

INHALT

- **Pflegereform braucht Nachjustierung**
- **Stabile Kassenlage auch im vierten Quartal**
- **Digitalisierung, Pflege und Landärzte: Spahn benennt Schwerpunkte**
- **Barley beharrt auf Regelung zu Informationen über Abtreibungen**
- **Freispruch für Arzt in Sterbehilfe-Prozess**
- **Medizinstudium: Länder sollen Uniplatz-Vergabe eigenständig regeln**
- **Ulm als Zentrum neurologischer Spitzenforschung gestärkt**
- **Zuzahlungen für gesetzlich Versicherte leicht gestiegen**
- **Hintergrund: Krankenhaus-Report 2018 – Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit**

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
20. März 2018

■ Krankenhaus-Report: Strukturen in Deutschland müssen zentralisiert werden

Aktuelle Analysen des **Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)** zeigen, dass die stationäre Versorgung durch zentralere Strukturen verbessert werden kann. Bund und Länder sollten für das Jahr 2025 ein Zielbild entwickeln, schlägt der AOK-Bundesverband vor. „Ein deutlicher Schritt wäre es bereits, wenn zukünftig Kliniken mit mehr als 500 Betten die Regel bilden“, sagte der **Vorstandsvorsitzende Martin Litsch** bei der Präsentation des Krankenhaus-Reports 2018 in Berlin. Nordrhein-Westfalen wolle diesen Prozess „gewinnbringend begleiten“, kündigte **NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann** bei dieser Gelegenheit an. „Bei den Planungen standen bisher oftmals die Bettenzahlen im Fokus. In Zukunft muss mehr die Qualität im Fokus stehen.“ Nicht nur bei Krebsoperationen, auch bei anderen planbaren Eingriffen wie Hüftprothesenoperationen und sogar in der Notfallversorgung sei eine stärkere Spezialisierung so wie Zentralisierung nötig und möglich, ergänzte **WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber**, Mitherausgeber des Reports. „Die Diagnose, dass die mangelnde Konzentration stationärer Fälle zu unnötigen Todesfällen führt, wird von der Politik mittlerweile akzeptiert, auch wenn es mit der Therapie noch hapert“, bilanzierte **Prof. Dr. Reinhard Busse** von der Technischen Universität Berlin. Weitere Details im Hintergrund ab Seite 7.

Infos: www.aok-bv.de

■ Gesundheitsstudie: Kinder sind immer noch zu dick

Mehr als jedes siebte Kind in Deutschland hat Übergewicht. Das geht aus der jüngsten Untersuchung des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** in Deutschland (KiGGS) hervor. Demnach sind 15,4 Prozent der Kinder und Teenager zwischen drei und 17 Jahren zu dick. 5,9 Prozent sind sogar fettleibig. Damit haben sich die Werte seit dem Beginn der großen Untersuchung in den Jahren 2003 bis 2006 nicht verändert. Als positiv werten die Forscher, dass der Trend zum Übergewicht – wenn auch auf hohem Niveau – gestoppt wurde. Fast die Hälfte der Kinder, die zu viel auf die Waage bringen, leidet auch später als Teenager unter Fettpolstern. Noch immer sind Kinder aus sozial schwachen Familien dicker als ihre Altersgenossen aus Elternhäusern mit einem höheren Sozialstatus. Für die jüngste KiGGS-Erhebung hat das RKI über 25.000 Kinder, Jugendliche und Eltern befragen lassen. Die Untersuchung ist nach Angaben des Instituts die umfassendste Jugendgesundheitsstudie in Deutschland.

Infos: www.rki.de

ZUR PERSON I



■ Jens Spahn

hat sein Amt als neuer Bundesgesundheitsminister in der dritten Großen Koalition unter Angela Merkel angetreten. Spahn gehört seit 2002 dem Bundestag an, war von 2009 bis 2015 gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CDU-Bundestagsfraktion und zuletzt Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesfinanzministerium.



