

# Einführung

Mit der Einführung der DRGs hat sich ein grundlegender Wandel in der Finanzierung von Krankenhausleistungen ergeben. Insbesondere die neu gewonnene Transparenz im Leistungsgeschehen hat – in Verbindung mit einer sich wandelnden Nachfrage und dem technischen Fortschritt – zu einer Reihe von Veränderungen geführt, beispielsweise zu Verweildauerverkürzungen, Leistungsverdichtungen und Steigerungen dokumentierter Morbidität. Weitgehend ausgeblieben ist jedoch die von vielen erwartete – in manchen Fällen wohl auch befürchtete – fundamentale Umwälzung in der Struktur des Krankenhausesektors. Die oftmals als sicher angenommenen Krankenhausschließungen sind weitgehend ausgeblieben, anders als Fusionen, Trägerwechsel und Verbundbildung. Auch die erwartete Spezialisierung der Kliniken auf bestimmte Leistungsspektren zeigt sich nur zaghaf. Vor dem Hintergrund der demografischen und medizinisch-technischen Entwicklung einerseits, den ökonomischen Bedingungen und berechtigten Qualitätserwartungen der Bürger andererseits stellt sich die Frage, welche anderen Instrumente geeignet sind, die Krankenhausstrukturen so zu gestalten, dass sie auch zukünftig eine hochwertige Versorgung für alle sicherstellen.

Die bisherige Krankenhausplanung steht immer häufiger in der Kritik, im Wesentlichen bestehende Muster fortzuschreiben, statt eine tragfähige stationäre Versorgung aktiv zu gestalten. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die weitgehend fehlende Berücksichtigung von Qualitätsgesichtspunkten in der Planung. Das Versäumnis der Länder – mit deutlichen regionalen Unterschieden – adäquate Investitionsmittel für die Krankenhäuser bereitzustellen trägt ein Übriges bei.

Wenn derzeit gestaltend in die Krankenhausstruktur eingegriffen wird, so tun dies in aller Regel nicht die Planungsbehörden und ebenso wenig die Fachverbände und Kostenträger. Strukturelle Neuausrichtungen erfolgen in allererster Linie durch die Krankenhäuser selbst, durch ihre Träger und insbesondere durch die in ihrer Bedeutung immer wichtiger werdenden Klinikketten. Hier finden sich strategische Ansätze und bewusste Neuausrichtungen. Sofern diese der von den Patienten ausgehenden Nachfrage nach Leistungen folgen, ist dieser wirtschaftlich begründete Strukturwandel nicht per se nachteilig. Es fehlt ihm jedoch notgedrungen an einer übergeordneten Ausrichtung und fehlenden Orientierung an gesellschaftlichen Zielen. Das aktuelle Grundproblem des Krankenhausesektors, in dem sich Fälle von Über-, Unter- und Fehlversorgung nebeneinander beobachten lassen, wird hierdurch nicht grundsätzlich gelöst.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der Krankenhaus-Report 2015 in seinem Schwerpunkt dem Strukturwandel im stationären Sektor. Er analysiert die bestehende Lage, zeigt Entwicklungstendenzen auf und stellt insbesondere die Frage, wie zukünftig die Rollen bei der Gestaltung der Krankenhausversorgung verteilt sein werden, für die neben einem bedarfsgerechten Angebot die Qualität der Leistungsbringung für die Patienten im Vordergrund steht.

## Schwerpunktthema: Strukturwandel

### Strukturwandel in der stationären Versorgung

Der einführende Beitrag gibt einen Überblick über den strukturellen Wandel der Krankenhauslandschaft. Die historische und die jüngste Entwicklung werden vor dem Hintergrund ihrer Determinanten beleuchtet. Dabei bleibt die entscheidende Frage, wie die zukünftige Struktur dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht gerecht wird. Die Autoren erachten es als nicht verwunderlich, dass angesichts der historischen Entstehung des Krankenhaussektors, der heterogenen Krankenhausplanung und der Auswirkungen des Wettbewerbs unter DRG-Bedingungen deutlicher Optimierungsbedarf besteht.

Verwiesen wird auf unterschiedliche Aspekte der Bewertung der heutigen Versorgungssituation. Ein Thema ist die Sicherstellung der Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Regionen Deutschlands, die sektor- und professionsübergreifend diskutiert werden muss. Die ausbleibende Investitionsfinanzierung der Länder und der entstandene Investitionsstau sind eine Herausforderung für die Krankenhäuser. Ihre wirtschaftliche Lage stellt sich unterschiedlich dar; private Krankenhäuser haben hier weniger Probleme. Aus internationalen Vergleichen kann geschlossen werden, dass im deutschen Krankenhausmarkt Überkapazitäten bestehen. Empirische Ergebnisse verweisen auf eine angebotsinduzierte Überversorgung, sind doch Mengensteigerungen neben Effizienzsteigerungen eine rationale Reaktion unter den Rahmenbedingungen des DRG-Systems. Studien zur Befragung von Ärzten verweisen andererseits darauf, dass nicht jede nützliche Leistung auch immer erbracht wird. Weiter verweisen internationale Studien auf Qualitätsunterschiede bei der Leistungserbringung und Verbesserungspotenziale für Deutschland. Insgesamt konstatieren die Autoren vor diesem Hintergrund, dass Anzeichen für Unter-, Über- und Fehlversorgung und unerwünschte Entwicklungen bestehen.

