

# Einführung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz, das zu Beginn des Jahres 2016 in Kraft getreten ist, wurde eine vergleichsweise umfassende Reform des stationären Sektors auf den Weg gebracht. Kennzeichnet den Krankenhausbereich, wie auch andere Sektoren der Gesundheitsversorgung, seit Jahrzehnten eine hohe gesetzliche Regeldichte, so zeichnet sich die jüngste Reform für den stationären Bereich insbesondere dadurch aus, dass viele Gestaltungsfragen gleichzeitig aufgegriffen werden. Die Konkretisierung und praktische Umsetzung der zentralen Themen auf Bundes- und Landesebene vollzieht sich zurzeit.

Prägend für das KHSG ist die Qualitätsagenda, soll doch die stationäre Versorgung hier zukünftig eine stärkere Qualitätsorientierung erfahren – sei es im Bereich der Qualitätstransparenz, der Krankenhausplanung, der Vergütung oder auch der Erprobung einzelvertraglicher Regelungen. Fragen der Wirtschaftlichkeit, der Mengensteuerung oder der Strukturentwicklung werden mit dem KHSG ebenso aufgegriffen wie die Themen Personalausstattung, regionale Sicherstellung und Notfallversorgung.

Gleichwohl bleiben aber auch wesentliche Fragen, wie etwa die nach der Sicherstellung der Investitionsfinanzierung, unbeantwortet. Daneben gibt es auch Entwicklungen im Bereich der Demografie oder des technischen Fortschritts und der Digitalisierung, die darauf verweisen, die Gesamtsituation im Sinne eines mittelfristigen ordnungspolitischen Konzepts nicht aus dem Blick zu verlieren. Schließlich wird aber auch hinsichtlich der KHSG-Agenda zu beobachten sein, welche konkrete Ausgestaltung der sich zurzeit vollziehende Umsetzungsprozess durch die Selbstverwaltung erfährt und wie weit diese Lösungen tragen.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der vorliegende Krankenhaus-Report unter dem Schwerpunkt „Zukunft gestalten“ bewusst weiterhin bestehenden bzw. in längerfristiger Perspektive relevanten grundsätzlichen Gestaltungsfragen der stationären Versorgung. Es gilt diese aufzugreifen, zu analysieren und Entwicklungsoptionen aufzuzeigen.

Die Beiträge im Schwerpunkt des Krankenhaus-Reports 2017 befassen sich mit den künftigen Herausforderungen der Krankenhaus-Versorgung und -Finanzierung, der Weiterentwicklung des Vergütungssystems und der Personalsituation sowohl im ärztlichen als auch im Pflegebereich. Die Frage der Notfallversorgung wird analysiert und es werden Reformoptionen aufgezeigt. Die Themen Mindestmengen und qualitätsorientierte Zentralisierung von Leistungen werden umfassender in den Blick genommen. Diskutiert werden einrichtungs- und auf den Operateur bezogene Mindestmengen, Mindestmengen in bestimmten Leistungsbereichen wie auch die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen. Weitere Zukunftsthemen behandeln die Perspektiven der Digitalisierung und Telemedizin in der Krankenhausversorgung, die strukturelle Rolle der Krankenhäuser in einer regional vernetzten Versorgungslandschaft sowie generelle Visionen zur Krankenhauslandschaft 2030.

## Schwerpunktthema: Zukunft gestalten

### Krankenhausversorgung nach dem KHSG – noch weitere Herausforderungen?

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2016 wurde eine Reihe von lange bestehenden Problemfeldern angegangen. Zu nennen sind hier beispielsweise die avisierte verbesserte Qualitätstransparenz durch das IQTIG, Einführung von Qualitätskomponenten in der Krankenhausplanung und -vergütung, Strukturwandel und mögliche Kapazitätsanpassung mithilfe des Strukturfonds sowie die Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege.

