



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 2, 2019

Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft

Eine bessere Versorgung ist nur mit weniger Kliniken möglich

- **Überkapazitäten verschärfen Fachkräftemangel:** Es gibt zu wenig medizinisches Personal, um die heutige Klinikanzahl aufrechtzuerhalten
- **Viele Krankenhäuser sind schlecht ausgestattet:** Fast zwei Drittel aller Kliniken haben keine Koronarangiografie, ein Drittel hat keinen Computertomographen
- **Vorrang für Qualität:** Nur Kliniken mit größeren Fachabteilungen und mehr Patienten haben genügend Erfahrung für eine sichere Behandlung
- **Konzentration und Spezialisierung:** Eine qualitativ gute Versorgung ist deutschlandweit nur mit weniger als 600 Krankenhäusern möglich
- **Chance für Metropolen:** Im Großraum Köln – Leverkusen reichen 14 statt 38 Akutkliniken aus und die Wege für Patienten würden kaum länger
- **Kliniken sind nur eine Option:** Gerade im ländlichen Raum müssen neue Zubringerdienste sowie ambulante und teilstationäre Lösungen etabliert werden

Autor



Dr. Jan Böcken
Senior Project Manager
jan.boecken@
bertelsmann-stiftung.de

In Deutschland werden pro Einwohner so viele Menschen stationär im Krankenhaus behandelt wie sonst fast nirgendwo auf der Welt. Im Jahr 2017 gab es in deutschen Kliniken knapp 19,5 Millionen Behandlungsfälle. Das waren rund zwei Millionen mehr als zehn Jahre zuvor und fast fünf Millionen mehr als 1991. In Deutschland gibt es auch 65 Prozent mehr Betten pro Einwohner als im Durchschnitt der EU-Länder und Patienten liegen deutlich länger im Krankenhaus: Die Zahl der sogenannten Bettentage pro Einwohner liegt um 70 Prozent über dem Durchschnitt der vergleichbaren EU-Länder.

Die Probleme sind seit langem bekannt: Es gibt in Deutschland zu viele und oft auch zu kleine Krankenhäuser. Von allen deutschen Krankenhäusern verfügte im Jahr 2017 rund ein Drittel (666) über maximal 100 Betten. Die Folge dieser problematischen Krankenhaus-Landschaft – also der unzureichenden Konzentration und Spezialisierung – sind Defizite in Behand-

lungsqualität und Patientensicherheit. Dazu kommen Überkapazitäten und betriebswirtschaftliche Zwänge, sodass viele Patienten stationär behandelt werden, bei denen das nicht notwendig wäre.

Bisher ist es nicht gelungen, die Krankenhaus-Landschaft in einem nennenswerten Ausmaß zu bereinigen. Klinikschließungen werden in der Bevölkerung häufig als Verlust empfunden. In den Diskussionen vor Ort geht es vor allem um Erreichbarkeit. Fragen der Qualität eines Krankenhauses und der Patientensicherheit treten in den Hintergrund. Auch in der Krankenhausplanung der Bundesländer hat der Aspekt „Qualität“ bisher keine große Bedeutung.

Was muss sich an der stationären Versorgung in Deutschland ändern, damit wir künftig nicht nur genauso gut, sondern besser versorgt werden? Zu dieser Frage hat die Bertelsmann Stiftung acht der renommiertesten deutschen Krankenhausexperten zusammengeholt. Sie diskutierten, wie die deutsche Krankenhaus-Landschaft idealerweise im Jahr 2030 aussehen sollte. Dabei geht

