

Abwarten ist keine Option - Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Zukunft der gesundheitlichen Versorgung

Essen, 21. November 2016
Ferdinand Gerlach

§ 142 SGB V

„(...) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen.

Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat (...) Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf (...)“

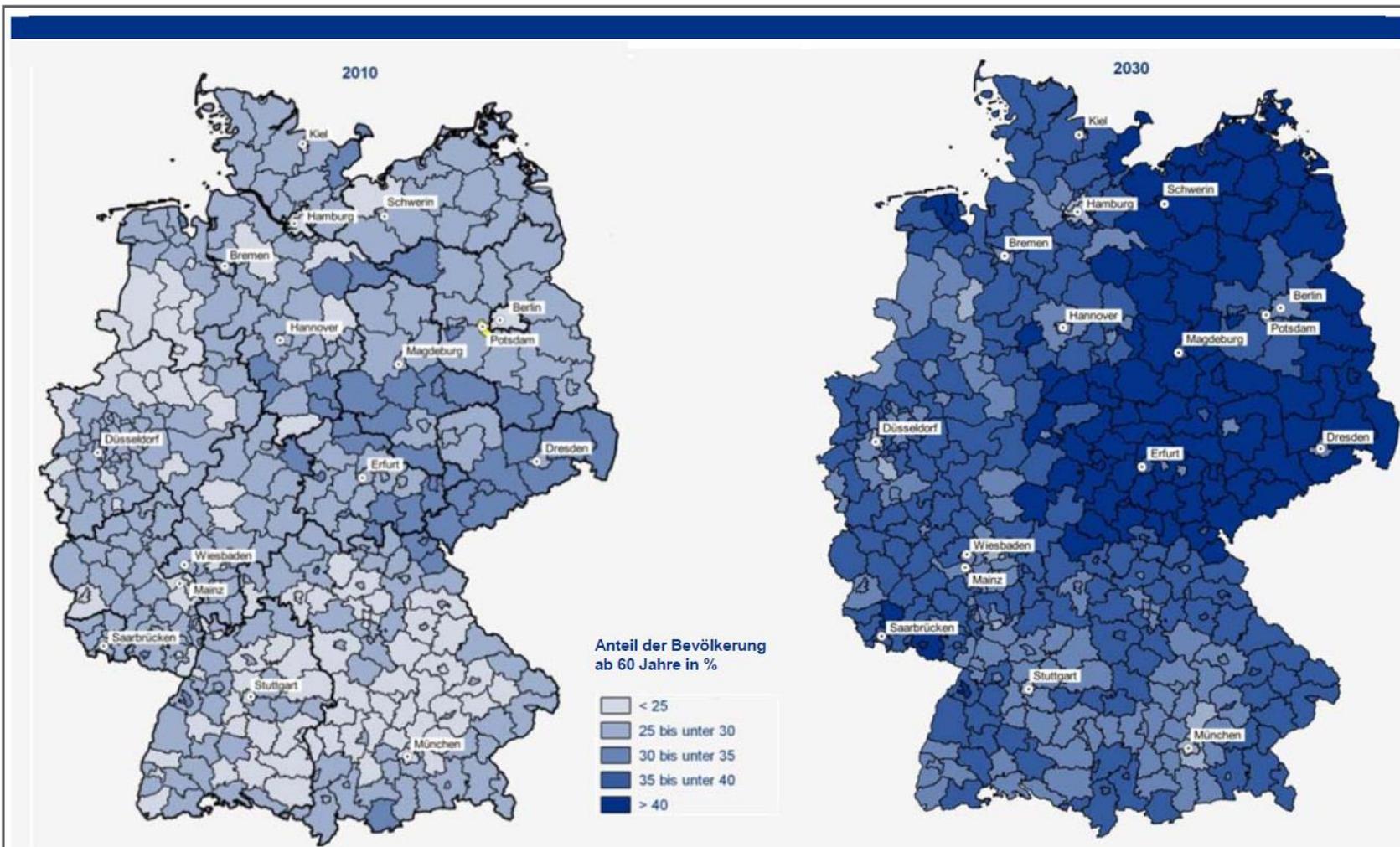


Abbildung 52: Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahre an der Gesamtbevölkerung 2010 und 2030

Quelle: BBSR 2014
Geodaten: BKG

- **Wandel des Morbiditätsspektrums**
→ **chronische Erkrankungen / Multimorbidität**
- **Veränderte Erwartungen des Nachwuchses**
→ **u.a. Frauenanteil, Teilzeit- / angestellte Tätigkeit, familienfreundliche Bedingungen**
- **Erhöhte Mobilität, berufliche Flexibilität**
→ **geringere örtliche Bindung, (Binnen-)Wanderungen**
- **Ländliche Regionen:**
→ **Entleerung, Alterung, infrastrukturelle Schrumpfung, von gesundheitlicher Unterversorgung bedroht**
- **Ballungsgebiete:**
→ **fortschreitende Urbanisierung, fachärztlich und akutstationär häufig überversorgt**

Die Menschen werden älter und haben häufiger chronische (Mehrfach-)Erkrankungen.

Das ist auch der **Hauptgrund** für die **jährlichen Kostensteigerungen** im Gesundheitswesen.

Frage: Ist das richtig oder falsch?

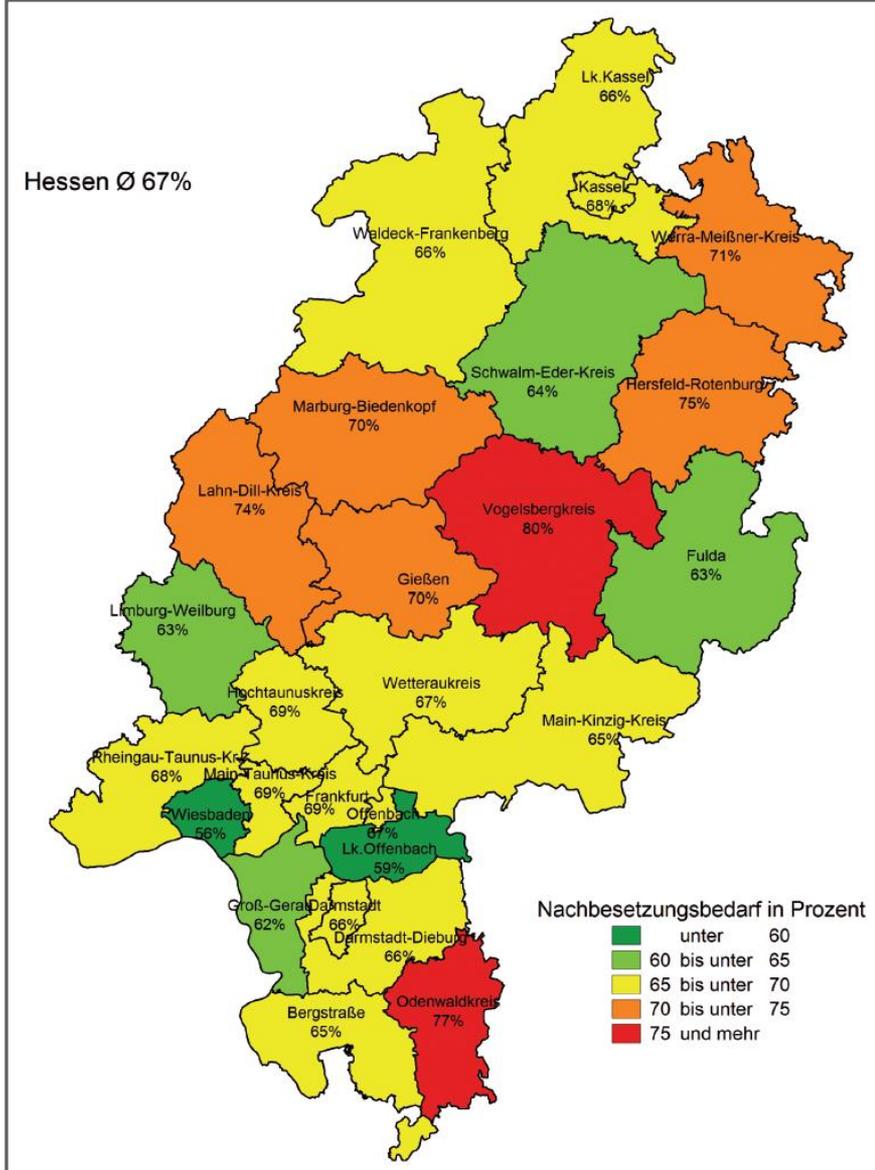
- **Ausgaben der GKV 2015: rund 210 Mrd. €**
- **In den letzten zehn Jahren: jährlich ca. +3,5%**
- **Hauptkostentreiber:**
 - 1. Fortschritt / Ausweitung des Angebots**
 - 2. Steigerung von Leistungsmengen und Preisen**
 - 3. Demographischer Wandel / Alterung**
(Anteil: nur ca. 10 bis 20%!)
- **Gesundheitsausgaben insgesamt:**
rund 330 Mrd. € (12 % des BIP)
- **6,8 Millionen Beschäftigte (jeder Sechste)**

- **ambulant: Ø 17,9 Arztkontakte / Jahr / Einwohner**
davon 7,1 Kontakte mit Allgemeinärzten
- **Beliebiger Montag: fast 8%,**
an **Spizentagen** (z.B. 01.10.2007) **11,75%** der deutschen
Bevölkerung (= **9,7 Mill. Personen**)
- Bevölkerungsdurchschnitt pro Person/Jahr:
25,8 (ICD-) Abrechnungsdiagnosen.
Bereinigt um Doppeldiagnosen etc.:
9,3 abklärungs-/behandlungsbedürftige Diagnosen
- **Nach ersatzloser Abschaffung der Praxisgebühr:**
Flatrate-Mentalität, geschätzt aktuell **ca. 20 Arztkontakte /**
Jahr / Einwohner

Jahr	Hausärzte	Davon:	
		Allgemein-/Praktische Ärzte	Hausärztlich tätige Internisten
2013	2 087	1 662	425
2014	2 145	1 720	425
2015	2 195	1 766	429
2016	2 221	1 792	429
2017	2 213	1 787	425
2018	2 197	1 776	421
2019	2 170	1 751	419
2020	2 134	1 713	421
2021	2 105	1 683	422

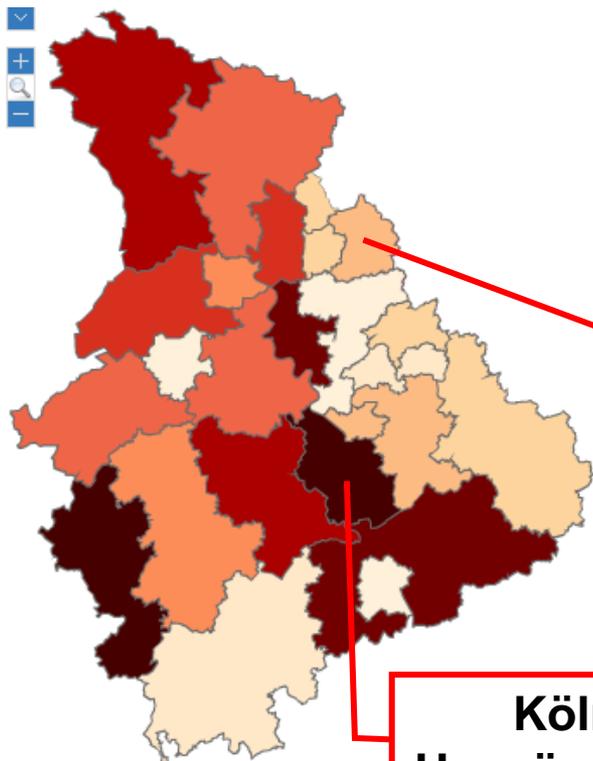
Tabelle 42: Prognostizierte Bruttoabgänge der Hausärzte 2013–2021

Quelle: Bundesarztregister der KBV (Stand 31. Dezember 2011)



**Nachbesetzungsbedarf
bis 2025 bei Praxisabgabe
mit 65 Jahren**

**3.888 Hausärzte/innen
an 2.780 Standorten**



Essen: 55 Hausärzte weniger

**Köln: 168
Hausärzte weniger**

Kurzerläuterung

Szenario für das Jahr 2030: Der Nachbesetzungsbedarf wird als Anzahl der Ärzte angegeben, die in der jeweiligen Region fehlen würden, wenn die Modellannahmen zuträfen.

Methoden

Darstellung ändern

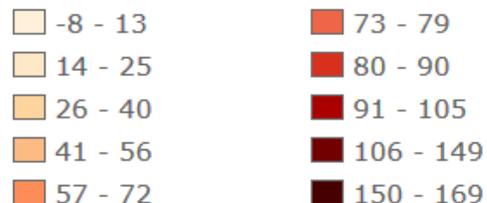
Zeiteinheiten

Zeitabschnitt

Auswahl Arztgruppe

Region

Szenario - fehlende Ärzte 2030



Modellannahmen (Vergleich zu 2010):

Praxisaufgabe mit **65** Jahren

Wiederbesetzung auf **bisherigem** Niveau

Facharztanerkennungen (Bundesärztekammer 2016)

77 Bezeichnungen

1.337 = 10,9%

67,4% weiblich

Facharztbezeichnung	2013		2014		2015	
	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen
0	1	2	3	4	5	6
Allgemeinmedizin	998	632	1 134	722	1 277	860
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	114	72	84	58	60	41
Anästhesiologie	1 037	483	1 067	528	1 130	565
Anatomie	4	1	2	0	11	4
Arbeitsmedizin	172	94	170	93	189	120
Augenheilkunde	265	154	251	133	276	170
Biochemie	0	0	0	0	2	2
Allgemeinchirurgie	133	45	163	59	164	52
Allgemeine Chirurgie	107	39	106	36	87	36
Chirurgie	78	33	32	15	28	15
Gefäßchirurgie	117	43	134	44	159	46
Herzchirurgie	46	7	56	13	60	9
Kinderchirurgie	34	17	36	15	46	22
Orthopädie	23	6	18	6	11	2
Orthopädie und Unfallchirurgie	817	162	775	174	911	219
Plastische Chirurgie	18	6	17	7	32	7
Plastische und Ästhetische Chirurgie	72	22	63	27	55	15
Thoraxchirurgie	35	6	41	8	45	4
Visceralchirurgie	198	47	235	67	227	69
Viszeralchirurgie	115	37	161	63	191	65
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	645	541	700	582	681	578
Gynäkologie und Geburtshilfe	0	0	1	1	1	0
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	176	88	240	122	205	118
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	13	6	18	13	11	7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	178	126	186	132	203	153
Humangenetik	16	11	14	11	19	9
Hygiene und Umweltmedizin	5	1	5	3	14	5
Innere Medizin	1 586	904	1 603	927	1 701	1 010
Innere Medizin und Angiologie	19	5	37	9	36	16
Innere Medizin u. Endokrinologie u. Diabetologie	22	10	16	8	21	14
Innere Medizin und Gastroenterologie	124	47	132	36	151	50
Innere Medizin und Geriatrie	19	9	10	7	11	5
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	69	34	88	41	111	55
Innere Medizin und Kardiologie	227	62	349	95	356	123
Innere Medizin und Nephrologie	69	25	73	35	73	31
Innere Medizin und Pneumologie	68	25	119	50	101	45
Innere Medizin und Rheumatologie	18	10	47	25	40	21
Innere Medizin und SP Angiologie	8	3	9	2	11	4

