

# Gastbeitrag:

## Einfachere Finanzierungswege und Gesundheitslogistik können Kliniken helfen

**So gut wie alle Akteure im Krankenhaus beklagen, dass sie zu wenig Geld bekommen. Woran liegt das, wenn doch so viel Geld im System ist?**

**Insgesamt wird in unserem Gesundheitssystem im Ländervergleich mit etwa einer Milliarde Euro pro Tag viel Geld bereitgestellt. Bei den Gesundheitsausgaben auf Basis des Jahres 2017 in Höhe von 4.544 Euro pro Kopf und Jahr oder gemessen an 11,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts liegen wir im internationalen Vergleich immerhin bei den teureren Systemen.**

Unsere größten Probleme: Unser Finanzierungssystem ist äußerst kompliziert und bietet vielerlei Fehlanreize. Für die stationären Patienten gibt es Pauschalen, die sich stärker an der ärztlichen als an der pflegerischen Leistung orientieren und die sprechende Medizin gegenüber den technikorientierten Leistungen vernachlässigen.

Fehlverteilungen entstehen auch durch unsere relativ strikte Sektorentrennung in ambulante und stationäre Versorgung. Gelänge es uns, diese beiden Sektoren besser zu verzahnen, könnte sehr viel Geld gespart und gerechter verteilt werden.

Aufgrund der dualen Finanzierung hat jedes Krankenhaus einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderung, wenn es im Landeskrankenhausplan aufgenommen worden ist. Kassen und Länder teilen sich die Krankenhausfinanzierung: Betriebskosten beziehungsweise alle Kosten, die für die Behandlung von Patienten entstehen, werden von den Kassen finanziert. Investitionskosten sollten von den Ländern finanziert werden. Das tun diese aber nur zu einem Bruchteil, weshalb viele Krankenhäuser am Personal sparen, notwendige Sanierungen hinausschieben, Erlöse aus der Patientenbehandlung für Investitionen zweckentfremdet einsetzen oder Kredite aufnehmen, die sie in die roten Zahlen treiben.

Hinzu kommen Probleme durch die bloße Anzahl von Krankenhausbetten, denn wir haben in Deutschland im Verhältnis zu fast allen anderen OECD-Ländern immer noch deutlich mehr Krankenhäuser und mit gut acht Betten bezogen auf 1.000 Einwohner fast doppelt so viele wie im OECD-Durchschnitt, obwohl diese bereits seit Jahren abgebaut werden. Vor 20 Jahren waren es noch neun Klinikbetten pro 1.000 Einwohner und die Anzahl der stationären Krankheitsfälle pro Jahr hat seitdem gleichzeitig von etwa 17 Millionen auf 19,4 Millionen in 2017 zugenommen.



Foto: B. Pfeiffer

Die wirtschaftlichen Probleme eskalieren vor allem, weil viele, meist kleinere ländliche Krankenhäuser Leistungsangebote vorhalten, ohne sich die eigentlich zugehörige kostspielige Hochtechnologie für Diagnose und Therapie leisten zu können – beispielsweise weil ihnen das Personal aufgrund des Fachkräftemangels fehlt oder sie gar nicht genug Patienten behandeln können, um diese so auszulasten, dass Qualität und Einnahmen stimmen. Eine klassische Abwärtsspirale.

Doch wie könnte unsere Gesundheitsversorgung verbessert werden? Zunächst müsste die Finanzierung vereinfacht und die überbordende Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst beschränkt werden. Wir brauchen auch eine erweiterte Gesundheitslogistik. Dazu gehört, dass alles in Bewegung ist: Pflegekräfte und Fachärzte hin zu den Patienten. Und Patienten aus der Peripherie mit Bussen hin zu den ambulant-stationären Schwerpunkt- oder stationären Maximal-Versorgern.

Voraussetzung dafür ist Digitalisierung mit einer funktionierenden, flächendeckenden Telematikinfrastruktur, die eine komplexe gesundheitslogistische Planung und Steuerung effizient ermöglicht.

Die Reformen bei unseren europäischen Nachbarn haben übrigens ein entscheidendes Merkmal: Der Staat hat eine klare Gesundheitsversorgungsstrategie. Er lässt seine kleinen ländlichen Kliniken nicht einfach wirtschaftlich sterben, sondern investiert sehr umfangreich in große neue zentrale Krankenhäuser und neue Mobilitätskonzepte mit massiv verstärkten Rettungsdiensten und auch in die Telematikinfrastruktur sowie in ausgefeilte Personalentwicklungskonzepte.

*Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt  
Sprecher Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule Essen  
und Frankfurt/M.*

*Gastwissenschaftler am IASU der Goethe-Universität  
Frankfurt/Main*



## Krankenhäuser in Not: Reanimation oder Exitus?

Die Krankenhauslandschaft befindet sich auch in Rheinland-Pfalz im Umbruch. Viele – insbesondere kleine - Krankenhäuser stehen wirtschaftlich mit dem Rücken zur Wand. Fast die Hälfte von ihnen soll bereits deutlich in den roten Zahlen stecken. Vielen Häusern gelingt es nicht mehr, ihre betriebswirtschaftlichen Kosten aus den Erlösen der DRG-Fallpauschalen zu finanzieren.

### Landesverordnung soll kleine Häuser stärken

Vor allem die kleinen Häuser will das Land deshalb mit einer eigenen Landesverordnung stärken. Die Möglichkeit hierzu steckt in den bundesweiten Vereinbarungen von Sicherstellungszuschlägen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat.

Zur Erinnerung: Nach den bundeseinheitlich vom G-BA beschlossenen Vorgaben ist eine Gefährdung der flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung gegeben, wenn durch die Schließung eines Krankenhauses durchschnittlich mindestens 5.000 Einwohner Fahrtzeiten von mehr als 30 Minuten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus aufwenden müssten. Dieses Krankenhaus kann dann bei Vorliegen der weiteren vom G-BA festgelegten Voraussetzungen, wie zum Beispiel einem finanziellen Defizit, einen Sicherstellungszuschlag erhalten. Nach den vom G-BA beschlossenen Vorgaben gilt ein geringer Versorgungsbedarf jedoch erst bei weniger als 100 Einwohnern je Quadratkilometer im Versorgungsgebiet des Krankenhauses.

Durch diese Regelung erfolge kein Eingriff in die Länderhoheit der Krankenhausplanung, stellt der G-BA aber auch klar. Kein Krankenhaus müsse vom Netz alleine deshalb, weil keine Sicherstellungszuschläge gewährt würden, denn diese seien zusätzliche Vergütungselemente. Der G-BA: „Die bisherige Finanzierungsgrundlage der Krankenhäuser besteht unverändert fort.“

### Land nutzt gesetzlichen Spielraum

„Die bundesrechtlichen Kriterien berücksichtigen die regionalen Besonderheiten nicht im erforderlichen Umfang“, begründet die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler den neuen Landesbeschluss. Um eine flächendeckende stationäre Grund- und Notfallversorgung zu erhalten, hat das Land die Obergrenze für die Einwohnerdichte auf 200 Einwohner pro Quadratkilometer angehoben. Das Land nutzt damit den Spielraum, „den uns

der Gesetzgeber eröffnet hat, um das Netz der stationären Versorgung dichter als bundesweit vorgegeben zu knüpfen“, so Bätzing-Lichtenthäler.

Zudem werde geregelt, dass abweichend von der G-BA-Definition die für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen auch dann gegeben sei, wenn nur einzelne Leistungen oder Leistungseinheiten aus den Gebieten der Inneren Medizin und Chirurgie erbracht würden.



