



Uwe Preusker, Jan Böcken, Reinhard Busse | 8.7.2019

Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft

Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhaus-Landschaft

Status quo und Problemlage

Ausgangspunkt des Projekts „Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft“ der Bertelsmann Stiftung ist die von zahlreichen Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens geteilte Einschätzung, dass der Krankenhausbereich in Deutschland nach wie vor geprägt ist durch Überkapazitäten, besonders viele kleine Krankenhäuser sowie eine unzureichende Konzentration und Spezialisierung. Dies alles führt zu Defiziten in der Behandlungsqualität, einer überdurchschnittlichen Akquisition von Patienten über die Notfallaufnahme sowie zur Behandlung von Patienten ohne stationäre Behandlungsbedürftigkeit („ambulant-sensitive Konditionen“), darüber hinaus zu Effizienzverlusten und teils ruinöser Konkurrenz.

Begleitet wird diese Situation einerseits durch einen jahrzehntelangen Investitionsstau aufgrund zu geringer Mittel der Bundesländer, der durch die vorhandenen Überkapazitäten naturgemäß noch verschärft wird. Denn indem Investitionsmittel für eigentlich nicht benötigte Krankenhäuser verwendet werden, stehen diese Mittel nicht den Häusern zur Verfügung, die sie tatsächlich

für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung benötigen. Andererseits erschöpft sich die Krankenhausplanung der Länder – die eigentlich eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern bewirken soll – oft in der Fortschreibung bestehender Krankenhausstrukturen bzw. darin, real bereits vollzogene Veränderungen lediglich zu bestätigen. „Qualität“ wurde als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung erst sehr spät in die Gesetzgebung aufgenommen, spiegelt sich aber in der konkreten Planung quasi nicht wider.

Hinzu kommt, dass es in Deutschland sehr viele kleine Krankenhäuser gibt: Rund ein Drittel (666) aller deutschen Krankenhäuser verfügten im Jahr 2017 über maximal 100 Betten. Weitere knapp 23 Prozent hatten zwischen gut 100 und 200 Betten. Insgesamt verfügten also knapp 57 Prozent aller Krankenhäuser hierzulande über weniger als 200 Betten. Diese Vielzahl kleinster und kleiner, überwiegend nicht spezialisierter Häuser trage – so wird oft argumentiert – dazu

bei, dass eine Krankenhausversorgung insgesamt gut erreichbar sei. Dies stellt sich bei genauerer Betrachtung jedoch als problematisch heraus, weil hiermit gleichzeitig in doppelter Hinsicht negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität verbunden sind: Denn auch Patienten mit notwendiger stationärer Indikation werden heute in Deutschland oft in solchen kleinen Krankenhäusern versorgt, die zwar gut erreichbar sind, mehrheitlich (mit einem substanziellen Teil der Patienten) aber weder medizinisch noch personell adäquat ausgestattet. So verfügten 34 Prozent der Plan-Krankenhäuser 2017 nicht über einen Computertomographen und 61 Prozent nicht über eine Koronarangiographie (Basis: 1.329 allgem. Plan-Krankenhäuser). Vor allem mit Blick auf die Notfallversorgung gilt dies als problematisch.

Als Folge der inadäquaten Ausstattung mit Personal erfolgt in diesen Krankenhäusern die Versorgung von Patienten durch Fachärzte oft erst mit deutlich zeitlicher Verzögerung. Denn nachts und an Wochenenden haben im Krankenhaus nur Assistenzärzte Bereitschaftsdienst – Fachärzte müssen erst aus der Rufbereitschaft ins Krankenhaus gerufen werden. Der vermeintliche Vorteil der guten Erreichbarkeit verwandelt sich so in einen gravierenden Qualitätsnachteil; dieser würde vor allem durch eine stärkere Konzentration und Spezialisierung der Krankenhausversorgung vermieden.

Dass Patienten oft in Krankenhäusern behandelt werden, die dafür weder personell noch technisch adäquat ausgestattet sind, zeigt sich auch an der hohen Zahl der Verlegungen: Nach den Daten der Krankenhausstatistik wurden 2017 insgesamt rund 770.000 Patienten in andere Krankenhäuser verlegt.

Die dargestellten Gründe tragen zum Paradox der personellen Ausstattung in Deutschland bei: Pro Einwohner gibt es hierzulande mehr Personal als in anderen Ländern, pro Patient bzw. Bettentag (durch die vielen Fälle/Bettentage) aber weniger. Der Pflegepersonalmangel in Kliniken als aktuell dominierendes gesundheitspolitisches Thema ist damit ein (Spät-)Indikator eines ruinösen – letztlich die Versorgungsqualität beeinträchtigenden, vorwiegend auf ökonomischen

Anreizen beruhenden – Krankenhauswettbewerbs.

Die hohen Überkapazitäten führen dazu, dass in deutschen Krankenhäusern vielfach Patienten behandelt werden, die keiner stationären Behandlung bedürfen. Dies wird u. a. daran deutlich, dass immer mehr Patienten (inzwischen rund 50 %) über die Notaufnahmen generiert werden: Wurden 2005 noch 60 Prozent (9,6 Mio.) aller stationären Patienten eingewiesen, waren es 2016 nur noch 47 Prozent (8,9 Mio.). Gleichzeitig stieg der Anteil der über die Notaufnahme aufgenommenen Patienten: von 34 Prozent (5,4 Mio., 2005) auf 45 Prozent (8,6 Mio., 2016). Hinzu kommt, dass hier das Fallwachstum bei solchen Indikationen, die den ambulantsensitiven Krankenhausfällen zuzuordnen sind, auch im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern besonders hoch ist.

Die Überkapazitäten im Krankenhausbereich werden nicht abgebaut, sondern vielfach mit leichten oder gar nicht stationär behandlungsbedürftigen Fällen belegt. Das lässt sich auch auf Fehlanreize im gegenwärtigen G-DRG-Vergütungssystem zurückführen. Dieses enthält unbestritten erhebliche Anreize zur Fallzahlausweitung ebenso wie zum Fallsplitting und zur Durchführung nicht indizierter Prozeduren. Diese Anreize sind – trotz vieler Detailreformen – immer noch nicht vollständig ausgeräumt worden. Deutlich macht dies u. a. die hohe Zahl von Stunden- und Tagesfällen (2016: knapp 700.000). Gleichzeitig stellt die, gemessen an Durchschnittskosten, überproportionale Gewinnaussicht bei bestimmten Leistungen im derzeitigen DRG-System (z. B. bei technisch-apparativen Verfahren und in der Gelenkersatz- und Rücken Chirurgie) einen klaren Anreiz zur Gründung von „Pseudo-Zentren“ dar – in Krankenhäusern, die dafür qualitativ und ausstattungs-mäßig eigentlich nicht geeignet sind. Krankenhausträger reagieren mit solchen Maßnahmen immer wieder auf finanzielle Schieflagen von (insb. kleineren) Kliniken, um so deren Schließung zu vermeiden. Das fallpauschalierende DRG-System arbeitet mit weitgehend klinikunabhängigen Durchschnittspreisen, die vom einzelnen Krankenhaus nur sehr begrenzt beeinflussbar sind – was dazu führt, dass das Krankenhaus seinen wirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg nur über die Kostenseite

und das Leistungsportfolio, also die Art und Menge der behandelten Fälle, beeinflussen kann.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die hohe Krankenhaus- und Bettendichte in Deutschland zusammen mit dem großen Anteil kleinster und kleiner Krankenhäuser mit oft unzureichender medizintechnischer und personeller Ausstattung zu hohen und steigenden Fallzahlen und drei miteinander verzahnten Problemen führt:

- unangemessen vielen Patienten,
- die vielfach in personell und technisch nicht adäquat ausgestatteten Krankenhäusern behandelt werden, wobei
- das Betreuungsverhältnis Personal pro Patient bzw. pro Bettentag im Durchschnitt gegenüber den europäischen Nachbarländern eher niedrig ist.

Ein großer Teil der Überkapazitäten in der stationären Versorgung ist vermeidbar. Das zeigt schon ein Blick auf das Ambulantisierungspotenzial, also auf die Fälle, die entweder ambulant behandelt oder ambulant operiert werden könnten. Busse und Berger zeigen im Krankenhausreport 2018, dass diese Fälle in ausgewählten Indikationsbereichen bis zu 35 Prozent aller Krankenhausfälle ausmachen. Insgesamt sind das rund fünf Millionen Krankenhausfälle jährlich oder 14.000 Krankenhausfälle pro Tag. Das allein entspricht dem Patientenaufkommen von rund 500 durchschnittlichen Krankenhäusern, also bereits einem Drittel der Kapazität deutscher Allgemeinkrankenhäuser.

Zu ähnlichen Ergebnissen im Hinblick auf das ambulante Potenzial (ambulant behandelbare Fälle) führt der methodische Ansatz der „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“ (ASK). Sundmacher et al. (2015) haben hierzu eine Liste relevanter ambulant-sensitiver Krankheitszustände veröffentlicht, die in einer Delphi-Studie von Ärzten in Deutschland konsentiert wurde. Diese Krankheitszustände gliedern sich in 40 Diagnosegruppen; 22 davon bilden eine Kernausswahl, die 90 Prozent der mit den 40 Gruppen erfassten Krankenhausfälle abdecken und für die in der Studie eine Vermeidbarkeit von über 85 Prozent geschätzt wurde. Betrachtet man den Anteil der vermeidbaren ASK für die 14 fallzahlstärksten

Hauptdiagnosen im Jahr 2016, ergibt sich ein Anteil der vermeidbaren Fälle (ASK) von knapp 38 Prozent. Insgesamt ergibt die Anwendung des ASK-Ansatzes rund vier Millionen vermeidbare Krankenhausfälle.

In Deutschland gibt es derzeit auch bei unumstritten stationär zu behandelnden Fällen große Qualitätsunterschiede in Abhängigkeit von der jeweils behandelten Fallzahl (Volume-Outcome-Zusammenhang). Dies zeigen neuere Untersuchungen deutlich (v. a.: Nimptsch, U., Mansky, T. (2017): Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open* 2017, 7(9):e016184. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016184). Beobachtet wurde dort für einen Großteil der untersuchten Behandlungsarten ein klarer Zusammenhang zwischen der jährlichen Fallzahl des behandelnden Krankenhauses und der Krankenhaussterblichkeit. Zusätzlich ergaben die Berechnungen von Nimptsch und Mansky, dass Zentralisierungsmaßnahmen zur Qualitätsverbesserung und besonders zur Verringerung vermeidbarer Todesfälle beitragen würden (jeweils mehr als 1.000 vermeidbare Todesfälle bei akutem Herzinfarkt und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung).

Weitere Studien zeigen darüber hinaus, dass der Volume-Outcome-Zusammenhang auch für die Häufigkeit von Re-Operationen bei einer Reihe von Behandlungsarten nachgewiesen werden kann (Pross, C., Busse, R., Geissler, A. (2017): Hospital quality variation matters – a time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006-2014. *Health Policy* 121(8): 842-852). Insgesamt zeigt sich hier, dass eine deutlich stärkere Konzentration und Spezialisierung der deutschen Krankenhaus-Landschaft die Qualität der stationären Versorgung erheblich verbessern würde – zumindest bei der Sterblichkeit und bei Re-Operationen.

Vor diesem Hintergrund möchte die Bertelsmann Stiftung mit ihrem Projekt einen Beitrag zur Diskussion darüber leisten, wie die als notwendig erachtete Veränderung der Krankenhausstrukturen in Deutschland erreicht werden können. Die erste Projektphase diente der Entwicklung eines Zielbildes für die als sinnvoll und wünschenswert

gesehenen Veränderungen der deutschen Krankenhausstrukturen. Dabei sollten international wie auch national diskutierte Anforderungen und Modellansätze für eine bedarfsgerechte und ressourceneffiziente Krankenhausstruktur identifiziert und strukturiert werden. Im Fokus standen vor dem Hintergrund der Ist-Situation Ansätze, die auf den Abbau von Überkapazitäten sowie eine stärkere Konzentration und Spezialisierung von Krankenhäusern gerichtet sind.

Dieses Zielbild wird nachfolgend beschrieben.

Ausgangspunkt ist das gegenwärtige Mengengerüst der Krankenhausversorgung in Deutschland mit 1.329 allgemeinen Plan-Krankenhäusern mit 398.000 Betten, 35 Universitätskliniken mit rund 45.000 Betten sowie 285 psychiatrischen Krankenhäusern mit rund 47.000 Betten – insgesamt also ca. 1.650 Krankenhäuser mit >490.000 Betten und 19,5 Millionen Fällen (2017). Die Überlegungen zum Zielbild gehen davon aus, das genannte Ambulantisierungspotenzial vollständig zu berücksichtigen, nicht indizierte Prozeduren und Fälle auszuschließen sowie qualitative Kriterien systematisch einzubeziehen. Eine weitere Rahmenbedingung: Nach einem solchen Umbau der Krankenhaus-Landschaft gibt es in jeder Region eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung 24/7.

Zielbild für die künftige deutsche Krankenhaus-Landschaft

Die Überkapazitäten im deutschen Krankenhausbereich und der damit unmittelbar verbundene ruinöse – letztlich die Versorgungsqualität beeinträchtigende, vorwiegend auf ökonomischen Anreizen beruhende – Krankenhauswettbewerb sowie die Fehlanreize im G-DRG-Vergütungssystem bewirken, dass in Krankenhäusern ein nennenswerter Anteil von Patienten behandelt wird, die keiner stationären Behandlung bedürfen. Fehlende Konzentration und Spezialisierung führen darüber hinaus u. a. zu einer mangelnden technischen Ausstattung und geringer Personalbesetzung pro Fall bzw. Bettentag. Dies alles hat

erhebliche Qualitätseinbußen zur Folge. Beseitigt werden können diese durch Kapazitätsabbau, Konzentration sowie eine Spezialisierung der Versorgung hin zu weniger, aber deutlich größeren Krankenhäusern bzw. Standorten. Diese Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung“ sind dann in der Lage, die heute erforderliche medizinische Behandlungsqualität auch in Notfällen zu gewährleisten – und zwar in der Breite der dort vertretenen Fachabteilungen mit einer adäquaten medizinisch-technischen Ausstattung und 24/7-Personalbesetzung auch mit Fachärzten.

Daraus ergibt sich zwingend eine Abkehr vom bisherigen drei- und teils vierstufigen deutschen Krankenhausversorgungsmodell (Grundversorgung, Regelversorgung, überörtliche Schwerpunktversorgung sowie Maximalversorgung, meist durch Universitätskliniken; darüber hinaus werden Fachkliniken zugelassen), denn aus diesem resultieren vor allem im Bereich der Grund- und Regelversorgung oft kleine bis sehr kleine Krankenhäuser. Die hier entwickelte zukünftige Krankenhausstruktur sieht – insbesondere aus Qualitätsgesichtspunkten, die weiter unten erläutert werden – stattdessen ein Versorgungssystem mit „Neuer Regelversorgung“ (mit der Versorgungsmöglichkeit für Herzinfarkte, Schlaganfälle etc.) in Mittelzentren und „Maximalversorgung“ in Groß- und Oberzentren vor.

Als Mengengerüst für die effiziente Versorgung der Bevölkerung hierzulande (Ende 2017: ca. 82,7 Mio.) halten wir rund 360 Versorgungskrankenhäuser („Neue Regelversorgung“ sowie Spezialversorgung) und rund 50 Maximalversorger für ausreichend, wie im Zielbild-Szenario dargestellt. Jedes dieser insgesamt 410 Krankenhäuser hat damit im Rahmen der Regelversorgung etwa 200.000 Einwohner zu versorgen (wobei angenommen wird, dass der tatsächliche Einzugsbereich zwischen 150.000¹ und 250.000 liegt). Im Rahmen der Maximalversorgung ist jeweils ein Maximalversorger für rund 1,65 Millionen Einwohner zuständig. Insbesondere die

¹ 150.000 dürfte die absolut untere Grenze für ein Einzugsgebiet darstellen. In solch einem Gebiet gibt es bei durchschnittlicher Bevölkerungsstruktur ca. vier Geburten und je einem Patienten mit akutem Herzinfarkt sowie Schlaganfall (jeweils pro Tag). Bei noch

weniger Fällen wären die angestrebte 24/7-Versorgung und das Vorhalten der personellen und technischen Ausstattung wirtschaftlich nicht zu rechtfertigen.

„Neue Regelversorgung“ wird dabei von Krankenhäusern erbracht, die deutlich größer sowie personell und qualitativ besser ausgestattet sind als das heutige normale deutsche Kreiskrankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Die weiter unten dargestellten Qualitätsanforderungen verdeutlichen dies.

Dabei werden nicht zwingend alle ambulantisierbaren Fälle in der bisherigen Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung versorgt werden müssen und können. Hier ist – besonders für ambulantisierbare Operationen – vielmehr daran zu denken, an den zukünftigen Krankenhäusern der „Neuen Regelversorgung“ ambulante Operationszentren zu etablieren. Ähnliches gilt für die Umwandlung kleiner – nicht mehr als Akutkrankenhäuser fungierender – bisheriger allgemeiner Krankenhäuser in multidisziplinär arbeitende „Intermediäre/integrierte Behandlungs- und Versorgungszentren“. Sie könnten z. B. die Funktionen bisheriger Medizinischer Versorgungszentren und ambulanter OP-Zentren zusammenfassen und zudem die poststationäre Versorgung sowie Beobachtung bei Verdacht auf stationäre Behandlungsbedürftigkeit übernehmen. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit der hoch spezialisierten ambulanten Behandlung an Krankenhäusern deutlich vereinfacht und erweitert werden.

Qualitative und strukturelle Anforderungen an die zukünftige deutsche Krankenhaus-Landschaft

In einer zukunftsfähigen Krankenhaus-Landschaft müssen einige zentrale qualitative Kriterien erfüllt sein. Dies sind insbesondere:

- **Bessere technische Ausstattung:** Die Fähigkeit aller Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung“ zur umfassenden Akutbehandlung von Herzinfarkten und Schlaganfällen. Herzinfarkte und Schlaganfälle sind die zentralen lebensbedrohlichen Zustände, die in Krankenhäusern behandelt werden müssen. Gleichzeitig ist die dafür erforderliche Ausstattung der Häuser von zentraler Bedeutung, etwa medizintechnische Geräte zur umfassenden Diagnostik. Beim (ischämischen) Schlaganfall ist darüber hinaus eine Stroke-Unit erforderlich zur effektiven Behandlung entweder mit der Thrombolyse oder in dafür geeigneten Fällen mit der Thrombektomie. Beim

Herzinfarkt ist heute die primäre perkutane Koronarintervention (PCI) die Behandlung der Wahl. Hierfür ist zusätzlich zur umfassenden diagnostischen Ausstattung mit entsprechenden bildgebenden Verfahren ein Herzkatheterlabor erforderlich.

- **Mehr und höhere Mindestmengen:** Die Erfüllung international wissenschaftlich anerkannter Mindestmengen – insbesondere für die Leistungen Transplantationen, Versorgung von Früh- und Neugeborenen, Geburten, Knie-Endoprothetik, Hüft-Endoprothetik, Rücken Chirurgie sowie Krebschirurgie und koronarchirurgische Eingriffe – durch alle Krankenhäuser im neuen, hier skizzierten Versorgungssystem.

Das Konzept der Mindestmengen baut auf dem Gedanken auf, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in einem konkreten Zusammenhang mit der Menge der erbrachten Leistung steht – und es insofern eine Beziehung gibt zwischen der Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolgs und der routinierten Leistungserbringung der am Behandlungsprozess maßgeblich beteiligten Akteure. Mindestmengen sind heute in der internationalen wissenschaftlichen Literatur für eine ganze Reihe medizinischer Leistungen anerkannt. In Deutschland werden Mindestmengen bisher jedoch nur sehr zögernd genutzt. So gibt es international für sehr viel mehr Indikationen vorgeschriebene Mindestmengen; außerdem liegen die genutzten Mindestmengen international vielfach deutlich höher als derzeit in Deutschland. Die verstärkte, an international anerkannten Mengen orientierte Nutzung dieses Qualitätsinstruments wird zu einer deutlich besseren qualitativen Versorgung in den betroffenen Indikationen führen, setzt jedoch eine entsprechende Konzentration der betroffenen Leistungen an deutlich weniger Krankenhäusern voraus.

Werden die hier genannten qualitativen Kriterien erfüllt, schließt das die Versorgung in (kleinen) Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung – die typischerweise nur mit den Abteilungen Innere, Chirurgie und zum Teil Geburtshilfe ausgestattet sind – künftig aus; denn in solchen meist kleinen Krankenhäusern kann weder die Akutversorgung von Herzinfarkten und Schlaganfällen noch die Einhaltung von Mindestmengen gewährleistet werden. Hinzu kommt, dass

beim Wegfall „echter Krankenhausfälle“ (wie Herzinfarkt oder Schlaganfall) unter den derzeit in Deutschland geltenden Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung die große Gefahr besteht, dass kleine Häuser ihre Betten mit „Fällen“ füllen, die dem ambulanten Potenzial zugeordnet werden müssen – ein Verhalten, das bereits heute vielerorts zu erkennen ist.

Die künftig an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser sollten darüber hinaus eine Reihe **struktureller Voraussetzungen** erfüllen:

- Erreichbarkeit von Krankenhäusern der „Neuen Regelversorgung“ für die jeweils zu versorgende Bevölkerung: im Regelfall maximal 30 Minuten (Anmerkung: In ländlichen Kreisen mit <75 Einwohner/qkm – derzeit 28 Kreise in acht Bundesländern – ist eine Erreichbarkeit von max. 30 Minuten kaum möglich, ohne die Qualität zu gefährden, da die dafür erforderlichen Krankenhäuser dann doch wieder sehr klein würden. Hier werden die maximalen Fahrzeiten zwar etwas länger; aber dafür ist eine 24/7-Besetzung mit Fachärzten gewährleistet, wodurch sich die „Netto“-Zugangszeit bis zur fachärztlichen Versorgung trotzdem verringert und somit die Versorgungsqualität deutlich verbessert. Zudem muss bei der Prüfung der Erreichbarkeit immer auch die Möglichkeit einer Versorgung in Nachbarkreisen berücksichtigt werden.)

- Erreichbarkeit für Maximalversorger: maximal 60 Minuten

- In allen für die Notfallversorgung zentralen Abteilungen bzw. Fachrichtungen auf allen Versorgungsstufen eine 24-Stunden-Bereitschaft von Fachärzten direkt im Krankenhaus

- Mindestausstattung der Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung“ mit allen für die Versorgung auf dieser Ebene und vor allem die Notfallversorgung erforderlichen Fachabteilungen bzw. den entsprechenden fachübergreifenden medizinischen Zentren

Aus den genannten Vorgaben ergibt sich für das Zielbild-Szenario bei Berücksichtigung der ASK-Fälle (ca. 4 Mio.), der Verlegungen (knapp 0,8 Mio.) sowie der Stunden- und Tagesfälle (ca. 0,7

Mio.) eine Fallzahl von nur noch rund 14 Millionen. Dabei handelt es sich um eine eher konservative Schätzung des Anteils der reduzierbaren Krankenhausfälle, da eine Reihe weiterer Reduktionsmöglichkeiten der Fallzahlen hierbei nicht berücksichtigt sind (z. B. Krankenhausfälle, die nicht behandlungsbedürftig sind, Operationen, Prozeduren und stationäre Krebsbehandlungen, die ambulant durchführbar sind und nicht vom ASK-Ansatz erfasst werden, oder Fälle, die sich durch medizinisch nicht indiziertes Fallsplitting ergeben).

Aus der reduzierten Zahl von 14 Millionen ergibt sich eine durchschnittliche Fallzahl für Versorgungskrankenhäuser von rund 30.000/Jahr und eine durchschnittliche Fallzahl für Maximalversorger von etwa 64.000/Jahr. Eine solche Größenordnung garantiert für alle Versorgungsstufen – wie oben dargelegt – auch die erforderliche Personalausstattung, um die aus Qualitätsgesichtspunkten besonders für die Notfallversorgung notwendige 24/7-Besetzung mit fachärztlichem Personal in den zentralen Bereichen zu gewährleisten – denn das derzeitige klinische Personal aller Krankenhäuser bleibt erhalten und wird ebenfalls konzentriert. Gleichzeitig ermöglichen die auf diese Weise erreichbaren Fallzahlen – zusätzlich zu guter medizinischer Qualität u. a. durch die Erfüllung von Mindestmengenanforderungen – auch eine nachhaltige ökonomische Betriebsführung.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das Mengengerüst der Ausgangssituation sowie des Zielbild-Szenarios.

	Deutschland heute	Zielbild-Szenario 2030
Krankenhausfälle	19,5 Mio.	14,0 Mio.
Krankenhausfälle/100 Einwohner	24	17
Verweildauer (Tage)	7,3	6,0
Bettentage/Einwohner	1,7	1,0
Resultierende Betten bei ca. 80% Auslastung	480.000 (de facto >490.000)	285.000
Betten/Versorgungs Krankenhaus	<300 (über alle KH)	610 (360 KH)
Betten/Maximalversorger		1.300 (50 KH)
Fälle/Versorgungs Krankenhaus	<12.000 (über alle KH)	30.000
Fälle/Maximalversorger		64.000

Internationaler Vergleich

Dass im deutschen Krankenhaussystem erhebliche Überkapazitäten bestehen, wird im Übrigen auch durch den europäischen Vergleich gestützt: Gegenüber dem EU-15-Durchschnitt verfügt Deutschland über 65 Prozent mehr Betten. Diese drastischen Überkapazitäten gehen hierzulande gegenüber dem EU-15-Durchschnitt mit 50 Prozent mehr Fällen und 70 Prozent mehr Bettentagen pro Einwohner einher. Der im Zielbild-Szenario dargestellte Kapazitätsabbau hieße, dass Deutschland im Jahr 2030 dem europäischen Schnitt von heute entspräche.

Wir gehen davon aus, dass der eingeleitete Strukturwandel in jedem Fall auch eine umfassende Ambulantisierung von – medizinisch erforderlichen, aber ambulant durchführbaren – Operationen, Krebstherapien etc. zur Folge hätte. Um welchen Umfang der heutigen deutschen Krankenhausfälle es dabei geht, lässt sich ebenfalls an internationalen Vergleichen darstellen, insbesondere auf europäischer Ebene. Der EU-15-Vergleich zeigt, dass geringere Fallzahlen im Krankenhaus in anderen Ländern maßgeblich auf eine weitergehende

Ausschöpfung des ambulanten Potenzials zurückzuführen sind (z. B. größere Anteile ambulanter Operationen), ohne dass es dadurch zu qualitativen Einbußen kommt.

Orientiert an den derzeit besten europäischen Nationen (insb. Dänemark) – gemessen vor allem an Effizienz und Verweildauer –, würde sich gegenüber dem oben dargestellten Zielbild-Szenario ein nochmals radikaleres Szenario ergeben: Darin wären für dann rund zehn Millionen Krankenhausfälle jährlich vielleicht noch 300 Versorgungskrankenhäuser mit jeweils rund 500 Betten erforderlich sowie 45 Maximalversorger mit jeweils rund 1.100 Betten. Vor allem das Beispiel Dänemark zeigt: Eine solche radikale Verringerung der stationären Krankenhauskapazitäten kann bei gleichzeitiger Spezialisierung und Konzentration die stationäre Behandlungsqualität nachweisbar verbessern.

Review Board

Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Prof. Dr. Andreas Beivers, Hochschule Fresenius für Wirtschaft und Medien GmbH

Prof. Dr. Max Geraedts, Philipps-Universität Marburg

Dr. Matthias Gruhl, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg (am 02.11.2018 mit seiner Ernennung zum Staatsrat aus dem Review Board ausgeschieden)

Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Universität Magdeburg

Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics – hche

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Dr. Jan Böcken
Senior Project Manager
Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“
Telefon + 49 5241 81-81462
Telefax + 49 5241 81-681462
jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

Bildnachweis: © Monkey Business - stock.adobe.com