



## **Bericht**

der Landesregierung

Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern

Drucksache 15/2242

**Federführend ist das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz**

## **I. Vorbemerkungen der Landesregierung zur gesetzlichen Ausgangssituation**

Das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG des Bundes) vom 23.04.2002 wurde am 29.04.2002 im Bundesgesetzblatt verkündet. Der Bundesrat hatte dem Gesetz mit der Stimme Schleswig-Holsteins am 01.03.2002 zugestimmt.

Das Artikelgesetz regelt die Einführung des Fallpauschalensystems für alle akut stationären Krankenhäuser in Deutschland mit Ausnahme der psychiatrischen Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. Mit dem Gesetz werden die Grundlagen für die Anwendung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems festgelegt. Damit wurde dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 Rechnung getragen, das die Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems für stationäre Leistungen der Krankenhäuser vorsieht.

Die Einführung des neuen Abrechnungssystems ist für alle Krankenhäuser ab dem Jahr 2004 verbindlich. Das Fallpauschalensystem wird aber bereits ab 1. Januar 2003 als Option für die Krankenhäuser eingeführt. Optionsberechtigt ist grundsätzlich jedes Krankenhaus, das voraussichtlich mindestens 90 % seines bereinigten Umsatzvolumens mit DRG-Pauschalen (DRG's = Diagnosis Related Groups) abrechnen kann. Zur Bereinigung ist der sog. Gesamtbetrag des jeweiligen Krankenhauses um eventuelle Zusatzentgelte, eventuelle Kosten von Ausbildungsstätten und Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sowie ggf. um Entgelte für Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen des Hauses zu reduzieren.

Ist dieses 90%ige Abrechnungsvolumen nicht erreichbar, kann die Option nur mit Zustimmung der Kassen gewählt werden.

Um die formalen und rechtlichen Voraussetzungen für den freiwilligen Einstieg der Krankenhäuser in das DRG-System bereits ab 2003 zu schaffen, hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Datum vom 25.09.2002 die „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)“ im Bundesgesetzblatt bekannt gegeben, die am 26.09. 2002 in Kraft trat.

Es handelt sich bei dieser Verordnung um eine Ersatzvornahme seitens des Gesetzgebers. Grund hierfür war das vorherige Erklären des Scheiterns der Verhandlungen gem. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz zwischen den Spitzenverbänden für das Optionsmodell 2003.

Mit dieser Verordnung werden insbesondere Abrechnungsregelungen für die neuen DRG-Fallpauschalen und Vorgaben für die Fallzählung festgelegt sowie der – vorerst nur für das Jahr 2003 geltende - DRG-Fallpauschalenkatalog vorgegeben.

Dieser Fallpauschalenkatalog basiert noch auf den australischen Bewertungsrelationen. Hintergrund hierfür ist folgender:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung hatten mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen ein Vergütungssystem zu vereinbaren, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups orientierte. Die o.g. Parteien hatten sich schon frühzeitig im Sommer 2000 für das australische DRG-System entschieden. Ab dem Jahr 2004 ist die Einführung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs vorgesehen.

Die mit der Verordnung vorgegebenen Abrechnungsregeln gelten zunächst nur für das Optionsjahr 2003. Die Vorgaben sowie der genannte Katalog für das verbindliche Einführungsjahr 2004 sind nun unmittelbar von den gesetzlich dazu beauftragten Selbstverwaltungspartnern vorzubereiten.

## **II. Zum Stand der DRG-Einführung in Schleswig-Holstein**

Gemäß § 17 b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes (KHG) in der bis zum 31. Oktober 2002 geltenden Fassung mussten alle zum 01.01.2003 umstiegswilligen Krankenhäuser ihr Verlangen bis zum 31. Oktober 2002 den anderen Vertragsparteien (Pflegesatzparteien) schriftlich mitteilen.

In Schleswig-Holstein hatten bis zum 31. Oktober 2002 von insgesamt 100 Häusern (davon fallen aber nur rd. 70 Krankenhäuser unter die neue Abrechnungssystematik) 32 Häuser, also 32 % der Grundgesamtheit, ihr Umstiegsverlangen zum 01.01.2003 mitgeteilt (Hinweis: Quelle BMGS vom 6. 11. 2002; nach Auskunft der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) hatten zum 31.10.2002 25 Häuser ihren Umstieg angemeldet; hier wird wg. des folgenden Ländervergleichs weiter die BMGS-Quelle herangezogen).

Nur in 2 Ländern (Hamburg, Hessen) waren diese Quoten höher, in Baden-Württemberg etwa gleich hoch; d.h., dass Schleswig-Holstein hinsichtlich der Umsteigerquote bezogen auf die Anzahl der Krankenhäuser im Ländervergleich im oberen Quartil stand. Bundesweit wollten etwa 450 Häuser, entsprechend rd. 21 %, der Ge-

samtzahl umsteigen. Da sich unter den Umsteigern in Schleswig-Holstein vornehmlich größere Häuser befanden, betrug das Umsteigerniveau zum Stichtag 31.10. auf die Bettenkapazität bezogen hier sogar über 50 %. Diese Vergleichszahlen belegen, dass die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein besonders gut gerüstet für den frühzeitigen Umstieg sind.

Mittlerweile sieht ein Vorschaltgesetz des Bundes (Artikel 1a Zwölftes SGB V Änderungsgesetz) vor, die o.g. Bestimmung (Stichtag 31.10) des § 17 b KHG zu erweitern: Danach kann zusätzlich zu dem genannten Anmeldestichtag auf Verlangen eines Krankenhauses das DRG-System im Jahre 2003 angewandt werden. Dazu genügt es, dass das Krankenhaus sein Verlangen den anderen Vertragsparteien vom 1. November bis zum 31. Dezember 2002 schriftlich mitteilt.

Hintergrund für die gesetzliche Erweiterung der Anmeldefrist und eine nunmehr zu erwartende stark steigende Anzahl optionswilliger Häuser ist die im Vorschaltgesetz des Bundes festgelegte Differenzierung zwischen Umsteigern und Nicht-Umsteigern hinsichtlich der Anwendung der Veränderungsrate, mit der die Krankenhausbudgets 2003 fortgeschrieben werden (Artikel 5 Beitragssicherungsgesetz). Die Vorgabe einer Nullrunde für die Nicht-Umsteiger wird voraussichtlich zu einem starken Anstieg der Optionsbekundungen führen. Die umsteigenden Häuser können von der für die alten Länder vorgegebenen Veränderungsrate in Höhe von 0,81 % für 2003 profitieren.

Insbesondere für die nun neu hinzukommenden, kurzfristig entschlossenen Krankenhäuser mag es bezüglich der Vorbereitung (Datenaufbereitung, zu bewältigendes Verhandlungsvolumen für die Vertragsparteien generell) noch zu Problemen im Rahmen der tatsächlichen Umsetzung für 2003 kommen. Einschätzungen dahingehend, wie vielen Kliniken der freiwillige Umstieg in 2003 tatsächlich gelingen wird, sind zum jetzigen Zeitpunkt genauso wenig möglich wie eine Vorhersage über die Zahl der Anmeldungen bis zum Stichtag 31.12.2002.

Bis zum Stand 20. November 2002 hatten von den rd. 100 Häusern im Lande (bzw. den rd. 70 in Frage kommenden) weitere 10 Häuser angekündigt, dass sie für das kommende Jahr optieren wollen. Die Universitätsklinik werden kurzfristig entscheiden, ob auch sie bereits zum Jahre 2003 optieren wollen.

Mit der Erklärung zum Umstieg im Jahre 2003 unter Beachtung des neuen oben genannten gesetzlichen Erklärungszeitraums ist aber die rechtliche Voraussetzung zum Einhalten des geplanten Einführungstermins 1. Januar 2003 zunächst geschaffen.

