

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](mailto: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](mailto: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>	
<b>1 Eine Topografie der Krankenhauslandschaft .....</b>	<b>25</b>
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
	<b>Exkurse: Unter der Lupe: Investitionsstau und Mengendruck .....</b>	<b>76</b>
	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	<b>Blick nach vorn: Anforderungen an die Krankenhauslandschaft im Jahr 2030 .....</b>	<b>99</b>
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
<b>Exkurse: Von Nord nach Süd: Die stationäre Versorgung neu aufstellen ...</b>	<b>250</b>
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
<b>3    »Brauchen wir den großen Wurf oder weitere Trippelschritte?« –   Stimmen aus der Politik .....</b>	<b>279</b>
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
<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>293</b>

# 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](mailto: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](mailto:elke.berger@tu-berlin.de)



**Faize Berger**  
Faize Berger Management Services  
August-Prell-Str. 17  
40885 Ratingen  
E-Mail: [fb@faizeberger.com](mailto: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](mailto: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](mailto:thorsten.gehrke@helios-gesundheit.de)



**Prof. Dr. Peter Gocke**  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Charitéplatz 1  
10117 Berlin  
E-Mail: [peter.gocke@charite.de](mailto: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 zuständig<sup>1</sup>. 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 Bundesregierung<sup>2</sup> 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.

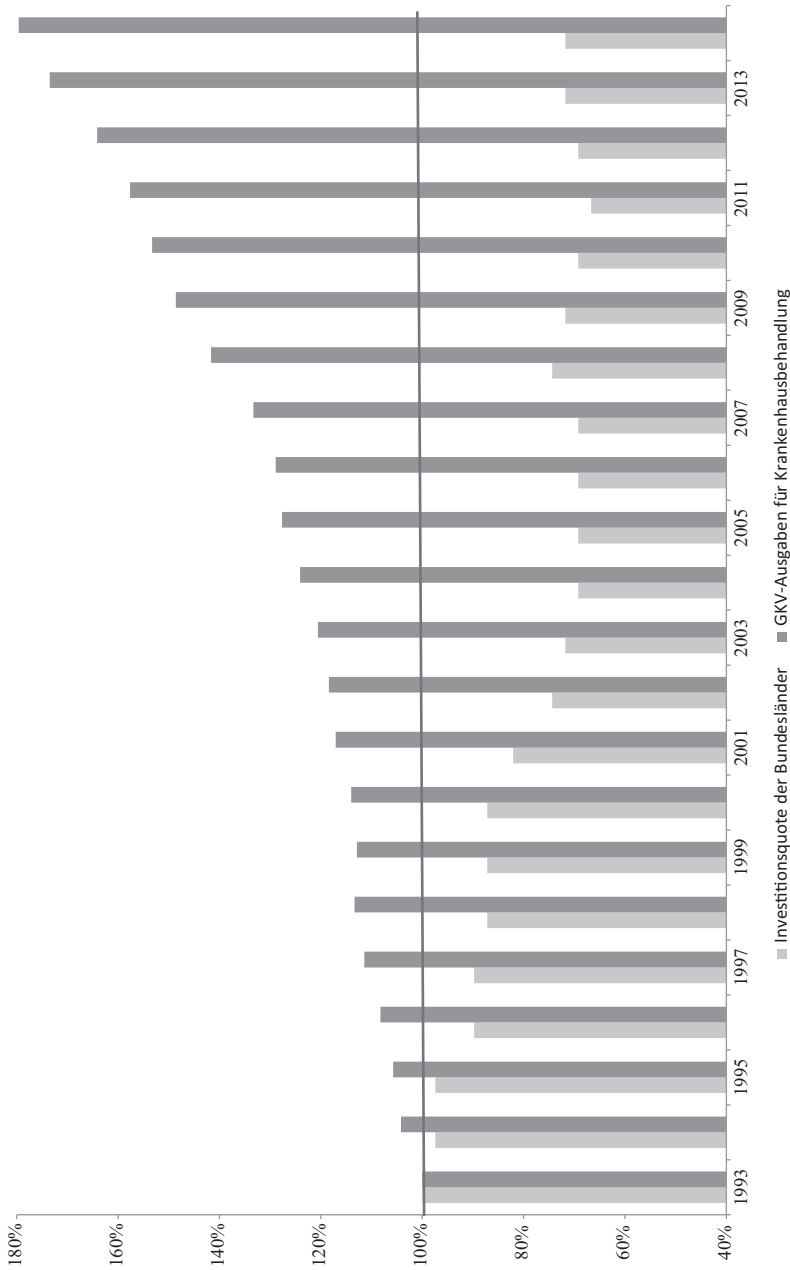
### 1.1.2 Vom Selbstkostendeckungsprinzip zum pauschalierten Vergütungssystem

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 wurde<sup>3</sup>. 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

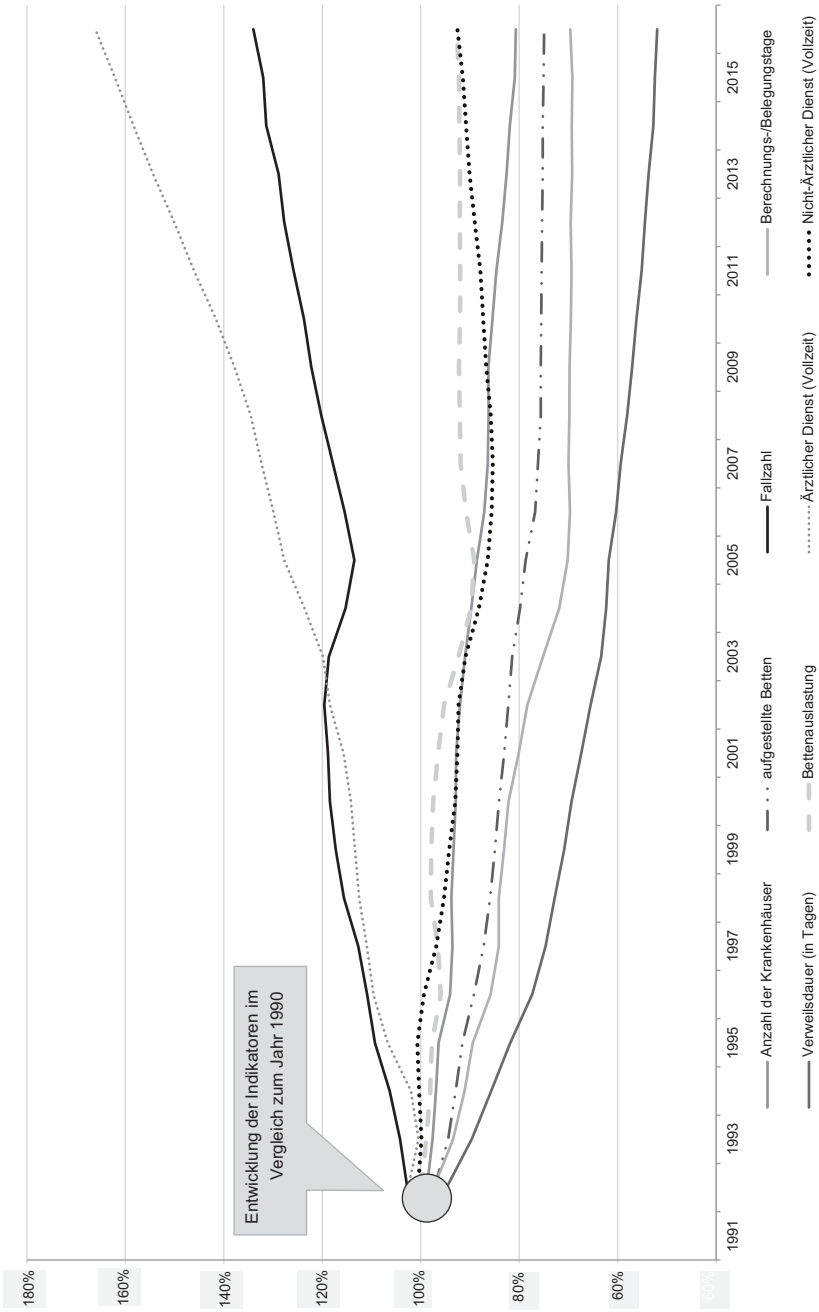


Abb. 1.2: Zentrale Indikatoren des Krankenhausbereichs (Stand 2017) (Statistisches Bundesamt 2017)

### **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