Anstehende politische Reformen müssen neben der skizzierten Problemlage weitere Herausforderungen im Blick behalten; dabei ist die demografische Entwicklung und ihre Bedeutung für den zukünftigen Versorgungsumfang einzubeziehen. Verschiebungen im Morbiditätsspektrum werden den benötigten Versorgungsmix verändern. Während beispielsweise der Versorgungsbedarf im Bereich chronischer Erkrankungen und der Altersmedizin steigen dürfte, wird für Geburtshilfe und Pädiatrie von sinkenden Bettenzahlen ausgegangen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der medizinisch-technische Fortschritt, sowohl mit Blick auf die Identifizierung echter Innovationen als auch bezogen auf mögliche Verweildauerverkürzung und das Potenzial für Ambulantisierungen. Schließlich wird die Politik auf die Urbanisierungstendenzen und die Fragen der Sicherstellung der ländlichen Versorgung reagieren müssen.

Für die aktuelle politische Diskussion konstatieren die Autoren, dass die aufgezeigten Probleme und Herausforderungen von den verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren zum Teil sehr unterschiedlich bewertet werden. Es bleibt eine spannende Frage, welche Reformen der Krankenhauslandschaft in der aktuellen Legislaturperiode auf den Weg gebracht werden können. (*Beitrag Reifferscheid/Thomas/Pomorin/Wasem*)

### Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich

Der Blick auf die Herausforderungen für eine politische Reform der stationären Versorgung, die den Strukturwandel aufgreift, wird hier ergänzt um die internationale Erfahrungsperspektive. Wie werden stationäre Angebotsstrukturen in anderen europäischen Ländern geplant und gesteuert und was kann Deutschland daraus lernen? In den Blick genommen werden Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Italien und die Niederlande.

Erkennbar sind sehr große Unterschiede in der Ausgestaltung. Es beginnt bei dem Grad der politischen Dezentralisierung: Strategische und operationale Planung sind unterschiedlich auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene verortet und zugleich unterschiedlich integriert. Ebenfalls variieren Planungsbreite und -tiefe. Zum Teil, etwa in Dänemark und England, wird auch das ambulante Leistungsspektrum mit in die Planung einbezogen. Die Planungstiefe bedeutet zum Beispiel in Italien und Finnland – wie auch in Deutschland – im Wesentlichen Bettenplanung, während Länder wie Frankreich und England diagnosebezogene Behandlungsvolumina heranziehen. Weit verbreitet ist eine vereinfachende Planungsmethodik wie in Deutschland, die den Bettenbedarf anpasst, obwohl aus dem Feld „Operations Research“ andere Modelle vorliegen.

Weiter zeigen sich große Unterschiede bei der Investitionsfinanzierung. Anders als in Deutschland sind in den betrachteten Ländern meist auch die Zentralregierungen an der Investitionsfinanzierung beteiligt, lediglich in den Niederlanden werden die Investitionen allein von den Krankenhäusern getragen. Internationaler Trend der letzten Jahre ist die schrittweise Einführung von integrierten Investitionszulagen. Neben der Finanzierung aus öffentlichen Mittel oder über Kredite finden sich in einigen Ländern auch Public-private-Partnerships.

Die Autoren sehen Entwicklungspotenziale für Deutschland hinsichtlich einer stärkeren Kooperation der Bundesländer unter Maßgabe einer Rahmenplanung und den damit verbundenen Chancen, die Grenzen zwischen den Leistungssektoren zu überwinden und die Grund- und Spezialversorgung zu organisieren und voneinander abzugrenzen. Als naheliegend wird die Entwicklung einer Leistungsplanung angesehen, wie es sie etwa in Frankreich und England gibt. (*Beitrag Geissler/Busse*)

### Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrzeiten, Krankenhauserreichbarkeit und -kapazitäten

Im internationalen Vergleich zeigt sich für Deutschland nach wie vor eine hohe Krankenhausbettendichte bei hoher Zahl der Krankenhausfälle und hoher Verweildauer. Zugleich steht die Frage der Kapazitätsauslastung im Raum – die meisten Krankenhauspläne sehen eine durchschnittliche Bettenauslastung von 85 Prozent vor, die von den Marktbeteiligten unterschiedlich bewertet wird. Vor diesem Hintergrund untersucht der Beitrag, wie es in Deutschland um die Erreichbarkeit von Grundversorgern, die tatsächlichen Fahrzeiten von Patienten und die Bettenauslastung der Krankenhäuser bestellt ist.

Hinsichtlich der Erreichbarkeit der knapp über 1 000 Krankenhäuser der Grundversorgung in Deutschland zeigt sich, dass 72 Prozent der Bevölkerung in einem Fünfzehn-Minuten-Radius um den nächstgelegenen Grundversorger wohnen. Nur rund ein 1 Prozent wohnt mehr als eine halbe Stunde entfernt. Durchschnittlich erreicht die Bevölkerung im Bundesgebiet einen Grundversorger in 11 Minuten. In

aller Regel haben die Patienten die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Für mehr als die Hälfte der Bevölkerung liegen drei verschiedene Grundversorger innerhalb eines Umkreises von zwanzig Fahrminuten; erhöht man die zugrunde gelegte Fahrzeit auf eine halbe Stunde, so steigt der Bevölkerungsanteil mit entsprechender Wahlmöglichkeit auf fast neunzig Prozent.

Tatsächlich macht offenbar ein großer Anteil der Patienten von dieser Wahlmöglichkeit Gebrauch. Viele Patienten sind bereit, längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. So lassen sich nur 37 Prozent der Patienten im nächstgelegenen Grundversorger behandeln. Selbst in dünn besiedelten ländlichen Kreisen sind es weniger als die Hälfte. Offensichtlich beeinflussen neben Fahrzeiten andere Parameter wie Patientenpräferenzen und das Einweiser- und Zuweiserverhalten die Wahl des Behandlungsortes wesentlich.

