



Rikscha zum Krankenbett

Kliniker: Sie sind groß wie Kleinstädte. Auf den Gängen fährt man Fahrrad. Oder Roller. Oder einen Elektro-Transporter. Technisch sind sie ausgestattet mit dem Besten vom Besten. Super-Krankenhäuser in Dänemark verkörpern das Ideal des modernen, zukunftsfähigen Klinikwesens. Deutschland träumt davon, der Ostalbkreis hat sich schon auf den Weg gemacht.

Ein Vergleich.



Auf den Fluren im AUH sind allerhand Fahrzeuge unterwegs. Sicherheits halber gibt es Abbiegespiegel wie im Straßenverkehr [1]. Einer, der hier seine Runden dreht, ist Akam Zitar Mohammad, der mit einer Art Rikscha Patienten zur Station fährt [2]. Das Super-Krankenhaus in Aarhus ist so groß, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Strecken von der einen zur anderen Abteilung per Fahrrad, Roller und Co. zurücklegen [3]. Damit sich Patienten nicht verlaufen, gibt es überall digitale Wegweiser – und Check-in-Terminals [4].

Fotos: tv



VON THORSTEN VAAS

AARHUS/OSTALBKREIS. Armlinker raus. Schulterblick. An der Kreuzung langsam abbiegen, die Gummireifen quietschen leise. Akam Zitar Mohammads Arbeit ist wie Fahrrad fahren, nur anders. Sein Gefährt ist besonders, und vor allem der Ort, an dem Mohammad Runden dreht: das Aarhus Universitätshospital, kurz AUH, eines der Super-Krankenhäuser in Dänemark, die in vergangenen Jahren bei einer Klinikreform entstanden sind. Jedes für sich – groß wie ein eigener Kosmos mit zig Eingängen, Hubschrauber-Landeplätzen, Parkplätzen, Bushaltestellen, Fußwegen, Quartieren und Höfen. Allein die Ringstraße um die Klinik misst zweieinhalb Kilometer. Weitläufige Gänge verbinden die Klinkerbauten, in denen medizinischen Departments beheimatet sind. Die wahre Dimension wird klar, wenn man drinnen auf dem Flur steht und den Alltag beobachtet. Patienten und Besucher wuseln vorbei, dann biegt eine Fahrradfahrerin ums Eck. Noch eine. Jemand mit dem Tretroller. „Das Krankenhaus ist so groß, dass wir mit Fahrzeugen unterwegs sind“, meint Mohammad. Alles andere würde viel zu lange dauern. „Einen Moment bitte, bin gleich wieder da“, sagt der 31-Jährige. Er will einen Patienten abholen, der nicht mehr gut zu Fuß ist. Er schwingt sich auf seinen Wagen. Eine Art Rikscha mit Elektroantrieb.

Seit 2007 baut Dänemark seine Klinikstruktur von Grund neu auf. Rund 16 Jahre später haben die Nachbarn im Norden nahezu geschafft, was Deutschland plant. Sie haben Kliniken verschmolzen, neu gebaut, andere erweitert und saniert. Rund sieben Milliarden Euro investiert das Gesundheitsministerium in 16 neue Krankenhaus-Standorte und das so genannte „Danish Super Hospital Programm“, ausgedacht von Gesundheitsökonom, die ein klares Ziel definiert haben: Eine bessere Patientenversorgung, mehr Qualität, Effizienz, um „den bundesweiten Zugang zu modernen Gesundheitsleistungen sicherzustellen“, sagt Jakob Skaarup Nielsen, CEO von Healthcare Denmark, einer non-profit Organisation, die das dänische Gesundheitswesen nach außen hin vertritt und vernetzt. Patientenströme sollen mit der Reform besser gelenkt werden, Kliniken haben Einzelzimmer, Personal und Technik werden gezielt eingesetzt, bessere Arbeitsabläufe resultieren daraus. Viele jener Ideale, wengleich nicht alle Details lassen sich mit der Reform vergleichen, die Deutschland anstrebt, mit der allerdings auch Befürchtungen verknüpft sind. Sie treiben Dänen wie Deutsche um, Menschen in Aarhus wie im Ostalbkreis.

