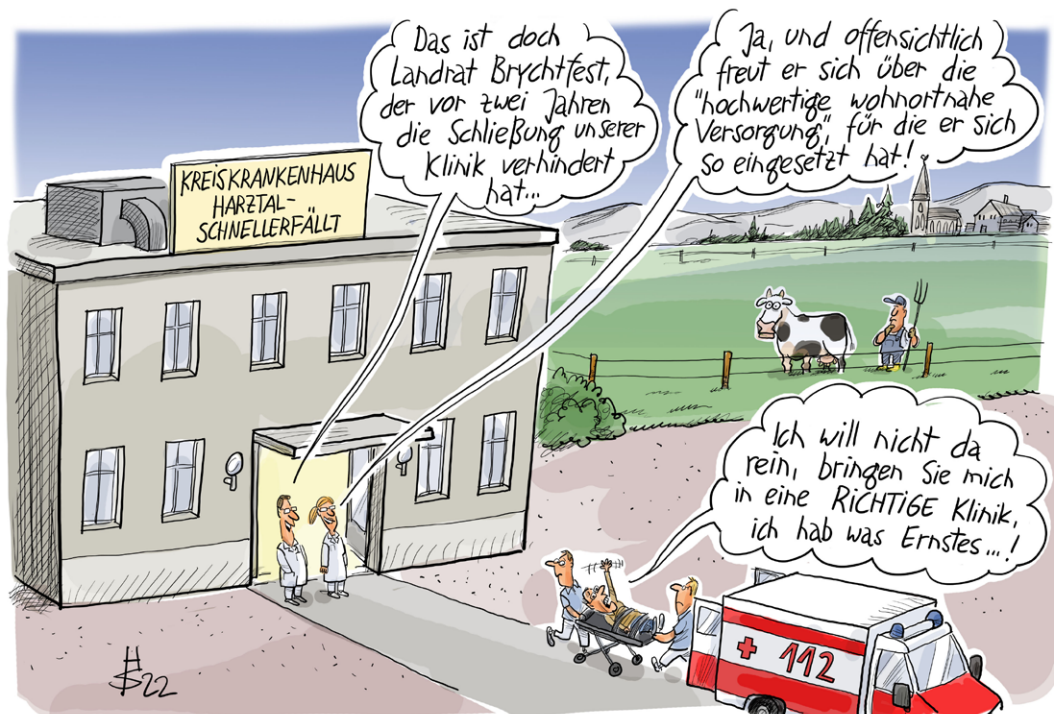


# DIAGNOSE

Der Newsletter für Gesundheitspolitik

- ▶ DIE »LEISE REVOLUTION« VON UNTEN ODER HARTE ENTSCHEIDUNGEN VON OBEN?
- ▶ WAS KOSTET EIGENTLICH EINE VENENTHROMBOSE?
- ▶ GASTBEITRAG VON CAROLINA LOHFERT PRAETORIUS

2 | 2022



## KLEINSTAATEREI DER KLINIKLANDSCHAFT SCHADET PATIENTEN

Von Kai Hankeln

Zu Beginn der Legislaturperiode schieben Politikerinnen und Politiker für gewöhnlich die großen Projekte an, die ihre Amtszeit maßgeblich prägen sollen. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat sich dafür die längst überfällige Reform der Krankenhauslandschaft vorgenommen. Ob der Minister im Rückblick als großer Reformierender oder als Ankündigungsmann ohne Umsetzung wahrgenommen werden wird, dürfte auch stark davon abhängen, ob es ihm gelingt, die allzuhohe Anzahl an Kliniken zu reduzieren und deren Finanzierung vom Kopf auf die Füße zu stellen. Denn: Weniger Krankenhäuser sind gut für die Gesundheit. Was zunächst paradox klingt, ergibt bei genauer Betrachtung Sinn, wie unter anderem eine Studie der Bertelsmann Stiftung belegt. Mehr als 1.900 Kliniken gibt es in Deutschland. Und viele davon bleiben vor allem aus politischen – nicht aus versorgungstech-

nischen – Gründen geöffnet. Im Ernstfall aber verfügen viele dieser Kliniken nicht über die notwendige Ausstattung für die Behandlung ernster Notfälle, wie Karikaturist Heiko Sakurai oben treffend veranschaulicht. So kann es passieren, dass der Krankenwagen kurze Zeit nach Ankunft den Patienten wieder abtransportieren muss, da die Klinik nicht über die notwendige Technik verfügt. Es existieren bundesweit nur etwa 340 Kliniken mit einer auf die schnelle Behandlung von Schlaganfallpatienten spezialisierten Abteilung (Stroke Unit), obwohl jährlich rund 260.000 Menschen an einem Schlaganfall erkranken. Auch darüber hinaus würde eine Verringerung der Klinikanzahl zu einer besseren Behandlungsqualität führen. Denn der Fachkräftemangel zwingt die Kliniken schon heute, die gleiche Versorgungsqualität mit weniger Personal sicherzustellen. Das funktioniert langfristig aber nur mit

weniger Kliniken, die jeweils mehr Fälle behandeln. Die Belastung des Personals würde zurückgehen. Qualität statt Quantität gilt schließlich auch in der Finanzierung. Die Ergebnisqualität ist das für die Patientinnen und Patienten entscheidende Kriterium und sollte bei der Vergütung eine größere Rolle spielen.

Fest steht: Tiefgreifende Reformen sind für Minister Lauterbach unvermeidbar. Welche Möglichkeiten einer Strukturreform es gibt, berichtet Journalist Gerrit Wiesmann im Hauptartikel dieser Ausgabe. Der Gastbeitrag der Krankenhausplanerin Carolina Lohfert Praetorius zeigt derweil am Beispiel Dänemarks, wie eine Strukturreform gelingen kann.

**Kai Hankeln** ist CEO der Asklepios Kliniken und operativer Geschäftsführer der Regionen Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein.

# DIE »LEISE REVOLUTION« VON UNTEN ODER HARTE ENTSCHEIDUNGEN VON OBEN?

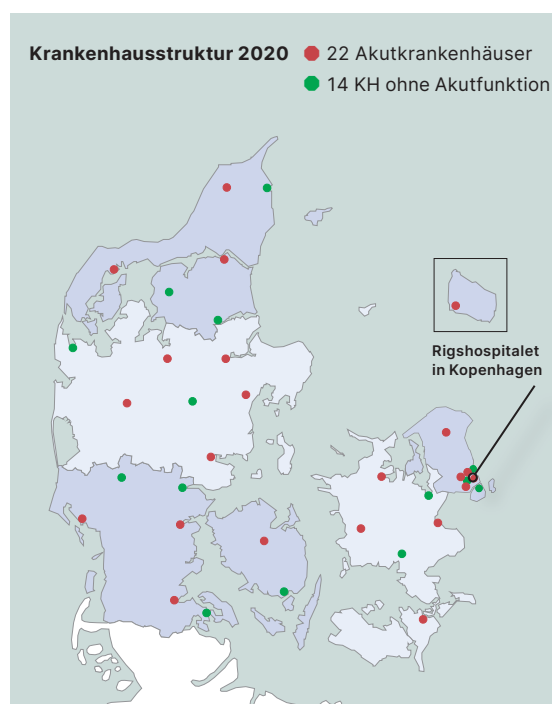
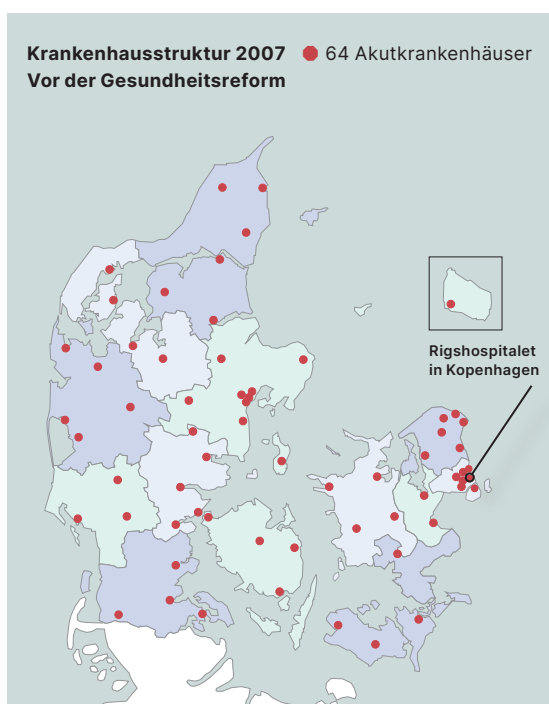
Die Bundesregierung hat jüngst den Startschuss für das Mammutprojekt Krankenhaus-Strukturreform gegeben. Offen ist die schwierige Frage, auf welcher politischen Ebene letztendlich über Schließung, Umbau oder Ausbau jeder Klinik entschieden werden soll. **Von Gerrit Wiesmann**

»Um festzulegen, welche Krankenhäuser geschlossen werden sollten, jagte ein Treffen das nächste – das war kein einfacher Prozess«, sagt Lars Ganzhorn Knudsen, Chefberater am Uniklinikum Aarhus, über Dänemarks seit 2007 laufende Krankenhaus-Reform. Der hochmoderne 900-Betten-Koloss mit 44 Abteilungen ging nach 2011 aus der Zusammenlegung von vier Krankenhäusern und einer psychiatrischen Klinik hervor. Es ist der Leuchtturm eines Systems, das 1999 rund hundert Häuser zählte, heute nur noch 22. »Das Ergebnis genießt breiten Zuspruch«, sagt Ganzhorn Knudsen. »Ein Patient mit einem Herzinfarkt bekommt bei uns in weniger als 20 Minuten nach Ankunft einen Stent gesetzt – darum geht es.«

Laut EU-Statistik starben 2018 in Deutschland 374 Menschen pro 100.000 Einwohner an Krankheiten des Kreislaufsystems – in Dänemark waren es mit 236 Menschen ein Drittel weniger. Dank großer Kliniken mit einer hohen Anzahl von Behandlungen und der Ambulantisierung stationärer Leistungen gilt das dänische Gesundheitssystem heute als eines der besten. In Fachkreisen herrscht weitgehend Einigkeit, dass Deutschlands 1.900 Kliniken ähnlich restrukturiert werden müssten. »Aber die Dänen haben ein zentralisiertes, steuerfinanziertes System«, sagt Knudsen. »Die Deutschen haben allein für die Finanzierung hundert Krankenkassen und 16 Bundesländer. Da fragt man sich schon: Wie ist das zu schaffen?«

Um eine Antwort zu finden, hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Anfang Mai die 16-köpfige »Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung« berufen. Wie im Koalitionsvertrag angekündigt, sollen die Empfehlungen des Gremiums Grundlage für eine Reform ab 2023 werden. Sie sollen Politiker in Kommunen, Ländern, Bund und die Vertreter von Kassen, Kliniken und niedergelassenen Ärzten mehr in die Lage versetzen, die Frage zu beantworten, bei der sie sich seit Jahren gegenseitig blockieren: Welche Häuser müssen geschlossen oder für die ambulante Versorgung umgebaut werden; welche Häuser sollen bleiben, gar ausgebaut werden?

Die vielleicht radikalste Lösung kommt von Dr. Helmut Hildebrandt, Chef der OptiMedis AG, die seit 2005 ein Modell für eine integrierte regionale Vollversorgung – Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung – propagiert. Wie in Pilotprojekten in Baden-Württemberg und Nordhessen durchexerziert, werden mit den Kassen sogenannte shared savings-Verträge geschlossen. »Wenn die regionale Management-Gesellschaft, die die Versorgung vor Ort steuert, die Gesundheit in der Region verbessert und die Kosten der Krankenkassen relativ minimiert, erhält sie einen Anteil der Einsparungen«, sagt Hildebrandt. »Die regionalen Akteure haben ein gemeinsames Interesse, die Bevölkerung gesund zu halten.«



Im Rahmen der dänischen Strukturreform wurden die Krankenhäuser im Land reduziert und zentralisiert. Zudem wurden fünf große Versorgungsregionen durch den Zusammenschluss verschiedener kleinerer Regionen geschaffen. Quelle: Lohfert Praetorius



Dänemarks hochmodernes Krankenhaus ging nach 2011 aus der Zusammenlegung von vier Krankenhäusern und einer psychiatrischen Klinik hervor. Das größte Krankenhaus-Bauvorhaben Dänemarks, das Neue Universitätshospital in Aarhus, wurde mit dem vorhandenen Universitätshospital Skejby zu einem gemeinsamen Komplex vereint.

Eine solche Vergütungsreform könnte auch viele Strukturentscheidungen in die Hände der Dienstleister vor Ort legen. »Eine Klinik müsste nicht mehr um jede Zusatzvergütung ringen, könnte sich auf die Bedürfnisse vor Ort ausrichten«, sagt Hildebrandt. Je nach Verdienstmöglichkeiten aus dem Regionalbudget würde sie selbst entscheiden, welche Abteilungen zu ambulantisieren, zu schließen oder auszubauen sind. Hildebrandt spricht von »einer leisen Revolution«: Über 10 bis 15 Jahre könnten Regionen Strukturen anpassen und im Innovationswettbewerb untereinander neue Vergütungsmodelle entwickeln. Außer einer Koordinierung auf Landesebene könnten sie auf übergeordnete politische Entscheidungen verzichten.

In der Tat verspricht der Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung, »die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen)« zu erhöhen. Durch mehr »gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern« sollen »innovative Versorgungsformen« gestärkt werden. Das könnte als implizierter Aufruf zur »leisen Revolution« und dem Delegieren von Strukturentscheidungen etwa an die Landkreise gewertet werden. Auch wenn die Koalitionäre daraufhin festhalten: »Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.«

»Für die Umstellung der Krankenhauslandschaft kommen wir an politischen Entscheidungen auf Bundes- und Landesebene einfach nicht vorbei«, sagt Sabine Richard, Leiterin der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband. Davor sei die Politik immer zurückgeschreckt. »Es liegt nun an allen Akteuren im Gesundheitssystem, dass wir die Politik wie folgt überzeugen: Durch eine Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur

verbessern wir die Versorgung und stellen das System endlich für die Zukunft auf.« Für diese Herausforderung sei die Steuerung über finanzielle Anreize alleine nicht genug.

Auf Bundesebene möchte der AOK-Bundesverband alle Versorgungsaufträge entwickelt sehen. So würde ein Auftrag für die augenärztliche Grundversorgung Leistungen oder das Weiterreichen von Patienten an Folge-Dienstleister definieren. Die Versorgungsplanung soll aber weiterhin auf Landesebene stattfinden. Die AOKen plädieren für ein »3+1 Gremium« für die Planung von ambulanter und stationärer Versorgung aus einem Guss bestehend aus Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Kassen und dem Land. »Hier müssen Fragen beantwortet werden wie: Wieviel Kapazitäten brauchen wir? Wer kann die Versorgungsaufträge übernehmen? Hierbei muss auch die Versorgungsqualität eine Rolle spielen«, sagt Richard.

Wo soll über die Krankenhausstruktur entschieden werden? Lokal? Auf Landesebene? Der Däne Knudsen setzt noch einen drauf: Der Bund werde mitentscheiden müssen. Denn eine Reform erfordert Umbauten und Neubauten – Dänemark gönnt sich sechs neue Super-Krankenhäuser, darunter die Uni-Klinik in Aarhus, und viele Investitionen im übernommenen Klinikbestand. »Wir haben dafür fünf Milliarden Euro veranschlagt«, sagt er. »Umgerechnet auf Deutschland wären es um die 75 Milliarden.« Da die Bundesländer jetzt bereits ihren Krankenhaus-Investitionsverpflichtungen kaum nachkämen, müsste der Bund einen Umbau mitfinanzieren. »Und wer mitfinanziert, sollte auch mitplanen können.«

**Gerrit Wiesmann** schreibt als freier Journalist unter anderem für den »Economist«. Zuvor war er Korrespondent der »Financial Times« und der »Financial Times Deutschland«.

## Impressum

Herausgeber: Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA | Rübenkamp 226, 22307 Hamburg | E-Mail: [rune.hoffmann@asklepios.com](mailto:rune.hoffmann@asklepios.com) | [www.asklepios.com](http://www.asklepios.com)  
V.i.S.d.P.: Rune Hoffmann | Redaktion: Brunswick Group, Berlin | Gestaltung: berndt & fischer, berlin gbr  
Bildnachweis: Heiko Sakurai (S.1), Shutterstock (S. 3, 4), Bertram Solcher (S.4)



# WAS KOSTET EIGENTLICH ...

Bei einer tiefen Venenthrombose handelt es sich um ein Blutgerinnsel in einer großen Vene (häufig im Bein). Größere Gerinnsel können den Blutfluss behindern und Schmerzen und Schwellungen verursachen. Eine Venenthrombose muss schnell behandelt werden, um Schäden an den Venen zu verhindern und Komplikationen wie einer Lungenembolie vorzubeugen. Eine Thrombose sollte daher zeitnah mit gerinnungshemmenden Medikamenten behandelt werden.

## ... EINE VENENTHROMBOSE?

<b>Personalkosten Ärzte</b>	<b>556 €</b>
Erstattung durch Krankenkassen	435 €
<b>Personalkosten Pflegedienst</b>	<b>639 €</b>
Erstattung durch Krankenkassen	453 €
<b>Medizinisch-technischer Dienst</b>	<b>157 €</b>
Erstattung durch Krankenkassen	173 €
<b>Sachkosten</b>	<b>236 €</b>
Erstattung durch Krankenkassen	164 €
<b>Kosten Infrastruktur</b>	<b>779 €</b>
Erstattung durch Krankenkassen	701 €
<hr/>	
<b>Gesamtkosten Klinik</b>	<b>2.367 €</b>
Erstattung durch Krankenkassen	1.926 €
<b>Gesamtverlust Klinik</b>	<b>- 441 €</b>

Quelle: Asklepios Kliniken

Gastbeitrag von Carolina Lohfert Praetorius

## DÄNEMARK: SPEZIALISIERUNG SCHAFFT MEHR BEHANDLUNGSQUALITÄT

Deutsche und Dänen sind sich sehr ähnlich – sowohl in kultureller wie in gesundheitlicher Hinsicht. Sie werden im Durchschnitt gleich alt, prinzipiell gleich krank und – bezogen auf die Fallzahlen pro 1.000 Einwohner – im gleichen Umfang im Krankenhaus behandelt. Das gleiche Ergebnis wird allerdings mit zwei sehr unterschiedlichen Krankenhausstrukturen erreicht. Denn Deutschland verfügt über dreimal so viele Krankenhäuser und dreimal so viele Betten pro Patient. Deutsche Patienten verbleiben zudem durchschnittlich doppelt so lange in den Krankenhäusern wie ihre dänischen Leidensgenossen.

Auch Dänemark war bis zur Strukturreform 2007 ein Land mit sehr hoher Klinikdichte. Das führte dazu, dass nicht jede der zahlreichen Kliniken eine hochwertige Versorgung in jeder medizinischen Fachrichtung gewährleisten konnte. Eine Strukturveränderung musste her. Das Ziel: zukunftsweisende und flexible Krankenhäuser, die sich auf die Qualität der Behandlung und die Patienten selbst konzentrieren. Außerdem sollte die Verweildauer der Patienten reduziert und

eine Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Klinikbereich erzielt werden. Zu diesem Zweck legte die dänische Regierung Versorgungsregionen zusammen und reduzierte die Anzahl der Kliniken von 64 auf 22. Zusätzlich gibt es 14 Krankenhäuser ohne Notaufnahme.

Der Plan ging auf: Die Spezialisierung der Kliniken sorgte für einen starken Anstieg der Versorgungsqualität. Eine Grundvoraussetzung hierfür war eine genaue Analyse der benötigten Leistungen und Kapazitäten sowie eine bauliche Bewertung der Standorte, um zukunftsgemäße Neu- oder Anbauten zu gewährleisten. So besitzt das dänische Klinikum in Aarhus nur noch 1-Bett-Zimmer, um krankenhausbedingte Infektionen zu reduzieren und die Behandlungsqualität für Patienten zu verbessern. Insgesamt wurde durch die Reform eine Folgekosteneinsparung von acht Prozent erwartet. Umfragen unter Patienten belegen, dass der längere Anfahrtsweg für sie zweitrangig ist und sie insbesondere die vertrauliche Kommunikation des 1-Bett-Zimmers schätzen.

Das Beispiel Dänemark zeigt: Eine Spezialisierung führt tatsächlich zu einer Ver-

besserung der Patientenversorgung. Das setzt allerdings voraus, dass das Patientenleitsystem und die prähospitalen Versorgungsfunktionen funktionieren, damit der Patient trotz längerer Anfahrtswege schnell an den richtigen Behandlungsstandort gebracht werden kann. Im Gegenzug zu den längeren Anfahrtswegen erhöht sich durch die spezialisierten Krankenhäuser und Schwerpunktzentren aber auch das vorhandene Fachpersonal im Krankenhaus. So werden die Patienten dort behandelt, wo die meiste Expertise liegt. Die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach eingesetzte Kommission zur Reform der Krankenhauslandschaft findet in der dänischen Strukturreform ein gutes Beispiel, wie moderne, flexible und wirtschaftliche Krankenhäuser die Behandlungsqualität stärken können. In dieser Hinsicht könnte Dänemark als Vorbild für Deutschland dienen – durch konsequente Spezialisierung und Zentralisierung.

**Carolina Lohfert Praetorius** ist Vorstand der Lohfert-Praetorius A/S, eine dänische Beratungsgesellschaft im Bereich Krankenhausplanung.