

Aha-Erlebnis im Land der



Meerjungfrau

Weniger Standorte, mehr Qualität – nach diesem Prinzip baut Dänemark seine Kliniklandschaft um. Zugleich haben unsere Nachbarn bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens die Nase vorn. Aber auch in der Heimat von Hans Christian Andersen herrschen keine märchenhaften Zustände, wie die Teilnehmer der G+G-Studienreise nach Dänemark erfahren konnten. Von **Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Die Besuchergruppe steht dichtgedrängt im Musterkrankenzimmer. Geduldig beantwortet Finn Stycke alle Fragen der Gäste aus Deutschland, ganz gleich, ob es um die Farbgestaltung des Raumes geht („Die hellen Brauntöne erinnern ältere Patienten an ihr Zuhause“), den Touchscreen in der Nähe des Bettes („TV, Internet, Licht, Vorhänge – alles lässt sich über den Bildschirm steuern“) oder um die Gebrauchsspuren am Boden („Wir haben noch nicht die optimale Bodenpflege gefunden“). Der 53-jährige Architekt hat reichlich Routine darin, das von ihm und seinen Kollegen am Krankenhaus in Hvidovre entwickelte Konzept für das Patientenzimmer der Zukunft zu erläutern. „Allein in den letzten anderthalb Jahren waren etwa 50 Gruppen bei uns, die meisten aus dem Ausland, eine ganze Reihe aber auch aus Dänemark“, erzählt Stycke.

Kein Wunder: Nicht nur in Hvidovre – einem Vorort von Kopenhagen – entsteht in den nächsten Jahren mit hohem finanziellen Aufwand ein umfangreicher Erweiterungsbau mit zahlreichen Krankenzimmern, sondern in ganz Dänemark haben Neu- und Umbauten von Krankenhäusern Konjunktur. Zwischen 2007 und 2025 will das Königreich rund 6,5 Milliarden Euro für insgesamt 16 Großprojekte ausgeben – sieben davon sind komplett neue Häuser, die zum Teil auf der grünen Wiese entstehen.

Eine der Vorgaben der Zentralregierung in Kopenhagen an die fünf für die Krankenhäuser zuständigen Regionen des Landes lautet dabei, nur noch moderne Ein-Bett-Zimmer zu bauen. „Das soll die Zahl der Infektionen senken und die vertrauensvolle Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegekräften und Patienten fördern“, erklärt Klinikdirektorin Birgitte Rav Degenkolv. Das Hospital in Hvidovre hatte deshalb schon vor

geraumer Zeit verschiedene Musterzimmer eingerichtet, zu denen Ärzte, Schwestern und Patienten ihre Meinung äußern konnten. Experten aus anderen dänischen Regionen wiederum schauen sich das letztlich ausgewählte Musterzimmer an, berichtet Architekt Stycke sichtlich stolz, „um sich bei uns Anregungen für ihre eigenen Bauvorhaben zu holen“.

Konzentration der Kliniken. Dass der Umbau der Krankenhauslandschaft in dem 5,7 Millionen Einwohner zählenden Land auch international auf großes Interesse stößt, kommt nicht von ungefähr. Denn die Dänen stampfen nicht einfach Bauten aus dem Boden, sondern konzentrieren zugleich spezialisierte medizinische Leistungen an wenigen Standorten. Diese Entwicklung dauert schon länger an: Gab es 1987 noch 97 selbstständige Krankenhäuser, waren es 2010 noch 28 Krankenhauseinheiten an 72 Standorten, Tendenz weiter sinkend. Bis 2025 soll zudem die Zahl der Notfallabteilungen an Kliniken von 40 auf 21 sinken – jede dieser Abteilungen ist künftig im Schnitt für die Notfallversorgung von 300.000 bis 350.000 Einwohnern zuständig. Würde in Deutschland eine ähnlich konsequente Konzentration und Spezialisierung der stationären Kapazitäten erfolgen, wie sie Dänemark anstrebt, würden statt circa 1.500 Akutkliniken (Somatik) etwa

Einbett-Zimmer sollen die Kommunikation verbessern und die Zahl der Infektionen weiter senken.

