst müsste akzeptiert werden, dass die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen, auch als Preis für die hohe Wirtschaftsleistung dieses Landes, eine insgesamt ungünstigere Gesundheitslage zeigt und mehr Gesundheitsversorgung, ggf. durch Krankenhäuser benötigt.

Übersicht: Ungünstigere Gesundheitslage in Nordrhein-Westfalen 1998

Übersicht: Hohe Erkrankungsbelastung in Nordrhein-Westfalen 1998

Übersicht: Hohe Erkrankungsbelastung in Nordrhein-Westfalen 2005

¹⁴⁾ Vgl. Isfort, Michael und Weidner, Frank: Paradoxe Personalsituation beeinträchtigt die Versorgungsqualität. In: Die Schwester- Der Pfleger, 6/2007, S. 44-48.

Sparen an der Krankenpflege in Nordrhein-Westfalen 1995-2005

Merkmale	Kosten je vollstationärem Krankenhausfall EUR			
	Pflegedienst		Ärztlicher Dienst	
	Länder	1995	2005	1995
Nordrhein-Westfalen	915	846,-	501,-	631,-
Bayern	848,-	830,-	467,-	575,-
Baden-Württemberg	908,-	908	526	675

Quelle: Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report '97, Stuttgart 1997, S. 188 und
Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S.305

Mehrbedarf an Älterenmedizin und Pflegeversorgung in Nordrhein-Westfalen 2003-2020

Merkmale	Pflegebedürftige 2003	Anteil der Einwohner im Alter von 60 und mehr Jahren 2020
	Länder	Je 1.000 Einwohner
Nordrhein-Westfalen	25,4	28,2
Bayern	24,0	27,7
Baden-Württemberg	21,0	27,0

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Indikatoren
und Karten zur Raumentwicklung – Ausgabe 2005

Ungünstigere Gesundheitslage in Nordrhein-Westfalen 1998

Erkrankungen im Laufe des bisherigen Lebens je 100 Einwohner		
Erkrankungsart ^{*)}	Nordrhein-Westfalen	Alte Bundesländer ¹⁾
Arthrose	30,6	28,6
Magenschleimhautentzündung	26,3	22,7
Krampfadern	21,3	20,6
Hypertonie	20,3	21,2
Migräne	17,6	17,4
Schilddrüsenerkrankung	14,3	15,4
Nierenbeckenentzündung	10,3	8,3
Chronische Bronchitis	10,2	8,6
Magengeschwür	9,8	7,2
Gallenerkrankung	9,1	8,8
Asthma bronchiale	7,8	7,6
Nierenkolik, -steine	7,2	6,2
Durchblutungsstörung am Herzen	7,2	6,0
Hepatitis	6,2	5,4
Venenthrombose	5,4	4,2
Diabetes	5,3	4,9
Osteoporose	5,2	4,3
Herzschwäche, Herzinsuffizienz	4,8	4,5
Krebs	3,5	3,9
Herzinfarkt	2,8	2,4
Durchblutungsstörung des Gehirns	2,2	1,8
Krankheiten insgesamt	299,9	276,1

^{*)} Auswahl

¹⁾ Ohne Nordrhein-Westfalen

Quelle: Bundes- Gesundheitssurvey 1998. Zitiert nach: I+G Gesundheitsforschung und Basys (Hrsg.): Zukunftsorientierte Praxisstudie für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen, München und Augsburg, Dezember 2000, S. 24.

Hohe Erkrankungsbelastung in Nordrhein-Westfalen 1993

Erkrankungsarten ^{*)}	Kreislauf	Krebs	Verletzung	Verdauung	Skelett und Muskeln	Atmung	Seelische Störungen
Länder	Krankenhausbehandlungsfälle je 10.000 Einwohner ¹⁾						
Nordrhein-Westfalen	310	211	202	195	142	139	98
Bayern	278	196	203	172	139	122	72
Baden-Württemberg	233	171	173	158	103	111	71

^{*)} Auswahl. Nichtstandardisiert

¹⁾ Gerundet

Quelle: Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report '95, Stuttgart 1995, S. 250.

Hohe Erkrankungsbelastung in Nordrhein-Westfalen 2005

Erkrankungsarten ^{*)}	Kreislauf	Verdauung	Krebs	Verletzung	Skelett und Muskeln	Atmung	Seelische Störungen
Länder	Krankenhausbehandlungsfälle je 10.000 Einwohner ^{*)}						
Nordrhein-Westfalen	293	210	206	191	164	142	138
Bayern	255	188	195	212	165	128	119
Baden-Württemberg	225	167	172	173	129	108	107

^{*)} Auswahl. Nichtstandardisiert

¹⁾ Gerundet

Quelle: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S.335 ff.

„Verweildauerbeschleunigte Patientinnen und Patienten, die frühestmöglich aus dem Krankenhaus geschickt werden, benötigen dann aber eine erhöhte Versorgung durch Hausärzte.“

Eine Sache wird besonders gerne übersehen: Wenn man die gesundheitsstabilisierenden pflegerischen Leistungen der Krankenhäuser so radikal abbaut, wie dies zur Zeit passiert, und wenn man die Patientinnen und Patienten so gnadenlos durch die Krankenhausbetten durchschleust, wie sich das die AOK-Betriebswirte so vorstellen, dann hat dies ganz erhebliche Folgen in den angrenzenden Versorgungsbereichen: Verweildauerbeschleunigte Patientinnen und Patienten, die frühestmöglich aus dem Krankenhaus geschickt werden, benötigen eine erhöhte Versorgung durch Hausärzte¹⁵⁾ - gleichzeitig wird aber die Stellung der Hausärzte in der Gesundheitsversorgung durch die verstärkte Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung geschwächt.¹⁶⁾ Vor allem aber gibt es ausgeprägte Bestrebung auf der Kassenseite, die Hausärzte durch Betreuungssysteme auf der Grundlage von Call-Centern zu substituieren.¹⁷⁾

Diese zusätzlichen Belastungen der Hausarztversorgung durch die forcierte Verweildauerverkürzung in der Krankenhausversorgung muss in Nordrhein-Westfalen im Zusammenhang mit der nur im Süden und einigen Teilen des Nordostens höheren, ansonsten aber eher schwächeren Ausstattung des Landes mit Allgemeinärzten gesehen werden. Gerade in diesem allgemeinärztlich besonders schwach versorgten mittleren Teil von NRW ist aber die Krankenhaushäufigkeit besonders hoch.

Dass der Abbau der Pflegeversorgung und die damit verbundene Verweildauerverkürzung im Krankenhaus auch eine verstärkte Belastung der Rehabilitationsseinrichtungen und Pflegeheime beinhaltet, sei der Vollständigkeit halber angeführt.¹⁸⁾

5. Patienten-Beschleunigung – ein epidemiologisches Nullsummenspiel

Die Vertreibung der Krankenhäuser aus einer gesundheitsstabilisierenden und pflegerischen Gesundheitsversorgung und ihre Flucht in die spezialisierte medizinisch-ärztliche Leistung findet nicht nur ohne entsprechenden Flankenschutz durch eine starke

¹⁵⁾Vgl. Lungen, Markus und Lauterbach, Karl W.: Konsequenzen der DRG-Einführung für die ambulante Versorgung. In: Klauber et al.: A.a.O., S. 173-186.

¹⁶⁾Vgl. ebda.

¹⁷⁾Vgl. Hoppenthaller, Wolfgang: Niemand wird den Patienten helfen: Gesundheitsreform bringt Ende der Hausarztversorgung für Frühentlassene. Vortrag beim Sozialen Forum 2008 des Sozialverbandes VdK Landesverband Nordrhein-Westfalen 2008.

¹⁸⁾Vgl. Fuchs, Harry: Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004, S. 187-2009.

Hausarztversorgung oder eine entsprechende Reha-Infrastruktur statt – sie steht auch in diametralem Gegensatz zum zunehmend älterengeprägten, unspezifisch-multimorbiden und zunehmend auch immobilen Versorgungsbedarf.¹⁹⁾ Weit über diese Unvereinbarkeiten hinaus zeichnet sich eine noch viel dramatischere Fehleinschätzung bei den jahrzehntelangen Dauerangriffen von Politik, Kassen und jetzt auch Investoren auf die pflegeorientierte Krankenhausversorgung ab.

Nicht zuletzt auch im Zusammenhang der neoliberalen Dauerkritik am Sozialstaat wurden zwar die immer zahlreicheren Patientinnen und Patienten immer schneller aus den Krankenhäusern wieder nach Hause geschickt und auch noch massenhaft Pflegekräfte entlassen – das angebliche Ziel dieser brutalen Therapie, weniger Krankenhaus-Pflegetage zu noch dazu günstigeren DRG-Preisen wurde aber „voll daneben“ verfehlt. Zwar hat dies im Bereich der somatischen Krankheitsfälle funktioniert - dafür sind aber im Bereich der psychosomatischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Krankheitsfälle die Krankenhaus-Pflegetage, die auch nicht nach DRG bezahlt werden, so stark angestiegen, dass sie mittlerweile die Herz-Kreislauf-Pflegetage schon überholt haben.²⁰⁾

Wenn man jahre- und jahrzehntelang in der Gesellschaft Verunsicherung und Angst erzeugt²¹⁾ und dabei auch und gerade die Älteren und die Kranken nicht schont, muss man sich nicht wundern, wenn man dann eben immer mehr Depressive und sonstige Seelischkranke in den Krankenhäusern hat, aus denen die Herz-Kreislaufkranken gerade hinausgescheucht worden sind.

„Wenn man jahre- und jahrzehntelang in der Gesellschaft Verunsicherung und Angst erzeugt... muss man sich nicht wundern, wenn man dann eben immer mehr Depressive und sonstige Seelischkranke in den Krankenhäusern hat aus denen die Herz-Kreislaufkranken gerade hinausgescheucht worden sind.“

¹⁹⁾ Die monoton vorgetragene Auffassung, die Zentralisierung der stationären Gesundheitsversorgung könne wegen der hohen Mobilität der Bevölkerung weiter vorangetrieben werden, verkennt die mit der demografischen Entwicklung verknüpfte abnehmende Mobilität nicht allein der Hochaltrigen - Vgl. Oeltze, Sven und Bracher, Tilmann: Mobilität 2050, (Hrsg.): Deutsches Institut für Urbanistik Berlin 2007.

²⁰⁾ Vgl. SPIEGEL-ONLINE: Psychische Störungen verursachen die meisten Kliniktage 16. Juli 2008.

²¹⁾ Vgl. Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Soziale Verunsicherung ohne Ende? Das politische System setzt die Bürger auch weiter unter Druck. München 2006 und Deutsche Angestellten Krankenkasse DAK – Gesundheitsreport 2005: Schwerpunkt Angst und Depressionen, Hamburg 2005.

6. Idealbild des „Wettbewerbs“: Das Gesundheits-Kaufhaus

Wohin es führt, wenn man eine soziale Krankenhausversorgung wie vorher schon die sozialstaatliche Post und jetzt die sozialstaatliche Bahn den Investoren überlässt, wird nachfolgend aufgezeigt.

„Vorschläge für die zukünftige marktwirtschaftliche Krankenhausversorgung wie ...
„Hüftgelenkoperationen während Kreuzfahrten auf hoher See“.“

Die Veröffentlichungsreihe Krankenhaus-Report, eine seit ein- einhalb Jahrzehnten erscheinende Schriftenreihe verschiedener Wettbewerbsfechter aus dem Umfeld des sogenannten „Wissenschaftlichen Instituts“ des Ortskrankenkassen-Bundesverbandes, hat in ihrem 2006er Sammelband zum Thema Krankenhausmarkt auch Vorschläge für die zukünftige marktwirtschaftliche Krankenhausversorgung veröffentlicht. U.a. werden dabei so dringend benötigte Angebote wie Hüftgelenkoperationen während Kreuzfahrten auf hoher See, spannende Events wie Führungen durch den OP und Live-Übertragungen aus dem OP empfohlen und als besonders trickreiche Patientenaquisition das Aufspüren „vermeintlicher Gesunder“ in Supermärkten und Einkaufspassagen ausgedacht.

Übersicht: ConceptHospital – das Gesundheits-Kaufhaus

ConceptHospital – das Gesundheits-Kaufhaus

Angebote:	Eigenschaften:
ConceptUnit Generic Doctor	Traditionell hausärztliche Versorgung nicht mehr durch Ärzte, sondern medizinische Assistenzberufe mit elektronischem Expertensystem
ConceptUnit Doc-in-Shop	Ambulante Krankenhausfilialen in Supermärkten und Einkaufspassagen mit kostenlosen Screening-Untersuchungen „vermeintlich Gesunder“
ConceptUnit Cut'n Cruise	Operativer Hüftgelenkersatz und Rehabilitation während Kreuzfahrt auf hoher See
ConceptUnit Leibarzt	Elektronisches Expertensystem auf der Basis der bei Zeugung bzw. Geburt angelegten Gesundheitsakte. Der Patient ist lebenslang und Tag und Nacht online mit dem Expertensystem verbunden
ConceptHospital Club	Exclusive Vorteile für die Krankenhaus Clubmitglieder wie Chef- arzt direkt, Einzelzimmer als Club-Regelleistung, spannende Events wie Führung durch OP, Live-Übertragungen aus dem OP, Wohnungsrenovierung während der Rehabilitation

Quelle: Müschenich et al.: ConceptHospital-Strategien für das Krankenhaus der Zukunft
In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart, S. 156-162

Solche „Produkt-Ideen“ für den Krankenhausmarkt sind nur die andere Seite der berüchtigten Ideen jenes Jungabgeordneten Missfelder, der Hüft-OP bei Älteren für überflüssig erklärt hat. Entsprechend lautet ein Philosophie-Axiom des kommenden Gesundheits-Kaufhauses: Lifestyle- und Komfortmedizin. Was die Älteren in Nordrhein-Westfalen wirklich brauchen, zeigt eine andere Übersicht. Sie stellt zusammen, was präventiv, diagnostisch und therapeutisch in Praxis, Krankenhaus und Heim zu kurz kommt – Kreuzfahrt-OP ist nicht dabei.

Übersicht: Philosophie der Gesundheits-Kaufhäuser

Übersicht: Gesundheitlicher Bedarf Älterer in NRW

7. Neue Vermögenssteuer für den Ausbau sozialer Krankenhäuser

Zu den besonders beliebten Ausflüchten der Politiker, wenn es um die notwendigen öffentlichen Investitionen für eine soziale, d.h. gleichmäßige und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung geht, zählen neben der „Globalisierung“ die „Sparzwänge“. Dies wird dann auch gerne durch wechselseitige Verantwortlichkeitszuweisungen von Land zu Bund und Bund zu Land ausgeschmückt.

Hier hat die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft die Dinge zurechtgerückt. Sie verweist darauf, dass die Vermögenssteuer, d.h. die Steuer auf privates Vermögen, eine Ländersteuer ist. Wenn es daher um die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, d.h. die Investitionen in öffentliches Vermögen auf Länderebene geht, ist die Vermögenssteuer hier die sozusagen „berufene“ Steuerquelle. Die Länder haben nichts getan, um diese 1997 entfallene Steuer rechtsicher wieder einzuführen.

„Wenn ...es um die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, d.h. die Investitionen in öffentliches Vermögen auf Länderebene geht, ist die Vermögenssteuer hier sozusagen „berufene“ Steuerquelle.“

Philosophie der Gesundheits-Kaufhäuser

- Abgrenzung von der Konkurrenz
- Krankenhaus als Produkt und Marke
- Spitzenmedizin als Imageträger
- Lifestyle- und Komfortmedizin
- Internationale Patienten

Quelle: Euroforum (Hrsg.): Konferenzprogramm Krankenhausmarketing, Düsseldorf 25. und 26.10.2008

Gesundheitlicher Bedarf Älterer in Nordrhein-Westfalen

Zu selten angewandte Maßnahmen und Mittel für die gesundheitliche Vorsorge, Untersuchung, Behandlung und Untersuchung Älterer

Prävention

- Impfungen, u.a. Influenza, Pneumokokken
- Sekundärprävention nach Herzinfarkt
- „Geriatrisches Screening“ (u.a. Visus- und Hörprüfung, Demenztest, Hilfsbedarf im Alltag, Sturzgefahr, Angst, Alkohol- und Medikamentenabusus)

Diagnostik

- Diagnose von Inkontinenz
- Diagnose von Hypertonie/Blutdruckmessung

Therapie

- Thrombolyse bei akutem Herzinfarkt
- Aspirin bei akutem Herzinfarkt
- Palliation bei Krebs Schmerzen
- Therapie von Inkontinenz
- Therapie von Depression
- Therapie von Hypertonie

Hilfsmittel/Sonstiges

- Technische Hilfen, z.B. Gehhilfen, Hör- und Sehhilfen
- Home Care, z.B. bei terminal Kranken, Einsatz von belüfteten Matratzen zur Dekubitusprophylaxe
- „StrokeUnits“ / multidisziplinäre Rehabilitation

Quelle: Schwartz/Helou: Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar?
In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report '99, Stuttgart 2000, S. 141

Zurückbleibende öffentliche Krankenhausinvestitionen in Nordrhein-Westfalen 1991-2006

Mittel Länder	Fördermittel für Krankenhausinvestitionen 1991-2006 EUR je Planbett	
Nordrhein- Westfalen	69.700	
Bayern	137.700	
Baden- Württemberg	95.800	

Quelle: Krankenhaus Gesellschaft Nordrhein-Westfalen

Bei einer Wiedereinführung einer reformierten Vermögenssteuer mit einem Steuersatz von einem Prozent und einem Freibetrag je Familie von 500.000 EUR würden den Ländern derzeit mindestens 16 Milliarden Mehreinnahmen zusätzlich zur Verfügung stehen. Hieraus könnten die derzeitige Fördermittellücke von ca. 2,3 Mrd. EUR sowie der vorhandene Investitionsstau von etwa 50 Mrd. EUR zusätzlich abgebaut werden.²²⁾

8. Lebenslagenorientierung für die Krankenhausversorgung der Zukunft

Nach welchem Konzept kann die Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen als soziale Krankenhausversorgung weiterentwickelt werden? Eine Randbedingung wurde schon dafür genannt: Die Wiedereinführung einer reformierten Vermögenssteuer auf private Vermögen, um das öffentliche Krankenhausvermögen wiederaufzubauen und weiterentwickeln zu können. Weil es genug untersucht und wohl bekannt ist, dass sozial schwächere Personen und Familien einen höheren Krankenhausbedarf haben²³⁾, werden soziale und regionale Zuschläge bei den Landesbasisfallwerten benötigt. Ebenso nötig sind Zuschläge für die gesundheitsstabilisierenden Pflegeleistungen der Krankenhäuser, für ihre Ausbildungsleistungen etc.

Was aber vor allem gebraucht wird, ist eine krankenhau- und gesundheitspolitische Kampagne für eine familien- und lebenslagenorientierte Versorgung. Es muss klar gemacht werden, dass eine soziale, d.h. eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung, gerade wenn sie leistungsfähig und wirksam sein will auch wirtschaftlich nur dann erfolgen kann, wenn sie die typisch unterschiedlichen Gesundheitslagen von jungen Familien, alten Ehepaaren, jungen und hochaltrigen Singles, Männern und Frauen, Geburtsdeutschen und Ausländern ernst nimmt und hierfür geeignete Versorgungsformen und Versorgungspakete entwickelt.

„Was aber vor allem gebraucht wird ist eine krankenhau- und gesundheitspolitische Kampagne für eine familien- und lebenslagenorientierte Versorgung.“

Solche lebenslagenspezifischen Versorgungsangebote wurden schon vor einigen Jahren bspw. für den Großraum Köln und für den Raum Viersen erarbeitet.

Übersicht: Lebenslagen- und Erkrankungsartenorientierte Zentren und Schwerpunkte in der Krankenhausversorgung

²²⁾ Vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.): Arme Länder sparen bei Krankenhäusern, Berlin o.J.

²³⁾ Vgl. u.a. Goeschel, Albrecht: Familienorientierte Kehrtwende in der Gesundheitspolitik. In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Soziale Verunsicherung ohne Ende? Das politische System setzt die Bürger auch weiter unter Druck, A.a.O., S. 94-111 und I+G Gesundheitsforschung und Basys (Hrsg.): A.a.O., S. 67.

Vor diesem Hintergrund wäre es nur gut, wenn die reichlich überzogene und teilweise regelrecht vorgeschobene, jedenfalls einseitig medizinisch-ärztliche „Qualitätsdebatte“ in der Krankenhausversorgung durch einen Katalog von „Gesundheitszielen“ ergänzt würde, zu dem die Krankenhäuser in ihren Regionen beitragen sollten.

Lebenslagen- und Erkrankungartensorientierte Zentren und Schwerpunkte in der Krankenhausversorgung

- Männerklinik und Zentrum für die Gesundheit des Mannes
- Zentrum für Frauen, Mutter und Kind
- Zentrum für Älterenmedizin
- Zentrum für anderskulturelle Medizin und Gesundheitsversorgung
- Zentrum für alternative Heilverfahren und gesundheitliche Selbstverantwortung
- Zentrum für Chronischkranke
- Zentrum für Seelische Gesundheit
- Zentrum für ambulante Operationen
- Schwerpunkt für Herz-Kreislauf- und Gefäßkrankheiten mit „Stroke-Unit“
- Schwerpunkt für Tumorkrankheiten
- Schwerpunkt für Unfallbehandlung, Bewegungsstörungen und Rehabilitation
- Schwerpunkt für Atemgesundheit
- Schwerpunkt für Darmerkrankungen sowie Nieren-, Harnleiter- und Gallensteine

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Zentren für besondere Behandlungsangebote an den Krankenhäusern St. Antonius und St. Agatha Köln, Marquartstein 2001, Bd. I + II
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Konzeptstudie zur regionalen Krankenhausplanung für den Kreis Viersen, Marquartstein 2003.