

**Klauber
Geraedts
Friedrich
Wasem**

2018

Krankenhaus-Report

**Schwerpunkt:
Bedarf und
Bedarfsgerechtigkeit**

mit Online-Zugang

Jürgen Klauber
Max Geraedts
Jörg Friedrich
Jürgen Wasem

Krankenhaus- Report 2018

This page intentionally left blank

Krankenhaus- Report 2018

Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit

Herausgegeben von

Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem

Editorial Board

Boris Augurzky
Andreas Beivers
Gerhard Brenner
Reinhard Busse
Saskia E. Drösler

Hans-Jürgen Firnkorn
Christopher Hermann
Hans-Helmut König
Wulf-Dietrich Leber
Markus Lungen

Günter Neubauer
Julia Oswald
Holger Pfaff
Bernt-Peter Robra
Eberhard Wille

Mit Beiträgen von

Boris Augurzky
Alexander Barth
Andreas Beivers
Elke Berger
Ute Bölt
Gregor Botero
Dominik Brammen
Dirk Bürger
Reinhard Busse
Gabriele Doblhammer
Hendrik Dräther
Saskia E. Drösler
Claus Fahlenbrach
Anne Fink
Jörg Friedrich
Thomas Fritze

Patrick Garre
Alexander Geissler
Max Geraedts
Felix Greiner
David Herr
Bernd Hillebrandt
Anja Hohmann
Winfried Kluth
Franz Krause
Daniel Kreft
Wulf-Dietrich Leber
Gregor Leclerque
Sherry Lee
Kathleen Lehmann
Jürgen Malzahn
Carina Mostert

Michael Nerius
Adam Pilny
Johannes Pollmanns
Wilm Quentin
Sabine Richard
Bernt-Peter Robra
Torsten Schelhase
David Scheller-Kreinsen
Jonas Schreyögg
Michael Slowik
Jutta Spindler
Anke Spura
Yauheniya Varabyova
Lilia Waehlert
Christian Wehner
Maria Weyermann

Mit 72 Abbildungen und 83 Tabellen

Zuschriften an:

Susanne Sollmann

Redaktion Krankenhaus-Report
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2018 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Kulmbacher Straße 16 ½, 95445 Bayreuth

Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH, Crimmitschauer Straße 43, 08058 Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-9119-0

ISBN 978-3-7945-3287-2

Vorwort

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet die Krankenkassen und Leistungserbringer zu einer „bedarfsgerechten“ Versorgung der Versicherten. Eine nähere Definition erfolgt jedoch nicht. Vielmehr ist die Konkretisierung des Bedarfs angesichts des sich kontinuierlich wandelnden Umfeldes notwendigerweise das Ergebnis eines andauernden gesellschaftlichen Diskurses. Die Verständigung hierüber ist zentral, bildet sie doch den Ausgangspunkt für jede Ausgestaltung des Rahmens der gesundheitlichen Versorgung.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) haben Themen der qualitätsorientierten Versorgungsgestaltung und des damit verbundenen Strukturwandels der Krankenhauslandschaft deutlich an Bedeutung gewonnen. Diese sollen vermehrt durch Rahmenvorgaben auf Bundesebene und in der Krankenhausplanung der Länder Berücksichtigung finden. Bedarfsorientierung wird damit deutlich weiter gefasst als die alleinige Bereitstellung ausreichender Kapazitäten.

Der diesjährige Krankenhaus-Report befasst sich daher in seinem Schwerpunkt mit der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Er analysiert den Bedarfsbegriff als Destillat eines durch objektive Notwendigkeiten und subjektive Erwartungen seitens der Versicherten gleichermaßen bestimmten Prozesses. Dabei werden rechtliche Fragen der Bedarfsplanung, Gegebenheiten durch die demografische Entwicklung und Morbiditätsveränderungen, regionale Unterschiede des Leistungsgeschehens und die Präferenzen der Patienten in den Blick genommen.

Hierauf aufbauend gilt der Fokus weiterer Beiträge den Herausforderungen für die Krankenhausplanung wie auch den alternativen oder ergänzenden Möglichkeiten der Marktregulierung auf Bundesebene. Der Einsatz von Qualitätsinformationen ist dabei unabdingbar; in diesem Punkt sind einige Nachbarländer schon deutlich weiter als Deutschland. Darüber hinaus diskutiert der Krankenhaus-Report die Spielräume, die der im Rahmen des KHSG geschaffene Strukturfonds für die bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Gestaltung des Krankenhaussystems bietet.

In der Rubrik „Zur Diskussion“ behandelt der Krankenhaus-Report die Versorgungsforschung in der Notfallmedizin ebenso wie die Einsatzmöglichkeiten der Digitalisierung am Beispiel der Herzerkrankungen und die Möglichkeiten der direkten Demokratie in der Standortplanung. Wie in jedem Jahr verfügt er über einen umfangreichen Statistikteil mit detaillierten Auswertungen auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Das Krankenhaus-Directory gibt eine Übersicht über zentrale Kennziffern für mehr als 1 300 Krankenhäuser bezogen auf Struktur, Leistungsspektrum, Wettbewerbssituation und Qualität.

Den Mitgliedern des Editorial Boards gilt wie immer unser besonderer Dank. Ihre Anregungen und ihr Engagement von der konzeptionellen Gestaltung bis zur praktischen Umsetzung haben den Krankenhaus-Report in seiner vorliegenden Form erst möglich gemacht. Ebenso sei dem Schattauer-Verlag gedankt, der das Projekt wie gewohnt professionell und routiniert verlegerisch betreut hat.

Schließlich gebührt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des WiDO Dank für die vielfältige Unterstützung, insbesondere Susanne Sollmann und Gregor Leclerque für die redaktionelle Betreuung. Ein besonderer Dank gilt auch Ursula Mielke, die sich in gewohnter Professionalität um die Erstellung von Abbildungen und Grafiken sowie die Gestaltung des Internetportals gekümmert hat.

Berlin, Essen und Marburg, im März 2018

Jürgen Klauber
Max Geraedts
Jörg Friedrich
Jürgen Wasem

Inhalt

Teil I	Schwerpunktthema	
	Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit	
1	Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen – ein Konstrukt . . .	3
	Bernt-Peter Robra und Anke Spura	
1.1	Einführung	4
1.2	Die Mikroebene der unmittelbaren Versorgung	5
1.3	Die Mesoebene der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Wissenschaft.	8
1.3.1	Gemeinsame Selbstverwaltung	8
1.3.2	Versorgungswissenschaft	10
1.4	Die Makroebene der Versorgungspolitik	15
1.5	Fazit	17
2	Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung	23
	David Herr, Anja Hohmann, Yauheniya Varabyova und Jonas Schreyögg	
2.1	Der Bedarfsbegriff im stationären Kontext	23
2.2	Möglichkeiten der Umsetzung der stationären Bedarfsermittlung und der Krankenhausplanung in Deutschland	24
2.3	Krankenhausplanung in anderen europäischen Staaten	26
2.4	Entwicklung des stationären Versorgungsgeschehens	28
2.4.1	Rückgang von Krankenhäusern mittlerer Größe	29
2.4.2	Zunahme privater Krankenhäuser	30
2.4.3	Steigende Fallzahlen, sinkende Verweildauern, weiterhin hohe Bettenzahlen.	31
2.4.4	Fälle nach Verweildauer	32
2.4.5	Ausbau ambulanter Operationen stagniert	32
2.5	Fazit	33
2.5.1	Über-, Unter- und Fehlversorgung im stationären Sektor	33
2.5.2	Von stationären Überkapazitäten zu mehr Ambulantisierung	34
2.5.3	Reformbedarf in der Notfallversorgung	35
2.5.4	Perspektiven für eine bedarfsgerechtere stationäre Planung	35

3	Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit aus rechtlicher Sicht	39
	Winfried Kluth	
3.1	Der Leistungsanspruch der Versicherten als maßgebliche Bestimmunggröße.	39
3.2	Die verfassungsrechtliche und gesetzliche Gewährleistungsverantwortung für die stationäre Gesundheitsversorgung	40
3.2.1	Der sogenannte Sicherstellungsauftrag	40
3.2.2	Die Verantwortlichkeit im Einzelnen	41
3.2.3	Andere Konzepte	42
3.3	Der verfassungsrechtliche Rahmen einer Neuausrichtung der Krankenhausplanung	44
3.3.1	Struktur und Einordnung der Maßnahmen	44
3.3.2	Verfassungsrechtlich geschützte Rechtspositionen der einzelnen Krankenhausträger	45
3.3.3	Verfassungsrechtlich geschützte Gemeinwohlbelange	48
3.3.4	Ergebnis und Handlungsoptionen	51
4	Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz	53
	Alexander Geissler, Sherry Lee und Wilm Quentin	
4.1	Einleitung	54
4.2	Methodik	54
4.3	Überblick	55
4.4	Strategien für qualitätsbezogene Planung und Leistungseinkauf	59
4.5	Qualitätsbezogene Informationen für Planung und Leistungseinkauf	62
4.6	Zusammenfassung	65
5	Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht	69
	Max Geraedts	
5.1	Einführung	70
5.2	Spektrum vorliegender Befragungsergebnisse	71
5.3	Bewertung des Gesundheitssystems im Allgemeinen	72
5.4	Krankenhauswahl	73
5.5	Erfahrungen/Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung	76
5.6	Vertrauen in Krankenhäuser	79
5.7	Flächendeckung der Krankenhausversorgung	80
5.8	Fazit	83

6	Erklärung regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen am Beispiel lumbaler Bandscheibenoperationen	85
	Johannes Pollmanns, Maria Weyermann und Saskia Drösler	
6.1	Hintergrund	85
6.2	Methoden	87
6.3	Ergebnisse	89
6.4	Diskussion	96
7	Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung	101
	Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen	
7.1	KHSG 1972 – das paternalistische Modell	102
7.2	Das Ergebnis: Überkapazitäten	103
7.3	Erosion der dualen Finanzierung	104
7.4	Marktregulierung	106
7.4.1	Regulierung autonomer Entscheidungsträger	106
7.4.2	Der Gemeinsame Bundesausschuss als Regulierungsbehörde	107
7.4.3	Marktregulierung in Abgrenzung zu anderen Steuerungsmodellen	109
7.5	Qualitätsorientierte Marktregulierung	111
7.5.1	Qualität als Regulierungsinstrument	111
7.5.2	Mindestmengen	112
7.5.3	Notfallstufen	114
7.5.4	G-BA-Strukturrichtlinien	116
7.5.5	Pflegepersonaluntergrenzen	117
7.5.6	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	119
7.6	Kapazitätsorientierte Marktregulierung	120
7.6.1	Auf dem Weg zur bundesweiten Kapazitätssteuerung	120
7.6.2	Sicherstellungszuschläge	121
7.6.3	Zentren	122
7.6.4	Strukturfonds	124
7.7	Algorithmische Regulierung des Krankenhausmarktes	125
8	Der KHSG-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung	131
	Boris Augurzky und Adam Pilyh	
8.1	Hintergrund	132
8.2	Strukturfonds und die beantragten Maßnahmen	133
8.3	Soll-Krankenhausstruktur	138
8.4	Beurteilung und Perspektiven	146
8.5	Fazit	147

9	Vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot?	149
	Reinhard Busse und Elke Berger	
9.1	Hintergrund	149
9.2	Methodik	151
9.3	Krankenhausfälle in Deutschland = „Brutto-Fallzahlen“	152
9.4	Sind die stationären Fälle notwendig? Das Vermeidungspotenzial ..	154
9.5	Von Fällen zu Patienten	159
9.6	Szenarien der Krankenhausplanung	159
9.6.1	Zertifizierung und qualitätsorientierte Zentralisierung	160
9.6.2	Facharztstandard und technische Ausstattung	164
9.6.3	Einzugsgebiete und Erreichbarkeit	165
9.7	Zusammenfassung und Fazit	168
10	Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes – ein Vorschlag zur Vorgehensweise am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen	171
	Jürgen Malzahn, Patrick Garre und Carina Mostert	
10.1	Einleitung	172
10.2	Stand der Umsetzung der Qualitätsagenda des KHSG	173
10.3	Qualitätsreform des KHSG und Strukturwandel	175
10.4	Handlungsoptionen des G-BA	177
10.5	Handlungsoptionen für Bundesländer am Beispiel von Nordrhein-Westfalen (NRW)	178
10.5.1	Rahmenkonzept zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung	179
10.5.2	Beispiel Nordrhein-Westfalen	181
10.6	Fazit	188
11	Aktueller Stand und Prognose des Krankenhausbedarfs von Personen mit und ohne Demenz in Deutschland	193
	Daniel Kreft, Alexander Barth, Anne Fink, Michael Nerijs, Gabriele Doblhammer und Thomas Fritze	
11.1	Einführung	193
11.2	Entwicklung der Bevölkerung allgemein und der Zahl der Personen mit Demenz	194
11.3	Besonderheiten der Krankenhausinanspruchnahme von Personen mit Demenz	195
11.4	Daten und Methoden	198
11.5	Ergebnisse	200
11.6	Diskussion	201

12	Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen	209
	David Scheller-Kreinsen, Kathleen Lehmann, Gregor Botero, Franz Krause und Wilm Quentin	
12.1	Einleitung	210
12.2	Die ambulante Angebotssteuerung	212
12.2.1	Angebotssteuerung der vertragsärztlichen Versorgung	212
12.2.2	Angebotssteuerung des ambulant-stationären Grenzbereichs	214
12.3	Sektorenübergreifende Bedarfsplanung	217
12.3.1	Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten	217
12.3.2	Vergabe zeitlich befristeter spezifischer Versorgungsaufträge	220
12.3.3	Angebotssteuerung über finanzielle Anreize	222
12.3.4	Übertragung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen gegen Kompensation	223
12.4	Anwendungsbeispiel ambulante Augenoperationen	224
12.4.1	Ansatz, Datengrundlagen und Methoden	224
12.4.2	Ergebnisse	227
12.4.3	Limitationen	229
12.5	Fazit	229
13	Sektorübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung	233
	Michael Slowik, Christian Wehner, Hendrik Dräther, Claus Fahlenbrach und Sabine Richard	
13.1	Einleitung/Problemaufriss	234
13.1.1	Problemaufriss	234
13.1.2	Aktuelle politische Forderungen	236
13.2	Strukturelle Hindernisse in der Organisation der Notfallversorgung	238
13.2.1	Notfallversorgung aus Sicht der Versicherten	238
13.2.2	Ambulante Notfallversorgung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten	241
13.2.3	Fehlende einheitliche und verbindliche Planungsgrößen	245
13.3	Neuordnung der Notfallversorgung	246
13.3.1	Definition von Notfällen	246
13.3.2	Notfallversorgung in Integrierten Notfalleinheiten (INE) organisieren	248
13.3.3	Planungsverantwortung neu regeln und sicherstellen	251
13.3.4	Integrierte Leitstellen einrichten	251
13.3.5	Qualität der Versorgung durch Aufklärung der Versicherten verbessern	252
13.3.6	Rettungsdienst weiterentwickeln	252
13.4	Fazit	253

Teil II Zur Diskussion

14	Routinedatenbasierte Versorgungsforschung in der klinischen Notfallmedizin – Herausforderungen und Möglichkeiten	259
	Felix Greiner und Dominik Brammen	
14.1	Einführung	259
14.2	Herausforderungen der routinedatenbasierten Forschung zur Versorgung durch Notaufnahmen.	261
14.3	Inhaltliche und technische Standardisierung der Dokumentation in der Notaufnahme	264
14.4	Symptombasierte Auswertungen der Versorgungsrealität	266
14.5	Einführung einer führenden Notaufnahmediagnose	268
14.6	Diskussion und Ausblick	269
15	Digitalisierung im Krankenhaus – Versorgungsoptimierung bei Herzerkrankungen	273
	Bernd Hillebrandt	
15.1	Ausgangssituation	274
15.2	Die demografischen Veränderungen bestimmen den Bedarf und die digitalen Lösungen	276
15.2.1	Mehr Effizienz durch digitale Kommunikation	278
15.2.2	Mehr Qualität durch sektorenübergreifende Vernetzung	279
15.2.3	Ein Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern	279
15.3	Ausblick	283
16	Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen?	285
	Andreas Beivers und Lilia Waehlert	
16.1	Ausgangslage: Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit.	286
16.2	Veränderung der Krankenhausstruktur vor dem Hintergrund des KHSG.	287
16.3	Direkte Demokratie als Lösung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung?	288

Teil III Krankenhauspolitische Chronik

17	Krankenhauspolitische Chronik	299
	Dirk Bürger und Christian Wehner	

Teil IV Daten und Analysen

18	Die Krankenhausbudgets 2015 und 2016 im Vergleich	317
	Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque	
18.1	Einführung	317
18.2	Allgemeine Budgetentwicklung	318
18.3	Vereinbarte Preisentwicklung	320
18.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung	323
18.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich	323
18.4.2	Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte	330
18.5	Zusammenfassung und Diskussion	334
19	Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2015	341
	Ute Bölt	
19.1	Vorbemerkung	341
19.2	Kennzahlen der Krankenhäuser	342
19.2.1	Allgemeine und sonstige Krankenhäuser im Vergleich	343
19.2.2	Krankenhäuser insgesamt	344
19.3	Die Ressourcen der Krankenhäuser	347
19.3.1	Sachliche Ausstattung	348
19.3.2	Angebot nach Fachabteilungen	357
19.3.3	Personal der Krankenhäuser	362
19.4	Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen	367
19.4.1	Vollstationäre Behandlungen	367
19.4.2	Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen	368
19.4.3	Ambulante Operationen	369
19.5	Kosten der Krankenhäuser	369
20	Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2015	377
	Torsten Schelhase	
20.1	Vorbemerkung	377
20.2	Kennzahlen der Krankenhauspatienten	378
20.3	Strukturdaten der Krankenhauspatienten	382

20.3.1	Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten	382
20.3.2	Verweildauer der Patienten	384
20.3.3	Regionale Verteilung der Patienten	385
20.4	Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten	388
20.4.1	Diagnosen der Patienten	388
20.4.2	Diagnosen nach Alter und Geschlecht	392
20.4.3	Verweildauer bei ausgewählten Diagnosen	397
20.4.4	Regionale Verteilung der Diagnosen	399
20.5	Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2010 bis 2015	403
20.6	Ausblick	403

**21 Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik:
Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten
auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz . . . 407**

Jutta Spindler

21.1	Vorbemerkung	408
21.2	Erläuterungen zur Datenbasis	409
21.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten.	410
21.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	414
21.5	Operationen und medizinische Prozeduren	418
21.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	426
21.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser	433

Teil V Krankenhaus-Directory

22	Krankenhaus-Directory 2016	443
-----------	---	------------

	Der Krankenhaus-Report 2018 im Internet	531
--	--	------------

	Autorenverzeichnis	535
--	-------------------------------------	------------

	Index	553
--	------------------------	------------

Einführung

Oberste Maxime der Bereitstellung von medizinischen Leistungen sollte die Orientierung am Bedarf der Patienten sein. So nachvollziehbar dieses Prinzip scheinen mag, so schwierig ist seine Umsetzung. Dies beginnt bereits bei der Erfassung des Bedarfs, denn der subjektive und der objektive Bedarf können einerseits sehr unterschiedlich ausfallen. Eine Entscheidung hierüber ist jedoch andererseits die Basis für die Planung von Leistungen beziehungsweise für die Entscheidung darüber, welche Mechanismen für die Leistungsbereitstellung gelten sollen. Solche Entscheidungen sind angesichts begrenzter finanzieller Mittel und konkurrierender Verwendungszwecke unausweichlich. Und dabei gilt es nicht nur die vorgehaltenen Kapazitäten und den erforderlichen Leistungsmix zu berücksichtigen, sondern auch die für eine bedarfsgerechte Versorgung als ausreichend angesehene Qualität des Leistungsangebots sicherzustellen.

Die Arbeit an der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung vollzieht sich zugleich in einem komplexen und dynamischen Umfeld. Maßgeblich sind sowohl die Ausgangslage in der bestehenden Krankenhauslandschaft, die Entscheidungs- und Planungsprozesse auf Bundes- und Landesebene, die demografische Entwicklung sowie die Entwicklung des Erkrankungsspektrums als auch der medizinisch-technische Fortschritt und die Präferenzen der Bevölkerung.

Zuletzt hat die Frage nach der bedarfsgerechten Versorgung im skizzierten Umfeld deutliche Impulse mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erfahren, dessen Regelungen nun Stück für Stück interpretiert, konkretisiert und umgesetzt werden. Viele der Regelungen – die explizite Qualitätsagenda, Notfallstufen, Sicherstellungszuschläge, der Strukturfonds etc. – schaffen einen neuen Rahmen für die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft und damit die zukünftige Konstituierung der Versorgung.

Der vorliegende Krankenhaus-Report befasst sich vor diesem Hintergrund unter dem Schwerpunkt „Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“ mit der Frage nach dem Bedarf an Krankenhausleistungen und wie dieser Bedarf sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zukünftig gedeckt werden kann. Er befasst sich mit der Konkretisierung des Bedarfs im Gesundheitswesen allgemein und im Krankenhausbereich im Besonderen. Er beleuchtet die rechtliche Seite der Bedarfsermittlung und Umsetzung in der Krankenhausplanung und geht der Frage nach, welche Bedarfsveränderungen durch die sich abzeichnende demografische Entwicklung und durch die Zunahme chronischer Erkrankungen zu erwarten sind und inwieweit markante regionale Unterschiede in der Leistungserbringung Ausdruck eines unterschiedlichen Bedarfs sind. Auch die Erwartungen der Patienten werden in den Blick genommen.

Im Weiteren widmet sich der Krankenhaus-Report in mehreren konzeptionellen Beiträgen der Gestaltung einer tragfähigen und bedarfsgerechten Krankenhausstruktur mit einem bedarfsgerechten Leistungsmix und qualitätsorientierten Angebot durch Planung beziehungsweise Marktregulierung. Weitere Beiträge befassen sich mit der bedarfsorientierten Neuordnung der Notfallmedizin und der sektorenübergreifenden Angebotssteuerung am Beispiel der Krankenhausambulanzen. Spezifische Aspekte

werden in eigenen Beiträgen vertieft; konkret die internationalen Erfahrungen mit der Nutzung von Qualitätsinformationen in der Krankenhausplanung und die ersten Erfahrungen mit dem Strukturfonds als Steuerungsinstrument.

Schwerpunktthema: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit

Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen – ein Konstrukt

Krankenkassen und Leistungserbringer sind mit § 70 SGB V zu einer „bedarfsgerechten ... Versorgung der Versicherten“ verpflichtet. Der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit wird jedoch an keiner Stelle gesetzlich konkretisiert. Ihn mit Leben zu füllen, bleibt weitgehend den Selbstverwaltungspartnern vorbehalten.

Der vorliegende Beitrag beschreibt Versorgungsbedarf als dynamisches soziales Konstrukt, das sich in einem komplexen relationalen Prozess verschiedener Handlungsebenen konstituiert. Dies beginnt mit der Arzt-Patienten-Beziehung: Ob in einer konkreten Situation ein medizinischer Bedarf besteht, wird zunächst im Austausch zwischen dem Betroffenen (sprich dem potenziellen Patienten) und dem Leistungserbringer geklärt, wobei viele Faktoren und Rahmenbedingungen, Unsicherheiten auf beiden Seiten, finanzieller Rahmen usw. eine Rolle spielen. Indirekt fließt diese Art der Bedarfsdefinition dann auch auf der Mesoebene in die Planung durch die Selbstverwaltungspartner ein, die regelmäßig stark auf dem Status quo der Vorperiode aufsetzt. Den dritten Handlungsbereich stellt die Makroebene der Versorgungspolitik.

Ogleich formal seitens des Gesetzgebers eine Verpflichtung auf eine bedarfsgerechte, das heißt nach allgemein anerkanntem medizinischem Stand ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung besteht, wird der Versorgungsbedarf tatsächlich in einem kontinuierlichen gesellschaftlichen Prozess und durch die im konkreten Fall gelebte Behandlung definiert. Damit ergibt sich der Bedarf letztlich aus den im sozialen Diskurs formulierten gesellschaftlichen Erwartungen. (*Beitrag Robra/Spura*)

Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung

In Deutschland findet in aller Regel im Rahmen der Krankenhausplanung keine systematische Ermittlung des Bedarfs statt. Stattdessen werden vorhandene Kapazitäten unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung fortgeschrieben, beispielsweise anhand der Hill-Burton-Formel. In der konkreten Umsetzung bestehen zwischen den Bundesländern einige Unterschiede. Angesichts des Umstandes, dass viele Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, wäre generell eine sektorenübergreifende Planung sinnvoll. Diese existiert de facto jedoch nicht.

Im internationalen Vergleich weist Deutschland deutliche Anzeichen für eine Überversorgung im stationären Bereich auf. Das vorhandene Potenzial für eine Ambulantisierung der Leistungserbringung ist noch längst nicht ausgeschöpft. Vor diesem Hintergrund ist eine Krankenhausplanung, die durch Fortschreibung vorhandener Kapazitäten von historisch gewachsenen Gegebenheiten dominiert wird, alles andere als optimal. Eine stärker prognoseorientierte, flexiblere und möglichst sektorenübergreifende Planung scheint hier das Gebot der Stunde zu sein. (*Beitrag Herr/Hohmann/Varabyova/Schreyögg*)

Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit aus rechtlicher Sicht

Wenngleich sich der Auftrag zur Sicherstellung einer stationären und Notfallversorgung besonders an die Kommunen richtet, so stellt der auf Landesebene angesiedelte Krankenhausplan – bei allen rechtlichen Unterschieden zwischen den Bundesländern – die zentrale Festlegung für den prospektiven Bedarf an Leistungen dar. Im Rahmen der grundgesetzlich gebotenen Gewährleistungsverantwortung sichert der Staat hierüber in einem wesentlichen Bereich das Leben und die körperliche Unversehrtheit der Bürger. Gleichzeitig stellt der Krankenhausplan für die Träger die Teilhabe an der Krankenhausfinanzierung sicher, von der ihr wirtschaftliches Überleben abhängt. Hieraus resultiert für die Träger ein rechtlicher Schutz ihrer Ansprüche, der bei den privaten und freigemeinnützigen ausgeprägter ist als bei denjenigen der Kommunen, Sozialversicherungsträger und der Länder, einschließlich der Universitätsklinika. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass der Trägervielfalt – neben der Nachhaltigkeit der Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung – ein hoher Stellenwert zukommt. Diese Trägervielfalt steht nicht im Widerspruch zu der Möglichkeit, aus Gründen der Wirtschaftlichkeit die Anzahl der Standorte zu begrenzen. Und ebenso ist es geboten, unter bestimmten Voraussetzungen die Leistungserbringung im Sinne der Qualitätssicherung zu zentralisieren, etwa an Mindestfallzahlen zu knüpfen, wozu die Landesebene die Möglichkeit hat. (*Beitrag Kluth*)

Aktueller Stand und Prognose des Krankenhausbedarfs von Personen mit und ohne Demenz in Deutschland

Demenzerkrankungen stellen nur sehr selten den primären Grund für einen Krankenhausaufenthalt dar. Aber das Vorliegen von Demenz führt im Rahmen der stationären (wie auch der ambulanten) Behandlung zu einer besonderen Herausforderung für Personal und Angehörige. Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Zahl der demenzkranken Patienten in Zukunft zunehmen. Demente Patienten sind mit überdurchschnittlicher Wahrscheinlichkeit von Komorbidität betroffen, einschließlich des Vorhandenseins chronischer Erkrankungen. Patienten mit Demenz sind darüber hinaus zum Beispiel deutlich häufiger Verletzungen und Vergiftungen ausgesetzt. Die Krankenhäuser sind bislang noch nicht optimal auf den Umgang mit demenzerkrankten Patienten eingerichtet. Dies betrifft sowohl die ärztliche und pflegerische Ausbildung als auch bauliche Aspekte und die Organisation des Behandlungsablaufs.

Der Beitrag skizziert vor diesem Hintergrund den gegenüber 2015 veränderten Stand der stationären Versorgung im Jahr 2060 im Sinne eines Ceteris-Paribus-Szenario, differenziert nach Personen mit und ohne Demenz. Er macht deutlich, dass steigender Versorgungsbedarf vor allem die wachsende Gruppe der Patienten mit Demenz betrifft. (*Beitrag Krefl/Barth/Fink/Nerius/Doblhammer/Fritze*)

Erklärung regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen am Beispiel lumbaler Bandscheibenoperationen

Dass bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen regionale Unterschiede bestehen, die durch medizinische oder altersbedingte Differenzen nicht erklärt werden können, ist allgemein bekannt. Strittig sind jedoch die Ursachen dieser Unterschiede. Der vorliegende Beitrag bestätigt am Beispiel der lumbalen Bandscheiben-OPs zunächst auch für diese Behandlung deutliche regionale Unterschiede auf

Kreisebene und geht der Frage nach möglichen Ursachen auf der Basis von logistischen Regressionsmodellen nach.

So geht eine auf Kreisebene steigende Zahl von niedergelassenen Orthopäden signifikant mit einer sinkenden Operationshäufigkeit einher – möglicherweise, weil stärkere Anstrengungen hinsichtlich der konservativen Behandlung unternommen werden. Die Dichte an Krankenhausbetten, für die in der Literatur zum Teil eine angebotsinduzierende Wirkung belegt wurde, führt hier zu uneinheitlichen Ergebnissen. Nur bei den Männern zeigt sich ein signifikanter Effekt, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass die Krankenhausbetten in der Analyse nicht der Fachrichtung zugeordnet werden konnten. Untersucht wurden im Weiteren auch sozioökonomische Faktoren. Während für das Haushaltseinkommen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte, wirkt sich ein höheres Bildungsniveau dämpfend auf die Operationshäufigkeit aus. Da lumbale Bandscheibenoperationen als ein Eingriff gelten, der stark von den Präferenzen der Patienten abhängig ist, lässt sich vermuten, dass Versicherte mit einem höheren Bildungsniveau besser in der Lage sind, ihre Präferenzen im Austausch mit den behandelnden Ärzten zu klären und zu vertreten. (*Beitrag Pollmanns/Weyermann/Drösler*)

Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht

Der Blick der deutschen Bevölkerung auf die Krankenhauslandschaft wurde bisher wenig erfragt. Für die Analyse kann daher nur auf Befragungen zum Gesundheitssystem als Ganzes und zu den Erfahrungen mit einzelnen Krankenhäusern zurückgegriffen werden; zudem können Sekundärdatenanalysen zur Inanspruchnahme des Krankensektors genutzt werden, um Aussagen zur Patientensicht abzuleiten.

Die Deutschen sind Befragungen zufolge mit ihrem Gesundheitssystem sehr zufrieden. Entsprechendes gilt für ihre Erfahrungen mit Krankenhäusern. Bei der Krankenhauswahl stehen die eigenen Erfahrungen und die von Angehörigen im Fokus. Besondere Bedeutung kommt den niedergelassenen Ärzten als Berater zu. Dabei spielt die subjektiv empfundene Qualität eine entscheidende Rolle. Für 80 % der Bevölkerung ist es eine Option, weiter entfernte Krankenhäuser nach Qualitätskriterien auszuwählen. Schon heute suchen bei fast allen Indikationen mehr als die Hälfte der Patienten nicht das nächstgelegene, sondern ein weiter entferntes Krankenhaus auf. Angesichts des dichten Netzes an Krankenhausstandorten in Deutschland ergeben sich hieraus im Regelfall keine Probleme hinsichtlich der Erreichbarkeit. (*Beitrag Geraedts*)

Vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot?

Der Beitrag skizziert ein Grobkonzept, wie mittelfristig eine Krankenhausplanung aussehen könnte, die gleichermaßen Bedarfs-, Angebots- und Qualitätsaspekte berücksichtigt.

Zunächst macht der internationale Vergleich deutlich, dass Deutschland über zu viele Krankenhäuser und zu viele Krankenhausbetten verfügt. Dabei verfügt Deutschland mit den niedergelassenen Fachärzten über ein zusätzliches medizinisches Angebot, das in anderen Ländern in dieser Form nicht existiert. Würde man sich in Deutschland dem europäischen Standard annähern, so wären rund fünf Millionen Krankenhausbetten pro Jahr vermeidbar.

In einer ersten Konzeptstufe gilt es unter Bezugnahme auf die internationale stationäre Leistungsanspruchnahme festzulegen, welche Behandlungskapazitäten spezifisch für das einzelne Krankheitsbild vorgehalten werden sollen. Erkenntnisse zu vermeidbaren Krankenhausfällen, etwa auf Basis der Untersuchungen zu ambulant sensitiven Diagnosen, gehen mit ein.

Auf dieser Basis gilt es dann, entsprechend der Qualitätsorientierung des KHSG die krankheitsbildspezifische Versorgung deutlich stärker zu zentralisieren. Bei der indikationsspezifischen Krankenhausplanung kann auf eine breite Evidenz zurückgegriffen werden. Zu nennen sind beispielsweise mögliche Mindestmengen auf Basis von Volume-Outcome-Studien, der Rückgriff auf Zertifizierungen mit entsprechender Evidenz, wie beispielsweise im Bereich der Deutschen Krebsgesellschaft, oder auch infrastrukturelle Voraussetzungen und der geforderte Facharztstandard.

Dies gilt nicht nur für elektive Eingriffe, sondern auch in der Notfallversorgung. So verfügen beispielsweise heute bei Weitem nicht alle Standorte, die an der Notfallversorgung des Herzinfarktes teilnehmen, über den zu fordernden Linksherzkatheter und der Facharztstandard kann mit Blick auf die Vielzahl der Standorte nicht gewährleistet werden. Dänemark zeigt, wie weitgehend das qualitätsorientierte Zielbild einer stärkeren Leistungskonzentration ausfallen kann. (*Beitrag Busse/Berger*)

Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes – ein Vorschlag zur Vorgehensweise am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen

Aufsetzend auf einer Kritik der bisherigen Umsetzungsgeschwindigkeit und des bisher Erreichten auf Bundes- und Landesebene stellt der Beitrag zunächst den Reformbedarf heraus. Die für eine bessere Qualität der Versorgung von Patienten avisierte Zentralisierung der Leistungserbringung ist auch geboten, will man die personelle Ausstattung zukunftssicher und effizient aufstellen und die deutsche Krankenhauslandschaft im Sinne interdisziplinärer vernetzter Medizin zukunftssicher ausrichten.

Die Autoren sehen neben den Vorgaben auf Bundesebene die Länder in besonderer Verantwortung, der Verpflichtung zur Sicherung der Daseinsvorsorge nachzukommen. Vorgelegt wird ein zweistufiges Konzept, wie eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf Landesebene angegangen werden kann, dargestellt am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW). Danach werden die Krankenhäuser zunächst definierten Versorgungsstufen zugeordnet und in einem zweiten Schritt erfolgen indikationsspezifische Festlegungen von Qualitätsanforderungen (Mindestmengen, Anforderungen zur Struktur-, Prozess- und ggf. Ergebnisqualität). Der Beitrag thematisiert exemplarisch die Notfallversorgung des Herzinfarktes, Vorgaben für den Bereich der Endoprothetik, Vorgaben entlang der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft und für Schilddrüsenoperationen. Er simuliert für NRW exemplarisch Umverteilungsszenarien und analysiert die damit verbundenen Auswirkungen auf die Erreichbarkeit. (*Beitrag Malzahn/Garre/Mostert*)

Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Dieser Beitrag bewertet die Perspektiven der Landeskrankenhausplanung deutlich skeptischer und postuliert, dass diese faktisch nicht mehr stattfindet. Krankenhausplanung in Deutschland ist in mehrfacher Hinsicht durch die Verletzung der „f ska-

lischen Äquivalenz“ geprägt, dahingehend, dass Ausgaben von Akteuren geplant werden, die ihrerseits nicht die Kosten für diese Entscheidungen tragen müssen. Augenfällig wird dies am Beispiel der Investitionsplanung, die zwar auf Landesebene erfolgt, deren Finanzierung jedoch aufgrund der Quersubventionierung aus Betriebsmitteln in erster Linie durch die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebracht werden muss. Die Folge sind Überkapazitäten.

In den vergangenen Jahren habe sich unter dem irreführenden Stichwort der Deregulierung ein Übergang von der landesbezogenen Krankenhausplanung zur Marktregulierung auf Bundesebene ergeben. Im Gesundheitsbereich allgemein und spätestens seit dem Krankenhausstrukturgesetz auch im Krankenhausbereich habe dabei der Gemeinsame Bundesausschuss eine zentrale Rolle als Regulierungsbehörde gewonnen. Dies gelte gleichermaßen für qualitäts- als auch kapazitätsorientierte Vorgaben.

Der G-BA ist beispielsweise maßgeblich an der Festlegung von Mindestmengen, Strukturrichtlinien, Notfallstufen, planungsrelevanten Qualitätsindikatoren oder Sicherstellungszuschlägen beteiligt. In solchen Regelungen, die Auswirkungen auf die Krankenhausstruktur haben, wird die Zukunft der Marktregulierung gesehen. Eine regelbasierte, algorithmische Marktregulierung, die auf Bundesebene die heutigen digitalen Möglichkeiten nutzt, ersetzt danach zunehmend die landesbezogene Krankenhausplanung alter Prägung. (Beitrag *Leber/Scheller-Kreinsen*)

Sektorenübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung

Strukturen und Organisation der Notfallversorgung standen vor der Bundestagswahl im Fokus fast aller Marktbeteiligten, seien es die Interessensvertretungen diverser Leistungserbringer und Kostenträger, Landesplanungsbehörden, medizinische Fachgesellschaften oder der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Die Akteure im Gesundheitswesen sind dabei weitgehend einhellig der Meinung, dass die Notfallversorgung neu organisiert werden muss. Die Vorstellungen darüber, welche Schritte notwendig sind, gehen jedoch auseinander.

Der vorliegende Beitrag skizziert die bestehenden strukturellen Hindernisse in der sektorenübergreifenden Organisation und Versorgung von Notfallpatienten. Auf Basis qualitativer Studien und Abrechnungsdaten wird die Versorgung von Notfallpatienten analysiert. So hat sich die ambulante Notfallversorgung in den letzten Jahren in Richtung der Krankenhäuser verschoben.

Letztlich werden Reformthesen im Sinne einer sektorenübergreifenden Neuordnung der Notfallversorgung präsentiert. Der Beitrag plädiert für die Einrichtung integrierter Notfalleinheiten (INE). Diese sollen gemeinsam durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser organisiert werden und als zentrale Anlaufstelle für Notfallpatienten fungieren. Grundlage wäre eine zu erlassende entsprechende Richtlinie des G-BA. Der konkrete Bedarf wird von einem neu zu gründenden Gremium auf Landesebene festgestellt, in dem unter Rechtsaufsicht der Länder die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhäuser und die Krankenkassen paritätisch zusammenwirken. (Beitrag *Slowik/Wehner/Dräther/Fahlenbrach/Richard*)

Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen

In wachsendem Maße werden ambulante Leistungen sowohl durch vertragsärztliche als auch durch stationäre Leistungserbringer angeboten. Während für den vertragsärztlichen Bereich eine Kapazitätsplanung erfolgt, ist dies für die ambulante Leistungserbringung der Krankenhäuser nicht der Fall. Die Teilnahme an der ambulanten Versorgung wird für die Krankenhäuser an strukturelle Voraussetzungen geknüpft; eine Mengensteuerung findet nicht statt.

Der Beitrag entwirft ein Modell für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung und Zulassung. Die vier Versorgungsstufen der ambulanten Bedarfsplanung des G-BA werden um eine fünfte Planungsstufe für die gemeinsamen, spezialisierten Leistungen von Krankenhausambulanzen und Vertragsärzten ergänzt. Neben der Einhaltung struktureller und personeller Voraussetzungen werden Versorgungsaufträge für diese Stufe dabei nach einem formalisierten Auktionsmodell befristet vergeben, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sicherzustellen. Letztlich entwirft der Beitrag ein kollektivvertragliches Modell der Angebotssteuerung für Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte unter G-BA-Vorgaben. Die mögliche Umsetzung wird am Beispiel der ambulanten Augenoperationen in den Ländern Berlin und Brandenburg illustriert. (*Beitrag Scheller-Kreinsen/Lehmann/Botero/Krause/Quentin*)

Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde auch in Deutschland die Berücksichtigung von Qualitätsaspekten in der Krankenhausplanung gesetzlich geregelt. In anderen Ländern wird bereits seit einigen Jahren die Qualität explizit in der Planung bedacht. Obgleich die Planung in den betrachteten Ländern auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt ist, gelten in der Regel verbindliche Qualitätsanforderungen. So werden Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren angewendet, um Mindeststandards zu gewährleisten. Eine Besonderheit stellen die Niederlande dar, wo die Qualitätssicherung vornehmlich über Selektivverträge zwischen den Krankenhäusern und den Krankenversicherern erfolgt. Für hochspezialisierte Leistungen bestehen allerdings Sonderregelungen.

Bei den in der Krankenhausplanung sowie beim Leistungseinkauf genutzten Qualitätsinformationen handelt es sich vorwiegend um strukturelle und teilweise um Prozessindikatoren. Ergebnisindikatoren werden nur zu einem geringen Anteil eingesetzt. Dabei lässt sich insgesamt feststellen, dass die betrachteten Länder hinsichtlich der regelhaften Nutzung von Qualitätsinformationen schon einen Schritt weiter sind als Deutschland. (*Beitrag Geissler/Lee/Quentin*)

Der KHS-G-Strukturfonds: Bilanz nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung

Mit dem 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHS-G) wurde ein Strukturfonds von einmalig einer Milliarde Euro eingerichtet, der auf die Finanzierung von Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten, zur Konzentration von Leistungen und zur Umwandlung von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen abzielt. Die Bestandsaufnahme zeigt, dass diese Mittel tatsächlich abge-

rufen werden und weitergehender Bedarf angemeldet wird. Die Mehrheit der beantragten Projekte, nämlich 64 % der Projekte und 87 % der beantragten Mittel, beziehen sich auf Maßnahmen zur Konzentration.

Unter Berücksichtigung von Fallzahlentwicklung, ambulantem Potenzial und Verweildauerentwicklung schätzen die Autoren einen um 13,1 % sinkenden Bettenbedarf bis 2015. Nimmt man ferner an, dass die hinsichtlich Ertragslage und Standortgröße besonders vorteilhafte Krankenhausstruktur des Bundeslandes Sachsen auf das Bundesgebiet ausgedehnt werden soll (Sollstruktur), so lassen sich die hiermit verbundenen Umstrukturierungskosten ermitteln. Unter Beachtung der durch diese strukturellen Verbesserungen erzielbaren Ertragssteigerungen ergibt sich ein Finanzierungsbedarf von 11,1 Mrd. Euro für den Übergang zur Sollstruktur. Dies würde bedeuten, dass zusätzlich zu der bereits im eingerichteten Strukturfonds enthaltenen einen Milliarde Euro, über acht weitere Jahre pro Jahr 1,26 Mrd. Euro aufgewendet werden müssten. Im Ergebnis würde die Umstrukturierung nach der vorgestellten Modellrechnung mit einer Schließung von 286 Standorten einhergehen. Aufgrund eines damit verbundenen geringeren Investitionsbedarfs und einer besseren Ertragslage wären Einsparpotenziale von schätzungsweise 920 Mio. Euro möglich, was einer volkswirtschaftlichen Rendite von 8,3 % entspräche.

Die Autoren plädieren für eine Fortführung des Strukturfonds mit Anpassungen. Die Mittel des Strukturfonds sollten danach aus Steuermitteln des Bundes mit Ko-Finanzierung der Länder kommen. Die Verteilung der Mittel sollte nach einem bundesweit einheitlichen Kriterienkatalog erfolgen. Er sollte einen Anreiz beinhalten, ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen zu erreichender Strukturoptimierung und beantragten Mitteln zu erzielen. Auf dieser Basis sollte es möglich sein, den Krankenhäusern selbst und nicht nur – wie nach derzeitiger Lage – den Ländern zu ermöglichen, Projekte zu beantragen. (*Beitrag Augurzky/Pilny*)

Zur Diskussion

Versorgungsforschung in der Notfallmedizin – Herausforderungen und Möglichkeiten

Bei der Erstuntersuchung eines Patienten in der Notaufnahme wird zwar die Diagnose – in Form einer Verdachtsdiagnose – in standardisierter Form festgestellt, nicht jedoch der Vorstellungsgrund in der Notfallversorgung. Hinsichtlich der Diagnose besteht ein weiter Spielraum bei der Kodierung, die Dokumentation divergiert zwischen den Versorgungssektoren. Darüber hinaus wird die Datenerfassung nach wie vor oftmals papierbasiert und nicht elektronisch vorgenommen. All dies führt dazu, dass eine verlässliche einrichtungsübergreifende Abbildung des Versorgungsgeschehens in der Notfallbehandlung mit großen Schwierigkeiten behaftet ist. Die administrative Herangehensweise in diesem Bereich erlaubt es nicht, Notfallversorgung adäquat im Rahmen von Versorgungsforschung zu beleuchten. In der Praxis gilt als Notfallpatient, wer als Notfallpatient abgerechnet worden ist. Dies entspricht nicht unbedingt der medizinischen Sicht. Vor diesem Hintergrund plädiert der Beitrag für standardisierte elektronische Dokumentation im Bereich der Notfallversorgung unter Einführung einer führenden Notaufnahmediagnose. (*Beitrag Greiner/Brammen*)

Digitalisierung im Krankenhaus – Versorgungsoptimierung bei Herzerkrankungen

Unter dem Schlagwort Digital Health hat sich eine Vielzahl von Anwendungen herausgebildet. Die technischen Möglichkeiten für eine bessere Information und Kommunikation und den Austausch von Informationen sind breit gegeben. Anwendungen finden sich in unterschiedlichen Nutzungskontexten. Verbunden hiermit haben sich die Erwartungen verändert, sowohl auf Seiten der Leistungserbringer, als auch auf Seiten einiger Patienten, die auf Grundlage internetbasierter Informations- und Beratungsangebote wesentlich selbstbewusster dem Arzt gegenüber auftreten als noch vor einigen Jahren. Gleichwohl steht Deutschland bei der digitalen Patientenversorgung immer noch am Anfang. Ein umfassendes, behandlungsbegleitendes Monitoring, das eine stringente sektorenübergreifende Begleitung des Patienten ermöglichen würde, ist noch nicht realisiert.

Am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen wird aufgezeigt, welchen Nutzen digitalisierte sektorenübergreifende Vernetzung stiftet. Wie das im Aufbau befindliche Care-Center zur Versorgung chronischer Herzkrankheiten in Mecklenburg-Vorpommern zeigt, geht es beim Einsatz von Digital Health nicht nur um die Anwendung neuer Technologien, sondern ebenso um die Einrichtung eines abgestimmten Fallmanagements und die Ausarbeitung spezifischer Behandlungsleitlinien. *(Beitrag Hillebrandt)*

Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen?

In den vergangenen fünfzehn Jahren sind in Deutschland mehr als sechzig Bürgerbegehren zum Thema Krankenhaus durchgeführt worden. Überwiegend geht es dabei um die Frage der Privatisierung oder um die Reduktion vorgehaltener Kapazitäten bis hin zur Standortschließung. Die Ergebnisse sind zwiespältig. Einerseits zeigt sich regelmäßig eine Willensbekundung zum Erhalt von wohnortnahen Standorten und Angeboten. Andererseits wählen Patienten für die Behandlung oftmals nicht die nächste Klinik, sondern nehmen zugunsten der Qualität weitere Wege in Kauf. Der Beitrag macht eine Reihe von Vorschlägen, wie durch geeignete Mechanismen der Abstimmung die geäußerten Präferenzen und das tatsächliche Nachfrageverhalten in Einklang gebracht werden können. Insbesondere könnte durch eine in Aussicht gestellte Kostenbeteiligung der Abstimmungsteilnehmer, beispielsweise in Form einer Clark-Steuer, ein stärker den tatsächlichen Präferenzen entsprechendes Abstimmungsverhalten erreicht werden. *(Beitrag Beivers/Waehlert)*

Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory

Die Krankenhausbudgets 2015 und 2016 im Vergleich

Der Beitrag untersucht die Entwicklung der Krankenhausbudgets auf Basis der amtlichen Aufstellung der Entgelte und Budgetberechnung (AEB). Die Krankenhausbudgets sind 2016 gegenüber dem Vorjahr um 2,9 Mrd. Euro gestiegen. Dies entspricht einem Wachstum von 5,0% und stellt damit den größten Budgetanstieg seit 2010 dar. Dies ist insofern besonders bemerkenswert, als in diesem Jahr keine Sondereffekte aufgetreten sind, wie sie in vorherigen Jahren beispielsweise mit dem PsychEntG oder dem Beitragsschuldengesetz zu konstatieren waren. Der Anstieg geht fast zu gleichen Teilen auf einen generellen Preisanstieg wie auf eine deutliche

Mengenausweitung zurück. Bei Letzterer spielen vermutlich Vorholeffekte mit Blick auf erwartete Mehrmengenregelungen im Krankenhausstrukturgesetz eine Rolle. (*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 2016 bis zur Jahresmitte 2017. Die vollständige Chronik ab dem Jahr 2000 steht im Internetportal bereit.

Darüber hinaus enthält der Krankenhaus-Report 2018 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 mehr als 1300 Krankenhäuser auf Basis der hausbezogenen „Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEBs).

Teil I Schwerpunktthema

Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit

(Kapitel 1–13)

This page intentionally left blank

1 Versorgungsbefar in Gesun- heitswesen – ein Konstrukt

Bernt-Peter Robra und Anke Spura

Abstract

Der Beitrag geht der Konstruktion des Versorgungsbefarfs auf drei Ebenen nach: der Mikroebene der Arzt-Patient-Beziehung, der Mesoebene der Verbände und der Wissenschaft und der Makroebene der Versorgungspolitik. Auf jeder der drei Ebenen handeln unterschiedliche Akteure mit spezifischen Aufträgen, Normen, Zielen und Präferenzen. Sie informieren und beeinflussen einander, haben aber auch autonome Entscheidungsmöglichkeiten. Auf jeder Ebene, so die These, wird Bedarf unterschiedlich antizipiert, hergeleitet, versorgt (disponiert), bewertet und korrigiert. Die Bedarfskonstituierung der drei Ebenen stimmt im Ergebnis also nicht unbedingt überein. Bedarfsmanagement wird ein iterativer, offener Lern-, Entwicklungs- und Systemgestaltungsprozess, d. h. ein „diskursives“, auf höherer Ebene ein „politisches“ Geschehen.

Die Ausführungen sollen dazu beitragen, Versorgungsbefarf als relationales Konzept und dynamisches soziales Konstrukt zu verstehen. Statt zu versuchen, einen als „exogen“ verstandenen Bedarf punktgenau zu messen, daraus den benötigten Leistungsmix, sekundär auch die wirtschaftlichen Kapazitäten abzuleiten, geht es darum, evidenzbasierte, gesellschaftlichen Erwartungen standhaltende und nachhaltig finanzierbare Versorgungsziele zu begründen. Zudem geht es darum, Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgehaltenen Strukturen und erbrachten Leistungen an ihrem Beitrag zur Zielerreichung zu bewerten, ggf. korrigierend („planerisch“) einzugreifen und dabei Opportunitätskosten an anderer Stelle nicht unberücksichtigt zu lassen. Dafür bedarf es eines Perspektivwechsels in der „Bedarfsplanung“ und eines andauernden Diskurses einer über Stand und Entwicklung ihrer Versorgung wohlinformierten Öffentlichkeit.

The paper follows the construction of the need for care on three levels: the micro-level of the physician-patient relationship, the meso-level of the bodies of self-government and that of science, and the macro-level of care policy. On each of the three levels, different players deal with specific commissions, norms, goals and preferences. They inform and influence each other, but they are also able to make autonomous decisions. On each level, according to the hypothesis, demand is anticipated, derived, met (dispensed), evaluated and corrected in a different way. Therefore, the need constituted at the three levels does not necessarily match. Demand management is an iterative, open process of learning, development and system design, i. e. a “discursive” course of events and, on a higher level, a “political” one.

The following remarks propose to regard the need for care as a relational concept and a dynamic social construct. Instead of attempting to measure need that

is understood as “exogenous” and to derive the necessary mix of services and, secondarily, service capacities, the challenge is to derive evidence-based, financially sustainable health care targets that come up to the expectations of the public. Moreover, the appropriateness, effectiveness and efficiency of structures and services rendered should be assessed with regard to whether they contribute to the achievement of the objectives and corrected if necessary. And at the same time opportunity costs elsewhere should not be ignored. This requires a change of perspective in “health care planning” and an ongoing discourse of a well-informed public about the state and development of their health care.

1.1 Einführung

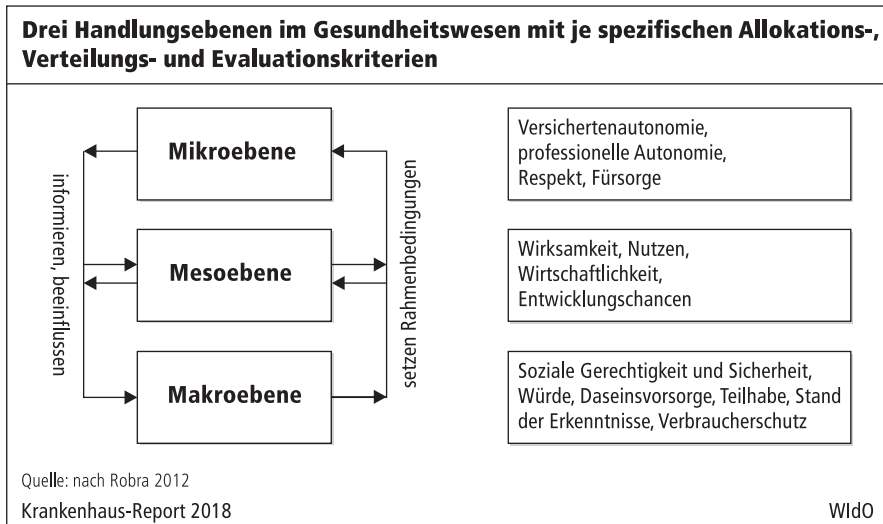
„Bedarfsgerecht“ ist eines der normativen Adjektive, mit denen der Gesetzgeber die in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleistende Versorgung umschreibt. Es erscheint in 19 Paragraphen des SGB V. Sie richten sich an die „gemeinsame Selbstverwaltung“, darunter den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (§ 25 Absatz 5; § 101), die Zulassungsausschüsse (§ 73 Absatz 1a) oder die Landesausschüsse (§ 103 ff). Zentral ist der oft zitierte Paragraph 70 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit): „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden [...]“.

Der Gesetzgeber bestimmt auf der Makroebene also zuerst die für die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung gemeinsam zuständigen Akteure der Mesoebene (Abbildung 1–1). Deren Auftrag umschreibt er dann mit einer Folge offener Rechtsbegriffe, „bedarfsgerecht“ ist der erste. Mit Ausnahme einiger Präventionsleistungen (§§ 20ff SGB V) definiert der Gesetzgeber keinen expliziten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und auch keine deterministischen Allokationsregeln („condition treatment pairs“). An einer Stelle gibt er weiter vor, wie der „allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad“ in der vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen ist, nämlich durch *Beschluss* des Gemeinsamen Bundesausschusses über einheitliche Verhältniszahlen (§ 101 Absatz 1 SGB V), ein Merkmal der Strukturqualität. Der G-BA hat diesen Auftrag in einer komplexen Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt (s. u.).

Eine weitere Verfahrensvorschrift findet sich versteckt in § 87a Abs. 3. Danach *vereinbaren* jede Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich „den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf“ als Punktzahlvolumen. Der so prospektiv vereinbarte Behandlungsbedarf gilt gleichzeitig als „notwendige medizinische Versorgung“ gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1, d. h. er könnte auch eine Erhöhung des Beitragssatzes begründen.

Nach der rechtlichen Kompetenzzuordnung wird „bedarfsgerechte Versorgung“ in Deutschland also von den Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung im

Abbildung 1–1



Gesundheitswesen festgelegt – de facto ausgehandelt – und damit konstruiert. Doch unterliegen Selbstverwaltungsentscheidungen aus den Erfahrungen individueller Patienten, z. B. bei Wartezeiten auf Termine, oder aus der Perspektive der empirischen und normativen Versorgungsforschung (Raspe 2015) der Kritik. Spätestens seit dem Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001 gehen wir auch in Deutschland davon aus, dass in vielen Versorgungsbereichen gleichzeitig Über- und Unterversorgung vorliegen können (SVR 2001, TZ 8).

1.2 Die Mikroebene der unmittelbaren Versorgung

Zwar entstehen viele Kontakte mit der medizinischen Versorgung im Rahmen periodischer Kontrolluntersuchungen und repetitiver Interventionen bei chronisch Kranken, doch wird Hilfebedarf auf der Mikroebene logisch zuerst vom Kranken selbst (und seinen Angehörigen) definiert und geltend gemacht. Der Hilfesuchende findet für sein „Präsentieranliegen“ eine mehr oder weniger responsive Ärztin. In vielen Fällen liegt auf der Hand, was zu tun ist. In anderen löst diese Nachfrage im Arbeitsbündnis der Arzt-Patienten-Dyade (Oevermann 1996, 2013) einen Kommunikationsprozess aus, in den biographische Erfahrungen, kulturelle und soziale Erwartungen, Präferenzen, Wissen, Ziele, Anreize und Opportunitätskosten beider Seiten eingehen (Abbildung 1–2). Diese Interaktion bestimmt, ob und was medizinisch versorgt wird, wie, wann und durch wen.

Die *Beziehung* von Ärztin und Patient wird auf der Mikroebene eine eigenständige Realität, ein „Drittes“ über Patient und Ärztin hinaus, weil die Beteiligten zu Beginn und im weiteren Verlauf komplexer Krankheits- und Versorgungsprozesse immer wieder Anliegen (Patient) und Indikation (Ärztin) interaktiv aushandeln