Hinsichtlich der Auswertung der Bettenauslastung kommen die Autoren zu dem Urteil, dass im Rahmen einer künftigen Strukturreform Kapazitätsreserven gehoben werden können. Insgesamt liegt die Auslastung der Betten im Jahr 2012 bei rd. 75 Prozent; in der Analyse nach siedlungsstrukturellen Kreistypen bleibt sie fast im gesamten Bundesgebiet unterhalb der oftmals in der Krankenhausplanung angestrebten 85 Prozent. Dabei besteht ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen der Kapazitätsauslastung und der Krankenhausgröße, wobei kleine Krankenhäuser durchschnittlich schlechter ausgelastet sind. (*Beitrag Scheller-Kreinsen/Krause*)

### **Der Strukturwandel im Krankenhausmarkt am Beispiel Bayerns: Unterschiede im Querschnitt und Entwicklungen im Zeitverlauf**

Der Beitrag verfolgt das Ziel, ein besseres Verständnis der strukturellen Entwicklungen im Krankenhausesektor zu erhalten. Dazu nehmen die Autoren eine detaillierte Betrachtung des bayerischen Krankenhausmarktes vor, der auch durch seine siedlungsstrukturellen Unterschiede zwischen einzelnen Ballungsräumen und eher strukturschwachen ländlichen Regionen geprägt ist.

Für das Jahr 2012 stellen die Autoren fest, dass der Anteil der AOK-Patienten, die das wohnortnächste Krankenhaus aufsuchen, nach Indikationen deutlich variiert. So wählt nahezu jeder vierte AOK-Versicherte mit der Indikation Hüftendoprothese ein Krankenhaus, das nicht zu den fünf wohnortnächsten Krankenhäusern gehört. Nur 40 Prozent der Patienten wählen den wohnortnächsten Leistungserbringer, gegenüber 70 Prozent der Patienten mit Hüftfraktur.

Im Zeitraum 2003 bis 2012 hat sich die Zahl der bayrischen Krankenhäuser um ca. 20 Prozent verringert. Zugleich zeigen die Autoren aber auch, dass sich dadurch die von den Patienten zurückzulegende Distanz zum nächsten Krankenhaus generell nur leicht vergrößert. Für die Entfernung zum nächsten Krankenhaus ist der Unterschied kaum wahrnehmbar, für das dritte bzw. fünfte Krankenhaus jedoch deutlicher. Differenziert nach Kreistypen zeigen die Autoren, dass bezüglich der Erreichbarkeit von Krankenhäusern zwischen 2003 und 2012 in den bayrischen Ballungszentren keine nennenswerten Veränderungen stattgefunden haben, in ländlichen Regionen ist eine Zunahme der mittleren Entfernung wahrnehmbar.

Am Beispiel des bayrischen Krankenhausmarktes lenken die Autoren den Blick aber auch auf die möglichen wettbewerblichen Wirkungen einer Konsolidierung. Fusionsprozesse führen immer auch zu einer Reduzierung des regionalen Wettbewerbs. Unter Bezugnahme auf verschiedene internationale Studien gehen sie davon

aus, dass ein geringeres Maß an Marktkonzentration positiv mit der Versorgungsqualität korreliert. Die Autoren verweisen auf die unbestrittenen positiven Effekte von größeren Einheiten und Fallzahlen, wie sie auch aus Konzentrationsprozessen entstehen, auf Qualität und Effizienz. Sie gehen in ihrer Analyse aber vor allem auf die wettbewerbsökonomische Perspektive ein und plädieren dafür, beide Aspekte sinnvoll gegeneinander abzuwägen. (*Beitrag Rinsche/Schmid*)

### **Notfallversorgung im stationären Sektor**

Die Notfallversorgung ist zweifellos eine zentrale Versorgungsaufgabe und muss bei einer Strukturreform des stationären Sektors entsprechend im Blick bleiben. Dabei ist zu beachten, dass die in der Praxis verwendeten Notfallbegriffe aus medizinischer und administrativer Sicht nicht identisch sind. Denn bei Krankenhausaufnahmen ohne reguläre Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt handelt es sich nicht unbedingt auch um medizinisch akute „Blaulichtfälle“. Derzeit existiert also keine Notfalldefinition, die von allen Teilnehmern des Gesundheitssektors gleichermaßen verwendet wird. Eine Unterscheidung in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen ist entsprechend nicht zweifelsfrei möglich.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl solcher Notfallaufnahmen im stationären Sektor deutlich angestiegen: Lag sie im Jahr 2005 in Deutschland noch bei knapp 6 500 Fällen je 100 000 Einwohner, so stieg sie auf mehr als 9 200 im Jahr 2012, ein Anstieg um rund 42 Prozent. Die administrativen Notfallaufnahmen stiegen damit deutlich stärker als die regulären Aufnahmen und machten 2012 41,5 Prozent aller Aufnahmen aus.

Mit ergänzenden Auswertungen von AOK-Daten zeigen die Autoren u. a., dass rund die Hälfte aller administrativen Notfälle auf Nachtstunden und Wochenenden entfallen. Sie zeigen das weite Diagnosespektrum auf und beleuchten die Rolle demografischer Veränderung.

Befragungsergebnisse bei Notaufnahmeleitern deuten auf einen Anteil von Nicht-Notfällen an allen Patienten in Notfallaufnahmen von siebzig bis fünfundsiebzig Prozent hin. Notfälle in der Abgrenzung der Routinedaten der Krankenkassen beinhalten also nur bedingt medizinische Notfälle. Die Ergebnisse zeigen aber einen Wandel dahingehend, dass ein zunehmender Anteil aller stationär aufgenommenen Patienten einen Zugangsweg zu medizinischen Leistungen wählt, der so im Gesundheitswesen nicht vorgesehen ist. Sie suchen ein Krankenhaus auf, während eigentlich eine (Erst-)Versorgung durch den Notdienst der niedergelassenen Ärzte angezeigt gewesen wäre. Die Autoren schlussfolgern, dass mit Blick auf die zukünftige Gestaltung der Notfallversorgung ein besseres Verständnis der Patientenerwartungen an die Akutversorgung und der Versorgungsprozesse im Vorfeld des Notfall-Krankenhauskontaktes notwendig sind. In der Abrechnung sollte eine bessere Unterscheidung zwischen akuten „Blaulichtfällen“ und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses ohne Überweisung möglich sein. (*Beitrag Huke/Robra*)