Facharztbezeichnung	2013		2014		2015	
	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen	Anzahl insgesamt	darunter: Ärztinnen
0	1	2	3	4	5	6
Innere Medizin u. SP Endokrinolog. u. Diabetolog.	7	4	4	1	5	5
Innere Medizin und SP Gastroenterologie	78	22	57	18	58	21
Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin	53	29	53	30	64	41
Innere Medizin und SP Hämatologie u. Onkologie	39	17	40	17	37	19
Innere Medizin und SP Kardiologie	162	48	118	32	121	41
Innere Medizin und SP Nephrologie	46	20	15	3	23	12
Innere Medizin und SP Pneumologie	49	17	44	20	27	13
Innere Medizin und SP Rheumatologie	10	4	8	2	10	4
Kinderheilkunde	3	3	0	0	0	0
Kinder- und Jugendmedizin	631	462	683	502	664	497
Kinder- und Jugendpsychiatrie	3	3	2	2	0	0
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	115	81	123	95	156	125
Laboratoriumsmedizin	33	17	38	14	42	25
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	3	2	3	3	1	0
Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie	31	14	35	20	39	23
Kieferchirurgie	0	0	0	0	1	1
Mund-Kiefer-Gesichtschiurgie	70	10	64	19	49	8
Nervenheilkunde	36	18	5	2	7	4
Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt)	1	1	0	0	0	0
Neurochirurgie	110	17	135	40	118	29
Neurologie	479	280	507	292	485	304
Nuklearmedizin	57	29	43	17	48	22
Öffentliches Gesundheitswesen	31	17	31	19	32	25
Neuropathologie	4	1	3	0	5	2
Pathologie	64	31	60	35	61	34
Klinische Pharmakologie	10	5	9	3	10	4
Pharmakologie und Toxikologie	8	1	2	0	3	0
Physikalische und Rehabilitative Medizin	78	46	71	47	94	58
Physiologie	5	3	2	1	1	0
Psychiatrie	8	7	1	1	6	3
Psychiatrie und Psychotherapie	483	313	508	305	509	295
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	91	63	101	71	122	92
Psychotherapeutische Medizin	11	5	6	3	2	2
Diagnostische Radiologie	24	12	8	6	2	0
Radiologie	324	133	425	185	408	169
Rechtsmedizin	10	5	9	5	13	10
Strahlentherapie	68	37	57	30	49	23
Transfusionsmedizin	28	14	24	12	18	13
Urologie	241	79	240	71	234	83
Insgesamt	11 149	5 683	11 726	6 090	12 231	6 574

1993 bis 2014:

Fachärzte: + 59,1% (von 42.181 auf 67.095)

Hausärzte: - 11,9% (von 62.375 auf 54.979)

Quelle: Bundesarztregister, jeweils zum 31.12.

Ohne in freier Praxis angestellte Ärzte und ermächtigte Ärzte



- **Anerkennungen:** **89%** Spezialisten, **11%** Generalisten
- **Vertragsärzte:** in Kürze **60%** Fachärzte, **40%** Hausärzte
- **Hausärzte:** Nur jeder **zweite** findet derzeit einen **Nachfolger**
- **Weiterbildung:** geschätzt **mindestens doppelt so viele** weitergebildete **Fachärzte für Allgemeinmedizin notwendig**
- **Urbanisierung:** zunehmende **Überversorgung in Ballungsgebieten** und (drohende) **Unterversorgung in ländlichen Regionen**
- **Entwicklung:** in Ost- und Westdeutschland, in den nächsten Jahren zunehmend konkret spürbar

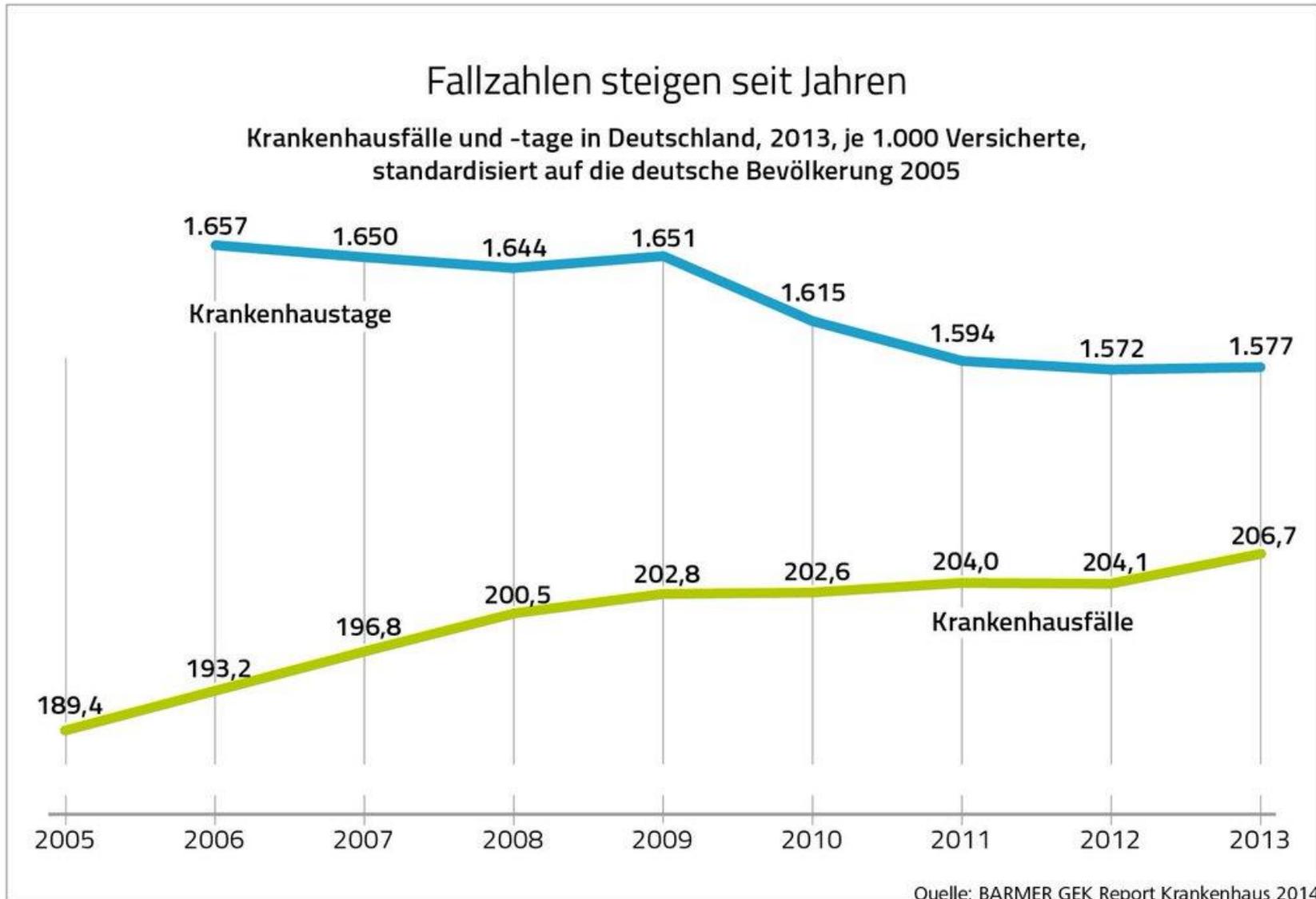
- **Unterversorgung** (Hausärzte, Pflege, ländlicher Raum ...):
bisherige **Maßnahmen *nicht* ausreichend**
- **Überversorgung: bislang *keine* entschlossenen
Maßnahmen** (nur sehr wenige Praxissitze aufgekauft)
- **„Landkrankenhäuser“**: kämpfen um ihre Existenz, können
(auch wenn bedarfsnotwendig) von der Grundversorgung
nicht leben, weiten spezialisierte Leistungen aus
- **Langzeitpflege**: Fachkräftemangel besonders stark, weder
Kapazitäten noch Versorgungsformen ausreichend

- Deutlich **stärkere Anreize** für Tätigkeit in ländlichen Regionen
- **Entschlossene Maßnahmen** zum Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten
- **Bündel unterschiedlicher**, sich gegenseitig verstärkender, **Maßnahmen** zur Stärkung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum
- **Abwarten ist keine Option!**

- 1. Hochschulzulassung, Hochschulfinanzierung**
→ sechswöchiges Vorpraktikum zur Berufsfelderkundung vor Studienantritt, gezielte Anreize für Medizinfakultäten
- 2. Ausbildung:** Stellenwert der Allgemeinmedizin im Studium
→ obligatorisches PJ-Quartal in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen (Dauer: mindestens **6** Jahre)
- 3. Weiterbildung** zum Facharzt für Allgemeinmedizin (Dauer: mindestens **5**, durchschnittlich **8** Jahre)
- 4. Praktische Tätigkeit:** u.a. Image, Attraktivität von Rahmenbedingungen / Tätigkeitsmodellen und Honorierung

- **Regionale Weiterbildungsverbände:** verlässliche Rotation zwischen Kliniken und Praxen
- **Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin:**
 - **Ziel:** bundesweite **Steigerung von Attraktivität und Qualität** (Vorbilder: Baden-Württemberg, Hessen)
 - **Nahtloser Übergang** zwischen Studium und Weiterbildung durch universitäre Anbindung
 - **Weiterbildungskolleg** mit **Seminarprogramm, Mentoring** und **Train the Trainer**-Angeboten
 - **Rückenstärkung!** Emotionale Heimat
 - **Kontinuierliche Evaluation** und Qualitätssicherung

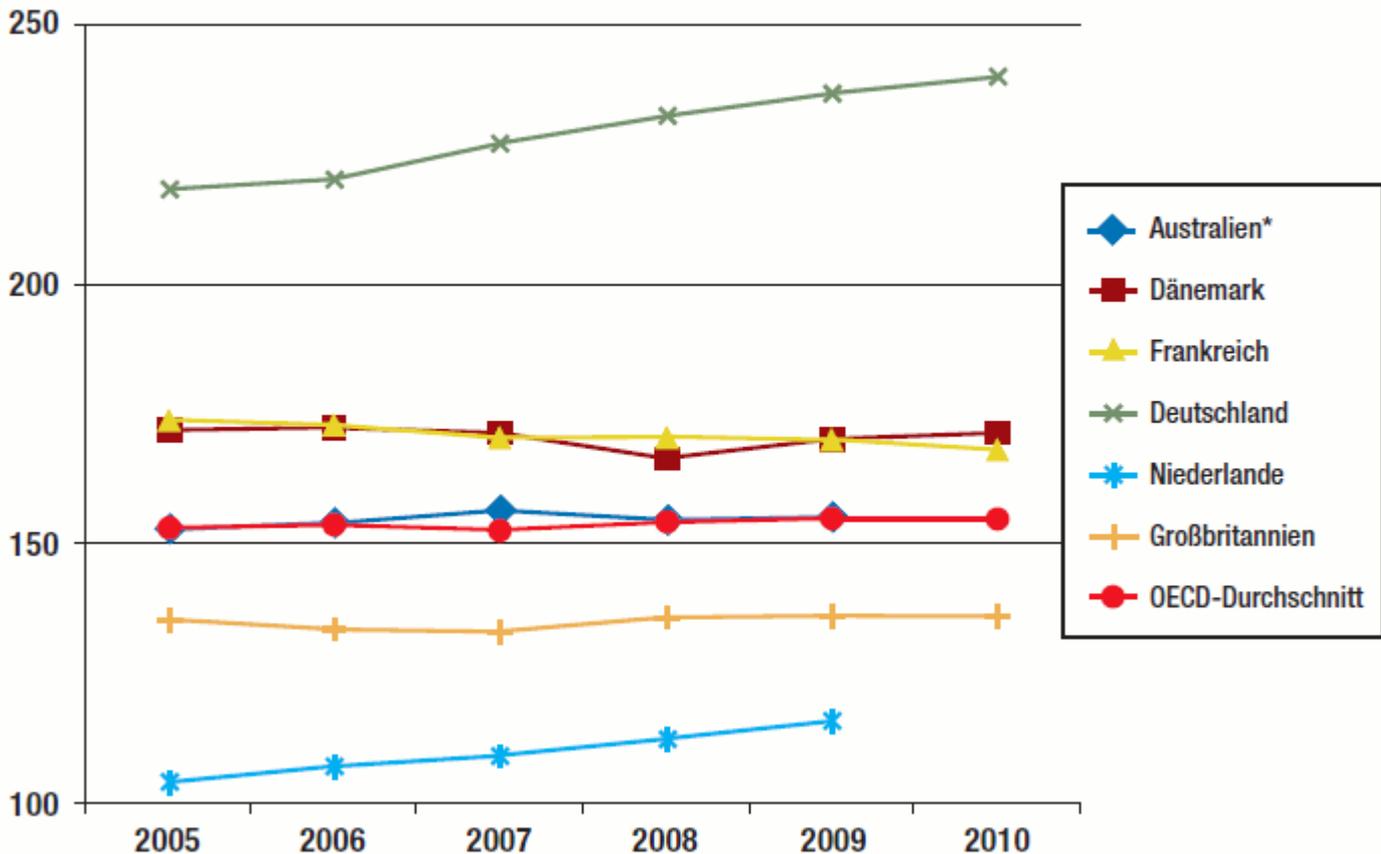
(RZ 483, Seite 395 – 398)



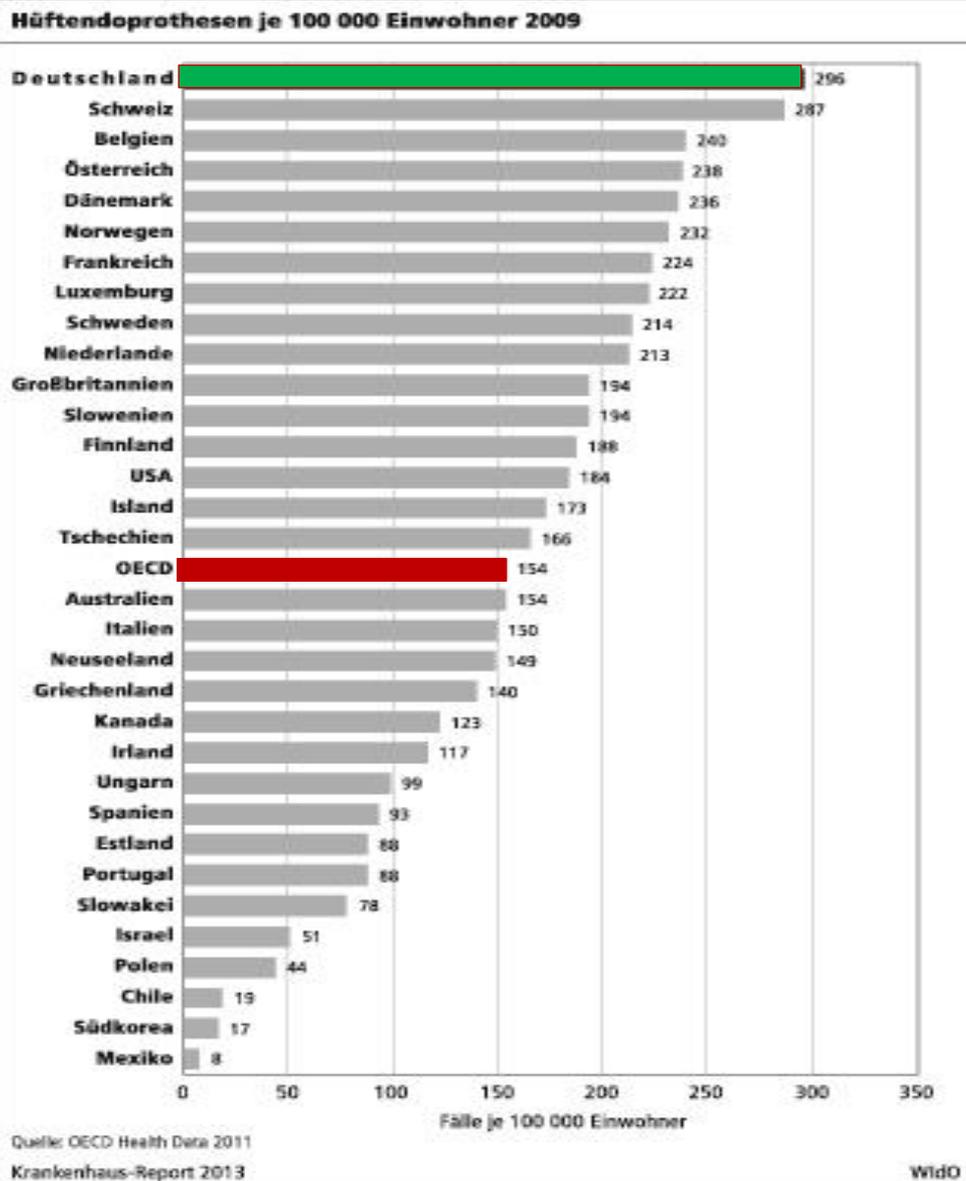
GRAFIK 2

Zahl der Krankenhausleistungen in den letzten fünf Jahren, ausgewählte OECD-Staaten

Pro 1 000 Einwohner



*enthält keine Fallzahlen gesunder im Krankenhaus geborener Säuglinge (zwischen 3-7 % aller Fallzahlen); Quelle: OECD Health Data 2012



Vergleichbarkeit von OECD-Daten allerdings generell eingeschränkt:

- Datengrundlagen?
- Elektiv od. frakturbedingt?
- Anteil der Revisionen?

Altes Ranking ohne Altersstandardisierung			Neues Ranking mit Altersstandardisierung		
Rang	Land	Abweichung von deutscher Fallzahl	Rang	Land	Abweichung von deutscher Fallzahl
1	Schweiz	6,8%	1	Schweiz	24,2%
2	Deutschland	0,0%	2	Norwegen	12,0%
3	Österreich	-5,4%	3	Österreich	7,5%
4	Norwegen	-13,0%	4	Luxemburg	2,8%
5	Schweden	-15,9%	5	Deutschland	0,0%
6	Finnland	-17,4%	6	USA**	-0,6%
7	Belgien*	-17,7%	7	Schweden	-6,1%
8	Frankreich	-19,9%	8	Dänemark	-6,3%
9	Dänemark	-21,1%	9	Belgien*	-6,8%
10	Luxemburg	-24,6%	10	Island***	-8,3%
11	Niederlande**	-24,9%	11	Frankreich	-8,7%
12	USA**	-29,2%	12	Niederlande**	-9,0%
13	Slowenien	-34,3%	13	Finnland	-9,4%
14	Großbritannien	-38,3%	14	Australien*	-16,2%
15	Island***	-39,8%	15	Slowenien	-24,5%
16	Australien*	-40,4%	16	Großbritannien	-26,2%
17	Tschechien	-42,0%	17	Neuseeland	-27,5%
18	Italien	-43,0%	18	Tschechien	-28,9%
19	Neuseeland	-49,7%	19	Irland	-32,9%
20	Ungarn	-52,4%	20	Kanada*	-41,0%
21	Kanada*	-54,6%	21	Italien	-43,0%
22	Irland	-58,9%	22	Ungarn	-44,7%
23	Spanien	-64,7%	23	Slowakei	-52,5%
24	Slowakei	-66,9%	24	Spanien	-59,1%
25	Estland	-68,0%	25	Türkei	-62,7%
26	Portugal***	-69,3%	26	Israel	-63,6%
27	Polen	-73,0%	27	Estland	-64,2%
28	Israel	-79,6%	28	Polen	-64,7%
29	Türkei	-84,7%	29	Portugal***	-66,0%
30	Chile*	-86,5%	30	Chile*	-74,7%
31	Korea	-93,3%	31	Korea	-89,6%
32	Mexiko	-97,3%	32	Mexiko	-92,6%

Anmerkung: * = OECD-Daten aus dem Jahr 2011, ** = OECD-Daten aus dem Jahr 2010, *** = OECD-Daten aus dem Jahr 2009.

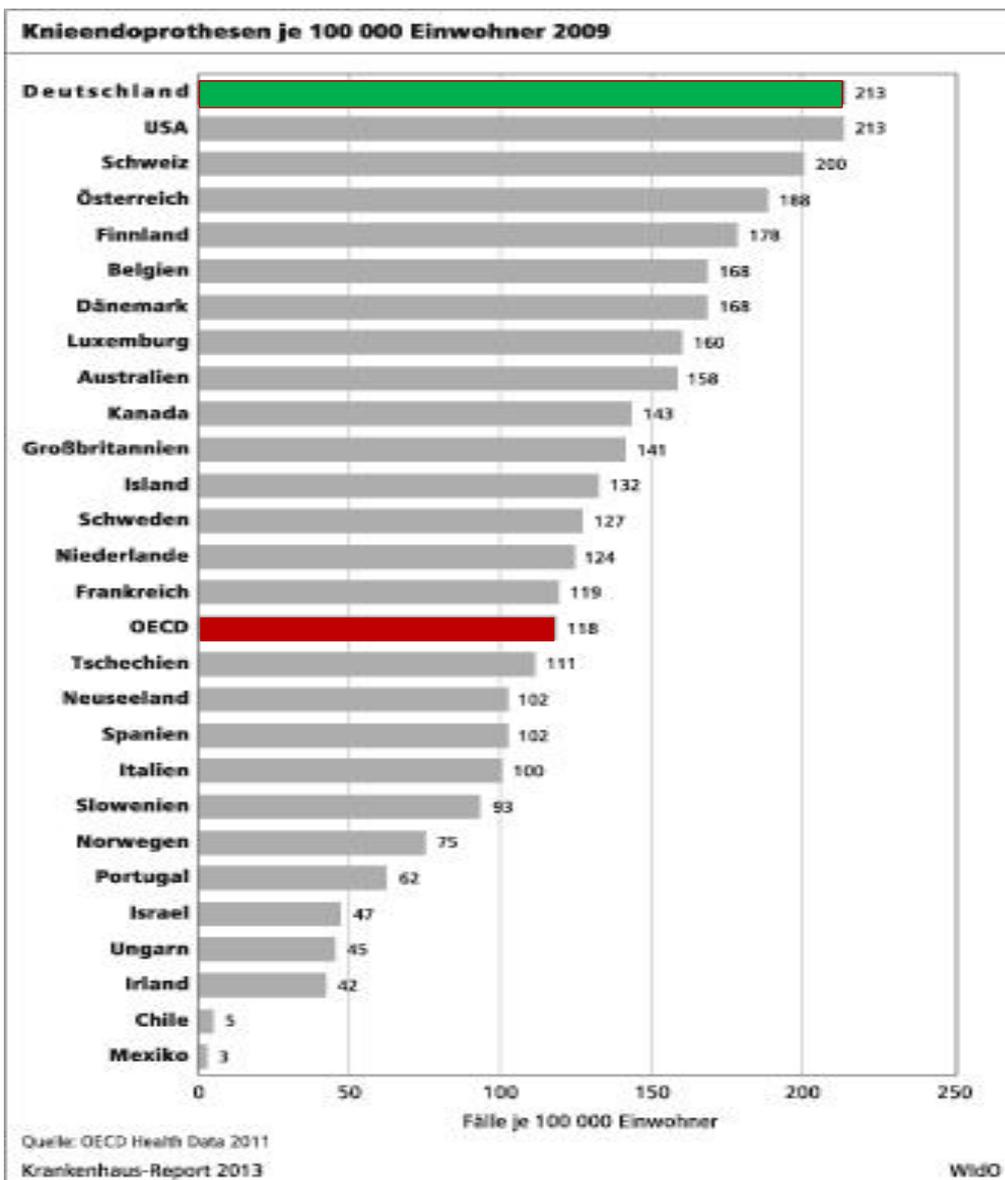
Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich

Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur
auf die OECD-Daten

Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus

WIP | Wissenschaftliches
Institut der PKV

(zumeist OECD-Daten aus 2012, WIP 2015)

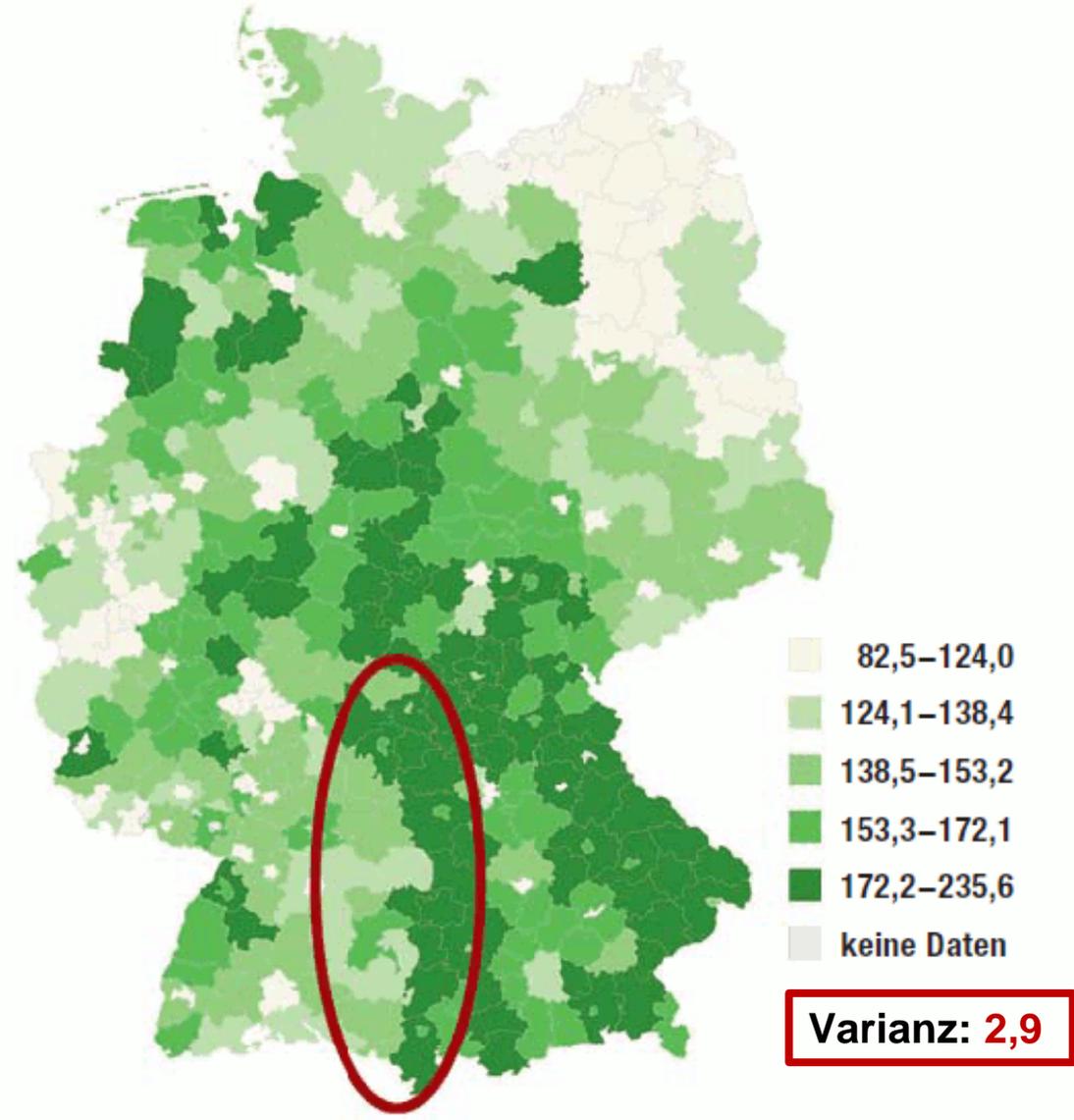


Eingriff	Rangposition Deutschland laut OECD-Daten	Rangposition nach Altersstandardisierung	Veränderung im OECD-Ranking
Koronarbypass	3	10	+7
Operation des Leistenbruchs	6	12	+6
Brusterhaltende Chirurgie	4	9	+5
Transurthrale Prostataentfernung	4	8	+4
Offene Prostataentfernung	8	12	+4
Entfernung der Gallenblase	3	6	+3
Einsatz einer Hüftprothese	2	5	+3
Einsatz einer Knieprothese	5	8	+3
Mastektomie	14	17	+3
Koronarangioplastie	1	2	+1
Entfernung der Gebärmutter	1	2	+1
Stammzelltransplantation	3	4	+1
Nierentransplantation	19	19	0
Entfernung der Gaumenmandeln	7	6	-1
Entfernung des Blinddarms	6	3	-3

(Finkenstädt und Niehaus, Wiss. Inst. der PKV 2015)

GRAFIK 3

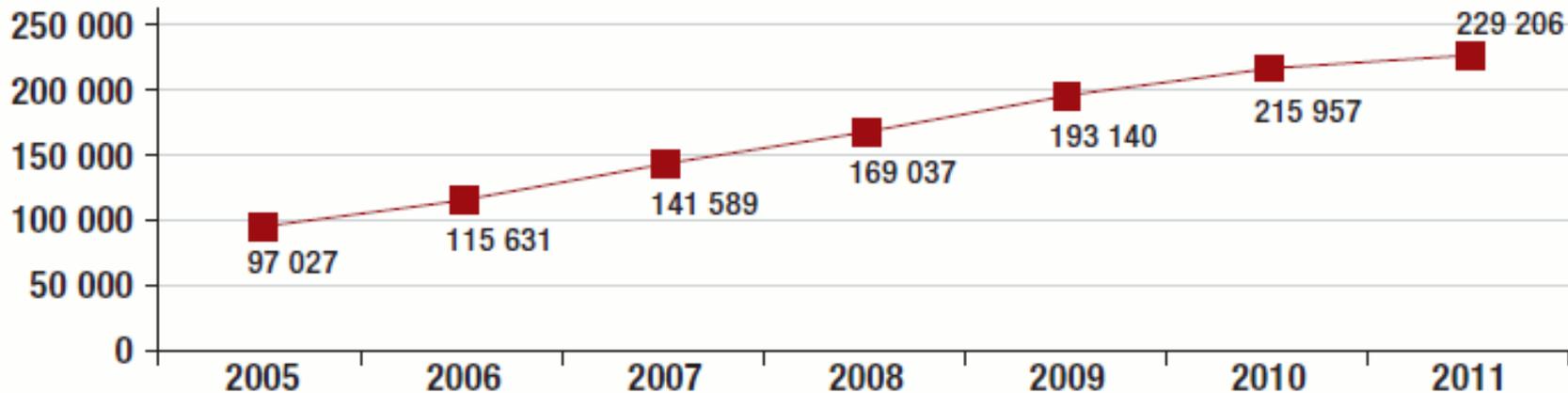
Kniegelenkendoprothetik: Regionale Unterschiede der Versorgungsrate pro 100 000 Versicherte nach Kreisen 2005–2011



(nach: Niethard, Malzahn, Schäfer 2013)

GRAFIK 4

Wirbelsäuleneingriffe gesamt (Fallzahlen nach Jahren)

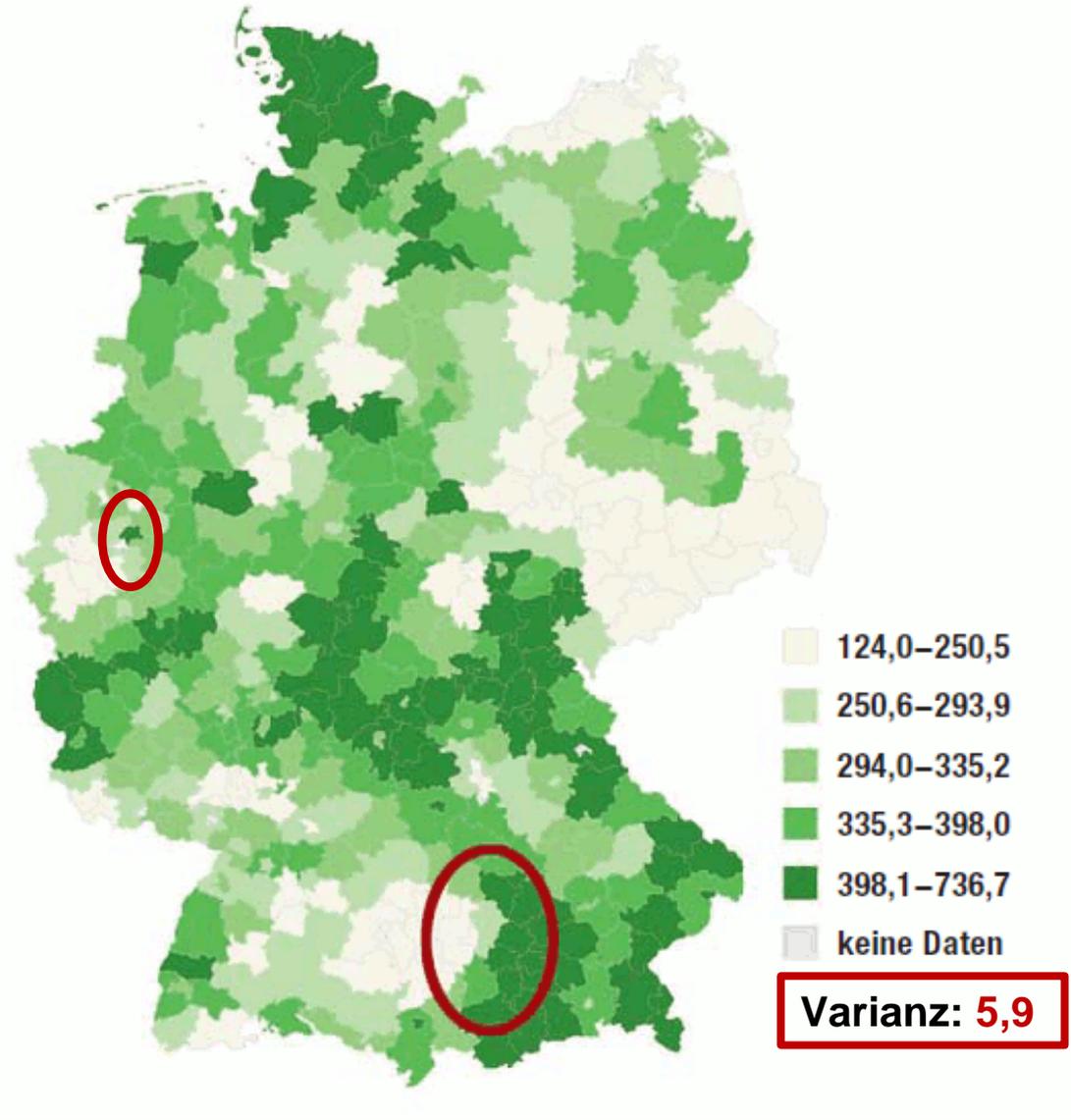


(nach: Niethard, Malzahn, Schäfer 2013)

2005 bis 2011: +136%

GRAFI 5

Wirbelsäuleneingriffe insgesamt: Regionale Unterschiede der Versorgungsrate pro 100 000 Versicherte nach Kreisen 2005–2011



(nach: Niethard, Malzahn, Schäfer 2013)

Linksherzkatheter-Untersuchungen und PCI – 2014 und 2013

	Linksherzkatheter-Untersuchungen		PCI	
	2014	2013	2014	2013
Anzahl insgesamt	734.436	733.985	281.809	276.690
Mittelwert	1.791	1.773	712	685
Min	37	57	0	0
Max	8.345	8.745	4.447	5.634
Basis (berichtende Einrichtungen)	410	414	396	404
Hochrechnung Deutschland	906.843	885.131	361.377	342.749
Trend 2013 zu 2014	+2,4%		+5,4%	

Berechnung auf Grundlage der DGK-Umfrage 2014.

