Dr. rer. pol. Uwe K. Preusker
Dr. rer. medic. Jan Böcken
Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH

Höhere Versorgungsqualität durch mehr Konzentration und Spezialisierung

Zusammenfassung

Überkapazitäten, viele kleine Krankenhäuser mit vielfach nicht adäquater medizintechnischer und personeller Ausstattung sowie eine unzureichende Konzentration und Spezialisierung kennzeichnen die gegenwärtige vielfach als problematisch angesehene Situation der deutschen Krankenhausversorgung. Dies führt zu Defiziten in der Behandlungsqualität, einer überdurchschnittlich häufigen Akquisition von Patienten über die Notfallaufnahme sowie zur Behandlung von Patienten ohne stationäre Behandlungsbedürftigkeit (sog. „ambulant-sensitive Konditionen"), Effizienzverlusten und teilweise ruinöser Konkurrenz. Das im Rahmen des Projekts „Neuordnung der Krankenhausversorgung" der Bertelsmann Stiftung erarbeitete und in diesem Beitrag dargestellte „Zielbild für eine zukünftige Krankenhauslandschaft" zeigt Wege aus dieser Misere auf: Eine auf Qualitätsanforderungen basierende deutlich höhere Konzentration der Krankenhauslandschaft mit erheblich stärkerer Spezialisierung führt zu höherer Versorgungsqualität, ohne dass es dadurch zu einer schlechteren Erreichbarkeit käme. Dabei halten die Autoren ein Mengengerüst von deutlich unter 600 Kliniken für die effiziente Versorgung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2030 für ausreichend.

Schlüsselwörter

Krankenhausversorgung, Überkapazitäten, Ambulantisierungspotenzial, ambulant-sensitive Krankenhausfälle, Qualitätsanforderungen, Spezialisierung, Konzentration, Erreichbarkeit

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2175

Im Rahmen des Projektes „Neuordnung der Krankenhausversorgung"[1] der Bertelsmann Stiftung wurde ein Zielbild für die deutsche Krankenhauslandschaft im Jahr 2030 erarbeitet, das sich vor allem an höheren Qualitätsanforderungen orientiert, ohne dass es dadurch zu einer schlechteren Erreichbarkeit käme. Ausgangspunkt des Projekts „Neuordnung der Krankenhauslandschaft" der Bertelsmann Stiftung ist die von zahlreichen Experten des Gesundheitswesens geteilte Einschätzung, dass der Krankenhausbereich in Deutschland nach wie vor durch Überkapazitäten, besonders viele kleine Krankenhäuser sowie unzureichende Konzentration und Spezialisierung geprägt ist, die zu Defiziten in der Behandlungsqualität, einer überdurchschnittlich häufigen Akquisition von Patienten über die Notfallaufnahme sowie zur Behandlung von Patienten ohne stationäre Behandlungsbedürftigkeit (sog. „ambulant-sensitive Konditionen"), Effizienzverlusten und teilweise ruinöser Konkurrenz führen.

>> Begleitet wird diese Situation einerseits durch einen seit Jahrzehnten anhaltenden Investitionsstau aufgrund zu geringer Investitionsmittel der Bundesländer, der durch die vorhandenen Überkapazitäten naturgemäß noch verschärft wird. Denn die Verwendung von Investitionsmitteln für eigentlich nicht benötigte Krankenhäuser entzieht diese Mittel den Krankenhäusern, die tatsächlich für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung benötigt werden. Andererseits erschöpft sich die Krankenhausplanung der Länder, die eigentlich zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern führen soll, vielfach in der Fortschreibung von existierenden Krankenhausstrukturen bzw. in der Bestätigung von real bereits vollzogenen Veränderungen. Qualität als ein weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung wurde erst sehr spät in die Krankenhausgesetzgebung aufgenommen, spiegelt sich aber in der konkreten Planung so gut wie nicht wider.

Viele kleine und kleinste Krankenhäuser – häufig mit schlechter Ausstattung

Hinzu kommt, dass es in Deutschland sehr viele kleine Krankenhäuser gibt: Von allen deutschen Krankenhäusern verfügten im Jahr 2017 666 oder rund ein Drittel über maximal 100 Betten. Weitere knapp 23% verfügten über 100 bis 200 Betten (Statistisches Bundesamt 2018). Insgesamt verfügten also knapp 57% aller deutschen Krankenhäuser über weniger als 200 Betten. Diese Vielzahl an kleinsten und kleinen, zum größten Teil nicht spezialisierten Krankenhäusern trage – so wird häufig argumentiert – zu einer guten Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung insgesamt bei. 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 vielfach in solchen kleinen Krankenhäusern versorgt, die zwar gut erreichbar sind, von denen die Mehrheit – mit einem substanziellen Teil der Patienten – aber weder medizin-technisch noch personell adäquat ausgestattet sind. So verfügten 2017 34% der Plan-Krankenhäuser nicht über einen Computertomographen, und 61% nicht über eine Koronarangiographie (Basis: 1.329 allgemeine Plan-Krankenhäuser). Vor allem im Hinblick auf eine Notfallversorgung muss dies als problematisch gelten.

Die Folge der inadäquaten Ausstattung mit Personal ist, dass in diesen Krankenhäusern die Versorgung von Patienten durch Fachärzte vielfach erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung erfolgt, weil nachts und an Wochenenden im Bereitschaftsdienst im Krankenhaus nur Assistenzärzte Dienst tun, Fachärzte dagegen aus der Rufbereitschaft erst ins Krankenhaus gerufen werden müssen. Der vermeintliche Vorteil der guten Erreichbarkeit verwandelt sich so in einen gravierenden Qualitätsnachteil, der insbesondere durch eine stärkere Konzentration und Spezialisierung der Krankenhausversorgung vermieden würde.

1: Für ihre Mitwirkung im Rahmen des Projektes und bei der Erstellung des Zielbildes danken die Autoren dem 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 (bis 02.11.2018); Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Universität Magdeburg; Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics) sowie Dr. Stefan Loos, Dr. Martin Albrecht und Karsten Zich vom IGES Institut Berlin.

Dass vielfach Patienten 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 (Statistisches Bundesamt 2018).

Die dargestellten Gründe tragen zum Paradox der personellen Ausstattung in Deutschland bei: Pro Einwohner gibt es in Deutschland 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 stellt sich damit als (Spät-)Indikator eines ruinösen, letztlich die Versorgungsqualität beeinträchtigenden, vorwiegend auf ökonomischen Anreizen beruhenden Krankenhauswettbewerbs dar.

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. Dies wird im Zeitablauf deutlich: Während 2005 noch 60% (9,6 Mio.) aller stationären Patienten eingewiesen wurden, waren es 2016 nur noch 47% (8,9 Mio.). Gleichzeitig hat der Anteil der über die Notaufnahme aufgenommenen Patienten von 34% (5,4 Mio./2005) auf 45% (8,6 Mio./2016) zugenommen. Hinzu kommt, dass hier das Fallwachstum bei solchen Indikationen, die den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen zuzuordnen sind, auch im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern besonders hoch ist.

Fehlanreize im G-DRG-Vergütungssystem

Die Überkapazitäten im Krankenhausbereich werden nicht abgebaut, sondern stattdessen vielfach mit leichten oder gar nicht stationär behandlungsbedürftigen Fällen belegt. Das ist auch auf Fehlanreize im gegenwärtigen G-DRG-Vergütungssystem zurückzuführen. So ist unbestritten, dass das Vergütungssystem erhebliche Anreize zur Fallzahl-Ausweitung ebenso wie zum Fall-Splitting und zur Durchführung nicht indizierter Prozeduren beinhaltet, die – trotz vielfacher Detail-Reformen – immer noch nicht vollständig ausgeräumt worden sind. Deutlich wird dies u.a. an der hohen Zahl von Stunden- und Tagesfällen (in 2016 knapp 700.000 Fälle). Gleichzeitig stellt die – gemessen an Durchschnittskosten – überproportionale Gewinn-Aussicht bei bestimmten Leistungen im gegenwärtigen DRG-System – so etwa bei technisch-apparativen Verfahren und in der Gelenkersatz- und Rückenchirurgie – einen klaren Anreiz zur Gründung von „Pseudo-Zentren" in dafür eigentlich qualitativ und ausstattungsmäßig nicht geeigneten Krankenhäusern dar. Krankenhausträger reagieren mit solchen Maßnahmen immer wieder auf finanzielle Schieflagen von – vor allem kleineren – Kliniken, um auf diese Weise deren Schließung zu vermeiden. Grundsätzlich führt das fallpauschalierende DRG-System, das mit weitgehend klinikunabhängigen und vom einzelnen Krankenhaus nur sehr begrenzt beeinflussbaren Durchschnittspreisen arbeitet, dazu, 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.

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

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

Hohes Ambulantisierungspotenzial

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 könnte. Busse und Berger zeigen im Krankenhausreport 2018 (Berger/Busse 2018), dass es sich hierbei in ausgewählten Indikationsbereichen um bis zu 35% aller Krankenhausfälle handelt. Insgesamt sind das rund 5 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 der deutschen Allgemeinkrankenhäuser.

Zu ähnlichen Ergebnissen im Hinblick auf den Umfang des ambulanten Potenzials (ambulant behandelbare Fälle) führt der methodische Ansatz der „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle" (ASK). Sundmacher et. al. (Sundmacher/Schüttig/Faist 2015) haben hierzu eine Liste relevanter ambulant-sensitiver Krankheitszustände veröffentlicht, die im Rahmen einer Delphi-Studie von Ärzten in Deutschland konsentiert wurden. Die entsprechenden Krankheitszustände gliedern sich in 40 Diagnosegruppen, von denen 22 eine Kernauswahl bilden, die 90% der mit den 40 Gruppen erfassten Krankenhausfälle abdecken und für die im Rahmen der Studie eine Vermeidbarkeit von über 85% geschätzt wurde. Betrachtet man den Anteil der vermeidbaren ASK für die 14 fallzahlstärksten Hauptdiagnosen im Jahr 2016, ergibt sich hier ein Anteil der vermeidbaren Fälle (ASK) im Umfang von knapp 38%. Insgesamt ergibt die Anwendung des ASK-Ansatzes rund 4 Millionen vermeidbare Krankenhausfälle.

Große Qualitätsunterschiede

Hinzu kommt, dass es in Deutschland derzeit auch bei unumstritten stationär zu behandelnden Fällen große Qualitätsunterschiede in Abhängigkeit von der jeweils behandelten Fallzahl gibt (Volume-Outcome-Zusammenhang), wie neuere Untersuchungen deutlich zeigen (vor allem Nimptsch/Mansky 2017). Dort wurde für einen Großteil der untersuchten Behandlungsarten ein deutlicher Zusammenhang zwischen der jährlichen Fallzahl des behandelnden Krankenhauses und der Krankenhaussterblichkeit beobachtet. Zusätzlich ergaben die Berechnungen von Nimptsch und Mansky, dass Zentralisierungsmaßnahmen zur Qualitätsverbesserung und insbesondere 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 zusätzlich zur Krankenhaussterblichkeit auch für die Häufigkeit von Re-Operationen bei einer Reihe von Behandlungsarten nachgewiesen werden kann (Pross/Busse/Geissler 2017). Insgesamt zeigt sich hier, dass eine deutlich stärkere Konzentration

und Spezialisierung der deutschen Krankenhauslandschaft zu einer erheblichen Verbesserung der Qualität der stationären Versorgung führt – 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 Phase des Projekts diente der Entwicklung eines Zielbildes für die als sinnvoll und wünschenswert erachteten Veränderungen der deutschen Krankenhausstrukturen. Dabei sollten sowohl international wie auch national diskutierte Anforderungen und Modellansätze für eine bedarfsgerechte sowie ressourceneffiziente Krankenhausstruktur identifiziert und strukturiert werden. Im Fokus standen dabei vor dem Hintergrund der oben dargestellten 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 dabei 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 Mio. Fällen (Stand 2017/Statistisches Bundesamt 2018). Die Überlegungen zum Zielbild gehen von einer vollständigen Berücksichtigung des genannten Ambulantisierungspotenzials, dem Ausschluss nicht indizierter Prozeduren und Fälle sowie einer systematischen Berücksichtigung qualitativer Kriterien aus. Eine weitere Rahmenbedingung ist, dass nach einem solchen Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft in jeder Region eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche (24/7) vorhanden ist.

Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft

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 gegenwärtigen G-DRG-Vergütungssystem führen wie gezeigt zur Behandlung eines nennenswerten Anteils von Patienten in Krankenhäusern, obwohl diese Patienten keiner stationären Behandlung bedürfen. Fehlende Konzentration und Spezialisierung führen darüber hinaus unter anderem zu mangelnder technischer Ausstattung und geringer Personalbesetzung pro Fall bzw. Bettentag. Dies alles hat erhebliche Qualitätseinbußen zur Folge, die durch Kapazitätsabbau, Konzentration sowie Spezialisierung der Versorgung hin zu weniger, aber deutlich größeren Krankenhäusern bzw. Standorten beseitigt werden kann. Diese Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung" sind dann aber in der Lage, die heute erforderliche medizinische Behandlungsqualität auch in Notfällen in der Breite der dort vertretenen Fachabteilungen mit einer adäquaten medizinisch-technischen Ausstattung und 24/7-Personalbesetzung auch bei Fachärzten zu gewährleisten.

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

Dabei halten wir als Mengengerüst für die effiziente Versorgung der Bevölkerung in Deutschland (Ende 2017 hatte Deutschland rund 82,7 Millionen Einwohner) rund 360 Versorgungskrankenhäuser (neue Regelversorgung sowie Spezialversorgung) und rund 50 Maximalversorger für ausreichend, wie im Zielbild-Szenario dargestellt (siehe Tabelle „Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft: Ausgangssituation und Zielbild-Szenario"). Jedes dieser insgesamt 410 Krankenhäuser hat damit im Rahmen der Regelversorgung rund 200.000 Einwohner zu versorgen[2]; im Rahmen der Maximalversorgung ist jeweils ein Maximalversorger für rund 1,65 Millionen Einwohner zuständig. Insbesondere die „Neue Regelversorgung" wird dabei von Krankenhäusern erbracht, die deutlich größer und personell sowie qualitativ besser ausgestattet sind als das heutige normale deutsche Kreiskrankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Deutlich wird dies insbesondere anhand der weiter unten dargestellten Qualitätsanforderungen.

Dabei werden nicht zwingend alle ambulantisierbaren Fälle in der bisherigen Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung versorgt werden müssen und können. Hierfür ist – insbesondere bei ambulantisierbaren Operationen – vielmehr an die Etablierung von ambulanten Operationszentren an den zukünftigen Krankenhäusern der „Neuen Regelversorgung" zu denken. Ähnliches gilt für die Umwandlung von kleinen, nicht mehr als Akutkrankenhäuser fungierenden bisherigen allgemeinen Krankenhäusern in multidisziplinär arbeitenden „Intermediäre/integrierte Behandlungs- und Versorgungszentren". Sie könnten z.B. die Funktionen bisheriger Medizinischer Versorgungszentren und ambulanter OP-Zentren zusammenfassen und darüber hinaus auch die poststationäre Versorgung sowie Beobachtung bei Verdacht auf stationäre Behandlungsbedürftigkeit übernehmen. Zusätzlich sollte die Möglichkeit der hochspezialisierten ambulanten Behandlung an Krankenhäusern deutlich vereinfacht und erweitert werden.

Qualitative und strukturelle Anforderungen an die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft

In einer zukunftsfähigen Krankenhauslandschaft müssen einige zentrale qualitative Kriterien erfüllt sein. Diese Kriterien 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, für die eine Behandlung in Krankenhäusern erforderlich ist. Gleichzeitig ist die dafür erforderliche Ausstattung der Krankenhäuser von zentraler Bedeutung, so etwa medizintechnische Geräte zur umfassenden Diagnostik. Beim (ischämischen) Schlaganfall ist darüber hinaus die Existenz einer Stroke Unit zur effektiven Behandlung entweder mit der Thrombolyse oder in dafür geeigneten Fällen mit der Thrombektomie erforderlich. Beim Herzinfarkt ist heute die primäre perkutane Koronarintervention (PCI) die Be-

handlung der Wahl. Hierfür ist ebenfalls zusätzlich zur umfassenden diagnostischen Ausstattung mit entsprechenden bildgebenden Verfahren ein Herzkatheterlabor erforderlich.

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

Das Konzept der Mindestmengen baut dabei 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 zwischen der Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolges und der routinierten Leistungserbringung der am Behandlungsprozess maßgeblich beteiligten Akteure gibt. Mindestmengen sind heute in der internationalen wissenschaftlichen Literatur für eine ganze Reihe von medizinischen 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 Mindestmengen orientierte Nutzung dieses Qualitätsinstrumentes wird zu einer deutlich verbesserten qualitativen Versorgung in den betroffenen Indikationen führen, setzt jedoch auch eine entsprechende Konzentration der betroffenen Leistungen an deutlich weniger Krankenhäusern voraus.

Die Erfüllung der hier genannten qualitativen Kriterien schließt die Versorgung in (kleinen) Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, die typischerweise nur mit den Abteilungen Innere, Chirurgie und zum Teil Geburtshilfe ausgestattet sind, für die Zukunft aus, weil in solchen meist kleinen Krankenhäusern weder die Akutversorgung von Herzinfarkten und Schlaganfällen noch die Einhaltung von Mindestmengen gewährleistet werden kann. Hinzu kommt, dass bei Wegfall von „echten Krankenhausfällen" (wie Herzinfarkt oder Schlaganfall) bei den gegenwärtig in Deutschland geltenden Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung die Gefahr sehr groß ist, dass kleine Häuser ihre Betten mit Fällen füllen, die dem ambulanten Potential zugerechnet werden müssen – eine Verhaltensweise, die bereits unter den heute gegebenen Bedingungen an vielen Orten zu erkennen ist.

Darüber hinaus sollten die zukünftig an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser eine Reihe struktureller Voraussetzungen erfüllen:

- Erreichbarkeit für Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung" für die jeweils zu versorgende Bevölkerung: im Regelfall max. 30 Minuten[3]
- Erreichbarkeit für Maximalversorger: max. 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 insbesondere 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.) und der Stunden- und Tagesfälle (rund 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, denn eine Reihe weiterer Reduktionsmöglichkeiten der Fallzahl sind hierbei nicht berücksichtigt (so etwa 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 Fallzahl von 14 Millionen ergibt sich eine durchschnittliche Fallzahl für Versorgungskrankenhäuser von rund 30.000/Jahr und eine durchschnittliche Fallzahl für Maximalversorger von knapp über 60.000 Fälle/Jahr. Eine solche Größenordnung garantiert für alle Versorgungsstufen – wie oben bereits dargelegt – auch die erforderliche Personalausstattung, um die aus Qualitätsgesichtspunkten insbesondere für die Notfallversorgung notwendige Rund-um-die-Uhr-Besetzung mit Fachärzten in den für Notfälle zentralen Bereichen zu gewährleisten, da derzeitiges klinisches Personal aller Krankenhäuser erhalten bleibt und ebenfalls konzentriert wird. Gleichzeitig ermöglichen die auf diese Weise erreichbaren Fallzahlen zusätzlich zu guter medizinischer Qualität – u.a. durch die Erfüllung von Mindestmengen-Anforderungen – auch die Möglichkeit einer nachhaltigen ökonomischen Betriebsführung.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Mengengerüst der Ausgangssituation sowie des Zielbild-Szenarios.

Internationaler Vergleich

Dass das deutsche Krankenhaussystem über erhebliche Überkapazitäten verfügt, wird im Übrigen auch durch den Vergleich mit dem europäischen Durchschnitt gestützt: Gegenüber dem EU-15-Durchschnitt verfügt Deutschland über 65% mehr Betten. Diese drastischen Überkapazitäten gehen gegenüber dem EU-15-Durchschnitt mit 50% mehr Fällen und 70% mehr Bettentagen pro Einwohner in Deutschland einher. Der in diesem Zielbild-Szenario dargestellte Kapazitätsabbau würde bedeuten, dass Deutschland im Jahr 2030 dem europäischen Durchschnitt 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 haben würde. Um welchen Umfang der heutigen deutschen Krankenhausfälle es sich dabei handelt, lässt

---

2: Hierbei wird angenommen, dass der tatsächliche Einzugsbereich zwischen 150.000 und 250.000 liegt. 150.000 dürfte die absolut untere Grenze für ein Einzugsgebiet darstellen. In solch einem Gebiet gibt es bei durchschnittlicher Bevölkerungsstruktur ca. 4 Geburten und je 1 Patienten mit akutem Herzinfarkt sowie Schlaganfall (jeweils pro Tag). Bei noch weniger Fällen wäre die angestrebte 24/7-Versorgung und das Vorhalten der personellen und technischen Ausstattung wirtschaftlich nicht zu rechtfertigen.

3: In wirklich ländlichen Kreisen mit Einwohnerdichten <75 Einwohnern/qkm – derzeit 28 Kreise in 8 Bundesländern – wird eine Erreichbarkeit von max. 30 Minuten kaum möglich sein, 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 Besetzung mit Fachärzten mit 24/7-Anwesenheit gewährleistet, wodurch sich die „Netto"-Zugangszeit bis zur fachärztlichen Versorgung trotzdem verringert und damit die Versorgungsqualität deutlich verbessert. Hinzu kommt, dass bei der Prüfung der Erreichbarkeit immer auch die Möglichkeit einer Versorgung in Nachbarkreisen berücksichtigt werden muss.

Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft: Ausgangssituation und Zielbild-Szenario		
	Deutschland heute	**Zielbild-Szenario 2030**
Krankenhausfälle	19,5 Mio.	14,0 Mio.
Krankenhausfälle/100 Einwohner	24	17 (-30%)
Verweildauer (Tage)	7,3	6,0 (-20%)
Bettentage/Einwohner	1,7	1,0 (-40%)
Resultierende Betten bei ca. 80% Auslastung	480.000 (de facto >490.000)	285.000
Betten/Versorgungskrankenhaus	<300 (über alle KH)	610 (360 KH)
Betten/Maximalversorger		1.300 (50 KH)
Fälle/Versorgungskrankenhaus	<12.000 (über alle KH)	30.000
Fälle/Maximalversorger		64.000

Tab. 1: Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft: Ausgangssituation und Zielbild-Szenario.

sich ebenfalls an internationalen Vergleichen darstellen, insbesondere am Vergleich auf europäischer Ebene (EU15). Dieser zeigt, dass geringere Krankenhaushäufigkeiten 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 – gemessen vor allem an Effizienz und Verweildauer – besten europäischen Nationen (insbesondere Dänemark) würde sich ein gegenüber dem oben dargestellten Zielbild-Szenario nochmals radikaleres Szenario ergeben, in dem für dann rund 10 Millionen Krankenhausfälle jährlich vielleicht noch 300 Versorgungskrankenhäuser mit jeweils rund 500 Betten und 45 Maximalversorger mit jeweils rund 1.100 Betten erforderlich wären. Wie insbesondere das Beispiel Dänemark zeigt, kann eine solche radikale Verringerung der stationären Krankenhauskapazitäten bei gleichzeitiger Spezialisierung und Konzentration zu einer nachweisbaren Verbesserung der stationären Behandlungsqualität führen. <<

Literatur

Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser 2017: Wiesbaden
Berger, E./Busse, R. (2018): Vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot? In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2018. Stuttgart: Schattauer. S. 149-170.
Sundmacher, L./Schüttig, W./Faisst, C. (2015): Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Versorgungsatlas.de. Bericht Nr. 15/18.
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:e016184. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016184
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

Better Quality of Care by increased Concentration and Specialization

Overcapacity, many small hospitals with often non-adequate medical-technical equipment and staff as well as insufficient concentration and specialization characterize the often as problematic considered actual situation of inpatient care in Germany. That leads to deficits in the quality of care, to increased acquisition of inpatients trough emergency departments as well as to inpatient treatment without real need ("ambulant-sensitive conditions"), to loss of efficiency and partly cut-throat competition. The "Target Image for Future Inpatient Care", developed as part of the Bertelsmann Stiftung project "Reorganization of Hospital Care" and described in this article, shows ways out of this calamity. A much higher concentration of inpatient care, oriented on quality requirements and accompanied by much higher specialization leads to much higher quality of care without deterioration of accessibility. For the year 2030 the authors consider a quantity of well under 600 hospitals to be sufficient.

Keywords

Inpatient care, overcapacity, potential for outpatient treatment, ambulant-sensitive conditions, quality requirements, specialization, concentration, accessibility

Autorenerklärung

Jan Böcken ist Mitarbeiter der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh und war auf Seiten der Stiftung verantwortlich für die Erstellung des in diesem Beitrag skizzierten Zielbilds zur Neuordnung der deutschen Krankenhauslandschaft. Uwe Preusker und Reinhard Busse waren auf Honorarbasis zentraler Bestandteil des Kernteams dieser Ausarbeitungen. Das Projekt wurde ausschließlich aus Mitteln der Bertelsmann Stiftung realisiert.

Zitationshinweis

Preusker, U., Böcken, J., Busse, R.: „Höhere Versorgungsqualität durch mehr Konzentration und Spezialisierung", in: „Monitor Versorgungsforschung" (05/19), S. 62-67, doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2175

Dr. rer. pol. Uwe K. Preusker
ist Sozial- und Gesundheitswissenschaftler mit langjähriger Erfahrung in verschiedenen Management- und Leitungspositionen in Deutschland und Finnland. Seit zwei Jahrzehnten ist er europaweit als strategischer Berater und Publizist im Gesundheitsbereich tätig. Zusätzlich lehrte er an verschiedenen europäischen Hochschulen in den Spezialgebieten „nordeuropäische Gesundheitssysteme" und „Krankenhausmanagement". Kontakt: uwe.preusker@kolumbus.fi



Dr. rer. medic. Jan Böcken
ist als Senior Project Manager bei der Bertelsmann Stiftung tätig. Er ist Betriebswirt und Politikwissenschaftler. 2009 promovierte er am Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke.

Kontakt: jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de



Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH
ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Er ist gleichzeitig Co-Director des European Observatory on Health Systems and Policies und Fakultätsmitglied der Charité. Er hat in Marburg, Boston und London Medizin sowie in Hannover Public Health studiert und habilitierte sich 1999 für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Kontakt: rbusse@tu-berlin.de

