

Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 3–12



1	Strukturwandel in der stationären Versorgung.....	3
	<i>Antonius Reifferscheid, Dominik Thomas, Natalie Pomorin und Jürgen Wasem</i>	
1.1	Einführung.....	3
1.2	Bisherige Entwicklung von Krankenhauslandschaft und Krankenhausplanung.....	4
1.3	Aktuelle Situation und Problemfelder der stationären Versorgung.....	5
1.4	Zukünftige Herausforderungen	7
1.5	Fazit	10
	Literatur.....	11

Strukturwandel in der stationären Versorgung

Antonius Reifferscheid, Dominik Thomas, Natalie Pomorin und Jürgen Wasem

Abstract

Dieser Beitrag bietet einen breiten Überblick über den Themenkomplex „Krankenhausstruktur im Wandel“. Angesichts der historischen Entstehung des Krankenhaussektors, der heterogenen Krankenhausplanung und des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs unter DRG-Bedingungen ist es nicht verwunderlich, dass die heutige Krankenhauslandschaft einen hohen Optimierungsbedarf aufweist. Auch durch demografische, medizinisch-technische sowie regionale Entwicklungen ist es notwendig, die stationären und sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen zielgerichtet weiterzuentwickeln, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden.

This article presents a broad overview over ongoing structural changes in the hospital sector. In the light of the historical development of the hospital sector, the heterogeneous hospital planning and the competition induced by the DRG system it is hardly surprising that there is room for improvement in the present structure of the hospital market. Foreseeable demographic, medical-technical and regional developments call for a target-oriented reorganization of inpatient and transsectoral care structures in order to meet future demands.

1.1 Einführung

Aktuell wird auf gesundheitspolitischer Ebene intensiv über die Zukunft der Krankenhausversorgung diskutiert. Einerseits wird diese Diskussion vor dem Hintergrund der steigenden Gesundheitsausgaben geführt – auf den Krankenhaussektor entfällt mit 78,8 Mrd. € der insgesamt größte Kostenblock, der in den letzten Jahren stetig gewachsen ist (Statistisches Bundesamt 2014). Andererseits geht es auch um die konkrete Verteilung dieser Mittel innerhalb des stationären Sektors. Die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Akteure stellen – auch vor dem Hintergrund eigener Interessenlagen – jeweils abweichende Reformbedarfe fest. Insofern gibt es gegenwärtig keinen klaren Konsens, in welche Richtung der stationäre Sektor weiterzuentwickeln ist. Dieser Beitrag bietet einen Einstieg in diese Thematik, indem er die historische Entwicklung und die gegenwärtige Situation der stationären Versorgung beschreibt sowie aktuelle Problemfelder aufzeigt. Ferner soll ein Ausblick auf die zu erwartenden künftigen Entwicklungen im Krankenhaussektor gegeben werden.

1.2 Bisherige Entwicklung von Krankenhauslandschaft und Krankenhausplanung

Die deutsche Krankenhauslandschaft ist zunächst ohne eine übergeordnete Planung historisch gewachsen. Waren es im 18. und 19. Jahrhundert vor allem Kirchen und karitative Einrichtungen, die die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übernahmen, kamen insbesondere nach 1945 zahlreiche kommunale bzw. öffentliche Einrichtungen hinzu, um die Versorgung in der Nachkriegszeit sicherzustellen. Dabei konnten unabhängig von einem tatsächlich vorhandenen Bedarf praktisch überall Krankenhäuser errichtet werden. Als Folge dieser Entwicklung gab es im Jahr 1972 allein in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 3 500 Krankenhäuser mit insgesamt knapp 700 000 Betten (Spiegel 1972). Finanziert wurden die Krankenhäuser bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich über Pflegesätze seitens der Krankenkassen (monistische Finanzierung). Da die Pflegesätze auf Dauer jedoch nicht hoch genug waren, um neben den Betriebskosten auch notwendige Investitionen zu finanzieren, lösten diese finanziellen Rahmenbedingungen einen erheblichen Investitionsstau bei den Krankenhäusern aus. Die Bausubstanz und die Geräte der Einrichtungen entsprachen zunehmend nicht mehr dem Stand einer modernen und hochwertigen Versorgung. Entsprechend sah der Gesetzgeber die Notwendigkeit, sich aktiv an der Investitionsfinanzierung zu beteiligen. Mit Wirkung zum 1.1.1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschlossen, im Rahmen dessen das Prinzip der dualen Finanzierung eingeführt wurde, das noch bis heute Bestand hat. Der Verabschiedung des Gesetzes war zunächst eine Verfassungsänderung vorausgegangen, die dem Bund erst ein Mitregelungsrecht an der Finanzierung und Planung der Krankenhäuser einräumte, die bis dahin ausschließlich Ländersache waren. Während die Krankenkassen weiterhin die Betriebskosten der Krankenhäuser über die Pflegesätze finanzierten, ist es seitdem die Aufgabe der Bundesländer, die Investitionsfinanzierung sicherzustellen. Hierfür werden von den Bundesländern in regelmäßigen Abständen Krankenhauspläne aufgestellt. Diese basieren auf Bedarfsprognosen und definieren, welche Krankenhäuser für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser – auch Plankrankenhäuser genannt – haben formal einen Rechtsanspruch auf Investitionsförderung durch das jeweilige Bundesland (§ 8 KHG). Die konkrete Umsetzung dieses Investitionsfinanzierungsanspruchs sowie des gesamten Planungsverfahrens ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. Für einen umfassenden Überblick sei auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft verwiesen (DKG 2014).

Das in diesem Zusammenhang am längsten praktizierte und am weitesten verbreitete Verfahren zur Ermittlung des Versorgungs- bzw. Bettenbedarfs ist die Hill-Burton-Formel. Die Bedarfsdeterminanten sind die Einwohnerzahl, die Verweildauer, die Krankenhaushäufigkeit und der Bettennutzungsgrad einer Region (Thomas et al. 2013). Die Methodik beruht dabei an verschiedenen Stellen auf stark vereinfachenden Annahmen. Beispielsweise werden weder Qualitätsinformationen noch differenzierte Morbiditätsinformationen berücksichtigt. Auch wenn es mittlerweile zahlreiche alternative Methoden oder Weiterentwicklungen gibt, ist die klassische Krankenhausplanung in wesentlichen Zügen durch dieses vereinfachende Instrument geprägt. Die heutige Krankenhauslandschaft stellt sich somit als sehr

heterogene Mischung aus geschichtlicher Entwicklung, (vereinfachender) staatlicher Planung und marktwirtschaftlichem Wettbewerbsverhalten dar. Auf dem Reißbrett entworfen, würde die deutsche Krankenhauslandschaft ohne jeden Zweifel eine andere Struktur aufweisen, als dies derzeit der Fall ist. Ausgehend von den heute vorgefundenen Strukturen, der Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie künftigen Trends besteht die Notwendigkeit, den Krankenhausesektor zielgerichtet weiterzuentwickeln.

1.3 Aktuelle Situation und Problemfelder der stationären Versorgung

Seit der Einführung der Krankenhausplanung hat sich (trotz Wiedervereinigung) die Zahl der Krankenhäuser gegenüber dem Stand im Westdeutschland der 1970er Jahre deutlich reduziert. Bedingt durch zahlreiche Krankenhausschließungen und Fusionen existieren mittlerweile noch gut 2000 Einrichtungen der Akutversorgung (Statistisches Bundesamt 2013). Trotz dieses deutlichen Rückgangs ist weiterhin eine sehr gute wohnortnahe Erreichbarkeit der Krankenhäuser gewährleistet: Nach Angaben des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung erreichen rund 97,5% der Bevölkerung innerhalb einer Fahrzeit von 20 Minuten mindestens ein Krankenhaus in ihrer näheren Umgebung (Schlömer und Pütz 2011). Auch im internationalen Vergleich stellt dies ein sehr gutes Erreichbarkeitsniveau dar (Sachverständigenrat 2014). Lediglich in einzelnen dünn besiedelten ländlichen Regionen (insbesondere im Osten Deutschlands) zeigen sich erste Anzeichen einer mittelfristig drohenden Unterversorgung. Hier würde die Schließung eines einzelnen lokalen Versorgers zu einer erheblichen Verschlechterung der Erreichbarkeit führen (Schlömer und Pütz 2011). Da diese Regionen häufig gleichzeitig einen Ärztemangel im ambulanten Bereich verzeichnen, ist es hier besonders dringend erforderlich, die bestehenden Versorgungsstrukturen sektor- und professionsübergreifend weiterzuentwickeln (Sachverständigenrat 2014). In urbanen Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte stehen der Bevölkerung hingegen zahlreiche Krankenhäuser im näheren Umfeld zur Verfügung. So ist im städtischen Raum zu hinterfragen, inwieweit insbesondere kleinere unspezialisierte Krankenhäuser zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind und die Patienten unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten eher durch größere Krankenhäuser zu versorgen wären. Die durchschnittliche Krankenhausgröße in Agglomerationsräumen von knapp 270 Betten (Augurzky und Beivers 2011) lässt hier ein Potenzial für weitergehende Konzentrationsprozesse erkennen.

Ein hochaktuelles Problem der Krankenhäuser stellt nach wie vor die unzureichende Investitionskostenfinanzierung dar. Während die dualistische Finanzierung ursprünglich aufgrund von Investitionsrückständen überhaupt erst eingeführt wurde, führt sie heute selbst zu einem erheblichen Investitionsstau. Die Bundesländer ziehen sich aufgrund begrenzter Haushaltsmittel zunehmend aus ihrer Verantwortung zurück. Seit 1991 ist das Fördervolumen im stationären Sektor inflationsbereinigt um über 50% zurückgegangen und es hat sich ein Investitionsstau von (konservativ geschätzt) ca. 15 Mrd. € entwickelt (Augurzky et al. 2013). Sofern das

gegenwärtige Investitionsfinanzierungssystem beibehalten wird, ist angesichts der den Bundesländern durch die Verfassung ab 2020 auferlegten Schuldenbremse zu erwarten, dass sich diese Situation langfristig verschärft (Sachverständigenrat 2014).

Mitunter bedingt durch diese unzureichende Investitionsfinanzierung stellt sich die finanzielle Gesamtsituation vieler Krankenhäuser eher negativ dar. So wiesen 2012 mehr als 35 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag aus, 13 % der Krankenhäuser galten als stark insolvenzgefährdet. Zwischen den Trägern waren hierbei erhebliche Unterschiede festzustellen: Während nur 3 % der privaten Einrichtungen ein erhöhtes Insolvenzrisiko aufwiesen, war bei öffentlichen Krankenhäusern jedes vierte Krankenhaus betroffen (Augurzky et al. 2014a). Zur Finanzierung einer ausreichenden technischen Ausstattung sind viele Krankenhäuser implizit gezwungen, Teile der Betriebskostenfinanzierung für die Finanzierung von Investitionen zweckzuentfremden. Da der Umfang der Betriebskostenfinanzierung aber so kalkuliert ist, dass diese für eine (im Durchschnitt) ausreichende und angemessene stationäre Versorgung der Patienten genügt, kann es zu Versorgungsdefiziten führen, wenn diese Mittel umgewidmet werden. So wirkt sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser bereits insoweit auf die Patientenversorgung aus, als in Ansätzen Rationierungstendenzen (also die Vorenthaltung medizinisch sinnvoller oder gar notwendiger Leistungen aufgrund begrenzter Ressourcen) beobachtet werden (Boldt und Schöllhorn 2008; Stretch et al. 2009). Allgemein geben 45 % der Chefarzte an, schon einmal eine medizinisch nützliche Leistung rationiert zu haben; gut jeder fünfte Chefarzt rationiert sogar mindestens einmal im Monat (Reifferscheid et al. 2014). Auch wenn Rationierung in deutschen Krankenhäusern derzeit eine eher geringe Intensität aufweist, darf die langfristige Entwicklung in diesem Bereich keinesfalls ignoriert werden.

Neben ersten Rationierungstendenzen gibt es aber auch Hinweise auf Überkapazitäten im deutschen Krankenhausmarkt. Obwohl zwischen 1991 und 2012 ca. 160 000 stationäre Betten abgebaut wurden (Statistisches Bundesamt 2013), kommen andere Länder mit deutlich weniger Betten aus. Deutschland weist im OECD-Vergleich mit 8,3 eine deutliche höhere Bettenzahl pro 1 000 Einwohner auf als der Durchschnitt, der bei 4,8 Betten pro 1 000 Einwohner liegt.¹ In dem Zusammenhang ist allerdings zu bedenken, dass die nationale stationäre Leistungsanspruchnahme ebenfalls internationale Spitzenwerte erreicht, sodass die Bettenauslastung von 76 % wiederum fast dem OECD-Durchschnitt entspricht (OECD 2013). Vor diesem Hintergrund wird intensiv diskutiert, ob die große Nachfrage Ausdruck eines hohen Anspruchs- und Versorgungsniveaus ist, die gegenwärtigen Präventionsbemühungen unzureichend sind oder die bestehenden Vergütungsanreize in Kombination mit den vorhandenen Kapazitäten zu einer angebotsinduzierten Überversorgung führen (Augurzky et al. 2012; Blum und Offermanns 2012). Das DRG-System setzt hierzu klare Anreize. So wird ein wirtschaftlicher Druck zur effizienten Leistungserstellung induziert, indem sich die Höhe der Pauschale am durchschnittlichen Aufwand der jeweiligen Fallgruppe orientiert. Somit gibt es Krankenhäuser, die mit dieser Pauschalvergütung Gewinne erwirtschaften können, aber auch Einrich-

¹ Die Statistiken der OECD beinhalten stationäre Betten einschließlich des Bereichs der Rehabilitation.

tungen, die unter diesen Bedingungen Verluste schreiben. Angesichts des hohen wirtschaftlichen Drucks im Krankenhaussektor stellen Mengensteigerungen neben Effizienzsteigerungen eine wesentliche Option zur Sicherstellung der Finanzierung dar. Zudem liegen vielfach die Grenzkosten eines zusätzlichen Falls unterhalb des mit ihm erzielbaren Erlöses. Mit der Mengenausweitung lässt sich also c. p. ein positiver Deckungsbeitrag erzielen. Seit Einführung des DRG-Systems wurde eine deutliche Ausweitung des Casemix-Volumens festgestellt, das nicht allein durch demografische und morbiditätsorientierte Faktoren zu erklären war. Eine bundesweite Befragung von 1 400 Chefarzten zeigt, dass knapp 40 % aller Chefarzte tendenziell die Meinung vertreten, dass auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hohe Eingriffszahlen begünstigen (Reifferscheid et al. 2014).

Ferner lassen sich im internationalen Vergleich gewisse Qualitätsdefizite in deutschen Krankenhäusern feststellen. So weist das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich oft nur durchschnittliche Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren auf (z. B. Herzinfarkt; OECD 2013). Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass spezialisierte Einrichtungen in der Regel ein höheres Qualitätsniveau generieren. Gleichzeitig können in diesen Krankenhäusern aufgrund von Skalenerträgen sowie geringeren Komplikationsraten häufiger positive Jahresabschlüsse erzielt werden (Augurzyk et al. 2014a). Vor diesem Hintergrund sind auch die Mindestmengenregelungen zu sehen, die Qualitätsverbesserungen durch Leistungskonzentration erzielen sollen. Gegenwärtig ist die rechtssichere Ausgestaltung dieser Regelungen allerdings noch nicht abschließend geklärt (Aussetzung der Knie-TEP-Mindestmenge).

Zuletzt sind auch Koordinationsdefizite und Effizienzverluste an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu nennen. Diese Defizite wurden zuletzt in den Sondergutachten 2009 und 2012 des Sachverständigenrates thematisiert. Vor diesem Hintergrund ist die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ein wichtiger Schritt gewesen, deren Entwicklung durch die Selbstverwaltung bisher als Erfolg gewertet werden kann.

Auch wenn sich die stationäre Versorgung in Deutschland nach wie vor auf einem sehr hohen qualitativen Niveau befindet, gibt es Anzeichen für Unter-, Über- und Fehlversorgung und unerwünschte Entwicklungen (z. B. mögliche Versorgungsengpässe im ländlichen Raum oder die Investitionskostenproblematik), die im Kontext der zukünftigen Herausforderungen bereits heute einer Intervention der Gesundheitspolitik bedürfen.

1.4 Zukünftige Herausforderungen

Für die Zukunft ergeben sich durch die demografische Entwicklung, die Veränderungen im Morbiditätsspektrum, den medizinischen Fortschritt sowie die Urbanisierungstendenzen erhebliche Umwälzungen für die stationäre Versorgung. Einerseits steigt hierdurch die Gefahr einer Fehlallokation von Versorgungsressourcen, andererseits bieten sich aber auch große Chancen, die Versorgung in qualitativer und ökonomischer Hinsicht zu verbessern.

Allein durch die demografische Entwicklung der deutschen Bevölkerung wird mittelfristig ein deutlicher Mehrbedarf an stationären Leistungen entstehen. Gleichzeitig nimmt die Prävalenz von Begleiterkrankungen wie Demenz und Diabetes erheblich zu, sodass das künftige Patientenspektrum sowohl deutlich älter als auch multimorbider sein wird (Lux et al. 2013). Für die steigende Zahl von Patienten mit dementiellen Erkrankungen müssen insbesondere im geriatrischen Bereich entsprechende Angebote ausgebaut werden. Zudem treten seit einigen Jahren immer mehr psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder auf, für deren Behandlung ebenfalls noch ausreichende Strukturen geschaffen werden müssen.² Angesichts der zunehmenden Verbreitung von chronischen und psychischen Erkrankungen wird es zunehmend erforderlich, effektive transsektorale Versorgungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, um eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen (Jacobs und Schulze 2011; Augurzyk et al. 2012b). In anderen Fachbereichen, die eher eine jüngere Klientel besitzen (wie z. B. Geburtshilfe und Pädiatrie), wird der Bettenbedarf dagegen kontinuierlich sinken. Der Abbau von Überkapazitäten ist an dieser Stelle bereits im Gange. Beispielsweise ist zwischen 2006 und 2012 die Zahl von Krankenhäusern mit Geburtshilfebetten um 15 % zurückgegangen. Trotz dieses deutlichen Abbaus werden gegenwärtig immer noch über ein Viertel aller geburtshilflichen Kliniken als entbehrlich angesehen. Bis 2030 könnte sich die Zahl auf etwa 370 Fachabteilungen (190 Abteilungen in ländlichen Regionen, 180 in urbanen Regionen) reduzieren. Um die Erreichbarkeit (trotz regional weiter sinkender Nachfrage) weiterhin zu gewährleisten, wäre dann allerdings keine weitere Reduktion der Versorgungsstandorte möglich (Augurzyk et al. 2014b).

Als weiterer Treiber der Bedarfsentwicklung ist der medizinisch-technische Fortschritt von großer Bedeutung. So weitet sich aufgrund technologischer Entwicklungen und Innovationen das Angebot medizinischer Leistungen kontinuierlich aus, was ebenfalls zu einer steigenden Nachfrage nach stationären Leistungen führt. Durch neue Operationstechniken und Medizinprodukte können zunehmend Menschen noch in sehr hohem Lebensalter behandelt werden, wodurch die Fallzahlen weiter ansteigen werden (Drösler und Weyermann 2013). Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen muss jedoch darauf geachtet werden, dass innovative Medizinprodukte tatsächlich einen relevanten Zusatznutzen bieten. Auch aus Gründen der Patientensicherheit plädiert der Sachverständigenrat dafür, den G-BA bei der Nutzenbewertung von Medizinprodukten verstärkt einzubeziehen (Sachverständigenrat 2014). Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass durch neue Behandlungsverfahren die Verweildauern weiter sinken werden und die Ambulantisierung der Leistungserbringung weiter fortschreitet. Dies wird zu weiteren Überkapazitäten in bestimmten Fachgebieten führen. Gleichzeitig bietet die voranschreitende Digitalisierung und Vernetzung große Möglichkeiten, die (sektorübergreifende) Koordination effizienter zu gestalten und wird vermutlich teilweise auch zu einer räumlichen Entkopplung von Leistungserbringer und Patient beitragen (Telemedizin).

² In einigen Bundesländern wurde bereits auf diesen zunehmenden Bedarf reagiert. So wurde im Krankenhausplan 2015 des Bundeslandes NRW bereits beschlossen, das stationäre Versorgungsangebot in der Geriatrie sowie in der Psychiatrie und Psychosomatik auszubauen.

Weiterführend ist zu beachten, dass die Bedarfsentwicklung keineswegs einem bundesweit einheitlichen Muster folgt. Für die ländlichen Regionen im Osten Deutschlands werden bis 2030 sinkende Fallzahlen prognostiziert, während in allen anderen Regionen der Bedarf unterschiedlich stark ansteigt (Schlömer und Pütz 2011). Ebenfalls sind in diesem Zusammenhang räumliche Konzentrationsprozesse zu beobachten. Die zunehmende Urbanisierung, die mit einer Abwanderung aus dem ländlichen Raum einhergeht, führt dort zu einem spürbaren Rückgang der Nachfrage, während sie im städtischen Raum steigt.

Diese Konzentration der Bevölkerung in urbanen Regionen sollte mittelfristig ebenfalls eine Konzentration der stationären Kapazitäten nach sich ziehen. Gerade im städtischen Raum bieten sich somit große Chancen, durch Skalen- und Lerneffekte qualitativ hochwertige Leistungen zu geringeren Kosten zu erbringen. Mit der zunehmenden Etablierung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren und deren adäquater Aufbereitung für die Leistungserbringer und die Öffentlichkeit wird insbesondere im urbanen Umfeld ein wirklicher Qualitätswettbewerb ermöglicht. Um sich für die Patienten sichtbar zu positionieren, werden sich die Krankenhäuser weiter spezialisieren und weitere Versorgungszentren bilden sowie die Ausweitung integrierter Versorgungskonzepte vorantreiben. Selektivverträge können in diesem Umfeld ebenfalls einen wichtigen Beitrag für mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität leisten. Allerdings ist fraglich, inwieweit unter den gegebenen Rahmenbedingungen tatsächlich deutliche Konzentrationsprozesse im städtischen Raum zu erwarten sind und sich insbesondere die Zahl kleiner urbaner Krankenhäuser reduzieren wird. In diesem Zusammenhang muss kritisch angemerkt werden, dass schon seit der Einführung des DRG-Systems solche Bereinigungseffekte erwartet worden sind, die in der Rückschau aber nur sehr bedingt eintrafen. Es wird sich zeigen, ob die wettbewerblichen Marktberreinigungseffekte im Zeitverlauf an Dynamik gewinnen werden. In vielen Städten stellt sicherlich die Vielfalt der Träger ein Hemmnis für weitergehende (freiwillige) Marktkonzentration dar. Inwiefern hier staatliche Planungseingriffe sinnvoll wären, wird an dieser Stelle nicht weiter erörtert. Die derzeitige gesundheitspolitische Entwicklung geht eher in die Richtung einer übergeordneten Rahmenplanung, um die wettbewerbliche Steuerung weiter zu stärken.

Vor dem Hintergrund der Bedarfsentwicklung stellt sich auch die Frage, inwiefern langfristig eine ausreichende Erreichbarkeit von Krankenhäusern in dünn besiedelten ländlichen Gebieten aufrechterhalten werden kann. Durch den allgemeinen Bevölkerungsrückgang, die Ambulantisierung vormals stationärer Leistungen sowie die geringe Attraktivität unspezialisierter Grund- und Regelversorger für Elektivpatienten ist die Nachfrage im ländlichen Raum deutlich zurückgegangen, was die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Einrichtungen gefährdet (Augurzyk et al. 2012b; Spangenberg und Beivers 2009). Grundsätzlich können Sicherstellungszuschläge nach § 17b KHG Abs. 1 Satz 6 zur Gewährleistung eines ausreichenden Erreichbarkeitsniveaus von Krankenhäusern im ländlichen Raum beitragen. Langfristig müssen die dortigen stationären Strukturen jedoch weiterentwickelt werden, da die Leistungsnachfrage immer weiter zurückgehen wird und die Sicherstellungszuschläge infolgedessen zunehmend ansteigen würden. Da im ländlichen Raum häufig gleichzeitig Probleme bestehen, ausreichende ambulante Versorgungskapazitäten zu gewährleisten, stellen insbesondere sektorübergreifende Ver-

sorgungskonzepte sinnvolle Lösungsansätze für die beschriebene Problematik dar. So wird u. a. im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrats das Konzept der lokalen Gesundheitszentren als Weiterentwicklungsoption für ländliche Krankenhäuser empfohlen. In solch einem Gesundheitszentrum werden sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen „unter einem Dach“ vorgehalten. Sofern keine Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgungseinrichtungen im näheren Umfeld vorhanden sind, sollten die lokalen Gesundheitszentren auch spezialisierte Leistungen anbieten, die allerdings in einem überregionalen (morbidityorientierten) Konzept abzustimmen sind. Angesichts der demografischen Entwicklung auf dem Land sind hier insbesondere auch geriatrische sowie ggf. Altenpflegerische Angebote vorzuhalten bzw. an das Gesundheitszentrum anzuschließen. Ebenfalls müssten solche Entwicklungen mit einem umfassenden Notfallversorgungskonzept kombiniert werden, damit gerade in solchen Konstellationen eine einwandfreie Erstversorgung gewährleistet werden kann. Integrierte Notfallversorgungskonzepte können – gekoppelt an lokale Gesundheitszentren – sowohl ökonomische Vorteile bieten als auch zur Reduzierung der Arbeitsbelastung der Ärzte und somit zur Steigerung der Attraktivität der Arbeit für Ärzte (und andere Berufsgruppen) beitragen (Sachverständigenrat 2014). Diese räumliche Konzentration der verschiedenen Leistungserbringer bietet darüber hinaus erheblich Potenziale zur Verbesserung der sektorübergreifenden Koordination. Die Weiterentwicklung versorgungsrelevanter ländlicher Krankenhäuser zu sektorübergreifenden Versorgungsstandorten stellt angesichts der dargestellten Bedingungen eine realistische Handlungsoption zur Sicherstellung dar, um Zugang, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen zu gewährleisten.

Mittelfristig müssen die Bundesländer verstärkt Kriterien wie die Erreichbarkeit, eine differenziertere Morbiditätsbetrachtung oder die Qualität der Versorgung in die Planungsinstrumente einbeziehen. Vor diesem Hintergrund sind die jüngsten gesundheitspolitischen Entwicklungen zur Berücksichtigung von Qualitätsparametern in der Krankenhausplanung und in der Betriebskostenfinanzierung über die DRGs oder die Bestrebungen zum selektivvertraglichen Kontrahieren durchaus begrüßenswert. Ob diese Maßnahmen jedoch ausreichen, um den dargestellten Anforderungen des Strukturwandels gerecht zu werden und die damit verbundenen Potenziale zu nutzen, bleibt fraglich.

1.5 Fazit

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland unterliegt in den letzten Jahren einem stetigen und teils sehr dynamischen Strukturwandel. Die stationäre Versorgung wird derzeit und auch in Zukunft vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Vor allem die Versorgung in ländlichen Regionen stellt eine herausfordernde gesundheitspolitische Aufgabe dar (Augurzky et al. 2012b). Während Sicherstellungszuschläge kurzfristig geeignet sind, um die Versorgung zu gewährleisten, müssen langfristig neue Strukturen (wie z. B. lokale Gesundheitszentren) geschaffen werden. Umgekehrt bieten sich in städtischen Gebieten zunehmend Möglichkeiten zur Marktkonzentration, die eine hohe Versorgungsqualität bei gleichzeitig hoher Wirtschaftlichkeit sicherstellen können.

Die aufgezeigten Entwicklungen werden von den verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren teilweise sehr unterschiedlich bewertet. Entsprechend heterogen sind auch die Forderungen zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft, die von verschiedenen wissenschaftlichen oder gesundheitspolitischen Akteuren vorgebracht werden.

Die jüngsten regulativen Eingriffe bzw. Planungen (Möglichkeit zum Einsatz leistungsorientierter Pauschalen im Rahmen der Investitionsfinanzierung; geplanter Einbezug von Qualitätsparametern in Krankenhausvergütung und -planung; geplante Erprobung von Qualitätsverträgen für ausgewählte Indikationen; verstärkte Ausrichtung auf eine Rahmenplanung anstelle konkreter Versorgungsvorgaben etc.) gehen mit Blick auf die skizzierten Herausforderungen sicher noch nicht weit genug. Daher ist fraglich, inwieweit es der im Mai 2014 gegründeten Bund-Länder-Arbeitsgruppe gelingt, Eckpunkte für eine zukunftsweisende und gleichzeitig politisch durchsetzbare Krankenhausreform für die aktuelle Legislaturperiode zu entwickeln. Grundsätzlich erscheint aufgrund der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenzen ein solches Vorhaben nur im Rahmen einer großen Koalition auf Bundesebene politisch umsetzbar, auch wenn die Opposition aufgrund der aktuellen Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat mit in den Restrukturierungsprozess eingebunden werden muss. Da eine Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft (z. B. Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung oder die gezielte Schließung bzw. Zusammenlegung von Standorten in überversorgten Gebieten; sektorenübergreifende Versorgungskonzepte in ländlich unterversorgten Gebieten) aber mit Einschnitten für einzelne Akteure bzw. Zugeständnissen verbunden sein wird, ist unklar, ob es tatsächlich zum „großen Wurf“ kommen kann.

Literatur

- Augurzky B, Gülker R, Mennicken R, Felder S, Meyer S, Wasem J. Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2012.
- Augurzky B, Beivers A, Schmitz H. Regionale Unterschiede in der stationären Versorgung – Das ländliche Krankenhaus im Fokus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012b; 19–31.
- Augurzky B, Krolop S, Hentschker C, Pilny A, Schmidt, C. Krankenhaus Rating Report 2014 – Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: medhochzwei 2014a.
- Augurzky B, Kreienberg R, Mennicken R. Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe. Heidelberg: medhochzwei 2014b.
- Boldt J, Schöllhorn T. Rationierung ist längst Realität. Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105 (19): A995–7.
- Blum K, Offermanns M. Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern. Gutachten. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut 2012.
- Drösler S, Weyermann M. Entwicklung der Leistungen für hochbetagte Patienten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2013 – Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer 2013; 49–68.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin: Deutsches Krankenhausgesellschaft 2014.

- Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: mehr Vielfalt und Produktivität statt fortgesetzter Planwirtschaft. In: Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart 2011; 141–64.
- Lux G, Steinbach P, Wasem J, Weegen L, Walendzik A. Demografie und Morbiditätsentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2013 – Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer 2013; 69–82.
- Malzahn J, Wehner C, Fahlenbrach, C. Krankenhausplanung in der Krise? Zum Stand und zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung. In: Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart 2011; 35–72.
- OECD. Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries. Paris: OECD 2013.
- OECD. Health Data: Health Status: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (21. Juli 2014).
- Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J. Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung (submitted).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2014 – Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bundestags-Drucksache 18/1940, 2014.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 17/10323, 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009 – Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestags-Drucksache 16/13770, 2009.
- Schlömer C, Pütz T. Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. BBSR-Berichte Kompakt. Bonn: Bundesinstitut für Bau, Stadt und Raumforschung 2011; 1–15.
- Spangenberg M, Beivers A. Flächendeckende Versorgung im DRG-Zeitalter. In: Rau F, Roeder N, Hensen P. Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2009: 431–43.
- Spiegel (o. V.). Das Geschäft mit der Krankheit – Ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik. 4. Teil: Die Krankenhäuser (I). Spiegel 1972; 14: 127–43.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2013.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.1 Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2014.
- Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G. Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009; 134 (24): 1261–6.
- Thomas D, Reifferscheid A, Pomorin N, Focke A, Schillo S. Krankenhausversorgung. In: Wasem J, Staudt S, Matusiewicz D. Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2013.