

Dirk Janssen, Boris Augurzky (Hrsg.)

Krankenhaus- landschaft in Deutschland

Zukunftsperspektiven
Entwicklungstendenzen
Handlungsstrategien

Kohlhammer

Kohlhammer

Herausgeber



Dr. Dirk Janssen
BKK-Landesverband NORDWEST
Süderstr. 24
20097 Hamburg
E-Mail: dr.dirk.janssen@bkk-nordwest.de



Prof. Dr. Boris Augurzky
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und hcb
GmbH
und hcb GmbH
Hohenzollernstr. 1–3
45128 Essen
E-Mail: boris.augurzky@rwi-essen.de

Dirk Janssen
Boris Augurzky (Hrsg.)

Krankenhauslandschaft in Deutschland

Zukunftsperspektiven –
Entwicklungstendenzen –
Handlungsstrategien

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2018

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-034315-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-034316-0

epub: ISBN 978-3-17-034317-7

mobi: ISBN 978-3-17-034318-4

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	11
Vorwort	21
<i>Dirk Janssen und Boris Augurzky</i>	
1 Eine Topografie der Krankenhauslandschaft	25
1.1 Dauerbaustelle Krankenhaus – Fünf Reformentwicklungen im Bereich der stationären Versorgung	25
<i>Sophie Dannenfeld</i>	
1.1.1 Die Finanzierung der Bereithaltung von Krankenhäusern als öffentliche Aufgabe	25
1.1.2 Vom Selbstkostendeckungsprinzip zum pauschalierten Vergütungssystem	26
1.1.3 Die Personalsituation in den Krankenhäusern – Ein »Mega-Thema« der aktuellen Legislaturperiode	30
1.1.4 Qualitätsorientierung als Rezept der Zukunft in der stationären Versorgung	32
1.1.5 Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	34
1.1.6 Fazit	35
Literatur	35
1.2 Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhausversorgung Deutschlands im europäischen Vergleich	36
<i>Daniele Civello, Dusan Simic und Stephanie Stock</i>	
1.2.1 Einleitung	36
1.2.2 Anzahl der Krankenhäuser	37
1.2.3 Kennzahlen zur Auslastung der Krankenhäuser	39
1.2.4 Personal im Krankenhaus	41
1.2.5 Deutschland im europäischen Vergleich	46
1.2.6 Fazit	50
Literatur	50
1.3 Stationäre Versorgungsqualität aus Patientensicht: Fokus Chirurgie	50
<i>Jan Böcken, Hannah Wehling und Karsten Zich</i>	
1.3.1 Relevanz der Patientenperspektive	51
1.3.2 Analyseansatz und Methodik	52

1.3.3	Ergebnisse der Regressionsanalyse zu Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit	54
1.3.4	Ergebnisse der Regionalvergleiche	58
1.3.5	Fazit und Diskussion	61
	Literatur	63
1.4	Zwischen Shareholder Value und roten Zahlen – Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser	64
	<i>Boris Augurzky</i>	
1.4.1	Bestandsaufnahme	64
1.4.2	Ausblick	70
	Literatur	75
	Exkurse: Unter der Lupe: Investitionsstau und Mengendruck	76
	Exkurs 1: Diagnosis Related Groups – Geschichte und Geschichten	76
	<i>Markus Müller</i>	
	Prolog: Irren ist menschlich. Auch bei Halbgöttern.....	76
	2003: Das Optionsjahr »... denn sie wissen nicht, was sie tun«	76
	2004–2006: Im Goldrausch	78
	2007–2013: Erfolgreiche Professionalisierung, erfolglose Regulierung	79
	2014–heute: Die Normierung und Etablierung des Wahnsinns	81
	Epilog	83
	Exkurs 2: So geht es nicht weiter: MDK-Prüfungen – Die Sicht des Krankenhauses	84
	<i>Michael Philippi</i>	
	Der Kern: Abrechnungsprüfung	84
	Ohne Änderungen im DRG-System keine Trendwende	86
	Standards als neuer »Leitbegriff«	87
	Vom MDK zu einer neutralen Instanz	87
	Ein Blick nach vorne	88
	Literatur	88
	Exkurs 3: MDK-Prüfung – Fluch oder Segen?	89
	<i>Klaus-Peter Thiele, Claudia Kreuzer und Ralf Mengel</i>	
	Zahlen und Fakten zur MDK-Prüfung	89
	Welchen Schwierigkeiten begegnet der MDK im Prüfalltag?	90
	Verleiten Anreize im DRG-System zu Behandlungen, deren Indikationen und Dauern fragwürdig sind?	92
	Ist der MDK ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung bzw. zur Verbesserung der Behandlungsqualität im Krankenhaus?	93

	Exkurs 4: Interview mit dem Patientenanwalt: Probleme – Notwendigkeiten	95
	<i>Burkhard Kirchhoff</i>	
2	Blick nach vorn: Anforderungen an die Krankenhauslandschaft im Jahr 2030	99
2.1	Weniger (Standorte, Betten und Fälle) ist mehr (Zugang, Qualität und Ergebnisse): Standpunkte der Gesundheitsökonomie	99
	<i>Reinhard Busse und Elke Berger</i>	
2.1.1	Hintergrund	99
2.1.2	Zugang	99
2.1.3	Qualität	105
2.1.4	Ressourcen	108
2.1.5	Effizienz	109
2.1.6	Fazit zur Ist-Situation	110
2.1.7	Ist weniger = mehr umsetzbar?	110
	Literatur	112
2.2	Neues aus der Krankenhausplanung	114
	<i>Elke Huster-Nowack, Bernd Obermüller und Matthias Gruhl</i>	
2.2.1	Einleitung	114
2.2.2	Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Hamburg	118
2.2.3	Standortdefinition für Krankenhäuser	119
2.2.4	Ausweisung von Zentren für besondere Aufgaben im Krankenhausplan	121
2.2.5	Fazit	124
	Literatur	125
2.3	Neuordnung der Krankenhauslandschaft durch algorithmische Marktregulierung	125
	<i>Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen</i>	
2.3.1	KHG 1972 – Paternalistische Krankenhausplanung	125
2.3.2	Marktregulierung	126
2.3.3	Qualität als Regulierungsinstrument	130
2.3.4	Auf dem Weg zur bundesweiten Kapazitätssteuerung	134
	Exkurs: Ambulante Krankenhausleistungen	137
2.3.5	Algorithmische Regulierung des Krankenhausmarktes	138
	Literatur	140
2.4	Notwendige Reformen der Krankenhausversorgung – Fortsetzung der Sektoroptimierung oder Wegbereiter der integrierten Versorgung?	141
	<i>Franz Knieps</i>	

2.4.1	Rahmenbedingungen und Zielvorstellungen einer umfassenden Krankenhausreform	142
2.4.2	Alte Probleme und neue Perspektiven – Patientenbedürfnisse, digitale Transformation, integrierte Versorgung	143
2.4.3	Die Steuerung der Kapazitäten – Vorrang der sektorübergreifenden, qualitätsorientierten Bedarfsplanung	146
2.4.4	Die ökonomische Steuerung gesundheitlicher Leistungen – Umriss eines integrativen Finanzierungs- und Honorierungssystems	147
2.4.5	Einbettung in ein (ordnungs-)politisches Gesamtkonzept	148
	Literatur	149
2.5	Erfahrung macht den Unterschied – Besseres Operationsergebnis durch Spezialisierung und Konzentration am Beispiel der Endoprothetik	150
	<i>Peter Stangenberg und Thorsten Gehrke</i>	
2.5.1	Einleitung	150
2.5.2	Studienlage	152
2.5.3	Ursachen des Volume-Outcome-Effektes	158
2.5.4	Maßnahmen zur Konzentration der Versorgung	159
	Literatur	163
2.6	Ambulant vor stationär? Notwendige Veränderungen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte	165
	<i>Andreas Gassen</i>	
2.6.1	Rahmenbedingungen	165
2.6.2	Änderungsbedarf	170
2.6.3	Fazit	176
	Literatur	177
2.7	Eine Krankenhauspolitik für Menschen – Anforderungen aus der Perspektive der Beschäftigten	177
	<i>Sylvia Bühler</i>	
2.7.1	Der Schlüssel: Mehr Personal	178
2.7.2	Attraktive Arbeitsbedingungen – Auch nötig zur Fachkräftesicherung	179
2.7.3	Gute Ausbildung für die Fachkräfte von morgen	180
2.7.4	Bedarfsgerechte Versorgung statt Kommerzialisierung	181
2.7.5	Arbeitgeber tragen Verantwortung	181
2.7.6	Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe	182
2.7.7	Mitbestimmung achten und ausbauen	183
2.7.8	Digitalisierung für Entlastung nutzen	184
2.7.9	Kooperation statt Zergliederung	185
2.7.10	Tarifverträge für Aufwertung und Entlastung	185

2.7.11	Krankenhäuser brauchen ausreichende Finanzierung	186
	Literatur	187
2.8	Das digitale Krankenhaus	188
	<i>Peter Gocke</i>	
2.8.1	Organisation	190
2.8.2	Technische Grundlagen: Infrastruktur und Basis-Systeme	192
2.8.3	Systemausbau: Von der Nutzung vieler Systeme zur vermehrten Nutzung weniger Systeme	193
2.8.4	Support-Systeme	195
2.8.5	Patienten-Empowerment	197
2.8.6	Neupositionierung Datenmanagement: Nutzung von (internationalen) Standards	198
2.8.7	Plattform Digitale Medizin (Services)	200
2.9	Einflussfaktoren auf die Zukunft der Krankenhauslandschaft: Kultursensibilität im Krankenhaus	201
	<i>Faize Berger</i>	
2.9.1	Einleitung	201
2.9.2	Warum Kultursensibilität?	203
2.9.3	Was bedeutet Kultursensibilität für ein Krankenhaus?	204
2.9.4	Patient und Kultursensibilität im Krankenhaus	206
2.9.5	Krankenhauspersonal und Kultursensibilität im Krankenhaus	210
2.9.6	Ausblick	214
	Literatur	216
2.10	Qualität als Wettbewerbsfaktor: Rahmenbedingungen und Umsetzung	217
	<i>Matthias Schrappe</i>	
2.10.1	Zielorientierung als Voraussetzung des Qualitätswettbewerbs	218
2.10.2	Zielorientierung des Qualitätswettbewerbs – Konkrete Ausgestaltung	220
2.10.3	Voraussetzungen eines funktionierenden Qualitätswettbewerbs	221
2.10.4	Umsetzungsfragen – Die Instrumente eines Qualitätswettbewerbs	225
2.10.5	Zusammenfassung	228
	Literatur	229
2.11	Wie könnte eine Soll-Struktur aussehen und welche Investitionen sind nötig, um sie zu erreichen?	231
	<i>Boris Augurzky und Adam Pilny</i>	
2.11.1	Hintergrund	231
2.11.2	Strukturfonds und die beantragten Maßnahmen	233

2.11.3 Soll-Krankenhausstruktur	236
2.11.4 Beurteilung und Perspektiven	246
2.11.5 Fazit	248
Literatur	249
Exkurse: Von Nord nach Süd: Die stationäre Versorgung neu aufstellen ...	250
Exkurs 5: Sektorenübergreifende Versorgung im ländlichen Raum im Rahmen des Zukunftsmodells Brunsbüttel	250
<i>Anke Lasserre</i>	
Herausforderungen im ländlichen Raum	250
Vom Konzept zum Vertrag	251
Medizinisches Konzept	253
Personalkonzept	258
Change: Wie kann er gelingen?	259
Fazit: Die sektorale Verknüpfung ist die Zukunft	260
Literatur	261
Exkurs 6: Krankenhäuser neu aufstellen – Das Beispiel der SLK- Kliniken Heilbronn	262
<i>Thomas Jendges</i>	
Ausgangssituation	262
Weichenstellung	263
Wesentliche Strukturveränderungen	265
Exkurs 7: Blick ins Ausland: Die Strukturreformen in Dänemark ...	271
<i>Hans Erik Henriksen</i>	
Gesundheitswesen in Dänemark – steuerfinanziert mit universeller und gleichmäßiger Abdeckung	271
Die Strukturreform in Dänemark	273
Die Ergebnisse der Strukturreform und der Krankenhausreform	277
3 »Brauchen wir den großen Wurf oder weitere Trippelschritte?« – Stimmen aus der Politik	279
3.1 Interview mit Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg	279
3.2 Interview mit Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ...	282
3.3 Interview mit Manne Lucha, Minister für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg	283
3.4 Interview mit Harald Weinberg, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Die LINKE	285
3.5 Interview mit Maria Klein-Schmeink, Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen	288
Stichwortverzeichnis	293

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren



Prof. Dr. Boris Augurzky (Herausgeber)
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
und hcb GmbH
Hohenzollernstr. 1–3
45128 Essen
E-Mail: boris.augurzky@rwi-essen.de



Elke Berger
Technische Universität Berlin
Management im Gesundheitswesen
Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin
E-Mail: elke.berger@tu-berlin.de



Faize Berger
Faize Berger Management Services
August-Prell-Str. 17
40885 Ratingen
E-Mail: fb@faizeberger.com



Dr. Jan Böcken
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
E-Mail: jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de



Sylvia Bühler
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin
E-Mail: sylvia.buehler@verdi.de



Prof. Dr. Reinhard Busse
Technische Universität Berlin
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Sekt. H80
Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin
E-Mail: rbusse@tu-berlin.de



Daniele Civello
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE)
Gleueler Str. 176–178
50935 Köln
E-Mail: daniele.civello@uk-koeln.de



Sophie Dannenfeld
BKK-Landesverband NORDWEST
Süderstr. 24
20097 Hamburg
E-Mail: sophie.dannenfeld@bkk-nordwest.de



Dr. Andreas Gassen
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin



Prof. Dr. Thorsten Gehrke
Helios ENDO-Klinik Hamburg
Holstenstraße 2
22767 Hamburg
E-Mail: thorsten.gehrke@helios-gesundheit.de



Prof. Dr. Peter Gocke
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
E-Mail: peter.gocke@charite.de



Dr. Matthias Gruhl
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Freie und Hansestadt Hamburg
Billstr. 80
20539 Hamburg
E-Mail: matthias.gruhl@bgv.hamburg.de



Hans Erik Henriksen
Healthcare Denmark
Forskerparken 10H
5230 Odense M
Denmark
E-Mail: heh@healthcaredenmark.dk



Elke Huster-Nowack
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Freie und Hansestadt Hamburg
Billstr. 80
20539 Hamburg
E-Mail: elke.huster-nowack@bgv.hamburg.de



Dr. Dirk Janssen (Herausgeber)
BKK-Landesverband NORDWEST
Süderstr. 24
20097 Hamburg
E-Mail: dr.dirk.janssen@bkk-nordwest.de



Dr. Thomas Jendges
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH/Regionale Gesundheits-
holding Heilbronn Franken GmbH
Am Gesundbrunnen 20-26
74078 Heilbronn
E-Mail: gf-sekretariat@slk-kliniken.de



Dr. Burkhard Kirchoff
Dr. Kirchoff & Kollegen
Rechtsanwaltskanzlei
Wilhelmstraße 9
35781 Weilburg
E-Mail: info@kirchoff-anwalt.de



Maria Klein-Schmeink
Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen
Platz der Republik 1
11011 Berlin
E-Mail: maria.klein-schmeink@bundestag.de



Franz Knieps
BKK Dachverband
Mauerstr. 85
10117 Berlin
E-Mail: franz.knieps@bkk-dv.de



Dr. Claudia Kreuzer
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord-
rhein
Berliner Allee 52
40212, Düsseldorf
E-Mail: claudia.kreuzer@MDK-Nordrhein.de



Dr. Anke Lasserre
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH
Esmarchstr. 50
25746 Heide
E-Mail: alasserre@wkk-hei.de



Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes
NRW
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
E-Mail: karl-josef.laumann@mags.nrw.de



Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstr. 28,
10117 Berlin
E-Mail: wulf-dietrich.leber@gkv-spitzenverband.de



Manne Lucha
Minister für Soziales und Integration des Landes Baden-
Württemberg
Else-Josenhans-Str. 6
70173 Stuttgart
E-Mail: vz-min@sm.bwl.de



Dr. Ralf Mengel
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord-
rhein
Berliner Allee 52
40212, Düsseldorf
E-Mail: Ralf.Mengel@MDK-Nordrhein.de



Markus Müller
VIACTIV Krankenkasse
Universitätsstr. 43
44789 Bochum
E-Mail: markus.mueller@viactiv.de



Dr. Bernd Obermöller
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Freie und Hansestadt Hamburg
Billstr. 80
20539 Hamburg
E-Mail: bernd.obermoeller@bgv.hamburg.de