Versorgungsstruktur heute und 2030

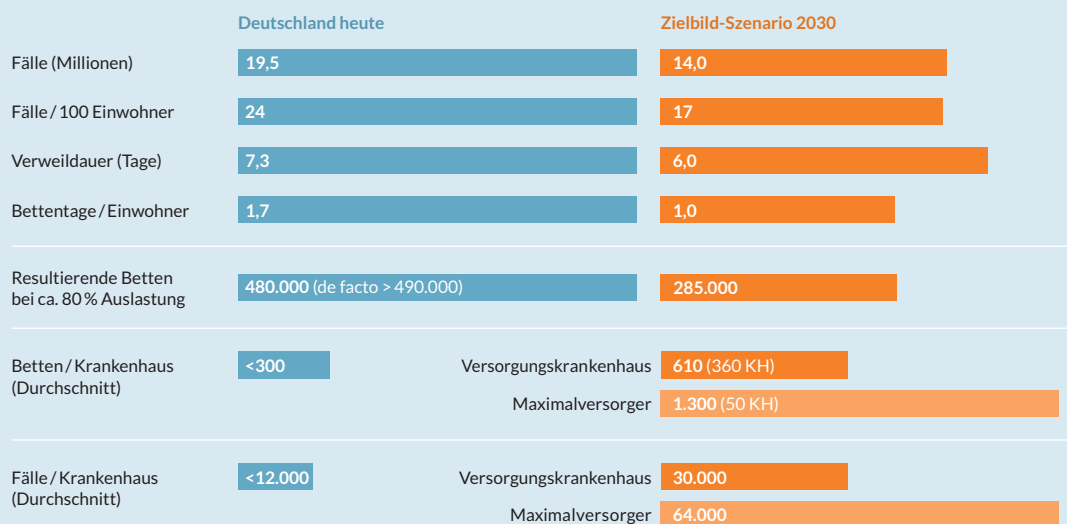


Abbildung 1 | Quelle: Zielbild für die zukunftsfähige deutsche Krankenhaus-Landschaft

es vor allem um Versorgungsqualität, aber auch um Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit.

In einer zweiten Studie untersuchte das Berliner IGES Institut anschließend am Beispiel der NRW-Versorgungsregion 5 (Köln, Leverkusen und drei umliegende, strukturschwächere Kreise), ob ein qualitätsorientierter Umbau nach den Zielvorstellungen und Kriterien der Experten machbar ist und was er für die Region bedeuten würde. Die Ergebnisse beider Studien werden in diesem Spotlight Gesundheit vorgestellt.

Es gibt zu wenig medizinisches Personal, um die heutige Klinikanzahl aufrechtzuerhalten

Um eine Facharztstelle rund um die Uhr (24 Stunden / 7 Tage pro Woche) zu besetzen, braucht man 5,5 Fachärzte. Gut ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte sind jedoch knapp. Die Situation wird in Deutschland noch dadurch verschärft, dass das medizinische Personal auf zu viele Kliniken aufgeteilt werden muss. So dauert es häufig sehr lange, bis Patienten in der Klinik tatsächlich einen Facharzt zu sehen bekommen. Ein gut erreichbares Krankenhaus ist, wenn dort kein Facharzt verfügbar ist, nur vermeintlich ein Vorteil: Es ist in Wahrheit ein gravierender Qualitätsnachteil.

Millionen Krankenhausfälle sind überflüssig

Die vielen im Wettbewerb stehenden Kliniken sowie Fehlanreize im Vergütungssystem führen mit dazu, dass trotz Personalmangels immer mehr Patienten stationär behandelt werden. Das führt zu der paradoxen Situation, dass es in Deutschland mehr Klinikpersonal pro Einwohner gibt als in anderen Ländern, pro Patient aber weniger. Denn sowohl im Vergleich mit 15 EU-Ländern als auch im Zeitablauf werden in Deutschland deutlich mehr Patienten über die Notaufnahme generiert. Über diesen Weg kommt heute fast die Hälfte der Patienten ins Krankenhaus. Das war nicht immer so: 2005 wurden noch 60 Prozent aller stationären Patienten von einem niedergelassenen Arzt eingewiesen.

Nach Ansicht der führenden deutschen Krankenhauswissenschaftler ist ein großer Teil der Überkapazitäten vermeidbar: Etwa fünf Millionen Patienten könnten genauso gut ambulant behandelt oder operiert werden. Das allein entspricht rund 500 mittelgroßen Krankenhäusern oder einem Drittel der Kapazität aller deutschen Allgemeinkrankenhäuser. Diese werden also eigentlich

Das Expertenteam

An der Diskussion über die notwendigen Strukturveränderungen in der deutschen Krankenhaus-Landschaft waren folgende Experten beteiligt:

- Dr. Martin Albrecht, IGES Institut, Berlin
- Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen
- Prof. Dr. Andreas Beivers, Hochschule Fresenius für Wirtschaft und Medien, München
- Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin
- Prof. Dr. Max Geraedts, Philipps-Universität Marburg
- Dr. Matthias Gruhl, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (beendete zum 2.11.2018 mit seiner Ernennung zum Staatsrat die Tätigkeit für das Review Board)
- Dr. Stefan Loos, IGES Institut, Berlin
- Dr. Uwe Preusker, internationaler Gesundheitsexperte, Helsinki
- Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Universität Magdeburg
- Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics – hche
- Karsten Zich, IGES Institut, Berlin

nicht gebraucht. Auf eine fast ebenso hohe Zahl ambulant behandelbarer Fälle kommt der methodische Ansatz der „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“ (ASK). Wenn man dieses Potenzial ausschöpft, könnte die Anzahl der Krankenhausfälle bis 2030 auf rund 14 Millionen pro Jahr gesenkt werden statt weiter anzusteigen. Entsprechend weniger Krankenhauskapazitäten würden gebraucht.

» Wir wissen, dass die Qualität bei vielen OPs mit der Erfahrung und Ressourcenausstattung steigt. An einer Bündelung der Fälle und einer Spezialisierung führt daher kein Weg vorbei.«

Dr. Ilona Köster-Steinebach, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

Kleine Häuser oft mit schlechterer Versorgungsqualität

57 Prozent aller deutschen Krankenhäuser sind kleine Kliniken mit weniger als 200 Betten. Viele sind medizintechnisch nicht adäquat ausgestattet. So verfügte 2017 jede dritte Klinik nicht über einen Computertomographen (CT) und 61 Prozent

aller Krankenhäuser nicht über eine Koronarangiographie. Oft fehlt sowohl die Ausstattung als auch die Erfahrung, um typische Notfälle wie Herzinfarkt und Schlaganfall zu versorgen. Dass viele Patienten in Krankenhäusern behandelt werden, die dafür weder personell noch technisch vernünftig ausgestattet sind, zeigt sich auch an der hohen Zahl der Verlegungen: 2017 wurden insgesamt rund 770.000 Patienten in andere Krankenhäuser verlegt. Und viele der kleinen, unzureichend qualifizierten Häuser liegen in Ballungsräumen, in denen die Patienten auch besser ausgestattete Kliniken leicht hätten erreichen können.

Neue Regelversorgung: Deutlich weniger als 600, dafür bessere Krankenhäuser

Eine qualitativ hochwertige Versorgung ist nach Ansicht der führenden deutschen Krankenhausexperten nur mit deutlich weniger als 600 Krankenhäusern erreichbar. Betten müssten abgebaut, die Versorgung auf deutlich größere Kliniken und Fachabteilungen konzentriert werden. Dazu fordern die Experten eine Abkehr von der bisher drei- und zum Teil sogar vierstufigen Krankenhausstruktur (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunkt- sowie Maximalversorgung, Fachkliniken). Diese bisherige Struktur soll abgelöst werden durch ein zweistufiges System mit „Neuer Regelversorgung“ in Mittelzentren und einer „Maximalversorgung“ in Groß- und Oberzentren.

Für diese neue Krankenhaus-Landschaft wurden Kriterien aufgestellt, die zwingend gelten

sollen: die Qualität einer Klinik (technische Ausstattung, Personal, Mindestmengen), Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit. Jedes Krankenhaus soll über die zentralen Fachabteilungen verfügen, die rund um die Uhr mit Fachärzten besetzt sind und genügend Fälle für eine Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit haben. Alle anderen Fachabteilungen soll es nur noch in Unikliniken und anderen Maximalversorgern geben (siehe Abbildung 2).

Wendet man die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien bei der auf 14 Millionen gesunkenen Fallzahl strikt an, braucht man nach Ansicht der Experten nur noch 410 statt der heute rund 1.650 Krankenhäuser in Deutschland, davon 360 Regelkrankenhäuser und 50 Maximalversorger. Diese sehr strikte Anwendung wird jedoch politisch nicht durchsetzbar sein und würde viele aufwendige Krankenhausneubauten erforderlich machen. Eine realistische Klinikanzahl wird deshalb etwas höher liegen – auch, um in wirklich ländlichen Kreisen zu lange Zugangszeiten zu vermeiden. Das größte Potenzial für einen Kapazitätsabbau ergibt sich in den Metropolregionen ohne wirkliche Zugangsprobleme für die Bevölkerung.

Vorrang für Qualität: Nur große Kliniken haben genug Erfahrung für sichere Behandlungen

Die Krankenhäuser der neuen Regelversorgung sollen alle technisch und personell für umfassende Notfallbehandlungen von Patienten mit Herzinfarkt oder Schlaganfällen ausgerüstet sein. Die Fachabteilungen und die Krankenhäuser insgesamt müssen so groß sein, dass sie sowohl qualitativ wie auch wirtschaftlich gut arbeiten können. Das heißt, Fachabteilungen sollten mindestens 25 Betten haben, Krankenhäuser im absoluten Minimum 200 Betten, wobei deutlich größere Kliniken erstrebenswert erscheinen.

Die Krankenhäuser der neuen Regelversorgung würden auch bei insgesamt weit weniger stationären Patienten deutlich mehr Fälle haben als die meisten Krankenhäuser heute. Zugleich wird die bei solch großen Häusern erforderliche gute Personalausstattung nicht nur für die Notfallversorgung garantiert, da das heutige klinische Personal aller Krankenhäuser in viel weniger Kliniken arbeiten wird: Die Konzentration ermögliche nicht nur gute medizinische Qualität (u. a. durch die Erfüllung von Mindestmengen-Anforderungen), sondern auch eine nachhaltigere ökonomische Betriebsführung.

Regel- und Maximalversorgung – Zuordnung der Fachrichtungen 2030

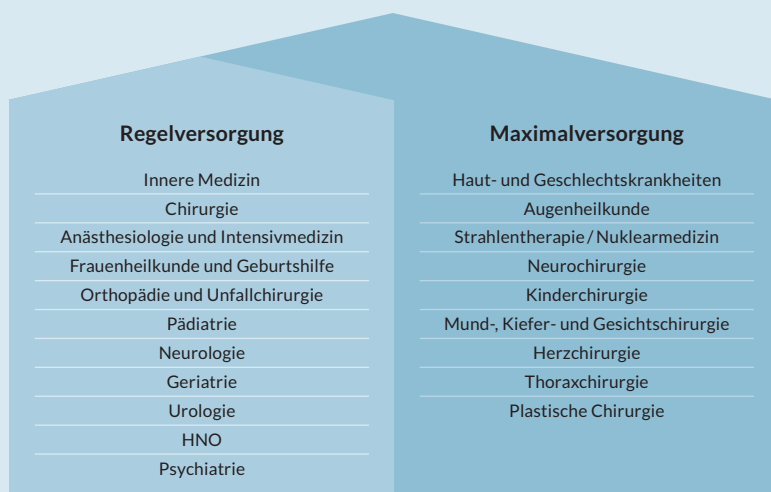


Abbildung 2 | Quelle: IGES 2019

Praxischeck: Umbau der Kliniklandschaft im Großraum Köln – Leverkusen ist machbar

Das Berliner Forschungsinstitut IGES hat in einem Rechenmodell simuliert, wie sich die Anwendung der Expertenkriterien auf die Zahl der Kliniken in einer konkreten Region auswirkt. Demnach kann in der NRW-Versorgungsregion 5 (Köln, Leverkusen und drei angrenzende, strukturschwächere Landkreise) die Klinikzahl von heute 38 Akutkrankenhäusern auf 14 reduziert werden, ohne dass sich die Fahrzeiten für Patienten und Angehörige nennenswert verlängern. Der Umbau der Kliniklandschaft nach den Vorstellungen und Kriterien der Experten würde die Versorgung in der Metropolregion Köln – Leverkusen zudem deutlich verbessern. Denn alle 14 Kliniken wären technisch

Die Versorgungssituation in der Metropolregion Köln – Leverkusen heute

36 der 38 Krankenhäuser behandelten im Jahr 2016 Patienten mit akutem Herzinfarkt. Aber nur sechs Kliniken kamen auf mehr als 309 Fälle, die in der Literatur als kritische Untergrenze für genügend Erfahrung angenommen werden. 21 der 36 Krankenhäuser hatten keine primäre perkutane Koronarintervention (pPCI) dokumentiert, die als Behandlung der Wahl gilt. Bei allen Häusern handelt es sich um Kliniken mit weniger als 100 Patienten mit akutem Herzinfarkt. Von den 15 verbleibenden Häusern, die eine pPCI dokumentiert haben, scheinen nur 14 über ein Herzkatheterlabor zu verfügen. Es ist davon auszugehen, dass die übrigen Kliniken nicht die zentralen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Versorgung von Notfallpatienten mit akutem Herzinfarkt haben.

Bei Schlaganfällen hatten nur sieben Kliniken mehr als 250 Patienten und erfüllten damit die Mindestmengenvorgaben für die Zertifizierung einer Stroke-Unit.

Nur sechs der Allgemeinkrankenhäuser der Region Köln – Leverkusen hatten 2016 genügend Personal, um alle ihre Fachabteilungen durchgehend fachärztlich zu besetzen. Insgesamt hatten nur 143 von 204 Fachabteilungen in den 38 all-gemeinversorgenden Kliniken der NRW-Versorgungsregion 5 genügend Fachärzte für den Rund-um-die-Uhr-Betrieb.

Größe der 38 Akutkrankenhäuser in der Versorgungsregion 5 (2016)

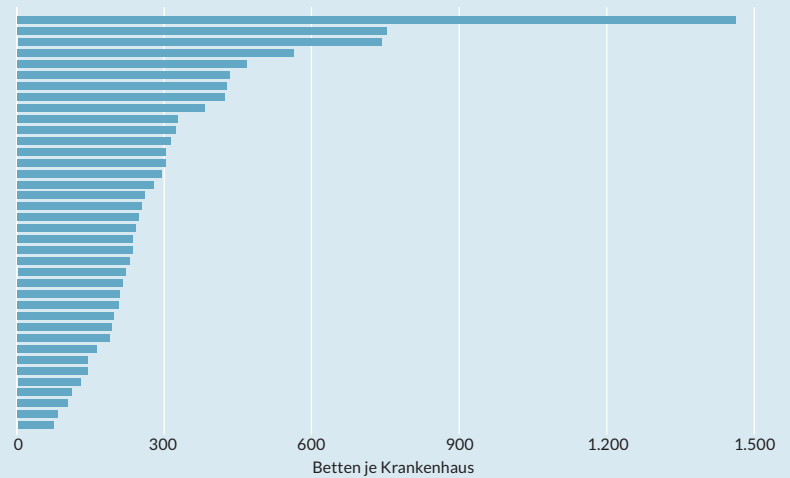


Abbildung 3 | Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte 2016, Berechnung IGES | BertelsmannStiftung

Krankenhäuser 2016/2030 in der Versorgungsregion 5 im entfernungsbasierten Strukturmodell

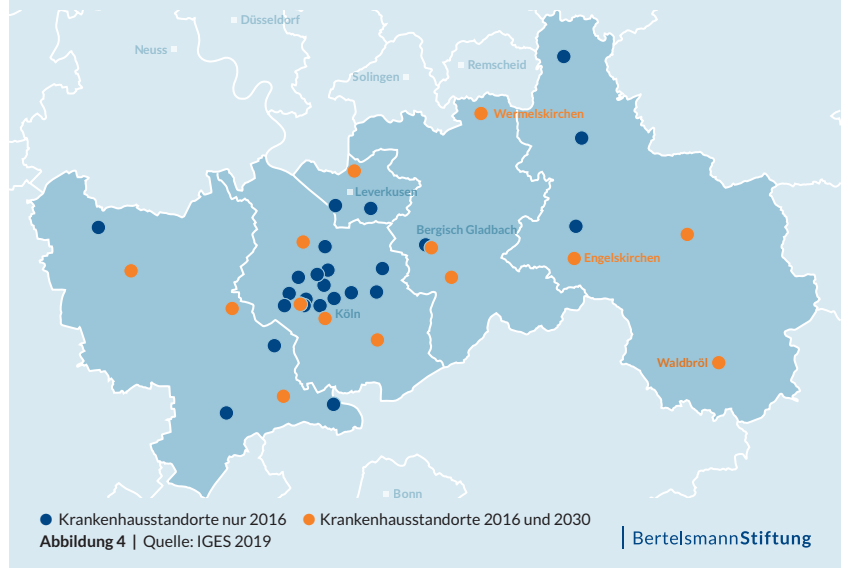


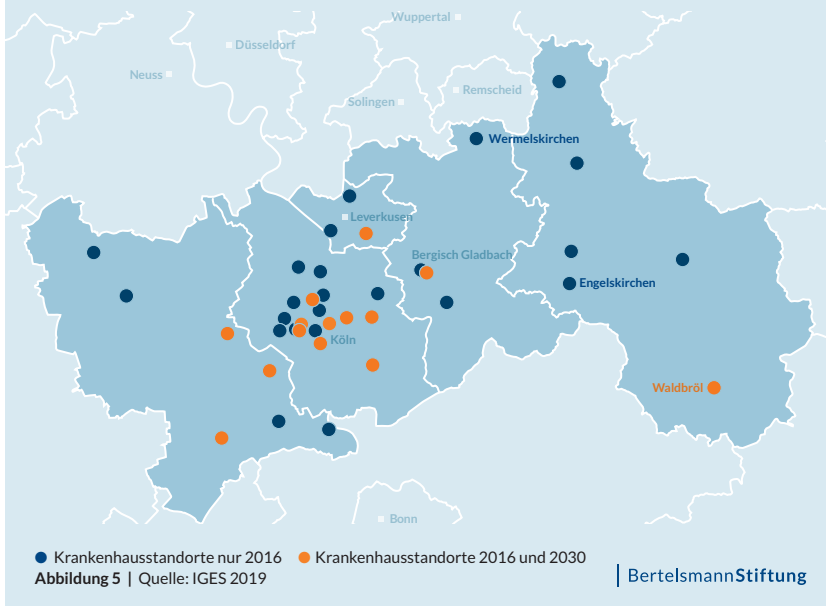
Abbildung 4 | Quelle: IGES 2019

| BertelsmannStiftung

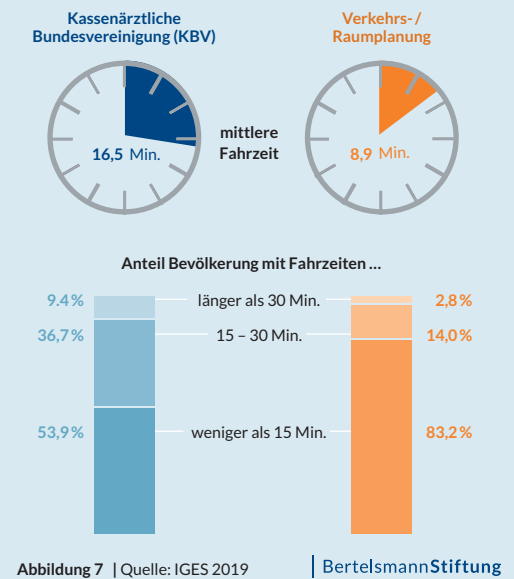
und personell so ausgerüstet, dass Notfälle z. B. mit Verdacht auf Herzinfarkt umfassend versorgt werden könnten.

Die Frage ist nun, wo genau diese Kliniken stehen, um die Bevölkerung bestmöglich zu versorgen. Wenn man die Klinikstandorte primär nach Erreichbarkeit auswählt, ergibt sich eine durchschnittliche Fahrzeit zu einem Krankenhaus der neuen Regelversorgung von 17 Minuten; maximal wären es für 97 Prozent der Menschen wie heute 30 Minuten. Die durchschnittliche Fahrzeit zu einer Klinik der Maximalversorgung läge bei 24 Minuten; maximal wären es wie heute 60 Minuten.

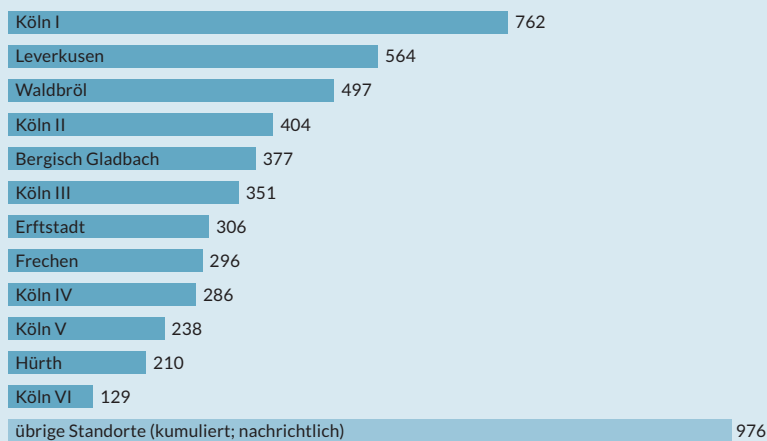
Qualitätsbasiertes Strukturmodell: Krankenhausstandorte bei beschränkten Qualitätsvorgaben für die Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten



Qualitätsbasiertes Strukturmodell: Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Regelversorgung



Qualitätsbasiertes Strukturmodell: Zahl der Fälle mit akutem Herzinfarkt (I21 ICD)



Dafür müssten allerdings zwei der vier Maximalversorger im ländlichen Teil der Metropolregion neu eingerichtet werden.

Versorgungsqualität vor Entfernung

Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen nur wegen der Erreichbarkeit vorzuhalten, ist nicht optimal: In ihren Einzugsgebieten gibt es nach wie vor zu wenige Patienten, um die für

wirklich gute Qualität notwendige Erfahrung zu sammeln und aufrechtzuerhalten. Das gilt nicht nur für Maximalversorger, sondern auch für die normalerweise etwas kleineren Kliniken der neuen Regelversorgung. Die Kliniken im dünn besiedelten Osten des Versorgungsgebiets 5 (Engelskirchen, Wermelskirchen und Waldbröl) hätten im Jahr 2030 sogar zu wenig potenzielle Patienten, um Notfallbehandlungen bei Herzinfarkt und Schlaganfall qualitativ gut und wirtschaftlich zu betreiben. Ähnlich sieht es bei wünschenswerten Mindestmengen aus, die von Fachabteilungen in ländlichen Gebieten oft nicht zu erreichen sind.

Wählt man die 14 für die Versorgung notwendigen Kliniken dagegen so aus, dass alle Notfallpatienten mit Verdacht auf Herzinfarkt versorgen können, müssen 9,4 Prozent der Bevölkerung länger als 30 Minuten zum nächsten Krankenhaus der Regelversorgung fahren. Diese verhältnismäßig hohe Zahl von Patienten mit längeren Fahrzeiten basiert jedoch auf einem Rechenmodell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die sehr niedrige Durchschnittsgeschwindigkeiten ansetzt. Wählt man das Modell der Verkehrs- und Raumplanung, haben nur 2,8 Prozent der Patienten Zugangszeiten von mehr als 30 Minuten. In jedem Fall würden die Patienten in den verbleibenden Kliniken gut versorgt und müssten seltener verlegt werden.

600

Kliniken sind für Deutschland ausreichend

2/3

der Akutkliniken im Großraum Köln – Leverkusen sind nicht für die Notfallbehandlung von Herzinfarkten ausgestattet

30%

der Fachabteilungen im Versorgungsgebiet 5 können keine 24/7-Facharztpräsenz garantieren

Zu wenig Fachärzte für heutige Klinikzahl

Die Modellrechnungen des IGES Instituts zeigen, dass in der Metropolregion Köln auch nach einer Umstrukturierung der Krankenhaus-Landschaft noch Fachärzte fehlen würden, um alle Fachabteilungen in den vorgesehenen 14 Kliniken rund um die Uhr fachärztlich zu besetzen. So reichen etwa die 33 derzeit an den Krankenhäusern der Region beschäftigten HNO-Ärzte gerade aus, um an sechs Standorten eine 24/7-Facharztversorgung sicherzustellen. Während man die finanziellen Mittel theoretisch erhöhen könnte, ist das bei dem knappen Faktor „Personal“ nicht möglich. In der Modellregion löst die Konzentration das Problem des Fachkräftemangels also nicht völlig, mindert es aber. Gegenwärtig sind nur vier Standorte mit entsprechenden HNO-Facharztkapazitäten ausgestattet.

Auch der ambulante Bereich muss sich verändern

Die rund fünf Millionen Eingriffe, die künftig nicht mehr stationär erfolgen sollen, sind mit den bestehenden ambulanten Anbieterstrukturen allein nicht zu versorgen. Auch hier sind umfangreiche Strukturänderungen notwendig. Dazu gehören ambulante Operationszentren an den künftigen Krankenhäusern der „Neuen Regelversorgung“. Kleine, nicht mehr als Akutklini-

ken benötigte Häuser könnten in multidisziplinäre „Intermediäre Behandlungs- und Versorgungszentren“ umgewandelt werden.

An einer weiteren Konzentration der Standorte geht kein Weg vorbei, denn das medizinisch-pflegerische Fachpersonal wird knapp bleiben und kleine Häuser werden nicht die nötige Erfahrung sammeln und Prozesse optimieren können. Spezialisierung ist nicht nur eine betriebswirtschaftliche Notwendigkeit, sondern vor allem ein Gebot der Patientensicherheit. In Großstädten ist die Erreichbarkeit wie gesehen kein Problem. In ländlichen Regionen besteht dagegen ein echter Zielkonflikt mit der Versorgungsqualität. Daher darf man mangelhaft ausgestattete Kliniken auf dem Land aber nicht weiter in der Versorgung belassen. Stattdessen müssen alternative Strukturen der Rettungsdienste aufgebaut und Konzepte der Zubringerdienste auch für Angehörige entwickelt werden.

Die Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft ist ein Strukturwandel ähnlich wie der Kohleausstieg, aber ungleich komplexer, weil es sich um einen selektiven, an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit orientierten Umbau und keinen Totalausstieg handelt. Der Umbau ist als eine gesamtgesellschaftliche Transformationsleistung für ganze Regionen zu verstehen, die ähnlich wie der Kohleausstieg auch finanziell, das heißt aus Steuermitteln, flankiert werden muss.



Unser Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhaus-Landschaft sowie die Analysen für den Großraum Köln – Leverkusen stehen unter www.bertelsmann-stiftung.de/krankenhaus-landschaft zum kostenlosen Download bereit.

Handlungsempfehlungen

Bund und Länder müssen Kommunen bei der Neuordnung unterstützen

Krankenhäuser zu schließen, ist schwierig. Die Bevölkerung empfindet das meist als Verlust. Eine Konzentration der stationären Versorgung auf größere Kliniken ist jedoch notwendig, um die Qualität zu erhöhen und die Versorgung angesichts des Fachkräftemangels sicherzustellen. Und der Umbau der Krankenhaus-Landschaft muss schnell beginnen – ansonsten wird viel Geld etwa für die Digitalisierung von Kliniken investiert, die nicht mehr nötig sind. Im Einzelnen sind insbesondere folgende Maßnahmen notwendig:

Qualität ausbauen

- › Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte Mindestmengen für weitere Eingriffe festlegen und bestehende erheblich erhöhen, wenn dies wissenschaftlich gerechtfertigt ist.
- › Die Länder müssen die apparative Ausstattung für eine leitlinien-gerechte Behandlung verbindlich festlegen. Qualität darf nicht länger nur ein „weiteres Kriterium“ der Krankenhausplanung sein.

Erreichbarkeit sichern

- › G-BA-Vorgaben für die Erreichbarkeit von Krankenhäusern müssen auf realistischen Modellen basieren und zu nachvollziehbaren Fahrzeiten führen.
- › Wenn die nächsten Kliniken nicht in 30 oder 60 Minuten erreichbar sind, müssen primär Rettungsdienste und Zubringerdienste für Angehörige optimiert werden.
- › Ambulante und telemedizinische Lösungen in ländlichen Regionen auszubauen, ist besser, als kleine Krankenhäuser mit schlechter Versorgungsqualität zu erhalten.

Planung und Finanzierung anpassen

- › Die Krankenhausplanung sollte sich nicht länger an Betten orientieren, sondern an Fallzahlen und dem tatsächlichen Bedarf.
- › Der Strukturfonds muss aufgestockt werden, um die Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft mit weniger als 600 Kliniken zu ermöglichen.

SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden.

Weitere Informationen auf www.bertelsmann-stiftung.de/krankenhaus-landschaft

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir auf die weibliche Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Impressum

Herausgeber:
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich:
Uwe Schwenk
Director des Programms
„Versorgung verbessern –
Patienten informieren“

Kontakt:
Sonja Lütke-Bornefeld
spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de
Tel.: + 49 5241 81-81431

Bildnachweis:
© fottoo – stock.adobe.com,
krinke-fotografie

Gestaltung:
Dietlind Ehlers
Redaktion:
Burkard Rexin
Druck: Druckhaus Rihn

ISSN (Print): 2364-4788
ISSN (Online): 2364-5970

Veröffentlichung:
Juli 2019