Der steckt mittendrin in der Klinikreform. Mitte vergangenen Jahres entschlief sich der Kreistag, die Kliniken Ostalb neu aufzustellen, ein Zentralklinikum zu bauen, flankiert von zwei kleinen Kliniken in Mutlangen und Ellwangen, die die Grundversorgung übernehmen. Abteilungen, Fachgebiete sollen zentralisiert werden, um Kosten zu sparen und die Behandlungsqualität zu steigern. Denn wo viel operiert und behandelt wird, werden aus Fachärzten Spezialisten. Vor allem soll das immer schlimmer werdende Personalproblem gelöst werden. Eine gute Idee, die zu schön klingt, um einfach akzeptiert zu werden. Die Geldfrage und besonders Ängste beschäftigen die rund 320.000 Bürgerinnen und Bürger im Landkreis.

„Das können wir nicht länger verantworten. Moderne Medizin basiert auf Digitalisierung und Daten.“

Karl Lauterbach
Bundesgesundheitsminister

Simone Christiansen und ihr Mann warten auf ihren einjährigen Sohn. Er liegt im OP. Keine große Sache, aber eine größere Operation. Sie sitzen im Eingangsbereich des AUH, dort ist reger Betrieb. Kiosk und Kantine ziehen Leute an, manchmal bremsen Angestellte mit ihren Gefährten, kaufen sich einen Snack auf die Hand. Dann fahren sie weiter durch die Gänge. Jemand steht mit einem Blumenstrauß an der Kasse. Zwei Stunden ist die kleine Familie Christiansen vom städtisch gelegenen Padborg zur OP nach Aarhus gefahren. Den Weg nehmen die Eltern gerne in Kauf. „Ich weiß, dass es hier gut gemacht wird“, sagt die junge Mutter, dafür würde sie überall hinfahren, auf jeden Fall in eine Klinik wie das AUH. „Große Kliniken haben Erfahrung und forschen“, sagt die 22-Jährige, in kleineren Häusern ist das schier unmöglich, dort gibt es alles und doch nichts. Die Dänen haben das erkannt,

man hört es immer wieder aus Gesprächen mit Besuchern, Patienten und Experten heraus. Erst durch Konzentration „erhalten medizinische Fachkräfte mehr Möglichkeiten, um ihre Fähigkeiten zu verfeinern“, sagt Healthcare-Chef Jakob Skaarup Nielsen und berichtet von den Umständen im Gesundheitswesen, die sein Land vor mehr als einem Jahrzehnt für eine Reform genutzt, Deutschland dagegen lange ignoriert hat.

Der demografische Wandel etwa. Die rund sechs Millionen Dänen und 85 Millionen Deutsche werden immer älter, die Zeit bringt chronische Krankheiten mit sich. Gleichzeitig fehlen Fachkräfte. Wer also soll Patientinnen und Patienten heute und in den kommenden Jahrzehnten versorgen? Was bringt ein Krankenhaus ohne Personal? Und dann ist da noch der technische Fortschritt, mit dem zwar bessere Medizin, aber hohe Kosten einhergehen. Wie soll all das an allen Standorten finanziert werden? Die deutsche Antwort lautet: Weiter so mit Dezentralität und Doppelstrukturen. Die dänische ist dagegen pragmatisch: Man muss mit dem Personal auskommen, das man hat, es aus ausgewählten Standorten einsetzen und mit dem Geld das Beste vom Besten kaufen. Von den einst 79 Krankenhausstandorten in Dänemark bleiben so bis zum Jahr 2026 insgesamt 53 übrig. Ein mutiger Schritt, der sich bereits bemerkbar macht. Dänen loben die qualitativ hochwertige Medizin. 13 Mal in Folge wird das AUH zum besten Krankenhaus des Landes gewählt. 2023 landet es im Ranking der weltweit besten smarten Kliniken auf Platz 16, in Europa auf Platz drei. Weil es konsequent auf Technologie und Digitalisierung setzt. Ein wunder Punkt in Deutschland.