■ Andreas Westerfellhaus

soll neuer Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung werden. Dass kündigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf dem Deutschen Pflegetag an. Der 61-Jährige war acht Jahre lang Präsident des Deutschen Pflegerates. Der gelernte Krankenpfleger ist seit 2000 Geschäftsführer eines Aus- und Weiterbildungsunternehmens für Gesundheitsberufe.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Pflegereform braucht Nachjustierung

Neben den erreichten Leistungsverbesserungen konnten durch die Pflegereform rund 10.000 Vollzeitstellen und etwa 60.000 zusätzliche Stellen für Betreuungskräfte geschaffen werden. „Davon hat die vollstationäre Pflege aber nicht im gleichen Maße profitiert wie die ambulante“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, **Martin Litsch**, anlässlich des Deutschen Pflorgetages in Berlin. Zu einem ehrlichen Politikstil gehöre aber auch die Einschränkung, dass die akuten Personaldefizite in der Pflege nicht von heute auf morgen beseitigt werden könnten, so Litsch. In den deutschen Pflegeheimen sind laut einer **aktuellen Studie** des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung rund 17.000 Stellen offen. Grund für die Pflege-lücke sind laut dieser Untersuchung nicht fehlendes Geld, sondern hauptsächlich der bundesweite Fachkräftemangel sowie die abnehmende Qualität der Bewerber. In 81 Prozent der Einrichtungen sei eine unzureichende Bewerberlage zu beobachten. 30 Prozent der Leitungen gäben an, dass sie offene Stellen nicht mehr bei der Arbeitsagentur meldeten. Die Zahl der unbesetzten Stellen könnte also noch höher liegen. Der Präsident des Deutschen Pflagerates, **Franz Wagner**, forderte ein Sofortprogramm für jeweils 50.000 Stellen in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Infos: www.deutscher-pflegetag.de

■ Stabile Kassenlage auch im vierten Quartal

Die Krankenkassen haben 2017 ein Plus von rund 3,15 Milliarden Euro erzielt. Dabei konnten alle Krankenkassenarten Überschüsse verzeichnen. Das geht aus den vorläufigen Finanzergebnissen (KV45) der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hervor. Die AOK-Gemeinschaft erwirtschaftete demnach im vergangenen Jahr ein Plus von rund 1,45 Milliarden Euro. Die AOK habe einerseits von einem überdurchschnittlich positiven Versicherungszuwachs profitiert. Andererseits seien deren Leistungsausgaben mit 1,3 Prozent gegenüber 2016 nur unterdurchschnittlich gestiegen, bilanzierte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. „Diesen Wettbewerbsvorteil haben wir uns über Jahrzehnte durch unsere hohe Versorgungskompetenz und ein bedarfsgerechtes Kostenmanagement erarbeitet.“ Die Finanzreserven der Krankenkassen lagen Ende 2017 bei rund 19,2 Milliarden Euro. Während die Kassen Überschüsse erzielten, fehle den Krankenhäusern das Geld, klagt hingegen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). „Die Politik muss überlegen, ob die Beitragsüberschussmittel nicht endlich in die medizinische Versorgung fließen sollten“, fordert DKG-Präsident Dr. Gerald Gaß. Kassenverbandschef Litsch warnte hingegen vor einer Ausgabenpolitik der lockeren Hand: „Ursächlich ist auch die gute Konjunktur, die die Kassen nutzen sollten, um für schlechtere Zeiten vorzusorgen und an der eigenen Wettbewerbsfähigkeit zu arbeiten.“ (Siehe auch die Grafik auf Seite 6)

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



■ **Frank Treu**
ist neuer Manager Gesundheitspolitik im Hauptstadtbüro des Pharmaunternehmens MSD Deutschland. Er ist verantwortlich für die Themen Infektionskrankheiten und Impfungen. Treu folgt auf Jan Weißflog, der bei MSD künftig den Bereich Nutzenbewertung beim Gemeinsamen Bundesausschuss koordiniert.



■ **Dr. Stephan Eder**, Country Head Sandoz Deutschland und Vorstandssprecher von Hexal, ist neuer Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Pro Biosimilars. Er folgt auf Dr. Andreas Eberhorn, der der Arbeitsgemeinschaft seit 2015 vorstand. Eberhorn ist seit Februar als Country Head der Firma Sandoz in Österreich tätig.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Digitalisierung, Pflege, Landärzte: Spahn benennt seine Schwerpunkte

Der neue Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will die stockende Einführung einer voll funktionsfähigen **elektronischen Gesundheitskarte** (eGK) beschleunigen. „Ich möchte, dass wir die nächsten dreieinhalb Jahre das Ding endlich so kriegen, dass Patienten, Ärzte, Pflegekräfte einen Mehrwert spüren, weil es die Versorgung besser macht“, sagte Spahn auf dem **Deutschen Pflagegtag**. „Das möchte ich noch stärker, als es in den letzten Jahren der Fall war, in den Fokus nehmen.“ Bei der elektronischen Gesundheitskarte gestaltete sich der Aufbau der technischen Infrastruktur **schwieriger als erwartet**, auch wegen des Widerstands aus der Ärzteschaft. Über eine Milliarde Euro hat das Projekt bisher die Kassen gekostet. Ein weiterer Schwerpunkt sind laut Spahn die **Pflege** und vor allem die Gewinnung von mehr Pflegekräften. Hier habe sein Vorgänger mit den Pflegestärkungsgesetzen schon einiges vorgelegt. Als drittes Schwerpunktthema nannte er die **ärztliche Versorgung** auf dem Land und der **Terminservice** für Patienten.

KOMMENTAR

Als langjähriger gesundheitspolitischer Sprecher der Union kennt Jens Spahn sich aus. Pflege, Landarztmangel und Digitalisierung sind zentrale Themen der Gesundheitspolitik. Spahn weiß jedoch auch um die Herausforderungen und Widerstände. Die Ärzteschaft etwa hat für die eGK über Jahre hinweg nur wenig Enthusiasmus entwickelt. Auch die Besetzung freier Hausarztpraxen auf dem Lande zählt nicht gerade zu den Erfolgsgeschichten Kassenzentraler Vereinigungen. In ihrer Verantwortung liegt zuallererst die Verteilung der Ärzte. Und: Weder demografischer Wandel noch Fachkräftemangel machen schnelle Lösungen in der Pflege wahrscheinlich. All das weiß Jens Spahn. Insofern verwundert der forsche Auftritt zum Amtsantritt. Aber auch damit kennt Jens Spahn sich ja aus. (rbr)

Infos: www.bundesgesundheitsministerium.de

■ Arzneimittelsicherheit: Endspurt für EU-Richtlinie

Nur noch ein knappes Jahr bleibt den Arzneimittelherstellern zur Umsetzung der EU-Richtlinie zum Fälschungsschutz bei **Arzneimitteln**. Ab Februar 2019 müssen verschreibungspflichtige Medikamente die neuen Sicherheitsmerkmale aufweisen. Sie sollen verhindern, dass gefälschte verschreibungspflichtige Arzneimittel in den legalen Lieferverkehr gelangen. In Deutschland haben Apotheker-, Pharma- und Großhandelsverbände mit „**securPharm**“ eine Einrichtung geschaffen, die das System zur Echtheitsprüfung von Arzneimitteln aufbaut. Bislang beteiligen sich rund 200 Arzneimittelhersteller daran. Die Fälschungssicherheit soll vor allem durch eine individuelle Seriennummer gewährleistet werden. Zudem soll durch eine zusätzliche Hülle oder andere Methoden sichergestellt werden, dass es auffällt, wenn eine Medikamentenpackung unbefugt geöffnet wurde.

Infos: www.ec.europa.eu

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Barley beharrt auf Regelung zu Informationen über Abtreibungen

Bundesjustizministerin Katarina Barley (SPD) stellt sich jetzt im Streit innerhalb der Großen Koalition um ein Werbeverbot für Abtreibungen gegen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Barley setzt auf eine Neuregelung zu Informationen über Schwangerschaftsabbrüche. „Ich verlasse mich auf das Wort der Kanzlerin, die zugesagt hat, eine gute Lösung für alle Beteiligten zu finden“, sagte Barley. Es gehe nicht um Werbung, sondern um Information. Daran müsse jetzt die gesamte Bundesregierung arbeiten, so Barley. Ärzte bräuchten Rechtssicherheit und betroffene Frauen Unterstützung in einer persönlichen Krisensituation. Ihr Kabinettskollege Spahn hatte Forderungen nach einer Abschaffung des Verbots in einem Zeitungsinterview scharf kritisiert. Nach inzwischen mehrwöchigem Zwist hatten sich die Fraktionschefs von Union und SPD zunächst darauf verständigt, dass die Regierung einen Vorschlag vorlegen soll. Die SPD zog daraufhin einen Antrag auf Streichung des betroffenen Paragraphen 219a zurück, der Werbung für Abtreibungen bisher verbietet. Insbesondere die Unionsfraktion will an dem Verbot festhalten. FDP, Linke und Grüne haben Gesetzentwürfe eingebracht, die die Regelung abschaffen oder abschwächen sollen.

Infos: www.gesetze-im-internet.de

■ Freispruch für Arzt in Sterbehilfe-Prozess

Ein Berliner Arzt hat sich nicht strafbar gemacht, als er einer unheilbar kranken Patientin bei ihrem Suizid geholfen hat. Das hat das Berliner Landgericht entschieden. Dem Arzt sei kein „aktives Tun“ nach Eintritt der Bewusstlosigkeit der Patientin vorzuwerfen. Auch das Unterlassen von Rettungsmaßnahmen sei nicht strafbar gewesen. „Der Patientenwille ist zu achten“, sagte die Vorsitzende Richterin. Die Staatsanwaltschaft hatte eine Geldstrafe von 18.000 Euro wegen versuchter Tötung auf Verlangen beantragt. Die Verteidigung plädierte auf Freispruch. Der damalige Hausarzt hatte die Patientin im Februar 2013 auf ihren Wunsch hin bei ihrem Selbstmord unterstützt und ihr ein starkes Schlafmittel verschrieben. Die Frau litt seit ihrer Jugend an einer chronischen, nicht heilbaren und schmerzhaften Reizdarmerkrankung. Sie hatte mehrfach versucht, sich das Leben zu nehmen. Unumstritten war im Prozess, dass die 44-Jährige die tödliche Dosis allein einnahm. Kurz danach hatte sie ihren Arzt per Handy-Nachricht informiert. Er fand die Frau nach eigenen Angaben in einem tiefen Koma vor. Aktive Sterbehilfe ist hierzulande verboten, die Hilfe bei der Selbsttötung hingegen nicht. Zulässig ist zum Beispiel, ein tödliches Medikament bereitzustellen, das der Betroffene selbst einnimmt. Auch passive Sterbehilfe wie der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen ist erlaubt.

Infos: www.berlin.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ **Medizinstudium: Länder sollen Uniplatz-Vergabe eigenständig regeln**

Der Bund will die vom **Bundesverfassungsgericht verlangte Reform** der Zulassung zum Medizinstudium den Ländern überlassen. Das geht aus einer Antwort des Bundesbildungsministeriums auf eine kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen hervor. Der im Urteil formulierte Auftrag richte sich nach dem Verständnis der Bundesregierung primär an die Länder, schreibt das Bildungsressort in seiner Antwort. Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe hatte im Dezember 2017 entschieden, dass die Platzvergabe teils verfassungswidrig sei und bis Ende 2019 neu geregelt werden müsse. Aktuell haben fast nur Einser-Abiturienten eine Chance auf einen Studienplatz. Für viele andere gelten Wartezeiten von bis zu 15 Semestern. Bis Juni wollen die Länder nun den Entwurf eines Staatsvertrags erarbeiten.

Infos: www.bundestag.de

■ **Ulm als Zentrum neurologischer Spitzenforschung gestärkt**

Ulm ist jetzt offiziell zehnter Standort des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Krankheiten (DZNE). Die Erforschung seltener und besonders komplizierter Nervenerkrankungen soll in der schwäbischen Universitätsstadt somit deutlich verstärkt werden. Bereits jetzt seien Wissenschaftler in Ulm „weltweit führend in der Erforschung und klinischen Behandlung von neurodegenerativen Erkrankungen wie ALS, Frontotemporaler Demenz oder Huntington“, erklärte Baden-Württembergs Wissenschaftsministerin Theresia Bauer (Bündnis 90/Die Grünen). Die Kooperation mit dem DZNE werde wegweisende Impulse für die Erforschung und Behandlung von Nervenerkrankungen ermöglichen. Die symbolische Vertragsunterzeichnung erfolgte am internationalen „Tag der Seltenen Erkrankungen“ (27. Februar).

Infos: www.dzne.de

■ **25 Jahre Europavertretung der Sozialversicherungen**

Vor einem Vierteljahrhundert haben die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung ihre gemeinsame Europavertretung in Brüssel eröffnet. Auch der AOK-Bundesverband bringt die Interessen der AOK-Gemeinschaft über die Europavertretung aktiv ein. Zugleich hat die AOK 2013 ein eigenes Büro in Brüssel eingerichtet. Vor Ort führt der AOK-Europavertreter Jan van Lente direkte Gespräche mit der EU-Kommission oder Europaparlamentariern und nimmt an Veranstaltungen und Fachanhörungen teil.

Infos: www.aok-bv.de

Vorschau

G+G | 03/2018

Gesundheit und Gesellschaft

Wie Schwarz-Rot punkten will:

E-Health, Notfallversorgung, Pflegestellen – der schwarz-rote Koalitionsvertrag enthält manch gute Reformsätze – nicht aber beim Wettbewerb. AOK-Politikchef Kai Senf analysiert den Koalitionsvertrag.

Ein Rückchen für Emma

In einer Kieler Demenz-WG sorgt Roboter Emma für Schwung. Der Hightech-Helfer unterstützt die Betreuer, ist aber kein Ersatz für menschliche Zuwendung. Bärbel Triller hat Emma beobachtet.

Bares nach dem Bürgervotum

Manches Krankenhaus überlebt nur, weil Bürger für den Fortbestand stimmen. Müssten sie für den Erhalt zahlen, könnte ihr Votum anders

GKV-Finanzentwicklung – 1. bis 4. Quartal 2017*

	GKV	AOK	BKK	IKK	EK
Ärztliche Behandlung	3,7	3,2	1,9	4,3	4,5
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	0,8	1,9	1,7	0,3	-0,1
Zahnersatz	-0,1	0,2	-2,8	0,1	-0,0
Arzneimittel	2,8	0,9	1,1	5,4	3,9
Hilfsmittel	1,6	-0,4	0,9	2,4	3,6
Heilmittel	3,3	2,6	1,0	8,4	3,0
Krankenhausbehandlung	1,4	0,0	-0,9	2,3	3,0
Krankengeld	4,0	4,7	3,5	2,5	4,9
Fahrtkosten	4,9	3,5	0,4	7,1	6,9
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	1,2	0,6	-0,7	1,9	2,0
Früherkennungsmaßnahmen	1,7	4,3	2,8	0,3	-0,4
Häusliche Krankenpflege	5,1	2,5	-2,0	12,5	8,2
Ausgaben für Leistungen insg.	2,4	1,3	0,7	3,3	3,4

Die Krankenkassen haben 2017 insgesamt 3,15 Milliarden Euro weniger ausgegeben als eingenommen. Den Einnahmen in Höhe von 233,72 Milliarden Euro standen Ausgaben von 230,56 Milliarden Euro gegenüber. Alle Kassenarten konnten ihr Finanzergebnis gegenüber dem Vorjahr verbessern. 2016 betrug der Überschuss 1,38 Milliarden Euro.

*Veränderungsrate je Versicherten einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr in Prozent (Quelle: BMG)

Infos: www.bundesgesundheitsministerium.de

■ Zuzahlungen für gesetzlich Versicherte leicht gestiegen

Knapp vier Milliarden Euro haben private Haushalte 2017 zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzahlen müssen. Das zeigen die aktuellen Auswertungen der vorläufigen GKV-Finanzergebnisse. 2016 lag die Summe knapp 100 Millionen Euro oder rund 2,6 Prozent niedriger als 2017. Die meisten Zuzahlungen mussten gesetzlich versicherte Patienten zu Arzneimitteln leisten: etwas mehr als 2,2 Milliarden Euro. Auf diesen Bereich entfällt auch fast die Hälfte der Steigerung. Insgesamt ist die Summe aller Zuzahlungen jedoch in den vergangenen Jahren tendenziell gesunken. 2010 waren es noch insgesamt etwas mehr als fünf Milliarden Euro, 2005 sogar fast 5,5 Milliarden.

Infos: www.gbe-bund.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Krankenhaus-Report 2018: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit

Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern bei der Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder sind vielfach untersucht und belegt. Sei es durch es Studien, die Qualitätsunterschiede in Abhängigkeit von der Fallzahl belegen, mit der naturgemäß unterschiedliche Erfahrung und Routine verbunden sind. Sei es durch nachweislich bessere Ergebnisse der Behandlung in zertifizierten Zentren, die neben Fallzahlvorgaben für die Zertifizierung auch weitere Anforderungen an die strukturelle und personelle Ausstattung sowie Prozesse formulieren.

Die im Krankenhaus-Report dokumentierten aktuellen Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigen unter anderem am Beispiel von Darmkrebsoperationen, dass die Versorgung der Patienten durch Spezialisierung und Zentralisierung deutlich verbessert werden könnte. Deutschland verzeichnet jährlich bei **Darmkrebs** rund 60.000 Neuerkrankungen. Rund 40 Prozent der betroffenen Patienten sterben in den ersten fünf Jahren nach der Diagnosestellung. Verschiedene Studien belegen jedoch die besseren Langzeitüberlebensraten für die Behandlung in zertifizierten Zentren im Vergleich zu Nicht-Zentren. Bei Kolonkarzinom-Operationen liegt das Risiko, schon während des **Krankenhausaufenthalts** zu sterben, in Nicht-Zentren um 21 Prozent höher als in von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Zentren. Bei Rektumkarzinom-Operationen sind es sogar 65 Prozent.

» WIdO-Befund: Stärkere Zentralisierung nötig und möglich

2015 sind in Deutschland rund 44.000 Darmkrebsoperationen in mehr als 1.000 Krankenhäusern vorgenommen worden. Doch von allen Kliniken, die diese Operation angeboten haben, führte ein Viertel den Eingriff maximal 17 Mal im Jahr durch, ein weiteres Viertel hatte zwischen 18 und 33 Eingriffe. Offensichtlich nehmen viele der operierenden Häuser die Operation nur selten vor. Unter der Annahme, dass nur noch zertifizierte Zentren beziehungsweise Krankenhäuser, die mindestens 50 Darmkrebsoperationen durchführen, diese Leistung erbringen dürften, blieben bundesweit 385 Kliniken für die operative Versorgung übrig. „Nicht nur bei Krebsoperationen, auch bei anderen planbaren Eingriffen wie Hüftprothesenoperationen und sogar in der Notfallversorgung ist eine stärkere Zentralisierung nötig und möglich, wie die Analysen des WIdO zeigen“, sagt WIdO-Geschäftsführer **Jürgen Klauber**, Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports.

Auf die Notwendigkeit einer zentralisierten Krankenhausversorgung weist auch **Prof. Dr. Reinhard Busse** von der Technischen Universität Berlin hin. So sei es notwendig, Patienten mit Verdacht auf einen Herzinfarkt nur in Krankenhäuser mit einer Herzkathetereinheit einzuliefern und dort zu behandeln. Von den fast 1.400 Krankenhäusern, die Patienten mit Herzinfarkten behandeln, weisen weniger als 600 eine solche Einheit auf. 2015 wurden 225.000 Herzinfarkte in Deutschland in knapp 1.400 Krankenhäusern be-

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

handelt. Ein größerer Teil der Häuser versorgte Herzinfarkte eher selten, ein Viertel der Häuser maximal 29 Mal im Jahr, im Mittel 1,1 Mal im Monat, und dann weitestgehend ohne den Therapiestandard.

» Dänemark als Orientierung

Nur gut 500 der 1.300 Kliniken, die derzeit Schlaganfälle behandeln, verfügen über die dazu notwendigen Schlaganfalleinheiten, sogenannte Stroke Units. Gleichzeitig müsste garantiert sein, dass das Krankenhaus rund um die Uhr für Notfälle wie Schlaganfälle und Herzinfarkte über entsprechende Fachärzte verfügt, wie dies in Dänemark selbstverständlich vorgeschrieben ist. Würden Neurologen und Kardiologen so auf die Krankenhäuser verteilt werden, dass immer genau ein Facharzt verfügbar ist, würde es für jeweils nur rund 600 Krankenhäuser reichen. „Deutschland besitzt zu viele Krankenhäuser und insbesondere zu viele **Krankenhausbetten** – dies ist inzwischen von vielen Seiten akzeptiert“, resümiert Busse und wendet den Blick noch einmal nach Dänemark, wo die Anzahl an Krankenhäusern nicht einfach nur reduziert wurde. „Ambulant mögliche Behandlungen erfolgen auch ambulant, aber für Notfälle und komplexe Fälle wird eine stationäre Versorgung mit entsprechender personeller und apparativer Ausstattung rund um die Uhr vorgehalten.“ Die Vernetzung aller Akteure, zum Beispiel der Notfallaufnahmen mit den Rettungswagen, trage ebenfalls zu guten Ergebnissen bei.

» Qualitätsorientierte Krankenhausplanung zügig angehen

Bei der Krankenhausplanung in Deutschland ist es schon heute möglich, die Klinikstrukturen qualitätsorientiert zu zentralisieren und zu spezialisieren. Das **Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG)** hat den Bundesländern dafür schon vor zwei Jahren umfangreiche Möglichkeiten eingeräumt. Doch die Länder machen nur zögerlich davon Gebrauch. Jedoch: Egal, ob Krebstherapie, elektive Eingriffe oder Notfallversorgung, letztlich kann die **Krankenhausplanung der Länder**, wenn auch in unterschiedlichen regionalen Ausgangslagen, den KHSG-Auftrag einer besseren Versorgungsqualität über eine indikationsbezogene Zentralisierung angehen. Unterschiedliche regionale Ausgangslagen sollten in keinem Bundesland die Planungsbehörden davon abhalten, diesen Weg im Interesse einer patientengerechten Versorgungslandschaft zu gehen. Auf Grundlage der von Jürgen Klauber identifizierten 385 Kliniken zur Behandlung von Darmkrebs würde sich der mittlere Anfahrtsweg für Patienten im Vergleich zu heute bundesweit von acht auf gerade einmal 16 Kilometer verlängern. Im dicht mit Kliniken versorgten Nordrhein-Westfalen stiege der Wert von sechs auf lediglich zehn Kilometer. Die höchsten Werte ergäben sich mit 33 Kilometern in Mecklenburg-Vorpommern. „Heute haben 0,03 Prozent der Bevölkerung einen Anfahrtsweg, der länger als 50 Kilometer ist, dieser Anteil würde sich auf 2,5 Prozent erhöhen“, rechnet Klauber vor und ergänzt: „Wenn sich die Therapiequalität erhöht und Überlebenschancen besser werden, sollten etwas längere Fahrstrecken kein Thema sein. Wir wissen aus Befragungen, dass die Menschen schon jetzt längere Wege in Kauf nehmen, um in guten Krankenhäusern versorgt zu werden.“

Infos: www.wido.de