

**„FAMILIENKRANKENHÄUSER“:  
EINE  
MARKTCHANCE  
FÜR  
MITTELSTÄNDISCHE KRANKENHÄUSER**

## 1. Familienhaushalte und Krankenhauseinrichtungen: In Deutschland eine negative Beziehung

Ein Blick auf das, was unsere Nachbarn in Europa tun oder auch lassen, ist nicht nur aus Gründen der EuGH-Rechtssprechung dringend notwendig – ein solcher Blick über die schon recht morschen Grenzen ist auch deshalb dringend notwendig und vor allem außerordentlich hilfreich, weil wir damit den kollektiven „Black out“ beseitigen können, den uns eine 20-jährige, nicht sehr intelligente „Kostendämpfungsdiskussion“ krankenhauspoltisch und auch krankenhausekonomisch beschert hat.

Übersicht 1: Krankenhausbehandlung, Krankenhausausstattung und Familiengröße in Italien und Deutschland 1994

Am Beispiel Italien möchte ich Ihnen zeigen, was dieser „Black out“ bei uns angerichtet hat, welche für Krankenhauspolitik und Krankenhausökonomie wesentlichen Dimensionen dieser „Black out“ verdunkelt hat.

Wenn man zunächst die Krankenhausbehandlung oder besser: die Krankenhausproduktion in Italien und in Deutschland vergleicht, dann beziehen in Italien 100 Einwohner jeweils etwa 166 Behandlungstage. In Deutschland beziehen 100 Einwohner mit etwa 295 Tagen bald doppelt so viele Behandlungstage – und dies bei weitgehend gleichem Älterenanteil an der Bevölkerung.

Deutlich niedriger fällt in Italien auch die Bettenbereitstellung aus: Für 1.000 Einwohner jenseits des Brenners stehen 6,5 Krankenhausbetten bereit, für 1.000 Einwohner weit diesseits des Brenners sind es 9,7 Krankenhausbetten.

Allerdings bestehen zwischen Italien und Deutschland auch ganz erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Struktur der Bezieher bzw. Nutzer dieser Krankenhausbehandlungstage bzw. Krankenhausbettenzahlen: In Italien sind 31 Prozent aller Haushalte solche mit vier und mehr Personen, in Deutschland dagegen sind dies nur noch 18 Prozent.

Besonders wichtig sind aber die Unterschiede zwischen Italien und Deutschland in der Sichtweise des Verhältnisses von Familienhaushalten und Krankenhauseinrichtungen: In Italien werde die Krankenhäuser immer noch und in erster Linie positiv als Versorgungs- und

Ergänzungseinrichtungen der Familien gesehen – in Deutschland dagegen werden die Familien negativ nur noch als Randbedingung für die Krankenhaus-, „Wirtschaftlichkeit“ betrachtet: Rückläufige Pflegekapazität der Familien wird als Hauptursache für Fehlbelegungen in den Krankenhäusern betrachtet.

## 2. Konzentration der familienbezogenen Fachbetten in den familienverdünnten Kernstädten

Wie wenig mehr die Lebensgemeinschaft „Familie“ eine positive Orientierungsgröße und eine relevante Zielgruppe für das Krankenhausbehandlungsangebot in Deutschland ist, zeigt ein Blick auf die regionalen Verteilungsbeziehungen zwischen Familienhaushalten und Krankenhauseinrichtungen.

### Übersicht 2: Regionale Familienprägung und Krankenhausdichte in Deutschland 1996

Zwar ist in den Kernstädten, wo die Familienprägung der Bevölkerung schwächer ist, d.h. die Haushalte kleiner sind, die Krankenhausdichte, d.h. die Planbettenzahl bezogen auf die Einwohner höher in den Kernstädten. Ebenso ist in den Umlandkreisen und in den Landgebieten, wo die Familienprägung der Bevölkerung stärker ist, d.h. die Haushalte größer sind, die Krankenhausdichte, d.h. die Planbettenzahl bezogen auf die Einwohner niedriger.