Skandinavische Länder, allen voran Dänemark, sind digitale Pioniere. Analog gibt es nur auf Antrag. Laut „Digital Economy and Society Index“ der EU-Kommission sind die Dänen noch vor Finnland, Schweden und den Niederlanden Spitzenreiter bei der Digitalisierung. Gemeinsame IT-Standards erleichtern die Kommunikation zwischen Krankenhäusern, Hausärzten, Spezialisten, Laboren, lokalen Behörden, Pflegediensten. Daten werden systematisch erfasst, verarbeitet, „Hausärzte und Kliniken halten über Jahre den Kontakt zu ihren Patienten aufrecht“, erzählt Nielsen. 97 Prozent aller Einweisungen in die Klinik erledigen Ärzte elektronisch, Laborergebnisse kommen digital zurück. Das E-Rezept – in Deutschland 2024 eingeführt – ist in Dänemark Standard. Man lebt Digitalisierung, nutzt sie im Alltag, schon im Kleinen, wenn es bloß darum geht, die nächste Bushaltestelle zu finden. Oder eine Abteilung im Superkrankenhaus, das mit einer Grundfläche von fast einer halben Million Quadratmetern, 857 klinischen und zig Hotelbetten so groß ist wie eine durchschnittliche dänische Provinzstadt. 10.600 Menschen arbeiten hier, davon 1700 Ärzte und 3750 Pflegekräfte. Überall hängen Touchscreens als Routenplaner vom Eingang zur Station. Wer als Patient da ist, checkt mit seiner Karte am Terminal ein, wird aufgerufen, oder abgeholt, falls die Beine schwach sind. Selbst Betten, oder die Fahrräder fürs Personal sind digitalisiert. Man kann sie orten, falls jemand am falschen Platz parkt.

All das steckt in Deutschland in den Kinderschuhen. Dänemark und Deutschland trennen digitale Jahrzehnte. „Das können wir nicht länger verantworten.“ Moderne Medizin basiert auf Digitalisierung und Daten“, sagt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Bis 2025 sollen mindestens 80 Prozent der in Deutschland gesetzlich Versicherten eine elektronische Patientenakte haben, in der Befunde, Röntgenbilder und ein Medikationsplan und Co. gespeichert werden – alle Informationen an einem Ort, um schnell zu handeln und mehrfache Untersuchungen zu vermeiden. Standard in Dänemark, in Deutschland ein Bürokratiemonster. Seit 2021 könnte man hierzulande die digitale Akte nutzen, das machen aber nur etwa vier bis fünf Prozent der Versicherten. Warum? Die Registrierung ist aufwändig, Daten- und Patientenschutzredner reden mit, welche Informationen gespeichert werden sollen und dürfen, überhaupt geht Krankenkassen Lauterbachs Zeitplan viel zu schnell. Es ist eine Metapher für das, was Deutschland ausbremst. „Insbesondere organisatorische Hürden führen zu einem vergleichsweise geringen Einsatz digitaler Technologien in Deutschland“, bilanziert die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte in einer Studie zum deutschen Gesundheitswesen. Und das, obwohl das Know-how durchaus da ist. Seit Ende 2022 kooperiert das AUH mit dem Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik, um die Rechenleistung künstlicher Intelligenz in klini-



Groß wie eine durchschnittliche Provinzstadt in Dänemark: das Aarhus Universitätshospital, kurz AUH. Foto: Jesper Larsen

schen Umgebungen auszunutzen. Warum das hier oft ein Problem ist? Im klinischen Bereich verhindern laut Deloitte besonders die Kosten, dass irgendetwas ernsthaft vorangebracht wird. Man redet über dreistellige Milliardenbeträge.

Will man in Deutschland das Gesundheitswesen modernisieren und damit Kliniken zusammenlegen, muss man bauen. Eine einzelne Klinik kostet gleich Hunderte Millionen Euro, hinzu kommen enorme Baupreissteigerungen. Überträgt man die dänische Variante auf Deutschland, steht unterm Strich ein Investitionsvolumen von 100 Milliarden Euro. Summen, wie sie derzeit in der Politik zwar immer wieder aufgerufen werden, etwa bei der Zeitenweiche Bundeswehr oder Pandemie-Gewaltigung. Nur für die Kliniken wird Deutschland das Geld absehbar nicht aufbringen können, weil sich andere Investitionen angestaut haben, weil man dachte, es gehe noch ein bisschen. Beispielsweise die der Schaffung von Klimaneutralität, die Ertüchtigung der Verkehrsinfrastruktur samt Schiene, oder die Landesverteidigung. Oder man war sich uneins. Denn selbst wenn das Geld für Kliniken da wäre, wollen im Föderalismus 16 Bundesländer samt Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen mitreden. Dass es ohne all solche Diskussionsteilnehmer trotzdem lange dauern kann, hat man auch in Dänemark erfahren. Die nördlichen Nachbarn brauchen 15 Jahre, um sich zu einer großen Reform durchzurufen. Im Ostalbkreis ist man bereits weiter, obwohl es viele Jahre gebraucht hat. Die Marschrichtung jedenfalls klar. Bleibt die Geldfrage.

