

Zu viele Krankenhäuser?

Flächendeckender Zugang zur medizinischen Versorgung: ein zentrales Qualitätsmerkmal

„Zu viele Krankenhäuser“ – so das Mantra einiger Gesundheitsökonominnen, die von Zeit zu Zeit medienwirksam einen radikalen Strukturwandel fordern. Krankenhausschließungen werden als Lösung des Fachkräftemangels gepriesen, kleineren Häusern wird pauschal schlechtere Qualität attestiert. Besonders beliebt ist in diesem Zusammenhang der Vergleich mit dem kleinen Nachbarland Dänemark, das zu Beginn der 2000er-Jahre seine stationäre Versorgung radikal umgekrempelt hatte. Seither wird das Land als Musterbeispiel an Effizienz im Gesundheitswesen gepriesen.

Einmal mehr hat nun **Reinhard Busse**, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin, in einem Interview bei Spiegel Plus eine weitgehende Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft gefordert. Auch **Bert Rürup**, Leiter des Handelsblatt Research Institute (HRI), konstatiert in einer aktuellen Studie „zu viele Krankenhäuser“.

Die von Busse konstatierte Überversorgung verschlechtert die medizinische Qualität, so Busse. Nach dänischen Maßstäben müssten rund 1 000 Kliniken in Deutschland abgebaut werden. Sein Hauptargument: Die Herzinfarktsterblichkeit in Deutschland. Von 100 wegen eines Herzinfarkts stationär eingelieferten Patienten würden in Deutschland in Durchschnitt fast acht sterben, in Dänemark nur vier. Schlussfolgerung des Gesundheitsexperten: 7 000 vermeidbare Todesfälle bei Herzinfarktpatienten in Deutschland. Er führt dies unter anderem darauf zurück, dass in Deutschland auch Kliniken ohne Katheterlabor behandelten. Womöglich sterben die dänischen Herzinfarktpatienten in zentralisierten Krankenhausstrukturen seltener im Krankenhaus, dafür aber auf dem langen Weg dorthin?

Die Einschätzungen von Prof. Busse zur Krankenhausstruktur in Deutschland seien erschreckend unwissenschaftlich und unseriös, erklärt DKG-Hauptgeschäftsführer **Georg Baum**: „Das zentrale Qualitätsmerkmal eines jeden Gesundheitswesens ist der flächendeckende Zugang zu medizinischer Versorgung, insbesondere in schweren Krankheitsfällen, die der stationären Behandlung bedürfen. Das wird mit der flächendeckenden Verfügbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland europa- und weltweit vorbildlich sichergestellt. Dass Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten mit einem Leistungsspektrum in der medizinischen Grundversorgung, zu der Verletztenversorgungen, allgemeine Chirurgie, viele Erkrankungsbilder aus der Inneren Medizin, Lungenentzündungen, Vergiftungen, altersmedizinische Erkrankungen und schwere Grippefälle gehören, unter den Generalverdacht des Qualitätsdefizits gestellt werden, ist ohne jegliche Evidenzen.“

Für Deutschland die hochzentralisierten dänischen Krankenhausstrukturen und damit den Abbau von 1 000 Krankenhäusern zu propagieren, macht deutlich, dass ein von statistischen

Projektionen geleitetes Denken für die reale Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Industrieland Deutschland mit 82 Millionen Menschen komplett daneben liegt – eine absolut wertlose Expertise.“

Auch der Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), **Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber**, ein erfahrener Kardiologe, hält Busses Argumentation für „Blödsinn“, wie er gegenüber dem „BibliomedManager“ argumentierte. Der Grund für die Unterschiede in der Sterblichkeit liege auch in der unterschiedlichen Eintragung der Todesursache in den Sterberegistern der OECD-Länder. „In Deutschland wird häufiger die Todesursache ‚Herzinfarkt‘ auch bei Patienten ohne akute Infarktzeichen, zum Beispiel mit einer Troponin-Erhöhung im Endstadium ihrer Erkrankung, kodiert“, so Weber. Dafür spreche auch, dass vor allem Patienten mit der Diagnose Herzinfarkt, die in einer Studie der Herzinfarktbehandlung in Deutschland anhand von DRG-Zahlen untersucht wurden, nur 60 Prozent einer Herzkatheteruntersuchung unterzogen wurden, weit unter der leitliniengerechten über 90-prozentigen Rate bei akuten ST-Hebungsinfarkten. „Im Gegensatz dazu belegen die Zahlen des Deutschen Herzberichtes 2017 eine Halbierung der Herzinfarktsterblichkeit in deutschen Kliniken seit 1990.“

Zusätzlich gebe es große Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den einzelnen Bundesländern, am ehesten durch sozioökonomische Unterschiede getriggert. „Die Situation ist äußerst komplex und schwer zu interpretieren“, so Weber.

Die kleineren Krankenhäuser auf die optimale Infarktbehandlung zu reduzieren, sei deutlich zu kurz gesprungen, argumentiert Weber weiter. Diese hätten „ganz andere Versorgungsaufgaben wie die Behandlung älterer multimorbider Patienten mit Herzinsuffizienz, Pneumonie oder anderen Erkrankungen, die der wohnortnahen stationären Versorgung bedürfen“.

Niedersachsen: Flächendeckende Krankenhausversorgung nicht infrage stellen!

Besonders gern wird Dänemark und seine Versorgungsstruktur zum Vergleich mit Niedersachsen herangezogen – sind doch beide Länder etwa gleich groß in Fläche und Einwohnerzahl. So kritisiert auch die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) die Überlegungen der Gesundheitsexperten – und will sich in der Enquetekommission für gute flächendeckende Erreichbarkeit stark machen.

Die KGN unterstreicht die Erreichbarkeit von Krankenhäusern im Flächenland Niedersachsen und warnt sie zugleich vor Bestrebungen, die Notwendigkeit einer solchen flächendeckenden Krankenhausversorgung infrage zu stellen.

Bei Zentralisierungsbestrebungen sei eine systematische Analyse der Gesundheitsversorgung notwendig, betont **Dr. Hans-**

Heinrich Aldag, Vorsitzender der NKG. Er fordert vielmehr eine Betrachtung von Prozessen und Schnittstellen. „Hier fällt auf, dass beispielsweise Dänemark im Bereich der Digitalisierung schon einige Schritte weiter ist als wir“, erklärt er mit Blick auf die Entwicklungen in dem nördlichen Nachbarland. Die Vernetzung zwischen den verschiedenen Anbietern sei hier besonders fortschrittlich und mit hiesigen Strukturen kaum zu vergleichen. „Hier sind wir intensiv dabei, nachzuarbeiten, aber dafür bedarf es erheblicher Investitionsmittel, die nach den Regelungen der deutschen Krankenhausfinanzierung von den Bundesländern kommen müssen.“ Beim Vergleich mit anderen Ländern müsse zudem immer das gesamte Gesundheitssystem betrachtet werden: „Gibt es eine freie Arzt- und Krankenhauswahl, wie es bei uns der Fall ist? Ist es ein staatliches

System? Wie ist der Rettungsdienst ausgestaltet? Gibt es Wartezeiten im Krankenhaus? Das alles sind zentrale Fragen, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen.“

Die Krankenhausstrukturen in Niedersachsen seien historisch gewachsen, gab Dr. Aldag zu bedenken. „Veränderungen wurden und werden im Wechselspiel zwischen regionaler Erreichbarkeit und Umsetzbarkeit hinsichtlich finanzieller und räumlicher Restriktionen geplant. Zur Strukturentwicklung gehören der Erhalt, die Stärkung und die Weiterentwicklung von Standorten mit Versorgungsdefiziten sowie der Abbau von nicht notwendigen Kapazitäten.“ Immerhin habe sich in Niedersachsen mit dieser – flexiblen und bedarfsorientierten – Vorgehensweise eine der niedrigsten „Bettziffern“ Deutschlands herausgebildet. ■

BSG: Honorarärzte und -pflegekräfte sind sozialversicherungspflichtig

Ärzte, die als Honorarärzte in einem Krankenhaus tätig sind, sind in dieser Tätigkeit regelmäßig nicht als Selbstständige anzusehen, sondern unterliegen als Beschäftigte des Krankenhauses der Sozialversicherungspflicht. So lautet die Entscheidung des 12. Senats des Bundessozialgerichts vom 4. Juni 2019 (Aktenzeichen B 12 R 11/18 R als Leitfall).

Ein für viele Krankenhäuser folgenschweres Urteil: Für Honorarärzte müssen Sozialbeiträge an die Deutsche Rentenversicherung nachgezahlt werden – rückwirkend bis 2017.

Aus Sicht des 12. Senats sei eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bei einer Tätigkeit als Arzt nicht von vornherein wegen der besonderen Qualität der ärztlichen Heilkunde als Dienst „höherer Art“ ausgeschlossen. Entscheidend sei, ob die Betroffenen weisungsgebunden agieren bzw. in eine Arbeitsorganisation eingegliedert seien. Letzteres sei bei Ärzten in einem Krankenhaus regelmäßig gegeben: Dort herrsche ein hoher Grad der Organisation, auf die Betroffenen keinen eigenen, unternehmerischen Einfluss hätten.

So seien Anästhesisten – wie die Ärztin im Leitfall – bei einer Operation in der Regel Teil eines Teams, das arbeitsteilig unter der Leitung eines Verantwortlichen zusammenarbeiten muss. Auch die Tätigkeit als Stationsarzt setze voraus, dass sich die Betroffenen in die vorgegebenen Strukturen und Abläufe einfügen. Im Leitfall war die Ärztin wiederholt im Tag- und Bereitschaftsdienst und überwiegend im OP tätig.

Hinzu komme außerdem, dass Honorarärzte ganz überwiegend personelle und sachliche Ressourcen des Krankenhauses bei ihrer Tätigkeit nutzen. Unternehmerische Entscheidungsspielräume seien bei einer Tätigkeit als Honorararzt im Krankenhaus in der Regel nicht gegeben. Die Honorarhöhe sei nur eines von

vielen in der Gesamtwürdigung zu berücksichtigenden Indizien und vorliegend nicht ausschlaggebend.

Wer die bisherige Rechtsprechung der Sozial- und Landessozialgerichte zur Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten eingehend verfolgt hat, dürfte vom Ergebnis des 12. Senats wenig überrascht gewesen sein. War doch nicht zu erwarten, dass das BSG grundlegend von der bisherigen fach- und obergerichtlichen Rechtsprechung abweicht.

Honorarärztkooperationen haben angesichts des bestehenden Ärztemangels und der angespannten versorgungspolitischen Lage in den Krankenhäusern – vor allem in ländlichen Regionen – mittlerweile einen hohen Stellenwert erlangt. Krankenhäuser mit Honorarärzten müssen nun mit einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit und mit verminderter Flexibilität des Personaleinsatzes rechnen, gibt der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) zu bedenken. Honorarärzte arbeiteten vor allem bei zeitlich auftretenden Personallücken, etwa um Urlaubs- und Krankheitszeiten zu überbrücken.

Dennoch hatte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in der Vergangenheit eher zurückhaltend zu den üblichen Kooperationsmodellen positioniert und unter Verweis auf die bestehenden sozialversicherungsrechtlichen Risiken stattdessen die zeitlich befristete Anstellung von ärztlichem Personal empfohlen, um für die Krankenhäuser und die betreffenden Ärzte das notwendige Maß an Rechtssicherheit zu schaffen. Ob diese Gestaltungsvariante aufgrund der durch die aktuelle Entscheidung des BSG nunmehr geschaffene Rechtssicherheit bezüglich der Frage der Scheinselbstständigkeit verstärkt genutzt wird, bleibt abzuwarten. ►