Es sind aber gerade solche Fachbetten auf die Kernstädte konzentriert, die für die dortige Bevölkerung gar nicht vorrangig erforderlich sind, sondern die vor allem von den Familienhaushalten in den Umlandbereichen und in den Landgebieten benötigt werden – dort aber eher dünn gestreut sind: Geburtshilfebetten und Kinderheilkundebetten.

### Übersicht 3: Regionalverteilung der Geburtshilfebetten und der Geburten in Deutschland 1994 und 1995

Während in den Großstädten die Geburtenziffer nur 93 Prozent des Wertes der Landkreise erreicht, liegt in den Großstädten gleichzeitig die Geburtshilfebettendichte bei 156 Prozent des Wertes der Landgebiete. Ähnlich liegen die Dinge in der Kinderheilkunde.

### Übersicht 4: Regionalverteilung der Kinderheilkundebetten und der Kinder und Jugendlichen in Deutschland 1994 und 1995

Während in den Großstädten der Bevölkerungsanteil der Kinder und Jugendlichen nur 84 Prozent des Wertes der Landkreise erreicht, liegt gleichzeitig die Pädiatriebettendichte in den Großstädten bei 275 Prozent des Wertes der Landkreise.

Wenn man diese räumliche Verteilung von Bedarf und von Bestand bei den besonders familienrelevanten Fachbetten betrachtet, kann wohl kein Zweifel bestehen, dass die Familie als nach wie vor auch in Deutschland überwiegende Form des Zusammenlebens gleichwohl keine positive Orientierungsgröße und keine vorrangige Zielgruppe für die Gestaltung der Krankenhausversorgung in Deutschland mehr ist.

### 3. „Familie“ als dominante und stabile Form des Zusammenlebens

Warum eigentlich soll das Aggregat „Familie“ eine positive und eine vorrangige Orientierungsgröße und Zielgruppe der Krankenhausversorgung sein?

Wenn man sich an den Medien orientiert, muss man doch ganz im Gegenteil den Eindruck gewinnen, die Mehrzahl von uns lebe als surfende Singles im globalen Internet.

Diese Vorstellung hat zwar viel damit zu tun, dass Medienleute häufig allein und häufig rund um die Uhr in Großstadtwelten leben, diese Vorstellung hat aber wenig damit zu tun, wie die restliche Menschheit in Wirklichkeit lebt.

Faktum ist, dass etwa 45 der 81 Millionen Einwohner in Deutschland in Haushalten mit drei und mehr Personen, d.h. in Familien leben.

#### Übersicht 5: Familieneinbindung in Deutschland 1995

Es kann also gar keine Rede davon sein, dass die Familien in Deutschland nur noch eine Restgröße des Zusammenlebens darstellen.

Was sich allerdings geändert hat und noch ändert, ist die rechtliche Form des Zusammenlebens in Familien. Das Zusammenleben von Ehepaaren mit ledigen Kindern in einem Haushalt als sozusagen „Normalfamilie“ wird vor allem in den großstädtischen Ballungsräumen über-

lagert von unvollständigen oder vergrößerten Familienhaushalten. Es handelt sich dabei um alleinerziehende Elternteile, Wohngemeinschaften teilweise nichtverwandter Personen etc.

Nicht übersehen werden darf, dass insbesondere in ländlichen Gebieten neben dem Zusammenleben von verheirateten Eltern mit ihren ledigen Kindern immer noch Familienhaushalte häufig sind, bei denen auch noch Großeltern und teilweise erwachsene Geschwister der Eltern in gemeinsamen Haushalten leben.

#### 4. Raumstrukurelle, regionstypische und ortsgrößenspezifische Verteilung der „Normalfamilie“

Diejenigen Gegenden, in denen die „Normalfamilie“, also Ehepaare mit ledigen Kindern unangefochten das Bild beherrschen, sind sicherlich die Umlandzonen der großen Städte, in die bevorzugt junge Familien aus den Städten oder aus den Landgebieten zuziehen.