Was darf eine neue, moderne Klinik kosten? Wie viel möchte man für eine qualitative hochwertige medizinische Versorgung der Zukunft ausgeben? Weniger als eine halbe Milliarde Euro, oder etwas mehr? Seit sich der Ostalb-Kreistag für ein neues Krankenhaus entschieden hat, herrscht exakte Unklarheit, welche finanziellen Folgen damit verbunden sind. Vielleicht,

weil es auch noch zu früh ist, Genaues zu wissen. Nur ganz grob: Einen Neubau mit 610 Betten auf der grünen Wiese schätzen Managementberater der Endera-Gruppe auf 600 bis 650 Millionen Euro. Aalens Oberbürgermeister Frederik Brütting zweifelt daran und kontert mit einer Machbarkeitsstudie, in der er statt eines Neubaus auf dem Acker vorschlägt, das heutige Zentral-Klinikum peu à peu im laufenden Betrieb zum Zentral-Klinikum umzubauen. Das sei mit Kosten von rund 413 Millionen Euro nicht nur günstiger, sondern schneller gebaut und klimafreundlicher. Was stimmt? Zumindest. Es stand zwar auf weiß. 2019 ist die Zeit wohl nicht reif dafür. Oder die Lage noch zu gut. Während das neue Klinikum in Aarhus langsam fertig wird, geht in Deutschland ein Aufschrei durch die Bevölkerung, die als Bertelsmann-Stiftung eine Studie vorstellt, in der steht: „Deutschland hat zu viele Krankenhäuser.“ Eine zugespitzte Formulierung, die Menschen aufregt, obwohl dahinter bloß der Wunsch nach einer besseren medizinischen Versorgung steht. Für viele klingt es aber unvorstellbar, was das mit weniger als 600 statt heute 1700 Kliniken möglich sein soll. Für die Autoren des Bertelsmann-Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung ist es hingegen kein Widerspruch. Statt alle Krankenhäuser technisch halbwegs auszustatten, könne man weniger Häuser hochziehen, fertig aufrüsten und das knappe Personal dort zielgerichtet einsetzen. Nach kurzer Empörung verschwanden das Papier wieder in der Schublade. Heute ist es wichtiger denn je. Und die Akzeptanz gewachsen. „Es gibt dazu eine aktuelle Umfrage der AOK, nach der den Menschen bei planbaren Eingriffen Qualität vor Nähe geht“, berichtet Dr. Jan Böcken von der Bertelsmann-Stiftung. „Ich würde meinen, dass dieser Effekt deutlicher ist als vor vier Jahren.“ So deutlich, dass die Bundesregierung 2022 eine Kommission beruft. Der

Ostalbkreis spielt dabei eine zentrale Rolle. Er gilt als Vorbild für die bundesweite Reform. Doch auch hat die Zeichen lange übersehen.

Vielleicht hat er sie nicht ernst genug genommen. Lange vor der Bertelsmann-Studie vereint der Landkreis 2017 die ehemals eigenständigen Kliniken in Schwäbisch Gmünd, Aalen und Ellwangen unter dem Verwaltungsdach der Kliniken Ostalb. Geld sparen, lautet das Credo, denn das Defizit von damals sechs Millionen Euro belastet den Haushalt. Doppelte und dreifache Strukturen will man abbauen, sie kosten doppelt und dreifach Technik und Personal. Gleich der erste Vorschlag scheitert. Die Kinderkliniken aus Gmünd und Aalen sollen zusammengelegt werden – der öffentliche Widerstand ist enorm. Kinderärzte sorgen sich, Unterschriften werden gesammelt, es folgen emotionale Kreistagssitzungen. Schließlich bleibt alles beim Alten. Und das Defizit wächst über die Jahre weit über die Schmerzgrenze hinaus bis zuletzt auf 43,5 Millionen Euro im vergangenen Jahr. Und nun? Muss wirklich gespargt werden, sofort. Nur wie? Die Kinderkliniken zusammenlegen, wie es die Grünen-Kreistagsfraktion beantragt hat? Wieder Widerstand, Unterschriften, Emotionen, schließlich ziehen die Grünen den Antrag zurück. Man hätte die öffentliche Reaktion ahnen können. Weitau größer als aktuelle Geldsorgen ist allerdings die Demografie. Sie ist unarmherzig.

