

## Das Beispiel Dänemark: Wie der Wandel gelingt

Die Bundesregierung hat die „größte Krankenhausreform der vergangenen 20 Jahre“ angekündigt. Der Bedarf liegt auf der Hand: zu viele kleine Häuser, wirtschaftliche, qualitative und personelle Defizite wohin man schaut - Probleme, die viele europäische Länder schon vor vielen Jahren in die Hand genommen haben. Ein viel beachtetes Beispiel ist Dänemark.

Illustration: iStock.com/bortonia

# 252,5

Krankenhausfälle zählte das Statistische Bundesamt in Deutschland je 1.000 Einwohner 2019. In der Gruppe der OECD-37-Länder war das der Spitzenwert. Dänemark kam im selben Jahr auf 146,2 Fälle.

**+ Bund will  
Krankenhäuser  
bis Frühjahr 2024  
bei Energiekosten  
entlasten.**

Seite 4

**+ EPRD könnte  
die Aufgaben  
des geplanten  
Implantateregis-  
ters übernehmen.**

Seite 5

## Inhalt

- 2 Schwerpunkt**  
Ein Modell für moderne Klinikstrukturen
- 3 Hintergrund und Presse**  
Blick auf die gesamte Versorgung  
Presseecho
- 4 Markt und Meinung**  
Konzentrationsschub bei OPs an der Speiseröhre  
Bund will Gas- und Stromkosten kompensieren  
Selbstverwaltung soll Vergütung vereinbaren  
Kommentar
- 5 Versorgung und Service**  
EPRD: Blaupause für Implantateregister?  
Expertenkommission legt Reformkonzept vor  
Verbund der Unikliniken hätte großes Potenzial  
Termine  
Personalia
- 6 Zahlen – Daten – Fakten**  
Gute Strukturen – mehr Qualität

**» Die Landesregierung will Konzentration und Kooperation, und das ist gut so, für Kliniken und Patienten.**

Dr. Jörg Noetzel, medizinischer Vorstand der Mühlenkreiskliniken im Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW)

# Ein Modell für moderne Klinikstrukturen

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach will die deutsche Kliniklandschaft grundlegend reformieren. Andere Länder, die vor Jahren dieselben Probleme hatten, sind bei der Lösung schon weiter. Könnte der dänische Ansatz auch in der Bundesrepublik funktionieren?

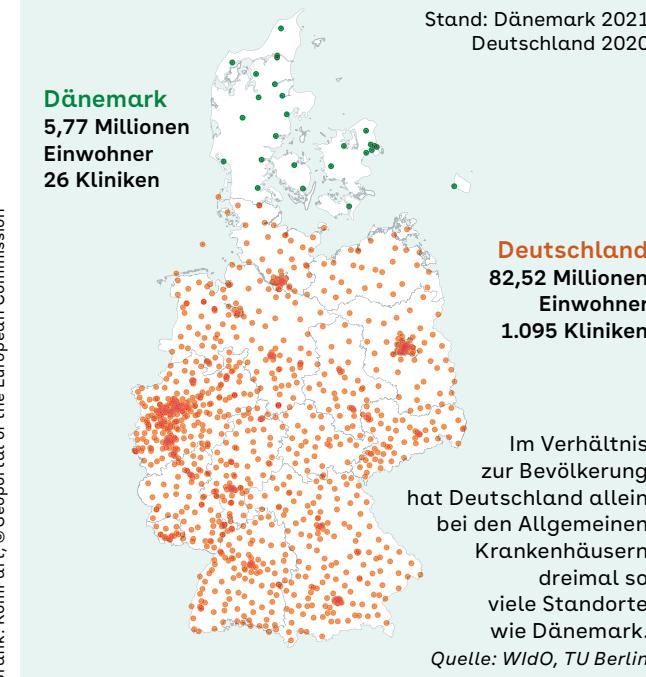
Deutschland hat nach internationalen Maßstäben zu viele Krankenhäuser und zu viele Betten. In der Folge ruinieren sich die Kliniken gegenseitig im Wettbewerb um Patienten und Personal. Vielerorts führen geringe Fallzahlen und fehlende Interdisziplinarität zu Problemen mit der Qualität. Seit Jahren sind selbst bestandserhaltende Investitionen in Kliniken unterfinanziert, und mehr denn je dominieren personelle Probleme den Stationsalltag. Zuletzt hat die Coronapandemie den Druck auf die Kliniken noch einmal erhöht. Bei der Suche nach Lösungen wird häufig auf Dänemark verwiesen.