Nicht zu vergessen ist auch eine noch stärkere Prägung der sogenannten „Neuen Bundesländer“ durch den Typus der „Normalfamilie“ im Vergleich zu den sogenannten „Alten Bundesländern“.

Es ist sehr ratsam, bei einer Betrachtung der Familie als Bedarfsträger und als Zielgruppe für die Krankenhausversorgung sehr sorgsam auf die erheblichen raumstrukturellen bzw. regionstypischen Unterschiede in der Struktur und Dynamik des Zusammenlebens in Familien zu achten.

#### Übersicht 6: Ortsgröße und Familienprägung in Deutschland 1989

Gemessen an der Zahl der Personen pro Haushalt sind die Kernstädte deutlich weniger durch Familienhaushalte, d.h. Mehrpersonenhaushalte mit Kindern geprägt als die Umlandbereiche und als die Landgebiete.

Dementsprechend sind in den Gemeinden unter 100.000 Einwohnern etwa 40 Prozent aller Privathaushalte solche mit drei und mehr Personen. In Gemeinden mit 100.000 und mehr Einwohnern werden hier nur noch 26 Prozent erreicht.

## 5. Zusammenhänge von Familienleben und Krankenhausversorgung

Wie und wo berühren sich nun, über die schon beschriebene räumliche Fehlverteilung familienrelevante Fachbetten zwischen Großstädten und Landkreisen hinaus das Zusammenleben der Bevölkerung in Familien und die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbehandlung?

In den zurückliegenden Jahrzehnten, seit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Anfang der siebziger Jahre, hat sich die Weiterentwicklung des einzelnen Krankenhauses und damit der Krankenhausversorgung insgesamt vor allem als Differenzierung der Fachabteilungsstruktur der Akutkrankenhäuser, d.h. vor allem auf der Grundlage der medizinischen Fachgebiete vollzogen.

Vor allem in den achtziger Jahren hat sich dann neben dem Bereich der Akutkrankenhäuser ein eigenständiger Bereich von Rehakliniken etabliert, die regelmäßig auf die Therapie einer oder mehrerer Erkrankungsarten ausgerichtet sind.

Ausgelöst durch die weitreichenden Neuregelungen und vor allem durch die zunehmenden Einschränkungen sowohl für die Behandlung in Akutkrankenhäusern wie auch für die Behandlung in Rehakliniken in den neunziger Jahren ist dann, als Antwort auf diese Reformpolitik, sowohl im Akutbereich wie im Rehabereich ein intensiver Suchprozess nach zusätzlichen und neuartigen Versorgungsaufgaben, möglichst außerhalb der Bundespflegesatzverordnung oder wenigsten außerhalb der Budgetbegrenzungen, in Gang gekommen.

Dabei wird zunehmend sektorübergreifend, fachgebietsübergreifend und erkrankungsartenübergreifend gedacht: Die Koordination ambulanter und stationärer bzw. akutmedizinischer und rehamedizinischer Behandlung, die Kooperation der Disziplinen und die Orientierung an Lebenslagen und ihren Begleiterkrankungen, Stichwort: geriatrische Multimorbidität, wachsen zu einem neuen Konzept von Behandlung zusammen.

Zukunftsfähige und ertragssichere Behandlungsangebote der Krankenhäuser müssen sich daher sehr viel mehr als ehemals auf identifizierbare Zielgruppen und auf korrespondierende Zielräume ausrichten.

Hier nun sollten wir uns wieder an das erinnern, was die Infrastrukturökonomie und die Hauswirtschaftslehre stets hervorgehoben haben: Dass nämlich die Krankenhausversorgung vor allem auch eine Inputgröße für den familienhaushaltlichen Produktionsprozess ist – und nicht der Sündenbock und das Sparschwein für die Krankenkassenverbände. Krankenhausversorgung ist haushaltsnahe Infrastruktur ebenso wie Energieversorgung, Verkehrsbedienung und Einkaufsmöglichkeiten.