Wenn der ersten Babyboomer in Rente gehen, prognostiziert Klinik-Ökonom Boris Augurzky ein riesiges Personalproblem, das selbst mit viel Geld unbändig bleibt. Bundesweit werden in der zweiten Hälfte dieses Jahrzehnts jedes Jahr 500.000 Menschen zusätzlich fehlen“, sagt der Mann, der im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums in der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mitgearbeitet und parallel den Ostalbkreis auf den ersten Schritten der Reform begleitet hat.

Mittlerweile gibt es einen Entwurf zur klinischen Zukunft Deutschlands, um Personal- und Geldproblemen zu begegnen. Er lässt sich so zusammenfassen: mehr Spezialisierung, mehr Qualität, auskömmliche Finanzierung. All das hat der Ostalbkreis mit einem Zentralklinikum nebst zwei Grundversorgern vor, er gilt damit als „eine Blaupause für die bundesweite Reform“, sagt Augurzky. Andere Landkreise haben sich ebenfalls auf diesen Weg gemacht, etwa Lörrach, Heilbronn, Göttingen, Böblingen, Sindelfingen oder Ludwigsburg. „Diejenigen, die in diese Richtung ablenken, werden durch die anstehende Krankenhausreform begünstigt werden“, sagt der Klinik-Ökonom. Bloß: Wie soll alles insgesamt günstiger werden? Was wird aus dem Defizit?

Während aus Spezialisierung und Qualität eine Konzentration von Angebot und Personal folgt, ist die sogenannte Vorhaltefinanzierung von Personal und Technik ein neuer Aspekt im Vorschlag der Regierungskommission, der weder in der Bertelsmann-Studie erwähnt, noch in Dänemark angewandt wird. Diese Grundfinanzierung für personelle und technische Leistungen soll die heutigen Fallpauschalen ablösen, die einem marktwirtschaftlichen Prinzip folgen: Wer mehr behandelt, verdient auch mehr. Ein Fehlanreiz, wie in vertraulichen Gesprächen mit Medizinern deutlich wird. Unter Zusage, dass weder Ort, Operationen, noch Namen auftauchen, geben manche zu, mehr zu behandeln als nötig. Es geht darum, eine bestimmte Zahl von Behandlungen zu schaffen, um Zulassungen zu behalten und Geld zu verdienen. Die Folgen dieses Fallpauschalen-Systems sind fatal, wie sich in der Corona-Pandemie gezeigt hat. Geplante Operationen waren ausgefallen, Kliniken gack das Geld aus. Wie verdient man in dieser Zeit wenigstens etwas? Indem auf der Intensivstation beispielsweise länger bettet wird, um in die nächsthöhere Erstattungsstufe zu rutschen. Freilich sind das Grenzfälle, die alles

andere als die Tagesordnung darstellen, doch sie verdeutlichen den finanziellen Druck, der auf Kliniken lastet und mit der Grundfinanzierung gemildert werden soll. Schon deshalb, da mittelfristig in Krankenhäusern weniger behandelt werden wird.

„Viele derzeit stationär erbrachten Fälle können auch ambulant durchgeführt werden“, sagt Boris Augurzky. Damit das trotz weniger Kliniken klappt, müsse eine nahe ambulante Infrastruktur geschaffen werden, beispielsweise mit Fachpraxen, Gesundheitszentren. Oder man wandelt bestehende Kliniken zur Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung um. „Sektorenübergreifende Versorgungsrichtungen“ nennt es der Klinik-Ökonom. Der Ostalbkreis macht wieder vor, was bundesweit Vorbildcharakter hat. Das Gmünder Stauferklinikum und die Ellwanger Sankt-Anna-Virngrundklinik könnten zu diesem Bindeglied werden, wo behandelt wird, was dem Hausarzt zu komplex, für eine Klinkenweisung aber noch zu wenig ist. Diese Theorie kann durchaus funktionieren. „Ambulante Kontakte haben um mehr als 50 Prozent zugenommen und auch bei den Liegezeiten ist ein Rückgang von mehr als 20 Prozent zu beobachten“, berichtet Healthcare-Chef Jakob Skaarup Nielsen aus Dänemark. Trotz aller Lobeshymnen, die man auf die Erfolge und medizinische Qualität anstimmt, gibt es dennoch Vorbehalte in der Bevölkerung in Dänemark. Und in Deutschland. Schafft man es im Notfall rechtzeitig in die richtige Klinik?