300 bis 400 Häuser hierzulande ausreichen, wie eine Expertengruppe der Wissenschaftsakademie Leopoldina ermittelt hat.

Doch warum gelingt in Dänemark scheinbar mühelos, was in Deutschland eine gesundheitspolitische Revolution bedeuten würde? Und kann das, was unsere nördlichen Nachbarn vorhaben, als Anregung dienen? Antworten aus erster Hand auf diese und viele weitere Fragen haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der beiden Studienreisen nach Kopenhagen im Juni und August dieses Jahres bekommen, die G+G in Kooperation mit Healthcare DENMARK – der offiziellen Agentur für Auslandskontakte im Gesundheitswesen – sowie mit Unterstützung der Königlich Dänischen Botschaft in Berlin veranstaltet hat. Stippvisiten bei verschiedenen Krankenhäusern, zahlreiche Fachvorträge dänischer Gesundheitsexperten und ein intensiver informeller Austausch untereinander dürften bei vielen der deutschen Besucher bleibende Eindrücke hinterlassen haben. Eine wichtige Erkenntnis an dieser Stelle vorweg: Mit Gesundheitsreformen macht sich Politik auch in Dänemark nicht nur Freunde.

Kommission legt Standorte fest. „Es ist bis heute harte Arbeit“, bekennt Nanna Skovgaard ganz offen. Die leitende Beamtin aus dem Gesundheitsministerium in Kopenhagen zeichnet bereits seit 2011 für das „Super-Hospital-Programm“ verantwortlich, wie sie den Umbau der Kliniklandschaft bei Präsentationen vor ausländischen Besuchern nennt. Zumindest zu Beginn des Vorhabens hätten viele ihrer Landsleute für den Begriff „Super“ wohl kaum Verständnis gehabt. Denn nicht wenige Regional-

politiker fühlen sich damals von der Regierung in Kopenhagen massiv unter Druck gesetzt: Wer einen Zuschuss in Höhe von 60 Prozent für die Neu- und Umbauten der Kliniken bekommen will, muss vor Ort harte Entscheidungen mittragen. Welches Krankenhaus wird geschlossen, welches bleibt bestehen, welches wird auf der grünen Wiese außerhalb der Stadt neu gebaut?

Dass hohe Investitionen in die stationäre Versorgung dringend notwendig sind, bestreitet indes niemand. Die meisten der dänischen Krankenhäuser stammen aus den 1960er und 1970er Jahren, vielfach sind Vier-Bett-Zimmer die Regel, effiziente medizinische Behandlungsabläufe lassen sich häufig nicht verwirklichen. „Das klingt nach Investitionsstau“, konstatiert einer der Teilnehmer der G+G-Studienreisen. Dänen vergleichen sich außerdem gerne mit ihren skandinavischen Nachbarn. Als zu Beginn der Nuller-Jahre Schweden sein zentrales Karolinska-Hospital in Stockholm auf den neuesten Stand bringt, verstärkt das den gesundheitspolitischen Ehrgeiz in Kopenhagen, wie Nanna Skovgaard mit einem Augenzwinkern erzählt: „Was die schaffen, bekommen wir auch hin.“

Druck von der Regierung. Mit dem goldenen finanziellen Zügel will die damalige Regierung in Kopenhagen folglich Bewegung in die veralteten Strukturen bringen. Aber wer entscheidet auf der Basis welcher Informationen, wie die neue Krankenhaus-



landschaft aussehen soll? Die Dänen überlassen diese Entscheidung einer fünfköpfigen Expertenkommission, in die die Regierung sogar Fachleute aus Schweden und Norwegen beruft. Die Experten kommen zu dem Schluss, dass nur ein großer Wurf hilft und legen die Standorte für die Neu- und Umbauten fest. Dabei greifen die Experten laut Nanna Skovgaard auch auf Qualitätsdaten zurück, die in Dänemark bereits seit Jahrzehnten erhoben werden und mit denen sich unter anderem die Höhe der Komplikations- und Infektionsraten verschiedener Kliniken miteinander vergleichen lassen. Dabei zeigt sich: Kleinere Häuser mit weniger Routine erzielen tendenziell schlechtere Behandlungsergebnisse als größere Häuser mit mehr Fällen.

Hoher Kostendruck beim Bau. Die fünf Regionen – sie sind die wichtigsten Krankenhausträger in Dänemark, einen nennenswerten Anteil privater oder konfessioneller Häuser gibt es nicht – konnten die Einschätzungen der Expertenkommission nicht immer nachvollziehen. „Wir hätten uns eine stärkere Beteiligung gewünscht. Deswegen war es mitunter ein herausfordernder Prozess, bis wir Einigkeit über das neue Krankenhausprogramm erzielt haben“, berichtet Christina Carlsen, die in Kopenhagen die Interessen der dänischen Regionen bei den Krankenhausbauten gegenüber der Zentralregierung vertritt. Darüber hinaus hebt sie hervor, dass der finanzielle Rahmen für die Bauvorhaben knapp bemessen sei: „Wir hatten das doppelte Budget beantragt.“ Darum müssten Projekte immer wieder angepasst werden, um das Budget einhalten zu können.

Zudem könnten die Regionen nur schwer voneinander lernen, weil zahlreiche Bauten nahezu zeitgleich realisiert würden, so Christina Carlsen. „Aber ein Nacheinander wäre politisch nicht akzeptiert worden, weil sonst einzelne Regionen jahrzehntelang auf neue Kliniken und den damit einhergehenden Qualitätssprung hätten warten müssen.“ Immerhin: Seit 2010 tauschen sich die Regionen systematisch über ihre Erfahrungen beim Krankenhausbau aus – Besuche in Hvidovre im Muster-Patientenzimmer inklusive.

Hotel für Patienten vom Land. Weniger Krankenhausstandorte mit mehr Qualität bei einer durchschnittlichen Verweildauer der Patienten von schon jetzt weniger als vier Tagen – wie soll das angesichts einer steigenden Zahl älterer Patienten gehen, wie wohnortnah kann stationäre Behandlung dann noch sein? Hinzu kommt die Frage nach der Notfallversorgung: Wie sicher dürfen zum Beispiel Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten sein, dass im Fall der Fälle die Wege zum nächsten Krankenhaus nicht zu lang werden? Die Antwort der Dänen darauf heißt: elektronische Vernetzung, effizientere Arbeitsabläufe in den Hospitälern und sogenannte Patientenhotels.

Das „Rigshospitalet“ in Kopenhagen etwa – es ist mit knapp 1.200 Betten und 8.300 Beschäftigten das größte Hospital des Landes – bietet in seinem „Patientenhotel“ bis zu 76 Krebskranken aus anderen Landesteilen Unterkunft. „Zum Teil reisen sie 300 bis 400 Kilometer von Zuhause an und bleiben über mehrere Wochen“, erläutert Henrik Eriksen, Ärztlicher Direktor des Rigshospitalet. Im Gegenzug können die Gäste des Patientenhotels sicher sein, auf Ärzte und Pflegekräfte mit großer Erfahrung zu treffen. Und anders, als der Begriff „Hotel“ vermuten



Wegen der großen Nachfrage fand die G+G-Studienreise sogar zwei Mal statt. Dabei stand das Klinikum im Kopenhagener Vorort Hvidovre ...



... ebenso auf dem Programm wie eine Stippvisite im Bispebjerg Hospital im Herzen der Hauptstadt.



Heimstatt: Im „Patientenhotel“ in Kopenhagen wohnen Krebspatienten aus dem ganzen Land während der Therapie.

Klartext: Nicht nur Gesundheits-Staatssekretär Per Okkels (links) nahm sich Zeit für die deutschen Besucher.





„Eine starke Vision“

Prof. Dr. Petra Thürmann
ist Pharmakologin, Mitglied im
Sachverständigenrat Gesundheit
und Teilnehmerin der
G+G-Studienreise nach Dänemark.

Frau Thürmann, was hat Sie an den dänischen Krankenhäusern am meisten beeindruckt?

Petra Thürmann: Da gibt es vieles, sowohl strukturell-organisatorische als auch baulich-technische Aspekte. Vor allem aber ist es bemerkenswert, dass ein Land für eine Gesundheitsreform seine Regionen und Kreise ganz neu zuschneidet, einzig und allein geleitet von der Vision einer zukunfts-trächtigen Gesundheitsversorgung.

Welche Impulse haben Sie für Ihre Arbeit im Sachverständigenrat mitgenommen?

Thürmann: Die Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung müssen abgebaut werden. Dabei muss man wissen, dass die gerne zitierten kurzen Verweildauern in Dänemark nur mit erheblich mehr Personal gelingen, als an deutschen Kliniken vorhanden ist. Und mit einer geregelten Weiterversorgung von Patienten, die nach der Entlassung noch Unterstützung brauchen.

Haben Sie einen Rat für die deutsche Politik?

Thürmann: Wenn wir ein leistungsstarkes und personell gut ausgestattetes Gesundheitswesen wollen, müssen wir die Krankenhauslandschaft verändern. Einerseits müssen Leistungsbereiche konzentriert werden, andererseits brauchen wir eine wohnortnahe stationäre Betreuung – nicht so sehr medizinisch-technisch, sondern eher pflegerisch auf hohem Niveau. ■

Die Fragen stellte Anja Schnake, Redakteurin beim KomPart-Verlag.

lässt, steht die Einrichtung prinzipiell allen gesetzlich Kranken-versicherten in Dänemark offen – eine private Krankenversicherung, die den gesetzlichen Versicherungsschutz ersetzt, gibt es im Königreich nicht.

Doch nicht nur der freie Zugang für alle Einwohner ist typisch für das dänische Gesundheitswesen, sondern auch der breite Einsatz von E-Health und Telemedizin. So ist ein Großteil der Notarztwagen digital mit den Kliniken des Landes und den dort tätigen Notärzten verbunden. Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt etwa legen die Rettungskräfte sofort ein EKG an, überspielen die Daten per Telemetrie in die Klinik, schalten bei Bedarf per Video den Arzt zu, geben auf Anweisung Medikamente und bereiten schon im Rettungswagen den Patienten so vor, dass in der Klinik direkt der kardiologische Eingriff erfolgen

kann. Der Weg bis zum nächsten Krankenhaus mit einer auf Herzinfarkte spezialisierten Abteilung kann dann allerdings schon einmal mehr als 120 Kilometer lang sein, wie dänische Notfallexperten einräumen.

Richtige Behandlungsstufe. Dennoch ist die Sterblichkeitsrate in Dänemark bei Herzinfarkten im OECD-Vergleich deutlich geringer als in Deutschland, was nicht zuletzt an der schon jetzt hohen Spezialisierung der Kliniken liegen dürfte. Selbst das 700-Betten-Haus in Hvidovre behandelt in seiner Notaufnahme keine Schlaganfall- oder Herzinfarkt-Patienten. „Die Notfallwagen fahren in der Region Kopenhagen entweder direkt zum Rigshospitalet oder wir schicken Patienten umgehend dort hin, weil dort die Spezialisten arbeiten“, sagt Oberarzt Christian Rasmussen. Allein im vergangenen Jahr hat das Krankenhaus in Hvidovre mehr als 80.000 stationäre und über 500.000 ambulante Patienten versorgt. Denn anders als in Deutschland decken die Kliniken des Landes auch die gesamte fachärztliche ambulante Versorgung ab – neben den 3.500 niedergelassenen Hausärzten gibt es nur wenige Spezialisten

Rettungswagen steuern nach einem Herzinfarkt spezialisierte Kliniken und Ambulanzen an.

in eigener Praxis. Angesichts der hohen Fallzahlen und der Budgetvorgaben durch die Regionen ist es für die Kliniken umso wichtiger, die jeweils richtige Behandlungsstufe zu wählen: In jeder Schicht fungiert ein Mediziner als sogenannter Flowmaster, der – unterstützt von einer leitenden Pflegekraft mit Hochschuldiplom – für einen medizinisch möglichst reibungslosen Fluss der Patienten in der Klinik sorgt.

App für jeden Arzt. Im Neubau der Notaufnahme in Hvidovre soll künftig alles noch effizienter vonstatten gehen. „Die Ambulanzen der verschiedenen Fachrichtungen sind dann an einem Ort vereint und nicht mehr im Krankenhaus verteilt“, erläutert Oberarzt Rasmussen. Die Wege werden also kürzer. Das lässt sich über andere große Neubauten nicht sagen. In Aarhus etwa beträgt die größte Entfernung innerhalb des Krankenhauses 4,1 Kilometer. Auch hier soll elektronische Vernetzung helfen: Ebenso wie alle Betten, Rollstühle und sonstiges medizinisches Equipment sind dort Ärzte, Schwestern und Therapeuten technisch so ausgestattet, dass ihr Aufenthaltsort und ihre Wege transparent werden. „Der Workflow in einem so großen Haus lässt sich leichter patientengerecht organisieren, wenn man weiß, wo der nächste Kollege ist. Statt Arbeitszeit mit Laufen und Suchen zu verschwenden, bleibt mehr Zeit für die Patienten“, sagt Softwarespezialist Jens Peder Rasmussen. Seinen Angaben zufolge haben die Gewerkschaften dem Personal-Tracking per App unter der Maßgabe zugestimmt, dass die Daten am nächsten Tag gelöscht werden.

Wie aufgeschlossen unsere dänischen Nachbarn der Digitalisierung gegenüber stehen, zeigt auch die Erfolgsgeschichte des staatlichen nationalen Internetportals „sundhed.dk“. Bereits seit 2003 ist die Website online, mit deren Hilfe jeder Patient Einblick

in seine passwortgeschützte, vollständige elektronische Patientenakte nehmen kann. Gleiches gilt prinzipiell für alle Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Apotheker des Landes, ganz gleich, ob sie ambulant oder stationär tätig sind. Der technische Trick dabei: sundhed.dk greift dezentral auf bereits bestehende elektronische Akten beziehungsweise Datenbestände zurück und bildet diese dann lediglich im Internet ab. „Wir erstellen also im eigentlichen Sinne keine eigenständige elektronische Akte, was den Aufwand erheblich reduziert“, sagt Morten Elbaek, Geschäftsführer von sundhed.dk. Der laufende Betrieb des Portals kostet seinen Angaben zufolge nur 9,5 Millionen Euro im Jahr, die Anfangsinvestitionen lagen sogar bei nur 8,5 Millionen Euro – kaum zu glauben angesichts der Summen, die in Deutschland bislang in die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte geflossen sind.

Etlche Hausärzte hadern. Sundhed.dk stößt auf große Akzeptanz bei Patienten und Hausärzten. Die Allgemeinärzte indes – sie betreuen im Schnitt 1.600 fest bei ihnen eingeschriebene Patienten – empfinden sich vielfach als Lastesel des Gesundheitssystems und hadern mit der Klinikreform, die zu noch kürzeren Krankenhaus-Verweildauern führen soll und damit zu einer noch größeren Arbeitsbelastung des ambulanten Sektors in der Vor- und Nachsorge von Patienten.

Wenig erfreut sind die niedergelassenen Mediziner etwa darüber, dass über die zentrale Rufnummer „1813“ außerhalb der Praxisöffnungszeiten seit gut zwei Jahren ein von der Hauptstadtregion getragenes medizinisches Callcenter Patienten rund um Kopenhagen den richtigen Behandlungspfad weist. Die erfahrenen Krankenschwestern dort können den Anrufern unter anderem freie Kapazitäten in einer der Klinikambulanzen nennen und so Wartezeiten dort verkürzen. Ergibt die Befragung anhand von computerunterstützten medizinischen Leitfäden jedoch, dass ein Besuch des Hausarztes am nächsten Tag ausreicht, erhalten die Allgemeinärzte eine entsprechende Information – ebenso wie über einen Besuch in der Klinikambulanz.

Mehr Personal

Dänische Ärzte und Pflegekräfte protestieren zwar immer wieder gegen den Kostendruck im Gesundheitswesen, aber die Kritik am Umbau der Kliniklandschaft hält sich in Grenzen. Durch die Konzentration der Standorte verlängern sich zwar die Wege zur Arbeit, aber die Personalquote in den verbleibenden Häusern wird besser. Indes kann sich die Personalausstattung schon heute sehen lassen. Ein 700-Betten-Haus wie das Hospital im Kopenhagener Vorort Hvidovre beschäftigt mehr als 1.000 Mediziner, ein Klinikum vergleichbarer Größe in Deutschland erheblich weniger. Dafür müssen die Klinikärzte in Dänemark die gesamte ambulante fachärztliche Versorgung abdecken – niedergelassene Spezialisten gibt es im Königreich kaum. Wie in anderen skandinavischen Ländern auch haben die Pflegekräfte in Dänemark eine deutlich stärkere Position im Gesundheitswesen als hierzulande. Experten führen das nicht nur auf eine einheitliche Ausbildung mit Bachelor-Abschluss zurück, sondern auch auf einen größeren gewerkschaftlichen Organisationsgrad – das erhöht die politische Schlagkraft der Pflege enorm.

E-Health ist Alltag

Nutzungsgrad der sundhed.dk-Plattform für verschiedene Anwendungen innerhalb des Gesundheitssystems

Anwendung	in Prozent
Hausärzte führen elektronische Patientenakten	100
Austausch von elektronischen Patientenakten zwischen Hausärzten	98
Elektronische Übertragung von Labor-Testergebnissen zwischen Krankenhaus und Hausarzt	100
Elektronisches Rezept	99
Krankenhauseinweisungen auf elektronischem Weg	97
Elektronische Überweisungen an Fachärzte bzw. Psychologen	100

Bereits seit 2003 ist das nationale E-Health-Portal „sundhed.dk“ im Einsatz. Nicht nur Patienten nutzen ihre dort hinterlegte elektronische Gesundheitsakte, sondern auch Hausärzte und Kliniken machen von dem Portal regen Gebrauch.

Quelle: Ministry of Health 2017

Freddy Lippert, Chef der Emergency Medical Services in Kopenhagen und damit auch verantwortlich für das Callcenter, geht davon aus, dass die Zahl der Patientenkontakte zu den Notaufnahmen durch die „1813“ um etwa zehn Prozent gesenkt werden konnte. Wasser auf die Mühlen der Hausärzte sind Medienberichte, dass Krankenschwestern in dem Callcenter Fälle von Hirnhautentzündung nicht erkannt und die Patienten nicht gleich in die Notaufnahme einer Klinik geschickt haben sollen. Lippert: „Aber auch Ärzte diagnostizieren nicht alles richtig.“

Hausaufgaben für Kommunen. „Im Moment haben wir nicht nur Freunde“, räumt Per Okkels mit einem leicht gequälten Lächeln ein. Der Staatssekretär im Kopenhagener Gesundheitsministerium geht davon aus, dass „vor dem Hintergrund der Reformen zwar schon viele Allgemeinärzte positiv in die Zukunft sehen. Es bleibt aber noch die schwere Aufgabe, auch die restlichen Hausärzte zu überzeugen. Das ist schade, denn in einer alternden Gesellschaft brauchen immer mehr Patienten einen Lotsen, der sie auf ihrem Weg durch das Gesundheitswesen begleitet und ihre Behandlung koordiniert.“ Zugleich gelte es, die Auswirkungen der Klinikreform und der kürzeren stationären Liegezeiten auf die ambulante ärztliche Versorgung sorgfältig zu beobachten und dabei auch die 98 dänischen Kommunen nicht aus dem Blick zu verlieren, die für Pflege und Rehabilitation zuständig sind: „Hier warten teilweise große Herausforderungen auf die Gemeinden.“ Für Per Okkels steht dennoch fest, dass es zum Super-Hospital-Programm keine Alternative gibt: „Alle dänischen Politiker wollen den freien und gleichen Zugang zum Gesundheitswesen erhalten. Das geht nur, wenn wir die Qualität und Effizienz des Systems weiter erhöhen. Und dazu tragen die neuen Kliniken entscheidend bei.“ ■