Für die Weiterentwicklung und für die Zukunftssicherung der deutschen Krankenhauswirtschaft wird es ganz wesentlich darauf ankommen zu erkennen, dass die Erkrankungszustände und die Behandlungsbedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten in der Mehrzahl der Fälle Ereignisse im Zusammenhang einer „Familiengeschichte“ sind.

Bei einer solchen Sichtweise tritt dann vor allem auch der Umstand ins Blickfeld, dass innerhalb eines „Familien-Haushaltsjahres“ Familienmitglieder manchmal gleichzeitig und gar nicht selten in enger zeitlicher Abfolge Krankenhausbehandlung benötigen.

Krankenhäuser sollten dementsprechend die Weiterentwicklung ihres Angebotes am Krankenhausbehandlungsbedarf der Familienhaushalte in ihrem Versorgungsraum ausrichten.

## 6. Ansatzpunkte zur Ermittlung des Krankenhausbehandlungsbedarfs der Familien im Versorgungsraum

Ermitteln kann man diesen Krankenhausbehandlungsbedarf der Familien im Versorgungsraum u.a. dadurch, dass man die Altersgliederung der Bevölkerung im jeweiligen Versorgungsraum als Ansatzpunkt benutzt.

Die verschiedenen Altersgruppen der Bevölkerung sind unterschiedlich familiegeprägt, d.h. der Anteil derjenigen Personen, die mit Partner und Kind oder Kindern zusammenleben an allen Personen der jeweiligen Altersgruppe ist unterschiedlich hoch.

Haben wir also die Altersstruktur einer Gebietsbevölkerung, haben wir zumindest angenähert auch deren Familienprägung. So liegt bei den 25 bis 44 Jahre alten Personen der Anteil der in Familien lebenden bei reichlich 55 Prozent. Bei den 45 und mehr Jahre alten Personen beträgt dieser Anteil nunmehr etwa 18 Prozent.

Übersicht 7: Familienprägung der Altersgruppen in Deutschland 1994

Betrachtet man nun die bei den 15 bis unter 45 Jahre alten Krankenhausbehandelten häufigsten Behandlungsanlässe, wird der Krankenhausbehandlungsbedarf der Familien recht gut erkennbar.

Übersicht 8: Krankenhausbehandlungsbedarf im Familienalter in Deutschland 1994

Es sind in erster Linie ganz normale Entbindungen und Entbindungen mit Komplikationen: Insgesamt im Jahre 1994 um die 650.000 Behandlungsfälle. Mit weitem Abstand folgen Freizeit-, Haus- und Berufsunfälle wie Innere Kniegelenksbeschädigung, Commotio, Nasenscheidewandverbiegung etc. mit knapp 290.000 Behandlungsfällen.

Erhebliche Bedeutung haben gynäkologische Behandlungsfälle wie Menstruationsstörungen, Eierstock- und Eileiteraffektionen, Uterusmyome und Brustkrebs mit etwa 150.000 Behandlungsfällen.

Im Zusammenhang der jungen Familien werden aber auch schon die ersten berufs- und lebensumständebedingten Erkrankungserscheinungen sichtbar wie Bandscheibenschäden, Herzkrankheiten und Alkoholabhängigkeit mit zusammen ebenfalls etwa 150.000 Behandlungsfällen.

Ausgehend von diesen Zahlen und ausgehend von den bei den anderen Altersgruppen häufigsten Krankenhausbehandlungsanlässen kann man ein Profil des im jeweiligen Versorgungsraum wahrscheinlichen Krankenhausbehandlungsbedarfs der Familienhaushalte erstellen.

Je nachdem, wie anteilsstark die Altersgruppe der 25 bis 44 Jahre alten Personen, d.h. der „Familien-Schlüsselgruppe“ im einzelnen Versorgungsgebiet ist, werden diese Profile variieren.

## 7. Familienbezogene Behandlungsschwerpunkte zur Profilierung des Krankenhausbehandlungsangebotes

Für die Krankenhäuser geht es dann „nur“ noch darum, familiene geeignete und familiengerechte Behandlungs- und Betreuungspakete zu entwickeln und diese dann auch familienbezogen anzubieten. Eine gute Möglichkeit hierzu ist die Einrichtung sektor-, fachgebiets- und erkrankungsartenübergreifender familienbezogener Behandlungsschwerpunkte.