### **Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme?**

Seit Mitte der 1990er Jahre wurde die Notfallversorgung in Dänemark grundlegend umgestaltet. Die große Zahl an Krankenhäusern, die zuvor an der Notfallversorgung teilgenommen hatten, wurde auf weniger als die Hälfte reduziert. Mit dem

Konzept der Zentralen Notaufnahme (FAM) wurden weitere Transportwege bewusst in Kauf genommen. Gleichzeitig wurde jedoch die Notfallversorgung insgesamt durch eine Professionalisierung des eingesetzten Personals, standardisierte Behandlungsrichtlinien und eine insgesamt optimierte Versorgung bereits auf dem Transportweg verbessert. Die Auswirkungen einer abgestimmten und professionalisierten Versorgungskette auf die Versorgungsqualität erscheinen positiv, trotz deutlich längerer Transportwege. Das neue System wird durch diverse Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet. Patienten äußern sich in durchgeführten Untersuchungen sehr zufrieden. Gemäß OECD ist die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Herzinfarktpatienten und bei ischämischem Schlaganfall von 2001 bis 2011 in Dänemark deutlich gesunken und liegt deutlich unter dem OECD-Durchschnitt und dem deutschen Wert.

Im Ansatz könnte diese sowohl räumliche als auch organisatorische Zentralisierung ein Vorbild für Deutschland darstellen. In Deutschland ruht die Notversorgung auf drei Säulen: dem Notdienst durch niedergelassene Ärzte, dem Rettungsdienst und den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Diese Leistungserbringer sind sowohl organisatorisch als auch hinsichtlich ihrer Finanzierung voneinander getrennt, obgleich sie im Rahmen der Notfallversorgung komplementäre Elemente darstellen und eng miteinander kooperieren müssen. Im Übergang von einer zur anderen „Säule“ kann es daher zu Problemen und Verwerfungen kommen. Der starke Anstieg der in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser behandelten Fälle dürfte zum einen damit zusammenhängen, dass es zunehmend Schwierigkeiten in der Notfallversorgung durch die niedergelassenen Ärzte gibt, insbesondere im ländlichen Raum. Zum anderen werden aber auch die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser in starkem Maße von Patienten aufgesucht, die nicht im eigentlichen Sinne als Notfälle gelten können.

Dort bestehen zudem Hinweise auf qualifikatorische Probleme, da die Tätigkeit in der Notaufnahme anders als in anderen Ländern nicht an eine spezifische fachärztliche Kompetenz gebunden ist und die unbeliebte Tätigkeit zudem oftmals Berufsanfängern überantwortet wird. Eine unter Erreichbarkeitsgesichtspunkten neu geordnete Notfallversorgung mit den Krankenhäusern als zentralen Einrichtungen böte die Möglichkeit, gleichzeitig strukturelle Vorgaben und insbesondere spezifische Qualifikationsanforderungen für das beteiligte medizinische Personal festzulegen. (*Beitrag Augurzky/Beivers/Giebner/Kirstein*)

### **Die Bedeutung der Universitätskliniken in der regionalen und überregionalen Versorgung**

Universitätskliniken spielen in der Krankenhauslandschaft eine besondere Rolle. Dies gilt auch aufgrund ihrer akademischen Prägung durch Forschung und Lehre in allen Bereichen der Krankenversorgung. Der Beitrag untersucht datenbasiert die Unterschiede zwischen Universitätskliniken und nicht-universitären Krankenhäusern, insbesondere mit Blick auf die regionale und überregionale Bedeutung für die Versorgung. Dabei ist zunächst nicht verwunderlich, dass den Universitätskliniken bei Leistungen der Maximalversorgung ein besonderes Gewicht zukommt: Ca. 10 Prozent der stationären Behandlungsfälle werden in Universitätskliniken erbracht, ihr Anteil an allen Maximalversorgungsfällen liegt allerdings bei 24 Prozent. Entsprechend groß ist der Anteil der Maximalversorgung am Leistungsportfo-

lio der universitären Einrichtungen; über die Hälfte der Ressourcen wird im Bereich der Maximalversorgung eingesetzt. Der Autor verweist allerdings darauf, dass die Hochschulmedizin daneben auch Grund- und Regelversorgungspatienten für Forschung und Lehre benötigt, da Forschung sich nicht nur auf Hochleistungsmedizin beschränken kann. Ihre besondere Bedeutung in der Patientenversorgung legt der Autor zudem anhand einer überdurchschnittlichen Beteiligung an Verlegungsketten sowie mit Blick auf überdurchschnittliche Patientenwege für Leistungen sowohl der Regel- als auch der Maximalversorgung dar. Eine deutliche Präsenz zeigen Universitätskliniken insbesondere bei seltenen Erkrankungen mit ihren komplexen medizinischen Herausforderungen bei kleinen Fallzahlen. Hier bilden sich Behandlungsangebote vorzugsweise forschungsnah in einem wissenschaftlichen Kontext heraus. Mit Blick auf künftige Krankenhausstrukturreformen kommt der Autor zu dem Schluss, dass geeignete Instrumente zur strukturellen Förderung von Zentrumsaufgaben in der Krankenhausplanung und -finanzierung bislang fehlen. (*Beitrag Heyder*)

### **Strukturwandel aus Patientenperspektive**

Es existieren verschiedene Befragungen, anhand derer die Entscheidung von Patienten für ein bestimmtes Krankenhaus untersucht wird. Mit Blick auf die vorhandene Krankenhausstruktur ist dabei insbesondere von Interesse, welches Gewicht die Befragten der Nähe zum Krankenhaus gegenüber anderen Kriterien beimessen. Bei allen Unterschieden im Detail zeigen die Befragungsergebnisse, dass die Entfernung zum Krankenhaus, in dem die Behandlung durchgeführt werden soll, durchaus ein wichtiger Aspekt ist. Es existieren jedoch andere, bedeutsamere Faktoren, insbesondere die eigenen Vorerfahrungen sowie der wahrgenommene „Ruf“ des Krankenhauses, also eigene und die Erfahrungen anderer über die Qualität der Behandlung, Ausstattung und Kompetenz von Ärzten und Pflegepersonal. Laut Befragungsergebnissen würde ein Großteil der Patienten weitere Wege in Kauf nehmen, wenn hierdurch das Behandlungsrisiko reduziert werden könnte.

Im konkreten Falle ist für die Abwägung zwischen Nähe des Behandlungsorts und erwarteter Qualität natürlich von hoher Bedeutung, ob sich überhaupt ein weiteres, die relevante Leistung anbietendes Krankenhaus in erreichbarer Nähe befindet. Angesichts der vorgehaltenen Krankenhauskapazitäten in Deutschland besteht für die Mehrzahl der Patienten eine faktische Wahlmöglichkeit. Wie anhand einer Analyse von Abrechnungsdaten gezeigt werden kann, machen die Patienten von dieser Möglichkeit regen Gebrauch, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Indikationen bestehen. In Abhängigkeit von Patientenalter, Dringlichkeit und Art des Eingriffs wählen Patienten nur zu 38 bis 60 Prozent das nächstgelegene Krankenhaus. Während beispielsweise bei Geburten der Anteil derjenigen Patienten, die das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen, vergleichsweise hoch ist (59,7 Prozent), nimmt bei Knie-Endoprothesen rund ein Drittel der Patienten sogar einen mindestens doppelt so langen Fahrtweg in Kauf. Bei den Indikationen Pankreaseingriff, Myokardinfarkt und Brustkrebs sind dies mehr als ein Viertel der Patienten.

Es lässt sich insgesamt konstatieren, dass – auch aufgrund der insgesamt guten Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland – die Nähe zum Behandlungs-ort zwar ein wichtiges, aber keineswegs dominantes Kriterium gegenüber der erwarteten Behandlungsqualität darstellt. (*Beitrag Geraedts/de Cruppé*)

### **Zentrenbildung über Zertifizierung? Das Beispiel EndoCert**

Von zentraler Bedeutung bleibt die Frage, welche Versorgungsstrukturen eine gute Qualität der Versorgung hervorbringen. EndoCert ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), nach der sich Krankenhäuser als EndoProthetikZentrum zertifizieren lassen können. Das Ziel ist die Sicherstellung einer hohen Qualität der Patientenversorgung im Bereich der Endoprothetik. So sind aus der wissenschaftlichen Literatur Faktoren der Struktur- und Prozessqualität bekannt, die zu einer besseren Versorgungsqualität führen. Zentrenbildung über Zertifizierung in der Endoprothetik orientiert sich dabei auch an Vorbildern aus anderen Bereichen, für die positive Effekte belegt sind, wie etwa bei den Tumorzentren. Dabei ist zu beachten, dass gerade auch in der Endoprothetik Nachweise für Volume-Outcome-Zusammenhänge vorliegen.

Seit Oktober 2012 ist das Verfahren bundesweit freigegeben. Bislang sind rund 400 Einrichtungen zertifiziert oder befinden sich im konkreten Verfahren. Für die angestrebte Zertifizierung legt EndoCert dabei sowohl strukturelle Voraussetzungen, etwa baulicher, technischer oder personeller Art, als auch prozessbezogene Voraussetzungen zugrunde, beispielsweise die Orientierung an definierten Behandlungspfaden. Hinsichtlich der Ergebnisqualität findet eine enge Kooperation mit dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) statt; so müssen sich alle Kliniken, die sich um eine Zertifizierung bemühen, zur Teilnahme am EPRD verpflichten. Im Laufe der Erprobungsphase konnten bereits eine Vielzahl von Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert und in den hier teilnehmenden Kliniken umgesetzt werden. (*Beitrag Haas/Mittelmeier*)

### **Onkologische Behandlung – qualitätsorientierte Versorgungsreform zügig umsetzen**

Der Beitrag verdeutlicht am Beispiel der onkologischen Versorgung für die Indikationen Brust- und Darmkrebs, wie die Anpassung von Versorgungsstrukturen in einem qualitativ ausgerichteten Gesundheitswesen aussehen kann. Mit der Zertifizierung onkologischer Zentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft bzw. die Deutsche Krebshilfe ist ein Verfahren etabliert, das deutliche Qualitätsvorteile aufzeigt. Beispielsweise zeigen Brustkrebspatientinnen, die in zertifizierten Zentren behandelt wurden, höhere Überlebensraten als Patientinnen von Nicht-Zentren. Bei Patienten von Darmkrebszentren kommt es im Vergleich mit Nicht-Zentren häufiger zu einer vollständigen Tumorentfernung bei Rektumkarzinom.

Will man die deutsche Versorgungslandschaft für einzelne Indikationen an solchen nachgewiesenen Qualitätsverbesserungen durch Zentren ausrichten, stellt sich die Frage nach der Machbarkeit. Eine Analyse auf Basis der AOK-Brustkrebsfälle des Jahres 2013 zeigt, dass die Behandlung in 783 Krankenhäusern erfolgte, bei 78,8 Prozent der Fälle in einem der 326 Zentren. Während Zentren im Mittel 62 AOK-Patienten behandelten, belief sich die Zahl bei den Nicht-Zentren auf 12. Ein Viertel der Nicht-Zentren behandelte im Jahr 2013 weniger als drei AOK-Fälle.

Schon heute gehen viele Patienten für diese Versorgung nicht ins nächste Krankenhaus; Zentrumspatienten legen weitere Wege zurück als Patienten in Nicht-Zentren.

Von knapp zwei Dritteln der fünfstelligen Postleitzahlbezirke aus sind Zentren in weniger als 25 km zu erreichen, für 95 Prozent der Gebiete unter 50 km und nur für rd. 5 Prozent ergibt sich ein Weg von mehr als 50 km. Nur wenige zusätzliche



Standorte wären erforderlich, um z. B. eine generelle Erreichbarkeit unter 50 km herzustellen, wie eine exemplarische Simulation zeigt. Ähnliches zeigen die Autoren mit ihrer Analyse für die Indikation Darmkrebs.

Beide Betrachtungen zeigen beispielhaft, dass an Ergebnisqualität orientierte Strukturfokussierungen machbar sind und die Basis für mögliche politische Versorgungsreformen schon besteht. (*Beitrag Wesselmann/Mostert/Bruns/Malzahn*)

### **Qualitätsorientierte Krankenhausplanung**

Die Krankenhausplanung, die der Sicherstellung der Versorgung dienen soll, beschränkt sich heute im Wesentlichen auf die Planung von Standorten, Fachgebieten und Behandlungskapazitäten. Aspekte im Bereich der Qualität der Versorgung werden partiell in Form von Strukturqualitätsvorgaben in den meisten Bundesländern berücksichtigt. Allerdings findet sich noch keine Möglichkeit, Unterschiede zwischen Krankenhäusern bei den Qualitätsergebnissen einzubeziehen, obwohl eine Vielzahl von Qualitätsinformationen und Qualitätsvorgaben existieren. In den grundlegenden bundesrechtlichen Normen des KHG müssten dafür Qualitätsaspekte stärker in den Vordergrund gerückt werden.

Die Autoren begrüßen die Qualitätsoffensive der großen Koalition auf Bundesebene und die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Nun komme es darauf an, weitere Schritte im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform zu gehen. Eine auf die Zukunft gerichtete Krankenhausplanung soll neben den bisherigen Zielen einer bedarfsgerechten Versorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit in den Vordergrund stellen. (*Beitrag Metzner/Winten*)

### **Krankenhausplanung am Scheideweg**

Die Autoren sehen einen grundsätzlichen ordnungspolitischen Konflikt zwischen der bestehenden staatlichen Krankenhausplanung und einem DRG-basierten Wettbewerb. Als Ausdruck dessen konstatieren sie Ineffizienzen, die sich in Unter-, Über- und Fehlversorgung äußern, sowie eine insuffiziente Investitionsfinanzierung.

Die zukünftige Krankenhausplanung sollte die bestehende Angebotsplanung durch eine regionale Versorgungsplanung ersetzen, die auf die DRG-Gruppierung zurückgreift und sich z. B. an der Lösung für den Schweizer Kanton Zürich orientieren kann. Beim Abstecken regionaler Versorgungsaufträge soll dabei die Versorgungsqualität starke Berücksichtigung finden. In diesem Rahmen können sich Krankenhäuser gemäß den vorliegenden Kapazitäten und nach Qualitätskriterien bewerben. Die Zuordnung der Versorgungsaufträge obliegt der Krankenhausplanung in Verbund mit den Krankenkassen. In der Frage der Investitionsfinanzierung wird ausgehend von der These, dass monistische Finanzierung politisch nicht umsetzbar ist, vorgeschlagen, dass die Finanzierung gemeinsam durch Länder und Krankenkassen erfolgt und die gemeinsame Bestimmung in der Krankenhausplanung sich an den Anteilen an der Investitionsfinanzierung ausrichtet.

Die eigentliche ordnungspolitische Perspektive für den Krankenhausmarkt wird im Übergang von der Angebots- zur Nachfragesteuerung gesehen, wobei die Preis-Leistungs-Transparenz des DRG-Systems die Basis bildet. Krankenversicherungen

sollen bei freier Wahl ihrer Vertragspartner individuelle Preis- und Mengenverhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern führen können. Für die Krankenhäuser soll die Vertragsfreiheit ein Arbeiten auf Basis von Kostenerstattung ermöglichen und leistungsstarke Krankenhäuser sollen ohne Verträge mit Krankenkassen auskommen können, wenn genügend Patienten diese Option wählen. Die rahmensetzende Krankenhausplanung hat hierbei nur noch eine beobachtende Rolle. (*Beitrag Neubauer/Gmeiner*)

### **Marktaustritte sicherstellen**

Die Autoren charakterisieren den deutschen Krankenhausmarkt als von Überkapazitäten geprägt und schließen daraus, dass eine Strukturbereinigung notwendig ist. Zwischen 2003 und 2013 sind lediglich 74 Krankenhäuser aus dem Markt ausgeschieden, wengleich neben den genannten Kapazitätsüberhängen auch die im internationalen Vergleich hohen Bettenzahlen eine Strukturbereinigung nahelegen.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Krankenhausplanung nicht geeignet ist, um dieses Problem anzugehen. Die Krankenhausplanung habe demnach faktisch in Sachen Strukturwandel nichts bewegt und mit dem weitgehenden Rückzug der Länder aus der Finanzierung gehe ein zentraler Anreiz zum Abbau von Überkapazitäten verloren. Auch dem Vorhaben der „qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ gemäß Koalitionsvertrag wird wenig Perspektive für Strukturbereinigung bescheinigt, ein Ausschluss von Leistungserbringern schlechter Qualität wird für Deutschland aus methodischen, juristischen und kulturellen Gründen als schwer umsetzbar angesehen. Faktisch sind die handelnden Akteure des Strukturwandels die Leistungserbringer selber. Den erfolgversprechendsten Weg zur Strukturbereinigung sehen die Autoren in der Möglichkeit, Marktaustritte finanziell zu flankieren, wie ursprünglich mit dem Strukturfonds im Entwurf zum Koalitionsvertrag vorgesehen.