„Notfälle sind ein Problem“, sagt Simone Christiansen, vor allem für die, die fernab der Ballungszentren wie Aarhus, Kopenhagen, Odense leben. Auf eine geplante Operation zu warten, weite Strecken dafür zu fahren, das alles sieht sie entspannt. Nur was, wenn es ernst wird? „Da sind Leute auf dem Land im Nachteil“, sagt die junge Mutter, ihr Partner nickt. Ihre Sorgen teilt ein Mann, der draußen aufs Taxis wartet. „War zu Besuch hier“, erzählt er kurz. Jetzt fährt er wieder heimwärts, raus aus der Stadt, aufs Land. Was, wenn er schnelle Hilfe braucht? „Schwierig“, glaubt er, zieht nochmal an seiner Zigarette und steigt in den Wagen. Wie berechtigt sind diese Gedanken? Sie „sind nachvollziehbar“, sagt Jan Böcken von der Bertelsmann-Stiftung. Man muss sie ernst nehmen, sowohl in Dänemark als auch in Deutschland. Denn es gebe ihm zufolge tatsächlich einen Konflikt zwischen Zentralisierung und der Bündelung von Fällen an einem Ort sowie der schnellstmöglichen Behandlung zeitkritischer Notfälle. Erfahrung kontra Entfernung.

Bereits heute sei dieses Spannungsfeld unauflösbar, sagt Böcken. Die Schließung vieler kleiner Krankenhäuser führte in Dänemark zu weiteren Anfahrtswegen. 2011 waren sieben Prozent der Bürgerinnen und Bürger mehr als 30 Kilometer von der Notaufnahme entfernt, neun Jahre später waren es acht Prozent. Dieser Entfernungsknoten und dem daraus resultierenden Konflikt kann man jedoch mit dem Einsatz von Laien für die Erste Hilfe begegnen. Dieses Bewusstsein hat im Zuge der Klinikreform „landesweite Bemühungen ausgelöst, die Bürger zu ermutigen und zu schulen, mit Notfällen umzugehen“, erzählt etwa Jakob Skaarup Nielsen. Eine Initiative in Dänemark sind sogenannte Heart Runners. Passanten werden über eine Smartphone-Anwendung über nahegelegenen Notfall gewarnt, um Erste Hilfe leisten zu können. Das Emergency Medical Dispatch Center entsendet parallel Notarzt, Sanitäter und begleitet Ersthelfer bis zum Eintreffen des Notfallteams mit telefonischen Anweisungen zur Herz-Lungen-Wiederbelebung. Überhaupt wurde das notfallmedizinische Konzept seit und mit der dänischen Klinikreform immer weiter angepasst, besonders an regionale Gegebenheiten. Eine Region setzt auf viele Notarztwagen, andere auf ein Konzept mit Paramedizinern, also Rettungspersonal mit mehr Kompetenzen, Notarztwagen und Helikoptern. Landesweit wurden Kapazitäten in der Flugrettung aufgebaut, um die Transportzeiten bei akuten und schwerwiegenden Krankheitsbildern zu verkürzen. Dass es in zeitkritischen Fällen neben diesen Maßnahmen besonders auf qualitativ hochwertige Versorgung in den Kliniken ankommt, beschreibt Gesundheitsexperte Reinhard Busse von der TU Berlin in einem Spiegel-Interview. Er wählt einen eindrücklichen Vergleich.

2015 starben durchschnittlich fast acht von 100 Patienten, die in Deutschland wegen eines Herzinfarkts stationär eingeliefert wurden. In Dänemark waren es vier. „Umgerechnet bedeutet das jedes Jahr 7000 Tote mehr in Deutschland – Menschen, die leben würden, wenn bei uns dänische Verhältnisse herrschen würden“, sagt er. Bis heute haben sich die Werte weiter

auseinander dividiert. Nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) liegt die Sterblichkeitsrate in Deutschland im Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen nach Herzinfarkt aktuell bei 8,5 je 100 Fällen und damit sowohl über dem OECD-Durchschnitt (6,9) und deutlich über den Werten von Ländern wie Dänemark (3,2) oder den Niederlanden (3,5). „Ein Grund dafür könnte sein, dass es in Deutschland viele kleine Krankenhäuser gibt, die nicht über ausreichend Personal und Ausstattung verfügen, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten“, schreibt OECD-Gesundheitsexperte Michael Müller. Wo es Für gibt, gibt es allerdings auch Wider.

Wissenschaftler der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und der Zahnheilkunde in Essen sind der Meinung, dass diese Zahlen keine Rückschlüsse auf die Qualität der Gesundheitsversorgung zulässt. In einem durch die Deutsche Herzstiftung geförderten Projekt konnten sie zeigen, dass die Unterschiede in der Krankenhaussterblichkeit im Wesentlichen durch Faktoren hervorgerufen wird, die die Berechnung der Sterblichkeit, aber nicht die Patientenversorgung beeinflussen.

Der nächste Termin naht. Bald steht wieder eine Patientenfahrt an, jemand braucht eine Rikscha ans Krankenbett. Akam Zitar Mohammad hat noch ein bisschen Zeit. „Sobald sich ein Patient am Eingang registriert hat, weiß ich, dass er da ist“, erzählt der 31-Jährige, hockt sich auf den Fahrerstütz, gleich muss er los. Seit zehn Jahren arbeitet er im AUH, angefangen hat er im Putzdienst, heute fährt er abwechselnd Patienten und die Kehrmasschen.

10.600 Menschen, die am AUH beschäftigt sind. Ob es Kliniken wie Kleinstädte auch in Deutschland einmal gibt? Eher nicht. Vieles von dem, was Dänemark auf den Weg gebracht hat, lässt sich zwar mit den Ambitionen Deutschlands und der Reform im Ostalbkreis vergleichen, doch nicht alles. Allein die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

„Der Ostalbkreis ist eine Blaupause für die bundesweite Reform.“

Boris Augurzky
Klinik-Ökonom

Ostalb sind derzeit um die 4000 Leute beschäftigt, wie viele davon in einem Zentralklinikum arbeiten, ist heute noch unklar. Deckungsgleich lässt sich die dänische Struktur ohnehin schwer übertragen, denn dann „hätten wir nur noch rund 230 Super-Standorte, wenn man die Bevölkerungszahl zugrunde läge; oder sogar nur 135, wenn man die Fläche Deutschlands als Vergleichsmaßstab nähme“, rechnet Klinik-Ökonom Augurzky vor. Bricht man diese Rechnung auf den Ostalbkreis herunter, wird es interessant. Wenn bis 2025 alle 16 Super-Krankenhäuser Dänemarks fertig sind, versorgt jedes im Schnitt rund 371.000 Einwohner – der Ostalbkreis hat etwa 320.000 Einwohner. Bezogen auf die Fläche sieht es sogar besser aus. Auf jede dänische Groß-Klinik entfällt eine Fläche von 2683 Quadratkilometern, der Ostalbkreis ist mit 1512 Quadratkilometern deutlich kleiner, plant jedoch ein Zentralklinikum, das mit 610 Betten annähernd so groß ist, wie die Klinik in Aarhus. Angesichts dessen lässt sich sagen: Der Landkreis ist mit einem Zentralklinikum sogar großzügiger aufgestellt als eine vergleichbare Region in Dänemark.

Hintergründe

Gesundheitssystem Das dänische Gesundheitssystem ist auf drei Ebenen organisiert. Auf nationaler Ebene schafft das Gesundheitsministerium den rechtlichen und allgemeinen Rahmen für die Versorgung. Die nächste Stufe sind fünf Regionen. Diese werden von Regionalräten mit jeweils 41 Mitgliedern geführt und sind für die Bereitstellung von Krankenhausdienstleistungen innerhalb des von der Regierung beschlossenen Finanzrahmens verantwortlich. Stufe Nummer drei sind die 98 Gemeinden. Sie sind für die Grundversorgung, Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zuständig. Hausärzte spielen hierbei eine wichtige Funktion. Sie sind quasi die Koordinatoren, beziehungsweise Türhüter in andere Bereiche, da sich Menschen in Dänemark an ihren Hausarzt wenden müssen, um im Krankenhaus oder vom Facharzt behandelt zu werden.

Recherche Im vergangenen Jahr zeichnete die Stiftung Experimentelle Biomedizin die Rems-Zeitung für die Berichterstattung über die Klinik-Reform im Ostalbkreis mit dem „Sonderpreis für förderungswürdige Regionalberichterstattung“ aus. Das Preisgeld des Peter Hans Hofschneider Recherchepreises 2022/2023 wurde für die Reise nach Dänemark verwendet.