Sabine Bätzing-Lichtenthäler,  
rheinland-pfälzische  
Gesundheitsministerin:

**„Acht Häuser können von der Landesverordnung profitieren.“**

Foto: MSAGD/Dennis Möbus

### Acht Standorte könnten profitieren

Die zusätzlichen Sicherstellungszuschläge aufgrund der Landesverordnung werden nach einem Grundbescheid des Gesundheitsministeriums zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern der Höhe nach vereinbart. Von der Verordnung, die mit Wirkung zum Januar 2020 in Kraft getreten ist, könnten bei Redaktionsschluss folgende Krankenhäuser profitieren: Nastätten, Kirn, Simmern, Wittlich sowie Altenkirchen/Hachenburg, Hermeskeil, Saarbürg und Westpfalz-Klinikum Standort Kusel.

Für die brenzlige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser sieht der Gesundheitsökonom Univ.-Prof. (Trier) Dr. Andreas J. W. Goldschmidt viele weitere Ursachen.

## Gesundheitsökonom Goldschmidt: Fehlverteilung wegen strikter Sektorengrenzen

Die wirtschaftlichen Probleme „eskalieren vor allem, weil viele, meist kleinere ländliche Krankenhäuser Leistungsangebote vorhalten, ohne sich diese eigentlich leisten zu können“, kritisiert er. Das führe zu einer „klassischen Abwärtsspirale“.

Finanzielle Fehlverteilungen entstünden zudem durch die zu strikte Sektorentrennung in ambulante und stationäre Versorgung. Goldschmidt: „Könnten wir diese beiden Sektoren besser verzahnen, würde sehr viel Geld gespart und gerechter verteilt werden können.“ Kritisch sieht er auch die mangelhafte Umsetzung der dualen Finanzierung der Kliniken, bei der die Länder nicht vollständig ihrer Pflicht nachkämen. Somit wäre ein immenser Investitionsstau entstanden, der die Kliniken wirtschaftlich extrem belastete. Dringend nötig seien eine einfachere, gerechtere Finanzierung und maßvollere Prüfungen des Medizinischen Dienstes.



Gesundheitsökonom  
Univ.-Prof. (Trier) Dr. Andreas  
J. W. Goldschmidt:

**„Gesundheitsversorgung der Zukunft braucht digital unterstützte Mobilitätskonzepte.“**

## Die Schlüsselinnovationen: Gesundheitslogistik und Digitalisierung

Und es reiche keineswegs aus, das Gesundheitssystem nur zu kritisieren oder „mehr oder weniger plump die Schließung von Klinikstandorten zu fordern“, so der Gesundheitsökonom. Für eine Neustrukturierung der Kliniklandschaft sei eine modernisierte, leistungsfähige Gesundheitslogistik - verbunden mit Telematik - notwendig.

Mit dem Projekt „Trier-Plus“ hat Goldschmidt schon vor zwölf Jahren in einem interdisziplinären Forscherteam an der Universität Trier gemeinsam mit den großen Krankenhäusern vor Ort und Kooperationspartnern aus der Gesundheitswirtschaft ein neues Konzept für die künftige Gesundheits-

versorgung auf dem Land entwickelt. Es soll Lösungen für die Problembereiche demografische Entwicklung, Ökonomie und Landflucht aufzeigen. Hintergrund: Die Wege werden sowohl für Patienten als auch für die Ärzte bei einer neuen Verteilung von Versorgungsschwerpunkten länger - auch weil die Akutversorgung immer zentralisierter wird. Goldschmidt: „Diese Entwicklung ist in vollem Gange, aber eben ökonomisch und nicht planerisch getriggert.“ Dieser Realität müsse daher mit modernen, auch digital unterstützten Mobilitätskonzepten begegnet werden.

## Telematikinfrastruktur muss flächendeckend funktionieren

„Alles kommt und ist zunehmend in Bewegung“, berichtet er. Pflegekräfte und Fachärzte müssten vermehrt hin zu den Patienten, und diese müssten wiederum über weitere Strecken hin zu den ambulant-stationären Schwerpunkt- oder stationären Maximal-Versorgern gebracht werden - letztere beispielsweise mit Klein- und Schulbussen. Diese Mobilitäts-herausforderung funktioniere aber nur mit entsprechender Digitalisierung. Eine flächendeckende Telematikinfrastruktur, die auch auf dem Land funktioniere, sei daher nötig, um die zugehörige komplexe Planung und Steuerung effizient zu ermöglichen.

Bei vielen Modellvorschlägen für neue Klinikstrukturen, die derzeit in Gesprächen auftauchen, weise „aber leider auch kaum jemand darauf hin, wie viel Geld solche Reformen beispielsweise in Dänemark kosten“, so der Gesundheitsökonom. Die Reformen bei unseren europäischen Nachbarn hätten zudem ein entscheidendes Merkmal: Der Staat dort habe eine klare Strategie bei seiner Verantwortung für eine künftige Gesundheitsversorgung. Goldschmidt: „Er lässt seine kleinen ländlichen Kliniken nicht einfach wirtschaftlich sterben nach dem Motto „Der Markt wird es schon richten“, sondern investiert für den Umbau der Versorgung zunächst sehr umfangreich in neue große, zentralisierte Krankenhäuser, in moderne Mobilitätskonzepte mit massiv verstärkten Rettungsdiensten, mit wesentlich mehr Rettungsfahrzeugen und -hubschraubern, in die zugehörige Telematikinfrastruktur und in ausgefeilte Personalentwicklungskonzepte für die vorhandenen sowie für die neuen Fachkräfte.“

Um Krankenhäuser wieder aus den Schulden zu bekommen, taucht in den Diskussionen auch immer öfter das Thema Zusammenlegung beziehungsweise Fusion auf. Ein Weg, den einige Häuser bereits gehen oder direkt vor sich haben. Beispielsweise im Westerwald.

### Klinikneubau im Westerwald

Im Westerwald steht eine Fusion zweier kleiner Krankenhäuser auf dem Programm. Die Häuser in Hachenburg (Westerwaldkreis) und Altenkirchen (Kreis Altenkirchen) sollen durch ein neues DRK-Krankenhaus ersetzt werden. Die bisherige Struktur mit zwei Krankenhausstandorten in geringer Entfernung (rund 15 Kilometer) voneinander ist nach Ansicht des Gesundheitsministeriums mittelfristig nicht zukunftsfähig. Ein zentraler Neubau soll die Strukturen des Krankenhauses zukunftsfähig gestalten und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen in der Region mit stationären Leistungen sicherstellen.

Die Landesärztekammer spricht sich für eine größere Lösung aus: Nicht nur zwei Häuser sollten verschmelzen, sondern zwei weitere Häuser könnten geschlossen werden.

---

Dr. Peter Enders,  
Landrat Kreis Altenkirchen:

„Für Altenkirchen ist eine zentrale Lage zwischen beiden Städten sinnvoll.“

---

### Viele Diskussionen um den Standort

Wo genau der Neubau entstehen soll, war in der Region lange Zeit strittig. Ein Gutachten nannte drei Favoriten. Das Gesundheitsministerium benannte schließlich als neuen Standort Müschenbach. Der dortige Landrat Dr. Peter Enders hatte ursprünglich den zentral zwischen Altenkirchen und Hachenburg gelegenen Standort Giesenhausen favorisiert, der von Altenkirchen und Hachenburg jeweils acht bis neun Kilometer entfernt liegt.

Bis der Entschluss für Müschenbach feststand, gab es einige regionale Verwirrungen um den künftigen Standort wegen der Verfügbarkeit von Grundstücken.