Tab. 3/8: Effektiv gemeldete und hochgerechnete Linksherzkatheter-Untersuchungen und Perkutane Koronarinterventionen (PCI) – 2013/2014

Herzbericht 2010 (Daten aus 2009):

bei **Linksherzkatheter-Untersuchungen**: **69,8%** bzw. **97,9%**
und

bei **PCI's** (2009): **59,9%** bzw. **55,2%**

über Vergleichswerten aus **Österreich** bzw. der **Schweiz**

Herzbericht 2014 (Daten aus 2013):

*„Bei der Zahl der Linksherzkatheter-Messplätze
liegt Deutschland im internationalen Vergleich
weiterhin auf einem Spitzenplatz.“*

- **Frequenz bildgebender Diagnostik**
- **Fehlanreize durch fallzahlabhängige Boni in Chefarztverträgen**
- **Gefährdung hausärztlicher Versorgung in ländlichen Regionen**
- **Lückenhafte palliativmedizinische Versorgung**
- **Mangel an Fachkräften in der Pflege**
- **...**

1. Falsche Anreize

- Provozieren „Flucht in die Menge“
- Zwingen Anbieter und Patienten in Hamsterrad
- Qualitätswettbewerb fristet im Vergleich zum Mengen- / Preiswettbewerb ein Schattendasein

2. Falsche Angebotskapazitäten

- Regionale Fehlverteilung
- Fehlverteilung nach Fachgruppen

3. Sektorale Trennung, mangelhafte Koordination

- Ineffiziente sektorale Konkurrenz
- Geschwächte Grundversorgung / Hausarztmedizin
- Organisierte Verantwortungslosigkeit

Grundlegendes Problem in unserem Gesundheitssystem

- Beispiele für *unkoordinierte Inanspruchnahme*:
 - im internationalen Vergleich sehr hohe Arzt-Patient-Kontaktzahlen im ambulanten Bereich
 - rekordverdächtige Betten- und Eingriffszahlen in Kliniken
 - zunehmend ungezielte Inanspruchnahme von Bereitschafts- und Rettungsdiensten sowie Notfallambulanzen
- Insbesondere bei älteren mehrfacherkrankten Patienten: *fehlende Prioritätensetzung und unkoordinierte Versorgung*
- Zum Teil *fehlender Schutz vor zu viel und falscher Medizin!*

Und darüber hinaus:

- Veraltetes Wissen
- Fehlende oder mangelhafte Evidenz
- Nicht hinterfragte Routinen
- Glaube an den technischen Fortschritt
- Zeitmangel
- Defensivmedizin / Angst vor jurist. Konsequenzen
- Medizinische Fehler
- Unzureichende Patientenbeteiligung
- Patientenwunsch

> Schätzung der National Academies of Sciences:
Vergeudung von 30% der US-Gesundheitsausgaben

Was bringt den Doktor um sein Brot?
a) die Gesundheit, b) der Tod.
Drum hält der Arzt, auf daß *er* lebe,
uns zwischen beiden in der Schweben.

(Eugen Roth, 1895 – 1976, München)



Abbildung 82: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum

(GA 2014, RZ 554 – 558 und 708 bis 710 Seite 448 - 451 und 612 – 614) Quelle: Eigene Darstellung

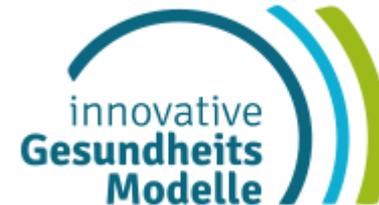
- *Kein* Plädoyer gegen Einzelpraxen, aber: **Abstimmung mit den Füßen** und **steigende Komplexität** der Anforderungen
- **Ziel:** effizientere und **leistungsfähigere Strukturen** auf **hohem Qualitätsniveau** in ländlichen Regionen
- **Primärversorgungspraxis der Zukunft = Teampraxis:** (Haus-)Ärzte/innen, Pflege, Versorgungsassistentinnen, MFA
- **Liäson-Sprechstunden** grundversorgender Fachärzte
- **(Teilzeit-)Arbeit, Kinderbetreuung, red. Dienstbelastung**
- **Attraktiv:** junge Ärzte/innen können **in Ballungszentren wohnen** und „**Außeneinsätze**“ in **LGZ** absolvieren
- „**Landarztzuschläge**“: ggf. deutlich **höhere Vergütungen**
- **Innovationsfonds** nutzen



- **Neu im GKV-VSG:**
 - Fachgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
 - Gemeinden als Betreiber

- **Modelle / Anregungen:**

www.innovative-gesundheitsmodelle.de



- **Ziele:**
 - **Überkapazitäten** in Ballungsräumen **abbauen**
 - wirtschaftliches **Überleben** bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen **ermöglichen**
 - **höher spezialisierte Leistungen nur in Kliniken, die gebotene Qualität sicherstellen** können
- **Sinnvoll:** klar definierte **Sicherstellungszuschläge** und **Qualitätsentwicklung**
- **Fonds** für gezielte Übergangszahlungen (wenn weder Deckungsbeiträge noch Qualitätsniveaus erreicht werden)
- **Zuschlag und Fondsmittel** für Landkrankenhäuser einfacher und höher (u. a. zur Attrahierung von Fachkräften)
- **Sektorenübergreifende Bündelung** knapper Ressourcen (LGZ) in ländlichen Regionen noch dringlicher
- **Monistische Finanzierung**

- „Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland mit über 200 Krankenhäusern je 10 Mill. Einw. einen Spitzenplatz ein.
- Im Verhältnis zu seiner Bevölkerungsdichte ist die Krankenhausedichte in Nordrhein-Westfalen sowohl im nationalen als auch im internationalen Vergleich auffällig hoch.
- Die Niederlande kommen bei einer ähnlichen Bevölkerungsdichte mit etwa einem Drittel der Krankenhäuser aus.“

(Prof. Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, RWI)

Auch wenn zwischen NRW und den Niederlanden *kein* einfacher 1:1-Vergleich möglich ist:

Eine **maßvolle Klinik-Konzentration** mit Schwerpunktbildung **könnte** 1. **Fachkräftemangel** (Pflege, Ärzte) **reduzieren** sowie 2. **Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessern!**

- **Die Kosten steigen deutlich schneller als die Einnahmen.**
- **Wenn Finanzmittel und Fachkräfte begrenzt sind, stehen alle Leistungen in Gesundheit und Pflege in Konkurrenz zueinander.**
- **Jeder Euro / jede Fachkraft, der / die nicht bedarfsgerecht eingesetzt wird, fehlt an anderer Stelle!**
- **Ziel muss sein, mit jedem eingesetzten Euro ein Optimum an Qualität bzw. Gesundheit zu generieren.**
- **Sektorale Egoismen und fehlende Verantwortung wirken dabei kontraproduktiv.**

- **„Mehr Geld“ ist allein keine Lösung!**
- **Orientierung am medizinischen Bedarf:** weniger stationär, mehr ambulant, bedarfs- nicht angebotsinduziert
- **Beendigung mengensteigernder Fehlanreize**
- **Abbau eklatanter Überversorgung** im ambulanten fachspezialistischen und stationären Bereich
- **Qualitätswettbewerb statt (unabgestimmter) Subvention von Überkapazitäten**
- **Sektorenübergreifend integrierte, populationsbezogene Vernetzung** (*auch in der Hochschulmedizin*)
- **Gezielte Investition in Unterversorgungsbereiche:** z.B. Pflege, Palliativversorgung, sprechende Medizin ...
- **Sicherstellung und Stärkung der Hausarztmedizin!**



**Lang- und Kurzfassungen,
Zusammenfassungen aller Gutachten,
weitere Informationen kostenlos
unter: www.svr-gesundheit.de**