Prof. Dr. Michael Philippi
Michael Philippi Healthcare Consulting GmbH
Adamstr. 24
50996 Köln
E-Mail: michael.philippi@mphc.cologne



Dr. Adam Pilny
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
Invalidenstraße 112
10115 Berlin
E-Mail: adam.pilny@rwi-essen.de



Cornelia Prüfer-Storcks
Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der
Freien und Hansestadt Hamburg
Billstr. 80
20539 Hamburg
E-Mail: gesundheit-verbraucherschutz@bgv.hamburg.de



Dr. David Scheller-Kreinsen
GKV-Spitzenverband,
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin
E-Mail: david.scheller-kreinsen@gkv-spitzenverband.de



Prof Dr. Matthias Schrappe
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie
Univ. Köln
E-Mail: matthias@schrappe.com



Dusan Simic
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE)
Gleueler Str. 176–178
50935 Köln
E-Mail: dusan.simic@uk-koeln.de



Dr. Peter Stangenberg
Helios ENDO-Klinik Hamburg
Holstenstr. 2
22767 Hamburg
E-Mail peter.stangenberg@helios-gesundheit.de



Prof. Dr. med. Stephanie Stock
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE)
Gleueler Str. 176–178
50935 Köln
E-Mail: stephanie.stock@uk-koeln.de



Dr. Klaus-Peter Thiele
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord-
rhein
Berliner Allee 52
40212 Düsseldorf
E-Mail: klaus-peter.thiele@MDK-Nordrhein.de



Hannah Wehling
Weisse Liste GmbH
Leipziger Str. 124
10117 Berlin
E-Mail: hannah.wehling@weisse-liste.de



Harald Weinberg
Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Die LINKE
Platz der Republik 1
11011 Berlin
E-Mail: harald.weinberg@bundestag.de



Karsten Zich
IGES Institut GmbH
Friedrichstr. 180
10117 Berlin
E-Mail: karsten.zich@iges.com

Vorwort

Dirk Janssen und Boris Augurzky

Deutschlands Krankenhäuser sind technisch und baulich auf dem modernsten Stand. Ärzte und Pflegekräfte haben ausreichend Zeit, um sich um die Patienten zu kümmern. Durch die Digitalisierung stehen allen Beteiligten sämtliche erforderliche Informationen frühzeitig und komfortabel zur Verfügung, die weitere ambulante Behandlung ist bereits vor der Entlassung des Patienten abgestimmt und organisiert. Die Bedrohung durch Krankenhauskeime zählt zur Vergangenheit. Die Patienten können auf Grundlage einer objektiven und verständlichen Leistungs- und Qualitätstransparenz das für sie geeignetste Krankenhaus auswählen. Für Experten anderer nordeuropäischer Länder ist Deutschlands Krankenhausstruktur ein Vorbild für die eigene Entwicklung.

Science Fiction oder realistische Zukunftsperspektive? »Deutschlands Gesundheitswesen ist eines der besten der Welt«, so oder ähnlich beginnen viele Vorträge auf Kongressen. Wenn man sich in den meisten Ländern der Welt umschaute, erscheinen in der Tat viele »Notstände« auch in der Krankenhauslandschaft in Deutschland als Luxusprobleme. Wenn aber auch der finanzielle Aufwand herangezogen wird, der in Deutschland für die Krankenhausversorgung aufgewendet wird, muss eine kritische Betrachtung zu anderen Ergebnissen kommen. Insbesondere im Hinblick auf die Zukunft sind die Herausforderungen der Krankenhäuser gewaltig:

- Krankenhäuser beklagen eine unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder mit seit Jahren rückläufiger Tendenz. Die entstehenden Lücken in der Investitionsfinanzierung müssen über Betriebsmittel finanziert werden, also entweder über aus Fallzahlzuwachsen realisierten Gemeinkostengewinnen oder über Einsparungen, z. B. beim Pflegepersonal, oder es unterbleiben Investitionen, was mittelfristig zu betrieblichen Ineffizienzen und Qualitätseinbußen führt.
- Pflegekräfte berichten über immer schwierigere Betreuungssituationen auf den Stationen, insbesondere nachts. Nicht zuletzt die zum Teil als erheblich empfundene Belastungssituation trägt zu einer mangelnden Attraktivität der Krankenpflege bei, die ergänzt um die demografische Entwicklung den Nachwuchsmangel verschärft.
- Gleichzeitig führt der Wettbewerb um zusätzliche Patienten zu einem nicht immer medizinisch nachvollziehbaren Fallzahlenanstieg und in einigen Fällen zu einem zu breiten Leistungsangebot – mitunter zu Lasten der Qualität. Die Frage der richtigen Kodierung führt zu immer stärker umkämpften Krankenhausabrechnungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, was zu einer gegenseitigen Aufrüstung mit Kodierfachkräften und Prüffärzten bei Kranken-

häusern und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung führt. Personal, das bei der Versorgung der Patienten fehlt.

- Krankenhausentlassungsbriefe sind tatsächlich meist noch Briefe und die Kommunikation mit ambulanten Ärzten und Pflegediensten erfolgt – wenn überhaupt – aufgrund fehlender Schnittstellen rein analog. Die seit Jahren geforderte Überwindung der Sektorengrenzen findet weiterhin nur in kleinen Experimentierfeldern statt.
- Einer überdurchschnittlich hohen Krankenhausdichte in Ballungsgebieten stehen ländliche Regionen gegenüber, in denen schon jetzt weite Wege ins nächste Krankenhaus gefahren werden müssen.
- Die zu veröffentlichenden Qualitätsdaten sind für die Auswahlentscheidungen der Patienten, in welchem Krankenhaus der notwendige Eingriff erfolgen soll, immer noch ungeeignet. Gleichzeitig besteht ein »Wahrnehmungsparadoxon«: Oft ahnen die Menschen, dass das nächst gelegene Krankenhaus nicht immer das bestgeeignete ist. Dennoch ist der örtliche Protest gegen die Schließung kleinerer Krankenhäuser oder zum Beispiel nicht mehr ausgelasteter Geburtshilfeabteilungen meist groß.

Diese Punkte sind keine abschließende Liste der bestehenden und künftig an Bedeutung zunehmenden Herausforderungen der Krankenhäuser in Deutschland. Doch diese Herausforderungen für alle fast 2000 Krankenhäuser in Deutschland zu lösen, wird an fehlenden finanziellen und vermutlich mehr noch an den personellen Ressourcen scheitern müssen.

In der ökonomischen und politischen Diskussion wird daher der Ruf nach einer umfassenden Strukturreform der Krankenhauslandschaft immer lauter. Doch die bisherigen Reformschritte der letzten Bundesregierungen kamen eher zaghaften Trippelschritten gleich. Der infolge des Krankenhausstrukturgesetzes im Jahr 2017 in Höhe von 1 Mrd. € aufgelegte Krankenhausstrukturfonds wird vollständig für den Abbau von Kapazitäten und Leistungskonzentrationen abgerufen werden. Doch wird dies angesichts der tatsächlich bewirkten Effekte in Relation zu den Gesamtkapazitäten nur ein Tropfen auf den heißen Stein bleiben.

Ein kleines Land im Norden geht einen mutigen, aus deutscher Sicht radikalen Reformweg: Dänemark reduziert die Anzahl seiner Krankenhäuser um nahezu die Hälfte. Die verbleibenden werden als »super hospitals« modernisiert und aufgestockt bzw. komplett neu gebaut. Das dänische Gesundheitswesen mag sich vom deutschen stark unterscheiden, der dänische Weg daher nicht 1:1 auf Deutschland übertragbar sein. Aber die Probleme und Herausforderungen, die zu dieser Reform geführt haben, waren dieselben. Die Neuordnung der Krankenhauslandschaft ist in Deutschland dagegen sowohl juristisch als auch politisch ein schwieriges Terrain. Mit für die breite Bevölkerung spürbaren Reformen bzw. Veränderungen im Gesundheitswesen können Wahlen eher nicht gewonnen, sehr wohl aber verloren werden. Umgekehrt stellt sich die Frage, wann sich bei Ausbleiben einer wirksamen Strukturreform die Probleme so verschärfen, dass das weithin bestehende Vertrauen in eine gute Gesundheitsversorgung empfindlichen Schaden nehmen wird. Wie könnte also die Strategie einer umfassenden Strukturreform in Deutschland aussehen?

In diesem Buch werden die wichtigsten Probleme und Herausforderungen der Krankenhauslandschaft aus verschiedenen Perspektiven von unterschiedlichen Experten aus der Wissenschaft, den Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen, der Politik und weiteren Institutionen beleuchtet. Es soll den Stand der Diskussionen aufzeigen, einen kritischen Diskurs anstoßen und Anregungen für die anstehenden Reformdiskussionen liefern.

1 Eine Topografie der Krankenhauslandschaft

1.1 Dauerbaustelle Krankenhaus – Fünf Reformentwicklungen im Bereich der stationären Versorgung

Sophie Dannenfeld

Der große Reformwurf ist in einem Politikfeld, das Norbert Blüm einst mit einem »Wasserballett im Haifischbecken« verglich, nicht zu erwarten. Vielmehr weist die Fülle an größeren und kleinen Reformen darauf hin, dass die Akteure des Gesundheitswesens auf einer »permanenten Reformbaustelle« (Knieps 2017, S. 12) arbeiten, auf der sie kontinuierlich Löcher stopfen und flicken, an schon vorhandenen Regularien schrauben sowie überholte Strukturen prüfen. Die Baumannschaft besteht aus staatlichen Akteuren, Individualakteuren, Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie aus »freien« Organisationen und Institutionen (Gerlinger und Noweski 2012). Auch in der 19. Legislaturperiode wird auf der Reformbaustelle aller Voraussicht nach wieder vollbesetzt und im 24/7-Takt Hand angelegt.

Als Einstieg in den Sammelband *Krankenhauslandschaft in Deutschland* gibt dieses Kapitel einen Überblick über bisherige Reformbemühungen in der stationären Versorgung, denn spätestens seit den 1970er Jahren ist der Krankenhausbereich Gegenstand zahlreicher Gesetzesvorhaben geworden. Die Intention dieses Beitrags ist es nicht, eine detaillierte Abhandlung über alle bisherigen Reformen zu verfassen. Vielmehr werden fünf Entwicklungen skizziert, die die stationäre Versorgung (bis) heute im Kern prägen und in den nachfolgenden Kapiteln von Experten aus Wissenschaft und Praxis im Detail aufgegriffen werden.

1.1.1 Die Finanzierung der Bereithaltung von Krankenhäusern als öffentliche Aufgabe

Im Jahr 1972 wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) der Pfad eingeschlagen, dem die Finanzierung der Krankenhäuser bis heute folgt. Ausgelöst durch Debatten um eine unzureichende Finanzausstattung wurde im KHG erstmals festgeschrieben, dass die Finanzierung der Bereithaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe darstellt. Seit Anfang der 1970er Jahre ist – neben den

Krankenkassen, die die laufenden Betriebskosten eines Krankenhauses zu tragen haben – der Staat für die Finanzierung der Investitionen zuständig¹. Die Voraussetzung, diese staatlichen Gelder zur Investition (z. B. Neubau, Umbau oder Erstausstattung) zu erhalten, wurde an die Aufnahme in den jeweiligen Landeskrankenhausplan geknüpft. Das KHG übertrug den Ländern die Aufgabe, diese Krankenhauspläne zu entwickeln und zukünftig fortzuschreiben. Abbildung 1.1 zeigt, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung mit der Zeit immer weniger nachkommen. Laut aktuellem Krankenhaus Rating Report 2017 belief sich der Investitionsbedarf im Jahr 2015 (ohne Universitätskliniken) auf mindestens 5,4 Milliarden Euro. Über die exakte Höhe des Investitionsbedarfs herrscht unter Experten keine einheitliche Meinung. Fest steht jedoch allemal, dass den Krankenhäusern von staatlicher Seite immer weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um ihre Investitionskosten zu bestreiten. Krankenhäuser stehen daher zunehmend unter finanziellem Druck und sind infolgedessen immer stärker auf Mittel der Krankenkassen angewiesen, um die fehlenden Investitionskosten auszugleichen. Neben der Entwicklung der Investitionsquoten weist die Abbildung (► Abb. 1.1) daher die Entwicklung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen seit Anfang der 1990er Jahre aus.

Insbesondere die Kostenträger, aber auch andere Experten fordern seit Jahren die Abkehr von der dualen Finanzierung (SVR 2007, S. 57 f.). Doch nicht nur der gescheiterte Versuch der rot-grünen Bundesregierung² im Jahr 2000, die Krankenhausfinanzierung schrittweise auf eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen umzustellen zeigt, wie schwierig das Verlassen eines eingeschlagenen Pfades sein kann. Weitere Meilensteine der Krankenhausfinanzierung stellen neben der gesetzlich geregelten Einbindung des Staates die Einführung der Selbstkostendeckung und später des DRG-Fallpauschalensystems dar. Im nächsten Abschnitt werden diese beiden Vergütungssysteme sowie die aktuelle Diskussion um Fehlanreize im stationären Sektor näher skizziert.

1.1.2 Vom Selbstkostendeckungsprinzip zum pauschalierten Vergütungssystem

Das KHG führte im Jahr 1972 das Selbstkostendeckungsprinzip im Krankenhausbereich ein. Die Krankenhäuser erhielten, sofern sie als bedarfsnotwendig im Krankenhausplan aufgenommen waren, einen gesetzlichen Anspruch auf die volle Erstattung aller Kosten, die bei einem sparsamen Betrieb anfallen. Die Vergütung der Krankenhäuser bemaß sich fortan an der Anzahl der Tage, an denen Patienten stationär im Krankenhaus behandelt wurden (tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesätze). In den folgenden Jahren stiegen die Kosten der stationären Versorgung in einem Maße, dass der Gesetzgeber alsbald weitere

1 Bis 1984 wurde die Krankenhausfinanzierung außerdem durch den Bund getragen (tripartistische Finanzierung).

2 Entwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000 (GKVRef2000)

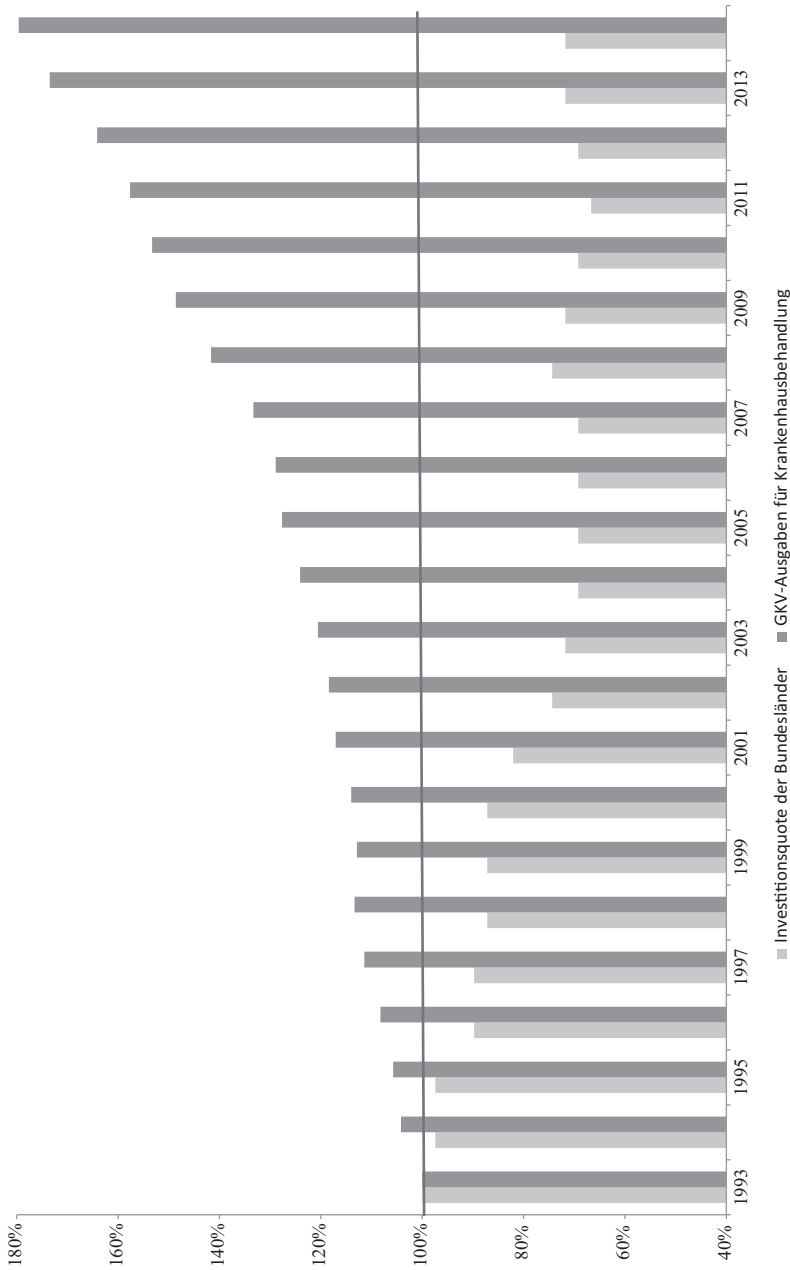


Abb. 1.1: Entwicklung der Investitionsquoten der Länder sowie der Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2017; Statistisches Bundesamt 2017)
Index: 1993 = 100

Reformen veranlasste. Im Jahr 1986 wurde die prospektive Selbstkostendeckung eingeführt, um den kostensteigernden Mechanismen entgegenzuwirken. Die Kostenträger verhandelten die Betriebskosten mit den Krankenhäusern von nun an im Vorhinein. Gleichzeitig wurde das flexible Budget eingeführt, sodass Krankenhäuser erstmals sowohl Gewinne erwirtschaften, als auch Verluste einfahren konnten (Gerlinger 2012).

Das GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) setzte im Jahr 1993 die schrittweise Ablösung des Selbstkostenprinzips fort. Mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten für einige Leistungen der stationären Versorgung setzte die Politik erstmals nicht mehr allein auf rein kostendämpfende Maßnahmen, sondern auf Regelungen, die die Grundlage der Vergütungssystematik verändern sollten – weg von der Erstattung aller tatsächlich entstandenen Kosten hin zu einer Vergütung von Leistungen auf Grundlage medizinischer Diagnosen, Operationen und Prozeduren. Einen weiteren Schritt in Richtung diagnosebezogener Fallpauschalen ging die rot-grüne Bundesregierung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, in dem die Einführung eines »durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems« (§ 17 Abs. 1 KHG) für die Abrechnung von Krankenhausleistungen beschlossen wurde³. Das Fallpauschalengesetz (FPG) führte die DRGs nach australischem Vorbild ab 2003 schließlich ein – zunächst mit einer budgetneutralen Phase von zwei Jahren und anschließend mit einer mehrjährigen Konvergenzphase. In ihrer Gesamtheit betrachtet, führten die gesetzgeberischen Maßnahmen einen ordnungs- und strukturpolitischen Wandel herbei. Bis zum GKVRefG2000 existierten Krankenhäuser in einer nahezu wettbewerbsfreien Umwelt. Dies wurde durch die Einführung der Fallpauschalen grundlegend geändert. Ein zentraler Zielparame-ter der Reformen war die weitere Verkürzung der Verweildauern. Die folgende Abbildung (► Abb. 1.2) zentraler Krankenhausindikatoren legt den Schluss nahe, dass dieses Ziel positiv erreicht wurde (SVR 2007).

Neben der kontinuierlichen Absenkung der Verweildauer weist die Abbildung 1.2 einen Anstieg der Fallzahlen aus. Es wäre zu kurz gegriffen, diesen Anstieg seit 2005 allein auf die Umstellung des Vergütungssystems zurückzuführen. Andere Faktoren, wie der medizinische Fortschritt und der demografische Wandel, spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle. Allerdings bietet das Vergütungssystem unumstritten Anreize für die Krankenhäuser, ihr Kodier- und Abrechnungsverhalten zu ändern, sodass in Konsequenz die Fallzahlen steigen (Schelhase 2017, S. 319). Das Fallpauschalensystem wurde als ein lernendes System eingeführt und steht kontinuierlich auf dem Prüfstand. Dabei wird immer deutlicher: Für die Angestellten im Krankenhaus hat die Systemumstellung deutliche Folgen. Der nächste Abschnitt nimmt daher das Krankenhauspersonal und die gesetzlichen Änderungen der letzten Jahre näher in den Blick.

3 Mit Ausnahme der Fachgebiete Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie

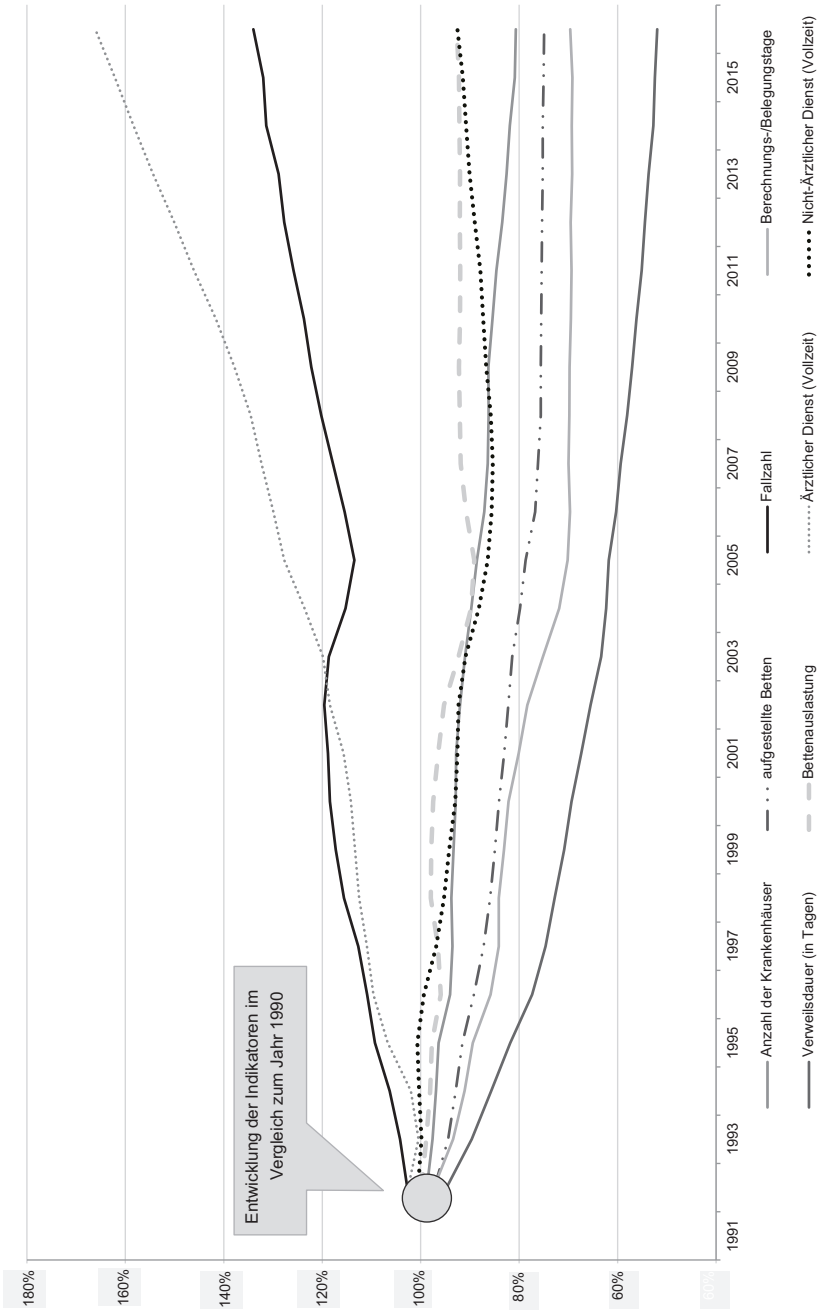


Abb. 1.2: Zentrale Indikatoren des Krankenhausbereichs (Stand 2017) (Statistisches Bundesamt 2017)

1.1.3 Die Personalsituation in den Krankenhäusern – Ein »Mega-Thema« der aktuellen Legislaturperiode

Im Jahr 2015 arbeiteten 5,3 Mio. Menschen im deutschen Gesundheitswesen, wovon 1,1 Mio. in einem Krankenhaus tätig waren (Statistisches Bundesamt 2015). Insgesamt verringerte sich die Anzahl des Krankenhauspersonals im Vergleich zum Jahr 1991 um knapp 0,9 %. Auf den ersten Blick keine besonders auffällige oder beunruhigende Entwicklung. Differenziert nach Berufsgruppen und unter Berücksichtigung weiterer Krankenhausindikatoren wird jedoch schnell deutlich: Die Arbeit im Krankenhaus hat sich insbesondere für das pflegerische Personal verdichtet. Während die Anzahl der Vollkräfte beim Ärztlichen Dienst um gut 62 % zunahm, sank die Anzahl im nicht-ärztlichen Dienst (und hier insbesondere das Pflegepersonal) verglichen mit 1991 um knapp 8,5 %. Parallel steigt seit Jahren die Zahl der Krankenhaufälle, was im Ergebnis bedeutet, dass der einzelne Gesundheits- und Krankenpfleger immer mehr Fälle im Jahr zu versorgen hat (► Abb. 1.2).

Dies bleibt nicht ohne Folgen für die Beschäftigten: Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen weisen die Gesundheits- und Krankenpfleger überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten aufgrund physischer und psychischer Erkrankungen aus (Kliner et al. 2017, S. 23 ff.). Knapp 8 % der Arbeitnehmer in der Kranken- und Gesundheitspflege gehen aktuell nicht davon aus, dass sie ihre Arbeit bis zum gesetzlichen Renteneintritt ausüben können, da sie sich sowohl körperlich als auch psychisch (sehr) stark durch die Arbeit beeinträchtigt fühlen (Kliner et al. 2017, S. 10). Diese wahrgenommene Gefährdung spiegelt sich in den tatsächlichen AU-Zahlen wider. Mit steigendem Alter steigt die Gefahr der Arbeitsunfähigkeit überdurchschnittlich im Vergleich zu anderen Berufsgruppen an (Kliner et al. 2017, S. 31) (► Abb. 1.3).

Um eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen, wird eine gute Pflege und gesundes sowie leistungsfähiges Personal benötigt. Die Politik hat in den letzten Jahren daher einige gesetzliche Reformen für die Pflege angestoßen, die die Tabelle 1.1 zusammenfasst (► Tab. 1.1).

Aktuell sind die Partner der Selbstverwaltung angehalten, über verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen zu verhandeln. Ein nahezu unmögliches Unterfangen, da zunächst zu klären ist: Was ist ein pflegesensitiver Bereich, wie genau sollen die Vorgaben aussehen und wie werden die Grenzwerte festgelegt? Kommt bis zum 30. Juni 2018 keine Einigung zustande, wird das Bundesministerium für Gesundheit eine Grenze festsetzen. Obwohl das Thema Personalmangel in der Pflege im letzten Wahlkampf erst gegen Ende politisch thematisiert wurde, prognostizierte Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) beim 13. Gesundheitswirtschaftskongress, dass »die Personalfrage im Gesundheitswesen das Mega-Thema der 19. Legislaturperiode« wird (Ärzte Zeitung online 2017). Denn der Druck lässt nicht nach: Erstmals in der deutschen Geschichte wurde im Oktober 2017 in einem katholischen Krankenhaus ein Warnstreik der Pflegenden begonnen (Zeit Online 11. Oktober 2017). Die Diskussion um die Personalsituation in Krankenhäusern ist immer auch eng mit der