Die mögliche technische Umsetzung von Marktaustritten und der Marktberreinigung durch Strukturanforderungen, wie zum Beispiel Mindestmengen, wird anhand von Simulationen für das Land Hessen aufgezeigt. Derartige Simulationen sollen zugleich Transparenz schaffen, welche Krankenhäuser bedarfsnotwendig und welche Marktaustrittskandidaten sind. (*Beitrag Leber/Scheller-Kreinsen*)

### **Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze**

In Deutschland fehlt es am rechtlichen Rahmen für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, die unter Versorgungsaspekten geboten erscheint. Faktisch erfolgt die Zulassung von Krankenhäusern auf Basis der Bedarfsplanung der Länder, während mit der Bedarfsplanung und Zulassung der ambulanten Ärzte die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt sind. Die Autoren legen dar, wie die beiden Systeme funktionieren und welche Probleme aus der strikten Trennung der beiden Planungssysteme für die Versorgung folgen. Im ambulanten Bereich steigen die Arztzahlen bei zunehmender Ungleichverteilung des regionalen Angebots. Im stationären Bereich finde praktisch keine Krankenhausplanung mehr statt. Hier soll nach Ansicht der Autoren eine erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung greifen, die bei elektiven Leistungen weniger die Zeitspanne im Notfall als vielmehr die Ausrichtung an zugesicherter Qualität der Versorgung im Blick hat.

Darüber hinaus sehen die Autoren die bestehende sektorenunabhängige Versorgung weder sachgerecht in die ambulante Bedarfsplanung integriert noch mit eigenen bedarfsbezogenen Maßstäben versehen. Neben der fehlenden Integration von Planung stellt dabei schließlich auch die Trennung von Planung, Zulassung und der verbundenen Finanzierungssysteme ein ungelöstes Problem der deutschen Gesundheitspolitik dar. Die Autoren plädieren vor diesem Hintergrund für eine sektorenübergreifende Planung für Leistungen, die prinzipiell sektorenunabhängig erbracht werden können, wobei parallel auch eine Gleichstellung bei den Vertrags- und Vergütungsprinzipien erfolgen soll. (*Beitrag Garre/Schliemann/Schönbach*)

## Zur Diskussion

### Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen

Nach Schätzungen des RWI sowie Berechnungen des InEK beläuft sich der Investitionsbedarf deutscher Krankenhäuser auf rund 5 Mrd. Euro jährlich. Die Bundesländer, die gesetzlich für die Bereitstellung dieser Mittel verantwortlich sind, werden dieser Aufgabe nicht gerecht, sodass pro Jahr schätzungsweise rund 2 Mrd. Euro Eigenmittel für Investitionen verwendet werden müssen. Hinzu kommt rund eine weitere halbe Mrd. Euro für Zinsaufwendungen. Dabei stellt ein solider Kapitalsockel eine wesentliche Basis für den wirtschaftlichen Erfolg der Krankenhäuser dar, wie sich anhand der Ausfallwahrscheinlichkeiten zeigen lässt. Dieser Faktor ist sogar bedeutsamer als der Einfluss der Trägerschaft. Angesichts der niedrigen Förderquoten in manchen Bundesländern geht der Autor davon aus, dass hier von der Substanz gezehrt wird. Hiermit besteht die Gefahr, dass die wirtschaftliche Grundlage der Krankenhäuser erodiert.

Auf Basis der EBITDA-Marge lässt sich die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser ermitteln. Danach wären in Deutschland rund 44 Prozent aller Krankenhäuser als nicht investitionsfähig einzustufen. Allerdings trifft dies in besonderem Maße auf die freigemeinnützigen (58 Prozent nicht investitionsfähig) und öffentlich-rechtlichen (66 Prozent nicht investitionsfähig) Häuser zu. Bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft liegt der Anteil der nicht investitionsfähigen Häuser bei lediglich 5 Prozent.

Die Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen stellt streng genommen eine unzulässige Umwidmung von Finanzmitteln dar. Angesichts der zu geringen Mittelbereitstellung durch die Länder bleiben den Krankenhäusern real wenige Optionen und sie folgen daher einer betriebswirtschaftlichen Logik, wenn sie Gewinne aus dem wirtschaftlicheren Umgang mit Betriebsmitteln für die Verbesserung der Investitionstätigkeit verwenden. Vor diesem Hintergrund ist für den Autor die monistische Finanzierung die angemessene Vorgehensweise. (*Beitrag Augurzky*)

### Erhebung der Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht auf der Basis von Routinedaten

Der Beitrag stellt Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Frühgeborenen mit geringem Geburtsgewicht vor, die im Rahmen des Verfahrens Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) mit Begleitung des Fachpanels Geburtshilfe/Neonatologie entwickelt wurden.

Der dargelegten Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten werden mehrere Vorteile gegenüber dem gesetzlichen Verfahren zugeordnet. Neben der Tatsache, dass zusätzlicher Dokumentationsaufwand vermieden wird, ist insbesondere die Möglichkeit zur einrichtungsübergreifenden Nachverfolgung des Behandlungsverlaufs hervorzuheben. Als weiterer Vorteil gilt, dass hier eine vollständige Dokumentation der Todesfälle vorliegt, während für die Neonatalerhebung von einer Unterdokumentation ausgegangen wird. Schließlich wurde bei der Konstruktion der Kernindikatoren auf therapierelevante und prognostisch relevante Ereignisse fokussiert.