Damit verbunden ist – trotz einer angestrebten Begrenzung des Leistungsmengenzuwachses – eine Erhöhung der Ausgaben für den stationären Sektor. In der Summe dürften die Maßnahmen des KHSG zu einer deutlichen Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser führen. Inwieweit die finanziellen Spielräume tatsächlich auch für versorgungsstrukturelle Verbesserungen genutzt werden, bleibt abzuwarten.

Zugleich bietet das KHSG aber für einige zentrale Fragen noch keine (ausreichenden) Lösungen. Insbesondere hat die Politik das latente Problem der Investitionsfinanzierung nicht aufgegriffen. Die Lücke zwischen bereitgestellten Mitteln und Investitionsbedarf beläuft sich auf ein Volumen von 2,8 bis 3,9 Mrd. Euro jährlich und es besteht ein erheblicher Investitionsstau. Hier gelte es, Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung mittels Investitionspauschalen im DRG-System zusammenzufassen. Ebenso gelte es, die gesellschaftliche Daseinsvorsorge über Erreichbarkeitsmaße festzulegen, insbesondere im Bereich der Notfallversorgung, die Indikationsqualität abzusichern, d. h. Fehlanreize zur Mengenausweitung zu vermeiden und schließlich die Qualität durch Qualitätstransparenz und entsprechende Vergütungselemente explizit zu fördern. (*Beitrag Augurzky*)

### Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung

Zweifelloos ist das DRG-System eine wichtige Errungenschaft für das deutsche Gesundheitswesen. Es zeigen sich aber auch Problembereiche, die der Autor vor dem Hintergrund von Fehlanreizen des Systems beschreibt. Er benennt die Anreize zur Mengenausweitung, die mangelnde Ambulantisierung stationärer Leistungen, die Herausforderung der regionalen Sicherstellung und eine mangelnde Berücksichtigung der Versorgungsqualität in der Vergütung trotz des Ansatzes im KHSG. Hier soll das G-DRG-System eine anreizbasierte ordnungspolitische Weiterentwicklung erfahren.

Ein solches System sollte zunächst die Fortschreibung der Basisfallwerte, die heute das Ergebnis von Verhandlungen ist, durch Orientierung an der im Krankenhausbereich herrschenden Preisentwicklung weitgehend automatisieren. Voraussetzung hierfür wäre die Schaffung eines entsprechenden Preisindex, der auch regionale Besonderheiten berücksichtigt. Unterschiede der Kostenniveaus der Versorgungsstufen sollen im DRG-System Berücksichtigung finden, soweit sich dies nach einer vorausgehenden sorgfältigen empirischen Überprüfung als erforderlich herausstellt. Die Berücksichtigung nicht-mengenabhängiger Erlösbestandteile gilt es gleichfalls zu überprüfen, insbesondere mit Blick auf die Vorhaltung der Notfallversorgung. Qualitätsanreize sollten auf den Ebenen von Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität in das Vergütungssystem integriert werden, wie etwa in den USA

und England zu beobachten ist. Schließlich plädiert der Autor für einen deutlich stärkeren Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bei der Erbringung ambulanter Leistungen, um der mangelnden Ambulantisierung zu begegnen. Eine Überarbeitung und deutliche Ausweitung des bestehenden Katalogs nach § 115b SGB V sowie die Schaffung einer adäquaten Vergütungsgrundlage, etwa im Sinne einer Mischvergütung aus EBM und DRG, sind hier erfolgversprechende Ansätze. (*Beitrag Schreyögg*)

### **Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014**

Die Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung im Sechs-Jahres-Zeitraum 2009 bis 2014 wird auf Basis der AOK-Daten für die Bereiche von 14 Kassenärztlichen Vereinigungen analysiert. Erkennbar ist zum einen ein klarer Trend hin zu einem wachsenden Versorgungsanteil der Notfallambulanzen, der im Jahr 2014 rd. 58% erreicht, während die Versorgung durch die ambulanten Praxen rückläufig ist. Diese Entwicklung ist in allen KV-Regionen mehr oder weniger deutlich feststellbar. Zum andern kann aber die These eines wachsenden Notfallaufkommens im Sinne eines Trends mit den vorliegenden Daten nicht belegt werden, da hinsichtlich der Fallzahlschwankungen zwischen den Jahren verschiedene Sondereffekte zu beachten sind. Es deutet sich jedoch insbesondere an, dass mit der Abschaffung der Praxisgebühr 2013 ein Niveausprung bei den Fallzahlen einherging.

