

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Technische Universität Berlin
Förderkennzeichen:	01VSF18044
Akronym:	K:IDD
Projekttitel:	Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark
Autoren:	Elke Berger, Christoph Reichebner, Astrid Eriksen, Reinhard Busse, Matthias Kretzler, Clemens Krause, Mandy Schulz, Dominik von Stillfried, Robin Heber, Matthias Offermanns
Förderzeitraum:	1. März 2019 - 28. Februar 2021

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
1. Zusammenfassung	6
2. Beteiligte Projektpartner	7
3. Einleitung	8
4. Projektdurchführung	10
5. Methodik.....	11
5.1 Arbeitspaket 1: Bestandsaufnahme der deutschen Krankenhauslandschaft und Vergleich der deutschen und dänischen Gesundheits- und Krankenhausversorgung	11
5.2 Arbeitspaket 2: Analyse der Krankenhausreform in Dänemark	12
5.2.1 Politikanalyse	12
5.2.2 Digitalisierung.....	13
5.2.3 Spezialisierung	14
5.2.4 Medienanalyse	14
5.3 Arbeitspaket 3: Übertragbarkeit auf Deutschland	15
5.3.1 Szenarioanalysen.....	15
5.3.1.1 Ambulante Versorgung	15
5.3.1.2 Elektive Versorgung	17
5.3.2.3 Notfallversorgung.....	18
5.3.2 Interviews mit deutschen Expert*innen	18
5.3.3 Workshops 2 bis 7	19
6. Projektergebnisse.....	20
6.1 Arbeitspaket 1: Bestandsaufnahme der deutschen Krankenhauslandschaft und Vergleich der deutschen und dänischen Gesundheits- und Krankenhausversorgung (BKK)	20
6.2 Arbeitspaket 2: Analyse der Krankenhausreform in Dänemark	23
6.2.1 Politikanalyse (TUB).....	23

6.2.2 Digitalisierung (TUB)	26
6.2.3 Spezialisierung (TUB).....	30
6.2.4 Medienanalyse (TUB).....	33
6.3 Arbeitspaket 3: Übertragbarkeit auf Deutschland	35
6.3.1 Ergebnisse der Workshops und Interviews mit deutschen Expert*innen (DKI).....	35
6.3.2 Ergebnisse der Szenarioanalysen	40
6.3.2.1 Ambulante Versorgung: Szenarioanalysen anhand ASK-Diagnosen in der vertragsärztlichen Versorgung (Zi)	41
6.3.2.2 Elektive Versorgung (TUB).....	43
6.3.2.3 Notfallversorgung (TUB)	46
6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	50
7. Stärken und Limitationen des Projekts	54
8. Schlussfolgerungen, Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung	55
9. Einzelvotum des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI): Schlussfolgerungen und Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung.....	57
10. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	59
11. Anlagen	61
12. Literatur	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Projektstruktur von K:IDD	9
Abbildung 2 Schematische Darstellung des Projektverlaufs	10
Abbildung 3 Übersicht über die im Projekt verwendeten Methoden	11
Abbildung 4 Schwerpunkte des Ländervergleichs	20
Abbildung 5 Die stationäre Versorgungslandschaft in Dänemark (Stand August 2021)	25
Abbildung 6 Grund- und spezialisierte Versorgung in Dänemark.....	31
Abbildung 7 Zertifizierungsstatus der an der Versorgung beteiligten Krankenhäuser	44
Abbildung 8 Fallaufkommen in der Behandlung des kolorektalen Karzinoms auf Krankenhausebene	45
Abbildung 9 Szenarioanalysen: Fallaufkommen in der Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (2017).....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 K:IDD-Konsortium und Verantwortungsbereiche	7
Tabelle 2 ASK-Diagnosen/Krankheitsgruppen und ihr vermeidbarer Anteil	16
Tabelle 3 Vergleich der Digitalisierung (des Gesundheitswesens) zwischen Deutschland und Dänemark.....	27
Tabelle 4 Anforderungen an Standorte für spezialisierte Leistungen in Dänemark (ortsgebundene Zulassung).....	32
Tabelle 5 Anzahl von Krebszentren für ausgewählte Krebsarten in Dänemark und Deutschland	32
Tabelle 6 Arbeitsbereiche der in AP 3 befragten Expert*innen	35
Tabelle 7 Entwicklung der 5-Jahres-Überlebensrate bei Rektumkarzinom in Deutschland und Dänemark.....	43
Tabelle 8 Fahrtzeiten im Versorgungsgeschehen des Jahres 2018 und in Szenarioanalysen	46
Tabelle 9 Alters- und Geschlechtsstandardisierte 30-Tage Mortalitätsrate für ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfall (ausgewählte Jahre).....	47
Tabelle 10 Zusammenfassung der Ergebnisse – AP 1: Bestandsaufnahme.....	51
Tabelle 11 Zusammenfassung der Ergebnisse – AP 2 und AP 3.....	52

Akronym: K:IDD

Förderkennzeichen: 01VSF18044

Abkürzungsverzeichnis

AP	Arbeitspaket
ASK	Ambulant-sensitive Krankenhausfälle
DESI	Digital Economy and Society Index
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
EMRAM	Electronic Medical Record Adoption
ePA	elektronische Patientenakte
KHZF	Krankenzukunftsfonds
K:IDD	Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel
PKV	private Krankenversicherung
PLZ	Postleitzahl
RBCD	Rückenschmerzen, Bronchitis/COPD oder Diabetes mellitus
SU	Stroke Unit
sQB	strukturierte Qualitätsberichte
TUB	Technische Universität Berlin
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Die deutsche Krankenhauslandschaft steht vor immensen strukturellen Herausforderungen, um die Versorgung auch zukünftig auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern. Bisherige Bemühungen den Herausforderungen zu begegnen sind jedoch äußerst fragmentiert, lokal begrenzt, langsam und zudem vom Dissens der Akteure des deutschen Gesundheitssystems geprägt. Andere europäische Länder mit ähnlichen Ausgangsbedingungen am Ende des 20. Jahrhunderts haben in den vergangenen Jahren damit begonnen, stationäre Strukturen stärker an der Qualität der Leistungserbringung auszurichten und entsprechend umzubauen. Dabei sticht insbesondere das „dänische Modell“ hervor, welches hierzulande in den letzten Jahren verstärkt diskutiert worden ist. Vor dem Hintergrund haben sich Forscher*innen im Rahmen des Projekts Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark auf den Weg gemacht, das dänische Modell näher zu analysieren und Impulse für eine Weiterentwicklung der deutschen Krankenhauslandschaft zu generieren.

Methode: Das Projekt war in drei Arbeitspakete gegliedert: (1) Bestandsaufnahme der deutschen Krankenhauslandschaft und Vergleich mit dem „dänischen Modell“, (2) detaillierte Analyse der Reform in Dänemark und (3) Übertragbarkeit der dort gewonnenen Erkenntnisse auf Deutschland. Um der thematischen Vielfalt gerecht zu werden, bediente sich das Projekt eines Mixed-Methods-Ansatzes, in dem verschiedenste qualitative und quantitative Methoden eingesetzt worden sind. Dazu zählen u. a. Routinedatenanalysen, Experteninterviews sowie eine Politik- und Medienanalyse.

Ergebnisse: Es konnte gezeigt werden, dass sich Deutschland und Dänemark hinsichtlich Planung, Ausrichtung und Finanzierung der Gesundheitssysteme z. T. deutlich voneinander unterscheiden, wohingegen andere Aspekte wie etwa Morbidität und die Rechtsgrundlage für die Gesundheitsversorgung durchaus vergleichbar sind. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die drastische Umstrukturierung der dänischen Krankenhauslandschaft nur durch eine vorgelagerte Strukturreform und dadurch möglich war, dass ein starker politischer Entrepreneur ein u. a. durch breite mediale Berichterstattung geschaffenes Problembewusstsein in der Bevölkerung für Qualitätsunterschiede in der stationären Versorgung und das Window of Opportunity geschickt zu nutzen wusste. Darüber hinaus stellten Digitalisierung und Spezialisierung zentrale Elemente innerhalb der Reform dar. Abschließend konnte in Szenarioanalysen und Workshops sowie Experteninterviews gezeigt werden, dass sich einzelne Aspekte des dänischen Modells durchaus auf Deutschland übertragen ließen, wobei diverse Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems berücksichtigt werden müssten.

Diskussion: Das Projekt ermöglicht einen einzigartig detaillierten Einblick in die dänische Krankenhausreform sowie der dieser vorgelagerten Prozesse. Die Impulse, die so für die deutsche Krankenhauslandschaft gewonnen werden konnten, haben das Potential für eine Weiterentwicklung der GKV-Versorgung. Dabei muss jedoch festgehalten werden, dass strukturelle Unterschiede wie die Trägervielfalt erschweren, dass alle Aspekte 1:1 übertragen werden können. Welche dies aber im Einzelnen sind, war auch im Projektkonsortium umstritten. Eine erste wesentliche Schlussfolgerung lautet daher, dass eine unvoreingenommene und konsensuale Sicht auf die Krankenhausreform in Dänemark aufgrund der traditionell gewachsenen institutionellen Strukturen und der von ihnen geprägten Standpunkte erschwert wird.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1 K:IDD-Konsortium und Verantwortungsbereiche

Institution	Name	Telefon, E-Mail	Verantwortlichkeit/Rolle
Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen	Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Elke Berger, MPH, Astrid Eriksen, MSc, Christoph Reichebner, MSc	Tel.: 030-314-28420, E-Mail: rbusse@tu-berlin.de	Projektleitung/ Konsortialführung
BKK-Dachverband	Matthias Kretzler	Tel.: 030-2700406-402, E-Mail: Matthias.Kretzler@bkk-dv.de	Expertise und Netzwerk Krankenversicherung, GKV-Routinedaten, Expertise Dänemark, Öffentlichkeitsarbeit
Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)	Dr. Karl Blum, Dr. Matthias Offermanns, Robin Heber, MSc	Tel.: 0211-47051-17, E-Mail: karl.blum@dki.de	Expertise und Netzwerk Krankenhaus, Workshops, Experteninterviews
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)	Dr. Dominik Graf von Stillfried, Dr. Mandy Schulz, Clemens Krause	Tel.: 030-4005-2450, E-Mail: dstillfried@zi.de	Expertise und Netzwerk ambulanter Sektor, ambulante Abrechnungsdaten der KVen, Szenarioanalysen

Fachliche Ansprechpartnerin

Elke Berger; Tel. 030-31428702; E-Mail: elke.berger@tu-berlin.de

3. Einleitung

Die deutsche Krankenhauslandschaft ist geprägt von einer hohen Krankenhaus- und Bettendichte, einem geringen Spezialisierungsgrad und einer geringen Vernetzung mit vor- und nachstationären Leistungserbringern. Grundlegende Probleme der stationären Versorgung hierzulande betreffen etwa die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, den geringen Digitalisierungsgrad und eine ausbaufähige sektorenübergreifende Versorgung.

Andere europäische Länder mit ähnlichen Ausgangsbedingungen am Ende des 20. Jahrhunderts haben in den vergangenen Jahren damit begonnen, die stationären und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen neu auszurichten und entsprechend umzubauen und zu diesem Zweck in großem Umfang in die bauliche und technische Infrastruktur zu investieren. In diesem Kontext ist hierzulande das „dänische Modell“ der Gesundheits- und Krankenhausversorgung in den letzten Jahren verstärkt diskutiert worden.

Im Rahmen des Innovationsfondsprojekts „Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark“ (K:IDD) haben sich die Forscher*innen daher auf den Weg nach Dänemark gemacht, wo eine erst kürzlich vollzogene Krankenhausreform große Erfolge in Bezug auf eine verbesserte Patientenversorgung erzielen konnte. Dort wird die Versorgung seit Anfang der 2000er Jahre in einem fortlaufenden Prozess neu strukturiert. So wurden nach einer umfassenden Neuordnung der Zuständigkeiten u. a. Krankenhäuser neu gebaut, kleinere Häuser geschlossen und insgesamt die Zahl der Standorte mit Notaufnahmen halbiert. Für eine so umfassende Krankenhausreform wie in Dänemark sind viele Zahnräder neu zu stellen und politische, wirtschaftliche wie menschliche Hürden zu nehmen. Genauer werden die Ergebnisse dieser Studie aufzeigen, die primär auf die Beantwortung der Fragen abzielt, wie diese Reform konkret umgesetzt werden konnte und welche Aspekte davon vielleicht auch auf die deutsche Krankenhauslandschaft übertragen werden könnten. Dazu wurden innerhalb des Projekts folgende Teil-Fragestellungen bearbeitet: (1) Wie vergleichbar sind das deutsche und dänische Gesundheitssystem miteinander?; (2) Welche Rolle hatte die mediale Berichterstattung bei der Krankenhausreform inne?; (3) Wie genau verlief der politische Prozess, der zu der Reform geführt hat und was kann daraus für Deutschland geschlussfolgert werden?; (4) Welche Voraussetzungen waren für die Umsetzung der Reform nötig (Stichwort Digitalisierung) und welche Aspekte der stationären Versorgung wurden maßgeblich durch die Reform geändert (Stichwort Spezialisierung und Zentralisierung); (5) Wie schätzen dänische Expert*innen die Reform in der Retrospektive ein und was würden sie bei einer Übertragung auf andere Länder empfehlen? und (6) wie schätzen Akteure aus Deutschland die dänische Krankenhausreform ein und was muss aus deren Sicht bei einer Übertragung auf Deutschland beachtet werden?

Zur Durchführung des Projekts hat sich ein breitgefächertes Konsortium unter Leitung des von Prof. Dr. med. Reinhard Busse geführten Fachgebiets Management im Gesundheitswesen (MiG) der Technischen Universität Berlin (TUB) zusammengefunden. Zu den Konsortialpartnern gehören der BKK Dachverband, das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), die sich mit ihrer jeweiligen Expertise in das Projekt eingebracht haben. Weiterhin waren diverse Kooperationspartner ohne Förderung an der Projektdurchführung beteiligt, so etwa Healthcare Denmark oder die Universität Bielefeld. Darüber hinaus wurde das Projekt von einem mit

Akronym: K:IDD

Förderkennzeichen: 01VSF18044

Expert*innen aus Wissenschaft, Politik und Praxis besetzten Advisory Board begleitet. Details zur Projektstruktur sind in Abbildung 1 dargestellt.

Durch den partizipativen Ansatz und die Einbindung vieler relevanter Stakeholder sollen die Erkenntnisse aus der Tiefenanalyse der dänischen Krankenhausreform wichtige und dabei konkrete wie praktikable Handlungsempfehlungen für die notwendige Reformierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland ergeben und so langfristig die Versorgungsstrukturen verbessern.

Abbildung 1 Projektstruktur von K:IDD



4. Projektdurchführung

Das Projekt war in drei Arbeitspakete (AP) gegliedert: (1) Bestandsaufnahme der deutschen Krankenhauslandschaft und Vergleich mit dem „dänischen Modell“, (2) detaillierte Analyse der Reform in Dänemark und (3) Übertragbarkeit der dort gewonnenen Erkenntnisse auf Deutschland. Dafür wurden innerhalb der Projektlaufzeit u. a. dänische Expert*innen vor Ort befragt, deutsche sowie dänische Sekundärdaten analysiert, Dokumentenanalysen vorgenommen und Workshops durchgeführt, in denen Expert*innen die Reformen diskutieren und unterschiedliche Szenarien durchspielten, um die Bedingungen und Auswirkungen der Reform besser einschätzen zu können. Abschließend wurden den relevanten gesundheitspolitischen Akteuren elementare Umsetzungshinweise und Handlungsalternativen zur Verbesserung der Patientenversorgung in Deutschland aufgezeigt. Eine schematische Darstellung des Projekts im Zeitverlauf kann Abbildung 2 entnommen werden.

Abbildung 2 Schematische Darstellung des Projektverlaufs

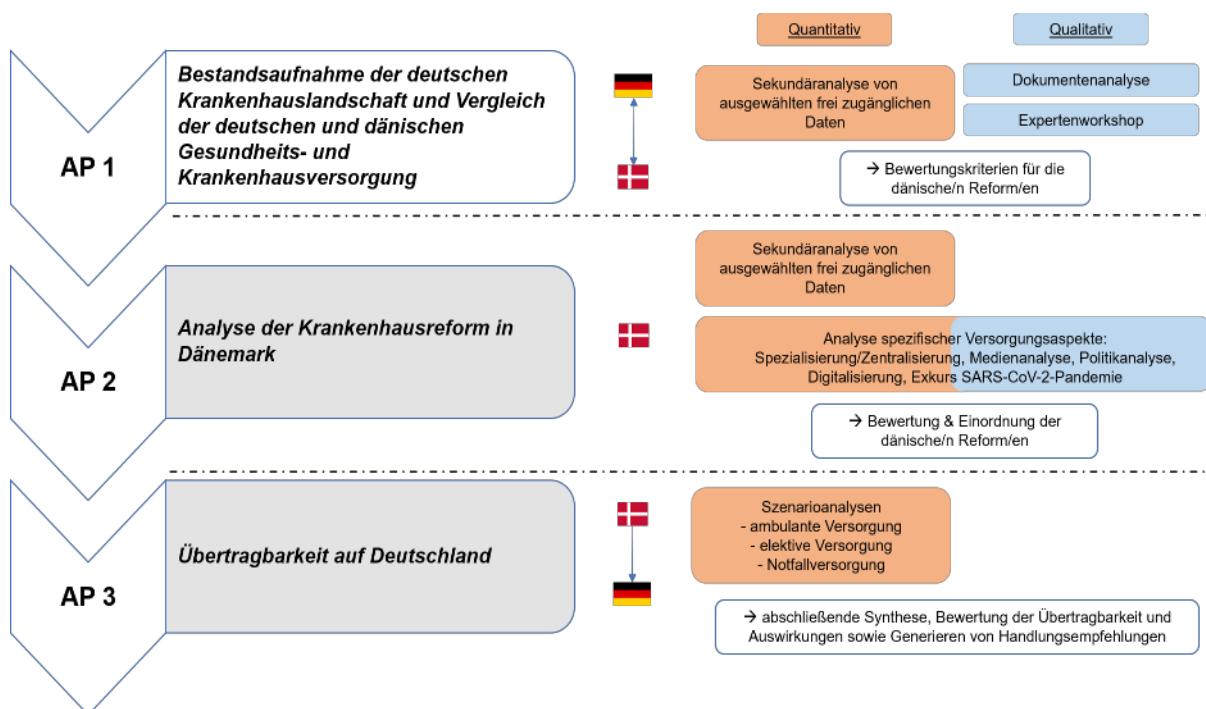


K:IDD wurde entsprechend der Planung und dem Antrag durchgeführt und es ergaben sich während der Projektlaufzeit keine wesentlichen Abweichungen. Einige wenige methodische Änderungen waren hauptsächlich pandemiebedingt und betrafen etwa die Durchführung von Workshops in digitalem statt analogem Format.

5. Methodik

Bei dem Projekt handelt es sich um einen Mixed-Methods-Ansatz. Das Studiendesign und die genannten Methoden sind in Abbildung 3 zusammenfassend dargestellt und werden im Folgenden spezifisch für jedes der AP gesondert beschrieben.

Abbildung 3 Übersicht über die im Projekt verwendeten Methoden



5.1 Arbeitspaket 1: Bestandsaufnahme der deutschen Krankenhauslandschaft und Vergleich der deutschen und dänischen Gesundheits- und Krankenhausversorgung

Zunächst stellte sich das Konsortium die Frage nach der grundsätzlichen Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme von Deutschland und Dänemark. Die Bestandsaufnahme orientierte sich an der vom European Observatory on Health Systems and Policies für die Gesundheitssystembeschreibung im Rahmen der Health Systems in Transition (HiT)-Publikationen etablierten Vorgehensweise und berücksichtigte für den stationären Sektor relevante Kriterien. Darüber hinaus wurden in einem Expertenworkshop am 17.6.2019 in Berlin erarbeitet, welche Elemente bei dieser Betrachtung besonders relevant erscheinen. Der Vergleich innerhalb der so ermittelten Schwerpunkte erfolgte auf Basis von Experteninterviews, ausgewählter Struktur- und Bevölkerungsdaten, Wirtschaftlichkeits- und Kostendaten, Qualitätsdaten, Literaturrecherchen sowie deskriptiver Sekundäranalysen frei zugänglicher Daten (u. a. vom Statistischen Bundesamt).

Interviews mit dänischen Expert*innen

Die Experteninterviews zielten darauf ab, tiefe Einblicke in die Ausgestaltung der dänischen Gesundheitsversorgung zu bekommen. Die Auswahl und Rekrutierung der Expert*innen aus Gesundheitspolitik, -wissenschaft und -praxis erfolgte mit Unterstützung von Healthcare Denmark. Dabei handelt es sich um eine gemeinnützige Organisation, die im Auftrag der dänischen Regierung zur Weiterentwicklung des dänischen Gesundheitssystems und der Förderung von dessen internationaler Sichtbarkeit beiträgt. Die Selektion der Expert*innen zielte vor allen Dingen auf Personen ab, die die Reformprozesse aktiv vorbereitet oder begleitet haben sowie auf solche, die intensiv zu diesen Prozessen und deren Auswirkungen geforscht haben. Darüber hinaus wurde eine Patientin, die Vertreterin einer Bürgerbewegung sowie Vertreter*innen der Ärzteschaft rekrutiert. Die Durchführung der Einzelinterviews erfolgte mehrheitlich in Person und nur in zwei Ausnahmen (video-)telefonisch. Die Experteninterviews beliefen sich zeitlich auf 60 bis maximal 90 Minuten und erfolgten unter Zuhilfenahme semistrukturierter Leitfäden (siehe Anlage 1). Sie wurden aufgenommen, transkribiert und mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet [1].

Workshop 1

Die im zuvor beschriebenen Teil des AP 1 gewonnenen Erkenntnisse wurden systematisch aufbereitet und mit den multidisziplinären Teilnehmer*innen eines Workshops diskutiert. Insgesamt konnten fünf Vertreter*innen von Krankenhausgesellschaften, Krankenhausplanungsbehörden, Krankenkassen und Ärztekammern für den Workshop gewonnen werden, deren Auswahl und Rekrutierung auf Basis der bestehenden Netzwerke des Konsortiums erfolgte. Bei dem Workshop handelte es sich um eine moderierte Diskussionsrunde (auch Fokusgruppe genannt), die dem zusätzlichen Erkenntnisgewinn diente und vor allen Dingen darauf abzielte, bei der Krankenhausplanung relevante Aspekte aus Sicht verschiedener Stakeholder zu sammeln, zu visualisieren und abschließend mit den Teilnehmer*innen zu gewichten. Die Dauer des Workshops belief sich auf ca. drei Stunden inklusive Pause(n). Zu Zwecken der anonymisierten Auswertung und mit entsprechendem Einverständnis der Teilnehmer*innen wurden Tonbandaufnahmen der moderierten Gruppendiskussion erstellt, die anschließend transkribiert worden sind.

5.2 Arbeitspaket 2: Analyse der Krankenhausreform in Dänemark

Im AP 2 ging es darum, einen vertieften Einblick in die Prozesse zu erlangen, die vor und während der Krankenhausreform in Dänemark wesentlich waren. Dazu wurden einzelne mit der Reform im Zusammenhang stehende Aspekte der Versorgung ebenfalls untersucht, um ein umfassendes Bild der Reform und ihrer Voraussetzungen sowie Auswirkungen zu erlangen. Eine erste wichtige Erkenntnis innerhalb des Projekts war es, dass der Krankenhausreform zunächst eine Strukturreform vorgelagert war, wie in der nachfolgend beschriebenen Politikanalyse deutlich wird.

5.2.1 Politikanalyse

Die Politikanalyse zielte auf die Rekonstruktion des politischen Prozesses, der zur Reform der Krankenhausplanung in Dänemark (abhängige Variable) geführt hat. Dazu wurde der politische Prozess der Krankenhausreform im Rahmen einer Fallstudie analysiert und dabei

auf Theorien des politischen Prozesses zurückgegriffen. Anhand von Kingdons Multiple-Stream-Ansatz, sowie Tsebelis' Veto-Spieler-Theorie konnten Faktoren identifiziert werden, die entscheidenden Einfluss auf die Abkehr vom Status quo im Sinne einer Reform hatten. Der Multiple-Stream-Ansatz unterteilt politische Prozesse dazu in drei Ströme: den Problem-Stream (Problem-Stream), den Strom der Lösungsvorschläge (Policy-Stream) und den Strom der Entscheidungsprozesse (Politics-Stream). Wenn die drei Ströme durch einen politischen Entrepreneur (policy entrepreneur) gekoppelt werden können, eröffnet sich ein Gelegenheitsfenster (Window of Opportunity), welches die Umsetzung von Reformvorhaben begünstigt [2]. Zentrale Hypothesen der Veto-Spieler-Theorie sind, dass die Erfolgswahrscheinlichkeit von politischen Initiativen umso größer ist, (1) je kleiner die Anzahl der handelnden Akteure ist, (2) je größer die inhaltliche Kongruenz in Bezug auf mögliche Lösungen unter den Akteuren ist, (3) je weniger die Veto-Spieler untereinander vernetzt sind beziehungsweise je geringer deren Kohäsion ist [3]. Die Prozessanalyse verfolgte dabei das Ziel, die in einem politischen Prozess wirksamen Kausalmechanismen systematisch zu analysieren und auf diese Weise zu erklären, warum politisches Handeln in gegebenen Strukturen ein bestimmtes Ergebnis hervorgebracht hat. Als Hypothesen für die Erfolgsbedingungen einer politischen Initiative ließen sich z. B. die Annahmen formulieren, dass es gelingen muss, öffentliche Aufmerksamkeit für ein Thema zu erzeugen, Mehrheiten bei den für die politische Entscheidung relevanten Akteuren zu organisieren sowie machbare und mit den dominanten Interessen und Normen kompatible Lösungen zu präsentieren [2, 3]. Die Prozessanalyse selbst bediente sich eines Methodenmix aus Dokumenten- und Literaturanalyse sowie halbstandardisierten Experteninterviews. Die Dokumentenanalyse zog in erster Linie Gesetzestexte, Verordnungen, Gutachten, Positionspapiere beteiligter Akteure, statistische Daten und Reviews zu wissenschaftlichen Evaluationen der dänischen Krankenhausreform heran. Ergänzend wurde anhand einer medialen Rückschau die Partizipation der Bevölkerung nachgezeichnet (siehe Abschnitt 5.2.4).

Abweichungen zum geplanten Vorgehen:

Während der Vorbereitung und Durchführung der Prozessanalyse hat sich gezeigt, dass der alleinige Einsatz von Methoden der Prozessanalyse („process tracing“) bereits ausreichend war, um die gewünschte Analysetiefe zu gewährleisten. Daher wurde auf die Anwendung der Kongruenzmethode („pattern matching“) verzichtet.

Interviews mit dänischen Expert*innen

siehe Abschnitt 5.1

5.2.2 Digitalisierung

Bei dem Vergleich der Digitalisierung von Deutschland und Dänemark handelte es sich um einen beschreibenden Vergleich zweier Länder, für den verschiedene Methoden und unterschiedliche Datenquellen Anwendung fanden. Es wurden quantitative Kennzahlen aus frei zugänglichen Datenbanken bzw. -quellen (u. a. OECD, Digital Health Index, Electronic Medical Record Adoption [EMRAM]) sowie Dokumente (u. a. Digitalstrategie Dänemarks) genutzt. Darüber hinaus wurde auf Informationen zurückgegriffen, die durch 18 Interviews mit dänischen Expert*innen gewonnen werden konnten und solche, die für den im Rahmen des Projekts erarbeiteten Kriterienkatalog zum Ländervergleich zusammengetragen worden sind.

5.2.3 Spezialisierung

Zum Vergleich des Grads der Spezialisierung wurde ein beschreibender Ländervergleich durchgeführt, der auf frei zugänglichen Datenbanken (u. a. OECD, IHME) sowie relevanten Dokumenten beider Länder (u. a. Spezialisierungspläne, Jahresberichte der Krebszentren) basierte. Daneben wurden die Informationen genutzt, die in dem im Projekt erarbeiteten Kriterienkatalog zum Ländervergleich enthalten sind (siehe Abschnitt 5.1). Um einen darüber hinaus gehenden Eindruck insbesondere der spezialisierten Versorgung in Dänemark und ihrer Entwicklung zu erhalten, wurden zudem die Ergebnisse aus den Experteninterviews (siehe Abschnitt 5.1) und der Medienanalyse (siehe Abschnitt 5.2.4) einbezogen.

5.2.4 Medienanalyse

Um ein besseres Verständnis der medialen Debatte rund um die Krankenhausreform und die Rolle der Medien innerhalb des Reformprozesses zu erlangen, wurden zwei Analysen der dänischen Berichterstattung durchgeführt. Dazu wurden Daten aus der dänischen Datenbank Infomedia entnommen, die systematisch Medieninhalte (Printmedien und Transkripte von Fernseh- und Radiosendungen) sammelt.

Beim ersten Teil der Analyse handelt es sich um eine quantitative Inhaltsanalyse, in der die Berichterstattung der Medien über die Krankenhausreform und die Schließung von Krankenhäusern sowie Notaufnahmen analysiert wurde. Letzteres wurde gewählt, weil Schließungen ein sensibles Thema – insbesondere für lokale Gemeinden – und daher oft anfällig für Debatten sind.

Des Weiteren wurde untersucht, ob und inwiefern die Thematik bereits Teil der Debatte über die Strukturreform war und ob sich die Berichterstattung von der Berichterstattung im Zusammenhang mit der Krankenhausreform unterschied. Darüber hinaus wurden drei Skandale im Gesundheitswesen, die mithilfe der Experteninterviews ermittelt wurden, ebenfalls in die Medienanalyse einbezogen. Bei den Skandalen handelte es sich um Skandale im Hinblick auf regionale Qualitätsunterschiede bei der Brust- und Eierstockkrebsbehandlung sowie bei der Schlaganfallbehandlung.

Dabei fanden die Framing-Theorie und die Agenda-Setting-Theorie Verwendung, um zu untersuchen, ob 1) Krankenhaus- und Notaufnahme-Schließungen und die drei Skandale auf der Agenda der Medien standen und 2) wie sie der Öffentlichkeit präsentiert wurden. Bei der Framing- und Agenda-Setting-Theorie handelt es sich um zwei verschiedene Modelle, die die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der medialen Berichterstattung über politische Themen und der öffentlichen Wahrnehmung ermöglichen [4]. Dabei wird bei der Agenda-Setting-Theorie angenommen, dass „Nachrichtenwerte“ wie z. B. Konflikte, Dramatik, Personalisierung, Neuheit oder auch Nähe eine Rolle dabei spielen können, welche Themen als berichtenswert erachtet werden [5]. Die Auswahl der Themen beeinflusst wiederum die Meinung der Öffentlichkeit darüber, welche Themen am wichtigsten sind (ebd.). Darüber hinaus wird im Rahmen der Framing-Theorie davon ausgegangen, dass o. g. „Nachrichtenwerte“ auch zu der Bestimmung beitragen können, welche Aspekte eines Themas in einer Nachrichtenmeldung die meiste Aufmerksamkeit erhalten. Dabei kann die Darstellung des Themas in den Medien wiederum die öffentliche Wahrnehmung beeinflussen (ebd.). Die Analyseeinheit waren die Schlagzeile und der Einleitungssatz. Um zu untersuchen, ob die Medien als Agenda-Setter fungierten, wurden die Quantität der Berichterstattung und die

Themen der Nachrichten analysiert. Der Ton (negativ, positiv oder neutral) sowie der Kontext der Berichterstattung (episodisch = mit Fokus auf einzelne Ereignisse oder thematisch = mit Fokus auf gesellschaftliche Aspekte) wurden im Hinblick auf die Rolle der Medien als potentielle Frame-Setter verwendet.

Beim zweiten Teil der Medienanalyse handelte es sich um eine qualitative Frame-Analyse, die auf die Ermittlung verwendeter Frames in der Medienberichterstattung abzielte und analysierte, wie diese möglicherweise die Debatte und die Wahrnehmung des Themas in der Öffentlichkeit beeinflusst haben könnten. Auch hier wurde die Framing-Theorie als theoretische Grundlage für die Analyse verwendet. Konkret wurde jede Nachrichtenmeldung auf einen oder mehrere generische Frames hin kodiert (menschliches Interesse, Zuschreibung von Verantwortung, wirtschaftliche Konsequenzen, Konflikt und Moral).

5.3 Arbeitspaket 3: Übertragbarkeit auf Deutschland

5.3.1 Szenarioanalysen

Die in AP 2 untersuchten dänischen Strukturveränderungen wurden in AP 3 für Deutschland mit Hilfe verschiedener Szenarien analysiert. Dabei sollte insbesondere die Wirkung von Maßnahmen der Leistungssteuerung (z. B. Zentralisierung, Spezialisierung, Ambulantisierung) auf die deutsche Versorgungslandschaft modelliert werden.

5.3.1.1 Ambulante Versorgung

Bestimmung der ASK-Patient*innen und Behandlungsfälle im ambulanten und im stationären Sektor

Datengrundlage bildeten die DRG-Statistik nach § 1 KHEntG und die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V. Diese lagen aggregiert und anonymisiert vor. Darüber hinaus wurden Daten der OECD Health Statistics herangezogen, um für Dänemark das Fallaufkommen bei ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK) für ausgewählte Indikationen im Vergleich zu Deutschland zu ermitteln. Das ermöglichte zumindest eine Annäherung an das Vermeidungspotential im Vergleich zu Dänemark.

Tabelle 2 ASK-Diagnosen/Krankheitsgruppen und ihr vermeidbarer Anteil

Nr.	ICD 10	Beschreibung	DE: vermeidbarer Anteil, in % [6]	DK ¹ : vermeidbarer Anteil, in %
1	I05, I06, I08.0, I49.8, I49.9, I67.2, I67.4, I70, I73, I78, I80.0, I80.80, I83, I86, I87, I95, R00.0, R00.2, R47.0	Sonstige Herz-Kreislaufkrankungen	76	
2	J20, J21, J22 ¹ , J40-J44, J47	Bronchitis & COPD	76	26
3	M42, M47, M53, M54	Rückenschmerzen	81	78
4	I10-I15	Hypertonie	83	85
5	K52.2, K52.8, K52.9, K57, K58, K59.0	Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	77	
6	H66, J01-J03, J06, J31, J32, J35	HNO-Infektionen	85	
7	E10, E11, E12, E13, E10.2-E10.6, E10.8, E10.9, E11, E13.6, E13.7, E13.9, E14, E16.2	Diabetes Mellitus	81	58
8	H25, H40	Krankheiten des Auges	81	
9	N30, N34, N39.0	Krankheiten des Harnsystems	86	
10	A46, L01, L02, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L60.0, L72.1, L98.0	Infektionen der Haut und der Unterhaut	77	
11	D50, D51-D52, D53.1, D56, E40-64, R63.6	Mangelernährung	85	
12	K02, K04-K06, K08, K12, K13	Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen	94	
Anmerkung: 1: Eigene Berechnung nach [7]				

Anhand der Diagnosekodierungen in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten wurde die Gesamtzahl der ASK-Patient*innen, unabhängig davon, wie viele ASK-Diagnosen bzw. verschiedene Krankheitsgruppen ein Patient aufweist, bestimmt (so genannte ASK-Patient*innen). Zur Ermittlung der dazugehörigen Fallzahl, d. h. bei wie vielen verschiedenen ambulanten Ärzt*innen ein*e ASK-Patient*in pro Quartal behandelt wurde, wurden sämtliche im Zusammenhang mit der ASK-Diagnose stehende Behandlungsfälle pro Quartal gezählt und zur Anzahl pro Jahr aufsummiert. Die gleiche Teilmenge an ASK-Diagnosen wurde auch aus der DRG-Statistik gefiltert und diente als vereinfachtes Beispiel zur Darstellung des Szenarios 2 (siehe unten).

Anhand der fallweisen Kodierung der Hauptdiagnose in den DRG-Daten war eine Bestimmung der Gesamtzahl der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle, nicht jedoch der ASK-Patient*innen möglich. Da die verfügbare Datenbasis nur aggregierte Informationen auf Basis 3-stelliger Diagnosecodes beinhaltet, konnte die Anzahl der ASK nur in den Krankheitsgruppen erfolgen, für die keine endstelligen ICD-Codes erforderlich sind. Diese waren die Krankheitsgruppen 2 (Bronchitis/COPD), 3 (Rückenschmerzen), 4 (Hypertonie), 6 (HNO-Infektionen), 7 (Diabetes mellitus, bei Definition E10-E14), 8 (Krankheiten des Auges) und 12 (Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen). Hiervon wurden im Rahmen von Szenario 2 die Krankheitsgruppen Rückenschmerzen, Bronchitis/COPD und Diabetes (zusammenfassend RBCD) verwendet.

Ein Patientenbezug zwischen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und den stationären Daten war nicht gegeben.

Bestimmung des ambulanten Leistungsbedarfs

Anhand der Menge der abgerechneten Leistungen je ASK-Behandlungsfall wurde die Summe des so genannten realisierten Leistungsbedarfs pro ASK-Patient*in und Jahr berechnet. Diese wiederum wird nach den Versorgungsbereichen „hausärztlich“ und „fachärztlich“ ausgegeben.

Beschreibung der Szenarien

Es wurden zwei verschiedene Szenarien für eine Leistungssteuerung von ASK-Patient*innen vom stationären in den ambulanten Sektor erarbeitet. Beim **Szenario 1** wurde allein anhand der Leistungsbeanspruchung im vertragsärztlichen Versorgungsbereich und ausgehend vom Konzept der Vermeidung stationärer ASK der zusätzliche Leistungsbedarf geschätzt, der bei kontinuierlicher, d. h. bei einer in allen vier Quartalen des Jahres stattgefundenen Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Versorgungssektors, generiert würde. Hierzu wurde der nach Versorgungsbereich getrennte Leistungsbedarf (hausärztlich, fachärztlich) sowie der Leistungsbedarf insgesamt jeweils nach Anzahl der Quartale, die ein*e ASK-Patient*in in hausärztlicher Behandlung war, ausgegeben. Die Simulation einer kontinuierlichen Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung von ASK-Patient*innen entspricht der Übertragung des generierten Leistungsbedarfs der ASK-Patient*innen, die in allen vier Quartalen mindestens in hausärztlicher Behandlung waren, auf jene ASK-Patient*innen, die in weniger als vier Quartalen eine hausärztliche Versorgung in Anspruch nahmen.

Im **Szenario 2** wurde ausgehend von der Anzahl von ASK mit Rückenschmerzen, Bronchitis/COPD oder Diabetes mellitus (RBCD) im stationären Bereich auf die zusätzliche Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Sektors im Sinne von einer Generierung weiterer Behandlungsfälle bei Vermeidung eines stationären ASK fokussiert. Hierfür wurden die prozentualen Anteile potentiell vermeidbarer ASK nach Sundmacher et al. (2015) verwendet [6]. Im Rahmen des zweiten Szenarios wurden die stationären ASK für die drei Krankheitsgruppen Rückenschmerzen, Bronchitis/COPD und Diabetes somit addiert und ergaben die Gesamtzahl der anhand dieser Hauptdiagnosen behandelten stationären Fälle. Davon abweichend erfolgte die Bestimmung der Gesamtzahl der ambulanten Behandlungsfälle für die drei Krankheitsgruppen nicht als Summe der Behandlungsfälle je Krankheitsgruppe, da pro ambulantem Behandlungsfall mehr als eine Diagnose kodiert werden kann. Die Gesamtzahl der (distinkten) Behandlungsfälle für alle drei Krankheitsgruppen zusammen war demnach kleiner als die Summe der einzelnen, pro Krankheitsgruppe gezählten Behandlungsfälle. Die Simulation bestand in diesem Szenario darin, unter Verwendung verschiedener Annahmen zur Intensität der vertragsärztlichen Inanspruchnahme, welche insbesondere in Beziehung zum Alter der behandelten Patient*innen steht, das zusätzliche Ausmaß an ambulanten Behandlungsfälle durch potentiell vermeidbare stationäre RBCD-ASK abzuschätzen.

5.3.1.2 Elektive Versorgung

Für die vorliegende Analyse wurden für das Jahr 2018 Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten (sQB) und von bei der AOK versicherten Patient*innen genutzt, bei denen eine Resektion des Kolons (Operationen- und Prozedurenschlüssel [OPS] 5-455, 5-546) oder Rektums (OPS-Kodes 5-484, 5-485, 5-486.3 und 5-486.4) erfolgt ist. Darüber hinaus wurden

Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) bezüglich einer vorhandenen Zertifizierung eines Darmkrebszentrums genutzt. Die Berichterstattung im Rahmen der sQB ist seit 2013 verpflichtend für Krankenhäuser; sie umfasst unter anderem Angaben zu Behandlungen, zur Ausstattung und zum Personal. Die aggregierten und anonymisierten Daten wurden im Rahmen des Projekts Qualitätstransparenz erhoben bzw. zusammen- und für das vorliegende Projekt zur Verfügung gestellt. Die Fahrzeit wurde definiert als Zeit, die Patient*innen mit einem durchschnittlichen PKW bei durchschnittlichem Verkehr vom Mittelpunkt der Postleitzahl (PLZ) ihres Wohnorts zu den Koordinaten des Krankenhauses benötigen. Die Koordinaten der Krankenhäuser und die Mittelpunkte der PLZ wurden über eine Abfrage der Google API ermittelt. Die Berechnung der Fahrzeiten wiederum erfolgte unter Zuhilfenahme eines lokalen Open Routing Machine Servers. Für die statistischen Analysen und kartographischen Darstellungen wurden die Statistikprogramme R, Stata und SPSS verwendet.

5.3.2.3 Notfallversorgung

Für die Szenarioanalysen im Bereich Notfallversorgung wurde der Indikationsbereich des akuten Schlaganfalls ausgewählt. Datengrundlage sind die sQB aller Krankenhäuser in Deutschland. Für die Analyse wurden unter anderem die OPS-Kodes „9.891: Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ und „8-98b: Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ entnommen, um aggregiert die Fallzahlen abzubilden. Diese Daten wurden im Rahmen des Projekts Qualitätstransparenz erhoben bzw. zusammen- und für das vorliegende Projekt zur Verfügung gestellt. Zur Berechnung der Einzugsgebiete wurden die Zahlen des Statistischen Bundesamtes für 2017 herangezogen. Für die statistischen Analysen und kartographischen Darstellungen wurde das Statistikprogramm R und Excel verwendet.

5.3.2 Interviews mit deutschen Expert*innen

Zur umfassenden qualitativen Analyse der Übertragbarkeit der dänischen Krankenhausreform auf Deutschland wurden Einzelinterviews mit erfahrenen Fachspezialist*innen im Gesundheitswesen geführt. Die Auswahl und Rekrutierung der Teilnehmer*innen erfolgten auf Basis der bestehenden Netzwerke der Konsortialpartner. Die Auswahl der zu befragenden Expert*innen orientierte sich einerseits an den im Angebot genannten Zielgruppen und Fragestellungen, andererseits an der durch Veröffentlichungen und praktischen Erfahrungen ausgewiesenen Expertise der zu Interviewenden. Aus diesen Gründen wurden sowohl Expert*innen aus der Praxis als auch Expert*innen aus Forschung und Lehre in die Interviews einbezogen. Die Anzahl der befragten Expert*innen und deren Hintergrund lassen sich dem Abschnitt 6.3.1 entnehmen.

Die Experteninterviews erfolgten unter Zuhilfenahme semistrukturierter Leitfäden. Die Expert*innen erhielten einerseits adressatenübergreifende Fragen zu zentralen Inhalten und Themen der dänischen Reformen sowie jeweils adressatenspezifische Fachfragen. Die Durchführung der Einzelinterviews erfolgte pandemiebedingt per Videotelefonie und umfassten jeweils ca. 60 Minuten. Die Experteninterviews wurden im Rahmen eines Verlaufsprotokolls verschriftlicht und die Aussagen anschließend verdichtend sowie zusammenfassend dargestellt.

Methodische Abweichungen zum geplanten Vorgehen:

Entgegen der ursprünglichen Planung und mit Genehmigung des Projektträgers wurden die Experteninterviews in AP 3 nicht transkribiert und mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet. Pandemiebedingt und mit Genehmigung des Projektträgers wurden die Interviews in einem digitalen Format durchgeführt.

5.3.3 Workshops 2 bis 7

Die in AP 2 gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse der Szenarioanalysen wurden systematisch aufbereitet und anschließend in sechs Workshops hinsichtlich der Übertragbarkeit des dänischen Modells auf Deutschland diskutiert.

Die Auswahl und Rekrutierung der jeweiligen Stakeholder erfolgten auf Basis der bestehenden Netzwerke des Konsortiums. Die Auswahl der Teilnehmer*innen orientierte sich an den im Antrag genannten Zielgruppen bestehend aus allen relevanten Organisationen im Gesundheitswesen. Die jeweils kontaktierten Organisationen (z. B. Krankenkassen, Ärzteverbände) benannten dann qualifizierte Vertreter*innen aus ihrem Bereich, die daraufhin in die Workshops einbezogen wurden. Die Anzahl der Teilnehmenden lässt sich dem Abschnitt 6.3.1 entnehmen.

Bei den Workshops handelte es sich um moderierte Diskussionsrunden (auch Fokusgruppen genannt), die dem zusätzlichen Erkenntnisgewinn dienten und vor allen Dingen darauf abzielten, relevante Hürden bei der Übertragbarkeit aus Sicht verschiedener Stakeholder zu sammeln. Die Teilnehmer*innen erhielten im Vorfeld Informationen zu folgenden zentralen Themengebieten der dänischen Reformen, die gleichzeitig die inhaltliche Gliederung aller Workshops darstellten:

- Krankenhausplanung und -finanzierung
- Spezialisierung und Zentralisierung
- Digitalisierung und telematische Infrastruktur
- Präklinische Versorgung
- Ambulante Versorgung

Aufbauend auf Impulsvorträgen und Leitfragen wurden diese Themengebiete dann mit den Teilnehmer*innen diskutiert. Nach Einverständnis der Teilnehmer*innen und zu Zwecken der anonymisierten inhaltlichen Auswertung wurden Ton- und Videoaufnahmen der moderierten Gruppendiskussion erstellt.

Methodische Abweichungen zum geplanten Vorgehen:

Infolge der SARS-CoV-2-Pandemie und mit Genehmigung des Projektträgers musste das Format der Workshops auf ein digitales Format umgestellt werden. Ein zusätzlich geplanter Workshop mit Vertreter*innen verschiedener Krankenhäuser konnte aufgrund der pandemiebedingten Belastung nicht stattfinden.

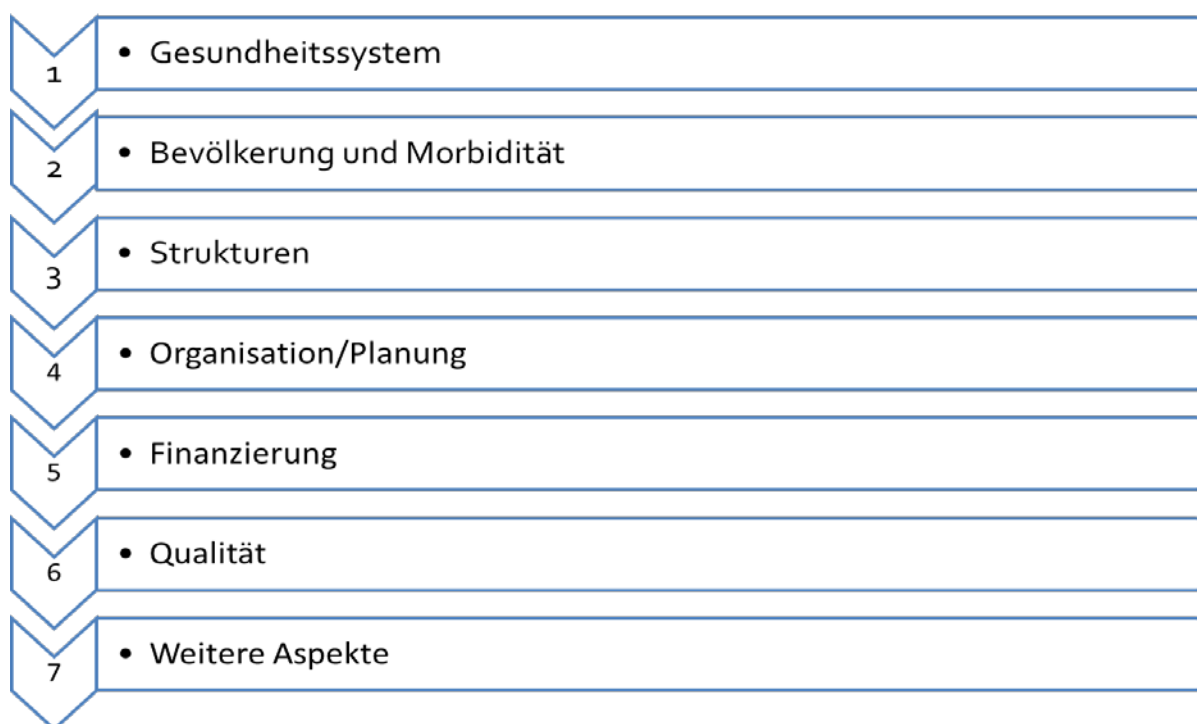
6. Projektergebnisse

Die Abschnitte enthalten Angaben dazu, welcher Konsortialpartner die Hauptverantwortung für die jeweiligen Ergebnisse trägt.

6.1 Arbeitspaket 1: Bestandsaufnahme der deutschen Krankenhauslandschaft und Vergleich der deutschen und dänischen Gesundheits- und Krankenhausversorgung (BKK)

Die in einem Workshop mit nationalen Teilnehmer*innen herausgearbeiteten Schwerpunkte des Ländervergleichs sind Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 4 Schwerpunkte des Ländervergleichs



Im Folgenden findet sich ein Exzerpt der Ergebnisse, die im Detail in einer entsprechenden Publikation [8] nachzulesen sind.

Dänemark ist mit 5,8 Mio. Einwohnern wesentlich kleiner als Deutschland (ca. 83 Mio. Einwohner) und dabei auch mit 137 EW/km² (D: 240) deutlich dünner besiedelt [9]. Morbidität und Mortalität sind regional unterschiedlich verteilt [10, 11]. Viele Faktoren sind in beiden Ländern vergleichbar, wobei in Dänemark das BIP pro Kopf (DK: 56.085 USD, D: 59.646 USD) etwas höher und der Akademisierungsgrad der 25-34-Jährigen (DK: 48,8 %, D: 32,2 %) deutlich höher als in Deutschland liegen [12].

Die zentrale Rechtsgrundlage des dänischen Gesundheitssystems, in seiner Funktion nicht unähnlich dem deutschen Sozialgesetzbuch V, ist das Gesundheitsgesetz (*Sundhedsloven*). Hier werden die meisten gesundheitsrelevanten Fragen adressiert beziehungsweise Versorgungsaufgaben an verschiedene Akteure delegiert. Neben dem Gesundheitsministerium und den staatlichen Gesundheitsbehörden spielen dabei in Dänemark die Regionen eine zentrale, wenn nicht sogar die prominenteste Rolle. Sie sind

insbesondere zuständig für Betrieb und Planung der öffentlichen Krankenhäuser [13] und für die Planung und Vergütung der freiberuflich organisierten Fach- und Hausarztpraxen mit den jeweiligen Ärztevereinigungen [14] (vgl. § 204 Sundhedsloven).

Bis Anfang der 1970er Jahre war die dänische Krankenversicherung ähnlich wie in Deutschland in selbstverwalteten Krankenkassen organisiert, bevor es infolge einer längeren Reformhistorie im Sozialbereich zu einer Verstaatlichung kam [15]. Seither sind Menschen in Dänemark automatisch und umfassend krankenversichert, sobald sie dort einwohnend gemeldet sind (§ 2 Sundhedsloven). Ein Opt-Out wie in Deutschland mit seiner privaten Vollversicherung als Alternative ist nicht möglich. Es gibt lediglich die Option, über einen zuzahlungspflichtigen Wahltarif direkten Zugang zu niedergelassenen Fachärzt*innen zu erhalten (§ 64 Abs. 2 Sundhedsloven). Private Zusatzversicherungen, insbesondere für zuzahlungspflichtige zahnärztliche Behandlungen, sind in Dänemark üblich [16].

In beiden Ländern ist der versicherte Leistungsumfang nicht abschließend festgeschrieben. Somit finden evidenzbasierte, klinisch erprobte Behandlungen üblicherweise den Weg in die Abrechnungskataloge. Als Pendant zum G-BA und beauftragten Institutionen wie z. B. dem IQTIG fungieren in Dänemark die verschiedenen Gesundheitsfachbehörden (vgl. § 59ff Sundhedsloven).

Für die meisten Menschen in Dänemark erfolgt der Zugang zu fachärztlicher Versorgung regelhaft durch hausärztliche Überweisung (§ 64 Abs. 2 Sundhedsloven). Auch für die Behandlung im Krankenhaus ist, abgesehen von Notfällen, stets eine Überweisung notwendig (§ 79 Sundhedsloven).

Dabei machen die von den Regionen betriebenen öffentlichen Krankenhäuser (21 Akutkrankenhäuser sowie einzelne weitere Häuser mit Sonderfunktion) [11] den mit Abstand größten Anteil (97 %) der dänischen Bettenkapazitäten im somatischen Bereich aus [17]. Pro 1.000 Einwohner verfügt Dänemark über 2,4 Betten (Deutschland: 6) [18]. Für die Krankenhausplanung existiert ein nationaler Ausschuss bestehend aus Vertreter*innen aus Politik und Wissenschaft, der die Gesundheitsbehörde bei der Festlegung von Anforderungen an die Krankenhausplanung unterstützt. Dabei werden die Versorgungsaufgaben und Spezialisierungsfunktionen zentral definiert und abgestimmt (vgl. §§ 207 u. 208 Sundhedsloven).

Während in Deutschland die fachärztlichen Praxen mit 71 % überwiegen, sind rund 2/3 der dänischen Praxen allgemeinärztlicher Art [19]. Fachärztliche ambulante Behandlungen werden v. a. im Krankenhaus erbracht (32 % der ambulanten Leistungsausgaben 2018 gegenüber 2,8 % in Deutschland) [20]. Anzumerken ist hier, dass auch Dänemark Versorgungsbrüche an den Sektorengrenzen zu beklagen hat, die dort v. a. zwischen den Regionen, die für die medizinische Versorgung zuständig sind, und den Kommunen, die sich um Prävention und Nachsorge kümmern, auftreten [21].

Die Notfallstrukturen haben eine besondere Bedeutung für die für das Projektinteresse zentrale dänische Krankenhausreform, da die Empfehlungen zu ihrer Neuaufstellung ein Grundpfeiler für die Auszahlungen aus dem späteren Investitionsfonds wurden (siehe Abschnitt 6.2.1). Es gibt landesweit 21 Akutaufnahmen, die jeweils Einzugsbereiche von 200.000 bis 400.000 Einwohner abdecken sollen [11, 22]. Notfälle werden über die Telefonnummer 112 entgegengenommen, für weniger schwere Fälle stehen ärztliche

Bereitschaftsdienste zur Verfügung, wobei in der Hauptstadtregion mit der Nummer 1813 ohne Unterbrechung Zugang zu medizinischer Beratung angeboten wird. In allen Regionen können auf diese Weise auch fachärztliche Termine im niedergelassenen Bereich bzw. im Krankenhaus vereinbart werden, sofern dies angezeigt ist [23].

Das dänische Gesundheitssystem verfügt über landesweite Spezialisierungspläne (siehe Abschnitt 6.2.3). Jeder Eingriff, der in diesen Plänen aufgeführt wird, ist mit einer Mindestmengenangabe versehen, die von den dafür zugelassenen Kliniken zu erreichen ist. Zur Sicherung der Qualität vereinbaren ferner die Regionen und Kommunen zusammen mit der dänischen Zentralregierung jährlich konkrete Ziele, z. B. zur Krebsmortalität oder dem Antibiotikaverbrauch. Zur Überprüfung dieser Ziele greifen die Akteure auf 78 Qualitätsdatenbanken zurück (Stand: 2020), die von der speziellen Gesundheitsdatenbehörde zugelassen und gelistet werden [24].

Mit 10,1 % Anteil am BIP (2018) liegen die Ausgaben wie in Deutschland über dem OECD-Durchschnitt. Ins Auge fallen gegenüber Deutschland die in Dänemark höheren Anteile für ambulante Leistungen (30,4 zu 21,6 %) und die niedrigeren Anteile für Arzneimittel und Medizinprodukte (10 zu 19,3 %) [25]. Während sich das deutsche Gesundheitssystem aus persönlichen Beiträgen (bzw. Versicherungsprämien in der privaten Krankenversicherung [PKV]) finanziert, geschieht dies in Dänemark aus Steuern, die nur Zentralstaat und Kommunen erheben können. Diese finanzieren wiederum die Gesundheitsbudgets der Regionen, die in jährlichen Verhandlungen festgelegt werden [26].

Die Grundlage für die Budgetverhandlungen zwischen Regionen und Krankenhäusern bildet ein eigenes DRG-System (TAKST), in dem ambulante und stationäre Leistungen einheitlich abgebildet werden. Stationären psychiatrischen Leistungen wird eine tägliche Einheitspauschale zugeordnet [27]. Es lässt sich festhalten, dass das dänische DRG-System kein Vergütungssystem nach dem deutschen Verständnis ist, sondern ausschließlich der Budgetfindung dient. Die Vereinbarungen sahen in der Vergangenheit auch Vorgaben zur Produktivitätssteigerung vor, insbesondere bei den neuen geförderten Großprojekten. Diese müssen für einige Jahre jährlich Effizienzsteigerungen von 6-8 % nachweisen, d. h. die Ausgaben bei gleichbleibender Leistungsmenge senken bzw. die Leistungsmenge bei gleichbleibenden Ausgaben steigern [28].

Im Bereich der niedergelassenen Allgemeinärzt*innen erfolgt in Dänemark die Finanzierung zu ca. 30 % über Kopfpauschalen und zu ca. 70 % über Einzelleistungsvergütungen, für die die zuständige Berufsorganisation PLO Honorartabellen mit den Regionen verhandelt. Die Ausgaben pro Praxis sind bei 25 % über dem Regionsdurchschnitt gedeckelt [14]. Im fachärztlichen Bereich werden die Bedingungen auf analoge Weise vom Fachärzterverband FAPS ausgehandelt [29].

Als Zwischenergebnis lässt sich festhalten, dass Deutschland und Dänemark strukturell sehr unterschiedlich sind und die Gesundheitssysteme starke Eigenheiten vorweisen. Insbesondere die herausragende Rolle der Allgemeinarztpraxen und die Dominanz öffentlicher Institutionen in Dänemark sowie die einzigartige Trennung von gesetzlicher und privater Vollversicherung in Deutschland sind hier zu nennen. Ungeachtet dessen lassen sich aber auch deutliche Parallelen aufzeigen und für viele Bereiche – z. B. hinsichtlich der Qualitätsorientierung oder der Organisation der Notfallversorgung – erscheinen die Hürden gering, um aus dänischen Erfahrungen zu lernen.

Abschließend findet sich innerhalb dieses Arbeitspakets eine Übersicht der aktuellen stationären Versorgungslandschaft in Dänemark (siehe Abbildung 5). Diese lässt erkennen, dass die stationäre Versorgung weit mehr als nur 21 Krankenhäuser mit Notaufnahmen vorhält, darunter etwa zahlreiche regionale Gesundheitszentren. Darüber hinaus findet sich in Anlage 2 noch eine Karte der Krankenhauslandschaft in Dänemark nach Spezialisierungsgrad, in denen auch die Krankenhäuser der Grundversorgung abgebildet sind.

6.2 Arbeitspaket 2: Analyse der Krankenhausreform in Dänemark

6.2.1 Politikanalyse (TUB)

Im Folgenden findet sich ein Exzerpt der Ergebnisse, die im Detail in einer entsprechenden Publikation [30] nachzulesen sind.

Die 2004 beschlossene und 2007 implementierte Strukturreform hatte als ordnungs-, struktur- und fiskalpolitische Reform tiefgreifende Auswirkungen auf die Struktur und Aufgabenverteilung zwischen den Verwaltungsebenen sowie auf die Finanzierung des dänischen Sozialstaatsystems. Vor allem die Verringerung der zuvor 13 Landkreise bzw. kreisfreien Städte auf 5 Regionen sowie die Verringerung der Gemeinden von 271 auf 98 ist dabei zu nennen. Direkte Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hatten die ordnungspolitischen Aspekte, wie die Verlagerung beziehungsweise Neuordnung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben zwischen den drei administrativen Ebenen Staat, Regionen und Gemeinden. Ziel der Strukturreform war vor allem die Stärkung und Weiterentwicklung des öffentlichen Sektors, sowie der Ausbau des dänischen Wohlfahrtsstaates. Durch die territoriale Reorganisation hin zu vergrößerten Regionen und Gemeinden sollten vor allem Skalenerträge und Synergieeffekte erzielt werden [31]. Weiterhin wurde im Rahmen der Strukturreform eine Stärkung der nationalen Gesundheitsbehörde beschlossen. Dies geschah vor allem in Bezug auf die Planung und Ausgestaltung des stationären Sektors im Rahmen einer Spezialisierungsplanung (siehe auch Abschnitt 6.2.3). Weiterhin wurde die Finanzierung des Gesundheitswesens an die neue Struktur angepasst.

Die Strukturreform bildete so das Fundament, das die Krankenhausreform ermöglichte. Auf Grundlage eines dafür eingesetzten Expert*innenpanels für Krankenhausinvestition wurde ein Plan für die Realisierung von Großbauprojekten, den sogenannten „Superkrankenhäusern“ erarbeitet. Zentrale Kriterien bei der Bewertung der einzelnen Projekte waren unter anderem Betriebsrentabilität, Effizienz und Qualität der Behandlung [31]. Die Investitionen waren Teil einer breiter angelegten Qualitätsreform für den öffentlichen Sektor, welche 2007 vorgestellt worden ist [32]. Für diese wurde ein Qualitätsfonds mit insgesamt 50 Mrd. DKK (6,5 Mrd. Euro) aufgelegt, wobei 25 Mrd. DKK (3,25 Mrd. Euro) dieses Qualitätsfonds für den Umbau des stationären Sektors im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehen waren. Die Regionen, die zusätzlich bis zu 15 Mrd. DKK (1,95 Mrd. Euro) aus eigenen Budgets einbringen durften, konnten sich mit konkreten Projektanträgen auf die Gelder bewerben. Die Finanzierung der Projekte war an die Einhaltung der Richtlinien der Spezialisierungsplanung gekoppelt [33]. Der Abschlussbericht des Expertenpanels empfahl eine Reduktion der Standorte auf 21 Akutkrankenhäuser mit interdisziplinärer Notaufnahme. In der anschließenden Planbewertung der durch die Regionen vorgeschlagenen Projektalternativen konnten bis zum Jahr 2014 Zusagen für 16 Bauprojekte erteilt werden. Die initiale Planung sah vor, dass alle Bauprojekte bis 2023 abschließend realisiert sein werden.

Gerade die Zusammenlegung oder Schließung von Krankenhäusern erzeugt oft Widerstand vieler Akteure, nicht zuletzt der Öffentlichkeit. Vor diesem Hintergrund wurde die Frage danach, wie eine Reform in diesem Umfang politisch umgesetzt werden konnte, im Projekt genauer analysiert. Dazu wurde der politische Prozess der Krankenhausreform im Rahmen einer Fallstudie analysiert und dabei auf Theorien des politischen Prozesses zurückgegriffen.

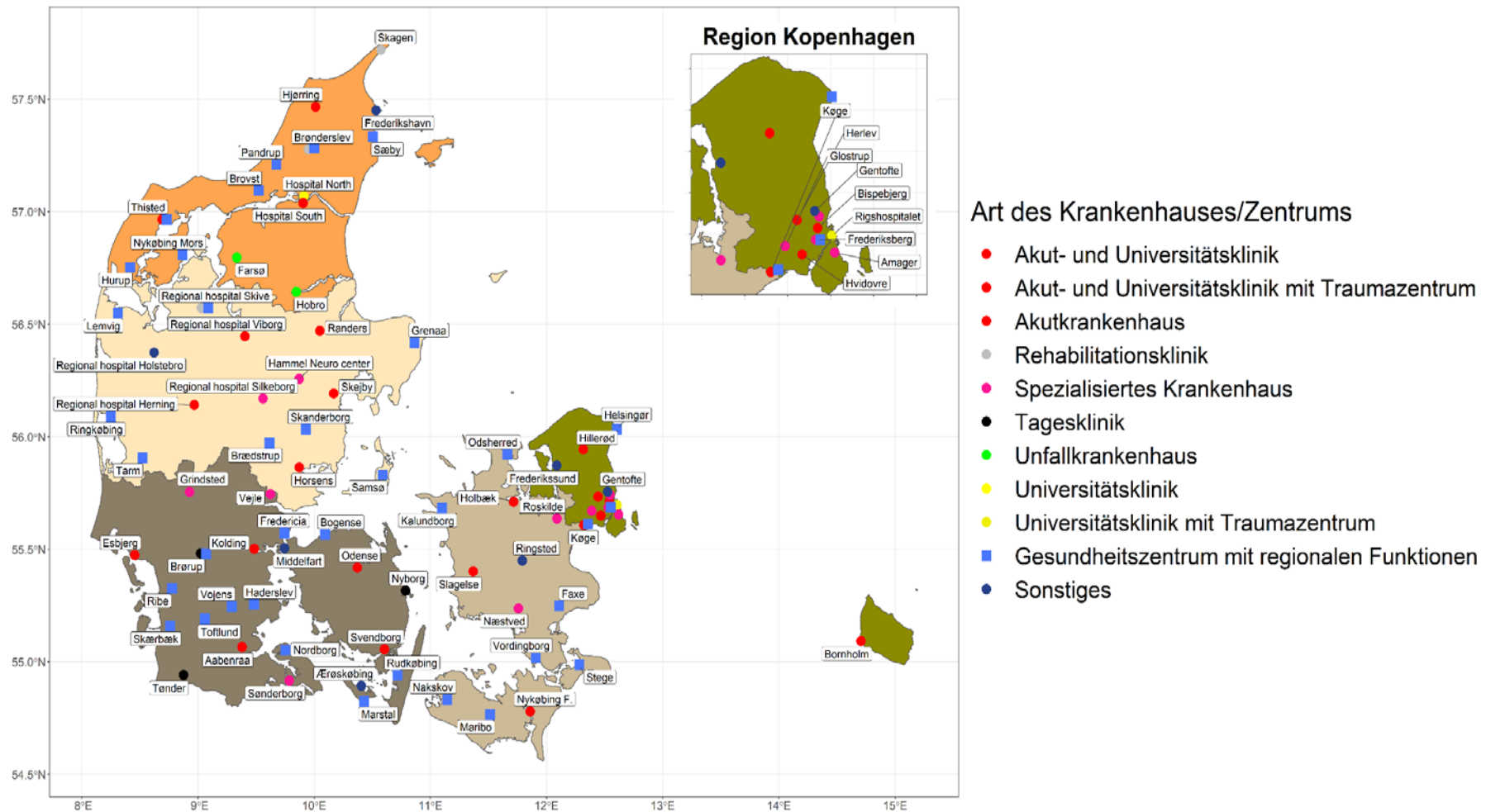
Als Ergebnis der Literaturrecherche, der Medienanalyse und der im Forschungsprojekt geführten Experteninterviews ließen sich folgende Faktoren identifizieren, die entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung der Reform waren: (1) Ungleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen, (2) eine unzureichende Steuerung der Patient*innen zu adäquaten Versorgungsstrukturen, sowie (3) eine hohe Qualitätsvariation. Vor allem die eklatanten Qualitätsunterschiede z. B. in der Versorgung von Patient*innen mit Krebs- oder Herz-Kreislaufkrankungen führten zu einer zunehmenden medialen Skandalisierung (siehe auch Abschnitt 6.2.4). Die gestiegene mediale Berichterstattung erhöhte das Problembewusstsein der Bevölkerung und die Reformbereitschaft der Politik. Unterstrichen wird dies durch die in den Expert*inneninterviews (AP 2) mehrfach unabhängig voneinander wortwörtlich formulierte Äußerung „es musste etwas getan werden“ („*something had to be done*“).

Die Analyse hat gezeigt, dass nur wenige Alternativen zu zentralen Aspekten der später beschlossenen Krankenhausreform präsentiert wurden. Der Neugestaltung des stationären Sektors im Sinne einer nationalen Krankenhausplanung durch eine detaillierte, spezifische Spezialisierungsplanung als präsentierte Lösung für das Problem des ungleichen Zugangs, der Patientensteuerung und der Qualitätsvariation wurden kaum Alternativen entgegengestellt. Unter den Expert*innen bestand Einigkeit darin, dass sich Mindestmengen bis zu einem gewissen Grad positiv auf die Qualität des Versorgungsgeschehens auswirken würden. Weiterhin wurde die Definition von Einzugsgebieten und anderer Merkmale, die zur exakten Bestimmung des Standortes von spezialisierten Funktionen geführt haben, von Expert*innen diskutiert.

Akronym: K:IDD

Förderkennzeichen: 01VSF18044

Abbildung 5 Die stationäre Versorgungslandschaft in Dänemark (Stand August 2021)



Quelle: Eigene Darstellung; **Anmerkung:** Erläuterungen zur perspektivischen Krankenhauslandschaft nach Abschluss aller Projekte finden sich in Anlage 3

Zwei Faktoren konnten identifiziert werden, die entscheidenden Einfluss auf die Akzeptanz der Reform bei den Politiker*innen, den im Gesundheitswesen Beschäftigten und in der wissenschaftlichen Gemeinschaft hatten: Durch die starke Einbeziehung der medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften in die Spezialisierungsplanung und die Planung der Akutversorgung einerseits sowie die Berufung des Expert*innenpanels für Krankenhausinvestments unter Einbeziehung bekannter Vertreter*innen unterschiedlicher Ressorts andererseits konnte inhaltliche Kongruenz unter den Akteuren sichergestellt werden. Darüber hinaus erhöhte eine konstant positive nationale Stimmung den Reformen gegenüber die Erfolgswahrscheinlichkeit der Krankenhausreform, ebenso wie die Stabilität der Regierungsverhältnisse. Dazu hat möglicherweise auch beigetragen, dass die Regierung in der für die Finanzierung der Krankenhausreform entscheidenden Wahl wiederholt auf eine Agenda mit konkreten Zielen für die Gesundheitsversorgung gesetzt hat und aus dieser gestärkt hervorgegangen ist. In Folge der Strukturreform beziehungsweise der Schaffung der Regionen sowie der Verlagerung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten kam es zu Verschiebungen im politischen System. Durch die resultierenden Findungsprozesse war die Kohäsion einiger Veto-Spieler vermindert, was sich ebenfalls positiv auf die Umsetzung der Krankenhausreform ausgewirkt hat.

Einig waren sich die interviewten Expert*innen in Bezug auf Lars Løkke Rasmussen in seiner Rolle als politischer Entrepreneur. Ihm gelang es, das gestiegene Problembewusstsein aufzugreifen, die politische Mehrheitslage zu nutzen und die Krankenhausreform zu gestalten, sodass das Window of Opportunity genutzt werden konnte. Sein Vorgehen wurde auch in den Interviews mit dänischen Expert*innen als Meisterstück politischen Handelns beschrieben. Die Einbeziehung von Expert*innen aus den verschiedenen Ressorts sicherte einerseits die beschriebene inhaltliche Kongruenz unter den Expert*innen, sorgte hierdurch jedoch gleichfalls für die entsprechende faktisch wissenschaftlich fundierte Legitimation gegenüber der Bevölkerung. Daher kann formuliert werden, dass vor allem die Krankenhausreform ohne das geschickte politische Agieren des Entrepreneurs Lars Løkke Rasmussen zumindest in diesem Umfang nicht in gleichem Maße erfolgreich gewesen wäre.

Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse ist nicht uneingeschränkt möglich (siehe auch Abschnitt 6.1 und ausführlicher in [8]), jedoch konnten einige Aspekte identifiziert werden, die sich auch positiv auf die Erfolgchancen ähnlicher Reformvorhaben auswirken können. Wesentliche Aspekte sind die Einbeziehung der verschiedenen Veto-Spieler in die Entscheidungsfindung und die mediale Thematisierung der Probleme, sowie das entschiedene Handeln eines politischen Entrepreneurs. Letztendlich war es jedoch auch die Einigkeit darüber entscheidend, dass marginale Reformen keine substantielle Verbesserung mehr erzielen würden, sondern grundsätzlich „etwas passieren musste“.

6.2.2 Digitalisierung (TUB)

Im Folgenden findet sich ein Exzerpt der Ergebnisse, die im Detail in einer entsprechenden Publikation [34] nachzulesen sind.

Die Digitalisierung stellt einen zentralen Aspekt dar, ohne den die Umsetzung der dänischen Krankenhausreform in der Form wohl nicht möglich gewesen wäre. Vor dem Hintergrund wurde dieser Aspekt auch im Rahmen des Projekts näher beleuchtet.

Digitalisierungsgrad (der Gesundheitsversorgung) in Dänemark und Deutschland

Der generelle Digitalisierungsgrad eines Landes bildet die Basis für eine Digitalisierung des Gesundheitssystems. Dafür wurde der Digital Economy and Society Index (DESI) herangezogen, der von der Europäischen Kommission entwickelt wurde und verschiedene Aspekte wie Konnektivität, Nutzung des Internets durch Bürger*innen, oder die Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung bzw. deren Leistungen umfasst. Unter den Mitgliedsstaaten der EU lag Deutschland 2020 auf Rang 12 und Dänemark (nach Finnland und Schweden) auf Rang drei. Im Zeitverlauf konnte Deutschland hier zwar Lücken schließen, erreicht jedoch längst nicht das Niveau der Rangbesten, die auch zu den globalen Spitzenreitern zählen [35].

Zur Ermittlung des Digitalisierungsgrads im Gesundheitswesen existieren verschiedene Kennziffern. Dazu zählt der Digital-Health-Index der Bertelsmann-Stiftung, der den Digitalisierungsgrad des gesamten Gesundheitssystems abbildet. Hier befand sich Deutschland im Jahr 2018 unter 17 untersuchten Ländern auf dem vorletzten Platz; Dänemark hingegen belegte nach Estland und Kanada den dritten Rang [36]. Der Auswertung zufolge eint die Spitzenreiter das Vorhandensein einer guten Strategie, einer starken politischen Führung und einer speziellen Institution auf nationaler Ebene.

Darüber hinaus gibt es eine Skala basierend auf dem EMRAM, mit deren Hilfe der Digitalisierungsgrad von Krankenhäusern ermittelt werden kann. Mit einem Wert von 2,3 von maximal 7 erreichbaren Stufen war Deutschland in 2017 weit abgeschlagen; Dänemark hingegen war mit einem Wert von 5,4 vor den USA der Spitzenreiter [37].

Die Platzierung Dänemarks in den verschiedenen Bewertungssystemen wirkt sich auch auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen aus. Das wird etwa dadurch verdeutlicht, dass 98 % der Hausärzt*innen Akten auch elektronisch miteinander austauschen und Krankenhäuser Testergebnisse ausschließlich digital an die Hausärzt*innen weiterleiten.

Tabelle 3 Vergleich der Digitalisierung (des Gesundheitswesens) zwischen Deutschland und Dänemark

	Dänemark	Deutschland
DESI ^a	Platz 3/28	Platz 12/28
Digital-Health-Index ^b	Platz 3/17	Platz 16/17
EMRAM-Skala ^c	Platz 1/8	Platz 7/8
Nationale Digitalstrategie	ja (seit 2001)	ja (seit 2014)
Nationale Digitalstrategie Gesundheit	ja (seit Ende der 90er Jahre)	ja (seit 2020)
Behörde für Digitalisierung	ja	nein
Elektronische Patientenakte	ja	ja (ab 2021)
Datenbank zu telemedizinischen Projekten verpflichtend	ja	nein
telemedizinische Leistungen im Leistungskatalog	ja	vereinzelt

Quelle: Modifizierte Darstellung nach [34] **Anmerkungen:** a: EU-Mitgliedsstaaten; b: 14 EU-Mitgliedsstaaten und 3 andere OECD-Länder; c: AT, DE, DK, ES, NL, TR, UK, USA

Ausgangsbedingungen für den Digitalisierungsgrad der Gesundheitsversorgung in Dänemark und Deutschland

Um einen hohen Digitalisierungsgrad erreichen zu können, müssen auch gewisse Ausgangsbedingungen erfüllt sein. Dazu gehören etwa das Vertrauen sowie die technische Affinität der Bevölkerung, gewisse technische Voraussetzungen und eine zielgerichtete politische Steuerung. All das ist in Dänemark deutlich mehr gegeben, als in Deutschland. So werden etwa in Dänemark bereits seit 2007 behördliche Angelegenheiten mehrheitlich über eine digitale Plattform erledigt, wohingegen Deutschland im Hinblick auf die Digitalisierung des öffentlichen Sektors den 28 europäischen Mitgliedsstaaten weit abgeschlagen liegt [35]. Das setzt auch eine entsprechende technische Infrastruktur voraus, die in Dänemark mit einer sehr guten Netzabdeckung und hohen Verbindungsgeschwindigkeit gegeben ist. Auch im Hinblick auf die politische Steuerung ist Dänemark Deutschland um Einiges voraus. So zu erkennen etwa an einer vergleichsweise frühen Formulierung einer Digitalstrategie (auch für das Gesundheitswesen) und der Einrichtung einer Digitalisierungsbehörde (siehe Tabelle 3).

Die Digitalisierung des dänischen Gesundheitswesens

Die Digitalisierung des dänischen Gesundheitswesens fand bereits in den 1970er Jahren und mit der Einführung erster Patientenverwaltungssysteme seinen Anfang. Einen Schub gab es dann in den 1990er Jahren, in denen erste einrichtungsübergreifende elektronische Gesundheitsakten für den ambulanten Bereich sowie elektronische interne Patientenakten für die Krankenhäuser entwickelt wurden [38].

Weitere Bestrebungen seit Anfang der 2000er Jahre mündeten im Jahr 2003 schließlich in die Gründung des nationalen internetbasierten Patientenportals *sundhed.dk*. Dieses umfasst die komplette medizinische Vorgeschichte inklusive aller Arzneimittelverschreibungen, Laborbefunde, Überweisungen und Arztberichte; Informationen zu Diagnostik und ambulanter Behandlung im Krankenhaus sind sogar rückwirkend bis 1977 enthalten.

Für Bürger hält die Plattform eine persönliche Seite vor, über die nach entsprechender Identifizierung Zugriff auf Informationen aus der eigenen Krankengeschichte in der Gesundheitsakte (*Sundhedsjournalen*) gewährt wird, u. a. im Hinblick auf Informationen zu Behandlungen, Medikamenten oder auch Arzneimittelallergien. In der ebenfalls auf *sundhed.dk* hinterlegten elektronischen Krankenhausakte (*e-journal*) sind Informationen zu Behandlungen in den öffentlichen Krankenhäusern enthalten, wohingegen die elektronische Patientenakte (*p-journal*) Informationen zu ambulanten Behandlungen durch Hausärzt*innen, Physiotherapeut*innen oder auch Rehabilitationseinrichtungen enthält. Das *p-journal* wird allerdings noch nicht umfänglich genutzt, da insbesondere Hausärzt*innen Vorbehalte gegenüber der hohen Transparenz haben. Künftig ist hier ein höherer Durchdringungsgrad angestrebt [39].

Darüber hinaus bietet die gemeinsame Medikamentenakte (*Fælles Medicinkort*) Angehörigen der Gesundheitsberufe Zugang zu einer vollständigen aktuellen Übersicht über verschreibungspflichtige Medikamente, die Patient*innen erhalten – unabhängig vom verschreibenden Leistungserbringer. Über das Portal *sundhed.dk* besteht die Möglichkeit, mit Ärzten zu kommunizieren z. B. zur Terminbuchung bei Hausärzt*innen oder zum Monitoring der eigenen Compliance bei der Medikamenteneinnahme. Auch bei der Suche nach ambulanten und stationären Leistungserbringern ist *sundhed.dk* behilflich und stellt

Informationen über Wartezeiten für Operationen und Qualitätsbewertungen von Krankenhäusern bereit. Daneben ist eine Registrierung als Organspender*in und das Hinterlegen einer Patientenverfügung möglich. Auch COVID-19-Testergebnisse werden auf der Plattform zur Verfügung gestellt.

Für Akteure des Gesundheitssystems wiederum bietet das System nach entsprechender Identifizierung die gleichen Funktionen aus der jeweils anderen Perspektive. Behandler erhalten Zugriff auf personenbezogene Daten von Patient*innen, die sie aktiv behandeln. Ob und wann Behandler ebenfalls Daten von Patient*innen eingesehen haben, können diese innerhalb einer Art Logbuch ebenfalls nachvollziehen – inklusive Art und Umfang der abgerufenen Daten [38, 40].

Daneben ist der Bereich der Telemedizin ebenfalls stark ausgeprägt, wobei die Digitalisierung auch in Dänemark noch Potential zur Verbesserung hat.

Status quo der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland im Vergleich zu Dänemark

Die oben beschriebene Plattform *sundhed.dk* ist das Flaggschiff und Vorzeigeobjekt der digitalisierten Gesundheitsversorgung in Dänemark. In Deutschland gibt es seit 2015 die elektronische Gesundheitskarte und erst seit 2017 erfolgt eine bundesweite Implementierung der Telematik-Infrastruktur, an die nun im Jahr 2020 auch Apotheken und seit 1. Januar 2021 Krankenhäuser angeschlossen worden sind. Die Einführung eines elektronischen Medikationsplans ist ebenfalls 2020 erfolgt und am 1. Januar 2021 auch die der elektronischen Patientenakte (ePA) [41].

Während die technische Interoperabilität dänischer Krankenhäuser als hoch zu bezeichnen ist, findet die Kommunikation zwischen deutschen Leistungserbringern auch heute noch hauptsächlich mittels Telefon, Post oder Fax statt. Abhilfe soll künftig über eine gemeinsame Kommunikationsplattform über das Netzwerk der Telematik-Infrastruktur geschaffen werden [37]. Weiterhin fehlt es laut einer repräsentativen Befragung von Krankenhäusern an finanziellen Mitteln, um eine umfassende Digitalisierung vorzunehmen. Mitunter sei die IT-Infrastruktur veraltet, IT-Fachpersonal und IT-Fachwissen des Krankenhauspersonals nicht ausreichend vorhanden. Außerdem fehle eine nachhaltige Digitalisierungsstrategie und auch telemedizinische und telematische Lösungen werden nur selektiv eingesetzt [42]. Ein Grund dafür sind die bisher noch mangelhaft ausgeprägten Vergütungsstrukturen für Telemedizin [43].

Was nun kann Deutschland von Dänemark lernen und warum sollte es? Analysen McKinseys zufolge birgt die Digitalisierung des Gesundheitssystems ein Nutzenpotential von 34 Mrd. Euro [44], darüber hinaus kann sie dazu beitragen, das Gesundheitssystem nicht nur effizienter, sondern auch kohärenter zu gestalten.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung forderte in seinem Jahresgutachten 2017/18 eine größere Innovationsoffenheit im Gesundheitswesen, um hier den Rückstand Deutschlands in Sachen Digitalisierung abzubauen. So könne nicht nur unmittelbar die Versorgung, sondern etwa auch die Datenlage für die Versorgungsforschung verbessert werden, die perspektivisch wiederum zu einer qualitativ hochwertigeren und effizienteren Behandlung beitragen könne [45].

Seit 2018 zeigt sich deutliche Bewegung im Bereich Digitalisierung – sowohl allgemein als auch bezogen auf das Gesundheitssystem. Dabei stimmt u. a. das Krankenhauszukunftsgesetz optimistisch: Es umfasst einen Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) in Höhe von 3 Mrd. Euro und ist u. a. darauf ausgerichtet, eine bessere digitale Infrastruktur zu schaffen und etwa die elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, ein digitales Medikationsmanagement und Maßnahmen zur IT-Sicherheit sowie sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen zu ermöglichen. Weiterhin sollen auch Maßnahmen im Hinblick auf das entsprechende Personal über den KHZF finanziert werden können [46].

Die aktuelle Situation rund um die COVID-19-Pandemie zeigt, wie wichtig und hilfreich digitale Lösungen gerade in der Gesundheitsversorgung sein können und dass Deutschlands Gesundheitsakteure und Patient*innen hierfür auch durchaus offen sind. Während Dänemark bereits einen langen und teilweise steinigen Weg hin zu einem hohen Digitalisierungsgrad der Gesundheitsversorgung hinter sich gebracht hat, beginnt dieser Weg nun für Deutschland, wo politische Entscheidungsträger*innen in den letzten Jahren und durch die Pandemie umso deutlicher erkannt haben, wie notwendig die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung und ihre politische Steuerung ist.

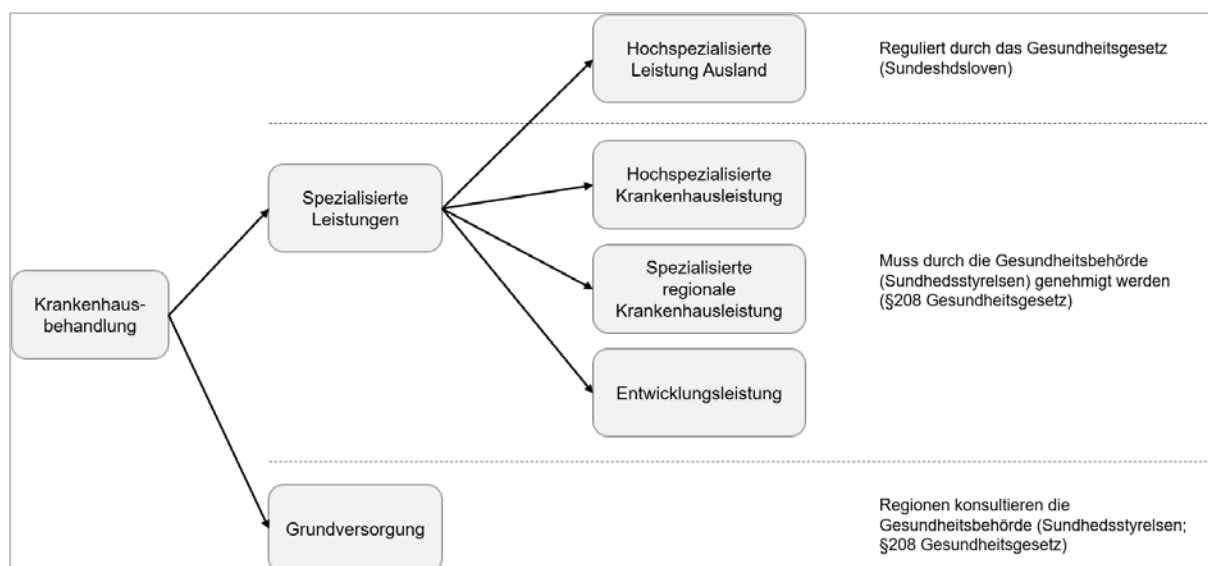
6.2.3 Spezialisierung (TUB)

Im Folgenden findet sich ein Exzerpt der Ergebnisse, die im Detail in einer entsprechenden Publikation [47] nachzulesen sind.

Als Konsequenz aus einer im internationalen Vergleich schlecht abschneidenden Versorgung und einer starken regionalen Qualitätsvariation wurde das Angebot spezialisierter Behandlungen deutlich reformiert. So wurde mit dem neuen Gesundheitsgesetz (*Sundhedsloven*) in 2006 festgelegt, dass die 1995 erstmals eingeführten Spezialisierungspläne (*Specialeplanlægning*) nicht mehr nur eine Leitlinie, sondern eine Verpflichtung darstellen. Dadurch sollte die Qualität des dänischen Gesundheitssystems verbessert und für alle Bürger*innen – unabhängig von Zeit und Ort – eine gleichwertige Versorgung sichergestellt werden [48]. In dem Gesundheitsgesetz ist u. a. festgelegt, dass die dänische Gesundheitsbehörde für die Formulierung der Spezialisierungspläne und der Zulassungskriterien zuständig ist und dass dies unter Einbeziehung von Expert*innen sowie Vertreter*innen der Region zu erfolgen hat. Die auf dem Internetauftritt der Gesundheitsbehörde veröffentlichten Spezialisierungspläne werden regelmäßig überprüft – sowohl im Rahmen regelmäßiger Aktualisierungen als auch unabhängig davon.

In Dänemark werden stationäre Leistungen von geringer Komplexität der Grundversorgung zugeordnet. Leistungen höherer Komplexität sind hingegen den spezialisierten Leistungen zugeordnet, deren Versorgungsstufen ihrerseits untergliedert sind (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6 Grund- und spezialisierte Versorgung in Dänemark



Quelle: Übersetzte Darstellung nach [49]

Spezialisierte regionale Krankenhausleistungen umfassen Aufgaben von gewisser Komplexität, bei denen die Krankheits- oder Gesundheitsdienste relativ selten sind und/oder bei denen der Ressourcenverbrauch eine Konzentration der Leistungen erfordert. Abhängig vom Behandlungsaufkommen in der Region und den örtlichen Bedingungen wird in der Regel in jeder Region eine regionale Funktion eingerichtet. Befinden sich regionale Funktionen in mehreren Krankenhäusern innerhalb einer Region, wird eine verbindliche Zusammenarbeit vorausgesetzt. In einigen Krankenhäusern jeder Region werden regionale Funktionen konzentriert, um Synergien etwa für die Notfallversorgung zu nutzen. Hochspezialisierte Krankenhausleistungen umfassen Aufgaben von beträchtlicher Komplexität. Sie betreffen seltene Leistungen oder solche mit hohem Ressourcenverbrauch, die ein funktionsübergreifendes Netzwerk voraussetzen, aber auch eine Bündelung von Wissen, Routine und Erfahrung. Darüber hinaus sollen Krankenhäuser der hochspezialisierten Versorgung auf nationaler Ebene zusammenarbeiten. Eine hochspezialisierte Funktion wird normalerweise in Krankenhäusern an ein bis drei Orten im ganzen Land eingerichtet. Einige Dienste sind so komplex, selten oder ressourcenintensiv, dass eine Behandlung auf angemessenem Niveau in Dänemark nicht unabhängig etabliert werden kann. Dazu zählen etwa die Behandlung sehr seltener Krankheiten sowie komplizierte Eingriffe in der Kinder- oder Krebschirurgie. In diesen Fällen ermöglicht die dänische Gesetzgebung eine hochspezialisierte Krankenhausleistung im Ausland, üblicherweise in Großbritannien, Deutschland oder den USA.

Die Spezialisierungspläne in der Fassung von 2017 existieren für insgesamt 36 Leistungsbereiche und umfassen für ca. 1.000 Prozeduren Angaben dazu, welche Krankenhäuser dafür zugelassen sind. In den Plänen ist u. a. explizit festgelegt, welche konkreten Krankenhäuser welche Eingriffe vornehmen bzw. welche Patient*innen sie behandeln dürfen. Weitere Anforderungen sind in Tabelle 4 zusammenfassend dargestellt. Darüber hinaus findet sich in Anlage 2 noch eine Karte der Krankenhauslandschaft in Dänemark nach Spezialisierungsgrad.

Tabelle 4 Anforderungen an Standorte für spezialisierte Leistungen in Dänemark (ortsgebundene Zulassung)

Bezeichnung	Inhalt
Kapazitäten und Belastbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> spezialisierte Leistungen müssen 24/7/365 vorgehalten werden es müssen mind. 3 entsprechende Fachärzt*innen am Standort vorhanden sein
Mindestmengen	<ul style="list-style-type: none"> die in den Spezialisierungsplänen geltenden Mindestmengen müssen eingehalten werden
Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> das gesamte Behandlungsteam muss der spezialisierten Leistung entsprechende Qualifikationen aufweisen betrifft die spezialisierte Leistung Kinder, so muss das Behandlungsteam zusätzlich Erfahrung in der Behandlung von Kindern aufweisen
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> die Zusammenarbeit mit anderen Spezialgebieten muss sichergestellt sein
(Ruf-)Bereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> die Spezialisierungspläne enthalten jeweils detaillierte Zeitangaben zur (Ruf-)Bereitschaft von Fachärzt*innen
Qualität und Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> die spezialisierten Leistungen sind entsprechend geltender Leitlinien durchzuführen und zu dokumentieren soweit vorhanden, ist auch die Meldung an Register vorzunehmen

Quelle: Eigene Darstellung nach [49]

Vergleicht man die u. a. durch Spezialisierungspläne gesteuerte Krebsversorgung Dänemarks mit der in Deutschland so verdeutlicht u. a. der hohe Anteil an Krebspatient*innen, die in Deutschland außerhalb zertifizierter Zentren behandelt werden (siehe Tabelle 5) einen Mangel an gezielter Versorgungssteuerung. Während etwa die Behandlung von Bauchspeicheldrüsenkrebs in Dänemark auf 4 zugelassene Krankenhäuser mit einem Einzugsgebiet von je 1,45 Mio. Einwohner*innen beschränkt ist, werden in Deutschland 70 % der Patient*innen mit einem Pankreastumor außerhalb zertifizierter Krankenhäuser behandelt, obwohl diese mit einem halb so großen Einzugsgebiet in ausreichender (bzw. sogar zu großer) Menge vorliegen.

Tabelle 5 Anzahl von Krebszentren für ausgewählte Krebsarten in Dänemark und Deutschland

Krebsart	Bauchspeicheldrüse	Brust	Darm	Lunge
Dänemark				
Krebszentren	4	13	11	4
Anzahl Einwohner*innen je Zentrum	1.450.000	446.000	527.000	1.450.000
Deutschland				
(Zertifizierte) Krebszentren ^a	112	237	283	52
Anzahl Einwohner*innen je Zentrum	741.000	350.000	293.000	1.596.000
Anteil der Patient*innen, die nicht in Zentren versorgt werden	70 %	23 %	57 %	64 %
Deutschland, würden dänische Verhältnisse übertragen				
(Zertifizierte) Krebszentren	57 (-49 %)	186 (-22 %)	157 (-45 %)	57 (+10 %)

Quelle: Eigene Darstellung nach [47]; **Anmerkung:** a: umfasst auch einige Zentren im benachbarten Ausland

Dass der Weg Dänemarks hier durchaus nachahmenswert ist, wird auch durch kontinuierlich verbesserte Behandlungsergebnisse z. B. im Hinblick auf das Überleben von Krebspatient*innen verdeutlicht. So konnte sich Dänemark im Hinblick auf die 5-Jahres-Überlebensrate deutlich verbessern und derweil bei einigen Krebsarten wie Gebärmutterhals- oder Brustkrebs bereits bessere Ergebnisse erzielen als Deutschland bzw. zumindest aufholen [50].

Deutschland verfügt mit den vorhandenen Krebszentren über eine Versorgungsstruktur, mit der eine hochqualitative Krebsbehandlung aller Betroffenen flächendeckend möglich wäre. Deren unzureichende Nutzung ist jedoch ein Problem. Dies beruht auf mehreren Säulen, so der mangelnden Verpflichtung für Patient*innen, sich dort behandeln zu lassen, und dem Recht aller (anderen) Krankenhäuser, diese Patient*innen auch zu behandeln und vergütet zu bekommen. Dabei unterliegen selbst die Zentren keiner übergeordneten Planung, sondern dem Antrag der jeweiligen Krankenhäuser. Das mündet in Fehlsteuerungen und -nutzungen, die zu einer politischen Frage werden, wenn sie die Ursache für eine im internationalen Vergleich höhere Sterblichkeit sind.

Bereits hinsichtlich dieses Aspektes lässt sich von Dänemark lernen, dass schlechte Ergebnisqualität nicht akzeptiert werden muss, sondern ein Land durch die aktive Gestaltung der Strukturen sogar zum Spitzenreiter werden kann. Unbestritten ist, dass dies auch gezielte Maßnahmen von Seiten der Gesetzgebung sowie deren zügige und konsequente Umsetzung erfordert. Dazu zählt etwa die Formulierung und Kontrolle der Einhaltung von Mindestmengen, wie es in Dänemark mithilfe der Spezialisierungspläne erfolgt. So zeigen neuere Übersichtsarbeiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dass es einen Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Ergebnisqualität bei Brust- und Lungenkrebs gibt und weniger Patient*innen an der jeweiligen Krebserkrankung sterben [51, 52]. Das hatte auch schon die Analyse von Nimptsch und Mansky (2017) [53] gezeigt und ergeben, dass die Sterblichkeit von Patient*innen mit Bauchspeicheldrüsenkrebs in Krankenhäusern mit dem höchsten Behandlungsaufkommen rund 50 % niedriger lag als in jenen Krankenhäusern mit dem geringsten Fallaufkommen.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass eine gezielte und konsequente Versorgungssteuerung dazu beitragen kann, die Qualität zu verbessern und deren Variation zu minimieren. Hier könnte Deutschland dem Beispiel Dänemarks folgen und zeigen, dass schlechte und variierende Qualität im Sinne der betroffenen Patient*innen, ihrer Angehörigen und des Gesundheitspersonals nicht hingenommen, sondern dass etwas dagegen getan wird.

6.2.4 Medienanalyse (TUB)

Die endgültige Stichprobe bestand aus 1192 Medieninhalten in der ersten Analyse und 55 Medieninhalten in der zweiten Analyse. Der erste Teil der Analyse zeigte, dass die drei Skandale eine große mediale Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Das hat dazu beigetragen, das Problembewusstsein in der Öffentlichkeit dafür zu schärfen, dass eine Veränderung in der Krankenhauslandschaft notwendig war. Dies wird auch durch die Art und Weise unterstützt, wie die Skandale in den Medien geframed wurden. So machte thematisches Framing, das der Framing-Theorie zufolge die Verantwortung für ein Problem (und seiner Lösung) typischerweise bei der Politik verortet, die Mehrheit der Berichterstattung bei dem Skandal rund um die berühmte dänische Sängerin mit der Thrombolysebehandlung aus. Darüber hinaus wurde in überwiegend positivem Ton darüber berichtet, dass sie die lebensrettende Behandlung auch tatsächlich erhalten hat. Insgesamt unterstreicht das die Bedeutung von Entrepreneuren wie z. B. Politiker*innen oder bekannten Persönlichkeiten, um einen politischen Wandel anzustoßen (siehe Abschnitt 6.2.1).

Bezogen auf die anderen beiden Skandale erfolgte die Berichterstattung zumeist episodisch, was die Regierung eher von der Verantwortung abschirmt. Anders als bei dem Skandal um eine in Dänemark berühmte Sängerin waren der Brustkrebs- und auch der

Eierstockkrebskandal zumeist in einem negativen Tonfall gerahmt, was auf eine kritische Perspektive auf die Skandale hindeutet.

Der erste Teil der Analyse ergab außerdem ein Agenda-Setting-Potential der Medien im Hinblick auf Krankenhaus- und Notfallschließungen im Zusammenhang mit der Krankenhausreform. Die Analyse umfasste jedoch nicht die gesamte Berichterstattung über Krankenhaus- und Notfallschließungen, was bei der Interpretation berücksichtigt werden sollte. Das Framing war ausgewogen zwischen thematisch und episodisch. Dabei war die thematische Berichterstattung meist negativ im Ton, was auf eine kritische Perspektive auf Krankenhausschließungen und die Krankenhausreform in Bezug auf die Gesellschaft im weiteren Sinne hindeutet. Auf der anderen Seite war die episodische Berichterstattung meist neutral im Ton, was auf eine weniger kritische Perspektive auf lokale Aspekte (z. B. Berichterstattung über spezifische Krankenhaus- oder Notfallschließungen) hindeutet. Die Berichterstattung im Hinblick auf die Strukturreform im Zusammenhang mit Schließungen war meist thematisch, was ebenfalls auf eine kritische Perspektive hindeutet. Allerdings war die Berichterstattung überwiegend neutral im Ton, was auf eine weniger kritische Perspektive hindeutet. Dieser Unterschied kann möglicherweise durch die Zeit erklärt werden: Sobald Krankenhausschließungen immanent waren, wurde die Berichterstattung episodischer und kritischer in der Perspektive.

Durch ein gezieltes Sampling wurden für den zweiten Teil der Analyse insgesamt 55 Medieninhalte aus den 1192 relevanten Nachrichten ausgewählt, die in der ersten Medienanalyse identifiziert worden sind. Die Analyse ergab, dass die Berichte zumeist den *Konflikt-Frame* im Zusammenhang mit der Krankenhausreform und damit im Zusammenhang stehende Krankenhausschließungen verwendet haben, gefolgt von den Frames *menschliches Interesse*, *Zuschreibung von Verantwortung* und *wirtschaftliche Konsequenzen*. Dass der *Konflikt-Frame* hier die größte Rolle gespielt hat könnte darauf zurückzuführen sein, dass Krankenhausschließungen kontrovers sind und viel Aufmerksamkeit erregen können. In der Berichterstattung waren mehrere Aspekte der Krankenhausreform und von Krankenhausschließungen präsent, was darauf hindeutet, dass die Medien hier dazu beigetragen haben, die Transparenz des Prozesses für die Öffentlichkeit zu erhöhen. Der ebenfalls häufig verwendete Frame *menschliches Interesse* wurde dadurch erzeugt, dass sich die Berichterstattung auf betroffene Einzelpersonen oder Gruppen konzentriert hat. Dies verleiht Krankenhausschließungen im Zusammenhang mit der Krankenhausreform einen persönlichen und dramatisierten Aspekt, der in der Öffentlichkeit auf großes Interesse stoßen kann. Der Frame *Zuschreibung von Verantwortung* fand dann Verwendung, wenn Lösungen für ein Problem präsentiert worden sind (vor allem für die längeren Transportzeiten aufgrund von Krankenhausschließungen). Dies könnte die Öffentlichkeit möglicherweise motiviert haben, sich politisch an dem Prozess zu beteiligen und ist auch ein Zeichen für konstruktiven Journalismus.

6.3 Arbeitspaket 3: Übertragbarkeit auf Deutschland

6.3.1 Ergebnisse der Workshops und Interviews mit deutschen Expert*innen (DKI)

Es wurden 6 Workshops mit insgesamt 31 Teilnehmer*innen durchgeführt. Die Workshops waren nach Interessengruppen unterteilt und mit folgenden Akteuren besetzt:

1. Vertreter*innen von Krankenhausgesellschaften und Krankenhausträgerverbänden Krankenkassen
2. Vertreter*innen von Krankenkassenverbänden
3. Vertreter*innen von Ärzteschaft und medizinischen Professionen (z. B. Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und Fachgesellschaften) und Vertreter der Krankenpflege
4. Vertreter*innen aus (Gesundheits-)Politik und Landeskrankenhausplanung
5. Vertreter*innen von Bürger- und Patienteninteressen
6. Internationale Expert*innen (insb. Österreich, Schweiz und Dänemark)

Die Arbeitsbereiche der 11 in Einzelinterviews befragten Expert*innen sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6 Arbeitsbereiche der in AP 3 befragten Expert*innen

Architektur	Geschäftsführer eines kleinen Krankenhauses
Rechtsanwaltskanzlei	Gesundheitsministerium
Fusionsberatung (M&A)	Gesundheitspolitik
Kassenärztliche Bundesvereinigung	Universitätsinstitut
Krankenkasse	Internationaler Experte
Geschäftsführer eines fusionierten Krankenhauses	

Die Ergebnisse der Interviews und Workshops sind im Folgenden zusammenfassend und nach Schwerpunkten dargestellt.

Aktive (zentralisierte) Krankenhausplanung in Richtung Konzentration

Unter den Teilnehmer*inn der Workshops und Interviews herrschte Einigkeit darüber, dass anstelle des zurzeit chaotisch stattfindenden Kapazitätswandels durch finanzielle Pleiten Planprozesse greifen sollten. Es herrschte dabei große Unzufriedenheit mit dem Status quo der Krankenhausplanung durch die Bundesländer. Sie stelle lediglich eine Fortschreibung der vorliegenden Gegebenheiten dar und finde daher proaktiv de facto nicht statt. Die Entwicklung der Strukturen ergebe sich eher durch Planungsentscheidungen der Krankenhausträger. Eine detaillierte Krankenhausplanung erfordere aber andersherum, dass sich die Krankenhausplaner auf Landesebene laufend mit den Behandlungsmöglichkeiten und den -bedarfen in den Versorgungsregionen befassen und von sich aus auch Änderungen anstoßen müssten. In den Gesundheitsministerien seien zurzeit häufig weder die Kapazität noch die Fachkompetenz für eine proaktive Krankenhausplanung vorhanden. Deswegen beließen es die meisten Ministerien bei einer Krankenhausrahmenplanung, um den Krankenhäusern, die am nächsten an den Entwicklungen in der Medizin und den Bedarfen der Region seien, eine

gewisse unternehmerische Freiheit zu belassen. Durch die stark fragmentierte und heterogene Trägerlandschaft bestehe in Deutschland aber das Problem, dass häufig sehr unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt werden. Dänemark sei hier durch sein zentral-staatlich organisiertes System mit fast ausschließlich öffentlichen Krankenhäusern agiler und leichter in eine Richtung zu lenken.

Unter den Teilnehmer*innen der Workshops und Interviews bestand keine Einigkeit, inwieweit und an welches Gremium Planungskompetenzen stärker auf die Bundesebene übertragen werden sollten oder könnten. Häufig scheitere es am Widerstand der Landes- und Lokalpolitik, dass Krankenhausschließungen durchgesetzt werden. Übertrage man die Größe von Dänemark auf Deutschland, so kommen die dänischen Regionen (Planung der Grundversorgung) geographisch jedoch in etwa der deutschen Kreis- und die dänische Bundesgesundheitsbehörde (Spezialisierungsplanung) in etwa der Ebene der deutschen Bundesländer gleich. Durch die Verankerung des Föderalismus im Grundgesetz bräuchte es zudem massiven politischen Willen, das Mandat der Krankenhausplanung dem Bund zu übertragen.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine aktive Krankenhausplanung sei, dass zwischen den Krankenhausträgern und Planungsbehörden Rechtssicherheit bestehe. Aus Sicht der Landeskrankenhauplaner*innen und der Krankenkassen sei es zurzeit schwierig, ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Entscheidungen der Landeskrankenhauplanungsbehörden würden fast immer von den Krankenhausträgern vor Gericht beklagt, sodass Verwaltungsgerichte letztlich Urteile über die Krankenhausstruktur fällen würden. Aus Sicht von Jurist*innen bestehen grundsätzlich keine rechtlichen Bedenken, Krankenhäuser aus dem Krankenhausplan und damit aus der Versorgung herauszunehmen. Weder Artikel 12 GG „Berufsfreiheit“ noch Artikel 14 GG „Schutz des Eigentums“ seien 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. Häufig würden Verwaltungsgerichte die Notwendigkeit des Erhalts eines Krankenhausstandorts jedoch mit regionalen Versorgungsbedarfen begründen.

Die Teilnehmer*innen der Workshops und Interviews stimmten darin überein, dass zukünftig Formen einer sektorenübergreifenden Bedarfs- und Versorgungsplanung nötig seien. Zur Messung des Versorgungsbedarfs seien Leistungs-, Morbiditäts-, und Sozialstrukturdaten und damit auch vermehrt Daten aus der ambulanten Versorgung erforderlich. In diesem Zuge wurde geäußert, dass der Bedarf nach Krankenhausleistungen stark mit sozioökonomischen Faktoren korreliere und diesbezügliche Disparitäten zwischen der deutschen und der dänischen Bevölkerung Bestrebungen nach Zentralisierung und Ambulantisierung möglicherweise erschwere.

Wissenschaftlich-methodische Kriterien der Bedarfs- und Versorgungsplanung sollten auf Bundesebene erarbeitet werden. Dies gälte insbesondere auch in Bezug auf die Definition von Mindestmengen oder Strukturanforderungen, die von einigen Teilnehmer*innen als wirksames Instrument der Bereinigung des Marktes von Anbietern mit geringer Qualität genannt wird. Die Definition der richtigen Höhe einer Mindestmenge sei jedoch schwierig, da sehr große regionale Unterschiede in der Krankenhausstruktur berücksichtigt werden müssten. Die Mindestmengen müssen einerseits hoch genug sein, um in Ballungsgebieten tatsächlich Anbieter vom Netz zu nehmen, dürfe aber andererseits wiederum nicht so hoch sein, dass sie

die wohnortnahe Versorgung auf dem Land gefährde. Die Einführung von Mindestmengen müssten zudem eindeutig unter Gesichtspunkten möglicher Qualitätssteigerungen diskutiert werden, um die Akzeptanz des Instruments auf Seiten der Krankenhäuser zu wahren. Nicht vergessen werden dürfe, dass Strukturqualität neben der Indikations- und Prozessqualität auch nur einen Parameter der sich komplex zusammensetzenden Ergebnisqualität darstelle, auf die es letztlich ankomme. Mindestmengen könnten auch ungewünschte Fehlanreize induzieren, beispielsweise zur Mengensteigerung. Es sei daher zukünftig umso wichtiger, Behandlungsergebnisse zu messen und hierauf basierend Qualitätssicherung zu betreiben (u. a. durch den Einsatz von strukturierten Dialogen/ Peer-reviews/ dem kollegialen Austausch).

Spezialisierung und Zentralisierung

Konzentration und Zentralisierung von Leistungen seien nur dann geboten, wenn nachweislich eine bessere Ergebnisqualität zustande kommt. Im Sinne evidenzbasierter Debatten müsse daher zunächst geklärt werden, welche Leistungen überhaupt spezialisiert erbracht, zu Qualitätsverbesserungen führen. In eine solche Diskussion müssten die medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften unbedingt federführend miteinbezogen werden.

Erst in einem zweiten Schritt müsse man sich fragen, ob es bei der Diskussion um Spezialisierung und Zentralisierung notwendigerweise um Krankenhausschließungen geht. Hier herrschte kein Konsens bei den Workshop- bzw. Interviewteilnehmer*innen. Bei den Leistungen der Grund- und Regelversorgung bestanden unterschiedliche Vorstellungen darüber, inwieweit sie konzentriert werden sollten. Bei (hoch-)spezialisierten Leistungen müsse unterschieden werden zwischen der Vor- und Nachbehandlung sowie dem eigentlichen Eingriff. Während die Vor- und Nachbehandlung lokal erfolgen könnte, könnte die spezialisierte Leistung zentralisiert erbracht werden. Eine derartige Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern würde den Vorbehalt in der Bevölkerung, dass elementare Versorgungsstrukturen wegfielen, begegnen.

Finanzierungssystem

Einig waren sich die Teilnehmer*innen der Workshops und Interviews darin, dass eine (überregional abgestimmte) Krankenhausplanung im Sinne einer Festlegung weniger systemrelevanter Standorte mit dem in Deutschland installierten DRG-Finanzierungs- und Wettbewerbssystem nicht vereinbar sei und daher eine große Barriere für die Übertragbarkeit darstelle. Voraussetzung für eine Entwicklung in Richtung dänischer Strukturen wäre eine Behebung der mangelhaften Investitionskostenfinanzierung kombiniert mit einer Änderung des Finanzierungssystems, hin zu einer deutlich stärkeren Finanzierung von Vorhalte- bzw. Fixkosten. Erst dann wäre eine Planung von systemrelevanten Standorten möglich. In Deutschland seien Spezialisierungsstrukturen schon vorhanden. Diese würden aus diversen Gründen noch nicht ausreichend ausgelastet und/oder bekämen durch geringe Fallzahlen im gegenwärtigen DRG-System finanzielle Probleme. Es müssten also einerseits monetäre Anreize gesetzt werden, Leistungen zu konzentrieren und gleichzeitig dafür gesorgt werden, dass die Krankenhäuser, die Leistungen abgeben, wirtschaftlich überleben, indem Leistungen der Grund- und Regelversorgung auskömmlich finanziert werden.

In Dänemark wurden die Zentralisierung und der Abbau von stationären Kapazitäten durch das Ausschöpfen des Ambulantisierungspotentials von stationären Leistungen begünstigt. Die Teilnehmer*innen wiesen darauf hin, dass den deutschen Krankenhäusern die Abrechnung vieler ambulante Leistungen untersagt seien und es den Krankenhäusern vielfach an einer

angemessenen Vergütung für ambulante Leistungen und den Betrieb von Tageskliniken mangle. Dies sei eine Voraussetzung für die Ausschöpfung des ambulanten Potentials. Denke man sektorenübergreifend, gehörten dazu auch Elemente einer sektorengleichen Vergütung. Um einen ruinösen Wettbewerb um Patient*innen zu vermeiden, müsse ferner definiert werden, zu welcher Leistungserbringung die niedergelassenen Fachärzt*innen auf der einen und die Krankenhäuser auf der anderen Seite ermächtigt wären.

Investitionsvolumen und Krankenhausbau

Für die Umsetzung der dänischen Krankenhausstrukturreformen wäre übertragen auf Deutschland ein Investitionsvolumen von insgesamt 80 Milliarden € erforderlich. Innerhalb des dänischen Krankenhausreformzeitraums von ca. 15 Jahren entspräche dies jährlichen Investitionen von knapp 5,5 Milliarden €, die teilweise zusätzlich zur Investitionsfinanzierung der Länder von ca. 3 Milliarden € pro Jahr bzw. dem tatsächlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser von jährlichen 6-7 Milliarden € generiert werden müssten.

Der Neubau von Krankenhäusern sei laut Expert*innen der Krankenhausarchitektur nicht zwingend teurer als die vollständige Modernisierung bestehender Bauten. Bei etwaigen Krankenhausbauprojekten sei mit einer Dauer von ca. 5 bis 7,5 Jahren zu rechnen.

Wettbewerb, Kartellrecht und Trägervielfalt

Die Teilnehmer*innen sahen im dänischen Ansatz die Chance, dass Erscheinungen eines ruinösen Wettbewerbs um Personal und Patient*innen verhindert werden. Die derzeitige deutsche Wettbewerbs- und Marktordnung erschwere die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren.

Bei Übertragung dänischer Verhältnisse würde der marktorientierte Wettbewerb zwischen Krankenhäusern deutlich an Bedeutung verlieren. Im dänischen System wurde dieser zu Gunsten eines staatlichen Ausschreibungswettbewerbs und Benchmarking-Systems ersetzt. Dabei handele es sich um die Lizenzierung eines natürlichen Monopols. Problematisch sei hierbei, dass es zwangsläufig zu Pfadabhängigkeiten komme. Man könne irgendwann nicht mehr das Krankenhaus wechseln, weil es keinen oder kaum andere Anbieter mehr gäbe und die Markteintrittskosten zu hoch seien. Aus einer solchen Monopolstellung ergebe sich dann eine gefährliche Verhandlungsmacht gegenüber Regulierern und Vertragspartnern. In Dänemark werde dieses Problem dadurch abgefedert, da sich alle Akteure in staatlichem Besitz befinden und damit steuerbarer seien. Voraussetzung für die Übertragbarkeit des dänischen Ansatzes sei demnach eine stärkere Regulierung (Einschränkung) des Marktes möglicherweise bis hin zur Aufweichung des deutschen Trägerpluralismus. Es müssten also ganz grundsätzlich die Vorteile eines marktorientierten Systems gegen die Vorteile eines staatlichen Plansystems abgewogen werden.

Die gesundheitsökonomische Literatur kann nicht eindeutig beantworten, ob die medizinische Qualität eher durch marktorientierten Wettbewerb, staatlich-administrative Maßnahmen der Qualitätssicherung oder intrinsische Motivation gesteuert werden kann und sollte.

Eine Übernahme dänischer Strukturen sei nach der derzeitigen wettbewerbsrechtlichen Lage nicht möglich. Das Wettbewerbsrecht müsste um einen grundsätzlichen Vorrang der Krankenhausplanung vor der Fusionskontrolle reformiert werden. Die Fusionskontrolle für den

Krankenhausbereich sei derzeit nur für bestimmte Vorhaben im Rahmen des Strukturfonds ausgesetzt.

Im Rahmen der Fusionskontrolle gäbe es theoretisch die Möglichkeit, quantifizierbare Effizienzen (z. B. Qualitätsvorteile durch Konzentration) zu berücksichtigen. Die Hürden lägen jedoch sehr hoch. Es gibt bislang keinen einzigen Fall, bei dem das Bundeskartellamt Effizienzen anerkannt hätte.

Häufig argumentiere das Bundeskartellamt, dass Kooperationen (anstelle von Fusionen) ausreichen würden, um Effizienzen zu realisieren. In Bezug auf ausgewählte, komplexe Leistungen wird der Markt dabei zwischen Anbietern aufgeteilt und damit der Wettbewerb dort gezielt ausgeschaltet. Der Vorteil ist, dass im mengenmäßig überwiegenden Bereich der Grund- und Regelversorgung die positiven Effekte des Wettbewerbs weiterhin genutzt werden können. Damit würde das Wettbewerbshemmnis einer Fusion nicht auf die anderen Teilmärkte übertragen.

Bei Kooperationen sei jedoch oft die Nachhaltigkeit gefährdet, z. B. bei Geschäftsführerwechseln. Wenn man intensivere Umstrukturierungsmaßnahmen durchsetzen möchte und Standorte tatsächlich schließen möchte, dann würden sich Fusionen besser eignen. Derzeitige Gewinnerstrukturen können in Zukunft Verliererstrukturen sein. Um alle Risiken in einem Korb zu haben, seien Fusionen notwendig. Bei Kooperationen sind die Risiken auf die Kooperationspartner verteilt. Wären die finanziellen Anreizmechanismen nicht auf marktorientierten Wettbewerb ausgerichtet, dann könnten auch andere Mechanismen wirken.

Personalressourcen (inkl. Aus- und Weiterbildung)

Es wurde gemutmaßt, dass der Personalmangel Konzentrations- und Zentralisierungsprozesse in Zukunft automatisch beschleunige. Einige Krankenhäuser würden aufgrund von Personalmangel nicht mehr 24/7 tätig sein können, sodass spezialisiertes Personal wegen geringer Fallzahlen abwandere.

Die Teilnehmer*innen wiesen auf das Risiko hin, dass bei einer Reduktion der Krankenhausstandorte evtl. Fachpersonal (insbesondere Pflegekräfte) für den Krankenhaussektor (wegen verlängerten Anfahrtswegen) verloren gehen könnte. Viele Pflegekräfte seien in Teilzeit beschäftigt und aufgrund von familiärer Bindung örtlich gebunden. Sie seien unter Umständen dann eher bereit in einen anderen Job zu wechseln oder in Ruhestand zu gehen.

Durch die Spezialisierung reduziere man die Zahl der Weiterbildungsstätten sowohl für Ärzt*innen als auch für andere medizinische Fachberufe. Wenn eine wohnortnahe Ausbildung etwa in der Pflege nicht möglich sei, dann würden sich Schulabgänger*innen ggf. eher für andere Berufe als für den Pflegeberuf entscheiden.

Digitalisierung

In der digitalen und telematischen Infrastruktur sei Dänemark Deutschland weit voraus. Das Gesundheitswesen in Deutschland habe hier einen großen bis sehr großen Nachholbedarf. Es gäbe einen Nachholbedarf sowohl bei der Ausstattung der Krankenhäuser mit digitaler und telematischer Technik als auch bei der Änderung von Verfahren und Abläufe im Bereich der gesamten Versorgung und der internen Prozesse.

Positiv sei in Dänemark die Schaffung einer Gesundheitsdatenbehörde, die sich auf die Zusammenarbeit bei nationalen IT-Infrastrukturen und klinischen Systemen im Gesundheitsbereich konzentriert und nationale Anforderungen und Standards festlegt.

Sowohl bei den Patient*innen als auch bei den Leistungserbringern müsse die Digitalisierung als Chance und nicht als Risiko bewertet werden. Die Verbesserungen und Vereinfachungen gehörten in das Zentrum der Überlegungen und nicht die Bedenken.

Zudem müsse bedacht werden, dass der IT-Fachpersonalmarkt von Knappheit gekennzeichnet sei. Im Zuge von limitierten Budgets hätten die Krankenhäuser gegenüber anderen Branchen Nachteile im Wettbewerb um Fachpersonal.

Prästationäre und ambulante Versorgung

Die Übertragung des dänischen Systems setze eine komplette Reform der rettungsdienstlichen sowie ambulanten Versorgung voraus. Denn: die Zentralisierung führe zu einer höheren Nachfrage im ambulanten und prästationären Bereich (u.a. durch verkürzte Liegezeiten), was in Dänemark zunächst unterschätzt worden sei.

Der notärztliche Rettungsdienst in Deutschland werde oft von den kleinen Krankenhäusern getragen und müsse bei einer Zentralisierung und Reduktion der Krankenhausstandorte ersetzt werden. Für viele Fälle der ambulanten Notfallversorgung werden Röntgendiagnostik oder Labore benötigt. Die niedergelassenen Ärzt*innen wollten bzw. könnten dies in vielen Fällen aber nicht übernehmen.

Im dänischen Gate-Keeper-Hausarztsystem sehen die Teilnehmer*innen die Chance, dass Patient*innen besser durch das System gelotst würden. Akutfälle seien für Hausärzt*innen u. U. jedoch sehr zeitaufwendig. Ausreichende Ressourcen und Finanzierung müssten hier entsprechend aufgebaut bzw. bereitgestellt wären.

Die Eingliederung bzw. Einbindung der Fachärzte in die Krankenhäuser wäre rechtlich jederzeit möglich. Es gäbe keine starke Eigentumssicherung für die Arztpraxen. Mit Übergangsregelungen und Entschädigungszahlen würde eine Umwandlung rechtlich umsetzbar sein.

Als ein Risiko sahen die Teilnehmer*innen, dass die Kompetenz der Hausärzt*innen, um zu entscheiden, ob eine Krankenhausaufnahme notwendig ist, nicht immer gegeben sei. Voraussetzung eines Gate-Keeper-Hausarztsystem sei es daher, dass Hausärzte hier entsprechend ausgebildet würden.

Zudem müsse bedacht werden, dass ein Gate-Keeper-Hausarztsystem längere Wartezeiten auf Facharztbehandlungen induzieren könnte.

6.3.2 Ergebnisse der Szenarioanalysen

Im Rahmen der in AP 3 entwickelten Szenarioanalysen werden im Folgenden (theoretische) Auswirkungen von Maßnahmen der Leistungssteuerung im Sinne (1) einer Ambulantisierung der Versorgung durch projizierte Behandlungsbedarfe ambulant-sensitiver Krankenhausfälle/-diagnosen auf den vertragsärztlichen Versorgungsbereich sowie einer mit Spezialisierung im Zusammenhang stehende Zentralisierung auf (2) die Erreichbarkeit bei der elektiven Versorgung am Beispiel des kolorektalen Karzinoms und auf die Versorgungslandschaft im Hinblick auf die (3) Notfallversorgung am Beispiel des Schlaganfalls beschrieben.

6.3.2.1 Ambulante Versorgung: Szenarioanalysen anhand ASK-Diagnosen in der vertragsärztlichen Versorgung (Zi)

Im Jahr 2018 wiesen rund 49 Mio. Patient*innen wenigstens eine im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungsgeschehens kodierte Diagnose aus der Liste der 12 ASK-Krankheitsgruppen auf (ASK-Patient*innen). Diese ASK-Patient*innen verursachten mehr als 428 Mio. ambulante Behandlungsfälle. Im Durchschnitt gingen somit auf eine*n ASK-Patient*in 8,7 Behandlungsfälle pro Jahr bzw. rund 2,2 Behandlungsfälle pro Quartal zurück.

Das durch die Behandlung von ASK-Patient*innen generierte Gesamtvolumen an vertragsärztlichen Leistungen betrug rund 33 Mrd. EUR im Jahr 2018. Davon entfielen rund 12 Mrd. EUR auf den hausärztlichen und 20 Mrd. auf den fachärztlichen Versorgungsbereich. Das durchschnittliche ambulante Leistungsvolumen pro ASK-Patient*in beläuft sich somit auf rund 680 EUR. Etwa 31,5 Mio. Patient*innen bzw. 279 Mio. Behandlungsfälle wiesen eine ambulante ASK-Diagnose aus der Gruppe der RBCD-Erkrankungen auf. Die mittlere Anzahl der Behandlungsfälle je Patient*in und Jahr lag mit 8,9 leicht über der korrespondierenden Anzahl in der Gesamtheit aller ASK-Patient*innen. Die entsprechenden RBCD-Fallzahlen im stationären Bereich fallen mit rund 836 Tsd. RBCD-ASK (von denen 659 Tsd. als potentiell vermeidbar angesehen werden) gegenüber 279 Mio. ambulanten RBCD-Behandlungsfällen deutlich geringer aus.

Die Szenarioanalysen ergaben im Kern die folgenden Ergebnisse:

Szenario 1: Zusätzliche Inanspruchnahme (Leistungsbedarf) bei kontinuierlicher vertragsärztlicher Behandlung

Etwa 40 % aller ASK-Patient*innen wiesen eine kontinuierliche hausärztliche Versorgung auf, d. h. in allen 4 Quartalen des Jahres, und generierten einen durchschnittlichen Leistungsbedarf von rund 1.100 EUR. Davon entfielen 40 % auf den hausärztlichen und 60 % auf den fachärztlichen Versorgungsbereich. Ausgehend vom Konzept der Vermeidung stationärer ASK durch Intensivierung der Versorgung im Vertragsarztbereich, wurde der in dieser Patientengruppe beobachtete Leistungsbedarf auf alle ASK-Patient*innen übertragen und die kontinuierliche Versorgung simuliert. Hieraus ergab sich eine Steigerung des hausärztlichen Leistungsvolumens für alle ASK-Patient*innen auf 176 % des Ausgangsvolumens (Ist), und zwar von 11,8 Mrd. EUR auf 20,7 Mrd. EUR und des fachärztlichen Leistungsvolumens auf 156 % des Ausgangsvolumens (von 19,8 Mrd. EUR auf 31,1 Mrd. EUR). Die hier simulierte zusätzliche Inanspruchnahme ist als obere Grenze einer möglichen Spannweite an Leistungsausweitung anzusehen.

Szenario 2: Zusätzliche ambulante Inanspruchnahme (Behandlungsfälle) bei Vermeidung von stationären ASK am Beispiel der RBCD-Untergruppe.

Unter der Anwendung verschiedener Annahmen zur Intensität der ambulanten Inanspruchnahme - von der Übertragung von genau einem Behandlungsfall pro vermiedenem RBCD-ASK (sehr konservative Schätzung) bis 4,75 Behandlungsfälle (entspricht dem 90. Perzentilwert in der Verteilung der ambulanten RBCD-Patient*innen) - ergibt dieses Szenario einen Korridor für eine (theoretisch) mögliche zusätzliche Anzahl an ambulanten ASK-Behandlungsfällen, die zu einer Ausweitung der ambulanten Inanspruchnahme von +0,24 % bis +1,12 % führen würde.

Zusammenfassend für die in dieser Szenarioanalyse generierten Erkenntnisse ist Folgendes festzustellen:

Die aufgezeigten Szenarioanalysen bieten aus den Blickwinkeln des Leistungsbedarfs bzw. der Anzahl von Behandlungsfällen eine Spannweite an möglichen Auswirkungen einer Leistungssteuerung potentiell vermeidbarer Krankenhausfälle (ASK) hinein in den vertragsärztlichen Versorgungsbereich.

Die in Szenario 1 angestellte Simulation der zusätzlichen Leistungsanspruchnahme durch die an sich schon sehr hohe Anzahl an ASK-Patient*innen, die zum Status quo bereits ambulant behandelt werden, führt zu einer maximalen Leistungsausweitung im Vertragsarztbereich. Diese Projektion ist nicht frei von Limitationen, da die erhöhte Inanspruchnahme durch die Gruppe der kontinuierlich behandelten ASK-Patient*innen auch durch eine insgesamt erhöhte Morbidität verursacht worden sein kann. Außerdem kommt hinzu, dass die Annahme der Intensivierung der vertragsärztlichen Versorgung nicht für alle ASK-Krankheitsgruppen gleichermaßen geeignet ist, da es sich nicht bei allen ASK-Diagnosen um chronische Erkrankungen handelt, die kontinuierlich behandelt werden müssen (z. B. HNO-Infektionen). Nichtsdestotrotz machen die großen Volkskrankheiten wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Rückenschmerzen und sonstige Herz-Kreislaufkrankungen den Hauptteil an ASK-Patient*innen aus, welche wiederum in engmaschiger ärztlicher Betreuung zu finden sind. Szenario 1 vermittelt somit den oberen Verteilungsrand für eine zusätzliche vertragsärztliche Inanspruchnahme durch ASK-Patient*innen. Dieser Mehrbedarf an Leistungserbringung wäre nur durch zusätzliche Sitze zu decken.

Auf die Anzahl der zusätzlichen Behandlungsfälle bezogen, wie sie in Szenario 2 simuliert werden, erscheint das Ausmaß der Behandlung vermiedener ASK auf den Vertragsarztsektor deutlich geringer. Dies hat zweierlei Ursachen: Zum einen handelt es sich bei der Simulation vermiedener stationärer ASK aus den Krankheitsgruppen Rückenschmerzen, Bronchitis/chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Diabetes mellitus (RBCD) nur um eine Teilmenge aller ASK-Diagnosen. Diese Auswahl war aus Gründen der Datenverfügbarkeit und der Anschaulichkeit getroffen worden. Zum zweiten besteht per se ein erheblicher Niveauunterschied in der Anzahl der Behandlungsfälle zwischen ambulantem und stationärem Sektor (279 Mio. vs. 836 Tsd. Behandlungsfälle). Nicht zu vernachlässigen ist jedoch, dass ein vermiedener stationärer ASK im Mittel mehr als 2 ambulante Behandlungsfälle pro Quartal generiert und die Simulation verschiedener Annahmen zur Anzahl der generierten Behandlungsfälle Korridore für die Abschätzung einer zusätzlichen Inanspruchnahme eröffnet. Die damit einhergehende potentielle Ausweitung der vertragsärztlichen Inanspruchnahme durch RBCD-Patient*innen um etwa 1,5 Mio. zusätzliche Behandlungsfälle weist auf die Notwendigkeit verfügbarer bzw. verfügbar zu machender ärztlicher Kapazitäten hin.

Bezogen auf die Gesamtzahl von ca. 700 Mio. Behandlungsfällen im ambulanten Sektor pro Jahr, belief sich der Mehrbedarf allerdings nur auf rund 0,2 %. Dieser Anteil entspricht ca. 60 Mio. EUR bzw. 300 Ärzten*innen. Die damit kompensierten 659 Tsd. stationären RBCD-Fälle (= 3,5 % aller stationären Fälle) kosten jedoch mit ca. € 2 Mrd. rund das 30-fache und binden rechnerisch ärztliche Arbeitszeit im Umfang von über 5.000 Vollzeitäquivalente.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Anteile potentiell vermeidbarer ASK aus der RBCD-Untergruppe in Dänemark zum Teil deutlich unter denen für Deutschland liegen, z. B. Bronchitis/COPD: 76 % in Deutschland vs. 26 % in Dänemark (siehe Tabelle 2). Somit scheint

im Vergleich zur dänischen Situation die Ausweitung der ambulanten Inanspruchnahme in Deutschland wie am Beispiel des Szenarios 2 gezeigt, über der in Dänemark zu liegen. Dieser Aspekt verdeutlicht sowohl die Möglichkeit als auch die Notwendigkeit, die hier aufgezeigten Szenarien unter Berücksichtigung kleinräumiger Versorgungsstrukturen bzw. Annahmen zur etwaigen Veränderung der Krankenhauslandschaft regionsspezifisch zu untersuchen und weiterzuentwickeln.

6.3.2.2 Elektive Versorgung (TUB)

Wie in Abschnitt 6.2.3 dargestellt wurde, mangelt es der deutschen Krankenhauslandschaft an einer zielgerichteten Patientensteuerung hin zu einer spezialisierten Versorgung. Das hat zur Folge, dass selbst bei Vorhandensein ausreichender Versorgungsstrukturen nicht alle Patient*innen in einem spezialisierten Krankenhaus behandelt werden, wie ein Blick in Richtung onkologischer Versorgung eindrücklich zeigt [54].

Weiterhin wurde dargelegt, dass Dänemark mithilfe von Spezialisierungsplänen konkret festgelegt, welches Krankenhaus für die Behandlung welcher Krebserkrankung zugelassen ist. Das hat sich, im Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen, positiv auf patientenrelevante Endpunkte wie etwa das Überleben ausgewirkt [50]. So zeigt sich etwa für das Rektumkarzinom eine innerhalb von zehn Jahren deutlich verbesserte 5-Jahres-Überlebensrate, die inzwischen die Überlebensrate in Deutschland überholt hat (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7 Entwicklung der 5-Jahres-Überlebensrate bei Rektumkarzinom in Deutschland und Dänemark

Jahre	DE	DK
2000-2004	60,9	53,2
2005-2009	62,2	59,8
2010-2014	62,3	64,8

Quelle: Eigene Darstellung nach [50]

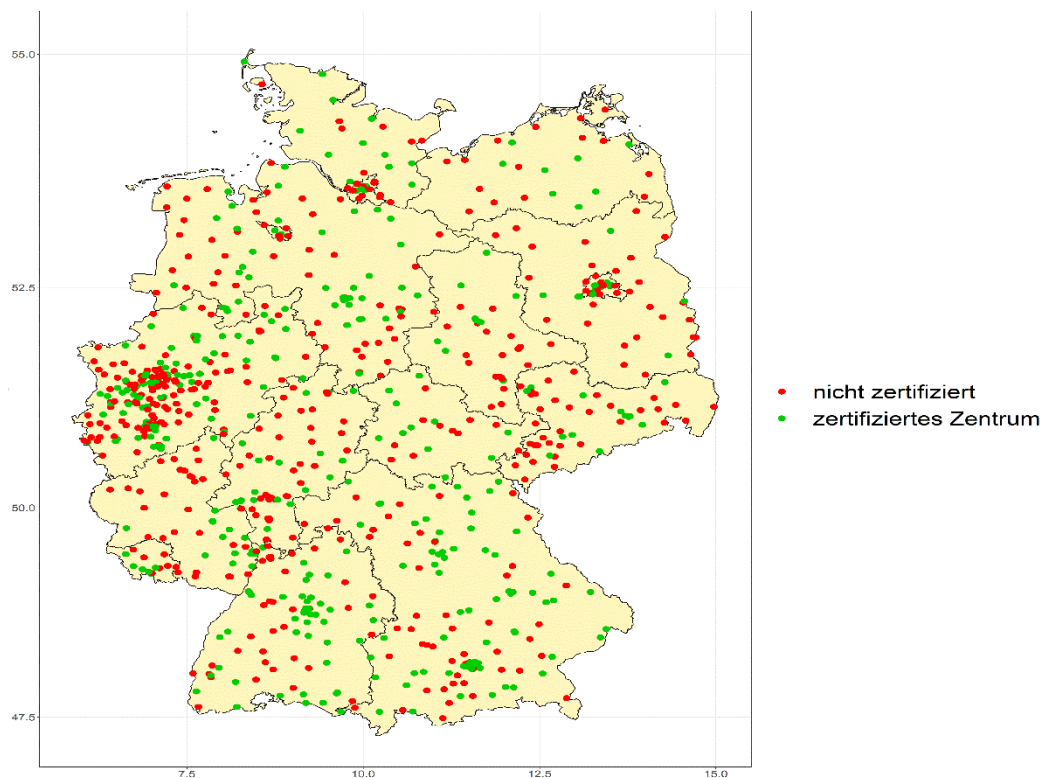
Vor dem Hintergrund stellt sich auch für Deutschland die Frage, ob eine stärkere Spezialisierung bzw. Zentralisierung Sinn macht. Dazu soll am Beispiel des kolorektalen Karzinoms modelliert werden, wie sich die Fahrtzeiten von Patient*innen ändern würden, wenn deren Behandlung ausschließlich in den vorhandenen von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren stattfinden würde.

Fallaufkommen

Insgesamt lagen für das Jahr 2018 Daten für 33.073 Fälle vor, wobei Mehrfachzählungen auf Patientenebene möglich sind. An deren Behandlung waren 795 Krankenhäuser beteiligt; darunter 247 mit einem zertifizierten Darmtumorzentrum (siehe Abbildung 7). Im Vergleich dazu gab es in 2018 insgesamt 284 von der DKG zertifizierte Darmtumorzentren.¹ Das entspricht einem Einzugsgebiet von ca. 292.000 Einwohner*innen. In Dänemark hingegen war das Einzugsgebiet der insgesamt 11 für die Behandlung von Darmtumoren zugelassenen Krankenhäuser mit ca. 527.000 Einwohner*innen nahezu doppelt so groß.

¹ Die Differenz zwischen an der Behandlung beteiligten und vorhandenen zertifizierten Zentren lässt sich einerseits dadurch erklären, dass einige der Darmtumorzentren im Ausland lokalisiert sind und andererseits dadurch, dass nicht die gesamte GKV-Versichertenpopulation hier abgebildet ist.

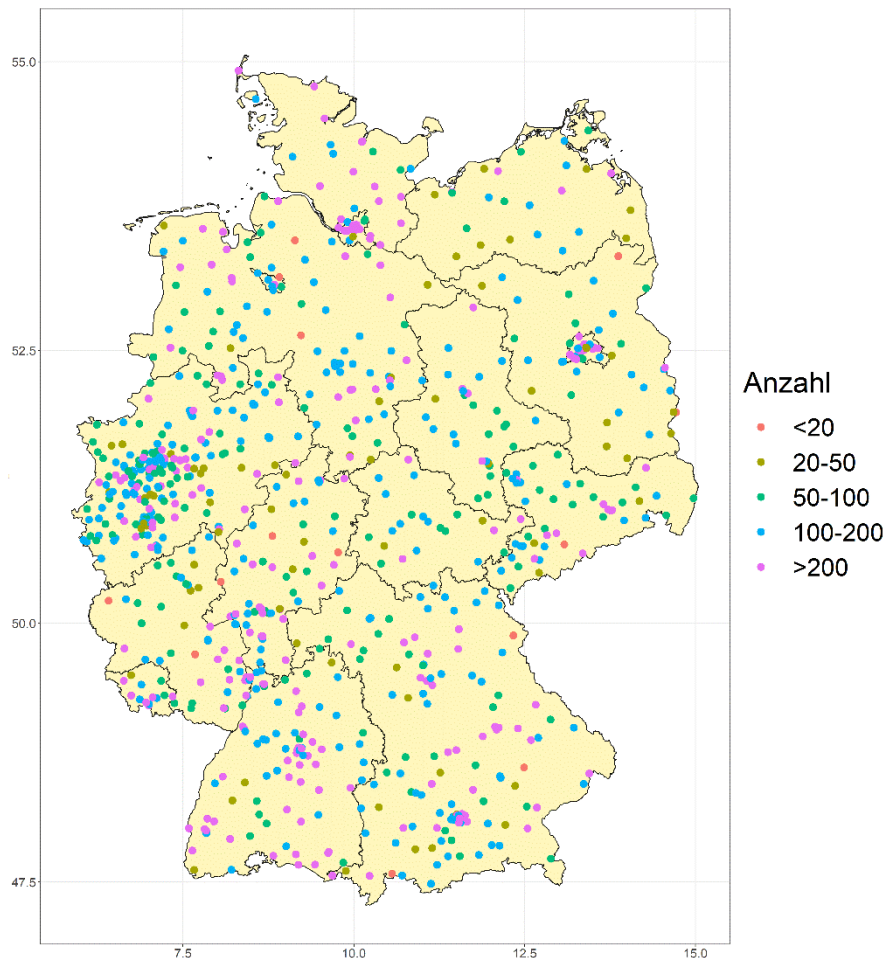
Abbildung 7 Zertifizierungsstatus der an der Versorgung beteiligten Krankenhäuser



In den in Deutschland an der Versorgung dieser Patientengruppe beteiligten Krankenhäusern wurden im Durchschnitt 174 Fälle behandelt, wobei die Spannweite zwischen 16 und 1097 Fällen lag (hier und im Folgenden alle GKV-Versicherten).

Auf Ebene der einzelnen Standorte betrachtet wird deutlich, dass das jährliche Fallaufkommen selbst in Ballungsgebieten zwischen zumeist 50 und >200 schwankt, wobei die meisten an der Durchführung der hier betrachteten Prozeduren beteiligten Krankenhäuser in Hamburg ein höheres Fallaufkommen (>200 Fälle) aufwies als dies in anderen Ballungsgebieten wie Berlin der Fall war (siehe Abbildung 8). Hier und auch in Nordrhein-Westfalen (Essen, Düsseldorf, Köln) überwogen Krankenhäuser mit einem Fallaufkommen zwischen 50 und unter 200 Fällen in 2018.

Abbildung 8 Fallaufkommen in der Behandlung des kolorektalen Karzinoms auf Krankenhausebene



Krankenhauswahl

Von den 33.073 bei der AOK versicherten Patient*innen nahmen 48,6 % (n=16.085) eine Behandlung im nächstgelegenen Krankenhaus in Anspruch. Unter diesen wurden nur 39,7 % (n=6.383) aller Behandlungen in einem zertifizierten Darmkrebszentrum durchgeführt. Betrachtet man jene Fälle, die nicht im nächstgelegenen Krankenhaus behandelt wurden, lag dieser Anteil zwar höher, mit 9.019 Fällen aber auch nur bei 53,1 %. Insgesamt wurde in 46,6 % aller Fälle (n=15.402) ein zertifiziertes Darmkrebszentrum für die Behandlung ausgewählt.

Fahrtzeiten

Insgesamt lag die Fahrtzeit zum gewählten Behandlungsort bei durchschnittlich 19,5 Minuten (Median: 15,5). Jene Patient*innen, die sich in einem Krankenhaus ohne Zertifizierung als Darmkrebszentrum behandeln ließen, hatten eine durchschnittliche Fahrtzeit von 17,9 Minuten (Median: 15,0). Für Patient*innen, deren Behandlung in einem zertifiziertem Darmkrebszentrum stattfand, verlängerte sich diese Fahrtzeit im Mittel um weniger als vier auf 21,4 Minuten (Median: 16,3).

Szenarioanalysen

Für die Szenarioanalyse wurde nun analysiert, wie sich die durchschnittliche Fahrzeit für Patient*innen verändern würde, wenn (**Szenario 1**) alle Behandlungen im nächstgelegenen Darmkrebszentrum stattfinden und (**Szenario 2**) alle Behandlungen, die bisher nicht in einem Darmkrebszentrum stattgefunden haben, in das nächstgelegene Darmkrebszentrum verlagert würden. Für **Szenario 1** ergibt sich eine Fahrzeit von 19,5 auf 23,4 Minuten (Median: 20,2). Für das **Szenario 2** verändert sich die Fahrzeit von durchschnittlich 17,9 auf 29,0 Minuten (Median: 27,2). In Tabelle 8 sind die mittleren Fahrzeiten sowie weitere Kennzahlen sowohl für das aktuelle Versorgungsgeschehen als auch für die Szenarioanalysen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 8 Fahrzeiten im Versorgungsgeschehen des Jahres 2018 und in Szenarioanalysen

	Versorgungsgeschehen in 2018			Szenarioanalysen	
	Fahrzeit insgesamt	Fahrzeit KH mit zertifiziertem Zentrum	Fahrzeit KH ohne zertifiziertes Zentrum	Szenario 1	Szenario 2
<i>Fälle</i>	33.073	16.322	17.671	33.073	17.671
Mittelwert	19,53	25,58	17,91	23,41	29,00
Median	15,53	17,02	14,97	20,20	27,16
SD	16,38	33,64	14,73	15,85	16,54
Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Maximum	305,26	533,14	305,26	303,24	303,24

Die Szenarioanalyse für den Bereich der elektiven Versorgung am Beispiel des kolorektalen Karzinoms hat gezeigt, dass bereits über die Hälfte aller Patient*innen bereits weitere Wege als ins nächstgelegene Krankenhaus auf sich nimmt. Dabei wählen jene Patient*innen, die sich für ein zertifiziertes Zentrum entscheiden, mehrheitlich nicht das nächstgelegene zertifizierte Zentrum, was für eine gezielte Selektion des Behandlungsorts spricht. Die Szenarien zeigten, dass eine ausschließliche Behandlung des kolorektalen Karzinoms in zertifizierten Zentren weiterhin eine Fahrzeit von unter 30 Minuten für Betroffene und ihre Angehörigen ermöglichen würde, was der vom G-BA geforderten Erreichbarkeit von Grundversorgern entspricht [55]. Das unterstreicht nur, dass Deutschland verglichen mit Dänemark noch deutlich mehr spezialisierte Zentren mit jeweils geringerem Einzugsgebiet aufweist. Grundsätzlich lassen sich unabhängig von einer Zertifizierung insbesondere in Ballungsgebieten Parallelstrukturen erkennen, die auf ein Umstrukturierungspotential hinweisen. Weiterhin ist festzustellen, dass die Nutzung vorhandener Versorgungsstrukturen deutlich ausbaufähig und dabei lediglich mit unwesentlich längeren Fahrzeiten verbunden ist. Demnach wäre eine wohnortnahe Versorgung selbst mit spezialisierten Leistungen weiter möglich und es kann auf Basis bestehender Literatur [56, 57] davon ausgegangen werden, dass dies auch übertragbar ist auf andere elektive Indikationen.

6.3.2.3 Notfallversorgung (TUB)

Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits dargestellt wurde, fehlt es in Deutschland auch in Bezug auf die akute Notfallversorgung, z. B. bei der Behandlung von Schlaganfällen, an einer zielgerichteten Steuerung hin zu adäquaten Versorgungsstrukturen.

Auch wenn der Trend einer sinkenden Mortalität bereits vor den Reformen zu erkennen war, sank die Mortalität in Bezug auf Schlaganfälle in den Jahren nach der Reform in Dänemark weiterhin [58–60]. Zudem legen zahlreiche Studien die Vorteile einer Behandlung von

Patient*innen in spezialisierten Einrichtungen in Bezug auf Mortalität, mögliche assoziierte Langzeitfolgen sowie Behandlungskosten nahe [61–63].

Tabelle 9 Alters- und Geschlechtsstandardisierte 30-Tage Mortalitätsrate für ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfall (ausgewählte Jahre)

		2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Ischämisch	Dänemark	9,9	9,3	8,4	7,0	6,6	5,5	4,8
	Deutschland	7,8	8,1	6,4	6,4	6,3	6,8	6,2
Hämorrhagisch	Dänemark	32,4	32,1	29,8	29,3	27,6	26,8	23,9
	Deutschland	20,2	18,3	17,0	17,4	18,1	22,2	22,0

Quelle: Eigene Darstellung nach [64]

Das wirft die Frage auf, in wie weit Patient*innen hier von einer (noch) stärkeren Steuerung hin zu spezialisierten Einrichtungen profitieren könnten. Hierzu wurde zunächst das aktuelle Fallaufkommen sowie die grobe Verteilung dieser Fälle betrachtet, um dann anhand verschiedener Szenarien Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft aufzuzeigen.

Fallaufkommen

Insgesamt haben im Jahr 2017 580 Krankenhäuser mit mindestens einem OPS zur neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls teilgenommen. Das entspricht einem Einzugsgebiet von ca. 142.000 Einwohner*innen. Insgesamt wurden 263.197 Fälle in diesen Krankenhäusern behandelt. Dabei ist zu erwähnen, dass sich diese Betrachtung nur auf die Abrechnung der Komplexbehandlung stützt. Betrachtet man dahingegen das Fallaufkommen in Bezug auf entsprechende ICD-Diagnosen (I61, I63, I64), so kommen weitere 30.697 ICD-Diagnosen hinzu. Die durchgeführten Szenarioanalysen hier sind also eher konservativer Natur, da nur jene Häuser betrachtet wurden, die bereits über die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen für die Abrechnung der Komplexbehandlung verfügen (siehe Anlage 4).

Szenarioanalysen

Für diesen Teil der Szenarioanalysen wurden drei verschiedene Szenarien ausgewählt. Die Annahmen für die drei Szenarien wurden zum einen aus den dänischen Spezialisierungsplänen für die Behandlung des akuten Schlaganfalls [65] sowie den Zertifizierungskriterien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) für regionale bzw. überregionale Stroke-Units (SU) abgeleitet [66].

Für **Szenario 1** wurde die Mindestmenge von 10 Fällen angenommen. Diese Mindestmenge ist in Dänemark Voraussetzung für die hochspezialisierte Leistung „Schlaganfall und zerebrovaskuläre Erkrankungen: Zerebrale Minderdurchblutung durch prä- oder intrazerebrale Stenose oder Okklusion, inkl. Entscheidung über die Notwendigkeit einer extrakraniellen intrakraniellen Bypass-Operation. Durchgeführt in enger Zusammenarbeit mit der Neurochirurgie“ gilt.

506 von 580 (87,24 %) der zuvor genannten Krankenhäuser würden diese Voraussetzung erfüllen; 36 Standorte erfüllten diese im Jahr 2017 nicht. Das Einzugsgebiet der übrigen Standorte würde sich auf ca. 163.000 Einwohner*innen erweitern. Im Vergleich hierzu liegt das Einzugsgebiet der zwei in den dänischen Spezialisierungsplänen für Schlaganfälle

genannten Krankenhäusern bei 2,87 Mio. Einwohner*innen. Insgesamt müssten 168 (0,33 Fälle / verbliebenem Krankenhaus), die in Krankenhäusern unterhalb der angenommenen Mindestmenge behandelt wurden, auf die übrigen Standorte verteilt werden. Somit zeigt sich, dass es wenig Krankenhäuser und Fälle gibt, die ein sehr geringes Fallaufkommen von unter 10 Fällen im Jahr 2017 aufwiesen.

Szenario 2 liegt eine Mindestmenge von 250 Fällen zugrunde. Diese Annahme orientiert sich an den bereits genannten Zertifizierungskriterien der DSG für regionale SU [67] und liegt leicht über den in Dänemark geltenden Mindestmengen für die hochspezialisierte Leistung „*Schlaganfall und zerebrovaskuläre Erkrankungen: Endovaskuläre Therapie (EVT) beim akuten ischämischen Schlaganfall, einschließlich Thrombektomie*“.

Die Mindestmenge von 250 Patient*innen erfüllten im Jahr 2017 noch 363 der 580 der behandelnden Krankenhäuser. Diese Zahl deckt sich in etwa mit den von der DSG genannten Anzahl von ca. 320 zertifizierten SU. Das Einzugsgebiet würde sich in Szenario 2 auf ca. 227.000 Einwohner*innen vergrößern. Aus den 217 Standorten, die diese Mindestmenge nicht erfüllt haben, müssten 16.651 Fälle (45,87 Fälle/verbliebenem Krankenhaus) auf die verbliebenen Standorte verteilt werden.

Für das letzte **Szenario 3** wurde entsprechend den Zertifizierungskriterien für überregionale SU der DSG (2015) eine Mindestmenge von 500 Fällen angenommen.

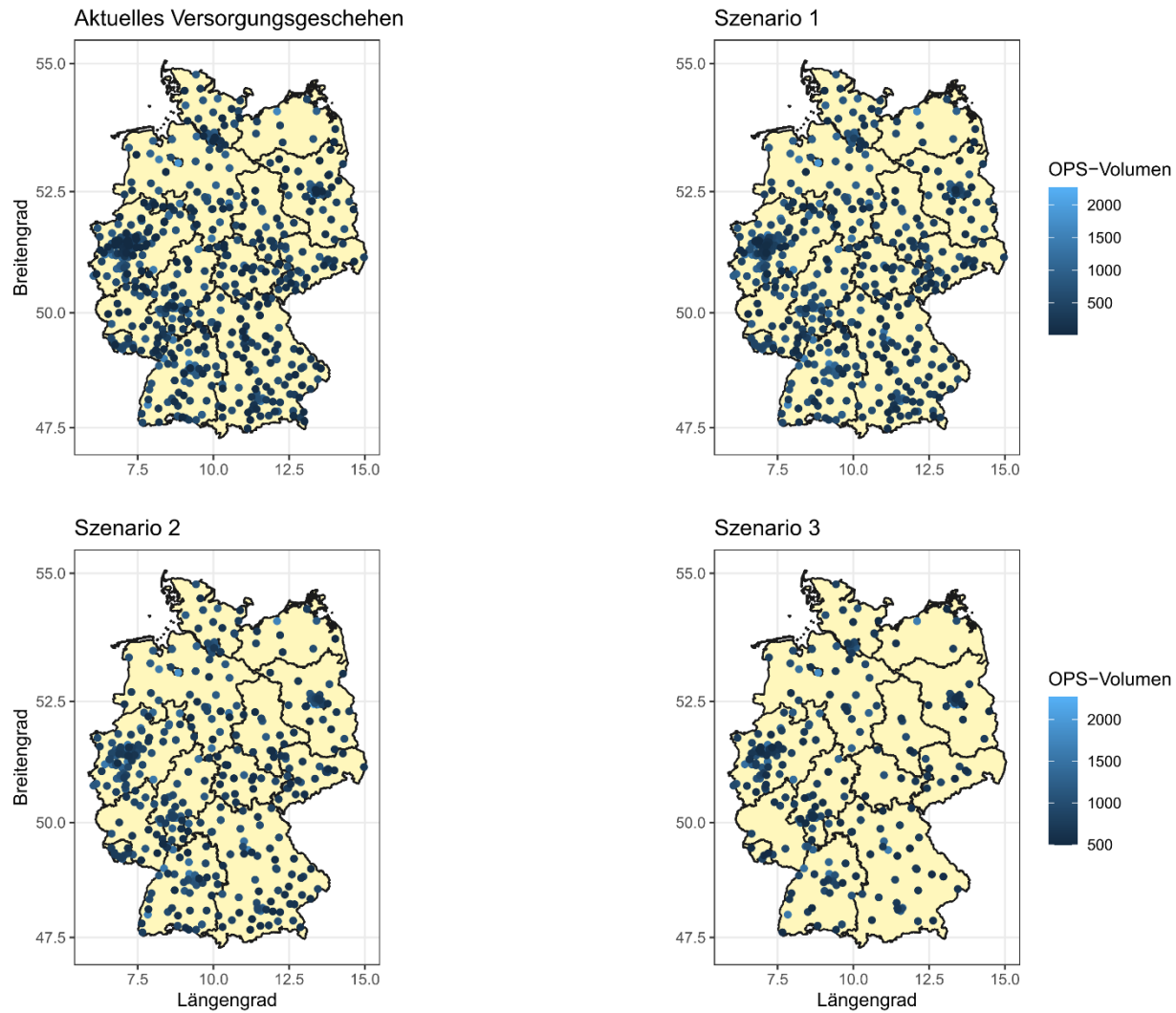
Diese Mindestmenge wurde in 2017 noch von 242 der 580 Krankenhäuser erfüllt. Dies würde in einer Ausweitung des Einzugsgebiets auf ca. 341.000 Einwohner*innen bedeuten. 61.408 der Komplexbehandlungen (253,75/verbliebenem Krankenhaus) müssten auf die übrigen Standorte verteilt werden. Im Vergleich dazu waren laut DSG in 2018 nur ca. 110 Krankenhäuser als überregionale SU zertifiziert.

Weiterhin wurde die aus den dänischen Spezialisierungsplänen stammende Mindestmenge von 2000 Patient*innen, welche für die regional spezialisierte Leistung „*Schlaganfall und zerebrovaskuläre Erkrankungen: Beurteilung des ischämischen Schlaganfalls für die intravenöse Thrombolysebehandlung*“ gilt, auf die deutsche Versorgungslandschaft übertragen. Dabei hat sich allerdings gezeigt, dass nur ein Krankenhaus in Deutschland diese Mindestmenge erreichen würde. Allerdings ist auch in den dänischen Spezialisierungsplänen geregelt, dass die Behandlung ggf. in einer formalisierten Zusammenarbeit mit einem regional spezialisierten Krankenhauserfolgen kann, wobei die Indikationsstellung für jede Behandlung stets mit dem spezialisierten Krankenhaus abzustimmen ist. Insofern ist eine Übertragung dieser Fallzahl nicht ohne Weiteres möglich bzw. sinnvoll.

Akronym: K:IDD

Förderkennzeichen: 01VSF18044

Abbildung 9 Szenarioanalysen: Fallaufkommen in der Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (2017)



Diskussion

Die Szenarioanalysen für den Bereich Notfallversorgung am Beispiel des akuten Schlaganfalls zeigen, dass die Versorgung der Patient*innen in Deutschland zum allergrößten Teil in Krankenhäuser abspielt, die eine entsprechende Fallzahl aufweisen. Nichtsdestotrotz werden nach wie vor Patient*innen in Einrichtungen versorgt, die nicht über die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen verfügen, wenn auch in geringem Umfang. Daher muss auf Planungsebene weiterhin daran gearbeitet werden, diese Patient*innen hin zu adäquaten Versorgungsstrukturen zu steuern. Natürlich darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sich eine Vielzahl der Standorte mit durchschnittlich hoher OPS-Fallzahl in urbanen Ballungsgebieten befindet. Das legt den Schluss nahe, dass in urbanen Räumen Parallelstrukturen aufgebaut worden sind, deren Reduktion ein entscheidender Ansatzpunkt in der weiteren Ausgestaltung der Versorgungslandschaft sein könnte. Andererseits ist bei einer weiteren Zentralisierung unbedingt darauf zu achten, dass kein Versorgungsdefizit für Patient*innen entsteht und dass längere Transportzeiten durch entsprechende präklinische Strukturen im Rettungsdienst aufgefangen werden. In Dänemark werden die längeren Fahrzeiten durch den vermehrten Einsatz von luftgestützten Rettungsmitteln sowie eine stärkere telemedizinische Vernetzung von Rettungsdienst und Krankenhäusern aufgefangen [68].

6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

In Tabelle 10 und Tabelle 11 sind die Ergebnisse aller Arbeitspakete zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 10 Zusammenfassung der Ergebnisse – AP 1: Bestandsaufnahme

		Deutschland	Dänemark
Bevölkerung u. Morbidität	Bevölkerungszahl	83 Mio.	5,8 Mio.
	Bevölkerungsdichte EW/km ²	240	137
	BIP pro Kopf in USD (2019)	56.085	59.646
	Tertiäre Bildung 55-64-Jährige/25-34-Jährige	26,3 % /32,2 %	28,8 % / 48,8 %
	Regionale Morbiditätsunterschiede	Ost-West-Gradient, Ruhrgebiet	Vorhanden, unsystematisch
Gesetzl. Grundl.	Zentrales Gesundheitsgesetz	SGB V	Sundhedsloven
	Adressiert	Selbstverwaltung, Bundes-, seltener Landesbehörden	Regionen, Kommunen, (nationale) Behörden
	Krankenhausplanung	Bundesländer	Regionen (auf Basis landesweiter Vorgaben)
Versicherung	Versicherungspflicht	Pflicht zur Wahl einer GKV oder PKV	Automatische staatliche Versicherung
	Finanzierung Sozialversicherung	Beiträge und Steuerzuschuss	Steuern
	Wahlfreiheit	>100 Krankenkassen, Opt-Out in PKV möglich; Zusatzversicherungen mögl.	2 Versicherungsgruppen, kein Opt-Out; Zusatzversicherungen möglich
Leistung und Zugang	Leistungszugang über Notfall hinaus i. Allg. abhängig von	Versicherungsstatus	Aufenthaltstitel
	Zugang zu fachärztl. Versorgung	Direkter Zugang zu vertragsärztl. Versorgung	Nur Augen- und HNO-Ärztinnen und Ärzte, sonst Überweisung durch gewählte Allgemeinpraxis
	Zugang zu fachärztlicher Behandlung im Krankenhaus ohne Notfall	Direkter Zugang möglich	Hausärztliche oder telefonische Überweisung erforderlich
	Leistungsumfang	Allgemein gehalten	Allgemein gehalten
	Zulassung bzw. Verbot von Verfahren	G-BA	Dem Gesundheitsministerium unterstellte Behörden
	Wartezeiten	Nicht reguliert	Diagnose max. 1 Monat, Behandlung max. 2 Monate, danach Privatleistung möglich
Versorgungsstrukturen	Krankenhäuser	ca. 1900	ca. 25
	Krankenhausbetten je 1.000 Einw.	6,0 (2017)	2,4 (2018)
	Krankenhausträger	Ca. 1/3 öffentl./frei-gemeinn./private T.	v. a. öffentliche, wenige private
	Versorgungsstufen	Nicht einheitlich	Landesweit von Grund- bis hochspezialisierte Versorgung
	Notfallstufen	Basis, erweitert, umfassend	Leichtverletzte, allgemein, Schwerverletzte
	Zuständig für Rettungsdienst	Länder, Landkreise, kreisfreie Städte	Regionen
	Notfallnummer	112 (24/7)	112 (24/7)
	Bereitschaftsdienstnummer	116 117 (24/7), bundesweit	1813 (nur Hauptstadtregion) (24/7), regionale Nummern (16-8 Uhr)
Qualität	Mindestmengen	Für 7(8) OP-Arten vereinbart	Für alle Behandlungen in Spezialisierungsplänen vorgegeben.
	Entwicklung nationaler Gesundheitsziele	Ja; vgl. Gesundheitsziele.de, Beteiligung Bund, Länder, Selbstverwaltung	Ja; Staat, Kommune, Regionen
Finanzierung und Vergütung	Gesundheitsausgaben 2018 (% BIP)	11,5 % (davon in %: privat 12,5, stationäre V. 26,1, ambulante V. 21,6, Arzneimittel./Medprod. 19,3, Verwaltung 4,7)	10,1 % (davon in %: privat 13,8, stationäre V. 25,1, ambulante V. 30,4, Arzneimittel./Medprod. 10,0, Verwaltung 2,5)
	Mittelverteilung an Kostenträger	Morbi-RSA	Budgetverhandlungen
	Finanzierung Krankenhaus	Betrieb: Krankenkassen, Investitionen: Bundesländer	Betrieb und Investitionen: Regionen (Ausnahme: Projekte der Krankenhausreform: Regionen und Staat)
	Funktion Fallpauschalen	Vergütung von Leistungen (Betriebskosten)	Budgetermittlung
	Abrechnung stationäre Psychiatrie	PEPP-System	Einheitsfallpauschale
Vergütung niedergelassener Bereich	Kopfpauschale und abgestaffelte Einzelleistungsvergütung (PKV: unbegrenzt); separate Vergütungskataloge für GKV und PKV (unterschiedliche Systematik)	Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung bis max. 25 % über Regionsdurchschnitt; separate Vergütungskataloge für Gruppe 1 und 2 (gleiche Systematik)	

Tabelle 11 Zusammenfassung der Ergebnisse – AP 2 und AP 3

AP 2: Analyse der dänischen Reform(en)	AP 3: Analyse der Übertragbarkeit
<p>Politikanalyse: Voraussetzung für die Umsetzung der Krankenhausreform war einerseits eine Strukturreform und mit dem ehemaligen Premierminister Rasmussen andererseits ein starker politischer Entrepreneur, der das Problembewusstsein in der Bevölkerung für Qualitätsunterschiede in der Versorgung und das Window of Opportunity geschickt genutzt hat, um die Krankenhauslandschaft Dänemarks derart umzugestalten. Zu einem politischen Meisterstück wurde die Reform u. a. auch dadurch, dass ein international besetztes Expertenpanel für Krankenhausinvestitionen eingesetzt und auf Partizipation gesetzt wurde.</p> <p>Medienanalyse: Eine breite mediale Berichterstattung, v. a. im Hinblick auf „Skandale“ in der stationären Versorgung, hat dazu beigetragen, dass sich in der Bevölkerung ein Problembewusstsein für Qualitätsunterschiede entwickeln konnte, was die Umsetzung der Reform ermöglicht hat. Darüber hinaus haben die Medien im Hinblick auf Krankenhausschließungen im Zusammenhang mit der Krankenhausreform als Agenda-Setter fungiert.</p> <p>Spezialisierung: Die Spezialisierung und damit zusammenhängende Zentralisierungseffekte waren wesentlicher Teil der Krankenhausreform. Dänemark hat für insgesamt 36 Leistungsbereiche und ca. 1.000 Prozeduren in sog. Spezialisierungsplänen festgelegt, welche Krankenhäuser wofür zugelassen sind. In spezialisierten Krankenhäusern sind u. a. Mindestmengen, eine 365/24/7 Verfügbarkeit und eine verpflichtende Zusammenarbeit der Anbieter formuliert. Exemplarisch wurde für den Bereich der Krebsversorgung gezeigt, dass sich die Spezialisierung im Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen zur Patientensteuerung positiv auf patientenrelevante Endpunkte ausgewirkt hat.</p> <p>Digitalisierung: Die Digitalisierung war eine wichtige Voraussetzung, um die Krankenhausreform in der Form umzusetzen. Dänemark hat eine vergleichsweise lange Tradition der Digitalisierung (des Gesundheitswesens) und gehört zu den internationalen Spitzenreitern, was durch eine gezielte politische Steuerung, eine früh initiierte Digitalstrategie und eine dedizierte Digitalbehörde Ausdruck findet.</p> <p>Exkurs SARS-CoV-2-Pandemie (detailliert in [69]): Trotz der ausgeprägten Zentralisierung infolge der Krankenhausreform sind Dänemarks Krankenhäuser – ebenso wie jene in Deutschland – während der <u>ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie</u> nicht an ihre Auslastungsgrenzen gekommen. Der Vergleich hat gezeigt, dass beide Länder mitunter verschiedene Strategien zur Infektionseindämmung, Kontaktnachverfolgung</p>	<p>Szenarioanalysen: <u>ambulante Versorgung:</u> Die Szenarioanalyse zur Leistungsverlagerung der als potentiell vermeidbar geltenden Fälle (ASK) ergab, dass einem stationären ASK-Fall im Durchschnitt mehr als zwei ambulante Behandlungsfälle pro Quartal gegenüberstehen. Für eine ausgewählte Gruppe an ASK-Diagnosen führte dies bereits zu einer Zunahme der ambulanten Behandlungsfälle im unteren einstelligen Millionenbereich. Der zusätzliche Leistungsbedarf bei kontinuierlicher vertragsärztlicher Behandlung aller ASK-Patient*innen, d.h. in allen vier Quartalen des Jahres, entsprach im hausärztlichen Versorgungsbereich einer Steigerung des Leistungsvolumens auf 176 % und im fachärztlichen Versorgungsbereich auf 156 % des Ausgangsvolumens. Die simulierte Mehrversorgung durch den ambulanten Sektor wäre nur bei entsprechender Verfügbarkeit der erforderlichen vertragsärztlichen Versorgungs- und Vergütungskapazitäten zu leisten.</p> <p><u>elektive Versorgung:</u> In 2018 wurde fast die Hälfte aller Patient*innen mit Kolonkarzinom m nächstgelegenen Krankenhaus behandelt, wobei davon ca. 40 % in einem zertifizierten Darmkrebszentrum behandelt wurden. Insgesamt nur ca. 47 % aller Behandlungen in einem zertifizierten Darmkrebszentrum stattgefunden. Die Fahrtzeit zum gewählten Behandlungsort lag insgesamt bei durchschnittlich 20 Minuten und bei 18 Minuten, wenn kein zertifiziertes Zentrum gewählt wurde. Für Patient*innen, deren Behandlung in einem zertifizierten Darmkrebszentrum stattfand, verlängerte sich diese Fahrtzeit im Mittel auf 26 Minuten. Die Modellierungen von Umverteilungen aller Patient*innen in zertifizierte Zentren ergab eine maximale Fahrtzeit von 29 Minuten, womit eine spezialisierte Versorgung in Wohnortnähe weiterhin gewährleistet wäre.</p> <p><u>Notfallversorgung:</u> Die Szenarioanalysen für den Bereich Notfallversorgung am Beispiel des akuten Schlaganfalls zeigen, dass sich die Versorgung der Patient*innen in Deutschland zum allergrößten Teil in Krankenhäuser abspielt, die eine den Szenarien zu Grunde liegende Fallzahl (10, 250, 500) aufweisen. Nichtsdestotrotz werden nach wie vor Patient*innen in Einrichtungen versorgt, die nicht über die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen verfügen, wenn auch in geringem Umfang. Daher muss auf Planungsebene weiterhin daran gearbeitet werden, diese Patient*innen hin zu adäquaten Versorgungsstrukturen zu steuern. In Abhängigkeit der angenommenen Mindestmenge variieren die neu zu verteilenden Fällen dabei.</p> <p>Interviews und Workshops: Zur Frage, inwieweit <u>Planungskompetenzen</u>, wie in Dänemark, stärker auf die Bundesebene übertragen werden sollten oder könnten, bestand keine Einigkeit. Häufig scheiterte es am Widerstand der Landes- und Lokalpolitik, dass Krankenhausschließungen durchgesetzt werden. Übertrage man Dänemark auf Deutschland, so komme die dänische Bundesgesundheitsbehörde populationsbezogen und geographisch eher der Ebene der deutschen Bundesländer gleich. Einigkeit bestand darin, dass zukünftig Formen einer sektorenübergreifenden Bedarfs- und Versorgungsplanung nötig seien. In Bezug auf <u>Spezialisierung</u> müsse zunächst evidenzbasiert</p>

Akronym: K:IDD

Förderkennzeichen: 01VSF18044

<p>und Patientensteuerung angewendet haben und diese ggf. ausschlaggebender waren, um diesen Stresstest zu bestehen, als die Anzahl der Krankenhäuser allein.</p>	<p>geprüft werden, welche Leistungen überhaupt spezialisiert erbracht, zu Qualitätsverbesserungen führen. Zudem müsse bei entsprechender Arbeitsteilung und Vernetzung zwischen Krankenhäusern mehr Spezialisierung und Zentralisierung auch nicht notwendigerweise mit Krankenhausschließungen einhergehen. Vorbehalten in der Bevölkerung zum Wegfall von Versorgungsstrukturen könnten so begegnet werden. Voraussetzung für eine Entwicklung in Richtung dänischer Strukturen sei eine Behebung der mangelhaften Investitionskostenfinanzierung kombiniert mit einer Änderung des <u>Finanzierungssystems</u>, hin zu einer deutlich stärkeren Finanzierung von Vorhalte- bzw. Fixkosten. Erst dann sei eine Planung von systemrelevanten Standorten möglich. Die derzeitige deutsche Wettbewerbs- und Marktordnung erschwere die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren. Im dänischen System wurde der marktorientierte <u>Wettbewerb</u> zu Gunsten eines staatlichen Ausschreibungswettbewerbs ersetzt, der jedoch wegen Pfadabhängigkeiten mittel- und langfristig zur Beschränkung von Wettbewerb führe. Die gesundheitsökonomische Literatur könne nicht eindeutig beantworten, ob die medizinische <u>Qualität</u> eher durch marktorientierten Wettbewerb, staatlich-administrative Maßnahmen der Qualitätssicherung oder intrinsische Motivation gesteuert werden kann und sollte.</p>
---	---

7. Stärken und Limitationen des Projekts

Das Projekt K:IDD hat verschiedene Akteure in einem Konsortium zusammengebracht, dessen Arbeit einen einzigartigen und vielfältigen Einblick in die Reformierung der dänischen Krankenhauslandschaft sowie vorgestellter Prozesse und ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen ermöglicht. Dabei zählen der angewandte Methoden-Mix und die Einbindung verschiedenster deutscher und dänischer Stakeholder zu den ausgesprochenen Stärken des Projekts. Nichtsdestotrotz weist das Projekt auch verschiedene Limitationen auf. Dazu zählt unter anderem die Tatsache, dass es sich bei der Krankenhausreform Dänemarks um einen noch immer andauernden Prozess handelt, sodass eine abschließende Beurteilung zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht möglich ist. In dem Zusammenhang ist auch die fehlende Evidenz im Hinblick auf die Wirkmechanismen hinter der Reformierung der dänischen Krankenhauslandschaft zu nennen, wobei diese Erkenntnis eher zu den Ergebnissen der Analysen zählt. Zumindest kann etwa anhand von Kennziffern wie dem Überleben bei Krebs konstatiert werden, dass sich die Ergebnisqualität trotz der starken Zentralisierung nicht verschlechtert und zumeist sogar verbessert hat. Darüber hinaus hätte eine noch stärkere Berücksichtigung der Perspektive von Patient*innen, die aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten nicht immer im gewünschten Maße möglich war, dem Projekt die Projektergebnisse sicher bereichert. Zuletzt basierte die Auswahl und Rekrutierung involvierter Expert*innen auf bestehenden Netzwerken des Konsortiums bzw. von Healthcare Denmark. Auch wenn auf eine ausgewogene Auswahl der Teilnehmer*innen für die Interviews und Workshops geachtet wurde, kann ein Selektionsbias an der Stelle nicht ausgeschlossen werden. Trotz des Methoden-Mix, des breit angelegten Analyseprozesses und des Ländervergleichs muss beachtet werden, dass es weitere Aspekte gab, die im Betrachtungszeitraum Einfluss auf die Ausgestaltung der dänischen Gesundheitsversorgung gehabt haben und kausale Analysen der Reform nicht durchgeführt werden konnten.

8. Schlussfolgerungen, Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Hinweis: Die hier formulierten Inhalte entsprechen nicht der Bewertung der Projektergebnisse durch das DKI. Gesonderte Impulse des DKI für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung finden sich in Abschnitt 9.

Im Rahmen des Projekts konnte die dänische Krankenhausreform samt ihr vorgestellter Prozesse näher beleuchtet und ermittelt werden, was bei einer möglichen Übertragung einzelner Aspekte auf den deutschen Kontext zu beachten wäre.

Im Laufe des Projektes wurde deutlich, dass die Ausgangsbedingungen in Dänemark durchaus vergleichbar mit der gegenwärtigen Situation in Deutschland sind, also verhältnismäßig viele Krankenhausstandorte mit zwar guter Erreichbarkeit, aber stark variierender technischer und personeller Ausstattung, was insbesondere für Notfälle und komplexe Fälle (z. B. Krebs) zu deutlichen Variationen der Prozess- und Ergebnisqualität führt.

Anders als in Dänemark fehlt in Deutschland allerdings (bisher) das Verständnis für die Unabdingbarkeit einer wirklich grundlegenden Reform („something had to be done“) – und auch die bis hin zum Minister geäußerte Meinung, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt habe, blockiert hierzulande eine radikale Herangehensweise wie in Dänemark. Würde das dänische Modell samt der vorgeschalteten Strukturreform 1:1 auf Deutschland übertragen, so hieße das, den Bundesländern die Krankenhausplanung zu entziehen und sie neu geschaffenen Behörden in den 96 Raumordnungsregionen zu übertragen und (2) die Beschränkung der Krankenhaus-Standorte mit Notaufnahmen auf 21 für im Schnitt je 280.000 Einwohner in Deutschland selbst durch eine Konzentration auf die rund 430 Standorte mit erweiterter oder umfassender Notfallversorgung nicht erreicht würde.

Es sollte jedoch auch festgehalten werden, dass strukturelle Unterschiede wie die Trägervielfalt (siehe 6.1) erschweren, dass alle Aspekte 1:1 übertragen werden können. Welche dies aber im Einzelnen sind, war auch im Projektkonsortium umstritten. Eine erste wesentliche Schlussfolgerung lautet daher, dass eine unvoreingenommene und konsensuale Sicht auf die Krankenhausreform in Dänemark trotz der guten Zusammenarbeit innerhalb des Projekts aufgrund der traditionell gewachsenen institutionellen Strukturen und der von ihnen geprägten Standpunkte erschwert wird.

Darüber hinaus verlief auch die dänische Reform nicht reibungslos: So wurde etwa der ambulante Bereich bei der Krankenhausreform nicht ausreichend berücksichtigt und die Kommunen zwar u. a. mit der neuen Aufgabe der poststationären Versorgung betraut, aber zunächst personell wie strukturell nicht entsprechend ausgestattet, um dieser Aufgabe auch gerecht zu werden. Hier und im Bereich der Digitalisierung, wo ebenfalls einige Hürden bewältigt werden mussten, hat Dänemark jedoch aus seinen Fehlern gelernt und nachgesteuert.

Insgesamt können aus den gewonnenen Erkenntnissen einige Impulse zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung gewonnen werden, die bei etwaigen Reformierungen in Deutschland berücksichtigt werden sollten.

Dazu gehören:

1. Eine wirkliche Krankenhausreform erfordert, dass alle betroffenen Akteure in Politik und Selbstverwaltung diese Einsicht teilen und über wesentliche Ziele (etwa das Primat der qualitativ hochwertigen Versorgung ggü. einer reinen Erreichbarkeit von stationären Strukturen) Konsens besteht.
2. Zum Konsens gehört aber auch, dass Klarheit darüber besteht, dass es bei einer solchen Reform (bzw. der daraus resultierenden neuen Struktur) nicht um Kostendämpfung geht, sondern dass ein nicht unsubstanzieller Einsatz von Finanzmitteln für Investitionen und das Vorhalten von (Notfall-)Kapazitäten erforderlich ist.
3. Um Qualitätssteigerung durch Konzentration einerseits und zusätzliche Finanzmittel andererseits im Rahmen der Krankenhausplanung in einer kohärenten Konzeption zusammen zu bekommen, sind bundesweite Definitionen von Versorgungsstufen, den ihnen zugeordneten Leistungen und den qualitätsorientierten technischen und personellen Voraussetzungen und Mindestmengen notwendig.
4. Das Wettbewerbselement der deutschen Krankenhauslandschaft muss neu justiert werden, wie etwa die Szenarioanalysen im Hinblick auf Ballungsräume eindrücklich zeigen. Der heute häufig existierende Wettbewerb um Patient*innen auch ohne adäquate technische und personelle Ausstattung sollte ersetzt werden durch einen (Ausschreibungs-)Wettbewerb um den Zuschlag zur qualitätsorientierten Versorgung auf Grundlage der definierten Voraussetzungen und Mindestmengen.
5. Der ambulante Bereich muss bei einer Krankenhausreform im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung immer mitgedacht werden.
6. Dabei muss insbesondere die präklinische und poststationäre Versorgung, aber auch die stationär-ersetzende Versorgung (ambulantisierbare Operationen; Chemotherapie etc. bei Krebspatient*innen etc.) bedacht werden. Die Frage, ob dies auch mit einer Neudefinition des entsprechenden Versorgungssegmentes, etwa analog zur ASV, führt, macht diesen Punkt im deutschen Kontext besonders sensibel.
7. Die Vernetzung von stationärer und prä- und post-stationärer Versorgung sowie stationärer Versorgung und Rettungsdienst sind Beispiele, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen einer gezielteren politischen Steuerung und Regulierung bedarf, ggf. durch den Einsatz einer dedizierten Digitalisierungsbehörde.
8. Es sollte eine gezielte Förderung von Modellregionen und/oder Modellkrankenhäusern zur Erprobung und Evaluation neuer Wege in einer vernetzten Gesundheits- und Krankenversorgung stattfinden.
9. Unterstützend bei der Reform und der Neujustierung der Krankenhausplanung kann wie in Dänemark ein Expertenbeirat, auch mit internationaler Beteiligung, eingesetzt werden.
10. Die Bevölkerung sollte von vornherein über die Diskussion zu Notwendigkeit, Zielen, Maßnahmen und zur konkreten Umsetzung einer Reform einbezogen werden.

9. Einzelvotum des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI): Schlussfolgerungen und Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung

Die im Rahmen des Projekts vorgenommene Analyse der dänischen Reformen liefert aus Sicht des DKI eine Reihe interessanter Impulse für die Ausgestaltung der deutschen Versorgungslandschaft. Gleichwohl hat sich im Laufe der Bearbeitung gezeigt, dass, wie so häufig bei Ländervergleichen, aufgrund von immensen strukturellen und historisch gewachsenen Unterschieden sowie grundsätzlichen ordnungs- und gesundheitspolitischen Erwägungen eine einfache Übertragung des dänischen Modells in weiten Teilen weder praktikabel noch erstrebenswert erscheint.

Prinzipiell ist in Deutschland, ähnlich wie in Dänemark, das Verständnis für die Notwendigkeit grundlegender Reformen im Krankenhaus- und Gesundheitsbereich gegeben. Probleme der stationären Versorgung wie der Fachkräftemangel, die unzureichende Finanzierung von Investitions- und Vorhaltekosten, der geringe Digitalisierungsgrad, die überbordende Bürokratie zu Lasten der Patientenversorgung oder die eingeschränkten Möglichkeiten zur ambulanten und integrierten Gesundheitsversorgung werden schon lange nicht mehr nur in der Fachöffentlichkeit intensiv thematisiert. Über die Ausrichtung und die Inhalte von möglichen Reformen bestehen aber unterschiedliche Auffassungen. Dies wurde im vorliegenden Projekt in den Workshops und Interviews mit Expert*innen und Interessensvertretern ebenso ersichtlich wie in den Auffassungsunterschieden der Konsortialpartner.

Aus Sicht des DKI sind Behauptungen einer generell oder weitgehend höheren Versorgungsqualität der dänischen im Vergleich zu den deutschen Krankenhäusern empirisch nicht belastbar. Im Gegenteil zeigen die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) regelmäßig, dass die Qualität der stationären Versorgung sich insgesamt auf hohem Niveau bewegt und auch kleinere Standorte eine gute Qualität aufweisen. Auch die zahlreichen gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen an das Qualitätsmanagement im Krankenhaus hierzulande suchen international ihresgleichen.

Vergleiche auf Basis von internationalen Veröffentlichungen (wie z. B. der OECD-Datenbank) lassen dagegen zumeist eine kritische Auseinandersetzung mit der Datenqualität und den getroffenen Aussagen ebenso vermissen, wie die Einordnung der Kennzahlen in die Rahmenbedingungen der Soziodemografie, vor allem einer im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Alters- und Morbiditätslast sowie größeren sozialen Ungleichheit, und des Gesundheitssystems wie die mangelnde sektorenübergreifende Integration und Kooperation von Leistungsangeboten und unzureichende Nachsorgeangebote. Unter Kontrolle dieser Einflussfaktoren werden vermeintliche Versorgungs- und Qualitätsprobleme (z. B. bei der 30-Tage-Herzinfarkt- und Schlaganfallmortalität) der deutschen Krankenhausversorgung im Ländervergleich deutlich relativiert oder widerlegt [70].

Inwiefern die in Dänemark beobachteten Qualitätssteigerungen in der Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung (mono-)kausal mit der starken Konzentration von Krankenhausstandorten, der Zentralisierung von Planungskompetenzen und strikten Spezialisierungsvorgaben in Verbindung stehen, wäre zu problematisieren. So wurde die dänische Zentralisierungsreform von massiven Investitionen in optimierte Versorgungsstrukturen sowie Präventionsmaßnahmen begleitet. Der Faktor der Leistungskonzentration ist daher nur einer von vielen dänischen Innovationen und möglicherweise für die Entwicklung der Qualität nicht alleine ausschlaggebend.

Gerade diese Innovationen und Differenzen zum deutschen Gesundheitssystem geben aus Sicht des DKI wichtige Impulse für die Reformdiskussion hierzulande. So haben vor allem eine hinreichende Finanzierung der Investitions- und Vorhaltekosten der Krankenhäuser, die durchgreifende Digitalisierung des Gesundheitssystems sowie die integrierte und sektorenübergreifende Patientenversorgung das Erreichen definierter Effizienz- und Qualitätsziele deutlich gefördert. In Dänemark sind im Gegensatz zu Deutschland die Krankenhäuser weitreichend für die ambulante Versorgung geöffnet. Die fachärztliche Versorgung ist überwiegend am Krankenhaus verortet, verbunden mit einem hausarztzentriertem „Gatekeeping-Modell“. Auch die poststationären Strukturen sind dort teilweise anders organisiert, z. B. finanzielle Sanktionen für Kommunen etwa wegen unzureichender Nachsorgeangebote oder vermeidbarer längerer Krankenhausverweildauern sowie das Angebot einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld zur stationären Entlastung.

Vor diesem Hintergrund stellt aus Sicht des DKI gerade die hohe Krankenhausdichte in Deutschland einen optimalen strategischen Ausgangspunkt zur Schaffung integrierter und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen dar. Krankenhäuser sollten zukünftig stärker als regionales Gesundheitszentrum fungieren, die voll- und teilstationäre, prä- und poststationäre Angebote wohnortnah unter einem Dach vereinen und integrieren. Auch deswegen eignet sich das dänische Beispiel einer hohen Krankenhauskonzentration nicht als Vorbild für Deutschland. Im Gegenteil würde eine bestehende Infrastruktur zerstört, die für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems in hohem Maße sinnvoll und erforderlich wäre.

Als, zumindest perspektivisch, gravierende Schwachstelle des dänischen Ansatzes einer sehr hohen Krankenhauskonzentration auf wenige Schwerpunkt- und Maximalversorger sind ordnungs- und wettbewerbspolitischer Aspekte zu beachten. Die durch den Ausschreibungswettbewerb geschaffenen regionalen Monopole sind unter qualitativen und ökonomischen Aspekten höchst problematisch, da mittel- und langfristig wettbewerbs- und innovationshemmend. Vor diesem Hintergrund sind Konzentration und Zentralisierung nur bei den Leistungen geboten, wo nachweislich (evidenz-basiert) eine bessere Ergebnisqualität zustande kommt. Dies ist auch im Rahmen einer gezielten Weiterentwicklung des abgestuften Systems der Krankenhausversorgung in Deutschland prinzipiell möglich. Eine wohnortnahe und dezentrale Grund- und Regelversorgung mit Wahlmöglichkeiten für Patient*innen, Angehörige und Einweiser und unmittelbarer Anschlussfähigkeit an die vor- und nachstationäre Versorgung bliebe damit erhalten. Das Gleiche gilt für wohnortnahe Arbeits-, Aus- und Weiterbildungsangebote zur Deckung des aktuellen und künftigen Fachkräftebedarfs.

10. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Während der Projektlaufzeit wurden diverse Veröffentlichungen erstellt und zur Publikation in verschiedenen Fachjournalen eingereicht. Darüber hinaus wurden Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen gehalten, Poster präsentiert, diverse Veranstaltungen ausgerichtet und ein Fernsehauftritt absolviert. Diese und geplante bzw. eingereichte Veröffentlichungen sind im Folgenden aufgeführt.

Veröffentlichte Publikationen

Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Kretzler M, Offermanns M, Heber R, Krause C, Busse R (2020): COVID-19 als Stresstest für das Gesundheitssystem: Eine Bestandsaufnahme der Situation in Dänemark und Deutschland. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(4-5), 49-61. DOI: [10.5771/1611-5821-2020-4-5-49](https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-4-5-49) (Open Access)

Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Kretzler M, Offermanns M, Heber R, Krause C, Busse R (2020): Das Projekt „Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark (K:IDD)“. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(4-5), 11-12.

Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Aurich H, Kretzler M, Busse R (2020): Wie digitalisiert ist die Gesundheitsversorgung in Dänemark im Vergleich zu Deutschland? G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(4-5), 39-48.

Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Kretzler M, Busse R (2020): Zentralisierung und Spezialisierung- Dänemarks Spezialisierungspläne als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument am Beispiel der Krebsbehandlung. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(4-5), 31-38.

Kretzler M, Berger E, Reichebner C, Offermanns M, Heber R, Krause C, Schulz M, Busse R (2020): Deutschland und Dänemark: verschiedene Welten? Ein umfassender Vergleich der Gesundheitssysteme. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(4-5), 13-20.

Reichebner C, Berger E, Eriksen A, Kretzler M, Busse R (2020): Jahrzehnte der Transformation: Eine Analyse Dänemarks Struktur- und Krankenhausreform. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(4-5), 21-30.

Eingereichte Publikationen

Eriksen A, Berger E, Reichebner C, Wiedeke A, Busse R: The Media's Coverage and Framing of a Hospital Reform in Denmark. Health Policy. (Open Access)

Geplante Publikationen

Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Hildebrandt M, Busse R: Simulation einer gezielten Patientensteuerung in der Krebsversorgung im Hinblick auf Fahrtzeiten am Beispiel des kolorektalen Karzinoms. (Geplant) In: Das Gesundheitswesen.

Schulz M, Czihal T, Krause C, Berger E, von Stillfried D. Simulation einer Leistungsausweitung im vertragsärztlichen Versorgungsbereich am Beispiel von ambulantsensitiven Krankenhausdiagnosen. (Geplant) In: BMC Health Services Research.

Akronym: K:IDD

Förderkennzeichen: 01VSF18044

Vorträge

Berger E, Eriksen A, Reichebner C (2020): Versorgungssteuerung in der Krebsversorgung: Was kann Deutschland von Dänemark lernen? Konferenzbeitrag auf dem 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), 30.09.-01.10.2020. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. Doc20dkvf103. doi: 10.3205/20dkvf103, urn:nbn:de:0183-20dkvf1031.

Busse R (2019): Die Verlockungen Dänemarks oder: so kann man es auch machen. Spreestadtforum, 29.04.2019. Berlin.

Eriksen A, Berger E, Reichebner C (2020). Reforming the hospital structure - an analysis of the media's role in implementing a hospital reform in Denmark. Konferenzbeitrag auf dem 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), 30.09.-01.10.2020. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020.

Reichebner C, Berger E, Eriksen A (2020). Denmark's hospital reform – the political process behind it from an objective to implementation. Konferenzbeitrag auf dem 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), 30.09.-01.10.2020. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. oc20dkvf458. doi: 10.3205/20dkvf458, urn:nbn:de:0183-20dkvf4586.

Poster

Reichebner C, Berger E, Eriksen A, Busse R (2020). Analysis of the political process of Denmark's hospital reform. Poster display at the 16th World Congress on Public Health 2020 (WCPH2020): Public health for the future of humanity: analysis, advocacy and action Rome, Italy (online event), 12.-16. Oktober 2020.

Fernsehauftitte

Busse R (2019). hart aber fair. Thema: Zu klein, zu teuer, zu schlecht: Haben wir zu viele Krankenhäuser? 18. November 2019, Berlin.

Veranstaltungen

Dänische Krankenhausreform – Vorbild für Deutschland? 27. Mai 2019. Königlich Dänische Botschaft, Berlin. Die gemeinsame Pressemitteilung ist hier verfügbar: <https://www.presseportal.de/pm/107789/4282312>

BKK INNOVATIV – Ergebnisse aus dem Innovationsfonds: K:IDD, 28. April.2021. Die Aufzeichnung ist hier verfügbar: <https://vimeo.com/544589751/7d24518735>

11. Anlagen

Anlage 1: Semistrukturierter Leitfaden für Interviews mit dänischen Expert*innen

Anlage 2: Karte der Krankenhauslandschaft in Dänemark nach Spezialisierungsgrad

Anlage 3: Ergänzende Erläuterungen zu Abbildung 5: Die zukünftige Krankenhauslandschaft in Dänemark

Anlage 4: Voraussetzung Abrechnung OPS 8-981/8-98b: (Andere) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls [71]

12. Literatur

1. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Beltz Pädagogik. Beltz, J, Weinheim, Bergstr
2. Kingdon JW (2014) Agendas, alternatives, and public policies. Always learning. Pearson, Harlow
3. Tsebelis G (2002) Veto players. How political institutions work. Russell Sage Foundation; Princeton University Press, New York, Princeton
4. Scheufele DA (2000) Agenda-Setting, Priming, and Framing Revisited: Another Look at Cognitive Effects of Political Communication. *Mass Communication and Society* 3(2-3):297–316. doi:10.1207/S15327825MCS0323_07
5. Price V, Tewksbury D (1997) News values and public opinion: A theoretical account of media priming and framing. In: Barnett GA, Boster FJ (Hrsg) *Progress in the communication sciences*, Bd 13. Ablex, New York, S 173–212
6. Sundmacher L, Schüttig, W, Faisst C (2015) Ein konsentierter deutscher Katalog ambulanzsensitiver Diagnosen. *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18*, Berlin
7. Loos S, Albrecht M, Zich K (2019) Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. IGES Institut. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf. Zugegriffen: 28. August 2021
8. Kretzler M, Berger E, Reichebner C, Offermanns M, Heber R, Krause C, Schulz M, Busse R (2020) Deutschland und Dänemark: verschiedene Welten? Ein umfassender Vergleich der Gesundheitssysteme. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 74(4-5):13–20
9. United Nations (2019) *World Population Prospects 2019*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://population.un.org/wpp/>. Zugegriffen: 17. Juli 2021
10. Schulz M, Czihal T, Erhart M, Stillfried D (2015) Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs. *Gesundheitswesen* (78(05): 290-297)
11. Regeringen (2019) *Patienten først – nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder*
12. OECD (2020) *OECD iLibrary*. <https://www.oecd-ilibrary.org>. Zugegriffen: 17. Juli 2020
13. Danske Regioner (o. D.) *Om de fem regioner*. <https://www.regioner.dk/services/om-de-fem-regioner>. Zugegriffen: 03. September 2020
14. *Praktiserende Lægers Organisation* (2018) *Overenskomst om almen praksis af 03-06-1991, senest ændret ved aftale af 1. januar 2018*
15. Petersen JH, Petersen K, Christiansen NF (2012) *Dansk Velfærdshistorie. Velfærdsstatens storhedstid. Bind IV, perioden 1956-1973*
16. *Danmark Sygeforsikring* (o. D.) *Om foreningen*. <https://www.sygeforsikring.dk/om-foreningen>. Zugegriffen: 07. September 2020
17. Vrangbæk K (2020) *Danmark*. In: *The Commonwealth Fund* (Hrsg) *International Health Care System Profiles*
18. Eurostat (2020) *Krankenhausbetten nach Behandlungsart*. https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-datasets/-/HLTH_RS_BDS. Zugegriffen: 10. September 2020
19. *medcom.dk* (2020) *Speziellægepraksis i Danmark*. Opdateret 3. juni 2020. <https://www.medcom.dk/opslag/koder-tabeller-ydere/yderelokationsnumre/speciellaegepraksis-i-danmark>. Zugegriffen: 03. Juli 2020
20. Geissler A, Quentin W, Busse R (2016) *Ambulante Leistungen von Krankenhäusern im europäischen Vergleich*. In: *Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J* (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt Ambulant im Krankenhaus*, S 29–41

21. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C (2012) Denmark: Health system review. Health Systems in Transition
22. Sundhedsstyrelsen (2007) Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen
23. Lægevagten.dk (o. D.) Kontakt Lægevagten. <https://www.laevagten.dk/kontakt-laevagten>. Zugegriffen: 30. Juli 2020
24. Sundhedsdatastyrelsen (2020) Godkendte Kliniske Kvalitetsdatabaser. Zugegriffen: 01. Mai 2020
25. OECD (2020) OECD.Stat. Health expenditure and financing. <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en>. Zugegriffen: 07. September 2020
26. Regeringen, Danske Regioner (2020) Aftale om regionernes økonomi for 2021
27. Sundhedsdatastyrelsen (2020) Takstsystem 2020 – Vejledning
28. Møller Pedersen K (2014) Hvorfor aktusugehuse? In: Møller Pedersen, K. & Petersen, NC (Hrsg) Fremtidens Hospital
29. Foreningen af Speciallæger (FAPS) & Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2018) Overenkomst om speciallægehjælp mellem foreningen af speciallæger og regionernes lønnings- og takstnævn 2018
30. Reichebner C, Berger E, Eriksen A, Kretzler M, Busse R (2020) Jahrzehnte der Transformation: Eine Analyse Dänemarks Struktur- und Krankenhausreform. GuS 74(4-5):21–30. doi:10.5771/1611-5821-2020-4-5-21
31. Indenrigs- og Sundhedsministerie (2008) Regionernes Investerings- og Sygehusplaner. screening og vurdering. <https://sum.dk/Media/637642824587528990/Regionernes%20investerings-%20og%20sygehusplaner%20-%20Screening%20og%20vurdering.pdf>. Zugegriffen: 28. August 2021
32. Venstre (2007) Valggrundlag. https://manifesto-project.wzb.eu/tools/documents/2019-2/coded/13420_200711.csv. Zugegriffen: 12. Juli 2020
33. Vrangbaek K, Christiansen T (2005) Health policy in Denmark: leaving the decentralized welfare path? J Health Polit Policy Law 30(1-2):29–52. doi:10.1215/03616878-30-1-2-29
34. Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Aurich H, Kretzler M, Busse R (2020) Wie digitalisiert ist die Gesundheitsversorgung in Dänemark im Vergleich zu Deutschland? G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 74(4-5):39–48
35. European Commission (2020) The Digital Economy and Society Index (DESI). DESI 2020. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/desi>. Zugegriffen: 26. August 2020
36. Bertelsmann Stiftung (2018) Digitale Gesundheit: Deutschland hinkt hinterher
37. Stephani V, Busse R, Geissler A (2019) Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus. SpringerOpen, Berlin, S 17–32
38. Henriksen HE (2019) Digitalisierung in der Neurodnung des dänischen Krankenhausmarktes. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus, S 91–100
39. Thiel R, Deimel L, Schmidtman D, Piesche K, Hüsing T, Rennoch J, Stroetmann V, Stroetmann K (2018) #SmartHealthSystems. International comparison of digital strategies
40. sundhed.dk (2020) Background. <https://www.sundhed.dk/borger/service/om-sundheddk/ehealth-in-denmark/background/>. Zugegriffen: 02. September 2020
41. Bundesministerium für Gesundheit (2019) Die elektronische Patientenakte (ePA). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronische-patientenakte.html>. Zugegriffen: 05. September 2020
42. BDO AG, Deutsches Krankenhausinstitut (2019) Das digitale Krankenhaus

43. Berger E, Busse R, Geissler A, Spies C, Weiß B (2020) Übertragbarkeit neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung - Chancen und Herausforderungen des Innovationsfonds. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 74(1):68–74
44. McKinsey (2018) Digitalisierung im Gesundheitswesen: Chancen für Deutschland
45. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2018) Jahresgutachten 2017/18. Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik
46. Bundesministerium für Gesundheit (2020) Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauszukunftsgesetz.html>.
Zugegriffen: 05. September 2020
47. Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Kretzler M, Busse R (2020) Zentralisierung und Spezialisierung- Dänemarks Spezialisierungspläne als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument am Beispiel der Krebsbehandlung. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 74(4-5):31–38
48. Sundhedsstyrelsen (2020) Gældende specialeplan.
<https://www.sst.dk/da/viden/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan>. Zugegriffen: 28. Juli 2020
49. Sundhedsstyrelsen (2015) Specialised hospital services. Principles of national planning in Denmark, Copenhagen
50. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V et al (2018) Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *The Lancet* 391(10125):1023–1075. doi:10.1016/S0140-6736(17)33326-3
51. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2019) Zusammenhang Leistungsmenge und Qualität beim Lungenkarzinom. Rapid Report. V18-03 Version 1.0. IQWiG-Berichte
52. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2020) Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei chirurgischen Behandlungen des Brustkrebses - Rapid Report. V18-05 Version 1.0. IQWiG-Berichte
53. Nimptsch U, Mansky T (2017) Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ open* 7(9)
54. Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Kretzler M, Busse R (2020) Zentralisierung und Spezialisierung- Dänemarks Spezialisierungspläne als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument am Beispiel der Krebsbehandlung. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 74(4-5):31–38
55. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V.
56. Loos S, Albrecht M, Schiffhorst G, Ochmann R, Möllenkamp M (2016) Faktencheck Krankenhausstruktur. Spezialisierung und Zentrenbildung. Faktencheck Gesundheit
57. Geraedts M, Cruppé W de (2015) Strukturwandel aus Patientenperspektive. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg) Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Schattauer, Stuttgart, S 115–126
58. Yafasova A, Fosbøl EL, Christiansen MN, Vinding NE, Andersson C, Kruuse C, Johnsen SP, Gislason GH, Torp-Pedersen C, Køber L, Butt JH (2020) Time trends in incidence, comorbidity, and mortality of ischemic stroke in Denmark (1996–2016). *Neurology* 95(17):e2343-e2353. doi:10.1212/WNL.0000000000010647
59. Boysen G, Marott JL, Grønbaek M, Hassanpour H, Truelsen T (2009) Long-Term Survival after Stroke: 30 Years of Follow-Up in a Cohort, the Copenhagen City Heart Study. *Neuroepidemiology* 33(3):254–260. doi:10.1159/000229780

60. Skajaa N, Adelborg K, Horváth-Puhó E, Rothman KJ, Henderson VW, Casper Thygesen L, Toft Sørensen H (2021) Nationwide Trends in Incidence and Mortality of Stroke Among Younger and Older Adults in Denmark. *Neurology* 96(13):e1711-e1723. doi:10.1212/WNL.00000000000011636
61. Pross C, Berger E, Siegel M, Geissler A, Busse R (2018) Stroke units, certification, and outcomes in German hospitals: a longitudinal study of patient-based 30-day mortality for 2006–2014. *BMC Health Serv Res* 18(1). doi:10.1186/s12913-018-3664-y
62. Nimptsch U, Mansky T (2016) In welchen Bereichen kann die akutstationäre Versorgungsqualität durch Zentralisierung verbessert werden? German Medical Science GMS Publishing House
63. Langhorne P, Ramachandra S (2020) Organized Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke. *Stroke* 51(12). doi:10.1161/STROKEAHA.120.030825
64. OECD (2020) OECD.Stat. Health Care Quality Indicators. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51881>. Zugegriffen: 28. August 2021
65. Sundhedsstyrelsen (2021) Specialevejledning for Neurologi. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialeplan-for-neurologi/Specialevejledning-for-Neurologi-den-22-juli-2021.ashx?la=da&hash=BD66A3EFAED07CE6173D2216EDE0038A0669D123>. Zugegriffen: 28. August 2021
66. Nabavi DG, Koennecke H-C, Ossenbrink M, Grau A, Busse O (2019) Zertifizierungskriterien für Stroke-Units in Deutschland : Update 2018. *Nervenarzt* 90(4):335–342. doi:10.1007/s00115-018-0633-y
67. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (2021) Die Versorgung wird immer besser. https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/pdf?tx_rsbrowserlesspdf_pi1%5Burls%5D%5B0%5D=https%3A%2F%2Fwww.schlaganfall-hilfe.de%2Fde%2Faktuelles%2F2020%2Fdie-versorgung-wird-immer-besser%3Fprint%3D1&cHash=29992c5080d82ae8e3738f0cd53e4b2f. Zugegriffen: 28. August 2021
68. Healthcare Denmark (2019) Emergency Medical Services. White Paper. <https://whitepaper.healthcaredenmark.dk/media/6506/hcd-ems-white-paper-v10119.pdf>
69. Berger E, Reichebner C, Eriksen A, Kretzler M, Offermanns M, Heber R, Krause C, Busse R (2020) COVID-19 als Stresstest für das Gesundheitssystem: Eine Bestandsaufnahme der Situation in Dänemark und Deutschland. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 74(4-5):49–61. doi:10.5771/1611-5821-2020-4-5-49
70. Heber R, Levsen A, Offermanns M (2021) Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts - Endbericht
71. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI) (2020) OPS Version 2020. Komplexbehandlung (8-97...8-98). <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/block-8-97...8-98.htm>. Zugegriffen: 30. August 2021

Anlage 1: Semistrukturierter Leitfaden für Interviews mit dänischen Expert*innen (AP2)

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
1. Questions about the reform initiation process				
<i>To have a better understanding regarding the beginning of Denmark's healthcare sector reform, we would like address few general questions about the initial onset of the reform, about the reforms medial accompaniment and the political decision making process</i>				
1.1. General questions				
	As you mentioned in your e-mail we are probably talking about a "number of reforms". Could describe them in temporal order?	<i>Timeline reforms</i>		Not one reform but several interrelated reforms / policy changes. How are they interrelated?
	In your opinion, what was the main reason to initiate the hospital reform?	<i>Reason</i>	Scandals: breast cancer Bornholm, variation in ovarian cancer treatment	Was there a certain event, unusual quality outcomes, media debates, or pressure of the public? What was most clearly in need of reform? What was the main motivation for action?
	What was your first impression of the hospital reform plans when they became public?	<i>Personal opinion</i>		Which pro's and con's came to mind?
	The reform of the health care system was preceded by a structural public sector reform. What was your impression when the structural reform plans became public?	<i>Structure reform opinion</i>	Municipalities are responsible for rehabilitation; we've heard a lot about a lack of expertise and financial resources	Would you say that the structural reform was necessary for the following hospital reform?
	The reform of the health care system is been preceded by a structural public sector reform. What was your impression when these plans became public?	Sector reform opinion		Would you say this was an indispensable/ necessary condition for the following hospital reform?

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	Has the reform been discussed in the public or primarily in expert circles, e.g. scientists, politicians?	<i>Public/ expert discussion</i>		Were there any particularly influential public discussions? If yes, who initiated the social discourse regarding hospital care and for what reasons?
	Was the reform been discussed in the public or primarily in expert circles?	Public/ expert decision		If yes, who initiated the social discourse regarding hospital care and for what reasons?
1.2. Media				
	What is the media landscape in Denmark like?	<i>Media landscape</i>		Which media forms (dailies, social media, trade journals, tabloid press) have the most influence on public opinion?
	How would you describe the attitudes of the Danish population towards the media?	<i>Attitudes towards media</i>		Do the Danes trust the media?
	Did the media report on variation or problems in quality (e.g. of cancer treatment outcomes) throughout the healthcare system?	<i>Reform reporting II</i>		If yes, when did the media start reporting? When did they start? Was there a certain event?
	Was there a media strategy and what was it?	<i>Media strategy who</i>		Who directed, devised and implemented the strategy?
	(optional) When did the media start reporting on differences in quality?	<i>When</i>		
	Which types of media are/were reporting on the hospital reform?	<i>Reform reporting I</i>		Did different types of media report differently?
	When did the media start reporting on the hospital reform?	<i>Reform reporting I</i>	LIR worked for Altinget from 2004-2006 and wrote a lot about the changes; from	Which type of media? Did social media already play a role?

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
			2006-2008 health reporter at a newspaper, 2010-2014 journalist at the doctors associations journal	
	Were there critical voices among the public, e.g. in comments on articles, social media...? Who was critical of the reform? Where were criticisms expressed?	<i>Critical voices</i>		What arguments have been put forward against the reform? How were the arguments met?
	When did the media start reporting on the KH reform?	When I		
	Were there critical voices among the public, e.g. in comments on articles, social media...? Who was critical of the reform? Where were criticisms expressed?	<i>Critical voices public</i>		If so, what arguments have been put forward against the reform? How were the arguments met?
	Was the media in general critical of the reform?	<i>Critical voices media</i>		If so, what arguments have been put forward against the reform? How were the arguments met?
	Were any journalists critical of the reform?	<i>Critical voices journalists</i>		If so, what arguments have been put forward against the reform? How were the arguments met?
	Were there different reactions in the urban population compared to the rural population?	<i>What differences</i>		
	Has anyone analyzed the reporting on the hospital reform?	<i>Reporting analysis</i>		If yes, do you think you could help us find the report?

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
				If not, do you think you could help us in conducting such an analysis?
	What was the media's role in implementing the reform?	<i>Media's role</i>		
1.3. Decision-making				
	Was there a certain politician or actor that comes to your mind that has brought the subject (reform/debate) particularly forward in the first place?	<i>Political Entrepreneur</i>		Who is at last viewed as responsible person for the decision-making?
	Which politician(s) or other actor(s) initially pushed for or led the debate around hospital reform?	<i>Political Entrepreneur</i>	Always mentioned: Lars Lökke Rasmussen/ Bent Hanson	Who is ultimately responsible for the reform decision? Are they in still in place somewhere? Or did the decision end up in a political disaster for them?
	Were public information events/discussions held? Were journalists involved?	<i>Public information</i>		If yes, were they held on a regular or on an irregular basis?
	The reform of the health care system is been preceded by a structural public sector reform, would you say this was an indispensable/ necessary condition for the following hospital reform?	<i>Structure reform → hospital reform</i>		
	Was there a political party that made this topic a priority?	<i>Who party</i>		
	Which parties, if any, made this topic a priority?	<i>Which party</i>		Which parties, if any, prioritized/emphasized this topic? Was the reform an election topic and did it work out?
	Were public information	<i>Public information</i>		If yes, were they held regularly/frequently? Were

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	events/discussions held? Were the regions involved?			they held in every community?
	Would you say that there was clear evidence for the reforms need or did the general mood (perceived/truth) lead to rethinking of the hospital landscape?	<i>Why</i>		Possible reasons: poor quality or accessibility, too high a cost, lack of staff
	How was the population involved in planning and decision-making?	Participation I		How was participation enabled and encouraged?
	Was there agreement among experts on the reform options? If not, what were alternatives that have been discussed?	<i>Expert opinion diversity</i>		
	Decision-making has been supported by the work of several committees, such as expert groups, advisory boards and task forces. Could you name the most important and briefly describe their work in terms of the reform?	<i>Committee I</i>		What was the Committee you joined like? What was your role?
	(optional) In particular, what led to the establishment of the Government Advisory Committee on Improvement of Efficiency in the Healthcare Sector?	<i>Committee II</i>		What influence did its reports / recommendations have?
	How would you characterize the role of the Danish Health Authority	<i>Committee III</i>	Different tasks 10 year plan in 2007.	

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	(DHA, former National Board of Health NBoH) in the reform? Are all regions represented there?		Procedure: about 3 years, everybody was heard (patients, doctors...); Specialization; Minimal volume? Plan for emergency	
	What led to the establishment of the Government Advisory Committee on Improvement of Efficiency in the Healthcare Sector? What influence did its reports / recommendations have?	<i>Committee II</i>		Would you say that such use of committees is common for political decision making in Denmark?
	Were there role models or best practices you were looking at?	<i>Role models/ best practices</i>	UK and the Netherlands as role models.	other countries experiences?
	How were the health professionals involved in planning and decision-making? How was patient participation ensured?	<i>Participation II</i>		
	Could you describe the influence of business interests decision making?		PMC published on the Influence of Business Interests in Government Consultations	
2. Questions on the reform implementation phase				
<i>We would further like to hear more about the implementation process that followed the initial onset of the reform, especially more about health sector and hospital planning criteria and the "super hospital" project.</i>				
2.1. Planning criteria				
	Were there certain goals in terms of specific objectives or indicators set for hospital planning?	<i>Goals I Goals for planning</i>	Danish regions are responsible for planning of standard	Could you list them and describe why those factors were considered primarily? How much time was

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
		<i>Time frame</i> <i>Efficiency goals (annually 2%)</i>	hospital care and Danish Health Authority (DHA) for specialized services	planned to reach these goals?
	Would you say that the reform's general focus was more on equal access or treatment quality or something else altogether?	<i>Goals II</i> <i>Input / outcome</i>		
	How has intersectorality been considered in the planning?	<i>Intersectorality</i>		How has the connection between inpatient and outpatient care been considered in planning?
	Have feasibility/ policy implication studies been carried out in advance?	<i>Feasibility/ Policy impact</i>		
	How were the health professionals involved in planning and decision-making?	<i>Participation II</i>	Focus on local health professionals	How were professionals enabled and encouraged to participate?
	Have feasibility studies been carried out in advance?	<i>Feasibility</i>		
	Have policy impact studies been carried out in advance?	<i>Impact</i>		
	What role had regional differences in the reform planning?	<i>Regional differences</i>		How were different regional needs/demands taken into account? What;
	Was intersectorality considered in the planning? If yes how?	Intersectorality		
	Would you say that the general focus was put on e.g. equal access or quality of treatment?	Input/ outcome		
	Which forecasting models and methods were used for assessing future development?	Forecasting		Was the employment situation in the whole healthcare sector considered?

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	Did aspects of health promotion / prevention also play a role in the reform? If yes, how?	Promotion/ prevention		
	Was the optimal size of a hospital, e.g. in terms of beds, staff, patients or distance defined beforehand?	Size		Number of helicopters?
	Has an evaluation of the reform been planned in the beginning? If so, based on which key figures/ criteria?	Evaluation I		
	Has an evaluation of the reform been planned in the beginning?	Evaluation I		If so, based on which key figures/ criteria?
	Have you considered external costs/ cost savings? Have evaluations been carried out on that?	Costs		What are the results?
	What role did regional differences in reform or planning play?	Regional differences		How were different regional needs/demands taken into account?
	Which forecasting models and methods were used for assessing future demand?	Assessing future developments		Was employment situation in the whole health care sector considered?
	At which level / unit was planned: specialty area, beds, individual service, performance group, treatment area?	Planning unit		
	Beside the health sector reform, Denmark has made several	National strategy for digitization		Were these reforms thought / planned together?

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	efforts in terms of digitalization, how does the reform of the health system relate to the national strategy for digitization?			
	How are outpatient services differentiated from inpatient services and how was outpatient care planned?	Inpatient/ outpatient		
	How has intersectorality been considered in the planning?	Intersectorality		How has the connection between inpatient and outpatient care been considered in planning?
	How did aspects of health promotion / prevention play a role in the reform?	Promotion/ prevention		
2.2. „Super hospital“ project				
	How was the budget set for this project?	Super hospital I	<i>Erik Jylling was the one first talking about 'super hospitals'</i>	Who was responsible for budget raising/funding? Where did the money come from?
	What is the budget? What was set up for what?	Super hospital II Efficiency goals (annually 2%)		What about the efficiency goals? Do they only apply to super hospitals?
	Which criteria have been considered when prioritizing the budget allocation for new construction or renovation of existing hospitals?	Super hospital III		Who was involved in this particular decision process? How were healthcare professionals (e.g.) involved?
	How was the call for tenders formulated and which assessment criteria were set already (e.g. localization of hospitals)?	Super hospital IV		
	Who decided finally, where the hospitals will be located, which ones will be closed	Super hospital V		

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	and which ones are modernized?			
<i>After implementing most of the key aspects of the health care reform, we would like to ask you about first evaluations regarding the reform, again about the status of implementation, first results and the degree of acceptance of the population.</i>				
3.1 Status of implementation				
	Could describe the current status of the reform?	<i>Status reform</i>		If so, could you describe why they didn't work, and what solutions were proposed?
	Were there changes to the plans?	<i>Reform changes</i>		If yes, were the changes due to political changes and/or elections?
	With the recent Danish election in mind, what do you know about current plans with regard to healthcare?	<i>Current plan evaluation</i>		
	When will the plans be fully implemented?	Goal implementation		
	Which aspects of the reform implementation, if any, did not go as intended?	<i>Lessons learned</i>		If so, could you describe why they didn't work, and what solutions were proposed?
	How transparent was the timeline?	<i>Timeline</i>		Have there been concerns with regard to the timeline?
	What would you say is the optimal hospital size, e.g. in terms of beds, staff	<i>Optimal hospital size</i>		Was it defined?
	Are there special aspects about the implementation of the reform that did not work out like intended?	Lessons learned		
3.3 Results (empirical and subjective) and their reasons				
	What has improved in the area of? How did reporting on improvements look?	<i>Improvement</i>	Cancer packages	<i>Quality, safety</i> What would you say was worse before the reform? Are cancer packages a result of the reform? What is the typical way of a cancer patient, e. g. with breast cancer? Are they mostly treated in an outpatient setting?

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	What has worsened in the area of...? (optional) <i>How did reporting on deteriorations look?</i>	<i>Deteriorations</i>	For patients	e.g. distance, visits of hospitalized patients, follow-up treatment/ short-term care What would you say was better before the reform?
	Which patient-groups, if any, were most strongly affected by the reform?	<i>Subgroups</i>		How were they affected?
	How did the reform change the overall satisfaction with the Danish healthcare system?	<i>Outcome I: Satisfaction</i>		What are reasons for patients' better/worse experience? Cave: How is satisfaction/experience measured?
	Can you explain, how Denmark achieved significantly lower in the average length of stay in various areas? Is that due to streamlined processes in the hospitals? Or is it due to earlier patient transfer to the outpatient sector?	Outcome II: Length of stay		How has emergency care improved in regard to lower ALOS and therefore more patients out of the hospital?
	What legal consequences had hospital closure/ consolidation in Denmark?	<i>Legal consequences</i>	(Bente is Lawyer) In Germany, there are private, charitable and public hospitals. From a legal perspective, it would be complicated to close those hospitals under corporate law.	How was the merger of hospitals handled? What happened to closed facilities? What consequences arose for employees, doctors, hospitals, and the infrastructure?
	How was especially the merger of hospitals handled? What	<i>Staff</i>		

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	consequences arose for employees, doctors, hospitals, and the infrastructure?			
	Are there any problems related to follow-up care?	<i>Postdischarge II</i>		Are there enough beds for short-term care, rehabilitation...?
	What has improved in the area of ... ?	<i>Improvement XYZ</i>		Improvement XYZ
	What has worsened in the area ...?	<i>Worsening</i>		e.g. distance, visits of hospitalized patients, follow-up treatment/ short-term care
	Are there subgroups/ parts of the population that benefited more / less from the reform? (rural areas / minorities etc.)	<i>Subgroups</i>		
	In Germany, there are private, charitable and public hospitals. From a legal perspective, it would be very complicated under corporate law to close those hospitals. What legal consequences had closure/ consolidation in Denmark?	<i>Legal consequences</i>		
	Over the last 10 years, the number of social and health care assistants in Danish hospitals has declined significantly	<i>Workload caregivers</i>		What impact does this have on the workload of caregivers? What effects does this have on the work content of nursing staff?
	What is the workload of the GP or specialist? How has the GP's or specialist's workload changed	<i>Workload doctors</i>		

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	since the reform was introduced?			
	What consequences did the reform have for specialist training?	<i>Doctor settlement</i>		Doctors often settle in their home regions. If the location is further away, were there any adjustment difficulties/resistances?
	How have institutions similar to the Medical Association dealt with the reform ideas/reform steps?	<i>Medical association reaction</i>		What were the arguments? Could these be confirmed/refuted?
3.5 Inpatient care				
	Is there any evidence that primary care isn't prepared to compensate for closed hospitals?	<i>Centralization I: Primary Care/ Avoidable admissions</i>	That is one of the main concerns in Germany when talking about the Danish hospital reform.	Is there an explanation for high avoidable hospital admissions in some regions for COPD /diabetes? OECD: Primary Care Review Of Denmark, 2016
	Is there any evidence that the centralization of hospitals affects acute care in case of emergencies and accidents?	Centralization I: Polytrauma		Any changes in regard to polytrauma and/or mass casualty incident?
	Is there any evidence that the centralization of hospitals cause problems in different areas of care?	<i>Centralization II: Polytrauma</i>	KMP is member of the Research network for Quality and Patient safety	Any changes in regard to polytrauma and/or mass casualty incidents/ obstetric trauma/ postoperative sepsis?
	Did the centralisation of hospitals cause problems in the treatment area obstetrics?	<i>Centralization II: Obstretic trauma</i>		Can you explain the high incidence in obstetric trauma?
	Recent publication show a high incidence in postoprative sepsis in the field of abdominal surgery. What reasons could this have?	<i>Centralization III: postoperative sepsis</i>		

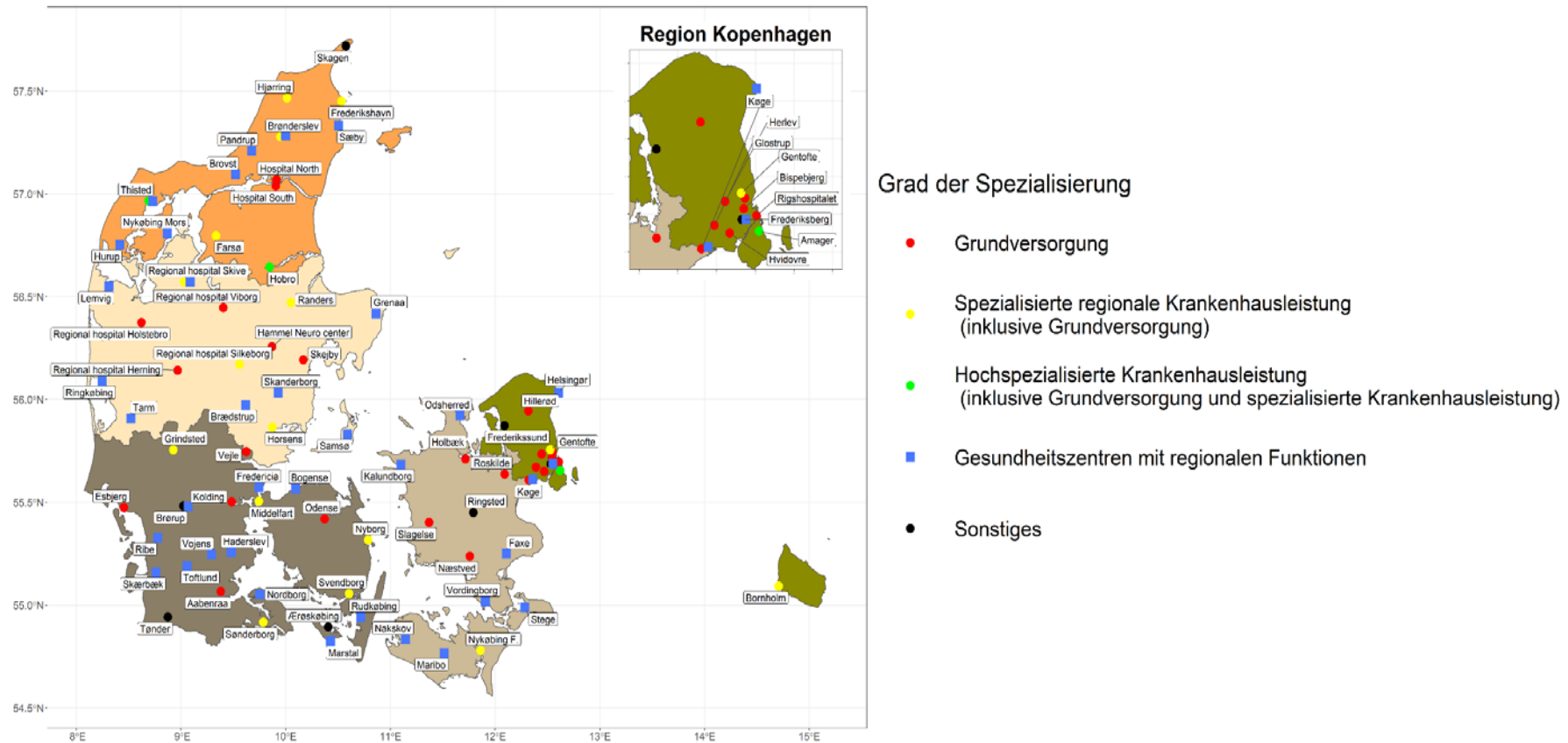
No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	Could you describe how the reform maybe changed the overall satisfaction with the Danish healthcare sector? What are reasons for patients' better/worse service experience?	<i>Outcome I: Satisfaction</i>		
	Is there any evidence that the new set structure regarding outpatient care and thus the low hospital admission rate causes health problems?	<i>Problems outpatient care</i>		High avoidable hospital admissions for COPD / asthma or the high rates of amputations in diabetics, is there a explanation?
3.6 Follow-up care				
	Did follow-up care changed after the reform? How does follow-up care look and how it is organised?	<i>Postdischarge I</i>		<i>Follow-up visits Homecare Short term care Rehabilitation</i> Who's organizing this? Who has to pay for that? Who is in the legal duty of care?
	How is follow-up care organised after an inpatient stay? Who's organizing this? Who's gonna pay for that? Who is in the legal duty of care?	<i>Follow-up care</i>		
	What may and what do hospitals do within the framework of aftercare?	<i>Aftercare</i>		
	Is there short-term care? How many beds?	<i>Short-term care</i>		
3.7 Population				
	What is the public's general opinion of the structural reform?	<i>Public opinion I</i>		

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	What is the public's general opinion of the hospital reform?	<i>Public opinion II</i>		
	How quickly did people expect (visible / noticeable) results of the reform in relation to ... (e.g. waiting times)?	<i>Expectations</i>		How transparent was the timeline?
	What were the main concerns about the reform?	<i>Concerns</i>		Were there concerns regarding e. g. privacy, lower quality etc.? Were these worries unfounded? What issues has the population expressed now that the reform has been implemented? How were concerns addressed?
	Did the public feel that they had enough participation and involvement in the process?	<i>Participation III</i>	!	
	How does the population rate the structural reform?	<i>Structural reform rating</i>		
	How does the population rate the hospital reform?	<i>Hospital reform rating</i>		
	How quickly did people expect (visible / noticeable) results of the reform in relation to ...?	<i>Population expectations</i>		What about waiting times and/or quality outcomes?
	What were the main concerns of the population regarding)? Were these worries unfounded?	<i>Population concerns</i>		In regard to accessibility, privacy and/or travel times?
	How did the population rate their participation possibilities and is the reform seen as a bottom-up / participative or top-down / technocratic process?	<i>Participation III</i>		

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	What is the workload of the GP? How has the GP's workload changed since the reform was introduced?	<i>Outcome IX: Workload GPs</i>		KMP was member of the commission on general practice
	How have institutions similar to the Medical Association dealt with the reform ideas/reform steps?	<i>Medical association reaction</i>		What were the arguments? Could these be confirmed/refuted?
	You said earlier, the current status of the reform is ..., what are the current reform ideas?	<i>Future reform plans I</i>		We read about a proximity reform, could you tell us something about?
	How do the 2019 elections affect the current reform plans?	<i>Future reform plans II</i>		
3. Concluding questions				
<i>At the end, we would like to ask you address some final questions to you.</i>				
	Would you recommend the reform to other (comparable) countries?	<i>Reform recommendation</i>		
	What would you do differently if you could start again with what you know now?	<i>Lessons learned</i>		
	Are there any important reports, articles, films etc. we should know about?	<i>Source recommendation</i>		News stories like Sanne Salomensen, Cancer treatment, Cesarean section, royal baby deliverer, maybe more local?
	Would you consider the reform a success?	<i>Reform rating</i>		
	If you had the chance what would you do different?	<i>Lessons learned</i>		
	Do you have any recommendations for important reports, articles, films etc. we	<i>Source recommendations</i>		

No.	Questions (Key questions)	Key words	Background information	Maintenance questions
	should know about?			
	Finally, do you have any additional information/insights you'd like to share?	<i>Final question</i>		Was anything missing in the interview that we should know about the reform?

Anlage 2: Karte der Krankenhauslandschaft in Dänemark nach Spezialisierungsgrad



Quelle: Eigene Darstellung

Anlage 3: Ergänzende Erläuterungen zu Abbildung 5: Die zukünftige Krankenhauslandschaft in Dänemark

Region Norddänemark: Wenn die Neue Universität Aalborg fertiggestellt ist (voraussichtlich im Jahr 2023), werden der Nord- und Südteil des bestehenden Krankenhauses geschlossen und die Aktivität in das neue Krankenhaus verlegt. Die jüngsten Gebäude im Südteil werden jedoch noch einige Jahre weiter genutzt, da in diesen Gebäuden ambulante Leistungen erbracht werden.

Region Mitteldänemark: Wenn das neue Krankenhaus in Gødstrup fertiggestellt ist (voraussichtlich Ende 2021), werden die Krankenhäuser in Herning und Holstebro geschlossen und die Aktivität in das neue Krankenhaus verlegt. Das Krankenhaus in Holstebro wird in eine Notfallklinik umgewandelt.

Region Seeland: Wenn das Neue Universitätskrankenhaus Køge fertiggestellt ist (voraussichtlich 2024), wird das Krankenhaus in Ringsted geschlossen und die Aktivität in das neue Krankenhaus verlegt. Darüber hinaus wird auch die spezialisierte Krankenhausbehandlung im Krankenhaus Næstved in das neue Krankenhaus umziehen. Schließlich werden auch viele der hochspezialisierten Behandlungen des Krankenhauses in Roskilde in das neue Krankenhaus umziehen.

Hauptstadtregion Dänemarks: Wenn das neue Krankenhaus Bispebjerg fertiggestellt ist (voraussichtlich 2025), wird das Krankenhaus in Frederiksberg geschlossen und die Aktivitäten werden in das neue Krankenhaus verlegt. Darüber hinaus werden die Krankenhäuser in Hillerød und Frederiksund nach Fertigstellung des neuseeländischen Krankenhauses in Hillerød (voraussichtlich 2024) geschlossen und die Aktivität in das neue Krankenhaus verlegt. Das Krankenhaus in Frederikssund wird zu einem Gesundheitszentrum mit Akutklinik.

Anlage 4: Voraussetzung Abrechnung OPS 8-981/8-98b: (Andere) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Mindestmerkmale zur Abrechnung des OPS 9-981 - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch in der Zeit vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen

- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner, der innerhalb einer halben Stunde zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende (das ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt) erreichbar ist. Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.

Mindestmerkmale zur Abrechnung des OPS 9-98b – Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für

Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein) mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner, der innerhalb einer halben Stunde zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende (das ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt) erreichbar ist. Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.)

Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI) (2020)
OPS Version 2020. Komplexbehandlung (8-97...8-98). Online verfügbar unter:
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/block-8-97...8-98.htm>. Zugegriffen: 30. August 2021