Analysiert wurden AOK-Frühgeborene der Jahre 2008 bis 2012 mit einem Geburtsgewicht zwischen 500 und 1500 g, sofern sie in einem Level-1- oder Level-2-Perinatalzentrum mit mindestens 30 AOK-Fällen im Betrachtungszeitraum behandelt wurden. Für die einbezogenen AOK-Fälle zeigt sich insgesamt eine neonatale Mortalität von 6,7 Prozent. Der Qualitätsindex „Tod oder schwere Erkrankung“, der eine Reihe weiterer schwerwiegender Ereignisse einschließt, erreicht 14,8 Prozent.

Vergleicht man die Perinatalzentren, so zeigen sich auch nach Risikoadjustierung deutliche Unterschiede beim Qualitätsindex. Während ein Viertel der Kliniken die für das jeweilige Haus nach Risikoadjustierung erwartete Ereignisrate um mindestens 23 Prozent unterschritt, überschritt ein weiteres Viertel der Häuser diese um mindestens 33 Prozent.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Frühgeborene mit geringem Geburtsgewicht, die in Zentren mit großen Fallzahlen behandelt wurden, eine signifikant unterdurchschnittliche risikoadjustierte Mortalität bzw. Morbidität aufweisen. (*Beitrag Heller/Konheiser/Biermann*)

### **Kinder im Krankenhaus**

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Erkrankungsspektrum von Kindern und Jugendlichen deutlich gewandelt. Laut der KiGGS-Studie (Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey) hat beispielsweise das Krankheitsbild des Übergewichts und der Adipositas in einem Zeitraum von ungefähr zwölf Jahren um 50 Prozent zugenommen. Gewissermaßen flankierend kann man im psychiatrischen Bereich eine starke Zunahme der Ess-Störungen konstatieren. Insgesamt zeigen sich bei den somatischen Erkrankungen eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Indikationen und eine Zunahme psychischer Erkrankungen gegenüber den somatischen.

Gleichzeitig hat sich die Kinder- und Jugendmedizin in den letzten Jahren zunehmend diversifiziert, mit einer Vielzahl von fachlichen Spezialisierungen im pädiatrischen Bereich. Ob in der Praxis ein Patient unter achtzehn Jahren bei einem derartigen Spezialisten behandelt wird oder doch bei einem Facharzt für erwachsene Patienten, hängt stark vom Alter des Kindes ab.

Gerade bei Jugendlichen suchen tendenziell zur Behandlung keinen Kinder- und Jugendarzt mehr auf. Ein ähnliches Muster zeigt sich hinsichtlich der Behandlung in pädiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser. Einer der Eckpunkte der Charta für Kinder im Krankenhaus ist die Maßgabe, dass Kinder gemeinsam mit anderen Kindern in einer auf deren Bedürfnisse abgestimmten Umgebung und von einem spezifisch fachlich ausgebildeten Personal betreut werden. Bezüglich des Anteils der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen in Krankenhäusern mit pädiatrischer Spezialkompetenz zeigen sich auf der Kreisebene aber deutliche regionale Unter-

schiede zwischen 64,4 und 100 Prozent mit erkennbar höheren Anteilen in den neuen Bundesländern, die als Fortwirkung anderer Behandlungsroutinen in der DDR erklärt werden können. (*Beitrag Wirth/Geraedts*)

## Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory

### Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich

Für die Einnahmen der Krankenhäuser bzw. die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherer ist die jährliche Vereinbarung der Krankenhausbudgets von besonderer Bedeutung. Krankenhäuser, die ihre Leistungen über DRGs abrechnen, machen dabei den größten Anteil aus. Für diese wurden die Budgetentwicklung und die maßgeblichen Determinanten der Jahre 2012 und 2013 anhand der amtlichen Formulare „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEB) analysiert. Im Vergleich dieser zwei Jahre sind die Budgets der 1387 untersuchten Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um knapp 2,6 Mrd. Euro angewachsen. Das entspricht einem Anstieg um 4,5 Prozent. Der größere Anteil dieses Zuwachses geht auf die Preisentwicklung zurück, der ausgleichsbereinigte Effekt beträgt 2,9 Prozent. Besonders bedeutsam waren hier die finanziellen Mittel, die mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zusätzlich bereitgestellt wurden. Zur Veränderungsrate von 2,0 Prozent kamen die Effekte der im Gesetz geregelten nachträglichen Tarifberichtigung und des Versorgungszuschlags hinzu, während die Effekte der zusätzlichen Mittel zur Förderung der Krankenhaushygiene hier noch nicht deutlich sichtbar sind und weitestgehend erst 2014 budgetwirksam abgebildet werden. (*Beitrag Mostert/Friedrich/Leclerque*)

Auch in der vorliegenden Ausgabe enthält der Krankenhaus-Report wieder die bewährte **Krankenhauspolitische Chronik** (*Beitrag Bürger*). Sie umfasst alle wichtigen Ereignisse im Krankenhausbereich. Im Buch enthalten ist dabei der Zeitraum von der Jahresmitte 2013 bis zur Jahresmitte 2014. Die vollständige Chronik ab dem Jahr 2000 steht im Internetportal bereit.

Darüber hinaus enthält der Krankenhaus-Report 2015 wie üblich einen umfassenden Datenteil auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes mit Übersichten, Darstellungen und Analysen. In drei Beiträgen geben die Autoren Aufschluss über die **Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser** (*Beitrag Bölt*) sowie über das Leistungsgeschehen in den deutschen Krankenhäusern sowohl auf Grundlage der **Diagnosestatistik der Krankenhäuser** (*Beitrag Schelhase*) als auch auf Basis der **fallpauschalenbezogenen Statistik nach § 21 KHEntG** (*Beitrag Spindler*).

Das **Krankenhaus-Directory** präsentiert Angaben zu Grundcharakteristika, Leistungsmengen und Marktposition für rund 1400 Krankenhäuser auf Basis der hausbezogenen „Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEBs).