

die Hälfte unserer Gesundheitsausgaben in den Krankenhäusern aus, deutlich mehr als die meisten anderen Länder. Und das liegt daran, dass wir bisher nicht genug in den Ausbau der ambulanten Gesundheitsversorgung, in mehr Qualität, in leichtere Zugänge und kürzere Wartezeiten investiert haben. ... Im Dezember wurde (daher) ein Gesetz beschlossen, mit dem die Kapazitäten und die Qualität in den Hausarztpraxen verbessert werden sollen. Wir befinden uns also wieder in einer großen Umbruchphase. Diese Reform ist so grundlegend wie die Krankenhausreform, die wir 2007 beschlossen haben. Es wird nur nicht so viel darüber geredet.“ [13]

Fazit

Es gibt „eine“ zentrale Verantwortung und Steuerung des Gesamtsystems in der Regierung. Die integrierte Versorgung ist vergleichsweise vorbildhaft, der ambulante Bereich wurde bislang aber sträflich vernachlässigt und damit verbunden auch wesentliche Potenziale für die Prävention. Es gibt keine Zweiklassenmedizin. Für die

aktuelle Krankenhausreform in Deutschland sind besonders folgende dänische Entwicklungslinien mit ihren Auswirkungen als relevant zu beachten:

Die Zentralisierung der Kliniklandschaft mit oft längeren Wegen für eine stationäre Versorgung, konsekutiv noch anspruchsvollere, präklinische Anforderungen an die Notfallmedizin, die Notaufnahmen, die Rettungswagen, die Hubschrauber, die Digitalisierung über ein zentrales Gesundheitsportal und die starke koordinierende Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte.

Gemeinsam ist unseren Gesundheitssystemen in ganz Europa die Belastung durch die steigenden Kosten für medizinischen, medizintechnischen, pharmazeutischen und IT- bzw. insbesondere KI-Fortschritt. Hinzu kommen noch ungenügend erforschte Einflüsse durch die erheblichen klimatischen und demografischen Veränderungen mit einerseits immer mehr multimorbiden, älteren Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig immer weniger Personal bzw. zunehmendem Fachkräftemangel. Die Gesundheitssysteme in Spa-

nien, Dänemark und Deutschland wurden oder werden nicht reformiert, um ein dichtes, nahtloses Versorgungssystem mit bestmöglicher Medizin und Pflege vor Ort zu gewährleisten, sondern um dem Widerspruch zwischen einerseits begrenzten Mitteln nebst schwierigen Rahmenbedingungen und andererseits einer optimalen Gesundheitsversorgung zu begegnen. Dabei ist aber bei weitem nicht alles von einem auf das andere System sinnvoll zu übertragen.

**Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Andreas Goldschmidt**

E-Mail:
goldschmidt@
uni-trier.de



Foto: Manuel Maier

Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Bücher



**Klaus Albert Müller/
Udo Hennighausen:**

Die Frankfurter Universitätsaugenklinik von ihren Anfängen bis zum Ende der Amtszeit von Wilhelm Doden (1987)

Zum 100-jährigen Bestehen der Universitätsaugenklinik in Frankfurt am Main (1914–2014). Weidmannsche Verlagsbuchhandlung, Hildesheim 2026. ISBN 9783615004946, 58 €

Mit dieser Monographie legen Klaus Albert Müller und Udo Hennighausen eine lange erwartete, umfassende Darstellung der Geschichte der Frankfurter Universitätsaugenklinik vor. Dieses Werk, dessen Grundlagen bereits vor über drei Jahrzehnten mit dem Ziel einer Dissertation gelegt wurden, erscheint nun in deutlich erweiterter Form und schließt damit eine wichtige Lücke in der deutschen ophthalmologischen Medizingeschichte.

Die Darstellung beginnt weit vor dem eigentlichen Gründungsdatum der Universitätsklinik. Bereits die Frankfurter Augenheilklinik von 1845 sowie die 1910 daraus hervorgegangene Städtische Augenklinik unter Otto Schnaudigel werden quellenbasiert aufgearbeitet. Mit der Universitätsgründung 1914 entfaltet das Buch dann seine eigentliche Stärke: Anhand von Archivmaterial aus Stadt-, Universitäts- und Dekanatsarchiven werden die Klinikdirektoren Otto Schnaudigel, Rudolf Thiel und Wilhelm Doden nicht nur als Administratoren, sondern als Ärzte, Wissenschaftler und Zeitgenossen ihrer jeweiligen Epoche porträtiert. Besonders verdienstvoll ist die differenzierte Aufarbeitung der Klinikgeschichte während des Nationalsozialismus.

Chronologische Zeittafeln, Personalbibliographien, Fotos und ein Personenverzeichnis erhöhen den wissenschaftlichen Nutzwert erheblich. Gelegentlich merkt man dem Text seine jahrzehntelange Entstehungsgeschichte an – manche Abschnitte wirken im Vergleich unterschiedlich dicht. Dies tut dem Gesamteindruck jedoch keinen Abbruch.

Dieses Werk ist uneingeschränkt zu empfehlen, da es einen wertvollen medizinhistorischen Beitrag zur regionalen Ophthalmologie leistet und auch die gesamtdeutsche Augenheilkunde dieser Zeit mit einbezieht.

Dr. med. Wolfgang Hanuschik, Augenarzt aus Berlin