### **III. Zu den möglichen bzw. zu erwartenden finanziellen Auswirkungen der Einführung eines durchgängigen Fallpauschalensystems**

#### **III.a Finanzielle Auswirkungen für die Krankenhäuser**

Hier ist zu unterscheiden zwischen kurz-, mittel- und längerfristigen Aspekten:

Die Übergangsphase in den Jahren 2003 und 2004 ist vom Gesetzgeber budgetneutral gestaltet worden. In diesem Zeitraum wird die Höhe der Krankenhausbudgets noch nicht durch das neue Fallpauschalensystem bestimmt. Die einzelnen Krankenhausbudgets werden vielmehr nur auf DRG-Basis umgerechnet und die Leistungen der Häuser entsprechend fakturiert. Jedes Krankenhaus kalkuliert seinen eigenen Basisfallwert. (Der Basisfallwert ist der kalkulatorische „Durchschnittspreis“ des Krankenhauses in Euro; multipliziert mit dem jeweiligen vorgegebenen Relativgewicht der einzelnen Diagnose bzw. Behandlung ergibt sich die eigentliche Fallpauschale, die vom Krankenhaus in Rechnung gestellt wird.)

Durch die ein- bzw. zweijährige budgetneutrale Phase wird es den Krankenhäusern ermöglicht, sich auf die künftige Veränderung ihrer Budgets einzustellen. Die Krankenhäuser, die erst ab 2004, dem obligatorischen Einführungsjahr, das neue System anwenden, haben nur ein budgetneutrales Jahr zur Verfügung. In der kurzfristigen Betrachtung sind somit keine systembedingten finanziellen Veränderungen für die Häuser zu erwarten.

Mittelfristig, d.h. für den Zeitraum 2005 bis Ende 2006, sind landesweit geltende Basisfallwerte zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbaren. Der landesweite Basisfallwert wird als einheitlicher Festpreis (Einheitspreis) für alle Häuser im Lande vorgegeben.

In dieser sog. Konvergenzphase müssen sich die bisher individuell gültigen Basisfallwerte der Häuser in Schritten dem landesweit geltenden Festpreis annähern. Die teureren Häuser müssen dementsprechend ihre Kosten reduzieren, um ein ausgeglichenes Ergebnis zu erzielen. Dies hat entsprechende finanzielle Folgen für die einzelnen Kliniken bzw. wird entsprechenden Anpassungsdruck auf ihre Kosten- und Leistungsstrukturen ausüben, je nach Relation bzw. Vorzeichen ihres Basisfallwerts zum landesweit verbindlichen Richtwert.

Die Universitätsklinik sind laut geltendem Krankenhausplan die einzigen Häuser der

Zentralversorgung in Schleswig-Holstein. Gerade die Universitätsklinika sehen ihre besonderen Leistungen im bisherigen DRG-Katalog als nicht hinreichend berücksichtigt an und befürchten daher erhebliche finanzielle Nachteile.

Längerfristig, d.h. über den Geltungszeitraum des in Kraft getretenen Fallpauschalengesetz hinaus, werden bundeseinheitliche Basisfallwerte angestrebt. Mit dem vorliegenden Fallpauschalengesetz werden die Rahmenbedingungen nur für den Zeitraum bis Ende 2006 festgelegt.

Im allgemeinen Teil der Begründung zum Gesetz heißt es: „Die ab dem Jahr 2007 geltenden Regelungen werden rechtzeitig in einem weiteren Gesetz festzulegen sein.“

An anderer Stelle der Begründung heißt es weiter: „Ziel auf mittlere Frist sind bundeseinheitliche Basisfallwerte. Im Hinblick auf die Auswirkungen für die Krankenhäuser und die regional organisierten Krankenkassen wird jedoch für die mit diesem Gesetz geregelte Übergangsphase bis Ende 2006 zunächst ein einheitliches DRG-Preisniveau auf Landesebene eingeführt.“

### **III.b Sonstige mögliche finanzielle Auswirkungen**

In der Gesetzesbegründung heißt es, dass Kommunen und Ländern als Trägern von Krankenhäusern zusätzliche Aufwendungen für die Finanzierung der erforderlichen administrativen Infrastruktur insbesondere im EDV-Bereich entstehen können. Die damit verbundene Effizienzsteigerung der Krankenhausverwaltungen dürfte auf mittlere Sicht die Mehraufwendungen überwiegen.

Durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven (Verkürzung der Verweildauern, Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation) kann mittelfristig auch der Druck auf die Beitragssätze vermindert werden.

Diese Einschätzung wird von der Landesregierung geteilt.

## **IV. Aktivitäten des Landes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens**

Hierzu ist anzumerken, dass die Aufnahme oben zitierter Textpassagen (zum mittelfristigen Ziel der Einführung bundeseinheitlicher Basisfallwerte) in die offizielle Begründung zum Fallpauschalengesetz i. S. einer Willensbekundung für das Procedere ab 2007 in erster Linie auf Betreiben des Landes Schleswig-Holstein erfolgte. Schon im März 2001, zum Zeitpunkt des Entstehens der Grundzüge des Fallpauschalengesetzes, hatte Ge-

sundheitsministerin Heide Moser in einem Schreiben an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt darauf verwiesen, dass unbedingt anzustreben sei, nach Implementierung des neuen Vergütungssystems mittelfristig zu einem Angleichen der Basisfallwerte bundesweit zu kommen und damit auch zu einer Konvergenz der Landeswerte zu bundeseinheitlichen Preisen. Hierbei ginge es auch darum, in einem künftig transparenten Preissystem Irritationen in der Bevölkerung vorzubeugen, dass es im Ländervergleich unterschiedliche Wertigkeiten bei der Versorgung mit identischen Krankenhausleistungen gäbe.

Die Bundesministerin stellte in ihrer Antwort klar, dass auch sie das Ziel verfolge, „gleicher Preis für gleiche Leistung“. Eine Angleichung des Preisniveaus werde angesichts der Problematik bei den Krankenhäusern in den Hochpreisländern und den Krankenkassen in den Niedrigpreisländern mittelfristig möglich sein.

Hintergrund für diese Offensive zur Einführung eines letztlich bundeseinheitlichen Preisniveaus für Krankenhausleistungen war die bekannte Tatsache, dass Schleswig-Holstein auf dem stationären Leistungssektor zu den „Niedrigpreisländern“ zählt.

Das ergaben zum einen zahlreiche statistische Länder-Vergleiche in der Vergangenheit (bezogen auf durchschnittliche Pflegesätze, Fallkosten etc.), zum anderen DRG-Testläufe innerhalb verschiedener länderübergreifender Projekte. Diese ließen die Erkenntnis zu, dass die Krankenhäuser im Lande zu den besonders wirtschaftlichen im Bundesvergleich zählen.

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen würden die hiesigen Krankenhäuser bei der Realisierung bundeseinheitlicher Basisfallwerte erkennbar wirtschaftliche Vorteile erlangen können.

## **V. Vorbereitungsmaßnahmen seitens der Krankenhäuser/Verbände**

Die Kliniken im Lande hatten und haben durch den bevorstehenden Systemwechsel im Abrechnungs- und Vergütungsverfahren beträchtlichen Aufwand in personeller und finanzieller Hinsicht zu bewältigen.

Die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein hat dazu auf Anfrage ausgeführt: „Die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein bereiten sich bereits seit mehreren Jahren auf die Einführung des neuen Vergütungssystems vor. Eine Vielzahl von Krankenhäusern hat sich an unterschiedlichsten Benchmarking-Projekten beteiligt. Sowohl in das sogenannte Pretest-Verfahren als auch in die Erstkalkulation der deutschen Relativgewichte waren schleswig-holsteinische Kliniken eingebunden.“

Auf der Kostenseite betroffen von der DRG-Einführung sind neben investiven Entscheidungen, die die Ablauforganisation der Krankenhäuser betreffen, auch unmittelbare Investitionen in Hard- und Software.

Personelle Ressourcen werden sowohl im administrativen als auch im medizinisch-pflegerischen Bereich gebunden. Umfangreiche und andauernde Schulungsmaßnahmen insbesondere zur Einführung der für die DRG-Abrechnung notwendigen differenzierten Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung wurden unter anderem durch die KGSH angeboten und in großem Umfang genutzt.

Die konkreten Aufwendungen in den einzelnen Krankenhäusern sind naturgemäß – abhängig von Größe und Struktur der jeweiligen Einrichtung – sehr unterschiedlich. Eine Umfrage des DKI ermittelte die tatsächlichen Belastungen der Krankenhäuser durch diese Aufgabe. Pro Krankenhaus errechnen sich etwa 160.000 Euro. Bei 70 Krankenhäusern, die in Schleswig-Holstein unter die neue Abrechnungssystematik fallen, sind dies mehr als 10 Millionen Euro, die nur teilweise als Einmalausgabe anzusehen sind.“ In einer Pressemitteilung der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein vom 21. Oktober 2002 heißt es zusammenfassend:

„Alle Kliniken haben durch den Systemwechsel einen enormen personellen und finanziellen Aufwand, der aus den gegebenen Budgets heraus finanziert werden muss, unabhängig davon, ob sie optieren oder erst ab 2004 verpflichtend einsteigen.“

Diese Einschätzung wird von der Landesregierung geteilt.

Das MASGV stand frühzeitig im engen Dialog mit den Kliniken in Schleswig-Holstein, als diese verschiedene Testläufe, z.B. im Rahmen von bundesweit laufenden Projekten u.a. des Instituts für Medizinisch Ökonomisches Consulting, absolvierten. Die Ergebnisse attestierten den hiesigen Krankenhäusern einen im Bundesvergleich – wie nicht anders zu erwarten war – hochrangigen wirtschaftlichen Status, der sich in Form besonders günstiger Basisfallwerte zeigte. Diese Erkenntnisse wurden vom MASGV unverzüglich aufgegriffen und u.a. in Form der oben berichteten Interventionen beim BMG politisch umgesetzt.

Darüber hinaus wurden im Rahmen des Werdegangs des Gesetzes die Interessen der wirtschaftlichen und leistungsfähigen Kliniken im Lande in einer beim BMG eingerichteten Arbeitsgruppe, bei der auch das MASGV beteiligt war, vertreten.

## **VI. Weitere Aktivitäten des Landes im Rahmen der Einführung der DRG's an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern**

Der sich aus dem Fallpauschalensystem ergebende und auch gesundheitspolitisch geforderte Leistungs- und Qualitätswettbewerb wird die stationären Angebotsstrukturen (i.S. von Kooperationen, Fusionen etc. ) und die internen Ablaufstrukturen z.T. deutlich verändern.

Daher ist es im Rahmen des dualistischen Finanzierungsprinzips besonders wichtig, die Krankenhausfinanzierungsmittel zweckdienlich im Hinblick einer besonderen Beachtung der Folge- bzw. Betriebskosten zukunftsweisend einzusetzen.

Diese Verpflichtung ergibt sich schon seit jeher aus den Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Danach haben die Länder bei der Aufstellung der Krankenhausinvestitionsprogramme und damit letztlich bei den einzelnen zu fördernden Baumaßnahmen die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen. Dies wird in Schleswig-Holstein in der Praxis auch so umgesetzt. Die öffentlich rechtlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger werden von der Planung bis zur Fertigstellung ihrer Baumaßnahmen baufachlich vom MASGV betreut. Neben der vorangehenden bedarfsorientierten konzeptionellen Beratung der Krankenhausträger aus medizinischer Sicht erfolgt eine intensive baufachliche Begleitung jeder geförderten Baumaßnahme. Dabei wurde und wird besonderer Wert auf Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit in Verbindung mit niedrigen Betriebskosten gelegt.

Nachdem sich die Diskussion um die Implementierung eines durchgängigen, grundsätzlichen Festpreissystems Ende der 90'er Jahre konkretisierte, ist das Streben nach wirtschaftlichen Baustrukturen mit niedrigen Folge- und Betriebskosten von allen Beteiligten in den letzten Jahren noch intensiviert worden. Das heißt konkret, dass bereits jetzt eine Vielzahl von Krankenhausbaumaßnahmen, die in der jüngeren Vergangenheit durchgeführt wurden und angegangen werden, auch auf die Einführung des neuen Vergütungssystems ausgerichtet waren. Insbesondere gilt das für bauliche Maßnahmen zur Optimierung der Funktions- und Betriebsabläufe im Krankenhaus, Maßnahmen zur Energieeinsparung sowie Verbesserungen installations- und betriebstechnischer Art.

Auch das sog. „Standardprogramm für ein Regelkrankenhaus in Schleswig-Holstein“, das als Richtlinie für die Bau- und Ausstattungsplanung der hiesigen Krankenhäuser dient und für Um- und Erweiterungsbaumaßnahmen gleichermaßen wie für Neubauten gilt, wurde 1998 überarbeitet, und zwar bereits vor dem Hintergrund neuer Entgeltfor-

men. Dieses Programm berücksichtigt bereits in vollem Umfang die neuen baulichen und betrieblichen Rahmenbedingungen für eine zukunftsorientierte Klinik. So findet u.a. der ambulante und tagesklinische Bereich stärker Berücksichtigung, Funktionszusammenhänge werden neu geordnet und die Bau- und Betriebstechnik wird optimiert. Der kürzlich in Betrieb genommene Neubau der Klinik Eutin entspricht bereits dem neuen Standardprogramm. Weitere Kliniken, u.a. WKK Heide, FEK Neumünster, Klinik Itzehoe, KKH Pinneberg und mehrere kleinere Krankenhäuser wurden und werden dem neuen Standard angepasst.

Von Seiten vieler Krankenhausträger sind darüber hinaus kleine Baumaßnahmen zu organisatorischen und technischen Verbesserung der Betriebsabläufe mit Eigenmitteln und in eigener Verantwortung durchgeführt worden bzw. sind noch in Planung.

Krankenhäuser stehen bereits jetzt unter einem hohen Rationalisierungszwang. Das neue Entgeltsystem wird diesen zukünftig noch verstärken. Regionale Angebotsredundanzen, Doppelvorhaltung von kostbaren Personalressourcen, destruktiver Wettbewerb zwischen Häusern und zum niedergelassenen Sektor sind sowohl im Sinne der Versicherungsgemeinschaft als auch einer patientenzentrierten Versorgung zu vermeiden.

Das MASGV trägt seit vielen Jahren durch ständige Moderation, Intervention, Überzeugungsarbeit sowie auch durch investitionsfinanzierte Anreize dazu bei, die stationäre Versorgungsstruktur im genannten Sinn zu verbessern. So konnten z.B. im letzten Krankenhausplan 2001/2005 endlich gemeinsame Trägerschaften für Mölln/Ratzeburg, Henstedt-Ulzburg/Kaltenkirchen sowie Eutin-Oldenburg/Fehmarn erreicht werden. Organisatorisch zusammengeführt wurden die Geriatrien in Ratzeburg und Lübeck-Marli. Die Häuser Elmshorn/Uetersen sowie Lübeck-Süd/Priwall wurden in gemeinsamen Planungsblättern ausgewiesen, um interne betriebswirtschaftliche Rationalisierungen voranzubringen. Die Kooperation zwischen der Ostholsteinklinik Eutin, dem St. Elisabeth-Krankenhaus und dem Klinikum Holsteinische Schweiz wurde durch krankenhauplanerisch-moderierende Aktivitäten verstärkt. Zur besseren Verzahnung der örtlichen Krankenhäuser untereinander sowie mit dem niedergelassenen Sektor tragen die vom MASGV sehr intensiv begleiteten Netzstrukturen in Flensburg bei; in Glückstadt wurde diesem Ziel mit der baulichen und organisatorischen Umgestaltung der Paracelsus-Klinik Rechnung getragen und für Lübeck-Travemünde ist das MASGV derzeit in enger Abstimmung und Bauplanung für ein gleichgelagertes Konzept, für das erhebliche Mittel im Finanzplan für Krankenhausbaumaßnahmen bereitgestellt sind.