## Dänemarks radikale Reform

Das Nachbarland im Norden bündelt seit 2007 seine stationären Kapazitäten energisch in wenigen, aber baulich, technisch und personell gut ausgestatteten Krankenhäusern mit Einzugsgebieten von mindestens 200.000 Einwohnern. Im Jahr 2000 gab es 40 Akutkliniken in Dänemark; das neue Zielbild sieht landesweit noch 21 Standorte mit Notaufnahmen vor. In den 16 sogenannten Superkrankenhäusern sollen Patientinnen und Patienten zudem von schnellerer Diagnostik, hochqualifiziertem Personal, moderner Medizintechnik sowie von eHealth und Telemedizin profitieren. Der dänische Staat will bis 2025 insgesamt 6,4 Milliarden Euro in das Programm investieren.

Während die Zahl der Betten in Deutschland bis 2019 nahezu stagnierte – sie ging lediglich von 8,2 auf 7,9 je tausend Einwohner zurück – reduzierte Dänemark seine stationären Kapazitäten um fast 30 Prozent auf 2,6 Betten je tausend Einwohner. Die ambulante Versorgung wurde dabei konsequent ausgebaut. Gleichzeitig hat die Regierung eine bessere Patientensteuerung und klare Behandlungspfade etabliert, die vorklinische Notfallversorgung gestärkt und die digitale Vernetzung des Gesundheitssystems vorangetrieben

## Krankenhausdichte in Deutschland und Dänemark



So ist die elektronische Patienten- und Medikationsakte seit 2014 bei Hausärzten und in Krankenhäusern implementiert. Während deutsche Kliniken sich mit wenigen Ausnahmen auf den unteren Rängen der EMRAM-Skala tummeln (Electronic Medical Records Adoption Model, das den Digitalisierungsgrad der Häuser misst), machen die „Superkrankenhäuser“ Schlagzeilen mit innovativen digitalen Projekten. Darin geht es um Robotik, fahrerlose Transporte, High-End-OPs und logistische Lösungen zur Echtzeit-Lokalisierung von Patienten, Personal oder Geräten.

## Qualitätsprogramm statt Kontrollen

Trotz einiger Verzögerungen sind Medienberichten zufolge drei Viertel der Projekte umgesetzt und zehn „Superkrankenhäuser“ in Betrieb. Es gab auch im eigenen Land Kritik an der Reform, und nicht in allen Versorgungsbereichen liegen die dänischen Behandlungsergebnisse über den deutschen. Doch bei vielen Indikationen hat Dänemark beeindruckende Erfolge erzielt. Kleine Kurskorrekturen gab es zuletzt bei der Zentralisierung und im Qualitätsmanagement: So will die dänische Regierung künftig in sogenannten „Near Hospitals“ im Umfeld der 21 Notaufnahmen eine wohnortnähere Grundversorgung anbieten. Und anstelle des qualitätsbasierten Akkreditierungssystems für Kliniken wurde ein „Nationales Qualitätsprogramm“ eingeführt, dessen Ergebnisse die Regionen veröffentlichen. Unterm Strich kann Deutschland viel von Dänemark lernen, so die Bilanz des durch den Innovationsfonds geförderten Forschungsprojektes „K:IDD – Impulse für Deutschland aus Dänemark“: Viele Aspekte der Reform seien auf Deutschland übertragbar. Strittig blieb, welche Rolle der Staat in der Planung spielen sollte und das genaue Ausmaß der Zentralisierung.

# Blick auf die gesamte Versorgung

Auf einigen Baustellen dauern die Arbeiten noch an, doch viele Erfolge der dänischen Gesundheitsreform sind schon da. „Blickpunkt Klinik“ sprach darüber mit Gesundheitsökonom Terkel Christiansen.



**Prof. em. Terkel Christiansen,**  
Gesundheitsökonom an der  
Süddänischen Universität  
(SDU) Kopenhagen

## Welche Auswirkungen der Krankenhausreform in Dänemark können Sie heute schon sehen?

Einige Superkrankenhäuser befinden sich noch im Bau, aber die Strukturen und Patientenpfade sind bereits vollständig umgesetzt. Die Auswirkungen sind schwer zu bemessen, weil gleichzeitig in allen Fachbereichen Programme zur Qualitätssicherung eingeführt wurden. Klar ist, dass unsere Lebenserwartung seit der Reform um mehr als drei Jahre gestiegen ist. Die Behandlung von beispielsweise Krebs und Herzkrankheiten hat sich dramatisch verbessert. Und die Produktivität in den Krankenhäusern ist erheblich gestiegen.

## Was halten die Beschäftigten in den Krankenhäusern von der Reform?

Die Ärztekammer hat den Grundgedanken der Reform – höhere Fallzahlen führen insbesondere in der Chirurgie zu mehr Qualität – anerkannt und die Reform unterstützt. Aus mehreren Gründen steht das Personal seit der Reform aber unter erhöhtem Arbeitsdruck, vor allem durch mehr ältere Menschen und mehr Behandlungsoptionen. Das hat insbesondere in der Pflege zu einer gewissen Unzufriedenheit geführt. Die Beschäftigten beschweren sich auch über steigende Anforderungen an die Dokumentation. Diese Faktoren haben aber nichts mit der Strukturreform als solcher zu tun.

Foto: T.Christiansen; Illustration: AOK

## Wie funktioniert die Kommunikation und Kooperation über Sektorengrenzen hinweg?

Mit den niedergelassenen Ärzten klappt es gut. Schwieriger ist es für die Gemeinden, die die Nachsorge organisieren müssen. Wenn Sie Patienten aus der Klinik übernehmen, bekommen sie notwendige Informationen häufig nicht oder nur verzögert. Mitunter müssen sie dafür im Krankenhaus anrufen. Das EU-Recht setzt auch der elektronischen Patientenakte Grenzen.

## Hat die dänische Bevölkerung die Argumentation „Qualität vor Nähe“ akzeptiert?

Es gab nur zu Beginn der Reform und insbesondere in entlegenen Regionen ernsthafte Proteste. Das hat sich verbessert, weil der Zugang zur Versorgung einfach ist. Bei Klinikeinweisungen haben Patienten normalerweise einen Anspruch auf Diagnostik und Behandlung binnen 30 Tagen. Für Notfälle wurden lange Wege durch einen Heli-Kopter-Service und weitgehend digitalisierte Rettungswagen kompensiert. Inzwischen sind die Strukturen akzeptiert.

## Worauf kommt es bei solchen Reformen an?

Veränderungen kommen nicht von selbst. Es gab einen starken politischen Impuls, und die Argumentation wurde durch die zuständigen Ausschüsse gestützt. Wichtig war, dass die Reform die gesamte Versorgung abdeckte, also Krankenhäuser, die ambulante Medizin und die kommunale Ebene. Bisher standen die Kliniken im Fokus, aber die nächste Reform soll die Pflege außerhalb der Kliniken und die Zusammenarbeit zwischen Akteuren verschiedener Sektoren verbessern.

## Presseecho

### 800 Millionen für das UKGM



Im Konflikt um die Finanzierung des Uniklinikums Gießen-Marburg (UKGM) zeichnet sich eine Lösung ab. Das Land Hessen und das UKGM wollen an beiden Standorten in den nächsten zehn Jahren mindestens 800 Millionen Euro investieren. Das teilten Wissenschaftsministerin Angela Dorn und Finanzminister Michael Boddenberg in Hessen mit. Beginnend mit dem Jahr 2023 erhalten das UKGM eine Landesförderung in Höhe von 48,15 Millionen Euro. Dieser Betrag werde in festgelegten Raten über zehn Jahre hinweg jährlich gesteigert. So ergibt sich rund eine halbe Milliarde Euro aus Landesmitteln. Das UKGM selbst werde rund 300 Millionen Euro investieren. Sollten die Eigenmittel des Uniklinikums nicht ausreichen, werde Rhön die fehlende Summe bereitstellen.

**Hessenschau**, 6. Dezember 2022

### Solides Umsatzplus bei Rhön

Die Rhön-Klinikum AG hat nach neun Monaten in diesem Geschäftsjahr Bilanz gezogen. Wie der Konzern im November mitteilte, seien die Umsatzerlöse im Vergleich zu den ersten drei Quartalen um 3,6 Prozent auf knapp eine Milliarde Euro gestiegen. Das Ergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA) verbesserte sich um 7,6 Prozent auf 76,5 Millionen Euro.

**Mainpost**, 16. November 2022

### Modernisierung in Leipzig

Das Klinikum St. Georg in Leipzig hat auf dem Klinikgelände ein neues Ambulanzzentrum eröffnet. Auf drei Etagen sind in dem Objekt zahlreiche Warte- und Behandlungszimmer, vier Operationssäle mit mobilen OP-Tischen sowie Aufwachräume untergebracht. Knapp 16 Millionen Euro hat der Städtische Eigenbetrieb in das neue Gebäude investiert. In den nächsten zehn Jahren soll der Campus für insgesamt 180 Millionen Euro zum modernsten Krankenhaus Sachsens umgebaut werden.

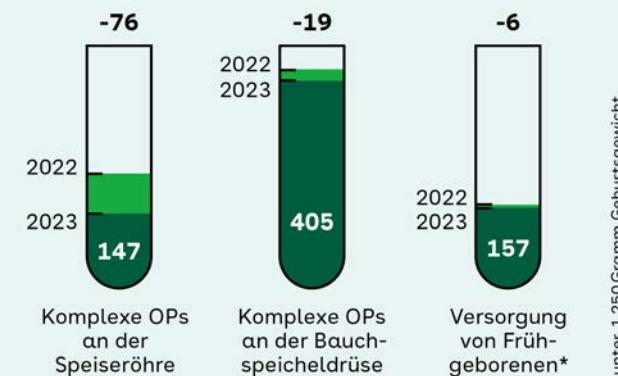
**MDR.de**, 1. November 2022

## MINDESTMENGEN

# Konzentrationsschub bei OPs an der Speiseröhre

Mindestmengen sichern die Qualität bei komplexen Eingriffen – und bewirken jetzt im Bereich der Speiseröhren-OPs eine deutliche Konzentration der Leistungen: Die Zahl der Kliniken, die entsprechende Eingriffe durchführen dürfen, sinkt um ein Drittel. Hintergrund ist, dass die Häuser ab 2023 mindestens 26 Ösophagus-OPs pro Jahr und Standort vorweisen müssen statt wie bisher zehn. Auch für die Versorgung von Frühchen mit besonders geringem Geburtsgewicht steigt die minimale Fallzahl, hier von 14 auf 20 Fälle jährlich. Bei komplexen Operationen an der Bauchspeicheldrüse geht die Zahl der Kliniken zurück, ohne dass sich die Vorgabe von zehn Fällen verändert hätte. In den übrigen mit Mindestmengen belegten Bereichen ändert sich die Zahl der Anbieter nur geringfügig.

## Wie viele Kliniken die Mindestmengen erfüllen



Ab 2023 dürfen voraussichtlich noch 147 Kliniken komplexe Eingriffe an der Speiseröhre durchführen; Bauchspeicheldrüsen-OPs bieten dann 405 Häuser an, in der Versorgung von Frühchen sind es 157. Quelle: AOK-BV

## ENERGIEKRISE

# Bund will Gas- und Stromkosten kompensieren

Die Bundesregierung will den Kliniken vor dem Hintergrund gestiegener Gas- und Stromkosten individuelle Finanzhilfen gewähren. Um die Liquidität der Häuser zu sichern, stehen vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2024 insgesamt sechs Milliarden Euro zur Verfügung. Die Mittel aus dem umgewidmeten Wirtschaftsstabilisierungsfonds werden aufgeteilt in Gelder zur unmittelbaren Deckung höherer Ausgaben bei Erdgas und Strom und solche, die pauschal mittelbare Kostensteigerungen kompensieren, etwa höhere Ausgaben für Dienstleister wie Wäschereien. Ihren individuellen Erstattungsbetrag müssen die Kliniken anhand der Kostendifferenz zu März 2022 ermitteln.

→ [aok.de/gp](http://aok.de/gp)

## SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG

# Selbstverwaltung soll Vergütung vereinbaren

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will mehr stationäre Leistungen in den ambulanten Sektor verlagern. Zu diesem Zweck sollen die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung für definierte Leistungen des AOP-Kataloges eine sektorenübergreifende Vergütung vereinbaren. In der Höhe soll sie zwischen den ambulanten Sätzen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und den Fallpauschalen (DRGs) liegen. Falls die Vereinbarung bis Ende März 2023 nicht zustande kommt, will das BMG eine entsprechende Verordnung erlassen.

→ [bundesgesundheitsministerium.de](http://bundesgesundheitsministerium.de)

## Kommentar



... Stefanie Bürkle,  
Landrätin im Landkreis  
Sigmaringen,  
Baden-Württemberg

## Kliniken attraktiver machen

Im Landkreis Sigmaringen konzentrieren wir unsere bisher drei Krankenhäuser jetzt auf einen gemeinsamen Standort für 133.000 Einwohner. Damit werden wir den Grund- und Regelversorger mit onkologischem Schwerpunkt für qualifiziertes Personal attraktiver machen und uns in die Lage versetzen, in moderne Medizin und Medizintechnik investieren zu können.

Doch die Kliniken sind nur ein Baustein. Wir müssen Gesundheit viel stärker integriert denken. In unserem Landkreis gibt es derzeit 21 offene Hausarztsitze, und unser Krankenhaus ist gezwungen, Ermächtigungen und Sonderbedarfe zu beantragen. Die planerische, organisatorische und finanzielle Trennung in Sektoren führt in vielen ländlichen Bereichen zu Unterversorgung, und der Übergang von stationärer zu poststationärer Versorgung ist häufig problematisch. Krankenhaus- und vertragsärztliche Bedarfsplanung müssen deshalb in einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung aufgehen.

Dabei sollten wir die Digitalisierung als Chance sehen. Bund und Länder müssen den Datenschutz, das Standes- und Haftungsrecht so ausgestalten, dass Doppelstrukturen vermieden und Kapazitäten im System frei werden. Gleichzeitig brauchen die Kliniken Planungssicherheit. Die künftige Krankenhausfinanzierung sollte deshalb eine Systematik aufweisen, die Betriebskosten und Investitionen abdeckt und Vorhaltekosten für die Versorgung in ländlichen Häusern realistisch berücksichtigt.

Foto: Landratsamt Sigmaringen

## EPRD: Blaupause für Implantateregister?

Anlässlich der Zehn-Jahres-Bilanz des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) fordern Verbände, die Expertise des EPRD stärker zu nutzen: So könnten die Aufgaben des gesetzlichen Implantateregisters übergangsweise auf das EPRD übertragen werden. Mit rund 2,2 Millionen Datensätzen aus über 750 Kliniken, die freiwillig Daten liefern, deckt es mehr als 70 Prozent der endoprothetischen Versorgung in Deutschland ab. In den Daten finden sich unter anderem Gründe für Wechseloperationen und Informationen zur Haltbarkeit der Implantate. Das geplante gesetzliche Implantateregister werde frühestens im Jahr 2030 vergleichbare Daten liefern, schätzen Experten.

→ [eprd.de](http://eprd.de)

## Expertenkommission legt Reformkonzept vor

Die Regierungskommission für den Krankenhausbereich hat ihre Vorschläge für eine Krankenhausreform veröffentlicht. Demnach könnte es in Deutschland künftig drei, teils in sich differenzierte Versorgungs-level geben. Diese sollen nicht mehr nach Fachabteilungen definiert werden, sondern anhand von Leistungsgruppen mit konkreten Qualitätsanforderungen. Bei der Vergütung sieht das Eckpunktepapier zusätzlich zu Fallpauschalen und Pflegebudget eine Finanzierung von Vorhaltekosten vor, deren Volumen aus dem DRG-Volumen ausgegliedert wird. Für die einzelnen Kliniken soll sich die Finanzierung von Vorhaltekosten nach ihren Leistungsgruppen bemessen.

→ [bundesgesundheitsministerium.de](http://bundesgesundheitsministerium.de)

## Verbund der Unikliniken hätte großes Potenzial

Ein Zusammenschluss der beiden Universitätsklinika Heidelberg und Mannheim rückt näher: Das Gutachten einer Gruppe internationaler Beratungsfirmen belegt große finanzielle und strukturelle Vorteile. So könnte der Verbund bis zum Jahr 2030 ein ausgeglichenes Ergebnis vorlegen. Der größere Forschungsverbund kann mehr Patientendaten für die Forschung nutzen und soll auch internationale Spitzenkräfte anziehen. Um diesen Baustein der sogenannten „Health + Life Science Alliance Heidelberg und Mannheim“ für die Gesundheitsregion Rhein-Neckar zu realisieren, müssen das Land Baden-Württemberg und das Kartellamt noch zustimmen.

→ [klinikum.universität-heidelberg.de](http://klinikum.universität-heidelberg.de)

## Termine

**27. / 28.01.23 Berlin**

**Kongress Pflege**

Fachkongress für Führungskräfte in der Pflege, veranstaltet von SpringerPflege

**09. / 10.03.23 Koblenz**

**DINK 2023**

Deutscher Interdisziplinärer Notfall-medizin-Kongress, veranstaltet von DGAI und BDA

**23. / 24.03.23 Köln**

**Innovationskongress Health 4.0**

Hybrider Kongress, veranstaltet von europäischen Gesundheitsregionen

## Personalia

### Konstanze Marinoff neu im Sana-Vorstand



Foto: Stephanie Trenz

Sana baut erneut auf Expertise aus der Industrie: Konstanze Marinoff, ehemalige Porsche-Managerin, verstärkt den Vorstand künftig als Arbeitsdirektorin und „Chief People & Culture“. Die 49-jährige Marinoff hatte in den vergangenen Jahren verschiedene Funktionen und Führungspositionen im Personalbereich vor allem in der Automobilwirtschaft inne. Der fünfköpfige Sana-Vorstand zählt mit der Personal- und Führungskräfteexpertin nun drei Frauen.

### Daniela Behrens bleibt Gesundheitsministerin



Foto: Sozialministerium Nds.

Die bisherige Gesundheits- und Sozialministerin in Niedersachsen, Daniela Behrens (SPD), führt das Ministerium weiter. Behrens leitet das Sozial- und Gesundheitsressort, das auch die Themen Arbeit und Gleichstellung verantwortet, seit rund eineinhalb Jahren. Die 54-jährige Politikwissenschaftlerin und gelernte Journalistin hatte als Staatssekretärin in Niedersachsen und Abteilungsleiterin im Bundesfamilienministerium bereits dieselben Themen bearbeitet.

### Gundula Werner erneut Vorsitzende in Thüringen



Foto: LKHG TH

Die Landeskrankengesellschaft Thüringen hat Gundula Werner als Vorstandsvorsitzende bestätigt. Seit 2010 führt die Geschäftsführerin des Klinikum Altenburger Land den Krankenhausverband. Kontinuität gibt es auch für ihre Stellvertretung: Tomas Kallenbach und Franka Köditz setzen ihre Arbeit in den nächsten vier Jahren ebenfalls fort. Die promovierte Ökonomin Werner ist seit 2020 auch Vizepräsidentin der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

## BEHANDLUNGSERGEBNISSE

# Gute Strukturen – mehr Qualität

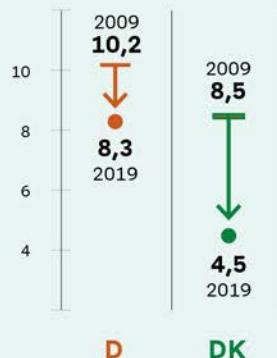
### Lebenserwartung bei Geburt in Jahren



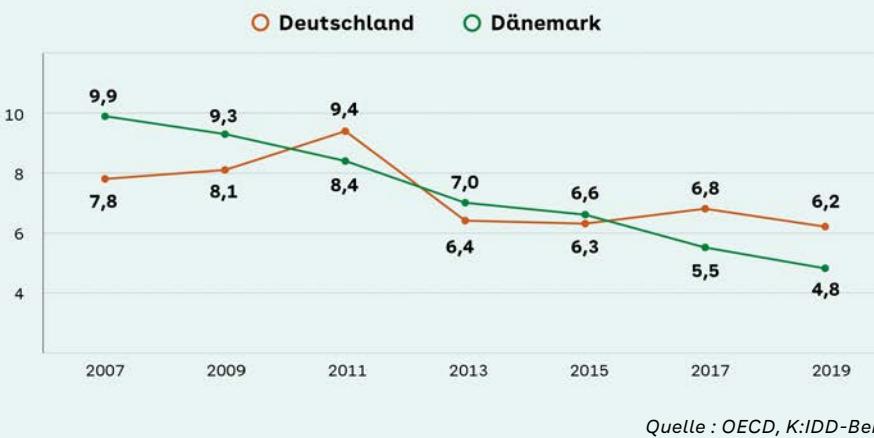
### Hüftfraktur-OP innerhalb von 2 Tagen Patienten ab 65 Jahren



### Herzinfarktsterblichkeit 30 Tage nach Aufnahme je 100 Aufnahmen



### Schlaganfallsterblichkeit 30-Tage-Sterblichkeit nach Aufnahme (ischämischer Schlaganfall) je 100 Aufnahmen



Illustrationen: AOK, iStock.com/iconicBestiary

## Impressum

Herausgeber: AOK-Bundesverband; Verantwortlich: Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes; Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG, 10178 Berlin, Rosenthaler Str. 31, kompart.de; Redakteurin: Anja Schnake; redaktionelle Mitarbeit: Annette Affhüppe; Creative Director: Sybilla Weidinger; Grafik: Simone Voßwinkel; Job-Nr.: 22-0200  
Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: [blickpunkt-klinik.de/datenschutz](http://blickpunkt-klinik.de/datenschutz)

Dänemark hat durch bessere Klinikstrukturen und indikationsspezifische Qualitätsprogramme bei wichtigen Parametern große Fortschritte erzielt. Im Zuge der Reform hat sich die Lebenserwartung bei Geburt seit 2007 um mehr als drei Jahre erhöht. Beachtliche Erfolge verbucht die Strategie auch und gerade in der Notfallversorgung. Die 30-Tage-Sterblichkeit nach Klinikaufnahme bei Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt hatte sich bis 2019 nahezu halbiert, obwohl Dänemark schon vor der Reform gute Ergebnisse vorweisen konnte. Etwa im selben Maß haben Schlaganfallpatienten von der Zentralisierung und Konzentration von Leistungen profitiert. Die dänischen Rettungswagen sind heute digital mit der zuständigen Klinik vernetzt. Das ermöglicht den Einsatzkräften, die Behandlung bereits auf dem Weg in die Notaufnahmen zu beginnen. Spätestens 48 Stunden nach der Aufnahme werden Patienten entweder aus der Notfallversorgung entlassen oder in Spezialkliniken verlegt.

Und: Trotz deutlich verschlankter Strukturen wurden 2019 mehr Patienten mit Oberschenkelhalsbruch innerhalb von zwei Tagen operiert als zehn Jahre zuvor.



## „Blickpunkt Klinik“ kostenlos abonnieren

Fundierte Informationen aus dem Krankenhaus – hier können Sie ein Abo abschließen oder beenden:

→ [Newsletter abonnieren](#) → [Newsletter abbestellen](#)