

# 1 Eine Topografie der Krankenhauslandschaft

## 1.1 Dauerbaustelle Krankenhaus – Fünf Reformentwicklungen im Bereich der stationären Versorgung

*Sophie Dannenfeld*

Der große Reformwurf ist in einem Politikfeld, das Norbert Blüm einst mit einem »Wasserballott im Haifischbecken« verglich, nicht zu erwarten. Vielmehr weist die Fülle an größeren und kleinen Reformen darauf hin, dass die Akteure des Gesundheitswesens auf einer »permanennten Reformbaustelle« (Knieps 2017, S. 12) arbeiten, auf der sie kontinuierlich Löcher stopfen und flicken, an schon vorhandenen Regularien schrauben sowie überholte Strukturen prüfen. Die Baumannschaft besteht aus staatlichen Akteuren, Individualakteuren, Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie aus »freien« Organisationen und Institutionen (Gerlinger und Noweski 2012). Auch in der 19. Legislaturperiode wird auf der Reformbaustelle aller Voraussicht nach wieder vollbesetzt und im 24/7-Takt Hand angelegt.

Als Einstieg in den Sammelband *Krankenhauslandschaft in Deutschland* gibt dieses Kapitel einen Überblick über bisherige Reformbemühungen in der stationären Versorgung, denn spätestens seit den 1970er Jahren ist der Krankenhausbereich Gegenstand zahlreicher Gesetzesvorhaben geworden. Die Intention dieses Beitrags ist es nicht, eine detaillierte Abhandlung über alle bisherigen Reformen zu verfassen. Vielmehr werden fünf Entwicklungen skizziert, die die stationäre Versorgung (bis) heute im Kern prägen und in den nachfolgenden Kapiteln von Experten aus Wissenschaft und Praxis im Detail aufgegriffen werden.

### 1.1.1 Die Finanzierung der Bereithaltung von Krankenhäusern als öffentliche Aufgabe

Im Jahr 1972 wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) der Pfad eingeschlagen, dem die Finanzierung der Krankenhäuser bis heute folgt. Ausgelöst durch Debatten um eine unzureichende Finanzausstattung wurde im KHG erstmals festgeschrieben, dass die Finanzierung der Bereithaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe darstellt. Seit Anfang der 1970er Jahre ist – neben den

Krankenkassen, die die laufenden Betriebskosten eines Krankenhauses zu tragen haben – der Staat für die Finanzierung der Investitionen zuständig<sup>1</sup>. Die Voraussetzung, diese staatlichen Gelder zur Investition (z. B. Neubau, Umbau oder Erstausstattung) zu erhalten, wurde an die Aufnahme in den jeweiligen Landeskrankenhausplan geknüpft. Das KHG übertrug den Ländern die Aufgabe, diese Krankenhauspläne zu entwickeln und zukünftig fortzuschreiben. Abbildung 1.1 zeigt, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung mit der Zeit immer weniger nachkommen. Laut aktuellem Krankenhaus Rating Report 2017 belief sich der Investitionsbedarf im Jahr 2015 (ohne Universitätskliniken) auf mindestens 5,4 Milliarden Euro. Über die exakte Höhe des Investitionsbedarfs herrscht unter Experten keine einheitliche Meinung. Fest steht jedoch allemal, dass den Krankenhäusern von staatlicher Seite immer weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um ihre Investitionskosten zu bestreiten. Krankenhäuser stehen daher zunehmend unter finanziellem Druck und sind infolgedessen immer stärker auf Mittel der Krankenkassen angewiesen, um die fehlenden Investitionskosten auszugleichen. Neben der Entwicklung der Investitionsquoten weist die Abbildung (► Abb. 1.1) daher die Entwicklung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen seit Anfang der 1990er Jahre aus.

Insbesondere die Kostenträger, aber auch andere Experten fordern seit Jahren die Abkehr von der dualen Finanzierung (SVR 2007, S. 57 f.). Doch nicht nur der gescheiterte Versuch der rot-grünen Bundesregierung<sup>2</sup> im Jahr 2000, die Krankenhausfinanzierung schrittweise auf eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen umzustellen zeigt, wie schwierig das Verlassen eines eingeschlagenen Pfades sein kann. Weitere Meilensteine der Krankenhausfinanzierung stellen neben der gesetzlich geregelten Einbindung des Staates die Einführung der Selbstkostendeckung und später des DRG-Fallpauschalsystems dar. Im nächsten Abschnitt werden diese beiden Vergütungssysteme sowie die aktuelle Diskussion um Fehlanreize im stationären Sektor näher skizziert.

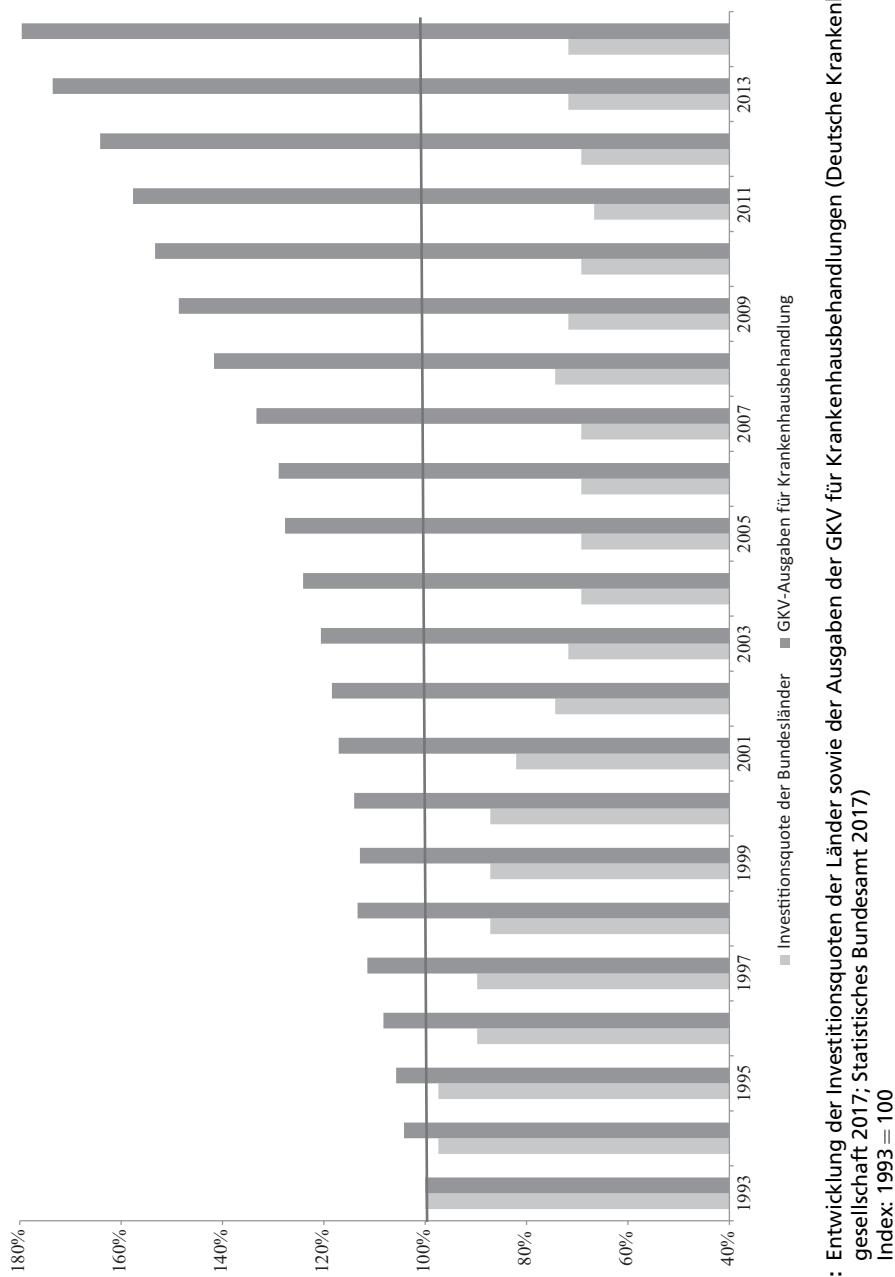
### **1.1.2 Vom Selbstkostendeckungsprinzip zum pauschalierten Vergütungssystem**

Das KHG führte im Jahr 1972 das Selbstkostendeckungsprinzip im Krankenhausbereich ein. Die Krankenhäuser erhielten, sofern sie als bedarfsnotwendig im Krankenhausplan aufgenommen waren, einen gesetzlichen Anspruch auf die volle Erstattung aller Kosten, die bei einem sparsamen Betrieb anfallen. Die Vergütung der Krankenhäuser bemaß sich fortan an der Anzahl der Tage, an denen Patienten stationär im Krankenhaus behandelt wurden (tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesätze). In den folgenden Jahren stiegen die Kosten der stationären Versorgung in einem Maße, dass der Gesetzgeber alsbald weitere

---

1 Bis 1984 wurde die Krankenhausfinanzierung außerdem durch den Bund getragen (tripartistische Finanzierung).

2 Entwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000 (GKVRef2000)



**Abb. 1.1:** Entwicklung der Investitionsquoten der Länder sowie der Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2017; Statistisches Bundesamt 2017)  
Index: 1993 = 100

Reformen veranlasste. Im Jahr 1986 wurde die prospektive Selbstkostendeckung eingeführt, um den kostensteigernden Mechanismen entgegenzuwirken. Die Kostenträger verhandelten die Betriebskosten mit den Krankenhäusern von nun an im Vorhinein. Gleichzeitig wurde das flexible Budget eingeführt, sodass Krankenhäuser erstmals sowohl Gewinne erwirtschaften, als auch Verluste einfahren konnten (Gerlinger 2012).

Das GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) setzte im Jahr 1993 die schrittweise Ablösung des Selbstkostenprinzips fort. Mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten für einige Leistungen der stationären Versorgung setzte die Politik erstmals nicht mehr allein auf rein kostendämpfende Maßnahmen, sondern auf Regelungen, die die Grundlage der Vergütungssystematik verändern sollten – weg von der Erstattung aller tatsächlich entstandenen Kosten hin zu einer Vergütung von Leistungen auf Grundlage medizinischer Diagnosen, Operationen und Prozeduren. Einen weiteren Schritt in Richtung diagnosebezogener Fallpauschalen ging die rot-grüne Bundesregierung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, in dem die Einführung eines »durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems« (§ 17 Abs. 1 KHG) für die Abrechnung von Krankenhausleistungen beschlossen wurde<sup>3</sup>. Das Fallpauschalengesetz (FPG) führte die DRGs nach australischem Vorbild ab 2003 schließlich ein – zunächst mit einer budgetneutralen Phase von zwei Jahren und anschließend mit einer mehrjährigen Konvergenzphase. In ihrer Gesamtheit betrachtet, führten die gesetzgeberischen Maßnahmen einen ordnungs- und strukturpolitischen Wandel herbei. Bis zum GKVRefG2000 existierten Krankenhäuser in einer nahezu wettbewerbsfreien Umwelt. Dies wurde durch die Einführung der Fallpauschalen grundlegend geändert. Ein zentraler Zielparameter der Reformen war die weitere Verkürzung der Verweildauern. Die folgende Abbildung (► Abb. 1.2) zentraler Krankenhausindikatoren legt den Schluss nahe, dass dieses Ziel positiv erreicht wurde (SVR 2007).

Neben der kontinuierlichen Absenkung der Verweildauer weist die Abbildung 1.2 einen Anstieg der Fallzahlen aus. Es wäre zu kurz gegriffen, diesen Anstieg seit 2005 allein auf die Umstellung des Vergütungssystems zurückzuführen. Andere Faktoren, wie der medizinische Fortschritt und der demografische Wandel, spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle. Allerdings bietet das Vergütungssystem umstritten Anreize für die Krankenhäuser, ihr Kodier- und Abrechnungsverhalten zu ändern, sodass in Konsequenz die Fallzahlen steigen (Schelhase 2017, S. 319). Das Fallpauschalensystem wurde als ein lernendes System eingeführt und steht kontinuierlich auf dem Prüfstand. Dabei wird immer deutlicher: Für die Angestellten im Krankenhaus hat die Systemumstellung deutliche Folgen. Der nächste Abschnitt nimmt daher das Krankenhauspersonal und die gesetzlichen Änderungen der letzten Jahre näher in den Blick.

---

3 Mit Ausnahme der Fachgebiete Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie



**Abb. 1.2: Zentrale Indikatoren des Krankenhausbereichs (Stand 2017) (Statistisches Bundesamt 2017)**

### **1.1.3 Die Personalsituation in den Krankenhäusern – Ein »Mega-Thema« der aktuellen Legislaturperiode**

Im Jahr 2015 arbeiteten 5,3 Mio. Menschen im deutschen Gesundheitswesen, wovon 1,1 Mio. in einem Krankenhaus tätig waren (Statistisches Bundesamt 2015). Insgesamt verringerte sich die Anzahl des Krankenhauspersonals im Vergleich zum Jahr 1991 um knapp 0,9 %. Auf den ersten Blick keine besonders auffällige oder beunruhigende Entwicklung. Differenziert nach Berufsgruppen und unter Berücksichtigung weiterer Krankenhausindikatoren wird jedoch schnell deutlich: Die Arbeit im Krankenhaus hat sich insbesondere für das pflegerische Personal verdichtet. Während die Anzahl der Vollkräfte beim Ärztlichen Dienst um gut 62 % zunahm, sank die Anzahl im nicht-ärztlichen Dienst (und hier insbesondere das Pflegepersonal) verglichen mit 1991 um knapp 8,5 %. Parallel steigt seit Jahren die Zahl der Krankenhausfälle, was im Ergebnis bedeutet, dass der einzelne Gesundheits- und Krankenpfleger immer mehr Fälle im Jahr zu versorgen hat (► Abb. 1.2).

Dies bleibt nicht ohne Folgen für die Beschäftigten: Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen weisen die Gesundheits- und Krankenpfleger überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten aufgrund physischer und psychischer Erkrankungen aus (Kliner et al. 2017, S. 23 ff.). Knapp 8 % der Arbeitnehmer in der Kranken- und Gesundheitspflege gehen aktuell nicht davon aus, dass sie ihre Arbeit bis zum gesetzlichen Renteneintritt ausüben können, da sie sich sowohl körperlich als auch psychisch (sehr) stark durch die Arbeit beeinträchtigt fühlen (Kliner et al. 2017, S. 10). Diese wahrgenommene Gefährdung spiegelt sich in den tatsächlichen AU-Zahlen wider. Mit steigendem Alter steigt die Gefahr der Arbeitsunfähigkeit überdurchschnittlich im Vergleich zu anderen Berufsgruppen an (Kliner et al. 2017, S. 31) (► Abb. 1.3).

Um eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen, wird eine gute Pflege und gesundes sowie leistungsfähiges Personal benötigt. Die Politik hat in den letzten Jahren daher einige gesetzliche Reformen für die Pflege angestoßen, die die Tabelle 1.1 zusammenfasst (► Tab. 1.1).

Aktuell sind die Partner der Selbstverwaltung angehalten, über verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen zu verhandeln. Ein nahezu unmögliches Unterfangen, da zunächst zu klären ist: Was ist ein pflegesensitiver Bereich, wie genau sollen die Vorgaben aussehen und wie werden die Grenzwerte festgelegt? Kommt bis zum 30. Juni 2018 keine Einigung zustande, wird das Bundesministerium für Gesundheit eine Grenze festsetzen. Obwohl das Thema Personalmangel in der Pflege im letzten Wahlkampf erst gegen Ende politisch thematisiert wurde, prognostizierte Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) beim 13. Gesundheitswirtschaftskongress, dass »die Personalfrage im Gesundheitswesen das Mega-Thema der 19. Legislaturperiode« wird (Ärzte Zeitung online 2017). Denn der Druck lässt nicht nach: Erstmals in der deutschen Geschichte wurde im Oktober 2017 in einem katholischen Krankenhaus ein Warnstreik der Pflegenden begonnen (Zeit Online 11. Oktober 2017). Die Diskussion um die Personalsituation in Krankenhäusern ist immer auch eng mit der

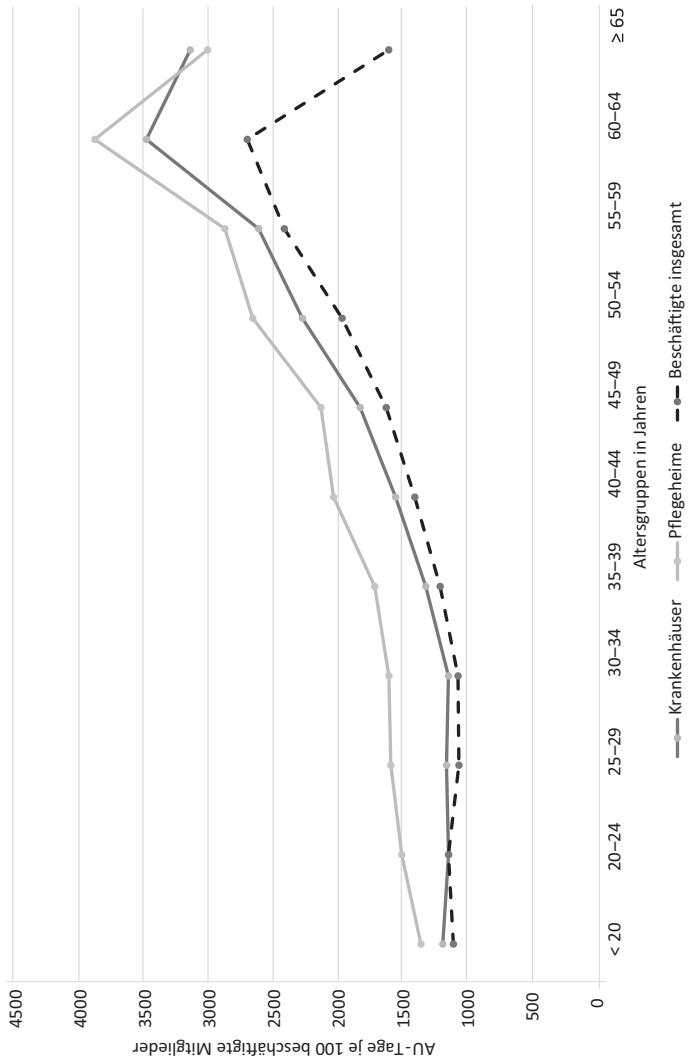


Abb. 1.3: AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Altersgruppen (2015)

**Tab. 1.1:** Gesetzliche Neuregelungen für die Pflege

<b>2009</b>	<b>Krankenhausfinanzierungsreformgesetz</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pflegestellen-Förderprogramm I (2009–2011)</li></ul>
<b>2016</b>	<b>Krankenhausstrukturgesetz</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pflegestellen-Förderprogramm II (2016–2018)</li><li>• Pflegezuschlag (ab 2017)</li><li>• Pflegeexpertenkommission (bis Ende 2017)</li></ul>
<b>2017</b>	<b>Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (EpiModIfSG)</b>
<b>2015 bis 2017</b>	<b>Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III)</b>

Debatte um den Nachweis von Qualität verbunden. Der nächste Abschnitt widmet sich daher der wachsenden Bedeutung, die die Darstellung der medizinischen Qualität erfährt.

### **1.1.4 Qualitätsorientierung als Rezept der Zukunft in der stationären Versorgung**

In einer Untersuchung im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2012 wurden die Befragten gebeten zu priorisieren, welches von den acht zur Auswahl stehenden Kriterien für sie ausschlaggebend ist, um sich für ein Krankenhaus zu entscheiden. Der Großteil der Befragten nannte die medizinische Qualität<sup>4</sup> als entscheidend – noch vor dem Ruf eines Krankenhauses oder der Erreichbarkeit (Mansky 2012, S. 139 ff.). In über zwei Jahrzehnten wurden verschiedene Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität im stationären Sektor gesetzlich im SGB V verankert (Velasco-Garrido/Busse 2004). Die nachfolgende Tabelle vermittelt einen ersten Überblick (► Tab. 1.2).

**Tab. 1.2:** Gesetzliche Regelungen zu Qualität im SGB V

<b>1989</b>	<b>Gesundheitsreformgesetz</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Einführung der Verpflichtung zur Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren</li></ul>
<b>2000</b>	<b>GKV-Gesundheitsreform 2000</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Externe Qualitätssicherung</li></ul>

<sup>4</sup> Auswahlkriterium: »Die medizinischen Behandlungsergebnisse des Krankenhauses sind überdurchschnittlich gut.«

**Tab. 1.2:** Gesetzliche Regelungen zu Qualität im SGB V – Fortsetzung

---

**2003 Fallpauschalengesetz**

- Veröffentlichung von Qualitätsberichten; Vereinbarung über Mindestmengen-Katalog für planbare Leistungen

**2004 GKV-Modernisierungsgesetz**

- Beauftragung des G-BA mit der Weiterentwicklung des Mindestmengenkatalogs
- Errichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG)

**2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz**

- Errichtung des Instituts für Qualität (AQUA), zuständig für sektorenübergreifende Qualität

**2015 GKV-Finanzstruktur – und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz**

- Errichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)

**2016 Krankenhausstrukturgesetz**

- Einbezug der Qualität in die Krankenhausvergütung und -planung
  - Der G-BA wurde beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die sich als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen.
  - Errichtung eines Strukturfonds zur Verbesserung der stationären Versorgungsstrukturen
- 

Die chronologische Darstellung der SGB V-Regelungen verdeutlicht: Eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen ist herausfordernd und bedarf einer sich fortschreibenden gesetzlichen Grundlage. Es wurde daher viel von der angekündigten Krankenhausreform der großen Koalition (Kabinett Merkel III) erwartet, da im Gesundheitsteil des Koalitionsvertrags immerhin 35 Mal das Schlagwort Qualität verwandt wurde. Im Jahr 2016 trat schließlich das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) in Kraft und Qualität wurde als Steuerungselement in der Krankenhausversorgung eingeführt.

Mit dem KHSG wurden der G-BA beauftragt, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen, die zukünftig als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder dienen sollen. Indikatoren sollen dadurch erstmals nicht mehr nur zur Qualitätsförderung und Information, sondern zur Regulierung eingesetzt werden. In einem ersten Schritt wurden elf geeignete Indikatoren des externen Qualitätssicherungsverfahrens ausgewählt, bei deren Unterlassen mit einer Gefährdung der Patienten zu rechnen ist. Die planungsrelevanten Indikatoren stammen aus den Bereichen Geburtshilfe, gynäkologische Operationen sowie Mammachirurgie. Plankrankenhäuser, die eine unzureichende Qualität aufweisen, sollen – so sieht es das Gesetz vor – ganz oder teilweise

aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden (§ 8 KHG). Allerdings steht es den Bundesländern am Ende immer noch frei, ob sie die Qualitätsindikatoren in die Krankenhausplanung mit aufnehmen. Erste Auswertungen zeigen bereits, dass eine Umsetzung auf Landesebene schwierig werden wird (Dittmann 2017). Neben den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren führte das KHSG die qualitätsorientierte Vergütung ein. Der G-BA wurde beauftragt, bis zum 31.12.2017 einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen zu entwickeln, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. Das Thema Qualität tritt immer deutlicher in der gesundheitspolitischen Debatte zutage und ist nicht mehr nur ein Thema weniger Experten. Die bisherige Entwicklung und das KHSG kann daher durchaus als Meilenstein bezeichnet werden, auch wenn die Umsetzung von vielen Seiten kritisiert wird, bietet es doch grade daher Anlass für weitere Reformen in der nächsten Legislaturperiode.

Als letzte Entwicklung werden die Reformen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit dem Ziel eines effizienz- und effektivitätssteigernden Wettbewerbs an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung skizziert.

### **1.1.5 Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen**

Mit der Abkehr von rein kollektiv orientierten Verträgen wurde auch Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, Vertrags- und Versorgungsmodelle mit anderen Leistungserbringern und/oder einzelnen Krankenkassen abzuschließen. Bevor der Gesetzgeber die rechtlichen Grundlagen für eine ambulante Versorgung in Krankenhäusern schuf, wurde die Versorgung der Patienten gänzlich getrennt nach den Bereichen ambulant, stationär, teilstationär und Rehabilitation organisiert und das Monopol hinsichtlich der ambulanten Patienten lag, aus der Historie entstanden, allein bei den niedergelassenen Kassenärzten (Froschauer et al. 2011, S. 20). Spätestens seit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 zog der Gesetzgeber das Tempo für die Verzahnung der Sektoren an. Zu nennen wären hier die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Neufassung § 116 SGB V), die Teilnahmemöglichkeit der Krankenhäuser an medizinischen Versorgungszentren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und die Besondere Versorgung (§140a SGB V)<sup>5</sup> sowie das ambulante Operieren (§ 115b SGB V). Obwohl sich diese Aufzählung noch weiter ergänzen ließe, ist die anfängliche Euphorie der Ernüchterung gewichen. An dem Langzeitprojekt »offene Sektoren« offenbaren sich einmal mehr die Beharrungs kräfte der Sektorengrenzen, die oftmals kein Interesse an der Aufhebung der sektor alen Trennung haben. Beispielhaft soll kurz auf die Einführung des Entlassmanagements eingegangen werden. In den letzten Jahren wurde die Versorgung im Krankenhaus sowie die Entlassungsgeschehen durch den demografischen Wandel

---

<sup>5</sup> Durch das Versorgungsstärkungsgesetz (Juli 2015 in Kraft getreten) wurden die an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch V geregelten selektiven Vertragsformen neu strukturiert und als Besondere Versorgung im neuen § 140a SGB V zusammengefasst.