### Landrat: Standortfrage geht nicht ohne Finanzierungsfrage

Die Standortfrage ist für Enders wichtig, weil ein neuer Standort vor Ort Akzeptanz in der Bevölkerung im Bereich Altenkirchen und Hachenburg beziehungsweise in den Landkreisen Altenkirchen und Westerwald braucht. „Deshalb ist eine zentrale Lage zwischen beiden Städten sinnvoll“, so Enders. Er habe allerdings auch immer betont, dass die Finanzierungsfrage weitaus wichtiger sei und zuerst verbindlich beantwortet werden müsse. Enders: „Bis es hier keine endgültige Klarheit gibt, steht hinter jeder Standort-Diskussion ein Fragezeichen.“

### LAND FÖRDERT KRANKENHÄUSER MIT ÜBER 120 MILLIONEN EURO

Die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser haben im vergangenen Jahr mit dem Krankenhausinvestitionsprogramm 66 Millionen Euro für bauliche Investitionen erhalten. Darüber hinaus hat das Land 54,2 Millionen Euro für die Pauschalförderung bereitgestellt.

Das Krankenhausinvestitionsprogramm hat sich 2019 auf 28 Krankenhausstandorte und Tageskliniken verteilt.

Zusätzlich zum Krankenhausinvestitionsprogramm für Einzelmaßnahmen hat das Land 2019 insgesamt 54,2 Millionen Euro für die Pauschalförderung bereitgestellt.

Inklusive der Finanzmittel zur Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds standen nach Landesangaben den Krankenhäusern im Jahr 2019 insgesamt rund 147 Millionen Euro zur Verfügung.

Zur Erinnerung: Die Krankenhausfinanzierung basiert auf einer dualen Finanzierung. Die Betriebskosten der Krankenhäuser zahlen die Krankenkassen. Die Investitionskosten tragen die Bundesländer. (eng)

INTERVIEW

## Diskussionen um den Klinikneubau im Kreis Altenkirchen

Im Westerwald soll ein neues DRK-Krankenhaus gebaut werden. Der Neubau soll die beiden kleinen Krankenhausstandorte Altenkirchen und Hachenburg ersetzen. Der Landrat des Kreises Altenkirchen Dr. Peter Enders bezieht Stellung:



Dr. Peter Enders,  
Landrat Kreis Altenkirchen:

**„Bis es eine endgültige Finanzierungsklarheit gibt, steht hinter jeder Standort-Diskussion ein Fragezeichen.“**

Foto: Gerd Asmussen

### **Wie wichtig ist für Sie als Landrat die Standortfrage?**

Die Standortfrage ist deshalb wichtig, weil ein neuer Standort vor Ort Akzeptanz in der Bevölkerung im Bereich Altenkirchen und Hachenburg beziehungsweise in den Landkreisen Altenkirchen und Westerwald braucht. Deshalb ist eine zentrale Lage zwischen beiden Städten sinnvoll. Ich habe allerdings seit Beginn der Überlegungen immer betont, dass die Finanzierungsfrage weitaus wichtiger ist und zuerst verbindlich beantwortet werden muss. Bis es hier keine endgültige Klarheit gibt, steht hinter jeder Standort-Diskussion ein Fragezeichen.

Daneben steht für uns im Kreis Altenkirchen natürlich auch das Kirchener Krankenhaus immer im Fokus. Hier zeichnen sich Kooperationsmöglichkeiten mit Anbietern aus dem Raum Siegen ab.

### **Wie sehen Sie die Ein-Haus-Lösung in Altenkirchen?**

Ich sehe ganz klar die Chancen und die Möglichkeiten, ein neues Haus noch stärker am Bedarf in der Region auszurichten. Personal-, Sach- und Investitionskosten laufen an den beiden Standorten Altenkirchen und Hachenburg seit Jahren davon, teilweise lassen sich offene Stellen nicht besetzen. Hier lassen sich Synergien heben.

### **Bietet die Zusammenlegung eine Chance für die Notarztversorgung?**

Eigentlich ja. Vor diesem Hintergrund besteht besonderer Handlungsdruck: Wir haben an den derzeitigen Standorten dauerhaft hohe Abmeldezahlen, zeitweise bis zu 30 Prozent. Deshalb hätte ich mir von einem zentralen Standort in der Mitte zwischen Altenkirchen und Hachenburg (Giesenhausen/Kropf) eine erhebliche Verbesserung versprochen. Für den Standort Müschenbach, vor den Toren von Hachenburg, sehe ich das nicht so, da es zwangsläufig zu lange Fahrtzeiten zu zahlreichen Orten in der Verbandsgemeinde Altenkirchen-Flammersfeld geben würde.

Das Interview führte Ines Engelmohr

## LÄK-Vize: Krankenversorgung braucht mutige Entscheidung

Die Zusammenlegung der beiden Häuser in Altenkirchen und Hachenburg wird auch in der Ärzteschaft viel diskutiert. Die Gespräche jedoch nur auf die Standortfrage zu reduzieren, greift nach Ansicht von San.-Rat Dr. Michael Fink, Vize-Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, nicht weit genug. Die Standortfrage sei sekundär. „Wir brauchen für die Westerwald-Region ein Krankenhaus, das zukunftsfähig ist. Deshalb müssen wir auch über Kreisgrenzen hinweg denken“, erklärt Fink, der in Gebhardshain als Hausarzt arbeitet und auch in der Kreisärzteschaft als stellvertretender Obmann aktiv ist.

Foto: Engelmoir



San.-Rat Dr. Michael Fink,  
Hausarzt und Vize-Präsident  
der Landesärztekammer:

**„Der Westerwald braucht eine neue Klinik als Kristallisationspunkt und Strukturverstärker.“**

Die stationäre Versorgung im Westerwald „braucht mutige Entscheidungen“, um zukunftsfest zu sein. Das neue Krankenhaus müsse „Kristallisationspunkt werden und als Strukturverstärker wirken“. Ziel müsse es sein, ein Krankenhaus zu strukturieren, aus dem Patienten beispielsweise weniger als bisher weiterverlegt werden müssten. Vom Versorgungsgrad her sollte es daher mehr als die kleine Grundversorgung bieten, die die kleinen Krankenhäuser bislang vorhalten. Ein neues Haus könnte mehr Fachgebiete vorhalten. Das täte der Region gut, so Fink. Beispielsweise sei die Onkologie im Westerwald nur ambulant abgedeckt und eine stationäre Urologie werde nur über Belegärzte aufrecht gehalten. Auch in der Rheumatologie gebe es in der Region kein stationäres Versorgungsangebot.

## Zusammenlegung soll noch mehr regionale Häuser miteinander verschmelzen

Und Finks Vorschläge gehen noch weiter: Die geplante Zusammenlegung sollte seiner Meinung nach nicht auf die beiden Häuser in Altenkirchen und Hachenburg beschränkt bleiben. Fink: „Zwei weitere Häuser in der Region sollten ebenfalls im neuen Krankenhaus verschmelzen.“ Konkret nennt er das evangelische Krankenhaus Dierdorf/Selters sowie das Herz-Jesu-Krankenhaus in Dernbach. Beide Orte liegen rund 25 Kilometer südlich von Altenkirchen und jeweils nur rund neun Kilometer auseinander. Für ihn ist klar: „Diese beiden Häuser sind auf Dauer alleine nur schwer überlebensfähig.“

Ein größeres Krankenhaus vor Ort habe zudem noch einen weiteren Vorteil, wenn es beispielweise auch Lehrkrankenhaus werden würde. Fink: „Dann könnten Medizinstudierende dort ihr Praktisches Jahr machen.“ Und dies wiederum biete die Chance, Studierende vielleicht doch als künftige Ärzte in der Region zu halten.

## Krankenhausgesellschaft: Die Hälfte der Häuser schreibt rote Zahlen

Die Situation der Krankenhäuser im Land ist schwierig und wird sich auch in diesem Jahr nicht wirklich verbessern. „Wir befürchten, dass bis zu 50 Prozent der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz im Jahr 2019 rote Zahlen geschrieben haben“, erklärt Bernd Decker, Vorstandsvorsitzender der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz (KGRP).

