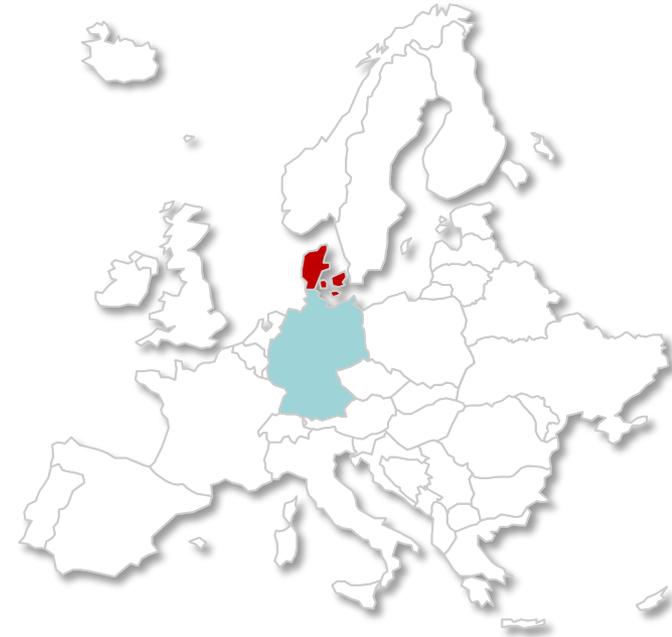


K:IDD

Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark



Analyse und Übertragbarkeit dänischer Reformaspekte - Ergebnisse aus Workshops und Interviews -

BKK Innovativ, 28.04.2021

Workshops

- **6 Workshops mit insgesamt 31 Teilnehmer*innen**
- **Workshops waren nach Interessengruppen unterteilt**
 1. Krankenhausverbände
 2. Krankenkassen
 3. Ärzteschaft
 4. Gesundheitspolitik
 5. Patientenvertreter
 6. Internationale Experten
- **Inhaltliche Schwerpunkte**
 - Krankenhausplanung und –finanzierung
 - Spezialisierung und Zentralisierung
 - Digitalisierung und telematische Infrastruktur
 - Präklinische und ambulante Versorgung

Interviews

- **11 Einzel-Interviews mit Expert*innen**
- **Expert*innen kamen aus folgenden Bereichen**
 1. Architektur
 2. Rechtsanwaltskanzlei
 3. Fusionsberatung (M&A)
 4. Kassenärztliche Bundesvereinigung
 5. Krankenkasse
 6. Geschäftsführer eines fusionierten Krankenhauses
 7. Geschäftsführer eines kleinen Krankenhauses
 8. Gesundheitsministerium
 9. Gesundheitspolitik
 10. Universitätsinstitut
 11. Internationaler Experte

Krankenhausplanung

- **Krankenhausplanung durch die Länder findet de facto überwiegend nicht statt** (Fortschreibung des Status Quo).
- **Entscheidungen** der Landeskrankenhausplanungsbehörden würden fast immer von den Krankenhausträgern **vor Gericht beklagt**. Hinzu kommt häufig **Widerstand von Bürger*innen/Lokalpolitik**.
- Über das Instrument der Qualitätssicherung kann man mit einem langen Atem Krankenhäuser, die minderwertige Qualität erbringen, aus der Versorgung herausnehmen.
- Aus **Sicht von Juristen bestehen keine rechtlichen Bedenken, Krankenhäuser aus dem Krankenhausplan und damit aus der Versorgung herauszunehmen**.
- Weder Artikel 12 GG „Berufsfreiheit“, noch Artikel 14 GG „Schutz des Eigentum“ sind geeignet, um eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan zu verhindern.
- Das haben sowohl das Bundesverfassungsgericht (Urteil vom 12.6.1990 1 BvR 355/86) als auch der Europäische Gerichtshof (Urteil vom 13. Mai 2003 C-385/99 Müller-Fauré van Riet) in Urteilen verdeutlicht. Es können aber Entschädigungszahlungen fällig werden.

Spezialisierung und Zentralisierung

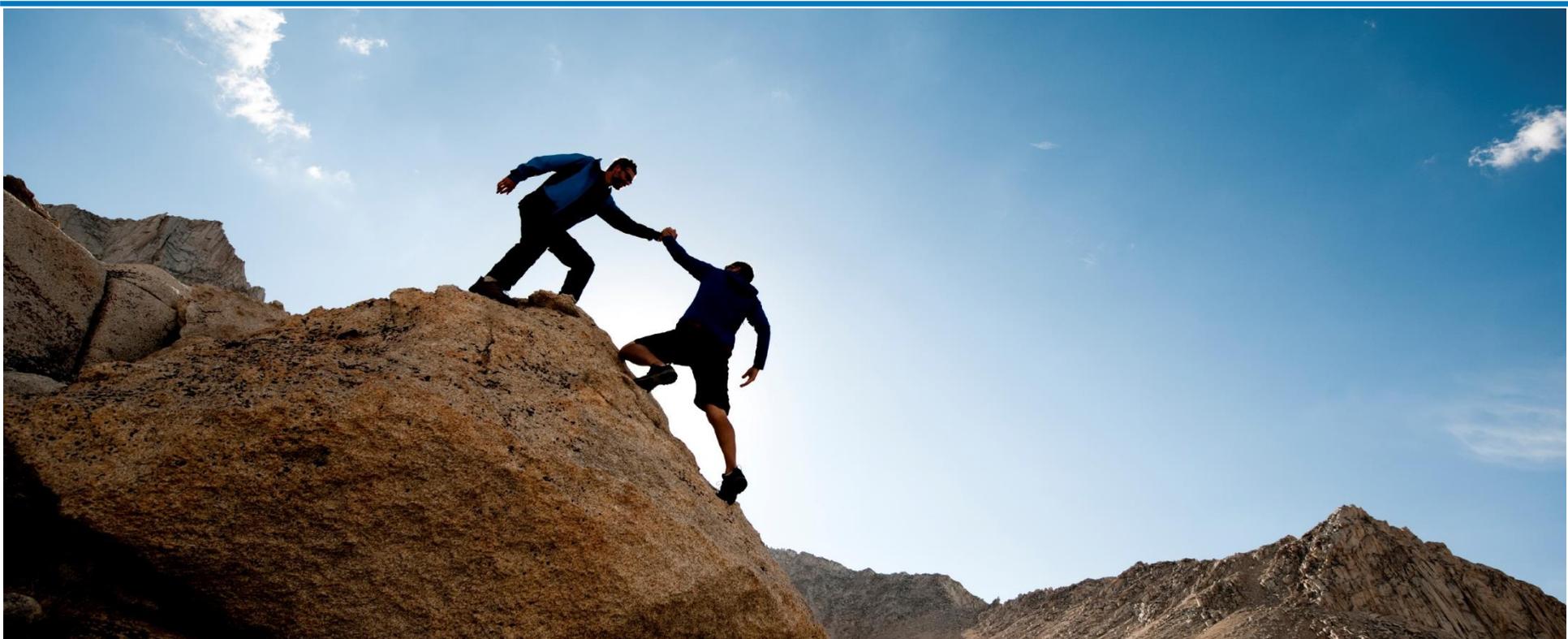
- **Spezialisierung muss sich für Krankenhäuser ökonomisch rechnen** oder es muss **per Krankenhausplanung Zwang** ausgeübt werden.
- In Deutschland sind Spezialisierungsstrukturen schon vielfach vorhanden, es fehlt an der Umsetzung.
- **Kein Konsens** bei der Frage, **inwiefern Spezialisierung mit einer Reduktion der Krankenhäuser (bzw. Standorte)** einhergehen sollte.
- Die Experten sind sich weitgehend einig darin, dass eine **massive Ausdünnung** von **Krankenhausstandorten** in der deutschen Bevölkerung **nicht mehrheitsfähig** sei.
- **Historie und lokale Verbundenheit** spielen für das Personal wie auch für die Patient*innen teilweise eine **erhebliche Rolle**.
- In Bezug auf die **Grund- und Regelversorgung** schätzen die Patient*innen laut den Experten eine **wohnhortnahe** Versorgung. In Bezug auf **komplexe (elektive) Eingriffe** sind längere Fahrtwege hingegen kein Problem und ein **überregionales Nachfrageverhalten** bereits gelebte Praxis.
- Geklärt werden müsse daher, welche Leistungen spezialisiert erbracht werden sollten und inwiefern dies auch **Leistungen der Grund- und Regelversorgung betrifft**.
- Denkbar sind vor allem **regionale Spezialisierungen**, die zwar zur **Konzentration** von Leistungen, **nicht unbedingt aber gleichermaßen zur Zentralisierung von Krankenhäusern** führen.

Wettbewerb und Kartellrecht

- Dänisches Modell würde Änderung des **Wettbewerbsrechts erfordern (Aussetzung der Fusionskontrolle für Krankenhausbereich)**.
- Das Bundeskartellamt legt bei seinen Fusionsentscheidungen immer die Auswahlmöglichkeiten der Patient*innen zugrunde. **Durch Spezialisierung und Zentralisierung werden die Auswahlmöglichkeiten eingeschränkt.**
- Das **Bundeskartellamt** wie die gesamte Wettbewerbstheorie **geht grundlegend davon aus**, dass **Wettbewerb** sich **positiv** auf Kosteneffizienz, technische Effizienz und auch auf die Qualität auswirkt.
- Im **dänischen System** gibt es einen **äußerst eingeschränkten Wettbewerb** zwischen den Krankenhäusern in Form eines **Ausschreibungswettbewerbs** (mit regelmäßigen Überprüfungen).
- Das **Problem des Ausschreibungswettbewerbs** besteht darin, dass sich **Pfadabhängigkeiten** ergeben. Man kann irgendwann nicht mehr das Krankenhaus wechseln, weil es keinen oder kaum andere Anbieter mehr gibt und die Markteintrittskosten zu hoch sind.
- Die gesundheitsökonomische Literatur kann nicht beantworten, welcher Grad an Spezialisierung und Marktkonzentration zu einer optimalen Behandlungsqualität führt.

Digitalisierung und telematische Infrastruktur

- In der digitalen und telematischen Infrastruktur ist Dänemark Deutschland weit voraus.
- **Das Gesundheitswesen in Deutschland hat hier einen großen bis sehr großen Nachholbedarf.**
- Es gibt einen Nachholbedarf auf unterschiedlichen Ebenen:
 - **Nachholbedarf technischer Art:** Ausstattung der Krankenhäuser mit digitaler und telematischer Technik
 - **Nachholbedarf auf Prozessebene:** Änderung der Verfahren und Abläufe im Bereich der gesamten Versorgung und der internen Prozesse
 - **Nachholbedarf Koordination und Abstimmung:** In Dänemark gibt es eine Gesundheitsdatenbehörde, die sich auf die Zusammenarbeit bei nationalen IT-Infrastrukturen und klinischen Systemen im Gesundheitsbereich konzentriert und nationale Anforderungen und Standards festlegt
 - **Nachholbedarf auf mentaler Ebene:** Sowohl bei den Patient*innen als auch bei den Leistungserbringern muss die Digitalisierung als Chance und nicht als Risiko bewertet werden. Die Verbesserungen und Vereinfachungen gehören in das Zentrum der Überlegungen und nicht die Bedenken.



Vielen Dank und bleiben Sie Gesund!