



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
19. März 2018, Berlin

## Inhalt der Pressemappe

- **Übersicht der Gesprächsteilnehmer**
- **Pressemitteilung**
- **Statement Prof. Dr. Reinhard Busse**  
Technische Universität Berlin, Professor für Management im Gesundheitswesen  
an der Fakultät für Wirtschaft und Management
- **Folien zum Statement von Prof. Dr. Reinhard Busse**
- **Statement Jürgen Klauber**  
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)  
und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2018
- **Folien zum Statement Jürgen Klauber**
- **Statement Karl-Josef Laumann**  
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- **Statement Martin Litsch**  
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
- **Fotoauswahl zum Krankenhaus-Report 2018**

Das Material der Pressemappe steht Ihnen  
auch online zur Verfügung: **aok-presse.de**.

### ANSPRECHPARTNER

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
19. März 2018, Berlin

## Ihre Gesprächspartner:



### **Prof. Dr. Reinhard Busse**

Technische Universität Berlin, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät für Wirtschaft und Management



### **Jürgen Klauber**

Herausgeber des Krankenhaus-Reports und Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)



### **Karl-Josef Laumann**

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen



### **Martin Litsch**

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
19. März 2018, Berlin

## Krankenhaus-Report 2018

# Krankenhausstrukturen in Deutschland müssen zentralisiert werden

Berlin. Bei der Krankenhausplanung in Deutschland ist es schon heute möglich, die Klinikstrukturen qualitätsorientiert zu zentralisieren und zu spezialisieren. Darauf weisen der AOK-Bundesverband und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) bei der Vorstellung des Krankenhaus-Reports 2018 zum Thema „Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“ hin. Das Krankenhaus-Strukturgesetz hat den Bundesländern dafür schon vor zwei Jahren umfangreiche Möglichkeiten eingeräumt. Doch die Länder machen nur zögerlich davon Gebrauch. Deshalb schlägt der AOK-Bundesverband ein gemeinsames Zielbild von Bund und Ländern für das Jahr 2025 vor. „Das Zielbild 2025 sollte festhalten, wo wir mit der stationären Versorgung am Ende der nächsten Legislaturperiode stehen möchten“, so Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Dabei geht es nicht vorrangig um die Frage, wie viele Kliniken es am Ende deutschlandweit gibt. Ein deutlicher Schritt wäre es bereits, wenn zukünftig Kliniken mit mehr als 500 Betten nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel in der Krankenhauslandschaft bilden.“

In Nordrhein-Westfalen wird der Wandel in der Krankenhausplanung bereits umgesetzt. Der Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, sagt dazu: „Bei den Planungen standen bisher oftmals die Bettenzahlen im Fokus. In Zukunft muss mehr die Qualität im Fokus stehen. Für die Patientinnen und Patienten kommt es maßgeblich auf die Ergebnis-Qualität der Leistungen an. Nordrhein-Westfalen will auch hier seinen Beitrag leisten, um diesen Prozess für eine gute Krankenhausversorgung gewinnbringend zu begleiten.“

Aktuelle Analysen des WIdO zeigen unter anderem am Beispiel von Darmkrebsoperationen, dass die Versorgung der Patienten durch eine Zentralisierung deutlich verbessert werden könnte. 2015 sind in Deutschland rund 44.000 Darmkrebsoperationen in mehr als 1.000 Krankenhäusern vorgenommen worden. Doch von allen Kliniken, die diese Operation angeboten haben, führte ein Viertel den Eingriff maximal 17 Mal im Jahr durch, ein weiteres Viertel hatte zwischen 18 und 33 Eingriffe. Unter

der Annahme, dass nur noch zertifizierte Zentren beziehungsweise Krankenhäuser, die mindestens 50 Darmkrebsoperationen durchführen, diese Leistung erbringen dürften, blieben bundesweit 385 Kliniken für die operative Versorgung übrig. Auf dieser Grundlage würde sich der mittlere Anfahrtsweg für Patienten bundesweit von acht auf gerade einmal 16 Kilometer verlängern. Im dicht mit Krankenhäusern versorgten Nordrhein-Westfalen (NRW) würde der mittlere Anfahrtsweg von sechs auf lediglich zehn Kilometer steigen. Die höchsten mittleren Fahrwege ergeben sich mit 33 Kilometern in Mecklenburg-Vorpommern. Letztlich wären es nur wenige Regionen in Deutschland, für die bei diesem Szenario etwas längere Wege anfallen. Heute haben 0,03 Prozent der Bevölkerung einen Anfahrtsweg, der länger als 50 Kilometer ist. Dieser Anteil würde sich auf 2,5 Prozent erhöhen. „Nicht nur bei Krebsoperationen, auch bei anderen planbaren Eingriffen wie Hüftprothesenoperationen und sogar in der Notfallversorgung ist eine stärkere Zentralisierung nötig und möglich, wie die Analysen des WIdO zeigen“, sagt Jürgen Klauber, Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports und WIdO-Geschäftsführer. „Wenn sich die Therapiequalität erhöht und Überlebenschancen besser werden, sollten etwas längere Fahrstrecken kein Thema sein. Wir wissen aus Befragungen, dass die Menschen schon jetzt längere Wege in Kauf nehmen, um in guten Krankenhäusern versorgt zu werden.“

Auf die Notwendigkeit einer zentralisierten Krankenhausversorgung weist auch Prof. Dr. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin hin: „Die Diagnose, dass die mangelnde Konzentration von stationären Fällen zu unnötigen Todesfällen führt, wird von der Politik mittlerweile akzeptiert, auch wenn es mit der Therapie noch hapert.“ So wäre es notwendig, Patienten mit Verdacht auf einen Herzinfarkt nur in Krankenhäuser mit einer Herzkathetereinheit einzuliefern und dort zu behandeln. Von den fast 1.400 Krankenhäusern, die Patienten mit Herzinfarkten behandeln, weisen weniger als 600 eine solche Einheit auf. Das gleiche gilt für die Behandlung von Schlaganfällen. Nur gut 500 der 1.300 Kliniken, die Schlaganfälle derzeit behandeln, weisen entsprechende Schlaganfalleinheiten (Stroke Units) auf. Gleichzeitig müsste in beiden Fällen garantiert sein, dass das Krankenhaus rund um die Uhr über entsprechende Fachärzte verfügt. Würden die Neurologen und Kardiologen so auf die Krankenhäuser verteilt werden, dass immer genau ein Facharzt verfügbar ist, würde es für jeweils nur rund 600 Krankenhäuser reichen. Busse: „Die Therapie kann also nicht lauten, jetzt noch die jeweils anderen rund 800 Krankenhäuser mit Schlaganfall- und Herzkathetereinheiten auszustatten.“

Diese Situation betrifft auch die Pflegekräfte, wie der AOK-Bundesverband betont. „Wir haben nicht genügend Personal, um alle heute existierenden Klinikstandorte so auszustatten, dass sinnvolle Personalanhaltzahlen oder Personaluntergrenzen gut umgesetzt werden können. Dieses Personal wird auch nicht kurzfristig auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sein, egal ob es 8.000 oder 80.000 sind“, so Martin Litsch. Auch deshalb ist die Zentralisierung der Krankenhausstrukturen sinnvoll. In der Diskussion um eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte drängt die AOK auf mehr Transparenz darüber, welche Gelder der Krankenhausfinanzierung für das Pflegepersonal gedacht sind und ob diese Gelder auch an den richtigen Stellen ankommen. Um dieses Mehr an Transparenz zu erhalten, dürfe das bewährte System der Fallpauschalen jedoch nicht als Ganzes in Frage gestellt werden.

Auf die große Relevanz des medizinischen Personals weist auch Gesundheitsminister Laumann hin: „Wir brauchen sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung ausreichend gut ausgebildetes Personal im Gesundheitswesen, und zwar im ärztlichen genauso wie im pflegerischen Bereich. Gerade im pflegerischen Bereich muss sich hier noch einiges tun.“

## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
19. März 2018, Berlin

## **Statement von Prof. Dr. Reinhard Busse** Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

Es gilt das gesprochene Wort!

# **Krankenhausstruktur weder bedarfs- noch qualitätsorientiert: zu viele Häuser, zu viele Betten, zu wenig Zentralisierung**

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Folgenden möchte ich Ihnen die wesentlichen Probleme der deutschen Krankenhauslandschaft mit ihren Folgen für die Versorgung skizzieren und Wege zur Verbesserung aufzeigen. Das Problem sind erstens Überkapazitäten und zweitens die Zersplitterung, also die mangelnde Konzentration von akuten und komplexen Fällen.

Deutschland besitzt zu viele Krankenhäuser und insbesondere zu viele Krankenhausbetten – dies ist inzwischen von vielen Seiten akzeptiert. Ob und inwiefern die Anzahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten der entscheidende Treiber für die im internationalen Vergleich sehr hohe – und vor allem, steigende – Anzahl von Krankenhausfällen ist, darüber besteht schon weniger Einigkeit.

Steigende Fallzahlen dienen manchen immer noch als Zeichen des „steigenden Bedarfs“, obwohl sich schwerlich erklären lässt, wie wir im Krankenhaus-Report 2018 ausführen, warum es im EU15-Schnitt – trotz unseres großen ambulanten Sektors – 53 Prozent weniger stationäre Fälle aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates und je rund 40 Prozent weniger Fälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Verdauungssystems und Verletzungen gibt. Würden bei uns nur so viele Patienten stationär behandelt wie bei unseren Nachbarn, hätten wir 1,2 Millionen weniger Fälle bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und

knapp vier Millionen weniger Fälle bei den anderen fünf Krankheitsgruppen – bei knapp 20 Millionen stationären Fällen insgesamt sind dies über 25 Prozent. Das entspricht fast 14.000 Aufnahmen am Tag beziehungsweise dem gesamten Patientenaufkommen von rund 500 deutschen Krankenhäusern.

Bei ausgewählten häufigen Hauptdiagnosen sind die Unterschiede zum Teil noch größer: So liegt der EU15-Schnitt bei Hypertonie 69 Prozent unter deutschem Niveau, bei Rückenschmerzen 68 Prozent, Gonarthrose 46 Prozent, Herzinsuffizienz 45 Prozent, Diabetes 45 Prozent und Angina pectoris 42 Prozent. Dies zeigt das große Potenzial für mehr ambulante Behandlungen von Patienten auf, die gar nicht stationär behandelt werden müssten. Und es darf nicht vergessen werden, dass diese Fälle auch (unnötiges) Geld kosten.

Zusätzlich verteilen sich in Deutschland die Fälle auf eine hohe Anzahl von Krankenhäusern, die für Patienten mit bestimmten, auch häufigen und unbestrittenen Aufnahmehäufigkeiten oftmals weder technisch noch personell adäquat ausgestattet sind. Dies manifestiert sich in großen Qualitätsunterschieden zwischen Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen pro Indikation versus solcher mit niedrigen, und zwar nicht nur bei den wenigen Indikationen, für die es in Deutschland Mindestmengen gibt.

Dies führt zu dem Aspekt, der allerdings normalerweise nicht im Zusammenhang mit den hohen Fallzahlen diskutiert wird, nämlich der verhältnismäßig geringen Ausstattung der deutschen Krankenhäuser mit klinischem Personal (also insbesondere Pflegekräfte und Ärzte). Zunächst: Wir haben pro 1.000 Einwohner mehr Pflegekräfte als im europäischen Schnitt, das heißt, dass die Aussage, dass wir „zu wenig“ Pflegepersonal haben, nur auf die Betrachtung pro Fall beziehungsweise Bettentag zutrifft. Die pauschale Forderung nach mehr Pflegepersonal verkennt dabei den engen Zusammenhang mit (a) der mangelnden Attraktivität von Krankenhäusern mit wenig Fällen pro Indikation und den damit einhergehenden mangelnden Qualifizierungsmöglichkeiten sowie (b) den zu vielen Fällen. Schließlich binden die hohen und steigenden stationären Fallzahlen natürlich auch Pflegepersonal; unser quantitativ schlechtes Patienten-Pflegekraft-Betreuungsverhältnis liegt hierin begründet. Dazu noch zwei Zahlen: Wir haben seit Jahren kontinuierlich 1,7 Betten- beziehungsweise Pflegetage pro Einwohner, in Dänemark sind es 0,7.

Die Diagnose, dass mangelnde Konzentration von stationären Fällen zu unnötigen Todesfällen führt, wird von der Politik eher als die Aussage zu den zu vielen Fällen akzeptiert, auch wenn es mit der Therapie noch hapert. So wäre es zum Beispiel notwendig, dass Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall nur in Krankenhäuser mit einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) eingeliefert und behandelt werden – rund 500 der knapp 1.300 Krankenhäuser, die Patienten mit Schlaganfällen behandeln, haben eine solche. Ebenso ist zu fordern, dass Patienten mit Verdacht auf einen Herzinfarkt nur in Krankenhäusern mit Herzkathetereinheit eingeliefert und behandelt werden dürfen – von den fast 1.400 Krankenhäusern, die Patienten mit Herzinfarkten behandeln, weisen weniger als 600 eine solche Einheit auf. Auch müsste bei Notfällen wie Schlaganfällen und Herzinfarkten garantiert sein, dass das Krankenhaus rund um die Uhr über entsprechende Fachärzte verfügt, wie dies in Dänemark selbstverständlich vorgeschrieben ist. Würden wir unsere Neurologen und Kardiologen so auf die

Krankenhäuser verteilen, dass immer genau ein Facharzt verfügbar ist, reichte es für jeweils nur rund 600 Krankenhäuser. Die Therapie kann also nicht lauten, jetzt noch die jeweils anderen rund 800 Krankenhäuser mit Schlaganfall- und Herzkathetereinheiten auszustatten.

Nun noch einmal zu den unnötigen Todesfällen: Eine im Jahr 2017 von Nimptsch und Mansky publizierte Auswertung der Krankenhaussterblichkeit von mehr als 13 Millionen Patienten in den Jahren 2009 bis 2014, die wegen 25 häufigen Indikationen stationär behandelt wurden, ergab einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Fallzahl pro Krankenhaus und der risikoadjustierten Sterblichkeit. Für diese Analyse wurden die jeweils behandelnden Krankenhäuser in jeweils fünf Gruppen eingeteilt. Dabei zeigt sich, dass in Krankenhäusern mit den meisten Patienten (Gruppen 4 beziehungsweise 5) gegenüber den Krankenhäusern in Gruppe 1 im Schnitt 17 Prozent beziehungsweise 26 Prozent weniger Patienten versterben (beim Herzinfarkt 27 Prozent beziehungsweise 31 Prozent und beim Schlaganfall jeweils sechs Prozent); statistisch signifikant ist dieser Zusammenhang bei 18 beziehungsweise 19 der 25 Indikationen. Gruppe 1 umfasst übrigens beim Herzinfarkt 65 Prozent aller Krankenhäuser und beim Schlaganfall sogar über 70 Prozent aller die jeweiligen Patienten behandelnden Krankenhäuser.

Um dem Bedarf der Bevölkerung nach guter stationärer Versorgung nachzukommen und für eine flächendeckende qualitativ gute Versorgung zu sorgen, müssen die genannten Aspekte (zu viele Krankenhäuser und Betten, zu wenig Zentralisierung) also zusammen betrachtet – und angegangen – werden. Dass dies möglich ist, zeigen Beispiele wie Dänemark, wo die Anzahl an Krankenhäusern nicht einfach nur reduziert wurde. Ambulant mögliche Behandlungen erfolgen auch ambulant, aber für Notfälle und komplexe Fälle wird eine stationäre Versorgung mit entsprechender personeller und apparativer Ausstattung rund um die Uhr vorgehalten. Die Vernetzung aller Akteure, z.B. der Notfallaufnahmen mit den Rettungswagen, tragen ebenfalls zu guten Ergebnissen bei.

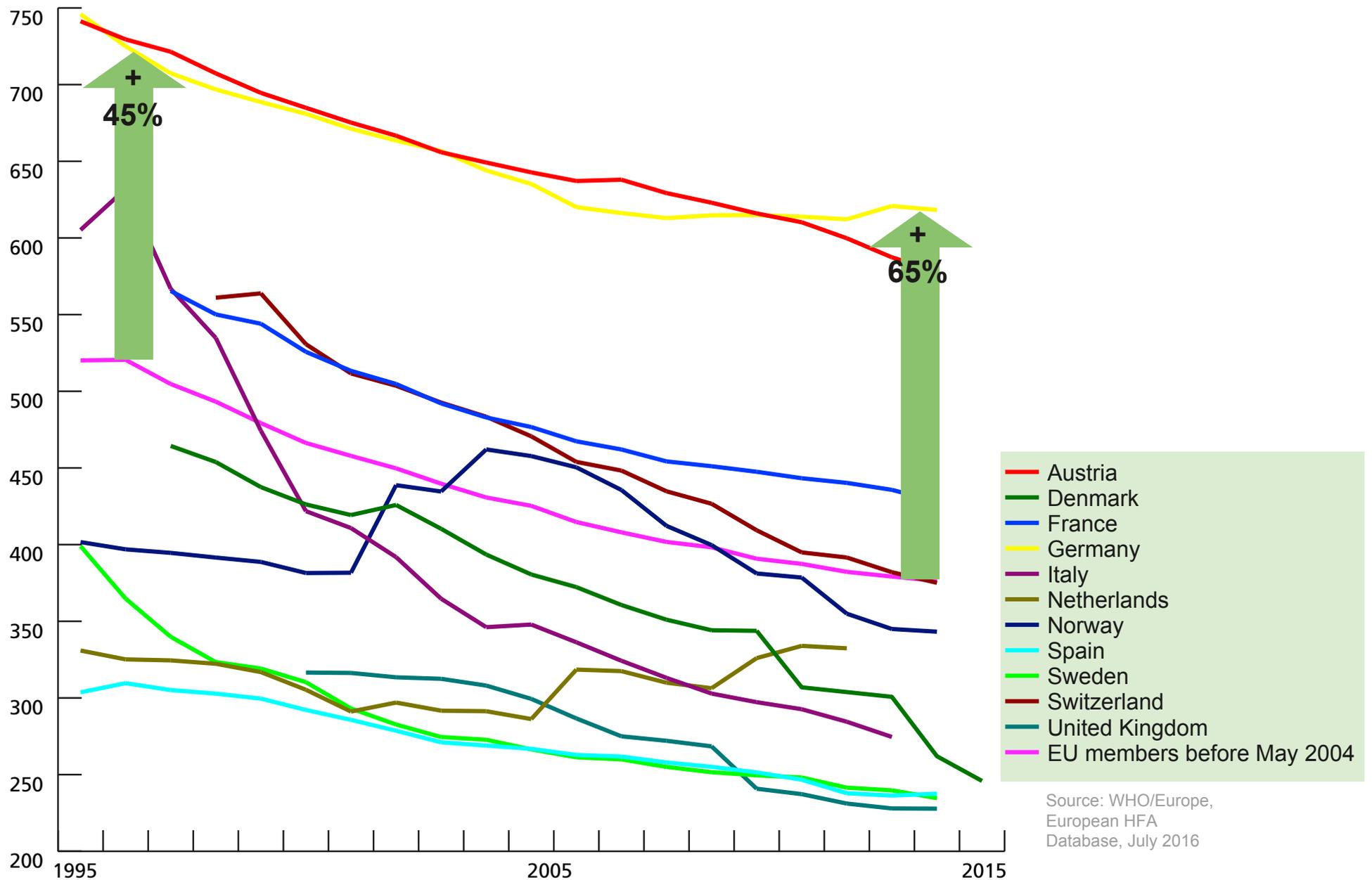
## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

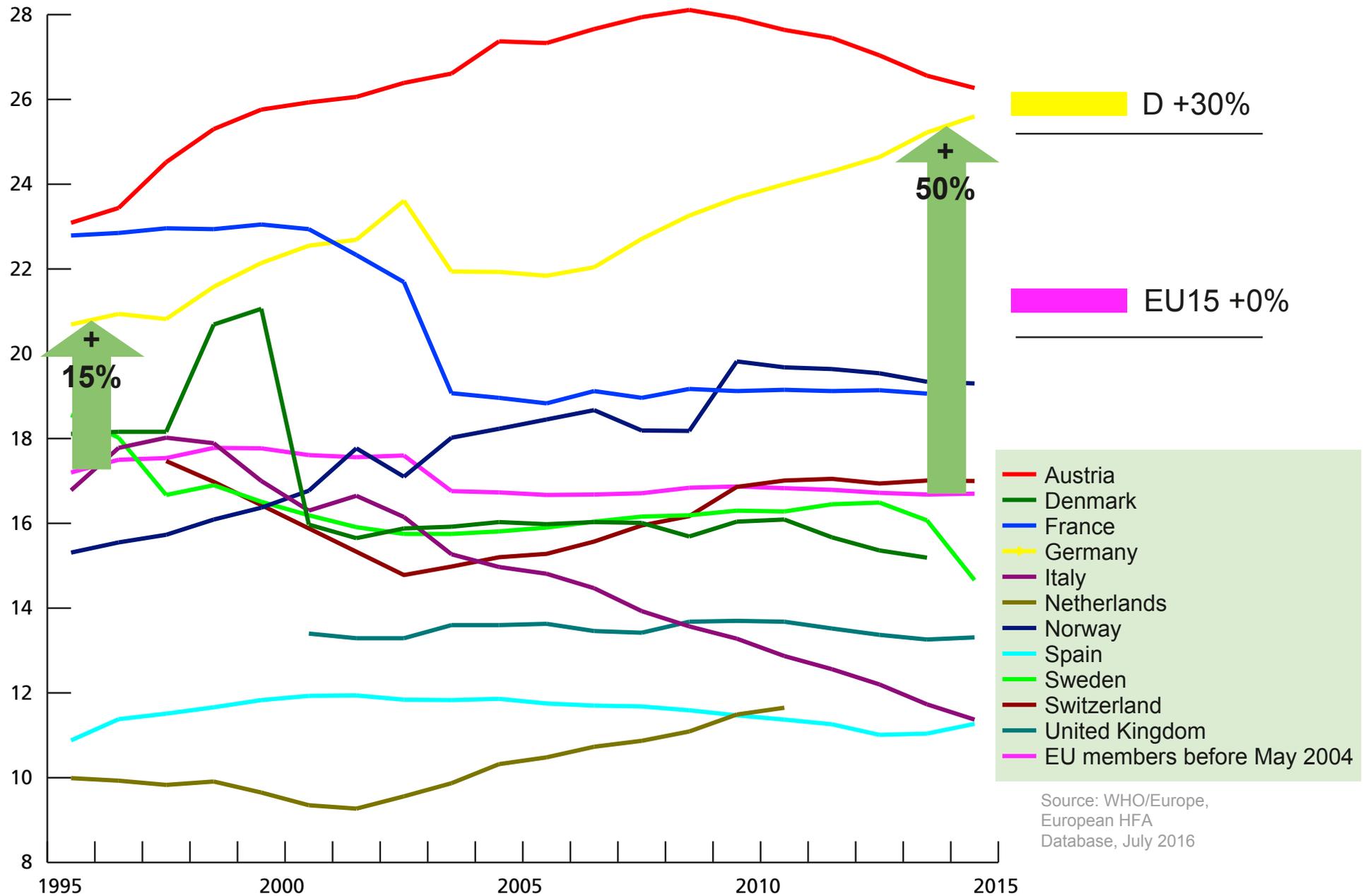
# Krankenhausstruktur weder bedarfs- noch qualitätsorientiert: zu viele Häuser, zu viele Betten, zu wenig Zentralisierung

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH**  
**Fachgebiet Management im**  
**Gesundheitswesen**  
**Technische Universität Berlin**

# Im internationalen Vergleich zunehmende stationäre Überkapazitäten ...

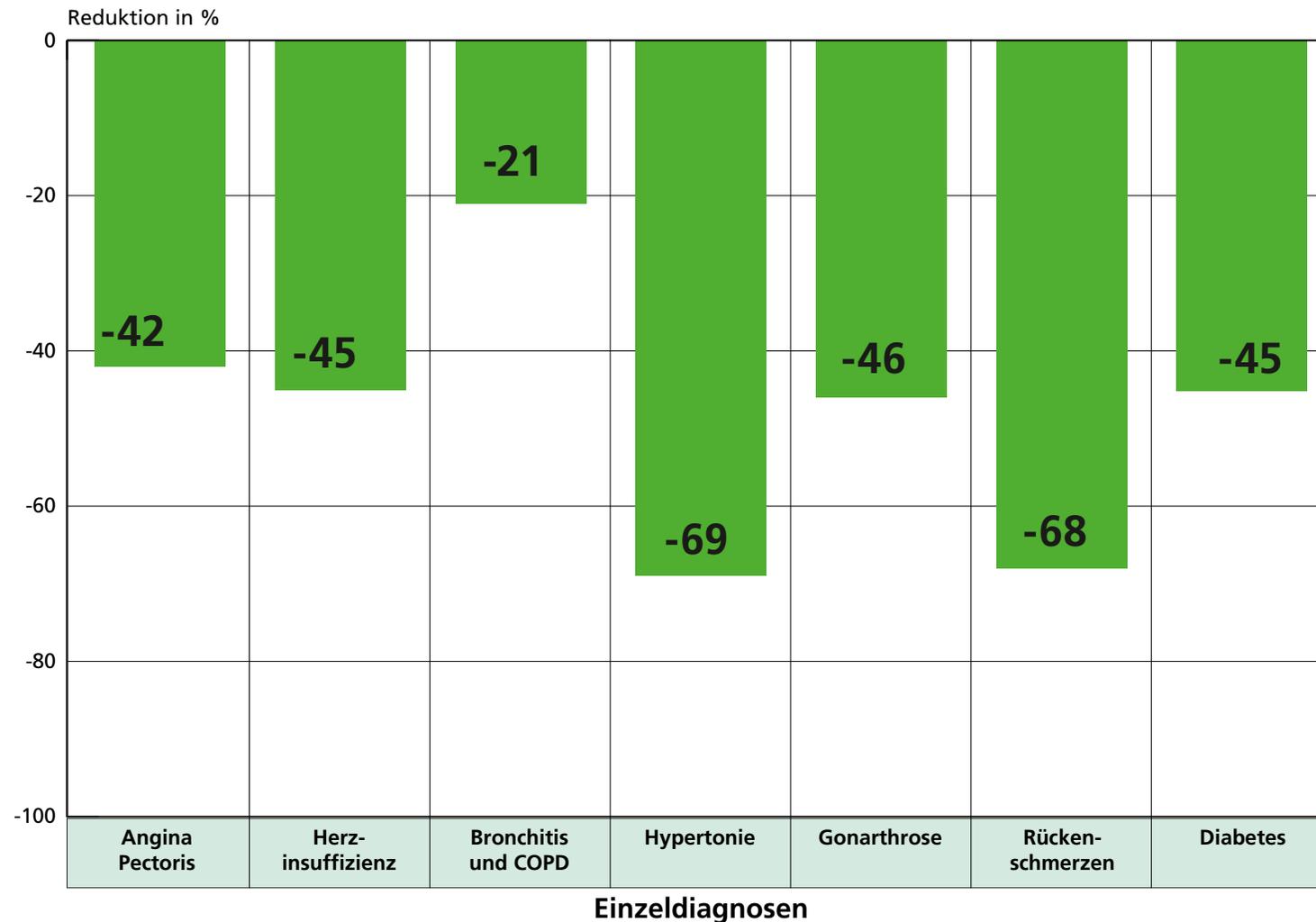


# ... führen zu hohen und steigenden stationären Fallzahlen ...

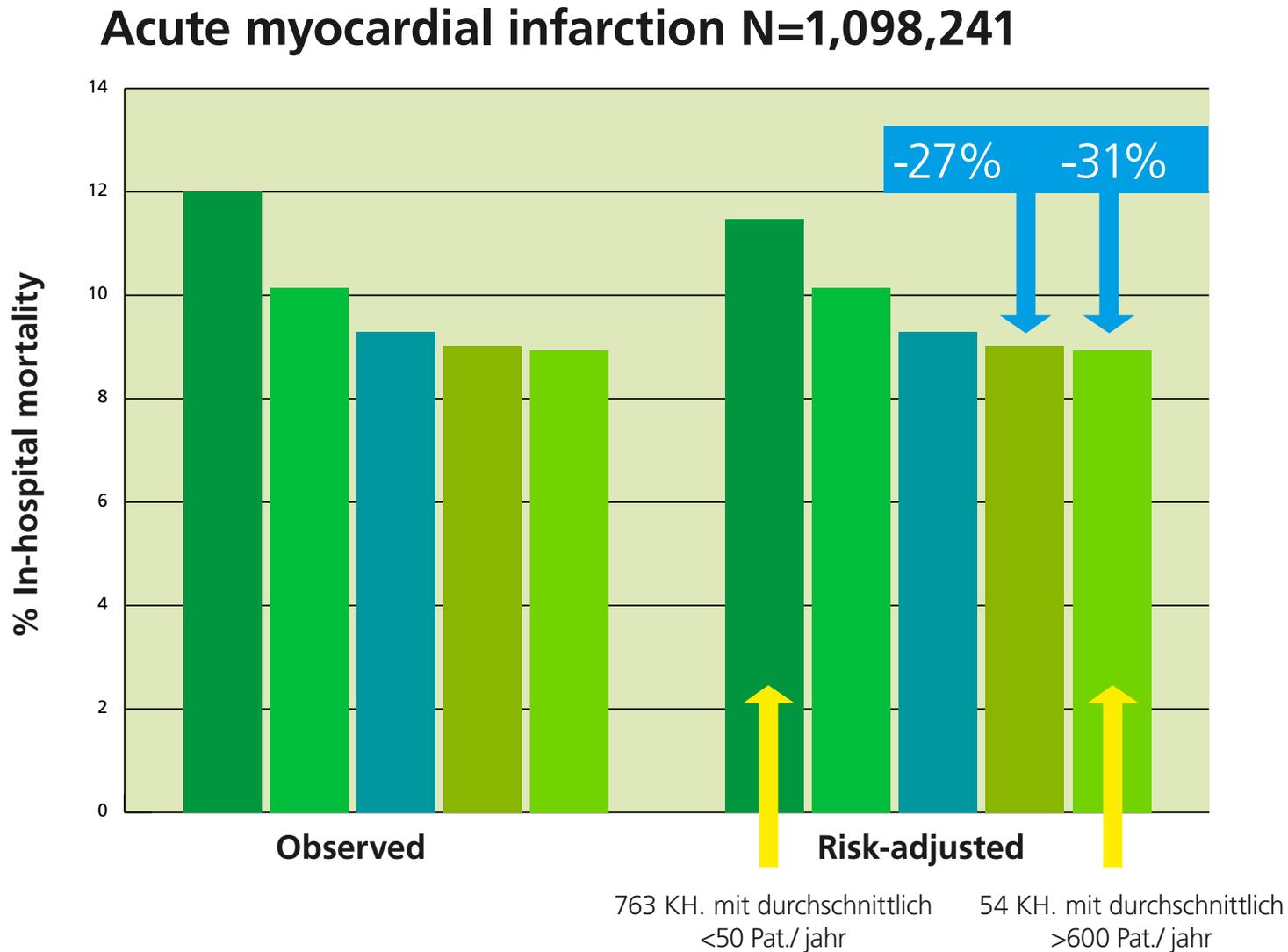


# ... insbesondere für ambulant behandelbare Diagnosen (hier: EU15-Schnitt im Vergleich zu Deutschland) ...

Mögliche Fallzahlreduktion in Deutschland bei Angleichung an den EU-Mittelwert (voll)stationärer Fälle



# ... und bei unumstrittenen Fällen gibt es große Qualitätsunterschiede in Abhängigkeit zum Volumen.





Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
19. März 2018, Berlin

## **Statement von Jürgen Klauber** Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Es gilt das gesprochene Wort!

# Qualitätsorientierte Krankenhausplanung zügig angehen

Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern bei der Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder sind vielfach untersucht und belegt. Seien es Studien, die Qualitätsunterschiede in Abhängigkeit von der Fallzahl belegen, mit der naturgemäß unterschiedliche Erfahrung und Routine verbunden sind. Seien es nachweislich bessere Ergebnisse der Behandlung in zertifizierten Zentren, die neben Fallzahlvorgaben für die Zertifizierung auch weitere Anforderungen an die strukturelle und personelle Ausstattung sowie Prozesse formulieren.

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG), das nun seit über zwei Jahren in Kraft ist, die Stärkung der Versorgungsqualität über die Krankenhausplanung adressiert. Dies gilt es nun zügig umzusetzen, was auch der aktuelle Krankenhaus-Report belegt.

Gefragt ist zum einen die Bundesebene, welche für die Krankenhausplanung Mindestmengen und Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgeben kann und sollte. Aber vor allem die für die Krankenhausplanung verantwortliche Landesebene kann die erforderlichen Vorgaben machen und im Landesplan vorsehen.

Nachfolgend soll an Beispielen illustriert werden, dass es der Landeskrankenhausplanung möglich ist, die Versorgung von Patientinnen und Patienten für viele häufige Krankheitsbilder durch Zentralisierung zu verbessern.

## Zentralisierung von Krebsoperationen

Beispielsweise beim Darmkrebs gibt es in Deutschland jährlich rund 60.000 Neuerkrankungen, wobei rund 40 Prozent der betroffenen Patienten in den ersten fünf Jahren nach der Diagnosestellung versterben.

Verschiedene Studien belegen jedoch die besseren Langzeitüberlebensraten für die Behandlung in zertifizierten Zentren im Vergleich zu Nicht-Zentren. Bei Kolonkarzinomoperationen liegt das Risiko, schon während des Krankenhausaufenthaltes zu versterben, in Nicht-Zentren um 21 Prozent höher als in Zentren, die von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert sind. Bei Rektumkarzinomoperationen unterscheidet sich das Risiko sogar um 65 Prozent.

Im Jahr 2015 sind in Deutschland rund 44.000 Darmkrebsoperationen in mehr als 1.000 Krankenhäusern vorgenommen worden. Die DKG fordert für die Zertifizierung eine Mindestmenge von 20 für die Operation des Rektumkarzinoms und von 30 für das Kolonkarzinom. Doch von allen Kliniken, die diese Operation angeboten haben, führte ein Viertel den Eingriff maximal 17 Mal im Jahr durch, ein weiteres Viertel hatte zwischen 18 und 33 Eingriffe. Offensichtlich nehmen viele der operierenden Häuser die Operation nur selten vor.

Anhand des kolorektalen Karzinoms möchte ich Ihnen im Folgenden zeigen, wie eine qualitätsorientierte Landesplanung angegangen werden kann. Für das Szenario ging das WIdO davon aus, dass nur noch zertifizierte Zentren (283 Krankenhäuser) bzw. Krankenhäuser, die mindestens 50 Darmkrebsoperationen durchführen (weitere 102 Krankenhäuser), diese Leistung erbringen dürfen.

Insgesamt nähmen damit 385 Krankenhäuser (37 Prozent) weiter an der operativen Versorgung des kolorektalen Karzinoms teil. Diese Häuser haben 2015 rund 65 Prozent der 44.000 Darmkrebseingriffe durchgeführt. 35 Prozent der Fälle (rund 15.000 Eingriffe) sind nach diesem Szenario umzuverteilen. Dadurch erhöht sich die mittlere Fallzahl der verbleibenden 385 Häuser von vorher 75 auf 115 pro Jahr. Der mittlere Anfahrtsweg verlängert sich bundesweit von acht auf 16 Kilometer. Im dicht mit Krankenhäusern versorgten Nordrhein-Westfalen (NRW) steigt der mittlere Anfahrtsweg von sechs auf lediglich zehn Kilometer. Die höchsten mittleren Fahrwege ergeben sich mit 33 Kilometern in Mecklenburg-Vorpommern.

Letztlich sind es nur wenige Regionen in Deutschland, für die bei diesem Szenario etwas längere Wege anfallen. Hatten vorher 0,03 Prozent der Bevölkerung einen Anfahrtsweg, der länger als 50 Kilometer ist, erhöht sich dieser Anteil auf 2,5 Prozent. In NRW wären auch nach einer solchen Zentralisierung nur 0,1 Prozent der Bevölkerung betroffen. Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg würden höhere Anteile erreicht.

Mit Blick auf die Therapiequalität und die Überlebenschancen sollten diese Fahrstrecken allerdings kein Thema sein. Aus Befragungen ist bekannt, dass Patienten bereit sind, für eine bessere Versorgung längere Wege zu gehen. Die Daten zu den real gewählten Wegen ins Krankenhaus bestätigen dies erwartungsgemäß, so etwa insbesondere für Krebsindikationen oder andere planbare Leistungen.

Diese Zahlen zeigen prototypisch für andere Krebserkrankungen, wie sinnvoll und machbar eine Zentralisierung entlang den Zertifizierungsvorgaben der DKG und ihrer Mindestmengen ist. Dies gilt zum Beispiel auch für die ebenfalls häufige Versorgung von Lungen- und Brustkrebs mit rund 54.000 bzw. 63.000 Neuerkrankungen pro Jahr und hoher Sterblichkeit.

## **Planbare Eingriffe in der Endoprothetik**

Auch bei planbaren Eingriffen, zum Beispiel in der Endoprothetik, ist eine stärkere Zentralisierung angezeigt. So ist für den Hüftgelenkersatz bei Arthrose der positive Zusammenhang zwischen Fallzahl und Versorgungsqualität durch Studien international und national belegt. Zum Beispiel gilt: Je häufiger in einem Haus operiert wird, umso seltener muss der Patient mit dem neuen Hüftgelenk binnen Jahresfrist erneut operiert werden.

2015 lag die 1-Jahres-Revisionsrate für Hüftoperationen in Deutschland bei 1,7 Prozent. In Kliniken, in denen der Hüftgelenkersatz weniger als 50 Mal im Jahr durchgeführt wurde, lag das Risiko für eine Revisions-OP um 82 Prozent höher als in den Häusern mit mindestens 200 Operationen im Jahr. Im Vergleich zu dieser Referenz beträgt die Risikoerhöhung bei 50 bis 99 Operationen 51 Prozent, bei 100 bis 149 Operationen 34 Prozent.

Wie hoch man das Qualitätsziel stecken will, muss normativ entschieden werden, analog sonstiger Vorgaben im gesellschaftlichen Leben, zum Beispiel bei Geschwindigkeitsbeschränkungen. Das folgende Szenario bezieht sich auf eine moderate Mindestmenge von 100.

2015 gab es bundesweit rund 226.000 Hüftoperationen. Bei einer Mindestmenge von 100 würde diese Leistung nicht mehr wie bisher von 1.240 Kliniken, sondern noch von 827 Häusern (67 Prozent) erbracht. 9,5 Prozent der Fälle (21.000) sind bei diesem Szenario auf die verbleibenden Häuser umzuverteilen. Dadurch erhöht sich die mittlere Fallzahl der verbleibenden Häuser von 247 auf 273 pro Jahr. Der mittlere Anfahrtsweg verlängert sich bundesweit von acht auf zehn Kilometer. Hat im Status quo fast niemand in der Bevölkerung einen Anfahrtsweg, der länger als 50 Kilometer ist, erhöht sich dieser Anteil auf lediglich 0,1 Prozent. In NRW verlängert sich der mittlere Anfahrtsweg von sechs auf sieben Kilometer, noch kürzer sind die Routen in den Stadtstaaten. Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden im Mittel 18 bzw. 19 Kilometer erreicht.

Auf Basis der Versorgungsdaten ist durchaus eine höhere Fallzahlvorgabe der Landesplanung denkbar, mit der entsprechenden Qualitätsverbesserung. Mit mindestens 150 Fällen würde man sich in etwa die bundesdurchschnittliche 1-Jahres-Revisionsrate zum Ziel setzen. Die Hüftendoprothetik würde so bundesweit auf 562 Krankenhäuser konzentriert. Sicher kämen durch Umverteilung im Markt aber noch eine Reihe weiterer Krankenhäuser in den Ländern hinzu, die im Rahmen des aufzusetzenden konkreten Planungsszenarios auch noch diese Fallzahl erreichen können. Aber auch ohne diesen Effekt läge der mittlere Fahrweg bundesweit nur bei 13 Kilometern, lediglich Mecklenburg-Vorpommern würde 27 Kilometer erreichen. In NRW läge der mittlere Fahrweg bei neun Kilometern. Lediglich 0,7 Prozent der Bundesbevölkerung müssten mehr als 50 Kilometer fahren.

Auch dieses Szenario scheint für die planbare Hüftimplantation mit Blick auf den zu erwartenden Qualitätsgewinn überall umsetzbar zu sein.

## **Strukturvorgaben für die Herzinfarktversorgung**

Qualitätsorientierte Zentralisierung sollte aber nicht nur in der Krebstherapie und bei elektiven Leistungen greifen, sondern ist auch in der Notfallversorgung angezeigt. Beispielsweise gilt für die Versorgung des Herzinfarktes, dass diese auf Krankenhäuser konzentriert werden sollte, die ein Herzkatheterlabor (HKL) an sieben Tagen pro Woche 24 Stunden (24/7) mit Fachärzten besetzen können.

2015 wurden 225.000 Herzinfarkte in Deutschland in knapp 1.400 Krankenhäusern behandelt. Ein größerer Teil der Häuser versorgte Herzinfarkte eher selten, ein Viertel der Häuser maximal 29 Mal im Jahr, im Mittel 1,1 Mal im Monat, und dann weitestgehend ohne den Therapiestandard.

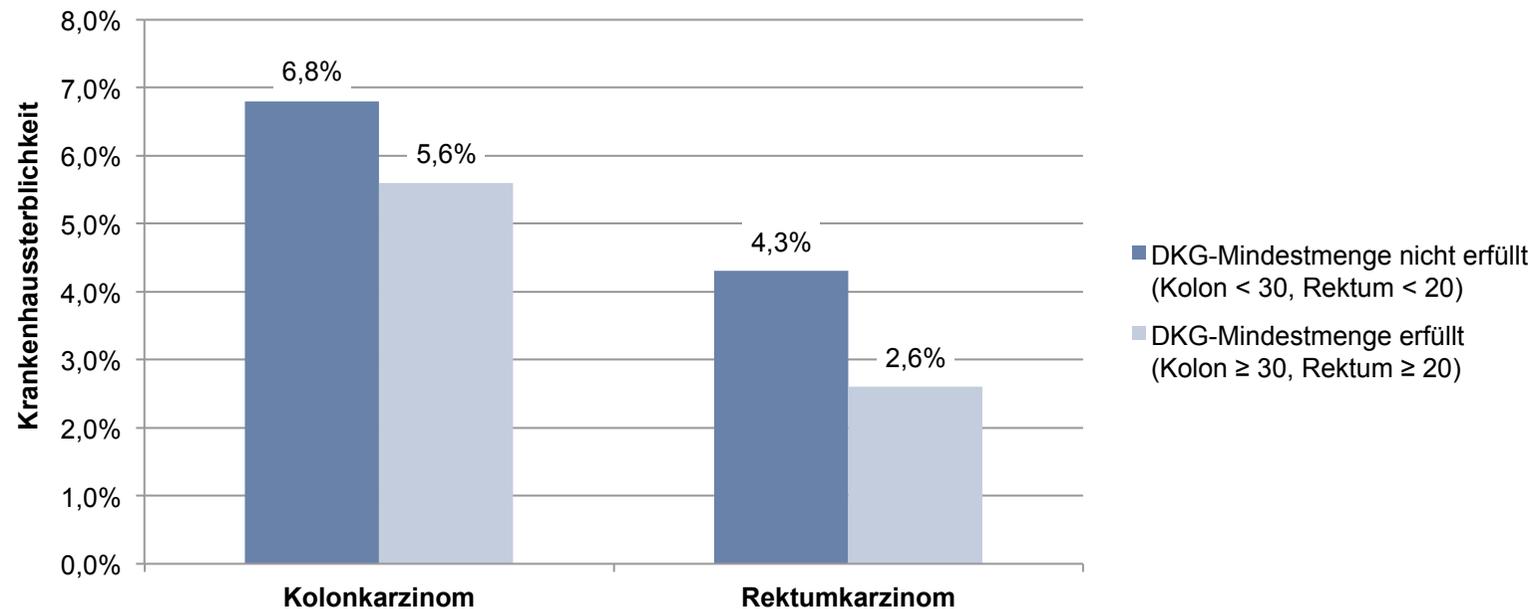
Etwa in NRW dürfte eine Orientierung der Krankenhausplanung an den 24/7-HKL-Standorten, wenn überhaupt, nur sehr wenige regionale Erreichbarkeitsprobleme aufwerfen, die zu bewältigen wären. Natürlich ist die regionale Ausgangslage in den Bundesländern unterschiedlich zu bewerten.

Egal ob Krebstherapie, elektive Eingriffe oder Notfallversorgung, letztlich kann die Krankenhausplanung der Länder, wenn auch in unterschiedlichen regionalen Ausgangslagen, den KHSG-Auftrag einer besseren Versorgungsqualität über eine indikationsbezogene Zentralisierung angehen. Unterschiedliche regionale Ausgangslagen sollten in keinem Bundesland die Planungsbehörden davon abhalten, diesen Weg im Interesse einer patientengerechten Versorgungslandschaft zu gehen.

## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

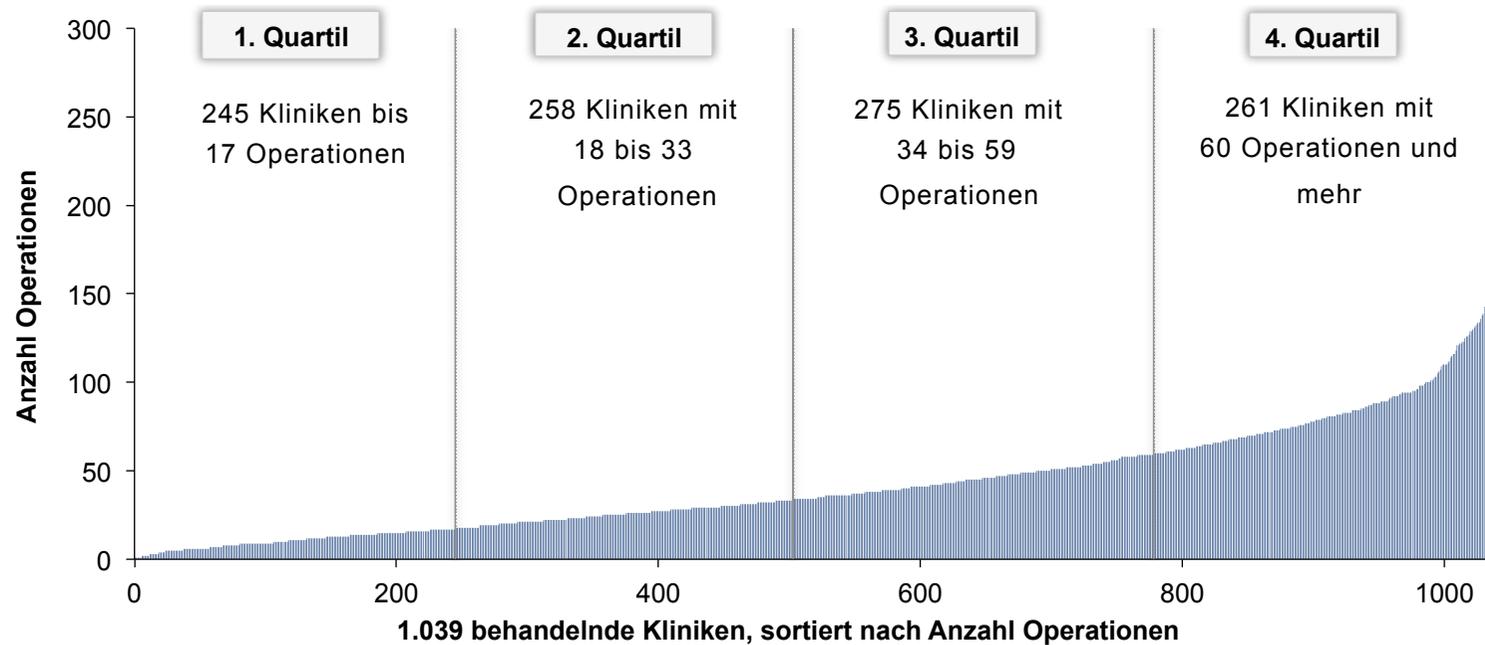
## Darmkrebsoperationen – Krankenhaussterblichkeit in Abhängigkeit von Fallzahlen der Kliniken 2016



Falldefinition: OPS Codes 5-484, 5-485, 5-455 oder 5-456 sowie ICD Codes C18 oder C19

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)

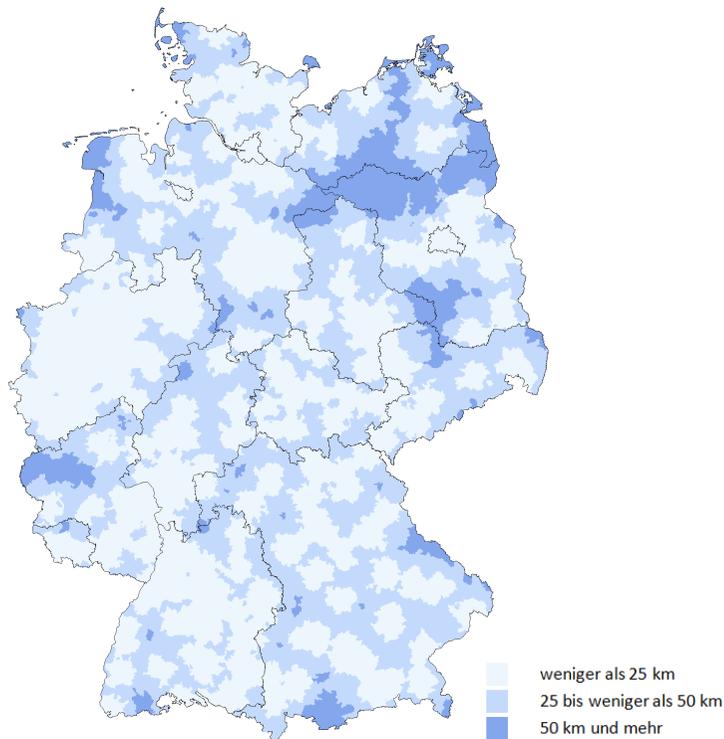
# Darmkrebsoperationen – Fallzahlverteilung über Kliniken 2015



Falldefinition: OPS Codes 5-484, 5-485, 5-455 oder 5-456 sowie ICD Codes C18 oder C19

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte und AOK-Abrechnungsdaten 2015

# Darmkrebs – Erreichbarkeit von zertifizierten Zentren bzw. Kliniken mit mindestens 50 Operationen

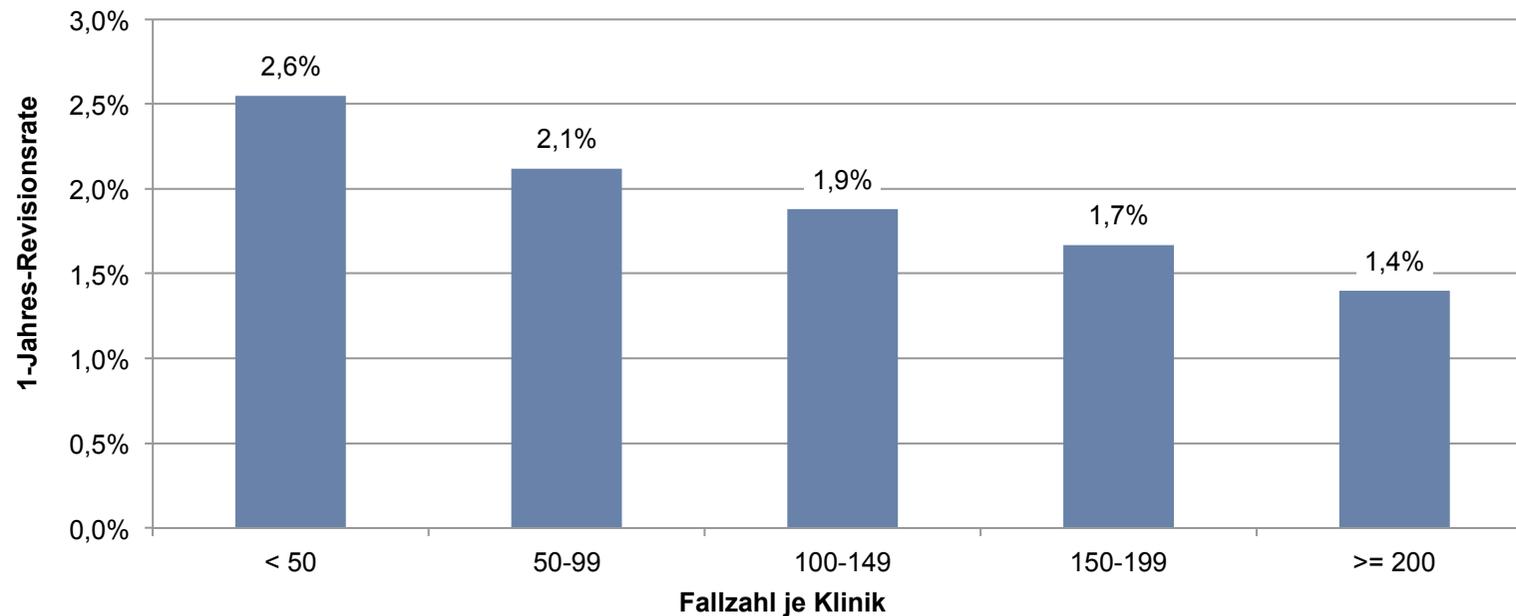


Geodaten: OpenStreetMap-Mitwirkende

Anfahrtsweg Bundesland	Mittelwert in km		Anteil Einwohner > 50 km	
	Szenario	Stand 2015	Szenario	Stand 2015
Brandenburg	25,7	11,2	14,2%	0,0%
Berlin	4,3	3,1	0,0%	0,0%
Baden-Württemberg	14,3	9,5	0,7%	0,0%
Bayern	18,8	10,1	2,0%	0,0%
Bremen	6,6	4,3	0,0%	0,0%
Hessen	14,9	8,7	0,6%	0,0%
Hamburg	5,5	3,7	0,0%	0,0%
Mecklenburg-Vorpommern	32,6	13,0	20,4%	0,0%
Niedersachsen	20,7	10,3	5,7%	0,1%
Nordrhein-Westfalen	10,3	5,8	0,1%	0,0%
Rheinland-Pfalz	19,2	10,1	4,4%	0,0%
Schleswig-Holstein	16,9	10,9	2,8%	0,6%
Saarland	16,8	7,5	1,6%	0,0%
Sachsen	18,1	7,7	3,2%	0,0%
Sachsen-Anhalt	19,0	9,8	3,3%	0,0%
Thüringen	16,6	10,1	0,0%	0,0%
<b>Bund</b>	<b>15,6</b>	<b>8,5</b>	<b>2,5%</b>	<b>0,0%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte und AOK-Abrechnungsdaten 2015

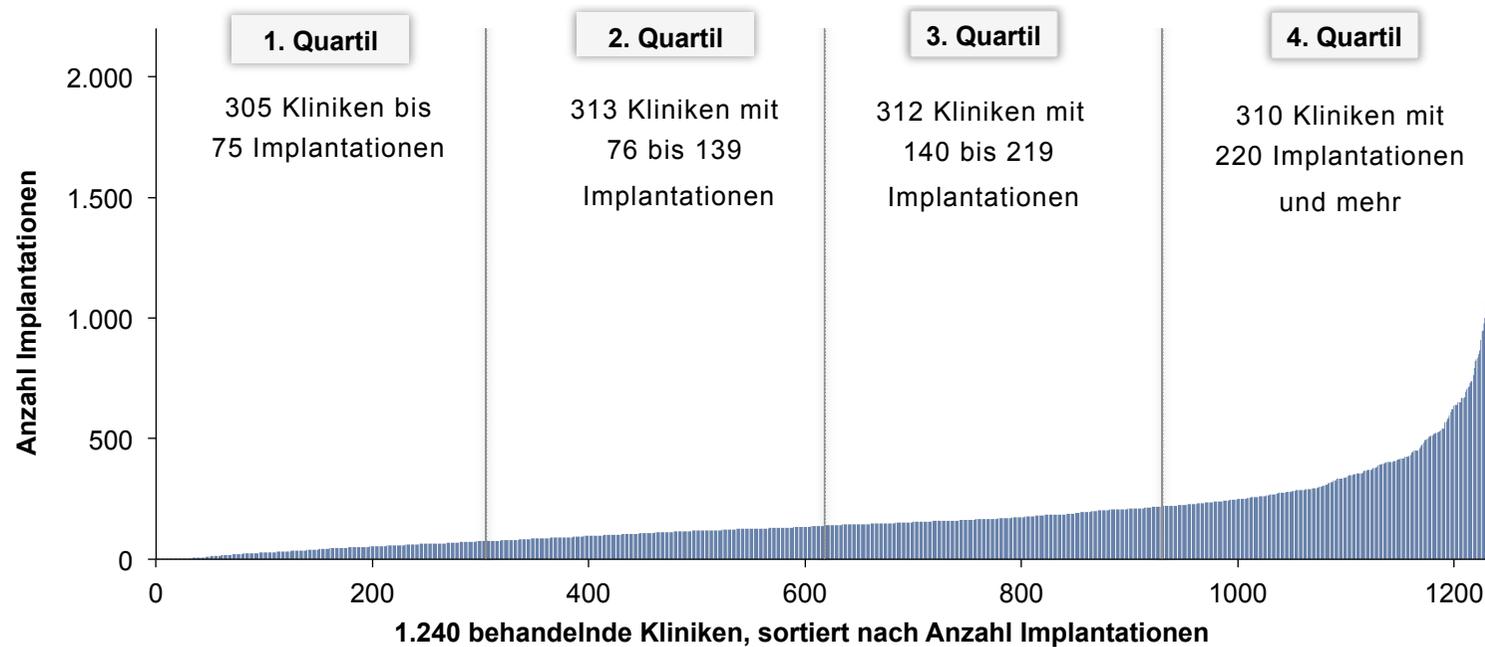
## Hüftendoprothetik – 1-Jahres-Revisionsrate in Abhängigkeit von Fallzahlen der Kliniken 2015



Falldefinition: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Arthrose siehe [www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de](http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte und AOK-Abrechnungsdaten 2015

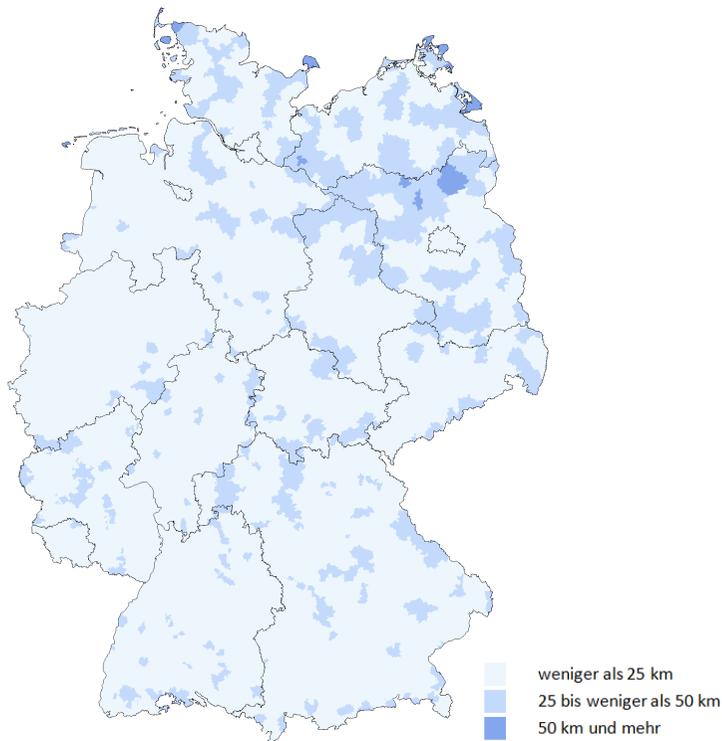
# Hüftendoprothetik – Fallzahlverteilung über Kliniken 2015



Falldefinition: OPS Code 5-820

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte 2015

# Hüftendoprothetik – Erreichbarkeit von Kliniken mit mindestens 100 Implantationen

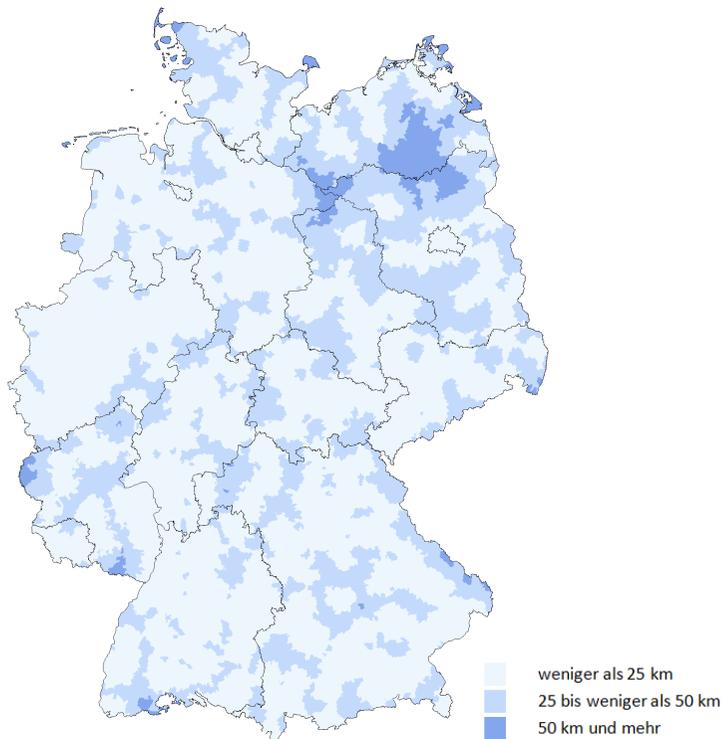


Geodaten: OpenStreetMap-Mitwirkende

Anfahrtsweg Bundesland	Mittelwert in km		Anteil Einwohner > 50 km	
	Szenario	Stand 2015	Szenario	Stand 2015
Brandenburg	19,1	10,1	1,3%	0,0%
Berlin	3,4	3,1	0,0%	0,0%
Baden-Württemberg	10,0	8,2	0,0%	0,0%
Bayern	10,8	8,9	0,0%	0,0%
Bremen	4,7	3,8	0,0%	0,0%
Hessen	9,7	8,2	0,0%	0,0%
Hamburg	3,9	3,4	0,0%	0,0%
Mecklenburg-Vorpommern	18,5	12,7	3,0%	0,0%
Niedersachsen	11,1	9,7	0,1%	0,1%
Nordrhein-Westfalen	7,1	5,5	0,0%	0,0%
Rheinland-Pfalz	10,9	9,0	0,0%	0,0%
Schleswig-Holstein	15,0	8,9	1,0%	0,0%
Saarland	8,5	7,2	0,0%	0,0%
Sachsen	10,8	7,6	0,0%	0,0%
Sachsen-Anhalt	12,6	9,2	0,0%	0,0%
Thüringen	12,4	9,5	0,0%	0,0%
<b>Bund</b>	<b>10,0</b>	<b>7,7</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,0%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte 2015

# Hüftendoprothetik – Erreichbarkeit von Kliniken mit mindestens 150 Implantationen



Geodaten: OpenStreetMap-Mitwirkende

Anfahrtsweg Bundesland	Mittelwert in km		Anteil Einwohner > 50 km	
	Szenario	Stand 2015	Szenario	Stand 2015
Brandenburg	21,8	10,1	2,9%	0,0%
Berlin	3,8	3,1	0,0%	0,0%
Baden-Württemberg	12,5	8,2	0,5%	0,0%
Bayern	14,2	8,9	0,1%	0,0%
Bremen	6,3	3,8	0,0%	0,0%
Hessen	12,0	8,2	0,0%	0,0%
Hamburg	6,1	3,4	0,0%	0,0%
Mecklenburg-Vorpommern	27,4	12,7	17,7%	0,0%
Niedersachsen	13,7	9,7	0,2%	0,1%
Nordrhein-Westfalen	9,1	5,5	0,0%	0,0%
Rheinland-Pfalz	17,2	9,0	1,0%	0,0%
Schleswig-Holstein	17,2	8,9	1,8%	0,0%
Saarland	10,5	7,2	0,0%	0,0%
Sachsen	13,4	7,6	0,5%	0,0%
Sachsen-Anhalt	16,5	9,2	0,4%	0,0%
Thüringen	17,2	9,5	0,0%	0,0%
<b>Bund</b>	<b>12,8</b>	<b>7,7</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,0%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte 2015



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
19. März 2018, Berlin

## **Statement von Karl-Josef Laumann**

**Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen**

Es gilt das gesprochene Wort!

## **Veränderungen aktiv gestalten**

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Wir müssen den damit einhergehenden Prozess aktiv gestalten. Denn nur dann wird es uns gelingen, auch in Zukunft eine gute stationäre Versorgung für die Menschen in unserem Land sicherzustellen. Dazu braucht es vor allem zwei Dinge: eine bessere finanzielle Basis der Krankenhäuser und den Mut zu nachhaltigen Strukturveränderungen. Ich möchte das für Nordrhein-Westfalen anhand einiger Beispiele kurz erörtern.

### **Planungsprozesse beschleunigen und neue Planungsgrundlagen schaffen**

Mit dem sogenannten „Entfesselungspaket I“ sollen die regionalen Planungskonzepte deutlich beschleunigt werden. Künftig müssen sich die Beteiligten vor Ort innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Verhandlungen einigen. Sonst übernehmen die zuständigen Behörden, sprich: die Bezirksregierungen. Darüber hinaus werden wir einen neuen Landes-Krankenhausplan aufstellen. Dazu werden wir ein Gutachten in Auftrag geben, das sich insbesondere mit folgenden Aspekten befassen soll:

- die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Bereich,
- die Bildung von Leistungsschwerpunkten und
- die Abstimmung von Kompetenzen der Krankenhäuser untereinander.

### **Qualität im Fokus**

Bei den Planungen standen bisher oftmals die Bettenzahlen im Fokus. In Zukunft muss meines Erachtens mehr die Qualität im Fokus stehen. Für die Patientinnen und Patienten kommt es dabei maßgeblich auf die Ergebnis-Qualität der Leistungen an.

Um die Ergebnis-Qualität auch zukünftig auf einem guten Stand sicherzustellen, sind vermehrte Anstrengungen zu deren Messbarkeit und darauf aufbauend verbesserte interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig.

### **Ausreichendes Personal und gute Infrastruktur**

Wir brauchen sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung ausreichend gut ausgebildetes Personal im Gesundheitswesen, und zwar im ärztlichen genauso wie im pflegerischen Bereich. Gerade im pflegerischen Bereich muss sich hier noch einiges tun. Gleichzeitig ist natürlich auch die technische und räumliche Ausstattung angesprochen und muss bei krankenhauplanerischen Entscheidungen Berücksichtigung finden.

### **Krankenhausfinanzierung erhöhen**

In Nordrhein-Westfalen soll die Verzahnung von Krankenhausplanung und Investitionsförderung stärker in den Vordergrund rücken. In den letzten Jahren stagnierte die Krankenhausförderung. Die pauschale Krankenhausfinanzierung wurde im Nachtragshaushalt 2017 einmalig um 250 Millionen Euro aufgestockt, um den bestehenden Investitionsstau aufzulösen. Zugleich führen wir mit diesem Jahr das neu konzipierte Instrument der Einzelförderung ein, um zielführende Maßnahmen zur Verbesserung von Struktur und Qualität zu unterstützen. Dafür werden für das Jahr 2018 erstmals 33,3 Millionen Euro bereitgestellt. Dieser Betrag soll bis 2020 auf 200 Millionen Euro aufgestockt werden, die den Krankenhäusern dann jedes Jahr zur Verfügung stehen.

### **Zusammenarbeit von Bund und Ländern**

Ich begrüße ausdrücklich, dass im Koalitionsvertrag auf Bundesebene der Strukturwandel der Krankenhauslandschaft und die Qualität der stationären Versorgung mit dem Strukturfonds für weitere vier Jahre unterstützt werden soll. Darüber hinaus bin ich gespannt darauf, welche Vorschläge die angekündigte Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems macht und wie das gleichzeitig Raum für regionale Ausgestaltungen ermöglichen soll. Nordrhein-Westfalen will auch hier seinen Beitrag leisten, um diesen Prozess für eine gute Krankenhausversorgung gewinnbringend zu begleiten.

## **KONTAKT UND INFORMATION**

Axel Birkenkämper | Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes  
Nordrhein-Westfalen | 0211/855 33 16 | [Axel.Birkenkaemper@mags.nrw.de](mailto:Axel.Birkenkaemper@mags.nrw.de)



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
19. März 2018, Berlin

## **Statement von Martin Litsch** Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort!

# **Zeit zum Aufbruch: Bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen sind möglich**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Herr Minister Laumann heute seine Überlegungen für die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen vorgestellt hat, freut mich sehr und ich danke ihm dafür sehr herzlich. Als langjähriger Chef der AOK NordWest kenne ich Nordrhein-Westfalen und dessen Herausforderungen in der Krankenhausversorgung sehr gut und sehe viele gute Ansätze in den Planungen der Landesregierung. Das macht mich zuversichtlich, dass sich weitere Bundesländer finden, um die Vorgaben des Krankenhaus-Strukturgesetzes aktiv zu gestalten statt die Ausstiegsvariante zu nutzen und nichts zu tun. Einzelne Vorgaben zum qualitätsorientierten Umbau der Kliniklandschaft mögen aus Sicht der Landespolitik zwar unpopulär sein. Doch wer es ernst meint mit einer qualitativ hochwertigen Behandlung für Patienten und attraktiven Arbeitsplätzen für Ärzte sowie das Pflegepersonal, kommt an strukturellen Veränderungen der Krankenhauslandschaft nicht vorbei. Den Einstieg in diesen nachhaltigen Strukturwandel müssen wir jetzt beginnen.

Bund und Länder sollten sich gemeinsam auf ein Zielbild für das Jahr 2025 verständigen, eine gemeinsame Idee dessen, wo wir mit der stationären Versorgung am Ende der nächsten Legislaturperiode stehen möchten. Dieser Idee müssen dann natürlich die berühmten Taten folgen. Dabei geht es nicht vorrangig um die Frage, wie viele Kliniken es am Ende deutschlandweit geben wird. Aber natürlich werden es deutlich weniger als die rund 1.950 heute existierenden Häuser sein. Ein deutlicher Schritt wäre es schon, wenn zukünftig Kliniken mit mehr als 500 Betten nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel in der Krankenhauslandschaft bilden. Das heißt im Umkehrschluss aber nicht, dass die

kleineren Häuser geschlossen werden. Es kann auch eine veränderte Nutzung innerhalb der Versorgungslandschaft bedeuten, bei der wir zukünftig ambulante und stationäre Versorgung stärker zusammendenken müssen.

Der Grundpfeiler dieser gemeinsamen Idee ist die Zentralisierung und Spezialisierung der Kliniken. Warum das so ist, möchte ich Ihnen an zwei zentralen Aspekten erläutern.

Seit der Bundestagswahl sind die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte sehr stark in den Fokus geraten. Ich begrüße das Anliegen der neuen Bundesregierung, sich mehr um die Rahmenbedingungen der Pflege zu kümmern. Doch alle Instrumente, die derzeit in der Diskussion sind, können erst dann wirklich erfolgreich sein, wenn die Grundlage stimmt. Und diese Grundlage sind qualitätsorientierte, zentralisierte Krankenhausstrukturen. Was Reinhard Busse in seinen Ausführungen über die ausreichende Abdeckung der Kliniken mit Kardiologen erläutert hat, gilt auch für das Pflegepersonal. Wir haben nicht genügend Personal, um alle heute existierenden Klinikstandorte so auszustatten, dass sinnvolle Personalanhaltszahlen oder Personaluntergrenzen gut umgesetzt werden können. Dieses Personal wird auch nicht kurzfristig auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sein, egal ob es 8.000 oder 80.000 sind.

Auch die faire Bezahlung der Pflegekräfte ist ein wichtiges Anliegen. Die Pläne der neuen GroKo für den Weg dorthin sehe ich jedoch kritisch. Die Krankenkassen leisten schon heute eine ausreichende Gegenfinanzierung sowohl des Personalbedarfes als auch der Tarifsteigerungen für die Beschäftigten. Nun könnten rund 18 Milliarden Euro aus dem Vergütungssystem ausgegliedert werden. Dadurch würde ein Rückfall in ein Selbstkostendeckungsprinzip drohen. Doch damit würde sich weder die Personalausstattung verbessern noch die Behandlung für die Patienten insgesamt. Außerdem hätten die Tarifpartner keinerlei Verhandlungsdruck mehr, denn die Krankenkassen – und damit letztlich die Versicherten – müssten jede noch so hohe Zeche zahlen.

Was wir dringend brauchen, ist mehr Transparenz darüber, welche Gelder der Krankenhausfinanzierung für das Pflegepersonal gedacht sind und ob diese Gelder auch an den richtigen Stellen ankommen. Um dieses Mehr an Transparenz zu erhalten, darf das bewährte System der Fallpauschalen und seine wichtige Steuerungsfunktion nicht als Ganzes in Frage gestellt werden. Denn das Heraustrennen der Pflegekosten aus den DRGs weckt weitere Begehrlichkeiten. So lautete jüngst die Forderung der Ärztekammer Nordrhein, auch die Kosten für Ärzte aus den Fallpauschalen heraus zu nehmen.

Für eine zügige Umsetzung einer qualitätsorientierten, zentralisierten Krankenhausstruktur liegen genügend Fakten vor. Das haben erst heute wieder die Machbarkeitsanalysen des WIdO überzeugend dargestellt. Es sollte auch niemand vorschreiben, dass die Patienten diese Veränderungen nicht mittragen würden. Bei einer Befragung der AOK Hessen haben sich vor Kurzem 94 Prozent der Befragten für gesetzliche Mindestmengenregelungen ausgesprochen. Zugleich waren sie bereit, auch weitere Wege zu fahren, um in entsprechend spezialisierte Krankenhäuser zu gelangen.

Zur Diskussion um zu verändernde Krankenhausstrukturen gehört auch die Frage, wie wir diesen Wandel finanziell begleiten können und müssen. Der für diesen Zweck eingeführte Strukturfonds soll laut Koalitionsbeschluss weitergeführt werden. Und das, obwohl sein Nutzen in der bisherigen Konstellation fragwürdig ist. Damit meine ich nicht die vielen kleineren Baustellen wie die fehlende Beteiligung der PKV oder dass viele Länder den Strukturfonds als eine Art Parallelförderung nutzen. Darum geht es mir im Kontext eines Zielbildes für eine qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft 2025 nicht primär. Wenn der Strukturfonds Wirkung entfalten soll, dann muss er finanziell adäquat ausgestattet werden. Dazu sind aber ganz andere Summen nötig als die eine Milliarde Euro jährlich. Nur zum Vergleich, Dänemark investiert in den Umbau seiner Krankenhauslandschaft bis zum Jahr 2025 rund 6,4 Milliarden Euro. Man kann die Entwicklungen nicht eins zu eins auf Deutschland übertragen, da das Land nur rund 5,7 Millionen Einwohner hat. Klar ist jedoch, dass wir ein Vielfaches von dem aufwenden müssten, was der Strukturfonds derzeit bereithält.

Für ein gemeinsames Zielbild 2025 können alle beteiligten Akteure also auf genügend Fakten zurückgreifen. Mit der Umsetzung müssen wir nicht mehr so lange warten, sondern jetzt loslegen.

## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (Wido)  
19. März 2018, Berlin

## Fotoauswahl zur Berichterstattung

Druckfähige jpg-Dateien zum kostenlosen Download im  
AOK-Bilderservice unter:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > [Presse](#) > [AOK-Bilderservice](#) > [Krankenhaus](#)

