

Stagnation auf dem Krankenhausmarkt

Zeit für einen Neuanfang

Der Krankenhausmarkt steht an einem Wendepunkt. Erstmals seit dem Jahr 2004 sind die Leistungsmengen der Kliniken in Deutschland nicht gestiegen, sondern zurückgegangen – von 19 Millionen stationären Fällen (2016) auf 18,9 Millionen im Jahr 2017. Das berichtet der aktuelle Krankenhaus-Rating-Report des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen. Für 2018 erwartet das RWI einen geringfügigen Anstieg von 0,25 Prozent. Die Wachstumsphase im stationären Sektor scheint vorerst beendet. Sogar in den Planungsbehörden einiger Bundesländer wird nun

öffentlich darüber nachgedacht, die im internationalen Vergleich hohe Bettenzahl je Einwohner im Klinikmarkt zu verändern.

Noch ist ungewiss, wie sich die Fallzahlen in den kommenden Jahren entwickeln werden. Die Geschäftsberichte etlicher Krankenhäuser lassen jedoch auch für 2018 keine Kehrtwende erwarten. Laut RWI könnten die zunehmende Ambulantisierung der Medizin, die personellen Probleme der Kliniken und ein gewisser Sättigungsgrad bei elektiven Leistungen den Abwärtstrend bis auf Weiteres verstetigen.

Unterdessen gelangen die wirtschaftlichen und qualitativen Defizite der Krankenhäuser immer stärker in die öffentliche Diskussion. Auch in der Politik wächst die Bereitschaft, die überkommenen Strukturen mit Blick auf die Anforderungen der modernen Medizin zu überdenken. So hat Karl-Josef Laumann, Gesundheitsminister in Nordrhein-Westfalen, ein Gutachten zum Umbau der Klinikstrukturen im bevölkerungsreichsten Bundesland in Auftrag gegeben, auf dem der nächste Krankenhausplan des Landes beruhen wird. Zur Diskussion steht, stationäre Leistungen stärker zu bündeln und die Zahl der Kliniken zu reduzieren, um die Leistungsfähigkeit der verbleibenden Standorte zu erhöhen. Auch in Niedersachsen beschäftigt sich eine Enquete-Kommission mit neuen Versorgungsstrukturen und -modellen, insbesondere mit Blick auf den stationären Sektor. Brandenburgs Gesundheitsministerin Susanna Karawanskij will zwar die Standorte erhalten, ländliche Häuser aber zu ambulant geprägten Gesundheitszentren ausbauen. Selbst die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat angekündigt, nicht länger „um jedes Bett und jeden Standort“ zu kämpfen.

Krankenhausfälle: Die Ausweitung der Mengen kommt an ihre Grenzen



Erstmals seit vielen Jahren gingen 2017 die absoluten Fallzahlen der Krankenhäuser in Deutschland zurück.

Quelle: Krankenhaus-Rating-Report 2019; Grafik: AOK-Bundesverband

Illustration: iStockphoto

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

- >> „Viele Patienten landen am falschen Ort“
- Interview mit Prof. Dr. Reinhard Busse

Markt und Meinung Seite 3

- >> Studie: Fallzahlen könnten weiter sinken
- >> BSG: TAVI gehört nicht zur Grundversorgung
- >> Sicherstellung: Zuschlag für 120 Häuser erteilt

Versorgung und Service Seite 4

- >> Dichtes Versorgungsnetz in Stadt und Land
- >> Der GBA bestätigt seinen Bericht zu Plan-QIs
- >> Berliner Gesundheitspreis honoriert Projekte für mehr medizinische Kompetenz

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

- >> OECD: Mäßige Ergebnisse trotz Überversorgung in Deutschland

„Ich glaube, dass die Patienten unterschätzen, wie groß die Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern sind.“

SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Dr. Karl Lauterbach

Interview zum Reformbedarf im Klinikmarkt

Viele Patienten landen am falschen Ort

Wenn es um Krankenhäuser in Deutschland geht, wäre weniger mehr, sagt Prof. Dr. Reinhard Busse von der TU Berlin. Der Experte für Management im Gesundheitswesen setzt sich seit Jahren dafür ein, die stationären Strukturen zu modernisieren.

Sie haben kürzlich die deutsche Kliniklandschaft als ‚Schande‘ bezeichnet. Wofür müssen wir uns schämen?

Wir leisten uns Akutkrankenhäuser in Großstädten an fast jeder Ecke und in jeder Kleinstadt – ihre hoch gepriesene gute Erreichbarkeit gaukelt dem Bürger aber eine falsche Sicherheit vor. Wir verschweigen, dass nur zwei von fünf Häusern über ein Herzkatheterlabor oder eine Schlaganfallereinheit verfügen. Im nächsten erreichbaren Krankenhaus liegt der Bürger deshalb in der Regel falsch: Er muss entweder verlegt werden oder erhält eine inadäquate Therapie.

Wie und warum haben andere europäische Länder ihre Strukturen in den letzten Jahrzehnten umgebaut?

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Medizin drastisch gewandelt – weg vom Bett als wesentlicher therapeutischer Option, hin zu invasiven, oft ambulant durchführbaren Therapien. Andere Länder wie Italien, Schweden oder Dänemark haben früh erkannt, dass diese Entwicklung andere Klinikstrukturen erfordert, und seit den 1990er-Jahren rund 50 Prozent ihrer Betten abgebaut. Gleichzeitig wurde dort die Ausstattung mit Technik und Personal verbessert.

In Deutschland ist Krankenhausplanung Ländersache. Beobachten Sie dort ein Umdenken?

Ja und nein. Wir haben Gesundheitsministerinnen, die den Status quo propagieren – etwa in Brandenburg, wo die Linke

mit dem Erhalt von Klinikstandorten wirbt, oder in Bayern, das Verluste kleiner Häuser mit Steuergeldern kompensieren will. Und wir haben Länder wie Niedersachsen mit seiner Enquete-Kommission oder Nordrhein-Westfalen mit Überlegungen zu einer Krankenhausplanung, die nicht mehr auf Abteilungen und Betten beruht, sondern auf Versorgungsaufträgen für Leistungskomplexe. Ein sehr gemischtes Bild.

Viele Kliniken sind wirtschaftlich unzureichend ausgelastet. Wo sehen Sie hierfür die Ursachen?

Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten müssten eigentlich noch gravierender sein. Denn die großenteils unnötigen Betten werden mit Patienten gefüllt, die ebenso gut oder besser ambulant behandelt werden könnten. Wir verbuchen pro Kopf 50 Prozent mehr Fälle als der EU-15-Schnitt, insbesondere bei Hauptdiagnosen wie Hypertonie, Rückenschmerzen oder Katarakt, die nicht ins Krankenhaus gehören.

Welche Argumente geben Sie Politikern an die Hand, die Kliniken schließen müssen?

Die Patienten wären in weniger, aber besser ausgestatteten Krankenhäusern besser aufgehoben, und die Arbeitsplätze wären auch auf dem Land attraktiver. Wo heute drei kleine, schlecht ausgestattete Kliniken erfolglos nach Personal suchen, täte sich ein fusioniertes Haus deutlich leichter.

Prof. Dr. Reinhard Busse leitet den Fachbereich Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin



Foto: TU Berlin

PRESSEECHO

Wieder Gewinn bei Agaplesion

Der evangelische Gesundheitskonzern Agaplesion hat das vergangene Geschäftsjahr mit einem Überschuss von 6,2 Millionen Euro abgeschlossen. Die Umsatzerlöse sind gegenüber dem Vorjahr um 2,4 Prozent auf 1,2 Milliarden Euro gestiegen; dabei ging der Gewinn um 800.000 Euro zurück. In den über 100 Einrichtungen, darunter 23 Kliniken, wurden im (teil-)stationären Bereich insgesamt 278.175 Patienten behandelt, das sind 2.287 weniger als im Jahr davor.

Ärzte-Zeitung, 22. Juli 2019

Sondervermögen für die MHH

Niedersachsen hat für den Neubau der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein Sondervermögen in Höhe von einer Milliarde Euro angelegt. Die zentralen Gebäude sollen in unmittelbarer Nachbarschaft der heutigen, teilweise maroden Uniklinik entstehen. Ein Kostenvergleich ergab, dass die Sanierung der alten Gebäude teurer wären als der nun geplante Neubau.

Ärzte-Zeitung, 10. Juli 2019

Dortmund bleibt im Plus

Das Klinikum Dortmund hat zum sechsten Mal in Folge schwarze Zahlen geschrieben. Mit einem Plus von 5,5 Millionen Euro lag das Ergebnis von 2018 auf dem Niveau des Vorjahres, teilte der kommunale Träger mit. Der Umsatz betrug 375 Millionen Euro. Das Ergebnis vor Steuern, Zinsen und Abschreibungen (Ebitda) lag bei 3,8 Prozent. Pro Jahr behandelt das Klinikum rund 250.000 Patienten, davon rund 65.000 (teil-)stationär.

Bibliomed-Manager, 3. Juli 2019

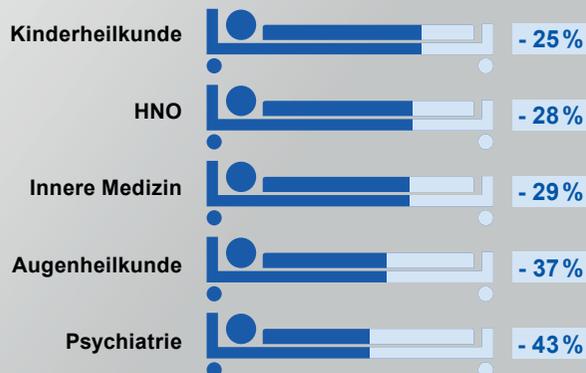
Bertelsmann-Studie

Fallzahlen könnten weiter sinken

Trotz des demografischen Wandels könnten die stationären Fallzahlen in Deutschland 2030 um elf Prozent niedriger sein als heute (2017). Das hat die Bertelsmann-Stiftung im Rahmen einer Studie zur Zukunft der Krankenhausstruktur für eine repräsentative Modellregion errechnen lassen. Maßgeblicher Faktor ist die Ambulantisierung der sogenannten „ambulant-sensitiven“ Fälle: Sofern entsprechende Versorgungsangebote vorhanden wären, könnten 19,6 Prozent aller heutigen Klinikpatienten 2030 ambulant behandelt werden. Dabei fällt die Innere Medizin aufgrund der hohen Fallzahlen besonders ins Gewicht. Am höchsten ist das Potenzial für Ambulantisierung in der Psychiatrie, am geringsten in der Herz-, Neuro- und Kinderchirurgie sowie in der Nuklearmedizin.

**Hohes Potenzial für ambulante
Behandlung bei Klinikpatienten**

Simulation der Bereinigung von Krankenhausfällen um ambulantisierbare Fälle in ausgewählten Fachbereichen



Mit einer konsequenten Ambulantisierung könnte sich die Zahl der stationären Psychiatriepatienten 2030 gegenüber heute (2017) nahezu halbieren. Quelle: Bertelsmann; Grafik: AOK-BV

Bundessozialgericht

Keine TAVI bei Grundversorgern

Krankenhäuser der Grundversorgung haben keinen Anspruch auf die Vergütung einer Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI). Das entschied das Bundessozialgericht (BSG) im Fall einer entsprechenden Klinik, die den minimalinvasiven Eingriff zum Ersatz der Aortenklappe im Jahr 2010 bei einer Patientin durchgeführt hatte (B1 KR 2/18 R). Die anschließende Klage auf Vergütung blieb jedoch erfolglos. Aufgrund der hohen Qualitätsvorgaben sei die „höchst anspruchsvolle und risikoreiche“ Operation den Häusern höherer Versorgungsstufen vorbehalten, so das BSG. Das Klinikum hätte den Eingriff nicht durchführen dürfen, weil es die strukturellen Voraussetzungen dafür nicht erfüllte.

>> www.sozialgerichtsbarkeit.de

Sicherstellung

**50 Millionen Euro jährlich für
ländliche Krankenhäuser**

120 Krankenhäuser erhalten ab 2020 Sicherstellungszuschläge. Auf eine entsprechende Liste mit Standorten haben sich die gesetzlichen und privaten Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) geeinigt. Jeweils 400.000 Euro bekommen Kliniken, die wegen geringen Versorgungsbedarfs in ihrem Einzugsgebiet nicht wirtschaftlich betrieben werden können, aber für die flächendeckende Versorgung benötigt werden. Gefördert werden Krankenhäuser der Grundversorgung, die eine Fachabteilung für Innere Medizin und für Chirurgie vorhalten, und Kliniken mit Geburtshilfe. Die Standorte werden jährlich anhand der Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses ermittelt. Ein Defizit müssen die Häuser nicht nachweisen. Die Regelung geht auf das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) zurück.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

DREI FRAGEN AN ...

... Dr. Gerald Gaß,
Präsident der Deutschen
Krankenhausgesellschaft (DKG)



Foto: T.Völlmer

Kliniken am Bedarf ausrichten

**Wie wirkt sich die Tendenz zur ambulanten
Behandlung auf die stationäre Versorgung aus?**

Die Entwicklung wird sich fortsetzen. Ohne die ambulant-stationäre Sektorengrenze wäre sie heute sogar schon deutlicher spürbar. Den Patienten kommt dabei zugute, dass sie die hohe Qualität der Kliniken auch bei ambulanten Leistungen erhalten und entsprechende Versorgungslücken geschlossen werden können.

**Unter welchen Bedingungen würden Sie dem
Abbau von Klinikkapazitäten zustimmen?**

Die Entwicklung im Krankenhausbereich muss gemeinsam von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. Wir sind bereit, uns bei der Anpassung der Versorgungslandschaft in den Regionen konstruktiv einzubringen. Dafür muss aber die Politik der Strukturbereinigung durch überzogene Regulierung und MDK-Prüfung ein Ende haben.

**Nach welchen Kriterien sollte über den Erhalt von
Krankenhausstandorten entschieden werden?**

Hauptkriterien sind der Bedarf und der Patientennutzen. Wir sollten die dogmatischen Debatten beenden und schauen, was die Menschen wirklich brauchen. Die Sicherstellungszuschläge für 120 bedarfsnotwendige Kliniken in ländlichen Regionen sind ein gutes Zeichen.

Gleichwertige Lebensverhältnisse

Dichte Infrastruktur bei Kliniken

Bundesbürger fahren durchschnittlich 16 Autominuten zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung. Das geht aus dem „Deutschlandatlas“ der Kommission für gleichwertige Lebensverhältnisse der Bundesregierung hervor, der Mitte Juli veröffentlicht wurde. 78 Prozent der Deutschen brauchen demnach sogar nur 15 Minuten, weitere 14 Prozent 20 Minuten. Zum nächsten Schwerpunkt- beziehungsweise Maximalversorger fährt man per PKW bundesweit 33 Minuten. Am schnellsten geht es in Berlin (16 Minuten), am längsten dauert es in Brandenburg (43 Minuten). Auch die Flugrettung ist nahezu flächendeckend verfügbar: Binnen 15 Minuten werden 97 bis 100 Prozent der Bevölkerung erreicht. Nach der Sommerpause berät die Kommission mit Ländern und Kommunen, wie die Angleichung der Lebensverhältnisse weiter vorangetrieben werden kann.

>> www.heimat.bund.de

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Auswertungsergebnisse bestätigt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Ergebnisse seines ersten Berichts zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bestätigt: Infolge der Datenerhebung in Bezug auf elf Indikatoren aus den Bereichen Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mammachirurgie erhielten

im Herbst letzten Jahres 73 von 1.084 Kliniken das Prädikat „unzureichende Qualität“. Die Veröffentlichung hatte kontroverse Diskussionen ausgelöst. Krankenhäuser und Landesbehörden forderten daraufhin den GBA auf, die Ergebnisse überprüfen zu lassen. Dabei hat sich die fachliche Einstufung als qualitativ „unzureichend“ in allen 73 Einzelfällen bestätigt.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Berliner Gesundheitspreis

Medizinisches Wissen für alle

Der Patientenbrief der Online-Plattform „Was hab' ich?“ hat beim diesjährigen Berliner Gesundheitspreis den ersten Platz belegt. Der Patientenbrief ist ein allgemeinverständlicher Begleittext zum Arztbrief, den Patienten bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus bekommen. Die Informationen helfen nachweislich beim Umgang mit der eigenen Erkrankung. Künftig sollen Kliniken Patientenbriefe automatisch anhand ihrer Daten im Krankenhaus-Informationssystem erzeugen können. Auch die Medizinische Hochschule Hannover wurde in Berlin ausgezeichnet: Seit 2007 richtet sich die Uniklinik mit ihrer Reihe „Patientenuniversität“ an interessierte Laien. Der Berliner Gesundheitspreis, der hervorragende Projekte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung auszeichnet, stand dieses Jahr unter dem Motto „Gesundheit lässt sich lernen“.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

PERSONALIA

Abele wechselt zur AOK Bayern



Foto: AOK Bayern

Stephan Abele wechselt in die Führung der AOK Bayern. Der 51-jährige Diplom-Kaufmann wurde Mitte Juli zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden gewählt und wird ab Oktober 2019 die Vorstandsvorsitzende Dr. Irmgard Stippler unterstützen. Abele leitete zuletzt bei der Barmer den Bereich Marketing und Vertrieb. Er löst Hubertus Råde ab, der sich nach zehn Jahren Vorstandsarbeit bei der AOK Bayern neuen Aufgaben widmet.

Kantak führt den PKV-Verband



Foto: PKV-Verband

Dr. Ralf Kantak steht seit Juli an der Spitze des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband). Der Jurist – seit 2013 Vorstandsvorsitzender der Süddeutschen Krankenversicherung – hat im Amt den Vorstandsvorsitzenden Uwe Laue abgelöst. Laue wurde vom Hauptausschuss zum Ehrenmitglied des Verbandes ernannt.

Orlowski geht in die Beratung



Foto: Dr. Halbe RA

Dr. Ulrich Orlowski steht jetzt als Berater bei der Kanzlei Dr. Halbe Rechtsanwälte unter Vertrag. Der langjährige Leiter der Abteilung für Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium hatte im Frühjahr seinen Ruhestand angetreten. Seit Juni gehört der profilierte Experte zum Team der Kanzlei, die ihre Kunden zu Medizin- und Wirtschaftsrecht im Gesundheitswesen berät.

TERMINE

19. und 20. September in Düsseldorf
MCC-Reha-Forum 2019

26. und 27. September in Berlin
Qualitätskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)

7. und 8. Oktober in Stuttgart
15. Personalkongress der Krankenhäuser

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> **Infografiken**

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

>> Markt

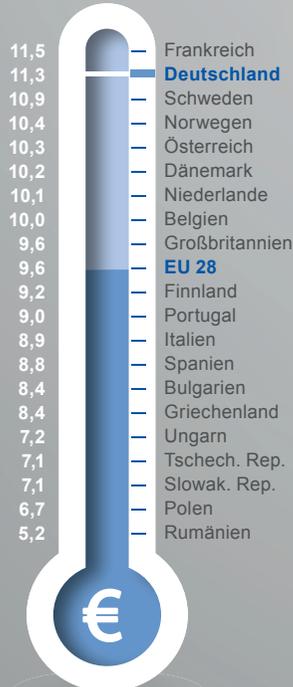
>> Personal

>> Qualität

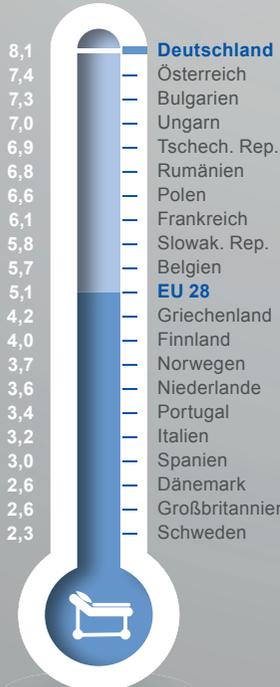
Viel Aufwand, wenig Nutzen: Deutsche Versorgungsstrukturen im Vergleich

INPUT

Gesundheitsausgaben
Anteil am BIP

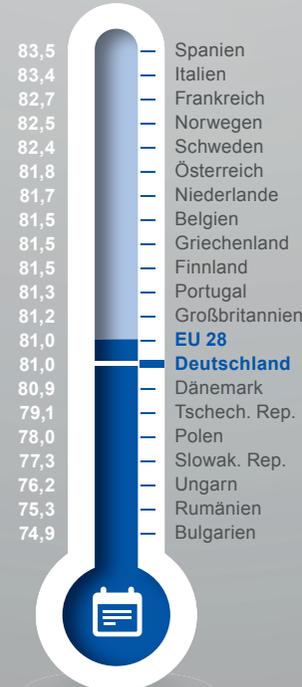


Krankenhausbetten
je 1.000 Einwohner

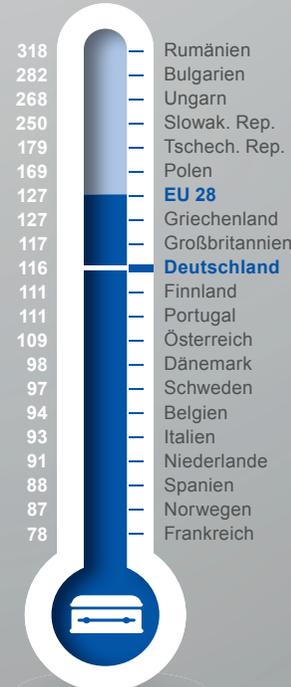


OUTCOME

Lebenserwartung
in Jahren bei der Geburt



Vermeidbare Todesfälle*
je 100.000 Einwohner



* durch medizinische Versorgung vermeidbare Todesfälle

Quelle: OECD (2018); Grafik: AOK-Bundesverband

Die OECD zweifelt an der Effizienz des Systems

Das deutsche Gesundheitssystem bietet seinen Bürgern eine umfangreiche Versorgung auf hohem Niveau, urteilt die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Viele Länder geben allerdings pro Kopf weniger Geld aus, erzielen aber bei relevanten Output-Parametern bessere Ergebnisse. Vor allem das hohe Aktivitätsniveau in der stationären Versorgung veranlasst die OECD, am wirtschaftlichen Umgang mit den Ressourcen zu zweifeln.

Bei den Gesundheitsausgaben gehört Deutschland zur Spitzengruppe: Im Jahr 2017 zahlte jeder Bürger mehr als 4.000 Euro für Gesundheit; insgesamt verschlingt der Sektor mehr als elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Kein EU-Land hat außerdem mehr Krankenhausbetten: Während Länder wie Finnland oder Dänemark ihre Kapazitäten seit dem Jahr 2000 um mehr als 40 Prozent reduziert haben, leistet sich Deutschland noch immer mehr als acht Betten pro 1.000 Einwohner. Bei der Wirksamkeit landet die Republik jedoch nur im Mittelfeld: Die Lebenserwartung lag hierzulande mit 81 Jahren knapp unter dem EU-Durchschnitt. Und viele EU-Länder sind effizienter darin, Todesfälle durch eine gute Versorgung zu verhindern.

Illustration: Stockphoto