Im Weiteren analysieren die Autoren die altersabhängige Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung, den unterschiedlichen Versorgungsmix zwischen Notfallambulanzen und ambulanten Praxen an den Wochentagen sowie das unterschiedliche Notfallversorgungsprofil der beiden Leistungserbringergruppen. In der Notfallversorgung durch ambulante Praxen suchen die Ärzte die Patienten in einem knappen Viertel der Fälle zu Hause auf. Während bei diesen Leistungserbringern neben der Abrechnung von Notfall- und ggf. Wegepauschale kaum weitere Leistungen zur Abrechnung kommen, ist dies bei der Notfallversorgung durch Notfallambulanzen überwiegend der Fall. Die Schwerpunkte liegen auf radiologischen bildgebenden Verfahren, Ultraschalluntersuchungen, Labordiagnostik und kleinchirurgischen Eingriffen. (*Beitrag Dräther/Schäfer*)

### **Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland**

Der Beitrag geht der Frage nach, welche Hinweise sich für die Gestaltung der Notfallversorgung in Deutschland aus internationalen Erfahrungen ableiten lassen. Gerade in der Organisation der Notfallversorgung auf Landesebene mit Beteiligung des kassenärztlichen Notdienstes, der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungswesens spiegeln sich die Probleme der sektoralen Trennung in besonderer Weise. Betrachtet werden primär die Erfahrungen aus Australien, Dänemark, England, Frankreich und den Niederlanden.

Dabei stellen die Autoren fest, dass erstens einige Länder versucht haben, die Verfügbarkeit von ambulanten Leistungen für dringliche Fälle zu verbessern. Zweitens gehen viele Maßnahmen in Richtung einer besseren Koordination der Leistungserbringer im Sinne einer besseren Patienten-Navigation. Drittens finden sich spezialisierte Strukturen zur Qualitätssteigerung der Notfallversorgung von hoch-



komplexen Fällen bzw. spezifischen Diagnosegruppen (Polytrauma, Herzinfarkt, Schlaganfall) und viertens generell Bestrebungen einer qualitätsorientierten Zentralisierung der Notfallversorgung.

Diese Erfahrungen werden weitgehend auf Deutschland übertragen. Eine besser verzahnte Steuerung der Patientenströme durch Notfallprotokolle und Zentralisierung, insbesondere auch mit Blick auf die Notfallversorgung von Schwerkranken, seien ebenso angezeigt wie eine bessere organisatorische Verzahnung von ambulantem Notdienst und Notaufnahmen der Krankenhäuser. Zugleich erhoffen sich die Autoren von der klareren Strukturierung entlang der internationalen Erfahrungen auch eine Rationalisierung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen. (*Beitrag Geissler/Quentin/Busse*)

### **Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive**

Die Autoren betrachten auf der Basis von OECD-Daten die Personalausstattung der Krankenhäuser im internationalen Vergleich, wobei sie für Deutschland eine auffällig niedrige Personalquote pro Fall feststellen. Die unterschiedliche personelle Ausstattung in den Ländern hängt jedoch auch eng mit der jeweiligen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme zusammen.

Ausgehend von der Feststellung der gegenläufigen Personalentwicklung bei Ärzten und Pflegekräften in Deutschland gehen die Autoren im zweiten Teil des Beitrags der Frage nach, welche Auswirkungen die feststellbare Personalentwicklung auf die Versorgungsqualität im Krankenhaus hat. Laut der internationalen Befragungsstudie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting) ist die Versorgungsqualität aus Sicht der Pflege in Deutschland gesunken. Ebenfalls verwiesen wird auf international gemessene Zusammenhänge von Ausbildungslevel (Akademisierung) und Qualität, wobei für Deutschland im internationalen Vergleich eine geringe Akademisierung festgestellt wird, wenngleich vermehrt einschlägige Studiengänge entstehen. Weiter werden aufsetzend auf der RN4Cast-Studie Auswertungen vorgestellt, die eine Einschränkung von Pflegeleistungen benennen (wenn auch im Sinne rationaler Priorisierung durch die Pflegekräfte) wie auch auf die Zunahme von pflegesensitiven Komplikationen hinweisen.

Insgesamt wird die These vertreten, dass die hochwertige Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern durch die Personalentwicklung der letzten 20 Jahre eine negative Tendenz erfahren hat. Gefordert werden – auch vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen – neue Organisationsmodelle für den berufsgruppenübergreifenden Personaleinsatz, wobei der optimale Einsatzmix beim Gesundheitspersonal bisher weder international noch national ausreichend untersucht sei. (*Beitrag Zander/Köppen/Busse*)

### **Personalausstattung der Krankenhäuser: Entwicklungen der letzten 25 Jahre**

Für das Jahr 2017 hat der Gesetzgeber mit Personalmindeststandards Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern vorgesehen. Diese wird vor dem Hintergrund mehrerer Entwicklungen betrachtet, wie der zunehmenden Alterung der Gesellschaft, einer gestiegenen Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern, veränderten Rahmenbedingungen durch DRG-Einführung und Arbeitszeitgesetzgebung sowie der vorliegenden Studienlage zum Zusammenhang von Personalausstattung und Behandlungsergebnis.



Der Autor analysiert die Stellenentwicklung bei Ärzten und dem Pflegepersonal seit 1991 bezogen auf die Zahl der versorgten Fälle. Seit 1993 gab es mit der Pflegepersonalregelung (PPR) sowie zwei Sonderprogrammen Initiativen, um die Personalausstattung im Pflegebereich zu verbessern; bei den Ärzten hat insbesondere die Umsetzung der EU-Arbeitszeitregelung in nationales Recht zu einem Anstieg der Ärztezahlen im Krankenhaus geführt. Trotz einer Erhöhung der Fallzahlen seit Beginn der neunziger Jahre hat daher die Zahl der Fälle pro Arzt abgenommen. Bei den Pflegekräften ist die Entwicklung weniger einheitlich. Dies liegt insbesondere an einem Abbau der Zahl der Pflegekräfte (gemessen in Vollzeitäquivalenten) zwischen 1995 und 2007. Seitdem ist die Personalausstattung im Pflegebereich wieder angestiegen und hat 2015 ungefähr wieder das Niveau von 2003 erreicht. Gerade was die Fälle pro Pflegekraft betrifft, treten darüber hinaus deutliche Unterschiede je nach Träger beziehungsweise nach Größe des Krankenhauses auf.

Liegt der Zusammenhang zwischen Personalausstattung und den Ergebnissen grundsätzlich auf der Hand, so gibt es doch zugleich ein erhebliches Analysedefizit. So kann die vorliegende Studienlage nicht beantworten, ob die heutige quantitative und qualitative Ausstattung der deutschen Krankenhäuser mit Ärzten und Pflegekräften geeignet ist, eine sichere, patientenorientierte, effektive und effiziente Versorgung sicherzustellen. Dies ist erforderlich, um Schwellenwerte für Mindeststandards begründen zu können. (*Beitrag Geraedts*)

### Zentrenbildung in der Pankreas- und Ösophaguschirurgie

Chirurgische Eingriffe an Pankreas und Ösophagus gehören zu den komplexesten Operationen der Viszeralchirurgie. In den vergangenen Jahren ist es aufgrund von Fortschritten in der Operationstechnik möglich geworden, das Sterblichkeitsrisiko deutlich zu reduzieren; gleichzeitig hat sich hierdurch die Komplexität der Eingriffe abermals erhöht. In aller Regel stellen diese Operationen planbare Eingriffe dar; die positive Beziehung zwischen Menge und Ergebnis ist klar belegt.

Insofern ist es folgerichtig, dass in Deutschland Mindestmengen für komplexe Eingriffe an Pankreas und Ösophagus gelten. Diese liegen mit zehn Eingriffen pro Jahr und Klinik im internationalen Vergleich allerdings sehr niedrig, die Studienlage spricht für höhere Mindestmengen. Zudem werden diese in der Praxis in einer Vielzahl der Fälle nicht eingehalten.

Die Autoren sehen hier die Selbstverwaltung bzw. den Gesetzgeber in der Pflicht, die Umsetzung einzufordern; Ausnahmeregelungen seien kritisch zu überprüfen. Zugleich solle eine mögliche Anhebung der Mindestmengen geprüft werden. (*Beitrag Mansky/Nimptsch/Grützmann/Lorenz*)

### Mindestmengen in der Chirurgie – sind wir weit genug?

Für viele chirurgische Eingriffe lässt sich der Zusammenhang von Volume und Outcome nachweisen, wie zahlreiche Studien und Meta-Analysen zeigen. Besonders ausgeprägt ist dieser bei komplexen bzw. risikoreichen Eingriffen, etwa im Bereich der Viszeralchirurgie. Hier sinken Todesraten mit einer steigenden Zahl von Eingriffen deutlich.

Der Schlüssel zum Erfolg ist die Zentralisierung von Operationen mit Leistungserbringung durch spezialisierte Chirurgen. Hier kommt es darauf an, dass ein eingespielter spezialisierter Versorgungsprozess vorliegt. Hohe Fallzahlen wirken



sich dabei nicht nur senkend auf die Wahrscheinlichkeit aus, dass schwere Komplikationen auftreten, sondern vor allem auch deutlich auf das Komplikationsmanagement, also die Handhabung schwerer Komplikationen und die Vermeidung gravierender Folgen.

Kann in vielen Fällen der Zusammenhang zwischen Menge und Qualität als statistisch bewiesen angesehen werden, so lässt sich aus der Empirie kein eindeutiger fester Schwellenwert für die Grenzwertfestlegung ableiten. Diese bleibt ein normativer Akt und erfordert einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen für die Festlegungen des G-BA.

Chirurgische Fachgesellschaften sind mittlerweile das Thema erforderlicher Fallzahlkonzentrationen durch die Entwicklung von Zentrums- und Zertifizierungsstrukturen angegangen. Nach wie vor fehlt aber im Sinne einer effektiven Versorgungssteuerung die Vorgabe eines Ordnungsrahmens für die Strukturierung derartiger Zentren und ihre Zertifizierung. (*Beitrag Bauer*)

### **Mindestmengen in der Struktursteuerung – eine rechtssystematische Bewertung**

Mindestmengen finden im deutschen Rechtssystem bereits an mehreren Stellen Anwendung, beispielsweise zum Nachweis der fachlichen Qualifikation des Arztes nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern. Ebenso dienen sie als Abrechnungsgrundlage zum Nachweis einer besonderen Spezialisierung, zum Beispiel bei der spezialfachärztlichen Versorgung. Und schließlich sollen sie bei planbaren Leistungen die Erfahrung des Leistungserbringers darstellen und damit helfen, eine hohe fachliche Qualifikation sicherzustellen. In der Praxis besteht ein großer Unterschied darin, ob die nachgewiesenen Mindestmengen sich auf den einzelnen Arzt und somit auf die rein fachliche Qualifikation beziehen oder das Krankenhaus als Einheit die Grundlage bildet. In letztgenanntem Fall spielen in starkem Maße die Organisation der Arbeitsabläufe und die Koordination zwischen allen Beteiligten eine zentrale Rolle. Das Bundessozialgericht hat in seiner Rechtsprechung darauf hingewiesen, dass unabhängig von personellen und sächlichen Voraussetzungen auch das „effektive Zusammenwirken einzelner Teile eines Behandlungsvorgangs“ für die Ergebnisqualität von wesentlicher Bedeutung sind. In der Rechtsprechung strittig ist das Ausmaß des erforderlichen Kausalitätsnachweises zwischen Menge und Qualitätsverbesserung. Die jüngere Rechtsprechung ebenso wie die gesetzliche Neuregelung des Auftrags an den G-BA haben hier neue Möglichkeiten eröffnet. Er hält das Heft des Handelns in der Hand. Gleichwohl schätzt der Autor die Gestaltungskraft mit Blick auf zugelassene Ausnahmen und rechtliche Grenzen als beschränkt ein. (*Beitrag Hess*)

### **Zur Rolle der Telemedizin in der Krankenhausversorgung der Zukunft**

Die Digitalisierung hat schrittweise und mitunter nur schleppend Eingang in die Krankenhäuser gefunden. Dabei wurden zunächst nur die analogen Prozesse in digitaler Form weitergeführt, beispielsweise indem Briefe durch E-Mails ersetzt wurden. Nur am Rande ergaben sich bislang Änderungen an den Prozessen selbst. Zu nennen ist hier zum Beispiel das digitale Monitoring von Patienten, das seit Einführung leistungsfähiger Smartphones zunehmend auch mobil durchgeführt werden kann.

In der Zukunft wird sich dieser Prozess beschleunigt fortsetzen, das deutsche Gesundheitswesen steht für den Autor vor einem gewaltigen Transformationspro-



zess. Er geht davon aus, dass vermehrt strukturelle Neuerungen in die Gesundheitsversorgung Einzug halten werden. Denkbar ist beispielsweise, dass die ärztliche Diagnose online erfolgt, während die nachfolgende Behandlung allein durch medizinische Fachangestellte und Krankenpflegepersonal durchgeführt wird, ohne dass ein Arzt physisch anwesend ist. Ebenso können digitale Expertensysteme das medizinische Personal einschließlich der Ärzte unterstützen, indem der jeweilige Fall auf Basis eines wissenschaftlichen Informationssystems digital begleitet wird. Dies stellt nicht nur eine Arbeiterleichterung dar, sondern ist auch für Fehlervermeidung von hoher Relevanz. Durch die Verbesserung der Leistungsfähigkeit in der Datenverarbeitung wird es darüber hinaus zunehmend möglich und selbstverständlich werden, umfangreiche über den Patienten verfügbare Daten – von individuellen Gesundheitsfaktoren bis hin zu Bewegungsverhalten und Ernährung – infolge entsprechender Apps zu systematisieren und auszuwerten, beispielsweise zur Erstellung persönlicher Risikoprofile. Eine Herausforderung wird hierbei darin bestehen, einen gemeinsamen technischen Standard für eine derartig umfangreiche elektronische Patientenakte zu etablieren. Auf Seiten der einzelnen Wettbewerber im Krankenhausmarkt bleibt abzuwarten, wie erfolgreich sich die einzelnen Krankenhäuser im Zeitalter der Digitalisierung auf den Weg machen. *(Beitrag Müschenich)*

### Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland

Die deutsche Krankenhauslandschaft zeichnet sich durch Überkapazitäten sowie eine mit deutlichen strukturellen Schwächen verbundene Trennung vom ambulanten Sektor aus. Eine mehr beharrende als gestaltende Krankenhausplanung und die mangelhafte Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer behindern strukturelle Anpassungen. Vor diesem Hintergrund geschieht die Weiterentwicklung des Systems eher als Nachvollzug externen Drucks als in Form einer bewussten Gestaltung.

Globale Treiberfaktoren der weiteren Entwicklung sind die Alterung der Patienten, der zunehmende Personalmangel, die sich verschärfende Bevölkerungskonzentration in den Ballungsgebieten, aber auch der medizintechnische Fortschritt sowie die Möglichkeiten der Digitalisierung einschließlich der Telemedizin und des Zugangs der Patienten zu (laien-)medizinischen Informationen. Daneben wirken nationale systemische Treiberfaktoren, wie die landesspezifische Krankenhausplanung, Rationalisierungsdruck und Qualitätswettbewerb, die anhaltende Investitionsschwäche und ein Wettbewerbsdruck in Richtung der Bildung von Versorgungsnetzen und weiterer Trägerkonzentration.

Insgesamt geht der Beitrag auf Basis einer modifizierten Fortschreibung davon aus, dass die Krankenhauskapazitäten in Deutschland bis 2030 weiter zurückgefahren, aufgrund der strukturellen Hindernisse aber gemessen am OECD-Durchschnitt überdurchschnittlich hoch bleiben werden. Die Behandlungsprozesse werden auch im Jahr 2030 noch arbeitsintensiver ablaufen, als dies technisch möglich wäre. Krankenhauskonzerne und Kooperationen werden die Versorgung stärker dominieren. Die ländliche Versorgung wird verstärkt durch Netze unter Führung der Krankenhäuser sichergestellt. *(Beitrag Neubauer)*



### **Das vernetzte Krankenhaus der Zukunft ist primär ein regionales Versorgungssystem – eine Skizze**

Der Beitrag entwickelt ein Konzept für ein regionales Versorgungssystem mit Outcome-orientierter Vergütung. Diesem liegt die Idee zugrunde, dass ein zentraler Verantwortlicher die Gesundheitsversorgung für einen fest umrissenen Personenkreis in einer bestimmten Region übernimmt. Grundsätzlich kommen unterschiedliche Akteure als zentrale Verantwortliche in Betracht: Niedergelassene ebenso wie Krankenhäuser, Gebietskörperschaften oder Krankenkassen beziehungsweise eine Kooperation aus unterschiedlichen Verantwortlichen. Wichtig ist hierbei, dass eine Gesamtverantwortung übernommen wird, um Risikoselektion zu vermeiden. Dabei müssen gleichzeitig die Vielfalt an Leistungserbringern und der freie Wettbewerb gewahrt bleiben. Die Vergütung orientiert sich dabei nicht an der Art der durchgeführten Behandlung, sondern an dem durch das Krankenhaus erbrachten „Wertbeitrag“ für die Gesundheit des Patienten. Der Beitrag führt eine Reihe von Initiativen aus dem In- und Ausland an, die heute bereits in diese Richtung weisen. *(Beitrag Hildebrandt/Gröne/Pimperl/Werner/Huber)*

### **Zur Diskussion**

#### **Die optimale Klinikgröße**

Betriebswirtschaftlich lässt sich die Frage nach der optimalen Unternehmensgröße beantworten. Auf gesellschaftlicher Ebene geht es um mehr: um die erzielbare Qualität, den regionalen Zugang zu Leistungen und die Zufriedenheit der Versicherten mit der Krankenversorgung. Es gibt Hinweise darauf, dass bereits ab einer Bettenzahl von 200 Betten keine Größenvorteile mehr auftreten und ab 600 Betten die Nachteile infolge der Größe einsetzen. Die Literatur sieht eine betriebswirtschaftlich optimale Klinikgröße im Bereich von 300 bis 500 Betten.

Neben der reinen Bettenzahl sind allerdings auch andere Parameter entscheidend für die Profitabilität, so etwa die vorliegende Spezialisierung, die Investitionsfähigkeit und die Zugehörigkeit zu Kooperationen.

Wichtiger als die Frage, ob ein Krankenhaus nachweisbar noch betriebswirtschaftlich zu betreiben ist, bleibt die politisch zu beantwortende Frage, wie die Versorgung in einer Region sichergestellt werden kann. Dies betrifft dann nicht mehr nur die Institution Krankenhaus, sondern Netzwerke der verschiedenen Leistungserbringer, in die die Krankenhausversorgung in geeigneter Weise eingebunden ist. *(Beitrag Längen)*

#### **Qualitätssicherung mit Routinedaten: Volume-Outcome-Analysen zu Schilddrüsenoperationen**

Der Beitrag analysiert aufsetzend auf dem Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) den Zusammenhang zwischen Behandlungshäufigkeit und Ergebnisqualität bei Eingriffen an der Schilddrüse. Bisherige nationale und internationale Studien berichten überwiegend einen positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Ergebnisqualität.

Jährlich werden in Deutschland über 75 000 Schilddrüsenoperationen in über 1 000 Krankenhäusern durchgeführt. Als Endpunkte der vorliegenden Volume-Outcome-Analyse wurden permanente Stimmbandlähmungen sowie revisionsbedürfti-



ge Blutungen und Wundinfektionen in den Blick genommen. Dabei wurden Ereignisse in einem Nachbeobachtungszeitraum von bis zu einem Jahr nach dem Eingriff herangezogen. Der analysierte Datensatz umfasst die AOK-Fälle der Jahre 2011 bis 2013.

Im Ergebnis zeigt sich, dass das Krankenhausvolumen einen signifikanten Effekt auf den risikoadjustierten Indikator Lähmung der Stimmlippen hat. Das Risiko einer permanenten Stimmbandlähmung stieg mit Abnahme des Krankenhausvolumens. Die Ergebnisse für das Blutungsrisiko waren nicht eindeutig und auf den Indikator revisionsbedürftige Wundinfektionen hatte das Krankenhausvolumen keinen signifikanten Einfluss. (*Beitrag Maneck/Dotzenrath/Dralle/Fahlenbach/Paschke/Steinmüller/Tusch/Jeschke/Günster*)

## Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory

### Die Krankenhausbudgets 2014 und 2015 im Vergleich

Der vorliegende Beitrag untersucht wie in den Vorjahren die vereinbarte Budgetentwicklung, diesmal für 1 331 Krankenhäuser der Jahre 2014 und 2015. Die Krankenhausbudgets für diese Einrichtungen sind ausgleichsbereinigt um 3,6% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von ca. 2,2 Mrd. Euro entspricht. Damit bewegt sich die Budgetentwicklung etwas unterhalb der Eckwerte des Vorjahres, in denen insbesondere die Änderungen aus dem PsychEntG und dem Beitragsschuldengesetz zu einer deutlichen Erhöhung der vereinbarten Preiskomponenten führten. Die erstmals wirksame Laufzeitverlängerung des Mehrleistungsabschlags auf drei Jahre im Jahr 2015 und die in der Folge entfallende Überkompensation durch den Versorgungszuschlag führt in der Summe zu einem ausgleichsbereinigten Preiseffekt von 1,8%, der unterhalb der Veränderung der Landesbasisfallwerte liegt. Dagegen fällt die vereinbarte Mengenveränderung mit einem Plus von 1,9% stärker aus als in den Vorjahren. Sie ist erneut weitestgehend auf gestiegene Fallzahlen zurückzuführen. (*Beitrag Mostert/Friedrich/Leclerque*)

Auch in der vorliegenden Ausgabe enthält der Krankenhaus-Report wieder die bewährte **Krankenhauspolitische Chronik** (*Beitrag Bürger/Wehner*). Sie umfasst alle wichtigen Ereignisse im Krankenhausbereich. Im Buch enthalten ist dabei der Zeitraum von der Jahresmitte 2015 bis zur Jahresmitte 2016. Die vollständige Chronik ab dem Jahr 2000 steht im Internetportal bereit.

Darüber hinaus enthält der Krankenhaus-Report 2017 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 KHEntgG (*Beitrag Spindler*).

Das **Krankenhaus-Directory** präsentiert Angaben zu Grundcharakteristika, Leistungsmengen und Marktposition für rund 1 400 Krankenhäuser auf Basis der hausbezogenen „Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEBs).