

1 Reform des Gesundheitssystems in Finnland

Uwe K. Preusker

Das finnische Gesundheitssystem wird derzeit grundlegend reformiert. Zentrale Bestandteile dieses Reformpaketes sind

- die Neuordnung der Krankenhausversorgung mit einer verstärkten Zentralisierung der Akut- und Notfallversorgung sowie der Vorgabe von Mindestmengen,
- eine umfassende Gebietsreform mit der Verlagerung der Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung von den Kommunen auf neu einzurichtende Regionen,
- verstärkte Wahlmöglichkeiten in der ambulanten Grundversorgung sowie
- eine Reform der Finanzierung des Gesundheitssystems.

Während die Reform der Akut- und Notfallversorgung bereits in Kraft ist, befinden sich die übrigen Reformteile derzeit (Mitte 2018) noch in der Schlussphase der parlamentarischen Beratung.

Nachfolgend wird zunächst ein Überblick über das finnische Gesundheitssystem in seiner derzeitigen Gestalt gegeben. Anschließend werden dann die verschiedenen Reform-Bestandteile dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Reform der Akut- und Notfallversorgung, die insbesondere durch eine deutlich verstärkte Konzentration vor allem von spezialisierten Leistungen und durch die Vorgabe von im internationalen Vergleich hohen Mindestmengen gekennzeichnet ist.

1.1 Überblick über das finnische Gesundheitssystem

Die Zuständigkeit für das finnische Gesundheits- und Sozialsystem hat auf der gesamtstaatlichen Ebene das Ministerium für Gesundheit und Soziales

(Sociaali- ja Terveysministeriö). Ihm obliegt die Vorbereitung der entsprechenden Gesetzgebung, die gesamtstaatliche gesundheits- und sozialpolitische Planung sowie die Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Organisation und Funktion des Gesundheitssystems. Das Budget des Sozial- und Gesundheitsministeriums für das Jahr 2018 betrug rund 15 Milliarden Euro – knapp 27% des gesamten finnischen Staatshaushaltes. Die Gesundheitsausgaben lagen 2015 bei 9,3% des Bruttoinlandsproduktes; pro Kopf betragen die Ausgaben 4.033 US-Dollar PPP (OECD 2017).

Organisation und Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung in Finnland unterscheiden sich in einigen zentralen Aspekten vom deutschen Modell (vgl. zum gesamten Kapitel u. a. Preusker 2010, 2012 und 2014). So beruht die Versicherungspflicht auf dem Wohnsitzprinzip. Sie umfasst damit jeden im Lande gemeldeten Einwohner. Damit ist in Finnland – wie in allen anderen nord-europäischen Ländern auch – grundsätzlich jede im Lande gemeldete Person krankenversichert, unabhängig von ihrer Nationalität, einer Berufstätigkeit oder ihrem Einkommen.

Eine zentrale Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung stellt die geografische Ausgangssituation dar: Bei einer Einwohnerzahl von rund 5,5 Millionen Menschen ist Finnland flächenmäßig etwa so groß wie die Bundesrepublik Deutschland, und knapp 20 Prozent aller Einwohner leben in der Region rund um die Hauptstadt Helsinki. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 18,1 Einwohner pro Quadratkilometer, doch in den nördlichen und östlichen Landesteilen liegt sie weit niedriger (Tilastokeskus 2017).

1.1.1 Sicherstellungsauftrag und Finanzierung

Der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung liegt in Finnland derzeit noch bei den Kommunen und Kommunalzusammenschlüssen. Der Versorgungsauftrag ist entsprechend dieser Grundkonstruktion primär auf die Wohnbevölkerung der jeweiligen Kommune beschränkt. Die Kommunen gewährleisten die Versorgung meist durch Einrichtungen, deren Träger sie auch sind. Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und speziell Krankenhäusern stellt in Finnland bisher die Ausnahme dar. Dagegen werden mittlerweile zunehmend häufig Gesundheitsleistungen überregional ausgeschrieben und damit ein Preis- und Qualitätswettbewerb ausgelöst.

Mit dem Prinzip der Sicherstellung und der Eigentümerschaft der Gesundheitseinrichtungen durch die Gebietskörperschaften eng verbunden war lange Zeit die Beschränkung der Wahlfreiheit: Der Bürger konnte – bis auf Notfälle – im Prinzip medizinische Behandlung nur in den Einrichtungen der eigenen, für seine gesundheitliche Versorgung zuständigen Kommune nachsuchen. Dieses Grundprinzip des Zusammenfallens von Versorgungsauftrag und Leistungserbringung hat sich jedoch seit nunmehr rund 20 Jahren zunehmend verändert: Immer häufiger werden Leistungen gebietsüberschreitend ausgeschrieben, wobei auch private Leistungserbringer zugelassen wer-

den. Gleichzeitig hat die Wahlfreiheit der Bürger deutlich zugenommen, einerseits durch zeitliche Behandlungsgarantien, andererseits durch die gesetzlich gewährleistete Wahlfreiheit für den Ort der Behandlung.

Die Finanzierung des finnischen Gesundheitssystems erfolgt weit überwiegend über Steuern. Dabei gibt es eine hohe Übereinstimmung der finanziellen und gestalterischen Verantwortung: Die Kommune, die für die Sicherstellung und Erbringung der gesundheitlichen Versorgung zuständig ist (durch eigene Einrichtungen oder durch den Abschluss von Verträgen mit anderen, auch privaten Einrichtungen), hat auch das Recht zur Erhebung einer linearen Einkommenssteuer, über die ein großer Teil der Gesundheitsausgaben auf der Ebene der Kommune gedeckt wird. Der Steuersatz beträgt derzeit je nach Kommune zwischen 18 und 22,5% vom steuerbaren Einkommen. Zusätzlich zum eigenen Steueraufkommen erhalten die Kommunen nicht zweckgebundene Zuschüsse vom Zentralstaat, die vor allem am Sozialstatus und dem Altersaufbau der kommunalen Bevölkerung orientiert sind.

1.1.2 Ambulante primärärztliche Versorgung

Die ambulante primärärztliche Versorgung in Finnland ist Aufgabe der derzeit rund 140 Gesundheitszentren in der Trägerschaft von Kommunen oder kommunalen Zweckverbänden. In eigener Praxis niedergelassene Haus- bzw. Allgemeinärzte existieren dagegen nicht. In den Gesundheitszentren wird sowohl die ambulante primärärztliche Akutversorgung der Bevölkerung in leichten und mittelschweren Fällen übernommen, als auch die laufende Versorgung von chronisch Kranken sichergestellt. Dabei arbeiten in den Gesundheitszentren typischerweise Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte, in größeren Gesundheitszentren auch weitere Fachrichtungen. Darüber hinaus sind die Gesundheitszentren mit Pflegepersonal besetzt, das zum Teil auch Spezialisierung vor allem zur Versorgung chronisch Kranker aufweist (z.B. Diabetes- oder Herz-Kreislauf-Schwester). In den Gesundheitszentren werden auch Vorsorgemaßnahmen sowie Impfungen vorgenommen. Außerdem findet hier ambulante Rehabilitation statt. In vielen Kommunen sind die Gesundheitszentren außerdem auch für Präventionsangebote zuständig. Die gesundheitliche Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern dagegen erfolgt durch spezialisiertes Personal, das meist in Räumen arbeitet, die an Kindergärten angeschlossen sind.

Eine Besonderheit in der ambulanten primärärztlichen Versorgung stellt die betriebsmedizinische Versorgung dar. Etwa ein Drittel der Bevölkerung hat hierzu Zugang. Diese Möglichkeit wird dabei von den Berechtigten alternativ zur Versorgung durch die Gesundheitszentren genutzt.

1.1.3 Ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung

Die ambulante und stationäre fachärztliche Betreuung übernehmen im finnischen Gesundheitssystem die insgesamt 30 öffentlichen Krankenhäuser,

die vor allem in Südfinnland zum Teil über mehrere Standorte verfügen, und 5 Universitätskliniken. Zusätzlich verfügen 8 Gesundheitszentren auch über eine eigene Bettenabteilung; sie gelten als „von Gesundheitszentrums-Ärzten geführte Krankenhäuser“. Sie sind vor allem für solche Erkrankungsfälle vorgesehen, die zur Beobachtung bleiben müssen, aber nicht unmittelbar zur spezialisierten Weiterbehandlung an ein Krankenhaus überwiesen werden müssen. Immer wieder werden diese Betten aber auch genutzt, um Patienten vorübergehend unterzubringen, die aus der stationären Behandlung kommen und auf einen Pflegeplatz warten. Die Bettendichte in Finnland lag 2015 bei 3,05 Akutbetten/1.000 Einwohnern, die Anzahl der Krankenhaus-Entlassungen bei 166,2/1.000 Einwohnern (OECD 2017).

Ebenfalls an den Akutkrankenhäusern angesiedelt ist die Notfallversorgung in schwereren Fällen. Das Aufsuchen der fachärztlichen Ambulanz an einem Krankenhaus ist – bis auf akute, krankenhausbearbeitungsbedürftige Fälle – nur mit Überweisung eines Primärarztes möglich. In eigener Praxis niedergelassene Fachärzte existieren dagegen nicht. Es existiert daneben ergänzend die Möglichkeit, solche Fachärzte, die meist neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit in sogenannten Ärztezentren für einige Stunden pro Woche Privatprechstunden anbieten, auch direkt aufzusuchen.

Alle finnischen Kommunen müssen per Gesetz Mitglied in einem von insgesamt 20 Krankenhausbezirken sein. Diese Krankenhausbezirke sind Träger der öffentlichen Krankenhäuser im jeweiligen Bezirk. Die Mitglieds-Kommunen des Krankenhausbezirks beziehen die benötigten ambulanten und stationären fachärztlichen Leistungen vom Krankenhausbezirk, können aber auch über Ausschreibungen von anderen Krankenhausbezirken oder von den wenigen in Finnland tätigen privaten Kliniken Leistungen beziehen. Bei den Verhandlungen über Preis und Menge der benötigten Leistungen spielt der (im Normalfall ärztliche) Leiter der Gesundheitsversorgung in einer Kommune eine zentrale Rolle. Er ist nicht nur verantwortlich für die Gesundheitszentren der Kommune, sondern auch für den Einkauf der benötigten spezialärztlichen Leistungen für die Bevölkerung der eigenen Kommune.

Zusätzlich zu den regionalen Krankenhäusern verfügt Finnland über 5 Universitätskliniken, die für die Ausbildung und einen großen Teil der Spezialisierung der Ärzte und weiterer Gesundheitsberufe zuständig sind. An den Universitätskliniken wird bereits seit längerer Zeit die Versorgung besonders seltener und schwieriger Erkrankungen und Verletzungen zunehmend konzentriert – ein Trend, der durch die gegenwärtige Reform deutlich verstärkt wird.

Im finnischen Gesundheitssystem ist es seit Mitte der 90er-Jahre zu einer deutlichen Verlagerung von ambulant und tagesklinisch durchführbaren Operationen und Behandlungen in den ambulanten bzw. tagesklinischen Bereich gekommen. Dazu sind an vielen Krankenhäusern spezifische ambulante Operationszentren sowie Tageskliniken eingerichtet worden. So ist die Anzahl der ambulanten Operationen in Finnland zwischen 1997 und 2006 von 77.000 auf

171.000 angestiegen. 2006 wurden 40% aller chirurgischen Eingriffe als Tageschirurgie realisiert (Vuorenkoski 2008). Die Entwicklung der ambulant durchgeführten Katarakt-Operationen und Tonsillektomien in Finnland seit dem Jahr 2000 zeigt, wie stark diese Verlagerung sich auch nach den 90er-Jahren fortsetzte. So ist der Anteil der ambulanten Kataraktoperationen in Finnland von gut 80% (2000) auf 98,7% in 2015 gestiegen. Tonsillektomien wurden im Jahr 2000 noch zu nahezu 90% stationär ausgeführt; heute beträgt der Anteil der ambulant durchgeführten Tonsillektomien 86,3% und liegt damit im OECD-Vergleich am höchsten von allen einbezogenen Ländern (OECD 2017). Gefördert wurde dies u. a. über die Möglichkeit der Vergütung ambulant durchgeführter Operationen durch Fallpauschalen im Rahmen des finnischen DRG-Systems.

Neben den öffentlichen Krankenhäusern und Universitätskliniken existiert in Finnland eine Reihe meist kleinerer privater Krankenhäuser, die jedoch keine Akutkrankenhäuser sind, sondern auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen bzw. die Durchführung elektiver Operationen spezialisiert sind.

1.1.4 Nutzung von Gesundheitstelematik

Die umfassende Nutzung der Gesundheitstelematik gilt in Finnland angesichts der Flächenausdehnung und der niedrigen Bevölkerungsdichte als ein zentrales Instrument zur Erhöhung der Effizienz der Gesundheitssysteme. Zentraler Bestandteil der Gesundheitstelematik ist die ambulant-stationäre elektronische Patientenakte. Sie beschränkt sich auf wichtige Kerninhalte und wird inzwischen flächendeckend in allen ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen genutzt – unabhängig davon, ob die Einrichtungen in öffentlicher oder privater Trägerschaft betrieben werden. Die gemeinsamen Inhalte und eine von allen genutzte Struktur der Daten für die elektronische Patientenakte wurden durch eine vom Gesundheitsministerium berufene Kommission festgelegt, in der Vertreter der Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens saßen. Zur Austauschbarkeit der Daten zwischen den unterschiedlichen regionalen Lösungen wurden zwischen Vertretern der Behörden, Einrichtungen des Gesundheitswesens und der IT-Unternehmen Schnittstellen festgelegt, die von allen EPA-Lösungen genutzt werden müssen. Die landesweite Archivierung der Patientendaten wird seit 2012 von allen öffentlichen und privaten Erbringern von Gesundheitsleistungen sowie den Apotheken genutzt. Dabei ist sowohl für die Datenspeicherung als auch den Datenaustausch jeweils die Zustimmung der Patienten erforderlich. Diese Zustimmung muss jährlich erneuert werden.

Weiterer Teil der eHealth-Strategie war eine von öffentlichen Stellen landesweit sichergestellte Infrastruktur für verschiedene Teilbereiche: So ist das nationale finnische Institut für Gesundheit und Wohlfahrt (THL) für die Bereitstellung eines Code Servers zuständig, der als Open Source die jeweils

aktuellen Versionen aller im Gesundheitswesen verwendeten Kodier- und Klassifikationssysteme bereitstellt. Außerdem gibt es ein System zur eindeutigen Identifikation von Dokumenten, elektronischen Patientenakten, Personen und Institutionen (ISO-OID – Object Identifier). Die eindeutige digitale Identifikation der im Gesundheitswesen Beschäftigten dagegen ist Aufgabe der finnischen Rechtsschutzzentrale für das Gesundheitswesen (TEO). Das landesweite finnische eRezept startete bereits 2008. Pro Jahr werden heute etwa 50 Millionen eRezepte ausgestellt.

1.2 Neuordnung der öffentlichen Krankenhausversorgung

Wichtiger Teil der Gesamtreform ist eine vollständige Neuordnung der öffentlichen Krankenhausversorgung, die im Dezember 2016 verabschiedet wurde und Anfang 2018 vollumfänglich in Kraft getreten ist. Als Übergangszeit gilt das Jahr 2018. Die Reform umfasst drei zentrale Teilbereiche:

1. eine Neuordnung der Notfallversorgung
2. die Konzentration von dezidierten hochspezialisierten Leistungen in einzelnen oder allen Universitätskliniken
3. die Vorgabe von Mindestmengen vor allem in den Bereichen Gelenkersatzchirurgie, Rückenchirurgie und Krebschirurgie

Basis aller drei Teil-Reformen sind Gutachten von aus den jeweiligen Fachbereichen stammenden Medizinern, die jeweils entsprechende Empfehlungen für den von ihnen bearbeiteten Teilbereich abgegeben haben (Ilkka et al. 2016; Huusko 2017; Virolainen u. Pesola 2017; Haapiainen et al. 2017; Konki u. Laine 2017).

1.2.1 Reform der Notfallversorgung

Konkret wird durch die Reform der Notfallversorgung die Zahl der Krankenhäuser in Finnland, die eine umfassende 24-Stunden-Notfallbereitschaft in allen dort vertretenen Fachabteilungen an sieben Tagen in der Woche bereithalten (oberste Stufe der neuen dreistufigen Notfallversorgung), von bisher 40 auf nur noch 12 Krankenhäuser verringert werden. Damit wird ein Trend fortgesetzt, der bereits längere Zeit erkennbar ist. So gab es in Finnland Anfang 2014 noch 60 und Anfang 2017 nur noch 40 rund um die Uhr besetzte Krankenhaus-Notfallaufnahmen (Valtioneuvosto Liite 2017).

Die genauen Rahmenbedingungen für diese Krankenhäuser mit einem umfassenden Notfall-Bereitschaftsdienst (Finnisch: laaja ympärivuorokautinen päivystys) beinhaltet eine Verordnung des finnischen Ministerrates vom 24.08.2017, die zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist (Valtioneuvoston asetus 24.08.2017/583). Nach § 4 dieser Verordnung müssen diese Kliniken mindestens über die folgenden Fachabteilungen verfügen:

- Notfallmedizin
- Anästhesie und Intensivmedizin
- Gastro-Chirurgie
- Kardiologie
- Kinderheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Neurologie
- Orthopädie und Traumatologie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Innere Medizin
- Allgemeinmedizin

Zusätzlich wird dort bestimmt, dass in allen genannten Fachbereichen die umfassende Bereitschaft zur Notversorgung rund um die Uhr sowohl personell als auch von der Raum- und Geräteausstattung her gewährleistet sein muss. Zur personellen Bereitschaft zur Notversorgung gehört u. a. ein fachärztlicher Bereitschaftsdienst. In allen operativen Fachabteilungen muss eine 24-Stunden-OP-Bereitschaft vorgehalten werden. Zu diesen Kliniken mit einem umfassenden Notfall- und Bereitschaftsdienst gehören die fünf finnischen Universitätskliniken (Helsinki, Kuopio, Oulu, Tampere ja Turku), die jeweils über mehr als 20 Fachabteilungen verfügen, sowie 7 Zentralkrankenhäuser (Finnisch: keskussairaala; es handelt sich um die Zentralkrankenhäuser Joensuu, Jyväskylä, Lahti, Lappeenranta, Pori, Seinäjoki und Rovaniemi).

Die übrigen öffentlichen Krankenhäuser müssen ihr Notfall-Versorgungsangebot dagegen einschränken oder sogar einstellen. Weitere acht Zentralkrankenhäuser (Hämeenlinna, Kajaani, Kemi, Kokkola, Kotka, Mikkeli, Savonlinna und Vaasa) müssen nach den Festlegungen in der Verordnung des finnischen Ministerrates als zweite der insgesamt drei Notfallversorgungs-Stufen weiterhin eine 24-Stunden-Notaufnahme anbieten, die allerdings fachübergreifend ausgestaltet werden soll (Finnisch: ympärivuorokautinen yhteispäivystys). Zu den dort weiterhin vorhandenen Fachabteilungen gehört in allen acht Kliniken auch die Allgemein Chirurgie. Allerdings sollen Operationen während der Nacht und an Wochenenden hier nur in unabweisbaren Notfällen ausgeführt werden; in allen anderen Fällen sind die Patienten umgehend an eines der zwölf Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe zu verlegen. Alle übrigen öffentlichen finnischen Krankenhäuser werden verstärkt mit rehabilitativen Aufgaben und zum Teil mit der ambulanten Notfallversorgung nachts und an Wochenenden (Teil der dritten Notfallversorgungs-Stufe) betraut, eine operative Tätigkeit ist ihnen zukünftig nicht mehr möglich. Die ambulante Notfallversorgung an Werktagen tagsüber ist dagegen Aufgabe der Gesundheitszentren. In den Regionen, in denen durch diese massive Konzentration des Krankenhaus-Versorgungsangebotes vor allem nachts und an Wochenenden zu lange Anfahrtswege entstehen würden, werden ausgesuchte

regionale Krankenhäuser und Gesundheitszentren ebenfalls eine vergleichbare 24-Stunden-Bereitschaft anbieten können. Dies trifft vor allem für Nord- und Ostfinnland zu. Solche Ausnahmen bedürfen jedoch im Einzelfall der Genehmigung durch das finnische Gesundheits- und Sozialministerium.

Ergänzt wird das neue Notfall-System durch insgesamt rund 500 Erste-Hilfe-Versorgungsangebote. Dabei handelt es sich um mit Rettungssanitätern bemannte Rettungsfahrzeuge sowie 5 Rettungshubschrauber, die über die landesweit arbeitenden Notrufzentralen erreichbar sind. Ihre Aufgabe ist es auch, Notfälle, bei denen sich ein spezialisierter Behandlungsbedarf zeigt oder die nachts bzw. am Wochenende operiert werden müssen, in eine der Kliniken der höchsten Versorgungsstufe zu bringen. Außerdem sieht die Neuordnung vor, in ausgewählten Gesundheitszentren des Landes den Nacht- und Wochenend-Bereitschaftsdienst für ambulante Notfälle deutlich auszuweiten.

1.2.2 Konzentration von besonders seltenen und aufwendigen Leistungen an Universitätskliniken

Die Konzentration von besonders seltenen und aufwendigen Leistungen an Universitätskliniken wird in einer weiteren Verordnung des finnischen Ministerrates geregelt (Valtioneuvoston asetus 24.8.2017/582). Danach müssen Operationen bzw. Behandlungen mit einer jährlichen Fallzahl von bis zu 50 Fällen an einem oder einigen der 5 Universitätskliniken konzentriert werden. Außerdem müssen dort 14 in der Verordnung dezidiert genannte weitere Operationen bzw. Behandlungen konzentriert werden. Dazu gehören unter anderem auch die folgenden Operationen bzw. Behandlungen:

- Rückenmarks-Verletzungen
- anspruchsvolle Leberchirurgie
- HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie),
- anspruchsvolle Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- umfassende operative Sarkom-Behandlung
- Gelenkersatz bei Hämophilie-Patienten

Die Krankenhausbezirke mit Universitätskliniken werden dabei verpflichtet, untereinander vertraglich zu regeln, in welchen der fünf Universitätskliniken welche der Behandlungen zukünftig durchgeführt werden. Dem Universitätsklinikum Helsinki werden außerdem u. a. die gesamte Transplantationschirurgie, die Behandlungen von schwer und schwerst Brandverletzten sowie die offene Herzchirurgie an Kindern sowie Neugeborenen übertragen.

Operationen und Behandlungen mit einer Fallzahl von bis zu maximal 200 pro Jahr werden nach der Verordnung an allen fünf Universitätskliniken konzentriert. Hier werden zusätzlich auch die Neurochirurgie, die Leberchirurgie, Operationen am offenen Herzen, anspruchsvolle Krebschirurgie, Rheumachirurgie, anspruchsvolle Rückenchirurgie sowie weitere 15 Behandlungs-/ Operationsverfahren konzentriert.

1.2.3 Konzentration von Leistungen aufgrund von Mindestmengen

In der gleichen Verordnung des finnischen Ministerrates finden sich auch die Vorschriften zur Konzentration von Leistungen durch die Vorgabe von Mindestmengen (s. Tab. 1). Danach muss die Gelenkersatzchirurgie für Knie- und Hüftgelenke an Krankenhäusern konzentriert werden, die mindestens 600 Gelenkersatz-Fälle pro Jahr behandeln, davon 300 Kniegelenke und 300 Hüftgelenke. Für die Schultergelenkersatzchirurgie schreibt die Regelung eine Mindestmenge von 40 pro Jahr vor. Zusätzlich wird für Wiederholungsoperationen für alle drei Gelenkersatz-Bereiche zusammen eine Mindestmenge von 100 Fällen pro Jahr vorgeschrieben.

Für die Rückenchirurgie gibt die Verordnung eine Mindestmenge von 150 Fällen pro Jahr und Krankenhaus sowie 50 Operationen pro operierendem Arzt/Jahr vor. Im Bereich der Krebschirurgie gelten danach die folgenden Mindestmengen pro Krankenhaus: primäre Brustkrebsoperationen 150/Jahr, Dickdarm-, Nieren-, Operation von papillären und follikulären Schilddrüsenkarzinomen, Endometriumkrebs sowie radikale Protatektomie jeweils 70/Jahr.

Bereits 2014 ist in Finnland in der Geburtshilfe eine Mindestmenge von 1.000 Geburten pro Jahr in Kraft getreten. Für eine Übergangszeit kann das Sozial- und Gesundheitsministerium allerdings Ausnahmegenehmigungen für das Weiterbestehen von Geburtshilfe-Abteilungen erteilen. Im Jahr 2017 gab es in Finnland insgesamt 50.155 Geburten in 25 Geburtskliniken. Von diesen Geburtskliniken wiesen 18 mehr als 1.000 Geburten und 4 knapp 1.000 Geburten auf (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2018). In diesen vier Fällen bezog sich die Ausnahmegenehmigung auf die absehbare Erreichung der Mindestmenge von 1.000 Geburten. Bei den übrigen 3 Geburtskliniken handelt es sich

Tab. 1 In Finnland seit Anfang 2018 geltende Mindestmengen (Quelle: Valtioneuvoston asetus 24.8.2017/582 sowie Valtioneuvoston asetus 24.8.2017/583)

Operation/Behandlung	Mindestmenge pro Jahr und Krankenhaus
Gelenkersatz Knie und Hüften	600 (300 Knie, 300 Hüften)
Gelenkersatz Schulter	40
Gelenkersatz Wiederholungsoperationen	100
Rückenchirurgie	150 (50/operierendem Arzt)
Primäre Brustkrebschirurgie	150
Dickdarm-, Nieren-, Operation von papillären und follikulären Schilddrüsenkarzinomen, Endometriumkrebs sowie radikale Protatektomie	70
Geburten*	1.000

* Die Mindestmenge für Geburten gilt bereits seit 2014.

um solche Kliniken, die aufgrund von Lage oder Entfernung zeitlich begrenzte Sondergenehmigungen erhalten haben.

1.2.4 Sozial-Notfalldienst

Zusätzlich zu den gravierenden Veränderungen im Krankenhaus-Bereich müssen an den Kliniken gemäß der Reform auch Bereitschaftsdienste für soziale Notfälle eingerichtet werden. Für die Einrichtung dieser Notfall-Bereitschaftsdienste, zum Beispiel für Hilfe in akuten Krisensituationen, bei familiärer Gewalt oder akuten Problem- und Gefahrensituationen für Kinder und Jugendliche sowie bei akuten Alkohol- und Drogenproblemen, waren bisher die Kommunen als Träger der Sozialhilfe und -fürsorge zuständig. Hierfür müssen nun 24-Stunden-Bereitschaften an den Krankenhäusern vorgehalten werden. Ziel dieser Zusammenführung ist es vor allem, die Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialbereich gezielt für alle diejenigen zu verbessern, bei denen sowohl gesundheitliche wie soziale Probleme existieren beziehungsweise ein direkter Zusammenhang zwischen beiden besteht.

1.2.5 Ziele der Krankenhaus-Reform sowie Diskussion

Insgesamt soll nach der Umsetzung der Neuordnung die Hälfte der finnischen Bevölkerung ein Krankenhaus mit der höchsten Notfall-Stufe in weniger als 30 Minuten erreichen können, und 80 Prozent der Bevölkerung in weniger als 50 Minuten. Ziel der Reform ist es einerseits, durch eine verstärkte Konzentration von spezialisierten Leistungen in den fünf Universitätskliniken und den weiteren sieben Krankenhäusern der Maximalversorgung die Qualität insgesamt weiter zu erhöhen. Als Beispiele werden hier u.a. operative Eingriffe etwa bei Brust- oder Prostatakrebs genannt, die heute noch in insgesamt 30 Kliniken in zum Teil sehr geringer Zahl ausgeführt und zukünftig deutlich stärker konzentriert werden sollen. Ein weiteres Ziel der Reform ist die Sicherung einer ausreichenden Zahl an spezialisiertem Fachpersonal. Hier geht die finnische Regierung davon aus, dass dies bei einer stärkeren Konzentration von Leistungen an wenigen Standorten besser zu realisieren ist. Zusätzlich sollen – vor allem durch die Konzentration operativer Leistungen in der Nacht und an Wochenenden – auch deutliche Einsparungen erreicht werden, die bis zum Jahr 2020 auf jährlich bis zu 350 Millionen Euro geschätzt werden.

Die Diskussion um diese tiefgreifende Neuordnung der Krankenhausversorgung war in Finnland kaum kontrovers. Kommunen, in deren Gebiet sich Krankenhäuser befanden, die nach der Reform über deutlich eingeschränkte Leistungsangebote verfügen, haben vor allem auf die Gefahr hingewiesen, dass es hier zukünftig schwerer sein könnte, ausreichend Personal zu rekrutieren. Grundsätzliche Einwendungen oder gar Bürgerproteste gab es dagegen so gut wie nicht. Der einzige echte Streitpunkt bei der abschließenden Beratung der Krankenhaus-Reform Mitte Dezember 2016 im finnischen Parlament

war dagegen die Bereitstellung aller sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen in schwedischer Sprache. Konkret ging es darum, ob mindestens eines der zwölf Maximalversorger-Kliniken nicht in einem überwiegend schwedischsprachigen Gebiet liegen müsste oder aber das dortige Krankenhaus – konkret ging es um Vaasa an der finnischen Westküste – auch zukünftig als Maximalversorger tätig werden kann. Doch die Mehrheit im Parlament befürwortete den Vorschlag der Regierung, nach dem die Versorgung der schwedischsprachigen Bevölkerung in ihrer Muttersprache durch ausreichend schwedischsprachiges Personal am Krankenhaus der Maximalversorgung im nächstgelegenen Seinäjoki sicherzustellen.

1.3 Gebiets- und Finanzierungsreform

Die parallel zur Krankenhausreform geplante Gebiets- und damit einhergehende Finanzierungsreform sowie die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten für die Patienten vor allem in der ambulanten primärärztlichen Versorgung befinden sich derzeit noch in der Endphase der parlamentarischen Beratung. Mit der Verabschiedung dieses Teils des Reformpaketes wird im Spätherbst 2018 gerechnet; das Inkrafttreten ist dann schrittweise ab Anfang 2021 vorgesehen.

1.3.1 Gebietsreform

Im Rahmen einer umfassenden Gebietsreform soll die Zuständigkeit für die Gesundheits- und Sozialversorgung von den Kommunen auf größere regionale Einheiten vollzogen werden. Hintergrund ist insbesondere die unterschiedliche Größe der Kommunen in Finnland, die von 635.000 Einwohnern (Helsinki) bis zu knapp 1.000 Einwohnern reicht. Damit ist das Problem verbunden, dass kleinste und kleine Kommunen selbst im Rahmen kommunaler Kooperationen nicht eine bevölkerungsmäßige Größenordnung erreichen, die eine sinnvolle und vor allem finanziell tragfähige Basis für die gesamte gesundheitliche und soziale Versorgung darstellt.

Gelöst werden soll dieses Problem durch die Einrichtung von 18 Regionen (finnisch: maakunta), die ab Anfang 2021 anstelle der derzeit noch gut 300 Kommunen in Finnland die gesundheitliche und soziale Versorgung ihrer Bevölkerung sicherstellen sollen. Im Zuge der Gebietsreform werden insgesamt rund 220.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialbereich von den Kommunen zu den neuen Regionen wechseln. Die meisten dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren bisher bei den Kommunen oder den 20 Krankenhausbezirken beschäftigt. Sie wechseln spätestens nach einer Übergangszeit bis Ende 2022 zu den neuen Regionen und werden dort mit allen ihren erworbenen Rechten und Pflichten weiterbeschäftigt.

Im Zuge der Reform werden auch viele Gesundheits- und Sozialimmobilien, die sich bisher im Besitz der Kommunen und der Krankenhausbezirke befin-

den, auf die Regionen übergehen oder von diesen angemietet werden. Da die Krankenhausbezirke zum Ende des Jahres 2020 aufgelöst werden, wird deren gesamter Immobilienbesitz in das Eigentum der neuen Regionen überführt. Immobilien, die sich im Besitz der Kommunen befinden und von diesen für die Gesundheitsversorgung, für soziale Aufgaben und den Rettungsdienst genutzt wurden, verbleiben im Besitz der Kommunen, werden aber von den Regionen für eine Mindestdauer von drei Jahren angemietet. Nach Ende dieser Übergangszeit entscheiden die Regionen, ob sie diese von den Kommunen angemieteten Immobilien weiter nutzen.

Die Aufgaben der zukünftigen finnischen Regionen

Die neuen 18 Regionen werden ab Anfang 2021 vor allem für ein umfassendes Aufgabenspektrum im Bereich der Gesundheits- und Sozialversorgung zuständig sein. Dazu gehören insbesondere:

- ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung
- zahnärztliche Versorgung
- psychiatrische und psychosomatische Betreuung
- Versorgung von Suchtkranken
- Kinder- und Jugendlichen-Fürsorge
- Behindertenfürsorge
- Altenpflege
- Hauspflege
- Umweltschutz
- Krankentransport und Rettungsdienst

Dabei obliegt den Regionen vor allem die Sicherstellung der Versorgung in diesen Zuständigkeitsbereichen. Die Erbringung der Leistungen dagegen kann durch eigene Einrichtungen oder aber durch private und freigemeinnützige Leistungserbringer erfolgen. Werden nicht nur eigene Einrichtungen genutzt, müssen die Leistungen für alle Anbieter in einem offenen Verfahren ausgeschrieben werden. In bestimmten Teil-Leistungsbereichen mit Wahlfreiheit – so etwa der ambulanten medizinischen Grundversorgung sowie der zahnmedizinischen Versorgung – müssen in jedem Fall auch private und freigemeinnützige Leistungserbringer zugelassen werden, wenn sie die gesetzlich festgelegten qualitativen und strukturellen Anforderungen erfüllen.

1.3.2 Reform der Finanzierung

Mit dem Stichtag 1. Januar 2021 fallen durch die Reform für die Kommunen rund 17,7 Milliarden Euro an Netto-Kosten weg, die bisher zu zwei Dritteln über die kommunale Einkommen- und Gewerbesteuer finanziert wurden. Um eine massiv steigende Steuerlast der Bevölkerung und der Unternehmen zu verhindern, werden parallel die kommunale Einkommensteuer um 60 Prozent und die Gewerbesteuer um 40 Prozent gesenkt und die zentralen Steuern des

finnischen Staates entsprechend nach oben angepasst. Außerdem werden knapp sechs Milliarden Euro staatliche Zuschüsse, die bisher an die Kommunen flossen, zukünftig zur direkten Finanzierung der Gesundheits- und Sozialversorgung durch die neu zu schaffenden 18 Regionen verwendet. Diese erhalten auf Basis des Bedarfs ihrer Bevölkerung, korrigiert vor allem gemäß Altersquotient sowie Krankheits- und Sozillast, jährlich Budgetmittel durch den finnischen Staat zugewiesen. Über die konkrete Verwendung der staatlichen Zuwendungen entscheiden – auf Basis der gesetzlichen Rahmenbedingungen – die Regionalparlamente und Regionalregierungen, die ihre Tätigkeit nach entsprechenden Wahlen im Frühjahr 2019 aufnehmen. Zusätzlich fließen die Gelder aus der – in Finnland recht hohen – Selbstbeteiligung im Gesundheitssystem, die für etwa 20 Prozent der gesamten Gesundheitskosten steht, direkt an die Regionen.

Im Krankenhausbereich wird es bei der bisherigen Vergütung auf der Basis des finnischen DRG-Systems bleiben. Anders als das deutsche G-DRG-System bietet das finnische System allerdings auch bisher schon die Möglichkeit der Verhandlung über die Höhe der Fallpauschalen zwischen Krankenhaus und Finanzierer – also zukünftig den Regionen. Hinzu kommen Mengenrabatte, die ebenfalls bisher schon Teil der Vergütungsvereinbarungen waren.

1.3.3 Ausweitung der Wahlmöglichkeiten

Ebenfalls Teil der umfassenden Reform werden ausgeweitete Wahlmöglichkeiten der Patienten in der ambulanten primärärztlichen Grundversorgung und bei einem Teil der Sozialleistungen sein. Vorgesehen ist, dass neben den öffentlichen Gesundheitszentren ab Anfang 2023 auch private und freigemeinnützige Anbieter von den Patienten frei wählbar sind. Allerdings wird dieses System nicht dem deutschen Modell der niedergelassenen Hausärzte entsprechen, sondern sich auf Einheiten beziehen, in denen neben in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten auch Krankenschwestern und -pfleger, Physiotherapeuten sowie möglicherweise weitere Gesundheitsberufe und Sozialarbeiter tätig sind. Solche Einheiten für die medizinische Grundversorgung werden dann nach gesetzlich festgelegten qualitativen Grundsätzen zugelassen werden. Das neue Vergütungssystem für die ambulante Primärversorgung soll aus verschiedenen Bestandteilen bestehen, zu denen eine Kopfpauschale pro eingeschriebenem Patienten gehören wird, aber auch Leistungskomplexpauschalen sowie – vor allem für Leistungen aus dem Bereich Gesundheitsschutz und -förderung wie etwa Impfungen – feste Einzelleistungs-Pauschalen.

Für die zahnärztliche Versorgung gilt im neuen System ab Anfang 2023 ebenfalls der Grundsatz der freien Wahl des Anbieters. Zugelassen werden – unabhängig von ihrer Trägerschaft – alle zahnärztlichen Versorger, die ein bestimmtes festgelegtes Mindestspektrum an zahnärztlichen und prothetischen Leistungen erbringen. Die Patienten können dann für ihre Versorgung unter allen zugelassenen Leistungserbringern in Finnland wählen.

1.4 Diskussion

Die finnische Reform der Notfallversorgung, die Konzentration vieler hochspezialisierter Leistungen an den Universitätskliniken und vor allem die Vorgabe hoher Mindestmengen vor allem in der Orthopädie, der Krebschirurgie und der Geburtshilfe nimmt auch international eine Sonderstellung ein. Gestützt sind die Entscheidungen hierzu durchweg auf Gutachten von medizinischen Fachleuten, die in der finnischen medizinischen Fachwelt eine breite Zustimmung erfahren haben, zumal die bisherigen Erfahrungen mit bereits vollzogenen Konzentrationsschritten auch zu qualitativ guten Ergebnissen geführt haben. So lag etwa die Säuglingssterblichkeit in Finnland 2015 bei 1,7/1.000 Lebendgeborenen, die Sterblichkeit aufgrund von Krebs bei 172,3/100.000 Einwohnern und die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs bei 88,5% (OECD 2017) und damit in der OECD-Statistik jeweils mit in der Spitzengruppe. Bei der Abwägung zwischen Erreichbarkeit und Qualität wird der Qualität im finnischen Gesundheitssystem ein klarer Vorrang eingeräumt. Bezogen auf die finnische Bevölkerung bedeutet die Konzentration auf die 20 Krankenhäuser der beiden höchsten Notfall-Bereitschaftsstufen eine Versorgungsdichte von einem Krankenhaus pro 275.000 Einwohner. Wie oben bereits ausgeführt, wird nach der Umsetzung der Neuordnung die Hälfte der finnischen Bevölkerung ein Krankenhaus mit der höchsten Notfall-Stufe in weniger als 30 Minuten und 80 Prozent der Bevölkerung in weniger als 50 Minuten erreichen können. In den so erreichbaren Krankenhäusern ist dann aber eine durchgehende Versorgung durch Fachärzte sichergestellt. Denn zu den Anforderungen gehört ein fachärztlicher Bereitschaftsdienst nachts und an Wochenenden in den Krankenhäusern mit einem umfassenden Notfall-Bereitschaftsdienst, der seinerseits durch die Konzentration von hochspezialisierten Leistungen an diesen Krankenhäusern sichergestellt werden soll.

Eine rein rechnerische Übertragung der jetzt in Finnland an die Notfallversorgung gestellten Anforderungen in den beiden obersten Versorgungsstufen und der durch sie versorgten Bevölkerung würden ein Netz von 300 Notfall-versorgenden Krankenhäusern in Deutschland ergeben. Legt man die Berechnungen von Augurzky et al. (Augurzky 2014) zur Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit zugrunde, kommt man mit 350 Standorten in Deutschland zu einem ähnlichen zahlenmäßigen Ergebnis.

Die Übertragung der auf der Mindestmenge von 1.000 Geburten pro Geburtsklinik und Jahr beruhenden durchschnittlichen Geburtenzahl der 25 finnischen Geburtskliniken (2.006 Geburten/Klinik im Jahr 2017; eigene Berechnungen sowie Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2018) würde für Deutschland auf der Grundlage der statistischen Daten für 2016 (761.777 Entbindungen; Destatis 2017) ein Netz von insgesamt knapp 380 Geburtskliniken bedeuten. Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes gab es in Deutschland im Jahr 2016 noch insgesamt 690 Krankenhäuser, in denen Geburten stattfanden (Destatis 2017).

In eine ähnliche Richtung würde eine Übertragung der Mindestmengen bei Hüft- und Kniegelenk-Endoprothesen gehen. Legt man die finnischen Daten und die durch die aktuelle Reform vorgenommene Konzentration zugrunde (20.607 Hüft- und Kniegelenks-Implantationen im Jahr 2016/Konzentration auf max. 20 Krankenhäuser mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.030 Hüft- und Kniegelenkersatz-Operationen; eigene Berechnungen sowie Valtioneuvosto Liite 2017), ergibt dies für Hüft- und Kniegelenk-Endoprothetik in Deutschland auf der Grundlage der statistischen Daten von 2016 (233.424 Hüftgelenk-Endoprothesen; 187.319 Kniegelenk-Endoprothesen; Destatis 18.07.2018) insgesamt 408 Krankenhäuser, die bei einer Übertragung der finnischen Rahmendaten noch zur Versorgung berechtigt wären.

Die Anhebung von Mindestmengen auf das finnische Niveau würden also im Ergebnis zu einer deutlichen Verringerung der Anzahl, gleichzeitig aber zu einer deutlich stärkeren Konzentration der Versorgung in den genannten Bereichen führen.



Take home messages

- *Die aktuelle Reform des finnischen Krankenhaussystems zielt vor allem auf eine stärkere Konzentration und Spezialisierung von Leistungen. Vor allem die für die Erreichung dieser Ziele genutzten Vorgaben hoher Mindestmengen insbesondere in der Orthopädie, der Krebschirurgie und der Geburtshilfe nimmt auch international eine Sonderstellung ein. So gelten etwa für die Knie- und Hüftgelenkersatz-Chirurgie Mindestmengen von zusammen 600 Hüft- und Kniegelenkersatz-Fällen pro Jahr und Krankenhaus, und in der Geburtshilfe sind 1.000 Geburten/Jahr und Geburtsklinik als Mindestmenge in Kraft.*
- *Besonders seltene bzw. aufwendige Leistungen werden durch die Reform an den Universitätskliniken des Landes konzentriert.*
- *Auch die stationäre Notfallversorgung nachts und an Wochenenden wird durch die Reform auf wenige hochspezialisierte und sehr gut ausgerüstete Krankenhäuser konzentriert. Diese müssen über ein breites Spektrum an Fachabteilungen sowie über einen fachärztlichen Bereitschaftsdienst 24/7 einschließlich OP-Bereitschaft in den vertretenen operativen Fachabteilungen verfügen. Bezogen auf die finnische Bevölkerung bedeutet die Konzentration auf die 20 Krankenhäuser der beiden höchsten Notfall-Bereitschaftsstufen eine Versorgungsdichte von einem Krankenhaus pro 275.000 Einwohner.*
- *Ziel der Gesamtreform ist es einerseits, durch eine verstärkte Konzentration von spezialisierten Leistungen in den fünf Universitätskliniken und den weiteren sieben Krankenhäusern der Maximalversorgung die Qualität insgesamt weiter zu erhöhen. Weiteres Ziel der Reform ist die Sicherung einer ausreichenden Zahl an spezialisiertem Fachpersonal. Hier geht die finnische Regierung davon aus, dass dies bei einer*

stärkeren Konzentration von Leistungen an wenigen Standorten besser zu realisieren ist. Bei der Abwägung zwischen Qualität und Erreichbarkeit von gesundheitlichen Versorgungsangeboten wird der Qualität eindeutig Vorrang eingeräumt.

Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Straub N, Veltkamp C (2014) Krankenhausplanung 2.0. RWI Essen
- Destatis (2017) Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Wiesbaden
- Destatis (2018) Die 20 häufigsten Operationen – Vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2016. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhäuser/Tabellen/DRGOperationen.html> (abgerufen am 18.07.2018)
- Haapiainen R, Hendolin N, Victorzon M (2017) Syöpäkirurgian järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilön raportti. Helsinki
- Huusko T (2017) Konservatiivisten erikoisalojen järjestämistä koskevia periaatteita 2020-luvulla. Selvityshenkilön raportti. Helsinki
- Ilkka L, Kurola J, Laukkanen-Nevala P, Olkinuora A, Pappinen J, Riihimäki J, Silfvast T, Virkkunen I, Ekstrand A (2016) Valtakunnallinen Selvitys Ensihoitopalvelun Toiminasta. Välirapportti 2. Helsinki
- Konki K, Laine J (2017) Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilön raportti. Helsinki
- OECD (2017) Health at a Glance 2017. OECD Indicators. Paris
- Preusker UK (2010) Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen – wie machen es die Nordeuropäer? In: Augurzky B, Gülker R, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Terkatz S (Hrsg.) Krankenhaus Rating Report 2010. 62–69. RWI Essen
- Preusker UK (2012) Erfahrungen mit der Krankenhausplanung in Nordeuropa. Gesundheits- und Sozialpolitik 4, 64–70
- Preusker UK (2014) Gesundheit unterm Nordlicht. Gesundheit + Gesellschaft 6, 30–37
- Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL) (2018) Perinataalitalasto ennakot 2017. Helsinki. URL: https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2018/Perinataalitalasto_ennakot_2017.pdf (abgerufen am 10.07.2018)
- Tilastokeskus (2017) Suomen Tilastollinen Vuosikirja 2017. Helsinki
- Valtioneuvosto (2017) Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä, 24.8.2017/582. Helsinki
- Valtioneuvosto (2017) Valtioneuvoston asetus kiirellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisskohtaisista edellytyksistä, 24.8.2017/583. Helsinki
- Valtioneuvosto. Liite (2017) Muistio: Valtioneuvoston Asetus kiirellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisskohtaisista edellytyksistä. Helsinki
- Virolainen P, Pesola M (2017) Ortopedian ja traumatologian järjestämistä koskevat periaatteet. 2020-luvulla. Selvityshenkilöiden raportti. Helsinki
- Vuorenkoski L (2008) Finland: Health System review. Copenhagen



Dr. Uwe K. Preusker

Publizist; Experte für Nordeuropäische Gesundheitssysteme

Studium der Volkswirtschaft, Finanzwissenschaft und Politikwissenschaft sowie Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität Köln. Danach verschiedene Tätigkeiten im Gesundheitswesen, u.a. stellv. Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes, Vorstandsmitglied des Gelenkersatz-Krankenhauses COXA OY in Tampere/Finnland sowie langjährige europaweite Beratungstätigkeit.