### Übersicht 9: Familienbezogene Behandlungsschwerpunkte -Beispiele-

So kann überlegt werden, über die Fachgebiete Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Chirurgie und HNO hinweg ein Zentrum für Frauen, Mütter und Kinder einzurichten. Wie dargestellt, stellen Entbindung, Entbindungskomplikation, Mandeloperation, Blinddarmoperation und Unfallbehandlung bei der Kerngruppe der Familien, d.h. den 15 bis 45 Jahre alten Personen den Hauptbehandlungsbedarf.

Denkbar ist auch die Einrichtung einer über die Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin, vielleicht auch Haut- und Geschlechtskrankheiten reichende Klinik für Freizeit-, Haushalts- und Berufsunfälle sowie möglicherweise Fernreiseerkrankungen für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Ältere.

Einmal stellen die stationären Unfallbehandlungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten bei den verschiedenen Altersgruppen ein erhebliches Volumen des Krankenhausbehandlungsbedarfs, zum anderen gewinnen Erkrankungen im Zusammenhang mit Fernreisen rasch an zahlenmäßiger Bedeutung.

Die Männer im Erwerbsalter, vor allem im höheren Erwerbsalter, d.h. also die Familienväter sind eine von zahlreichen schwerwiegenden Erkrankungen, die von Alkoholabhängigkeit über Herzkrankheiten und Bewegungsapparaterkrankungen bis zu Unfällen und selbstverständlich Prostataerkrankungen reichen, hochbelasteten Risikogruppe.

Trotz der in Westeuropa gegenüber Südeuropa noch ausgeprägteren Vorsterblichkeit der Männer, und diese betrifft häufig Familienväter, gibt es für diese hochgefährdete Sozialgruppe keine spezifischen Behandlungsangebote.

Die Errichtung von Zentren für Männerheilkunde, in die Fächer wie Innere Medizin und Chirurgie, Orthopädie, Urologie und Psychosomatik eingebunden werden sollten, ist hier der Weg zur Patientengruppe „Familienväter“.

Solche fachübergreifenden und ziel- und patientengruppenorientierten Behandlungsschwerpunkte sollten möglichst auch sektor- und phasenübergreifend angelegt sein. Zugehörige Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, sozialpädiatrische Zentren, Pflegeeinrichtungen und Hospize sowie natürlich Fachambulanzen sind hier gut vorstellbar.

#### 8. „Familienkrankenhäuser“ im Umland können Patienten aus den Kernstädten gewinnen

Ohne Zweifel bietet eine Orientierung der Krankenhausbehandlung am „Familienprozess“ gerade kleineren und mittleren Krankenhäusern in der Fläche, und das sind meist die bisherigen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, besonders gute Zukunftschancen.

Durch die schon beschriebene räumliche Konzentration gerade auch der familienrelevanten Fachbetten in den Ballungszentren bei gleichzeitiger Dekonzentration vor allem der jüngeren Familien in die Umlandkreise ist dort ein Angebotsvakuum an orts- und vor allem familien-naher Versorgung entstanden.

Die kleineren und mittleren Krankenhäuser in den Umlandbereichen und in den Landgebieten sind daher gut beraten, wenn sie sich in Zukunft nicht mehr so sehr um die Hinzugewinnung zusätzlicher Fachgebiete oder um das Erklimmen einer höheren Versorgungsstufe bemühen. Zukünftige Orientierungs- und Zielpunkte sollten vielmehr die Lebensabschnitte und die Lebenslagen sowie die Erkrankungsschwerpunkte der Bevölkerung im jeweiligen Einzugsgebiet bzw. Standortraum sein – und dies sind eben vor allem zugezogene und weiter zuziehende jüngere Familien, aber auch ältere Ruheständler.

Zu diesen beiden Zielgruppen muss durch geeignete Behandlungsangebote „Zugang“ geschaffen werden.