Tendenz steigend, denn aufgrund der Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation seien weitere Schließungen von Fachabteilungen oder gar Krankenhäusern nicht ausgeschlossen, fügt er hinzu. Zum Vergleich: Im Jahr 2018 steckte noch etwa jedes dritte Haus in den roten Zahlen.



Bernd Decker, Vorstandsvorsitzender  
Krankenhausgesellschaft  
Rheinland-Pfalz

**Jedes zweite Haus hat 2019 rote Zahlen geschrieben.“**

Foto: KGRP

## Deckelungsphase macht seit 1992 das Leben schwer

Doch warum stehen so viele Kliniken wirtschaftlich mit dem Rücken an der Wand?

Für den KGRP-Vorstandsvorsitzenden liegt die Ursache hierfür weit zurück: Seit 1992 haben die Krankenhäuser mit Beginn der „Deckelungsphase“ ihre Personalkostensteigerungen nur teilweise über die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen finanziert bekommen. Die Finanzierungslücke von 1992 bis 2017 beträgt nach seinen Angaben rund 38 Prozent. Die Krankenhäuser hätten dies in der Vergangenheit durch Mehrleistungen kompensieren können. Doch in 2018 sei erstmalig die Anzahl der Patienten in den Krankenhäusern rückläufig gewesen. Decker: „Dies hat die wirtschaftliche Situation der Kliniken maßgeblich verschärft.“

## Absenkung des Landesbasisfallwertes belastet

Des Weiteren Sorge die durch Bundesgesetz vorgegebene schrittweise Absenkung des Landesbasisfallwertes für erhebliche Verluste. Der Landesbasisfallwert stelle eine wichtige Grundlage bei der Berechnung von Klinikleistungen dar. Rheinland-Pfalz hatte bundesweit den höchsten Landesbasisfallwert und musste daher sich nach unten angleichen. Diese gesetzliche Absenkung Sorge nun für erhebliche Verluste. „Von 2016 bis heute haben die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz insgesamt 100 Millionen Euro weniger bekommen“, berichtet Decker. Dieses Geld werde den Krankenhäusern auch dauerhaft nicht zur Verfügung stehen.

Bernd Decker, Vorstandsvorsitzender  
Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz:

„In Rheinland-Pfalz fehlen pro Jahr etwa 180 Millionen an investiven Fördermitteln des Landes.“

## Investitionsstau als Bürde

Hinzu komme, dass in Rheinland-Pfalz pro Jahr etwa 180 Millionen an investiven Fördermitteln des Landes fehlen. Das seien große Lücken, so der KGRP-Vorstandsvorsitzende.

Um die Situation zu verbessern müsse der Gesetzgeber auf Bundesebene das pauschale DRG-Vergütungssystem überarbeiten, sodass auch kleine Krankenhäuser ihre Vorhaltekosten refinanziert bekommen, fordert Decker. Darüber hinaus sei es erforderlich, dass die Investitionsförderung in Rheinland-Pfalz maßgeblich aufgestockt werde, damit Kliniken modernisiert werden können.

### vdek:

#### Kliniken müssen enormen Investitionsstau bewältigen

„Die Investitionsmittel des Landes sind seit Jahrzehnten viel zu gering und müssten mindestens verdoppelt werden“, sagt Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretung in Rheinland-Pfalz. „Die Krankenhäuser stehen vor einem enormen Investitionsstau“. Die zu niedrigen Investitionsmittel führten zudem zu einer dauerhaften Quersubventionierung des investiven Bereichs aus Mitteln der Krankenkassen (Betriebskostenfinanzierung über das DRG-System), Geld - was für die Behandlung der Patienten an anderer Stelle fehle.

Schneider spricht darüber hinaus auch das Thema Überkapazitäten an. Die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser hätten die zweitniedrigste Bettenauslastung im Bundesvergleich (74,7 Prozent Rheinland-Pfalz, 77,8 Prozent Deutschland), das hieße: „Jedes vierte Bett in Rheinland-Pfalz steht leer.“



Martin Schneider  
vdek-Leiter Rheinland-Pfalz:

„Jedes vierte Bett in Rheinland-Pfalz ist überhaupt nicht belegt.“

Foto: vdek/Georg J. Lopata

Eine weitere Ursache für die zunehmenden wirtschaftlichen Engpässe sieht der vdek vor allem auch in der Fallschwere. Die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser hätten die niedrigste Fallschwere bundesweit (1,01 Rheinland-Pfalz, 1,10 Deutschland). Das führe zu geringerem Erlösvolumen, deute aber, weil eben viele leichte Fälle in den Kliniken behandelt würden, auch auf ein enormes Potenzial an (mehr) ambulanten Behandlungen in rheinland-pfälzischen Kliniken hin. Andererseits müsse aber auch beachtet werden, dass für die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser der höchste Landesbasisfallwert im Bundesvergleich gelte. Schneider: „Die Krankenkassen zahlen hier also bundesweit die höchsten Krankenhauspreise.“

## Forderung nach Abkehr der situativen Krankenhauspolitik

Was kann den Kliniken helfen? „Wir erwarten von der Landesregierung eine Abkehr von der jetzigen situativen Krankenhauspolitik“, fordert Schneider. Konkret: Schluss mit den Einzelfallentscheidungen und der pauschalen Förderung vor allem zugunsten wirtschaftlich nicht tragfähiger Krankenhäuser.

„Was wir brauchen, ist eine echte Strukturpolitik unter Beteiligung aller hierfür maßgeblichen Akteure: Politik/Ministerium, Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen“, fügt der vdek-Leiter hinzu.

Deshalb müsse man jetzt prüfen, welche Krankenhäuser tatsächlich bedarfsnotwendig seien und welche Kliniken beziehungsweise Abteilungen tatsächlich benötigt würden und auch die Behandlung in der entsprechenden Qualität erbringen könnten. Schneider: „Die regionale Organisation der ambulanten und stationären Grundversorgung sowie die (hoch) spezialisierten – gegebenenfalls überregional zu erbringenden – Leistungen gehören auf den Prüfstand.“

## G-BA DEFINITION FÜR SICHERHEITZUSCHLÄGE

Um in dünn besiedelten Regionen ein stationäres Versorgungsangebot aufrechtzuerhalten und Kliniken, die dort angesiedelt sind, wirtschaftlich zu unterstützen, hat der Gesetzgeber Sicherstellungszuschläge eingeführt.

Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Krankenhäuser und Kassen vereinbaren müssen, um diese Zuschläge zu bekommen, sehen vor:

- 1.) Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner Pkw-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen. Eine Ausnahmereglung ist für besonders dünn besiedelte Regionen – bei unter 50 Einwohnern je Quadratkilometer – vorgesehen. Hier kann das Betroffenheitsmaß auf bis zu 500 Einwohner abgesenkt werden.
- 2.) Ein geringer Versorgungsbedarf liegt dann vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer liegt.
- 3.) Notwendige Vorhaltungen, die für eine Basisversorgung relevant sind, sind die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet ist. Zudem müssen die Anforderungen der untersten Stufe des Notfallstufensystems erfüllt werden. Ergänzt wurde 2018, dass auch die Geburtshilfe zu den basisversorgungsrelevanten Leistungen eines Krankenhauses zählt. Damit können auch Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe vereinbart werden. Zuschlagsfähig ist in diesem Fall dann zudem die Vorhaltung einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin. Eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe ist als gefährdet einzustufen, wenn durch die Schließung Pkw-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten notwendig sind, um bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen.

Derzeit erreichen nach G-BA-Angaben 99 Prozent der Bevölkerung in Deutschland ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb von 30 Pkw-Minuten. (eb)

## Für Kooperation und Konzentration

Spezialisierung und Konzentration müssen seiner Meinung nach generell stärker auf die Tagesordnung. Im Interesse ihrer Patienten sollten sich Kliniken auf ein bestimmtes Leistungsspektrum spezialisieren beziehungsweise zu spezialisierten Einheiten zusammenschließen. Denn sie „erbringen nachweislich viele Leistungen besser und sicherer, wenn sie diese häufig durchführen, personell gut aufgestellt und auch für Komplikationen optimal gerüstet sind“.

Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Seit zwei Jahren erbringen verstärkt auch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung Leistungen der Pankreas-Chirurgie, deren Mindestmenge bei zehn Leistungen pro Jahr vom G-BA festgelegt wurde. Diese Krankenhäuser müssten dann im ersten Jahr der Leistungserbringung 50 Prozent (fünf Leistungen) erbringen. Da Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse zum Beispiel aufgrund eines Tumors hochkomplex und hochrisikobehaftet seien, „ist es äußerst wahrscheinlich, dass bei einem derart geringen Leistungsumfang sowohl die Routine als auch die Strukturen für solche Eingriffe fehlen“, fügt Schneider hinzu. Durch vermehrte Spezialisierung und Konzentration könne hier die Patientensicherheit gesteigert werden. Zum Vergleich: Die Uniklinik Heidelberg erbringe pro Jahr 800 Operationen an der Bauchspeicheldrüse.

Martin Schneider  
vdek-Leiter Rheinland-Pfalz:

„Die neuen Zuschläge für kleine Kliniken lösen keine echten Probleme, sondern zementieren unwirtschaftliche Strukturen.“

Eine weitere vdek-Forderung betrifft den Krankenhausstrukturfonds. Seine Mittel (für die nächsten vier Jahre jeweils 46 Millionen Euro pro Jahr, hälftig finanziert durch Krankenkassen und Land) müssten vorrangig für Strukturverbesserungen verwendet werden. Dazu gehöre auch die Schließung von Häusern und/oder die Umwandlung von Krankenhausstandorten in Gesundheitszentren.

## Neue Zuschläge für kleine Kliniken lösen keine Probleme

Kritisch sieht der vdek-Leiter den jüngsten Beschluss der Landesregierung, kleinen Kliniken Zuschüsse zu ermöglichen. Dies wirke kontraproduktiv. Schneider: „Diese neuen Zuschläge lösen keinerlei echte Probleme in der Krankenhauslandschaft, sondern zementieren unwirtschaftliche Strukturen“. Denn der Fachkräftemangel oder die unzureichende Auslastung vieler Häuser werde sich mit weiteren pauschalen Zuschlägen nicht beheben lassen. Eine „echte Krankenhausstrukturpolitik“ wäre dringend erforderlich, in der das Hauptaugenmerk auf Qualität gelegt werde.

## Barmer kann sich Beteiligung an Investitionskosten vorstellen

Per Gesetz ist es Sache der Länder, die Investitionskosten der Kliniken zu bezahlen. Das machen die Länder seit Jahren nur sehr unzureichend, kritisiert Dunja Kleis, Landesgeschäftsführerin der Barmer in Rheinland-Pfalz und im Saarland. Daher nutzen Kliniken zur Finanzierung ihrer Investitionen in Gebäude und Apparate das Geld der Kassen, das eigentlich für die Bezahlung des Personals vorgesehen ist. Kleis: „Über diese Quersubventionierung bezahlen die Kassen faktisch schon einen Teil der Investitionskosten.“

## Mitentscheidung als Gegenleistung

Und wie sollen diese Mitsprachemöglichkeiten aussehen? Für Kleis ist klar: „Wir wollen nicht nur beratend an den Gremien zur Krankenhausplanung teilnehmen, sondern auch mitentscheiden. Wir wollen den Interessen der Patienten und der Versicherten bei der Krankenhausplanung mehr Geltung verleihen. Bei der Krankenhausplanung sollten einvernehmliche und verbindliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten angestrebt werden.“ Bei Investitionen, die von den Kassen über den so genannten Krankenhausstrukturfonds mitfinanziert werden, hätten die Kassen ja auch schon ein Mitspracherecht. Langfristig sollte das Angebot von Kliniken und niedergelassenen Ärzten besser aufeinander abgestimmt und gemeinsam geplant werden.

Dunja Kleis, Landesgeschäftsführerin der Barmer in Rheinland-Pfalz und im Saarland:

„Ein Krankenhaus ist nur dann ein gutes Krankenhaus, wenn es eine gute Behandlungsqualität bietet.“

Foto: Barmer/Carsten Costard



Dunja Kleis, Landesgeschäftsführerin der Barmer in Rheinland-Pfalz und im Saarland:

„Wenn wir uns an Investitionskosten beteiligen, wollen wir auch mitentscheiden.“

Was sollte Krankenhausplanung deshalb künftig berücksichtigen? Nach Ansicht von Kleis ist ein Krankenhaus nicht deshalb ein gutes Krankenhaus, weil es da ist, sondern nur, wenn es eine gute Behandlungsqualität bietet. Wissenschaftliche Studien zeigten, dass die Behandlung in einem Krankenhaus mit höherer Fallzahl trotz weiterer Anfahrtswege die Überlebenschancen erhöhe. Dies gelte vor allem für Notfallindikationen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Sie kann sich vorstellen, dass sich die Kassen an den Investitionskosten für die Krankenhäuser beteiligen. In Zeiten der Schuldenbremse werde das Land auch künftig zu wenig in Kliniken investieren. Da die wirtschaftliche Lage der Kliniken sehr angespannt und die Situation für immer weniger Kliniken noch tragbar sei, „sind wir bereit, Verantwortung zu übernehmen“. „Für uns ist eine Beteiligung der Gesetzlichen Krankenversicherung an der jährlichen Finanzierung der Investitionsfördermittel denkbar“, fügt sie hinzu. Hierfür bedürfe es gesetzlich verbindlicher Regelungen. Es müsse klar definiert sein, wie hoch der Anteil der jeweiligen Finanzierungspartner sei. Im Austausch sollte die Gesetzliche Krankenversicherung ein Mitentscheidungsrecht bei der Krankenhausplanung erhalten.

### KRANKENHÄUSER IN RHEINLAND-PFALZ

*In Rheinland-Pfalz gab es laut Statistischem Landesamt im Jahr 2017 insgesamt 87 Krankenhäuser.*

*Die Bettenzahl pro 1.000 Einwohner lag bei 612. Damit liegt Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich im unteren Mittelfeld.*

*Stationär wurden im Berichtsjahr 2017 insgesamt 23.366 Patienten versorgt.*

*Die Bettenauslastung lag bei durchschnittlich 74,7 Prozent; die durchschnittliche Verweildauer betrug 7,1 Tage. (eng)*

INTERVIEW

# Ministerin setzt auf umsichtigen Strukturwandel

**Die wirtschaftliche Situation gerade der kleinen Krankenhäuser fordert auch Rheinland-Pfalz heraus. Vieles ist in Bewegung und auch im Umbruch: Häuser schließen oder fusionieren oder hoffen noch auf mehr Unterstützung. Wie schätzt Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler die Lage ein und welche Maßnahmen ergreift das Land?**

## **Wie sehen Sie die Lage der kleinen Häuser?**

Vor allem kleine Krankenhäuser in ländlichen Räumen stehen vor großen Herausforderungen. Die Vorhaltekosten werden gerade bei ihnen über das auf Bundesebene festgelegte DRG-System oftmals von den Krankenkassen nicht in ausreichendem Umfang refinanziert. Im ländlichen Raum kommen noch Schwierigkeiten dazu, qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal im erforderlichen Umfang zu gewinnen.

## **Was ist Ihrer Ansicht nach der Grund für die zum Teil defizitäre Lage?**

Es gelingt vielen Krankenhäusern nicht mehr, ihre betriebswirtschaftlichen Kosten aus den Erlösen der DRG-Fallpauschalen zu finanzieren. Insbesondere kleinere Krankenhäuser in den ländlichen Regionen haben Probleme, ihre Allgemekosten zu refinanzieren. Diese werden nicht durch fixe Beträge für Vorhaltung, sondern nur über Entgelte für Leistungen refinanziert.

## **Wie wichtig sind kleine Häuser für den Erhalt einer wohnortnahen Versorgung?**

In unserem Flächenland haben insbesondere im ländlichen Raum kleine Krankenhäuser eine wichtige Versorgungsfunktion für die Bevölkerung im Bereich der Grundversorgung. Gerade bei Notfällen kommt es auf eine gute Erreichbarkeit eines geeigneten Krankenhauses an. Dies schließt Kooperationen bis hin zu Standortzusammenlegungen, wie zum Beispiel im Falle des DRK-Krankenhauses Altenkirchen-Hachenburg, nicht aus - sofern eine gute Erreichbarkeit weiterhin gegeben ist.

## **Welche Maßnahmen ergreift das Land, um den Kliniken zu helfen?**

Die Landesregierung steht partnerschaftlich an der Seite der Krankenhäuser. Das bedeutet vor allem, dass wir dort, wo das Land seinen Einfluss geltend machen kann oder eigene Handlungsermächtigungen hat, aktiv gestaltend sind.



Sabine Bätzing-Lichtenthäler,  
rheinland-pfälzische  
Gesundheitsministerin

**„In unserem Flächenland haben gerade kleine Krankenhäuser eine wichtige Versorgungsfunktion.“**

Foto: MSAGD/Dennis Möbus

## **Beispielsweise mit der Verordnung zur Stärkung kleiner Kliniken?**

Ja. Wir haben in bundesweit einzigartiger Weise mit der Landesverordnung zum Sicherstellungszuschlag den Spielraum, den der Bundesgesetzgeber eröffnet hat, genutzt und knüpfen das Netz der stationären Versorgung dichter als bundesweit vorgegeben. Damit leisten wir einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der unverzichtbaren Standorte. Wir schaffen damit eine wichtige Übergangslösung. Langfristig muss allerdings das DRG-System angepasst werden.

## **Wie sollte das DRG-System verändert werden?**

Die vorhandenen Nachteile und Unwuchten zu Ungunsten kleiner Krankenhäuser müssen dringend beseitigt werden. Eine auskömmliche und faire Finanzierung der Betriebskosten ist zwingend notwendig. So habe ich im vergangenen Jahr bei der Gesundheitsministerkonferenz die Initiative ergriffen und die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe gefordert, die sich mit einer Neuausrichtung des DRG-Systems auseinandersetzt. Diese Arbeitsgruppe hat ihre Arbeit Ende Januar 2020 aufgenommen.

Zudem haben wir einen Entschließungsantrag in den Bundesrat eingebracht, mit dem wir die Bundesregierung zu kurzfristigen Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzsituation auffordern – beispielsweise in Form eines Vergütungszuschlages, der den steigenden bürokratischen Anforderungen der Krankenhäuser Rechnung trägt. Der Antrag wurde Ende November 2019 vom Bundesrat mehrheitlich beschlossen.

## **Sind alle Partner im Gesundheitswesen mit an Bord?**

Ja. Die verschärfte Situation der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz war auch Schwerpunktthema des Ausschusses für Krankenhausplanung im November 2019. Verabredet wurde, einen Schulterchluss zwischen allen Akteuren herbeizuführen, um gemeinsam zukunftsfeste und gute Krankenhausstrukturen und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen im Land zu etablieren. Wir wollen mit allen Beteiligten zusammen einen umsichtigen Strukturwandel herbeiführen, der die qualitativ hochwertige Versorgung, aber auch die Grundversorgung auf dem Land im Fokus hat.

Das Interview führte Ines Engelmohr

## Krankenhausplanung braucht strikte Qualitätsorientierung

Daraus folge, dass in der Krankenhausplanung nicht nur das Kriterium Wohnortnähe, sondern eine strikte Qualitätsorientierung Eingang finden müsse. Bereits vorhandene Qualitätskriterien müssten verbindlich umgesetzt werden. Eine Absenkung der Standards durch Ausnahmegenehmigungen, zum Beispiel für die Einhaltung von Mindestmengen bei Operationen, sei zurzeit die Praxis. Dies lehnt die Barmer-Landesgeschäftsführerin ab. Es müsse sichergestellt werden, dass die Patienten in die für sie am besten geeigneten Kliniken gebracht würden. So solle beispielsweise kein Schlaganfallpatient außerhalb einer spezialisierten Stroke Unit und kein Herzinfarktpatient in einer Klinik mit Linksherzkathetermessplatz, der nicht rund um die Uhr verfügbar sei, behandelt werden.

## Es geht weniger um Schließungen als um Restrukturierungen

Insgesamt könnte man die rheinland-pfälzische Kliniklandschaft, die gekennzeichnet sei durch eine sehr gute Erreichbarkeit der Krankenhäuser, „deutlich besser aufstellen“. Kleis: „Dafür sind auch Veränderungen nötig. Es geht aber weniger um Schließungen als um Restrukturierungen.“ Bei einzelnen Standorten könnte überprüft werden, ob sich die medizinische Versorgung nicht qualitativ genauso gut über ein sektorenübergreifendes Versorgungszentrum sicherstellen lasse. Auf diese Weise blieben eine gute medizinische Versorgung und Arbeitsplätze vor Ort gesichert.

## Ministerin: Notfallversorgungsreform darf nicht auf dem Rücken der Kliniken erfolgen

Im Zusammenhang mit der Situation der Kliniken im Land sieht Ministerin Bätzing-Lichtenthäler zudem die Reform der Notfallversorgung kritisch: „Sie darf nicht auf dem Rücken der Krankenhäuser erfolgen.“ Der jüngste Referententwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Reform der Notfallversorgung müsse in einigen wichtigen Punkten überarbeitet werden, fordert die Ministerin. „Wieder einmal forciert der Bund einen ‚ungeordneten Strukturwandel‘ der Krankenhauslandschaft. Dies erfolgt erneut ohne Berücksichtigung der Versorgungsnotwendigkeiten für die Bevölkerung gerade in Flächenländern wie Rheinland-Pfalz. Es besteht die Gefahr, dass insbesondere die kleinen Krankenhausstandorte in Rheinland-Pfalz, die für die gesundheitliche Versorgung notwendig sind, wieder und noch mehr unter Druck geraten“, kritisiert Bätzing-Lichtenthäler.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler,  
rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin:

„Notfallversorgungsreform darf nicht auf dem Rücken der Kliniken erfolgen.“

Ein Wandel der stationären Versorgungsstrukturen müsse bedarfsgerecht, systematisch und zukunftssicher gestaltet werden – insbesondere unter Einbeziehung der Länder und ihrer jeweiligen regionalen Besonderheiten. Doch mit dem vorliegenden Entwurf des Bundes werde die Krankenhausplanung der Länder regelrecht unterhöhlt. Denn durch die vorgesehene Festlegung der Standorte der integrierten Notfallzentren (INZ) werde an den Ländern vorbei agiert. Auch sei es nicht akzeptabel, dass Kliniken, die keine INZ betreiben dürften, einen Abschlag von 50 Prozent der Vergütung für ambulante Notfälle hinnehmen müssten.

## Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Krankenhäuser müssten auch mehr Möglichkeiten erhalten, „dort ambulant tätig zu werden, wo Unterversorgung droht“, so die Ministerin. Die rheinland-pfälzische Landesregierung sieht in der sektorenübergreifenden Versorgung einen wichtigen Ansatz zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum. Bätzing-Lichtenthäler: „Die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sind zu starr. Wenn es einerseits auf dem Land Schwierigkeiten gibt, niedergelassene Ärzte zu finden, und wenn andererseits kleine Krankenhäuser um ihr wirtschaftliches Überleben kämpfen, müssen stationäre und ambulante Kompetenzen gebündelt werden.“

Ines Engelmohr

# Dänemarks Klinik-Devise: Weniger ist mehr

Dänemark wird gerne als Paradebeispiel genannt, wenn es darum geht, wie die Gesundheitsversorgung, insbesondere die stationäre Versorgung, bei uns zukunftsfest gestaltet werden könnte.

Der Kerngedanke lautet: Zentralisierung. Die Schließung kleiner Krankenhäuser zugunsten einiger großer Kliniken für Spezialversorgung in der Spitzenmedizin soll für eine bessere und preisgünstigere Versorgung sorgen.

## DAS DÄNISCHE GESUNDHEITSSYSTEM

In Dänemark leben etwa 5,48 Millionen Menschen, circa 48.200 auf den Färöern und rund 57.000 auf Grönland.

Dänemark hat ein staatliches Gesundheitssystem: Planung, Leitung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung liegen in staatlicher Hand. Die ärztliche Versorgung wird über Steuern finanziert und ist größtenteils für die Bevölkerung kostenlos.

Es gibt eine staatliche Krankenversicherung, die zwei Mitgliedschaftsvarianten anbietet.

## DAS HAUSARZTMODELL

Die meisten der Dänen haben sich bei einem niedergelassenen Arzt (Umkreis von 10 Kilometern) eingetragen, erhalten eine kostenfreie ambulante Versorgung und benötigen für den Besuch eines Facharztes eine Überweisung.

## DIE FREIE ARZTWAHL

Ärzte sind hierbei nicht an Tarifordnungen gebunden und können höhere Gebühren in Rechnung stellen. Die Differenz trägt der Patient. Leistungen der öffentlichen Kliniken sind kostenfrei.

Zahnarztkosten übernimmt die staatliche Krankenversicherung bis zum 18. Lebensjahr. Die Eigenbeteiligung für Arzneimittel liegt zwischen 25 und 50 Prozent.

Die Lebenserwartung liegt bei Männern bei 74,9 und bei Frauen bei 79,5 Jahren. Die Säuglingssterblichkeit (je 1000 Lebendgeborene) liegt bei 1,8.

Auf einen Arzt kommen 285 Einwohner, auf einen Zahnarzt kommen 839 Einwohner.

2014 betragen die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen 10,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. (eb)

Dänemark ist diesen Weg gegangen und hat medizinische Kompetenzen landesweit konzentriert und mit dem Konzept der Super-Hospitals eine grundlegende Reform der Krankenhauslandschaft angestoßen. Viele kleinere Krankenhäuser wurden entweder geschlossen oder bleiben Häuser der Grundversorgung beziehungsweise dienen als Portal-Kliniken für die Super-Hospitäler. 16 dieser Super-Hospitäler sollen bis zum Jahr 2025 entstehen – zum Teil als Neubau, zum Teil als aufwändige Modernisierung.

Dänemarks Devise: Weniger ist mehr und alles, was ambulant behandelt werden kann, wird ambulant durchgeführt. Die Folge: Nur noch schwer kranke Menschen und Gebärende werden im Krankenhaus behandelt und bleiben dort auch nur möglichst kurz. Die Verweildauer soll auf unter drei Tage sinken. Die Zahl der Klinikstandorte soll mit der Reform auf landesweit 20 reduziert werden. Damit einher geht eine Kürzung der Bettenzahlen, die im Lauf dieses Jahres auf rund 13.000 heruntergefahren werden soll.

Medienberichten zufolge soll dieser Umbau Dänemark bereits fast sechs Milliarden Euro gekostet haben. Jeder fünfte Euro sei dabei in technische Modernisierungen und digitale Vernetzungen investiert worden sein.

## Vorzeigeprojekt: Aarhus Universitätshospital

Das Universitätshospital Aarhus ist eines der Vorzeigeprojekte. Aarhus liegt im Norden Dänemarks und ist die zweitgrößte Stadt des Landes. Das neue Universitätshospital gilt als Gigant und als eines der europaweit größten Klinikzentren. Der Neubau, bei dem zwei kleinere Aarhuser Häuser verschmolzen wurden, begann vor rund acht Jahren auf einem Areal von rund 1,25 Quadratkilometern. Auf einer Fläche von 300.000 Quadratmetern wurde ein neungeschossiger Gebäudekomplex hochgezogen.

Das Klinikum, das im vergangenen Jahr an den Start ging und nicht nur hochspezialisierte Medizin anbietet, sondern auch als Stadtkrankenhaus den Bürgern von Aarhus zur Verfügung steht, verfügt über 44 Fachabteilungen mit 1.150 Betten. Über 83.000 Operationen und fast 4.900 Geburten finden pro Jahr hier statt. Die Zahl der ambulanten Patienten gibt das Klinikum mit jährlich 803.100 Patienten an; die Zahl der Notfall-Patienten wird mit rund 40.800 Patienten beziffert. Nach Klinikangaben arbeiten in Aarhus 10.200 Mitarbeiter; 9.400 von ihnen in Vollzeit.

Die Zusammenlegung in große Super-Hospitäler sollte sich auch wirtschaftlich lohnen. Medienberichten zufolge sollen die Regierung und die Regionen einen achtprozentigen Spareffekt bei den Neubauten beschlossen haben. Doch



beispielsweise in Aarhus sollen die Baukosten explodiert sein. Die Klinik muss sparen, reagierte mit Personalkürzungen, und Medienberichten zufolge gibt es inzwischen Sorgen, ob das Personal ordentliche Arbeitsbedingungen hat und ob die Anzahl der Patienten bewältigt werden kann.

### Sind dänische Konzepte auf Deutschland übertragbar?

Deutschland und Dänemark haben völlig unterschiedliche Gesundheitswesen. In Dänemark wird die ärztliche Versorgung über Steuern finanziert und ist größtenteils für die Bevölkerung kostenlos. Es gibt eine staatliche Krankenversicherung, die zwei Mitgliedschaftsvarianten anbietet.

### Der Hausarzt als gatekeeper

Das Hausarztmodell: Hierfür hat sich die Mehrheit der Bevölkerung entschieden. Sie haben sich bei einem niedergelassenen Arzt eingetragen, erhalten eine kostenfreie ambulante Versorgung und benötigen für den Besuch eines Facharztes eine Überweisung. Der Einzugsradius beim Hausarzt beträgt rund zehn Kilometer. Ein Wechsel ist nur schwer möglich.

Die freie Arztwahl: Bei dieser Variante ist keine Überweisung des Hausarztes notwendig, um einen Facharzt zu konsultieren. Die Ärzte sind bei dieser Variante nicht an ihre Tarifordnungen gebunden. Die Differenz, die somit bei der Honorarrechnung entsteht, müssen die Patienten aus eigener Tasche zahlen.

### Wartezeiten für Operationen

Freie Krankenhauswahl: Die Behandlung in einem Krankenhaus ist kostenfrei. Unter allen öffentlichen Krankenhäusern kann der Versicherte frei auswählen. Im Internet veröffentlicht das dänische Gesundheitsministerium eine Liste mit Wartezeiten für Operationen. Teilweise lange Wartezeiten für Klinikbehandlungen zählen zu den größten Problemen im dänischen Gesundheitswesen.

Die staatliche Krankenversicherung in Dänemark übernimmt zudem die Zahnarztkosten bis zum 18. Lebensjahr; viele Dänen haben eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Diese übernimmt auch die Eigenbeteiligung für Arzneimittelgebühren, die zwischen 25 und 50 Prozent liegt.

### Hausarzt-Nachwuchssorgen auch in Dänemark

Aber auch Dänemark plagen Nachwuchssorgen bei den Hausärzten. Der durchschnittliche dänische Hausarzt ist 50 Jahre und älter. Die Hausärzte sind zudem in den meisten Regionen massiv ausgebucht, was zu langen Wartezeiten führt. Ein Hausarzt in Dänemark betreut rund 1.500 bis 1.800 Patienten. Ärzte dürfen sich zudem nicht uneingeschränkt niederlassen. Lässt sich ein Arzt trotzdem im quasi

## GESUNDHEITSAUSGABEN IM LÄNDERVERGLEICH

*Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und der Weltbank verzeichnete Deutschland im Jahr 2014 rund 11 Prozent Gesundheitsausgaben als Anteil des Bruttoinlandsprodukts (BIP) – davon 8,7 Prozent staatliche Ausgaben als Anteil des BIP. In Dänemark waren es im selben Jahr 10,8 Prozent – davon 9,2 Prozent als staatliche Ausgaben des BIP.*

*Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit lagen im OECD-Ländervergleich für Deutschland im Jahr 2018 bei 5.986 US-Dollar. In Dänemark bei 5.299 US-Dollar.*

*Gesundheit wird nach Einschätzung der OECD länderweit immer teurer werden; die Gesundheitsausgaben werden in fast allen OECD-Ländern schneller als die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wachsen. (eb)*

gesperrten Gebiet nieder, übernimmt die Krankenkasse die Behandlungskosten nicht. Diese muss dann der Versicherte voll übernehmen.

Das Geld für Gesundheitsversorgung erhalten die dänischen Regionen direkt vom nationalen Gesundheitsministerium zugewährt. Jährlich wird ein verbindlicher Budgetrahmen ausgehandelt; Nachträge sind nicht möglich. Wird das Budget für ein Projekt überschritten, gibt es Abstriche.

### Digital Health mit nationalem Gesundheitsportal

Das Gesundheitssystem Dänemarks gilt laut Bertelsmannstiftung in Bezug auf Digital Health weltweit als eines der fortschrittlichsten. So stelle das nationale Gesundheitsinformationsportal „sundhed.dk“ die Schnittstelle aller Digital-Health-Anwendungen dar. Mit der Geburt erhält jeder Däne eine persönliche Identifikationsnummer, mit der er sich einloggen kann. Dort erhält er einen Überblick über seine gesamte Krankengeschichte, inklusive aller Diagnosen, Behandlungen, Operationen und Medikationspläne oder Laborwerte. Mit seiner Zustimmung können auch Hausarzt oder Apotheker auf die Daten zugreifen. Das Portal wird auch für die Abrechnung von Gesundheitsdienstleistungen genutzt.

Ines Engelmohr



# Stimmen unserer Leser

## Reform der Notfallversorgung zu unseren Lasten

**Die Integrierten Notfallzentren werden nach Meinung der Mainzer Frauenärztin Dr. Doris Flick ein einziges finanzielles Fiasko. Ihre Sorgen begründet sie wie folgt:**

*Die Einführung der Integrierten Notfall Zentren (INZ) wird massive Auswirkungen auf uns Niedergelassene zur Folge haben. Werden die 48 bestehenden Bereitschaftsdienstzentralen in Rheinland-Pfalz in INZ umgewandelt, sind bei drei Ärzten pro Schicht 157.680 Dienste pro Jahr zu besetzen. Bei 7.000 Ärzten in Rheinland-Pfalz also mindestens 22 Präsenzdienste pro Arzt und Jahr.*

*Jeder Arzt ist damit gezwungen, seine Praxis an 22 Tagen pro Jahr zu schließen. Statt 210 Öffnungstagen ist die Praxis nur noch an 188 Tagen geöffnet. Auf Grund geschlossener Praxen werden noch mehr Patienten die INZ aufsuchen. Unterm Strich arbeiten wir Ärzte nicht weniger. Aber wir arbeiten statt in der eigenen Praxis in einer INZ; ineffizienter und mit deutlich schlechterem Outcome.*

*Die INZ werden von der KV betrieben. Reicht das von den Kassen bereitgestellte Geld nicht aus, wird die KV den Rest aus der Gesamtvergütung nehmen müssen. Also zahlen wir auch dafür. Außerdem wird uns die KV unsere eigenen MFA für die INZ mit höheren Gehältern abwerben. Wie das geht, hat die KV schon bei der TSS vorexerziert. Am Ende bezahlen wir somit die höheren MFA-Gehälter in den INZ über Umlagen an die KV sogar noch selbst. Es kommt noch schlimmer. Während wir in den INZ Dienst machen, setzen wir nichts um. Die Kosten für Personal, Miete etc. laufen jedoch weiter. 22 Präsenzdienste steht für zehn Prozent Umsatzrückgang beziehungsweise 20 Prozent weniger Einnahmenüberschuss. Und alles bei gleichem Arbeitsaufwand.*

*Unterm Strich: Die INZ werden ein einziges finanzielles Fiasko für uns. Sollen wir einfach so hinnehmen, dass wir*

- *22 Dienste pro Jahr in INZ machen müssen*
- *einen Verlust von 20 Prozent beim Einkommen hinnehmen müssen*
- *uns unsere MFA von der KV mit besseren Angeboten, auch noch durch uns*
- *finanziert, abwerben lassen müssen*
- *die INZ über höhere Verwaltungs- oder andere Umlagen auch noch von unserem eigenen Geld bezahlen müssen?*

*Ich will unter solchen Rahmenbedingungen nicht weiterarbeiten. Persönlich bin ich altersbedingt in der glücklichen Lage, sofort in Ruhestand gehen zu können. Aber was ist mit all den Kolleginnen und Kollegen, denen dieser Weg versperrt ist?*

*Mir fällt nur ein Weg ein, wie jeder Niedergelassener für sich alleine dafür sorgen kann, dass das System wieder vom Kopf auf die Füße gestellt wird: Als Kassenarzt halte ich mich an meine Vorgaben. Zu den Vorgaben gehört, dass ich keine Leistungen abrechnen darf, die außerhalb meines Fachgebietes liegen. Auch in den INZ werde ich daher keine Leistungen außerhalb meines Fachgebietes erbringen, abgesehen natürlich von Bagatellen. Notfälle außerhalb meines Fachgebietes werde ich strikt ins Krankenhaus einweisen.*

*Wenn ein Arzt bei einem Acht-Stunden-Dienst nur zehn Patienten stationär einweist, weil er sie aus haftungsrechtlichen Gründen (Behandlungsfehler) nicht einfach nach Hause schicken darf, wird daraus im Krankenhaus ein stationärer Fall. Pro stationärer Aufnahme fallen rund 700 Euro Kosten an. In Summe bei 157.680 Diensten circa 1,1 Milliarden. Gewonnen habe ich damit zunächst einmal nichts. Aber wie lange werden die Kassen tatenlos zusehen, dass die Ausgaben für Krankenhausbehandlung so drastisch steigen? Reagiert niemand auf den Anstieg bei Einweisungen, kann ich im nächsten Dienst auch 20 Patienten ins Krankenhaus einweisen.*

*Je mehr Ärzte meine Überlegungen nachvollziehen und sich vor allem anschließen, desto wahrscheinlicher wird es, dass man vor der Umsetzung der Reform der Notfallversorgung erst noch einmal darüber nachdenkt. Jede andere Vorgehensweise die sicherstellt, dass meine Praxis keinen wirtschaftlichen Schaden erleidet, ist mir hochwillkommen. Im Moment sehe ich leider noch keine.*

*Dr. Doris Flick  
Frauenärztin, Mainz*

Veröffentlichte Leserbriefe geben nicht die Meinung der Redaktion wieder. Die Redaktion behält es sich zudem vor, Leserbriefe zu kürzen. Anonyme Zusendungen finden keine Beachtung. Bei Nennung des Namens gegenüber der Redaktion kann aber in Einzelfällen eine anonyme Veröffentlichung erfolgen.