

HSK würden von Reform profitieren

Kliniken in der Krise: Wer zahlt eigentlich was? Ein Erklärungsversuch aus Wiesbaden

Von Anke Hollingshaus

WIESBADEN. Erst kürzlich hatte der Landesrechnungshof, wie schon häufiger, kritisiert, dass er von den Helios HSK in Wiesbaden keinen Einblick in deren finanzielle Situation bekomme. Stimmt, hatten die HSK geantwortet, das müssen die Klinik auch nicht tun, denn der Landesrechnungshof überprüfe die Verwendung kommunaler Gelder in kommunalen Betriebsstätten. Dies sei die HSK aber nicht. Und von der Kommune bekomme sie auch kein Geld. Auch das stimmt. Rechtlich ist umstritten, wie viel Auskunft sein muss. Obwohl Wiesbaden noch 51 Prozent an der früher städtischen Klinik hält, gibt es keine städtischen Zuschüsse.

Helios hat 300 Millionen Euro in Neubau investiert

In der Regel werden Kliniken von den Krankenkassen einerseits und den Bundesländern andererseits finanziert. Alles, was mit medizinischer Leistung zu tun hat, also zum Beispiel Untersuchungen, Diagnosen und Operationen, wird von den Krankenkassen finanziert, also aus den Beiträgen der dort Versicherten. Bisher lief das weitgehend nach den sogenannten Fallpauschalen. Die Kliniken verhandeln mit den Kassen über die Budgets. Für Investitionen ist hingegen das Land zuständig, also in unserem Fall Hessen. Allerdings nur zum geringeren Teil, wenn es um Großprojekte wie den neuen Bau der Helios-HSK-Klinik geht. Helios hat hier den Großteil des Neubaus finanziert, nämlich rund 300 Millionen Euro. Das Land hat 68 Millionen Euro beigesteuert.

Der Helios-Konzern, der zu Fresenius gehört, betreibt in Deutschland etwa 80 Krankenhäuser mit insgesamt sie-



Der Haupteingang mit großem Vordach. Hier werden die meisten Patienten und die Besucher die neue Helios HSK betreten (hier bei einem Presserundgang im Juni).

Archivfoto: René Vigneron

ben Milliarden Euro Umsatz im vergangenen Jahr. Die HSK, heißt es in einer Veröffentlichung, die bei der offiziellen Eröffnung der neuen Klinikräume präsentiert wurde, machten 280 Millionen Umsatz.

Mit der Stadt und deren Gesellschaft für ein Gesundes Wiesbaden scheint man derzeit in konstruktiven Gesprächen zu sein. Jedenfalls beschreiben EGW-Geschäftsführerin Angela Tausendpfund und Gesundheitsdezernentin Milena Löbcke (Linke) die regelmäßigen Gespräche als konstruktiv. Die EGW GmbH hält für die Stadt bekanntlich 51 Prozent an den HSK, „verfügt aber nicht über die Mehrheit der Stimmrechte in der Gesellschafterversammlung“, formuliert der städtische Beteiligungsbericht. Sie werde auch in Zukunft „die Interessen der Landeshauptstadt

Wiesbaden ... wahren“, so der Bericht von 2022.

Zum neuen Jahr sollte eigentlich die Gesundheitsreform in Kraft treten. Diese ist dringend notwendig – darüber ist man sich im politischen Raum und auch in Fachkreisen weitgehend einig. Über Details allerdings, zum Beispiel über die Klinikentwicklung im ländlichen Raum, gibt es noch Streit. Heute entscheidet der Bundesrat über die Reform. Sollte dieser den Vermittlungsausschuss anrufen, muss das Vorhaben nochmal in den Bundestag, was angesichts der jüngsten Entwicklung in Berlin heikel ist, denn nach dem Bruch der Ampel gibt es keine Mehrheit mehr.

Wiesbadener Professor erläutert Reform

Professor Thomas Kolb, Professor für Gesundheitsma-

nagement und Rechnungswesen an der Hochschule Rhein-Main, hat im Gesundheitskompass Wiesbaden versucht, die Ziele der Reform einfach zu erläutern. Deutschland habe eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, aber nicht eines der effizientesten. Deshalb müsse sich dringend etwas ändern. Der Umbau der Klinik-Landschaft, der vorsieht, dass nicht mehr alle Krankenhäuser alles anbieten, sondern es sogenannte Leistungszentren gibt, würde der Helios-HSK als großes Krankenhaus Vorteile bringen. Kurz gesagt: Kliniken, die bestimmte Behandlungsmethoden oder Eingriffe oft machen, gelten als Leistungszentren. Wer eine bestimmte OP nur ein- bis zweimal im Jahr macht, nicht. Das, so Kolb, bringe Patienten einerseits Vorteile, weil sie in den Zentren auf erfahrene Mediziner

treffen. Nachteil: Manche, von weiter her, müssten längere Fahrtwege in ein Krankenhaus in Kauf nehmen. Allerdings legt die Reform auch fest, dass Kliniken in 30 bis 40 Minuten erreichbar sein sollen.

Vorhalteleistungen wichtig für Krankenhausvergütung

Positiv bewertet Kolb auch die Reduzierung der Bedeutung der sogenannten Fallpauschalen. Diese hatten einen „Anreiz zur Leistungserbringung und -ausweitung“ gesetzt (also viele OPs zum Beispiel). Künftig sollen nur noch 40 Prozent der Krankenhausvergütung hiernach berechnet werden. 60 Prozent als sogenannte „Vorhalteleistung.“ Diese vergleicht Kolb mit der Finanzierung der Feuerwehr. „Sie wird finanziert, auch wenn kein Brandeinsatz erfolgt.“