Es gibt mittlerweile in Deutschland eine ganze Reihe kleinerer agiler Krankenhäuser in typischen Umlandbereiche, aber auch in bestimmten Landgebieten, die nicht nur für die Familien in ihren eigenen Standortgebieten passende Angebote entwickelt haben. Vielmehr bieten diese Krankenhäuser familienbezogene Behandlung auch schon aktiv in die Ballungsräume hinein an.

Diese Krankenhäuser spielen dabei erfolgreich die individuelle Behandlung in landschaftlich angenehmer Umgebung als Alternative zur tatsächlichen oder vermeintlichen Massenabfertigung in den Großstadtkrankenhäusern aus.

## **9. Strategieelemente familienorientierter Krankenhausversorgung**

Zunächst geht es natürlich um die Realisierung des Grundelements „Familienkrankenhaus“ selbst. Sodann geht es um die Konzipierung eines Aufbauelements „Ballungsraumangebote“. Zuletzt sollte die Ausschöpfung des Angebotsvakuums in den Umlandbereichen und die Ausnutzung der Servicedefizite in den Ballungsräumen durch „Ballungsraumangebote“ der „Familienkrankenhäuser“ noch durch das Dachelement „Hochleistungszugriff“ wetterfest machen.

Unter „Hochleistungszugriff“ ist die anhaltende und arbeitsbeteiligte Kooperation von „Familienkrankenhäusern“ oder gar ganzen Netzen von „Familienkrankenhäusern“ mit Spitzenversorgungskrankenhäusern und mit Fachkliniken, meist in den Großstädten, zu verstehen.

Bei solchen Kooperationen kommt es darauf an, die diagnostisch-therapeutischen Hochleistungsmöglichkeiten in den Ballungszentren in geeigneter Art und Weise bei den „Familienkrankenhäusern“ vor Ort verfügbar zu machen. Telemedizin ist dabei ein möglicher Weg, um den physischen Patiententransport in die Zentren überflüssig zu machen.

Durch „Hochleistungszugriff“ werden die Familienkrankenhäuser in die Lage versetzt, ihrem Standortraum ohne die Notwendigkeit einer Behandlung in Ballungszentren gleichwohl Hochleistungsversorgung zu bieten.

Vor allem werden aber die Familienkrankenhäuser durch Hochleistungszugriff in die Lage versetzt, auch Hochleistungsversorgung zielgruppengerecht in die Ballungsräume hinein anzubieten.

Umgekehrt liegt der Nutzen für die Krankenhäuser der Spitzenversorgung und für die Spezialkliniken in den Ballungsräumen bei solchen Kooperationen vor allem im Bereich der Budgetsteuerung und Budgetpflege.

Man kennt die in unserem Lande so hochkultivierte Blockadementalität und Bedenkträgerei. Gerade im Kassenbereich ist diese Verhaltensauffälligkeit angesichts der gleichzeitig, bspw. jetzt wieder für den Landesteil Westfalen-Lippe, beanspruchten Gestaltungshoheit besonders ausgeprägt. Den Spaß an Neuem und die Lust am Experimentieren sollte man sich davon aber trotzdem nicht nehmen lassen.

Übersicht 10: Größenklassen-Spreizung der Akutkrankenhäuser in den Vereinigten Staaten und in Deutschland 1995 und 1997

Dass auch und gerade in vorwiegend marktgesteuerten Gesundheitssystemen die kleineren Krankenhäuser eine ausgezeichnete Chance haben, zeigt das Beispiel USA: Dort werden reichlich 11 Prozent aller Krankenhausbetten von Krankenhäusern bis 100 Betten gehalten, in Deutschland sind es gerade 4,5 Prozent.

Quelle: Vortrag Frühjahrskolloquium 2000 des Berufsbildungswerks Deutscher Krankenhäuser e.V. , Dorint-Hotel Arnsberg, 24. März 2000.

*Alle Rechte an diesem Text liegen bei Prof. Goeschel.*